



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
ODONTOLOGÍA

TEMA:

DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN EL CENTRO EDUCATIVO SECUNDARIO “ABDÓN CALDERÓN MUÑOZ” DE LA PARROQUIA SANTIAGO DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013.

Tesis, previo a la obtención
Del Título de Odontólogo.

AUTORA:

Lesli Lisseth Tapia Romero.

DIRECTOR:

Dr. Especialista. Franklin Quinche

Loja – Ecuador

2013

Loja, 06 Noviembre del 2013

Dr. Especialista. Franklin Quinche
Docente de la carrera de Odontología

Certifica:

Que la presente tesis titulada "DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN EL CENTRO EDUCATIVO SECUNDARIO "ABDÓN CALDERÓN MUÑOZ" DE LA PARROQUIA SANTIAGO DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013" elaborada por la señorita Lesli Lisseth Tapia Romero, ha sido planificada y ejecutada bajo mi dirección y supervisión, por tanto, y al haber cumplido con los requisitos establecidos por la Universidad Nacional de Loja, autorizo su presentación, sustentación y defensa ante el tribunal designado para el efecto.



Dr. Especialista. Franklin Quinche
Docente de la carrera de Odontología.

AUTORÍA

Yo, LESLI LISSETH TAPIA ROMERO, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja a sus representantes jurídicos de posibles 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: Lesli Lisseth Tapia Romero

Firma: 

Cédula: 0705908309

Fecha: Noviembre 06 del 2013

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

Yo, **Lesli Lisseth Tapia Romero**, declaro ser autora de la tesis titulada “DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN EL CENTRO EDUCATIVO SECUNDARIO “ABDÓN CALDERÓN MUÑOZ” DE LA PARROQUIA SANTIAGO DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013”; como requisito para optar al grado de Odontóloga General; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de Información del país y del exterior, con 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 04 días del mes de Noviembre del dos mil trece, firma el autor.

.....
Autor: Lesli Lisseth Tapia Romero
Cédula: 0705908309
Dirección: Juan de Salinas entre 18 de Noviembre y Sucre
Correo Electrónico: lesli17_t@hotmail.com
Celular: 0993561288

DATOS COMPLEMENTARIOS

.....
Director de Tesis: Dr. Especialista Franklin Quinche

Tribunal de Grado:
Dra. Leonor Peñarreta
Dra. Tannya Valarezo
Lcdo. Luis Iñiguez

AGRADECIMIENTO

A Dios, por darme la fortaleza necesaria en cada paso, por ser aquel amigo fiel en todo momento y ser luz y lumbrera en mi camino. A my querida familia, por brindarme el apoyo incondicional en la meta que me he propuesto; a mis amigos por su aliento y buenos deseos para conmigo. A mis profesores que día a día me supieron guiar académicamente, junto a valores y principios que me ayudaron a formarme para brindar mí servicio a la sociedad. A my estimado docente Dr. Especialista Franklin Quinche quien ha sido el gestor encargado de encaminarme hacia el éxito en la realización de este proyecto.

LESLI TAPIA ROMERO

DEDICATORIA

.

Como primera instancia, el presente proyecto lo dedico a DIOS, por permitirme vivir estos momentos especiales, darme la vida y siempre estar a mi lado para cuidarme, guiarme y enseñarme a superar todos los obstáculos que se atraviesan en mi camino.

A mi Familia, en especial a my Madre quien con su amor, cuidado y ayuda me ha enseñado a luchar cada día para poder conseguir mis objetivos y culminar con éxito, este paso más que la vida me permitió dar y pasar una de las mejores etapas que son mis estudios superiores, al lado de su comprensión y compañía.

A mí estimada Universidad Nacional de Loja, quien me ha alojado en el transcurso de muchos años, brindándome sus enseñanzas para convertirme en una persona con principios y valores de excelencia.

LESLI TAPIA ROMERO

1. TÍTULO:

DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN EL CENTRO EDUCATIVO SECUNDARIO “ABDÓN CALDERÓN MUÑOZ” DE LA PARROQUIA SANTIAGO DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013.

2. RESUMEN

Las patologías bucales son un problema relevante en nuestro país y en la Región Sur representa un índice importante por lo que el cantón Loja no está exento de esta realidad tanto en sus parroquias rurales como urbanas. El trabajo de investigación realizado, tiene como objetivo central realizar el diagnóstico de salud bucodental de los alumnos del centro educativo secundario “Abdón Calderón Muñoz” de la parroquia Santiago del Cantón Loja año 2013. Este proyecto es de carácter descriptivo, prospectivo, y transversal, se trabajó con 119 estudiantes de educación secundaria.

En la parroquia rural Santiago del cantón Loja, los adolescentes del centro educativo presentaron un 99.1% de caries dental, un 74,8% de inflamación gingival y un 30,3% de sangrado gingival, y una oclusión alterada del 31,09%. En los hábitos encontrados se registró un 2,5% de respiradores bucales, y dentro de las patologías que incidieron con mayor frecuencia son mordida cruzada anterior con un 9,2%; 6,7% de la población con mordida profunda. Se demostró también la presencia de fluorosis dental leve con un 15,1%.

Los resultados obtenidos fueron recolectados mediante una encuesta e Historia Clínica Odontológica, demostrando que todo el grupo examinado presentó alguna alteración en su cavidad bucal.

Palabras clave: salud bucodental, factores de riesgo, caries dental, inflamación gingival.

ABSTRAC

The oral diseases are a major problem in our country and in the South is an important index so Loja Canton is not exempt from this reality in both its rural and urban parishes. The research work aims to make the diagnosis center oral health of secondary school students "Abdon Calderon Muñoz" of Loja Canton Santiago parish 2013. This project is descriptive, prospective, cross, is working with 119 high school students.

In the rural parish of the canton Santiago Loja, school teens from 99.1% had dental caries, 74.8% of gingival inflammation and gingival bleeding 30.3%, and 31.09% altered occlusion. In habits found was a 2.5% of mouth breathers, and within the pathologies that are most often impacted anterior crossbite with 9.2%, 6.7% of the population with deep bite. It also showed the presence of mild dental fluorosis with 15.1%.

The results were collected through a survey and History Dental Clinic, showing that the whole group showed abnormal examined his mouth.

Keywords: Oral Health, Risk Factors, Dental Caries, Gingival Inflammation.

3. INTRODUCCION

La salud buco dental es parte integral en la salud del individuo; en nuestro país a pesar de que “la salud es un derecho garantizado por el Estado” siguen existiendo problemas a nivel bucal ya que en un “Estudio Epidemiológico de Salud Bucal en Escolares en Ecuador (1996), menciona que el 88,2% de los escolares menores de 15 años tienen caries, el 84% tiene presencia de placa bacteriana y el 53% está afectado con gingivitis. Además, se evidenció que de los niños examinados el 35% presentaba algún tipo de mal oclusión. (MSP del Ecuador, 2009)

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

Las patologías bucales constituyen un problema relevante, que se repite de generación en generación, tanto en sectores urbanos como rurales de nuestro país, es por ello que el gobierno ecuatoriano mediante el Ministerio de Salud Pública (MSP) constituido como el organismo rector de la salud pública, ha propuesto el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), que tiene como propósito “Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población que vive en el territorio ecuatoriano, aportando al Plan Nacional del Buen Vivir, Plan estratégico del MSP y Planes estratégicos Regionales y Distritales mediante la aplicación de acciones integrales de promoción, curación, prevención, y rehabilitación, cuyos resultados buscan solucionar las principales necesidades en salud del país, alcanzando resultados de impacto social” (Componentes y Productos, 2010)

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

*Es por ello que se estableció el presente tema de investigación **DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN EL CENTRO EDUCATIVO SECUNDARIO “ABDÓN CALDERÓN MUÑOZ” DE LA PARROQUIA SANTIAGO DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013**, en importancia de las patologías de la cavidad bucal y su relación con factores de riesgo que pueden coadyuvar o no la presencia de dichas patologías, y por medio del cual se puede establecer el grado de salud o enfermedad de la población.*

Los objetivos que se plantearon en el proyecto fueron la identificación de los factores de riesgo, presentes en los adolescentes del centro educativo secundario “Abdón Calderón Muñoz” de la parroquia Santiago; y determinar la prevalencia de las patologías bucodentales presentes en los adolescentes de dicho centro de educación. Los resultados encontrados en la parroquia rural Santiago del cantón Loja refieren que, los adolescentes presentaron un 99.1% de caries dental, un 74,8% de inflamación gingival, combinado con un 30,3% de sangrado gingival, y una oclusión alterada del 31,09%. En los hábitos encontrados se registra un 2,5% de respiradores bucales, y dentro de las patologías que inciden con mayor frecuencia son mordida cruzada anterior con un 9,2%, 6,7% de la población con mordida profunda. Se demostró también la presencia de fluorosis dental leve con un 15,1%.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

CAPITULO I

1. DIAGNÓSTICO DE SALUD DEL CANTÓN LOJA.

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. 2012).

1.1.2 Niveles de diagnósticos:

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. 2012).

1.2 CANTÓN LOJA

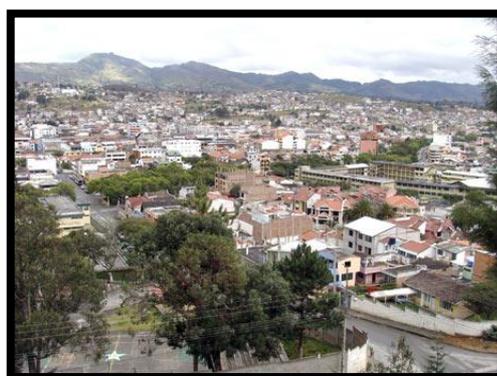


GRÁFICO N° 1 CANTÓN LOJA

1.2.1 HISTORIA

El cantón Loja se originó producto de los asentamiento de diferentes grupos denominados: Garrochambas – Paltas que se ubicaban al occidente y centro

de la ciudad, mientras que al este se encuentran los Malacatos y los Ambocas los cuales se encuentran ubicados entre San Lucas y el Cisne, cada uno de ellos se diferencia por poseer costumbres, hábitos, vestimenta y lengua propia. Luego de muchos años de colonización y después de una audiencia en Quito, Loja proclamó su independencia, contando como líderes del movimiento revolucionario a Ramón Pinto, José María Peña, Nicolás García, José Picoita y Manuel Zambrano (Maldonado. N 2005).

1.2.2 GEOGRAFÍA

1.2.2.1 LIMITES

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

1.2.2.2 CLIMA

Sus climas templados y fríos son los que caracterizan al cantón Loja a excepción de las parroquias de Malacatos, San Pedro de Vilcabamba, Vilcabamba, Quinara, Yangana, que tienen un clima subtropical (Maldonado. N 2005).

1.2.4 DIVISIÓN POLÍTICA

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

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

1.2.5 ACTIVIDADES PRODUCTIVAS Y ECONOMICAS

Dentro de las principales actividades económicas encontramos: 1) el comercio al por mayor y al por menor, reparación de vehículos automotores y motocicletas; 2) industrias manufactureras y 3) actividades de alojamiento y de servicios de comidas. Mientras que en la parte productiva se dedican a la agricultura, ganadería, silvicultura y pesca (Gobierno Municipal de Loja 2103).

1.2.6 SERVICIOS BÁSICOS

El tipo de vivienda que se encuentra son: casa o villa, mediagua, departamentos, edificios, casa de inquilinato, covachas, chozas y ranchos, el tipo de alcantarillado es pozo séptico, letrina, con descarga al río y letrina, así como también cuenta con energía eléctrica y servicio de red pública para el agua y finalmente presentan acceso a servicio telefónico convencional (Gobierno Municipal de Loja 2103).

1.2.7 EDUCACIÓN

Escuelas y Colegios Cantón Loja

El cantón Loja cuenta con 170 centros educativos de enseñanza primaria y secundaria, con un número de 60252 estudiantes en todo el cantón (Gobierno Municipal de Loja 2103).

1.2.8 VIALIDAD

El cantón Loja cuenta con un total aproximado de 124,64 Km de Red Vial Estatal; además de ellos cuenta también con 2 vías arteriales y una vía colectora. El Sistema Vial en el Cantón es de aproximadamente 1939.553 Km, dentro de ellas se encuentra: Vía Asfaltada dos vías, la Vía Asfaltada angosta y finalmente Vía Lastrada dos vía y angosta (Torres. M 2011).

1.3 DESCRIPCION DE LA PARROQUIA RURAL DE SANTIAGO DEL CANTON LOJA

1.3.1 HISTORIA

Santiago bella parroquia localizada al noroccidente de la ciudad de Loja, fue fundada al inicio del siglo XVI por los españoles bajo la majestuosa Santa Bárbara y el nudo de Guagrahuma, a 2.450 metros de altitud. Grande como sus montañas, hermosa como sus campiñas, sus mujeres y sus flores, clara visión

y de espíritu tranquilo, pero altivo, inclinados al trabajo, a la música y a la medicina. (Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de Loja)

Recorriendo su gloriosa historia, conocemos que fue parroquia eclesiástica desde el año 1852, siendo su primer Párroco el Rvdo. Manuel Palacios, cuando era Obispo el Ilustrísimo Dr. José María Plaza oriundo de Cuenca, es reconocida como Parroquia Civil desde 1.909. La construcción del actual Templo la inició el entusiasta sacerdote Francisco Riofrío acompañado del dinámico síndico Señor José Miguel Ordóñez Silva en el año de 1890, terminando luego de muchas dificultades en 1914 con el Padre Ricardo Ruiz, y como síndico José María Tacuri y de tesorero el Sr. Manuel Trinidad Orellana. (Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de Loja)



GRÁFICO N° 2 PARROQUIA SANTIAGO

Durante el siglo anterior Santiago soportó momentos difíciles por el destino de los hermanos Palacios, terratenientes de ideas coloniales que transformaron a Santiago en una gran Hacienda “San Francisco”, empeorándose por el desleal e ingrato apoyo de autoridades, Teniente Político y de un párroco de apellido García, el mismo que provocó la reacción de sus habitantes, organizándose en la casa de Ricardo Villamagua para pedir inmediata expropiación de la Hacienda San Francisco. Es digno de destacar la voz imperiosa y viril de Amadeo Aguirre que lideró la organización y la lucha, hombre creyente en Dios, brillante por sus ideales, apasionado por la justicia, poeta y romántico, escaló las cimas de la más alta grandeza que solicitando la ayuda divina de Jesús sacramentado y en común de esa intelectualidad pujante, rebelde y soñadora se resuelve crear la fiesta del 30 de Enero que hasta hoy la celebramos,

consiguiendo la expropiación de la Hacienda San Francisco con el decreto N° 366 del 16 de julio de 1934 y con ella la liberación del pueblo. (Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de Loja)

1.3.2 GEOGRAFÍA

Esta parroquia se encuentra al noreste de la ciudad de Loja, va en dirección a la provincia del Azuay, se encuentra ubicada al pie del cerro Uracu atravesado por el río de San Lucas.

Norte: con las parroquias San Pablo de Tenta (cantón Saraguro) y parte de las parroquias San Lucas y Gualel

Sur: con la parroquia Jimbilla y la parroquia urbana de Loja El Valle

Este: con la parroquia San Lucas

Oeste: con las parroquias de Taquil, Chantaco, Chuquiribamba y Gualel

Tiene una extensión de 102.03 km². Cuenta con una población de 1.759 habitantes. Tiene un clima Templado – húmedo

Existen muchos barrios de los cuales algunos por el crecimiento habitacional se han unificado y otros por la migración casi han desaparecido. A continuación detallamos la interna división territorial:

Barrio Central (unificados: Machala, La Floresta, Sagrado Corazón de Jesús), San José, Manzano, Lliclla, Cachipirca, Liria (parte de Las Juntas y Liria), Pucala, Paquisha, Gandil, Barrio Aguacate – Chacoyanta (unificado Aguacate y Chacoyanta), Pogllo, Sayo, Challipaccha, El Gallo, La Chorrera, Pasín, Minas. (Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de Loja)

1.3.3 ACTIVIDADES PRODUCTIVAS

Por las características del suelo, gran cantidad de vertientes y las frecuentes lluvias, la actividad productiva de este sector es diversa, pero el potencial productivo es la ganadería y la agricultura.

En lo referente a la ganadería, predomina la explotación de ganado bovino, del cual obtienen el quesillo y ganado para carne el cual lo comercializan en el sector de las Juntas y en lo referente al quesillo lo expenden en la ciudad de Loja a través de intermediarios de la localidad. Impera en la agricultura el cultivo de maíz blanco, fréjol, arveja, papa, haba, y melloco; existen otras

actividades en menor escala como: La fruticultura (durazno, manzana, pera y reina claudia), las artesanías (tejidos, manualidades), la cría de animales menores y la horticultura.

Una de las actividades productivas que dio popularidad a Santiago, es la Explotación de Truchas, decayendo el número de productores por el cambio monetario del sucre al dólar; de los cuales subsisten dos criaderos. (Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de Loja)

1.3.4 SERVICIOS BÁSICOS

Según la información otorgada por la junta parroquial de Santiago, los servicios básicos con los que se cuenta en el centro de la ciudad es el de alcantarillado, luz eléctrica, teléfono, agua potable, internet, recolección de basura dos veces por semana los días miércoles y sábados. En los sectores alejados del centro de la ciudad se cuenta con agua entubada, energía eléctrica, teléfono, no cuentan con recolección de basura ésta la queman (inorgánica) y la basura orgánica las huertas. . (Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de Loja)

1.3.5 EDUCACIÓN

Escuelas y Colegios

INSTITUCIONES EDUCATIVAS	NÚMERO TOTAL DE ALUMNOS	NÚMERO TOTAL DE DOCENTES
Mercedes Alcira Palacios de Carpio	5	1
Luis Pasteur	111	6
Leopoldo Nicolás Chávez	5	1
López de León	8	1
Rosa Matilde Alvear	12	2
Perez Tagle	6	1
Abdón Calderón Muñoz	120	6

1.3.6 VIALIDAD

Las características topográficas del sector son muy irregulares, existiendo solo en ciertos sectores pequeñas planicies las cuales son utilizadas para agricultura y ganadería; así mismo se cuenta con grandes extensiones de bosque natural, entre los que destacan los dos bosques protegidos: El SAYO y SERVIO AGUIRRE. En la parte alta entre los límites con el cantón Saraguro se encuentra el nudo de Huagrahuma que es conocido por todos; también existen elevaciones importantes como: El Santa Bárbara, Galápagos, Piedra, Bola, etc., que son lugares propios para turismo de aventura. (Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de Loja)

CAPITULO II

2. 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).

2.1 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).

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

2.2.1 FACTORES DE RIESGO LOCALES

Los factores locales son:

2.2.1.1 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 interdentes posición y morfología dental; así como también el estado

periodontal, la presencia de prótesis, como la habilidad y motivación de cada paciente (Cuenca. E, Baca. P 2005).

2.2.1.2 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 surco gingival evitando así la menor lesión del diente y de sus estructuras vecinas (Cuenca. E, Baca. P 2005).

2.2.1.3 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. M 2006).

2.2.1.4 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 acúmulo de placa bacteriana (Cuenca. E, Baca. P 2005; Barrancos. M 2006).

2.2.1.5 Azúcar y Dieta

Para que las bacterias vivan en la placa dental deben disponer de los mismos almidones, monosacáridos, ácidos grasos, vitaminas y minerales requeridos por todos los organismos vivos. (Higashida. B 2000)

2.2.2 FACTORES DE RIESGO GENERALES

Dentro factores de riesgo generales encontramos: 1.Socioeconómicos: en el que hayamos 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, García. J 2005).

CAPITULO III

3. SALUD ORAL

3.1 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, García. J 2005).

3.2 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, Arias. A. 2012).

3.3 PATOLOGÍAS

3.3.1 LESIONES DE LOS TEJIDOS DUROS

3.3.1.1 Caries dental



GRÁFICO N° 3 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)

3.3.1.2 FACTORES DE RIESGO DE LA CARIES DENTAL

Dentro de los factores encontramos: 1.) Alto grado de infección por *Streptococos 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. E 2007).

3.3.2 ALTERACIONES DE FORMA

3.3.2.1 Taurodontismo



GRÁFICO N° 4 MOLAR CON 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. (Philip. S, Lewis E. Wysocki, G 2005)

3.3.2.2 Diente Invaginado.



GRÁFICO N° 5 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. (Philip. S, Lewis E. Wysocki, G 2005)

3.3.2.3 Cúspides supernumerarias



GRÁFICO N° 6 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. (Philip. S, Lewis E. Wysocki, G 2005)

3.3.2.4 Cúspide en garra



GRÁFICO N° 7 CÚSPIDE EN GARRA PIEZAS # 12-22

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

3.3.2.5 Geminación



GRÁFICO N° 8 GEMINACIÓN DENTAL PIEZA # 31

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. (Philip. S, Lewis. E, Wysocki. G 2005).

3.3.2.6 Fusión



GRÁFICO N° 9 FUSIÓN DENTAL PIEZAS # 41-42

Es la unión de dos gérmenes dentarios normalmente separados, que puede presentar una corona especialmente ancha, una corona normal con una raíz adicional u otras combinaciones que resultan de la unión de dos primordios dentales contiguos por medio de la dentina durante el desarrollo, la cual puede

ser congénita o hereditaria. Los conductos radiculares pueden estar o bien fusionados o bien separados. (Philip. S, Lewis. E, Wysocki. G 2005; Menéndez. L 2013).

3.3.2.7 Odontodisplasia Regional.



GRÁFICO N° 10 ODONTODISPLASIA REGIONAL

La odontodisplasia regional o dientes fantasmas, es una alteración no hereditaria del desarrollo del diente que se presenta con frecuencia en el maxilar superior y suele afectar a varios dientes contiguos de un mismo cuadrante, se caracteriza por presentar un color amarillento debido a la mala formación de los tejidos del diente produciendo así su destrucción rápida, radiográficamente se la puede identificar por su menor radio densidad del esmalte y dentina, así como también cavidades pulpares ampliar y en algunos casos cálculos de la pulpa (Philip. S, Lewis E. Wysocki, G 2005; Bordoni. B 2010).

3.3.2.8 Fluorosis dental



GRÁFICO N° 11 FLUOROSIS DENTAL PIEZAS # 12-11-21-22

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 de la dentina (Harris. N; García. G 2005; Cárdenas. D 2003; Revista ADM.1997).

3.3.2.9 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)

3.4 LESIONES DE LOS TEJIDOS BLANDOS

3.4.1 ENFERMEDADES GINGIVALES



GRÁFICO N° 12 INFLAMACIÓN GINGIVAL

3.4.1.1 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, Catalá. M 2004).

3.4.1.2 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).

3.4.1.3 Enfermedad gingival inducida por fármacos

El agrandamiento gingival que provoca desfiguración estética es un efecto adverso importante asociado con diversos fármacos: anticonvulsivos(p.j. fenitoína, valproato, etc), inmunosupresores (p.j. ciclosporina, etc), bloqueadores de los canales de calcio (p.j. 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)

3.5 MALOCLUSION

3.5.1 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. (Vellini. F 2009).

3.5.2 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 (Vellini. F 2009).

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. (Vellini. F 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. (Vellini. F 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. (Vellini. F 2009).

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 facial del paciente es predominantemente cóncavo y la musculatura, en general, desequilibrada. (Vellini. F 2009).

3.5.3 TIPO DE DENTICIONES

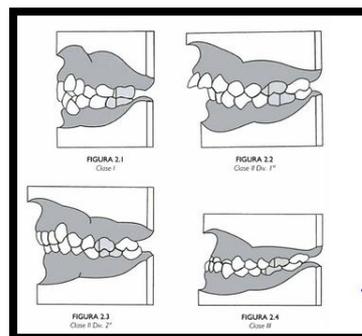


GRÁFICO N° 13 CLASES DE ANGLE

3.5.3.1 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 está formado por el primer molar superior que erupciona a los 14 meses, el canino superior que erupciona a los 18 meses, el segundo molar superior erupciona a los 24 meses, el primer 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 (Masson, M 2004).

3.5.3.2 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. (Masson, M 2004).

3.5.3.3 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. (Masson, M 2004).

3.5.4 TIPOS DE MORDIDAS

3.5.4.1 Mordida abierta



GRÁFICO N° 14 MORDIDA ABIERTA ANTERIOR

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).

3.5.4.2 Mordida Profunda



GRÁFICO N° 15 MORDIDA ABIERTA ANTERIOR

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. (González. G, Marrera. L 2012).

3.5.4.3 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. (González. G, Marrera. L 2012).

3.5.4.4 Mordida cruzada posterior



GRÁFICO N° 16 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. (Aparecido. O 2011)

3.5.5.5 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. (Aparecido. O 2011)

3.6 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.

3.6.1 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. J, Catalá.M. 2004)

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 (González. M, Guida. G,Herrera. D, Quirós.O 2012)

3.6.2 Respiración bucal



GRÁFICO N° 17 RESPIRADOR BUCAL-FASCIA ADENOIDEA

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. J, Catalá.M. 2004)

3.6.3 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.(Lugo. C, Toyo. I 2011)

Consecuencias de la deglución atípica:

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

3.6.4 Interposición lingual



GRÁFICO N° 18 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 (Agurto. P, Díaz. R, Cádiz. O, Bobenrieth. F 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. (Agurto. P, Díaz. R, Cádiz. O, Bobenrieth. F 1999)

5. 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, del centro educativo secundario de la parroquia rural 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; además es de carácter **prospectivo** porque se registra la información según ocurrieron los fenómenos pero los datos se analizaron transcurrido un determinado tiempo y **transversal** mediante el cual se estudió las variables que se encuentran afectando a la población investigada durante la aplicación de la historia clínica en un momento dado, lo que permitió la obtención de diagnósticos de Salud Bucodental.

En Área de estudio donde se realizó la presente investigación fue desarrollado en la parroquia Santiago del cantón Loja, la misma que se encuentra localizada noreste de la ciudad de Loja, con una población de 1.759 habitantes, limita al norte San Pablo de Tenta (cantón Saraguro) y parte de las parroquias San Lucas y Gualiel, al Sur: con la parroquia Jimbilla y la parroquia urbana de Loja El Valle, al Este: con la parroquia San Lucas, y al Oeste: con las parroquias de Taquil, Chantaco, Chuquiribamba y Gualiel. Tiene una superficie de 102.03 kilómetros cuadrados. Cuenta con 17 barrios.

El universo se encontró conformado por 120 estudiantes, del colegio “Abdón Calderón Muñoz” de la parroquia rural de Santiago del cantón Loja en el año 2013. Se trabajó con el 99.16% de la población establecida.

La muestra estuvo conformada por 119 estudiantes del colegio “Abdón Calderón Muñoz” de la parroquia rural de Santiago del cantón Loja en el año 2013. Ya que un estudiante no quiso formar parte del proyecto.

Tabla de Muestra.

Edad	Femenio	Masculino	Total
9 a 11 años	10	2	12
12 a 14 años	19	29	48
15 a 17 años	21	27	48
18+ años	6	5	11
Total	56	63	119

Los estudiantes que colaboraron en la recolección de los datos, estuvieron inmersos dentro del criterio de inclusión y en el criterio de exclusión todos los estudiantes que no colaboraron en la recolección de los datos (registrándose un estudiante) y aquellos que no asistieron a clases durante la recolección de la información.

Las variables dependientes en el presente proyecto fueron: caries dental, inflamación gingival, Mal oclusiones, hábitos bucales, fluorosis. Las variables independientes son: Cepillado, Alimentación y Atención odontológica.

Las técnicas empleadas consistieron en 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.

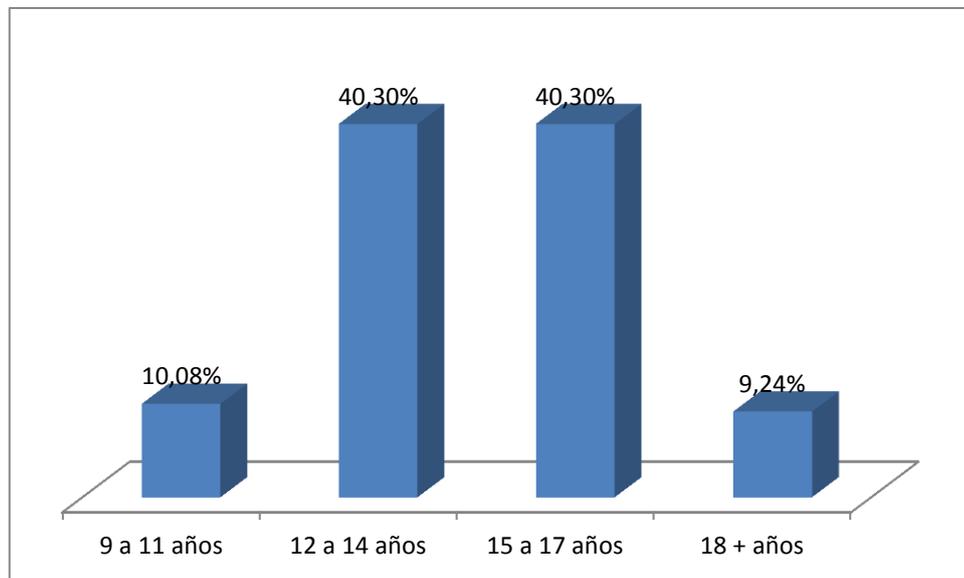
Los instrumentos para la recolección de datos fueron, **La Historia Clínica Odontológica**: es el conjunto de documentación médico-legal que recogió el relato del paciente sobre su enfermedad, pruebas diagnósticas, intervenciones terapéuticas realizadas y evolución de un paciente. Contiene elementos objetivos, de los que el paciente puede solicitar copia para obtener una segunda opinión; y la **Encuesta**: Se elaboró un conjunto de preguntas, a través de este instrumento se pretendió obtener información necesaria de los sujetos investigados. Además la elaboración de **Credenciales**: Son 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 Franklin Quinche; Lesli Lisseth Tapia Romero egresada de la carrera de Odontología año 2013. Personal administrativo, estudiantes y padres de familia del centro educativo secundario de la parroquia rural Santiago del cantón Loja. El recurso físico fue el establecimiento educativo “Abdón Calderón Muñoz”.

Y los recursos materiales empleados consistieron en: Set de diagnóstico (espejo, explorador, pinza algodонера), Materiales de bioseguridad, Historia clínicas, Encuestas, Material didáctico, Cámara fotográfica, Computadora, Materiales de escritorio, 120 cepillos dentales, 120 pastas dentales.

6. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

GRÁFICA N.1 MUESTRA POR EDAD

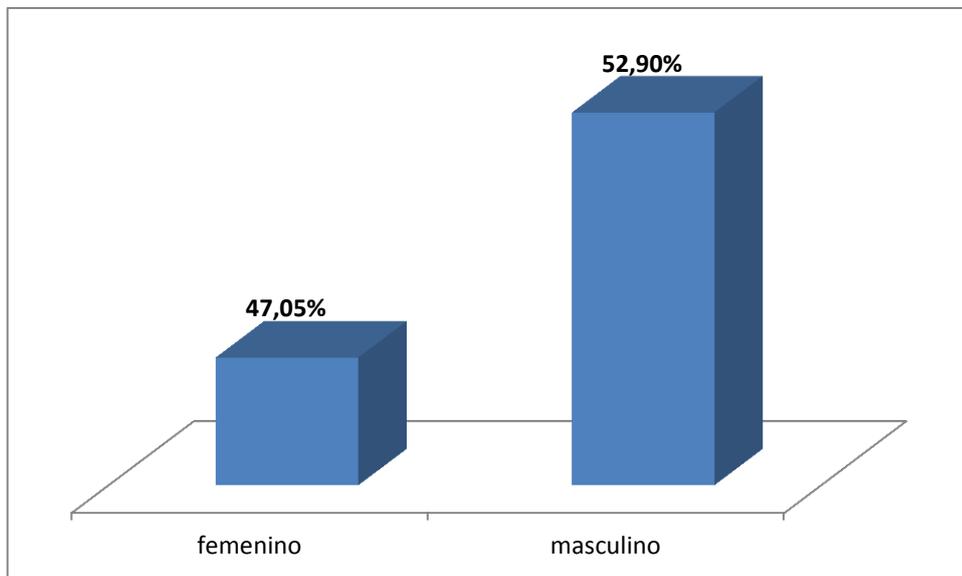


FUENTE: HISTORIA CLÍNICA DE LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO "ABDÓN CALDERÓN MUÑOZ"
AUTOR: LESLI LISSETH TAPIA ROMERO

INTERPRETACIÓN:

Según la gráfica, el rango de edad de 9 a 11 años refleja un 10,08% de la población, el rango de 12 a 14 años un 40,30%, el de 15 a 17 años un 40,30%, y los estudiantes de más de dieciocho años reflejan un 9,24%

GRÁFICA N.2 MUESTRA POR SEXO



FUENTE: HISTORIA CLÍNICA DE LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO "ABDÓN CALDERÓN MUÑOZ"

AUTOR: LESLI LISSETH TAPIA ROMERO

INTERPRETACIÓN:

Del total de la población estudiada un 47,05% corresponde al sexo femenino, y al sexo masculino un 52,9% de los estudiantes.

GRÁFICA. N.3 PRESENCIA DE CARIES DENTAL



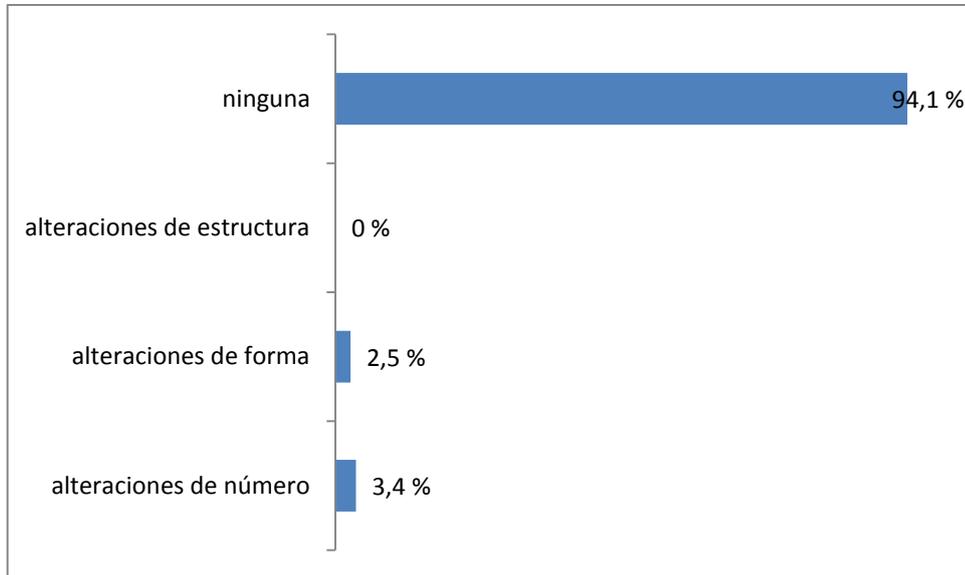
FUENTE: HISTORIA CLÍNICA DE LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO "ABDÓN CALDERÓN MUÑOZ"

AUTOR: LESLI LISSETH TAPIA ROMERO

INTERPRETACIÓN:

Según la población estudiada apreciamos un 99,1% con caries dental, y un 0,8% no presentó caries dental. El predominio de caries dental en la población se debe a un empleo inadecuado de la técnica de cepillado, la falta de uso de implementos de higiene bucal como son la pasta dental, el cepillo, el hilo dental, y el enjuague bucal, además del frecuente consumo de alimentos cariogénicos y el déficit de visitas al odontólogo.

GRÁFICA. N.4 ALTERACIONES DENTALES



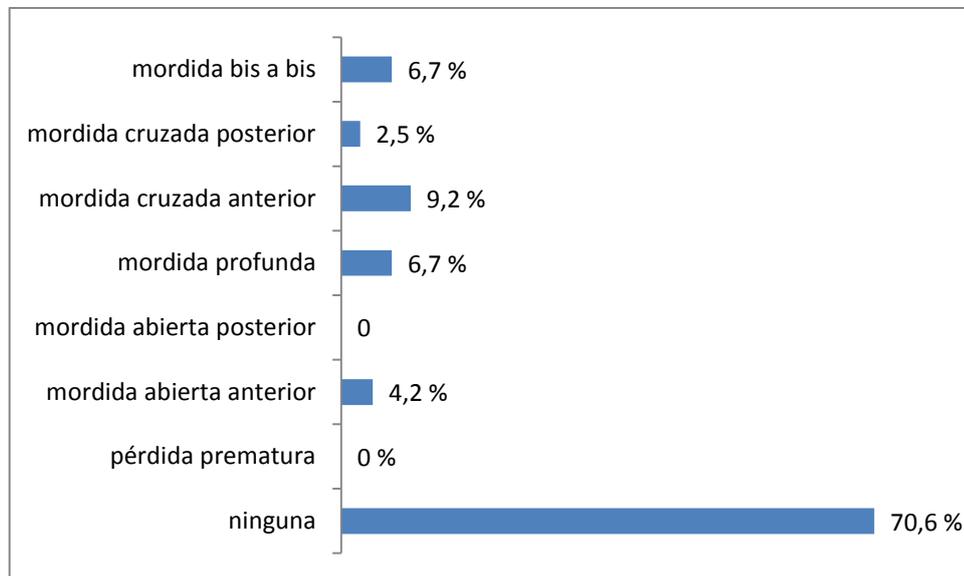
FUENTE: HISTORIA CLÍNICA DE LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO "ABDÓN CALDERÓN MUÑOZ"

AUTOR: LESLI LISSETH TAPIA ROMERO

INTERPRETACIÓN:

La alteración dental que predomina en la población estudiada es la alteración de número con 3,4% registrándose agenesias (2 incisivos centrales superiores, 1 lateral superior), y mesiodens; las alteraciones de forma halladas reflejan un 2,5% denotándose, cúspides en garra (lateral superior), fusiones dentales (piezas 31-41).

GRÁFICA. N.5 ALTERACIONES OCLUSALES



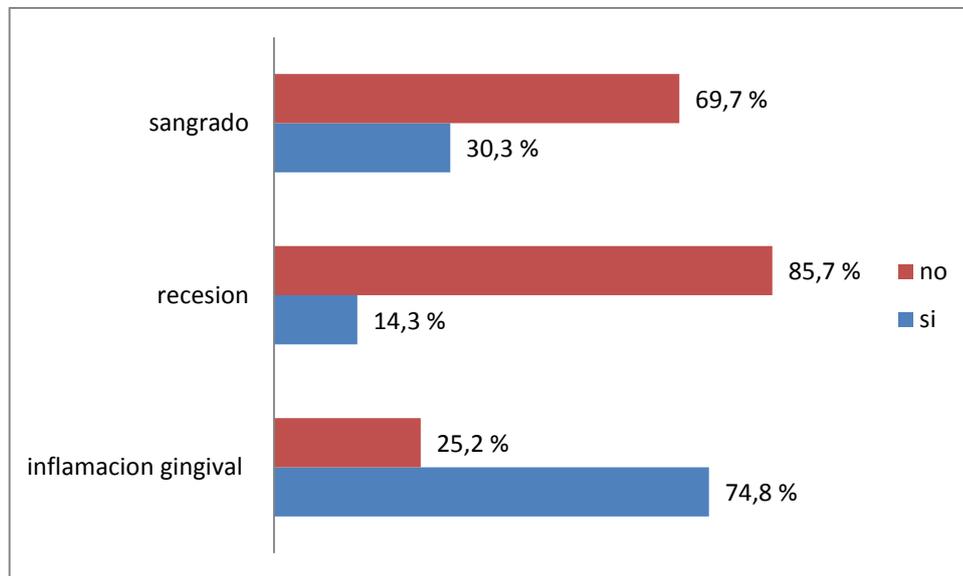
FUENTE: HISTORIA CLÍNICA DE LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO "ABDÓN CALDERÓN MUÑOZ"

AUTOR: LESLI LISSETH TAPIA ROMERO

INTERPRETACIÓN:

Según la población estudiada, un 9,2% presentó mordida cruzada anterior, un 6,7% mordida bis a bis; un 6,7% mordida profunda, además un 4,2% presentó mordida abierta anterior, y un 2,5% mordida cruzada posterior.

GRÁFICA. N.6 ALTERACIONES GINGIVALES



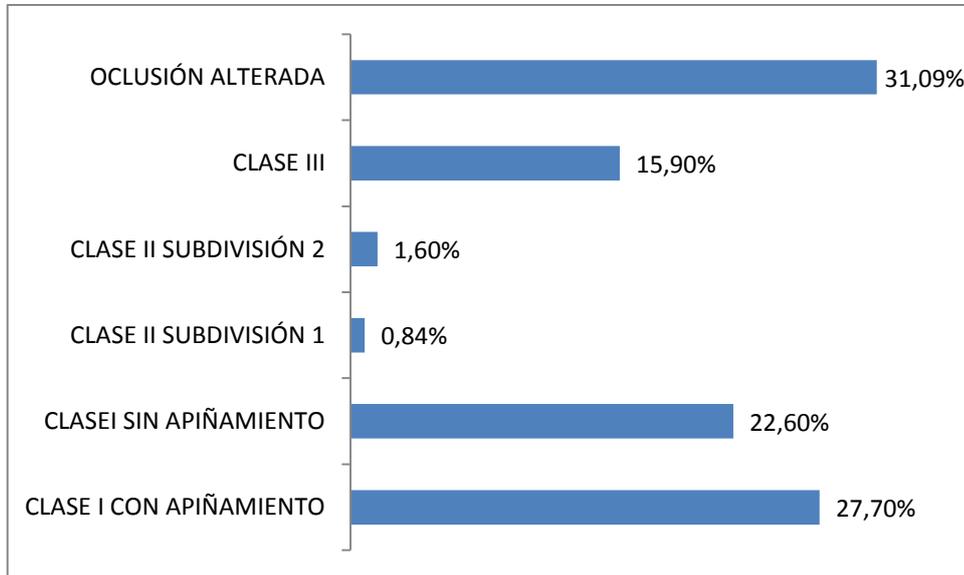
FUENTE: HISTORIA CLÍNICA DE LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO "ABDÓN CALDERÓN MUÑOZ"

AUTOR: LESLI LISSETH TAPIA ROMERO

INTERPRETACIÓN:

Según la presente gráfica, la población estudiada presentó un 74,8% de inflamación gingival; un 14,3% de recesión; y en un 30,3% sangrado.

GRÁFICA. N.7 MALOCCLUSIÓN DE DENTICION PERMANENTE



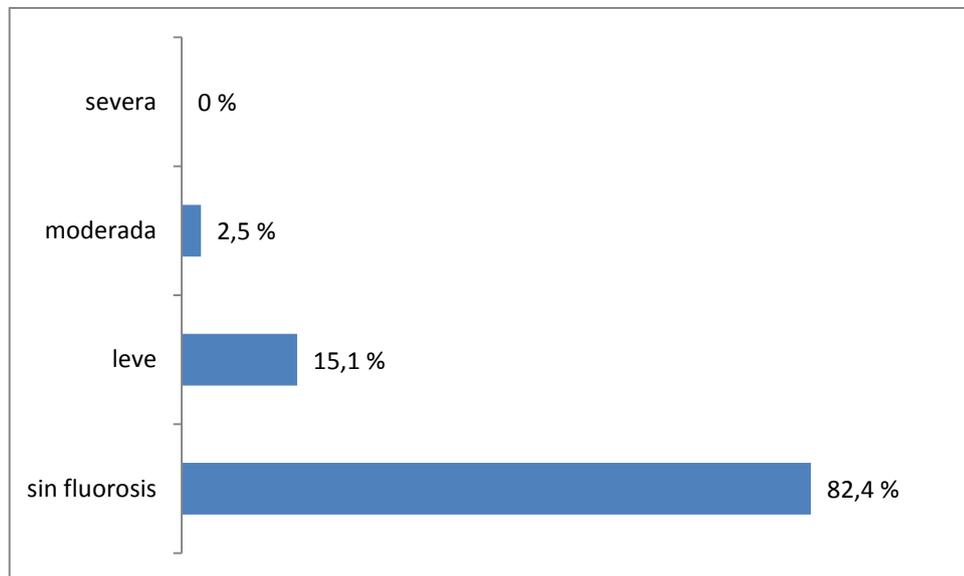
FUENTE: HISTORIA CLÍNICA DE LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO "ABDÓN CALDERÓN MUÑOZ"

AUTOR: LESLI LISSETH TAPIA ROMERO

INTERPRETACIÓN:

En cuanto a la maloclusión de dentición permanente se aprecia el mayor porcentaje en maloclusión de Clase I con apiñamiento 27,70%; seguido de maloclusión Clase I sin apiñamiento 22,6%; Clase III, con 15,9%; Clase II subdivisión II 1,6%; y en menor porcentaje la Clase II subdivisión I con 0,84%; y un 31,09% de la población presentó oclusión alterada.

GRÁFICA. N.8 FLUOROSIS DENTAL



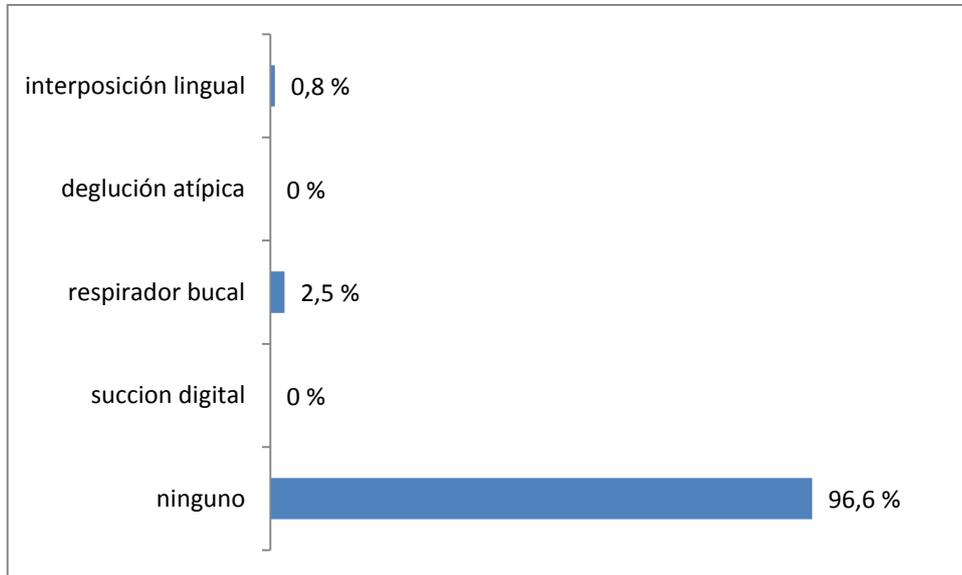
FUENTE: HISTORIA CLÍNICA DE LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO "ABDÓN CALDERÓN MUÑOZ"

AUTOR: LESLI LISSETH TAPIA ROMERO

INTERPRETACIÓN:

En lo referente a fluorosis dental, la fluorosis dental **leve** es la que predomina con 15,1% del total de la población; seguido de fluorosis dental **moderada** 2,5%; un 82,4% de la población no presenta fluorosis.

GRÁFICA. N.9 HÁBITOS BUCALES



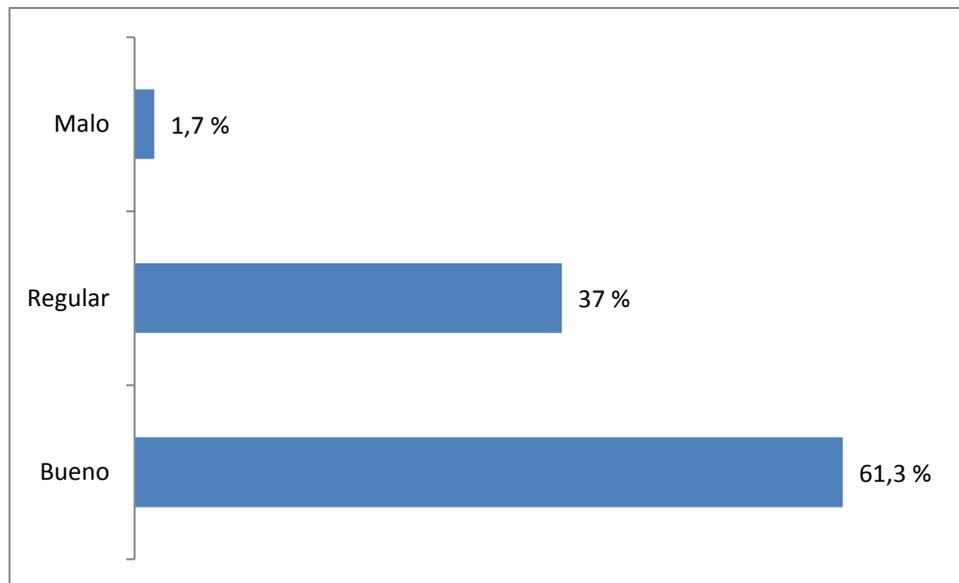
FUENTE: HISTORIA CLÍNICA DE LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO "ABDÓN CALDERÓN MUÑOZ"

AUTOR: LESLI LISSETH TAPIA ROMERO

INTERPRETACIÓN:

En cuanto a la presencia de Hábitos, un 2,5% de la población son respiradores bucales y un 0,8% presentaron interposición lingual.

GRÁFICA. N.10 ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS)



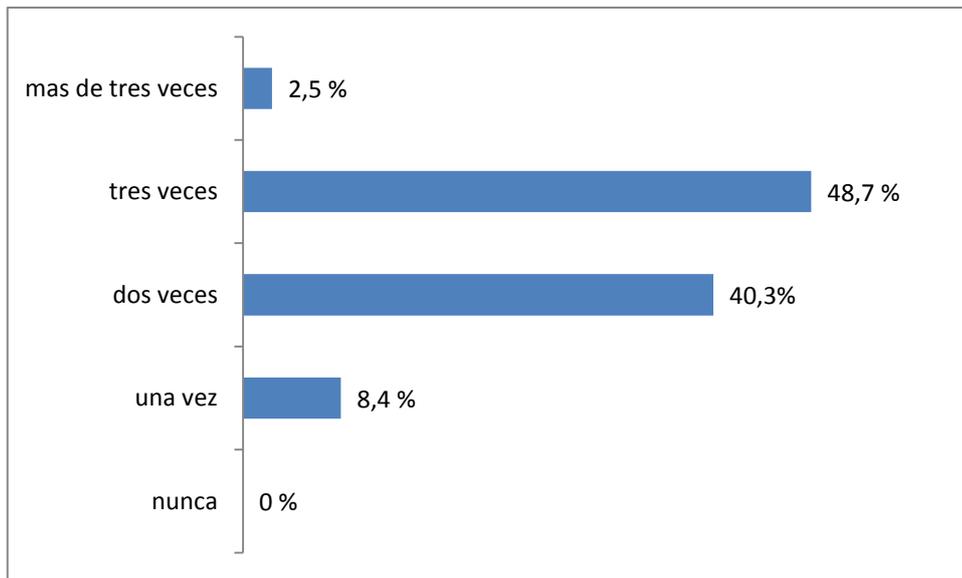
FUENTE: HISTORIA CLÍNICA DE LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO "ABDÓN CALDERÓN MUÑOZ"
AUTOR: LESLI LISSETH TAPIA ROMERO

INTERPRETACIÓN:

En el Índice de Higiene Oral Simplificad (IHOS) encontramos que un 61,3% de la población estudiada presentó un índice de higiene oral simplificado **Bueno**; un 37% presentó un índice de higiene oral simplificado **Regular**; y un 1,7% registró un índice de higiene oral simplificado **Malo**.

RESULTADOS DE LA ENCUESTA

GRÁFICA. N.11 FRECUENCIA CEPILLADO



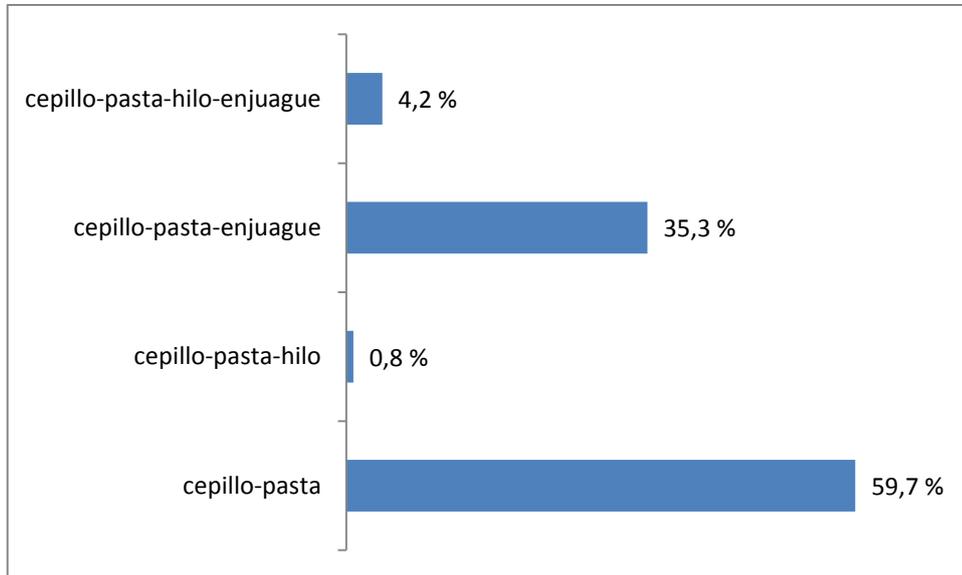
FUENTE: HISTORIA CLÍNICA DE LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO "ABDÓN CALDERÓN MUÑOZ"

AUTOR: LESLI LISSETH TAPIA ROMERO

INTERPRETACIÓN:

Según el presente gráfico, las veces de cepillado dental que predomina en la población estudiada son: **tres veces** al día con 48,7%; seguido de **dos veces** al día 40,3%; **una vez** al día 8,4%; y **más de tres veces** al día con 2,5%.

GRÁFICA.N12 ELEMENTOS UTILIZADOS EN LA HIGIENE BUCAL



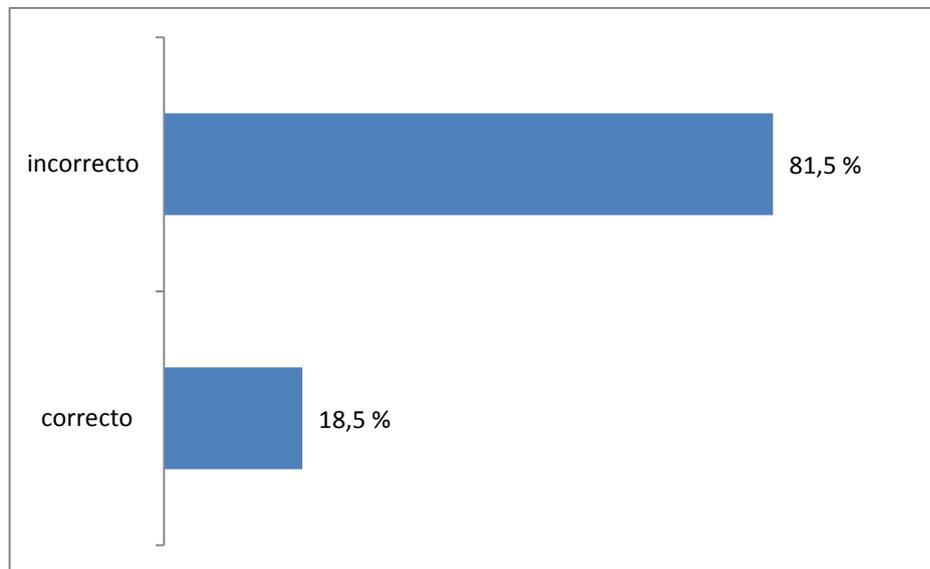
FUENTE: HISTORIA CLÍNICA DE LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO "ABDÓN CALDERÓN MUÑOZ"

AUTOR: LESLI LISSETH TAPIA ROMERO

INTERPRETACIÓN:

En la gráfica se aprecia que un mayor porcentaje de la población estudiada emplea cepillo-pasta 59,7% para su higiene bucal; seguido de, el uso de cepillo-pasta-enjuague 35,3%; cepillo-pasta-hilo-enjuague 4,2%; y cepillo-pasta-hilo 0,8% de la población.

GRÁFICA. N.13 TÉCNICA DE CEPILLADO

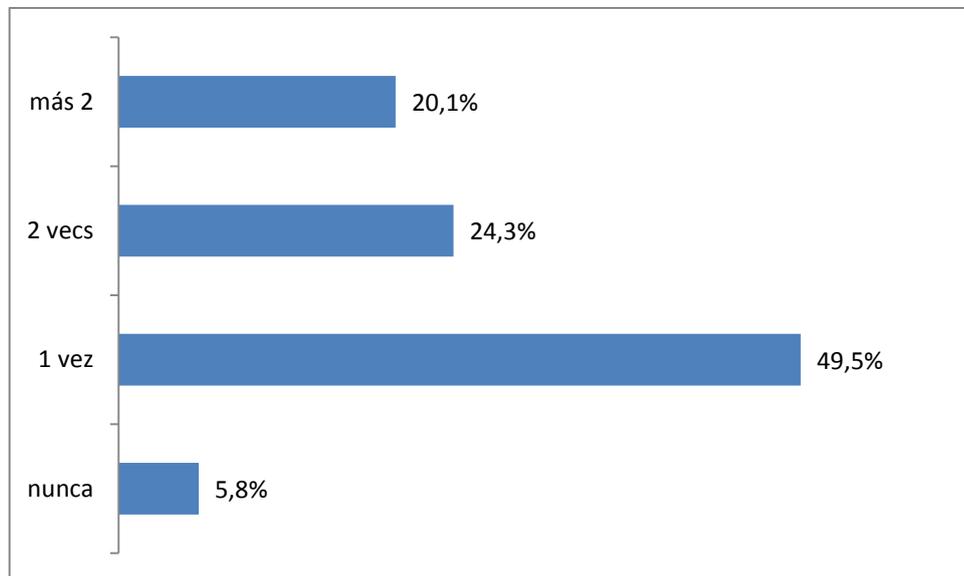


FUENTE: HISTORIA CLÍNICA DE LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO "ABDÓN CALDERÓN MUÑOZ"
AUTOR: LESLI LISSETH TAPIA ROMERO

INTERPRETACIÓN:

En la gráfica se aprecia que un 81,5% de los escolares, emplean una técnica incorrecta durante su cepillado dental y un 18,5% emplean una técnica correcta.

GRÁFICA. N.14 FRECUENCIA DE VISITA AL ODONTÓLOGO



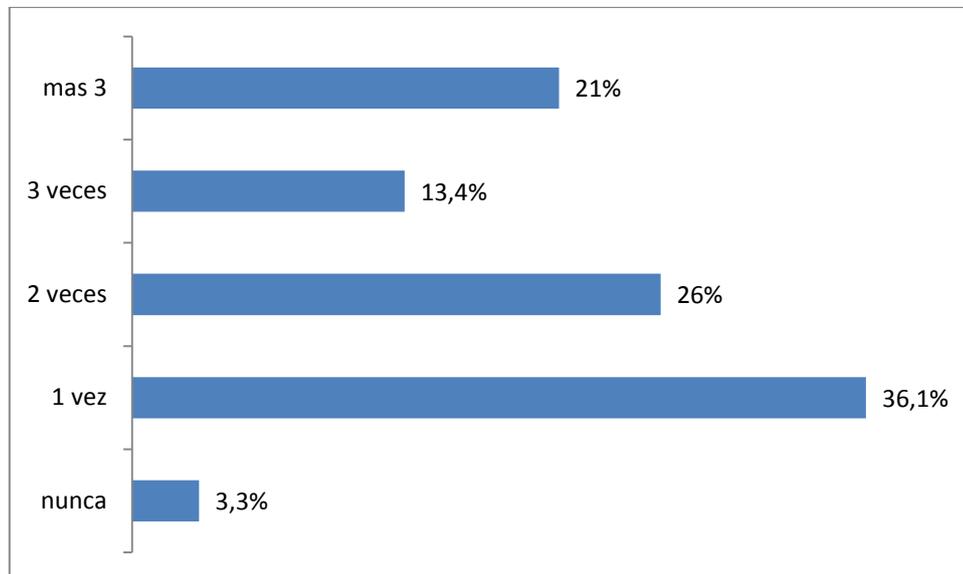
FUENTE: HISTORIA CLÍNICA DE LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO "ABDÓN CALDERÓN MUÑOZ"

AUTOR: LESLI LISSETH TAPIA ROMERO

INTERPRETACIÓN:

De toda la población estudiada podemos apreciar que un 49,5% visita al odontólogo 1 vez al año; un 24,3% dos veces al año; un 20,1% más de 2 veces al año y un 5,8% nunca lo hace.

GRÁFICA. N.15 FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS CARIOGÉNICOS



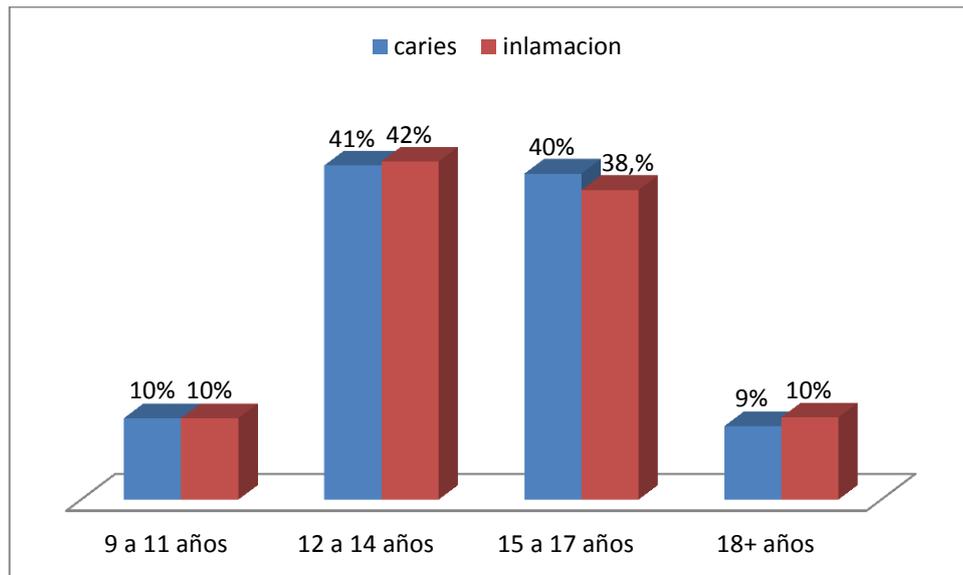
FUENTE: HISTORIA CLÍNICA DE LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO “ABDÓN CALDERÓN MUÑOZ”
AUTOR: LESLI LISSETH TAPIA ROMERO

INTERPRETACIÓN:

Según la gráfica, un 36,1% de la población estudiada argumentó consumir alimentos cariogénicos 1 vez al día; seguido de 2 veces al día 26%; más de 3 veces al día 21%; 3 veces al día 13,4% y un 3,3% de la población no consume golosinas durante el día.

CRUCE DE VARIABLES

GRÁFICA.N.16 RELACIÓN EDAD-CARIES DENTAL-INFLAMACIÓN GINGIVAL

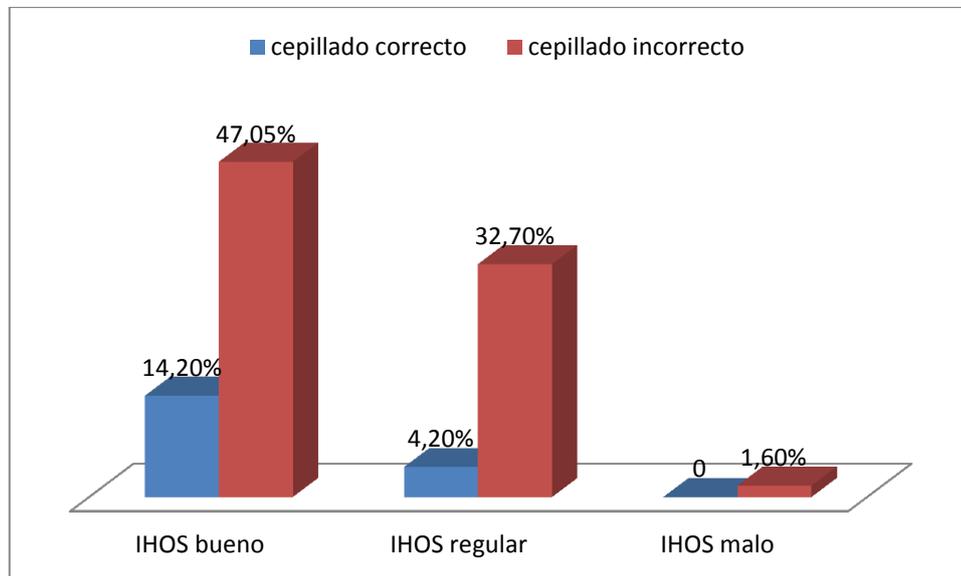


FUENTE: HISTORIA CLÍNICA DE LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO "ABDÓN CALDERÓN MUÑOZ"
AUTOR: LESLI LISSETH TAPIA ROMERO

INTERPRETACIÓN:

En la presente gráfica se puede apreciar que, en el rango de 9 a 11 años se registra un 10% de caries dental e inflamación gingival; en el rango de 12 a 14 años existe un índice elevado de caries e inflamación gingival con 41% y 42% respectivamente; en el rango de 15 a 17 años se registra un 40% de caries y un 38% de inflamación gingival; por último se aprecia en los alumnos mayores de 18 años la presencia de caries dental con 9% y de inflamación gingival con 10%.

GRÁFICA. N.17 RELACIÓN DE TÉCNICA DE CEPILLADO-ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS)

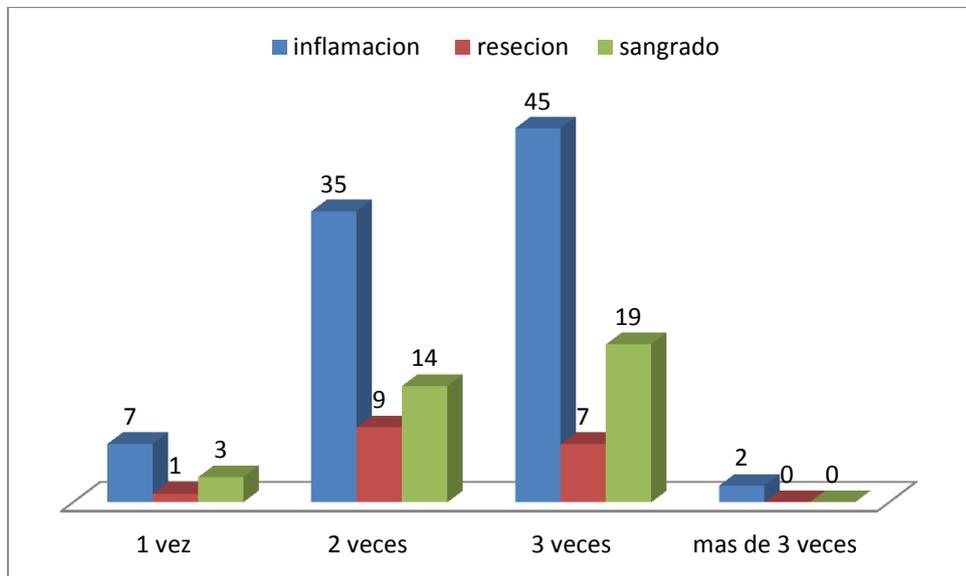


FUENTE: HISTORIA CLÍNICA DE LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO "ABDÓN CALDERÓN MUÑOZ"
AUTOR: LESLI LISSETH TAPIA ROMERO

INTERPRETACIÓN:

Según la grafica presente encontramos que, en el Índice de Higiene Oral Simplificado **Bueno** se registra un 14,2% de la población que cepillan sus dientes de manera correcta y un 47,05% de manera incorrecta; en el IHOS **Regular** un 4,2% emplean un cepillado correcto y un 37,7% uno incorrecto; en el IHOS **Malo** el 1,6% de la población poseen un cepillado incorrecto.

GRÁFICA.N.18 VARIABLES FRECUENCIA DE CEPILLADO- SIGNOS DE INFLAMACIÓN.



FUENTE: HISTORIA CLÍNICA DE LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO "ABDÓN CALDERÓN MUÑOZ"
AUTOR: LESLI LISSETH TAPIA ROMERO

INTERPRETACIÓN:

En la presente gráfica se aprecia que los estudiantes que cepillan sus dientes **1 vez** al día presentan inflamación (7 estudiantes), recesión (1 estudiante) y sangrado (3 estudiantes); los que cepillan sus dientes **2 veces** al día presentan inflamación (35 estudiantes), recesión (9 estudiantes) y sangrado (14 estudiantes); los que cepillan sus dientes **3 veces** al día presentan inflamación (45 estudiantes), recesión (7 estudiantes) y sangrado (19 estudiantes); y los que se cepillan **más de 3 veces** presentan inflamación gingival (2 estudiantes).

TABLA N. 1 RELACIÓN EDAD-ceo (cariados-indicados para extracción-obturados)

EDAD	N°	cariados	Indicados para extracción	obturados	ceo	RIESGO
9 a 11 años	12	14	1	1	1,45	Bajo
12 a 14 años	48	16	5	1	0,45	Muy Bajo
15 a 17 años	48	2	7	0	0,18	Muy Bajo
18+ años	11	0	0	0	0	Muy Bajo

FUENTE: HISTORIA CLÍNICA DE LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO "ABDÓN CALDERÓN MUNOZ"

AUTOR: LESLI LISSETH TAPIA ROMERO

NIVELES DE RIESGO

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

INTERPRETACIÓN:

Según la tabla expuesta podemos apreciar, en el rango de 9 a 11 años, a 12 estudiantes con un ceo **bajo** y un ceo **muy bajo** tanto en los rangos de 12 a 14 y 15 a 17 años con 48 estudiantes respectivamente.

TABLA N. 2 RELACIÓN EDAD – CPOD (Cariados-Perdidos-Obturados)

EDAD	N°	cariados	perdidos	obturados	CPOD	RIESGO
9 a 11 años	12	44	4	6	4,83	Alto
12 a 14 años	48	303	11	29	7,1	Alto
15 a 17 años	48	391	35	79	10,52	Alto
18+ años	11	96	14	18	11,13	Alto

FUENTE: HISTORIA CLÍNICA DE LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO "ABDÓN CALDERÓN MUÑOZ"

AUTOR: LESLI LISSETH TAPIA ROMERO

NIVELES DE RIESGO

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

INTERPRETACIÓN:

En la tabla presente, en el cruce de las variables edad con dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD) se puede constatar que en todos los rangos de edad existe un índice de CPOD valorado como **Alto**, con 12 personas en el rango de 9 a 11 años, 48 personas en el grupo etario de 12 a 14 años, 48 personas en el rango de 15 a 17 años y 11 estudiantes en el rango de más de dieciocho años.

7. DISCUSIÓN.

La caries dental es una enfermedad prevenible y controlable pero, aún con todos los recursos disponibles, sigue siendo la enfermedad crónica más común en la niñez, y adolescencia. En el presente estudio se registró que la presencia de caries dental en los estudiantes del colegio “Abdón Calderón Muñoz” posee una alto predominio con 99.1% del total de la población y así mismo en los distintos rangos establecidos, solo un paciente no tuvo esta patología dentro del rango de 15 a 17 años, reflejando un 0,8%. Un similar estudio realizado en Nicaragua por Medina. C también refiere una prevalencia alta de caries dental, con una población de 1800 personas; existiendo un 90.61 %, en donde en la dentición permanente el 94,1 de personas > de 12 años por cada cien, presentó caries dental, solamente un 5,9 por cada cien no fueron atacados por esta patología. Otro estudio no tiene similitud con el presente, puesto que la caries dental afecta a un poco más de la mitad de su población, tan solo con un 67.7% realizado en la ciudad de Cali- Colombia, con 784 niños (Medina. C et.al 2005.; García. L. et al 2005)

Las alteraciones dentales registradas en la población de estudio son alteraciones de número con un 3,4% presentándose, agenesias (2 incisivos centrales superiores, 1 lateral superior), y mesiodents; las alteraciones de forma halladas reflejan un 2,5% denotándose, cúspides en garra (lateral superior), fusiones dentales (piezas 31-41). Un estudio realizado en Argentina con 107 pacientes coincide con las alteraciones de número presentadas en este estudio, donde dentro del porcentaje de anomalías halladas de ese total 4 correspondieron a hiperodoncias (mesiodens) y 4 a hipodoncias (segundo premolar inferior, seguido del lateral); coincidiendo con las alteraciones de número expuestas. (Galiana. Et al 2003)

El tipo de fluorosis dental que se aprecia es la fluorosis leve con un 15,1%; y la moderada con un (2,5%) del total de los adolescentes del colegio “Abdón Calderón Muñoz” por lo que la fluorosis no predomina en la población. Lo que

difiere de un estudio realizado en 230 niños en Cartagena-Colombia, donde la prevalencia de la Fluorosis dental fue 66,5 % considerándose como alta, presentando un 88,3 % de casos leve y 11,7 % de moderado. Con la única similitud de que no se registraron casos de fluorosis severa. No obstante un estudio realizado con 142 en niños de 10 a 14 años, concluye que la fluorosis moderada tiene un porcentaje significativo de 57.14%, por lo que este estudio difiere del presente ya que más de la mitad de su población tiene fluorosis de tipo moderada. (Arrieta, K.et al 2010; Gonzales, M. 2011).

En el colegio “Adbón Calderón Muñoz”, no se registran datos de maloclusión en dentición temporal. En cuanto a la dentición permanente la maloclusión que prevalece es la Clase I con apiñamiento, con 27,7%; los estudiantes que presentaron un tipo de oclusión Alterada fueron un 31,09%. De manera similar en otro estudio realizado en Colombia en 430 estudiantes, en relación a la dentición permanente se encuentra mayor frecuencia de relación molar Clase I. (Solarte J. et al. 2010)

En el presente estudio las patologías registradas como alteraciones en la oclusión, la que predomina en los estudiantes con 9,2% es la mordida cruzada anterior. Así como también la presencia de hábitos, como respiradores bucales en tan solo un 2,5%. En comparación con otro estudio ejecutado en Colombia, en cuanto a alteraciones de la oclusión que se presentaron con mayor frecuencia fueron la mordida abierta anterior 10% y mordida cruzada anterior 9,6%. Los hábitos que presentaron mayor frecuencia fueron: deglución atípica 38%. Teniendo similitud con el estudio presente en cuanto a la baja prevalencia de mordidas cruzadas anteriores, mas no en el tipo de hábito hallado en la población. (Solarte J. et al. 2010)

El ceo (cariados, extracción indicada, obturados) de la población estudiada en el colegio “Abdón Calderón Muñoz” se registra dentro de una escala como **Muy Bajo** denotándose en 107 estudiantes, y **Bajo** con 12 estudiantes; el CPOD (dientes cariados, perdidos, obturados) del estudio se expone dentro de una

escala como **Alto** puesto que todos los alumnos presentan un CPOD Alto. En un estudio realizado en Argentina. El CPOD fue de 5,96 registrándose como Alto; lo que coincide en cuanto al índice de CPOD, pero en cuanto al ceo difiere, ya que en el estudio de Argentina se registró un 1,37 como índice Bajo.(Pivano, S. 2008)

El IHOS (Índice de Higiene Oral Simplificado) en el presente estudio es valorado como **Bueno** (73 estudiantes), los cuales cepillan sus dientes con una técnica correcta 14,2% e incorrecta 47,05%; cabe destacar que la mayor parte de la población cepilla sus dientes de manera incorrecta pero la valoración dada como bueno se atribuye a la presencia en su mayoría de placa dental en los adolescentes. Según Lindhe: un uso entusiasta de cepillado dental no es sinónimo de higiene bucal de alta calidad, la mayoría de las personas solo eliminan alrededor del 50% de placa con el cepillo dental. (Jepesn). Por lo que puedo argumentar que aunque se cepillen los alumnos de manera incorrecta no es sinónimo de tener un IHOS bueno; además la teoría de la placa específica argumenta que la generación enfermedades periodontales, están determinadas por la presencia y aumento del número de ciertos patógenos específicos presentes en la placa dentaria; por lo tanto no todas las placas bacterianas tienen el potencial de producir enfermedad. (Lindhe.J. 2009; Echeverría José 2002)

Así también los alumnos del colegio “Abdón Calderón Muñoz” que cepillan sus dientes tres veces al día son los que presentan una mayor frecuencia de inflamación (45 estudiantes), sangrado (19 estudiantes) y recesión (7 estudiantes). En la presente investigación la mayor parte emplea una técnica de cepillado incorrecta, por lo que pueden lesionar sus tejidos gingivales, sin dejar de lado los cambios hormonales por los que atraviesan los adolescentes, la respuesta del huésped, los factores genético-hereditarios, la inmunidad, la salivación, y otros factores modificadores locales y sistémicos; por lo tanto la inflamación gingival no depende de la técnica de cepillado. Un estudio que concuerda con lo anteriormente mencionado, realizado en México, atribuye la

presencia de gingivitis asociada a la higiene; después de haberles realizado un cepillado dental a sus 667 pacientes adolescentes. (Murrieta. J, Juárez. L, Linares. C. 2008)

La frecuencia de visita al odontólogo que predomina en el presente estudio, es una vez al año con un 49,5%; es por ello que se aprecia un elevado índice de patologías como es la caries dental, inflamación gingival, entre otras ya que menos de la mitad de los adolescentes acuden al odontólogo. A continuación se exponen dos estudios que discrepan del presente: un estudio realizado en Costa Rica, donde argumenta que los servicios odontológicos resultan inaccesibles a la mayoría del grupo poblacional de adolescentes, por lo que no acuden al odontólogo. No obstante en Manabí- Ecuador un estudio realizado en cuanto a la población que acude al odontólogo es de 33% lo que refiere que menos de la mitad de la población no acude al odontólogo. (Brenes, W; Sosa, D 1986; Barreno, J. 2011)

Los alimentos cariogénicos son aquellos que contienen hidratos de carbono fermentables, susceptibles de ser metabolizados por los gérmenes de la placa dental que estimulan el desarrollo de la caries. La prevalencia del consumo de golosinas en los estudiantes del colegio “Abdón Calderón Muñoz” es una vez al día con 36,2% es decir con una menor frecuencia en relación a la población total que son 119 estudiantes. Los hallazgos en otro estudio realizado en Venezuela difieren de la investigación presente, ya que mostraron que más del 60% de los escolares consumen alimentos cariogénicos, diariamente y a cualquier hora. (Díaz, N; Fajardo, Z; Páez, Ma et al 2010)

8. CONCLUSIONES

En el presente trabajo investigativo se concluye que:

- La presencia de caries dental en los estudiantes del colegio “Abdón Calderón Muñoz” indica una alta prevalencia de la misma con un 99.1% del total de la población y así mismo en los distintos rangos de edad establecidos.
- Las alteraciones dentales registradas en la población de estudio son alteraciones de número con un 3,4% presentándose, agenesias (2 incisivos centrales superiores, 1 lateral superior), y mesiodens; las alteraciones de forma halladas reflejan un 2,5% denotándose, cúspides en garra (lateral superior), fusiones dentales (piezas 31-41).
- La maloclusión en la dentición permanente que predomina es la Clase I con apiñamiento, con 27,7%; los estudiantes que presentaron un tipo de oclusión Alterada fue un 31,09% de la población.
- En las patologías registradas en los adolescentes como alteraciones en la oclusión, la que predomina en los estudiantes con 9,2% es la mordida cruzada anterior. Así como también la presencia del hábito de respiración bucal con 2,5% en la población.
- El ceo (caries, extracción indicada, obturados) de la población estudiada se registra dentro de una escala como **Muy Bajo** denotándose en 107 estudiantes, y **Bajo** con 12 estudiantes; el CPOD (dientes cariados, perdidos, obturados) del estudio se expone dentro de una escala como **Alto** puesto que todos los alumnos presentan un CPOD Alto.
- El IHOS en el presente estudio es valorado como **Bueno** con 73 estudiantes los cuales se cepillan sus dientes con una técnica correcta 14,2% e incorrecta 47,05%.

9. RECOMENDACIONES

Dentro del presente trabajo investigativo, se puede hacer las siguientes recomendaciones:

- Siendo uno de los pilares fundamentales de la Universidad Nacional de Loja, el forjar entes capacitados tanto intelectual como humanísticamente, se recomienda al Área de la Salud Humana, en especial a la carrera de Odontología, a que continúe con la valiosa labor de servicio a la comunidad, y esta manera conocer las necesidades en el campo de la salud oral de la población, identificando las líneas de acción que se requieren para realizar cambios sustanciales en los perfiles de salud-enfermedad de la población en la práctica odontológica, buscando los medios necesarios para dar soluciones a la misma.
- A los estudiantes de la carrera de odontología, a Impartir charlas de promoción y prevención de salud oral e higiene dental con el fin de motivar y crear conciencia en nuestra comunidad sobre la importancia de una correcta higiene dental, y por ende de la conservación de las piezas dentales o su sustitución de las mismas. Y de esta forma realizar cambios sustanciales que se requieren
- Debido a que la cooperación es muy importante entre instituciones gubernamentales, no gubernamentales y los diferentes niveles de la sociedad en aras de la salud, se recomienda fomentar alianzas estratégicas por parte de la dirección del colegio “Abdón Calderón Muñoz” con el MSP, o Instituciones de Educación Superior públicas o privadas, con el Subcentro de Salud que funciona en la localidad, para así llevar a cabo el refuerzo necesario y darle sostenibilidad al estudio, para la Promoción y Prevención de la salud bucodental del estudiante perteneciente a la prestigiosa institución educativa.
- Se recomienda realizar un Plan de mejora en Promoción y Prevención de Salud buco dental para el adolescente, dirigido a reducir las

insuficiencias que pueden influir en el estado de salud buco dental y general, asegurando la igualdad de oportunidades, desarrollando el potencial de cada estudiante. Este programa debe ser implementado por la Dirección del Colegio “Abdón Calderón Muñoz”, dirigido a los profesionales en salud, en especial al área odontológica.

- Se recomienda a los señores estudiantes, que para mantener una buena salud oral, y para la conservación de la vitalidad de las piezas dentarias, es fundamental la práctica de medidas de prevención como es el uso del cepillo dental, pasta dental, el enjuague bucal e hilo dental, además de acudir al odontólogo como mínimo dos veces al año, ya que de esta manera podrán conocer acerca de la salud oral que poseen y en base a ello el profesional podrá realizar un plan de tratamiento odontológico encaminado a mantener o rehabilitar su cavidad bucal, y con esto mejorar la salud general.
- Se incentiva a la sociedad a la lectura del presente trabajo investigativo, como fuente importante del conocimiento oportuno del diagnóstico de Salud bucodental y factores de Riesgo, realizado en la parroquia Rural Santiago de la ciudad de Loja.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilar, Maria (2001). La Participación Comunitaria en Salud ¿Mito o Realidad? Editorial. Díaz de Santos. P. 12
2. Barrancos Mooney, Julio (2006). Operatoria Dental. Buenos Aires. 4 Edición. Editorial Panamericana. P 377 - 378.
3. Barreno, Jeaneth (2011). Proyecto educativo para promover la higiene bucodental en los niños de la Escuela Fiscal Mixta 17 de Julio de la Comunidad Minguicho Adentro. Cantón Santa Ana. Tesis de Grado previa a la Obtención del título de: Lic. En Promoción y cuidados de la Salud, Manabí
4. Bordoni. B; Escobar. R; Castillo M y otros.(2010) Odontología pediátrica. Las Salud Bucal de niño y del adolescente en el mundo. Editorial Médica Panamericana. Primera edición. Pág. 557
5. Boj. J, Catalá.M. (2004). Odontopediatría. Editorial Masson S.A. primera edición 2004 capítulo 32,. Paginas367-369.
6. Brenes, W; Sosa, D (1986) Epidemiología Bucal y accesibilidad a los servicios odontológicos de un grupo de adolescentes. Costa Rica. Rev. Cost. Cienc. Méd. 1986; 7(4):311-314)
7. Cárdenas.D. (2003) Fundamentos de odontología. Odontología Pediátrica. Corporación para investigaciones biológicas. Tercera edición. Pág. 176
8. Carranza / Sznajder (1996). Compendio de Periodoncia. Editorial. Medica Panamericana. 5° Edición. Capítulo 4. P. 31.
9. Cobos, Juan Manuel; García, Juan José; (2005). Manuel Técnico Superior en Higiene Bucodental. Editorial. Mad. S. L. p. 128 – 129.
10. Cuenca, Emili; Baca, Pilar; (2005). Odontología Preventiva y Comunitaria. 3 Edición. Editorial. Masson.
11. De León Saldaña, Luis (2009) Odontopediatría. Universidad de San Carlos de Guatemala (2009)
12. García, L; Giraldo, S; Mossos, R. (2005) Prevalencia de caries y enfermedad periodontal en escolares del sector público de Cali Revista Colombia Médica Vol. 39 N° 1

13. Gómez, F.; Campos A. (2009). Histología, Embriología e Ingeniería Tisular Bucodental. México: Editorial Panamericana. Tercera Edición.
14. Harris. N; García. F. (2005). Odontología preventiva primaria. Segunda edición Editorial Manual moderno México. Pág. 141-146
15. Hechavarria. B y colaboradores. (2013) Salud bucal en la adolescencia. Cuba
16. Hernández, M. (2007). Epidemiología Diseños y Análisis de estudio. México: Editorial Medica Panamericana.
17. Higashida, Bertha; (2000). Odontología preventiva. Editorial. Mac Graw-Hill Interamericana. p. 211- 212.
18. Lindhe, J. (2009) Periodontología clínica e implantología. Quinta edición, Tomo I editorial médica panamericana pág410
19. Medina. C; Cerrato. J; Herrera. M (2005). Perfil epidemiológico de la caries dental y enfermedad periodontal, Editorial Universitaria, Volumen 1, Año 1, UNAN-León. Nicaragua,
20. Menéndez, Luis. Medicina (2013) Enfermedad y Muerte En La España Tardoantigua. España: Salamanca.
21. Monedero C (1982) Psicopatología evolutiva. Barcelona: Labor universitaria
22. Novelline, Robert (2003). Fundamentos de radiología. Editorial Masson. 1º Edición.
23. Obediente, E. (2007). Fonética y Fonología. Venezuela: Consejo de Publicaciones.
24. Oñate, L. (2008). Biología I. Venezuela: Cengage Learning.
25. Philip, Sapp. Eversole, L. Wysocki, G (2005) Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea, Segunda Edición. Editorial Elseiver pag. 3-21.
26. Pivano. S; Bordoni. N; Doño. R; Argentier.. (2008). Estado dentario en niños, adolescentes y adultos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Revista de la Facultad de Odontología (UBA). Vol. 23 • Nº 54/55
27. Smith, V; Ferres, E; Montesinos, M; Castro, Girona. (2002). Manual de Embriología y Anatomía General. 2º Edición. P. 236.
28. Satish K Bhargava. Libro de la Imagen Doppler Color. 2da, ed.2004

29. Solarte J, Rocha A, Agudelo AA. (2010). Perfil epidemiológico de las alteraciones de la oclusión en la población escolar del corregimiento de Genoy, municipio de Pasto, Colombia. Rev Fac Odontol Univ Antioq 2011; 23(1): 111-125.
30. Torres, Mercedes (2001). Plan de desarrollo y ordenamiento territorial del Cantón Loja. Municipio de Loja
31. Vélez, L. (2004). Ética Médica. Interrogantes acerca de la medicina, la vida y la muerte. Colombia: Corporación para Investigación Biológicas. Tercera Edición
32. Vajdi, G. (2011) Manual Ilustrado de Cirugía Oral y Maxilofacial. Panamá: Jaypee-Highlights Medical Publisher.
33. 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
34. 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>
35. Arrieta, Katerine; González, Farith; Luna, Luzmayda (Septiembre 2010). Exploración del riesgo para fluorosis dental en niños de las clínicas odontológicas universidad de Cartagena. Rev. salud pública. 13 (4): 672-683, 2011. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v13n4/v13n4a12.pdf>
36. 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>
37. B. Y S. CASTRO DEL POZO. Manual de Patología General. Editorial Masson. Sexta Edición. Barcelona España. Publicación 2006 Disponible en: <http://books.google.com.ec/books?id=HdOrVw0h0UC&printsec=frontcover&dq=patologia&hl=es->

[419&sa=X&ei=8QtwUp64CfPI4APxIYGoCg&ved=0CDkQ6AEwAg#v=onepage&q=patologia&f=false](http://www.wordreference.com/definicion/enfermedad)

38. Constanza, Mercedes. Feb (2001). Esmalte. (86 diapositivas preparadas por Constanza Mercedes). Disponible en: <http://www.slideshare.net/constanzamercedes/esmalte-cons>
39. Definición De. 2008 – 2013 copyright. Disponible en: <http://definicion.de/inmunidad/>
40. Dental Dent. 2013. Que es un diastema. Disponible en: <http://www.deltadent.es/blog/2010/04/23/que-es-el-diastema-dental-clinica-dental-en-madrid-deltadent>
41. Díaz, N; Fajardo, Z; Páez, M; Solano, L; Pérez, M. 2010. Frecuencia de consumo de alimentos cariogénicos y prevalencia de caries dental en escolares venezolanos de estrato socioeconómico bajo. Volumen 51, N.2 Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/2/art10.asp>
42. Diccionario de la Lengua Española, 2001 Espasa – Calpe; Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=urbano>
43. Diccionario de la Lengua Española, 2005 Espasa – Calpe disponible en: <http://www.wordreference.com/definicion/enfermedad>
44. Diccionario de la Lengua Española, 2005 Espasa – Calpe disponible en: <http://www.wordreference.com/definicion/diagn%C3%B3stico>
45. Diccionario de la Lengua Española, 2005 Espasa – Calpe, disponible en: <http://www.wordreference.com/definicion/escolaridad>
46. Diccionario Babylon (2013). Disponible en: <http://diccionario.babylon.com/isquemia/>
47. Enciclopedia libre Universal en Español 2011. Calidad de vida. Disponible en: http://enciclopedia.us.es/index.php/Calidad_de_vida
48. Fundación nacional para las Displasias ectodérmicas. Guía familiar para las displasias ectodérmicas. 1998. Disponible en: <http://www.displasiaectodermica.org/pdfs/gfnfed.pdf>
49. Galina. (2003) Estudio retrospectivo de radiografías panorámicas. Anomalías dentarias. UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE. Comunicaciones Científicas y tecnológicas. Disponible en:

<http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/cyt/2003/comunicaciones/03-Medicas/M-068.pdf>

50. Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de Loja, Parroquias Rurales. Disponible en: <http://www.loja.gob.ec/contenido/parroquias-rurales>
51. 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>
52. González, M., Gianfranco, G., Herrera, D., Quirós, O. (2012). Maloclusiones asociadas a: Hábito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría, disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art29.asp>
53. Gonzales, M; Pazos, G. (2011). Prevalencia de fluorosis en niños de 10 a 14 años en el municipio de Cajibío. Universidad EAN. Popayan. Disponible en: <http://repository.ean.edu.co/bitstream/10882/536/1/GonzalezMaria2011.pdf>
54. Grupo peralvillo (2013). Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/21514181/Modelo-de-atencion-integral-de-salud-MAIS>
55. Guzmán, F; Arias, A. (2012). La historia Clínica: elemento fundamental del acto médico. Artículo especial. Colombia. Disponible en <http://www.ascolcirugia.org/revista/revistaeneromarzo2012/6-%20Historia%20clinica.pdf>
56. Hernández, Ricardo (2012); Diseños de Investigación. Disponible en: <http://www.slideshare.net/Spaceeeboy/diseo-de-investigacion-transversal-y-longitudinal>
57. Henríquez, César; Reyes, Roberto; Romero, Salvador. PROGNATISMO. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/1979/pdf/Vol47-3-1979-5.pdf>
58. 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

59. KING, Susan. Analisis de la Orina y de los Liquidos corporales. Editorial panamericana quinta edición 2010. Disponible en: <http://books.google.com.ec/books?id=uJmKmvilUdoC&pg=PA181&dq=opalescente&hl=es-419&sa=X&ei=gAdwUqXqM9ip4AOyloGACA&ved=0CCwQ6AEwAA#v=onepage&q=opalescente&f=false>
60. 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>
61. Maldonado, Numan (Marzo 2005). Diagnostico institucional, Aspectos Generales. Disponible en: <http://www.loja.gob.ec/files/docman/diagnostico.pdf>
62. MARCO TEÓRICO, COMPONENTES Y PRODUCTOS (2010). Subsecretaría de extensión de la protección social. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/37122012/Marco-Teorico-Del-Modelo>
63. Massón, Rosa. Desarrollo de los dientes y la Oclusión. (en línea). Disponible en: <http://articulos.sld.cu/ortodoncia/files/2009/12/desd-y-o-maestri.pdf>
64. Medline Plus. 2011. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001573.htm#1631>
65. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Normatización del Sistema Nacional de Salud. Área de Salud Bucal. Normas y Procedimientos de Atención Bucal. Primer Nivel. 2009 disponible en: <http://es.scribd.com/doc/75990028/Normas-y-Procedimientos-de-Atencion-Integral-de-Salud-a-Adolescentes-2009>
66. 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>

67. Murrieta, J; Juárez, L; Linares, C. (2008) Prevalencia de gingivitis asociada a la higiene oral, ingreso familiar y tiempo transcurrido desde la última consulta dental, en un grupo de adolescentes de Iztapalapa, Ciudad de México. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. vol.65 no.5 México. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000500006
68. Parham, Peter. (2005) Inmunología. Editorial medica Panamericana Amazon.com. Disponible en: http://books.google.com.ec/books?id=IX3Sqib_1ooC&pg=PA437&dq=inmunosupresor&hl=es419&sa=X&ei=dOpvUomYHtjd4APb_oD4Dg&ved=0CEwQ6AEwBzgK#v=onepage&q=inmunosupr
69. Peyrí, J (1998). Patología Ungueal Protocolos diagnósticos y terapéuticos en dermatología pediátrica; Disponible en: http://hispasante.hispagenda.com/documentacion/guias/medicina/dermatologia/pdtdp/22_Patologia_ungueal.pdf
70. Revista ADM. Asociación dental Mexicana. Piezas con fluorosis dental (1997). Volumen IV. Pág.220 Disponible en: <http://books.google.es/books?id=WzaaAAAAIAAJ&pg=PA186&dq=Revista+ADM.+Asociaci%C3%B3n+dental+Mexicana.+Volumen+IV,+Agosto&hl=en&sa=X&ei=MWFsUoC6H9TJkAe60IHQAQ&ved=0CDUQ6AEwAQ#v=onepage&q=Revista%20ADM.%20Asociaci%C3%B3n%20dental%20Mexicana.%20Volumen%20IV%2C%20Agosto&f=false>
71. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria. (2004-2005). Caracas Venezuela Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art17.asp>
72. Revista ALM (2004). SIVICULTURA; Disponible en; http://www.oni.escuelas.edu.ar/2002/santiago_del_estero/madre-fertil/silvicul.htm
73. Revista Medline plus (2012). Información de salud “Síndrome de Down”; Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000997.htm>

74. Revista Medline plus (2011). Información de salud “Toxinas”; Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002331.htm>
75. Rodriguez, C; NAVAS, J. (2008). Lecciones de Embriología. Editorial Universidad de Oviedo Disponible en : <http://books.google.com.ec/books?id=choM5FrYk9MC&pg=PA142&dq=mesodermo&hl=es-419&sa=X&ei=gQZwUuCPMZK-4AOS3oCADw&sqi=2&ved=0CDEQ6AEwAQ#v=onepage&q=mesodermo&f=false>
76. Ruiz, Oswaldo y colaboradores. (1996) Estudio epidemiológico de salud bucal en escolares fiscales menores de 15 años del Ecuador. Quito Ecuador 1995 1996. Obtenido en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OH_ECU_EpidemEscolDesc1996.pdf
77. Onsalus.Diccionario Médico. Disponible en: <http://www.onsalus.com/diccionario/anticonvulsivante/1499>
78. Scientific Committees. Diccionario Médico. Disponible en: <http://ec.europa.eu/health/opinions/es/biocidas-resistencia-antibioticos/glosario/abc/biofilm.htm>
79. Organización Mundial de la Salud. 2013. Enfermedades crónicas. Disponible en: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
80. The free dictionary, 2013. Esclerótica. Disponible en: <http://es.thefreedictionary.com/escler%C3%B3tica>
81. The free dictionary, 2013. Estanciero. Disponible en: <http://es.thefreedictionary.com/estanciero>
82. Vellini, Flavio. . (2009). Ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica (en línea).Sao Paulo.Artes Medicas. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art23.asp>
83. Villa, Juan. Diagnóstico de Servicios de Salud. MSP, MD disponible en: http://www.pediatria.gob.mx/diplo_diagsit.pdf
84. Wordkreference.com (2013). Disponible en: <http://www.wordreference.com/definicion/parroquia>

11. ANEXOS

ANEXO N.1 ENCUESTAS E HISTORIAS CLÍNICAS

Encuesta.



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

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

1. INFORMACIÓN BÁSICA

Fecha: ____/____/____

Parroquia:

Nombre de la institución:

Nombre del Alumno:

Género: F () M ()

Edad del Alumno (a):

Año de educación:

2. INFORMACIÓN SOBRE HIGIENE ORAL

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

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

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

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

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

Correcto () Incorrecto ()

- Al cepillarse los dientes hay presencia de sangrado?

Si () No ()

- ¿Con qué frecuencia usted visita al odontólogo?

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

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

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

Validación de Especialista Tannya Valarezo
COORDINADOR DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA



Historia Clínica

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

DATOS GENERALES:

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

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

PATOLOGÍAS

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

OTRAS PATOLOGÍAS DENTALES

Alteraciones de número ()
 Alteraciones de forma ()
 Alteraciones de estructura ()

2. **INFLAMACIÓN GINGIVAL** Si () No ()

Recesión gingival Si () No ()
 Sangrado Si () No ()

3. **MALOCCLUSIÓN**

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 ()

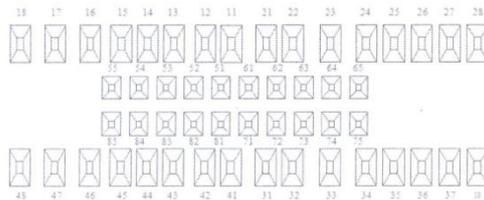
ALTERADA ()

5. **HÁBITOS**

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

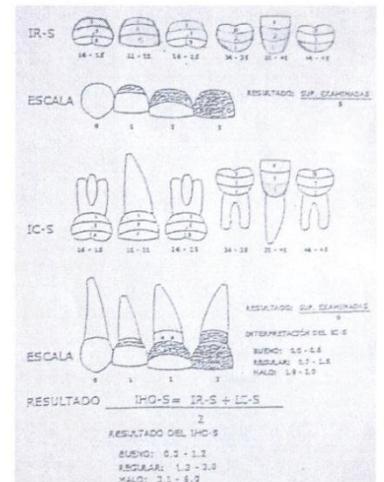
6. **PATOLOGÍAS**

ODONTOGRAMA



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

ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO IHO-S



Validación de la Historia Clínica por la Especialista Tannya Valarezo
 COORDINADOR DE CÁRITAS DE ODONTOLOGÍA



Encuesta realizada en el estudiante



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

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

1. INFORMACIÓN BÁSICA

Fecha: 15/10/2013 Edad del Alumno (a): 17
Parroquia: Santiago Año de educación: 2º
Nombre de la institución: Abdon Calderón Morales
Nombre del Alumno: Yulissa Villa
Género: F () M ()

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 ()

Historia Clínica realizada en el estudiante.

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

DATOS GENERALES:

Nombres y Apellidos... Angela Pulzra Yilla
 Sexo... Femenino
 Edad... 11

Parroquia... Santiago
 Grado o curso... 8^{vo}
 Establecimiento... Abdon Calderon Muñoz

PATOLOGÍAS

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

OTRAS PATOLOGÍAS DENTALES

Alteraciones de número ()
 Alteraciones de forma ()
 Alteraciones de estructura ()

2. **INFLAMACIÓN GINGIVAL** Si () No ()

Recesión gingival Si () No ()
 Sangrado Si () No ()

3. **MALOCLUSIÓN**

Dentición temporal

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

Dentición permanente

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

4. **FLUOROSIS DENTAL**

Sin fluorosis ()
 Leve ()
 Moderada ()
 Severa ()

ALTERADA ()

ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO IHO-S

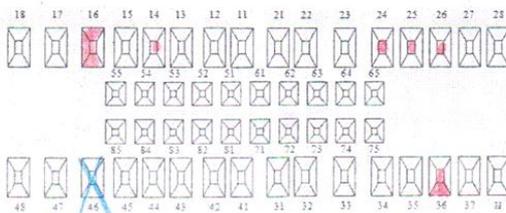
5. **HÁBITOS**

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

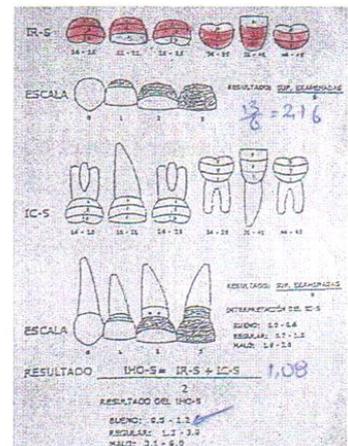
6. **PATOLOGÍAS**

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

ODONTOGRAMA



Ceo:c.....e.....o..... = 0
 CPOD: C...6...P...1...O...0...D...7



ANEXO N.2 AUTORIZACIÓN Y CERTIFICACIONES

Autorización para la realización del proyecto.

Loja, 7 de Octubre del 2013

Lcda. Mariana de Jesús Pineda Herrera
DIRECTORA DEL COLEGIO "ABDÓN CALDERÓN MUÑOZ"

De mis consideraciones:

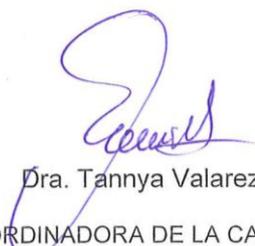
Permítame hacerle llegar un cordial y afectuoso saludo y a la vez desearle éxitos en sus funciones, que tan acertadamente desempeña.

Yo, Tannya Valarezo, Coordinadora de la Carrera de Odontología, me dirijo a usted para solicitar, la autorización correspondiente a: Lesli Lisseth Tapia Romero, con número de cédula 0705908309, egresada 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 la investigadora realice su tesis de grado a través de la realización del Macroproyecto, denominado: **"Diagnóstico 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



Lesli Tapia Romero.

EGRESADA

**Certificado de la realización del proyecto en el colegio “Abdón
Calderón Muñoz”**

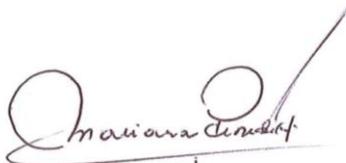
Loja- Santiago- 17-10-2013

LIC. Mariana de Jesús Pineda Herrera
RECTOR DEL COLEGIO “ABDON CALDERON MUÑOZ”

CERTIFICO:

Que la Srta. Lesli Liseth Tapia Romero con el C.I. 0705908309, ha laborado en nuestra institución educativa “ABDON CALDERON MUÑOZ” realizando diagnósticos bucodentales a los estudiantes pertenecientes a la misma, además de charlas y entrega de kits odontológicos. Demostrando durante su permanencia responsabilidad, honestidad y dedicación en las labores que le fueron encomendadas, es todo cuanto podemos certificar en honor a la verdad, puede hacer uso la parte interesada para lo que a bien tuviera.

Se expide a solicitud del interesado a los diecisiete días del mes de Octubre.



Atentamente.



LIC. Mariana de Jesús Pineda Herrera
RECTOR DEL COLEGIO “ABDON CALDERON MUÑOZ”

Certificado del Asesor.

CERTIFICACIÓN

Loja, 30 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 EL CENTRO DE EDUCACIÓN SECUNDARIO "ABDÓN CALDERÓN MUÑOZ" DE LA PARROQUIA SANTIAGO DEL CANTÓN LOJA, AÑO 2013", elaborada por: Lesli Lisseth Tapia Romero con el CI 0705908309; 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. Manuel José Procel González
MÉDICO ESPECIALISTA EN APS
Libro: 002
Folios: 44
Inscripción: 1032
Inscripción: 1032

DR. JOSÉ PROCEL

ANEXO N. 3 FOTOGRAFÍAS

FOTOGRAFÍA N.1 Establecimiento educativo “ABDÓN CALDERÓN MUÑOZ”



FUENTE: “ESTUDIANTES DEL COLEGIO “ABDÓN CALDERÓN MUÑOZ”

FOTOGRAFÍA N.2 Charla educativa de Salud Oral. Promoción y prevención.



FUENTE: “ESTUDIANTES DEL COLEGIO “ABDÓN CALDERÓN MUÑOZ”

FOTOGRAFÍA N.3 Alumnos del establecimiento llenando la Encuesta.



FUENTE: “ESTUDIANTES DEL COLEGIO “ABDÓN CALDERÓN MUÑOZ”

FOTOGRAFÍA N.4 Técnica de cepillado dental, por parte del estudiante



FUENTE: “ESTUDIANTES DEL COLEGIO “ABDÓN CALDERÓN MUÑOZ”

FOTOGRAFÍA N.5 Ejecución del diagnóstico bucodental para el llenado de la Historia Clínica.



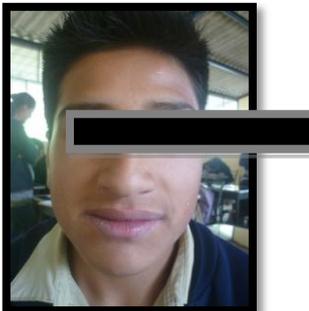
FUENTE: "ESTUDIANTES DEL COLEGIO "ABDÓN CALDERÓN MUÑOZ"

FOTOGRAFÍA N.6 Fotografía con los estudiantes de 3er año de Bachillerato y entrega de kits odontológicos.



FUENTE: "ESTUDIANTES DEL COLEGIO "ABDÓN CALDERÓN MUÑOZ"

FOTOGRAFÍA N.7 Hábito de Respiración bucal



FUENTE: "ESTUDIANTES DEL COLEGIO "ABDÓN CALDERÓN MUÑOZ"

FOTOGRAFÍA N.8 Presencia de Mordida cruzada anterior, inflamación gingival y fluorosis dental leve.



FUENTE: "ESTUDIANTES DEL COLEGIO "ABDÓN CALDERÓN MUÑOZ"

FOTOGRAFÍA N.9 Mordida cruzada anterior



FUENTE: "ESTUDIANTES DEL COLEGIO "ABDÓN CALDERÓN MUÑOZ"

FOTOGRAFÍA N. 10 Mordida Cruzada posterior, inflamación gingival



FUENTE: "ESTUDIANTES DEL COLEGIO "ABDÓN CALDERÓN MUÑOZ"

FOTOGRAFÍA N.11 Inflación gingival.



FUENTE: "ESTUDIANTES DEL COLEGIO "ABDÓN CALDERÓN MUÑOZ"

FOTOGRAFÍA N. 12 Inflamación gingival, presencia de cálculo dental



FUENTE: "ESTUDIANTES DEL COLEGIO "ABDÓN CALDERÓN MUÑOZ"

FOTOGRAFÍA N. 13 Mordida invertida anterior, agenesia de la pieza 1.1



FUENTE: "ESTUDIANTES DEL COLEGIO "ABDÓN CALDERÓN MUÑOZ"

FOTOGRAFÍA N. 14 Fusión dental de las piezas 3.1 y 4.1



FUENTE: "ESTUDIANTES DEL COLEGIO "ABDÓN CALDERÓN MUÑOZ"

FOTOGRAFÍA N. 15 Presencia de un Mesiodens.



FUENTE: "ESTUDIANTES DEL COLEGIO "ABDÓN CALDERÓN MUÑOZ"

FOTOGRAFÍA N. 16 Mordida profunda.



FUENTE: "ESTUDIANTES DEL COLEGIO "ABDÓN CALDERÓN MUÑOZ"

FOTOGRAFÍA N. 17 inflamación gingival



FUENTE: "ESTUDIANTES DEL COLEGIO "ABDÓN CALDERÓN MUÑOZ"

FOTOGRAFÍA N. 18 Mordida bis a bis



FUENTE: "ESTUDIANTES DEL COLEGIO "ABDÓN CALDERÓN MUÑOZ"

FOTOGRAFÍA N. 19 Mordida bis a bis, presencia de biofilm



FUENTE: "ESTUDIANTES DEL COLEGIO "ABDÓN CALDERÓN MUÑOZ"

FOTOGRAFÍA N. 20 Mordida cruzada anterior, inflamación gingival



FUENTE: "ESTUDIANTES DEL COLEGIO "ABDÓN CALDERÓN MUÑOZ"

ANEXO. N. 4
OPERACIONALIZACIÓN DE
VARIABLES

Operacionalización de Variables

VARIABLE	<i>Caries</i>	<i>Enfermedad periodontal</i>	<i>Mal Oclusiones</i>		<i>Fluorosis</i>
CONCEPTO	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.	La enfermedad periodontal es una enfermedad que afecta a las encías y a la estructura de soporte de los dientes. Las bacterias que están acumuladas en la placa bacteriana producen toxinas, estas irritan las encías que se inflaman y entonces estamos en la primera fase de la enfermedad periodontal.	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 situación patológica (caries, problemas gingivales, estéticos o en la articulación temporo-mandibular)		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.
INDICADOR	CPOD - ceod	HIOS	Relación molar de Angle	Relación molar decidua	Tipos
ESCALA	* 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	* 0-1.2 bueno * 1.3 -3 regular * 3.1-6 malo	* Clase I * Clase II * Clase III	* Escalón mesial * Escalón distal * Plano recto	* Sin Fluorosis * Leve * Moderada * Severa

Operacionalización de Variables

VARIABLE	<i>Hábitos</i>	<i>Cepillado</i>			<i>Alimentación</i>		<i>Atención odontológica</i>
CONCEPTO	Es toda conducta que se repite en el tiempo de modo sistemático.	Es el método mecánico de higiene que permite remover la placa bacteriana de los dientes para prevenir problemas bucales			Los alimentos son definidos como sustancias, o como una mezcla, que contiene principios nutritivos, los cuales proveen materia y energía.		Se encarga del diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades que afectan el aparato estomatológico
INDICADOR	Clases de Hábitos	Frecuencia del cepillado	Técnica de cepillado	Uso de implementos	Tipo de alimentación	Ingesta de azúcares	Frecuencia de Visita al odontólogo
ESCALA	<ul style="list-style-type: none"> * Succión digital. * Respirador bucal. * Interposición lingual. * Deglución atípica. 	<ul style="list-style-type: none"> * Una vez al día * Dos veces al día * Tres veces al día 	<ul style="list-style-type: none"> * Horizontal * Vertical * Técnica de Bass 	<ul style="list-style-type: none"> * Pasta dental y cepillo dental * Hilo dental * Enjuague bucal 	<ul style="list-style-type: none"> * Dieta cariogénica * Dieta no cariogénica 	<ul style="list-style-type: none"> * Una vez al día * Dos veces al día * Tres o más al día 	<ul style="list-style-type: none"> * Nunca * Una vez al año * Dos veces al año * Más de dos veces al año

ANEXO. N. 5 GLOSARIO

GLOSARIO

1. **Anticonvulcionantes:** Relativo a una sustancia o procedimiento que previene o reduce la intensidad de las convulsiones epilépticas o de otros fenómenos convulsivos. (ONSALUS)
2. **Ameloblastos:** Célula epitelial a partir de la cual se forma el esmalte de los dientes (ONSALUS)
3. **Autosómico:** Relativo a toda circunstancia que se transmite a través de un autosoma. ((ONSALUS)
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. (Scientific Committees)
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. (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. (Hernández, Mauricio 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. **Displasia ectodérmica.-** Es una alteración en la cual existen anomalías de dos o más estructuras ectodérmicas y que es causada por factores genéticos. (Fundación nacional para las Displasias ectodérmicas. 1998)
11. **Enfermedad.-** Alteración de la salud. (Diccionario de la Lengua española, 2005)
12. **Enfermedad crónica.-** Enfermedad de larga duración y por lo general de progresión lenta. (Organización Mundial de la Salud. 2013)
13. **Esclerótica.-** Membrana blanca, gruesa, resistente y opaca que constituye la capa exterior del globo del ojo. (The free dictionary, 2013)
14. **Escolaridad.-** Conjunto de las enseñanzas y cursos que se imparten a los estudiantes en los establecimientos docentes. (Diccionario de la Lengua española, 2005)
15. **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. (Diccionario de la Lengua española, 2005)
16. **Estanciero.-** Persona que posee un establecimiento rural. (The free dictionary, 2013)
17. **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. (Hernández. M 2007)
18. **Fluido crevicular:** Se trata de un líquido formado por plasma extravasado y componentes fluidos de naturaleza extracelular. El fluido crevicular fluye normalmente en el surco y ejerce un efecto de limpieza y protección a dicho nivel. (Gómez. F, Campos. A. 2009)

19. **Fonoarticulación:** Es la emisión de sonidos del lenguaje por un conjunto de mecanismos fisiológicos y neurofisiológicos. (Obediente. E 2007)
20. **Grupo de Riesgo:** son los grupos que tienen una mayor probabilidad de adquirir una enfermedad o de morir como consecuencia de ella. (Hernández. M 2007)
21. **Hipertónico:** es el sitio que contiene mayor concentración de soluto. (Oñate L. 2008)
22. **Hipotónico:** es el sitio que contiene menor concentración de soluto. (Oñate L. 2008)
23. **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. D 2003)
24. **Iatrogenia:** es la acción adversa o perjudicial que resulta directa o indirectamente de la actividad, tanto terapéutica como diagnóstica del equipo de salud. (Velez. L 2004).
25. **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)
26. **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; Saldana. L 2009).
27. **Índice ceo:** se consideran los 20 dientes temporales, pero considerando sólo los dientes temporales cariados, extraídos y obturados. (Klein, Palmer y Knutson; Saldana. L 2009).

28. **Índice de IHOS:** el Índice de higiene oral simplificado, evalúa el estado de higiene oral considerando la presencia y cantidad de placa bacteriana y cálculo dental en la población, el examen clínico se realiza en seis superficies dentales (Rodríguez, S 2001)
29. **Inmunosupresor:** Consiste en productos microbianos que inhiben las vías de señalización de la activación de las células T. (Parham. P 2005)
30. **Isquémico:** Proceso por el que se interrumpe la circulación sanguínea en algún sector o sectores de la red de vasos arteriales del organismo. La interrupción puede afectar a vasos de las extremidades, tubo digestivo, corazón, cerebro, dando lugar a síntomas variados según cada caso, pero que tienen en común cambios cualitativos y alteraciones en el funcionalismo del sector afectado (DICCIONARIO BABYLON 2013)
31. **MAIS:** Modelo de atención integral de la Salud. Es la forma y los contenidos de la atención en salud que una sociedad la utiliza para la entrega de la atención incluyendo valores, políticas, el uso, la interacción respuesta a las necesidades, expectativas y demandas de salud de las personas. (GRUPO PERALVILLO 2013)
32. **Mesodermo:** Es la hoja embrionaria media, que se diferencia para constituir, el crecimiento fijación y movilidad visceral, y contribuye a la formación de órganos como el bazo, corteza suprarrenal, gónada, corazón y genitales. (Rodríguez. F, Navas. J 2008)
33. **Opalescente:** Turbio- lechoso, nebuloso. (King. S 2010)
34. **Osteogénesis imperfecta:** La osteogénesis u osteogenia imperfecta (OI) es una enfermedad congénita, lo que quiere decir que está presente al nacer. Con frecuencia es causada por un defecto en un gen que produce el colágeno tipo 1, un pilar fundamental del hueso. Existen muchos defectos diferentes que pueden afectar este gen y la gravedad de esta enfermedad depende del defecto específico de dicho gen. La osteogénesis imperfecta es una enfermedad autosómica dominante, lo que quiere decir que usted la padecerá si tiene una copia del gen. La mayoría de los casos de OI se heredan de uno de los padres, aunque algunos casos son el resultado de nuevas mutaciones genéticas. (MEDLINE PLUS 2011)

35. **Parroquia:** Territorio que está bajo la jurisdicción de una determinada iglesia. División política territorial de menor rango (tercer nivel). (WORDKEREERENCE.COM 2013)
36. **Patología:** Es la ciencia que se encarga del estudio de las enfermedades. Se ocupa de la causa de la enfermedad de la forma como se interpreta la causalidad en la ciencia, es decir relación causa efecto. (B. Y S. CASTRO DEL POZO 2006)
37. **Placa Bacteriana:** Es una película incolora, que se adhiere al diente, restauraciones, implantes, esta compuestas por diversas bacterias y células descamadas, leucocitos y macrófagos, dentro de una matriz de proteínas y polisacáridos (Carranza. 1996).
38. **Primordio dental:** Llamado también yema dentaria es aquella que ayuda a la formación de la encía, dejando una muesca en el mesodermo la cual se transformara en la cresta alveolar o lugar de la implantación de las apófisis alveolares (V. Smith; E. Ferres, M. Montesinos).
39. **Prismas del Esmalte:** Son estructuras longitudinales que se dirigen desde la conexión amelodentinaria hasta la superficie del esmalte, su diámetro es menor en su punto de origen aumentando gradualmente hasta llegar a la superficie. (Constanza. M 2001)
40. **Radiodensidad:** se refiere a la apariencia blanca opaca de materiales relativamente densos o sustancias en los estudios de imágenes radiográficas, en comparación con la aparición relativamente más oscura de materiales menos densos. (Novelline. R 2003)
41. **Rural:** proviene del latín rurālis, que tiene por objetivo hacer referencia a lo perteneciente o relativo a la vida del campo . (Aguilar. M 2001)
42. **Salud:** Es la ausencia de enfermedad e invalidez, con buen estado de salud tanto físico mental y social. (Aguilar. M 2001)
43. **Prognatismo:** Es el crecimiento excesivo y desproporcionado del maxilar inferior debido a traumas o a un atavismo, origina la enfermedad conocida como PROGNATISMO, que se traduce en un severo problema que afecta al paciente en lo físico, en lo estético y en lo psicológico. Produce una masticación anormal de los alimentos, que influye en una nutrición inadecuada de estas personas, que son por lo común introvertidas, con

- complejos de inferioridad, inadaptados sociales y que presentan generalmente problemas con el habla. (Henriquez. C et al PROGNATISMO)
44. **Silvicultura:** es la ciencia destinada a la formación y cultivo de bosques, las cosechas se obtienen después de esperar decenas de años, dependiendo de la especie que se trate. (Revista ALM 2004).
45. **Síndrome de Klinefelter:** anomalía cromosómica que afecta solamente a los hombres y ocasiona hipogonadismo, principalmente se considera benigna pero con una condición premaligna con una separación incorrecta de los cromosomas homólogos. (Satish K.2004).
46. **Síndrome de Down:** Es un trastorno genético en el cual una persona tiene 47 cromosomas en lugar de los 46 usuales, ocurre cuando hay una copia extra del cromosoma 21. Esta forma de síndrome de Down se denomina trisomía 21. El cromosoma extra causa problemas con la forma como se desarrolla el cuerpo y el cerebro. (Revista Medline plus.2012).
47. **Toxinas:** Son sustancias venenosas o tóxicas para los seres humanos La mayoría de las toxinas que causan problemas en humanos son secretadas por microorganismos como bacterias. (Revista Medline plus 2012).
48. **Transversal:** Son estudios de grupo de variables que se relacionan entre sí en un momento dado. (Hernández R.2010)
49. **Ungueal:** es una estructura queratinizante anexa de la piel localizada en las regiones distales de los miembros. (Peyrí J. 1998)
50. **Variable:** factor o característica que puede variar en un determinado grupo de individuos o hechos, especialmente cuando se analizan para una investigación o un experimento. . (Diccionario de la Lengua española, 2001)
51. **Urbano:** es el adjetivo para designar a lo perteneciente o relativo a la ciudad, perteneciente a un lugar. (Diccionario de la Lengua española, 2001)

12. INDICE

CONTENIDO	PÁG
CARÁTULA	i
CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA	iii
AGRADECIMIENTO	v
DEDICATORIA	vi
1. TÍTULO:	7
2. RESUMEN	8
3. INTRODUCCION	10
4. REVISIÓN DE LA LITERATURA	12
CAPITULO I	12
2. DIAGNÓSTICO DE SALUD DEL CANTÓN LOJA.	12
1.1 Definición de Diagnóstico de Salud	12
1.1.2 Niveles de diagnósticos	12
1.2 CANTÓN LOJA	12
1.2.1 HISTORIA	12
1.2.2 GEOGRAFÍA	13
1.2.2.1 LIMITES	13
1.2.2.2 CLIMA	13
1.2.4 DIVISIÓN POLÍTICA	13
1.2.5 ACTIVIDADES PRODUCTIVAS Y ECONOMICAS	14
1.2.6 SERVICIOS BÁSICO	14
1.2.7 EDUCACIÓN	14
1.2.8 VIALIDAD	14
1.3 DESCRIPCION DE LA PARROQUIA RURAL DE SANTIAGO DEL	14
CANTON LOJA	
1.3.1 HISTORIA	14
1.3.2 GEOGRAFÍA	16
1.3.3 ACTIVIDADES PRODUCTIVAS	16
1.3.4 SERVICIOS BÁSICOS	17
1.3.5 EDUCACIÓN	17
1.3.6 VIABILIDAD	18

CAPITULO II	19
2. RIESGO	19
2.1 FACTORES DE RIESGO	19
2.2 FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN LA SALUD – ENFERMEDAD BUCODENTAL	19
2.2.1 FACTORES DE RIESGO LOCALES	19
2.2.1.1 Hábito de higiene bucal	20
2.2.1.2 Cepillado	20
2.2.1.3 Técnica de cepillado	20
2.2.1.4 Frecuencia y duración del cepillado	20
2.2.1.5 Azúcar y Dieta	20
2.2.2 FACTORES DE RIESGO GENERALES	21
CAPITULO III	22
3. SALUD ORAL	22
3.1 CONCEPTO DE SALUD ORAL	22
3.2 HISTORIA CLÍNICA	22
3.3 PATOLOGÍAS	22
3.3.1 LESIONES DE LOS TEJIDOS DUROS	22
3.3.1.1 Caries dental	22
3.3.1.2 FACTORES DE RIESGO DE LA CARIES DENTAL	23
3.3.2 ALTERACIONES DE FORMA	23
3.3.2.1 Taurodontismo	23
3.3.2.2 Diente Invaginado.	24
3.3.2.3 Cúspides supernumerarias	24
3.3.2.4 Cúspide en garra	24
3.3.2.5 Geminación	25
3.3.2.6 Fusión	25
3.3.2.7 Odontodisplasia Regional	26
3.3.2.8 Fluorosis dental	26
3.3.2.9 Grados clínicos de la fluorosis dental	27
3.4 LESIONES DE LOS TEJIDOS BLANDOS	27
3.4.1 ENFERMEDADES GINGIVALES	27
3.4.1.1 Enfermedad Gingival Inducida Únicamente por Placa	27
3.4.1.2 Enfermedad gingival modificada por factores sistémicos (Mediada por hormonas esteroides)	27
3.4.1.3 Enfermedad gingival inducida por fármacos	28

3.5 MALOCCLUSION	28
3.5.1 DENTICIÓN TEMPORAL	28
3.5.2 DENTICIÓN PERMANENTE	28
3.5.3 TIPO DE DENTICIONES	29
3.5.3.1 Dentición temporal	30
3.5.3.2 Dentición mixta	30
3.5.3.3 Dentición permanente	30
3.5.4 TIPOS DE MORDIDAS	31
3.5.4.1 Mordida abierta	31
3.5.4.2 Mordida Profunda	31
3.5.4.3 Mordida cruzada anterior	31
3.5.4.4 Mordida cruzada posterior	32
3.5.4.5 Bis a bis	32
3.6 HÁBITOS	32
3.6.1 Succión digital	32
3.6.2 Respiración bucal	33
3.6.3 Deglución atípica	33
3.6.4 Interposición lingual	34
5. MATERIALES Y MÉTODOS	35
6. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	37
7. DISCUSION	58
8. CONCLUSIONES	62
9 RECOMENDACIONES	63
10. BIBLIOGRAFÍA	65
11. ANEXOS	73
ANEXO. N1. Encuestas e Historia clínicas	74
ANEXO. N2. Autorización y Certificaciones	79
ANEXO. N3. Fotografías	83
ANEXO. N4. Operacionalización de variables	89
ANEXO. N5. Glosario	92
12. INDICE	99
12.1 INDICE DE GRÁFICAS	102

INDICE DE GRÁFICAS

GRÁFICA N.1 MUESTRA POR EDAD	38
GRÁFICA N.2 MUESTRA POR SEXO	39
GRÁFICA. N.3 PRESENCIA DE CARIES DENTAL	40
GRÁFICA. N.4 ALTERACIONES DENTALES	41
GRÁFICA. N.5 ALTERACIONES OCLUSALES	42
GRÁFICA. N.6 ALTERACIONES GINGIVALES	43
GRÁFICA. N.7 MALOCCLUSIÓN DE DENTACION PERMANENTE	44
GRÁFICA. N.8 FLUOROSIS DENTAL	45
GRÁFICA. N.9 HÁBITOS BUCALES	46
GRÁFICA.N.10 ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS)	47
GRÁFICA.N.11 FRECUENCIA CEPILLADO	48
GRÁFICA.N.12 ELEMENTOS UTILIZADOS EN LA HIGIENE BUCAL	49
GRÁFICA.N.13 TÉCNICA DE CEPILLADO	50
GRÁFICA.N.14 FRECUENCIA DE VISITA AL ODONTOLOGO	51
GRÁFICA.N.15 FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS CARIOGÉNICOS	52
GRÁFICA.N.16 RELACIÓN EDAD-CARIES DENTAL- INFLAMACIÓN GINGIVAL	53
GRÁFICA.N.17 RELACIÓN DE TÉCNICA DE CEPILLADO- ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS)	54
GRÁFICA.N.18 VARIABLES FRECUENCIA DE CEPILLADO- SIGNOS DE INFLAMACIÓN.	55
TABLA.N.18 RELACIÓN EDAD-CARIADOS, EXTRACCIÓN INDICADA, OBTURADOS (Ceo)	56
TABLA.N.21 RELACIÓN EDAD-DIENTES CARIADOS, PERDIDOS, OBTURADOS (CPOD)	57