



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

NIVEL DE PREGRADO

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TEMA:

“DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS “REINA JULIANA DE HOLANDA”, “JOSÉ BENIGNO”, “JOSÉ MARÍA RIOFRIO”, “NELSON BERMEO” Y “BÉLGICA JIMÉNEZ” DE LA PARROQUIA RURAL DE MALACATOS DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013”

Tesis de Grado Previa a la Obtención
del Título de Odontóloga General

AUTORA:

Katherine Lisbeth Placencia Guamán

DIRECTOR:

Dr. José Procel

Loja - Ecuador

2013

ii. CERTIFICACIÓN

Dr. José Procel
DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA: Que la señorita: **Katherine Lisbeth Placencia Guamán** ha trabajado bajo mi tutoría la presente tesis, previa a la obtención del título de **ODONTÓLOGA**, la misma que cumple con la reglamentación pertinente, así como lo programado en el plan de tesis y reúne la suficiente validez técnica y práctica, por consiguiente autorizo su certificación.

Dr. Manuel José Procel González
MÉDICO ESPECIALISTA EN APS
Libro: 002
Folio: 394
No. INSCRIPCIÓN: 1032

Dr. José Procel
Director de Tesis

iii. AUTORIA

Yo, Katherine Lisbeth Placencia Guamán 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: Katherine Lisbeth Placencia Guamán

Firma:



Cedula: 1105029829

Fecha: 2013-11-15

iv. CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS

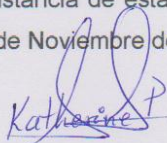
Yo, Placencia Guamán Katherine Lisbeth declaro ser autora de la tesis titulada "DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS "REINA JULIANA DE HOLANDA", "JOSÉ BENIGNO", "JOSÉ MARÍA RIOFRIO", "NELSON BERMEO" Y "BÉLGICA JIMÉNEZ" DE LA PARROQUIA RURAL DE MALACATOS DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013" como requisito para optar al grado de: Odontóloga general, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos muestre, al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

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

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

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

Firma:



Autor: Katherine Lisbeth Placencia Guamán

Cedula: 1105029829

Dirección: San José

Correo electrónico: flakita211991otmail.com

Teléfono: 2572102

Celular: 0991886704

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de tesis: Dr. José Procel

Tribunal de grado: Dra. Leonor Peñarreta

Dr. Franklin Quinche

Dra. Tannya Valarezo

ii. DEDICATORIA

Primeramente quiero dedicar este proyecto de tesis a Dios por brindarme la oportunidad de la vida, por regalarme los medios necesarios para continuar mi formación profesional y lograr mis metas propuestas., y por ser mi guía y mi camino en cada momento de mi vida.

Quiero dedicar este proyecto a mis Padres por ser un pilar fundamental en mi formación, y quien permanentemente me han apoyado con su espíritu alentador, contribuyendo incondicionalmente a obtener mi título profesional.

A mis hermanos que me acompañaron a lo largo del camino, brindándome la fuerza y los ánimos necesarios para continuar y no decaer en mi transcurso universitario.

A mis docentes que han aportado sus valiosos conocimientos para mi formación desde la escuela hasta las aulas universitarias, quienes con mucha paciencia y bondadoso amor forman los corazones y las mentes del mañana.

Katty

iii. AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a las autoridades y docentes de la carrera de Odontología por la formación académica y profesional recibida en las aulas universitarias y en forma especial al Dr. José Procel como director de tesis por la excelente guía durante el trabajo investigativo de manera desinteresada y que permitieron cumplir satisfactoriamente los objetivos planteados.

El Autor

1. TÍTULO

DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS “REINA JULIANA DE HOLANDA”, “JOSÉ BENIGNO”, “JOSÉ MARÍA RIOFRIO”, “NELSON BERMEO” Y “BÉLGICA JIMÉNEZ” DE LA PARROQUIA RURAL DE MALACATOS DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013.

2. RESUMEN

Las enfermedades bucales, en particular caries dental, periodontopatías y maloclusiones por su elevada frecuencia, molestias locales, estéticas y la repercusión en la salud general que ocasionan, justifica plenamente su atención como problema de salud pública.

Debido a esto se realizó un estudio de tipo descriptivo transversal en Malacatos, tomando como muestra a 193 alumnos de los centros educativos “Reina Juliana de Holanda”, “José Benigno”, “José María Riofrio”, “Nelson Bermeo” y “Bélgica Jiménez” con el propósito de realizar un diagnóstico de salud bucodental e identificar los factores de riesgo presentes.

Para la recolección de la información se utilizó la encuesta y la historia clínica odontológica, la misma que fue llenada en el momento en el que se realizó el examen bucal, posterior a esto se impartieron charlas sobre salud e higiene oral, finalizando con la entrega de pastas y cepillos dentales a los niños.

Finalizado la investigación se encontró que el 98,45% de los estudiantes presentan caries, inflamación gingival y sangrado el 46,11%, la oclusión más frecuente en dentición temporal fue el escalón mesial en un 81,25%, en dentición permanente fue clase I sin apiñamiento con el 32,85%, y que la población estudiada le da una escasa importancia a la salud bucal.

Palabras claves: caries, factores de riesgo, inflamación gingival, mal oclusión.

SUMMARY

Oral diseases, including dental caries, periodontal and malocclusions because of their frequency, local discomfort, aesthetics and overall health impact caused, justifying their attention as a public health problem.

Because of this we conducted a cross-sectional descriptive study in Malacatos, taking as sample to 193 students of schools "Reina Juliana of Holanda", "José Benigno", "José María Riofrio", "Nelson Bermeo" and " Belgica Jimenez" for the purpose of diagnosing oral health and identify risk factors present.

To collect information used survey instruments such as dental and medical history, the same that was filled in the time when oral examination was performed subsequent to this were given lectures on oral health and hygiene , ending with delivery of toothpaste and toothbrushes to children .

Completed research found that 98.45 % of students have tooth decay, and that the study population gives little importance to oral health.

Keywords: caries risk factors, gingival inflammation, and malocclusion.

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-WORLD, 2004)

Existen además diferentes factores de riesgo, relacionados con la afección del estado de salud oral de un individuo, generando no sólo problemas en la cavidad bucal sino también a nivel general, incidiendo en la calidad de vida.

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.

Según estudios en el vecino país Perú encontramos 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, 2010)

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

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

En nuestra nación, a pesar del trabajo gubernamental aún hay inequidades en educación y salud, que se acentúan más en los sectores rurales, esto sumado a la pobreza, determinan que las zonas rurales existan un mayor índice de afecciones en la cavidad oral. Es también visible, la falta de información que ayude a visualizar ampliamente los factores que pueden estar afectando a la salud, la falta

de estudios epidemiológicos para saber el estado en que se encuentra la población; para así tomar medidas que beneficien a la comunidad lojana.

*Es por esto que se estableció el tema de investigación **DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS “REINA JULIANA DE HOLANDA”, “JOSÉ BENIGNO”, “JOSÉ MARÍA RIOFRIO”, “NELSON BERMEO” Y “BÉLGICA JIMÉNEZ” DE LA PARROQUIA RURAL DE MALACATOS DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013**, por la importancia de las patologías de la cavidad bucal y su relación con factores de riesgo que pueden coadyuvar o no a la presencia de dichas patologías; encontrando que las alteraciones que se presentaron con mayor frecuencia fue la caries dental con un 98,45% de la población examinada, alteraciones de numero con un 2,59%, inflamación gingival con 46,11% La relación molar en dentición temporal que se presentó con mayor frecuencia fue en “escalón mesial” con un 81,25%, y en dentición permanente Clase I sin apiñamiento con un 31,03%. En lo que se refiere a alteraciones de oclusión se encontró que la perdida prematura de dentición decidua fue la más frecuente con un 17,62%.*

4. REVISIÓN DE LA LITERATURA

CAPITULO I

1. DIAGNÓSTICO DE SALUD

1.1 Definición de Diagnóstico de salud

El diagnóstico de salud es un proceso de evaluación para medir, comparar y determinar la evolución de las diferentes variables que influyen en la salud enfermedad de la población. Es un juicio de valor en torno al proceso salud enfermedad para la formulación de políticas y lineamientos de acción en salud (Villa. J.P 2012).

1.1.2 Niveles de diagnósticos:

General: Es el juicio de valor en torno al proceso salud enfermedad en una comunidad o en los usuarios de servicios de salud con relación a la respuesta social organizada

Situacional: Uso de los recursos en torno a los daños y los riesgos a la salud.

De salud: Situación de salud enfocada a la disminución de indicadores de eficacia o impacto

De necesidades: Situación de la dotación de servicios relacionada con las necesidades de la comunidad (Villa. J.P 2012).

1.2 PARROQUIA MALACATOS

1.2.1 HISTORIA



Gráfico 1: Malacatos

El significado de la palabra Malacatos proviene del nombre de la primitiva tribu indígena de los “MALACATUS” quienes tenían el dominio sobre los pueblos Vilcabamba, Yangana y San Bernabé.

En el lugar vivieron grupos indígenas, que al momento de la llegada de los españoles eran los Malacatus en los territorios de la parroquia de su nombre.

Se afirma la existencia de otros grupos indígenas, lo que permite establecer que Malacatos estuvo poblado desde épocas remotas, con la llegada de los Incas primero, y de los españoles después, ambos grupos conquistadores tuvieron que enfrentarse a una población ya asentada (G.A.D.M.L.).

1.2.2 EDUCACIÓN

1.2.2.1 CENTRO EDUCATIVO “REINA JULIANA DE HOLANDA”

El centro educativo “Reina Juliana de Holanda” se encuentra ubicado en el barrio “La Granja” de la parroquia Malacatos. Es una institución de educación básica que cuenta desde el primer al séptimo año de educación básica; la integran tres docentes que imparten sus enseñanzas a diecinueve alumnos matriculados. En lo referente a vialidad el tramo de Malacatos al centro educativo no cuenta con obras viales ni asfalto, siendo una carretera de tierra en mal estado. El centro está conectado a una red pública de alcantarillado así como al servicio de energía

eléctrica, vemos una falta de servicio de telefonía convencional y servicio de internet.

1.2.2.2 CENTRO EDUCATIVO “JOSÉ BENIGNO”

El centro educativo “José Benigno” se encuentra ubicado en el barrio “El Pedregal”. Cuenta desde el primer al séptimo año de educación básica; la conforman tres docentes que educan a veinte y tres estudiantes. En lo que concierne a vialidad, el tramo de Malacatos a la institución no cuenta con una carretera asfaltada, siendo esta de tierra en mal estado. El centro posee red pública de alcantarillado, servicio de agua potable y de energía eléctrica, no cuenta con servicio de telefonía convencional y servicio de internet.

1.2.2.3 CENTRO EDUCATIVO “JOSÉ MARÍA RIOFRIO”

Se encuentra ubicado en el barrio “Pacaypamba”. Es una institución de educación básica que cuenta desde el primer al séptimo año de educación básica, La integran dos docentes que enseñan a veinte y cuatro estudiantes. En lo referente a vialidad no cuenta con una carretera asfaltada, existiendo una carretera de tierra en mal estado. La institución posee energía eléctrica, servicio de agua entubada, no cuenta con servicio de telefonía convencional y servicio de internet.

1.2.2.4 CENTRO EDUCATIVO “NELSON BERMEO”

Ubicado en el barrio “Potopamba”, esta institución cuenta con un docente que imparte sus enseñanzas a trece alumnos matriculados de primer a sexto año de educación básica. En lo referente a vialidad, el tramo que conecta la carretera de Malacatos a la institución es un camino que se encuentra en malas condiciones. En lo que concierne a servicios básicos, posee energía eléctrica, servicio de agua entubada, no cuenta con servicio de telefonía convencional y servicio de internet.

1.2.2.5 CENTRO EDUCATIVO “ELVIA BÉLGICA JIMÉNEZ”

Se encuentra ubicado en el barrio “Rumizhitana”. Es una institución de educación básica que cuenta desde el primer al séptimo año de educación básica, La

integran ocho docentes que enseñan a ciento catorce estudiantes. En lo referente a vialidad, el tramo que conecta la carretera de Malacatos a la institución es una carretera de tierra que se encuentra en malas condiciones. En lo que concierne a servicios básicos, posee energía eléctrica, servicio de agua entubada, no cuenta con servicio de telefonía convencional y servicio de internet.

CAPITULO II

2. 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. y García. J.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. y Arias A. 2012).



Gráfico 2: Historia clínica

2.3 PATOLOGÍAS

2.3.1 LESIONES DE LOS TEJIDOS DUROS

2.3.1.1 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).



Gráfico 2: Caries dental

2.3.1.2 FACTORES DE RIESGO DE LA CARIES DENTAL

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

2.3.2 ALTERACIONES DE FORMA

2.3.2.1 Taurodontismo

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

3.3.2.2 Diente Invaginado.

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

3.3.2.3 Cúspides supernumerarias

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

3.3.2.4 Diente evaginado

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



Gráfico 3: Diente evaginado

3.3.2.5 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. Wysocki 2005).

3.3.2.6 Geminación

La geminación afecta principalmente a los dientes anteriores, se caracteriza por la división parcial de un solo primordio dental produciéndose un diente que muestra dos coronas independientes o separadas parcialmente, una sola raíz y un solo

conducto radicular, este tipo de diente se puede presentar en las dos denticiones y se lo puede confundir con una fusión (J. Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wysocki).



Grafico 4: Geminación

3.3.2.7 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).



Gráfico 5: Fluorosis dental

3.3.2.8 Grados clínicos de la fluorosis dental

Existen grados clínicos diferentes de fluorosis del esmalte en los que tenemos:
Leve.- el diente es de color blanco mate y afecta a los bordes incisales o cúspides

de los dientes posteriores, se puede observar en forma de gorro de nieve, estrías o venas delgadas e irregulares de color blanco opaco. Moderado.- se presenta de color café oscuro combinado con coloraciones blancas y opacas, en este caso también podemos observar cavidades discretas de 1 a 2mm Grave.- a este nivel el color es de café chocolate hasta casi negras (Harris.N; García.G et.al 2005)

3.3.2.9 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).

3.3 LESIONES DE LOS TEJIDOS BLANDOS

3.3.1 ENFERMEDADES GINGIVALES

3.3.1.1 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).



Gráfico 6: Gingivitis

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

En este caso la enfermedad gingival se presenta con respuestas inflamatorias muy marcadas y eritemas graves, en el caso de la gingivitis de la pubertad se da por exacerbación de la inflamación gingival debido a fluctuaciones hormonales, como respuesta a la presencia de poca o nula placa bacteriana (Boj. J, Catalá.M 2004).

3.3.1.3 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)

3.4 MALOCLUSION

3.4.1 DENTICIÓN TEMPORAL

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

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

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

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

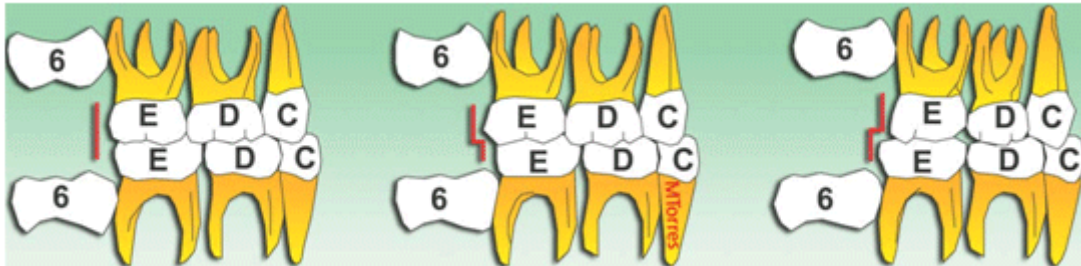


Gráfico 7: Planos terminales

3.4.2 DENTICIÓN PERMANENTE

Clase I

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



Gráfico 8: Clase I

Clase II

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



Gráfico 9: Clase II

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).



Gráfico 10: Clase III

3.5.3 TIPO DE DENTICIONES

3.5.3.1 Dentición temporal

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

segundo molar inferior a los 20 meses, de esta manera la aproximadamente a los dos años y medio ya debería estar completa la dentición primaria (ROSA MARIAMASSÓN-2004).

3.5.3.2 Dentición mixta

Se conoce como dentición mixta a la presencia simultánea en boca, de dientes temporales y permanentes; este periodo de recambio abarca de los seis hasta los doce años de edad y es de gran importancia e interés en la etiología de anomalías de la oclusión, porque en este periodo se realiza una serie de complicados procesos que conducen al cambio de la dentición temporal por la permanente y al establecimiento de la oclusión normal definitiva (ROSA MARIAMASSÓN-2004).

3.5.3.3 Dentición permanente

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

3.5.4 PÉRDIDA PREMATURA DE DENTICIÓN DECIDUA

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



Gráfico 11: Pérdida prematura

3.5.4.2 Pérdida temprana: Se refiere a la pérdida de dientes primarios antes de la época esperada pero sin llegar a comprometer el mantenimiento natural del perímetro o longitud de arco. (Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2004-2005).

3.5.5 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.) 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).

3.5.6 TIPOS DE MORDIDAS

3.5.6.1 Mordida abierta

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



Gráfico 12: Mordida abierta

3.5.6.2 Mordida Profunda

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



Gráfico 13: Mordida Profunda

3.5.6.3 Mordida cruzada anterior

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



Gráfico 14: Mordida cruzada anterior

3.5.6.4 Mordida cruzada posterior

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

3.5.6.5 Bis a bis

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



Gráfico 15: Mordida bis a bis

3.6 HÁBITOS

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

3.6.1 Succión digital

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

3.6.2 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)



Gráfico 16: Respirador bucal

3.6.3 Deglución atípica

Se presenta debido a la interposición de la lengua entre las arcadas dentarias en el acto de deglutir, esto es lo que se denomina lengua protráctil, el individuo para deglutir necesita hacer un vacío que en conjunción con los movimientos de la lengua impulsa el alimento hacia la faringe. Cuando existe lengua protráctil el sellado periférico anterior para producir el vacío necesario, se hace al contactar la lengua con los labios directamente, suele ser una postura adaptativa para lograr un correcto cerrado oral en los casos donde no hay contacto inter incisivo. (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
- ✓ Hipertonicidadde la borda del mentón.

3.6.4 Interposición lingual

La interposición lingual consiste en la ubicación de la lengua entre las piezas dentarias, ya sea en la zona anterior (a nivel de incisivos) o entre los sectores laterales (a nivel de molares) observada en reposo y/o durante las funciones de deglución y fono articulación (Pamela Agurto V, Rodrigo Díaz, Olga Cádiz, Fernando Bobenrieth, 1999)



Gráfico 17: Interposición lingual

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

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

CAPITULO III

3. RIESGO

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

3.1 FACTORES DE RIESGO

La Organización Mundial de la Salud determina al riesgo como cualquier característica o circunstancia detectable en una persona o grupo de personas; asociándolo con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Los factores de riesgo pueden ser causas o indicadores, pero su importancia radica en que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen (Higashida. B 2000).

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

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

3.2.1 FACTORES DE RIESGO LOCALES

Los factores locales son:

3.2.1.1 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).

3.2.1.2 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).

3.2.1.3 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).

3.2.1.4 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).

5. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio de tipo *cuantitativo* debido a que se determinó porcentualmente el estado de salud buco dental de los estudiantes de los centros educativos primarios y secundarios de las parroquias rurales del cantón Loja y los resultados obtenidos fueron expuestos mediante tablas y cuadros estadísticos; *descriptivo* ya que nos ayudó a determinar la situación de las variables que se estudiaron mediante la descripción de las diversas patologías que se presentaron en este estudio; y *prospectivo* porque se registró la información según como fueron ocurriendo los fenómenos.

El área de estudio en la cual se realizó la investigación fue la parroquia de Malacatos que cuenta con una población de 6292 habitantes, limita al norte con la parroquia de San Pedro de Vilcabamba, al sur con la parroquia de Vilcabamba, al este con la parroquia El Tambo (cantón Catamayo) y al Oeste con la provincia de Zamora Chinchipe. Tiene una extensión de 208,66 kilómetros cuadrados.

El universo estuvo conformado por 196 estudiantes, de las unidades educativas “REINA JULIANA DE HOLANDA”, “JOSÉ BENIGNO”, “JOSÉ MARÍA RIOFRIO”, NELSON BERMEO Y “BÉLGICA JIMÉNEZ” de la parroquia rural de Malacatos del cantón Loja y se trabajó con el 100% de la población establecida, excluyendo a los estudiantes que no quisieron colaborar en la recolección de los datos.

La técnica utilizada para la recolección de datos fue la observación, que nos permitió tener una visión clara, real y actual del problema, a través de la percepción directa de los sujetos investigados, estableciendo así como se encuentran las variables. Como instrumentos para la recolección de datos se utilizó la Historia Clínica Odontológica; el odontograma fue uno de los principales formularios para registrar la información específica de la normalidad y lo patológico, así como el examen físico bucodental. Otro instrumento que nos ayudó fue la encuesta con preguntas elaboradas para determinar la situación de las variables.

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

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

Los recursos materiales utilizados fueron el set de diagnóstico (espejo, explorador, pinza algodонера), materiales de bioseguridad, historias clínicas, encuestas, material didáctico, cámara fotográfica, computadora, materiales de escritorio, 193 cepillos dentales y pastas dentales.

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

PROCEDIMIENTO:

Fue un proyecto cuantitativo que se realizó en los estudiantes de las unidades educativas “REINA JULIANA DE HOLANDA”, “JOSÉ BENIGNO”, “JOSÉ MARÍA RIOFRIO”, “NELSON BERMEO” Y “ELVIA BÉLGICA JIMÉNEZ” de la parroquia rural de Malacatos del cantón Loja

1. Aprobación del proyecto.
2. Elaboración de credenciales de identificación en los que constó los siguientes datos: Logo de la Universidad Nacional de Loja, foto y datos informativos del investigador.
3. Solicitud dirigida a los directores de cada establecimiento, con el fin de obtener autorización para realizar el trabajo de campo.
4. Oficio dirigido a las autoridades Educativas Regionales.
5. Validación de la encuesta e historia clínica por los docentes que conforman

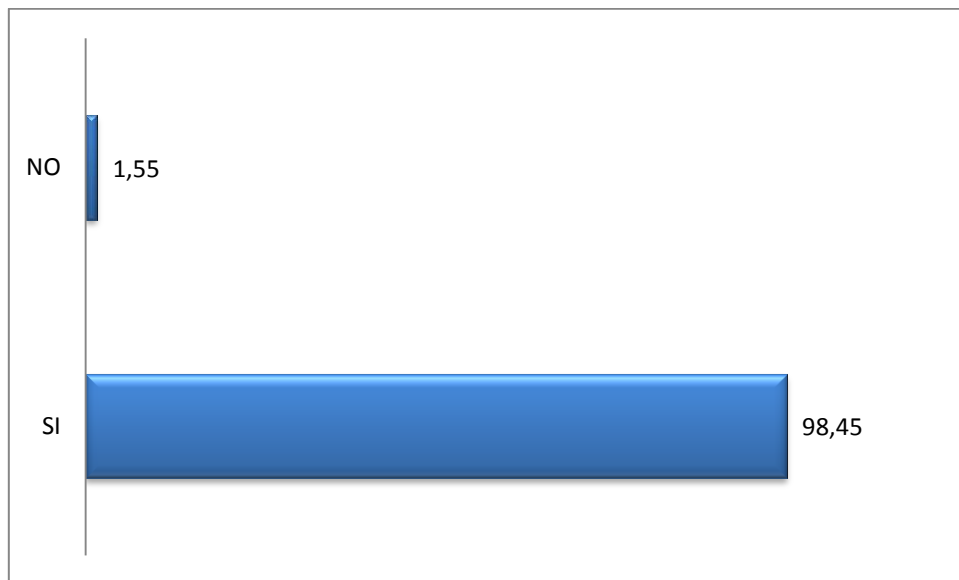
la carrera de odontología.

6. Se realizó el diagnóstico clínico bucal, a los estudiantes de los centros educativos.
7. Se aplicó la encuesta sobre higiene oral y factores de riesgo, a cada uno de los estudiantes, en caso de los niños que no pudieron contestar la encuesta esta se la realizó a los padres de familia de dichos alumnos.
8. 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 fue calificada como correcta e incorrecta y así mismo anotada en la encuesta.
9. Se brindó charlas sobre educación en salud oral, a estudiantes y profesores y se entregó implementos de higiene oral a los niños como cepillo y pasta dental.
10. Se realizaron evidencias fotográficas de cada una de las actividades que se efectuaron.
11. Se organizó la información recolectada de todas las parroquias y luego se procedió a la tabulación respectiva en el programa Microsoft Excel.
12. Los datos tabulados se presentaron en el programa informático Microsoft Excel, mediante graficas estadísticas.
13. En base a los resultados se formularon conclusiones y recomendaciones.

6. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

REPRESENTACION GRÁFICA DE LA HISTORIA CLÍNICA

GRÁFICA N° 1 PRESENCIA DE CARIES

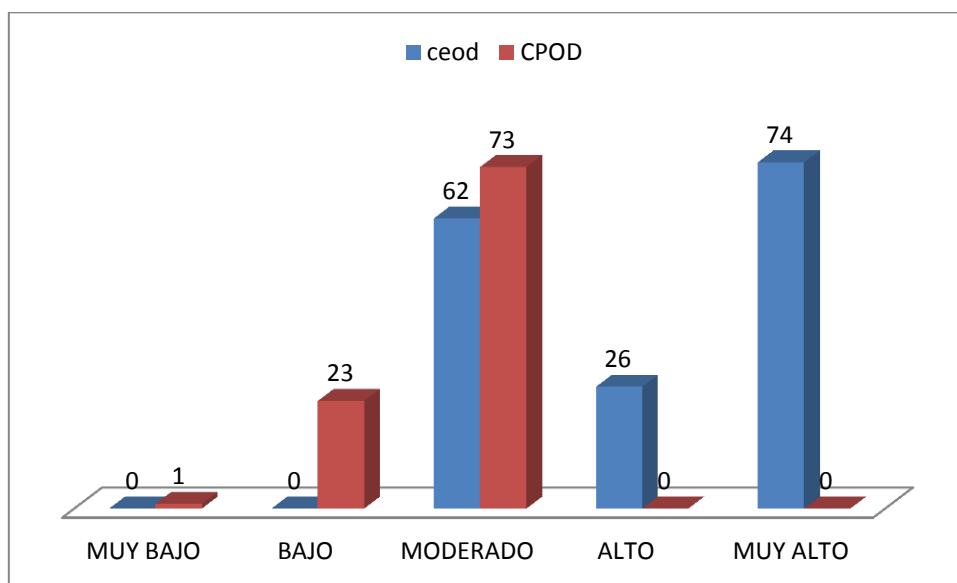


FUENTE: Centros Educativos “Reina Juliana de Holanda”, “José Benigno”, “José María Ríofrío”, “Nelson Bermeo” y “Elvia Bélgica Jiménez”.

AUTOR: Katherine Placencia G.

ANÁLISIS: En el gráfico N° 1, de acuerdo a los datos obtenidos observamos que un 98,45%, es decir, casi la totalidad de la población estudiada se encontraba afectada por caries dental; debido a una incorrecta técnica de cepillado, falta de implementos necesarios para la higiene oral como el hilo dental-enjuague bucal, consumo diario y frecuente de alimentos cariogénicos.

GRÁFICA N° 2 ÍNDICE ceod Y CPOD

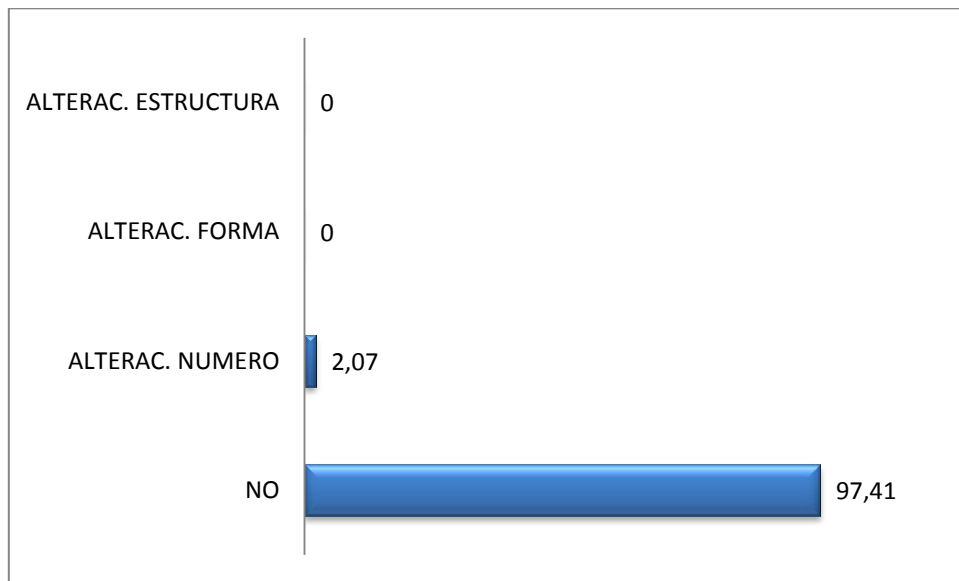


FUENTE: Centros Educativos “Reina Juliana de Holanda”, “José Benigno”, “José María Riofrio”, “Nelson Bermeo” y “Elvia Bélgica Jiménez”.

AUTOR: Katherine Placencia G.

ANÁLISIS: En la presente gráfica observamos que en el índice de ceod existen 74 estudiantes con un riesgo de “muy alto” y dentro del CPOD hay 73 estudiantes con un riesgo “moderado”, esto como consecuencia de una mala técnica de cepillado, malos hábitos higiénicos, un alto consumo de alimentos cariogénicos y sobre todo a la poca importancia que le dan a la visita al odontólogo.

GRÁFICA N° 3 ALTERACIONES DENTALES

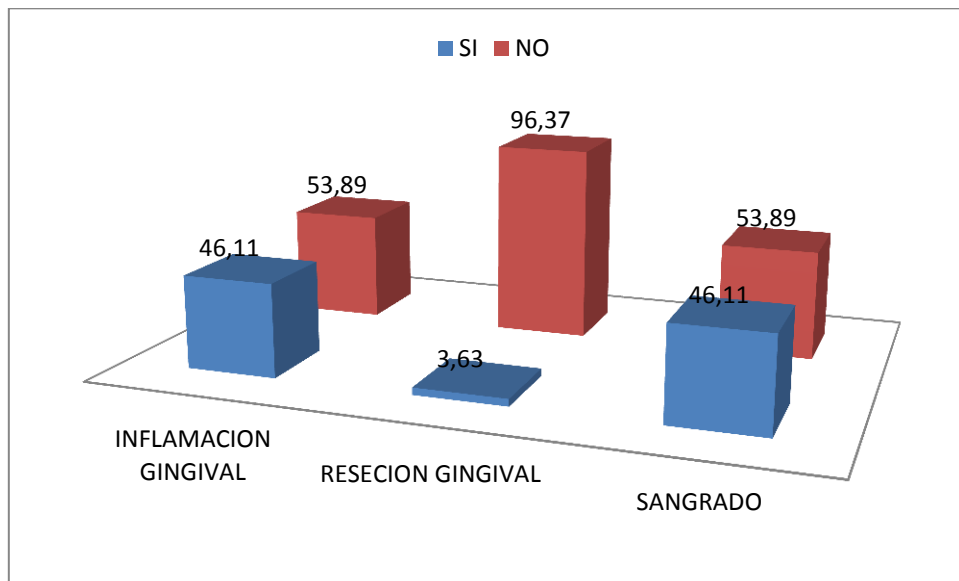


FUENTE: Centros Educativos “Reina Juliana de Holanda”, “José Benigno”, “José María Riofrio”, “Nelson Bermeo” y “Elvia Bélgica Jiménez”.

AUTOR: Katherine Placencia G.

ANÁLISIS: Luego del examen a cada uno de los estudiantes se pudo observar que el 2,59% de los niños presento alteraciones de número como son agenesias de las piezas 72 y 82, 52 y 62, 83 y dientes supernumerarios como es el mesiodens.

GRÁFICA N° 4 ALTERACIONES GINGIVALES

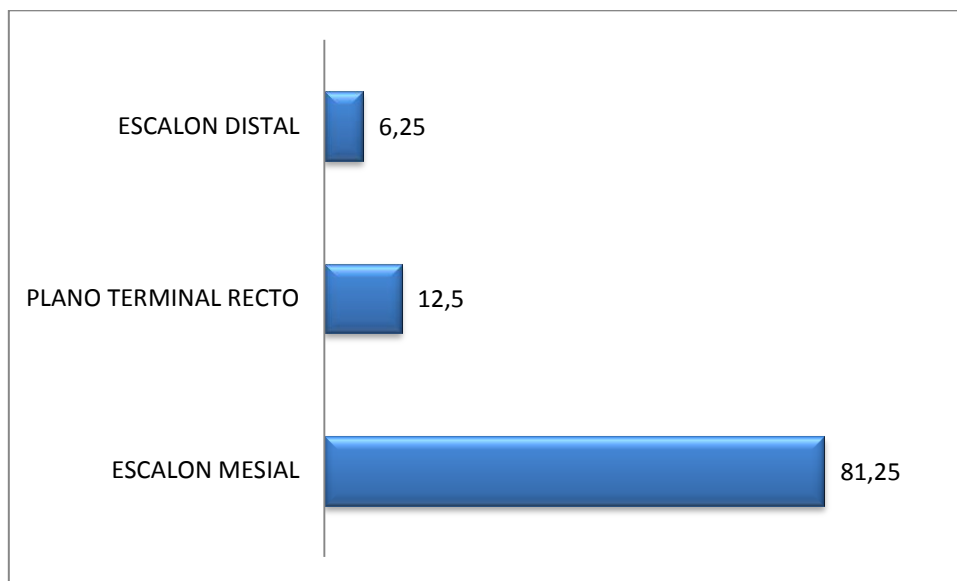


FUENTE: Centros Educativos “Reina Juliana de Holanda”, “José Benigno”, “José María Riofrio”, “Nelson Bermeo” y “Elvia Bélgica Jiménez”.

AUTOR: Katherine Placencia G.

ANÁLISIS: En el presente gráfico, se encontró que existen valores elevados de inflamación gingival (46,11%) y sangrado gingival (46,11%), ya que en el examen clínico se observó que en estos niños existía malos hábitos de higiene bucal debido a que era frecuente observar superficies dentales con placa bacteriana; además se observó que un 3,63% de la población estudiada tiene resesión gingival siendo un porcentaje mínimo así mismo debido a la deficiente frecuencia del cepillado y en algunos casos a la ausencia total del cepillado dental.

GRÁFICA N° 5 RELACIÓN MOLAR EN DENTICION TEMPORAL

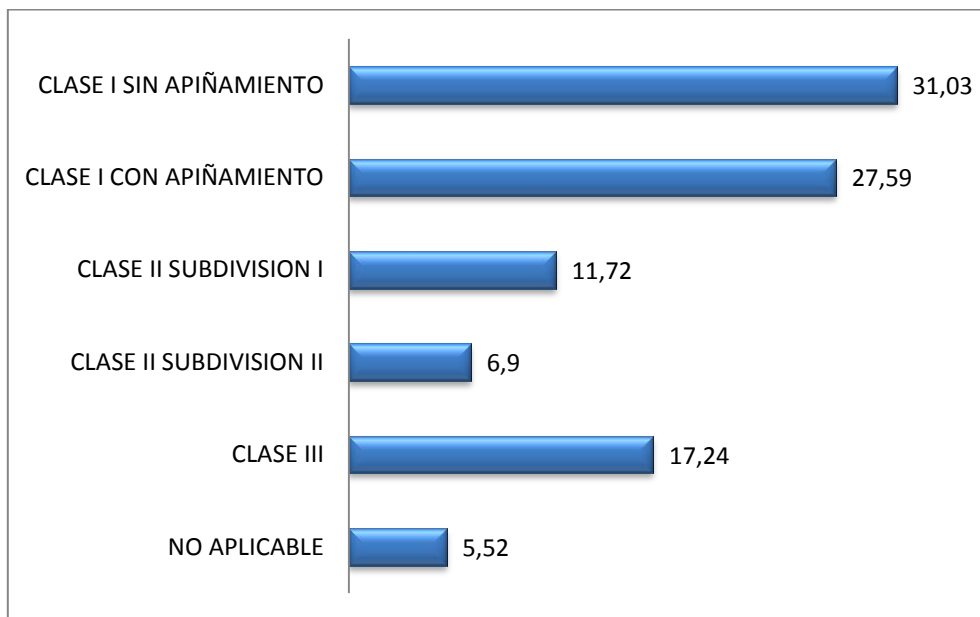


FUENTE: Centros Educativos “Reina Juliana de Holanda”, “José Benigno”, “José María Riofrio”, “Nelson Bermeo” y “Elvia Bélgica Jiménez”.

AUTOR: Katherine Placencia G.

ANÁLISIS: En el gráfico N° 4, de acuerdo a los datos obtenidos el 81,25% de la población estudiada presentó una Relación Molar en “Escalón mesial”, lo que indica que casi la mayoría de la población tiene grandes posibilidades de desarrollar una Relación Molar clase I o clase III, dependiendo del tamaño del escalón, mientras que un 12,25% de los escolares presentó una Relación Molar en “Plano terminal recto”, lo que conlleva a determinar a que en un futuro evolucione a una Clase I o Clase II molar.

GRÁFICA N° 6 TIPO DE OCLUSIÓN EN DENTICIÓN PERMANENTE (CLAVE DE ANGLE)

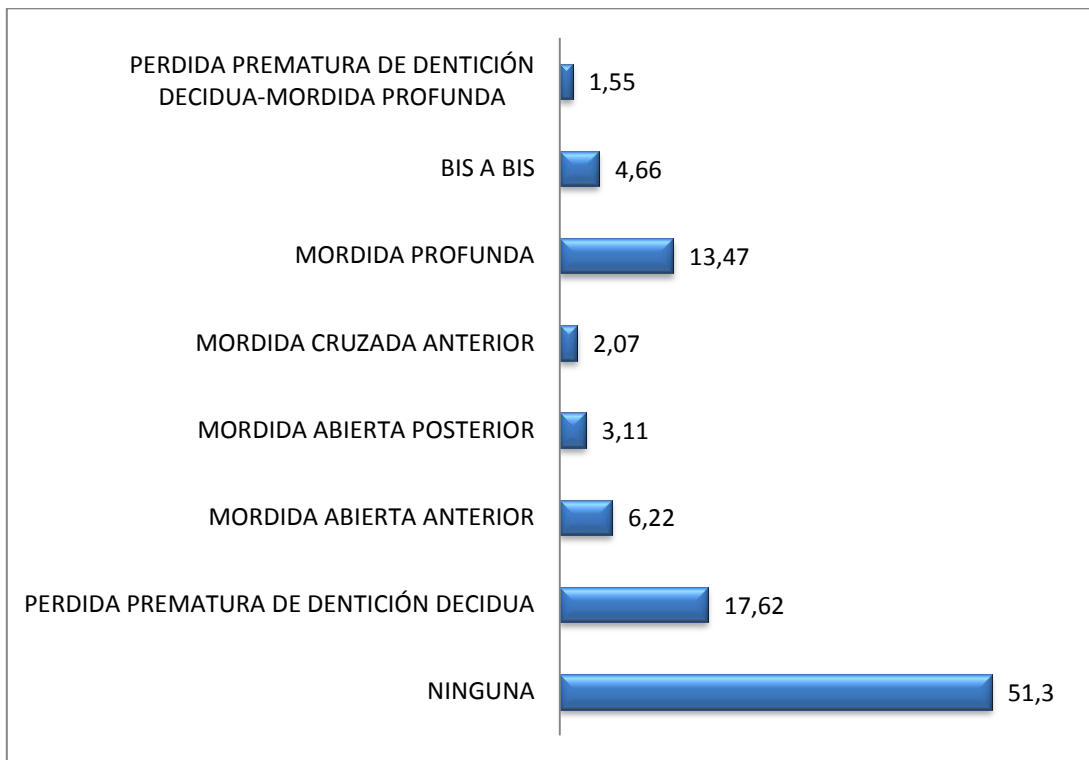


FUENTE: Centros Educativos “Reina Juliana de Holanda”, “José Benigno”, “José María Riofrio”, “Nelson Bermeo” y “Elvia Bélgica Jiménez”.

AUTOR: Katherine Placencia G.

ANÁLISIS: En el gráfico N° 5, se observa que el 31,03%, de la población estudiada, presenta normoclusión en dentición permanente, es decir Clase I sin Apiñamiento, en cambio los estudiantes con Maloclusion están representados por: Clase I con apiñamiento 27,59%, Clase II Subdivisión I 11,72%, Clase II Subdivisión II 6,9%, y Clase III 17,24%. El grupo definido como “No aplicable” representado por el 5,52%, se refiere a los estudiantes que no presentaban varios de los primeros molares permanentes, y sin estas piezas dentales no es posible definir una Clave de Angle.

GRÁFICA N° 7 ALTERACIONES DE OCLUSIÓN

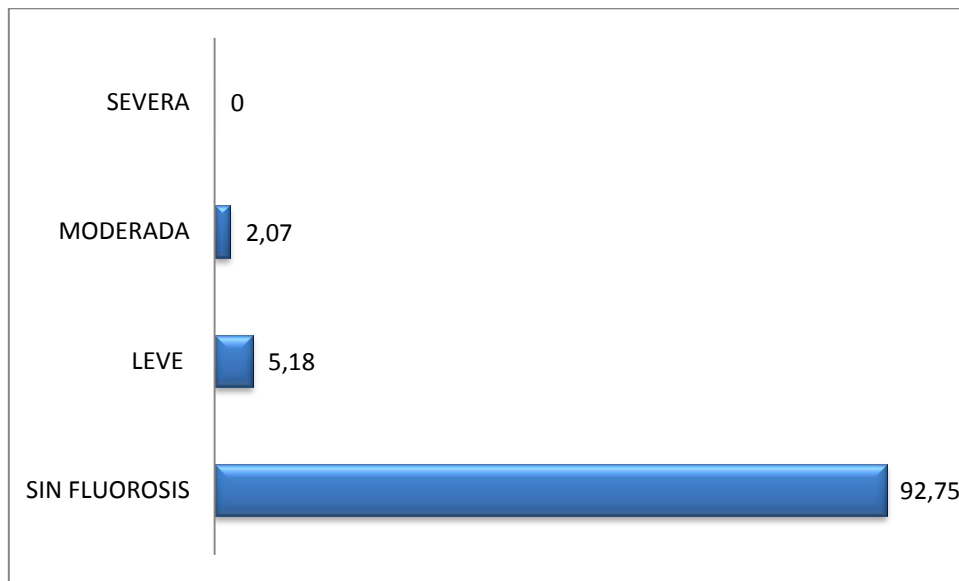


FUENTE: Centros Educativos “Reina Juliana de Holanda”, “José Benigno”, “José María Riofrio”, “Nelson Bermeo” y “Elvia Bélgica Jiménez”.

AUTOR: Katherine Placencia G.

ANÁLISIS: Luego de analizar a cada uno de los estudiantes y de haber pedido que ocluyan en máxima intercuspidadación se puede observar que las alteraciones de oclusión que más se presentaron fueron: pérdida prematura de dentición decidua con 17,62%, mordida profunda con 13,47%, mordida abierta anterior con 6,22%, mordida bis a bis con 4.66%, entre otras.

GRÁFICA N° 8 FLUOROSIS DENTAL

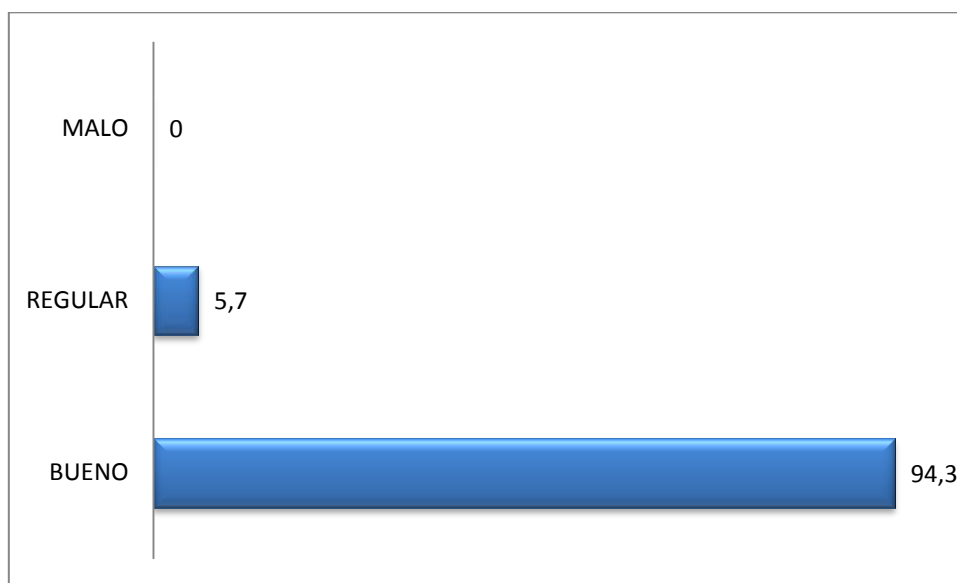


FUENTE: Centros Educativos “Reina Juliana de Holanda”, “José Benigno”, “José María Riofrio”, “Nelson Bermeo” y “Elvia Bélgica Jiménez”.

AUTOR: Katherine Placencia G.

ANÁLISIS: Luego de revisar a cada uno de los estudiantes y realizar el respectivo diagnóstico se encontró que del total de la población estudiada el 5,18% presentan fluorosis leve apreciándose como pequeñas zonas blancas y opacas dispersas irregularmente en los dientes afectando al menos del 50% de la superficie dental labial y el 2.07% presenta fluorosis moderada mostrándose como un tinte pardo en la superficie de los dientes.

GRÁFICA N° 9 ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO



FUENTE: Centros Educativos “Reina Juliana de Holanda”, “José Benigno”, “José María Riofrio”, “Nelson Bermeo” y “Elvia Bélgica Jiménez”.

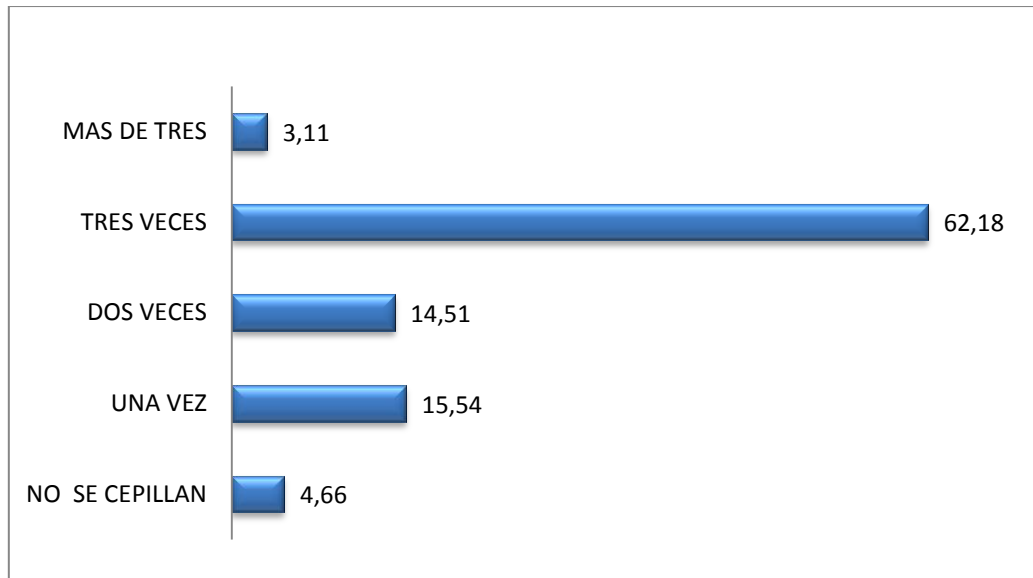
AUTOR: Katherine Placencia G.

ANÁLISIS: Realizado el diagnóstico a los estudiantes se determinó que el 94,3% de los alumnos tienen un IHOS valorado como “bueno”; mientras que 11 niños se ubicaron dentro del criterio “regular”, que corresponde al 5,7%.

Se debe tomar en cuenta que en éste grupo de estudio, la mayoría de estudiantes correspondía a las edades de 4 a 13 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 bastante acumulación de placa pero escasas cantidades de cálculo dental, el valor al dividirse se reducía a la mitad, quedando la mayoría de niños clasificado en el criterio de “bueno”. Sin embargo en la examinación clínica se evidenciaba una mala higiene oral por la presencia de gran acumulación de placa bacteriana que a su vez, esta depende de una mala e incorrecta técnica de cepillado.

REPRESENTACION GRÁFICA DE LA ENCUESTA.

GRÁFICA N° 10 FRECUENCIA DE CEPILLADO EN EL DÍA

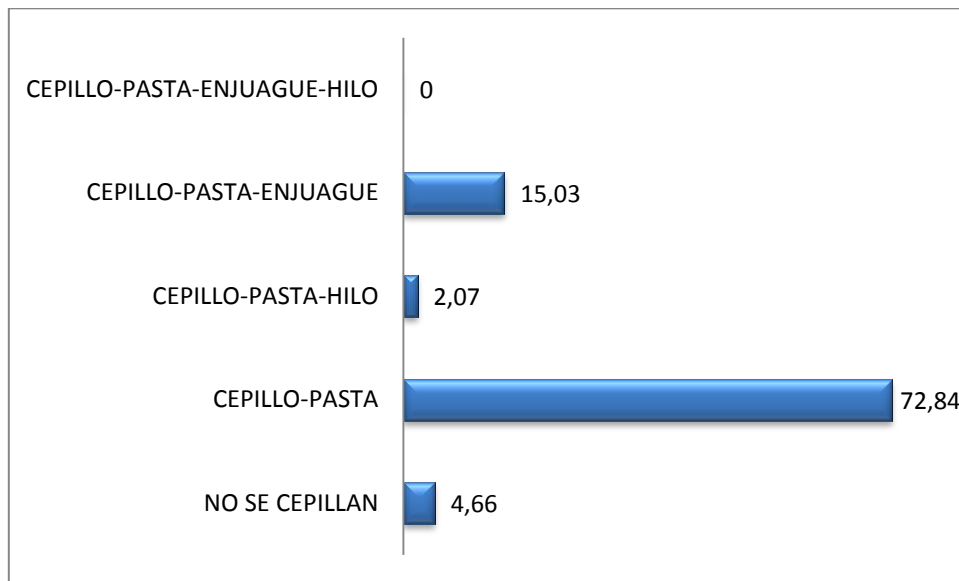


FUENTE: Centros Educativos “Reina Juliana de Holanda”, “José Benigno”, “José María Riofrio”, “Nelson Bermeo” y “Elvia Bélgica Jiménez”.

AUTOR: Katherine Placencia G.

ANÁLISIS: En la presente gráfica se puede observar que el 62,18% y el 3,11% de los estudiantes realizan el cepillado dental tres o más de tres veces al día respectivamente, valores calificados como los indicados para mantener una adecuada higiene oral, sin embargo son datos poco confiables debido a los altos índices de caries y a la acumulación de placa bacteriana; además encontramos que el 30,05% lo realizan entre una y dos veces por día valores conocidos como inferiores a lo recomendado atribuidos a la falta de conocimientos y desinterés tanto de los estudiantes como de sus representantes para practicar una adecuada higiene bucal, finalmente encontramos que un 4,66% nunca se cepillan los dientes debido a una falta de preocupación y desinterés hacia su salud bucodental.

GRÁFICA N° 11 ELEMENTOS UTILIZADOS EN LA HIGIENE BUCAL

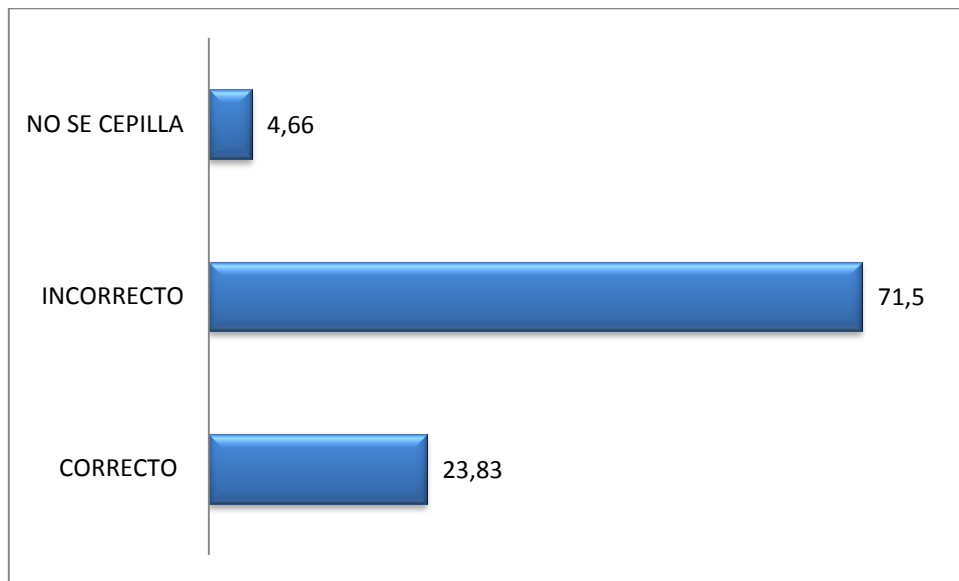


FUENTE: Centros Educativos “Reina Juliana de Holanda”, “José Benigno”, “José María Riofrio”, “Nelson Bermeo” y “Elvia Bélgica Jiménez”.

AUTOR: Katherine Placencia G.

ANÁLISIS: Mediante la gráfica podemos indicar que la mayoría de la población estudiada utiliza elementos básicos para el aseo bucal como son pasta y cepillo dental, representados con el 72,84%, insuficientes para lograr una excelente higiene bucal; y en mínimos porcentajes los usan en combinación con hilo dental en un 2,07%, y con enjuague bucal en un 15.03%, los estudiantes no utilizan todos los elementos de aseo bucal necesarios por falta de conocimiento y poco acceso a ellos.

GRÁFICA N° 12 TÉCNICA DE CEPILLADO

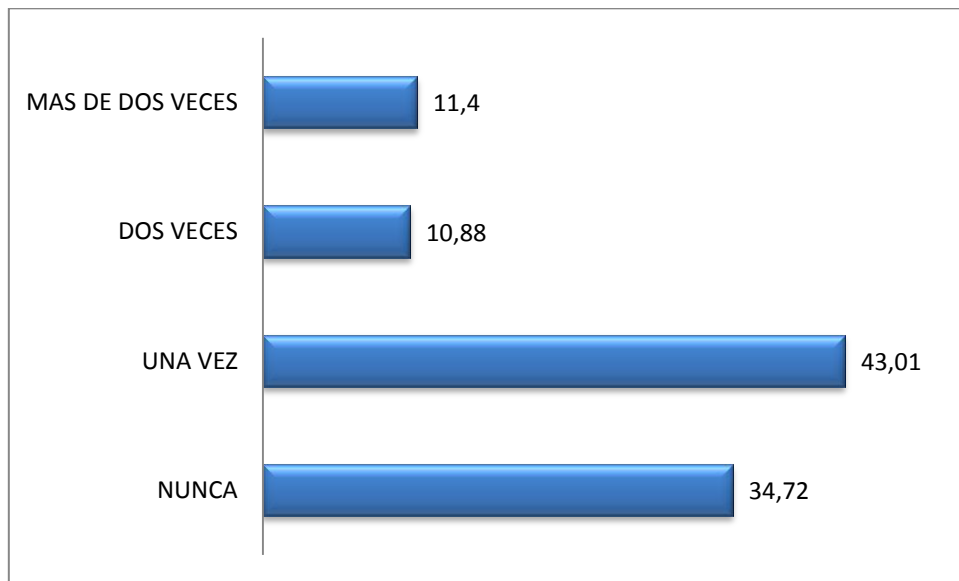


FUENTE: Centros Educativos “Reina Juliana de Holanda”, “José Benigno”, “José María Riofrio”, “Nelson Bermeo” y “Elvia Bélgica Jiménez”.

AUTOR: Katherine Placencia G.

ANÁLISIS: Luego de solicitar una demostración, con la ayuda del pantoma, de cómo cepillan sus dientes los niños, se observó que el 71,5% tienen una técnica incorrecta, realizándola unos de forma horizontal y otros de manera desordenada y no cepillando todos sus dientes, por lo tanto no eliminan la placa dentobacteriana; observándose además que existe una falta de educación y promoción en salud oral.

GRÁFICA N° 13 FRECUENCIA DE VISITA AL ODONTÓLOGO

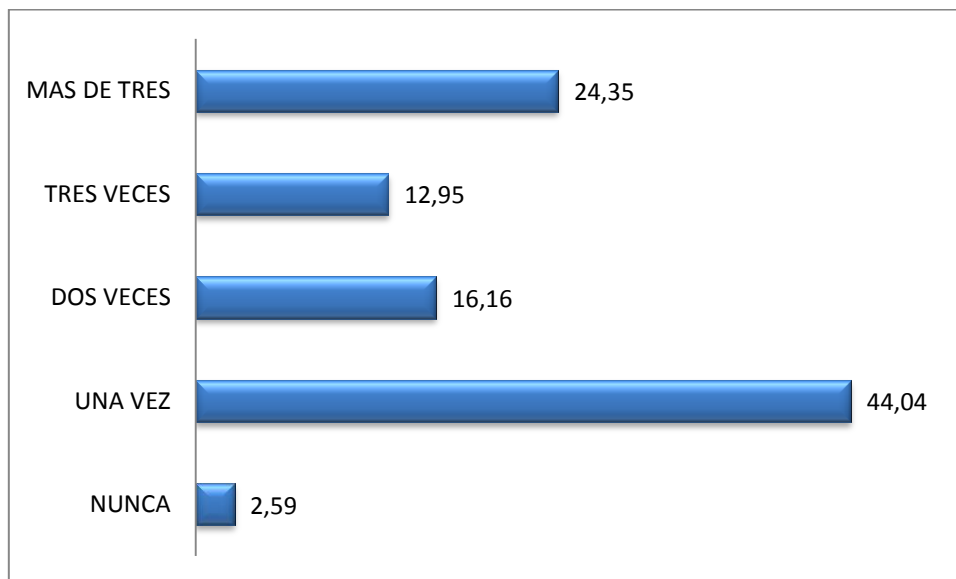


FUENTE: Centros Educativos “Reina Juliana de Holanda”, “José Benigno”, “José María Riofrio”, “Nelson Bermeo” y “Elvia Bélgica Jiménez”.

AUTOR: Katherine Placencia G.

ANÁLISIS: Del 100% del grupo investigado, el 43,01% nos indicaron que han visitado al odontólogo “una vez al año”, siendo esta la mínima recomendada, por lo que se observó en estos alumnos que el tratamiento más frecuente fueron las exodoncias seguido por restauraciones; también encontramos que un 34,72% nunca han visitado al odontólogo por desinterés, temor y sobre todo por la lejanía de sus hogares a los centros odontológicos.

GRÁFICA N° 14 FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS CARIOGÉNICOS



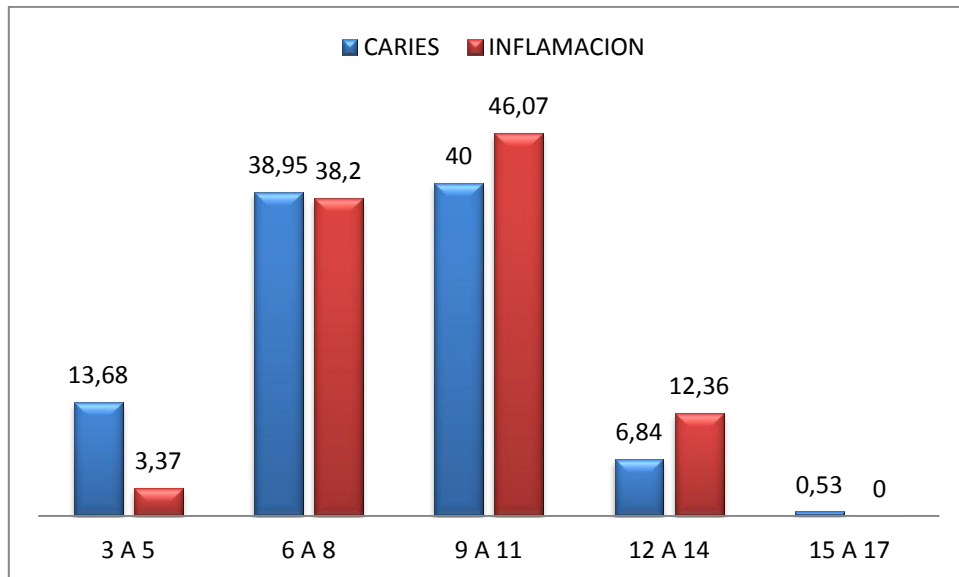
FUENTE: Centros Educativos “Reina Juliana de Holanda”, “José Benigno”, “José María Ríofrío”, “Nelson Bermeo” y “Elvia Bélgica Jiménez”.

AUTOR: Katherine Placencia G.

ANÁLISIS: En esta gráfica podemos observar que el 12,95% y el 24,35% de los estudiantes consume alimentos cariogénicos en una frecuencia de tres y más de tres veces por día respectivamente, lo que corresponde a un valor perjudicial responsable del inicio de la desmineralización del esmalte dental, pérdida de la sustancia e inicio del proceso carioso. Mientras que el 44,04% afirmó que consumía con una frecuencia de una vez por día, y el 2,59% refirieron que nunca lo hacían. Sin embargo cabe recalcar que los encuestados no consideraron a las bebidas endulzadas de consumo diario como cariogénicos, las cuales de la misma forma dejan un medio bucal ácido lo que favorece a la aparición de caries dental.

REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL CRUCE DE VARIABLES

GRÁFICA N° 15 RELACIÓN EDAD-CARIES-INFLAMACIÓN

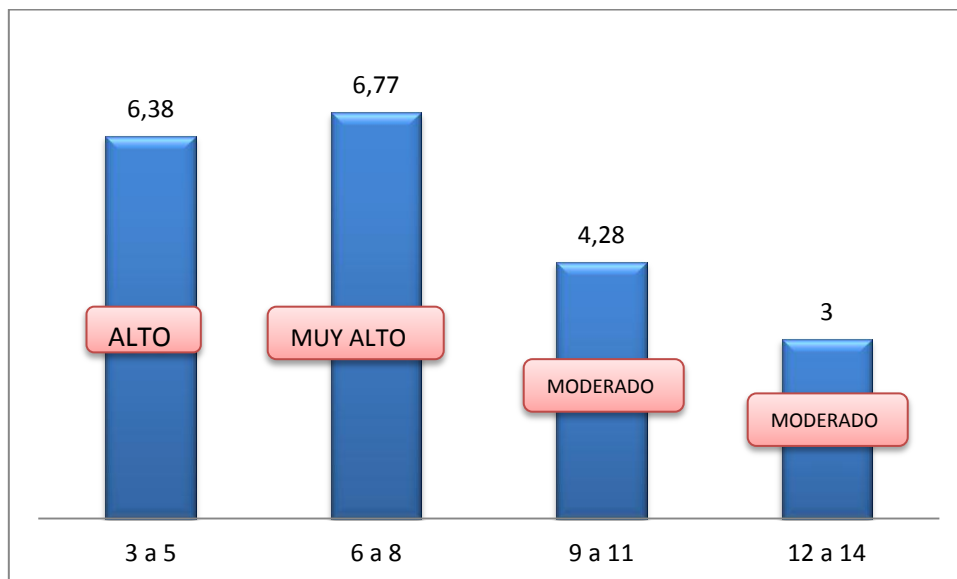


FUENTE: Centros Educativos “Reina Juliana de Holanda”, “José Benigno”, “José María Ríofrío”, “Nelson Bermeo” y “Elvia Bélgica Jiménez”.

AUTOR: Katherine Placencia G.

ANÁLISIS: En la presente gráfica podemos observar que la edad con mayor incidencia de caries dental es de 9 a 11 años con 46,07%, que coincide con la edad que tiene el mayor número de estudiantes con inflamación gingival con un porcentaje de 46,07%. Esto debido por la gran acumulación de placa dentobacteriana causado por un deficiente cepillado diario y a las incorrectas técnicas de cepillado.

GRÁFICA N° 16 RELACIÓN EDAD-ceod (CARIADOS-EXTRACCIÓN INDICADA-OBTURADOS POR DIENTE)

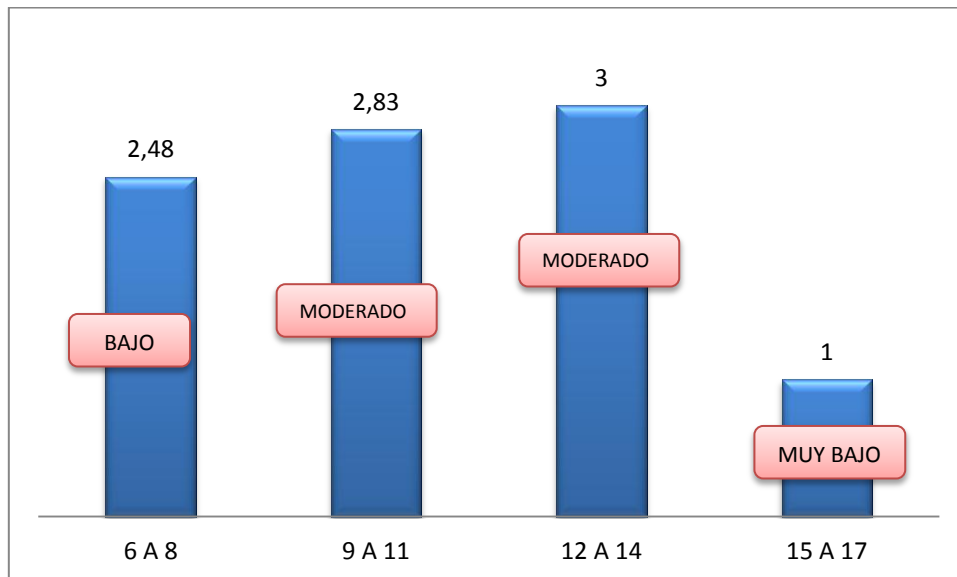


FUENTE: Centros Educativos “Reina Juliana de Holanda”, “José Benigno”, “José María Riofrio”, “Nelson Bermeo” y “Elvia Bélgica Jiménez”.

AUTOR: Katherine Placencia G.

ANÁLISIS: En la presente gráfica se puede observar que los niños de 3 a 5 y 6 a 8 años de edad presentan el nivel más alto del índice ceod, debido a la falta de conocimientos de hábitos higiénicos y dietéticos que influyen directamente en la salud bucal de los escolares; y en otros casos por la falta de motricidad de los niños para llevar un buen cepillado dental.

GRÁFICA N° 17 RELACIÓN EDAD-CPOD (CARIADOS-PERDIDOS-OBTURADOS POR DIENTE)

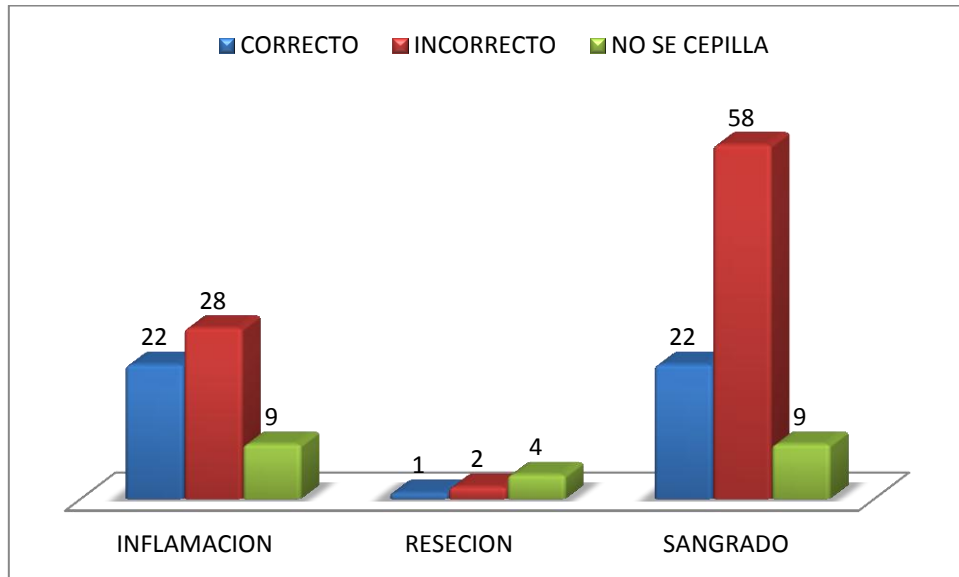


FUENTE: Centros Educativos “Reina Juliana de Holanda”, “José Benigno”, “José María Riofrio”, “Nelson Bermeo” y “Elvia Bélgica Jiménez”.

AUTOR: Katherine Placencia G.

ANÁLISIS: En el presente gráfico, se puede observar que los alumnos de 12 a 14 presentan un nivel “moderado” en el índice de CPOD. Es justamente en éstas edades (9-14 años) donde se empieza la segunda fase de la dentición mixta, y aparecen los premolares, caninos y segundos molares permanentes, con lo que se completa la dentición permanente y al haber un descuido en la higiene oral, aumentan los niveles de caries, y por ende aumenta el índice de CPOD.

GRÁFICA N° 18 RELACIÓN INFLAMACIÓN, RECESIÓN Y SANGRADO GINGIVAL CON LA TÉCNICA DE CEPILLADO



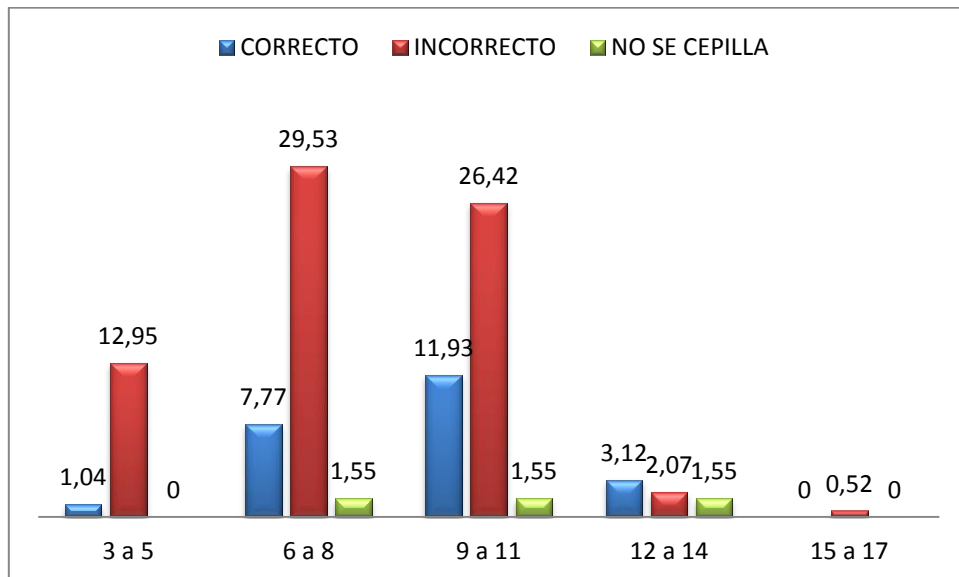
FUENTE: Centros Educativos “Reina Juliana de Holanda”, “José Benigno”, “José María Riofrio”, “Nelson Bermeo” y “Elvia Bélgica Jiménez”.

AUTOR: Katherine Placencia G.

ANÁLISIS: En la presente gráfica podemos observar que los alumnos que se cepillan de manera correcta presentan bajos niveles de inflamación, recesión y sangrado; mientras tanto, los que utilizan una técnica de cepillado incorrecta son los que presentan en mayor cantidad inflamación, recesión (2 casos) y sangrado gingival. Observamos además que los niños que no cepillan sus dientes presentan inflamación, recesión (4 casos) y sangrado.

Los datos se encuentran relacionados, ya que al existir un incorrecto cepillado dental, se lastiman las encías o se acumulan restos alimenticios, que afectan posteriormente a la salud de las encías; así mismo al no cepillarse los dientes hay una gran acumulación de placa y calculo dental lo que ocasiona recesión gingival.

GRÁFICA N° 19 RELACIÓN EDAD-TÉCNICA DE CEPILLADO



FUENTE: Centros Educativos “Reina Juliana de Holanda”, “José Benigno”, “José María Riofrio”, “Nelson Bermeo” y “Elvia Bélgica Jiménez”.

AUTOR: Katherine Placencia G.

ANÁLISIS: Como se puede observar en el presente cuadro, los alumnos de 6 a 8 años y de 9 a 11 años, son los que en mayor porcentaje cepillan sus dientes de manera incorrecta.

Los datos se encuentran relacionados con la gráfica N° 14, ya que justamente en las edades de “6-8años” y de “9-11”, son donde se observa la mayor cantidad de caries, inflamación y sangrado de las encías.

7. DISCUSIÓN

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

El estado de salud buco-dental en los niños y niñas de los centros educativos “Reina Juliana de Holanda”, “José Benigno”, “José María Riofrio”, “Nelson Bermeo” y “Bélgica Jiménez”, perteneciente a la Parroquia Malacatos, está determinada en gran parte por las normas de higiene oral; pero en este caso, además, por la falta de atención buco-dental, y por la realidad económica y cultural en la que se desenvuelven sus habitantes

Es así que se pudo observar una alta prevalencia de caries tanto en dentición temporal como permanente. Tomando en cuenta los índices de CPOD cuyos resultado revelaron un índice promedio de 2,33 y de ceod con un promedio de 5,11 y al comparar con estudios previos realizados en Maiquetía Estado Vargas Venezuela en la que se observó un índice de CPOD promedio de 0,91 y de ceod de 1,88(MONTERO MAGLYNERT Y COLS. 2007), observamos que nuestros resultados fueron más desfavorables. Sin embargo, es inevitable resaltar la baja presencia de dientes restaurados (< 10% de los índices ceod/CPOD), común en países en vías de desarrollo, lo que de una manera refleja o podría estar reflejando la nula importancia que tiene la salud bucal en la población. En cambio en otro estudio realizado en la ciudad de Buenos Aires, Argentina los resultados revelaron un ceod de 7,35 (CAPUANO, C; FURCI, N. 2005) es decir superior al encontrado en este estudio.

En cuanto a inflamación gingival se encontró que el 46,11% de los alumnos la presentan y el 53,89% no tienen características de inflamación teniendo como factor desencadenante la falta de higiene bucal, comparando estos datos con un estudio realizado en “Iztapalapa, Ciudad de México (2008) en el cual el 83% de los estudiantes presentó algún tipo de inflamación gingival, siendo la gingivitis

leve la de mayor prevalencia”. (MURRIETA JOSE F ,2008); así se puede observar que en esta población existe un descuido en el aseo bucal por parte de los niños, además esta circunstancia pone de manifiesto que en esta población existe un riesgo moderado a desarrollar enfermedad periodontal.

Los resultados revelaron que la presencia de fluorosis dental de toda la población evaluada fue de 7,25%, siendo más frecuente el grado de fluorosis leve 5,18%; al igual que en otros estudios similares realizados en Venezuela donde se encontró resultados equivalentes observando que la “fluorosis leve se encuentra en mayor frecuencia con 16,6 % de fluorosis dental siendo más frecuente el grado de fluorosis leve 8,5 por ciento” (MONTERO MAGLYNERT Y COLS. 2007).

Con lo referente a oclusión, en dentición temporal se encontró que 81,25% corresponden a escalón mesial, 12,5% al plano terminal recto y 6,25% a escalón distal. Pero se han reportado en otros estudios, como el realizado en Venezuela en el 2005, “una mayor frecuencia de planos terminales rectos, seguidos de escalones mesiales y distales. Así también se han encontrado estudios como el de Quirós que obtuvo un 60% de plano terminal recto, 25% con escalón mesial y un 15% de casos con escalón distal” (RODON SANDRA Y COLS. 2005), reflejando resultados diferentes con esta investigación pero se ha determinado que los planos terminales rectos y los escalones mesiales son normales en la dentición primaria.

En cuanto a las maloclusiones el presente estudio revela los siguientes resultados: Clase I 62,04%, Clase II 19,71%, y Clase III 18,25%, similar a la investigación realizada en el Departamento de Tumbes-Perú cuyo estudio reveló lo siguiente: “41,5% para la Clase I, seguido por 17,5% para la Clase II y un 14% para la Clase III” (SALAZAR NADIA. 2003). Este trabajo reafirma que la Clase I es la oclusión que se presenta con mayor frecuencia, seguido de Clase II y Clase III, las diferencias entre los porcentajes de estas probablemente se deban a los factores intervinientes durante la dentición mixta como pérdida temprana de dentición decidua, que contribuye a la formación de distoclusión o mesioclusión, a la

erupción ectópica de piezas permanentes, al apiñamiento, a la mordida cruzada y a la mal posición dentaria.

8. CONCLUSIONES

- Luego de haber finalizado el trabajo de campo en los centros educativos podemos concluir que la salud bucodental de los niños se encuentra afectada, debido a una escasa importancia que le dan a su salud oral y a la ausencia de promoción y prevención oral.
- Dentro de los factores de riesgo que afectan a la población en estudio, tenemos, que la alta frecuencia de consumo de alimentos cariogénicos, la mala técnica de cepillado, la deficiente higiene bucal y las pocas visitas al odontólogo son factores que influyen en la presencia de patologías bucales como la caries y la enfermedad periodontal.
- Las principales patologías encontradas mediante la realización del diagnóstico bucal en los niños examinados de los centros educativos fueron la caries dental con un 98,45%, alteraciones de número con un 2,59%, inflamación gingival con 46,11%, la relación molar en dentición temporal que se presentó con mayor frecuencia fue en “escalón mesial” con un 81,25%, y en dentición permanente Clase I sin apiñamiento con un 31,03%. En lo que se refiere a alteraciones de oclusión se encontró que la pérdida prematura de dentición decidua fue la más frecuente con un 17,62%.

9. RECOMENDACIONES

- Se debería realizar un convenio entre la Carrera de Odontología y el Ministerio de Salud Pública para que exista una mayor cobertura de servicios odontológicos a los niños y familias, sobre todo a los hogares lejanos y de bajos recursos económicos.
- Al Ministerio de Salud Pública que realice trabajos de intervención basada en aplicación de tratamientos odontológicos preventivos y curativos, que permitirán la rehabilitación bucodental de los estudiantes de los Centros Educativos.
- A los niños de los centros educativos cepillarse sus dientes tres veces al día usando los implementos de higiene oral (cepillo, pasta dental, enjuague bucal e hilo dental) con el fin de prevenir enfermedades que alteren el funcionamiento de su cavidad oral.
- Concientizar a los padres de familia que la visita al odontólogo es de vital importancia para el cuidado adecuado de la cavidad oral de cada uno de sus hijos es por eso que se lo debe realizar al menos 2 veces al año, por motivos de prevención no solamente cuando exista patología o dolor.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS-WORLD. *Health Report*. 24 de febrero de 2004 disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/>
2. Córdova, D. y. Cols (2010). *Caries Dental y Estado Nutricional en niños de 3 a 5 años de edad*. Chiclayo, Perú. Recuperado el 10 de 2013, de <http://es.scribd.com/doc/75990028/Normas-y-Procedimientos-de-Atencion-Integral-de-Salud-a-Adolescentes-2009>
3. 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.
4. Subsecretaría social, d. e. (2010). *Marco teórico, Componentes y productos*. Recuperado el 10 de 2013, de <http://es.scribd.com/doc/37122012/Marco-Teorico-Del-Modelo>
5. 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 .
6. Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de Loja. MALACATOS. Disponible en: <http://www.loja.gob.ec/contenido/malacatos>
7. COBOS, Juan Manuel; GARCÍA Juan José. *Manual Técnico Superior en Higiene Bucodental*. Editorial. Mad. S. L. p. 128 – 129.
8. GUZMÁN, F; 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>
9. 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>

10. 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
11. J. Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wysocki. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea, Segunda Edición 2005. pag. 3-21.
12. HARRIS. N; GARCÍA. F. *Odontología preventiva primaria*. Segunda edición Editorial Manual moderno México 2005. Pág. 141-146.
13. AZPEITIA.L; VALADEZ. M. *Factores de riesgo para fluorosis dental en escolares de 6 a 15 años de edad*. (2009) Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2009/im093f.pdf>
14. BOJ. J; CATALÁ. M. (2004). *Odontopediatría*. Editorial Masson S.A. primera edición 2004 capítulo 32,. Paginas367-369
15. LINDHE,J. Periodontología clínica e implantología. Quinta edición, Tomo I. Editorial médica panamericana. (2009) pág 410.
16. FLAVIO VELLINI, *Ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica*. (2009). (en línea).Sao Paulo.Artes Medicas. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art23.asp>
17. MASSÓN, Rosa María. *Desarrollo de los dientes y la Oclusión*. (en línea).Disponible en: <http://articulos.sld.cu/ortodoncia/files/2009/12/desd-y-o-maestri.pdf>
18. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. (2004-2005). Caracas Venezuela Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art17.asp>
19. VAJDI, G. *Manual Ilustrado de Cirugía Oral y Maxilofacial*. Panamá: Jaypee-Highlights Medical Publisher. (2011)

20. GONZÁLEZ, G. y MARRERO L. *Mordida Cruzada Anterior*. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2012. disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art19.asp>
21. APARECIDO, O. *Mordida cruzada posterior. Corrección y consideraciones*. Caso clínico con 7 años de seguimiento. Acta Odontológica Venezolana. 2011. Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2011/1/art12.asp>
22. BOJ, Juan; CATALÁ, Montserrat, y Col. *Odontopediatría*. Año 2004. Editorial Masson. Primera Edición. Barcelona-España.
23. LUGO, C; TOYO, I. *Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las Maloclusiones*. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art5.asp>
24. AGURTO, P; DÍAZ, R; CÁDIZ, O. *Bobenrieth, F. 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*. (1999).
25. 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
26. BERTHA, Higashida. *Odontología preventiva*. Editorial. Mac Graw-Hill Interamericana. (2000). Pag. 211- 212.
27. CUENCA, Emili; PILAR, Baca. *Odontología Preventiva y Comunitaria*. Tercera Edición. Editorial. Masson. (2005)
28. BARRANCOS, Mooney Julio. *Operatoria Dental*. Buenos Aires. Cuarta Edición. Editorial Panamericana. 2006. Pag: 377 - 378.
29. COBOS, Juan Manuel; GARCÍA, Juan José. *Manual Técnico Superior en Higiene Bucodental*. Editorial. Mad. S. L. (2005). Pag: 128 – 129.
30. MONTERO, Maglyner y cols. *Experiencia de caries y fluorosis dental en escolares que consumen agua con diferentes concentraciones de*

- fluoruro en Maiquetía Estado Vargas Venezuela*. Marzo 2007.
Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=486703&indexSearch=ID>
31. CAPUANO, C; FURCI, N; RAMOS, L. *Estudio epidemiológico en niños preescolares de 5 años de edad de una comunidad urbana de riesgo social*. 2005. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=398957&indexSearch=ID>
32. MURRIETA, José Francisco. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* vol.65 no.5 México sep./oct. 2008
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000500006.
33. RODON, Sandra; PEREZ G, Gustavo. *Características oclusales y craneosagitales en niños Venezolanos*. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria Depósito Legal N°: pp200102CS997 - ISSN: 1317-5823 - RIF: J-31033493-5 - Caracas – Venezuela,
Disponible en:
<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2005/pdf/art4.pdf>
34. SALAZAR, Nadia Patricia. *PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES EN NIÑOS ESCOLARES DEL DEPARTAMENTO DE TUMBES*. Lima-Perú 2013. Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2765/1/salazar_fn.pdf

11. ANEXOS

ANEXO N° 1. Certificados de haber realizado el trabajo de campo

Loja, 15 de Octubre del 2013

Sra. Lic. Ordoñez Shamungui Placida Marina
DIRECTORA DE LA UNIDAD EDUCATIVA ELVIA BELGICA JIMENEZ.

CERTIFICA:

Que la Srta. Katherine Lisbeth Placencia Guamán, egresada de la Carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja; en forma responsable acudió a realizar el trabajo de campo de su investigación y entregó pastas y cepillos dentales a los estudiantes de la Unidad Educativa ELVIA BÉLGICA JIMÉNEZ.

Es todo cuanto puedo informar en honor a la verdad.

ATENTAMENTE


Lic. Placida Ordoñez
DIRECTORA



Loja, 14 de Octubre del 2013

Sra. Lic. Gualán Alba Yolanda
DIRECTORA DE LA UNIDAD EDUCATIVA JOSE BENIGNO DE JARAMILLO.

CERTIFICA:

Que la Srta. Katherine Lisbeth Placencia Guamán, egresada de la Carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja; en forma responsable acudió a realizar el trabajo de campo de su investigación y entregó pastas y cepillos dentales a los estudiantes de la Unidad Educativa JOSE BENIGNO DE JARAMILLO.

Es todo cuanto puedo informar en honor a la verdad.

ATENTAMENTE



Lic. Alba Gualán
DIRECTORA

Loja, 9 de Octubre del 2013

Sra. Quizphe Vire Olga Yolanda
DIRECTOR DE LA UNIDAD EDUCATIVA NELSON BERMEO.

De mis consideraciones:

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

Yo Tannya Valarezo, coordinadora de la carrera de Odontología, me dirijo a usted para solicitar, la autorización correspondiente a: Katherine Lisbeth Placencia Guamán con cedula 1105029829 (egresado de la carrera de Odontología), para que realice diagnósticos bucales a cada uno de los estudiantes del centro educativo. La información obtenida servirá para que el investigador realice su tesis de grado a través de la realización del macroproyecto: **"Diagnostico de Salud Bucal y Factores de Riesgo en los Centros educativos Primarios y Secundarios de las Parroquias Rurales del Cantón Loja, año 2013."**

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

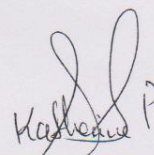
Por la favorable acogida, le anticipo mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente



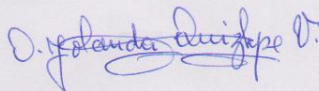
Dra. Tannya Valarezo

COORDINADORA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGIA



Katherine Placencia

EGRESADO



Loja, 9 de Octubre del 2013

Sr. Gaona Luz Marina
DIRECTORADE LA UNIDAD EDUCATIVA JOSE MARIA RIOFRIO.

De mis consideraciones:

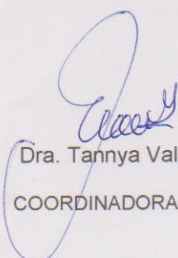
Permitame hacerle llegar un cordial y afectuoso saludo y a la vez desearle éxitos en sus funciones, que tan acertadamente desempeña.

Yo Tannya Valarezo, coordinadora de la carrera de Odontología, me dirijo a usted para solicitar, la autorización correspondiente a: Katherine Lisbeth Placencia Guamán con cedula 1105029829 (egresado de la carrera de Odontología), para que realice diagnósticos bucales a cada uno de los estudiantes del centro educativo. La información obtenida servirá para que el investigador realice su tesis de grado a través de la realización del macroproyecto: "Diagnostico de Salud Bucal y Factores de Riesgo en los Centros educativos Primarios y Secundarios de las Parroquias Rurales del Cantón Loja, año 2013."


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

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

Atentamente


Dra. Tannya Valarezo
COORDINADORA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGIA




Katherine Placencia
EGRESADO



Loja, 14 de Octubre del 2013

Sra. Lic. Salazar Calva Diana Margoth
DIRECTORA DE LA UNIDAD EDUCATIVA REINA JULIANA DE HOLANDA.

CERTIFICA:

Que la Srta. Katherine Lisbeth Placencia Guamán, egresada de la Carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja; en forma responsable acudió a realizar el trabajo de campo de su investigación y entregó pastas y cepillos dentales a los estudiantes de la Unidad Educativa REINA JULIANA DE HOLANDA.


Es todo cuanto puedo informar en honor a la verdad.

ATENTAMENTE


Lic. Diana Salazar
DIRECTORA



ANEXO N° 2. Encuesta

 "UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA" N° de hoja:

ÁREA DE LA SALUD HUMANA
NIVEL DE PRE-GRADO
CARRERA DE ODONTOLÓGIA

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

1. INFORMACIÓN BÁSICA

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

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


2. INFORMACIÓN SOBRE HIGIENE ORAL

- ¿Con qué frecuencia cepilla Ud. sus dientes al día?
Nunca ()
Una vez ()
Dos veces ()
Tres veces ()
Más de tres veces ()
- ¿Qué elementos Ud. usa en su aseo bucal?
Cepillo ()
Pasta dental ()
Hilo dental ()
Enjuague bucal ()
- ¿Cuál es la técnica de cepillado que Ud. Utiliza?
Correcto () Incorrecto ()
- Al cepillarse los dientes hay presencia de sangrado?
Sí () No ()
- ¿Con qué frecuencia usted visita al odontólogo?
Nunca ()
Una vez al año ()
Dos veces al año ()
Más de dos veces al año ()

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

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

Validación de Especialista Tannya Valarezo
COORDINADOR DE LA CARRERA DE ODONTOLÓGIA



ANEXO N° 3. Historia Clínica

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

DATOS GENERALES:
 Nombres y Apellidos.....
 Sexo.....
 Edad.....

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

PATOLOGÍAS

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

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

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

3. **MALOCLUSIÓN**
 Dentición temporal
 • Escalón mesial ()
 • Plano terminal recto ()
 • Escalón distal ()

Dentición permanente

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

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

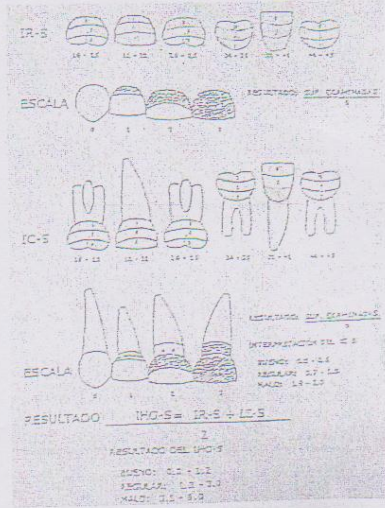
ALTERADA ()

ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO IHO-S

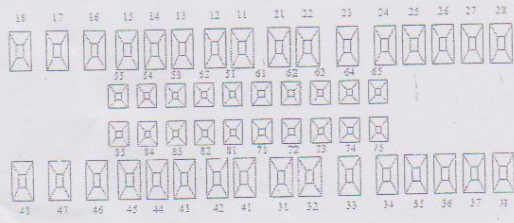
5. **HÁBITOS**

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

6. **PATOLOGÍAS**




ODONTOGRAMA



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

Validación de la Historia Clínica por el Especialista Tannya Valarezo
 COORDINADO POR LA COORDINACIÓN DE ODONTOLOGÍA



ANEXO N° 4. Operacionalización de variables

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
Caries	La enfermedad es una forma singular de infección en la cual se acumulan cepas específicas sobre la superficie del esmalte, donde elaboran productos ácidos y proteolíticos que desmineralizan la superficie y digieren su matriz orgánica.	CPOD Ceo	0,0 a 1,1 muy bajo 1.2 a 2.6 bajo 2.7 a 4.4 moderado 4.5 a 6.5 alto 6.6 a mas muy alto
Inflamación gingival	La inflamación de las encías es bastante frecuente y puede involucrar a uno o más espacios de forma triangular de la encía entre los dientes adyacentes. Estas secciones se denominan papilas.	IHOS	0.0 A 1.2 BUENO 1.3 A 3 REGULAR 3.1 A 6 MALO
Mal oclusiones	Denominamos maloclusión a toda aquella situación en que la oclusión no es normal, es decir, cuando el engranaje del maxilar superior y de la mandíbula inferior o la posición de las piezas dentales no cumple ciertos parámetros que consideramos normales. Esto puede crear una situación patológica (caries, problemas gingivales, estéticos o en la articulación temporo-mandibular)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Relación molar de Angle ✓ Relación molar decidua 	<ul style="list-style-type: none"> • Clase I • Clase II • Clase III • Escalón mesial • Escalón distal • Plano recto
Fluorosis	La fluorosis dental es un trastorno y problema endémico causado por ingestión excesiva de flúor, principalmente durante la odontogénesis, si este es aportado en altas concentraciones a lo largo del período de desarrollo del diente provoca un defecto en la estructura y mineralización de la superficie del órgano dentario ofreciendo a éste un aspecto poroso.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Método de Dean 	<ul style="list-style-type: none"> • Leve • Moderada • Severa
Hábitos deformantes	Hábito es la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto, que en un principio se hace en forma consciente y luego de modo	Deformación causada por el mal hábito.	<ul style="list-style-type: none"> • Succión digital • Respiración bucal • Deglución atípica

	<p>inconsciente, como son la respiración nasal, masticación, fonoarticulación y deglución, considerados fisiológicos o funcionales, existiendo también aquellos no fisiológicos entre los cuales tenemos la succión que puede ser dedo, chupete, mamadera o labio, entre otros, la respiración bucal, y la interposición lingual en reposo, deglución y fonoarticulación.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Interposición lingual
Cepillado	<p>Es el método mecánico de higiene que permite remover la placa bacteriana de los dientes para prevenir problemas bucales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia del cepillado • Técnica de cepillado • Uso de implementos en el cepillado 	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Una vez al día • Dos veces al día • Tres veces al día • Horizontal • Vertical • Técnica de Bass • Pasta dental y cepillo dental • Hilo dental • Enjuague bucal
Alimentación	<p>Los alimentos son definidos como sustancias, o como una mezcla, que contiene principios nutritivos, los cuales proveen materia y energía.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de alimentación • Ingesta de azúcares 	<ul style="list-style-type: none"> • Dieta cariogénica • Dieta no cariogénica • Una vez al día • Dos veces al día • Tres o más al día
Atención odontológica	<p>Se encarga del diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades que afectan el aparato estomatológico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia de Visita al odontólogo 	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Una vez al año • Dos veces al año • Más de dos veces al año

ANEXO N° 5. Trabajo de campo (establecimientos, charlas y entrega de cepillos)

Foto 1: Centro educativo



FUENTE: Centros Educativos "Reina Juliana de Holanda", "José Benigno", "José María Riofrio", "Nelson Bermeo" y "Elvia Bélgica Jiménez".

Foto 2 y 3: Charlas de salud oral a los niños de las escuelas



FUENTE: Centros Educativos "Reina Juliana de Holanda", "José Benigno", "José María Riofrio", "Nelson Bermeo" y "Elvia Bélgica Jiménez".

Foto 4 y 5: Entrega de cepillos y pastas dentales



FUENTE: Centros Educativos "Reina Juliana de Holanda", "José Benigno", "José María Ríofrío", "Nelson Bermeo" y "Elvia Bélgica Jiménez".

Foto 6: Demostración del cepillado dental



FUENTE: Centros Educativos "Reina Juliana de Holanda", "José Benigno", "José María Ríofrío", "Nelson Bermeo" y "Elvia Bélgica Jiménez".

Foto 7: Niños aprendiendo a cepillar sus dientes



FUENTE: Centros Educativos "Reina Juliana de Holanda", "José Benigno", "José María Riofrio", "Nelson Bermeo" y "Elvia Bélgica Jiménez".

ANEXO N° 6. Alteraciones y patologías bucodentales

Foto 8: Caries dental



FUENTE: Centros Educativos "Reina Juliana de Holanda", "José Benigno", "José María Ríofrío", "Nelson Bermeo" y "Elvia Bélgica Jiménez".

Foto 9 y 10: Inflamación gingival



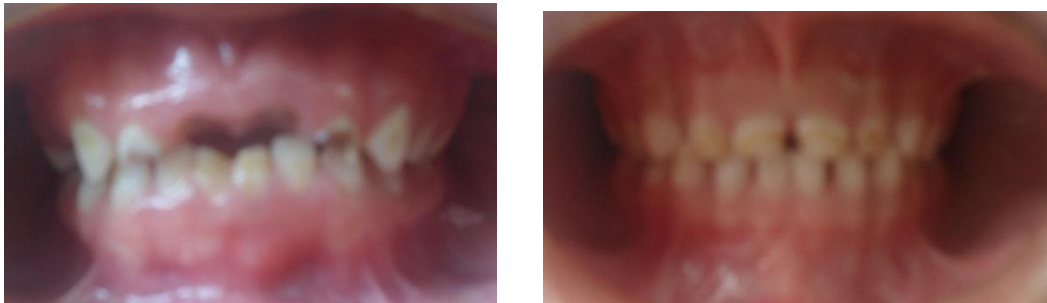
FUENTE: Centros Educativos "Reina Juliana de Holanda", "José Benigno", "José María Ríofrío", "Nelson Bermeo" y "Elvia Bélgica Jiménez".

Foto 11 : Fluorosis leve



FUENTE: Centros Educativos "Reina Juliana de Holanda", "José Benigno", "José María Ríofrío", "Nelson Bermeo" y "Elvia Bélgica Jiménez".

Foto 12 y 13: Fluorosis moderada



FUENTE: Centros Educativos "Reina Juliana de Holanda", "José Benigno",
"José María Riofrio", "Nelson Bermeo" y "Elvia Bélgica Jiménez".

Foto 14: Plano terminal recto



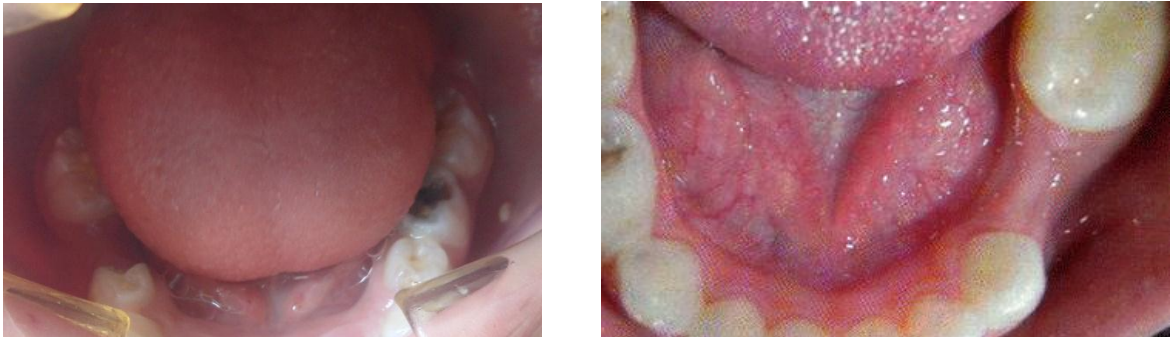
FUENTE: Centros Educativos "Reina Juliana de Holanda", "José Benigno",
"José María Riofrio", "Nelson Bermeo" y "Elvia Bélgica Jiménez".

Foto 15 y 16: Mordida Profunda



FUENTE: Centros Educativos "Reina Juliana de Holanda", "José Benigno",
"José María Riofrio", "Nelson Bermeo" y "Elvia Bélgica Jiménez".

Foto 17 y 18: Perdida prematura de dentición decidua



FUENTE: Centros Educativos "Reina Juliana de Holanda", "José Benigno", "José María Ríofrío", "Nelson Bermeo" y "Elvia Bélgica Jiménez".

Foto 19: Mordida abierta posterior



FUENTE: Centros Educativos "Reina Juliana de Holanda", "José Benigno", "José María Ríofrío", "Nelson Bermeo" y "Elvia Bélgica Jiménez".

Foto 20 y 21: Mordida cruzada anterior



FUENTE: Centros Educativos "Reina Juliana de Holanda", "José Benigno", "José María Ríofrío", "Nelson Bermeo" y "Elvia Bélgica Jiménez".



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

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

REGISTRO DE DIRECCION Y ASESORIA DE TESIS PERIODO ACADÉMICO:

ÁREA
CARRERA de... *Dendrología*

TEMA DE TESIS: *"Diagnóstico de Salud Ambiental y factores de riesgo en los Centros Educativos" Retiro - Titular de Habilitación - José Buitrago, U. J. María Roldán, Nelson Bernal y Belén Jiménez de la Parroquia Rural de Malacatos del Cantón Loja Año 2013"*

NOMBRE DEL ASPIRANTE: *Katherine Isabella Acevedo Guzmán*

DIRECTOR / ASESOR: *Dr. José Proel*

FECHA DE ASESORIA	HORA		INFORMACIÓN PRESENTADA POR EL ASPIRANTE	COMENTARIO O INDICACIONES DADAS POR EL DOCENTE	FIRMA DEL ASPIRANTE	PRÓXIMA ASESORIA	
	INICIO	FINAL				FECHA	HORA
09/10/2013							
18/10/2013	17H00	21H00	Elaboración presentación y aprobación del macroproyecto	Revisión e indicaciones generales	<i>Katherine P</i>	21/10/2013	17H00
21/10/2013	17H00	21H00	Elaboración del proyecto de investigación. Tarea: revisión bibliográfica, mapas y metodología.	Indicaciones sobre el formato de la revisión bibliográfica	<i>Katherine P</i>	21/10/2013	17H00
21/10/2013	08H00	12H00	Trabajo de campo	Revisión de las historias clínicas y cuestionarios llenados.	<i>Katherine P</i>	21/10/2013	17H00
25/10/2013	17H00	21H00	Ingreso de datos al programa Microsoft excel	Indicaciones generales sobre el ingreso de los datos al programa	<i>Katherine P</i>	21/10/2013	17H00
28/10/2013	17H00	21H00	Tabulación de datos.	Revisión de los gráficos estadísticos e indicaciones sobre las interpretaciones.	<i>Katherine P</i>	21/10/2013	17H00
28/10/2013	17H00	21H00	Elaboración de: discusión, conclusiones, recomendaciones, introducción y resumen.	Corrección de la discusión, introducción y resumen.	<i>Katherine P</i>	21/10/2013	17H00
01/11/2013	17H00	21H00	Envío de correcciones	Corrección general de la tesis de grado	<i>Katherine P</i>	21/10/2013	17H00
04/11/2013	17H00	21H00	Última corrección y certificación	Corrección general de la tesis de grado	<i>Katherine P</i>	21/10/2013	17H00
08/11/2013	17H00	21H00			<i>Katherine P</i>	21/10/2013	17H00

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

12. ÍNDICE

CARATULA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORIA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS.....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
TÍTULO.....	7
RESUMEN.....	8
SUMMARY.....	9
INTRODUCCIÓN.....	10
REVISION DE LA LITERATURA.....	13
MATERIALES Y MÉTODOS.....	37
RESULTADOS.....	40
DISCUSIÓN.....	59
CONCLUSIONES.....	62
RECOMENDACIONES.....	63
BIBLIOGRAFÍA.....	64
ANEXOS.....	68
ÍNDICE.....	84