UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TEMA:

DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS "JOAQUÍN PALACIOS", "JOSÉ VASCONCELOS", "VICENTE PAZ" DE LA PARROQUIA QUINARA DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013.

Tesis previa a la obtención del Título de Odontóloga.

AUTORA:

Soraya del Cisne Cruz Erazo.

ASESOR

DR. JOSÉ PROCEL

DIRECTORA DE TESIS

Dra. Zulema Castillo

Loja–Ecuador

2013

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

APROBACIÓN DEL TUTOR

Fecha: 08 de Noviembre del 2013

Doctora Especialista:

Tannya Valarezo

COORDINADORA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.

Presente.-

De mi consideración:

Yo, Dra. Zulema Castillo, **APRUEBO** como **TUTORA** la tesis cuyo título es: **DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS "JOAQUÍN PALACIOS", "JOSÉ VASCONCELOS", "VICENTE PAZ" DE LA PARROQUIA RURAL DE QUINARA DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013**, de autoría de la Srta. **Soraya del Cisne Cruz Erazo**, en toda su extensión y cuidadosamente revisada, la misma que cumple con las normas y requisitos legales exigidos por el Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, para el efecto se autoriza su publicación y continuación con los trámites de graduación.

TUTORA: Dra. Zulema Castillo.

AUTORÍA

Todos los conceptos, criterios, y análisis emitidos en el presente trabajo de investigación denominado: **DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS JUAQUÍN PALACIOS, JOSÉ VASCONCELOS, VICENTE PAZ DE LA PARROQUIA QUINARA DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013**, así como su investigación, resultados, conclusiones, recomendaciones y opiniones emitidas son de exclusiva responsabilidad de su autora.

.....

Soraya del Cisne Cruz Erazo

DEDICATORIA

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRONICA

Yo, SORAYA DEL CISNE CRUZ ERAZO, declaro ser autora de la tesis titulada DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS "JOAQUÍN PALACIOS", "JOSÉ VASCONCELOS", "VICENTE PAZ" DE LA PARROQUIA QUINARA DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013" como requisito para optar al grado de: ODONTÓLOGA GENERAL; autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior con los cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de la autorización, en la ciudad de Loja, a los 14 días del mes de Noviembre del dos mil trece, firma el autor.

Firma: .....

Autora: Soraya del Cisne Cruz Erazo

Cédula: 1103815823

Dirección: Cdla. Maestro II Etapa correo: sorayacruzerazo81@yahoo.com

Teléfono: 2571098 celular: 0985008706

Datos Complementarios:

Director de Tesis: Dra. Zulema Castillo

Tribunal de Grado: Dra. Gloria Carrión

Dra. Maricela López

Dr. Luis Vilela

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación va dedicado primeramente a Dios, que con infinita bondad y amor me permitió llegar hasta aquí

A mis padres Juan Cruz y Marianita Erazo quienes han sido mi pilar, mi guía, mi apoyo fundamental y a quienes debo todo, por ese infinito amor sacrificio y comprensión, por esa sabiduría para guiarme siempre por el buen camino.

A mi hija Rafaela que es la persona más importante en mi vida y es quien me llena de fuerzas para seguir adelante.

A mis hermanos por su apoyo incondicional quienes me han dado ánimos para alcanzar este logro.

A mis demás familiares y amigos por su compañía y apoyo en los momentos difíciles.

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento formal a la Universidad Nacional de Loja, al Área de la Salud Humana, al personal docente y administrativo de la Carrera de Odontología.

De igual manera a la Dra. Zulema Castillo Directora de tesis, asimismo mi más profundo agradecimiento al Dr. José Procel Asesor del Macroproyecto, DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS “JOAQUÍN PALACIOS”, “JOSÉ VASCONCELOS”, “VICENTE PAZ” DE LA PARROQUIA RURAL DE QUINARA DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013 por el apoyo incondicional quien con sus valiosos conocimientos me guió para la realización de este trabajo.

A las Directoras y Personal Docente de las Escuelas en las que realicé mi investigación y a las personas que de una u otra manera colaboraron para que este trabajo se lleve a cabo.

La Autora

1. TITULO:

DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS “JOAQUÍN PALACIOS”, “JOSÉ VASCONCELOS”, “VICENTE PAZ” DE LA PARROQUIA QUINARA DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013**.**

2. RESUMEN

Las patologías bucales son un problema relevante en nuestro país ya sea, en parroquias rurales como urbanas. Todas las personas estamos expuestos a diversos riesgos de enfermar. La presente investigación tiene por título "Diagnóstico de Salud Bucodental y factores de riesgo en los centros educativos primarios Joaquín Palacios, José Vasconcelos, Vicente Paz de la parroquia Quinara del Cantón Loja año 2013", debido a los escasos estudios realizados en las parroquias rurales, de la provincia de Loja.

Con el presente trabajo investigativo, se pretende aportar datos reales para nuestra provincia, cuyo objetivo principal fue realizar el diagnóstico de salud bucodental en los alumnos de los centros educativos primarios de la Parroquia Quinara. La investigación fue de tipo cuantitativo, descriptivo, prospectivo, y transversal.

Se trabajó con un total de 222 niños que integran los establecimientos de educación básica, los mismos que presentaron 97.3% de caries dental, 36.9% inflamación combinado con un 34.6% de sangrado gingival, y una oclusión alterada el 10.36%. Tan solo un 0.45% de hábitos se encontró afectando a la población y esto fue específicamente interposición lingual, y dentro de las patologías que inciden con mayor frecuencia son pérdida prematura de dentición temporal 21.62%.

Los resultados obtenidos nos demostraron que todo el grupo examinado presentaron alguna alteración en su cavidad bucal.

PALABRAS CLAVES: Salud bucodental, factores de riesgo, caries, inflamación gingival, maloclusión

SUMARY

The oral diseases are a major problem in our country either in rural and urban parishes. All people are exposed to various risks of getting sick.This research is entitled " Oral Health Diagnosis and risk factors in primary schools Joaquín Palacios, José Vasconcelos , Vicente Paz parish Loja Canton Quinara 2013 " . Because in the province have not been performed such studies in the rural parishe .

This research aims to provide actual data for our province, whose main objective was to make the diagnosis of dental health of students in primary schools Quinara Parish. The research was quantitative, descriptive, and prospective.

We worked with a total of 222 children belonging to basic education, same as had 97.3 % of dental caries, 36.9 % inflammation, 34.6 % gingival bleeding, and 10.36 % occlusion altered. Only 0.45% of patients had tongue thrust, and within the pathologies that affect most frequently were premature loss of primary teeth with 21.62 %.

The results show that the whole group showed abnormal examined his mouth.

Keywords: Oral Health, Risk Factors, caries, gingival inflamation

Responsable: Soraya Cruz Erazo …….

3. INTRODUCCION

La salud buco dental es parte integral en la salud del individuo; en nuestro país a pesar de que la salud es un derecho garantizado por el Estado, siguen existiendo problemas a nivel bucal ya que en un estudio realizado en nuestro país en el año 1996, se menciona que al 88,2% de los escolares menores de 15 años tienen caries, el 84% tiene presencia de placa bacteriana y el 53% está afectado con gingivitis. Además, se evidencio que de los niños examinados el 35% presentaba algún tipo de mal oclusión. (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, 2009)

Es por ello que se debe brindar especial atención a niños y adolescentes que se constituye como grupo de riesgo los cuales tienen características que permiten el establecimiento de enfermedades bucodentales. Los adolescentes particularmente atraviesan por una fase de transición sumada al aparecimiento de cambios tanto físicos como psicológicos. Por lo que no se dan cuenta de que una correcta salud bucal está ligada directamente con el estado de salud general e incidiendo en la calidad de vida, ya que una sonrisa bonita en un futuro, es la carta de presentación. (HECHAVARRIA BARBARA, 2013)

Las patologías bucales constituyen un problema relevante, que se repite de generación en generación, tanto en sectores urbanos como rurales de nuestro país, es por ello que el gobierno ecuatoriano mediante el MSP constituido como el organismo rector de la salud pública, ha propuesto el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), que tiene como propósito Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población que vive en el territorio ecuatoriano, aportando al Plan Nacional del Buen Vivir, Plan estratégico del MSP y Planes estratégicos Regionales y Distritales mediante la aplicación de acciones integrales de promoción, prevención, curación y rehabilitación,cuyos resultados buscan solucionar las principales necesidades en salud del país, alcanzando resultados de impacto social.

En nuestra nación, a pesar del trabajo gubernamental aún hay inequidades en educación y salud, que se acentúan más en los sectores rurales, esto sumado a la pobreza, determinan que las zonas rurales existan un mayor índice de afecciones en la cavidad oral. Es también visible, la falta de información que ayude a visualizar ampliamente los factores que pueden estar afectando a la salud, la falta de estudios epidemiológicos para saber el estado en que se encuentra la población; para así tomar medidas que beneficien a la comunidad

En la provincia de Loja se han realizado investigaciones a nivel de la cabecera cantonal, pero la realidad de salud bucodental en las parroquias rurales no ha sido determinada. Las zonas rurales de nuestro cantón Loja al igual que la mayoría de las demás parroquias del país, el acceso a la salud bucal es limitado, ya sea porque los puestos o centro de salud no cuenten con el servicio de odontología, o se encuentren en zonas alejadas, como también los recursos económicos son escasos y no les permite recibir un servicio odontológico privado. Ante la situación descrita es prioridad cuantificar índices de afectación en grupos vulnerables como los niños y adolescentes en etapa escolar para identificar cuáles patologías y en que magnitud están afectando las patologías orales a esta población.

Tomando en cuenta todos estos aspectos se consideró importante y necesario la realización de este proyecto titulado “DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS: “JOAQUÍN PALACIOS, JOSÉ VASCONCELOS, VICENTE PAZ” DE LA PARROQUIA QUINARA DEL CANTÒN LOJA AÑO 2013”, el mismo que nos permitió poner en práctica los conocimientos científicos y técnicos adquiridos, aplicándolos en el desarrollo del presente estudio, con el fin de construir un diagnostico serio y preciso, al mismo tiempo que determinamos los factores de riesgo existentes en la zona.

4. REVISIÓN LITERARIA

DIAGNÓSTICO DE SALUD DEL CANTÓN LOJA

1. Definición de Diagnóstico de salud

El diagnóstico de salud es un proceso de evaluación para medir, comparar y determinar la evolución de las diferentes variables que influyen en la salud enfermedad de la población. Se puede expresar como un juicio de valor en torno al proceso salud-enfermedad para la formulación de políticas y lineamientos de acción en el sector de la salud (VILLA, 2012).

Niveles de diagnósticos:

Villa (2012), señala cuatro niveles de diagnóstico:

- General: Es el juicio de valor en torno al proceso salud-enfermedad en una comunidad o en los usuarios de servicios de salud con relación a la respuesta social organizada.
- Situacional: Uso de los recursos en torno a los daños y los riesgos a la salud.
- De salud: Situación de salud enfocada a la disminución de indicadores de eficacia o impacto.
- De necesidades: Situación de la dotación de servicios relacionada con las necesidades de la comunidad.

2. CANTÓN LOJA

El cantón Loja está limita al norte con el cantón Saraguro, al sur y al este con la provincia de Zamora Chinchipe y al oeste con los cantones lojanos Quilanga, Gonzanamá y Catamayo y una parte de la Provincia del Oro, su extensión es de **1 883 km²** (MALDONADO, 2005).

Sus climas temperados y fríos son los que caracterizan al cantón Loja a excepción de las parroquias de Malacatos, San Pedro de Vilcabamba,

Vilcabamba, Quinara, Yangana, que tienen un clima subtropical (MALDONADO, 2005).

2.1 DIVISIÓN POLÍTICA

PARROQUIAS URBANAS	PARROQUIAS RURALES	
San Sebastián	Yangana	Vilcabamba
El Sagrario	Chantaco	Malacatos
El Valle	Taquil	Santiago
Sucre	San Pedro de Vilcabamba	Jimbilla
	Chuquiribamba	San Lucas
	Quinara	Gualel
	El Cisne	

De acuerdo al censo de población y vivienda 2010, el catón Loja consta de 214.855 habitantes (MALDONADO, 2005).

En cuanto a la educación el cantón Loja cuenta con 170 centros educativos de enseñanza primaria y secundaria, con un número de 60.252 estudiantes en todo el cantón (GOBIERNO MUNICIPAL DE LOJA, 2103).

3. DESCRIPCIÓN DE LA PARROQUIA QUINARA DEL CANTÓN LOJA

3.1 HISTORIA:

Quinara es una población pequeña, ubicada al sur de Loja, fue fundada en mayo de 1994. Nace en las estribaciones de la cordillera de Sabanilla y durante su recorrido recibe las aguas de varios ríos y quebradas hasta pasar por este sector.

Se dice que en el sitio Taranza Aguacollas, se encuentra un escondite de rescate de Atahualpa. Según las leyendas aquí se encuentran los siete guandos de oro.

Este lugar tomó el nombre de Quinara porque formaron un campamento indio y el jefe del mismo se llamaba Quiñág.

3.2 GEOGRAFÍA:

La Parroquia Quinara se encuentra limitada: al Norte con el sector Tunianuma, perteneciente a la parroquia Vilcabamba, al Sur con la Parroquia Yangana, al Este con el río Masanamaca, al Oeste: con la Parroquia San Antonio de las Aradas (cantón Quilanga). Tiene una extensión de 139.79 Km2; una altura de 1612 m.s.n.m, Se caracteriza por tener un clima subtropical y su temperatura oscila alrededor de los 20 ºC.

En cuanto a la división Política, la parroquia está conformada por los siguientes barrios: La Palmira, Sahuayco, Atillo, Quinara.

La parroquia tiene 1.384 habitantes, de los cuales 720 son hombres y 664 son mujeres (**Fuente:** CENSO 2010- INEC).

3.3 ACTIVIDADES ECONÓMICAS Y PRODUCTIVAS:

Sus principales actividades son la agricultura y la ganadería, caracterizadas por el uso de técnicas rudimentarias, mismas que no permiten tener una alta productividad.

Los principales productos agrícolas que se cultivan en la zona son: café, caña de azúcar, maní, naranja, limones, mandarinas, guineo, plátano, yuca, tomate riñón, toronjas.

En forma silvestre se produce: chirimoyas, tunas, higos, guayabas, guabas, aguacates, los mismos que son llevados a los mercados de Loja y a otras ciudades de nuestro país.

El campesino de Quinara practica la rotación de cultivos, en la tierra bajo riego y además siembra una gran variedad de fréjol, maíz, zarandaja y en las partes altas se produce arveja, poroto “bola” y en la actualidad gran cantidad de tomate de árbol, cebada y trigo.

También se da la producción ganadera, entre las que tenemos ganado: bovino, caprino, porcino, equino. Asimismo, se tienen aves de corral, gallinas, patos, pavos y gansos.

Sus moliendas de caña de azúcar pueden ser apreciadas durante la semana, la materia prima la cultivan en la zona, obteniendo el producto final, “la panela” de muy buena calidad, la cual es comercializada en la ciudad de Loja.

3.4 SERVICIOS BÁSICOS:

La parroquia Quinara cuenta con todos los servicios básicos.

Gran parte de sus pobladores poseen viviendas propias las mismas que han sido generalmente, heredadas y un pequeño porcentaje de la población arrienda.

Un 92, 59 % de la población posee servicio de luz eléctrica. Cuenta con agua entubada de la red pública, una parte pequeña de la población utiliza el río, pozo u otros medios de abastecerse de agua.

El servicio de alcantarillado lo reciben de la red pública; un pequeño porcentaje de la población utiliza pozo séptico.

La parroquia Quinara cuenta con servicio telefónico, solo una pequeña parte aún no lo posee.

3.5 EDUCACIÓN

La Parroquia Quinara cuanta con tres escuelas de educación básica las cuales se encuentran ubicadas en los barrios Sahuayco, Las Palmiras y Quinara, además cuanta con un colegio ubicado en el barrio Quinara.

ESCUELAS Y COLEGIOS DE QUINARA		
NOMBRE	**TOTAL DE ALUMNOS**	**TOTAL DOCENTES**
Escuela Joaquín Palacios	11	1
Escuela José Vasconcelos	58	5

Escuela Vicente Paz	153	7
Colegio Dr. Baltasar Aguirre	188	11

3.6 VIALIDAD.

La vía principal de la Parroquia Quinara está asfaltada, además existe un tramo de alrededor de 3 kilómetros que se encuentra lastado, este tramo se conecta con la vía principal que conecta con la parroquia Vilcabamba hacia Zumba.

5. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio fue de tipo cuantitativo en el que se determinó porcentualmente el estado de salud buco-dental de los estudiantes de los centros educativos primarios “Joaquín Palacios”, “José Vasconcelos”, “Vicente Paz” de la parroquia Quinara del cantón Loja, los resultados obtenidos fueron expuestos mediante gráficas estadísticas.

Además se hizo una descripción de carácter prospectivo registrándose la información según fueron ocurriendo los fenómenos; transversal porque se estudiaron las variables a lo largo de un periodo de tiempo, que varió según el problema investigado.

El área de estudio fue la ciudad de Loja, el lugar de estudio la Parroquia Quinara que cuenta con una población de 1.480 habitantes, limita al norte con el sector Tumianuma perteneciente a la parroquia Vilcabamba, al sur con la parroquia Yangana, al oeste con la parroquia San Antonio de las Aradas perteneciente al cantón Quilanga y al este con el río Masanamaca. Tiene una extensión de 139.79 Km^2, y está conformada por los barrios Sahuayco, Altillo, La Palmira y Quinara.

El universo poblacional lo conformaron 222 estudiantes, de las escuelas “Joaquín Palacios” con 11 alumnos, “José Vasconcelos” con 58 alumnos, y “Vicente Paz” con 153 alumnos de la parroquia Quinara del cantón Loja en el año 2013, y se trabajó en el 100% de la población establecida.

Las variables dependientes fueron: caries, inflamación gingival y mal oclusiones; y las variables independientes fueron cepillado, alimentación, atención odontológica (ver detalle en anexo # 3).

Para la recolección de datos se utilizó la observación y la entrevista, asimismo se elaboró un instrumento de recolección de datos basado en la Historia Clínica Odontológica y una encuesta (ver anexos # 4 y 5). Otro instrumento fueron credenciales utilizadas como medio de identificación para poder acceder a los diferentes centros educativos (ver anexo # 2), así mismo se enviaron oficios dirigidos a las autoridades educativas regionales y solicitudes dirigidas a los directores de cada establecimiento, con el fin de obtener autorización para

realizar el trabajo de campo.

Todos los estudiantes fueron examinados visual y clínicamente en sus escuelas.

Examinación Clínica de los niños

Por medio de un pantoma se pidió a los estudiantes que indiquen la forma en la que se realizan el cepillado de los dientes, misma fue calificada como correcta e incorrecta y anotada en la encuesta.

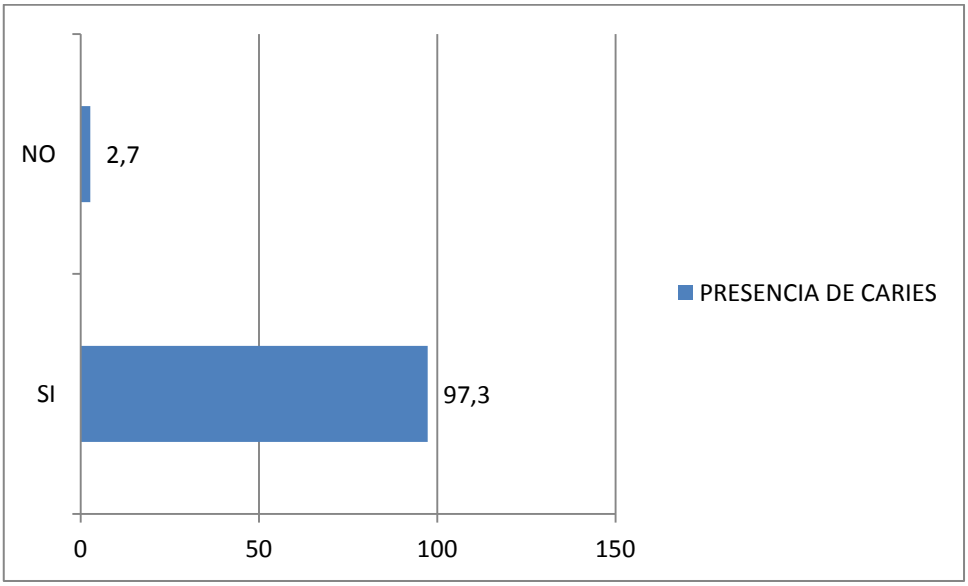
Charlas sobre Higiene Oral

Además se brindaron charlas sobre educación en salud oral a estudiantes y profesores y se entregaron implementos de higiene oral a los niños, como cepillo y pasta dental, se tomaron evidencias fotográficas de cada una de las actividades que se realizaron. Toda la información fue recolectada y tabulada en el programa informático Microsoft Excel, mediante gráficas estadísticas. (ver anexo # 6)

Con base a los resultados se formularon conclusiones y recomendaciones. Finalmente se integraron los diferentes componentes del proceso investigativo, lo que permitió elaborar el informe final.

6. RESULTADOS

Gráfica 1: Presencia de caries en los niños de las escuelas de la parroquia Quinara, 2013.

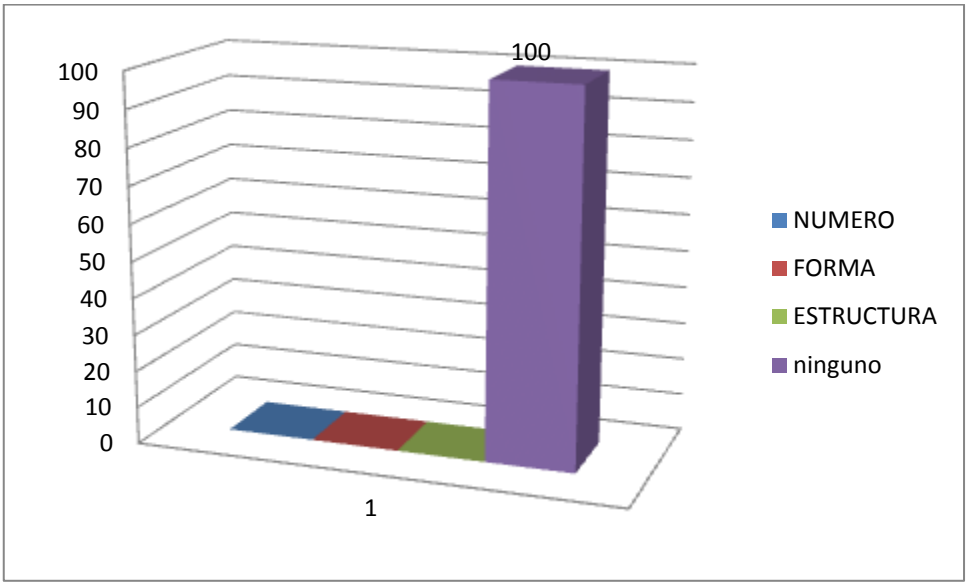


FUENTE: Estudiantes de las escuelas Joaquín Palacios, José Vasconcelos, Vicente Paz de la parroquia Quinara.

AUTORA: Soraya Cruz Erazo.

INTERPRETACIÓN: En la siguiente gráfica podemos observar que el 2.7 % de los pacientes no presentan caries, mientras que el 97.3% si presentan, lo que indica que existe un alto porcentaje de incidencia de caries en la población estudiada.

Gráfica 2: Alteraciones dentales de forma número estructura en los niños de las escuelas de la parroquia Quinara expuestos en porcentajes

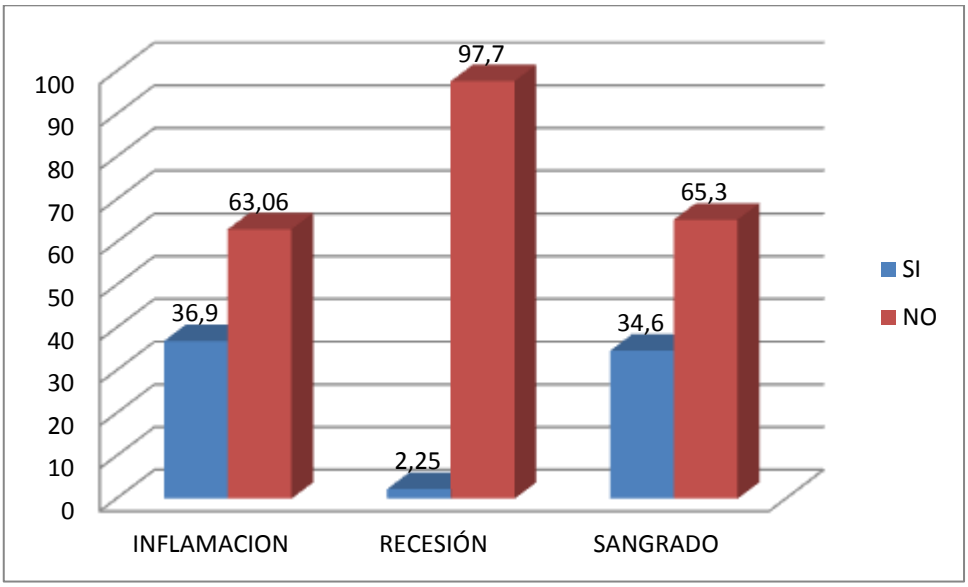


FUENTE: Estudiantes de las escuelas Joaquín Palacios, José Vasconcelos, Vicente Paz de la parroquia Quinara.

AUTORA: Soraya Cruz Erazo.

INTERPRETACIÓN: En la siguiente grafica podemos observar que en el 100% de la población estudiada no se presentó ningún tipo de alteración de número, forma o estructura.

Gráfica 3: Inflamación gingival recesión y sangrado de los niños de las escuelas de la parroquia Quinara expuesto en porcentajes.

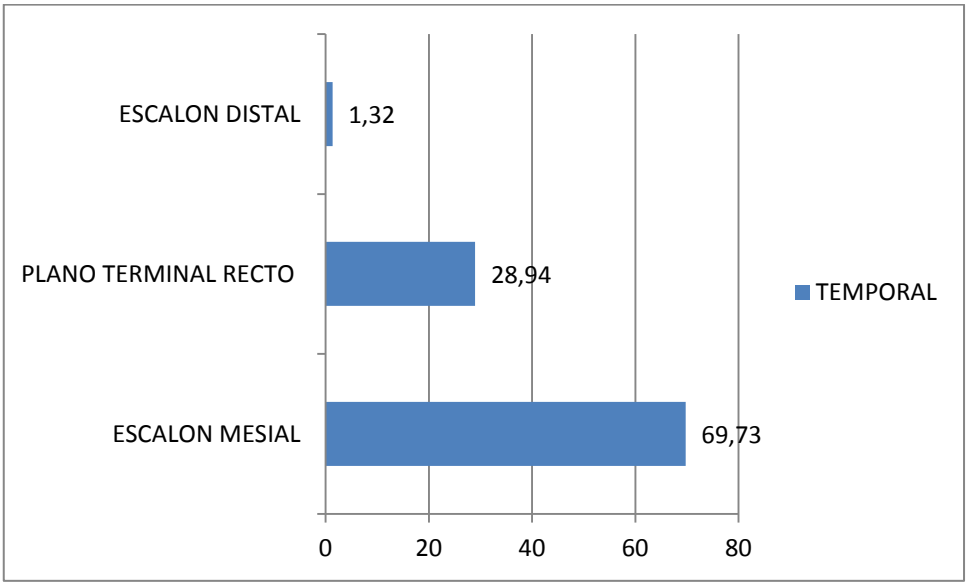


FUENTE: Estudiantes de las escuelas Joaquín Palacios, José Vasconcelos, Vicente Paz de la parroquia Quinara.

AUTORA: Soraya Cruz Erazo.

INTERPRETACIÓN: En la siguiente gráfica podemos observar que la variable inflamación gingival, el 36.9% de los pacientes estudiados la presentan, mientras que el 36.06 no presenta. En cuanto a la variable recesión gingival sólo el 2.25% la presentan frente al 97.7% que no presentan. Así mismo el 34.6% de pacientes presentan sangrado, mientras que el 65.3% de los pacientes no lo presentan.

Gráfica 4: Maloclusión en dentición temporal en los niños de las escuelas de la parroquia Quinara expresado en porcentajes

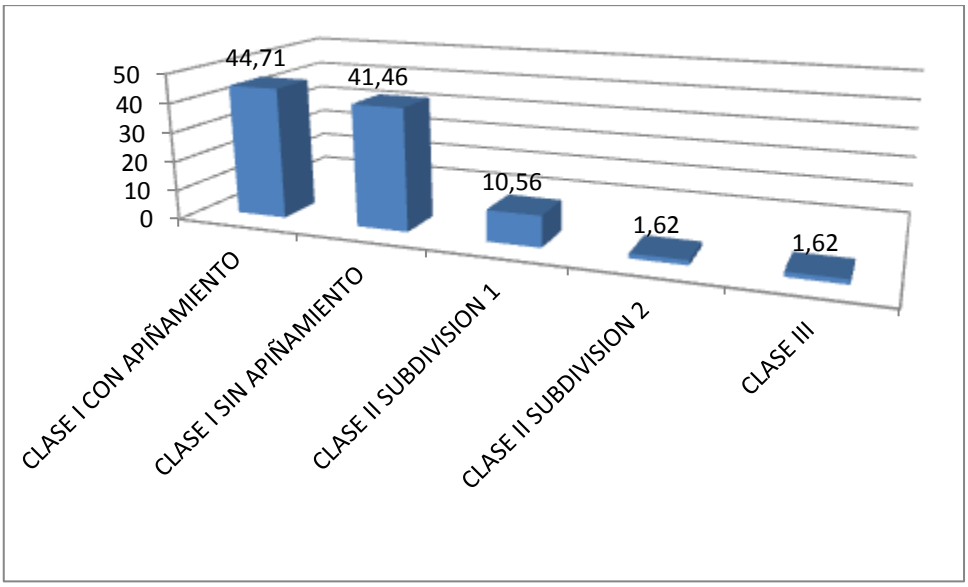


FUENTE: Estudiantes de las escuelas Joaquín Palacios, José Vasconcelos, Vicente Paz de la parroquia Quinara.

AUTORA: Soraya Cruz Erazo.

INTERPRETACIÓN: En la siguiente gráfica podemos observar que de la población que posee oclusión temporal, el 69.73% presentan Escalón Mesial, el 28.94% presenta Plano Recto y el 1.32% presenta Escalón Distal, lo que nos indica que el mayor porcentaje de la oclusión temporal presenta Escalón Mesial.

Gráfica 5: Maloclusión en dentición permanente en los niños de las escuelas de la parroquia Quinara expresado en porcentajes

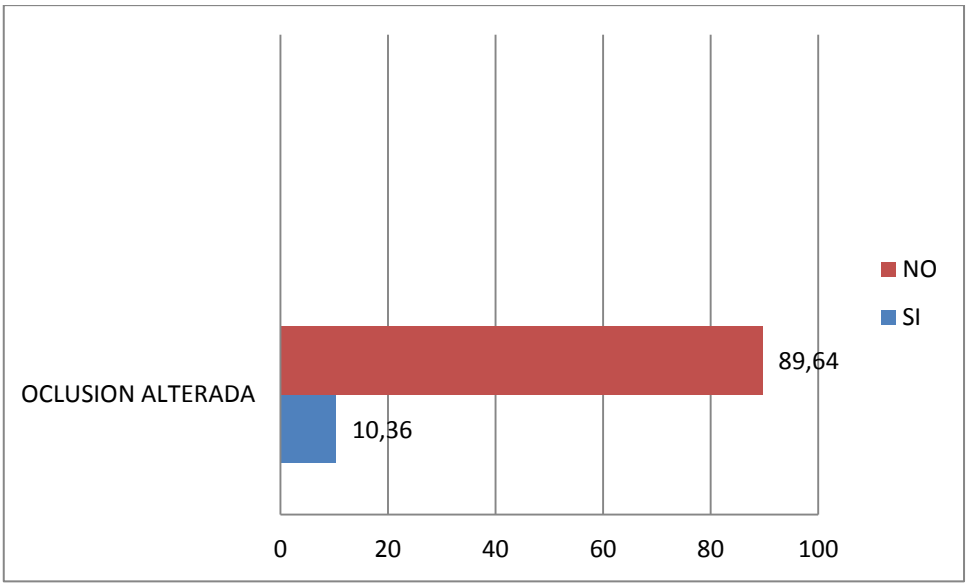


FUENTE: Estudiantes de las escuelas Joaquín Palacios, José Vasconcelos, Vicente Paz de la parroquia Quinara.

AUTORA: Soraya Cruz Erazo.

INTERPRETACIÓN: En la siguiente gráfica podemos observar que el 44.71% del 100% presentan Maloclusión Clase I con apiñamiento; el 41.46% presentan clase uno sin apiñamiento, el 10.56% del 100% de la población presentan Maloclusión Clase II subdivisión 1; el 1.62% presentan Clase II subdivisión 2 y el 1.62% de todo el 100% de la población presentan Maloclusión Clase III, lo que nos indica que el mayor porcentaje de Maloclusión presente en la población estudiada es de Clase I con apiñamiento.

Gráfica 6: Oclusión alterada presente en los niños de las escuelas de la parroquia Quinara expresada en porcentajes

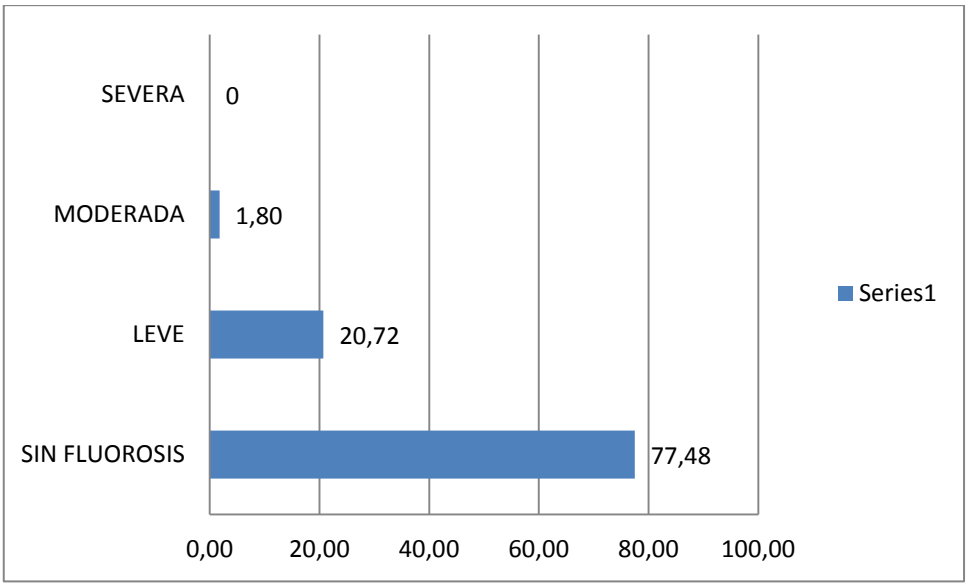


FUENTE: Estudiantes de las escuelas Joaquín Palacios, José Vasconcelos, Vicente Paz de la parroquia Quinara.

AUTORA: Soraya Cruz Erazo.

INTERPRETACIÓN: En la siguiente grafica podemos observar que el 89.64 % de los pacientes no presentan oclusión alterada, mientras que el 10.36% si presentan, lo que indica que solo un pequeño porcentaje de la población estudiada presenta una oclusión alterada.

Gráfica 7: Fluorosis dental presente en los niños de las escuelas de la parroquia Quinara expresada en porcentajes

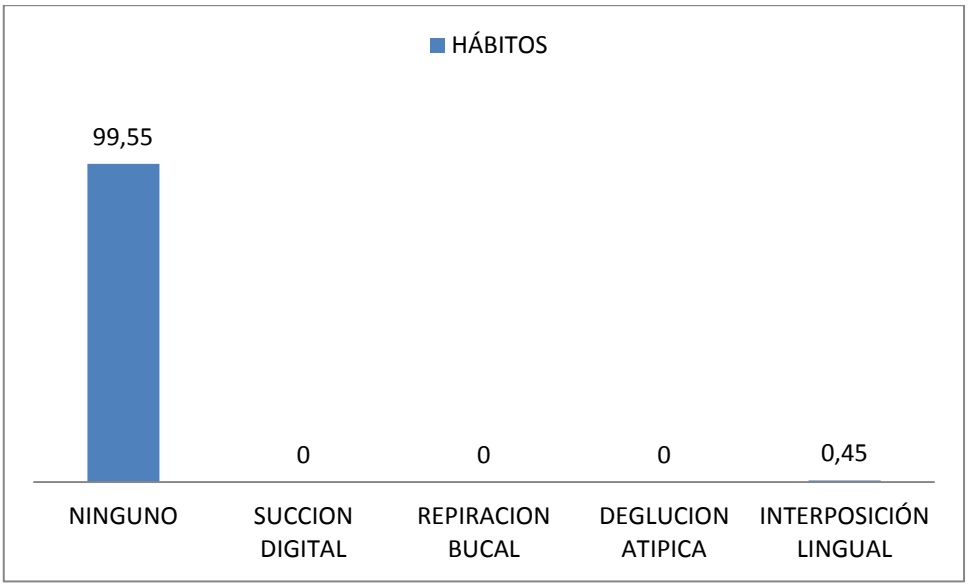


FUENTE: Estudiantes de las escuelas Joaquín Palacios, José Vasconcelos, Vicente Paz de la parroquia Quinara.

AUTORA: Soraya Cruz Erazo.

INTERPRETACIÓN: En la siguiente gráfica podemos observar que el 77.48 % de los pacientes no presentan Fluorosis, 20.72% presenta una Fluorosis Leve, 1.80% presentan Fluorosis Moderada y en cuanto a la Fluorosis Severa no se presentan casos.

Gráfica 8: Hábitos presentes en los niños de las escuelas de la parroquia Quinara expresada en porcentajes

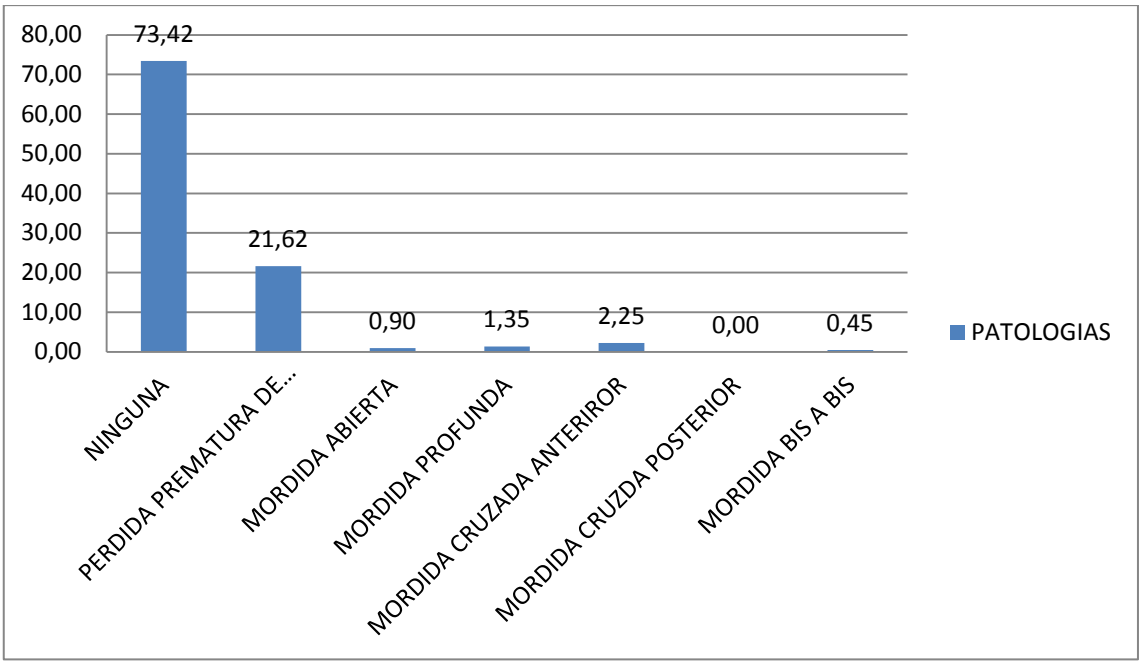


FUENTE: Estudiantes de las escuelas Joaquín Palacios, José Vasconcelos, Vicente Paz de la parroquia Quinara.

AUTORA: Soraya Cruz Erazo.

INTERPRETACIÓN: En la siguiente gráfica podemos observar que el 99.55 % de los pacientes no presentan ningún tipo de Hábito, y el 0.45% presentan interposición lingual.

Gráfica 9: Patologías presentes en los niños de las escuelas de la parroquia Quinara expresada en porcentajes

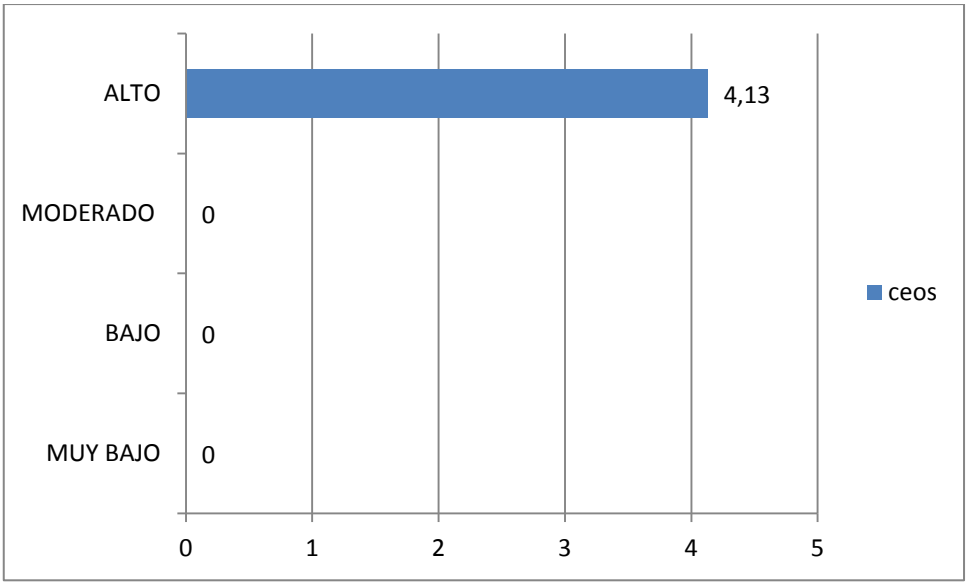


FUENTE: Estudiantes de las escuelas Joaquín Palacios, José Vasconcelos, Vicente Paz de la parroquia Quinara.

AUTORA: Soraya Cruz Erazo.

INTERPRETACIÓN: En la siguiente gráfica podemos observar que el 73.42 % de los pacientes no presentan ninguna patología, el 21.62% presentan Pérdida Prematura de Dentición Temporal, un 0.90% presenta Mordida Abierta, el 1.35% presentan Mordida Profunda, el 2.25% presentan Mordida Cruzada Anterior, el 0.45% presentan Mordida Bis a Bis, no se registraron casos de Mordida cruzada Posterior; lo que indica que el mayor porcentaje de patologías encontradas fue la Pérdida Prematura de Dentición Temporal.

Gráfica 10: Valores del índice de ceos presente en niños de las escuelas de la parroquia Quinara expresada en porcentajes



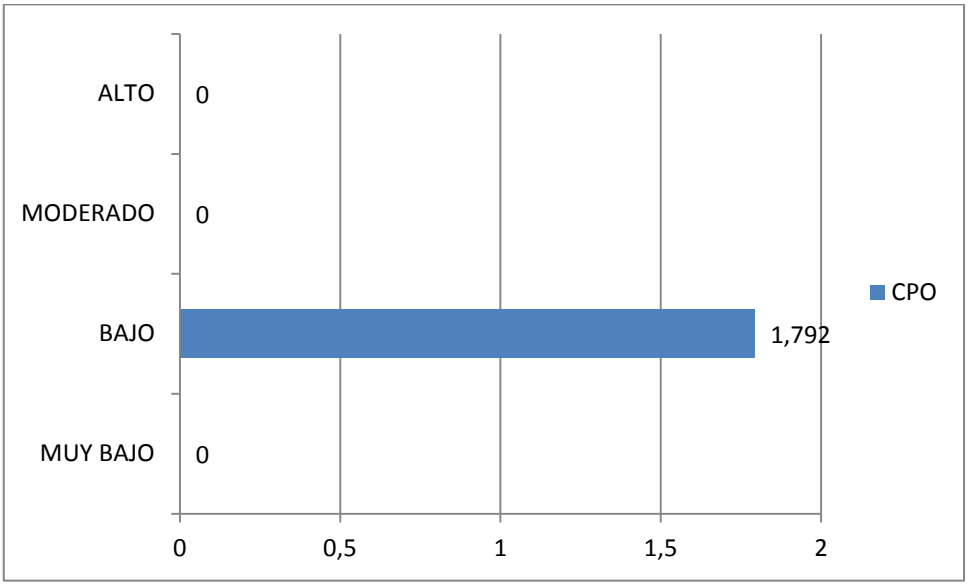
FUENTE: Estudiantes de las escuelas Joaquín Palacios, José Vasconcelos, Vicente Paz de la parroquia Quinara.

AUTORA: Soraya Cruz Erazo.

INTERPRETACIÓN:

En la siguiente gráfica podemos observar un índice ceos alto con un valor de 4.13., lo que nos indica que hay una alta incidencia de caries en la población estudiada.

Gráfica 11: Valores del índice de CPO presente en los niños de las escuelas de la parroquia Quinara expresada en porcentajes



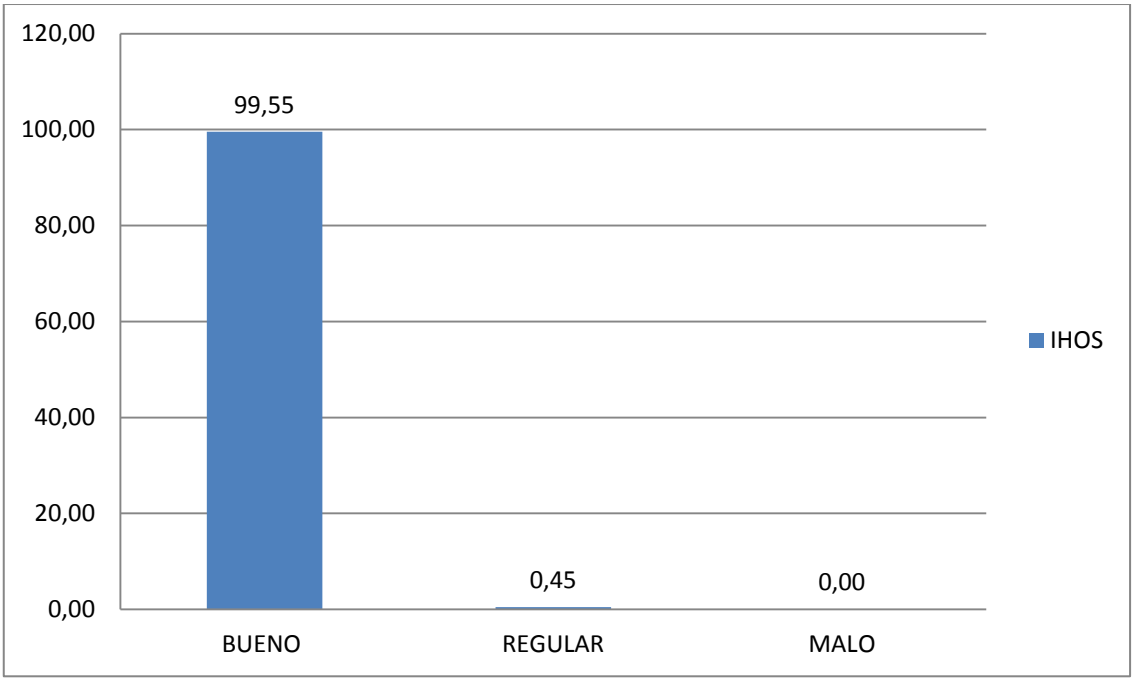
FUENTE: Estudiantes de las escuelas Joaquín Palacios, José Vasconcelos, Vicente Paz de la parroquia Quinara.

AUTORA: Soraya Cruz Erazo.

INTERPRETACIÓN:

En la siguiente gráfica podemos observar un CPO bajo de 1.79 en la población estudiada, lo cual significa que el índice de dientes cariados, perdidos, obturados en dentición permanente es bajo.

Gráfica 12: Índice de higiene oral simplificada presente en los niños de las escuelas de la parroquia Quinara expresada en porcentajes

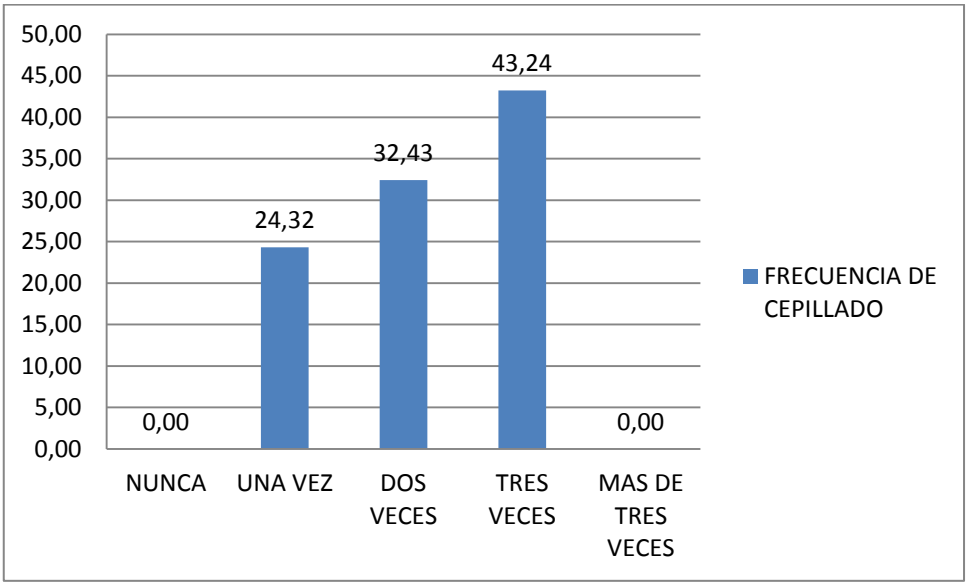


FUENTE: Estudiantes de las escuelas Joaquín Palacios, José Vasconcelos, Vicente Paz de la parroquia Quinara.

AUTORA: Soraya Cruz Erazo.

INTERPRETACIÓN: En la siguiente grafica podemos observar que el 99.55 % de los pacientes presentan un IHOS Bueno, el 0.45% Regular, no se presentaron casos de IHOS Malo, esto es debido a que el IHOS comprende índices tanto de placa como de cálculo y de los niños estudiados ninguno presentó calculo, lo que hace que este el IHOS resulte en su mayoría Bueno.

Gráfica 13: Frecuencia de cepillado en los niños de las escuelas de la parroquia Quinara expresada en porcentajes

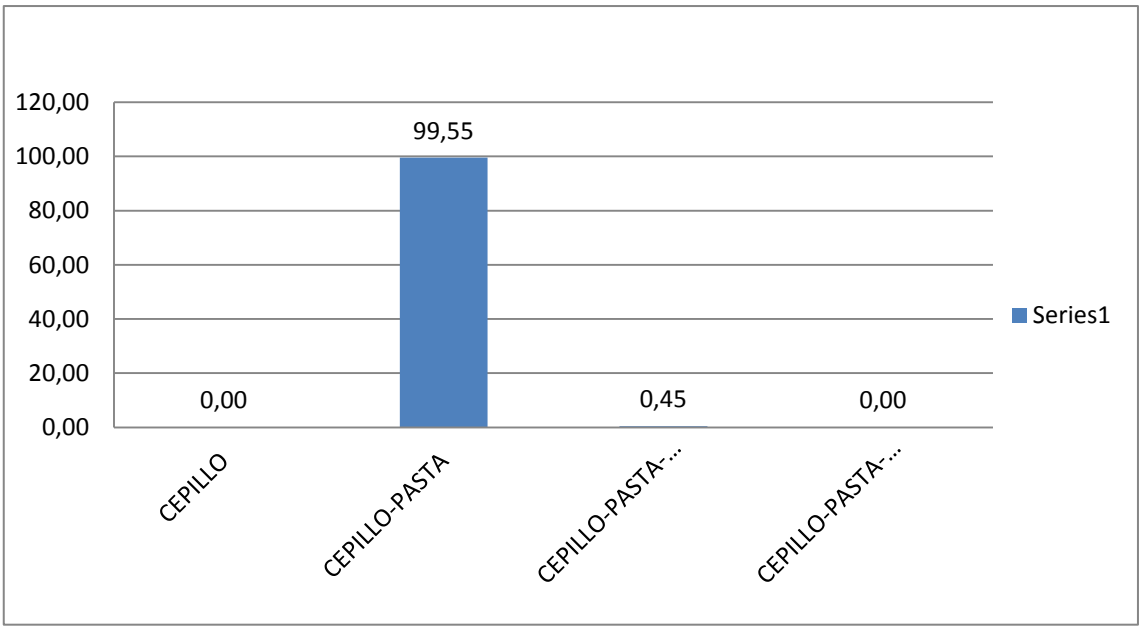


FUENTE: Estudiantes de las escuelas Joaquín Palacios, José Vasconcelos, Vicente Paz de la parroquia Quinara.

AUTORA: Soraya Cruz Erazo.

INTERPRETACIÓN: En la siguiente grafica podemos observar que el 43.24 % de los pacientes se cepillan tres veces al día, el 32.43% lo hacen dos veces al día, el 24.32% lo hacen una vez al día, lo que nos indica que la mayor parte de pacientes se cepilla los dientes tres veces al día.

Gráfica 14: Elementos utilizados el aseo bucal en los niños de las escuelas de la parroquia Quinara expresada en porcentajes

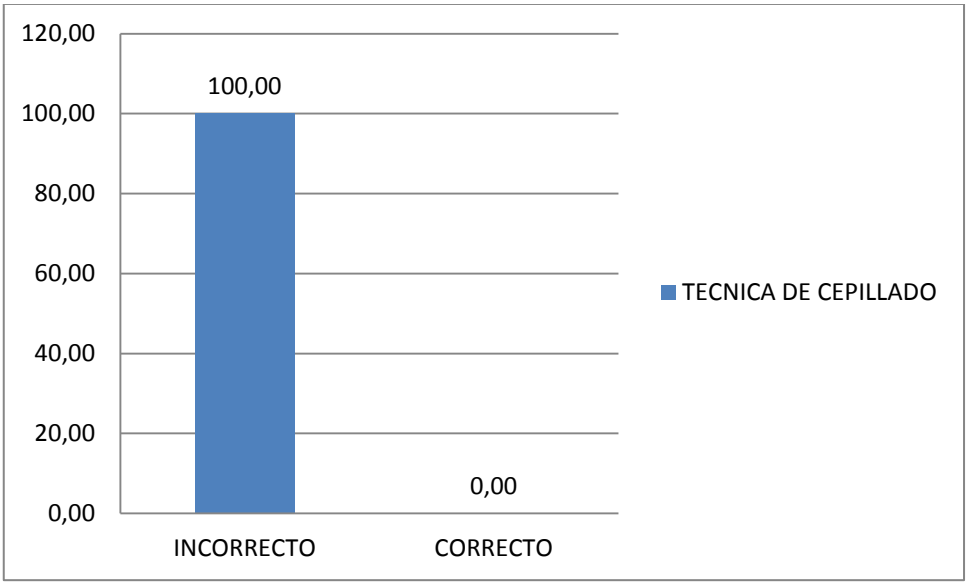


FUENTE: Estudiantes de las escuelas Joaquín Palacios, José Vasconcelos, Vicente Paz de la parroquia Quinara.

AUTORA: Soraya Cruz Erazo.

INTERPRETACIÓN: En la siguiente gráfica podemos observar que el 95.55 % de los pacientes usan para su aseo bucal pasta y cepillo, el 045% usa cepillo pasta e hilo dental.

Gráfica 15: Técnicas de cepillado de los niños de las escuelas de la parroquia Quinara expresada en porcentajes

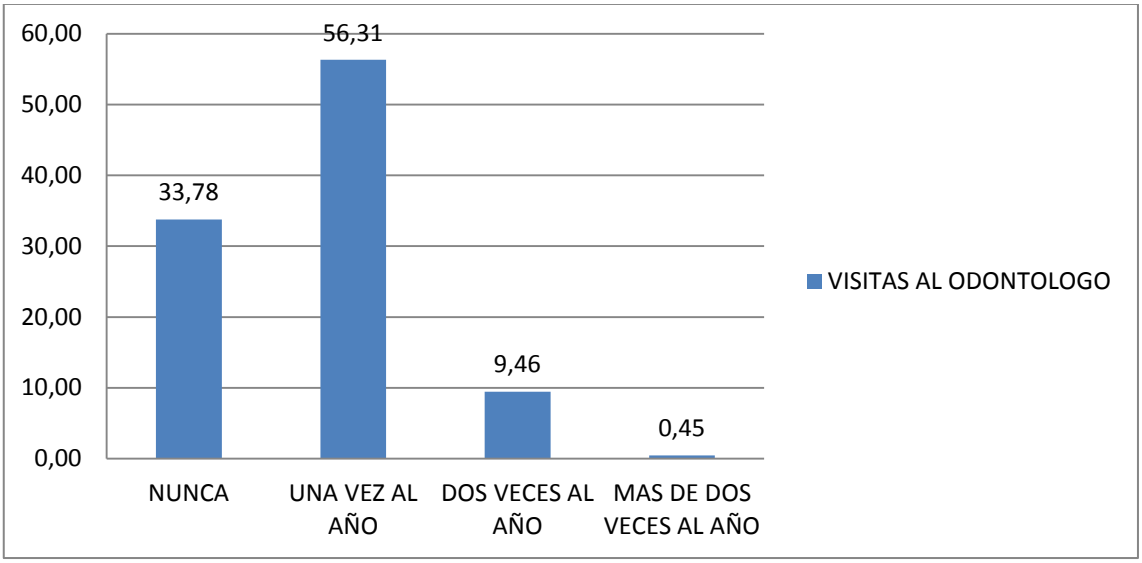


FUENTE: Estudiantes de las escuelas Joaquín Palacios, José Vasconcelos, Vicente Paz de la parroquia Quinara.

AUTORA: Soraya Cruz Erazo.

INTERPRETACIÓN: En la siguiente grafica podemos observar que el 100 % de los pacientes utilizan una técnica de cepillado incorrecta.

Gráfica 16: Frecuencia de visitas al odontólogo de los niños de las escuelas de la parroquia Quinara expresada en porcentajes

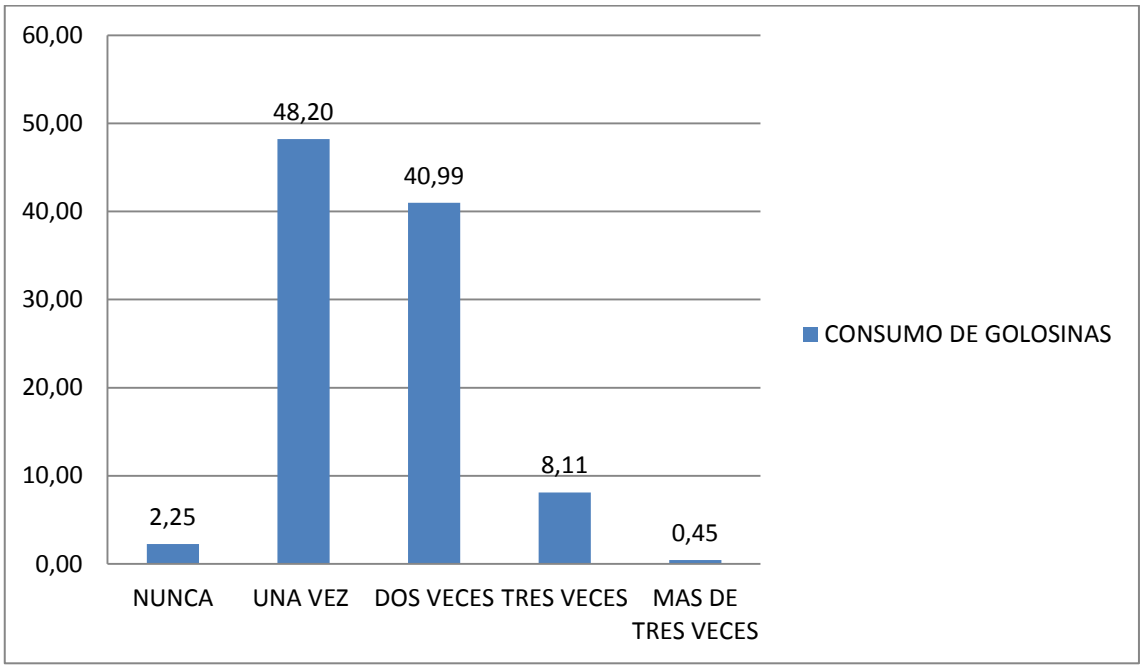


FUENTE: Estudiantes de las escuelas Joaquín Palacios, José Vasconcelos, Vicente Paz de la parroquia Quinara.

AUTORA: Soraya Cruz Erazo.

INTERPRETACIÓN: En la siguiente gráfica podemos observar que el 56.31% de los pacientes visitan al odontólogo una vez al año; el 9.46% lo visitan dos veces al año, el 0.45% lo hacen más de dos veces al año y el 33.78% no han acudido nunca al odontólogo.

Gráfica 17: Frecuencia de consumo de alimentos cariogénicos en los niños de las escuelas de la parroquia Quinara expresada en porcentajes



FUENTE: Estudiantes de las escuelas Joaquín Palacios, José Vasconcelos, Vicente Paz de la parroquia Quinara.

AUTORA: Soraya Cruz Erazo.

INTERPRETACIÓN: En la siguiente gráfica podemos observar que el 48.20% de los pacientes consumen una vez al día golosinas, el 40.99% consumen dos veces al día golosinas, 8.11% consumen tres veces al día, el 0.45% lo hacen más de tres veces al día y un 2.25% no consumen golosinas, lo que nos indica que la mayor parte de la población consumen por lo menos una vez al día golosinas.

7. DISCUSIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la caries dental y las periodontopatías son las enfermedades bucodentales más comunes a nivel mundial, así entre 60-90% de los escolares de todo el mundo tienen caries dental. Las enfermedades periodontales graves, mismas que pueden desembocar en la pérdida de dientes, afectan entre un 5-20% de los adultos de edad madura; la incidencia varía según la región geográfica. (SALUD BUCODENTAL 2007)

La prevalencia de caries obtenida en este estudio (97.3 %) fue alta comparada con otros estudios de países latinoamericanos como México cuya prevalencia de caries fue de 80.3 %(Pérez-Olivares et al., 2002), estos resultados hasta cierto punto son alarmantes puesto que es competencia del MSP buscar soluciones de salud pública contra enfermedades bucodentales, lo cual no se ve reflejado al analizar estos datos obtenidos.

En nuestro estudio se observó un índice ceos alto (6.9) especialmente en la edad de 6 a 8 años y un índice CPO moderado (3.65) en niños de entre 9-11 años. En un estudio realizado en Ecuador en la ciudad de Ambato en el año 2011, el promedio de ceos en niños de 4 a 12 años fue de 6,07, similar a este estudio. En otro estudio realizado en Perú (Alegría, 2010) en niños de 6 a 16 años, encontramos un promedio de caries con las mediciones del CPOD de 6.64, cifra que contrasta con nuestro estudio, lo que quiere decir que las edades más críticas son de 6 a 8 años, esto probablemente se deba a que en las edades de 9 a 11 años, los niños ya tienen mayor habilidad en cuanto al cepillado y mayor preocupación sobre el cuidado bucal.

El índice IHOS en nuestro estudio se presenta bueno (99.5 %), a pesar de que a la inspección clínica se observen signos de inflamación, esto sugiere que la población estudiada no presentaba cálculo, factor utilizado también para la obtención del IHOS.

Cruz et al. (2012) nos sostiene que la prevalencia de gingivitis observada en su estudio fue baja, ya que sólo la cuarta parte de los escolares examinados

presentó dicha enfermedad. Asimismo consideraron que la calidad de la higiene oral juega un papel primordial en la prevención de la enfermedad periodontal, este factor de riesgo se encontró presente en casi la mitad de los escolares que estaban expuestos a presentar gingivitis por esta causa, mientras que el otro 50% mostró condiciones protectoras, ya que, la calidad de higiene oral era buena y por lo tanto se presentó como un factor protector para el desarrollo de la enfermedad en cuestión, (MURRIETA ET AL 2004)
No así en nuestro estudio el 43% de la población se cepilla tres veces al día, pero de una forma deficiente, este porcentaje representa a la población comprendía entre 9 a 11 años, misma edad en la que anteriormente encontramos un CPO moderado; ello sugiere que es en esta edad coincidencialmente se tiene buena destreza manual frente al cepillado y sobre todo se ha adquirido el hábito del cepillado diario.

Existen evidencias de que la maloclusión es mayor en los grupos urbanos que en los rurales. Corrucini, citado por Di Santi 2003; observó una mayor prevalencia de apiñamiento, mordidas cruzadas posteriores y discrepancias de segmentos bucales en los jóvenes de las zonas urbanas frente a las zonas rurales de Punjab, en la India. En un estudio realizado en Venezuela se encontró que de un total de 10.343 pacientes, sólo 2.221 presentaron maloclusiones y el apiñamiento fue una de las afecciones más frecuentes. (Camblor, 2008), cifras que son comparables o similares con las de nuestro estudio en el que encontramos muy bajos porcentajes de maloclusiones (47.74 %) correspondiente a clase I; 6.76 % a clase II, y el menor porcentaje (0.9%) con mal oclusión clase III.

El estudio realizado representa un aporte importante hacia el conocimiento las diferentes patologías que presentan los niños de las parroquias rurales de nuestra ciudad, especialmente de la parroquia Quinara, pues se está aportando con datos reales certificados, y en los cuales podrán apoyarse las diferentes instituciones para tomar las medidas necesarias para solventar los problemas presentes, con lo que se estaría contribuyendo con la sociedad lojana, en la conservación de una población saludable.

8. CONCLUSIONES

- Luego de realizado el diagnóstico se pudo encontrar una mayor prevalencia de caries, esto fue el 97.3% de la población estudiada, porcentaje que se relaciona directamente con los factores de riesgo.
- Nuestros resultados no marcaron inflamación gingival a pesar de que se la observó clínicamente, esto es debido a que se utilizó el índice de IHOS el cual contabiliza placa bacteriana y calculo presente en la cavidad bucal, al ser la población de niños comprendidos en edades de 3 a 11 años, no se observó cálculo presente, por lo tanto el índice IHOS fue bueno.
- En cuanto a la mala oclusión la mayoría de la población mostró una oclusión clase I en dentición definitiva y escalón mesial en dentición temporal
- La patología persistente fue perdida prematura de dentición temporal, que la encontramos en un 21.62% que corresponde a un valor mayor una quinta parte de la población estudiada.
- Los principales factores de riesgo que se encontraron fueron consumo de alimentos cariogénicos como golosinas, frituras, galletas, colas, que son consumidos por el 100% de la población estudiada por lo menos una vez al día.
- Otro factor de riesgo fue referente al cepillado, el mismo que se demostró con el 100% de la población estudiada que es de forma incorrecta o deficiente, así mismo la frecuencia del cepillado fue de tres veces al día en un porcentaje de 43.24% en los niños mayores, no así en los más pequeños que fue de una vez al día con un 24.32%, y en los que se encontraron mayor incidencia de caries, constituyendo la frecuencia del cepillado un factor de riesgo.
- Otro factor de riesgo lo constituyó las visitas al odontólogo, estas fueron una vez al año en el total de la población, existiendo un descuido por parte de los padres especialmente en los niños más pequeños en los cuales se encontraron varios procesos infecciosos como caries profundas y abscesos dentales.

9. RECOMENDACIONES

- Se recomienda en las escuelas más control en cuanto a los alimentos criogénicos que expenden en los bares.
- Se recomienda a los padres de familia tomar mayor atención en cuanto a la enseñanza primeramente de crear el hábito en los niños de realizar el cepillado tres veces al día y con todos los implementos necesarios como cepillo pasta, hilo dental, enjuague bucal.
- Se recomienda así mismo a los padres de familia llevar a sus niños por lo menos dos veces al año a consulta odontológica y no solo cuando hay dolor.
- Se recomienda a los profesores insistir en la enseñanza a los niños de la importancia de una buena higiene oral, el cuidar sus dientes desde pequeñitos, para así evitar complicaciones futuras.
- Insistir en el correcto cepillado en todas las edades**.**
- Es importante que las autoridades de salud realicen campañas más intensas en las escuelas sobre la importancia de cuidar los dientes**.**

10. BIBLIOGRAFÍA

1. J. PHILIP SAPP, LEWIS R. EVERSOLE, GEORGE P. WYSOCKI. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea, Segunda Edición 2005. pag. 3-21.

2. SAPP, P; EVERSOLE. L WYSOCKI. G. (2005) Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. Editorial Elsevier España. Segunda edición. pág. 3-21

3. BORDONI. B; ESCOBAR. R; CASTILLO M y otros.(2010) Odontología pediátrica. Las Salud Bucal de niño y del adolescente en el mundo. Editorial Médica Panamericana. Primera edición. Pág. 557

4. CÁRDENAS. D. (2003) Fundamentos de odontología. Odontología Pediátrica. Corporación para investigaciones biológicas. Tercera edición. Pág. 176.

5. HARRIS. N; GARCÍA. F. (2005). Odontología preventiva primaria. Segunda edición Editorial Manual moderno México. Pág. 141-146.

6. BOJ. J, CATALÁ. M. (2004). Odontopediatría. Editorial Masson S.A. primera edición 2004 capítulo 32,. Paginas367-369

7. LINDHE, J. (2009) Periodontología clínica e implantología. Quinta edición, Tomo I editorial médica panamericana pág410.

8. VAJDI, G. (2011) Manual Ilustrado de Cirugía Oral y Maxilofacial. Panamá: Jaypee-Highlights Medical Publisher.

9. BOJ J. R.; CATALA M.; GARCÍA C. BALLETAS; MENDOZA A.; *Odontopediatria*. Editorial Masson. S. A. España 2004.

10. BARRANCOS MOONEY JULIO; (2006). *Operatoria Dental.* Buenos Aires. 4 Edición. Editorial Panamericana. P 377 – 378.
11. CUENCA EMILY Y BACA PILAR; (2005). Odontología Preventiva y Comunitaria. 3Edición. Editorial. Masson.

12. HIGASHIDA BERTHA; (2000).Odontología preventiva. Editorial. Mac Graw-Hill Interamericana. p.211- 212.

13. COBOS JUAN MANUEL Y GARCÍA JUAN JOSÉ; (2005). Manuel Técnico Superior en Higiene Bucodental. Editorial. Mad. S. L. p. 128 – 129.

14. MONTESINOS DANIELA. Resumen capítulo 1 libro "Dental Caries"/Portafolio No.3 CICB2011.05/12/2011. Disponible en:
    a. https://sites.google.com/site/portafolio3cicb2011/3-resumen-capitulo-1-libro-dental-caries

15. GUZMÁN F. Y ARIAS A. La historia Clínica: elemento fundamental del acto médico. Articulo especial. Colombia 2012. Disponible en:http://www.ascolcirugia.org/revista/revistaeneromarzo2012/6-%20Historia%20clinica.pdf

16. DRA. HIDALGO E. La caries dental. Algunos de los factores relacionados con su formación en niños. Revista Cubana de Estomatología. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072008000100004&script=sci_arttext

17. REVISTA ADM. Asociación dental Mexicana. Piezas con fluorosis dental (1997). Volumen IV. Pég.220 Disponible en: http://books.google.es/books?id=WzaaAAAAIAAJ&pg=PA186&dq=Revista+ADM.+Asociaci%C3%B3n+dental+Mexicana.+Volumen+IV,+Agosto&hl=en&sa=X&ei=MWFsUoC6H9TJkAe60IHQAQ&ved=0CDUQ6AEwAQ#v=onepage&q=Revista%20ADM.%20Asociaci%C3%B3n%20dental%20Mexicana.%20Volumen%20IV%2C%20Agosto&f=false

18. AZPEITIA.L; VALADEZ. M. (2009) Factores de riesgo para fluorosis dental en escolares de 6 a 15 años de edad. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2009/im093f.pdf

19. VELLINI FLAVIO, Ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica. (2009). (en línea).Sao Paulo. Artes Medicas. Disponible en: http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art23.asp

20. MASSÓN ROSA MARIA, Desarrollo de los dientes y la Oclusión. (en línea).Disponible en: http://articulos.sld.cu/ortodoncia/files/2009/12/desd-y-o-maestri.pdf

21. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria. (2004-2005). Caracas Venezuela Disponible en: http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art17.asp

22. GONZÁLEZ, G. Y MARRERO L. (2012). Mordida Cruzada Anterior. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría, disponible en: http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art19.asp

23. APARECIDO, O. (2011). Mordida cruzada posterior. Corrección y consideraciones. Caso clínico con 7 años de seguimiento. Acta Odontológica Venezolana, 49 (13). Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2011/1/art12.asp

24. GONZÁLEZ, M., GIANFRANCO, G., HERRERA, D., QUIRÓS, O. (2012). Maloclusiones asociadas a: Hábito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría, disponible en: http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art29.asp

25. LUGO, C., TOYO, I. (2011). Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las Maloclusiones. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría, , disponible en: http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art5.asp

26. AGURTO, P., DÍAZ, R., CÁDIZ, O., BOBENRIETH, F. (1999). Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago. Revista Chilena de Pediatría, 70 (6), disponible: **http://www.scielo.cl/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0370-41061999000600004&LNG=EN&NRM=ISO&TLNG=EN**

27. VILLA BARRAGÁN JUAN PABLO; Diagnóstico de Servicio de Salud. (24 diapositivas preparadas por Juan Pablo Villa). 2012 Abril 15. Obtenible en: http://www.pediatria.gob.mx/diplo_diagsit.pdf
28. MALDONADO NUMAN. Plan Participativo de Fortalecimiento de la Democracia y Desarrollo del Cantón Loja. 2005 Marzo. Disponible en: *www.loja.gob.ec/files/docman/**diagnostico**.pdf*
29. Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de Loja. Detalles de la parroquias rurales y urbanas del Cantón Loja. 2013. Disponible en: http://www.loja.gob.ec.
30. TORRES MERCEDES. Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial del Cantón Loja. 2011. Disponible en: www.**loja**.gob.ec/files/docman/indice.pd
31. ORTEGA JHON; SILVA SANTIAGO Y BOROJA SILVANA. Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial. 2011 Disponible en: http://www.loja.gob.ec/contenido/quinara

11. ANEXOS

ANEXO # 1

ENCUESTA

"UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA"N° de hoja: .....
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
NIVEL DE PRE-GRADO
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

"DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS Y SECUNDARIOS DE LAS PARROQUIAS RURALES DEL CANTÓN LOJA, AÑO 2013"

1. INFORMACIÓN BÁSICA

Fecha: ____/____/____
Parroquia:.....
Nombre de la institución:.....
Nombre del Alumno:.....
Género: F ( ) M ( )

Edad del Alumno (a):.....
Año de educación: .....

2. INFORMACIÓN SOBRE HIGIENE ORAL

- **¿Con qué frecuencia cepilla Ud. sus dientes al día?**

Nunca ( )
Una vez ( )
Dos veces ( )
Tres veces ( )
Más de tres veces ( )

- **¿Qué elementos Ud. usa en su aseo bucal?**

Cepillo ( )
Pasta dental ( )
Hilo dental ( )
Enjuague bucal ( )

- **¿Cuál es la técnica de cepillado que Ud. Utiliza?**

Correcto ( ) Incorrecto ( )

- **Al cepillarse los dientes hay presencia de sangrado?**

Si () No ( )

- **¿Con qué frecuencia usted visita al odontólogo?**

Nunca ( )
Una vez al año ( )
Dos veces al año ( )
Más de dos veces al año ( )

3. **¿De los siguientes alimentos (golosinas, frituras, galletas, colas) con que frecuencia consume en un día?**

Nunca ( )
Una vez ( )
Dos veces ( )
Tres veces ( )
Más de tres veces ( )

Validación de [illegible] Especialista TannyaValarezo
COORDINADOR[illegible] CARRERA DE ODONTOLOGÍA

ANEXO # 2

HISTORIA CLINICA

"UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA"
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
NIVEL DE PRE-GRADO
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

DATOS GENERALES:

Nombres y Apellidos.....
Sexo.....
Edad.....

Parroquia.....
Grado o curso.....
Establecimiento.....

PATOLOGÍAS

1. **CARIES** Si ( ) No ()

OTRAS PATOLOGÍAS DENTALES
Alteraciones de número ( )
Alteraciones de forma ( )
Alteraciones de estructura ( )

2. **INFLAMACIÓN GINGIVAL** Si ( ) No ( )
Recesión gingival Si ( ) No ( )
Sangrado Si ( ) No ( )

3. **MALOCLUSIÓN**

Dentición temporal

- Escalón mesial ( )
- Plano terminal recto ( )
- Escalón distal ( )

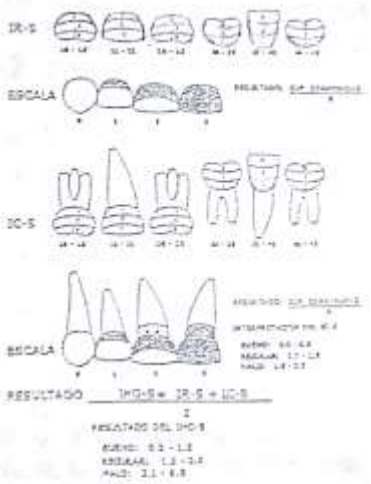
Dentición permanente

Clase I ( )	Con apiñamiento ( ) Sin apiñamiento ( )
Clase II ( )	Subdivisión I ( ) Subdivisión II ( )
Clase III ( )	

4. **FLUOROSIS DENTAL**
Sin fluorosis ( )
Leve ( )
Moderada ( )
Severa ( )

ALTERADA ( )

ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO IHO-S



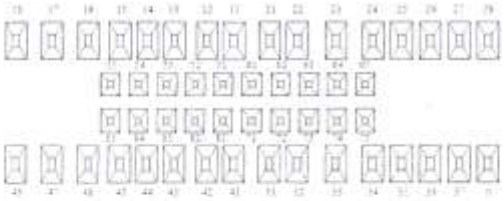
5. HÁBITOS

Ninguno ( )
Succión digital ( )
Respiración bucal ( )
Deglución atípica( )
Interposición lingual ( )

6. PATOLOGÍAS

Ninguna ( )
Pérdida prematura de dentición decidua ( )
Mordida abierta anterior( )
Mordida abierta posterior ( )
Mordida profunda( )
Mordida cruzada anterior ( )
Mordida cruzada posterior ( )
Mordida bis a bis

ODONTOGRAMA



Ceo: .....c.....e.....o...
CPOD: C.....P.....O.....D.....

Validación de la Historia Clínica por la Especialista TannyaValarezo
COORDINADORA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOLOGÍA
COORDINACIÓN

ANEXO # 3

GRACIFICAS ESTADISTICAS PARA TABULACIÓN

Responsable	Nro	fecha	Parroquia	Institución	Genero	Edad	Año educa	Frecuencia cepillado	elementos	Técnica	Visita odon	golosinas	caries	otras pato	Infla ging	Recesión	Sangrado

MALOCLUCION																				
	Mixta			Permanente																
temporal	clase i	clase ii	clase iii	clase i	clase ii	clase iii	alterada	Hábitos	Patología	ceo	c	e	o	CPO	C	P	O	Índice de IHOS	Fluorosis

ANEXO # 4

REFERENTE TEORICO

1. SALUD ORAL

Podemos definir como salud oral al estado de completa normalidad y eficiencia funcional de los dientes y sus estructuras de sostén, así como de las partes que rodean a la cavidad bucal, estructuras que están relacionadas con la masticación y el complejo maxilofacial (COBOS & GARCÍA, 2005).

2. HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica es una de las formas de registro del acto médico, la cual posee cuatro características, mismas que se encuentran involucradas en su elaboración y son: profesionalidad, ejecución típica, objetivo y licitud. La profesionalidad se refiere a que solamente el profesional de la medicina puede efectuar un acto médico pues, en esencia son los médicos quienes están en capacidad de elaborar una buena historia clínica. El objetivo de ayuda al enfermo se traduce en aquello que se transcribe en la historia clínica. La licitud se debe a que la misma norma jurídica respalda a la historia clínica como documento indispensable (GUZMÁN& ARIAS, 2012).

3. PATOLOGÍAS

3.1 LESIONES DE LOS TEJIDOS DUROS

a. Caries dental

La caries dental es el resultado de una disolución química, localizada en la superficie del diente, causada por eventos metabólicos, que destruye el esmalte, dentina y cemento. Generalmente, la lesión cariosa se desarrolla en sitios como fosas, fisuras superficies oclusales y puntos de contacto (MONTESINOS, 2011).

CARIES DENTAL

Factores de riesgo de la caries dental

Dentro de los factores de riesgo encontramos: 1.) Alto grado de infección por *Estreptococos mutans*; 2.) Alto grado de infección por lactobacilos; 3.) Experiencia anterior de caries; 4.) Eficiente resistencia del esmalte al ataque ácido; 5.) Deficiente capacidad de remineralización; 6.) Dieta cariogénica; 7.) Mala higiene bucal; 8.) Baja capacidad*buffer*de la saliva; 9.) Flujo salival escaso; 10.) Apiñamiento dentario moderado o severo, 11.)Tratamiento ortodóncico y prótesis; 12.) Anomalías del esmalte; 13.) Recesión gingival; 14.) Enfermedad periodontal; 15.) Factores sociales (HIDALGO, 2007).

b. ALTERACIONES DE FORMA

- **Taurodontismo**

El taurodontismo o «dientes de toro» es un trastorno del desarrollo que afecta principalmente a los molares, aunque en algunos casos a los premolares, a este tipo de diente se lo puede encontrar en las dos denticiones, tanto temporal como permanente, en pacientes con amelogénesis imperfecta, síndrome de Klinefelter y síndrome de Down. Radiológicamente este tipo de diente se caracteriza por su forma rectangular, mínima constricción y definición del borde cervical, y una bifurcación desplazada hacia el ápice el cual origina una cavidad pulpar extremadamente grande y con canales pulpares cortos.

- **Diente Invaginado**

El diente invaginado o «dens in dente» es una anomalía que afecta principalmente a los incisivos laterales permanentes del maxilar superior, se caracteriza por la presencia de una fosita lingual invaginada que en algunos casos no es visible clínicamente, por lo cual se hace necesario la toma de una radiografía para su correcto diagnóstico. La base de esta invaginación contiene una capa delgada de esmalte y dentina por lo que es vulnerable a la caries poco después de su erupción en boca (PHILIP et al., 2005).

- **Cúspides supernumerarias**

En este caso los dientes presentan cúspides adicionales o supernumerarias, un ejemplo de ello son las cúspides de Carabelli, que generalmente se presenta en las superficies mesiolinguales de los primeros molares permanentes del maxilar superior.

- **Diente evaginado**

El diente evaginado o cúspides en garra, se presenta principalmente en los premolares definitivos, se caracteriza por el desarrollo de una proyección anormal en forma de globo, dándole el aspecto de una cúspide adicional. Generalmente localizada en el centro sobre la superficie oclusal y lingual de los premolares, su evaginación puede interferir en la erupción del diente llevando a una erupción incompleta o desplazamiento del mismo. Debido a que la cúspide tiene un cuerno pulpar adicional, su desgaste o fractura produce Inflamación pulpar.

- **Cúspide en garra**

La cúspide en garra o cúspide supernumeraria, está localiza típicamente sobre la cara lingual de los incisivos centrales del maxilar superior a nivel de su cíngulo y suele extenderse hasta el borde incisivo como una proyección prominente del esmalte, en algunos casos presenta fositas linguales en ambos lados de la cúspide, siendo necesario restaurar estarlas para prevenir futuras caries dental.

- **Geminación**

La geminación afecta principalmente a los dientes anteriores, se caracteriza por la división parcial de un sólo primordio dental, produciéndose un diente que muestra dos coronas independientes o separadas parcialmente, una sola raíz y un sólo conducto radicular. Este tipo de diente lo podemos encontrar en las dos denticiones y se lo puede confundir con una fusión.

ALTERACIONES DE FORMA

TAURODONTISMO

DIENTE INVAGINADO

DIENTE EVAGINADO

CUSPIDE DE GARRA

GEMINACIÓN

- **Odontodisplasia Regional**.

La odontodisplasia regional o “diente fantasma” es una alteración no hereditaria del desarrollo del diente que se presenta con frecuencia en el maxilar superior y suele afectar a varios dientes contiguos de un mismo cuadrante. Se caracteriza por presentar un color amarillento debido a la mala formación de los tejidos del diente produciendo así su destrucción rápida. Rradiográficamente se la puede identificar por su menor radio densidad del esmalte y dentina, así como también cavidades pulpares amplias y en algunos casos cálculos de la pulpa (SAPP et al., 2010).

3.2 LESIONES DE LOS TEJIDOS BLANDOS

a. ENFERMEDADES GINGIVALES

INFLAMACIÓN GINGIVAL

- **Enfermedad Gingival Inducida Únicamente por placa**

La gingivitis es la enfermedad gingival más común en niños, se caracteriza por la presencia de inflamación sin pérdida de inserción o hueso alveolar, se dice que conforme empeora la situación, el tejido gingival enrojece, se inflama y sangra con el cepillado (BOJ. & CATALÁ 2004).

- **Enfermedad gingival modificada por factores sistémicos (mediada por hormonas esteroides)**

En este caso la enfermedad gingival se presenta con respuestas inflamatorias muy marcadas y eritemas graves, en el caso de la gingivitis en la pubertad, se da por exacerbación de la inflamación gingival debido a fluctuaciones hormonales como respuesta a la presencia de poca o nula placa bacteriana.

- **Enfermedad gingival inducida por fármacos**

El agrandamiento gingival que provoca desfiguración estética es un efecto adverso importante asociado al uso de diversos fármacos: anticonvulcionantes (fenitoína, valproato, etc), inmunosupresores (ciclosporina, etc), bloqueadores de los canales de calcio (nifedipina, verapamilo,etc), y sus síntomas suelen comenzar después de los tres meses de medicación, y alcanza su intensidad máxima a los 12-18 meses de tratamiento (LINDHE, 2009; BOJ & CATALÁ, 2004).

3.3 MALOCLUSIÓN

Maloclusión encontramos en os dos tipos de denticiones:

a. Dentición temporal

Para clasificar una oclusión en la dentición primaria, se utiliza la referencia de los planos terminales

- **PLANO TERMINAL RECTO:** Cuando los primeros molares erupcionan en relación borde- borde.
- **ESCALÓN MESIAL**: Cuando la superficie distal del segundo molar primario inferior esta mesial a la superficie distal del segundo molar superior primario
- **ESCALÓN DISTAL:** Cuando la superficie del segundo molar inferior se encuentra distal a la superficie distal del segundo molar superior primario (VELLINI, 2009).

b. Dentición Permanente

MALOCLUSION EN DENTICIÓN PERMNENTE

- **Clase I**

Se define clase I, cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar inferior.

- **Clase II**

Se define clase II cuandoel primer molar inferior se sitúa distalmente con relación al primer molar superior y cuando el surco mesiovestibular del primer molar permanente inferior se encuentra distalizado con relación a la cúspide mesiovestibular del primer molar superior.

- ***Clase II División I***

Se conoce como clase II división I, a la inclinación vestibular que presentan los incisivos superiores, esta clase es frecuente en pacientes con problemas de desequilibrio de la musculatura facial, causado por el distanciamiento vestibulolingual entre los incisivos superiores y los inferiores, además de ello se caracteriza por presentar un perfil facial convexo.

- ***Clase II División II***

En la Clase II división II, los incisivos superiores se encuentran palatinizados o verticalizados, es por ello que los pacientes presentan perfiles faciales restos y levemente convexo, asociados a que la musculatura equilibrada esta con una leve alteración.

- **Clase III**

En la Clase III el surco mesiovestibular se encuentra mesializado en relación con la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior, en esta Clase el perfil fácil del paciente es predominantemente cóncavo y la musculatura, en general, desequilibrada.

3.3.1 TIPO DE DENTICIONES

- **Dentición temporal**

La dentición temporal comienza su calcificación al cuarto y sexto mes de vida intrauterina, terminando este proceso al momento del nacimiento, la erupción de esta dentición se realiza en periodos y grupos distintos de tal manera que el primer grupo está formado por los centrales y laterales inferiores los cuales erupcionan a los 5 o 6 meses; mientras que el incisivo central superior erupciona a los 7 u 8 meses; el incisivo lateral superior a los 8 a 9 meses-. Una vez erupcionados los cuatro dientes anteriores se produce un proceso de adelantamiento posicional ya que estos erupcionan de forma vertical permitiendo así agrandar el arco ganando de esta manera espacio para el alineamiento. El segundo grupo está formado por el primer molar superior que erupciona a los 14 meses, el canino superior que erupciona a los 18 meses, el segundo molar superior erupciona a los 24 meses, el primero molar inferior a los 12 meses, el canino inferior a los 16 meses y el segundo molar inferior a los 20 meses, de esta manera la aproximadamente a los dos años y medio ya debería estar completa la dentición primaria (MASSÓN, 2004).

- **Dentición mixta**

Se conoce como dentición mixta a la presencia simultánea en boca, de dientes temporales y permanentes; este periodo de recambio abarca de los seis hasta los doce años de edad y es de gran importancia e interés en la etiología de anomalías de la oclusión debido a que en este periodo se realiza una serie de procesos complejos que culminan en el cambio de la dentición temporal por la permanente y al establecimiento de la oclusión normal definitiva

- **Dentición permanente**

En la aparición de la segunda dentición, se da una mayor variabilidad como consecuencia de la influencia de factores hormonales y la deferencia de sexo, pero al igual que la dentición temporal, los dientes permanentes también tienen su cronología de erupción, es por ello que los primeros molares erupcionan a los 6 años, seguidos de incisivos centrales mandibulares a los 6-7 años, los incisivos centrales maxilares y laterales mandibulares a los 7-8 años, el incisivo

lateral maxilar a los 8–9 años, los caninos mandibulares a los 9–10 años, el primer premolar maxilar a los 10–11 años, el segundo premolar maxilar y primero premolar mandibular a los 10–11 años, el segundo premolar mandibular y canino maxilar a los 11–12 años y finalmente segundo molar maxilar a los 12–13 años.

3.3.2 PÉRDIDA PREMATURA DE DENTICIÓN DECIDUA

Pérdida prematura: Se refiere a la pérdida tan temprana de los dientes primarios que puede llegar a comprometer el mantenimiento natural del perímetro o longitud de arco y por ende la erupción del diente sucedáneo.

Perdida temprana: Se refiere a la pérdida de dientes primarios antes de la época esperada pero sin llegar a comprometer el mantenimiento natural del perímetro o longitud de arco. (REVISTA LATINOAMERICANA DE ORTODONCIA Y ODONTOPEDIATRIA. 2004).

CAUSAS DE LA PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES

Dentro de las causas tenemos: 1.) Enfermedades tales como: caries dental, resorciones radiculares atípicas; 2.) Malos hábitos orales entre los cuales se encuentran: sacar la lengua, chupeteo del dedo gordo, mordida del labio inferior, que producen movilidad dentaria y rizálisis temprana de sus raíces y por lo tanto su pérdida antes de la fecha esperada; 3.) Por la existencia de macroglosia y micrognatia; 4.) Alteraciones congénitas en los cuales el diente se presenta con poca o nada de raíz lo que favorece sus pérdidas; 5.) Iatrogenia en el procedimiento odontológico: por perforación del piso pulpar, perforación de la furca, fractura de la raíz durante la endodoncia por lo fino de sus raíces (REVISTA LATINOAMERICANA DE ORTODONCIA Y ODONTOPEDIATRIA,2004).

3.3.3 TIPOS DE MORDIDAS

- **Mordida abierta**

Se denomina así cuando los dientes superiores e inferiores no ocluyen unos con otros, o cuando existe un espacio entre los dientes maxilares y mandibulares, así mismo en una persona con mordida abierta anterior puede

que no haya contacto de los dientes anteriores durante el movimiento mandibular (VAJDI, 2011).

- **Mordida Profunda**

Se denomina mordida profunda cuando una persona tiene una mandíbula infradesarrollada (relación molar de clase II), en los cuales los dientes anteriores mandibulares con frecuencia contactan en el tercio gingival de las superficies linguales de los dientes maxilares.

- **Mordida cruzada anterior**

En la mordida cruzada anterior los incisivos y/o caninos del maxilar superior se encuentran en posición lingual con respecto a sus homólogos de la mandíbula. (GONZÁLEZ & MARRERA, 2012).

- **Mordida cruzada posterior**

La mordida cruzada posterior se caracteriza por la alteración en la relación transversal entre los arcos superior e inferior, la interferencia dentaria durante el movimiento mandibular en máxima intercuspidación habitual, puede causar desplazamiento lateral de la mandíbula estableciéndose una mordida cruzada posterior unilateral funcional. (APARECIDO, 2011)

- **Bis a bis**

En una mordida “bis a bis” los bordes de los dientes incisivos y los puntos de los dientes molares se tocan borde a borde o cúspide contra cúspide de tal forma que se desgastan mutuamente.

3.4 FLUOROSIS DENTAL

La fluorosis dental es el defectuoso desarrollo del esmalte durante la etapa de formación, provocado por la ingestión de una cantidad excesiva de fluoruro Clínicamente se caracteriza por presentar el esmalte dental con aspecto moteado (revisar término) debido a la hipomineralización de éste o dela dentina (HARRIS & GARCÍA, 2005; CÁRDENAS, 2003).

- **Grados clínicos de la fluorosis dental**

Existen diferentes grados clínicos de fluorosis del esmalte en los que tenemos: **Leve**.- Aquí el diente es de color blanco mate y afecta a los bordes incisales o cúspides de los dientes posteriores, se puede observar en forma de gorro de nieve, estrías o venas delgadas e irregulares de color blanco opaco. **Moderad**o.- Aquí la fluorosis se presenta de color café oscuro combinado con coloraciones blancas y opacas, en este caso también podemos observar cavidades discretas de 1 a 2mm

Grave.- A este nivel el color es de café chocolate hasta casi

- **Factores de riesgo de fluorosis**

Dentro de los factores asociados a la fluorosis dental podemos mencionar: 1.) Complementos excesivos de fluoruros como son la sal de mesa y agua potable; 2.) Pastas dentales fluoradas, como sucede con los niños menores de cinco años que la ingieren durante el cepillado dental; 3.) Alto contenido de fluoruro en bebidas embotelladas, jugos y bebidas gaseosas, y el consumo excesivo de té; 4.) Consumo de agua hervida, que provoca que se concentre la cantidad de fluoruro hasta en un 66 % (AZPEITIA & VALADEZ, 2009).

3.5 HÁBITOS

Un hábito bucal se refiere a la repetición frecuente de un mismo acto, que en un inicio se realiza de forma consciente y luego se torna de manera inconsciente y que pueden causar efectos negativos en la cavidad bucal dependiendo de la intensidad del hábito.

- **Succión digital**

El hábito de succión digital suele terminar a los 3 o 4 años de edad, lo más frecuente es la succión del pulgar, que es succionado apoyando la yema del dedo sobre la zona retroincisiva superior mientras la parte ungueal se apoya sobre los incisivos inferiores. Los efectos de este apoyo dependerán de la

posición intensidad, frecuencia y duración del hábito de succión. (BOJ, CATALÁ & Col, 2011)

Efectos bucales:

González et al., (2012) señalan los siguientes:

- ✓ Protrusión de los incisivos superiores (con o sin diastemas).
- ✓ Retroinclinación de los incisivos inferiores.
- ✓ Mordida abierta anterior.
- ✓ Prognatismo alveolar superior.
- ✓ Estrechamiento, de la arcada superior (debido principalmente a la acción del músculo buccinador).
- ✓ Mordida cruzada posterior.
- ✓ Dimensión vertical aumentada

- **Respiración bucal**

La respiración está asociada a la obstrucción de las vías respiratorias altas, bien por rinitis alérgicas, hipertrofia de las amígdalas palatinas, presencia de adenoides o desviación del tabique nasal, lo que producirá una función respiratoria perturbada con cambios en la postura de la lengua, labios y mandíbula.

En la respiración bucal, los labios quedan entreabiertos y la lengua baja, perdiendo con ello su capacidad morfo-funcional que impide un desarrollo transversal correcto del maxilar superior, produciendo mordidas cruzadas posteriores unilaterales o bilaterales (BOJ et al., 2011).

- **Deglución atípica**

Se presenta debido a la interposición de la lengua entre las arcadas dentarias en el acto de deglutir, esto es lo que se denomina lengua protráctil; para deglutir el individuo necesita hacer un vacío que en conjunción con los movimientos de la lengua impulsa el alimento hacia la faringe. Cuando existe lengua protráctil, el sellado periférico anterior indispensable para producir el vacío necesario, se da al contactar la lengua con los labios directamente, ello

suele ser una postura adaptativa para lograr un correcto cerrado oral en los casos donde no hay contacto inter incisivo. (LUGO & TOYO, 2011).

Consecuencias de la deglución atípica: Cruz et al., (2012) menciona las siguientes:

- ✓ Mordida abierta en la región anterior y posterior
- ✓ Protrusión de incisivos superiores
- ✓ Presencia de diastema antero superiores
- ✓ Labio superior hipotónico
- ✓ Incompetencia labial
- ✓ Hipertonicidad de la borda del mentón

- **Interposición lingual**

La interposición lingual consiste en la ubicación de la lengua entre las piezas dentarias, ya sea en la zona anterior (a nivel de incisivos) o entre los sectores laterales (a nivel de molares) observada en reposo y/o durante las funciones de deglución y fonoarticulación (ARGUDO et al., 1999).

Durante la deglución, la lengua ejerce presión sobre los dientes anteriores por lingual o entre ellos. Las deformaciones son:

- ✓ Mordida abierta anterior
- ✓ Vestíbuloversión
- ✓ Mordida cruzada posterior

FACTORES DE RIESGO

1. RIESGO

Riesgo es la probabilidad de que un suceso futuro ocurra, con presencia de consecuencias adversas de acuerdo a los factores que determinan dicho episodio. La finalidad del riesgo es enfocarse en medidas preventivas para de esta manera, emprender acciones para evitar o reducir enfermedades, accidentes o la muerte (HIGASHIDA, 2000).

2. FACTORES DE REISGO

La Organización Mundial de la Salud determina al riesgo como cualquier característica o circunstancia detectable en una persona o grupo de personas asociándolo con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Los factores de riesgo pueden ser causas o indicadores de algún hecho, pero su importancia radica en que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen.

Los factores de riesgo pueden ser de tipo: biológicos; ambientales; de comportamiento; relacionados con la atención a la salud; socioculturales; económicos: bajos ingresos.

3. FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN LA SALUD–ENFERMEDAD BUCODENTAL

a. FACTORES DE RIESGO LOCALES

Los factores locales son:

- **Hábito de higiene oral**

El propósito de la higiene oral es evitar la acumulación de placa bacteriana sobre los tejidos duros y una posterior enfermedad dental. Una buena higiene oral depende del tamaño de los espacios interdentales posición y morfología

dental; así como también el estado periodontal, la presencia de prótesis, como la habilidad y motivación de cada paciente (CUENCA & BACA, 2005).

- **Cepillado:**

Técnica mecánica utilizada para el control de placa supragingival de las superficies dentarias, la cual tiene como objetivo retirar la placa bacteriana de la superficie dental, incluso del surco gingival evitando asa la menor lesión del diente y de sus estructuras vecinas.

- **Técnica de cepillado:**

Dentro de los métodos de cepillado más recomendados para niños y adolescentes encontramos la técnica de barrido horizontal, debido a su fácil uso. En cuanto a menores de 7–8 años de edad es aconsejable que el cepillado sea realizado por los padres una vez al día. En adultos la técnica más adecuada es la de “Bass”, ésta consiste en colocar el cepillo se coloca en un ángulo de 45° con el eje vertical de los dientes, introduciendo suavemente las cerdas en el surco gingival y realizando cortos movimientos vibratorios para conseguir así la higiene del surco gingival.

- **Frecuencia y duración del cepillado:**

Un cepillado de dos veces al día con un dentífrico fluorado es indudablemente eficaz para la prevención de caries dental. En cuanto a su duración se recomienda por lo menos tres minutos, para de esta manera abarcar todas las zonas que se debe limpiar y evitar así las caries y enfermedad periodontal por el acumulación de placa bacteriana (CUENCA, 2005; BARRANCOS, 2006).

b. FACTORES DE RIESGO GENERALES

Dentro factores de riesgo generales encontramos: 1).Socioeconómicos: En el que se encuentran la calidad de vida, estabilidad laboral, ingresos económicos, cobertura asistencial, 2). Ambientales: Se toma en cuenta el abastecimiento inadecuado de agua potable; así como también si uno de los padres es portadora de *Streptococcusmutans*, 3). Culturales: Aquí se encuentran la

escolaridad, valoración de la salud, creencias y costumbres, 4). Biológicos: Como son rasgos genéticos, enfermedades sistémicas tratadas, estado nutricional, estado inmunitario, estrés, enfermedades intercurrentes (COBOS & GARCÍA, 2005).

ANEXO # 5

FOTOGRAFIAS

FOTOGRAFIA DE QUINARA

RECOLECCIÓN DE DATOS EN ESCUELAS

EXAMEN CLÍNICO DE LOS NIÑOS DE LAS ESCUELAS DE LA PARROQUIA QUINARA

ENTREGA DE KIT DE LIMPIEZA A LOS NIÑOS

CHARLAS A LOS NIÑOS

CHARLAS A MADRES DE FAMILIA Y PROFESORES

CHARLAS A MADRES DE FAMILIA Y PROFESORES

NIÑOS DE LAS ESCUELA VICENTE PAZ

12. ÍNDICE

CARATULA…… i

CERTIFICACIÓN…….……..…… ii

CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA…… iii

CARTA DE AUTORIZACIÓN…….. iv

DEDICATORIA……. v

AGRADECIMIENTO…… vi

1. TITULO……. 7
2. RESUMEN…… 8

2.1. ABSTRACT ……. 9

3. INTRODUCCIÓN…… 10
4. REVISIÓN DEL LITERATURA……. 12

1. DIAGNÓSTICO DE SALUD DEL CANTÓN LOJA……...…… 12

1.1 Definición de Diagnóstico de salud…… 12

1.2 Niveles de diagnósticos…….. 12

2. CANTON LOJA……... 12

2.1 División Política……. 13

3. DESCRIPCION DE LA PARROQUIA QUINARA……..... . 13

3.1 Historia……..…… 13

3.2 Geografía…….…….……. 14

3.3 Actividades Productivas y Económicas…… 14

3.4 Servicios Básicos……..…….. 15

3.5 Educación……..……... 15

3.6 Vialidad……..……... 16

5. MATERIALES Y MÉTODOS…… 17

6. RESULTADOS…… 20

7. DISCUSIÓN…… 37

8. CONCLUSIONES……...……... 39

9. RECOMENDACIONES…… 40

10. BIBLIOGRAFÍA……. 41

11. ANEXOS…… 44

12. INDICE……. 69