



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
ODONTOLOGÍA

TEMA:

DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS “DR. LUIS EMILIO RODRÍGUEZ”, “MANUEL ESTEBAN GODOY”, “VÍCTOR MERCANTE” DE LA PARROQUIA RURAL MALACATOS DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013.

Tesis previa a la
obtención del grado
de Odontóloga.

AUTORA:

ANDREA BELÉN TORRES CÓRDOVA

DIRECTOR:

DR. JOSÉ PROCEL

1859

Loja- Ecuador

2013

II. CERTIFICACIÓN

Dr.
JOSÉ PROCEL.

CERTIFICA:

Que la presente tesis titulada: **DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS “DR. LUIS EMILIO RODRÍGUEZ”, “MANUEL ESTEBAN GODOY” y “VÍCTOR MERCANTE” DE LA PARROQUIA MALACATOS DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013**, elaborada por la Srta. Andrea Belén Torres Córdova portadora de la cédula 1104909567, ha sido rigurosamente supervisada, revisada y corregida, sobre todo asesorada por mi persona en todo el desarrollo de la misma por lo que se autoriza la presentación de la misma al respectivo director de tesis.



.....
DR. JOSÉ PROCEL

III. AUTORÍA

Yo, Andrea Belén Torres Córdova, declaro se autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional Biblioteca Virtual

Autor: Andrea Belén Torres Córdova

Firma: 

Cédula: 1104909567

Fecha: 08 de Noviembre 2013


**IV. CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR,
PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y
PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO**

Yo, Andrea Belén Torres Córdova, declaro ser autor de la tesis titulada DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS "DR. LUIS EMILIO RODRÍGUEZ", "MANUEL ESTEBAN GODOY" y "VÍCTOR MERCANTE", DE LA PARROQUIA MALACATOS DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013. Como requisito para optar al grado de Odontóloga; 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 las 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 esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 8 días del mes de Noviembre del dos mil trece, firma el autor.



Autor: Andrea Belén Torres Córdova

Cédula: 1104909567

Dirección: Babahoyo entre Azoguez y Chone "El Valle"

Correo Electrónico: andrebelen89@hotmail.com

Teléfono: 072613196-0984719607

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Dr. Manuel José Procel González

Tribunal de Grado: Dra. Leonor Peñarreta, Dr. Franklin Quinche, Dra. Tannya Valarezo.



V. DEDICATORIA

Dedico este proyecto de tesis a Dios a mis padres y hermanos

A Dios porque ha estado conmigo a cada paso que doy,

cuidándome y dándome fortaleza para continuar,

a mis padres y hermanos , quienes a lo largo de mi carrera

han velado por mi bienestar y educación

siendo mi apoyo en todo momento

depositando su entera confianza en cada reto

que se me presentaba sin dudar ni un solo momento

en mi inteligencia y capacidad.

VI. AGRADECIMIENTO

A Dios por haberme brindado la sabiduría necesaria
Para realizar con esmero el presente trabajo investigativo;

a cada uno de los que son parte de mi
familia por siempre haberme dado su fuerza y apoyo
incondicional que me han ayudado y llevado hasta
donde estoy ahora.

A mi director de tesis Dr. José Procel
quien a lo
largo de éste tiempo me han orientado con sus
capacidades y conocimientos en el desarrollo de
mi tesis, la cual ha finalizado llenando todas
las expectativas.

A los niños participantes de este estudio y docentes
De los centros educativos por darme la apertura para
Poder trabajar en los mismos.

1. TITULO:

DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS “VÍCTOR MERCANTE”, “MANUEL ESTEBAN GODOY” Y “DR. LUIS EMILIO RODRÍGUEZ” DE LA PARROQUIA MALACATOS DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013.

2. RESUMEN

La caries dental, surge del desequilibrio fisiológico entre el mineral de las piezas dentarias y los constituyentes de la biopelícula, es por esto que el presente estudio es un diagnóstico de salud bucodental en centros educativos primarios de la parroquia Malacatos del cantón Loja, que tuvo por objetivo análisis de la salud bucodental de los niños de los centros educativos primarios y así mismo relacionarlos con la presencia de factores de riesgo que influyen directamente en la aparición de la enfermedad como de otras patologías.

La metodología es decir el conjunto de elementos y procedimientos realizados en la investigación es de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal, prospectivo en el cual se examinaron 225 estudiantes de cada uno de los centros educativos a los cuales se les realizó un examen clínico bucodental para determinar las principales patologías que se encuentran afectando a cada uno de ellos mediante la utilización de historias clínicas.

Los resultados obtenidos en la presente investigación se encuentran representados mediante gráficos en los cuales se indica los mayores y menores valores y porcentajes que representa a cada una de las variables expuestas.

En este caso se obtuvo como resultado que el 92,44% de los niños examinados presentan caries dental, así mismo analizando las alteraciones dentales el 98,22% no las presentan, mientras que el resto está representado por alteraciones de forma y número. La inflamación gingival se encuentra presente en 37,77% en donde se presentaba en los niños encía de coloración rojiza y brillante, el 7,6% presentaba sangrado espontáneo.

En las edades de 9 a 11 años la caries dental está representada por un 35,09% mientras que la inflamación gingival en un 60% siendo el grupo etáreo más afectado por dichas patologías

Palabras Clave: caries dental, inflamación gingival, factores de riesgo

3. SUMMARY

The dental caries, arises from the physiological imbalance between the mineral of the teeth and the constituents of the biofilms, this is why the present study is an assessment of oral health in primary schools in the Malacatos parish of Loja canton. That was by objective analysis of the oral health of children in the primary educational centers and thus same relate them to the presence of risk factors that directly influence the emergence of the disease as other pathologies.

The methodology is the set of elements and procedures performed in the research is quantitative, descriptive, cross-sectional and prospective which reviewed 225 students from each of the schools to which they underwent clinical examination to determine the oral main pathologies that are affecting each one of them through the use of medical histories

The results obtained in this research are represented by graphs and which indicates the highest and the lowest values and percentages representing each of the variables exposed.

In this case there was obtained as result that 92,44 % of the examined children presents dental decay, likewise analyzing the dental alterations 98,22 % does not present them, whereas the rest is represented by alterations of form and number. The inflammation gingival is present in 37,77 % where one was presenting in the children gum of reddish and brilliant coloration, 7,6 % was presenting bled spontaneously.

In the ages from 9 to 11 years the caries dental is represented by 35,09 % whereas the inflammation gingival in 60 % being the group etáreo mas affected by the above mentioned pathologies

Key words: caries dental, gingival inflammation and risk factors

4. INTRODUCCIÓN

La salud bucodental, siendo fundamental en el bienestar del individuo, aun en la actualidad se encuentra desamparada, ya que diversos estudios nos revelan altos índices de prevalencia de patologías, tal como lo menciona un comunicado de la Organización Mundial de la Salud: “Las enfermedades bucodentales, como la caries dental, la periodontitis (enfermedad gingival) y los cánceres de la boca y la faringe son un problema de salud de alcance mundial que afecta a los países industrializados y, cada vez con mayor frecuencia, a los países en desarrollo, en especial entre las comunidades más pobres”; este reporte también menciona que.” Se estima que cinco mil millones de personas en el planeta han sufrido caries dental”. (OMS-WORLD, 2004)

En el vecino país de Perú encontramos que “La prevalencia de caries dental fué del 63,79%, donde la mayor prevalencia se presentó a los 4 años (47,30%) y la menor a los 3 años (25,68%). La prevalencia de caries dental hallada (63,79%) puede ser el reflejo de los hábitos de higiene inadecuados, consumo inadecuado de alimentos, falta de educación, carencia de medios de saneamiento básico y la falta de atención de los servicios odontológicos, características de este tipo de poblaciones; ya que el nivel socioeconómico es uno de los factores que condicionan el estado de salud bucal, haciendo que niños de comunidades de escasos recursos tengan un nivel significativamente de caries dental que aquellos niños provenientes de familias con ingresos promedio”. (CORDOVA, 2010)

A nivel local, en nuestra ciudad de Loja, se realizó el Macroproyecto denominado “Mejoramiento de la calidad de vida de la población escolar y sus familias, mediante la atención integral bucodental enmarcada en los factores: socioeconómicos, culturales y ambiental del Área de afluencia del Hospital Universitario de Motupe del Área de salud Nro 3 de la DPSL/MSP” y de la carrera de odontología, en el período 2007-2008”, donde se evidencia que “el índice ceod fue de 4,5 para los niñas y de 5,1 para los niños, en tanto que el índice de CPOD fue de 1,9 en los niñas y de 1,6 en las niños”. (DPSL/MSP, 2007-2008)

Es por ello que se estableció el tema de investigación DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS “VÍCTOR MERCANTE”, “MANUEL ESTEBAN GODOY” Y “DR. LUIS EMILIO RODRÍGUEZ” DE LA PARROQUIA MALACATOS DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013, en importancia de las patologías de la cavidad bucal y su relación con factores de riesgo que coadyuvaron o no la presencia de dichas patologías, y por medio del cual estableció el grado de salud o enfermedad de la población.

Se planteó objetivos como la realización del diagnóstico bucodental de los estudiantes de los centros educativos primarios identificando factores de riesgo y la prevalencia de las patologías bucodentales en donde, los resultados obtenidos en el estudio realizado en los centros educativos primarios “Víctor Mercante”, “Manuel Esteban Godoy” y “Dr. Luis Emilio Rodríguez” parroquia Malacatos del Cantón Loja son: el 92,44% de la población examinada presenta caries dental mientras que el 7,55% ausencia de la misma. La inflamación gingival estuvo representada por un 37,7% y el sangrado por un 7,6%. Las maloclusiones en dentición decidua estuvieron representadas por escalón mesial en un 45,94% y el plano terminal recto en un 39,18%. En la dentición permanente 46,57 presentan clase I de Angle mientras que el 18,49% presentan clase III de Angle. Los niños examinados que presentaron fluorosis leve están representados por un 2,66%. Entre las patologías que predominaron la mordida profunda está representada por un 14,66% y el apiñamiento en un 4,4%. En el odontograma el CEOD estuvo representado en un nivel alto con 61,77% y el CPOD un nivel muy bajo con un 50,57%. El IHOS estuvo representado por 100% en su categoría Bueno debido a que en los niños no se encontró cálculo dental. El 69,76 y el 50% de los niños que cepillan sus dientes 3 veces al día presentan inflamación gingival y sangrado debido a que la técnica de cepillado que utilizan es incorrecta y no usan todos los elementos de higiene oral

El estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo, prospectivo, el área de estudio fue la parroquia Malacatos con una muestra de 225 niños de los centros educativos primarios.

Para la realización del estudio se utilizo como métodos la observación, historia clínica odontológica y credencial la cual era llevada por la autora de la investigación.

5. REVISION DE LA LITERATURA

CAPITULO I

1. DIAGNÓSTICO DE SALUD

1.1 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. Es un juicio de valor en torno al proceso salud enfermedad para la formulación de políticas y lineamientos de acción en salud (Villa. J.P 2012).



1.2 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 (Villa. J.P 2012).

2. PARROQUIA MALACATOS

2.1 HISTORIA



“Malacatos, al igual que otros valles de la zona Sur Oriental del Cantón Loja, de la Provincia de Loja ocupa el valle privilegiado del río de su nombre, pues sí salimos por el Sur de Loja y tomamos la carretera que nos lleva a Malacatos; continuamos por el suave encañonado que forma el río en su recorrido a Malacatos, lo bordeamos por algunos kilómetros; al lado derecho seguimos flanqueados por el Nudo de Cajanuma el mismo que divide las provincias de Loja y Zamora.

El significado de la palabra Malacatos proviene del nombre del grupo indígena de los “MALACATUS” quienes vivían en el sector al momento de la llegada de los españoles, de allí el nombre de la parroquia”. (GONZALEZ, 2013)

2.2 SERVICIOS BÁSICOS

La parroquia Malacatos tiene una buena cobertura del servicio de energía eléctrica para la población, en razón de que el 96,7% de viviendas tienen servicio de la red de empresa eléctrica, que en caso de Malacatos la ofrece la Empresa Eléctrica Regional del Sur-EERSA.



La cobertura espacial y acceso a las redes de telefonía e internet, telefonía celular que tiene acceso el 70,1% de hogares como alternativa comunicacional a falta de servicio de telefonía convencional, que llega al 27,44 % de hogares, mientras que el servicio de internet apenas lo tienen el 1,8% de hogares.

2.3 EDUCACION

INSTITUCIONES EDUCATIVAS	NUMERO DE ALUMNOS	NUMERO DE PROFESORES
Víctor Mercante.	170	11
Dr. Luis Emilio Rodríguez.	26	6
Manuel Esteban Godoy O.	29	3

2.4 VIALIDAD

“La vía principal que une con la ciudad de Loja se encuentra asfaltada, con obras de arte, en buen estado; un sector con un crecimiento poblacional significativo

Existe el tramo que une Landangui- Taxiche para salir a la “Y”, vía a Vilcabamba o vía a Malacatos que tiene una longitud, no cuenta con obras de arte y asfalto en mal estado” (ROJAS LANDACAY, 2012)

CAPITULO II

1. SALUD ORAL

1.1 CONCEPTO DE 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 relacionadas con la masticación y el complejo maxilofacial (Cobos. J. y García. J.J 2005).

1.2 HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica es una de las formas de registro del acto médico, cuyas cuatro características principales 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. La licitud se debe a que la misma norma jurídica respalda a la historia clínica como documento indispensable (Guzmán F. y Arias A. 2012).

2. PATOLOGÍAS

2.1 LESIONES DE LOS TEJIDOS DUROS

2.1.1 Caries Dental

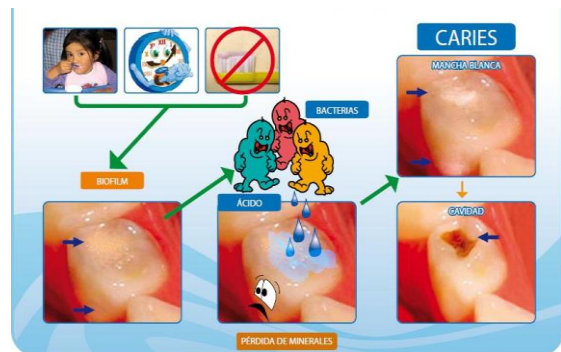


La caries dental es el resultado de una disolución química localizada en la superficie del diente causada por eventos metabólicos que tienen lugar en el biofilm que cubre la zona afectada, destruyendo de esta manera al esmalte, dentina y cemento; generalmente la lesión cariosa se desarrolla en sitios como fosas, fisuras superficies oclusales y puntos de contacto (Montesinos D. 2011).

2.1.2 Factores De Riesgo De La Caries Dental

Dentro de los factores encontramos:

- 1.) Alto grado de infección por *Streptococcus mutans*;
- 2.) Alto grado de infección por lactobacilos;
- 3.) Experiencia de caries anterior;
- 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, severo, tratamiento ortodóncico y prótesis;

11.) Anomalías del esmalte; 12.) Recesión gingival; 13.) Enfermedad periodontal; 14.) Factores sociales(Hidalgo Ileana 2007).

2.2 ALTERACIONES DE FORMA

2.2.1 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 lo podemos encontrar tanto en dientes temporales como permanentes, 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 que origina una cavidad pulpar extremadamente grandes y con canales pulpares cortos(J. Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wysocki 2005)

2.2.2 Diente Invaginado.

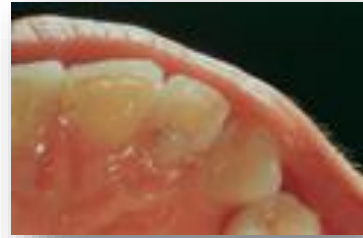
El diente invaginado o «dens in dente», es una anomalía que afecta principalmente a los incisivos laterales permanentes del maxilar superior, se caracteriza por la presencia de una fosita lingual invaginada, que en algunos casos no es visible clínicamente, para lo que es necesario la toma de una radiografía 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 (J. Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wysocki 2005)

2.2.3 Cúspides supernumerarias

En este caso los dientes presentan cúspides adicionales o supernumerarias, un ejemplo de ello son las cúspides de Carabelli, la cual se aparece en las superficies mesiolinguales de los primeros molares permanentes del maxilar superior y no representan ningún problema clínico (J. Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wysocki 2005).



2.2.4 Diente evaginado

El diente evaginado o cúspides en garra, afecta principalmente a los premolares definitivos, se caracteriza por el desarrollo de una proyección anormal en forma de globo, dándole el aspecto de una cúspide adicional, generalmente se 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 (J. Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wysocki 2005)



2.2.5 Cúspide en garra

La cúspide en garra o cúspide esta se localiza típicamente sobre la cara lingual de los incisivos centrales del maxilar superior a nivel de su cingulo y suele extenderse hasta el borde incisivo como una proyección prominente del esmalte, presentando en



algunos casos fositas linguales a ambos lados de la cúspide, para lo que es necesario restaurar para prevenir futuras caries dental (J. Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wysocki 2005).

2.2.6 Geminación

La geminación afecta principalmente a los dientes anteriores, se caracteriza por la división parcial de un solo primordio dental produciéndose un diente que muestra dos coronas independientes o separadas parcialmente, una sola raíz y un solo conducto radicular, este tipo de diente se puede presentar en las dos denticiones y se lo puede confundir con una fusión (J. Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wysocki).



2.2.7 Fusión

Unión de 2 piezas dentarias que pueden tener una cámara pulpar única o dos cámaras independientes, estas están unidas a través de la dentina y después con la raíz de toda la pieza,



Figura 7. Caso 7. Fusión 6.1-6.2.

formándose una pieza grande. (J. Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wysocki).

2.3 FLUOROSIS DENTAL

La fluorosis dental es el defecto del desarrollo del esmalte provocado por la ingestión de una cantidad excesiva de fluoruro durante la formación del esmalte, clínicamente se caracteriza por presentar el esmalte dental con aspecto moteado debido a la hipomineralización de este o dela dentina (Harris. N; García.G 2005; Cárdenas. D 2003; Revista ADM.1997).

2.3.1 Grados clínicos de la fluorosis dental



Existen grados clínicos diferentes de fluorosis del esmalte en los que tenemos: Leve.- 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. Moderado.- 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 negras (Harris.N; García.G et.al 2005)

2.3.2 Factores de riesgo de fluorosis

Dentro de los factores asociados a la fluorosis dental podemos mencionar: 1.) complementos con fluoruros excesivos 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 de dicho líquido en 66 % (Azpeitia.L; Valadez. M 2009).

2.4 LESIONES DE LOS TEJIDOS BLANDOS

2.4.1 ENFERMEDADES GINGIVALES

2.4.1.1 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. J y Catalá.M 2004).



2.4.1.2 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 de 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 (Boj. J, Catalá.M 2004).

2.4.1.3 Enfermedad gingival inducida por fármacos



Paciente con crecimiento gingival secundario con el uso de ciclosporina

El

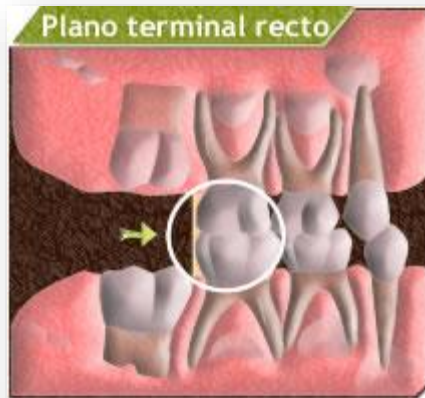
agrandamiento gingival que provoca desfiguración estética es un efecto adverso importante asociado con diversos fármacos: Anticonvulsivos (p.ej. fenitoína, valproato, etc), inmunosupresores (p.ej. ciclosporina, etc), bloqueadores de los canales de calcio (p.ej. nifedipina, verapamilo, etc), y sus síntomas suelen comenzar después de los tres meses de medicación, y alcanza su intensidad máxima a los 12 -18 meses de tratamiento (Lindhe.J. 2009; Boj. J, Catalá.M. 2004)

2.5 MALOCCLUSIÓN

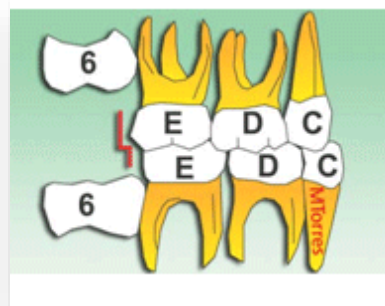
2.5.1 DENTICIÓN TEMPORAL

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

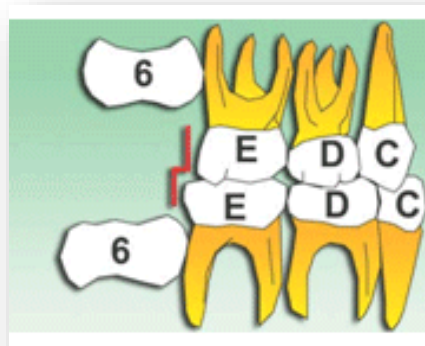
PLANO TERMINAL RECTO: Cuando los primeros molares erupcionan en relación borde a borde.



ESCALON MESIAL: cuando la superficie distal del segundo molar primario inferior esta mesial a la superficie distal del segundo molar superior primario.



ESCALON DISTAL: cuando la superficie del segundo molar inferior se encuentra distal a la superficie distal del segundo molar superior primario (FLAVIO VELLINI-2009)



2.5.2 DENTICIÓN PERMANENTE

Clase I

Se define como clase I, cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar inferior (FLAVIO VELLINI-2009).



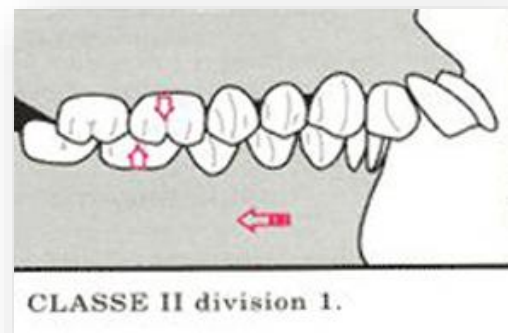
Clase I

Clase II

Se define como clase II debido a que el 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 (FLAVIO VELLINI-2009)

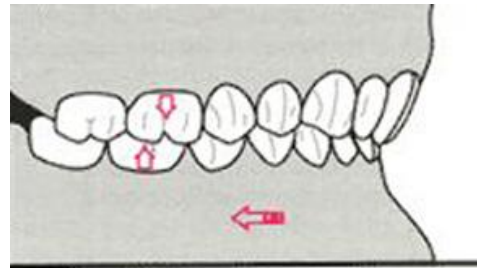
Clase II División I

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 (FLAVIO VELLINI-2009).



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 (FLAVIO VELLINI-2009).



CLASE II division 2.

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 (FLAVIO VELLINI-2009).

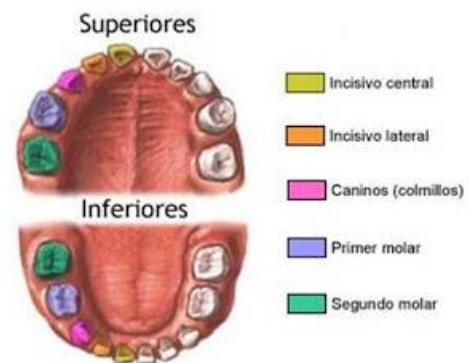


Clase III

2.6 TIPO DE DENTICIONES

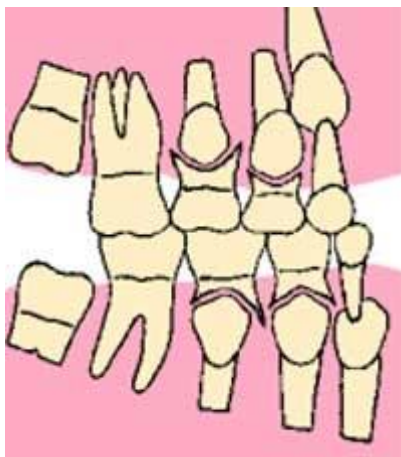
2.6.1 Dentición temporal

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 a 6 meses; mientras que el incisivo central superior erupciona a los 7 a 8



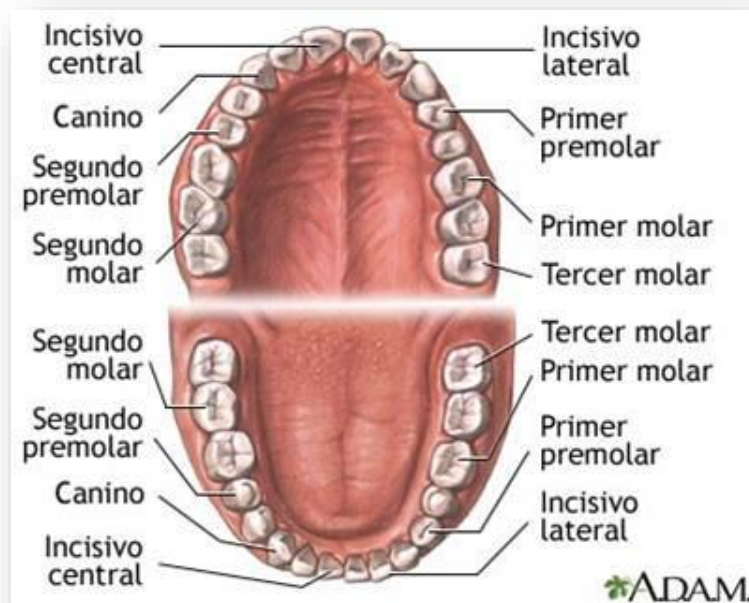
meses, el incisivo lateral superior a los 8 a 9 meses, una vez erupcionados los cuatro dientes anteriores se produce un proceso de adelantamiento posicional ya que estos erupcionan de forma vertical permitiendo así agrandar el arco ganando de esta manera espacio para el alineamiento, el segundo grupo esta 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 (ROSA MARIAMASSÓN-2004).

2.6.2 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, porque en este periodo se realiza una serie de complicados procesos que conducen al cambio de la dentición temporal por la permanente y al establecimiento de la oclusión normal definitiva (ROSA MARIAMASSÓN-2004).

2.6.3 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 permanente también tiene 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 (ROSA MARIAMASSÓN-2004).

2.6.4 Pérdida Prematura De Dentición Decidua

2.6.4.1 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.

2.6.4.2 Pérdida 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. 2004-2005).

2.6.4.3 Causas De La Pérdida Prematura De Dientes

Dentro de las causas tenemos: 1.) Enfermedades tales como: caries dental, resorciones radicales 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.) 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.2004-2005).

2.7 TIPOS DE MORDIDAS

2.7.1 Mordida abierta

Es cuando los dientes superiores e inferiores no ocluyen unos con otros, existe un espacio entre los dientes maxilares y mandibulares, en una persona con mordida abierta anterior puede que no haya contacto de los dientes anteriores durante el movimiento mandibular (G. Vajdi ,Geeti 2011).



2.7.2 Mordida Profunda



Se denomina mordida profunda cuando una persona tiene una mandíbula infra desarrollada (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. (NATERA, 2006)

2.7.3 Mordida cruzada anterior



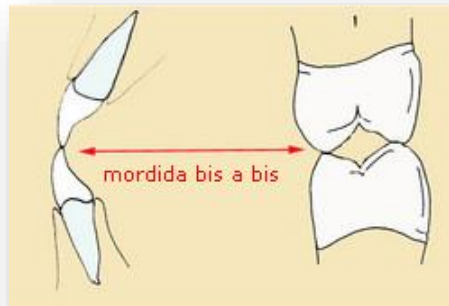
En la mordida cruzada anterior los incisivos y/o caninos del maxilar superior se encuentran en posición lingual con respecto a sus homólogos de la mandíbula. (Gabriela González, Laura Marrera, 2012).

2.7.4 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 intercuspidad habitual, puede causar desplazamiento lateral de la mandíbula estableciéndose una mordida cruzada posterior unilateral funcional. (OSMAR APARECIDO, 2011)

2.7.5 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. (PALOMINO, 2009)

2.8 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.

2.8.1 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 Juan, CATALÁ Montserrat y Col, 2011)

Efectos bucales:

- 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 musculo buccinador).
- Mordida cruzada posterior.
- Dimensión vertical aumentada (María Fernanda González, Gianfranco Guida, Diana Herrera. Oscar Quirós, 2012)



2.8.2 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 permitiría un desarrollo transversal correcto del maxilar superior, produciendo mordidas cruzadas posteriores unilaterales o bilaterales. (BOJ Juan, CATALÁ Montserrat y Col, 2011)

2.8.3 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, el individuo para deglutir 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 para producir el vacío necesario, se hace al contactar la lengua con los labios directamente, suele ser una postura adaptativa para lograr un correcto cerrado oral en los casos donde no hay contacto inter incisivo.(Carmen Lugo, Irasema Toyo, 2011)

Consecuencias de la deglución atípica:

- Mordida abierta en la región anterior y posterior
- Protrusión de incisivos superiores
- Presencia de diastema anterosuperiores
- Labio superior hipotónico
- Incompetencia labial
- Hipertonicidad de la borla del mentón.

2.8.4 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 fono articulación (Pamela Agurto V, Rodrigo Díaz, Olga Cádiz, Fernando Bobenrieth, 1999)

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

- Mordida abierta anterior
- Vestíbuloversión
- mordida cruzada posterior

CAPITULO III

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. B 2000).

2. FACTORES DE RIESGO

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, pero su importancia radica en que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen (Higashida. B 2000).

Los factores de riesgo pueden ser: Biológicos; Ambientales; Comportamiento; Socioculturales y Económicos (Higashida. B 2000).

2.1 FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN LA SALUD – ENFERMEDAD BUCODENTAL

2.1.1 FACTORES DE RIESGO LOCALES

Los factores locales son:

Hábito de higiene bucal

El propósito de la higiene oral es evitar la enfermedad dental mediante la disminución de la acumulación de placa bacteriana que se encuentra sobre los tejidos duros; para una buena higiene oral depende del tamaño de los espacios interdientales posición y morfología dental; así como también el estado periodontal, la presencia de prótesis, como la habilidad y motivación de cada paciente (Cuenca y Baca, 2005).

Cepillado:

Técnica mecánica utilizada para el control de placa supragingival de las superficies dentarias, con el objetivo de retirar la placa dental de la superficie dental, incluso del curvo gingival evitando así la menor lesión del diente y de sus estructuras vecinas (Cuenca y Baca, 2005).



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 los menores de 7 – 8 años es aconsejable que el cepillado sea realizado por los padres una vez al día. En los adultos la técnica más adecuada es la de Bass, debido a que el cepillo se lo 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 (Barrancos, 2006).

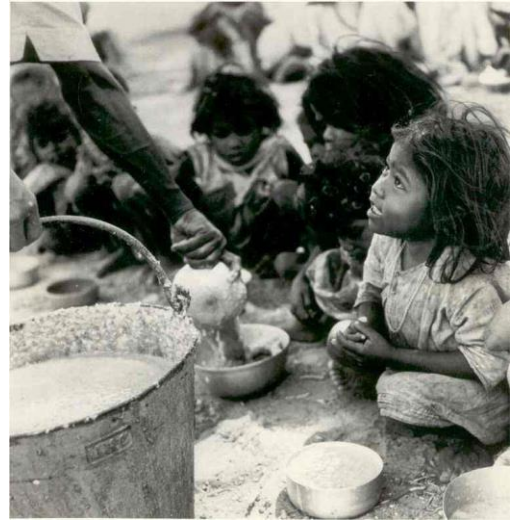


Frecuencia y duración del cepillado:

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 dental y enfermedad periodontal por el acumulo de placa bacteriana (Cuenca 2005 y Barrancos, 2006).

2.1.2 FACTORES DE RIESGO GENERALES

Dentro factores de riesgo generales encontramos: 1.Socioeconómicos: en el que hallamos la calidad de vida, estabilidad laboral, ingresos, cobertura asistencial, 2. Ambientales: se toma en cuenta el abastecimiento inadecuado de agua potable; así como también si la madre es reservorio de *Streptococcus mutans*, 3. Culturales: aquí encontramos escolaridad, valoración de la salud, creencias y costumbres,



3. Biológicos: como son rasgos genéticos, enfermedades sistémicas tratadas, estado nutricional, estado inmunitario, estrés, enfermedades intercurrentes (Cobos. J. y García. J.J 2005).

6. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio es de tipo Cuantitativo debido a que sirvió para determinar porcentualmente el estado de salud buco dental de los estudiantes de los centros educativos rurales de la parroquia San Lucas del cantón Loja, y los resultados obtenidos son expuestos mediante gráficas; Descriptivo, determinó la situación de las variables que se estudiaron mediante la descripción de las diversas patologías que se presentaron en este estudio.

El Área de estudio en la cual se realizó la investigación fue la parroquia Malacatos del cantón Loja, la misma que se encuentra localizada suroriente de la ciudad de Loja, con una población de 7.114 habitantes. Se realizó el presente estudio en los Centros Educativos Primarios “Dr. Luis Emilio Rodríguez”, “Manuel Esteban Godoy” y “Víctor Mercante”. El Universo estuvo conformado por 225 estudiantes, de los cuales todos fueron partícipes del estudio.

POBLACIÓN						
EDAD/SEXO	0a-2a	3a-5a	6a-8a	9a-11a	12a-14a	TOTAL
MASCULINO	1	20	43	37	9	110
FEMENINO	2	28	45	36	4	115

Las variables dependientes en el presente proyecto fueron: caries dental, inflamación gingival, anomalías dentales, fluorosis dental y mal oclusiones. Las variables independientes fueron: Cepillado, Alimentación y Atención odontológica. Las técnicas empleadas fueron, la técnica de Observación: Es una técnica fundamental, que permitió tener una visión clara, real y actual del problema, a través de la percepción directa de los sujetos investigados, lo que estableció el cómo se encontraron las variables; la Entrevista: Se empleó para recolectar la información de manera verbal, a través de preguntas que se plantearon de investigador a investigado.

Los instrumentos para la recolección de datos fueron, La Historia Clínica Odontológica: conjunto de documentación médico-legal que recogió el relato del paciente sobre su enfermedad, pruebas diagnósticas, intervenciones terapéuticas realizadas y evolución de un paciente; y la Encuesta: Se elaboró un conjunto de

preguntas, a través de este instrumento se pretendió obtener información necesaria de los sujetos investigados.

Además se requirió la elaboración de Credenciales, como medios de identificación para el acceso al centro educativo.

Los recursos humanos estuvieron conformados por: Directora de la Carrera de Odontología, Dra. Especialista Tannya Valarezo; Tutor: Dr. Especialista José Procel; Andrea Belén Torres Córdova egresada de la carrera de Odontología año 2013. Personal administrativo, estudiantes de los centros educativos investigados de la parroquia rural Malacatos del cantón Loja. Los recursos físicos fueron los establecimientos educativos.

Dentro de los recursos materiales empleados en la presente investigación consistieron en: Set de diagnóstico (espejo, explorador, pinza algodонера), Materiales de bioseguridad, Historia clínicas, Encuestas, Material didáctico, Cámara fotográfica, Computadora, Materiales de escritorio, 225 cepillos dentales, 225 pastas dentales.

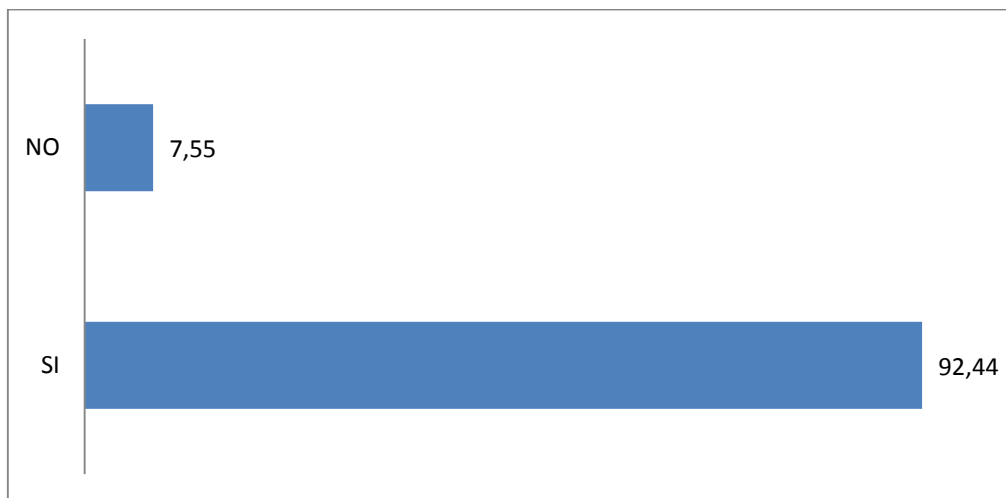
Los datos se ingresaban diariamente en un cuadro base prediseñado de Microsoft Excel; y posteriormente, se elaboró los gráficos para el respectivo análisis. Para un mejor análisis, se representaron los datos en tablas, gráficos de barra y en columnas. Los indicadores utilizados para la caries fueron el índice CPOD y c.e.o; mientras que para la higiene oral, se utilizó el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS).

7. RESULTADOS

REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE DATOS OBTENIDOS EN HISTORIA CLÍNICA

GRÁFICA No 1

PRESENCIA DE CARIES DENTAL



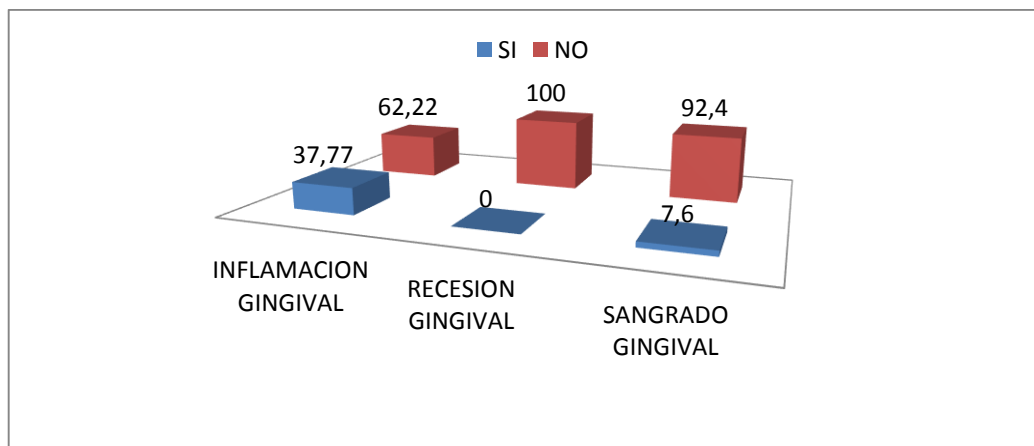
FUENTE: ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS "LUIS EMILIO RODRIGUEZ", "MANUEL ESTEBAN GODOY" Y "MANUEL MERCANTE" DE LA PARROQUIA MALACATOS

AUTOR: ANDREA BELEN TORRES

Interpretación En el gráfico N° 1, de acuerdo a los datos obtenidos un 92,44% representando el total de la población se encontraba afectada por caries dental; relacionándose a una incorrecta técnica de cepillado, la falta de implementos necesarios para la higiene oral como el hilo dental-enjuague bucal, consumo frecuente de alimentos cariogénicos.

GRÁFICA No 2

ALTERACIONES GINGIVALES

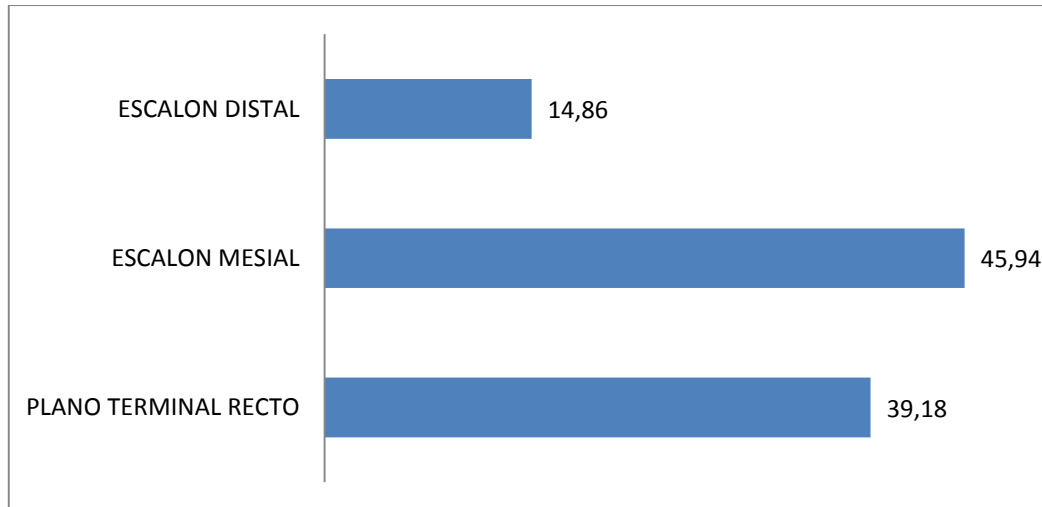


FUENTE: ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS "LUIS EMILIO RODRIGUEZ", "MANUEL ESTEBAN GODOY" Y "MANUEL MERCANTE" DE LA PARROQUIA MALACATOS
AUTOR: ANDREA BELEN TORRES

Interpretación: Se analizó en el siguiente gráfico que el 37,77% de los niños examinados presentaban inflamación gingival debido que su encía presentaba una coloración rojiza y brillante, se encontraba cambios de consistencia, el 7,6 % al momento de realizar el examen intraoral presentaba sangrado espontáneo, asociándolo con la presencia de gingivitis debido a la materia alba depositada en las superficies de los dientes.

GRÁFICA No 3

RELACIÓN MOLAR EN DENTICIÓN TEMPORAL



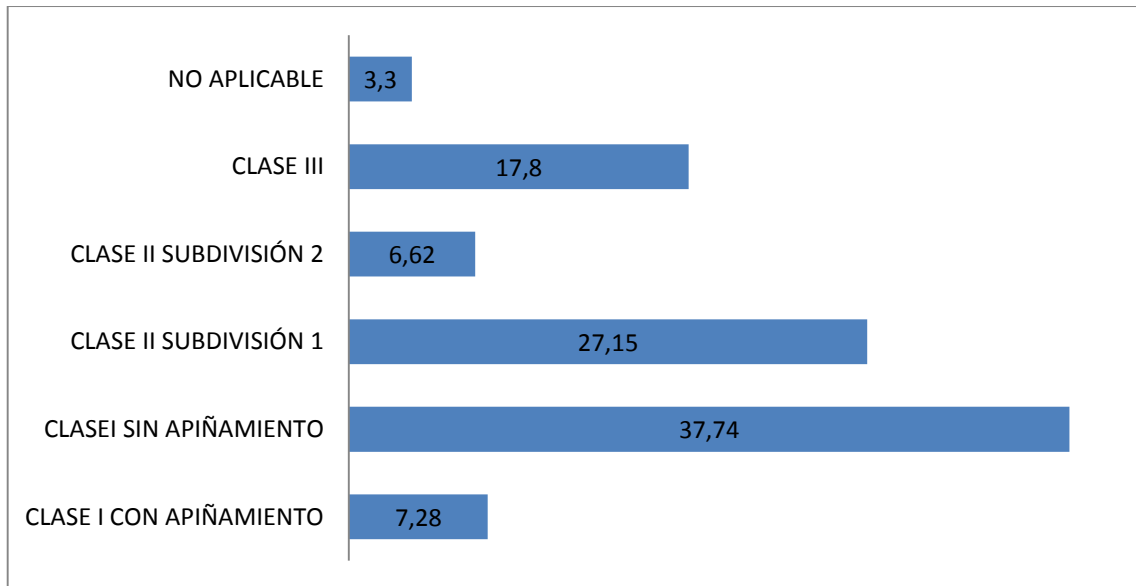
FUENTE: ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS "LUIS EMILIO RODRIGUEZ", "MANUEL ESTEBAN GODOY" Y "MANUEL MERCANTE" DE LA PARROQUIA MALACATOS

AUTOR: ANDREA BELEN TORRES

Interpretación: en el presente gráfico de acuerdo a los datos recopilados un 45,94% presenta Relación Molar "Escalón Mesial" lo que indica que tiene posibilidades de desarrollar una Relación Molar clase I o clase III, dependiendo del tamaño del escalón, un 39,18% presentan "Plano Terminal Recto" lo que conlleva a determinar a que en un futuro evolucione a una Clase I o una normoclusión, el 14,86% restante presenta "Escalón Distal" desarrollándose en un futuro una Relación Molar Clase II o III

GRÁFICA No 4

TIPO DE OCLUSIÓN EN DENTICIÓN PERMANENTE (CLASE DE ANGLE)

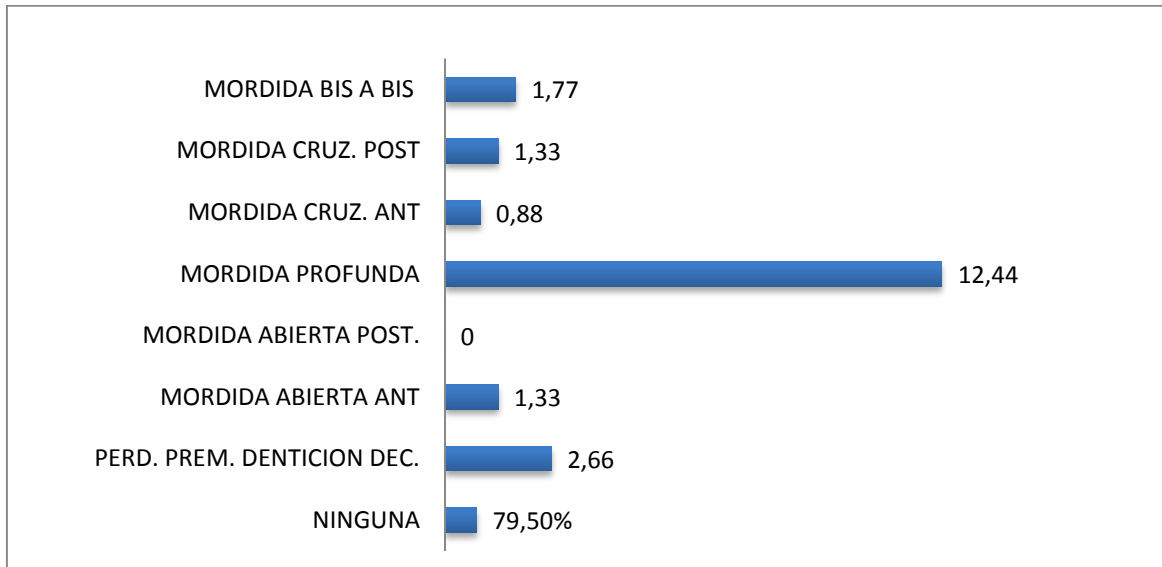


FUENTE: ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS “LUIS EMILIO RODRIGUEZ”, “MANUEL ESTEBAN GODOY” Y “MANUEL MERCANTE” DE LA PARROQUIA MALACATOS
AUTOR: ANDREA BELEN TORRES

Interpretación: En la presente gráfica, se observó que el 37,74%, de la población presentaba Clase I sin apiñamiento también llamada normoclusión, el 27,15% tuvo clase II subdivisión 1 observándose un frente protruido superior, el 17,8 % clase III debido a la mesialización de los primeros molares inferiores. En cuanto al grupo que se lo consideró como no aplicable estuvo representado por un 3,3% los mismos que no presentaban los primeros molares permanente alterando su oclusión.

GRÁFICA No 5

ALTERACIONES DE OCLUSIÓN

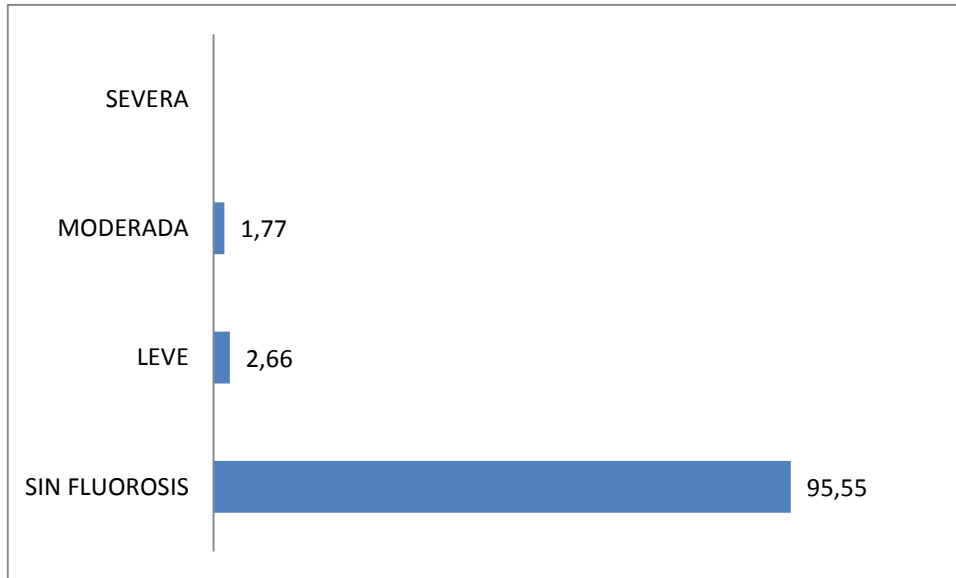


FUENTE: ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS "LUIS EMILIO RODRIGUEZ", "MANUEL ESTEBAN GODOY" Y "MANUEL MERCANTE" DE LA PARROQUIA MALACATOS
AUTOR: ANDREA BELEN TORRES

Interpretación: De acuerdo a los datos obtenidos se observó que un 12,44% de la población presentaban mordida profunda ya que al examen clínico se observó que las piezas superiores cubrían la mayor parte de las piezas inferiores, el 2,66% representó a los pacientes que presentaron pérdida prematura de dentición decidua que pudieron ser producidas por caries dental, procesos dentoalveolares o traumatismos.

GRÁFICA No 6

FLUOROSIS DENTAL

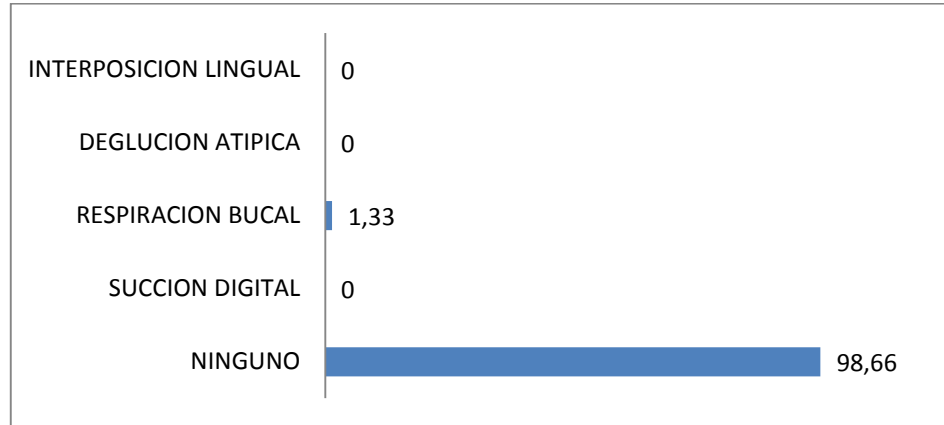


FUENTE: ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS “LUIS EMILIO RODRIGUEZ”, “MANUEL ESTEBAN GODOY” Y “MANUEL MERCANTE” DE LA PARROQUIA MALACATOS
AUTOR: ANDREA BELEN TORRES

Interpretación: El 95,5% de la población estudiada no presenta fluorosis dental. El 2,66% de estudiantes que presentaban esta patología en grado leve, se observó zonas de un color blanco opaco dispersos en los bordes incisales y en las cúspides de los dientes posteriores, mientras que el 1,77% presenta fluorosis moderada debido a la tinción parda y coloraciones blancas que presentaba en sus dientes.

GRÁFICA No 7

HÁBITOS DEFORMANTES



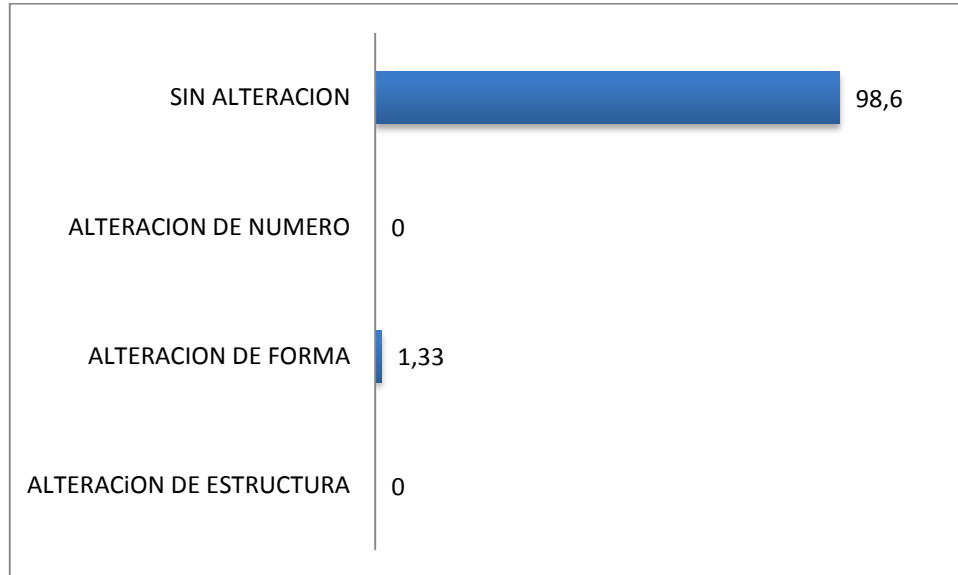
FUENTE: ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS "LUIS EMILIO RODRIGUEZ", "MANUEL ESTEBAN GODOY" Y "MANUEL MERCANTE" DE LA PARROQUIA MALACATOS

AUTOR: ANDREA BELEN TORRES

Interpretación: Al realizar un análisis minucioso de los investigados se encontró que en un mínimo porcentaje presentaban un hábito deformante como es la respiración bucal, representado con el 0,97%, lo que concuerda con los casos de mordida abierta anterior encontrados, el 98,66% de los niños examinados no presenta ningún hábito que altere su cavidad oral

GRÁFICA No 8

ALTERACIONES DENTALES



FUENTE: ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS “LUIS EMILIO RODRIGUEZ”, “MANUEL ESTEBAN GODOY” Y “MANUEL MERCANTE” DE LA PARROQUIA MALACATOS
AUTOR: ANDREA BELEN TORRES

Interpretación: en el siguiente gráfico se pudo observar que el 98,6% de los niños examinados no presentan alteraciones dentales, mientras que el 1,33% presentan alteraciones de forma representado por la fusión dental debido que durante la examinación se presentaba una unión parcial de dos gérmenes dentarios, quedando incompleta la arcada dentaria.

GRÁFICA No 9

ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA (IHOS)



FUENTE: ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS “LUIS EMILIO RODRIGUEZ”, “MANUEL ESTEBAN GODOY” Y “MANUEL MERCANTE” DE LA PARROQUIA MALACATOS
AUTOR: ANDREA BELEN TORRES

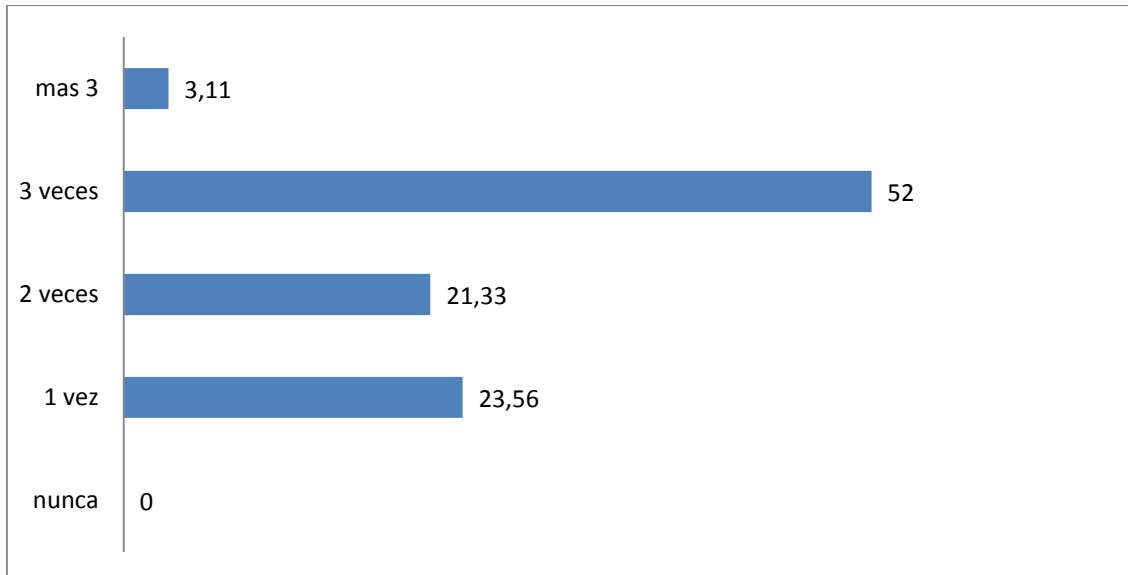
Interpretación: Del grupo de estudiantes examinado, los 225 niños obtuvieron el Índice de Higiene Oral Simplificado dentro del criterio “bueno”, correspondiendo al 100%

El IHOS valora los depósitos blandos y duros presentes en las superficies de los dientes, en este caso no se pudo evaluar la presencia de cálculo dental porque el grupo de estudio estuvo conformado por niños de 2 a 13 años donde no existía; es por esto que se cataloga como bueno.

REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA ENCUESTA

GRÁFICA No 10

FRECUENCIA DE CEPILLADO

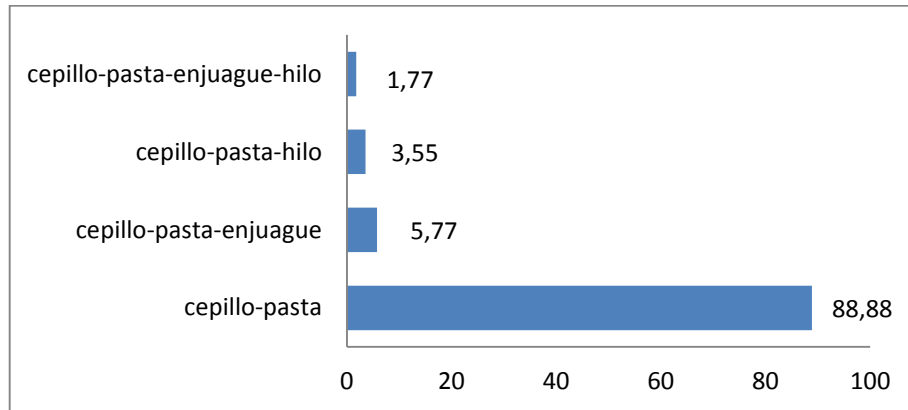


FUENTE: ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS "LUIS EMILIO RODRIGUEZ", "MANUEL ESTEBAN GODOY" Y "MANUEL MERCANTE" DE LA PARROQUIA MALACATOS
AUTOR: ANDREA BELEN TORRES

Interpretación: De los datos obtenidos en la encuesta se observó que el 52 % se cepillan los dientes tres veces al día por lo que se encuentra dentro de lo recomendado, el 23,56% cepilla sus dientes una vez al día valor como inferior al recomendado, atribuidos a una falta de conocimientos y de interés tanto de los estudiantes como de sus representantes, para practicar una adecuada higiene oral.

GRÁFICA No 11

ELEMENTOS USADOS EN HIGIENE ORAL



FUENTE: ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS “LUIS EMILIO RODRIGUEZ”, “MANUEL ESTEBAN GODOY” Y “MANUEL MERCANTE” DE LA PARROQUIA MALACATOS
AUTOR: ANDREA BELEN TORRES

Interpretación: el 88.88% de los niños utilizan durante su higiene oral cepillo y pasta dental; probablemente los demás elementos no los utilizan por falta de conocimiento o de acceso a los mismo, mientras que el 1,77% complementan su higiene oral con hilo dental y enjuague bucal.

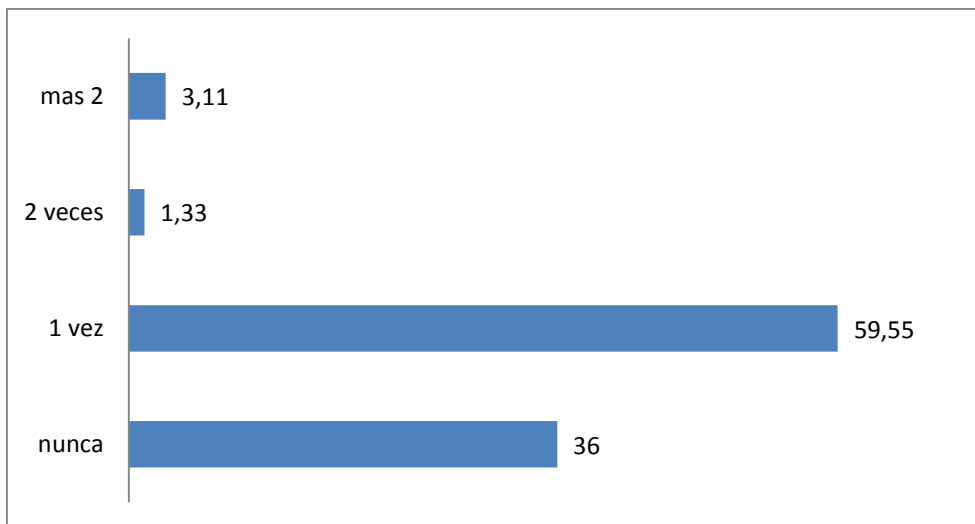
GRÁFICA No 12 TÉCNICA DE CEPILLADO



FUENTE: ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS "LUIS EMILIO RODRIGUEZ", "MANUEL ESTEBAN GODOY" Y "MANUEL MERCANTE" DE LA PARROQUIA MALACATOS
AUTOR: ANDREA BELEN TORRES

Interpretación: al entregar el pantoma y cepillo a los niños y solicitarles una demostración de cómo cepillan sus dientes se determinó que las técnicas que utilizaban no eran correctos ya que lo realizaba de forma desordenada y superficialmente causando lesiones en sus encías y tejidos, y dejando placa bacteriana en las superficies de los dientes.

GRÁFICA No 13 VISITA AL ODONTÓLOGO

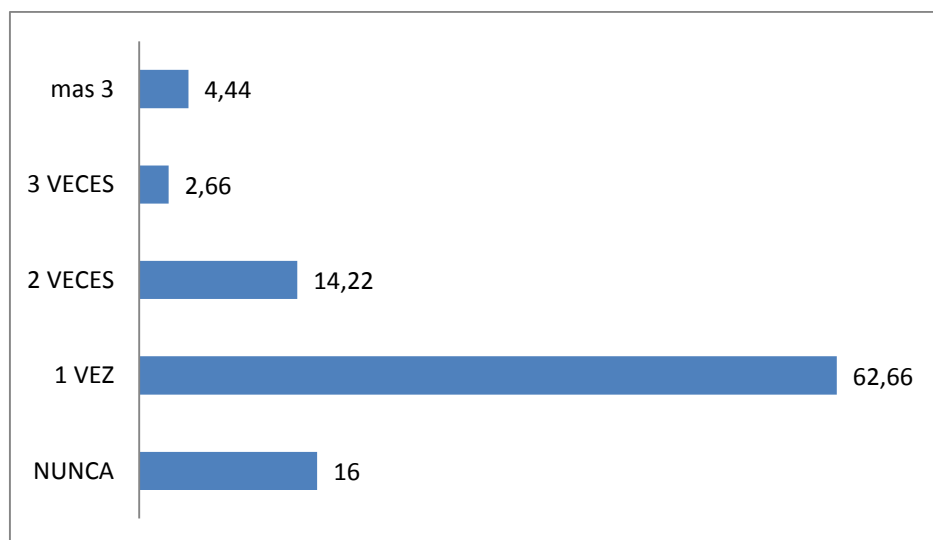


FUENTE: ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS “LUIS EMILIO RODRIGUEZ”, “MANUEL ESTEBAN GODOY” Y “MANUEL MERCANTE” DE LA PARROQUIA MALACATOS
AUTOR: ANDREA BELEN TORRES

Interpretación: el 59,55% de los niños encuestados afirma que acude al odontólogo una vez al año siendo esta la mínima recomendada, cabe mencionar que los estudiantes no se encuentran totalmente rehabilitados debido a la presencia de un alto índice de caries, biofilm dental, así como también restauraciones defectuosas, mientras que un 36% “nunca” lo hace probablemente por la falta de accesibilidad, interés y temor.

GRÁFICA No 14

FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS CARIOGÉNICOS



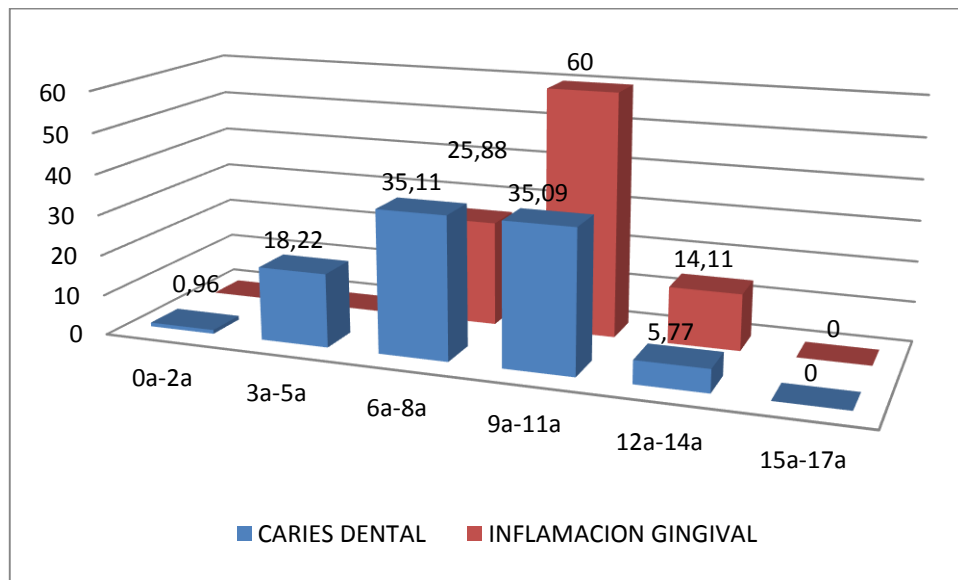
FUENTE: ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS “LUIS EMILIO RODRIGUEZ”, “MANUEL ESTEBAN GODOY” Y “MANUEL MERCANTE” DE LA PARROQUIA MALACATOS
AUTOR: ANDREA BELEN TORRES

Interpretación: En el siguiente gráfico, el 4.44% estuvo representado por los niños que consumían alimentos cariogénicos en una frecuencia de mayor de tres veces por día, siendo perjudicial para la estructura dentarias causando en la misma el inicio de un proceso carioso mediante la desmineralización del esmalte provocado por un ataque ácido . Mientras que el 62,66% consumía con una frecuencia de una vez por día el mismo que no está representado por el alto índice de caries que los niños presentaban en su cavidad oral.

CRUCE DE VARIABLES

Representación gráfica de cruce de variables

GRÁFICA No 15
RELACIÓN EDAD-CARIES-INFLAMACIÓN



FUENTE: ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS "LUIS EMILIO RODRIGUEZ", "MANUEL ESTEBAN GODOY" Y "MANUEL MERCANTE" DE LA PARROQUIA MALACATOS
AUTOR: ANDREA BELEN TORRES

Interpretación: En este gráfico, observamos la relación existente entre la edad, con la presencia de caries dental y de inflamación gingival, siendo ésta que en los rangos de edades de 6 a 8 años, la caries dental tiene mayor incidencia con un 35,11 % al igual que la inflamación gingival con un 25,88%. Esto puede ser causado por los grandes índices de presencia de biofilm dental, debido a que es provocado por los malos hábitos de higiene bucal, falta de educación y promoción de la salud oral.

GRÁFICA No 16
RELACIÓN ÍNDICE ceo-d- EDAD

EDAD	FRECUENCIA	CARIADOS	EXTRACCION INDICADA	OBTS	INDICE CEO	RANGO	NIVEL
0 -2 a	3	15	0	0	15	5	ALTO
3a-5a	48	262	12	0	274	5,7	ALTO
6a-8a	88	433	61	11	505	5,73	ALTO
9a-11a	73	167	36	2	205	2,8	MODERADO
12a-14a	13	8	4	0	12	0,92	MUY BAJO

FUENTE: ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS “LUIS EMILIO RODRIGUEZ”, “MANUEL ESTEBAN GODOY” Y “MANUEL MERCANTE” DE LA PARROQUIA MALACATOS
AUTOR: ANDREA BELEN TORRES

Interpretación: De los datos obtenidos, en la siguiente tabla se puede apreciar que los niños de 0-2 años, 3-5 años y 6-8 años de edad presentan el nivel más alto del índice ceo-d, debido al alto consumo de alimentos cariogénicos, las mala técnica de cepillado y falta de información de la importancia de la salud bucodental por parte de los padres de familia

Esta tabla también indica que los alumnos de 9-11 años de edad presentan un índice ceo-d de nivel “moderado”, dado que a esta edad existe el recambio dentario, razón por la cual, se encuentra en un índice anteriormente mencionado.

GRÁFICA No 17
RELACIÓN EDAD-CPOD

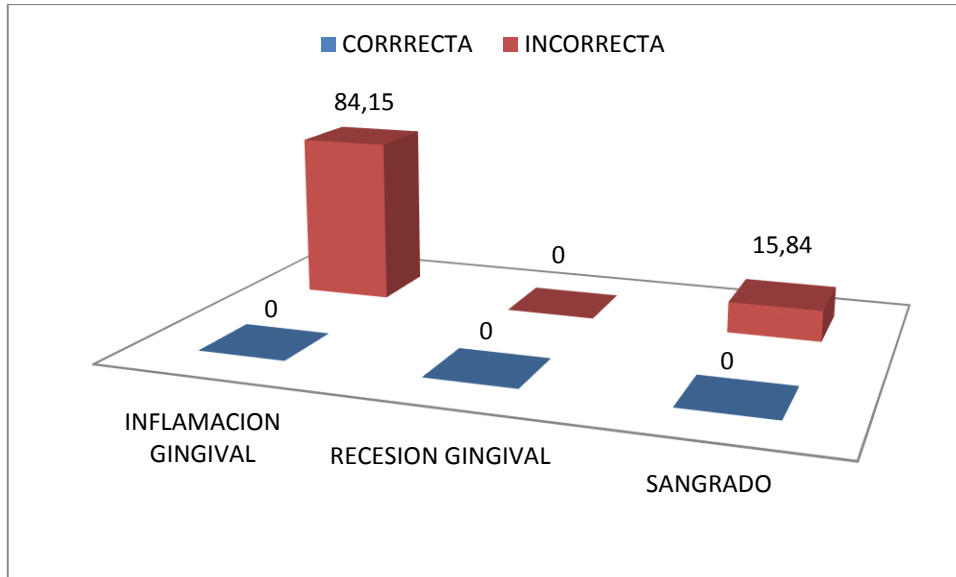
EDAD	FRECUENCIA	CARIADOS	PERDIDOS	OBTURADOS	INDICE CPOD	RANGO	NIVEL
6a-8a	48	22	1	1	24	0,27	MUY BAJO
9a-11a	73	121	0	8	129	1,76	BAJO
12a-14a	13	29	3	8	40	3,07	MODERADO

FUENTE: ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS "LUIS EMILIO RODRIGUEZ", "MANUEL ESTEBAN GODOY" Y "MANUEL MERCANTE" DE LA PARROQUIA MALACATOS
AUTOR: ANDREA BELEN TORRES

Interpretación: En la presente tabla, se puede observar que los alumnos de 12-14 años se encuentran en mayor porcentaje dentro del nivel "moderado" del índice de CPOD, asociándose con el consumo de alimentos cariogénicos, la mala técnica de cepillado y la falta de acceso a los demás implementos de higiene oral.

GRÁFICA No 18

RELACIÓN INFLAMACIÓN, RECESIÓN Y SANGRADO GINGIVAL CON LA TÉCNICA DE CEPILLADO



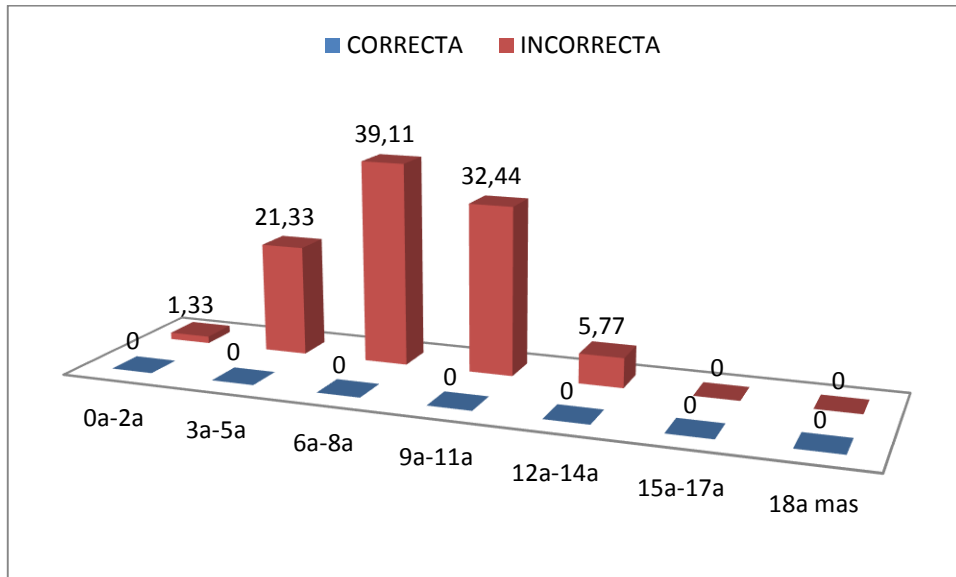
FUENTE: ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS "LUIS EMILIO RODRIGUEZ", "MANUEL ESTEBAN GODOY" Y "MANUEL MERCANTE" DE LA PARROQUIA MALACATOS
AUTOR: ANDREA BELEN TORRES

Interpretación: En el siguiente gráfico se demuestra que existe una relación directa entre la mala técnica de cepillado y la aparición de signos inflamatorios en un 84,15% asociándolo a la falta de conocimiento de las técnicas adecuadas.

Así mismo la presencia de sangrado en un 15,84% debido a que la técnica que utilizan lastima los tejidos provocando cambios en los mismos.

GRÁFICA No 19

RELACION TECNICA DE CEPILLADO –EDAD



FUENTE: ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS “LUIS EMILIO RODRIGUEZ”, “MANUEL ESTEBAN GODOY” Y “MANUEL MERCANTE” DE LA PARROQUIA MALACATOS

AUTOR: ANDREA BELEN TORRES

Interpretación: como se puede observar en el siguiente gráfico los niños de 6 a 8 años (39,11%) cepillan sus dientes de una manera incorrecta al igual que el resto de los grupos etáreos relacionándose directamente con la aparición de enfermedades bucodentales como la presencia de caries dental, así como cambios en estructura de sus encías como la coloración, forma y presencia de sangrado.

8. DISCUSIÓN

La expresión salud dental hace referencia a todos los aspectos de la salud y al funcionamiento de nuestra boca, especialmente de los dientes y de las encías.

Es importante comprender que las conductas de higiene oral están íntimamente relacionadas con el grado de salud buco-dental existente. Sabemos que la caries dental es una enfermedad prevenible y controlable pero, aun con todos los recursos disponibles, sigue siendo la enfermedad crónica más común en la niñez

Datos obtenidos en la parroquia Malacatos del cantón Loja en el año 2013 en tres centros educativos primarios en donde la edad promedio donde los niños presentaban caries dental es de 6 a 8 años, mientras que el 52% realizaban su cepillado 3 veces al día pero la técnica que demostraban era incorrecta por eso asociaban signos de inflamación gingival y sangrado en 37,77% y 7,6% respectivamente. Los niños que cepillaban sus dientes 2 veces al día está representado 21,33% y los de frecuencia una vez al día es de 23,56% similar a los resultados obtenidos en el año 2012 “en México en donde se realizó un diagnóstico de salud bucal en escolares de tres centros educativos primarios en la ciudad de San Luis Potosí con una muestra 816 niños en el cual la edad promedio para la caries dental es de 13 años, así mismo el 59% de los niños no acostumbra al cepillado dental, el 35% de los niños realizan su cepillado dos veces al día y 24% una vez al día , así mismo el 69.5% del total de la población presenta caries dental y el 12% sangrado de encías” (CUEVAS, 2012)

Concluyendo que a pesar de que existe diferencia en valores en presencia de patologías ambos estudios recomiendan la intervención de autoridades, padres de familia y profesionales de salud a realizar concientización sobre el cuidado de la salud bucodental.

El estudio realizado en los niños de centros educativos primarios de la parroquia Malacatos del Cantón Loja en el año 2013 en donde se obtuvo como resultado IHOS bueno debido a que el índice de cálculo en los diagnósticos es 0 ya que el esta dado a expensas de la materia alba presente, tienen los mismos valores que el estudio realizado “en Carabobo, Venezuela año 2005 mediante un Programa De Promoción y Educación De Salud Bucal En Niños de 3 a 6 años de los centros educativos primarios “Monseñor Luis Eduardo Henríquez” y Municipio San Diego, se obtuvo como resultado que el IHOS en de las piezas examinadas en cada uno de los niños es bueno . La presencia de caries en el estudio realizado en Venezuela tiene un porcentaje de 70,4 %”, (ROMERO MENDEZ, 2005) en el estudio de la parroquia Malacatos presenta un 92,44% lo que afecta a la mayoría de la población estudiada.

En la parroquia Malacatos del cantón Loja en el año 2013 el estudio realizado dio como promedio CEOD de 139 está representado en un nivel alto y en el CPOD 88 en un nivel muy bajo obteniendo resultados donde hay gran diferencia de valor en comparación con el estudio realizado “en el 2007 en Obregón, México en dos establecimientos educativos primarios con una muestra de 517 escolares el promedio de CPOD caries dental en la dentición permanente fue de 3.4, y en la temporal de 3.9. el IHOS se encuentra en un promedio de bueno”. (GURROLA, 2009)

La investigación realizada en la parroquia Malacatos del Cantón Loja en el año 2013 obtuvo datos de los niños clasificados por rango de edad en donde presentan de 9-11 años 35,09% de caries dental, mientras que la edad de 12 a 14 años de 6,35% “En Tabasco, México 2011 se realiza un estudio en centros educativos primarios de Villahermosa en donde se evaluaron niños de 8 a 13 años en donde se obtuvo 65,3% de índice de caries dental” ,por lo que los valores dados representan que ambas poblaciones necesitan atención para prevenir la aparición de la enfermedad. (RUEDA, 2011)

En los centros educativos primarios “Víctor Mercante”, “Luis Emilio Rodríguez” y “Manuel Esteban Godoy” de la parroquia Malacatos del Cantón Loja año 2013 en una muestra de 225 niños se obtuvo que el 92,44% de los examinados presentan caries dental, y en cambio el IHOS se mostro bueno en el 100% para todos los niños examinados debido que durante la examinación de las piezas dentarias no se encontraba la presencia de cálculo dental dando como resultado valores bajos comparado con el análisis en “Sechura –Piura en el 2010 donde se estableció un estudio para determinar la caries dental y la higiene oral con una muestra de 430 niños donde se obtuvo que el 56% de los niños presenta caries dental, el índice de higiene oral mostró que el 40% de los escolares presentan una buena higiene bucal mientras que el 26% presenta el nivel malo de este índice (IHOS)”. (CABALLERO-GARCIA, 2012)

En Malacatos parroquia del cantón Loja se realizó un estudio en tres centros educativos primarios en el cual la prevalencia de caries dental en los 225 niños examinados fue de 92,44%, mientras que el IHOS es bueno para todos los niños examinados por la ausencia de cálculo dental , el 52% de los niños cepillan sus dientes tres veces al día pero a su vez la técnica que utilizan no es la adecuada, existe una similitud que los elementos usados en la higiene oral son pasta y cepillo dental con un valor de 88,88% mientras que la presencia de caries dental tiene menor valor en comparación con el estudio realizado. En Chile en el año 2010 donde se realiza un diagnóstico de salud bucodental en un centro de educación primaria en donde se obtuvo que la prevalencia de caries fue de 43,75%, el índice de higiene fue de 1,65 en promedio, que se considera regular, el 80% cepillado dental lo realizaban de 1-2 veces al día, en su mayoría después de comer, de preferencia en la mañana y en la noche y 100% utilizaba pasta dental y cepillo para su higiene oral. (RIVERA, 2010)

En Malacatos, Loja 2013 en una muestra de 225 niños se obtuvieron resultados de un estudio en donde los niños de 0 a 2 años es de 0,96% la prevalencia de caries dental y en los niños de 3 a 5 años 19,71% que presentan caries dental, los valores dados no tienen similitud existiendo mayor prevalencia de la patología en “Lima en el año 2011 donde se realizo un estudio de salud bucodental en donde se determina la prevalencia de caries dental en niños de 0 a 5 años con una muestra de 332 niños en donde existió una prevalencia de caries de 62,3% “ (VILLENNA, 2011)

Un estudio realizado en la parroquia Malacatos en el Cantón Loja en el año 2013 en una muestra de 225 niños divididos en rangos los que se encontraban entre 3 a 5 años presentaron caries dental en 19.71% y un ceod alto de 21,33 representado por 139 piezas examinadas en donde los datos no tienen similitud en cuanto al estudio en Huacho, Perú 2010, donde escolares de 3 a 5 años con una muestra de 246 niños examinados en el que el 80% de los niños presenta caries dental y un 6,3% presentaba ausencia de caries y un ceod de 38,2%, (TORRES LAZARO, 2010)

Los datos obtenidos en una investigación realizada la parroquia Malacatos del cantón Loja en el 2013 en el estudio realizado se identificaron los distintos factores que influyen directamente sobre la aparición de la enfermedad en cada uno de los niños afectados ya que se encontró un 92,44% con presencia de caries dental en pacientes desde 2 a 13 años, relacionados con los datos encontrados “en el Municipio de Páez, estado Portuguesa (República Bolivariana de Venezuela) 2006 donde el estudio descriptivo y transversal sobre epidemiología de las caries dentales en pacientes de 6 - 12 años obtiene que la elevada prevalencia de dientes permanentes cariados (73,0 %)” (MARQUEZ, 2006) podía explicarse por la existencia de estilos de vida inadecuados, , dieta cariogénica, deficiente higiene bucal.

Malacatos parroquia de Loja en el 2013 formo parte de un estudio realizado en tres centros educativos primarios donde se obtuvieron resultados: el 92,4% correspondiendo a 208 niños presentan caries dental y 7,55% que son

17 niños no presentan caries dental, existiendo similitud en los valores obtenidos en el estudio de la ciudad de Buenos Aires en el 2003 con una muestra de 150 niños en donde el 94,7% que corresponden a 142 niños presentan caries dental mientras que el 5,3% correspondiendo a 8 niños no presentan.

9. CONCLUSIONES

Del presente trabajo de investigación se concluye:

- Las principales enfermedades encontradas mediante la realización del diagnóstico bucal en los niños examinados de los centros educativos primarios “Luis Emilio Rodríguez”, “Manuel Esteban Godoy” y “Víctor

Mercante” son la caries dental (92,4%) siendo la mayoría de la población afectada por esta patología y la inflamación gingival (37,77%)

- Los niños de los centros educativos primarios utilizan como elementos para su higiene bucodental cepillo y pasta dental (88,88%) por lo que no complementan con el cuidado adecuado de su cavidad oral debido a la falta de conocimiento o falta de acceso a estos implementos.
- El consumo de alimentos cariogénicos es un factor de riesgo predisponente para la aparición de enfermedades como caries dental, ya que los niños que consumen de 2 a 3 veces al día son propensos a que aparezcan en la superficie de los dientes lesiones que por el ataque ácido de estos alimentos ayudara a la destrucción del mismo.
- La técnica de cepillado utilizada por los niños y la frecuencia con lo que la realizan influye directamente en la aparición de enfermedades bucodentales como inflamación gingival debido a que la forma en que lo realizan es inadecuada provocando destrucción de los tejidos que rodean el diente y dejando placa bacteriana que alteran la flora normal de la cavidad oral, así mismo las visitas al odontólogo son una vez al año (59,55%) ya sea por falta de motivación, temor o poco interés por falta de los padres de familia influyendo directamente en la salud-enfermedad de la cavidad oral.

10.RECOMENDACIONES

- ✓ A los niños de cada uno de los centros educativos que pongan en práctica las normas explicadas durante las charlas de educación bucodental: cepillarse sus dientes tres veces al día usando los implementos de higiene oral (cepillo, pasta dental, enjuague bucal e hilo dental) con el fin de prevenir enfermedades que alteren el funcionamiento de su cavidad oral.
- ✓ A los docentes de cada uno de los establecimientos y autoridades incentiven a los niños para una adecuada higiene bucodental mediante la realización de charlas con la participación de profesionales de la salud bucodental los mismos que ayudaran a enriquecer el conocimiento y poner en práctica en cada uno de los niños.
- ✓ Concientizar a los padres de familia que la visita al odontólogo es de vital importancia para el cuidado adecuado de la cavidad oral de cada uno de sus hijos es por eso que se lo debe realizar al menos 2 veces al año, por motivos de prevención no solamente cuando exista patología o dolor.
- ✓ A los estudiantes de la carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja que mediante los conocimientos científicos y prácticos que poseen colaboren con el desarrollo normal de la salud bucodental de los niños mediante aplicaciones de flúor, profilaxis, charlas de salud dental y así mismo ejecutar procesos de rehabilitación en los mismos.
- ✓ A las autoridades del Cantón Loja que mediante gestiones con el MSP colaboren con la creación de campañas de salud bucodental y la eliminación de alimentos cariogénicas en cada una de las escuelas de la parroquia Malacatos con el fin de evitar el inicio de patologías como la caries dental.

11.BIBLIOGRAFÍA

1. OMS-WORLD Health Report. 24 de febrero de 2004 obtenido en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/>
2. Mejoramiento de la calidad de vida de la población escolar y sus familias, mediante la atención integral bucodental enmarcada en los factores: socioeconómicos, culturales y ambiental del Área de afluencia del Hospital Universitario de Motupe del Área de salud Nro 3 de la DPSL/MSP” y de la carrera de odontología, en el período 2007-2008.
3. Subsecretaría social, d. e. (2010). *Marco teórico, Componentes y productos*. Recuperado el 10 de 2013, de <http://es.scribd.com/doc/37122012/Marco-Teorico-Del-Modelo>
4. Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de Loja. Detalles de la parroquias rurales y urbanas del Cantón Loja. 2013. Disponible en: <http://www.loja.gob.ec>.
5. Juan Pablo Villa Barragán; 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
6. Juan Manuel Cobos y Juan José García; (2005). Manuel Técnico Superior en Higiene Bucodental. Editorial. Mad. S. L. p. 128 – 129.
7. Guzmán F. y Arias A. La historia Clínica: elemento fundamental del acto médico. Artículo especial. Colombia 2012. Disponible en: <http://www.ascolcirugia.org/revista/revistaeneromarzo2012/6-%20Historia%20clinica.pdf>
8. Montesinos Daniela. Resumen capítulo 1 libro “Dental Caries”/Portafolio No.3 CICB2011.05/12/2011. Disponible en: <https://sites.google.com/site/portafolio3cicb2011/3-resumen-capitulo-1-libro-dental-caries>
9. 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

10. J. PHILIP SAPP, LEWIS R. EVERSOLE, GEORGE P. WYSOCKI. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea, Segunda Edición 2005. pag. 3-21.
11. Harris. N; García. F. (2005). Odontología preventiva primaria. Segunda edición Editorial Manual moderno México. Pág. 141-146.
12. 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>
13. Boj. J, Catalá.M. (2004). Odontopediatría. Editorial Masson S.A. primera edición 2004 capítulo 32,. Paginas367-369
14. Lindhe,J. (2009) Periodontología clínica e implantología. Quinta edición, Tomo I editorial médica panamericana pág410.
15. FLAVIO VELLINI, Ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica. (2009). (en línea).Sao Paulo.Artes Medicas. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art23.asp>
16. ROSA MARIA MASSÓN, Desarrollo de los dientes y la Oclusión. (en línea).Disponible en: <http://articulos.sld.cu/ortodoncia/files/2009/12/desd-y-o-maestri.pdf>
17. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria. (2004-2005). Caracas Venezuela Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art17.asp>
18. Vajdi,G. (2011) Manual Ilustrado de Cirugía Oral y Maxilofacial. Panamá: Jaypee-Highlights Medical Publisher
19. 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>
20. 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>
21. BOJ Juan, CATALÁ Montserrat, y Col. Odontopediatría. Año 2004.Editorial Masson.Primer Edición. Barcelona-España.

22. 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>
23. 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
24. Bertha Higashida; (2000). Odontología preventiva. Editorial. Mac Graw-Hill Interamericana. p. 211- 212.
25. Emili Cuenca y Pilar Baca; (2005). Odontología Preventiva y Comunitaria. 3 Edición. Editorial. Masson.
26. Julio Barrancos Mooney; (2006). *Operatoria Dental*. Buenos Aires. 4 Edición. Editorial Panamericana. P 377 - 378.
27. Juan Manuel Cobos y Juan José García; (2005). Manuel Técnico Superior en Higiene Bucodental. Editorial. Mad. S. L. p. 128 – 129.
28. GONZÁLEZ Farith y cols. Indicadores de Riesgo para la Caries Dental en Niños Preescolares de La Boquilla, Cartagena.
29. GACETA SANITARIA, AGOSTO 2005, Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911105747853?via=sd&cc=y>.
30. JOSE FRANCISCO MURRIETA. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. vol.65 no.5 México sep./oct. 2008 http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000500006
31. Gurrola B., I. Caudillo T., Adriano M.del P., Rivera M.J., Díaz D.A. Diagnóstico en escolares de 6 a 12 años promedios CPOD, IHOS en la Delegación Álvaro Obregón. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría

"Ortodoncia.ws edición electrónica Marzo 2009. Disponible en:
www.ortodoncia.ws

- 32.** Sandra Rodon, Gustavo Perez G, Características oclusales y craneosagitales en niños Venezolanos. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria Depósito Legal N°: pp200102CS997 - ISSN: 1317-5823 - RIF: J-31033493-5 - Caracas – Venezuela, Disponible en:
<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2005/pdf/art4.pdf>
- 33.** MEDINA Carolina, PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES DENTALES EN UN GRUPO DE PACIENTES PEDIÁTRICO, Disponible en:
<http://www.actaodontologica.com/ediciones/2010/1/art9.asp>

12. ANEXOS

GLOSARIO

1. **ANTICONVULSIONANTES.-** Relativo a una sustancia o procedimiento que previene o reduce la intensidad de las convulsiones epilépticas o de otros fenómenos convulsivos. (ONSALUS 2013)
2. **AMELOBLASTOS.-** Célula epitelial a partir de la cual se forma el esmalte de los dientes (ONSALUS 2013)
3. **AUTOSÓMICO.-** Relativo a toda circunstancia que se transmite a través de un autosoma. (ONSALUS 2013)
4. **BIOFILM.** Un biofilm es una estructura colectiva de microorganismos que se adhiere a superficies vivas o inertes y está revestida por una capa protectora segregada por los propios microorganismos. Las bacterias que viven como un biofilm son capaces de resistir a los biocidas y a los antibióticos de un modo más eficaz que aquellas que viven como organismos libres, y soportan dosis considerablemente mayores de productos antimicrobianos. (Scientific Committees 2010)
5. **CALIDAD DE VIDA.-** La calidad de vida es el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. Es un concepto subjetivo, propio de cada individuo, que está muy influido por el entorno en el que vive como la sociedad, la cultura, las escalas de valores (Enciclopedia libre Universal en Español 2011)
6. **CONGÉNITA.-** Lo hereditario es lo transmitido por las células sexuales y lo congénito es lo que está presente en el momento del nacimiento. Existen anomalías heredadas por transmisión genética y anomalías congénitas que se manifiestan en el momento del nacimiento. No todas las anomalías congénitas

son de transmisión genética, y no todas las alteraciones heredadas se manifiestan en el momento del nacimiento. Las lesiones que padece el feto por una rubeola materna son alteraciones congénitas no hereditarias. La corea de Huntington es una afección hereditaria que no se presenta hasta mucho después del nacimiento. Entre las alteraciones congénitas las hay de origen ambiental como la rubéola, de origen genético como las mutaciones genéticas y las alteraciones cromosómicas, y de origen mixto, en las que pueden jugar un papel ambos factores (Monedero C 1982)

7. **CUANTITATIVO.**- tipo de estudio que utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente y confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento de una población. (Mauricio Hernández 2007)
8. **DIAGNÓSTICO.**- Identificación de la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus signos y síntomas característicos. (Diccionario de la Lengua española, 2005)
9. **DIASTEMA.**- Espacio que se da entre los dientes, por lo general en los dos incisivos superiores. (Dental Dent, 2013)
10. **ENFERMEDAD.**- Alteración de la salud. (Diccionario de la Lengua española, 2005)
11. **ENFERMEDAD CRÓNICA.**- Enfermedad de larga duración y por lo general de progresión lenta. (Organización Mundial de la Salud. 2013)
12. **ESCOLARIDAD.**- Conjunto de las enseñanzas y cursos que se imparten a los estudiantes en los establecimientos docentes. (Diccionario de la Lengua española, 2005)

- 13. ESTADO INMUNITARIO.-** Es el conjunto de estructuras y procesos biológicos de un organismo que supone una protección contra las enfermedades, ya que logra identificar y eliminar las células patógenas.
- 14. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO:** Es el estudio de la distribución, frecuencia, determinantes, predicciones y control de los factores relacionados con la salud y la enfermedad de las poblaciones humana. Y la aplicación de los resultados en beneficio de ellas. (Mauricio Hernández 2007)
- 15. GRUPO DE RIESGO:** son los grupos que tienen una mayor probabilidad de adquirir una enfermedad o de morir como consecuencia de ella. (Mauricio Hernández 2007)
- 16. HIPOMINERALIZACIÓN:** se da cuando el flúor interactúa con los tejidos durante la mineralización, dando un incremento de la porosidad, apariencia opaca de la subsuperficie del esmalte. (Cardenas Darío 2003)
- 17. ÍNDICE DEMOGRÁFICO:** Los índices demográficos se suelen referir a las cohortes, el conjunto de personas nacidas en un período determinado. Una forma muy habitual de representar gráficamente el tamaño de diferentes cohortes en un momento determinado es la pirámide de población. El análisis longitudinal de cohortes y las comparaciones entre cohortes son también muy ilustrativas de la dinámica de población. (Instituto Nacional de Estadística.- Madrid, 2013)
- 18. ÍNDICE CPO-D:** El Índice CPO-D considera toda la historia de la patología en el individuo, ya que es su registro se incluyen datos sobre: las piezas dentarias con lesión activa y clínicamente evidente (cariadas), las piezas dentarias extraídas - perdidas por caries dental y aquellas que están indicadas para una extracción (perdidas), las piezas que ya recibieron tratamiento para la caries

dental (obturadas) (Klein, Palmer y Knutson). (LUIS ARTURO DE LEÓN SALDAÑA 2009).

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
Caries	La enfermedad es una forma singular de infección en la cual se acumulan cepas específicas sobre la superficie del esmalte, donde elaboran productos ácidos y proteolíticos que desmineralizan la superficie y digieren su matriz orgánica.	CPOD Ceo	0,0 a 1,1 muy bajo 1.2 a 2.6 bajo 2.7 a 4.4 moderado 4.5 a 6.5 alto 6.6 a mas muy alto
Inflamación gingival	La inflamación de las encías es bastante frecuente y puede involucrar a uno o más espacios de forma triangular de la encía entre los dientes adyacentes. Estas secciones se denominan papilas.	IHOS	0.0 A 1.2 BUENO 1.3 A 3 REGULAR 3.1 A 6 MALO
Mal oclusiones	Denominamos maloclusión a toda aquella situación en que la oclusión no es normal, es decir, cuando el engranaje del maxilar superior y de la mandíbula inferior o la posición de las piezas dentales no cumple ciertos parámetros que consideramos normales. Esto puede crear una	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Relación molar de Angle ✓ Relación molar decidua 	<ul style="list-style-type: none"> • Clase I • Clase II • Clase III • Escalón mesial • Escalón distal • Plano recto

	situación patológica (caries, problemas gingivales, estéticos o en la articulación temporomandibular)		
Fluorosis	La fluorosis dental es un trastorno y problema endémico causado por ingestión excesiva de flúor, principalmente durante la odontogénesis, si este es aportado en altas concentraciones a lo largo del período de desarrollo del diente provoca un defecto en la estructura y mineralización de la superficie del órgano dentario ofreciendo a éste un aspecto poroso.	✓ Método de Dean	<ul style="list-style-type: none"> • Leve • Moderada • Severa
Hábitos deformantes	Hábito es la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto, que en un principio se hace en forma consciente y luego de modo inconsciente, como son la respiración nasal, masticación, fonoarticulación y deglución, considerados fisiológicos o funcionales, existiendo también aquellos no fisiológicos entre los cuales tenemos la succión que puede ser dedo, chupete, mamadera o labio, entre otros, la respiración bucal, y la interposición	Deformación causada por el mal hábito.	<ul style="list-style-type: none"> • Succión digital • Respiración bucal • Deglución atípica • Interposición lingual

	lingual en reposo, deglución y fonarticulación.		
Cepillado	Es el método mecánico de higiene que permite remover la placa bacteriana de los dientes para prevenir problemas bucales	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia del cepillado • Técnica de cepillado • Uso de implementos en el cepillado 	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Una vez al día • Dos veces al día • Tres veces al día • Horizontal • Vertical • Técnica de Bass • Pasta dental y cepillo dental • Hilo dental • Enjuague bucal
Alimentación	Los alimentos son definidos como sustancias, o como una mezcla, que contiene principios nutritivos, los cuales proveen materia y energía.	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de alimentación • Ingesta de azúcares 	<ul style="list-style-type: none"> • Dieta cariogénica • Dieta no cariogénica • Una vez al día • Dos veces al día • Tres o más al día
Atención odontológica	Se encarga del diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades que afectan el aparato estomatológico	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia de Visita al odontólogo 	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Una vez al año • Dos veces al año • Más de dos veces al año

FOTOGRAFÍAS EN ESCUELAS

CHARLAS DE SALUD BUCODENTAL



FUENTE: ESTUDIANTES DEL CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS "MANUEL ESTEBAN GODOY" Y "DR. LUIS EMILIO RODRIGUEZ" DE LA PARROQUIA MALACATOS



FUENTE: ESTUDIANTES DEL CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS "MANUEL ESTEBAN GODOY" Y "DR. LUIS EMILIO RODRIGUEZ" DE LA PARROQUIA MALACATOS

LLENADO DE ENCUESTAS E HISTORIAS CLINICAS



FUENTE: ESTUDIANTES DEL CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS "MANUEL ESTEBAN GODOY" Y "DR. LUIS EMILIO RODRIGUEZ" DE LA PARROQUIA MALACATOS



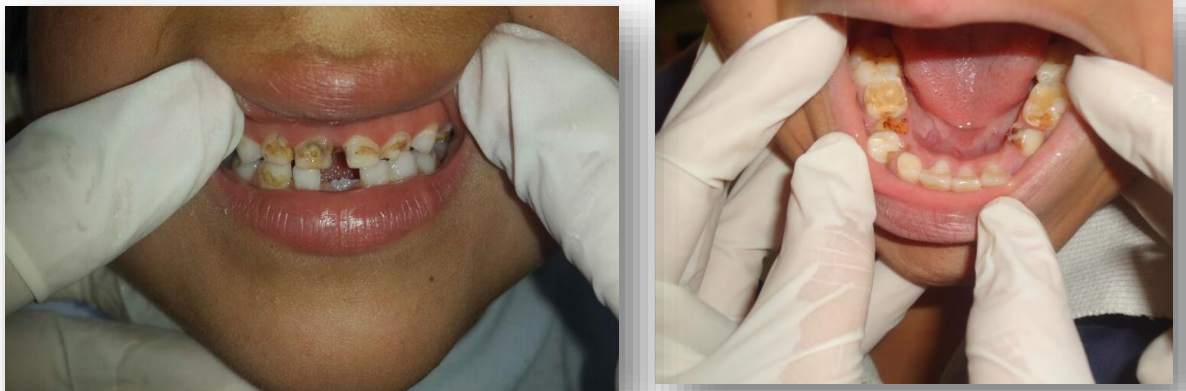
FUENTE: ESTUDIANTES DEL CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS "MANUEL ESTEBAN GODOY" Y "DR. LUIS EMILIO RODRIGUEZ" DE LA PARROQUIA MALACATOS

PATOLOGÍAS ENCONTRADAS

Fotografía No1: Caries dental

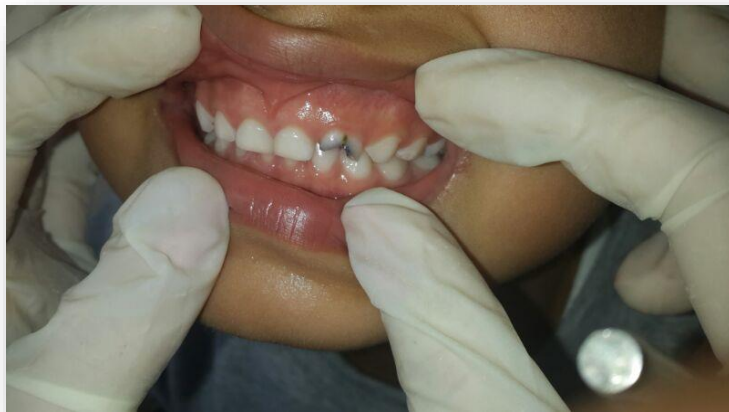


FUENTE: ESTUDIANTES DEL CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS "MANUEL ESTEBAN GODOY" Y "DR. LUIS EMILIO RODRIGUEZ" DE LA PARROQUIA MALACATOS

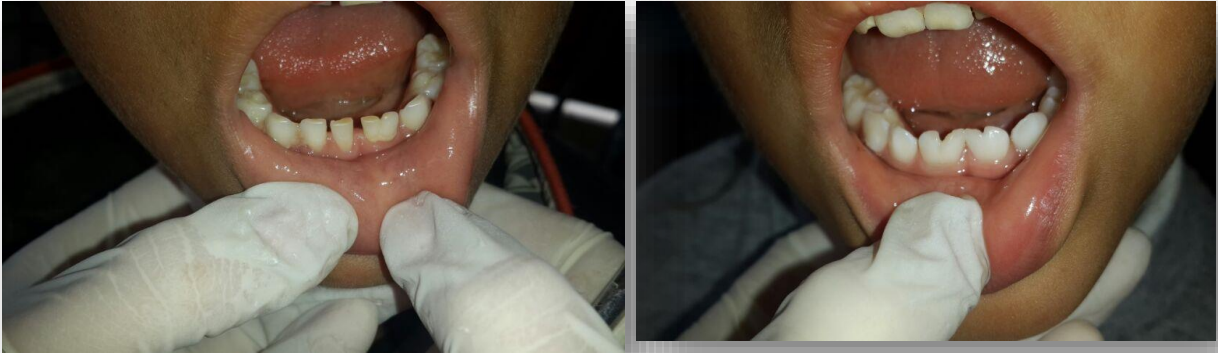


FUENTE: ESTUDIANTES DEL CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS "MANUEL ESTEBAN GODOY" Y "DR. LUIS EMILIO RODRIGUEZ" DE LA PARROQUIA MALACATOS

Fotografía No 2: Alteraciones de Forma –Fusión

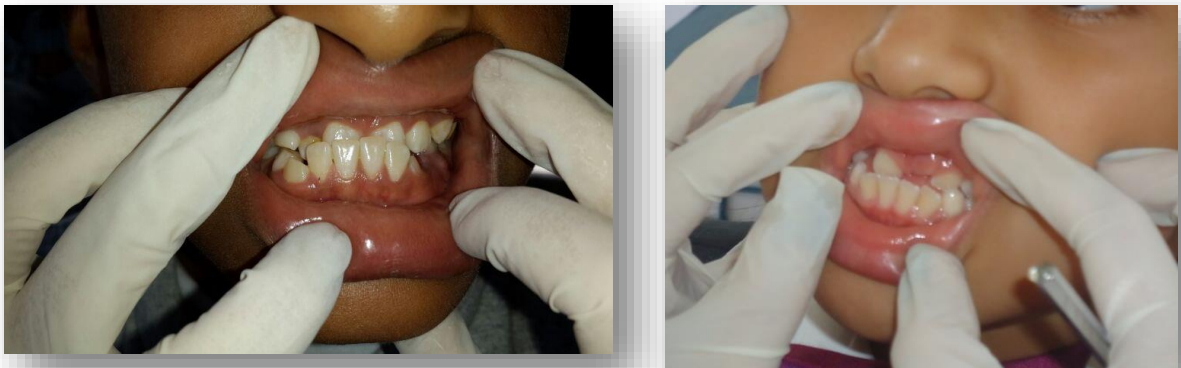


FUENTE: ESTUDIANTES DEL CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS "MANUEL ESTEBAN GODOY" Y "DR. LUIS EMILIO RODRIGUEZ" DE LA PARROQUIA MALACATO



FUENTE: ESTUDIANTES DEL CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS "MANUEL ESTEBAN GODOY" Y "DR. LUIS EMILIO RODRIGUEZ" DE LA PARROQUIA MALACATOS

Fotografía No4: Alteraciones de Oclusión –Mordida Cruzada Anterior



FUENTE: ESTUDIANTES DEL CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS "MANUEL ESTEBAN GODOY" Y "DR. LUIS EMILIO RODRIGUEZ" DE LA PARROQUIA MALACATOS

Fotografía No 5: Alteraciones de Oclusión –Clase II



FUENTE: ESTUDIANTES DEL CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS "MANUEL ESTEBAN GODOY" Y "DR. LUIS EMILIO RODRIGUEZ" DE LA PARROQUIA MALACATOS

Fotografía No 6: Fístula a nivel pieza # 5.1



FUENTE: ESTUDIANTES DEL CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS "MANUEL ESTEBAN GODOY" Y "DR. LUIS EMILIO RODRIGUEZ" DE LA PARROQUIA MALACATOS

Fotografía No 7: Fluorosis Dental leve



FUENTE: ESTUDIANTES DEL CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS "MANUEL ESTEBAN GODOY" Y "DR. LUIS EMILIO RODRIGUEZ" DE LA PARROQUIA MALACATOS



"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 _____ Especialista Tannya Valarez
COORDINADOR DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA



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

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 ()

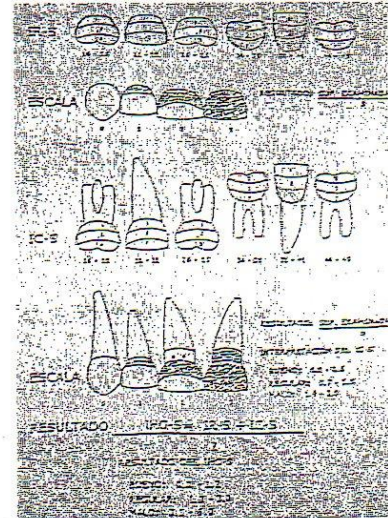
ALTERADA ()

ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO IHO-S

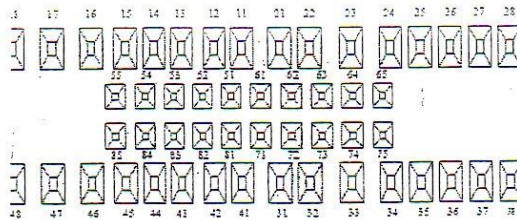
5. **HÁBITOS**

- Ninguno () Ninguna ()
 Succión digital () Pérdida prematura de dentición decidua ()
 Respiración bucal () Mordida abierta anterior ()
 Deglución atípica () Mordida abierta posterior ()
 Interposición lingual () Mordida profunda ()
 Mordida cruzada anterior ()
 Mordida cruzada posterior ()
 Mordida bis a bis

6. **PATOLOGÍAS**



ODONTOGRAMA



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

Validación de la Historia Clínica Especialista Tannya Vale
 COORDINADOR DE LA CARRERA DE ODONTOLÓGIA



CERTIFICACIÓN

Loja, 31 de Octubre del 2013

Doctor

JOSE PROCEL.

COORDINADOR DEL MACROPROYECTO

CERTIFICA:

Que la presente tesis titulada: **DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS "VICTOR MERCANTE", "MANUEL ESTEBAN GODOY" Y "DR. LUIS EMILIO RODRIGUEZ" DE LA PARROQUIA MALACATOS DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013**, elaborada por: ANDREA BELEN TORRES CORDOVA , ha sido rigurosamente supervisada, revisada y corregida y sobre todo asesorada por mi persona en todo el desarrollo de la misma por lo que se autoriza la presentación de la misma al respectivo director de tesis.



DR. JOSÉ PROCEL

Loja, 7 de Octubre del 2013

Sr. Salinas Sarmiento José Ángel

DIRECTOR DE LA UNIDAD EDUCATIVA MANUEL ESTEBAN GODOY.

De mis consideraciones:

Permítame hacerle llegar un cordial y afectuoso saludo y a la vez desearle éxitos en sus funciones, que tan acertadamente desempeña.

Yo Tannya Valarezo, coordinadora de la carrera de Odontología, me dirijo a usted para solicitar, la autorización correspondiente a: Andrea Belén Torres Córdova con cedula 1104909567 (egresado de la carrera de Odontología), para que realice diagnósticos bucales a cada uno de los estudiantes del centro educativo. La información obtenida servirá para que el investigador realice su tesis de grado a través de la realización del macroproyecto: **"Diagnostico de Salud Bucal y Factores de Riesgo en los Centros educativos Primarios y Secundarios de las Parroquias Rurales del Cantón Loja, año 2013."**

Además por la colaboración prestada se les entregara a cada uno de los estudiantes implementos de higiene oral.

Por la favorable acogida, le anticipo mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente



Dra. Tannya Valarezo

COORDINADORA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGIA



Andrea Torres

EGRESADO



ESCUELA DE EDUCACION BASICA
"MANUEL ESTEBAN GODOY ORTEGA"
NANGORA
MALACATOS - LOJA

Loja, 7 de Octubre del 2013

Sr. Guerrero Ruiz Marco Sebastián
DIRECTOR DE LA UNIDAD EDUCATIVA DR LUIS EMILIO RODRIGUEZ

De mis consideraciones:

Permítame hacerle llegar un cordial y afectuoso saludo y a la vez desearle éxitos en sus funciones, que tan acertadamente desempeña.

Yo Tannya Valarezo, coordinadora de la carrera de Odontología, me dirijo a usted para solicitar, la autorización correspondiente a: Belén Torres Córdova con cedula 1104909567(egresado de la carrera de Odontología), para que realice diagnósticos bucales a cada uno de los estudiantes del centro educativo. La información obtenida servirá para que el investigador realice su tesis de grado a través de la realización del macroproyecto: **"Diagnostico de Salud Bucal y Factores de Riesgo en los Centros educativos Primarios y Secundarios de las Parroquias Rurales del Cantón Loja, año 2013."**

Además por la colaboración prestada se les entregara a cada uno de los estudiantes implementos de higiene oral.

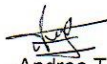
Por la favorable acogida, le anticipo mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente



Dra. Tannya Valarezo

COORDINADORA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGIA



Andrea Torres

EGRESADO



Loja, 7 de Octubre del 2013

Sra. Pérez Jumbo Marlene Beatriz
DIRECTORA DE LA UNIDAD EDUCATIVA VICTOR MERCANTE.

De mis consideraciones:

Permítame hacerle llegar un cordial y afectuoso saludo y a la vez desearle éxitos en sus funciones, que tan acertadamente desempeña.

Yo Tannya Valarezo, coordinadora de la carrera de Odontología, me dirijo a usted para solicitar, la autorización correspondiente a: Andrea Belén Torres Córdova con cedula 1104909567 (egresado de la carrera de Odontología), para que realice diagnósticos bucales a cada uno de los estudiantes del centro educativo. La información obtenida servirá para que el investigador realice su tesis de grado a través de la realización del macroproyecto: **"Diagnostico de Salud Bucal y Factores de Riesgo en los Centros educativos Primarios y Secundarios de las Parroquias Rurales del Cantón Loja, año 2013."**

Además por la colaboración prestada se les entregara a cada uno de los estudiantes implementos de higiene oral.


Por la favorable acogida, le anticipo mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente


Dra. Tannya Valarezo
COORDINADORA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGIA


Andrea Torres
EGRESADO



Recibido, 07-10-2013


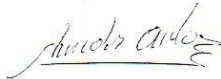
Loja noviembre 7, 2013

DOCTOR MARCO GUERRERO DIRECTOR DEL CENTRO EDUCATIVO "DR. LUIS EMILIO RODRIGUEZ"

CERTIFICA:

Que la señorita ANDREA BELEN TORRES CORDOVA, portadora de la cédula 1104909567, egresada de la carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja, realizo actividades como: CHARLAS DE SALUD BUCODENTAL, ELABORACIÓN DE HISTORIAS CLINICAS, Y ENTREGA DE PASTAS Y CEPILLOS a partir del 14 al 15 de Octubre del presente año; requisito indispensable para la elaboración de su tesis.

Lo certifico en cumplimiento a la verdad



Dr. Marco Guerrero
DIRECTOR DEL CENTRO EDUCATIVO "DR. LUIS EMILIO RODRIGUEZ"

Loja noviembre 7, 2013

LICENCIADA MARLENE PEREZ DIRECTORA DEL CENRO EDUCATIVO "VICTOR MERCANTE"

CERTIFICA:

Que la señorita ANDREA BELEN TORRES CORDOVA, portadora de la cédula 1104909567, egresada de la carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja, realizo actividades como: CHARLAS DE SALUD BUCODENTAL, ELABORACIÓN DE HISTORIAS CLINICAS, Y ENTREGA DE PASTAS Y CEPILLOS a partir del 17 al 18 de Octubre del presente año; requisito indispensable para la elaboración de su tesis.

Lo certifico en cumplimiento a la verdad


Lic. Marlene Pérez
DIRECTOR DEL CENTRO EDUCATIVO "VICTOR MERCANTE"



Loja noviembre 7, 2013

LICENCIADO JOSE SALINAS DIRECTOR DEL CENTRO EDUCATIVO "MANUEL ESTEBAN GODOY"

CERTIFICA:

Que la señorita ANDREA BELEN TORRES CORDOVA, portadora de la cédula 1104909567, egresada de la carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja, realizo actividades como: CHARLAS DE SALUD BUCODENTAL, ELABORACIÓN DE HISTORIAS CLINICAS, Y ENTREGA DE PASTAS Y CEPILLOS en la fecha 16 de Octubre del presente año; requisito indispensable para la elaboración de su tesis.

Lo certifico en cumplimiento a la verdad



Lic. José Salinas

DIRECTOR DEL CENTRO EDUCATIVO "MANUEL ESTEBAN GODOY"

ESCUELA DE EDUCACION BASICA
"MANUEL ESTEBAN GODOY ORTEGA"
 NANGORA
MALACATOS - LOJA



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
 ACREDITADA RESOLUCIÓN No. 003-CONEA-2010-111-DC
COORDINACIÓN GENERAL DE DOCENCIA

ÁREA SAUD HUMANA
 CARRERA ODONTOLÓGICA

REGISTRO DE DIRECCIÓN Y ASESORÍA DE TESIS
 PERÍODO ACADÉMICO:

TEMA DE TESIS: Investigación sobre el uso de los computadores y celulares en los estudiantes de odontología en la parroquia de San Antonio de Ibarra, Loja, Ecuador
 NOMBRE DEL ASPIRANTE: Alicia Beca Perez Cabana
 DIRECTOR / ASESOR: D. Xosé Pérez

"M. Sc. Presente" Miguel Caldera

FECHA DE ASESORIA	HORA		INFORMACIÓN PRESENTADA POR EL ASPIRANTE	COMENTARIO O INDICACIONES DADAS POR EL DOCENTE	FIRMA DEL ASPIRANTE	PRÓXIMA ASESORIA	
	INICIO	FINAL				FECHA	HORA
01/10/13	09:00	2:00	Clasificación de artículos y capítulos de monografía	Revisión e indicaciones	<i>[Firma]</i>	21/10/13	09:00
08/10/13	09:00	2:00	Elaboración de proyecto preliminar (tema, objetivos, bibliografía, hipótesis y métodos)	Revisión de HCL y indicaciones sobre formato de redacción bibliográfica	<i>[Firma]</i>	21/10/13	09:00
15/10/13	09:00	12:00	Trabajo de campo	Revisión de HCL y errores llenos	<i>[Firma]</i>	24/10/13	09:00
22/10/13	09:00	2:00	ingreso de datos al programa	indicaciones generales sobre ingreso de datos al programa	<i>[Firma]</i>	28/10/13	09:00
28/10/13	09:00	2:00	Tabulación de datos	Revisión de gráficos estadísticos e indicaciones sobre interpretaciones	<i>[Firma]</i>	28/10/13	09:00
05/11/13	09:00	2:00	Elaboración de conclusiones, recomendaciones, implicaciones y referencias	comentarios de conclusiones, introducción y referencias	<i>[Firma]</i>	28/10/13	09:00
12/11/13	09:00	2:00	Entrega de conclusiones	Comentarios general de tesis	<i>[Firma]</i>	09/11/13	09:00
19/11/13	09:00	2:00	última corrección y conclusiones	Comentarios general de tesis	<i>[Firma]</i>	09/11/13	09:00

TELEFONOS: 547-252; 547-153; 547-200; 546-384; 545-841; Ext. 174 - 140; fax 547-153 Web: www.unl.edu.ec
 CIUDADELA UNIVERSITARIA "GUILLERMO FALCONI ESPINOSA" Casilla: letra "S" Loja-Ecuador

13. ÍNDICE

13. CARÁTULA.....	I
14. CERTIFICACIÓN.....	II
15. AUTORIA.....	III
16. CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	IV
17. DEDICATORIA.....	V
18. AGRADECIMIENTO.....	VI
19. TEMA.....	7
20. RESUMEN.....	8
21. SUMMARY.....	9
22. INTRODUCCIÓN.....	10
23. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	13
24. MATERIALES Y MÉTODOS.....	38
25. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	40
26. DISCUSIONES.....	59
27. CONCLUSIONES.....	64
28. RECOMENDACIONES.....	65
29. BIBLIOGRAFÍA.....	66
30. ANEXOS.....	70
31. ÍNDICE.....	90