



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

**ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

TEMA:

“DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS: “PRIMERO DE JUNIO”, JULIA JARAMILLO”, “10 DE DICIEMBRE” Y SECUNDARIOS “COLEGIO NACIONAL “AGUSTIN CURIPOMA” DE LA PARROQUIA GUALEL DEL CANTON LOJA AÑO 2013.

TESIS PREVIA A LA
OBTENCION DEL TITULO DE
ODONTÓLOGA GENERAL

AUTORA:

Tatiana Lucia Ambuludi Hualpa.

DIRECTORA:

Dra. Mgs. Marlene Moreno Ortega

Loja- Ecuador

2013

Loja, 7 de Noviembre, del 2013


Doctora.

MARLENE MORENO ORTEGA

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que la presente tesis titulada: **“DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS: “PRIMERO DE JUNIO”, JULIA JARAMILLO”, “10 DE DICIEMBRE” Y SECUNDARIOS “COLEGIO NACIONAL “AGUSTIN CURIPOMA” DE LA PARROQUIA GUALEL DEL CANTON LOJA AÑO 2013**, realizada por la Srta. Tatiana Lucia Ambuludi Hualpa de CI: 1104518350, ha sido rigurosamente supervisada, revisada y corregida y dirigida por mi persona en todo el desarrollo de la misma, por lo que se autoriza la presentación de la misma.



ATENTAMENTE.

Dra Mgs Marlene Moreno Ortega.

DOCENTE DE LA CARRERA DE ODONTOLOGIA

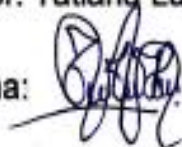
AUTORÍA:

Yo Tatiana Lucia Ambuludi Hualpa, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

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

Autor: Tatiana Lucia Ambuludi Hualpa

Firma:



Cédula: 1104518350

Fecha: 15 de Noviembre del 2013.

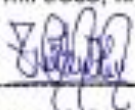
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.

Yo, Tatiana Lucia Ambuludi Hualpa, autora de la tesis titulada: "DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS: "PRIMERO DE JUNIO", JULIA JARAMILLO", "10 DE DICIEMBRE" Y SECUNDARIOS "COLEGIO NACIONAL "AGUSTIN CURIPOMA" DE LA PARROQUIA GUALEL DEL CANTON 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 15 días del mes de Noviembre del dos mil trece, firma el autor.



Autor: Tatiana Lucia Ambuludi Hualpa
Cédula: 1104518350
Dirección: Av. Villonaco. Correo Electrónico: taty2611@hotmail.es
Teléfono: 0939087277

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Dra. Mgs Marlene Moreno Ortega.

Tribunal de Grado:

Presidenta: Dra. Gloria Carrión

Miembro: Dr. José Procal

Miembro: Dr. Luis Vilela

DEDICATORIA

Mi trabajo lo dedico primeramente a Dios, verdadera fuente de amor y sabiduría, al que me ha dado siempre la fortaleza de continuar adelante.

A mis queridos padres Ángel y Lucia, por su incondicional apoyo en cada una de las etapas de mi vida quienes me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter mi empeño y perseverancia, quienes me han mostrado que en el camino hacia la meta se necesita dulce fortaleza para aceptar las derrotas y sutil coraje para derribar mis miedos, porque gracias a ellos sé que la responsabilidad se la debe vivir como un compromiso de dedicación y esfuerzo.

A mis queridos hermanos Renato, Juan y Milena, pilares fundamentales de mi vida, por estar siempre presentes, acompañándome motivándome y recordándome que todo esfuerzo tiene su recompensa.

A mis abuelito familiares, amigos y a quienes se sumaron a mi vida a lo largo de este trayecto para hacerme compañía con sus sonrisas de ánimo.

Autora.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de Loja, porque en sus aulas, recibí el conocimiento intelectual y humano, que hoy me permite culminar mi carrera profesional, así como a cada una de las autoridades y docentes de la carrera de Odontología.

Especial agradecimiento a la Dra. Tannya Valarezo, coordinadora de la carrera de Odontología, Dr. José Procel, asesor de tesis, así como a mi Directora de Tesis la Dra. Mgs. Marlene Moreno Ortega, por sus consejos y apoyo.

Finalmente agradezco a todas las personas que de una u otra manera colaboraron con este trabajo hasta llegar a la culminación del mismo.

Tatiana Ambuludi.

1. TÍTULO

**DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO
EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS: “PRIMERO DE
JUNIO”, JULIA JARAMILLO”, “10 DE DICIEMBRE” Y SECUNDARIOS
“COLEGIO NACIONAL “AGUSTIN CURIPOMA” DE LA PARROQUIA
GUALEL DEL CANTON LOJA AÑO 2013.**

2. RESUMEN

La caries dental y enfermedad periodontal son consideradas, las enfermedades orales de mayor prevalencia a nivel mundial, por eso es necesario identificar los factores de riesgo, la causalidad de estos y su relación con dichas patologías. Los factores de riesgo asociados a estas enfermedades bucodentales, constituyen una probabilidad medible y tienen valor predictivo en la prevención de las mismas, estas patologías son consideradas como las principales causas de pérdida dentaria.

Los objetivos del presente trabajo investigativo fueron, diagnosticar las patologías orales presentes, su prevalencia y los factores de riesgo asociados a dichas patologías, en los estudiantes de las escuelas: Primero de Junio, Julia Jaramillo, 10 de Diciembre y del Colegio Nacional Agustín Curipoma, de la parroquia Gualel, año 2013.

Se diseñó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal. El Universo está conformado por 510 estudiantes, pertenecientes a las 9 establecimientos educativos existentes en la parroquia Gualel, la muestra de trabajo constituyen los alumnos de las escuelas: Primero de Junio, Julia Jaramillo, 10 de Diciembre y Colegio Nacional Agustín Curipoma, constituido por 129 alumnos.

El examen bucal fue realizado a cada uno de los pacientes, en lo referente al diagnóstico de caries dental e inflamación gingival, maloclusiones y alteraciones dentales. Los datos se registraron en la historia clínica odontológica. Se aplicó una encuesta con preguntas cerradas acerca de higiene oral, hábitos alimenticios y cuidado bucal.

La experiencia de caries fue medida a través de los índices CPOD y ceo, los cuales describen, respectivamente, la prevalencia de caries en dentición permanente y temporal en un individuo, mediante el número de piezas cariadas, obturadas y pérdidas o con extracción indicada por motivo de caries.

Para determinar alteraciones a nivel gingival se analizó la presencia de sangrado espontáneo, recesión y se aplicó el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS), necesario para determinar el grado de higiene bucal de una persona.

Procesada y analizada la información recolectada, los resultados manifiestan que: la salud bucodental de esta población se encuentra afectada, debido a varios indicadores que interviene de forma negativa en la salud oral; como falta de educación bucodental, de promoción y prevención oral, poco interés y desconocimiento de la población, acerca de la importancia que tienen el aseo bucodental.

Las patologías bucales con mayor prevalencia, son: caries dental presentándose en un 79,8% del total de la población, inflamación gingival en un 41,1%, y presencia de maloclusiones en un 57,2%.

SUMMARY

Dental caries and periodontal disease are considered, the most prevalent oral diseases around the world, for that reason is necessary to identify the risk factors, the causality of these and their relation with these pathologies . Risk factors associated with these oral diseases, constitute a measurable probability and they have predictive value in its preventing, these pathologies are considered the main causes of teeth loss.

The objectives of this research work were, diagnose the oral pathologies present, its prevalence and risk factors associated with them, in the students of the following schools: Primero de Junio, Julia Jaramillo, 10 de Diciembre and the National High School "Agustin Curipoma", of the Gualiel parish, year 2013.

We designed a quantitative, descriptive and prospective research study. The research study area encompassed the 100% of the population into the four Educational Institutions mentioned above; it was constituted for 129 students.

Oral examination was performed to each patient, with respect to the diagnostic of dental caries and gingival inflammation, malocclusions and dental alterations. Data were recorded in the medical dental history. We realized a survey with closed questions about oral hygiene, eating habits and oral care.

Caries experience was measured by CPOD and CEO indices, which describe respectively, the prevalence of caries in permanent and temporary dentition in a person, through the number of carious teeth, sealed teeth and missing teeth or indicated extraction for reason of caries.

To determine alterations in gingival level, we analyzed the presence of spontaneous bleeding, recession and we applied the Simplified Oral Hygiene Index (IHOS) it is necessary to determine the grade of a person's oral hygiene.

Processed and analyzed the collected data, the results show that: the oral health of this population is affected due to several indicators that involved in a negative form in the oral health, for lack of education about oral care, of promotion and prevention oral health, little interest and ignorance of the population about the importance of oral cleanliness.

The most prevalent oral pathologies are: dental caries appearing in 79.8% of the total population, gingival inflammation in 41.1%, and presence of malocclusion in 57.2%.

TRADUCCION: Dra. Rosario Veintimilla A.

3. INTRODUCCIÓN

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

La caries dental, conceptualizada como una enfermedad “Que surge del desequilibrio fisiológico entre el mineral de las piezas dentarias y los constituyentes de la biopelícula”; (NEGRONI, 2005).

Es hoy en día una de las principales preocupaciones para la Salud pública, ya que a pesar de los esfuerzos, no se puede erradicar.

La odontología tiene como función mantener en equilibrio la salud oral como parte de la salud general del individuo, permitiendo mejorar la calidad de vida de las personas. Para ello se debe brindar especial atención a niños y adolescentes que se constituye como grupo de riesgo los cuales tienen características que permiten el establecimiento de enfermedades bucodentales. Los adolescentes particularmente atraviesan por una fase de transición sumada al apareamiento de cambios tanto físicos como

psicológicos. La salud oral constituye un fenómeno dinámico que se relaciona con las diferentes etapas de la vida, entre las cuales se encuentra la adolescencia, donde ocurren complejas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, por una parte los adolescentes no asisten a la consulta voluntariamente, ni tienen responsabilidad con su salud bucal; cuando se realizan acciones preventivas o curativas, en los colegios se observa un comportamiento negativo por parte de estos, sin brindarle la importancia requerida a dicha actividad. Por lo que es necesario impartir conocimientos para crear actitudes de respeto y responsabilidad hacia su salud bucodental, y así incidir directamente en la disminución de la morbilidad dentaria. (HECHAVARRIA, 2013)

Existen diferentes factores de riesgo, relacionados con la afección del estado de salud oral de un individuo, generando no sólo problemas en la cavidad bucal si no a nivel general.

“Un estudio realizado en Colombia demuestra que:” La caries es la enfermedad oral de mayor prevalencia en la población adolescente colombiana y sus efectos aumentan en la medida que la edad es mayor. Para Colombia, el índice COP-D (sumatoria de dientes D con caries C; dientes con obturación permanente O y dientes perdidos por caries P, sobre el total de individuos examinados) ha sido estimado en 2.3 en niños de 12 años y en 5.2 en adolescentes entre 15 y 19 años”. Mientras que en un estudio realizado en Holguín, en adolescentes, se aprecia que la prevalencia de caries dental, es del 34% del total de la población examinada, existiendo asociación significativa entre la caries dental y el sexo. De 193 adolescentes femeninas 74 presentaron

*caries para un 38,3% a diferencia del sexo masculino que reportó un 28,7%.
(Bárbara L. 2002)*

Se muestra que el 52,9% de los examinados evidenciaron mal oclusión dentaria sin asociación entre esta y el sexo. El sexo femenino reportó un 52,8% y el masculino 52,9%. La práctica de algún hábito bucal deformante se encontró en el 29% de los adolescentes. La onicofagia (17,7%) fue el más prevalente en nuestro estudio, seguido del chupeteo de dedo (6%) y la lengua protráctil (5,4%). No se encontró asociación entre la presencia de hábitos bucales deformantes y el sexo, de 193 hembras el 31,3% practicaban algún hábito, mientras el 34,2% de los varones también lo hacían. (BÁRBARA 2002).

Se realizó el presente trabajo investigativo denominado: DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS: "PRIMERO DE JUNIO", JULIA JARAMILLO", "10 DE DICIEMBRE" Y SECUNDARIOS "COLEGIO NACIONAL "AGUSTIN CURIPOMA" DE LA PARROQUIA GUALEL, DEL CANTON LOJA, AÑO 2013.

*Nuestro estudio fue de tipo **cuantitativo** ya que se representan los valores porcentualmente, **descriptivo** ya que se describió las patologías que se encuentran presentes, y **transversal** ya que se estableció un tiempo determinado para llevarlo a cabo.*

*As mismo para la recolección de los datos nos basamos en una **encuesta** la cual los investigados, la realizaron de manera escrita, esta nos sirvió para la recolección de los factores de riesgo, y una **historia clínica** en la cual se recogieron todos los datos de las patologías que se encontraron.*

Los objetivos de nuestro trabajo, fueron diagnosticar las patologías presentes en los estudiantes, identificar los factores de riesgo que influyen en la presencia de las mismas y determinar su prevalencia.

Las patologías bucales que se presentan con mayor frecuencia en la población estudiada fueron caries dental con un 79,8%, la misma que registra un rango Alto de CPOD (Dientes Cariados, Perdidos y Obturado) y un rango alto de Ceod (Diente cariados, con extracción indicada y obturados) , además se encontró que la inflamación gingival afecta al 41,1% de la población, estas se ven influenciada, por la mínima frecuencia de cepillado, la incorrecta técnica al realizar la misma, poco visita al odontólogo, y otros factores de riesgo que afectan a la cavidad bucal en conjunto.

4. REVISIÓN DE LA LITERATURA

DIAGNÓSTICO EN SALUD DENTAL

1. DIAGNÓSTICO DE SALUD

1.1 Definición de Diagnóstico de salud

El diagnóstico de salud es un proceso de evaluación para medir, comparar y determinar la evolución de las diferentes variables que influyen en la salud enfermedad de la población. Es un juicio de valor en torno al proceso salud enfermedad para la formulación de políticas y lineamientos de acción en salud.

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” (ÁLVAREZ, C. 2011)

1.3 Diagnóstico de salud bucal

El diagnóstico de salud lo constituye el conocimiento de la situación de salud de una comunidad y de los factores que la condicionan, de cuya precisión depende la calidad del tratamiento de la salud de la comunidad, la familia y el individuo.

El diagnóstico de salud se basa en un análisis de los hallazgos con enfoque clinicobiológico, higienicoepidemiológico y social para la identificación de los problemas de salud. (RODRIGUEZ, AMADO; DELGADO, LUIS. ESTOMATOL, 1996)

Es la medición del estado de salud de la población, en un momento determinado, por medio de los indicadores de salud. En dicho diagnóstico se debe expresar de forma cuantitativa y elegir criterios definidos para identificar medir la importancia de cada problema de salud. (RODRIGUEZ, AMADO, 1996)

2. DESCRIPCIÓN DE LA PARROQUIA GUALEL

2.1 HISTORIA

“El nombre de la parroquia Gualiel es tomada de una planta llamada Gualiel, planta originaria de este lugar caracterizado por ser muy resistente. Sus primeros habitantes fueron provenientes de la parte norte del país como: Azuay, Azogues, Guanasan, Sigsig, de apellidos Angamarca, Tene, Curipoma, Morocho, Sisalima, Sánchez, entre otros.” La fecha de parroquialización fue el 31 de marzo de 1942.

2.2 GEOGRAFÍA

2.2.1 LÍMITES: “La parroquia Gualiel se encuentra a 90 Km de la cabecera cantonal y provincial, está localizada en las siguientes coordenadas geográficas: **2.2.2 Latitud** 3°46'16"• Sur y **Longitud** 79° 22'33"Oeste. Limita al Norte con San Pablo de Tenta (cantón Saraguro); al Sur con las parroquias Chuquiribamba y El Cisne; al Este, con las parroquias Santiago y San Lucas; y,

al Oeste con El Cisne, Morales y Salatí, del cantón Portovelo (provincia de El Oro).”(ASOGOPAL 2012).

2.2.3 EXTENSIÓN: Esta parroquia cuenta con una superficie de 100,99 km²

2.3 CLIMA: la parroquia cuenta con un clima templado húmedo. La temperatura fluctúa entre 10° C Y 13°C.

2.4 DIVISIÓN POLÍTICA - ADMINISTRATIVA:

La parroquia está conformada por los siguientes barrios:

- Bahín
- Celén
- Centro
- El Ari
- Gulaspamba
- Lluglla
- Ramada
- Rodeo
- San Francisco
- Panecillo
- Porvenir
- San Juan alto y bajo
- El Dorado
- Los Pinos

2.5. POBLACIÓN: “La parroquia tiene 2.060 habitantes, de los cuales 950 son hombres y 1.110 son mujeres”. (INEC 2010)

2.6. ACTIVIDAD ECONÓMICA Y PRODUCTIVA:

" La principal actividad productiva de la parroquia Gualiel como en la mayoría del sector rural de la provincia de Loja es de carácter agropecuaria, según el INEC el 88% de la Población Económicamente activa (PEA), se dedica a prácticas agro - productiva, la principal características tipológica corresponde a una producción agrícola, la misma que es comercializada y para consumo familiar determinada en mayor parte por los cultivos anuales cuyos rendimientos por hectárea son modestos y están por debajo de las medidas nacionales y en el mejor de los casos son aproximados.

La ganadería, a pesar de que la mayor parte del territorio está bajo pasto natural, está debidamente desarrollada y sirve sol de sustento (bovino y ovino). La crianza de cobayos es la que más se comercializa reportando ingresos económicos sin que sean de mayor consideración.

Los habitantes de esta parroquia se dedican en un 50% a la ganadería, un 30% a la agricultura y un 20% a la crianza y comercialización de aves de corral

Así mismo se dedican a la fabricación de quesillo, produciendo 8 quintales diarios, los cuales se comercializan en Catamayo y Loja, así como también plantas medicinales. (ASOGOPAL)

2.7. SERVICIOS BÁSICOS:

En la actualidad la parroquia Gualiel cuenta con dos vías de acceso lastradas en mal estado, con servicio de energía eléctrica, con limitados servicios básicos de saneamiento como alcantarillado de 640 hogares 93 cuentan con alcantarillado mientras que el resto elimina directamente a pozo séptico, pozo ciego y río o lagos.; la energía eléctrica de un total de 640 hogares 566 cuentan con luz eléctrica 3 con otro tipo de energía y 71 no tienen acceso a este servicio; el agua: la población recibe en un 37,03% agua de la red pública, mientras que el 10,16 % de pozo un 51, 41 % de río vertiente o acequia y un 1.41% de agua lluvia; el servicios telefónico en la parroquia Gualiel el 0.61% de la población, cuenta con servicio telefónico convencional mientras que el 99,3% no tiene acceso.(INEC 2010)

2.8. EDUCACIÓN

“La parroquia cuenta con 9 Instituciones educativas, 8 son de nivel primario y un secundario.

Además al momento se está desarrollando el programa del FODI orientado a la estimulación de niños mayores a 5 años.

En el año lectivo 2010-2011, se han matriculado 443 alumnos, para los cuales están designado 38 profesores.

2.8.1. Escuelas y Colegio de la parroquia Gualiel.

INSTITUCIONES EDUCATIVAS	NÚMERO TOTAL DE ALUMNOS	NÚMERO TOTAL DE DOCENTES
ESCUELA GASPAR GÓMEZ DE SALAZAR	31	3
ESCUELA PEDRO BENAVENTE	15	8
ESCUELA ÁLVAREZ SÁNCHEZ COLOMBIA	295	17
ESCUELA HOMERO VITERI LA FRONTE	26	2
ESCUELA PRIMERO DE JUNIO	10	1
ESCUELA JULIA JARAMILLO	11	1
ESCUELA ALFONSO MARÍA SILVA	14	1
ESCUELA 10 DE DICIEMBRE	31	2
COLEGIO NACIONAL AGUSTÍN CURIPOMA	77	12

5. MATERIALES Y MÉTODOS

Considerando el objetivo de este estudio, se diseñó un estudio de tipo cuantitativo ya que se determinó porcentualmente el estado de salud bucodental de los estudiantes de las escuelas: Primero de Junio, Julia Jaramillo, 10 de Diciembre y del Colegio Nacional Agustín Curipoma, de la parroquia Gualel, año 2013, de tipo descriptivo porque ayudó a determinar la situación de las variables; y de tipo transversal porque se estableció una fecha de inicio y finalización.

El universo está constituida, por 510 estudiantes de primer año de educación básica a tercer año de bachillerato, de ambos sexos de las escuelas y colegios de la parroquia Gualel.

El área de estudio abarco el 100% de la muestra, ya que se tomó en cuenta el total de la población de los cuatro establecimientos educativos, constituido por 129 alumnos: 77 alumnos del colegio y de 52 alumnos de las escuelas.

Para el desarrollo del presente trabajo investigativo en lo referente a la revisión de la literatura, se utilizó básicamente textos relacionados con patología bucal y factores de riesgo, así como el servicio de internet, se emplearon, la entrevista, historia clínica odontológica y encuesta, las cuales permitieron recopilar la información. La ficha utilizada para el registro de los datos contenía datos generales del paciente: nombre, edad, género, año de educación básica.

El examen bucal fue realizado por el investigador en lo referente al diagnóstico de caries dental e inflamación gingival, maloclusiones y alteraciones dentales.

Los pacientes fueron examinados en cada uno de sus establecimientos educativos, estando sentados en una silla, se realizó inspección visual de los tejidos blandos y duros de la cavidad bucal. Como instrumentos táctiles se utilizaron un set de diagnóstico bucal que incluye: espejo, explorador y pinza algodonerá.

La caries dental en el presente trabajo fue considerada como lesión o cavidad evidente, detectable mediante examen visual. La experiencia de caries fue medida a través de los índices CPOD y ceo, los cuales describen, respectivamente, la prevalencia de caries en dentición permanente y temporal en un individuo, mediante el número de piezas cariadas, obturadas y pérdidas o con extracción indicada por motivo de caries.

Para determinar alteraciones a nivel gingival se analizó la presencia de sangrado espontáneo, recesión y se aplicó el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS), necesario para determinar el grado de higiene bucal en el que se analizan seis dientes específicos, uno de cada sextante analizando tanto presencia de placa bacteriana y cálculo dental.

Una vez terminado el trabajo de campo y habiendo obtenido todos los datos requeridos tanto para la encuesta como para la historia clínica odontológica, la información fue procesada en el programa Microsoft Excel, que permitió ordenar los referentes teóricos obtenidos, así como presentar los resultados a través de frecuencias y porcentajes ordenados en las respectivas tablas, y representados en gráficos estadísticos que permitieron el análisis comparativo.

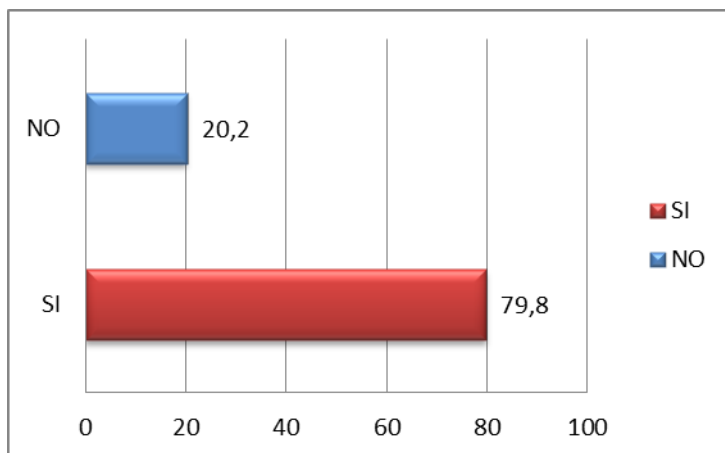
En cuanto a los Recursos Humanos figura la Dra. Mags Marlene Moreno, Docente y Directora del estudio. El Asesor Coordinador del Macroproyecto Dr. José Procel. El personal administrativo y estudiantes de los centros educativos incluidos en el proceso investigativo; la Investigadora Tatiana Lucia Ambuludi Hualpa.

Entre los recursos Físicos tenemos los Establecimientos: Colegio Nacional Agustín Curipoma y las escuelas: Primero de Junio, 10 de Diciembre y Julia Jaramillo.

6. RESULTADOS

REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA HISTORIA CLÍNICA

GRÁFICA 1: PRESENCIA DE CARIES



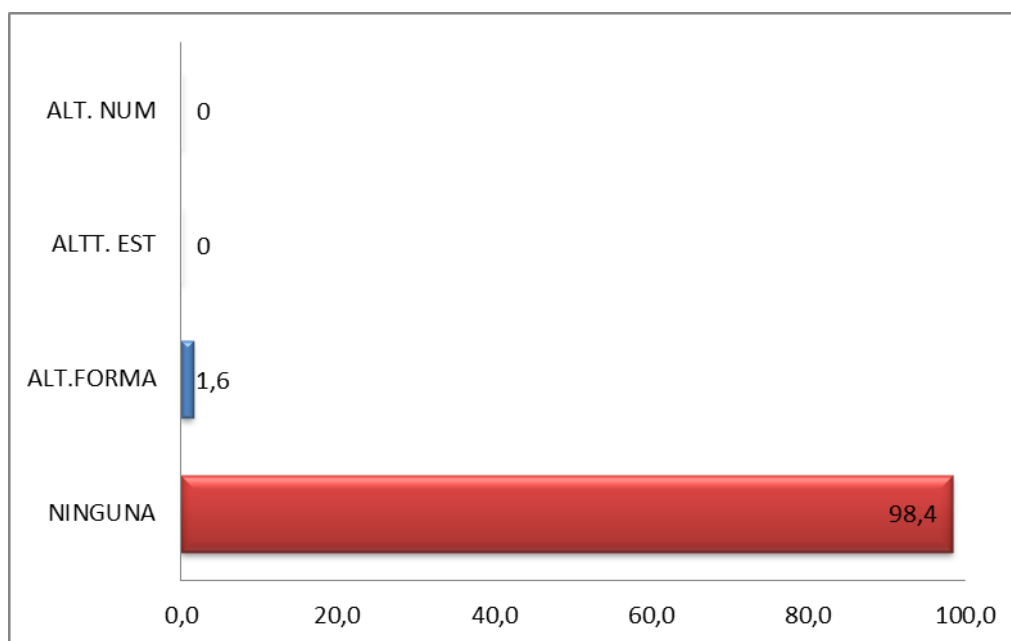
FUENTE: Estudiantes de las escuelas: Julia Jaramillo, Primero de Junio, 10 de Diciembre y Colegio Nacional Agustín Curipoma de la parroquia Gualiel.

AUTOR: Tatiana Ambuludi.

INTERPRETACIÓN DE DATOS:

Luego de haber examinado a los estudiantes en la gráfica se observa que aproximadamente las $\frac{3}{4}$ partes del total de los estudiantes presentaron caries dental, en un porcentaje 79%, lo que refleja una falta de conocimientos, actitudes o prácticas en pro de la salud oral. Es importante mencionar que el 20% de los alumnos no presentaron esta patología.

GRÁFICA N° 2 ALTERACIONES DENTALES



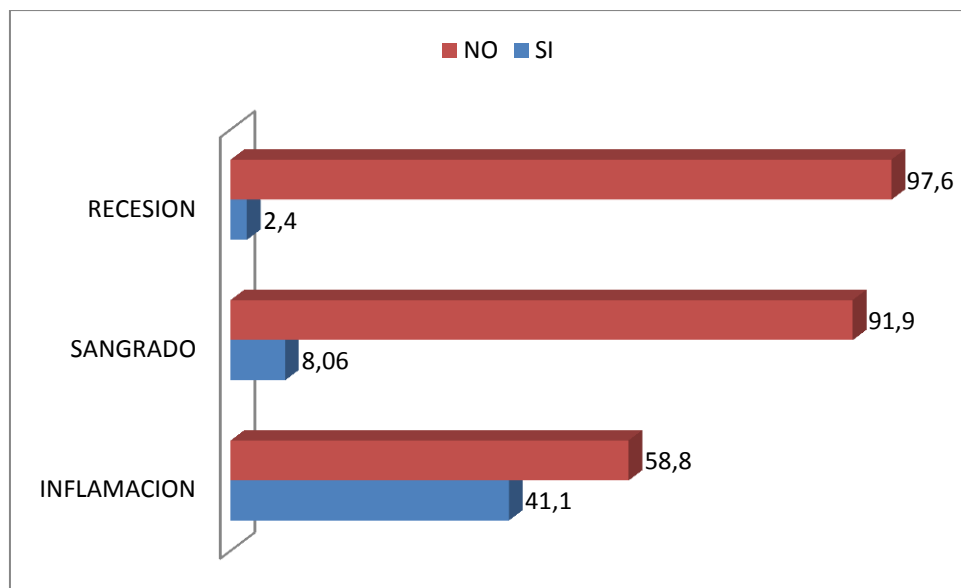
FUENTE: Estudiantes de las escuelas: Julia Jaramillo, Primero de Junio, 10 de Diciembre y Colegio Nacional Agustín Curipoma de la parroquia Gualiel.

AUTOR: Tatiana Ambuludi.

INTERPRETACIÓN DE DATOS :

Luego de haber realizado la historia clínica a los estudiantes, se observó únicamente alteraciones de forma que corresponde a incisivos laterales cónicos superiores, representando el 1,6% del total de la población en el 94,8% restante no se observó ningún tipo de alteraciones de las antes mencionadas.

GRÁFICA 3: INFLAMACIÓN GINGIVAL



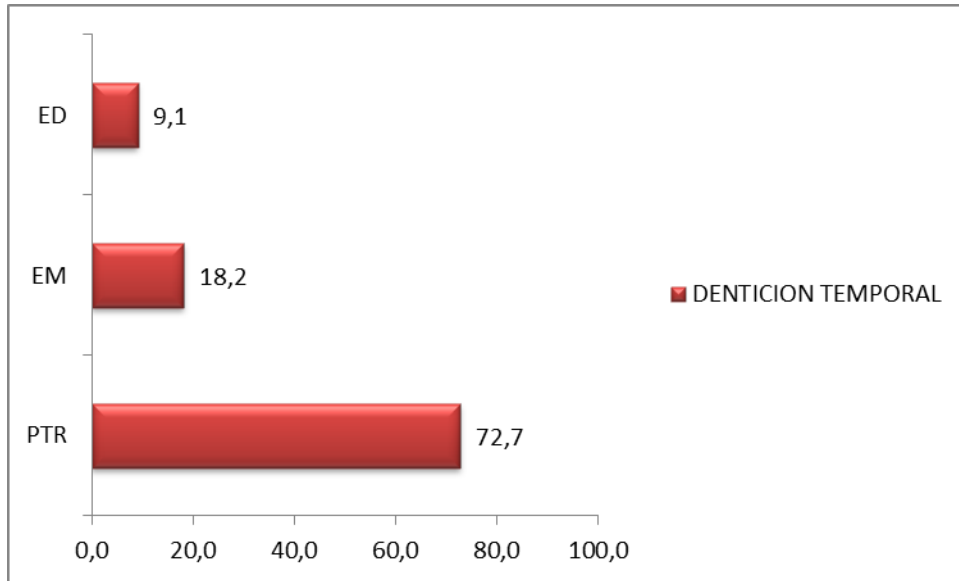
FUENTE: Estudiantes de las escuelas: Julia Jaramillo, Primero de Junio, 10 de Diciembre y Colegio Nacional Agustín Curipoma de la parroquia Gualcel.

AUTOR: Tatiana Ambuludi.

INTERPRETACIÓN DE DATOS:

Analizado el estado gingival de los estudiantes examinados en la gráfica se observa que un gran porcentaje presenta, inflamación gingival en un 41,1%, sangrado espontáneo en un 8% y recesión gingival en un 2,4%; se trataba de gingivitis inducida por bio-film dental, observándose principalmente en las superficies dentales grandes cantidades de placa bacteriana y en mínima cantidad de cálculo dental, es por eso que existe predominio de inflamación gingival en comparación con la presencia de sangrado y recesión, es decir que existía una deficiente higiene oral, asociada a una técnica incorrecta o poca frecuencia del cepillado dental.

GRÁFICA 4: RELACIÓN MOLAR EN DENTICION TEMPORAL



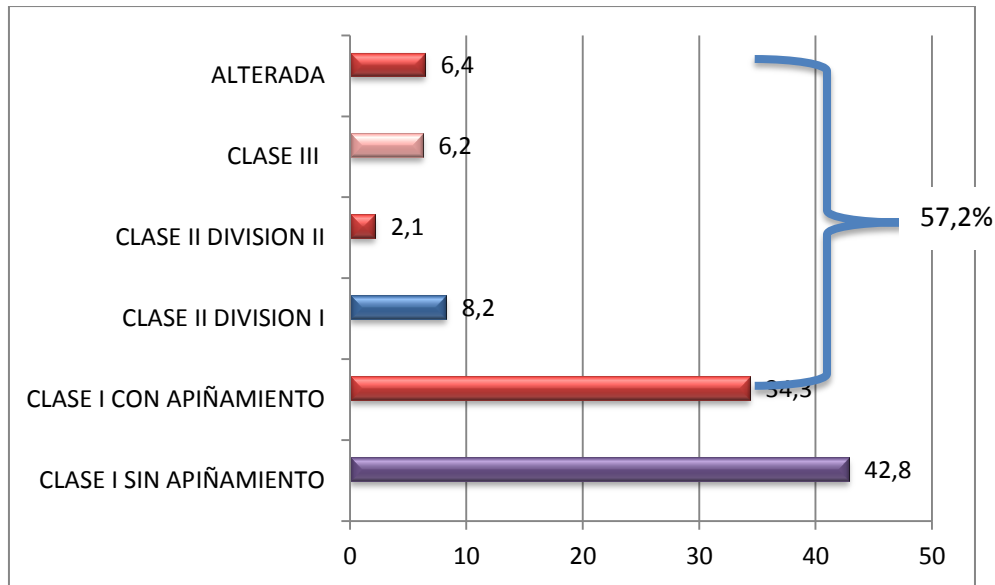
FUENTE: Estudiantes de las escuelas: Julia Jaramillo, Primero de Junio, 10 de Diciembre y Colegio Nacional Agustín Curipoma de la parroquia Gualal.

AUTOR: Tatiana Ambuludi.

INTERPRETACIÓN DE DATOS:

Al analizar la relación molar en los pacientes examinados, la gráfica nos indica que aproximadamente las $\frac{3}{4}$ partes de la muestra examinada presentó una relación molar en plano terminal recto con un 72,7%, lo que a futuro tiene probabilidad de evolucionar a clase I, o clase II de angle si se continúa con el crecimiento mandibular; mientras que en menor porcentaje se presentó una oclusión en escalón mesial que a futuro puede evolucionar a una clase I o clase III de angle y en menor porcentaje se presentó una oclusión en escalón distal pudiendo evolucionar a una clase II en dentición permanente.

GRÁFICA 5: OCLUSIÓN EN DENTICIÓN PERMANENTE (CLAVE DE ANGLE)

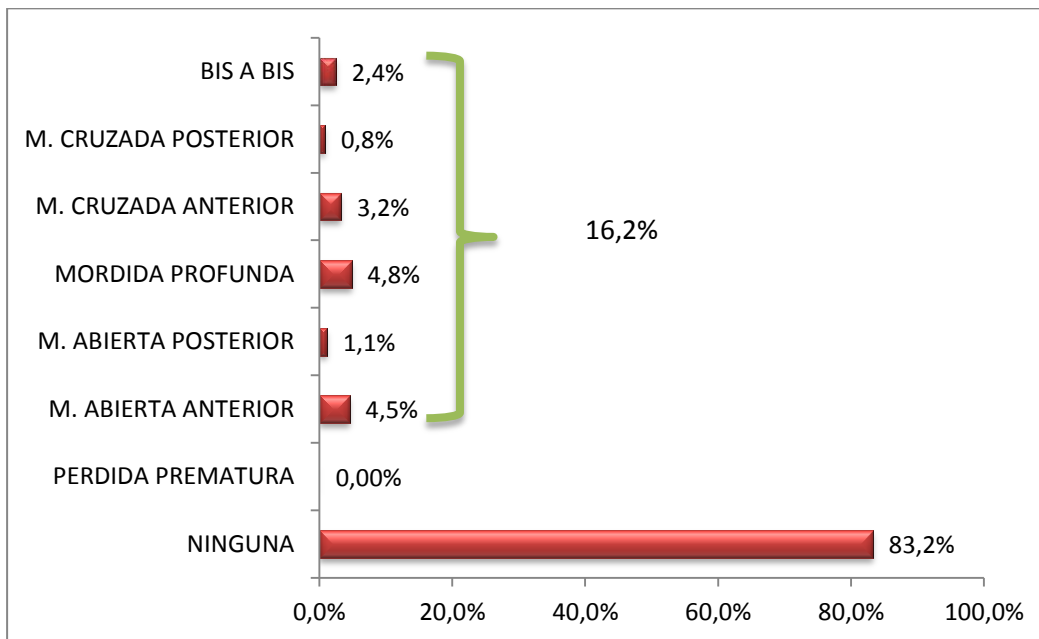


FUENTE: Estudiantes de las escuelas: Julia Jaramillo, Primero de Junio, 10 de Diciembre y Colegio Nacional Agustín Curipoma de la parroquia Gualiel.
AUTOR: Tatiana Ambuludi.

INTERPRETACIÓN DE DATOS:

Al analizar la relación molar de cada estudiante se pudo observar que el 42,8% presentó Clase molar I sin apiñamiento dental. Mientras que el 57,2% la mayor parte de la población presentó alteraciones de la oclusión entre las que se mencionan clase I con apiñamiento dental, clase II división I, clase II división II, clase III y por último una oclusión alterada o no aplicable debido a la ausencia de uno o varios molares permanentes, y sin estas piezas es imposible definir una clase de angle.

GRÁFICA: 6 ALTERACIONES DE LA OCLUSIÓN



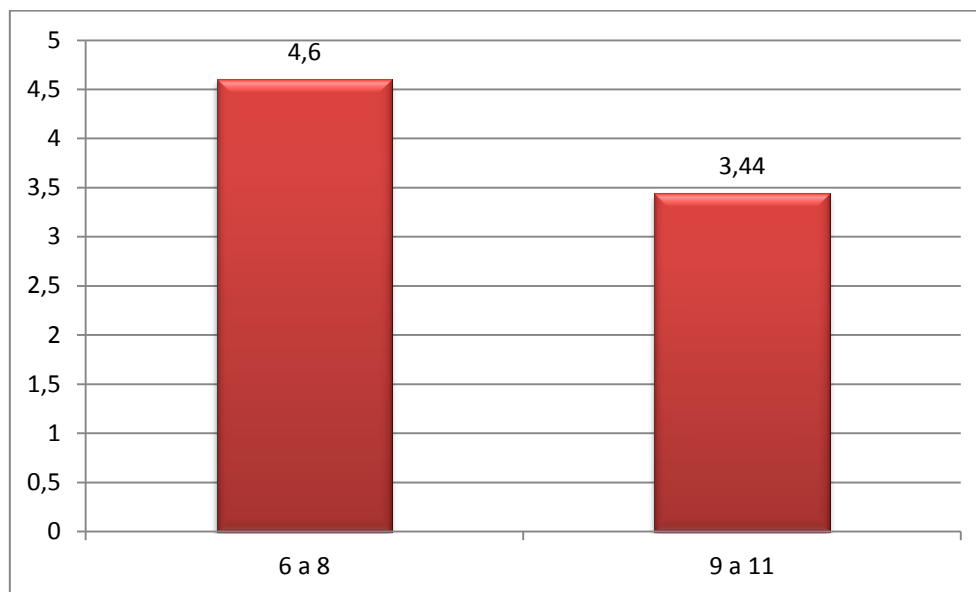
FUENTE: Estudiantes de las escuelas: Julia Jaramillo, Primero de Junio, 10 de Diciembre y Colegio Nacional Agustín Curipoma de la parroquia Gualiel.

AUTOR: Tatiana Ambuludi.

INTERPRETACIÓN DE DATOS:

Luego de analizar a los 129 estudiantes y de solicitar que ocluyan en máxima intercuspidadación se pudo observar que el 16,8% de esta población, presento alteraciones de la oclusión entre las que destacan mordida abierta anterior, mordida abierta posterior mordida profunda, mordida cruzada anterior, mordida cruzada posterior y mordida bis a bis el restante 83,2% no presentó ninguna de estas alteraciones.

GRÁFICA7: ceod (CARIADOS PERDIDOS Y OBTURADOS POR DIENTE)

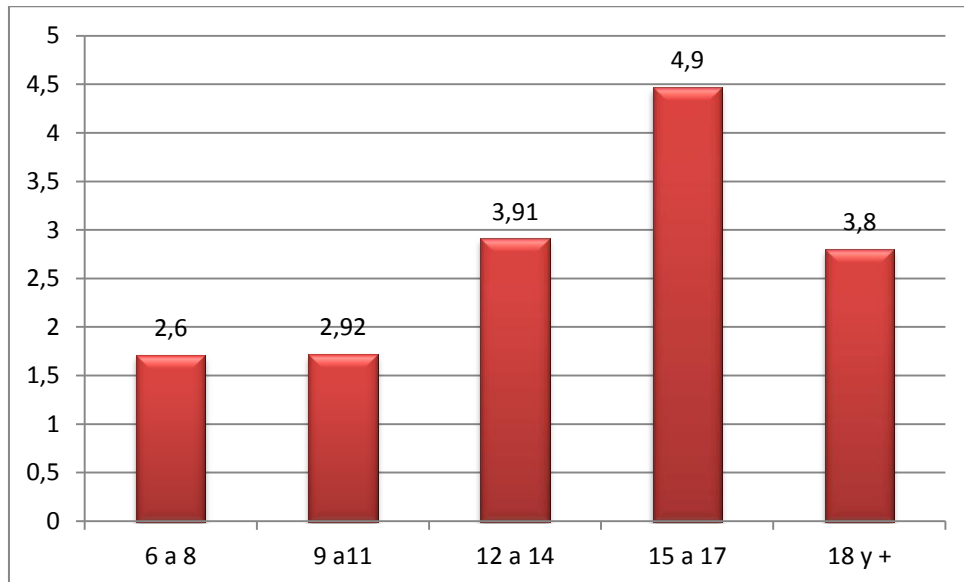


FUENTE: Estudiantes de las escuelas: Julia Jaramillo, Primero de Junio, 10 de Diciembre y Colegio Nacional Agustín Curipoma de la parroquia Gualiel.
AUTOR: Tatiana Ambuludi.

INTERPRETACIÓN DE DATOS:

De los datos obtenidos en la presente gráfica estadística se puede dar a conocer que en las edades comprendidas entre 6 a 8 años se encontró un índice de ceo (Dientes cariados, con extracción indicada y obturados) de 4,6 equivalente a alto; datos que los podemos relacionar con lo encontrado clínicamente, ya que se presentó una alta prevalencia de caries dental. Probablemente por la falta de intervención y conocimientos de las madres o representantes de los niños, en la transmisión de hábitos higiénicos, dietéticos que podrían influir directamente en la salud oral del niño.

GRÁFICA8: CPOD (CARIADOS PERDIDOS- OBTURADOS POR DIENTE)

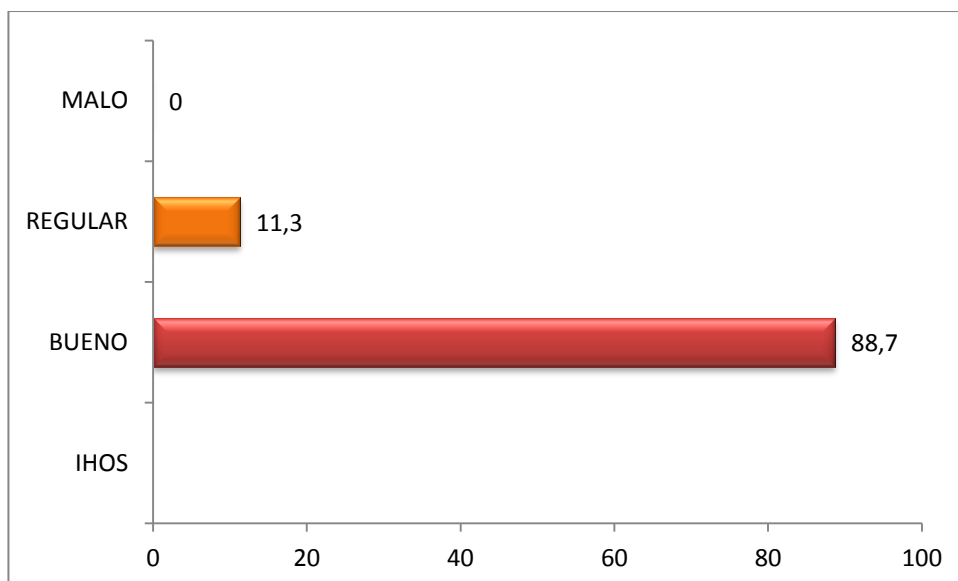


FUENTE: Estudiantes de las escuelas: Julia Jaramillo, Primero de Junio, 10 de Diciembre y Colegio Nacional Agustín Curipoma de la parroquia Gualiel.
AUTOR: Tatiana Ambuludi.

INTERPRETACIÓN DE DATOS:

De los datos obtenidos en la presente gráfica estadística se puede dar a conocer que en las edades comprendidas entre 15 a 17 años se encontró un índice de CPOD (Dientes cariados, perdidos y obturados), de 4,9 equivalente a alto, y en las edades entre 12 a 14 años se encontró un índice de CPOD de 3,9 equivalente a moderado. Datos que los podemos relacionar con lo encontrado clínicamente, ya que se presentó una gran prevalencia de piezas cariadas, perdidas y obturadas que conforme a la edad en nuestra investigación fue aumentando progresivamente de un índice equivalente a bajo a un índice alto, aunque se ve una disminución en la edad de 18 años y más. Esto demuestra que entre mayor es la edad, la caries aumenta progresivamente debido a la presencia placa bacteriana (biofilm), alimentación, factores socioeconómicos y la susceptibilidad individual que presentan los adolescentes en estas edades llegándose a considerar un grupo de riesgo para esta patología.

GRÁFICA: 9 ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO I-HOS



FUENTE: Estudiantes de las escuelas: Julia Jaramillo, Primero de Junio, 10 de Diciembre y Colegio Nacional Agustín Curipoma de la parroquia Gualal.

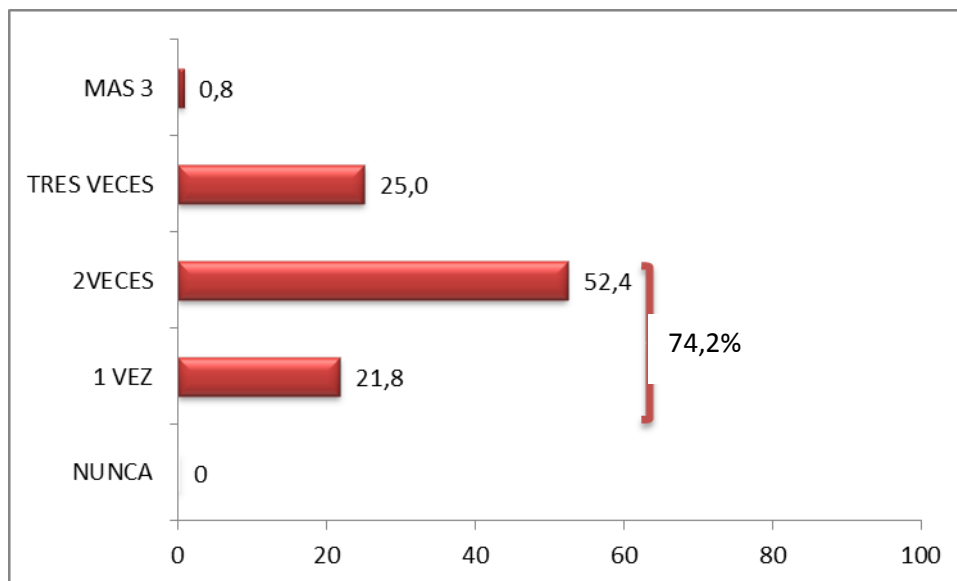
AUTOR: Tatiana Ambuludi.

INTERPRETACIÓN DE DATOS:

Examinados el total de estudiantes el 88,7% presentaron un Índice de higiene calificado como “bueno”. Se debe tomar en cuenta que en éste grupo de estudio, la mayoría de estudiantes correspondía a las edades de 6 a 18 años en quienes es poco frecuente la presencia de cálculo dental; sin embargo dentro del índice IHOS se registra tanto la presencia de placa bacteriana y cálculo, por ende al presentarse gran acumulación de placa bacteriana pero poca cantidad de cálculo dental, el valor al dividirse se reducía a la mitad, quedando la mayoría de estudiantes clasificados en el criterio de “bueno”. Lo que en realidad se demostró clínicamente que era regular o malo por la presencia de una gran cantidad de bio-film dental, debido a la práctica de una técnica incorrecta de cepillado o a una falta de higiene oral. Dando a conocer que la placa bacteriana, es un agente causal de caries dental y el cálculo constituye un agente etiológico de enfermedad periodontal, el 11,3% de la población se ubica en un IHOS regular.

REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA HISTORIA CLÍNICA

GRÁFICA: 10 FRECUENCIA DEL CEPILLADO DENTAL



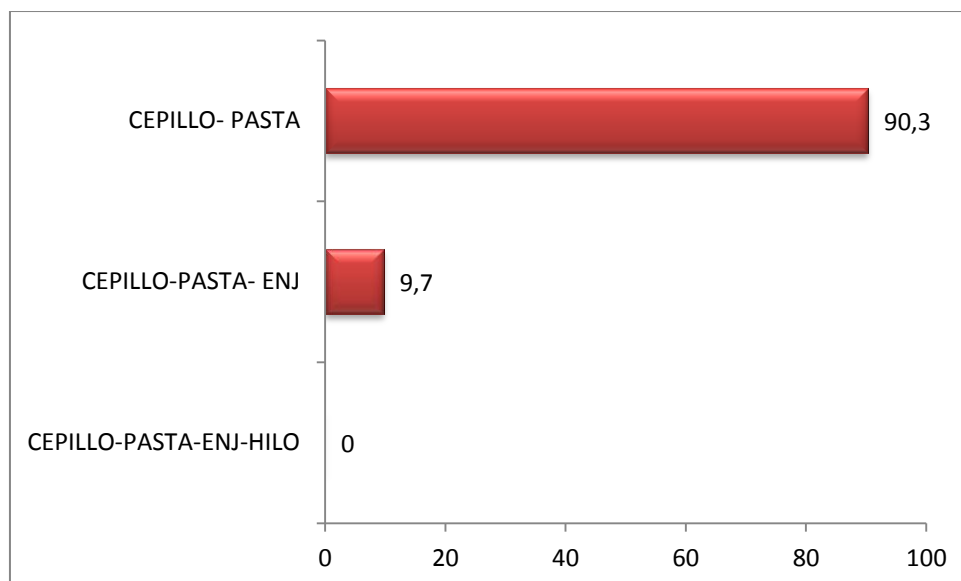
FUENTE: Estudiantes de las escuelas: Julia Jaramillo, Primero de Junio, 10 de Diciembre y Colegio Nacional Agustín Curipoma de la parroquia Gualiel.

AUTOR: Tatiana Ambuludi.

INTERPRETACIÓN DE DATOS:

De los datos obtenidos de la encuesta aplicada, se observó que el 74,2% de los estudiantes realiza el cepillado dental en una frecuencia de 1 y 2 veces por día, valores calificados como bajos o inadecuados para mantener una buena salud bucal, sumándole a esto que el cepillado se lo realiza con una técnica incorrecta, provoca que la mayor parte de la población, presente caries dental e inflamación gingival, únicamente el 25,8% realiza el cepillado dental tres veces al día o más.

GRÁFICA: 11 ELEMENTOS DE HIGIENE ORAL



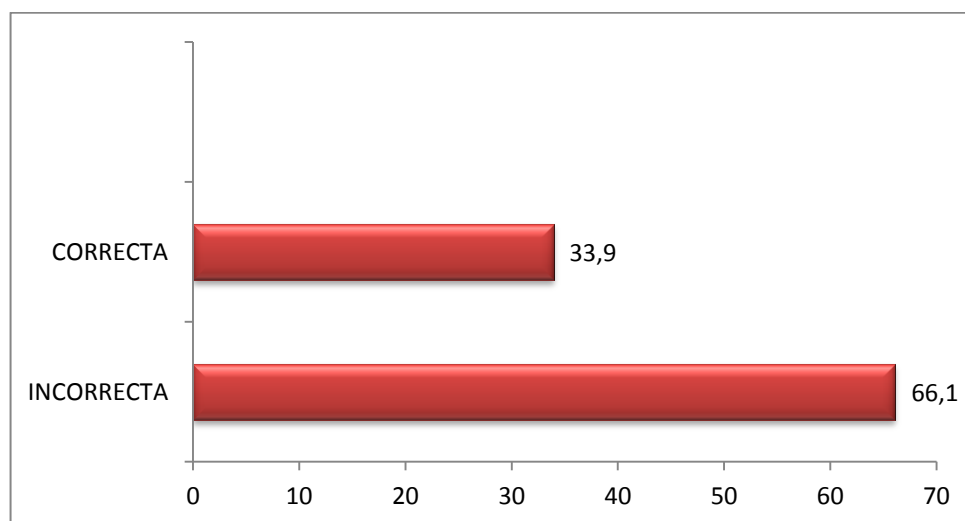
FUENTE: Estudiantes de las escuelas: Julia Jaramillo, Primero de Junio, 10 de Diciembre y Colegio Nacional Agustín Curipoma de la parroquia Gualiel.

AUTOR: Tatiana Ambuludi.

INTERPRETACIÓN DE DATOS:

Aplicada la encuesta a los estudiantes se observó que el 90,3% de los mismos utilizan para su higiene oral, los elementos básicos de aseo bucal, tales como pasta y cepillo dental, siendo estos insuficientes para lograr una óptima y completa higiene oral; el restante 9,7% utilizan cepillo, pasta y enjuague bucal. Es importante indicar que ningún paciente utiliza todos los elementos recomendados de higiene oral, como pasta, cepillo, hilo y enjuague bucal, situación que la podemos atribuir a motivos económicos o desconocimiento la mayor parte de la población.

GRÁFICA: 12 TÉCNICA DE CEPILLADO



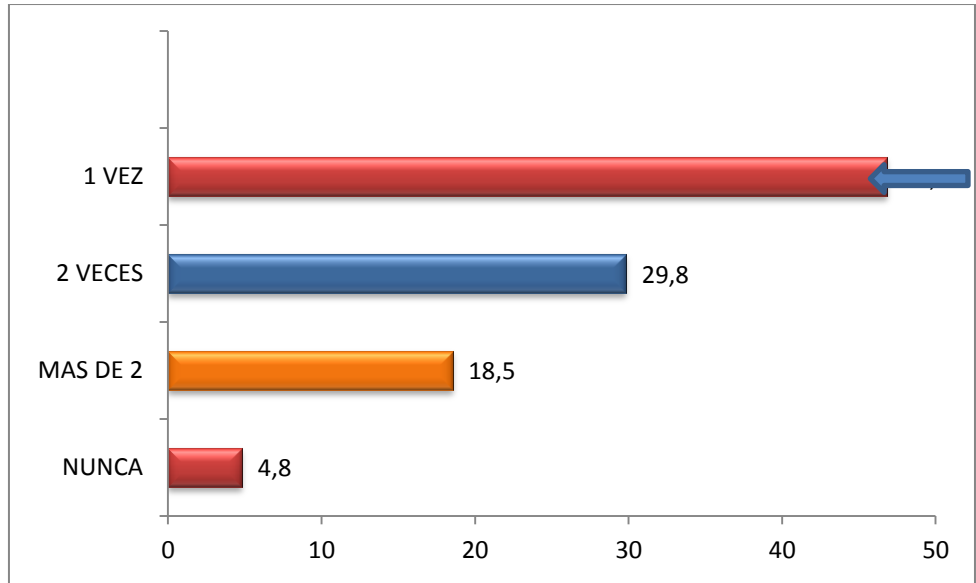
FUENTE: Estudiantes de las escuelas: Julia Jaramillo, Primero de Junio, 10 de Diciembre y Colegio Nacional Agustín Curipoma de la parroquia Gualel.

AUTOR: Tatiana Ambuludi.

INTERPRETACIÓN DE DATOS:

Entregado el fantoma y el cepillo a cada uno de los estudiantes y luego de evaluar la forma del cepillado, la gráfica indica que un 66,1 % de los pacientes examinados, utilizaron una técnica de cepillado considerada como incorrecta entendiéndose que lo hacen de forma horizontal y traumática, tanto como para el periodonto como para los tejidos dentarios, observándose la falta de promoción y educación en salud oral, únicamente el 33,9% realizan una técnica de cepillado considerada como correcta.

GRÁFICA: 13 VISITA AL ODONTÓLOGO

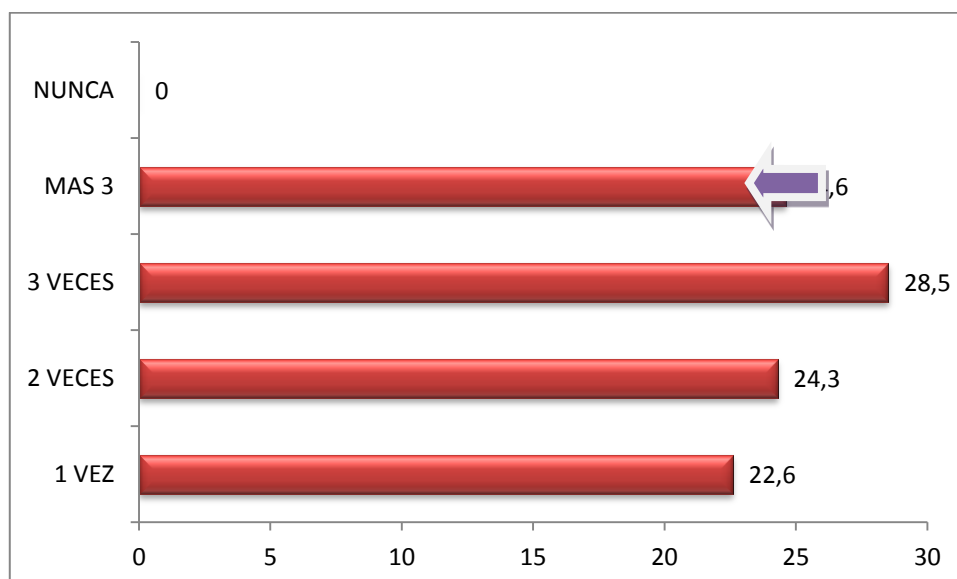


FUENTE: Estudiantes de las escuelas: Julia Jaramillo, Primero de Junio, 10 de Diciembre y Colegio Nacional Agustín Curipoma de la parroquia Gualel.
AUTOR: Tatiana Ambuludi.

INTERPRETACIÓN DE DATOS:

Realizadas las encuestas a cada uno de los alumnos, la gráfica nos indica que el 46,8%, de los estudiantes mencionó que visita al odontólogo una vez al año, que sería la frecuencia mínima recomendada para mantener una adecuada salud bucal pero en este dato es importante mencionar que debido a la alta prevalencia de caries una vez por año resultaría ineficiente ya que dichos pacientes necesitan un tratamiento rehabilitador completo. De la misma manera denota importancia un pequeño porcentaje del 4,8% que mencionan no visitar al odontólogo en una frecuencia de “nunca”, situación que la podemos relacionar principalmente por una falta de interés y temor a la atención odontológica, el 48,3% restante de la población, realiza la visita al dentista entre 2 veces y más de dos veces al año.

GRÁFICA: 14 CONSUMO DE ALIMENTOS CARIOGÉNICOS



FUENTE: Estudiantes de las escuelas: Julia Jaramillo, Primero de Junio, 10 de Diciembre y Colegio Nacional Agustín Curipoma de la parroquia Gualiel.
AUTOR: Tatiana Ambuludi.

INTERPRETACIÓN DE DATOS:

La gráfica muestra que 24,6% de los pacientes examinados, se considera el grupo de riesgo o mayor susceptibilidad a padecer caries dental ya que la frecuencia de consumo de alimentos cariogénicos es mayor a 3 veces al día, valor perjudicial ya que el Ph de la cavidad bucal disminuye, siendo responsable del inicio de la desmineralización del esmalte pérdida de sustancia dentaria, e inicio del proceso carioso. El riesgo de caries dental aumenta en la medida que aumenta el consumo de azúcares entre comidas, puesto que el Ph cae a un nivel crítico factor favorable para el desarrollo del proceso carioso.

7. DISCUSIÓN

Según los resultados para la población estudiada, se encontró evidencia de asociación entre las variables mencionadas.

La patología bucal de mayor prevalencia es caries dental ya que afecta al 79,8% de los pacientes investigados, encontrándose por debajo del valor que se registra a nivel nacional como lo señala un Estudio Epidemiológico de Salud Bucal en Escolares en Ecuador (1996), que menciona que el 88,2% de los escolares menores de 15 años tienen caries dental. (Ministerio de Salud Pública. 2009)

El índice COPD (Dientes cariados, perdidos y obturados), es un indicador de la salud oral ampliamente utilizado a nivel internacional en esta población este indicador fue de 4,8, situándose por encima del valor que se registra a nivel nacional como lo indica: " Estudio epidemiológico nacional CPOD realizado en el año 2009, por el Ministerio de Salud Pública a nivel del país que manifiesta: El indicador CPOD (cariados, perdidos y obturados en piezas definitivas) a los 12 años de edad se redujo a 2,9. (Ministerio de Salud Pública. 2009)

El índice ceo (Dientes cariadas, extracción indicada, obturados), en la población examinada es de 4.5 considerándose alto, siendo elevado en comparación a la meta global establecida por la organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la salud que señala para el año 2020 el 50% de los niños de 5 y 6 años de edad estén libres de caries. (Organización Mundial de la Salud. 2004)

La caries dental se presenta en mayor porcentaje en los adolescentes, de 15 a 17 años, el índice CPOD que se registra es de 4.9, al comparar los datos con países de la región como Colombia existe concordancia en que los adolescentes son la población más afectada ya que el estudio señala que: "La caries es la enfermedad oral de mayor prevalencia en la población adolescente y sus efectos aumentan con la edad. Para Colombia, el índice COP-D (sumatoria de dientes D con caries C; dientes con obturación permanente O y dientes perdidos por caries P, sobre el total de individuos examinados) ha sido estimado en 5.2 en adolescentes entre 15 y 19 años". (Carrillo.2005)

Al respecto, cabe mencionar que los niños que participaron en este estudio habitan en áreas marginadas y que la literatura ha señalado al nivel socioeconómico como factor de riesgo, así los grupos con un nivel bajo presentan prevalencia mayor de alteraciones periodontales, debido a la falta o poca cobertura de los programas preventivos y de

atención odontológica, así como a las deficiencias en sus hábitos higiénicos. (Papapanou.1996)

La mayoría de los estudiantes encuestados realizan una técnica de cepillado incorrecta en un 66,1%, esto reflejó que carecían de los conocimientos necesarios para poder realizarla, la cual debe realizarse de forma minuciosa, y en la frecuencia indicada desde edades tempranas, aunque el porcentaje obtenido es alto, al compararlo con otros trabajos como en el de Más Sarabia y Soltres Vázquez es menor ya que dichos estudios señalan que el 90% de los pacientes incluidos en su estudio realizan una técnica de cepillado deficiente. (Vázquez Soltres, 2006).

8. CONCLUSIONES:

- Luego de haber examinado a los estudiantes de las escuelas Primero de Junio, 10 de Diciembre, Julia Jaramillo, y del Colegio Nacional Agustín Curipoma podemos concluir que la salud bucodental de esta población se encuentra afectada, debido a muchos indicadores que interviene de forma negativa a la salud oral; tales como la falta de educación bucodental, ausencia de promoción y prevención oral, así como también el poco interés y desconocimiento de la población, acerca de la importancia que tienen el aseo bucodental como factor determinante para mantener un buen estado de salud oral y general.
- Se concluye que los principales factores de riesgo que conllevan a la elevada prevalencia de caries dental, son: ingestión de alimentos cariogénicos, la práctica de una técnica de cepillado inadecuada, considerada como incorrecta ya que fue calificada como deficiente y traumática, sumando a esto una deficiente higiene oral.
- Se concluye que las patologías bucales con mayor prevalencia en la población de estudio son: caries dental con un 79,8% e inflamación gingival en un 41,1%, y presencia de maloclusiones en un 57,2%.

9. RECOMENDACIONES

- A las instituciones gubernamentales como lo es el MSP, para que amplíe los programas de atención primaria en el campo odontológico, lo que permita rehabilitar las patologías existentes en los estudiantes, que exista mayor fomento de promoción y prevención de la salud oral, a través de campañas de educación bucodental.
- Como Universidad realizar un plan de mejora en Promoción y Prevención de salud bucodental, como parte de Vinculación con la comunidad dirigido a la población de las parroquias rurales del cantón Loja,
- Motivar a los profesionales de la salud oral, sobre todo a los que laboran en la parroquia Gualel, para q partiendo de esta información, se puedan realizar estudios más profundos sobre estrategias de prevención e intervención y así complementar de una manera eficiente todo el proceso de rehabilitación odontológica que es brindada por el ministerio de salud.
- A los estudiantes y padres de familia de las escuelas y colegio que participaron en el presente trabajo investigativo, para que tengan un mayor grado de preocupación por el cuidado y mantenimiento de un buen estado de salud oral, ya que la cavidad bucal es la puerta de entrada a todo nuestro organismo.

10. BIBLIOGRAFÍA:

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2003: Forjemos el futuro. Ginebra, Suiza.2003.
2. NEGRONI, Martha. Microbiología Estomatológica. 2 Edición. Editorial Panamericana. Buenos Aires. Argentina.2009.
3. HECHAVARRIA Bárbara y colaboradores. Salud bucal en la adolescencia. Cuba 2013.
4. BÁRBARA L. PELLITERO REYES. Caries, maloclusiones y hábitos bucales deformantes en adolescente. Cuba.2002. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no73/n73ori7.htm>.
5. RODRIGUEZ, Amado y colaboradores. Diagnóstico de Salud Bucal. Revista Cubana de Estomatología. 1996. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol33_1_96/est01196.htm.
6. Asociación de Gobiernos parroquiales de Loja.2012 (ASOGOPAL).
7. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICAS Y CENSOS (INEC). Censo de Población y Vivienda 2010.
8. CARRILLO. MJ, Zermeño IJ. Incidencia y prevalencia de las enfermedades periodontales. ADM 1986; 43(4):144–149.
9. ANGARITA, N, Cedeño,C, Pomonty, D, Quilarque, L, Quiros, O, Maza, P, D Jurisc, A, Alcedo, C, Fuenmayor, D, Consecuencias de la perdida prematura del primer molar permanente en un grupo de alumnos de la escuela básica San José de Cacahual con edades comprendidas entre los 10 y 15 años. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría Edición electrónica, septiembre 2000.
10. VÁZQUEZ SOLTRES V, Rodríguez LO, Blanco Ruíz AO. Estudio de la enfermedad periodontal y la higiene bucal en dientes en desoclusión [en línea] [fecha de acceso 23 de septiembre de 2004]. Disponible en: <http://www.odontología-online.com/casos/part/ABR/ABROL/abrol>
11. HARRIS. N; GARCÍA. F. Odontología preventiva primaria. Segunda edición. (2005). Editorial Manual moderno México. Pág. 141-146.

12. BOJ. J, CATALÁ.M. Odontopediatría. Editorial Masson S.A. primera edición 2004 capítulo 32, Páginas 367-369
13. VAJDI, G. Manual Ilustrado de Cirugía Oral y Maxilofacial. Panamá: Jaypee-Highlights Medical Publisher. (2011).
14. J. R. BOJ; M. CATALA; C. GARCÍA – BALLETTAS; A. MENDOZA; Odontopediatría. Editorial Masson. S. A. España 2004.
15. BARRANCOS MOONEY, Julio. Operatoria Dental. Buenos Aires. 4 Edición. (2006). Editorial Panamericana. P 377 - 378.
16. CUENCA, Emili y BACA Pilar; (2005). Odontología Preventiva y Comunitaria. 3 Edición. Editorial. Masson.
17. HIGASHIDA, Bertha; (2000). Odontología preventiva. Editorial. Mac Graw-Hill Interamericana. P.211- 212.
18. COBOS, Juan Manuel y GARCÍA, Juan José. Manuel Técnico Superior en Higiene Bucodental. (2005) Editorial. Mad. S. L. p. 128 – 129.
19. GUZMÁN F. Y ARIAS A. La historia Clínica: elemento fundamental del acto médico. Artículo especial. Colombia 2012. Disponible en: <http://www.ascolcirugia.org/revista/revistaeneromarzo2012/6-%20Historia%20clinica.pdf>
20. 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>.
21. J. Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wysocki. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea, Segunda Edición 2005. pag. 3-21.
22. 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

- 23.** 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>
- 24.** FLAVIO VELLINI, Ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica. (2009). (en línea).Sao Paulo.Artes Medicas. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art23.asp>
- 25.** ROSA MARIA MASSÓN, Desarrollo de los dientes y la Oclusión. (en línea).Disponible en: <http://articulos.sld.cu/ortodoncia/files/2009/12/desd-y-o-maestri.pdf>
- 26.** Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria. (2004-2005). Caracas Venezuela Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art17.asp>
- 27.** GONZÁLEZ, G. Y MARRERO L. (2012). Mordida Cruzada Anterior. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria, disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art19.asp>
- 28.** 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>
- 29.** 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 Odontopediatria, disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art29.asp>
- 30.** LUGO, C., TOYO, I. (2011). Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las Maloclusiones. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria, , disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art5.asp>.
- 31.** 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.](http://www.scielo.cl/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0370-41061999000600004&LNG=EN&NRM=ISO&TLNG=EN)

32. ALVAREZ, Carlos. Perfil Epidemiológico de la Salud Bucodental archivo PDF disponible en

http://www.pediatria.gob.mx/diplo_diagsit.pdf

33. 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.



“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: ____/____/____

Edad del Alumno (a):.....

Parroquia:.....

Año de educación:

Nombre de la institución:.....

Nombre del Alumno:.....

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 qué frecuencia los consume en un día?**

Nunca ()

Una vez ()

Dos veces ()

Tres veces ()

Más de tres veces ()

“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 ()

ALTERACIONES DENTALES

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

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

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

3. **RELACIÓN MOLAR**

Dentición temporal

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

4. **OCLUSIÓN ALTERADA** Si () No ()

5. HÁBITOS

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 ()
 Bis a Bis ()
 Apiñamiento ()
 Ninguno ()

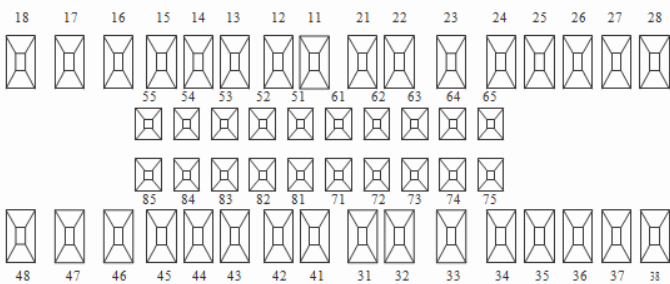
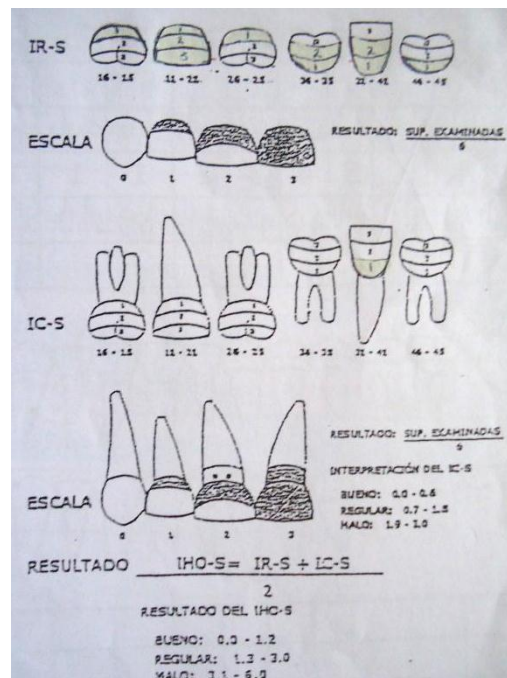
4. **FLUOROSIS DENTAL**

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

Dentición Permanente

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

INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO



ODONT

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

REFERENTE TEÓRICO

1. SALUD ORAL

1.1 CONCEPTO DE SALUD ORAL

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

2. HISTORIA CLÍNICA

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

3. PATOLOGÍAS

3.1 LESIONES DE LOS TEJIDOS DUROS

3.1.1 Caries dental

La caries dental es el resultado de una disolución química localizada en la superficie del diente causada por eventos metabólicos que tienen lugar en el biofilm que cubre la zona afectada, destruyendo de esta manera al esmalte, dentina y cemento; generalmente la lesión cariosa se desarrolla en sitios como

fosas, fisuras superficies oclusales y puntos de contacto (MONTESINOS D. 2011).

3.1.1.1 FACTORES DE RIESGO DE LA CARIES DENTAL

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

3.2.1 ALTERACIONES DE NUMERO

3.2.1.1 Anodoncia total o parcial

La Anodoncia total es un trastorno raro en el cual no hay dientes temporales ni permanentes. Suele presentarse asociada a un trastorno generalizado tal como la displasia ectodérmica hereditaria. La displasia ectodérmica suele heredarse como rasgo recesivo ligado al cromosoma X principalmente en hombres, pero una forma autosómica recesiva también se presenta en las mujeres.

La forma más frecuente de anodoncia es la anodoncia parcial, llamada también hipodoncia u oligodoncia, y que afecta a uno o más dientes. Aunque cualquier diente puede faltar congénitamente, algunos dientes tienden a faltar con más frecuencia que otros. (J. PHILIP 2005)

3.2.1.2. Dientes supernumerarios.

Dientes en exceso sobre el número normal. Aunque estos dientes pueden presentarse en cualquier localización, tienen predilección por ciertos sitios. Son mucho más frecuentes en el maxilar superior (90%) que en la mandíbula (10%). El más frecuente es un diente supernumerario localizado entre los incisivos centrales del maxilar superior, que suele designarse como mesiodiente, seguido por los cuartos molares (paramolares) y los incisivos laterales. Los dientes supernumerarios más frecuentes en la mandíbula son los premolares, aunque también se observan a veces cuartos molares e incisivos. (J. PHILIP 2005)

ALTERACIONES DE FORMA.

3.2.2.1 Taurodontismo

El taurodontismo o «dientes de toro», es un trastorno del desarrollo que afecta principalmente a los molares, aunque en algunos casos a los premolares, a este tipo de diente lo podemos encontrar tanto en dientes temporales como permanentes, en pacientes con amelogénesis imperfecta, síndrome de Klinefelter y síndrome de Down; radiológicamente este tipo de diente se caracteriza por su forma rectangular, mínima constricción y definición del borde cervical, y una bifurcación desplazada hacia el ápice que origina una cavidad pulpar extremadamente grandes y con canales pulpares cortos(J. PHILIP SAPP, LEWIS R. EVERSELE, GEORGE P. WYSOCKI 2005)

3.2.2.2 Diente Invaginado.

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

3.2.2.3 Cúspides supernumerarias

En este caso los dientes presentan cúspides adicionales o supernumerarias, un ejemplo de ello son las cúspides de Carabelli, la cual se aparece en las superficies mesiolinguales de los primeros molares permanentes del maxilar superior y no representan ningún problema clínico (J. PHILIP SAPP, LEWIS R. EVERSOLE, GEORGE P. WY SOCKI 2005).

El diente evaginado o cúspides en garra, afecta principalmente a los premolares definitivos, se caracteriza por el desarrollo de una proyección anormal en forma de globo, dándole el aspecto de una cúspide adicional, generalmente se localizada en el centro sobre la superficie oclusal y lingual de los premolares, su evaginación puede interferir en la erupción del diente llevando a una erupción incompleta o desplazamiento del mismo, debido a que la cúspide tiene un cuerno pulpar adicional, su desgaste o fractura produce inflamación pulpar (J. PHILIP SAPP, LEWIS R. EVERSOLE, GEORGE P. WY SOCKI 2005)

3.2.2.5 Cúspide en garra

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 cingulo y suele extenderse hasta el borde incisivo como una proyección prominente del esmalte, presentando en algunos casos fositas linguales a ambos lados de la cúspide, para lo que es necesario restaurar para prevenir futuras caries dental (J. PHILIP SAPP, LEWIS R. EVERSOLE, GEORGE P. WY SOCKI 2005).

3.2.2.6 Geminación

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

3.2.2.7 Fusión.

Diente conformado anormalmente que puede presentar una corona clínicamente ancha. La fusión se define como la unión de los primordios dentales normalmente separados

3.3 Fluorosis dental

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

3.3.1 Grados clínicos de la fluorosis dental

Existen grados clínicos diferentes de fluorosis del esmalte en los que tenemos:

Leve.- aquí el diente es de color blanco mate y afecta a los bordes incisales o cúspides de los dientes posteriores, se puede observar en forma de gorro de nieve, estrías o venas delgadas e irregulares de color blanco opaco.

Moderado.- aquí la fluorosis se presenta de color café oscuro combinado con coloraciones blancas y opacas, en este caso también podemos observar cavidades discretas de 1 a 2mm

Grave.- a este nivel el color es de café chocolate hasta casi negras (HARRIS.N; GARCÍA.G ET.AL 2005).

3.3.2 Factores de riesgo de fluorosis

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

3.4 LESIONES DE LOS TEJIDOS BLANDOS

3.4.1 ENFERMEDADES GINGIVALES

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 Y 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.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.ej. fenitoína, valproato, etc), inmunosupresores (p.ej. ciclosporina, etc), bloqueadores de los canales de calcio (p.ej. nifedipina, verapamilo, etc), y sus síntomas suelen comenzar después de los tres meses de medicación, y alcanza su intensidad máxima a los 12 -18 meses de tratamiento (LINDHE.J. 2009; BOJ. J, CATALÁ.M. 2004)

3.5 OCLUSION

3.5.1 RELACIÓN MOLAR DE LA DENTICIÓN TEMPORAL

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

- **PLANO TERMINAL RECTO:** Cuando los primeros molares erupcionan en relación borde a borde.
- **ESCALON MESIAL:** cuando la superficie distal del segundo molar primario inferior esta mesial a la superficie distal del segundo molar superior primario

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

3.5.2 DENTICIÓN PERMANENTE (Clave de Angle)

Clase I

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

Clase II

Se define como clase II debido a que el primer molar inferior se sitúa distalmente con relación al primer molar superior y cuando el surco mesiovestibular del primer molar permanente inferior se encuentra distalizado con relación a la cúspide mesiovestibular del primer molar superior (FLAVIO VELLINI-2009)

Clase II División I.

Se conoce como clase II división I, a la inclinación vestibular que presentan los incisivos superiores, esta clase es frecuente en pacientes con problemas de desequilibrio de la musculatura facial, causado por el distanciamiento vestibulolingual entre los incisivos superiores y los inferiores, además de ello se caracteriza por presentar un perfil facial convexo (FLAVIO VELLINI-2009).

Clase II División II. En la Clase II división II, los incisivos superiores se encuentran palatinizados o verticalizados, es por ello que los pacientes presentan perfiles faciales restos y levemente convexo, asociados a que la musculatura equilibrada esta con una leve alteración (FLAVIO VELLINI-2009).

Clase 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 (FLAVIO VELLINI-2009)

3.6 TIPO DE DENTICIONES

3.6.1 Dentición temporal

La dentición temporal comienza su calcificación al cuarto y sexto mes de vida intrauterina, terminando este proceso al momento del nacimiento, la erupción de esta dentición se realiza en periodos y grupos distintos de tal manera que el primer grupo está formado por los centrales y laterales inferiores los cuales erupcionan a los 5 a 6 meses; mientras que el incisivo central superior erupcionan 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 (ROSA MASSÓN-2004).

3.6.2 Dentición mixta

Se conoce como dentición mixta a la presencia simultánea en boca, de dientes temporales y permanentes; este periodo de recambio abarca de los seis hasta

los doce años de edad y es de gran importancia e interés en la etiología de anomalías de la oclusión, porque en este periodo se realiza una serie de complicados procesos que conducen al cambio de la dentición temporal por la permanente y al establecimiento de la oclusión normal definitiva (ROSA MASSÓN-2004).

3.6.3 Dentición permanente

En la aparición de la segunda dentición, se da una mayor variabilidad como consecuencia de la influencia de factores hormonales y la deferencia de sexo, pero al igual que la dentición temporal, los dientes permanente también tiene su cronología de erupción es por ello que los primeros molares erupcionan a los 6 años, seguidos de incisivos centrales mandibulares a los 6 - 7 años, los incisivos centrales maxilares y laterales mandibulares a los 7 - 8 años, el incisivo lateral maxilar a los 8 – 9 años, los caninos mandibulares a los 9 – 10 años, el primer premolar maxilar a los 10 – 11 años, el segundo premolar maxilar y primero premolar mandibular a los 10 – 11 años, el segundo premolar mandibular y canino maxilar a los 11 – 12 años y finalmente segundo molar maxilar a los 12 – 13 años (ROSA MASSÓN-2004)

3.7 Alteraciones de Oclusión.

3.7.1 PÉRDIDA PREMATURA DE DENTICIÓN DECIDUA

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

3.7.1.2 Pérdida temprana: Se refiere a la pérdida de dientes primarios antes de la época esperada pero sin llegar a comprometer el mantenimiento natural del

perímetro o longitud de arco. (REVISTA LATINOAMERICANA DE ORTODONCIA Y ODONTOPEDIATRÍA. 2004-2005).

3.7.1.3 CAUSAS DE LA PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES

Dentro de las causas tenemos: 1.) Enfermedades tales como: caries dental, resorciones radiculares atípicas; 2.) Malos hábitos orales entre los cuales se encuentran: sacar la lengua, chupeteo del dedo gordo, mordida del labio inferior, que producen movilidad dentaria y rizólisis temprana de sus raíces y por lo tanto su pérdida antes de la fecha esperada; 3.) Debido a la existencia de macroglosia y micrognatia; 4.) Alteraciones congénitas, en los cuales el diente se presenta con poca o nada de raíz lo que favorece sus pérdidas; 5.) Iatrogenia en el procedimiento odontológico: por perforación del piso pulpar, perforación de la furca, fractura de la raíz durante la endodoncia por lo fino de sus raíces (REVISTA LATINOAMERICANA DE ORTODONCIA Y ODONTOPEDIATRÍA.2004-2005)

3.7.2 Mordida abierta

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

3.7.3 Mordida Profunda

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

3.7.4 Mordida cruzada anterior

En la mordida cruzada anterior los incisivos y/o caninos del maxilar superior se encuentran en posición lingual con respecto a sus homólogos de la mandíbula.

(GABRIELA GONZÁLEZ, LAURA MARRERA, 2012)

3.7.5 Mordida cruzada posterior

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

3.7.6 Mordida anterior 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.

4. 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.

4.1 Succión digital

El hábito de succión digital suele terminar a los 3 o 4 años de edad, lo más frecuente es la succión del pulgar, que es succionado apoyando la yema del dedo sobre la zona retroincisiva superior mientras la parte ungueal se apoya sobre los incisivos inferiores. Los efectos de este apoyo dependerán de la posición intensidad, frecuencia y duración del hábito de succión. (BOJ JUAN, CATALÁ MONTSERRAT Y COL, 2011)

Efectos bucales:

- Protrusión de los incisivos superiores (con o sin diastemas).
- Retroinclinación de los incisivos inferiores.
- Mordida abierta anterior.
- Prognatismo alveolar superior.
- Estrechamiento, de la arcada superior (debido principalmente a la acción del musculo buccinador).
- Mordida cruzada posterior.
- Dimensión vertical aumentada (MARÍA FERNANDA GONZÁLEZ, GIANFRANCO GUIDA, DIANA HERRERA. OSCAR QUIRÓS, 2012)

4.2 Respiración bucal

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

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

4.3 Deglución atípica

Se presenta debido a la interposición de la lengua entre las arcadas dentarias en el acto de deglutir, esto es lo que se denomina lengua protráctil, el individuo para deglutir necesita hacer un vacío que en conjunción con los movimientos

de la lengua impulsa el alimento hacia la faringe. Cuando existe lengua protráctil el sellado periférico anterior para producir el vacío necesario, se hace al contactar la lengua con los labios directamente, suele ser una postura adaptativa para lograr un correcto cerrado oral en los casos donde no hay contacto inter incisivo.(CARMEN LUGO, IRASEMA TOYO, 2011)

Consecuencias de la deglución atípica:

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

4.4 Interposición lingual

La interposición lingual consiste en la ubicación de la lengua entre las piezas dentarias, ya sea en la zona anterior (a nivel de incisivos) o entre los sectores laterales (a nivel de molares) observada en reposo y/o durante las funciones de deglución y fonarticulación (PAMELA AGURTO V, RODRIGO DÍAZ, OLGA CÁDIZ, FERNANDO BOBENRIETH, 1999)

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

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

2. FACTORES DE RIESGO DE LA SALUD BUCAL

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; Relacionados con la atención a la salud; Socioculturales; Económicos: bajos ingresos (HIGASHIDA. B 2000).

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

2.2.1 FACTORES DE RIESGO LOCALES

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 Y BACA, 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 Y BACA, 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, 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 acumulo de placa bacteriana (CUENCA 2005 Y BARRANCOS, 2006)

2.2.2 FACTORES DE RIESGO GENERALES

Dentro factores de riesgo generales encontramos: 1.Socioeconómicos: en el que hallamos la calidad de vida, estabilidad laboral, ingresos, cobertura asistencial, 2. Ambientales: se toma en cuenta el abastecimiento inadecuado de agua potable; así como también si la madre es reservorio de Streptococcus mutans, 3. Culturales: aquí encontramos escolaridad, valoración de la salud, creencias y costumbres, 3. Biológicos: como son rasgos genéticos, enfermedades sistémicas tratadas, estado nutricional, estado inmunitario, estrés, enfermedades intercurrentes (COBOS. J. Y GARCÍA. J.J 2005).

FOTOS TRABAJO DE CAMPO



F: PARROQUIA GUALEL



F: ESCUELA PRMERO DE JUNIO.



F: ESCUELA JULIA JARAMILLO



F: COLEGIO NACIONAL AGUSTIN CURIPOMA



F: DIAGNOSTICO BUCAL



F: PRESENCIA PLACA BACTERIANA



F: PRESENCIA DE CÁLCULO DENTAL



F: INFLAMACION GINGIVAL – APIÑAMIENTO



F: RECESION DENTAL



F: CARIES DENTAL



F: CARIES DENTAL



F: CARIES DENTAL



F: DIENTES CÓNICOS PIEZA: 1.2, 2.2



F: CLASE ANGLE I SIN APIÑAMIENTO



F: MORDIDA PROFUNDA



F: ESCALON MESIAL



F: MORDIDA CRUZADA ANTERIOR Y POSTERIOR



F: MORDIDA ABIERTA



F: MORDIDA BIS A BIS



F: REALIZACION DE DIAGNOSTICOS DENTALES



F: LLENADO DE ENCUESTAS



F: TECNICA DE CEPILLADO



F: CHARLAS DE EDUCACION ORAL





F: DOCENTES Y ALUMNOS DE LA ESCUELA PRIMERO DE JUNIO



F: ENTREGA DE IMPLEMENTOS DE HIGIENE ORAL

12 ÍNDICE

CARÁTULA	I
CERTIFICACION	li
AUTORIA	li
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS	Iv
DEDICATORIA	V
AGRADECIMIENTO	Vi
TITULO	7
RESUMEN	8
SUMARY	10
INTRODUCCIÓN	12
REVISIÓN LITERARIA	16
MATERIALES Y METODOS	21
RESULTADOS	23
DISCUSION	37
CONCLUSIONES	29
RECOMENDACIONES	40
BIBLIOGRAFIA	41
ANEXOS	47
INDICE	70