



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOL OGÍA

TÍTULO

DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS: JARDÍN ANTONIO PEÑA CELI Y SECUNDARIOS COLEGIO NACIONAL MIXTO VILCABAMBA, DE LA PARROQUIA VILCABAMBA DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013.

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE ODONTÓLOGO

AUTOR:

Fredy Antonio López Gordillo.

DIRECTORA:

Dra. Canny Valarezo

Loja - Ecuador

2013

CERTIFICACIÓN

Dra. Tannya Valarezo
DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Que la tesis, cuyo tema es DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS: JARDIN ANTONIO PEÑA CELI Y SECUNDARIOS COLEGIO NACIONAL MIXTO VILCABAMBA, DE LA PARROQUIA VILCABAMBA DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013, de autoría del alumno Fredy Anthony López Gordillo, ha sido revisado y cumple con los parámetros del método de investigación y su proceso, por lo tanto solicito se dé el trámite legal correspondiente que así dispone la UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.

Atentamente



.....
Dra. Tannya Valarezo
DIRECTOR DE TESIS

CARTA DE AUTORIZACION DE PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA, REPRODUCCION PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACION

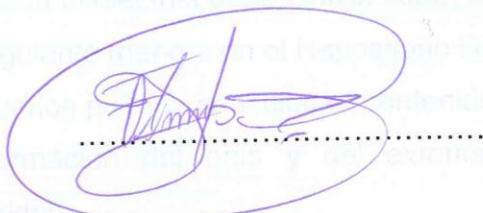
AUTORÍA

Yo, Fredy Antonio López Gordillo, declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja 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 Fredy Antonio López Gordillo

Firma:



Cédula: 1900358597

Fecha: 22 de Noviembre del 2013

Autor:

Fredy Antonio López Gordillo

Cédula:

1900358597

Dirección:

Av. Pío Jaramillo Alvarado, Universidad Nacional de Loja (Combaracá)

Código Electrónico:

fredy_antonylo@unl.edu.ec

Teléfono:

Celular: 0997950001

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Director de Tesis: Dra. Tameya Valarezo

Tribunal de Grados: Dra. Lilibeth Pineda López

Dra. Juliana Castillo G.

Dra. Ángela Miguélez G.

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

Yo, Fredy Antonio López Gordillo, declaro ser autor de la tesis titulada: DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS: JARDIN ANTONIO PEÑA CELI Y SECUNDARIOS COLEGIO NACIONAL MIXTO VILCABAMBA, DE LA PARROQUIA VILCABAMBA DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013; como requisito para optar al grado de Odontólogo 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 22 días del mes de Noviembre del dos mil trece, firma el autor.

.....
Autor:  Fredy Antonio López Gordillo

Cédula: 1900358597

Dirección: Av. Pío Jaramillo Alvarado y Hernando de Aranda (Cumbaratza)

Correo Electrónico: fredy_anthony1978@hotmail.com

Teléfono: 318309 Celular: 0997980691

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Directora de Tesis: Dra. Tannya Valarezo

Tribunal de Grado: Dra. Libia Pineda López.

Dra. Zulema Castillo G.

Lic. Ángel Iñiguez G.

DEDICATORIA

El presente trabajo Investigativo lo dedico a Dios que es la inspiración de todos mis actos, a mis padres que me incentivaron el don de servir a los demás y a mis hijos que son el motor para seguir día a día.

El Autor

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja por brindarnos los aprendizajes y darme la oportunidad de estudiar y ser un profesional.

A la Doctora Tannya Valarezo que con dedicación y humildad supo guiarme en el desarrollo de la presente Investigación.

A mis compañeros que de una u otra forma me han apoyado para que culmine con éxito el presente trabajo.

1. TÍTULO

DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS JARDÍN ANTONIO PEÑA CELI Y SECUNDARIOS COLEGIO NACIONAL MIXTO VILCABAMBA, DE LA PARROQUIA VILCABAMBA DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013.

2. RESUMEN

La caries dental y la enfermedad periodontal son consideradas en el mundo como las enfermedades de mayor peso en la historia de morbilidad bucal, en la actualidad su distribución y severidad varían de acuerdo a múltiples factores, entre los cuales se determinó la prevalencia de las principales patologías.

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal, en un universo de 215 estudiantes del Jardín de infantes José Antonio Peña Celi y del Colegio Nacional Mixto de la Parroquia de Vilcambamba, durante el Período Septiembre- Octubre 2013, cuyos objetivos fueron en realizar el diagnóstico bucal y conocer la prevalencia de las diferentes patologías y relación con los diferentes factores de riesgo que pueden llegar a producirlas. Para llevar a cabo la presente investigación se han utilizado la encuesta y la Historia clínica que fueron aplicados a cada uno de los estudiantes y que sirvieron para la adecuada recolección de los datos.

De acuerdo al análisis y procesamiento de la información se pudo encontrar los siguientes datos: el 82% de la población estudiada presentó caries dental, el 85% inflamación gingival, y el 30% presenta Fluorosis dental, y como factores coadyuvantes para la aparición de las diversas patologías fueron observados la mala higiene bucal y la dieta cariogénica, sumado a esta la falta de atención odontológica.

Palabras claves: Caries, enfermedad periodontal, morbilidad, prevalencia, patología y fluorosis.

SUMMARY

Dental caries and periodontal disease are considered in the world as heavier diseases in the history of oral disease, today its distribution and severity vary according to many factors, among which determined the prevalence of the major diseases.

A study of quantitative, descriptive and transversal in a universe of 215 students from kindergarten José Antonio Peña Celi and Joint National College Vilcabamba Parish during the period September-October 2013, whose objectives were to perform oral diagnosis and determine the prevalence of different pathologies and different relation to risk factors that can get to produce them. To carry out this research have been used the survey and clinical history were applied to each of the students and served for adequate data collection.

According to the analysis and processing of information might be found the following: 82% of the studied population had dental caries, gingival inflammation 85%, and 30% presented dental fluorosis, and as contributing factors to the appearance of various pathologies were observed poor oral hygiene and cariogenic diet, added to this the lack of dental care.

Keywords: dental caries, periodontal disease, morbidity, prevalence, pathology and dental fluorosis.

3. INTRODUCCIÓN

La salud bucodental, siendo fundamental en el bienestar del individuo, aun en la actualidad se encuentra desamparada, ya que diversos estudios nos revelan altos índices de prevalencia de patologías, tal como lo menciona un comunicado de la Organización Mundial de la Salud: “Las enfermedades bucodentales, como la caries dental, la periodontitis (enfermedad gingival) y los cánceres de la boca y la faringe son un problema de salud de alcance mundial que afecta a los países industrializados y, cada vez con mayor frecuencia, a los países en desarrollo, en especial entre las comunidades más pobres”; este reporte también menciona que.” Se estima que cinco mil millones de personas en el planeta han sufrido caries dental” (OMS, 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, 2009); es hoy en día una de las principales preocupaciones para la Salud pública, ya que a pesar de los esfuerzos, no se puede erradicarla.

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

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

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

Para la realización del presente estudio se utilizó una encuesta, la cual fue realizada de manera escrita por los investigadores, esta nos sirvió para la recolección de los factores de riesgo, y la historia clínica en la cual se recogieron todos los datos de las patologías que se encontraron presentes. Los objetivos de nuestro trabajo fue diagnosticar las patologías presentes en los estudiantes, identificar los factores de riesgo que influyen a la presencia de dichas patologías y

determinar la prevalencia de las mismas. Es por ello que se realizó el estudio que lleva por nombre “DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS JARDÍN ANTONIO PEÑA CELI Y SECUNDARIOS COLEGIO NACIONAL MIXTO VILCABAMBA, DE LA PARROQUIA VILCABAMBA DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013, dentro de las patologías que se encontró con mayor frecuencia es la caries dental con un 82% de la población, y la misma que se encuentra en nivel ALTO y MODERADO dentro del CPOD, influenciada por la frecuencia de cepillado, incorrecta técnica del mismo, poco visita al odontólogo, y otros factores de riesgo que afectan a la cavidad bucal en conjunto.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

CAPÍTULO I DIAGNÓSTICO EN SALUD DENTAL

1.1 DEFINICIÓN DE DIAGNÓSTICO

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)

CLASIFICACIÓN

Administrativo: Su propósito es evaluar la eficiencia de los recursos para causas inmediatas a la enfermedad.

Estratégico: identifica necesidades de estratos y establecer riesgos en situaciones de problemática en salud.

Ideológico: Propósito: Identificar procesos sociales buscando una estabilidad social. (Villa, J.2012)

1.2 DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL

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. Este se basa en un análisis de los hallazgos con enfoque clínico biológico, higiénico epidemiológico y social para la identificación de los problemas de salud. Es la medición del estado de salud de la población, en un momento determinado, por medio de los indicadores de salud. (Villa, J. 2012)

1.3 VILCABAMBA

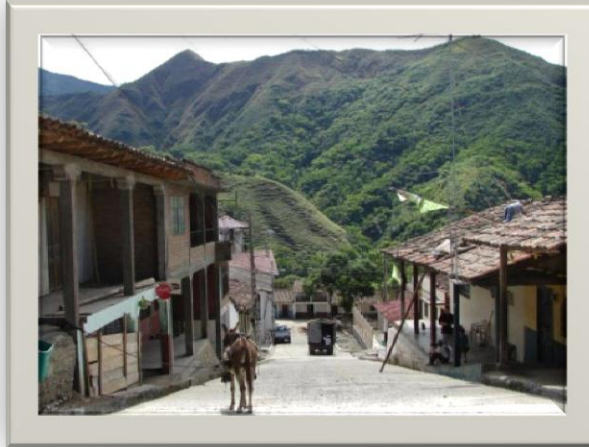


Foto N°1 parroquia de Vilcabamba.

1.3.1 HISTORIA

El 29 de mayo, Vilcabamba celebró sus 146 años de vida política. El primer encomendero de Vilcabamba fue Don Pedro de León por los años 1538-1581. En la Ley del 29 de mayo de 1861 sobre la División Territorial, se incluye todos los cantones y parroquias creados hasta la fecha, logrando de esta manera obtener la partida de nacimiento de la parroquia Vilcabamba, que desde el 2006 celebra su aniversario de creación. (GAD Municipal de Loja. 2011)



Foto N° 2 Iglesia de la parroquia Vilcabamba.

CAPÍTULO II SALUD ORAL

2.1 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).

2.2 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)

2.3 PATOLOGÍAS

2.3.1 LESIONES DE LOS TEJIDOS DUROS

2.3.1.1 Caries dental



Foto N° 3 presencia de caries dental

La caries dental es el resultado de una disolución química localizada en la superficie del diente causada por eventos metabólicos que tienen lugar en el

biofilm que cubre la zona afectada, destruyendo de esta manera al esmalte, dentina y cemento; generalmente la lesión cariosa se desarrolla en sitios como fosas, fisuras superficies oclusales y puntos de contacto (Montesinos, D. 2011).

2.3.1.2 ALTERACIONES DE NÚMERO

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. (Sapp, Eversole, & Wysocki, 2004)



Foto N°4 Anodoncia parcial.

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. (Sapp, Eversole, & Wysocki, 2004)



Foto N°5 Diente supernumerario (Paramolar).

2.3.1.3. ALTERACIONES DE FORMA.

Taurodontismo

El taurodontismo o «dientes de toro», es un trastorno del desarrollo que afecta principalmente a los molares, aunque en algunos casos a los premolares, a este tipo de diente 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(Sapp, Eversole, & Wysocki, 2004)



Foto N° 6 Diente con Taurodontismo

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. (Sapp, Eversole, & Wysocki, 2004)



Foto N°7 Diente invaginado.

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 (Sapp, Eversole, & Wysocki, 2004).

Diente evaginado

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

adicional, su desgaste o fractura produce inflamación pulpar (Sapp, Eversole, & Wysocki, 2004)



Foto N°8 Diente evaginado.

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 cóngulo 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 (Sapp, Eversole, & Wysocki, 2004).

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 (Sapp, Eversole, & Wysocki, 2004).

Fusión.

Diente conformado anormalmente que puede presentar una corona clínicamente ancha.

La fusión se define como la unión de los primordios dentales normalmente separados



Foto N°9 Fusión de las piezas N° 61 y 62.

Fluorosis dental

Consiste en un defecto del desarrollo del esmalte provocado por la ingestión de una cantidad excesiva de fluoruro durante la formación del esmalte, clínicamente las regiones hipomineralizadas fluoróticas son porciones de color blanco mate u opacas de la superficie dental, las cuales contrastan con apariencia lustrosa del esmalte normal. (Harris & García – Godoy, 2001).



Foto N°10 Fluorosis piezas N° 11 y 21.

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 & García – Godoy, 2001).

Factores de riesgo de fluorosis

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

2.3.1 LESIONES DE LOS TEJIDOS BLANDOS

2.3.1.1 ENFERMEDADES GINGIVALES



Foto N°11 Inflamación gingival

Enfermedad Gingival Inducida Únicamente por placa

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

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

En este caso la enfermedad gingival se presenta con respuestas inflamatorias muy marcadas y eritemas graves, en el caso de la gingivitis 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 2004).

Enfermedad gingival inducida por fármacos

El agrandamiento gingival que provoca desfiguración estética es un efecto adverso importante asociado con diversos fármacos: anticonvulsivos (p. fenitoína, valproato, etc.), inmunosupresores (p. Ej. ciclosporina, etc.), bloqueadores de los canales de calcio (p. 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. 2004)

2.4 OCLUSIÓN

2.4.1 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 (Carvajal, M., 2009)

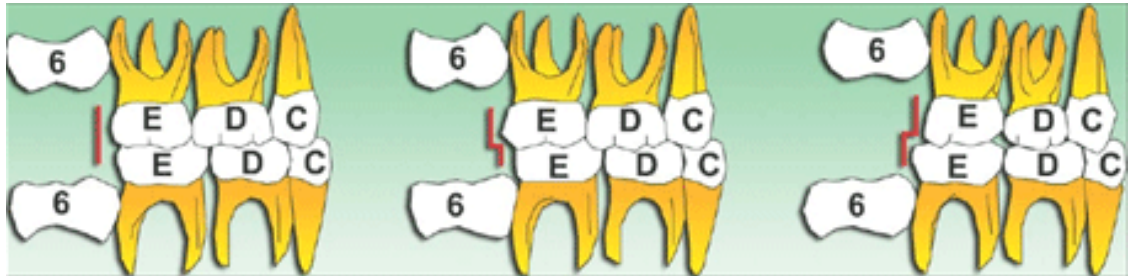


Foto N°12 Relación molar de la dentición temporal.

2.4.2 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 (Odontocat, 2001).



Foto N°13 Clase I de Angle.

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 (Odontocat, 2001)

- **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 (Odontocat, 2001).



Foto N°14 Clase II / División 1 de Angle.

- **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 rectos y levemente convexo, asociados a que la musculatura equilibrada esta con una leve alteración (Odontocat, 2001).



Foto N°15 Clase II / División 2 de Angle.

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 (Odontocat, 2001)



Foto N° 16 Clase III de Angle.

2.5 TIPO DE DENTICIONES

2.5.1 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 (Carvajal, M., 2009).

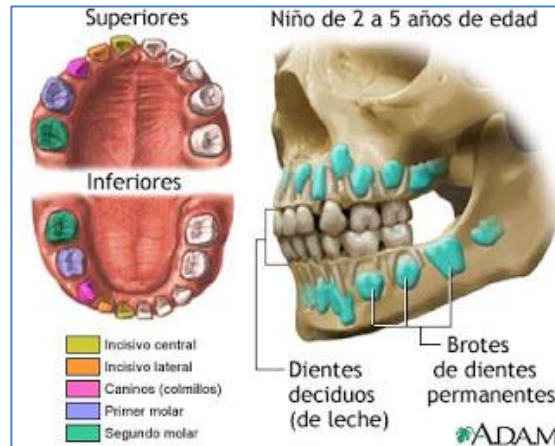


Foto N°17 Dentición Temporal.

2.5.2 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 (Massón, R. M., 2009).

2.5.3 Dentición permanente

En la aparición de la segunda dentición, se da una mayor variabilidad como consecuencia de la influencia de factores hormonales y la diferencia 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 (Massón, R. M., 2009).

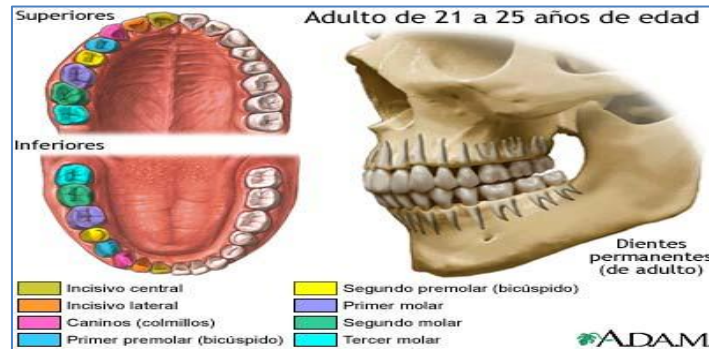


Foto N°18 Dentición permanente.

2.6 ALTERACIONES DE OCLUSIÓN.

2.6.1 PÉRDIDA PREMATURA DE DENTICIÓN DECIDUA

2.6.1.1 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.

2.6.1.2 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. (Ortiz, M. 2009).



Foto N°19 Pérdida prematura pieza N° 74.

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 (Ortiz, M. 2009).

2.6.2 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 (Vajdi, G., 2011).



Foto N°19 Mordida abierta.

2.6.3 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. (Okeson, 1999)



Foto N°20 Mordida profunda.

2.6.4 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. (González, G., 2012).

2.6.5 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 intercuspidad habitual, puede causar desplazamiento lateral de la mandíbula estableciéndose una mordida cruzada posterior unilateral funcional. (Aparecido, O., 2010).



Foto N°21 Mordida cruzada posterior.

2.6.6 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.

2.7 HÁBITOS

Un hábito bucal se refiere a la repetición frecuente de un mismo acto, que en un inicio se realiza de forma consciente y luego se torna de manera inconsciente.

2.7.1 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, O., Quirós, 2012).

2.7.2 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, J., Catalá M., 2004).

2.7.3 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., 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.

2.7.4 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.

La lengua durante la deglución ejerce presión sobre los dientes anteriores por lingual o entre ellos. Las deformaciones son: mordida abierta anterior, vestibuloversión, mordida cruzada posterior. (Agurto, 1999).

CAPITULO III

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

3.1 FACTORES DE RIESGO LOCALES

3.1.1 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 (Harris & García – Godoy, 2001).

3.1.2 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., Manau, & Serra, L., 2004).

3.1.3 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 (Cuenca, E., Manau & Serra, L., 2004).

3.1.4 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, E., Manau, & Serra, L., 2004).

3.2 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, 4.Biológicos: como son rasgos genéticos, enfermedades sistémicas tratadas, estado nutricional, estado inmunitario, estrés, enfermedades intercurrentes (Higashida, 2000).

5. MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal.

El universo está conformado por 215 estudiantes, del Jardín “Antonio Peña Celi” y del “Colegio Nacional Mixto Vilcabamba” de la parroquia rural Vilcabamba del cantón Loja año 2013 y la muestra está conformado por 215 estudiantes hombres y mujeres comprendidos entre los cuatro y diecisiete años. Dentro de los criterios de Inclusión tenemos a los estudiantes presentes en la recolección de datos y dentro de los criterios de exclusión tenemos a los estudiantes ausentes en la recolección de datos.

Las técnicas que se utilizó fueron: la observación, esta técnica me permitió tener una visión clara, real y actual del problema, a través de la percepción directa de los sujetos investigados, la encuesta, la cual se la utilizó para recolectar la información de manera escrita, a través de preguntas que se planteó los investigadores al investigado. Se elaboró un instrumento de recolección de datos; basado en la Historia Clínica Odontológica, el odontograma es uno de los principales formularios para registrar la información específica de la normalidad y lo patológico, así como el examen físico bucodental, la misma que es un documentación médico-legal que recoge el relato del paciente sobre su enfermedad, pruebas diagnósticas, intervenciones terapéuticas realizadas y evolución de un paciente.

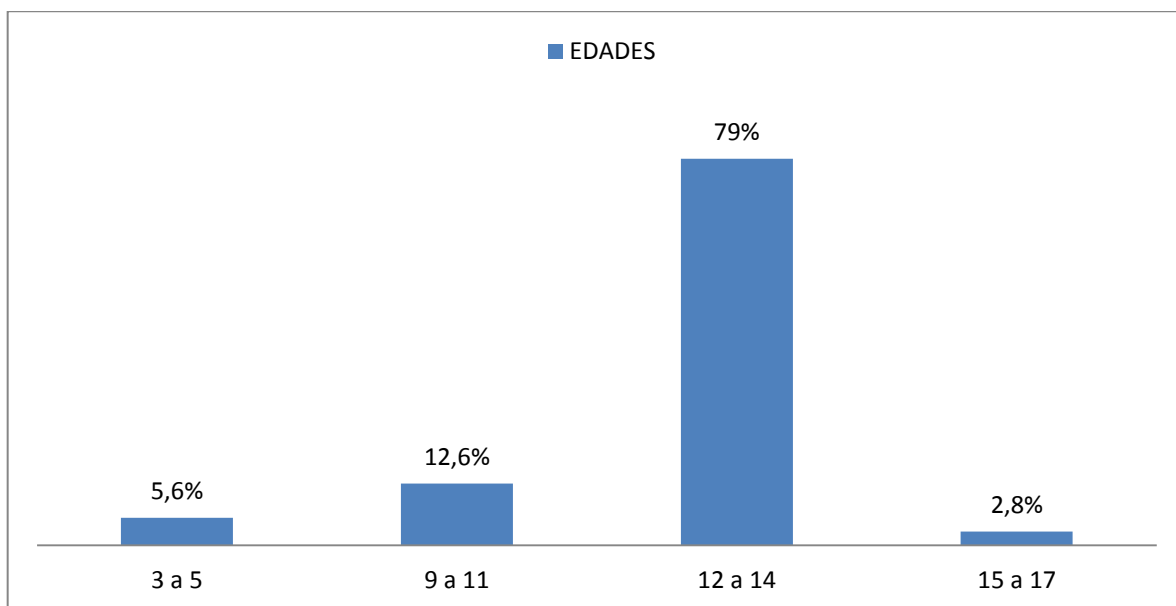
El presente trabajo investigativo se lo realizó de la siguiente manera: primero con la aprobación del macroproyecto, la elaboración de credenciales de identificación en los que constara los siguientes datos: Logo de la Universidad Nacional de Loja, foto y datos informativos del investigador, solicitud dirigida a los directores de cada establecimiento, con el fin de obtener autorización para realizar el trabajo de campo, oficio dirigido a las autoridades Educativas Regionales, la encuesta e historia clínica será validada por todos los docentes que conforman el departamento de odontología, se realizó el diagnóstico clínico bucal, a los estudiantes seleccionados, se aplicó la encuesta sobre higiene oral y factores de riesgo, a cada uno de los estudiantes, por medio de un Pantoma se pidió a los

estudiantes que indiquen la forma en la que se realizan el cepillado de los dientes, la misma que será calificada como correcta e incorrecta y así mismo anotada en la encuesta, se brindó charlas sobre educación en salud oral, a estudiantes y profesores y se entregó implementos de higiene oral a los estudiantes como cepillo y pasta dental, se realizó evidencias fotográficas de cada una de las actividades que se realicen, se organizó la información recolectada de la parroquia para proceder a la tabulación respectiva en el programa Microsoft Excel, y se presentaron en gráficas estadísticas, en base a los resultados se formuló conclusiones y recomendaciones, finalmente se integró los diferentes componentes del proceso investigativo, lo que permitirá elaborar el informe final.

Los recursos que hicieron posible la realización del presente proyecto tenemos recursos humanos: Directora de la Carrera de Odontología y Directora de tesis: Dra. Tannya Valarezo, egresado de la carrera de Odontología año 2013: Fredy López, asesor: Dr. José Procel, y personal administrativo, estudiantes y padres de familia del centro educativo Jardín Antonio Peña Celi y Colegio Nacional Mixto de la parroquia rural Vilcabamba del cantón Loja, dentro de los recursos Físicos se encuentran: establecimientos de educación inicial II, octavos y noveno año de básica, y recursos materiales: set de diagnóstico (espejo, explorador, pinza algodонера), materiales de bioseguridad, historias clínicas, encuestas, material didáctico, cámara fotográfica, computadora, materiales de escritorio, 215 pastas, 215 cepillos.

6. RESULTADOS

GRÁFICO N° 1: MUESTRA POR EDAD DE LOS ESTUDIANTES DEL “JARDÍN ANTONIO PEÑA CELI Y DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO VILCABAMBA” AÑO 2013.



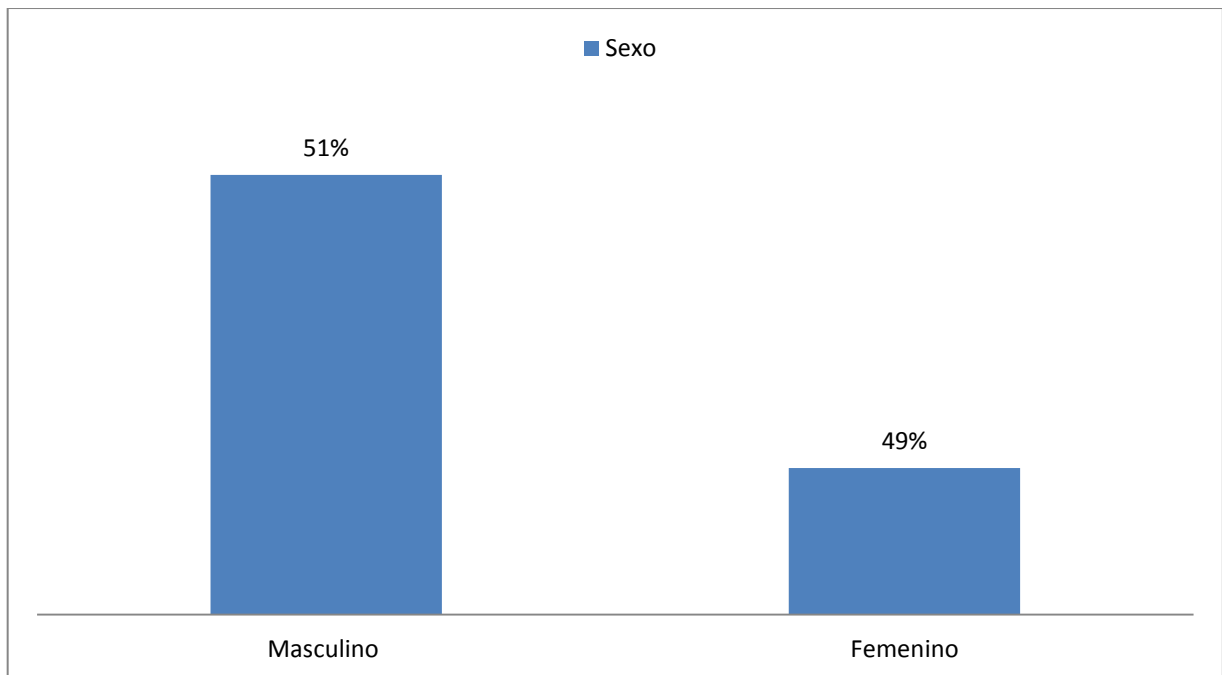
FUENTE: Historia Clínica de los estudiantes del Jardín “Antonio José Peña Celi” y “Colegio Nacional Mixto Vilcabamba”.

INVESTIGADOR: .Fredy Antonio López Gordillo.

INTERPRETACIÓN DE DATOS:

En la presente gráfica se puede observar que el mayor número de estudiantes están dentro del rango de 12 a 14 con un porcentaje del 79 %, seguido del rango de 9 a 11 años con un porcentaje del 12,5 %; de 3 a 5 años con un 5,6 % y por ultimo de 15 a 17 con 2,8 %.

GRÁFICO N° 2: MUESTRA POR SEXO DE LOS ESTUDIANTES DEL “JARDÍN ANTONIO PEÑA CELI Y DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO VILCABAMBA” AÑO 2013.



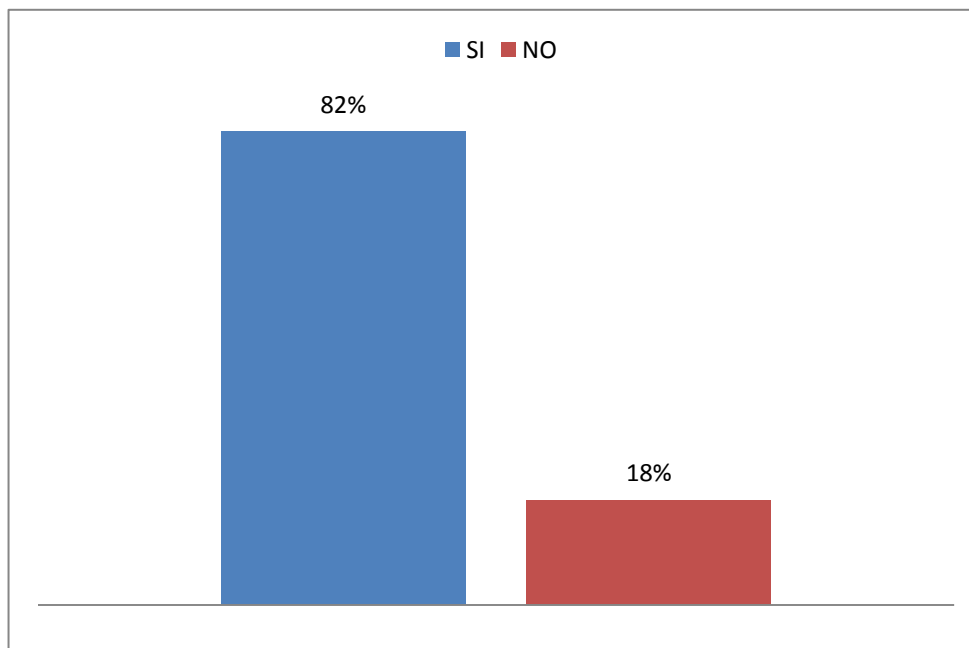
FUENTE: Historia Clínica de los estudiantes del Jardín “Antonio José Peña Celi” y “Colegio Nacional Mixto Vilcabamba”.

INVESTIGADOR: .Fredy Antonio López Gordillo.

INTERPRETACIÓN DE DATOS:

En la presente gráfica se puede observar que la mayor cantidad de estudiantes examinados son del sexo masculino con un 51 % y el 49 % del sexo femenino.

GRÁFICO N° 3: PRESENCIA DE CARIES DENTAL EN LOS ESTUDIANTES DEL “JARDÍN ANTONIO PEÑA CELI Y DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO VILCABAMBA” AÑO 2013.



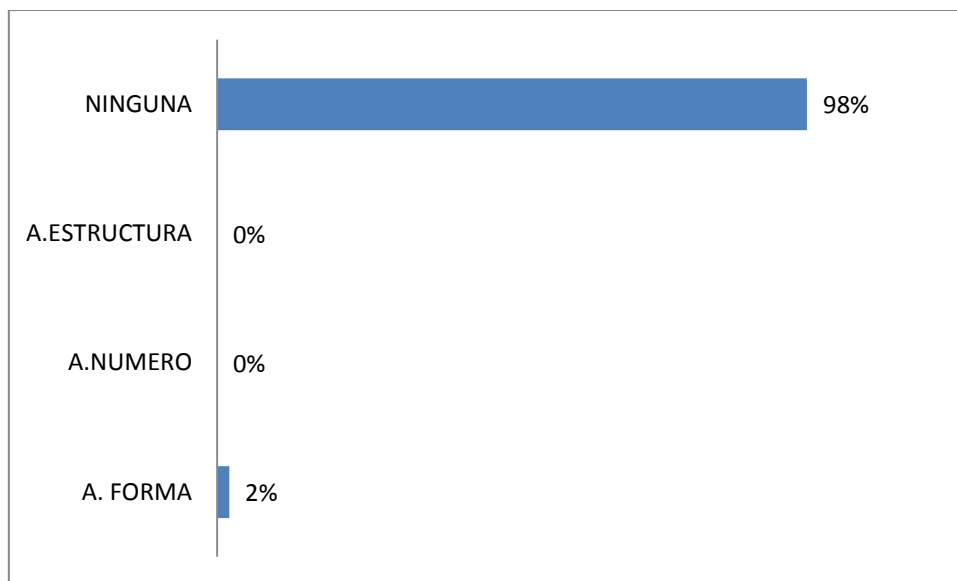
FUENTE: Historia Clínica de los estudiantes del Jardín “Antonio José Peña Celi” y “Colegio Nacional Mixto Vilcabamba”.

INVESTIGADOR: .Fredy Antonio López Gordillo.

INTERPRETACIÓN DE DATOS

Luego de haber realizado el diagnóstico clínico a los estudiantes en la gráfica se observa que la población estudiada presentaron caries dental, en un porcentaje de un 82%, probablemente se puede relacionar estos valores con una incorrecta técnica de cepillado, presencia de placa bacteriana, cepillado dental insuficiente, consumo diario y frecuente de alimentos cariogénicos, etc.

GRÁFICO N° 4: PRESENCIA DE ALTERACIONES DENTALES EN LOS ESTUDIANTES DEL “JARDÍN ANTONIO PEÑA CELI Y DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO VILCABAMBA” AÑO 2013.



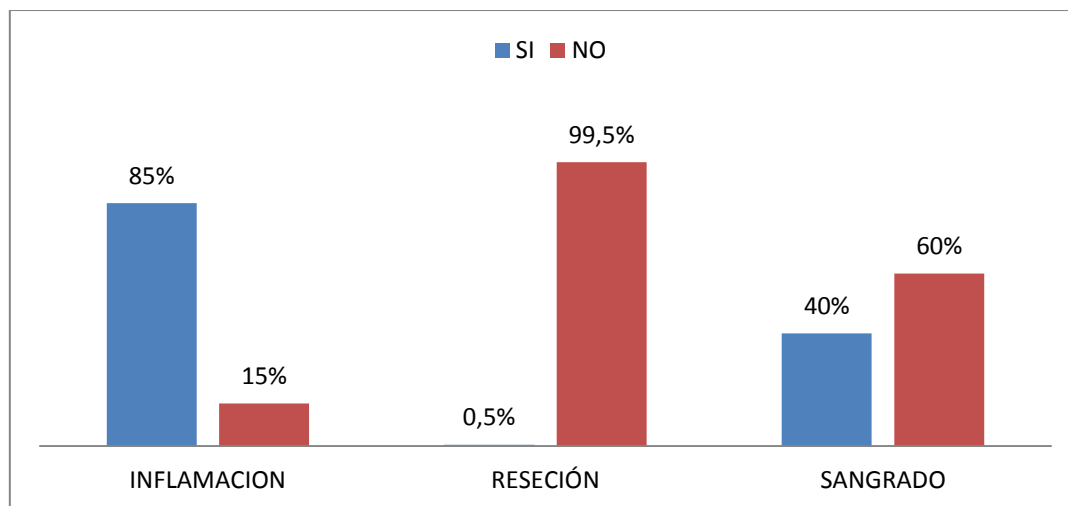
FUENTE: Historia Clínica de los estudiantes del Jardín “Antonio José Peña Celi” y “Colegio Nacional Mixto Vilcabamba”.

INVESTIGADOR: .Fredy Antonio López Gordillo.

INTERPRETACIÓN DE DATOS:

Luego de haber realizado la historia clínica a los estudiantes, se observó únicamente alteraciones de forma en un 2% que corresponde a cúspide de garra en el incisivo lateral superior y geminación de la pieza dental número 52.

GRÁFICO N° 5: PRESENCIA DE ALTERACIONES GINGIVALES EN LOS ESTUDIANTES DEL “JARDÍN ANTONIO PEÑA CELI Y DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO VILCABAMBA” AÑO 2013.

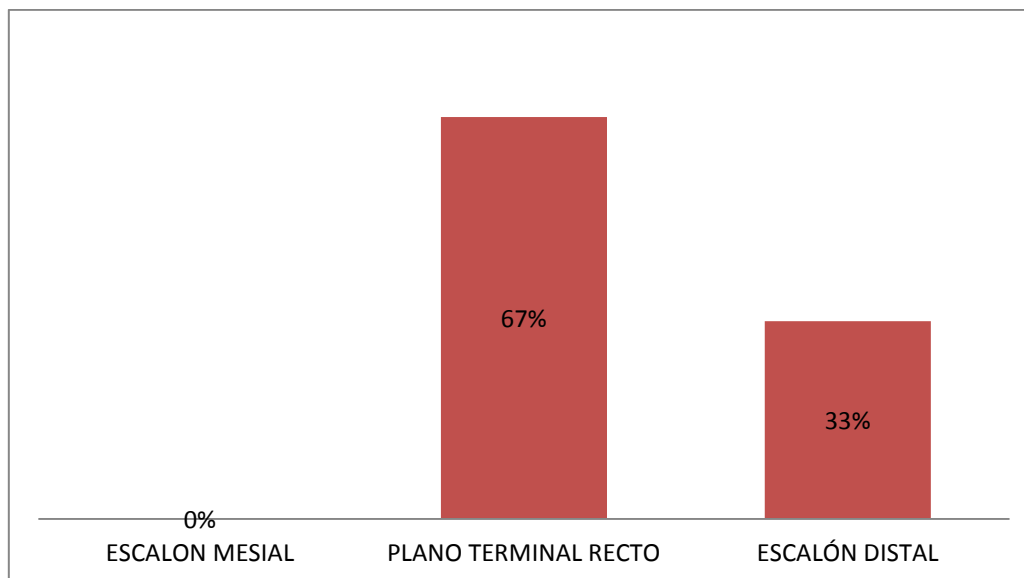


FUENTE: Historia Clínica de los estudiantes del Jardín “Antonio José Peña Celi” y “Colegio Nacional Mixto Vilcabamba”.
INVESTIGADOR: .Fredy Antonio López Gordillo.

INTERPRETACION DE DATOS:

En el presente gráfico, se observa que hay un porcentaje insignificativo de resesión gingival 0,5%, debido a que solo uno presentó alteración de la inserción gingival, sin embargo existen valores elevados de inflamación 85% acompañados de sangrado en un 40%, datos que se encuentran relacionados, ya que ante la presencia de una encía inflamada era frecuente observar que también sangraban.

GRÁFICO N°6: RELACIÓN MOLAR EN LA DENTICIÓN TEMPORAL DE LOS ESTUDIANTES DEL “JARDÍN ANTONIO PEÑA CELI” AÑO 2013.



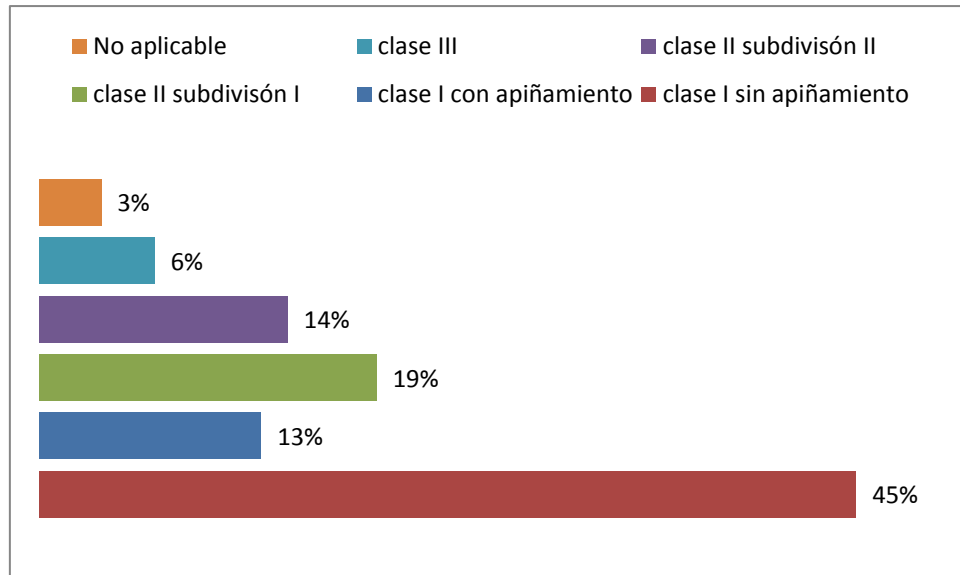
FUENTE: Historia Clínica de los estudiantes del Jardín “Antonio José Peña Celi” y “Colegio Nacional Mixto Vilcabamba”.

INVESTIGADOR: .Fredy Antonio López Gordillo.

INTERPRETACIÓN DE DATOS:

Luego de observar la relación molar de los niños examinados, la gráfica indica que el 67% de la muestra examinada presentó una relación molar en plano terminal recto, lo que a futuro tiene probabilidad de evolucionar a clase I o clase III; mientras que el 33% presentó una oclusión en escalón distal que a futuro puede evolucionar a clase II de Angle.

GRÁFICO N°7: TIPO DE OCLUSIÓN EN DENTICIÓN PERMANENTE (CLASE DE ANGLE) EN LOS ESTUDIANTES DEL “DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO VILCABAMBA” AÑO 2013.



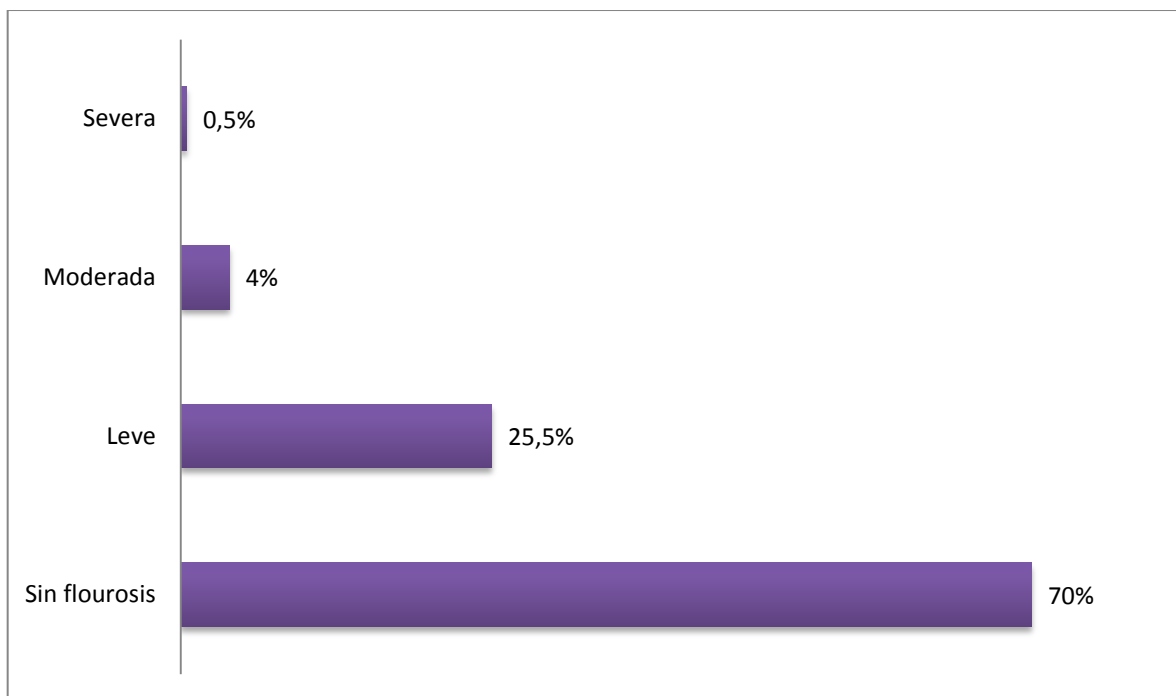
FUENTE: Historia Clínica de los estudiantes del Jardín “Antonio José Peña Celi” y “Colegio Nacional Mixto Vilcabamba”.

INVESTIGADOR: .Fredy Antonio López Gordillo.

INTERPRETACIÓN DE DATOS:

Una vez analizada la relación molar de cada estudiante se observa que el 45% presenta normoclusión es decir una clase I sin apiñamiento, el 52% presento alteraciones de la oclusión entre las que se mencionan clase I con apiñamiento 13%, clase II división I 19%, clase II división II 14%, clase III el 6%. Finalmente con un 3% se encuentra una oclusión no aplicable, debido a la usencia de uno o más de los primeros molares permanentes, ya que sin estas piezas dentales es imposible definir una Clase de Angle o incluso por alteraciones de la oclusión.

**GRÁFICO N° 8: PRESENCIA DE FLOUROSIS EN LOS ESTUDIANTES DEL
“JARDÍN ANTONIO PEÑA CELI Y DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO
VILCABAMBA” AÑO 2013.**



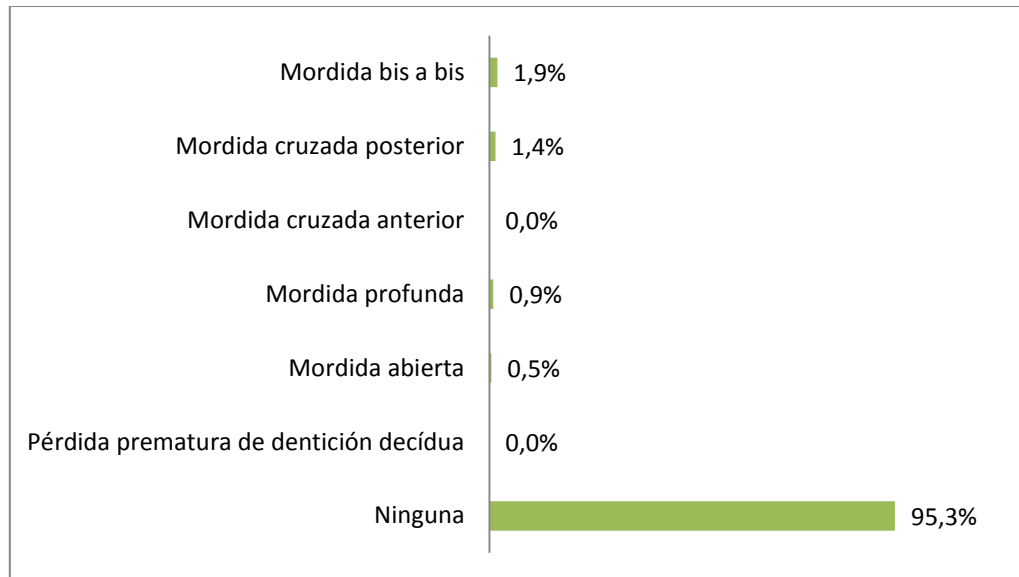
FUENTE: Historia Clínica de los estudiantes del Jardín “Antonio José Peña Celi” y “Colegio Nacional Mixto Vilcabamba”.

INVESTIGADOR: .Fredy Antonio López Gordillo.

INTERPRETACION DE DATOS:

Al analizar la presente gráfica, se observó que el 25.5% de la población estudiada presentó una fluorosis leve en donde se observaron pequeñas manchas blancas que se encontraban afectando los bordes incisales de los dientes, el 4% presentó una fluorosis moderada en la que se evidencio manchas de color café oscuro y el 0.5% que corresponde a una sola persona presentó manchas de color café chocolate que corresponde a una fluorosis severa.

**GRÁFICO N° 9: ALTERACIONES DE OCLUSIÓN EN LOS ESTUDIANTES DEL
“JARDÍN ANTONIO PEÑA CELI Y DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO
VILCABAMBA” AÑO 2013.**



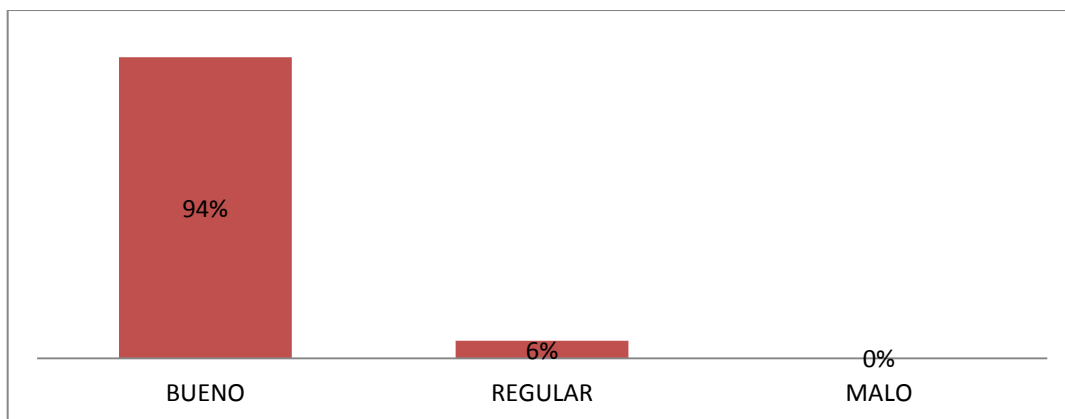
FUENTE: Historia Clínica de los estudiantes del Jardín “Antonio José Peña Celi” y “Colegio Nacional Mixto Vilcabamba”.

INVESTIGADOR: .Fredy Antonio López Gordillo.

INTERPRETACIÓN DE DATOS:

Luego de haber analizado las arcadas dentarias y pedirle al paciente que ocluya en máxima intercuspidad se pudo observar que los estudiantes examinados presentaron alteraciones de la oclusión entre las que se recalcan: mordida bis a bis 1.9%, mordida cruzada posterior 1.4%, mordida profunda 0.9%, y mordida abierta anterior 0.5%.

GRÁFICO N°10: ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO EN LOS ESTUDIANTES DEL “JARDÍN ANTONIO PEÑA CELI Y DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO VILCABAMBA” AÑO 2013.



FUENTE: Historia Clínica de los estudiantes del Jardín “Antonio José Peña Celi” y “Colegio Nacional Mixto Vilcabamba”.

INVESTIGADOR: .Fredy Antonio López Gordillo.

INTERPRETACION DE DATOS:

La grafica nos indica que el 94% correspondiente a 203 alumnos que presentan un IHOS bueno, y el 6% correspondiente a 12 estudiantes que representa un IHOS regular. La alta concentración de placa bacteriana contribuye a que se relacione con las caries presentes en la población. Sin embargo dentro del IHOS se registra tanto la presencia de biofilm dental y cálculo, por ende al presentarse gran acumulación de biofilm dental, pero poca o casi nula cantidad de cálculo dental , el valor al dividirse se reducía a la mitad, quedando la mayoría de niños clasificado en el criterio de “bueno”, lo que en realidad demostraba clínicamente que era regular o malo por la presencia de una gran cantidad de biofilm dental, debido a la práctica de una técnica incorrecta de cepillado o a una falta de higiene oral. Dando a conocer que el biofilm dental es un indicador de caries dental y el cálculo constituye un indicador de enfermedad periodontal.

GRÁFICA N°11 RELACIÓN ENTRE LA EDAD/ ÍNDICE CEOD EN LOS ESTUDIANTES DEL “JARDÍN ANTONIO PEÑA CELI Y DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO VILCABAMBA” AÑO 2013.

EDAD	N°	CARIADO	EXTRACCIÓN INDICADA	OBTURADO	ÍNDICE DE ceod	RIESGO
3 A 5	12	49	3	4	56	ALTO (4,6)
9 A 11	27	3	4	5	12	MUY BAJO (0,44)

FUENTE: Historia Clínica de los Estudiantes del Jardín “Antonio José Peña Celi” y “Colegio Nacional Mixto Vilcabamba”.

INVESTIGADOR: .Fredy Antonio López Gordillo.

INTERPRETACION DE DATOS:

La gráfica indica que en las edades de 3 a 5 años presentan un índice de ceod alto, por el alto índice de caries, dientes indicados a la extracción y obturados, se ha evidenciado la poca preocupación de los padres de familia por mantener una buena salud bucal a los hijos, que por su edad aún no han desarrollado la capacidad psicomotriz, mientras que el rango de edad de 9 a 11 años presenta un ceod muy bajo por que se encuentran en el recambio dentario, por lo tanto se deduce que a menor edad mayor será el ceod y a medida que el niño crece este índice disminuye progresivamente.

**TABLA N°12: RELACIÓN EDAD / ÍNDICE CPOD EN LOS ESTUDIANTES DEL
“JARDÍN ANTONIO PEÑA CELI Y DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO
VILCABAMBA” AÑO 2013.**

EDAD	N°	CARIADO	PERDIDO	OBTURADO	ÍNDICE DE CPOD	RIESGO
3 A 5	12	0	0	0	0	MUY BAJO (0)
9 A 11	27	54	2	45	101	MODERADO (3,74)
12 A 14	170	525	13	196	734	MODERADO (4,31)
15 A 17	6	11	3	19	33	ALTO (6,17)

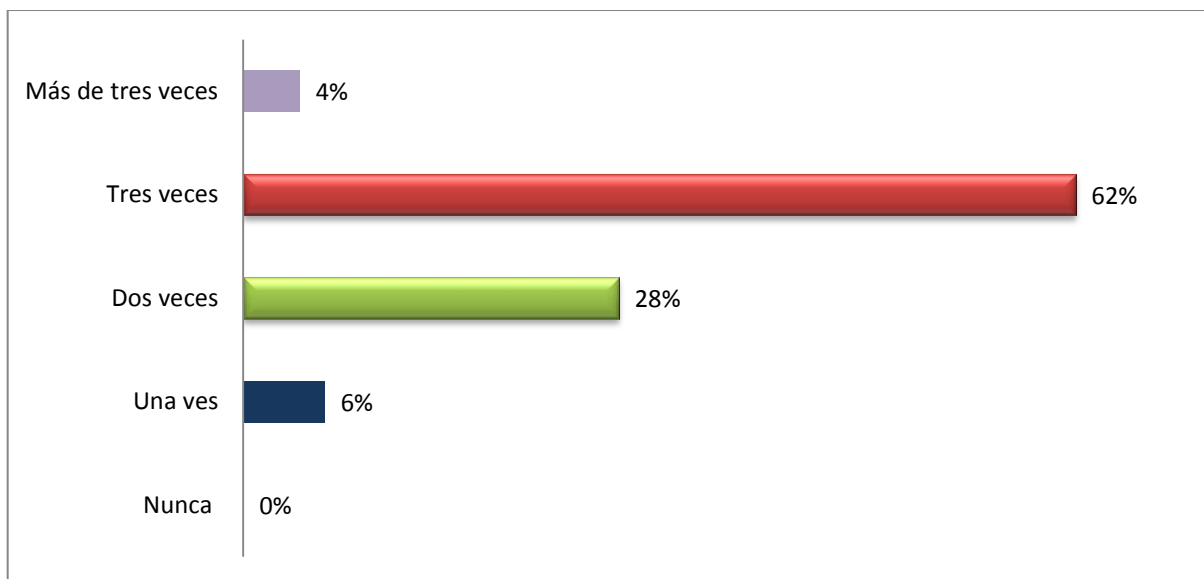
FUENTE: Historia Clínica de los Estudiantes del Jardín “Antonio José Peña Celi” y “Colegio Nacional Mixto Vilcabamba.

INVESTIGADOR: .Fredy Antonio López Gordillo.

INTERPRETACION DE DATOS:

La gráfica indica que en las edades de 15 a 17 años hay un índice de CPOD alto de 6.17, debido a la mayor afectación de los primeros molares permanentes y sobre todo al haber un descuido en la higiene oral; por lo tanto a mayor edad, mayor será el CPOD.

**GRÁFICO N°13: FRECUENCIA DE CEPILLADO EN LOS ESTUDIANTES DEL
“JARDÍN ANTONIO PEÑA CELI Y DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO
VILCABAMBA” AÑO 2013.**



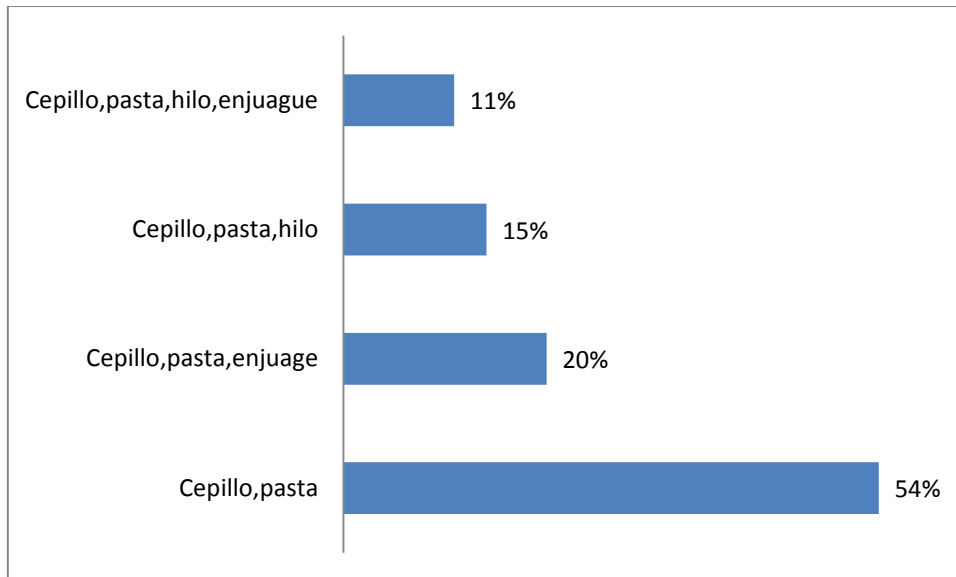
FUENTE: Historia Clínica de los estudiantes del Jardín “Antonio José Peña Celi” y “Colegio Nacional Mixto Vilcabamba”.

INVESTIGADOR: .Fredy Antonio López Gordillo.

INTERPRETACIÓN DE DATOS:

De los datos obtenidos en la encuesta, se puede observar que aproximadamente el 62% de los estudiantes realiza el cepillado dental con una frecuencia de tres veces al día, valores calificados como los indicados para mantener una adecuada higiene bucal, datos poco confiables debido al alto índice de caries dental, mientras que el 28% cepilla sus dientes dos veces por día, valores conocidos como inferiores a lo recomendados, probablemente atribuidos a una falta de conocimientos y de interés tanto de los estudiantes como de sus representantes, para practicar una adecuada higiene oral.

GRÁFICO N° 14: ELEMENTOS QUE USAN EN EL ASEO BUCAL LOS ESTUDIANTES DEL “JARDÍN ANTONIO PEÑA CELI Y DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO VILCABAMBA” AÑO 2013.



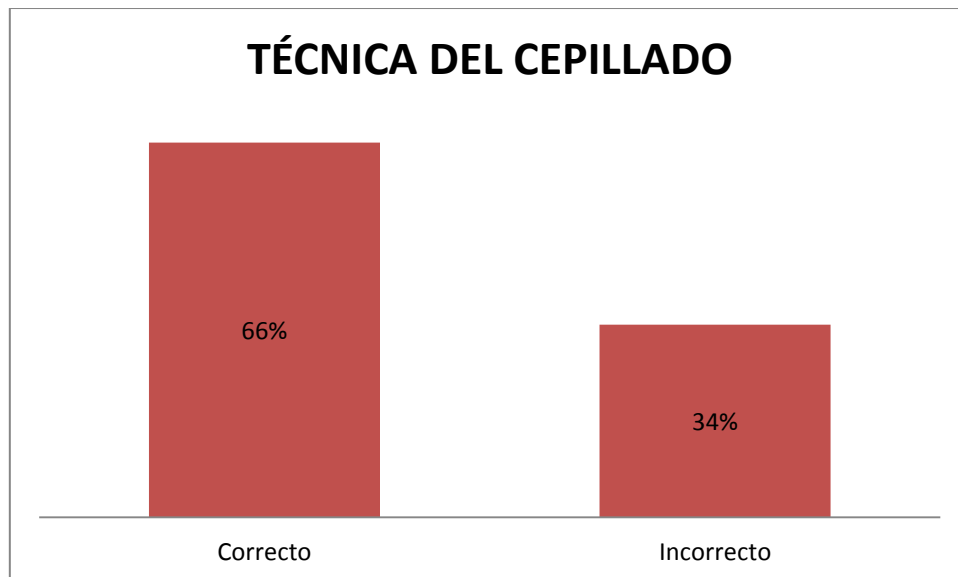
FUENTE: Historia Clínica de los estudiantes del Jardín “Antonio José Peña Celi” y “Colegio Nacional Mixto Vilcabamba”.

INVESTIGADOR: .Fredy Antonio López Gordillo.

INTERPRETACION DE DATOS:

La presente gráfica hace referencia que solo el 11% de la población estudiada utiliza los elementos adecuados de higiene bucal como lo son: cepillo, pasta, hilo dental, y enjuague bucal, y el 54% utiliza los elementos básicos de higiene bucal como son pasta y cepillo pero esto es poco confiable ya que la población estudiada presentó un alto índice de caries.

**GRÁFICO N°15: TÉCNICA DE CEPILLADO EN LOS ESTUDIANTES DEL
“JARDÍN ANTONIO PEÑA CELI Y DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO
VILCABAMBA” AÑO 2013.**



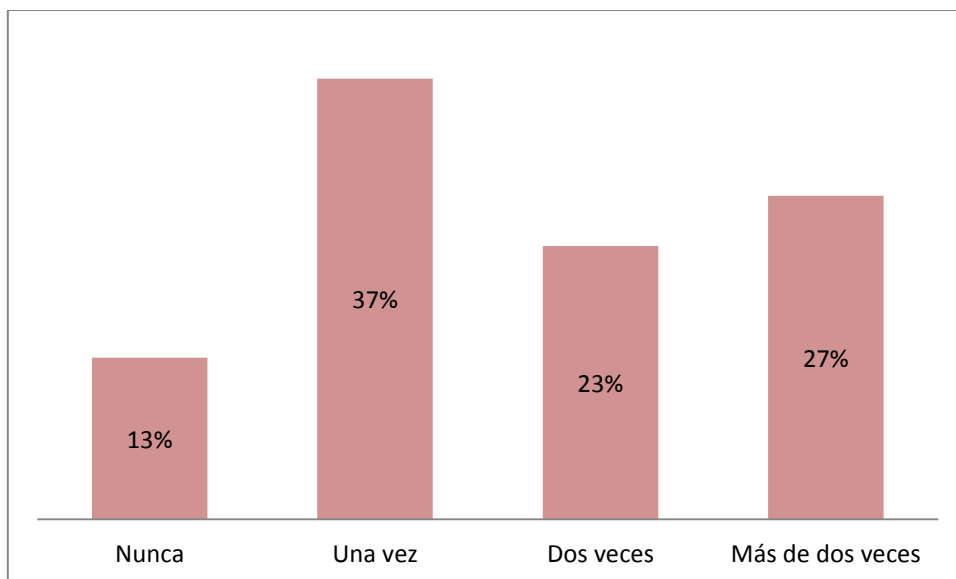
FUENTE: Historia Clínica de los estudiantes del Jardín “Antonio José Peña Celi” y “Colegio Nacional Mixto Vilcabamba”.

INVESTIGADOR: .Fredy Antonio López Gordillo.

INTERPRETACION DE DATOS:

La gráfica nos indica que la mayor parte de la población en un porcentaje del 66% utilizan una técnica de cepillado considerada como correcta y el 34% practica una técnica incorrecta, lo cual no se evidenció al realizar el diagnóstico clínico, ya que la mayoría de los estudiantes presentó inflamación de sus encías, observándose la falta de promoción y educación en la salud oral.

GRÁFICO N°16: FRECUENCIA DE VISITA AL ODONTÓLOGO ANUAL POR PARTE DE LOS ESTUDIANTES DEL “JARDÍN ANTONIO PEÑA CELI Y DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO VILCABAMBA” AÑO 2013.



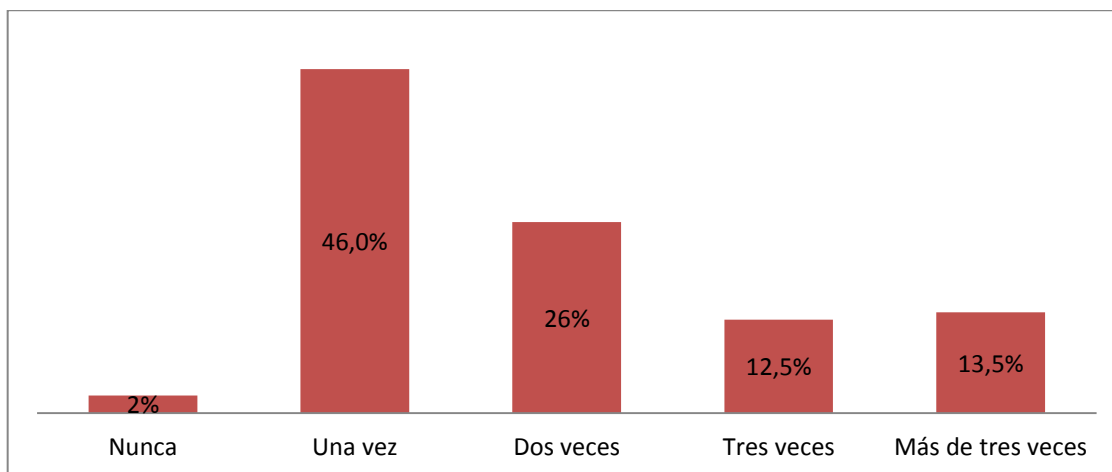
FUENTE: Historia Clínica de los estudiantes del Jardín “Antonio José Peña Celi” y “Colegio Nacional Mixto Vilcabamba”.

INVESTIGADOR: .Fredy Antonio López Gordillo.

INTERPRETACION DE DATOS:

Del 100% del grupo investigado: el 37% nos indicó que ha visitado al profesional odontólogo “una vez al año”, siendo lo mínimo recomendado, lo que se puede mencionar que es algo insuficiente, ya que se evidenció un alto índice de caries, en los estudiantes y además no presentan una rehabilitación completa, mientras que en un 50% se encuentran aquellos que visitan al odontólogo entre “dos o más veces por año”, lo cual se evidencia con las restauraciones y sellantes e incluso tratamientos de ortodoncia observado en los estudiantes, finalmente con un 13% se encuentran aquellos que “nunca” lo visitan probablemente por la falta de accesibilidad, interés y temor.

**GRÁFICO N° 17: FRECUENCIA DEL CONSUMO DE ALIMENTOS
CARIOGÉNICOS AL DÍA POR PARTE DE LOS ESTUDIANTES DEL “JARDÍN
ANTONIO PEÑA CELI Y DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO VILCABAMBA”
AÑO 2013.**



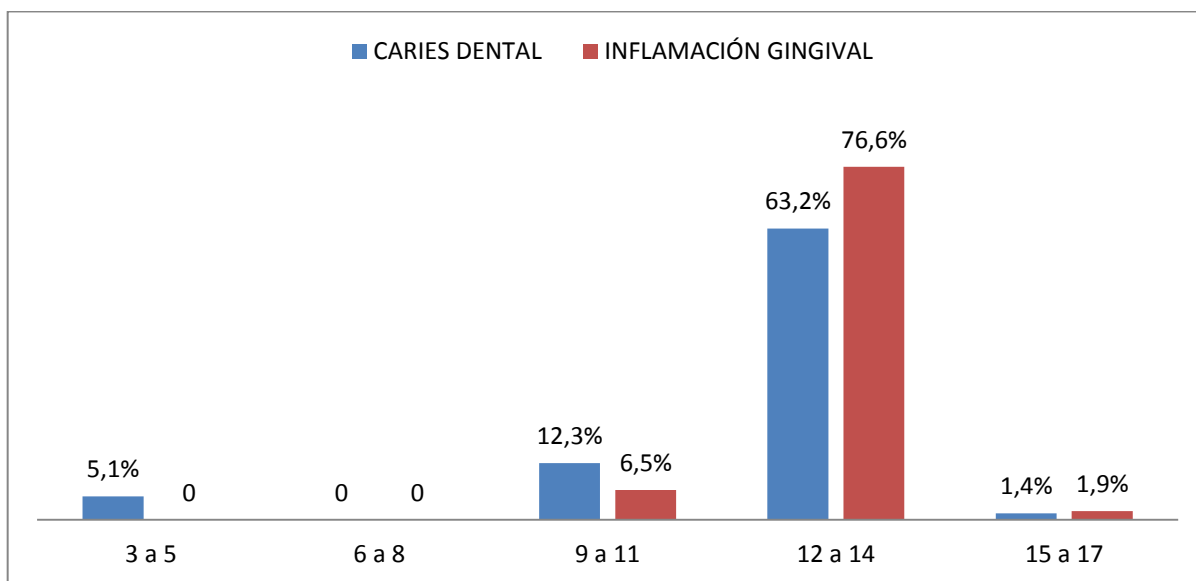
FUENTE: Historia Clínica de los estudiantes del Jardín “Antonio José Peña Celi” y “Colegio Nacional Mixto Vilcabamba”.
INVESTIGADOR: .Fredy Antonio López Gordillo.

INTERPRETACION DE DATOS:

Una vez analizado sobre el consumo de alimentos cariogénicos, a los estudiantes encuestados el 26% nos supo decir que consumía en una frecuencia de 3 y mayor de 3 veces por día, lo que corresponde al valor perjudicial responsable del inicio de la desmineralización del esmalte dental, pérdida de sustancia e inicio del proceso carioso. Mientras que el 46 % mencionan que consumen alimentos cariogénicos en frecuencia de 1 vez por día, y el 26% consumían 2 veces al día, razón por la cual se pudo observar claramente la prevalencia de un alto índice de caries dental.

REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL CRUCE DE VARIABLES

GRÁFICO N°18: RELACIÓN EDAD/CARIES E INFLAMACIÓN GINGIVAL EN LOS ESTUDIANTES DEL “JARDÍN ANTONIO PEÑA CELI Y DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO VILCABAMBA” AÑO 2013.



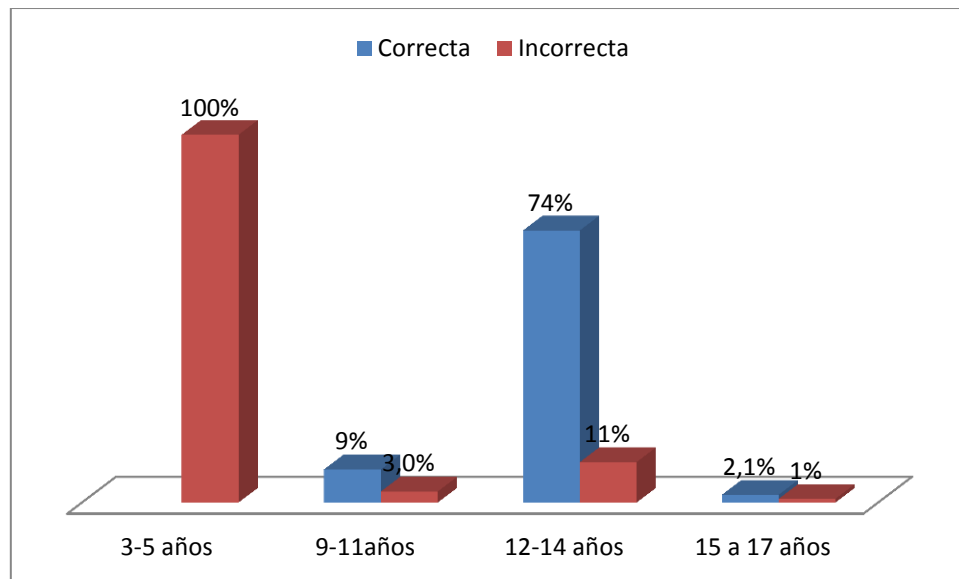
FUENTE: Historia Clínica de los estudiantes del Jardín “Antonio José Peña Celi” y “Colegio Nacional Mixto Vilcabamba”.

INVESTIGADOR: .Fredy Antonio López Gordillo.

INTERPRETACIÓN DE DATOS:

En este gráfico, observamos la estrecha relación entre la edad, con la presencia de caries dental y de inflamación gingival, siendo el rango de 12 a 14 años de edad, donde se encontró la mayor incidencia de caries 63,2 % y de inflamación gingival 76,6 %, por la presencia de biofilm dental, así como despreocupación e interés de mantener una adecuada higiene bucal.

GRÁFICA N° 19 RELACIÓN ENTRE LA TÉCNICA DE CEPILLADO Y EDAD EN LOS ESTUDIANTES DEL “JARDÍN ANTONIO PEÑA CELI Y DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO VILCABAMBA” AÑO 2013.



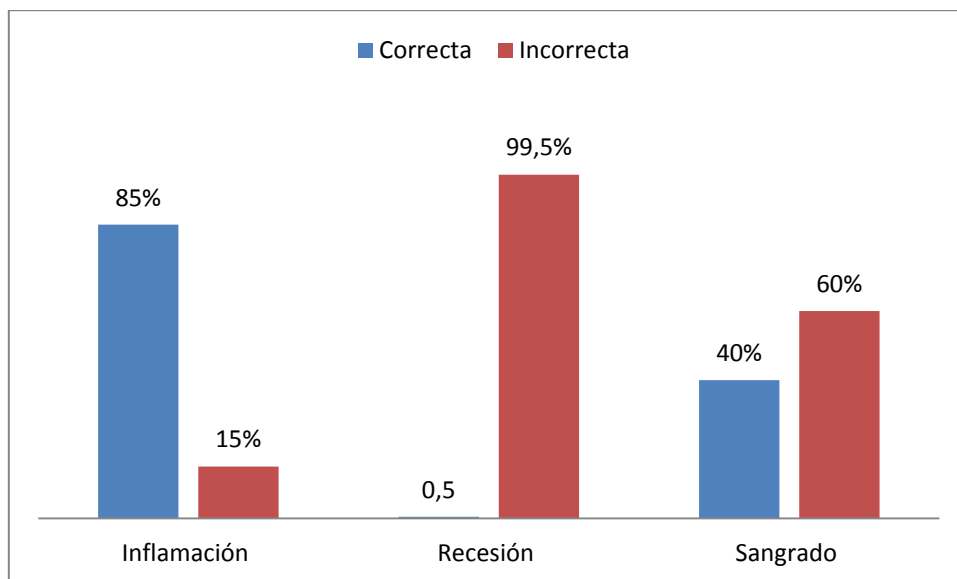
FUENTE: Historia Clínica de los estudiantes del Jardín “Antonio José Peña Celi” y “Colegio Nacional Mixto Vilcabamba”.

INVESTIGADOR: .Fredy Antonio López Gordillo.

INTERPRETACION DE DATOS:

En la presente grafica se pude observa que el rango de edad de 3 a 5 años presentan una incorrecta técnica de cepillado que corresponde al 100%, evidenciándose la escasa educación de los padres o representantes en salud oral, mientras que en los demás rangos de edad, la mayoría de la población presentan una técnica de cepillado correcto, sin embargo estos datos no se evidencia clínicamente por el alto índice de caries que se presentó.

GRÁFICA N° 20 RELACIÓN ENTRE LA TÉCNICA DE CEPILLADO Y LOS SIGNOS DE INFLAMACIÓN GINGIVAL EN LOS ESTUDIANTES DEL “JARDÍN ANTONIO PEÑA CELI Y DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO VILCABAMBA” AÑO 2013.



FUENTE: Historia Clínica de los estudiantes del Jardín “Antonio José Peña Celi” y “Colegio Nacional Mixto Vilcabamba”.
INVESTIGADOR: .Fredy Antonio López Gordillo.

INTERPRETACION DE DATOS:

La presenta gráfica nos indica que los estudiantes examinados presentan elevados signos de inflamación y sangrado, a pesar que ellos manifiestan cepillarse de una manera correcta; lo cual no se evidencio al realizar el diagnostico bucodental, ya que se encontró una elevada presencia de placa bacteriana, restos alimenticios y una mala técnica de cepillado, esto trae consigo inflamación y sangrado, la misma que está relacionada con la presencia de caries presentes en la población examinada.

7. DISCUSIÓN

En el presente estudio, la alteración de tejidos duros que se presenta con mayor porcentaje es la caries dental en el 82% de la población, con índices de alto y moderado de CPOD, donde se evidencia la mala higiene bucal que presentan los estudiantes, mientras que en un estudio realizado en Holguín, se evidencia la prevalencia de caries en un 67% de la población total examinada. (Pellitero, B. y Colab. 2003); así mismo un estudio realizado en el Estado de México un 70,5% de la población que cabe recalcar eran escolares de 10 a 12 años de edad, donde existió un CPOD de bajo y moderado. (Juárez, M., Hernández, J., Jiménez, D., Ledesma, C., 2003). En lo que hace referencia a la presencia de caries en los niños escolares se presenta un ceod alto en los rangos de edad de 3 a 5 años mientras que en las edades de 9 a 11 años se presenta un ceod muy bajo, esto se correlaciona con un estudio realizado en Venezuela en niños de escolares de 8 a 12 años de edad en donde de igual forma se encontró un ceod de muy bajo (Montero, M., 2007), relacionado al recambio dentario y a dientes permanentes recientemente mudados.

La inflamación gingival como alteración de tejidos blandos dentro de la cavidad bucal es prevalente en el presente estudio con un porcentaje 85%, lo que se hace referencia a la acumulación excesiva de biofilm dental que produce inflamación gingival, aunque también lo podríamos relacionar con la carga hormonal propia de la etapa adolescente, mientras que en un estudio realizado en personas de 12 a 15 años se presenta un inflamación gingival en el 71,7% de la población. (Franco, A., 2007), y en un estudio realizado en Tlalnepantla, se evidencia la presencia de inflamación gingival en un 98% de la población, en donde el grupo de mayor afectación se encontró en el género masculino. (Orozco, J., 2007). Estos hallazgos sustentan la necesidad de programas continuos de promoción, prevención y atención desde edades muy tempranas.

Al hacer referencia a la pérdida de inserción gingival, en el presente estudio se observó que únicamente el 0,5% de la población adolescente presentó alteraciones de la inserción gingival, mientras que en un estudio realizado en

Venezuela en escolares de 13 a 17 años se muestra que un 3% de la población presento perdida de la inserción gingival, donde la asociaron a la acumulación excesiva de biofilm dental y cálculo dental coadyuvando como factores de riesgo a la presencia de dicha alteración. (Bravo, R., y colab. 2003)

En lo se refiere a la fluorosis como una intoxicación con flúor, en el presente estudio se evidencia que en un 30% de la población presentan fluorosis, probablemente debido a la calidad de alimentos que dicha población consume, mientras que un estudio realizado en Bogotá, se evidencia un 48,1% de la población presenta fluorosis en donde lo asocian al consumo de sal y otros factores como el uso de crema dental antes de los 2 años,(Martignon, 2002), de la misma forma se evidencia en un estudio realizado en el Estado de México se encontró que el 60.4% de los escolares presentaron fluorosis con un índice de leve y moderado. (Juárez, M., Hernández, J., Jiménez, D., Ledesma, C., 2003).

En lo que se refiere a las maloclusiones, tomando en cuenta la clave de Angle se evidencia que 13% presenta un oclusión clase I con apiñamiento, mientras que el 33% presenta clase II, y el 6% una clase III, en comparación con un estudio realizado en Holguín se evidencia que el 53,8 presenta algún tipo de maloclusión. (Pellitero, B. y Colab. 2003), en un estudio realizado en La Habana se evidencia apiñamiento dental en un porcentaje de 18,30% de la población. (Duque, J., 2008).

En los escolares que aun presentaron los primero molares temporal se observó la relaciones molar tomando en cuenta los segundos molares deciduos, en donde se encontró que existía un plano terminal recto en un 67%, mientras que el 33% presenta un escalón distal, lo que evolucionara en el futuro con la dentición permanente en clase I y Clase II respectivamente, mientras que en un estudio realizado en Perú se observó que el 24% de la población estudiada presentan un plano terminal recto, mientras que en un 2.7% presentaron escalón distal, el 67.7% en escalón mesial y el 5.6% presento una oclusión alterada.(Peve, V., 2006).

8. CONCLUSIONES

Después de terminado el trabajo de investigación se ha llegado a las siguientes conclusiones:

1. Las alteraciones que se presentan con mayor prevalencia en el Jardín Antonio José Peña Celi y en el Colegio Nacional Mixto Vilcabamba son la caries dental con un 82%, la inflamación gingival en un 85%, y la fluorosis leve en un 30% de la población estudiada.
2. De los factores de riesgo se puede mencionar que el consumo de alimentos cariogénicos, la poca visita al odontólogo y la no utilización de elementos básicos para el aseo bucal son los principales factores para que se produzcan diferentes patologías en la cavidad bucal.
3. Luego de haber examinados a los estudiantes, podemos concluir que la salud bucodental de la 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/o conocimiento acerca de la importancia que tienen el aseo bucodental como factor determinante para diferentes enfermedades del organismo en general.

9. RECOMENDACIONES

- Incrementar las acciones de prevención y promoción de salud encaminadas a elevar la educación sanitaria desde edades tempranas de la vida.
- Tomar concientización en los estudiantes que la salud bucodental es un constituyente inseparable e importante de la salud general ya que las enfermedades bucodentales afectan a la salud general del individuo y tienen consecuencias fisiológicas aún más complejas porque pueden llegar a menoscabar la nutrición, las relaciones interpersonales y la salud mental.
- Se debe realizar un análisis de concentración de Flúor en el agua consumida por la población de Vilcabamba porque más de la cuarta parte de los estudiantes presentan esta patología.
- Impartir conocimientos de Salud Bucal a docentes del establecimiento, padres de familia y adolescentes para que de esta forma obtengan una buena Salud Bucal y se mantenga por el resto de sus vidas, además se vuelvan multiplicadores de conocimientos para aquellos que no tienen acceso a las mismas informaciones.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Agurto, P., Díaz, R., Cádiz, O., Bobenrieth, F. (1999). Revista Chilena de Pediatría. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0370-41061999000600004&script=sci_arttext.
2. Alvarado, L. (2008). Mejoramiento de la calidad de vida de la población escolar y sus familias, mediante la atención integral bucodental enmarcada en los factores: socioeconómicos, culturales y ambiental del Área de afluencia del Hospital Universitario de Motupe del Área N°3. Loja, Loja, Ecuador.
3. Aparecido, Osmar. (2010). Acta Odontológica Venezolana. Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2011/1/art12.asp>.
4. Azpeitia, L., Valadez, M. (2009). Revista Médica Institucional Mexicana del Seguro Social. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2009/im093f.pdf>.
5. Bravo, Rosiris., Hernández, Nelson. (2003). Acta Odontológica Venezolana. Obtenido de: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2003/3/recesion_gingival_incisivos_inferiores.asp.
6. Boj. J, Catalá, M. (2004). *Odontopediatría*. España: Editorial ELSEVIER.
7. Carvajal, Martha. (2009). Revista Latinoamericana de Ortodoncia y odontopediatría. Obtenido de: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art23.asp>.

8. Cobos, Juan Manuel., García, Juan José. (2005). *Manual Técnico Superior en Higiene Bucodental*. España: Editorial. MAD.
9. Córdova, D. y colaboradores. (2010). Artículo Original. Obtenido de: <http://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2010/Kiru2010v7n2/Kiru2010v7n2art2.pdf>.
10. Cuenca, E., Manau, C., & Serra, L (2004). *Odontología Preventiva y Comunitaria*. (Segunda Edición). Barcelona – España: MASSON, S.A.
11. Duque, Johany. (2008). Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Obtenido de: http://tesis.repo.sld.cu/291/1/Johany_Duque_de_Estrada_River%C3%B3n.pdf.
12. Franco, Angela. Ochoa, Emilia y colab. (2007). Secretaría de Salud de Medellín. Obtenido de: <http://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpcccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Salud/Secciones/Publicaciones/Documentos/2012/Investigaciones/Efectos%20de%20la%20promoci%C3%B3n%20de%20la%20salud%20bucal%20en%20la%20escuela.pdf>.
13. *GAD Municipal de Loja*. (2011). Disponible en: <http://www.loja.gob.ec/contenido/vilcabamba>.
14. 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>.

15. González, M., Guida, G., Herrera, D., Quirós, O. (2012). Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art29.asp>.
16. Guzmán, F., Arias, A. (2012). Artículo especial. Disponible en: <http://www.ascolcirugia.org/revista/revistaeneromarzo2012/6-%20Historia%20clinica.pdf>.
17. Harris, N; García, F. (2001). *Odontología preventiva primaria*. Segunda edición. México: Editorial Manual moderno.
18. Hechavarria, Bárbara y colaboradores. (enero 2013). Salud bucal en la adolescencia-Cuba. Revista Scielo. Obtenido de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192013000100015&script=sci_arttext.
19. Higashida, B. (2000). *Odontología preventiva*. México: McGraw - Hill Interamericana.
20. Iglesias, P. (2007). Revista Odontológica Los Andes. Disponible en <http://ecotropicos.saber.ula.ve>.
21. Juárez, M., Hernández, J., Jiménez, D., Ledesma, C. (2003). Gaceta Médica de México. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=16&IDARTICULO=1140&IDPUBLICACION=79>
22. Lindhe, J. (2009). *Periodontología clínica e implantología odontológica*. España: Editorial médica panamericana. S.A.

- 23.**Lugo, C., Toyo, I. (2011). Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art5.asp>.
- 24.**Massón, Rosa María. (2009) Desarrollo de los dientes y la Oclusión. Disponible en: <http://articulos.sld.cu/ortodoncia/files/2009/12/desd-y-o-maestri.pdf>.
- 25.**Martignon, Stefania., Granados, Olga. (2002). Biblioteca virtual em saúde. Obtenido en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=385947&indexSearch=ID>.
- 26.**Montero, Maglynert., Rojas, Fátima. (2007). Revista Scielo. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0535-51332007000100002&script=sci_arttext.
- 27.**Montesinos, Daniela. (2011). Portafolio. Dental Caries. Disponible en: <https://sites.google.com/site/portafolio3cicb2011/3-resumen-capitulo-1-libro-dental-caries>.
- 28.**Negrón, Martha. (2009). *Microbiología Estomatológica*. Argentina: Editorial Médica Panamericana S.A.
- 29.**OMS. (24 de febrero de 2004). Centre de prensa *WHO Media centre*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/>.
- 30.**Odontocat. (20 de Agosto de 2001). *Especialidades: Ortodoncia*. Obtenido de <http://www.odontocat.com/ortoclas.htm>.

- 31.** Okeson, J. (1999). *Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares*. Madrid: HARCOURT BRACE.
- 32.** Orozco, J., Peralta, L., Palma, M., Pérez R., Arroniz, P., Llamosas, H. (2007). Revista Medigraphic. Obtenido en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumenMain.cgi?IDARTICULO=5396>.
- 33.** Ortiz, Mónica. (2009). Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art17.asp>.
- 34.** Pellitero, Bárbara., García, Beatriz., DÍAZ, José., Torres, Eva. Trabajo original. Clínica Estomatológica Docente “Manuel Angulo Farrán”. Obtenido en: <http://www.cocmed.sld.cu/no73/n73ori7.htm>.
- 35.** Peve, Víctor. (2006). Universidad Peruana Cayetano Heredia. Disponible en: <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/VICTORHUGOPEVEGONZALES.pdf>
- 36.** Sapp, P; Eversole. L Wysocki. G. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. Editorial Elsevier España. Segunda Ed. 2005.
- 37.** Vajdi, G. (2011). Manual Ilustrado de Cirugía Oral y Maxilofacial. Panamá: Jaypee-Highlights Medical Publisher.
- 38.** Villa Barragán, Juan Pablo; Diagnóstico de Servicio de Salud. (24 diapositivas preparadas por Juan Pablo Villa). 2012 Abril 15. Obtenible en: http://www.pediatria.gob.mx/diplo_diagsit.pdf.

11. ANEXOS

11.1 ENCUESTA

1. INFORMACIÓN BÁSICA

Fecha: ____/____/____

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

Año de educación:

Parroquia:.....

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 consume en un día?**

Nunca ()

Una vez ()

Dos veces ()

Tres veces ()

Más de tres veces ()

11.3 CERTIFICADOS



DIRECCION DISTRITAL DE SALUD No. 11D03

Catacocha, 14 de Octubre de 2013

Md. Nelson Gutiérrez Celi
JEFE DE LA DIRECCION DISTRITAL DE SALUD 003
Dra. Silvana Cabrera
ANALISTA DE PLANIFICACION DISTRITAL
Dd. María José Córdova
COORDINADORA DE ODONTOLOGIA

CERTIFICAN:

Que el EGR. FREDDY LOPEZ GORDILLO, con, CI. 1900358597, estuvo realizando vinculación con la comunidad desde el 7 de Agosto-13 de Septiembre, del año en curso, completando 216 horas de servicio, cumpliendo su labor con absoluta responsabilidad, entrega y compromiso con la colectividad del Cantón Paltas y nuestra Institución, es todo cuanto podemos certificar en honor a la verdad, puede hacer uso la parte interesada para lo que a bien tuviera



Atentamente,

Md. Nelson Gutiérrez Celi
JEFE DE LA DIRECCION DISTRITAL DE SALUD 003

Dirección Distrital de Salud
ANALISTA DE PLANIFICACION
Dra. Silvana Cabrera
Catacocha -Loja -Ecuador

ANALISTA DE PLANIFICACION DISTRITAL

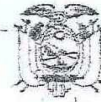
Dd. María José Córdova

Dirección Distrital de Salud
COORDINADORA DE ODONTOLOGIA
Dra. María José Córdova López
ODONTOLOGA
MSP: L12 F100 N298
Catacocha - Loja - Ecuador

Dirección: Panamericana SN y La Avelina
Teléfonos: 07 (2) 683 326 / 683 030
Fax: 07 (2) 683 831
www.salud.gob.ec



Ministerio
de Salud Pública



ÁREA N° 11 GONZANAMÁ, CENTRO DE SALUD GONZANAMÁ
ODONTOLOGÍA

Gonzanamá, 17 de septiembre de 2013

Doctora

JOHANNA PAOLA ROMERO BLACIO

COORDINADORA DE ODONTOLOGÍA DEL ÁREA DE SALUD N° 11 GONZANAMÁ

CERTIFICO:


Que el Sr. LOPEZ GORDILLO FREDDY ANTONIO, con C.I 1900338597 estudiante de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Loja, quien realizó satisfactoriamente la pasantía en el Departamento de Odontología de nuestra institución, desempeñando a cabalidad y con responsabilidad su trabajo en las diferentes actividades establecidas por el Ministerio de Salud Pública; cumpliendo un total de 120 horas.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad.


Dra. Johanna Romero Blacio

COORDINADORA DE ODONTOLOGÍA DEL ÁREA DE SALUD N° 11 GONZANAMÁ

Dra. Johanna P. Romero Blacio

 ODONTOLOGA
MSP. L. 9 - F. 146 - No. 349
DPSL - L.002 - F. 053 - No. 159

Barrio San Pedro Km 1 Vía a Cariamanga
Teléfonos: 593 (2) 664510 (2) 664401 ext. (109)
area11@yahoo.com



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

MEMORANDUM No. 24

Loja, 14 de octubre del 2013

PARA: Dra. Tamya Valarezo B.
DOCENTE DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA

DE: Dra. Espec. Tamya Valarezo B.
COORDINADORA (E) DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA

ASUNTO: Designación para emitir informe sobre la estructura y coherencia del Proyecto de Investigación

Con un afectuoso saludo me dirijo a Usted a fin de solicitarle de la manera más comedida se digne efectuar la revisión del Proyecto de Tesis: "DIAGNÓSTICO DE SALUD BUODONTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS JARDIN ANTONIO PEÑA CELJ Y SECUNDARIOS COLEGIO NACIONAL MIXTO VILCABAMBA, DE LA PARROQUIA VILCABAMBA DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013" de autoría del Sr. Freddy López G., estudiante de la Carrera de Odontología, con la finalidad de que se emita información sobre la estructura y coherencia del antes mencionado Proyecto, de acuerdo a lo dispuesto en el Capítulo II del Reglamento de Investigación sobre PROYECTO DE TESIS, ARTÍCULOS 134, 135 y 136.

Además, para su conocimiento acerca de la pertinencia del Proyecto de Tesis, me permito transcribir los arts. 134, 135 y 136, los mismos que dicen lo siguiente:

Art. 134. "La Deruncia del Proyecto de Tesis se hará por escrito, mediante petición dirigida al Coordinador de la Carrera, quien lo enviará a conocimiento del responsable de la línea de investigación o dente especialista cuando corresponda, para que informe sobre la estructura y coherencia del proyecto. El informe será remitido al Coordinador dentro de los ocho días laborables. Con el informe favorable se designará al Director de Tesis.

En caso de incumplimiento en el plazo señalado, el Coordinador retirará el proyecto y lo remitirá a otro docente. De este incumplimiento se notificará a la autoridad inmediata superior para la sanción correspondiente"

Art. 135. "El Proyecto de Tesis contendrá como mínimo los siguientes elementos: a) Tema; b) Problemática; c) Justificación; d) Objetivos; e) Marco Teórico; f) Metodología; g) Cronograma; h) Presupuesto y financiamiento; y, i) Bibliografía".

Art. 136. Si el informe fuera favorable, el aspirante presentará el proyecto de Tesis al Coordinador de la Carrera, quien designará al director de la tesis y autorizará su ejecución".

Por la atención que se sirva dar al presente, le anticipo el debido agradecimiento.

Atentamente

EN LOS TESOROS DE LA SABIDURIA
ESTA LA GLORIFICACIÓN DE LA VIDA

Dra. Espec. Tamya Valarezo Bravo
COORDINADORA (E) DE LA
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

Cc: Sr. Freddy López G.
TVE/ta



11.4 SOLICITUDES

Loja, 25 de Octubre del 2013

Lcda. Lourdes del Pilar Iñiguez Cueva.
DIRECTOR DEL JARDIN "ANTONIO PEÑA CELI"

De mis consideraciones:

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

Freddy López, egresado de la carrera de Odontología, Me dirijo a usted para que muy comedidamente me permita obtener formalmente la constancia por escrito de haber realizado y cumplido con las siguientes actividades:

- Presentación del permiso
- Llenado de historias clínicas a los alumnos
- Charlas de promoción en salud oral
- Enseñanza de técnica de cepillado
- Entrega de pastas y cepillos

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:

 JARDÍN DE INFANTES
"Antonio José Peña Celi"
VILCABAMBA
DIRECCIÓN



Lcda. Lourdes del Pilar Iñiguez Cueva.
DIRECTOR DEL JARDIN "ANTONIO PEÑA CELI"


Freddy López
EGRESADO

Loja, 25 de Octubre del 2013

Sr. Luis Alfredo Redrovàn Astudillo.
RECTOR DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO VILCABAMBA

De mis consideraciones:

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

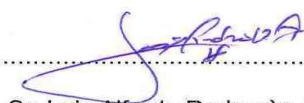
Freddy López, egresado de la carrera de Odontología, Me dirijo a usted para que muy comedidamente me permita obtener formalmente la constancia por escrito de haber realizado y cumplido con las siguientes actividades:

- Presentación del permiso
- Llenado de historias clínicas a los alumnos de octavo y décimo año.
- Charlas de promoción en salud oral
- Enseñanza de técnica de cepillado
- Entrega de pastas y cepillos

Documento que es de vital importancia para tener constancia en nuestro proyecto de tesis.

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

Atentamente:



Sr. Luis Alfredo Redrovàn Astudillo
RECTOR



Freddy López
EGRESADO

Loja 31 de octubre del 2013

Doctor:

JOSE PROCEL

CORDINADOR DEL MACROPROYECTO

CERTIFICA:

Que la presente tesis titulada: "DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS JARDÍN ANTONIO PEÑA CELI Y SECUNDARIOS COLEGIO NACIONAL MIXTO VILCABAMBA, DE LA PARROQUIA VILCABAMBA DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013, 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
Folio: 344
No. INSCRIPCIÓN: 1032

DR. JOSÉ PROCEL

11.5 EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

Fotografía #1. Diagnóstico



FUENTE: Estudiante del Colegio Nacional Vilcabamba

Fotografía N° 2. Charlas a los niños el Jardín Antonio José Peña Celi



FUENTE: Estudiantes del Jardín "Antonio Peña Celi"

Fotografía N° 3. Charlas a los niños el Jardín Antonio José Peña Celi



FUENTE: Estudiantes del Jardín "Antonio Peña Celi"

Fotografía N° 4. Llenado de encuestas



FUENTE: Estudiantes del Colegio Nacional Vilcabamba

Fotografía N° 5. Entrega de cepillos y pasta dental



FUENTE: Estudiantes del Colegio Nacional Vilcabamba

Fotografía N° 6. Fluorosis dental



FUENTE: Estudiante del Colegio Nacional Vilcabamba

Fotografía N° 7. Mordida Abierta



FUENTE: Estudiante del Colegio Nacional Vilcabamba

Fotografía N° 8. Inflamación Gingival.



FUENTE: Estudiante del Colegio Nacional Vilcabamba

Fotografía N° 9. Caries Rampante



FUENTE: Estudiante del Colegio Nacional Vilcabamba

Fotografía N° 10. Caries dental



Estudiantes del Jardín "Antonio Peña Celi"

FUENTE:

11.6 GLOSARIO

DPSL.-Dirección Provincial de salud Loja

MSP.-Ministerio de Salud Pública

Ceod.- Dientes cariados, extracción indicada y obturados.

CPOD.-Dientes cariados, perdidos, y obturados.

IHOS.- Índice de higiene oral simplificado.

BIOFILM.-Es una población de células que crecen unidas a una superficie envueltas en una matriz de exopolisacaridos que las protege del ataque de los antibióticos.

RESECIÓN GINGIVAL.- Las recesiones gingivales se definen como “el desplazamiento del margen de los tejidos blandos hacia apical de la línea amelocementaria, dejando la superficie radicular expuesta”, por lo cual arrastra consigo pérdida de inserción periodontal.

SINDROME DE KLINEFELTER.- Las recesiones gingivales se definen como “el desplazamiento del margen de los tejidos blandos hacia apical de la línea amelocementaria, dejando la superficie radicular expuesta”, por lo cual arrastra consigo pérdida de inserción periodontal

CUSPIDE DE CARABELLI.- Cúspide accesoria que se encuentra sobre la cúspide mesiolingual de un primer molar del maxilar superior. Puede ser unilateral o bilateral y de tamaño variable. Se observa comúnmente en personas de ascendencia caucasiana, pero se encuentra rara vez en personas de herencia mongólica o inuita (esquimal americana).

MACROGLOSIA.-ES un trastorno en el que la lengua es más grande de lo normal.

MICROGNATIA.- La micrognatia es una condición en la que la mandíbula inferior es anormalmente pequeña, lo suficiente para interferir con la alimentación y el desarrollo normal de los dientes y la lengua; es una condición típicamente hereditaria y puede acompañar al paciente, no sólo deformidad, sino que también podría padecer otros problemas médicos.

RINITIS ALÉRGICA.- Es una enfermedad que afecta a la mucosa nasal y produce estornudos, picor, obstrucción, secreciones nasales y en ocasiones falta de olfato. Suele ser muy persistente y dar síntomas diarios, aunque dependiendo de la causa de la inflamación puede dar síntomas solo en temporada concretas.

ADENOIDES.- Las adenoides son tejido linfático que se encuentra en las vías respiratorias altas entre la nariz y la parte posterior de la garganta adenoides son tejido linfático que se encuentra en las vías respiratorias altas entre la nariz y la parte posterior de la garganta.

DIASTEMA.- El diastema dental, espacio entre los dientes que suele afectar a los dos centrales incisivos superiores, se produce por la diferencia de proporción entre los dientes y la arcada dental. El diastema puede producir lesiones en las encías, aparición de caries (los restos de alimentos pueden alojarse con más facilidad) e, incluso, problemas en el habla. Además, la separación de los dientes puede originar también una incorrecta mordida, lo que incrementa las posibilidades de padecer dolores de cabeza, mandíbula, oído y cuello.

12. ÍNDICE

CARÁTULA.....	I
CERTIFICACIÓN.....	II
AUTORÍA.....	III
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS.....	IV
DEDICATORIA.....	V
AGRADECIMIENTO.....	VI
TÍTULO.....	7
RESUMEN.....	8
SUMARY.....	9
INTRODUCCIÓN.....	10
REVISIÓN DE LITERATURA.....	13
MATERIALES Y MÉTODOS.....	34
RESULTADOS.....	36
DISCUSIÓN.....	56
CONCLUSIONES.....	58
RECOMENDACIONES.....	59
BIBLIOGRAFÍA.....	60
ANEXOS.....	65
GLOSARIO.....	78
ÍNDICE.....	80