



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
ODONTOLOGÍA

TEMA:

DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN EL CENTRO DE EDUCACIÓN BÁSICA “RICARDO VALDIVIESO”, DE LA PARROQUIA TAQUIL DEL CANTÓN LOJA, AÑO 2013.

TESIS PREVA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGO

AUTORA:

Jackeline Elizabeth Pardo Arrobo

DIRECTORA:

Dra. Espec. Tannya Valarezo Bravo

Loja- Ecuador
2013

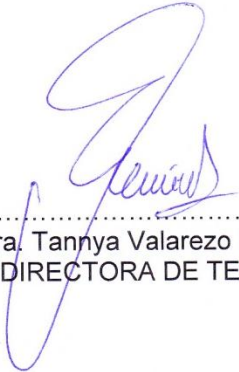
CERTIFICACIÓN

Dra. Espec. Tannya Valarezo Bravo

DIRECTORA DE LA TESIS DENOMINADA: “DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN EL CENTRO DE EDUCACIÓN BÁSICA “RICARDO VALDIVIESO”, DE LA PARROQUIA TAQUIL DEL CANTÓN LOJA, AÑO 2013”

CERTIFICA:

Que, la presente tesis titulada: **DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN EL CENTRO DE EDUCACIÓN BÁSICA “RICARDO VALDIVIESO”, DE LA PARROQUIA TAQUIL DEL CANTÓN LOJA, AÑO 2013**, de autoría de la Srta. **Jackeline Elizabeth Pardo Arrobo** (C.I:1900707942), fué rigurosamente supervisada, revisada, corregida y asesorada por mi persona, durante todo el desarrollo de la misma, por tanto y al haber cumplido con los requisitos establecidos por la Universidad Nacional de Loja, autorizo su presentación, sustentación y defensa ante el tribunal designado para el efecto.



.....
Dra. Tannya Valarezo Bravo
DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Jackeline Elizabeth Pardo Arrobo, 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.

Autora: Jackeline Elizabeth Pardo Arrobo

Firma: 

Cédula: 1900707942

Fecha: Viernes, 08 de Noviembre, 2013.

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS

Yo, **Jackeline Elizabeth Pardo Arrobo** declaro ser autora de la tesis titulada: **“DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN EL CENTRO DE EDUCACIÓN BÁSICA “RICARDO VALDIVIESO”, DE LA PARROQUIA TAQUIL DEL CANTÓN LOJA, AÑO 2013”**, como requisito para optar al grado de **Odontóloga General**; autorizó al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de Información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la universidad.

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

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los diez y nueve días del mes de Noviembre del dos mil trece, firma la autora.

Firma: 
Autora: Jackeline Elizabeth Pardo Arrobo
Cédula: 1900707942
Dirección: Cdla. Celi Román. Correo Electrónico: marisolarrobo@hotmail.com
Teléfono: 072563216. Celular: 0989814493

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Dra. Espec. Tannya Valarezo Bravo
Tribunal de grado: Dra. Gloria Carrión
Dr. Luis Vilela
Dr. José Procel

DEDICATORIA

A dios:

Por las bendiciones que me ha dado a lo largo de toda mi vida personal y estudiantil.

A mi familia:

El presente trabajo investigativo está dedicado a toda mi familia, especialmente a mis amorosos padres Felizardo Pardo y Marisol Arrobo, quienes fueron mi sustento emocional y espiritual, sabiendo guiarme por el camino de nuestro padre Jehová, dándome fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a enfrentar las adversidades sin perder nunca la dignidad

A mis hermanas Candy, Sabrina, Jhulissa y mis hermanos Jhon Danny y Kevin Daniel, por sus consejos, comprensión y ayuda incondicional.

Jackeline Elizabeth Pardo Arrobo

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Jehová, señor y dueño de mi corazón, porque nunca me desamparó, me dio fuerzas cuando más la necesitaba, por bendecirme con una familia amorosa, por mis hermanos, familiares y amigos, que con su ayuda incondicional me motivaron a querer superarme cada día.

A mis queridas amigas Liliana, Flor, Anita, Priscila y Lesli, que con sus palabras, bromas y apoyo entraron en mi corazón sabiéndose ganar mi confianza y mi amistad.

A mi estimado amigo Gary Gallardo, por ser un buen compañero de estudio, y sobre todo mi mejor amigo, gracias por estar conmigo cuando más necesitaba una palabra, un abrazo.

Agradezco a la Carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja, por darme la oportunidad de estudiar y ser parte de una generación de personas productivas para nuestro país. También extendo mi más sincero agradecimiento a mi directora de tesis, Dra. Espec. Tannya Valarezo, por el empeño, la paciencia y dirección de este trabajo.

“Dios, mi padre, me cuida y me protege de todo mal, a nadie temeré, pues tan grande es su amor e infinito su poder, yo cual pichón, me regocijo bajo sus alas que me resguardan en cada segundo, en cada movimiento”

Jackeline Elizabeth Pardo Arrobo

TÍTULO

**DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN EL
CENTRO DE EDUCACIÓN BÁSICA “RICARDO VALDIVIESO”, DE LA
PARROQUIA TAQUIL DEL CANTÓN LOJA, AÑO 2013.**

RESUMEN

La salud bucodental es un aspecto determinante en el estado de salud general, sin embargo diversos estudios muestran una elevada prevalencia de patologías bucales, que se las ha relacionado con diversos factores de riesgo, siendo una preocupación constante en el sector de la salud pública. En nuestro país, en la investigación desarrollada por el Ministerio de Salud Pública y la Organización Panamericana de la Salud (1996), denominada “Estudio Epidemiológico de Salud Bucal en escolares fiscales menores de 15 años del Ecuador”, mencionan que: el 88,2% tienen caries, el 84% tiene presencia de placa bacteriana, el 53% está afectado con gingivitis, 5% con fluorosis, y que de los niños examinados el 35% presentaba algún tipo de mal oclusión, demostrándonos que las patologías bucales son un problema relevante en la población escolar ecuatoriana, y cuya problemática es semejante en el Cantón Loja.

Por ello se emprendió el presente estudio titulado “DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL DEL CENTRO DE EDUCACIÓN BÁSICA RICARDO VALDIVIESO DE LA PARROQUIA TAQUIL DEL CANTÓN LOJA, AÑO 2013”, cuyo objetivo principal fué realizar el diagnóstico de salud bucodental en los alumnos de ésta institución, determinado así las patologías bucodentales más frecuentes y los factores que las predisponen; concluyendo que las principales patologías fueron: caries dental (98%), inflamación gingival (68%) y fluorosis dental (39%). Los resultados, indicaron que existe una correlación entre los factores de riesgo y la prevalencia de las patologías encontradas.

Es sumamente importante que el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, efectúe intervenciones frecuentes tanto preventivas como curativas en la institución investigada, así mismo que las autoridades del Centro de Educación Básica “Ricardo Valdivieso”, realicen actividades que ayuden a mantener una buena higiene bucal en sus alumnos, como son: solicitar la vista frecuente de un odontólogo de MSP, charlas a padres e hijos, y especialmente que se les exija a los niños cepillar sus dientes después del recreo.

Palabras clave: Salud bucodental, factores de riesgo, caries, fluorosis dental.

SUMMARY

The mouth dental health is a determined aspect in the general health state, however many studies show a high prevalence in the mouth pathologies, that have been related with different risk facts, being a great and constant worry in the public health localization . In our country, in the developed research by the PUBLIC HEALTH MINISTRY and the Panamerican Health Organization (1996), called “Epidemiology Study of Mouth health in public high school student younger than 15 from Ecuador”, it is mentioned that el 88,2% has cavities, el 84% has bacteria plaque , el 53% is affected with gingivitis , 5% con extra flour, and from all the examined children the 35% show any type of bad occlusion , showing that the mouth pathologies are a relevant problem in the Ecuadorian school population, determining that the mouth pathologies, are a relevant problem in the Ecuadorian school population, whose problematic is similar to the one in Loja Canton.

That’s why this research was done and called “ HEALTH DENTAL MOUTH DIAGNOSTIC IN THE BASIC CENTRE, RICARDO VALDIVIESO, TAQUIL TOWN, IN LOJA CANTON, 2013”,whose principal objective was done the mouth dental diagnostic in this institution students, determining, in this way the moth dental pathologies more frequents and the situations that cause these, concluding that the principal pathologies were : cavities (98%), gingival inflammation (68%) and dental extra flour dental (39%). The results, showed that exist a correlation between the risk facts and the prevalence of the found pathologies.

It is really important that the Public Health Minister from Ecuador, make frequent prevention and curative interventions in the research institution, in the same way the authorities of the Basic Education Centre “Ricardo Valdivieso”, do activities that help to keep a great hygienic mouth in the students, like to ask the frequent visit of a Dentist of MSP, chatting with parents and their children, and specially that they have to get the students brush their teeth after the break.

CLUE WORDS: mouth dental health, risk facts, cavities, dental extra flour.

INTRODUCCIÓN

La salud bucodental es un aspecto determinante en el estado de salud general, sin embargo en la actualidad se puede observar a nivel Nacional como Internacional, la existencia de una gran prevalencia de patologías bucales, evidenciándose esta situación en los sectores más vulnerables de la población. La OMS (2004) ha reportado que “las enfermedades bucodentales 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, y que se estima que cinco mil millones de personas en el planeta han sufrido caries dental”¹, la cual es conceptualizada como una enfermedad que surge del desequilibrio fisiológico entre el mineral de las piezas dentarias y los constituyentes de la biopelícula, siendo hoy en día una de las principales preocupaciones para la salud pública, ya que a pesar de los esfuerzos, no se ha logrado erradicarla.

En el vecino país de Perú, Córdova et al.(2010) indica que la “prevalencia de caries dental encontrada (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”².

En nuestro país, el Ministerio de Salud Pública y la Organización Panamericana de la Salud (1996), indicaron que “el 88,2% de los escolares menores de 15 años tienen caries, el 84% tiene presencia de placa bacteriana y el 53% está afectado con gingivitis, 5% con fluorosis, y que de los niños examinados el 35% presentaba algún tipo de mal oclusión”³.

¹ OMS. (2004). Obtenido de http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/otrosdoc/diagnostico_nacional_salud_bucal.pdf

² Córdova, D., María, F. & Requejo, A. (2010). Caries dental y estado nutricional en niños de 3 a 5 años de edad. Págs.:57-64.

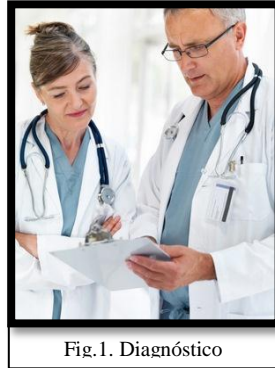
³ Ministerio de Salud Pública del Ecuador & Organización Panamericana de Salud. (1996). Estudio Epidemiológico de salud bucal en escolares fiscales menores de 15 años del Ecuador. Recuperado de http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OH_ECU_EpidemEscolDesc1996.pdf

En vista de la importancia que tiene la salud bucodental, se procedió a realizar el presente trabajo investigativo cualitativo-descriptivo, prospectivo-transversal, titulado: “Diagnóstico de salud bucodental y factores de riesgo en el Centro de Educación Básica Ricardo Valdivieso de la Parroquia Taquil del Cantón Loja, año 2013”, donde se utilizaron técnicas como la observación y entrevista, y se aplicó los instrumentos que fueron la encuesta e historia clínica, que ayudaron a correlacionar las variables. Las principales patologías encontradas fueron la caries dental (98%), inflamación gingival (68%), fluorosis dental (39%) y maloclusiones (46,51%).

REVISIÓN DE LITERATURA

CAPITULO I: “DIAGNÓSTICO EN SALUD BUCODENTAL”

1.1 DEFINICIÓN DE DIAGNÓSTICO



El diagnóstico de salud es un proceso de evaluación para medir, comparar y determinar la evolución de las diferentes variables que influyen en la salud-enfermedad de la población. (Villa, 2009)

1.2 CLASIFICACIÓN

- ✓ Administrativo: Su propósito es evaluar la eficiencia de los recursos para causas inmediatas a la enfermedad.
- ✓ Estratégico: Identifica necesidades de estratos y establece riesgos en situaciones de problemática en salud.
- ✓ Ideológico: Identifica procesos sociales, buscando una estabilidad social.(Villa, 2009)

1.3 DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL

El diagnóstico de salud lo constituye el conocimiento de la situación de salud de una comunidad y de los factores que la condicionan, de cuya precisión depende la calidad del tratamiento de la salud de la comunidad, la familia y el individuo. Este se basa en un análisis de los hallazgos con enfoque clínico-biológico, higiénico-epidemiológico y social, para la identificación de los problemas de salud.(Villa, 2009)

1.4 PARROQUIA TAQUIL



Fig. 2. Centro Taquil

1.4.1 DESCRIPCIÓN

La Parroquia Taquil fue fundada el 16 de Abril de 1911, es una palabra quechua cuyo significado es granero o troge de granos. En la era primitiva de los gonzabales y chichacas, en algún lugar especial y en graneros (vasijas de cuero) guardaban los productos (granos) que sembraban. Luego de la colonización, algún letrado le agregó la consonante – L- y desde entonces, al hermoso pueblo se le conoce como Taquil, taquiles o taquilenses; posteriormente mediante Ordenanza Municipal el 16 de Abril de 1911, se declaró como Parroquia Rural del Cantón Loja, la misma que tiene de 3.663 habitantes, posee 90.26 km² de extensión territorial, se encuentra ubicada al noreste de la ciudad de Loja, se accede a ésta hermosa Parroquia por la vía que se dirige a Chuquiribamba; los barrios que la conforman son: La Aguangora, Chichaca, Cera, Naranjito, Cachipamba, Macainuma, Paja Blanca, Duraznillo, El Limón, Zenén Alto, Zenén bajo, Gonzabal y Taquil; Limita al Norte: con las parroquias San Pablo de Tenta (Cantón Saraguro) y parte de las parroquias San Lucas y Gualiel, al Sur: con la parroquia Jimbilla y la parroquia urbana El Valle, al Este: con la parroquia San Lucas y al Oeste: con las parroquias de Chantaco, Chuquiribamba y Gualiel. (INEC, 2010) (GAD-Loja, 2013)

1.4.2 ACTIVIDADES PRODUCTIVAS Y ECONÓMICAS

Desde sus ancestros y en la actualidad, la mayoría de moradores se dedican a la agricultura y ganadería, contribuyendo con su trabajo para el desarrollo de la provincia sin olvidar su lugar natal; es muy importante destacar la elaboración de cerámicas de arcilla en los barrios Cera y Cachipamba. (GAD-Loja, 2013)

1.4.3 SERVICIOS BÁSICOS

Según la información otorgada por la junta parroquial de Taquil, los servicios básicos con los que se cuenta en la cabecera parroquial es el de alcantarillado, luz eléctrica, teléfono, agua potable, internet, recolección de basura dos veces por semana.

En los barrios alejados de la cabecera parroquial, se cuenta con agua potable o en su mayoría agua entubada, energía eléctrica, teléfono, en algunos lugares utilizan pozos sépticos, no cuentan con recolección de basura, razón por la cual la basura inorgánica la quemar y la basura orgánica la utilizan para abono orgánico de los cultivos de huertas.

En el tipo de vivienda, se puede observar muchas construcciones de concreto, seguida de construcciones de casa de adobe, algunas recubiertas de cemento, y en madera.

1.4.4 ESCUELAS Y COLEGIOS DE LA PARROQUIA TAQUIL

Nº	INSTITUCIONES EDUCATIVAS	Nº TOTAL DE ALUMNOS	Nº TOTAL DE DOCENTES
1	Esc. Vicente Jaramillo Palacio	12	1
2	Esc. Pedro Pinto Guzmán	15	2
3	Esc. Ángel Rubén Placencia	26	3
4	Esc. Benjamín Ayora Cueva	40	7
5	Colegio Guillermo Herrera	71	4
6	Esc. Clotario Espinoza Sigcho	32	3
7	Esc. Pío Jaramillo Alvarado	52	4
8	Esc. Olga Morocho Correa	12	1
9	Esc. Julián Zambrano	19	2
10	Esc. Tulcán	15	3
11	Esc. José María Bustamante	54	4
12	Esc. Ulpiano Moscoso	29	3
13	Esc. Ricardo Valdivieso	256	15
TOTAL		633	52

1.5 CENTRO DE EDUCACIÓN BÁSICA “RICARDO VALDIVIESO”



Fig.3. Estudiantes del C.E.B “Ricardo Valdivieso”

Se encuentra ubicado en el barrio Cera, de la Parroquia Taquil, éste barrio es ampliamente reconocido por la elaboración de cerámicas de arcilla con calidad de exportación, aunque las actividades productivas de la mayoría de los moradores se enfoca al sector de la ganadería y agricultura. Cera cuenta con servicios básicos de recolección de basura, agua potable, teléfono, luz eléctrica, alcantarillado e internet; su población (930 habitantes) es mayor a todos los barrios de la Parroquia Taquil, inclusive es superior a la propia cabecera parroquial. Limita al norte con la Cabecera parroquial Taquil, al sur con el Barrio Gonzabal, al este con la Parroquia San Lucas, al oeste con la Parroquia Chantaco. (GAD-Loja, 2013)

Ésta institución, en un inicio contaba con un pequeño bloque de aulas, pero se la amplió con un bloque de dos pisos de aulas, laboratorio de computación, comedor escolar y cocina. (GAD-Loja, 2013) (INEC, 2010).

Según los datos investigados personalmente, el establecimiento cuenta con 15 docentes de alta calidad, y un total de 256 alumnos, que se inscribieron desde el nivel inicial hasta el décimo año de educación básica.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente trabajo investigativo denominado **“DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN EL CENTRO DE EDUCACIÓN BÁSICA “RICARDO VALDIVIESO”, DE LA PARROQUIA TAQUIL DEL CANTÓN LOJA, AÑO 2013”**, fue un estudio cuantitativo-descriptivo, prospectivo-transversal.

El área de estudio lo constituyó la Parroquia Taquil, del cantón Loja; el universo fueron los 633 alumnos de todos los Centros Educativos Primarios y Secundarios de la Parroquia Taquil, la muestra la constituyeron los 256 alumnos del Centro de Educación Básica “Ricardo Valdivieso”, de los cuales se excluyeron: 4 niños por falta de colaboración, y 12 estudiantes que no asistieron a clases en los días que se recolectaron los datos, dándonos un grupo de estudio de 240 niños.

Se utilizó la técnica de observación y entrevista, los instrumentos fueron la encuesta e historia clínica, y credencial para el acceso a la institución. Los indicadores utilizados para la caries utilizados fueron el índice CPOD y c.e.o.d; mientras que para la higiene oral, se utilizó el Índice de Higiene Oral Simplificado.

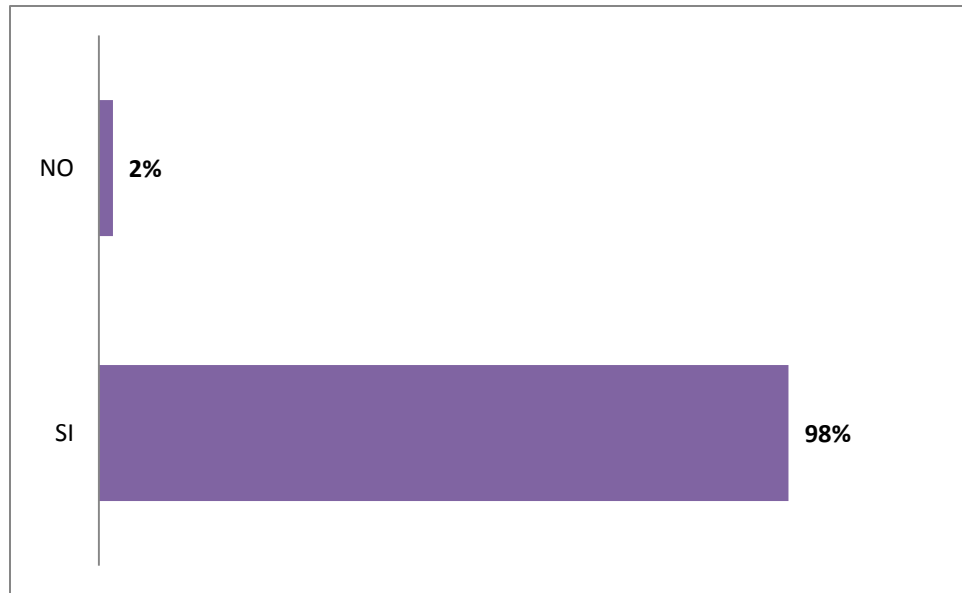
Los Recursos Humanos fueron: Dra. Tannya Valarezo (Coordinadora de la Carrera de Odontología y Directora del presente estudio), Dr. José Procel (Asesor Coordinador del Macroproyecto), Lcda. Edith Cueva Rojas (Directora del Centro de Educación Básica “Ricardo Valdivieso”), padres de familia, docentes y alumnos del Centro de Educación Básica “Ricardo Valdivieso”; Srta. Jackeline Pardo Arrobo (Investigadora). Los recursos físicos fueron: las aulas del Centro de Educación Básica “Ricardo Valdivieso”; entre los recursos materiales utilizados, tenemos: set de diagnóstico bucal (espejo, explorador, pinza algodonerá), materiales de bioseguridad, encuestas e historias clínicas, material didáctico, 256 pastas y cepillos dentales, cámara fotográfica, computadora portátil, materiales de escritorio.

El procedimiento efectuado en el presente estudio fue: aprobación del Macroproyecto, con la posterior pertinencia del proyecto individual, y la consecuente asignación de Directora de Tesis: Dra. Tannya Valarezo, autorización de las autoridades de la Regional de Educación, entrega de la solicitud dirigida a la directora del establecimiento, con su posterior autorización para realizar el trabajo de campo, elaboración de la encuesta e historia clínica, con la posterior validación por la Coordinadora y 2 docentes de la Carrera de Odontología. Posteriormente, se aplicó las encuestas, que fueron llenadas por los propios estudiantes, excepto en los niños de Inicial a Tercer año, donde se les llenó los datos de acuerdo a lo que su padres o ellos respondían y por medio de un pantoma los estudiantes explicaban la técnica de cepillado. Luego se les realizó el diagnóstico clínico bucal, con la ayuda de un set de diagnóstico (espejo, explorador, pinza algodонера) por cada alumno. Los datos recogidos, se ingresaban diariamente en un cuadro base prediseñado de Microsoft Excel; y posteriormente se los tabuló, para ser representados en tablas, gráficos de barra y en columnas, para su respectivo análisis. Al culminar el proceso de recolección de datos, en cada paralelo se realizaron charlas educativas sobre salud bucodental, con el fin de concienciar a los estudiantes sobre la importancia de mantener una buena higiene bucodental; también se regaló, de manera desinteresada, una pasta y cepillo dental a cada uno de los alumnos y docentes de ésta institución.

En base a los resultados del estudio, se formularon las conclusiones, recomendaciones; y se realizaron las discusiones, en las cuales se estableció como ejes fundamentales las principales patologías encontradas.

RESULTADOS

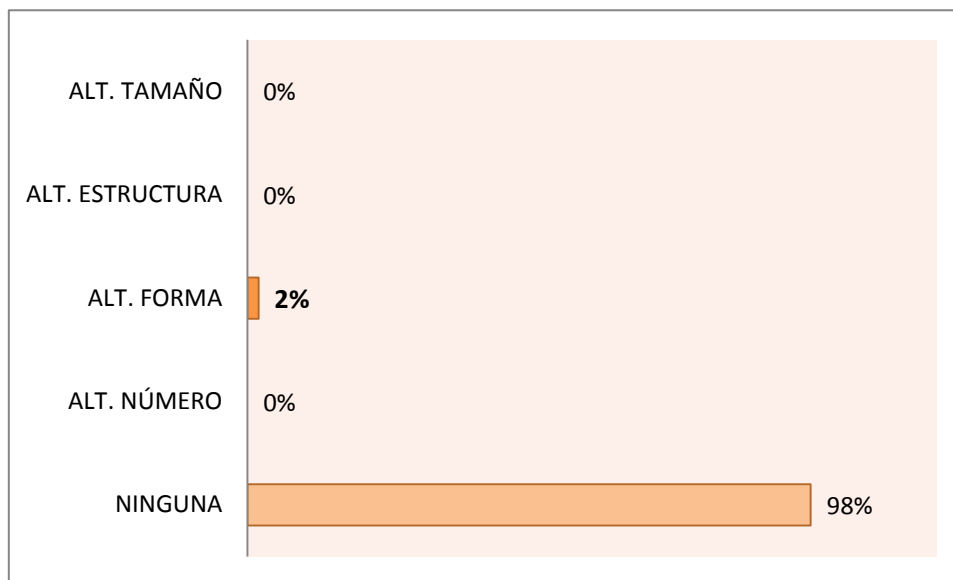
GRÁFICO N° 1. PRESENCIA DE CARIES EN LOS ALUMNOS DEL CENTRO DE EDUCACIÓN BÁSICA “RICARDO VALDIVIESO” DE LA PARROQUIA TAQUIL, CANTÓN LOJA.



FUENTE: Historia clínica odontológica aplicada a los estudiantes del Centro de Educación Básica “Ricardo Valdivieso”.
AUTORA: Srta. Jackeline Pardo Arrobo, Investigadora.

INTERPRETACIÓN: En el gráfico N° 1, se puede observar que de los 240 alumnos investigados, el 98% presenta caries dental; por una incorrecta técnica de cepillado, cepillado dental insuficiente, consumo diario y frecuente de alimentos cariogénicos.

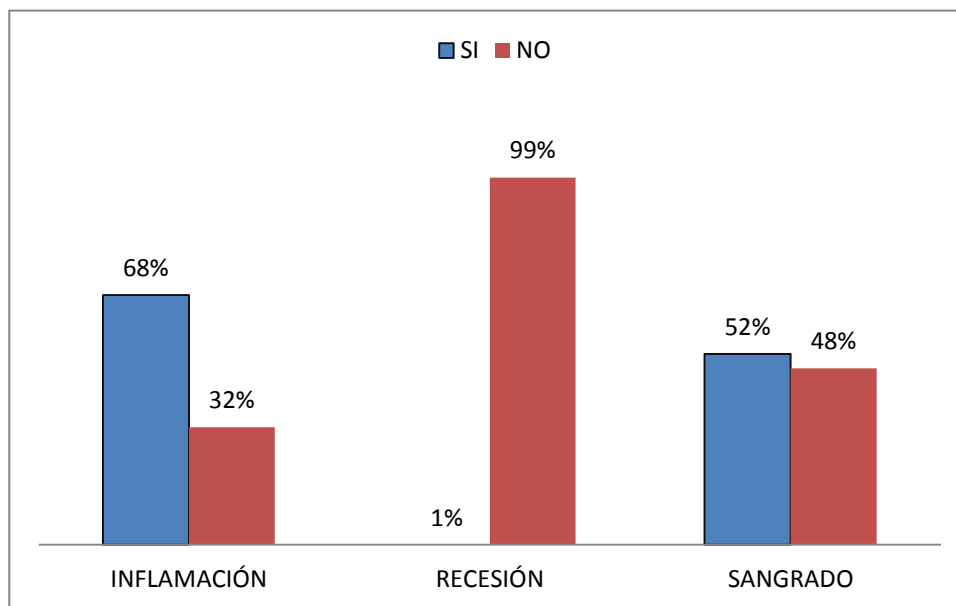
GRÁFICO N° 2. ALTERACIONES DENTALES EN LOS ALUMNOS DEL CENTRO DE EDUCACIÓN BÁSICA “RICARDO VALDIVIESO” DE LA PARROQUIA TAQUIL, CANTÓN LOJA.



FUENTE: Historia clínica odontológica aplicada a los estudiantes del Centro de Educación Básica “Ricardo Valdivieso”.
AUTORA: Srta. Jackeline Pardo Arrobo, Investigadora.

INTERPRETACIÓN: De los 240 estudiantes examinados, solamente se encontró 5 casos de incisivos laterales superiores cónicos (2%), representados en el cuadro de alteraciones de forma de los dientes. Siendo un porcentaje poco significativo ya que a la mayoría de los alumnos (98%) no se les encontró alteraciones en número, tamaño o estructura.

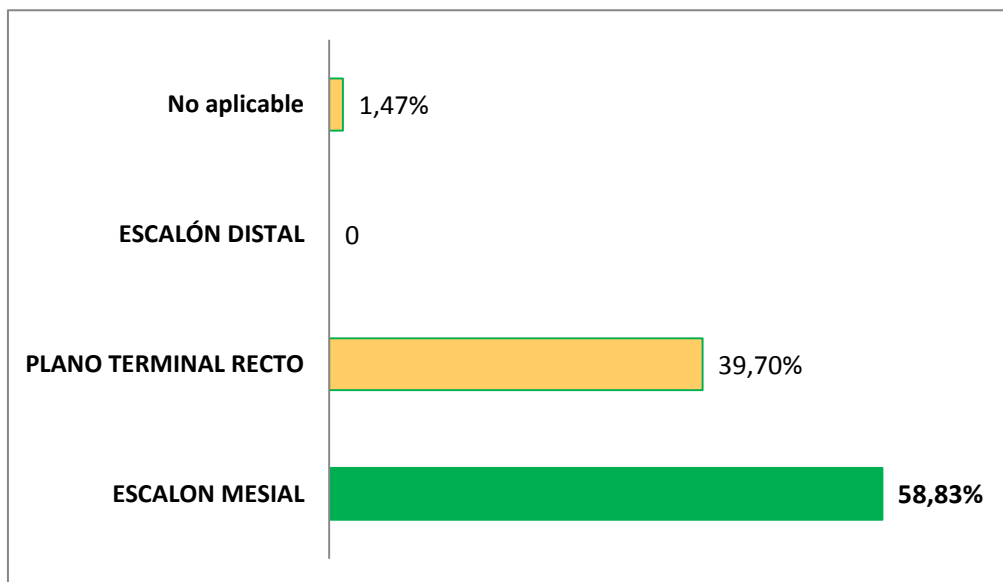
GRÁFICO N° 3. ALTERACIONES GINGIVALES EN LOS ALUMNOS DEL CENTRO DE EDUCACIÓN BÁSICA “RICARDO VALDIVIESO” DE LA PARROQUIA TAQUIL, CANTÓN LOJA.



FUENTE: Historia clínica odontológica aplicada a los estudiantes del Centro de Educación Básica “Ricardo Valdivieso”.
AUTORA: Srta. Jackeline Pardo Arrobo, Investigadora.

INTERPRETACIÓN: Luego de haber analizado el estado gingival de los 240 alumnos que conformaron el grupo de estudio, se pudo observar que no hay un porcentaje significativo de recesión gingival (1%) debido a que no se presentaron casos avanzados de enfermedad periodontal; sin embargo existen valores elevados de inflamación (68%) y sangrado gingival (52%), valores que se relacionan entre sí, ya que ante la presencia de una encía inflamada era frecuente observar que también sangraban; en casi todo en grupo intervenido, se trataba de gingivitis inducida por bio-film dental, observándose en las superficies dentales grandes cantidades del mismo, es decir que existía una deficiente higiene oral, relacionada a una técnica incorrecta o poca frecuencia del cepillado dental.

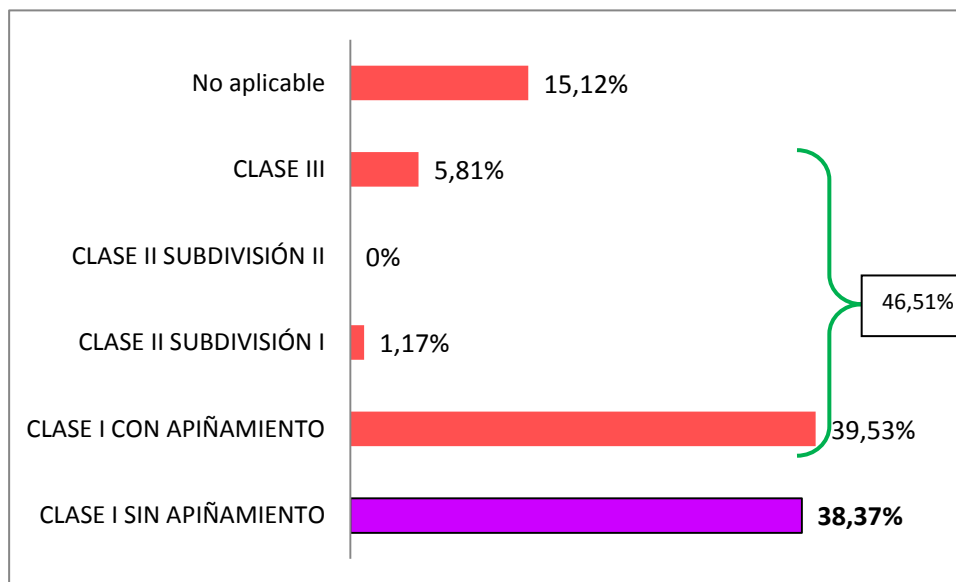
GRÁFICO N° 4. RELACIÓN MOLAR EN DENTICIÓN TEMPORAL EN LOS ALUMNOS DEL CENTRO DE EDUCACIÓN BÁSICA “RICARDO VALDIVIESO” DE LA PARROQUIA TAQUIL, CANTÓN LOJA.



FUENTE: Historia clínica odontológica aplicada a los estudiantes del Centro de Educación Básica “Ricardo Valdivieso”.
AUTORA: Srta. Jackeline Pardo Arrobo, Investigadora.

INTERPRETACIÓN: Luego de guiar a los estudiantes hacia una oclusión habitual, vemos que el 58,83% presentó una relación molar en “Escalón mesial”, lo que puede convertirse en un futuro en una relación molar permanente de Clase I (escalón poco marcado) o evolucionar hacia una Clase III, al continuar el crecimiento mandibular (escalón mesial exagerado); el 39,70%, presentó una relación molar en “Plano terminal recto”, lo que generalmente se proyecta a una relación molar permanente de Clase I. El 1,47% definido como “no aplicable”, se refiere a la ausencia de los segundos molares temporales, con los cuales se define la relación molar decidua.

GRÁFICO N° 5. RELACIÓN MOLAR EN DENTICION PERMANENTE (CLAVE DE ANGLE), EN LOS ALUMNOS DEL CENTRO DE EDUCACIÓN BÁSICA “RICARDO VALDIVIESO” DE LA PARROQUIA TAQUIL, CANTÓN LOJA.

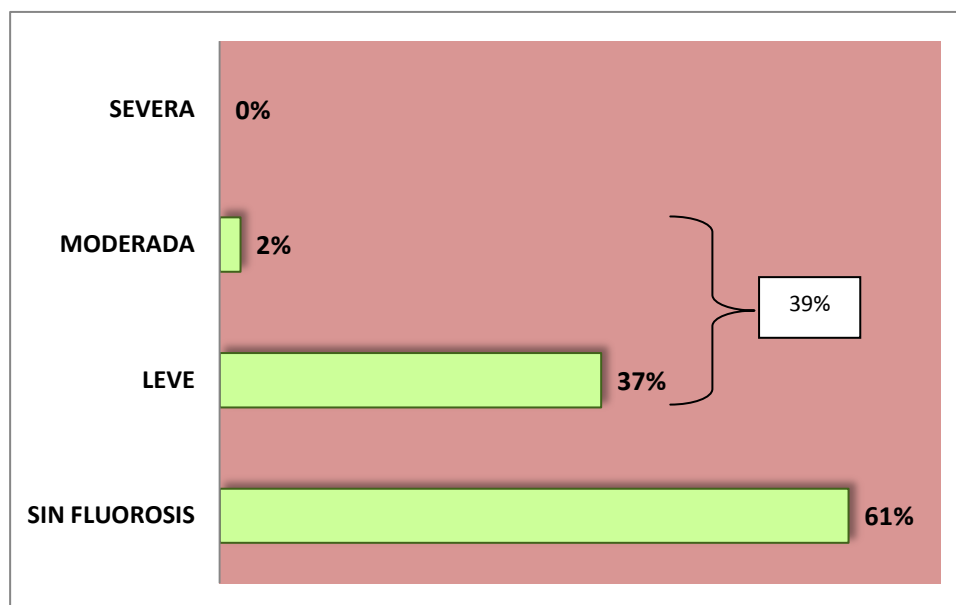


FUENTE: Historia clínica odontológica aplicada a los estudiantes del Centro de Educación Básica “Ricardo Valdivieso”.
AUTORA: Srta. Jackeline Pardo Arrobo, Investigadora.

INTERPRETACIÓN: Luego de guiar a cada estudiante a la oclusión habitual y posteriormente analizado dicha oclusión, se observó que el 38,37%, presentó Normoclusión; sin embargo, más del 46% de los estudiantes que presentaba oclusión de la dentición permanente, tenía algún tipo de Maloclusión, como son: Clase I con apiñamiento, Clase II Subdivisión I y Clase III.

El grupo definido como “no aplicable” que es el 15,12%, se refiere a los estudiantes que no presentaban uno o varios de los primeros molares permanentes, piezas dentales imprescindibles para definir la Clave de Angle.

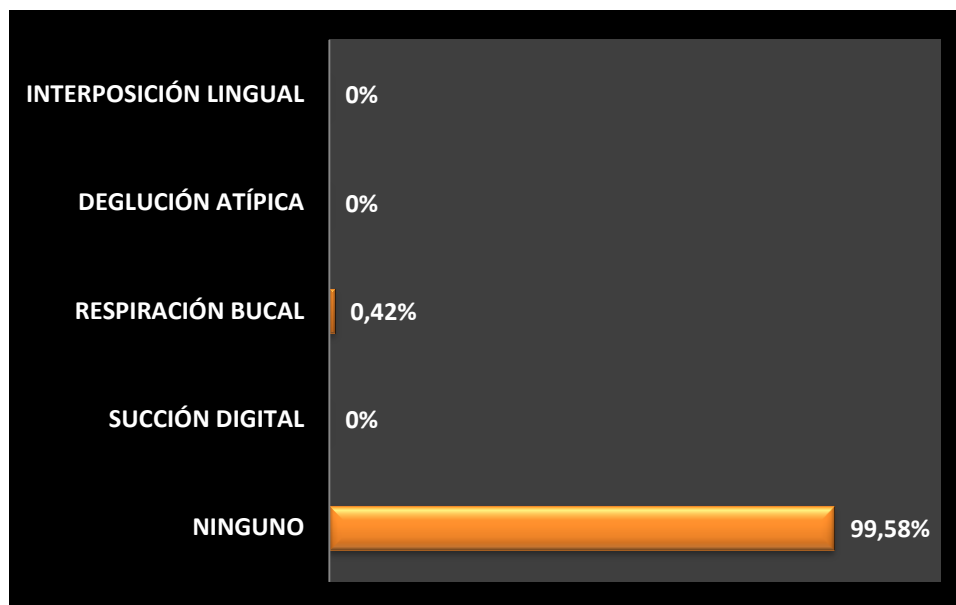
GRÁFICO N° 6. PRESENCIA DE FLUOROSIS DENTAL EN LOS ALUMNOS DEL CENTRO DE EDUCACIÓN BÁSICA “RICARDO VALDIVIESO” DE LA PARROQUIA TAQUIL, CANTÓN LOJA.



FUENTE: Historia clínica odontológica aplicada a los estudiantes del Centro de Educación Básica “Ricardo Valdivieso”.
AUTORA: Srta. Jackeline Pardo Arrobo, Investigadora.

INTERPRETACIÓN: En los 240 alumnos del grupo de estudio, se pudo observar que el 39% presentó Fluorosis dental, en la mayoría de los casos (37%) se observaron como estrías y líneas irregulares, localizadas sobretudo en los bordes incisales y cúspides de dientes posteriores (grado leve), y en pocos alumnos (2%) se observaron regiones dentales con manchas de color café, datos que corresponden al “grado clínico moderado” de ésta patología.

GRÁFICO N° 7. HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES, EN LOS ALUMNOS DEL CENTRO DE EDUCACIÓN BÁSICA “RICARDO VALDIVIESO” DE LA PARROQUIA TAQUIL, CANTÓN LOJA.

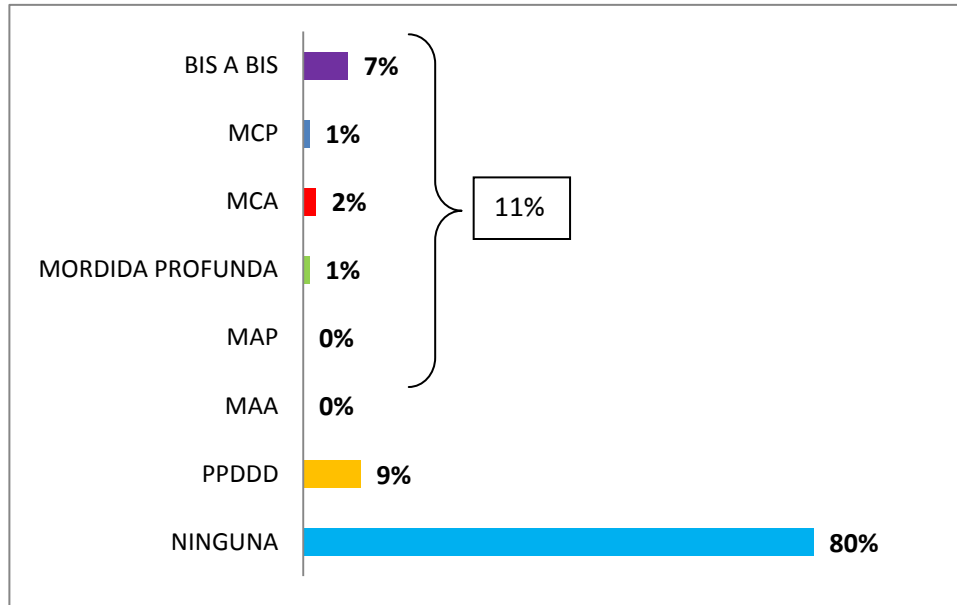


FUENTE: Historia clínica odontológica aplicada a los estudiantes del Centro de Educación Básica “Ricardo Valdivieso”.

AUTORA: Srta. Jackeline Pardo Arrobo, Investigadora.

INTERPRETACIÓN: Del total del grupo estudiado, sólo el 0,42% presentó un tipo de hábito bucal deformante, se trató de un alumno que al examen intrabucal presentaba: paladar profundo, mucosas deshidratadas, incisivos superiores vestibularizados, mordida profunda, y que además mencionó tener problemas respiratorios frecuentes, y cuyas características clínicas correspondían al de un “respirador bucal”.

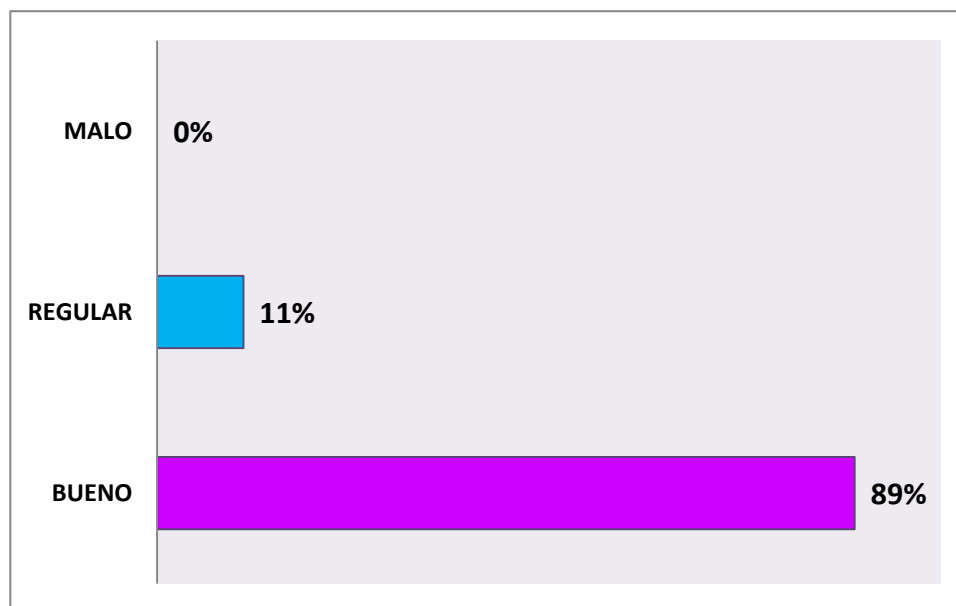
GRÁFICO N° 8. ALTERACIONES DE LA OCLUSIÓN EN LOS ALUMNOS DEL CENTRO DE EDUCACIÓN BÁSICA “RICARDO VALDIVIESO” DE LA PARROQUIA TAQUIL, CANTÓN LOJA.



FUENTE: Historia clínica odontológica aplicada a los estudiantes del Centro de Educación Básica “Ricardo Valdivieso”.
AUTORA: Srta. Jackeline Pardo Arrobo, Investigadora.

INTERPRETACIÓN: Luego de analizar las arcadas dentarias de todos los 240 los estudiantes que conformaron el grupo de estudio, y a su vez guiarlos hacia una relación de oclusión habitual, se observó pérdida prematura de la dentición decidua (9%), y 11% de alteraciones de la oclusión, como son: mordida Bis a Bis (7%), mordida cruzada anterior (2%), mordida profunda (1%) y mordida cruzada posterior (1%).

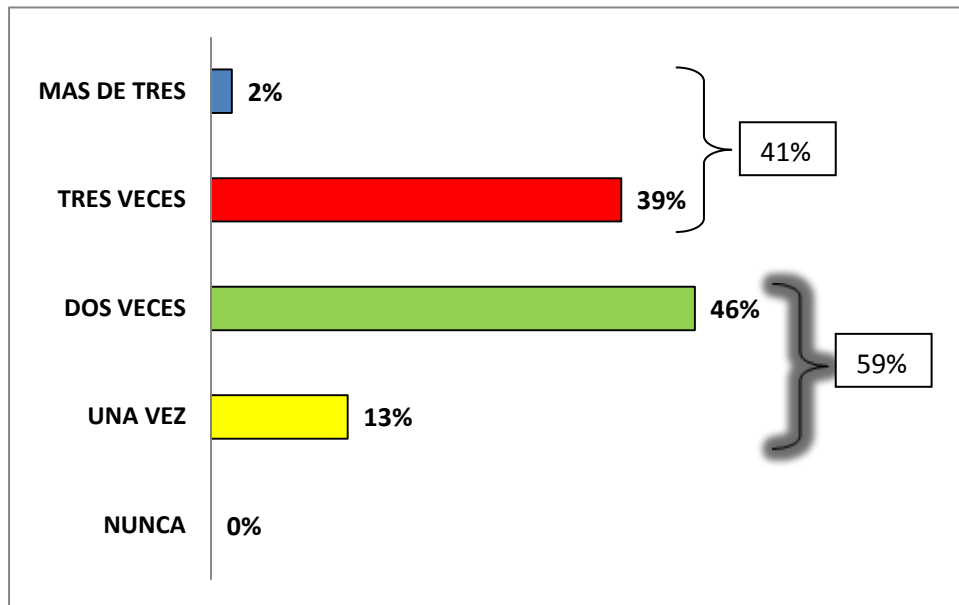
GRÁFICO N° 9. ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS) EN LOS ALUMNOS DEL CENTRO DE EDUCACIÓN BÁSICA “RICARDO VALDIVIESO” DE LA PARROQUIA TAQUIL, CANTÓN LOJA.



FUENTE: Historia clínica odontológica aplicada a los estudiantes del Centro de Educación Básica “Ricardo Valdivieso”.
AUTORA: Srta. Jackeline Pardo Arrobo, Investigadora.

INTERPRETACIÓN: Del 100% del grupo de estudio, el 89% de los alumnos se encuentran en el índice periodontal de Higiene Oral Simplificado dentro del criterio “bueno”; mientras que el 11% se los categorizó dentro del criterio “regular”. Se debe tomar en cuenta que en éste grupo de estudio, la mayoría de estudiantes correspondía a las edades de 3-14 años (235 alumnos), en quienes es poco frecuente la presencia de cálculo dental, pero sin embargo dentro del índice IHOS se registra tanto la presencia de placa bacteriana y cálculo, por ende al presentarse gran acumulación de placa, pero escasas cantidades de cálculo dental, el valor al dividirse se reducía a la mitad, quedando la mayoría de niños s en el criterio de “bueno”, que en realidad clínicamente se trataba de un IHOS regular o malo por la presencia de una gran cantidad de bio-film dental, debido a una técnica incorrecta de cepillado o la falta de higiene oral.

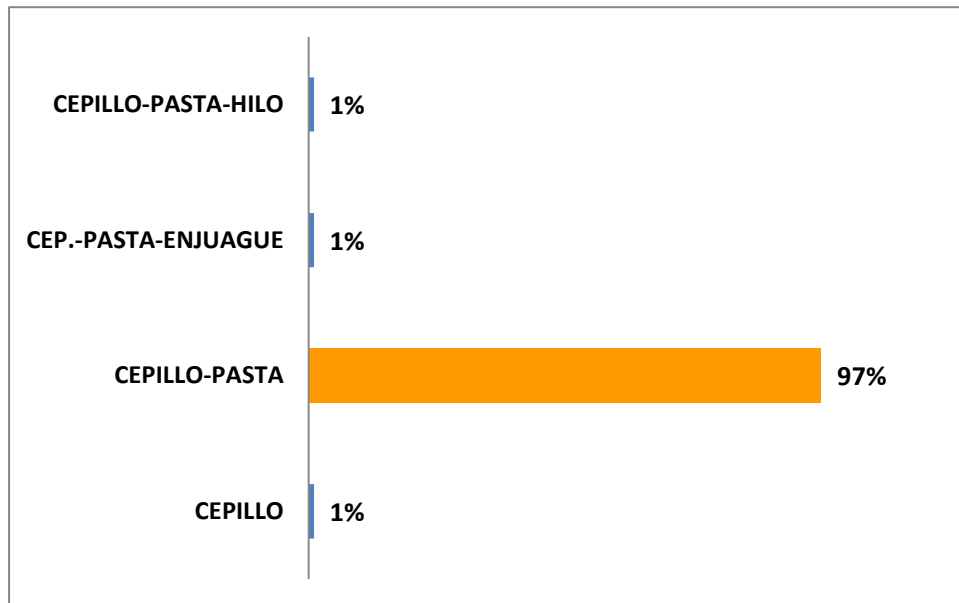
GRÁFICO N° 10. FRECUENCIA DEL CEPILLADO DENTAL DE LOS ALUMNOS DEL CENTRO DE EDUCACIÓN BÁSICA “RICARDO VALDIVIESO” DE LA PARROQUIA TAQUIL, CANTÓN LOJA.



FUENTE: Encuesta aplicada a los estudiantes del Centro de Educación Básica “Ricardo Valdivieso”.
AUTORA: Srta. Jackeline Pardo Arrobo, Investigadora.

INTERPRETACIÓN. De los datos obtenidos de la encuesta aplicada a los 240 alumnos del grupo de estudio, se encontró que el 59% cepilla sus dientes diariamente en una frecuencia menor a la indicada, debido una falta de interés y/o conocimientos de los estudiantes y de sus representantes para practicar una adecuada higiene bucal; y el 41%, lo realiza tres o más veces. Por lo que se sintetiza que más de la mitad de la población no realiza su cepillado dental en el número de veces recomendadas, cuyos datos se relacionan con la alta prevalencia de caries y bio-film dental.

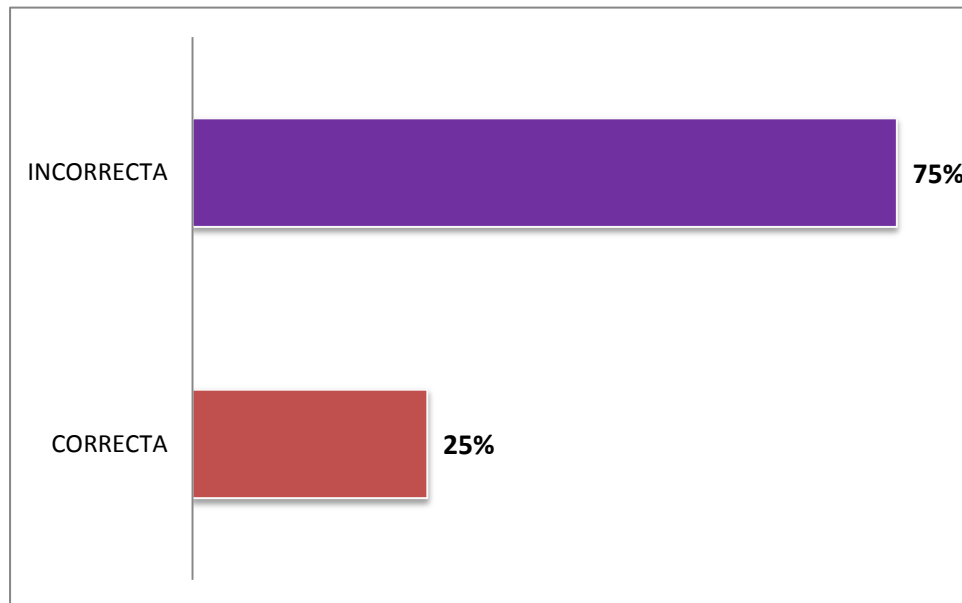
GRÁFICA N° 11. ELEMENTOS UTILIZADOS EN LA HIGIENE BUCAL, EN LOS ALUMNOS DEL CENTRO DE EDUCACIÓN BÁSICA “RICARDO VALDIVIESO” DE LA PARROQUIA TAQUIL, CANTÓN LOJA.



FUENTE: Encuesta aplicada a los estudiantes del Centro de Educación Básica “Ricardo Valdivieso”.
AUTORA: Srta. Jackeline Pardo Arrobo, Investigadora.

INTERPRETACIÓN: Luego de haber aplicado la encuesta a los 240 estudiantes que conformaron el grupo de estudio, se pudo observar que la mayoría de los alumnos (97%) utiliza para su higiene oral los elementos básicos de aseo, tales como pasta y cepillo dental, siendo estos insuficientes para lograr una óptima y completa higiene; es importante destacar que ningún estudiante indicó que utiliza todos los elementos de higiene, como los son el dentífrico, cepillo, hilo y enjuague bucal.

GRÁFICO 12. TÉCNICA DE CEPILLADO DENTAL, DE LOS ALUMNOS DEL CENTRO DE EDUCACIÓN BÁSICA “RICARDO VALDIVIESO” DE LA PARROQUIA TAQUIL, CANTÓN LOJA.

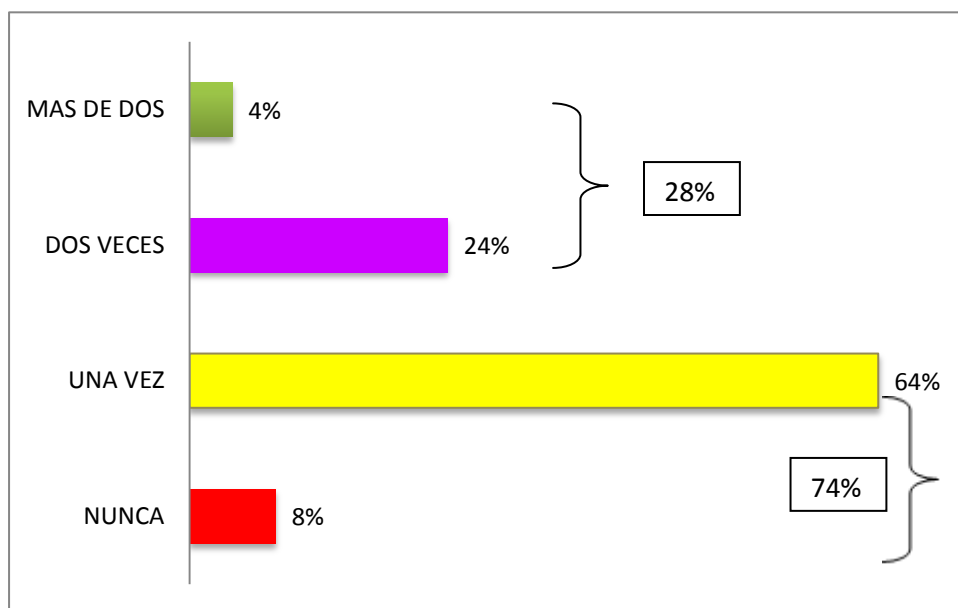


FUENTE: Encuesta aplicada a los estudiantes del Centro de Educación Básica “Ricardo Valdivieso”.
AUTORA: Srta. Jackeline Pardo Arrobo, Investigadora.

INTERPRETACIÓN: En el presente cuadro, se observa que de los 240 alumnos del grupo de estudio, el 75% cepilla sus dientes de manera “incorrecta”, y el 25% lo hace con una “técnica correcta”. Sintetizando que más de la mitad del grupo estudiado cepilla sus dientes con una incorrecta técnica, datos que se pueden relacionar con la alta prevalencia de caries, inflamación y sangrado gingival.

Después de entregar el pantoma y el cepillo a cada uno de los estudiantes para que se indique la forma del cepillado, y evaluándola profesionalmente, se determinó que la mayor parte la población en un porcentaje del 75% utilizan una técnica de cepillado considerada como incorrecta, entendiéndose que lo hacen de forma traumática y/o equivocada, que afecta tanto al periodonto como para los tejidos dentarios, observándose así la falta de promoción y educación en salud oral.

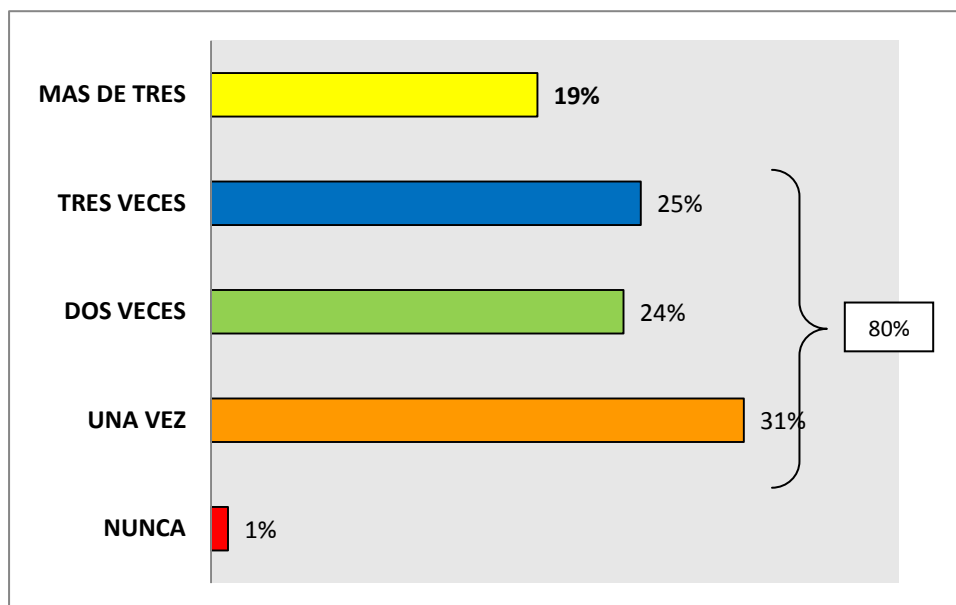
GRÁFICO 13. FRECUENCIA DE VISITA AL ODONTÓLOGO, EN LOS ALUMNOS DEL CENTRO DE EDUCACIÓN BÁSICA “RICARDO VALDIVIESO” DE LA PARROQUIA TAQUIL, CANTÓN LOJA.



FUENTE: Encuesta aplicada a los estudiantes del Centro de Educación Básica “Ricardo Valdivieso”.
AUTORA: Srta. Jackeline Pardo Arrobo, Investigadora.

INTERPRETACIÓN: Examinando el presente gráfico, se observa que el 72% de los alumnos no visita frecuentemente al profesional odontólogo y el 28% lo realiza “dos o más veces” en el año; a pesar de éstos datos, se debe resaltar que es importante que el niño u adolescente sepa que debe acudir frecuentemente al odontólogo para que le brinde información sobre el cuidado de sus dientes y así mismo le realice los tratamientos preventivos o curativos que necesiten sus dientes.

**GRÁFICO N° 14. FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS
CARIOGÉNICOS DE LOS ALUMNOS DEL CENTRO DE EDUCACIÓN BÁSICA
“RICARDO VALDIVIESO” DE LA PARROQUIA TAQUIL, CANTÓN LOJA.**



FUENTE: Encuesta aplicada a los estudiantes del Centro de Educación Básica “Ricardo Valdivieso”.
AUTORA: Srta. Jackeline Pardo Arrobo, Investigadora.

INTERPRETACIÓN: En el presente gráfico, se puede observar que el 81% del grupo estudiado consume alimentos cariogénicos en algún momento del transcurso del día, ya sea una, dos o tres veces en el día; a cuyos datos sumándole una deficiente higiene bucal, incorrecta técnica de cepillado, poca frecuencia de cepillado, etc., nos dan como resultado una alta prevalencia de patologías buco-dentales, especialmente la caries e inflamación gingival.

Además se observa en el presente gráfico que el 19% mencionó consumir alimentos cariogénicos más de tres veces en el día, sin embargo en la niñez existen más de tres momentos de azúcar, siendo un factor predisponente para la caries, ya que al consumirlos mayor a tres veces diarias, desequilibra el pH de la boca, manteniéndolo en estado ácido (pH: 7).

GRÁFICO N° 15. DIENTES CARIADOS, EXTRAÍDOS Y OBTURADOS EN DENTICIÓN TEMPORAL (c.e.o.d) EN LOS ALUMNOS DEL CENTRO DE EDUCACIÓN BÁSICA “RICARDO VALDIVIESO” DE LA PARROQUIA TAQUIL, CANTÓN LOJA.

c.e.o.d. EDAD	MUY BAJO	BAJO	MODERADO	ALTO
3-5 años	-	-	-	7.06
<u>6-8 años</u>	-	-	-	8.69
9 -11 años	-	-	-	4.77
12-14 años	0.66	-	-	0

FUENTE: Historia clínica odontológica y encuesta aplicada a los estudiantes del Centro de Educación Básica “Ricardo Valdivieso”.
AUTORA: Srta. Jackeline Pardo Arrobo, Investigadora.

INTERPRETACIÓN: Los niños “6-8 años” presentan el nivel de riesgo más “alto” del índice c.e.o.d., mientras que los alumnos de 12-14 años presentan un nivel de riesgo “muy bajo”; como se observa, entre mayor es la edad de los alumnos, menor es el índice del c.e.o.d., esto se debe a que poco a poco el niño va perdiendo sus dientes temporales para ser reemplazados por los permanentes.

GRÁFICO N° 16. ÍNDICE DE DIENTES CARIADOS, PERDIDOS Y OBTURADOS EN DENTICIÓN PERMANENTE (CPOD) EN LOS ALUMNOS DEL CENTRO DE EDUCACIÓN BÁSICA “RICARDO VALDIVIESO” DE LA PARROQUIA TAQUIL, CANTÓN LOJA.

CPOD	MUY BAJO	BAJO	MODERADO	ALTO
EDAD				
6-8 años	-	2.57	-	-
9 -11 años	-	-	3.39	-
12-14 años	-	-	-	6.21
15-17 años	-	-	-	10.2

FUENTE: Historia clínica odontológica y encuesta aplicada a los estudiantes del Centro de Educación Básica “Ricardo Valdivieso”.
AUTORA: Srta. Jackeline Pardo Arrobo, Investigadora.

INTERPRETACIÓN: Los alumnos de 15-14 años se encuentran en el nivel de riesgo “alto” del CPOD; como se puede apreciar, entre mayor es la edad del estudiante mayor es el porcentaje de índice CPOD, porque 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.

DISCUSIÓN

El realizar asociaciones entre diferentes factores de riesgo y la presencia de patologías bucales, está fundamentado en la obtención de datos que ayuden a crear un modelo de riesgo de las enfermedades buco-dentales, los mismos que pueden ser utilizados para efectuar intervenciones, especialmente en el campo de la salud pública. Siendo así que en el presente estudio, se establecieron relaciones entre los diferentes factores como la frecuencia del cepillado, técnica de cepillado con la presencia de caries, IHOS, COPD/c.e.o.d, y alteraciones de la encía, observándose que si se encuentran interrelacionados.

En la presente investigación, se determinó que el 98% del grupo investigado presentaba caries dental, datos relacionados con el estudio nacional del Ministerio de Salud Pública y Organización Panamericana de Salud (1996), sin embargo al compararlo con los estudios realizados en países vecinos, observamos que en éstos existe menor prevalencia de caries, tal como lo confirman los resultados de García et al. (2005), Rodríguez et al. (2010) y Villalobos et al. (2006), donde la prevalencia encontrada fue de 67.7%, 74% y 86%, respetivamente. Los datos nacionales, tanto del MSP-OPS y del presente estudio, nos indican que la población escolar de nuestro país se encuentra afectada por una elevada prevalencia de caries dental, demostrándonos que la población requiere que se implemente y/o fortalezca un correcto programa de atención odontológico escolar, que no solamente se enfoque en la prevención, sino también en la restauración de las lesiones cariosas, valorando constantemente el estado y la mejoría de salud bucodental.

En el nivel de riesgo “alto” de Índice CPOD se encontraron los estudiantes entre las edades de 12-14(> 6) y 15-17 años (>10), datos que no guarda similitud con el estudio de Márquez et al. (2006), en cuya similar población el índice encontrado fue bajo (>1.1), y al comparar los resultados con el estudio de García et al. (2005), observamos que discrepan, ya que el nivel de CPOD fue moderado (>3).

En el grupo investigado, el 39.53% presentó Maloclusión Clase I, el 5.8%= Clase III y el 1.17%= Clase II, resaltando que la maloclusión Clase I fue superior a las demás, la Clase III fue superior a la Clase II, datos similares a los del MSP-OPS (1996) y de Medina C. (2006), donde observamos que el 64,30% de los pacientes presentó maloclusión Clase I; el 20,67% Clase II y el 15, 03% Clase III, distinguiendo el porcentaje de la Clase II es superior al de la Clase III., ciertamente éstos resultados se encuentran relacionados , a pesar que en el estudio citado, la prevalencia de las maloclusiones fué superior a la encontrada en ésta investigación. Otra patología diagnosticada fue la fluorosis dental, que se encontró en el 39% del grupo investigado, datos que se relacionan con el estudio de Martignon et al. (2002), y discrepan con el estudio del MSP-OPS (1996), donde los resultados fueron iguales o superiores al 5%.

Así mismo, se determinó que los principales factores de riesgo para la caries dental y alteraciones de la encía, fueron: la edad, técnica y frecuencia de cepillado, visita al odontólogo, consumo de alimentos cariogénicos, cuyos resultados son similares a los encontrados por Villalobos et al. (2006), Córdova et al. (2010), Casanova et al. (2010), Bravo et al. (2005), González F. (2008) y Duque de Estrada et al. (2003).

CONCLUSIONES

■ Al culminar la presente investigación, se concluye que la salud bucodental de los estudiantes del Centro de Educación Básica “Ricardo Valdivieso” se encuentra afectada, ya que se encontraron elevados porcentajes de diversas patologías, las mismas que se hallaban relacionadas con múltiples factores de riesgo.

■ Los factores de riesgo, identificados como personales locales, tales como: edad, técnica incorrecta y poca frecuencia de cepillado, visitas al odontólogo, inferiores a las recomendadas, varios momentos de azúcar al día, se han encontrado íntimamente relacionados con la prevalencia de caries y alteraciones de la encía.

Estas patologías también se las ha relacionado indirectamente con Factores Generales, como: la falta de educación-promoción-prevención y rehabilitación oral, el poco interés y/o conocimiento acerca de la importancia de las denticiones.

■ Las principales patologías encontradas fueron la caries dental (98%), inflamación gingival (68%), fluorosis dental (39%) y maloclusiones (46,51%).

RECOMENDACIONES

- ✚ Al Ministerio de Salud Pública, realizar intervenciones más frecuentes en cada institución educativa, así mismo que se incentive tanto a los padres como hijos a mantener una buena higiene bucal, señalándoles la importancia de cada una de las denticiones.

- ✚ Se recomienda a la Universidad Nacional de Loja, seguir trabajando en equipo: docente-estudiante, en busca del bienestar de la población, especialmente del Cantón Loja y de la Región Sur del Ecuador.

- ✚ Al Área de Salud Humana y a la Carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja, que siga formando talentos humanos, investigadores y comprometidos con la sociedad.

- ✚ A la Carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja, seguir trabajando en convenio con varias Instituciones públicas y privadas, con el fin de ayudar a la disminución de las diversas patologías bucodentales.

- ✚ A la Carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja, que siga realizando investigaciones que arrojen datos de la realidad que enfrenta la población en su salud bucodental.

- ✚ Al Centro de Educación Básica “Ricardo Valdivieso”, que realice actividades que ayuden a mantener una buena higiene bucal en sus alumnos, como son: vista frecuente de un odontólogo de MSP, charlas a padres e hijos, y especialmente que se les exija a los niños que lleven sus cepillos y pastas dentales a la institución, para que después del recreo cepillen sus dientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Bravo, M., Casals, E., Cortés, J. & Álvarez, I. (2005). Encuesta de salud oral en España 2005. *Salud Pública Oral*, 11(4) 409-456. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/rcoe/v11n4/encuesta.pdf>
- Casanova, A. Medina, C., Casanova, J., Minaya, M., Márquez, M., Islas, A. & Villalobos, J. (2010). Higiene bucal en escolares de 6 a 13 años de edad de Campeche, México. *Trabajos de investigación*, 04 (2)21-30. Recuperado de: <http://www.saber.ula.ve/dspace/bitstream/123456789/30908/1/articulo3.pdf>
- Córdova, D., María, F. & Requejo, A. (2010). Caries dental y estado nutricional en niños de 3 a 5 años de edad, Chiclayo, Perú. *Caries dental & Epidemiología*, 07(2) 57-64.
- Duque, J., Rodríguez, A., Coutin, M. & Riveron, F. (2002). Factores de Riesgo asociados con la enfermedad Caries dental en niños. *Estomatología*, 40(2). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072003000200001&script=sci_arttext&tlng=pt
- García, L., Giraldo, S., Mossos, R., Muñoz, M., Perea, C. & Prado, C. (2008). Prevalencia de caries y enfermedad periodontal en escolares del sector público de Cali, 2005. *Colombia Médica*, 39(1) 47-50. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v39n1s1/v39n1s1a5.pdf>
- Gonzales, F., Sánchez, R. & Carmona, L. (2008). Indicadores de Riesgo para la Caries Dental en Niños Preescolares de La Boquilla, Cartagena. *Salud Pública*, 11 (4) 620-630. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42217814013>
- Márquez, M., Rodríguez, R., Rodríguez, Y., Estrada, G. & Aroche, A. (2006). Epidemiología de la caries dental en niños de 6-12 años en la Clínica Odontológica La Democracia. *Caries dental & Epidemiología*, 13 (5). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192009000500012&script=sci_arttext
- Martignon, S. & Granados, O. (2002). Prevalencia de fluorosis dental y análisis de asociación a factores de riesgo en escolares de Bogotá. *Fluorosis & Factores de Riesgo*, 8(1) 19-27. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&l>
- Medina, C. (2006). Prevalencia de maloclusiones dentales en un grupo de pacientes pediátricos. *Maloclusión*, 48 (1) 1-19. Recuperado de <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2010/1/pdf/art9.pdf>

- Ministerio de Salud Pública del Ecuador & Organización Panamericana de Salud. (1996). Estudio Epidemiológico de salud bucal en escolares fiscales menores de 15 años del Ecuador. Recuperado de http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OH_ECU_EpidemEscolDesc1996.pdf
- Moreno, A., Carreón, J., Alvear, G., López, S. & Vega, L. (2001). Riesgo de caries en escolares de escuelas oficiales de México. *Pediatría*, 68 (1) 228-233. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2001/sp016b.pdf>
- Rodríguez, VLE. Contreras, BR. Arjona, SJ. Soto, MMR. Alanis, TJ. Prevalencia de caries y conocimientos sobre salud-enfermedad bucal de niños (3-12 años) en el estado de México. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumenMain.cgi?IDARTICULO=9458>
- Villalobos et al. (2006). Caries dental en escolares de 6 a 12 años de edad en Navolato, Sinaloa, México: experiencia, prevalencia, gravedad y necesidades de tratamiento. *Investigación clínica*, 59 (4) 256-267. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-41572006000200006&script=sci_arttext
- Agurto, P., Díaz, R., Cadiz, O., & Bobenrieth, F. (Noviembre de 1999). Hábitos bucales deformantes [Versión Electrónica]. *Revista Chilena de Pediatría*, 70 (6).
- Aparecido, O. (2011). Mordida Cruzada Posterior. Corrección y Consideraciones .[Versión Electrónica]. *Acta Odontológica Venezolana*.
- Barrancos, M. (2006). *Operatoria Dental Integración Clínica* (Cuarta ed.). Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Boj, J., & Catalá, M. (2004). *Odontopediatría* (Primera ed.). Barcelona, España: Editorial Masson.
- Ceredo, V. (2003). *Historia Clínica, Metodología Didáctica* (Primera edición ed.). México: Editorial Médica Panamerica.
- Cobo, J., & García, J. (2005). *Manual del Técnico Superior en Higiene Bucodental* (Quinta Edición ed.). Madrid, España: Editorial Elsevier.
- Cuenca, E., Manau, C., & Serra, L. (2004). *Odontología preventiva y comunitaria: Principios, métodos y aplicaciones* (Segunda edición ed.). Barcelona, España: Editorial MASSON.
- Echeverría, J. (2005). *Manual de Periodoncia y Terapéutica de Implantes, fundamentos y Guía Práctica* (Vol. II). Madrid, España: Editorial Panamericana.

- GAD-Loja. (2013). *Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de Loja*. Obtenido de <http://www.loja.gob.ec/contenido/taquil>
- González, G., & Morero, L. (2012). *Ortodoncia y Odontopediatria [Versión Electrónica]*. Obtenido de <http://www.ortodoncia.ws>.
- Harris, N., & García, F. (2001). *Odontología Preventiva Primaria*. México: Editorial el Manual Moderno.
- Higashida, B. (2000). *Odontología Preventiva* (Primera ed.). México: McGraw – Hill Interamericana.
- INEC. (2010). *Censo Población y Vivienda*. Estadístico, Quito.
- Leon, L. (2011). *Planos terminales y escalones en dentición primaria y su relación con mal oclusiones en dentición permanente. Tipos y características de mal oclusión en dentición permanente*. Obtenido de <http://www.odonto4.files.wordpress.com>
- Lugo, C., & Toyo, I. (2011). *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria*. Recuperado el 03 de 10 de 2013, de <http://www.ortodoncia.ws>.
- Negróni, M. (2009). *Microbiología Estomatológica, Fundamentos y guía práctica* (Segunda ed.). Editorial Panamericana.
- Okeson, J. (1999). *Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares* (Cuarta Edición ed.). España: Editorial HarcourtBrace.
- Okeson, J. (2003). *Oclusión y afecciones temporomandibulares* (Quinta Edición ed.). Madrid, España: Editorial Elsevier.
- OMS. (2004). Obtenido de http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/otrosdoc/diagnostico_nacional_salud_bucal.pdf
- Sapp, P., Eversole, L., & Wuysocki, G. (1998). *Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea* (Primera ed.). España: Editorial HarcourtBrace.
- Torres, M. (2009). *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria*. Obtenido de <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art23.asp>
- Vellini, F. (2002). *Ortodoncia, Diagnostico y Planificación Clínica Primera Edición* (Primera ed.). Sao Paulo, Brasil: Editorial Artes Médicas Latinoamericana.
- Villa, J. (2009). *Diagnóstico de Servicios de salud MSP MD*. Obtenido de http://www.pediatria.gob.mx/diplo_diagsit.pdf

ANEXOS

ANEXO N° 1

**Solicitud dirigida a la directora del Centro de Educación Básica
“Ricardo Valdivieso”**

Loja, 9 de Octubre del 2013

Lcda. Edit Cueva Rojas
DIRECTORA DEL CENTRO EDUCATIVO "RICARDO VALDIVIESO"

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: Jackeline Elizabeth Pardo Arrobo, con número de cédula 1900707942, egresada de la carrera de Odontología, para que realice diagnósticos bucales a cada uno de los estudiantes del centro educativo. La información obtenida servirá para que la investigadora realice su tesis de grado a través de la realización del Macroproyecto, denominado: "Diagnóstico de Salud Bucal y Factores de Riesgo en los Centros educativos Primarios y Secundarios de las Parroquias Rurales del Cantón Loja, año 2013."

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

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

Atentamente



Dra. Tannya Valarezo

COORDINADORA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGIA


Jackeline Pardo.

EGRESADA

RECIBIDO 10-10-13
AUTORIZADO LO SOLICITADO

 Escuela de Educación Superior
CEN - TAQUIM - LOJA

ANEXO N° 2

**Certificado de haber culminado la investigación en el Centro de Educación Básica
“Ricardo Valdivieso”**

ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA "RICARDO VALDIVIESO"

Cera, 24 de Octubre del 2013

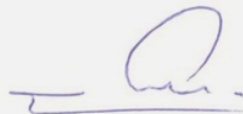
Lcda. Edit Cueva Rojas
DIRECTORA DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA "RICARDO VALDIVIESO"

CERTIFICA:

Que, la señorita **Jackeline Elizabeth Pardo Arrobo**, con número de cédula **1900707942**, egresada de la Carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja, ha realizado diagnósticos bucales, charlas sobre la salud bucal y entrega de cepillos y pastas dentales a los 256 estudiantes de la institución a mi encargada, desde el 14 al 24 de octubre del 2013.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad.

Atentamente:



Lcda. Edit Cueva Rojas
**DIRECTORA DE LA ESCUELA
DE EDUCACIÓN BÁSICA "RICARDO VALDIVIESO"**



Escuela de Educación Básica
"RICARDO VALDIVIESO"
CERA - TAQUIL - LOJA - ECUADOR

ANEXO N°3

**Certificado de Asesoría de Tesis por parte del Doc. Espec.
Manuel José Procel González**

CERTIFICACIÓN

Loja, 30 de Octubre del 2013

Dr. JOSE PROCEL.

COORDINADOR DEL MACROPROYECTO: "DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVAS PRIMARIOS Y SECUNDARIOS DE LAS PARROQUIAS RURALES DEL CANTÓN LOJA, AÑO 2013".

CERTIFICA:

Que, la presente tesis titulada: **DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN EL CENTRO DE EDUCACIÓN BÁSICA "RICARDO VALDIVIESO", DE LA PARROQUIA TAQUIL DEL CANTÓN LOJA, AÑO 2013**, de autoría de la Srta. **Jackeline Elizabeth Pardo Arrobo** (C.I.:1900707942), fué rigurosamente supervisada, revisada, corregida y asesorada por mi persona, durante todo el desarrollo de la misma, por lo que se autoriza la presentación de la misma al respectivo director de tesis.

.....

Dr. Manuel Jose Procel Gonzalez
Especialista en APS
Libro: 002
Folio: 344
No. INSCRIPCIÓN: 1032

DR. JOSÉ PROCEL

ANEXO N° 4

Encuesta



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

1. INFORMACIÓN BÁSICA

Fecha: ____/____/____

Parroquia:.....

Nombre de la institución:.....

Nombre del Alumno:.....

Género: F () M ()

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

Año de educación:

2. INFORMACIÓN SOBRE HIGIENE ORAL

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

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

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

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

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

Correcto () Incorrecto ()

- Al cepillarse los dientes hay presencia de sangrado?

Si () No ()

- ¿Con qué frecuencia usted visita al odontólogo?

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

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

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

Validación de Especialista TannyaValarezo
COORDINADOR DE CARRERA DE ODONTOLOGÍA



ANEXO N° 5

Historia Clínica

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

DATOS GENERALES:

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

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

PATOLOGÍAS

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

OTRAS PATOLOGÍAS DENTALES

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

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

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

3. **MALOCCLUSIÓN**

Dentición temporal

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

Dentición permanente

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

4. **FLUOROSIS DENTAL**

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

ALTERADA ()

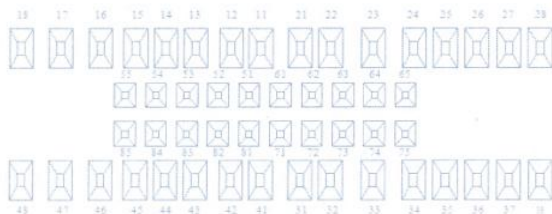
ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO IHO-S

5. **HÁBITOS**

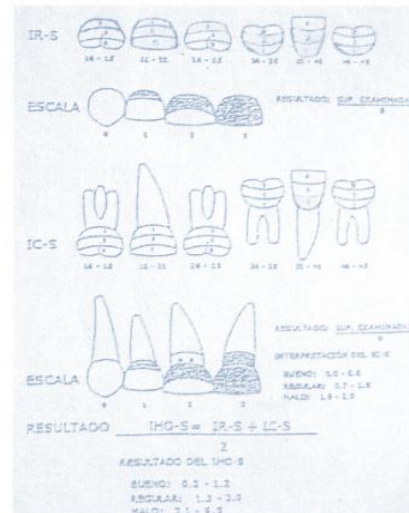
- Ninguno ()
Succión digital ()
Respiración bucal ()
Deglución atípica ()
Interposición lingual ()
- Ninguna ()
Pérdida prematura de dentición decidua ()
Mordida abierta anterior ()
Mordida abierta posterior ()
Mordida profunda ()
Mordida cruzada anterior ()
Mordida cruzada posterior ()
Mordida bis a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

6. **PATOLOGÍAS**

ODONTOGRAMA



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



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



ANEXO N° 6

Validación de la Encuesta e Historia Clínica del Macroproyecto.

ANEXO N° 7

Alteraciones y Patologías Bucodentales

FOTO N° 1. HÁBITO DE RESPIRACIÓN BUCAL



FOTON° 2. ALTERACIÓN DE FORMA DE LOS INCISIVOS LATERALES



FOTO N° 3. MORDIDA BIS A BIS



FOTO N° 4. MORDIDA CRUZADA ANTERIOR



FOTO N° 5. MORDIDA CRUZADA POSTERIOR



FOTO N° 6. FLUOROSIS DENTAL



ANEXO N° 8

Evidencia fotográfica del Trabajo de campo; charlas y entrega de cepillos y pastas dentales.

FOTO N° 7. DIAGNÓSTICO BUCAL



FOTO N° 8. TÉCNICA DE CEPILLADO INDICADA POR UNA ESTUDIANTE



FOTO N° 9. ENTREGA DE CEPILLOS Y PASTAS DENTALES



FOTO N° 10. ESTUDIANTES CON SU CEPILLO Y PASTA DENTAL



FOTO N° 11.CHARLAS SOBRE HIGIENE BUCO-DENTAL



FOTO N° 12. ENSEÑANZA DE LA CORRECTA TÉCNICA DE CEPILLADO



ANEXO N°. 9

LITERATURA DE REFERENCIA

CAPÍTULO II “PATOLOGÍAS BUCODENTALES”

2.1 LESIONES DE TEJIDOS DUROS

2.1.1 Caries dental



Fig.4. Caries Dental

La caries dental es utilizada como término para describir los resultados, los signos y síntomas 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. La destrucción puede afectar el esmalte, dentina y cemento. No todas las superficies de los dientes en la cavidad bucal desarrollan lesiones de caries en igual proporción. Las lesiones de caries se desarrollan en sitios como fosas, surcos y fisuras en las superficies oclusales, puntos de contacto.(Negroni, 2009)

2.2 ALTERACIONES DE FORMA

a. Taurodontismo

El taurodontismo, que significa «dientes de toro», es un trastorno del desarrollo que afecta principalmente a los molares, aunque también se afectan a veces los premolares. El trastorno se identifica fácilmente en la radiografía y se caracteriza por dientes que presentan una forma aproximadamente rectangular, mínima constricción y definición del borde cervical, y una bifurcación desplazada hacia el ápice que origina una cavidad pulpar extremadamente grande que muestra una altura apical-oclusal exagerada y canales cortos de la pulpa radicular. (Sapp, Eversole, & Wysocki, 1998)

b. Diente Invaginado



Fig.5.Dens in Dente

El diente invaginado, también llamado «dens in dente», es una anomalía del desarrollo que afecta principalmente a los incisivos laterales permanentes del maxilar superior. Una forma más leve de esta anomalía es relativamente frecuente y se caracteriza por la presencia de una fosita lingual profundamente invaginada. El dens in dente, que se presenta clínicamente como un diente de forma cónica, constituye una forma intermedia del trastorno. (Sapp, Eversole, & Wysocki, 1998)

c. Cúspides supernumerarias

Los dientes presentan a veces cúspides adicionales o supernumerarias. El ejemplo más común de este fenómeno es la cúspide de Carabelli, la cual aparece típicamente sobre la superficie mesiolingual de los primeros molares permanentes del maxilar superior. (Sapp, Eversole, & Wysocki, 1998)

d. Cúspide en garra

Se denomina cúspide en garra a una forma rara, pero clínicamente importante, de cúspide supernumeraria, que se observa típicamente sobre la cara lingual de los incisivos centrales del maxilar superior. (Sapp, Eversole, & Wysocki, 1998)

e. Geminación

La geminación se caracteriza por la división parcial o «desdoblamiento» de un solo primordio dental, produciéndose un diente que muestra dos coronas independientes o separadas parcialmente, una sola raíz y un solo conducto radicular. (Sapp, Eversole, & Wysocki, 1998)

f. Fusión



Fig.6.Fusión Dental

Es la unión de dos gérmenes dentarios normalmente separados, que puede presentar una corona especialmente ancha, una corona normal con una raíz adicional u otras combinaciones que resultan de la unión de dos primordios dentales contiguos por medio de la dentina durante el desarrollo, la cual puede ser congénita o hereditaria.(Sapp, Eversole, & Wysocki, 1998)

2.3 ALTERACIONES DE ESTRUCTURA

a. Alteraciones de la estructura del esmalte

Alteraciones adquiridas

Las alteraciones de la estructura del esmalte pueden presentarse como consecuencia de factores ambientales o hereditarios. Entre los factores ambientales están infecciones bacterianas y víricas (sífilis, escarlatina), inflamación, estados carenciales (vitaminas A, C y D y calcio), lesiones químicas (flúor) y traumatismos. (Sapp, Eversole, & Wysocki, 1998)

Hipoplasia focal del esmalte

Las hipoplasias del esmalte son alteraciones, durante de la formación de la matriz orgánica del esmalte. Una forma común de hipoplasia focal del esmalte es el «diente de Turner», que es consecuencia de inflamación o traumatismo localizados durante el desarrollo del diente. (Sapp, Eversole, & Wysocki, 1998)

Hipoplasia generalizada del esmalte

La hipoplasia generalizada del esmalte constituida por alteraciones estructurales causadas por factores locales capaces de ejercer acciones tóxicas sobre los ameloblastos.(Barrancos, 2006)(Sapp, Eversole, & Wysocki, 1998)

Amelogénesis imperfecta



Fig.7.Amelogénesis Imperfecta

La amelogénesis imperfecta (AI) es un trastorno que ocurre durante el desarrollo dentario, en el cual los dientes son cubiertos por un esmalte delgado que se forma de manera anormal.(Sapp, Eversole, & Wysocki, 1998)

Tres tipos fundamentales de amelogénesis imperfecta se correlacionan con defectos en esas etapas:

1. **El tipo hipoplásico (focal o generalizado)**, el cual presenta una reducción de la formación de matriz del esmalte causada por interferencia en la función de los ameloblastos;
2. **El tipo hipocalcificado**, que constituye una forma gravemente defectuosa de mineralización de la matriz del esmalte, y
3. **El tipo con hipomaduración**, que presenta una mineralización menos intensa con áreas focales o generalizadas de cristalitas de esmalte inmaduro. (Sapp, Eversole, & Wysocki, 1998)

b. Alteraciones de la estructura de la dentina

Dentinogénesis imperfecta

Es una afección hereditaria que consiste en dientes opalescentes constituidos por dentina formada irregularmente e hipomineralizada que oblitera la cámara coronal y el conducto radicular. (Sapp, Eversole, & Wysocki, 1998)

Este trastorno se ha dividido en tres tipos:

Tipo I: Dentinogénesis Imperfecta asociada a Osteogénesis imperfecta (OI). Clínicamente los dientes tienen color opalescente, se asocia a otras anomalías como fragilidad ósea, escleróticas azules (70% de los casos), pérdida de la audición.

Tipo II: Dentinogénesis Imperfecta no asociada a OI. El término común para este tipo DI es Dentina Opalescente Hereditaria, afección heredada como rasgo autosómico dominante.

Tipo III: Dentinogénesis Imperfecta, tipo Brandywine, es rara y se hereda como rasgo autosómico dominante, que aparece en un área racial aislada en el estado de Maryland. Clínicamente es la misma que el tipo I y el tipo II salvo que los pacientes presentan muchas exposiciones pulpares en la dentición temporal. (Sapp & Eversole, 1998).

2.4 Fluorosis Dental

La fluorosis dental consiste en un defecto del desarrollo del esmalte provocado por la ingestión de una cantidad excesiva de fluoruro durante la formación del esmalte. (Harris & García, 2001)

2.5. Lesiones de los Tejidos Blandos

Enfermedad Gingival Inducida Únicamente por placa

La gingivitis es la enfermedad que se caracteriza por la presencia de inflamación sin pérdida de inserción o hueso alveolar; responde ante la eliminación de depósitos bacterianos y la mejoría en las técnicas de higiene oral diarias. (Boj & Catalá, 2004)

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

Estos procesos se caracterizan por una marcada respuesta inflamatoria con inflamación y eritemas graves. La gingivitis de la pubertad es la exacerbación de la inflamación gingival por fluctuaciones hormonales, en presencia de poca o nula placa bacteriana. Se suele estabilizar en una etapa tardía de la adolescencia. Cualquier factor local, como placa acumulada, caries, apiñamiento, respiración oral, erupción dental y/o aparatología ortodóncica, tienden a combinarse para agravar la gingivitis. (Boj & Catalá, 2004)

2.6. Maloclusión

a. Dentición temporal

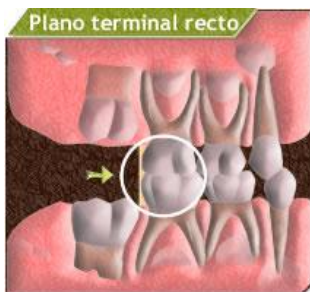


Fig.8.Plano Terminal Recto

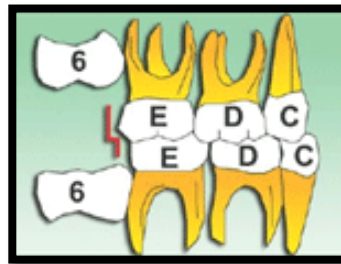


Fig.9.Escalón mesial



Fig.10.Escalón distal

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.

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

ESCALÓN DISTAL: cuando la superficie del segundo molar inferior se encuentra distal a la superficie distal del segundo molar superior primario. (Vellini, 2002)

b. Dentición Permanente

Clase I: El autor denominó llave molar a la oclusión correcta entre los molares permanentes superior e inferior, en la cual la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar inferior. (Vellini, 2002)

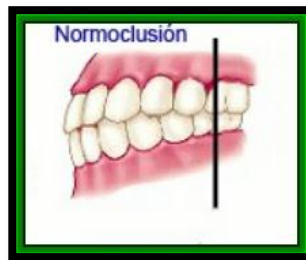


Fig.11.Clase I

Clase II: Son clasificadas como clase II las maloclusiones en las cuales el primer molar inferior se sitúa distalmente con relación al primer molar superior, siendo, por eso, también denominada distoclusión. Su característica determinante es que el surco mesiovestibular del primer molar permanente inferior se encuentra distalizado con relación a la cúspide mesiovestibular del primer molar superior. (Vellini, 2002)



Fig.12.Clase II

Clase II División I: Angle situó esta división las maloclusiones Clase II con inclinación vestibular de los incisivos superiores. Son frecuentes en estos pacientes los problemas de desequilibrio de la musculatura facial, causado por el distanciamiento vestibulolingual entre los incisivos superiores y los inferiores. El perfil facial de estos pacientes es, en general, convexo. (Vellini, 2002)

Clase II División II: Esta clase engloba las maloclusiones que presentan relación molar clase II sin resalte de los incisivos superiores, estando ellos palatinizados o verticalizados, los perfiles faciales más comunes a esta maloclusión son el perfil recto y levemente convexo, asociados, respectivamente, a la musculatura equilibrada o a ésta con una leve alteración. (Vellini, 2002)

Clase III: El primer molar permanente inferior y, por tanto, su surco mesiovestibular se encuentra mesializado en relación a la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior. El perfil facial es predominantemente cóncavo y la musculatura, en general, desequilibrada. (Vellini, 2002)



Fig.13.Clase III

2.7 Tipos de Mordidas

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.(González & Morero, 2012)

Mordida Profunda: Se denomina mordida profunda cuando una persona tiene una mandíbula infradesarrollada (relación molar de clase II), los dientes anteriores mandibulares con frecuencia contactan en el tercio gingival de las superficies linguales de los dientes maxilares.(González & Morero, 2012)

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

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

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. (González & Morero, 2012)

2.8 Pérdida Prematura de Dentición Decidua

Según Moyers la pérdida prematura de dientes primarios se refiere, al estadio de desarrollo del diente permanente que va a reemplazar el diente temporal perdido.

- a. **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.
- b. **Perdida 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. (Vellini, 2002)

2.9 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. (Boj & Catalá, 2004)

a. 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 & Catalá, 2004)

b. Respiración bucal

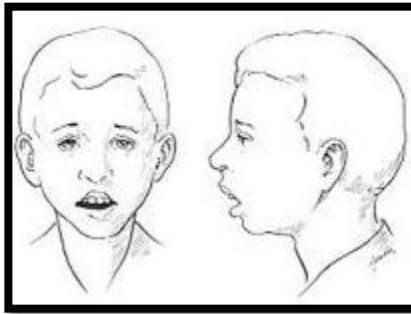


Fig.14.Respirador bucal

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 & Catalá, 2004)

c. 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. Cuando existe lengua protráctil el sellado periférico anterior para producir el vacío necesario, se hace al contactar la lengua con los labios directamente, suele ser una postura adaptativa para lograr un correcto cerrado oral en los casos donde no hay contacto inter incisivo. (Lugo & Toyo, 2011)

d. 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 fonoarticulación. (Agurto, Díaz, Cadiz, & Bobenrieth, 1999)

CAPITULO III

“FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN LA SALUD – ENFERMEDAD BUCODENTAL”

3.1 Riesgo

Riesgo es la probabilidad de que un suceso futuro ocurra, 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, 2000)

3.2 Factores de Riesgo

La Organización Mundial de la Salud determina al riesgo como cualquier característica o circunstancia detectable en una persona o grupo de personas; asociándolo con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Los factores de riesgo pueden ser: Biológicos; Ambientales; Comportamiento; Relacionados con la atención a la salud; Socioculturales; Económicos: bajos ingresos.(Higashida, 2000)

a. Factores de riesgo locales

Los factores locales son:

Hábito de higiene bucal



Fig.15. Higiene

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.(Cuenca, Manau, & Serra, 2004)

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.(Cuenca, Manau, & Serra, 2004)

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.(Barrancos, 2006)

Frecuencia y duración del cepillado: Un cepillado de dos veces al día con un dentífrico fluorado es indudablemente eficaz para la prevención de caries dental, en cuanto a su duración se recomienda por lo menos tres minutos, para de esta manera abarcar todas las zonas que se debe limpiar y evitar así las caries.(Cuenca, Manau, & Serra, 2004)(Barrancos, 2006)

Motivación del paciente y su medio familiar. El apoyo de la familia es muy importante, para orientar en la formación, instrucción y motivación del individuo para realizar un adecuado control personal de la placa.(Higashida, 2000)

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

Características dentales. Rasgos anatómicos (surcos profundos), mal formaciones (hipoplasias), mal posiciones, cavitaciones o reconstrucciones inadecuadas que favorecen la retención de placa bacteriana y restos alimentarios, etcétera.(Higashida, 2000)

Tiempo de erupción. De los 0 hasta los 24 meses post – erupción dental se considera que hay mayor riesgo de caries por la importancia de la maduración post – eruptiva, por la mayor acumulación de la placa dentobacteriana y por la presencia de pseudobolsas.(Higashida, 2000)

Características salivales. Flujo y viscosidad son elementos de defensa.(Higashida, 2000)

Aparatos. Pueden ocasionar retención de placa bacteriana e interfieren con la higiene correcta.(Higashida, 2000)

Controles periódicos. Atención odontológica, Control de la evolución, evaluación del riesgo actual y determinación de medidas de mantenimiento.(Higashida, 2000)

b. Factores de riesgo generales

Dentro factores de riesgo generales encontramos:

Socioeconómicos: en el que hallamos la calidad de vida, estabilidad laboral, ingresos, cobertura asistencial,

Ambientales: se toma en cuenta el abastecimiento inadecuado de agua potable; así como también si la madre es reservorio de *Streptococcus mutans*,

Culturales: aquí encontramos escolaridad, valoración de la salud, creencias y costumbres,

Biológicos: como son rasgos genéticos, enfermedades sistémicas tratadas, estado nutricional, estado inmunitario, estrés, enfermedades intercurrentes.(Cobo & García, 2005)

ÍNDICE

CARATULA	i
CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
TÍTULO	7
RESUMEN	8
(SUMARY)	9
INTRODUCCIÓN	10
REVISIÓN DE LITERATURA	12
MATERIALES Y MÉTODOS	16
RESULTADOS	18
DISCUSIÓN	34
CONCLUSIONES	36
RECOMENDACIONES	37
BIBLIOGRAFÍA	38
ANEXOS	41
ÍNDICE	76