



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TÍTULO:

DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN EL CENTRO EDUCATIVO PRIMARIO “ÁLVAREZ SÁNCHEZ COLOMBIA” DE LA PARROQUIA RURAL GUALEL DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013.

*Tesis previa a la obtención
del Título de Odontóloga*

Autora:

Jenny Patricia Condolo Torres

**DRA. ANGÉLICA M. GORDILLO I.
DIRECTORA DE TESIS**

Loja- Ecuador

2013

CERTIFICADO

Dra.

Angélica Gordillo.

DOCENTE DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.

Directora de Tesis.

CERTIFICA:

Que la presente trabajo investigativo denominado: **DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN EL CENTRO EDUCATIVO PRIMARIO “ÁLVAREZ SÁNCHEZ COLOMBIA” DE LA PARROQUIA RURAL GUALEL DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013.** ha sido debidamente dirigido, revisad, analizado y corregido, por lo que autorizo su presentación para los trámites correspondientes, bajo las normas y reglamentos establecidos por la Universidad Nacional de Loja

Loja, Noviembre 2013



Dra. Angélica María Gordillo Iñiguez

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

AUTORÍA

Yo, Jenny Patricia Condolo Torres, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja a sus representantes jurídicos de posibles o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio institucional-biblioteca Virtual

Autor: Jenny Patricia Condolo Torres

Firma: -----

Cédula: 1104724636

Fecha: Noviembre, 15 del 2013

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

Yo, Jenny Patricia Condolo Torres, declaro ser autor de la tesis titulada: **DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN EL CENTRO EDUCATIVO PRIMARIO “ÁLVAREZ SÁNCHEZ COLOMBIA” DE LA PARROQUIA RURAL GUALEL DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013.**; como requisito para optar al grado de Odontólogo General; autorizamos al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

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

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

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 15 días del mes de Noviembre del dos mil trece, firma el autor.



Autor: Jenny Patricia Condolo Torres

Cédula: 1104724636

Dirección: Esteban Godoy, calle Hector Chica y German Pitiur.

Correo Electrónico: patiko1691_@hotmail.com

Teléfono: 07 2 545569 - 0992115293

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Dra. Angélica Gordillo.

Tribunal de Tesis: Dr. Flanklin Quinche

Dra. Leonor Peñarreta

Dra. Tannya Valarezo

DEDICATORIA

Los resultados de este proyecto, están dedicados a todas aquellas personas que, de alguna forma, son parte de su culminación; dedico este proyecto de tesis a Dios porque ha estado conmigo a cada paso que doy, permitiéndome llegar a este momento tan importante de mi formación profesional, , a mis padres Agustín y Rosita, ejemplos de vida y quienes han velado por mi bienestar, educación y han estado a mi lado cuidándome y dándome fortaleza para continuar a lo largo de mi vida y a mis hermanos Verónica, Slyter, Juleydi quienes me han motivado mi formación académica, siendo mi apoyo en todo momento y depositando su confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar de mis habilidades.

Patricia Condolo T.

AGRADECIMIENTO

A Dios por haberme guiado por el camino de la felicidad hasta ahora; a mis padres Agustín y Rosita, a mis hermanos Verito, Slyter y Juleydi; por siempre haberme dado su fuerza y apoyo incondicional que me han ayudado y llevado hasta donde estoy ahora.

Un agradecimiento especial a la Dra. Angélica Gordillo Directora de tesis, quien con responsabilidad, experiencia y conocimiento supo guiar durante la realización de la presente investigación.

Hago extensivo mi agradecimiento al Dr. José Procel, por su asesoría y sugerencias aportadas en este trabajo investigativo.

Finalmente un eterno agradecimiento y reconocimiento a la Universidad Nacional de Loja, la cual abrió abre sus puertas a jóvenes como nosotros, preparándonos para un futuro competitivo y formándonos como personas de bien, al Área de la Salud Humana, de manera especial a la carrera de Odontología y a todos los docentes a quienes les debo mis conocimientos, gracias a su paciencia y la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional.

La Autora

1. TÍTULO

DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN EL CENTRO EDUCATIVO PRIMARIO “ÁLVAREZ SÁNCHEZ COLOMBIA” DE LA PARROQUIA RURAL GUALEL DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013.

2. RESUMEN

La importancia de la salud bucal radica en la prevención de distintas enfermedades que son perjudiciales para nuestro bienestar físico y emocional, Una buena higiene comienza por un correcto cepillado, que se debe realizar después de cada comida, ingesta de bebidas, especialmente las azucaradas y carbonatadas, de golosinas o aperitivos, o de cualquier alimento.

Los objetivos del presente trabajo fueron diagnosticar las patologías presentes, los factores de riesgo, y la prevalencia de dichas patologías en los alumnos la Escuela de Educación Básica “Álvarez Sánchez Colombia” de la parroquia rural Gualiel del cantón Loja, se trabajó con 295 estudiantes, y para la obtención de los datos se utilizó una encuesta, la misma que fue llenada de forma escrita por los estudiantes y una historia clínica odontológica donde se registró los resultados obtenidos los mismos fueron: caries dental en el 93,2%, inflamación gingival y sangrado el 12,5%, la relación molar en la dentición temporal fue plano terminal recto en 67,7%, en dentición permanente fue clase I con apiñamiento en el 55,4%, los factores de riesgo fueron cepillado incorrecto el 88,8%; visita al odontólogo una vez al año el 69.8%, consumo de alimentos cariogénicos de tres veces al día con un 61,%. Luego de haber realizado el estudio se puede concluir que existe un alto índice de alteraciones de la cavidad bucal, las mismas que influyen negativamente en el estado de salud general de la población, y eso afecta sin duda alguna al desarrollo propio de la persona y de la comunidad en conjunto. Por lo que se recomienda campañas de promoción y prevención oral, a la población de mayor riesgo.

Palabras clave: Caries, inflamación gingival, mal oclusión y factores de riesgo.

SUMMARY

The importance of the buccal health resides in the prevention of different illnesses that you/they are harmful for our physical and emotional well-being, A good hygiene begins with a correct brushing that should be carried out after each food, ingesta of drinks, especially the sugary and carbonated, of goodies or appetizers, or of any food.

The objectives of the present work were to diagnose the present pathologies, the factors of risk, and the prevalencia of this pathologies in the students the School of Basic Education "Álvarez Sánchez Colombia" of the rural parish Gualiel of the canton Loja, one worked with 295 students, and for the obtaining of the data a survey, the same one was used that was filled in way written by the students and a history clinical odontológica where he/she registered the obtained results the same ones they were: decay dental in 93,2%, inflammation gingival and bled 12,5%, the relationship molar in the temporary teething was right plane terminal in 67,7%, in permanent teething it was class I with packing in 55,4%, the factors of risk were brushed incorrect 88,8%; it visits once to the odontologist a year 69.8%, consumption of foods cariogénicos of three times a day with a 61,%. After having carried out the study you can conclude that a high index of alterations of the buccal cavity exists, the same ones that influence negatively in the state of the population's general health, and that affects without a doubt some to the development characteristic of the person and of the community on the whole. For what is recommended promotion campaigns and oral prevention, to the population of more risk.

Key Words: Decay, inflammation gingival, bad occlusion and factors of risk.

3. INTRODUCCIÓN

La salud bucodental, siendo fundamental en el bienestar del individuo, aún en la actualidad se encuentra desamparada, ya que diversos estudios nos revelan altos índices de prevalencia de patologías.

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

En países latinoamericanos como Colombia, un estudio sobre los Indicadores de Riesgo para la Caries Dental en Niños Preescolares, encontró una “Prevalencia de caries de 60% y la mayor prevalencia de caries fue para los niños de cinco años con 74%”.(GONZÁLEZ F).

Un Estudio Epidemiológico de Salud Bucal en Escolares en Ecuador (1996), menciona que al 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.(Normalización del Sistema Nacional de Salud año 2009)

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 de extensión de la protección social, 2010.)

Nuestro estudio fue de tipo cuantitativo ya que se representan los valores porcentuales, descriptivo ya que se describió las patologías que se encuentran presentes, prospectivo ya que se recolecto los datos conforme fueron sucediendo y transversal ya que se estudió varias variables en un tiempo determinado.

Así mismo para la recolección de los datos nos basamos en una encuesta la cual fue dirigida para cada uno de los estudiantes, está nos sirvió para la recolección de los factores de riesgo, y un historia clínica en la cual se recogieron todos los datos de las patologías que se encontraron presentan.

*El presente trabajo investigativo: **“DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN EL CENTRO EDUCATIVO PRIMARIO “ÁLVAREZ SÁNCHEZ COLOMBIA” DE LA PARROQUIA RURAL GUALEL DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013”**.; constituyó un estudio de carácter cuantitativo, descriptivo y prospectivo conformado por una muestra de 295 estudiantes que tiene por objetivos realizar un diagnóstico de estado de salud oral de los alumnos, e identificar los principales factores de riesgo y destacar la prevalencia de las principales patologías. Para la recolección de los datos se realizó el llenado de cada historia clínica y encuesta por cada alumno, está nos sirvió para la recolección de la información sobre los factores de riesgo, y un historia clínica en la cual se recogieron todos los datos de las patologías que se encontraron presentes en los participantes del estudio..*

De acuerdo a los datos obtenidos se pudo determinar que la patología de mayor prevalencia lo constituye la caries dental con un 93,2%, la misma que están influenciadas por la incorrecta técnica de cepillado, la poca frecuencia de cepillado y la escasa visita al odontólogo y otros factores de riesgo que afectan a la cavidad bucal en conjunto.

Estos resultados sugieren la necesidad de planificar programas escolares de prevención y promoción para crear hábitos correctos de higiene oral e incrementar sus conocimientos sobres salud oral con la finalidad de mantener la integridad del sistema estomatognático.

4. REVISIÓN DE LA LITERATURA

CAPÍTULO I

1. DIAGNÓSTICO DE SALUD DEL CANTÓN LOJA

1.1 Definición de Diagnóstico de salud

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

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).

2. CANTÓN LOJA

2.1 HISTORIA

El cantón Loja se originó producto de los asentamiento de diferentes grupos denominados: Garrochambas – Paltas que se ubicaban al occidente y centro de la ciudad, mientras que al este se encuentran los Malacatos y los Ambocas los cuales se encuentran ubicados entre San Lucas y el Cisne, cada uno de ellos se diferencia por poseer costumbres, hábitos, vestimenta y lengua propia.

Luego de muchos años de colonización y después de una audiencia en Quito, Loja proclamó su independencia, contando como líderes del movimiento revolucionario a Ramón Pinto, José María Peña, Nicolás García, José Picoíta y Manuel Zambrano (Maldonado. 2005).

2.3 GEOGRAFÍA

2.3.1 LIMITES

El cantón Loja limita al norte con el cantón Saraguro, al sur y al este con la provincia de Zamora Chinchipe y al oeste con los cantones lojanos Quilanga, Gonzanamá y Catamayo y una parte de la Provincia del Oro, su extensión es de **1.883 km²** (Maldonado. 2005).

2.3.2 CLIMA

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

2.4 DIVISIÓN POLÍTICA

PARROQUIAS URBANAS

San Sebastian, Sagrario, Valle y Sucre

PARROQUIAS RURALES

Yangana, Chantaco, Taquil, San Pedro De Vilcabamba, Chuquiribamba, Quinara, El Cisne, Vilcabamba, Malacatos, Santiago Jimbilla, San Lucas y Gualiel.

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

2.5. ACTIVIDADES PRODUCTIVAS Y ECONÓMICAS

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

2.6 SERVICIOS BÁSICOS

El tipo de vivienda que se encuentra son: casa o villa, mediagua, departamentos, edificios, casa de inquilinato, covachas, chozas y ranchos, el tipo de alcantarillado es pozo séptico, letrina, con descarga al río y letrina, así como también cuenta con energía eléctrica y servicio de red pública para el agua y

finalmente presentan acceso a servicio telefónico convencional (Gobierno Municipal de Loja 2103).

2.7 EDUCACIÓN

Escuelas y Colegios Cantón Loja

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

2.6. VIALIDAD

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

3. PARROQUIA GUALEL



Figura 1. Parroquia Gualcel.

3.1 HISTORIA

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

3.2 GEOGRAFÍA

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

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

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

3.4 DIVISIÓN POLÍTICA - ADMINISTRATIVA:

La parroquia está conformada por los siguientes barrios: Bahin, Celen, Centro, El Ari, Gulaspamba, Lluglla, Ramada, Rodeo, San Francisco, Panecillo, Porvenir, San Juan alto y bajo, El Dorado, Los Pinos

3.5. POBLACIÓN: La parroquia tiene 2.060 habitantes, de los cuales 950 son hombres y 1.110 son mujeres”

3.6. Actividad Económica y Productiva:

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

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

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

Así mismo se dedican a la fabricación de quesillo, produciendo 8 quintales diarios, los cuales se comercializan en Catamayo y Loja, así como también plantas medicinales. (CENSO DE POBLACIÓN Y VIVIENDA (CPV_2010)

3.7. Servicios Básicos:

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

3.8 Educación

La parroquia cuenta con 9 Instituciones educativas, 8 son de nivel primario y un secundario. Además al momento se está desarrollando el programa del FODI orientado a la estimulación de niños mayores a 5 años.

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

3.8.1. Escuelas y Colegio de la parroquia Gualiel.

TABLA # 1.

INSTITUCIONES EDUCATIVAS	NÚMERO TOTAL DE ALUMNOS	NÚMERO TOTAL DE DOCENTES
ESCUELA GASPAR GÓMEZ DE SALAZAR	31	3
ESCUELA PEDRO BENAVENTE	15	8
ESCUELA ÁLVAREZSÁNCHEZ COLOMBIA	295	17
ESCUELA HOMERO VITERI LA FRONTE	26	2
ESCUELA PRIMERO DE JUNIO	10	1

ESCUELA JULIA JARAMILLO	11	1
ESCUELA ALFONSO MARÍA SILVA	14	1
ESCUELA 10 DE DICIEMBRE	31	2
COLEGIO NACIONAL AGUSTÍN CURIPOMA	77	12

Fuente: Escuela y Colegios de la Parroquia Gualal

CAPÍTULO II

1. SALUD ORAL

1.1 CONCEPTO DE SALUD ORAL

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

1.2 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, 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)

1.3 PATOLOGÍAS

1.3.1 LESIONES DE LOS TEJIDOS DUROS

1.3.1.1 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).



Figura 2. Caries dental.

2.1.1.1.1 FACTORES DE RIESGO DE LA CARIES DENTAL

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

1.3.2 ALTERACIONES DE NUMERO

1.3.2.1 Anodoncia total o parcial

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

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



Figura 3: Anodoncia parcial.

2.3.2.2 Dientes supernumerarios.

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

supernumerarios más frecuentes en la mandíbula son los premolares, aunque también se observan a veces cuartos molares e incisivos. (J. Philip 2005).



Figura 4: Presencia de un paramolar

1.3.3 ALTERACIONES DE FORMA.

1.3.3.1 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)



Figura 5: Taurodontismo

2.3.3.2. 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)



Figura 6: Diente invaginado

2.3.3.3 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).



Figura 7: Cúspide de Carabelli

2.3.3.4 Diente evaginado

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



Figura 8: Diente evaginado

2.3.3.5 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).



Figura 9: Cúspide en garra pieza 12

2.3.3.6 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).



Figura 10: Geminación pieza 43

2.3.3.7 Fusión.

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



2.3.5 Fluorosis dental

Figura 11: Fusión piezas 61-62

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



Figura 12: Fluorosis en piezas 11- 21

2.3.5.1 Grados clínicos de la fluorosis dental

Existen grados clínicos diferentes de fluorosis del esmalte en los que tenemos: Leve.- aquí el diente es de color blanco mate y afecta a los bordes incisales o cúspides de los dientes posteriores, se puede observar en forma de gorro de nieve, estrías o venas delgadas e irregulares de color blanco opaco. Moderado.- aquí la fluorosis se presenta de color café oscuro combinado con coloraciones blancas y opacas, en este caso también podemos observar cavidades discretas de 1 a 2mm Grave.- a este nivel el color es de café chocolate hasta casi negras (Harris.N; García.Get.al 2005)

2.3.5.2 Factores de riesgo de fluorosis

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

2.4 LESIONES DE LOS TEJIDOS BLANDOS

2.4.1 ENFERMEDADES GINGIVALES



Figura 13: Inflamación gingival.

2.4.1.1 Enfermedad Gingival Inducida Únicamente por placa

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

2.4.1.2 Enfermedad gingival modificada por factores sistémicos (mediada por hormonas esteroideas)

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).

2.4.1.3 Enfermedad gingival inducida por fármacos

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

2.5 MAL OCLUSIÓN

2.5.1 DENTICIÓN TEMPORAL

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

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

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 (FLAVIO VELLINI-2009)

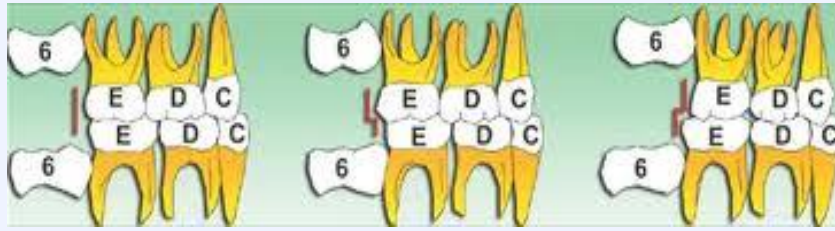


Figura 14.

Clasificación de la Oclusión en Dentición Temporal De izquierda a derecha: Plano Terminal recto, escalón mesial, escalón distal..

2.5.2 DENTICIÓN PERMANENTE

Clase I

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



Figura 15: Clase I de Angle.

Clase II

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



Figura 16: Clase II de Angle.

- **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).



Figura 17: Clase I de Angle Subdivisión 1.

- **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).



Figura 18: Clase I de Angle Subdivisión 2.

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 fácil del paciente es predominantemente cóncavo y la musculatura, en general, desequilibrada (FLAVIO VELLINI-2009)



Figura 19: Clase III de Angle.

2.6 TIPO DE DENTICIONES

2.6.1 Dentición temporal

La dentición temporal comienza su calcificación al cuarto y sexto mes de vida intrauterina, terminando este proceso al momento del nacimiento, la erupción de esta dentición se realiza en periodos y grupos distintos de tal manera que el primer grupo está formado por los centrales y laterales inferiores los cuales erupcionan a los 5 a 6 meses; mientras que el incisivo central superior erupcionan a los 7 a 8 meses, el incisivo lateral superior a los 8 a 9 meses, una vez erupcionados los cuatro dientes anteriores se produce un proceso de adelantamiento posicional ya que estos erupcionan de forma vertical permitiendo así agrandar el arco ganando de esta manera espacio para el alineamiento, el segundo grupo está formado por el primer molar superior que erupciona a los 14 meses, el canino superior que erupciona a los 18 meses, el segundo molar superior erupciona a los 24 meses, el primer molar inferior a los 12 meses, el canino inferior a los 16 meses y el segundo molar inferior a los 20 meses, de esta manera la aproximadamente a los dos años y medio ya debería estar completa la dentición primaria (ROSAMARIAMASSÓN-2004).

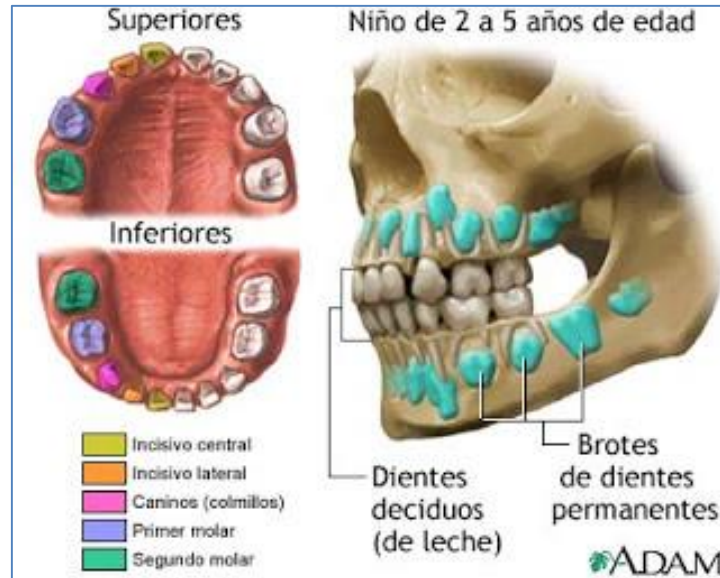


Figura 20: Dentición Temporal.

2.6.2 Dentición mixta

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

2.6.3 Dentición permanente

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

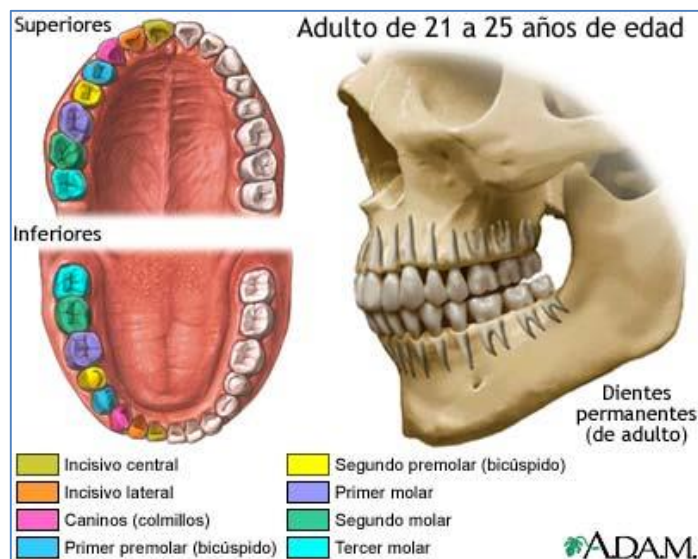


Figura 21: Dentición Permanente.

2.7 Alteraciones de Oclusión.

2.7.1 Pérdida Prematura De Dentición Decidua

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

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



Figura 22: Pérdida prematura de dentición decidua

2.7.1.3 Causas De La Pérdida Prematura De Dientes

Dentro de las causas tenemos: 1.) Enfermedades tales como: caries dental, resorciones radiculares atípicas; 2.) Malos hábitos orales entre los cuales se encuentran: sacar la lengua, chupeteo del dedo gordo, mordida del labio inferior, que producen movilidad dentaria y rizólisis temprana de sus raíces y por lo tanto

su pérdida antes de la fecha esperada; 3.) Debido a la existencia de macroglosia y micrognatia; 4.) Alteraciones congénitas, en los cuales el diente se presenta con poca o nada de raíz lo que favorece sus pérdidas; 5.) Iatrogenia en el procedimiento odontológico: por perforación del piso pulpar, perforación de la furca, fractura de la raíz durante la endodoncia por lo fino de sus raíces (Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria.2004-2005).

2.7.2 Mordida abierta

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



2.7.3 Mordida Profunda Figura 23: Mordida abierta anterior.

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



Figura 24: Mordida profunda

2.7.4 Mordida cruzada anterior

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



Figura 25: Mordida cruzada anterior.

2.7.5 Mordida cruzada posterior

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



Figura 26: Mordida cruzada posterior.

2.7.6 Mordida anterior Bis a bis

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



Figura 27: Mordida bis a bis

2.8 HÁBITOS

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

2.8.1 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)



Figura 28: Succión digital

2.8.2. 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)

2.8.3 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, IrasemaToyo, 2011)

Consecuencias de la deglución atípica:

- Mordida abierta en la región anterior y posterior
- Protrusión de incisivos superiores

- Presencia de diastema antero superiores
- Labio superior hipotónico
- Incompetencia labial
- Hipertonicidad de la borda del mentón.



Figura 29: Deglución atípica

2.8.4 Interposición lingual

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

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

- Mordida abierta anterior
- Vestíbuloversión
- mordida cruzada posterior



Figura 30: Interposición lingual.

CAPÍTULO III

3.1 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).

3.2 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 causas o indicadores, pero su importancia radica en que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen (Higashida. B 2000). Los factores de riesgo pueden ser: Biológicos; Ambientales; Comportamiento; Relacionados con la atención a la salud; Socioculturales; Económicos: bajos ingresos (Higashida. B 2000).

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

3.3.1 FACTORES DE RIESGO LOCALES

3.3.1.1 Hábito de higiene bucal

El propósito de la higiene oral es evitar la enfermedad dental mediante la disminución de la acumulación de placa bacteriana que se encuentra sobre los tejidos duros; para una buena higiene oral depende del tamaño de los espacios interdentes posición y morfología dental; así como también el estado periodontal, la presencia de prótesis, como la habilidad y motivación de cada paciente (Cuenca y Baca, 2005).

3.3.1.2 Cepillado:

Técnica mecánica utilizada para el control de placa supragingival de las superficies dentarias, con el objetivo de retirar la placa dental de la superficie dental, incluso del curco gingival evitando así la menor lesión del diente y de sus estructuras vecinas (Cuenca y Baca, 2005).

3.3.1.3 Técnica de cepillado:

Dentro de los métodos de cepillado más recomendados para niños y adolescentes encontramos la técnica de barrido horizontal, debido a su fácil uso, en cuanto a los menores de 7 – 8 años es aconsejable que el cepillado sea realizado por los padres una vez al día. En los adultos la técnica más adecuada es la de Bass, debido a que el cepillo se lo coloca en un ángulo de 45° con el eje vertical de los dientes, introduciendo suavemente las cerdas en el surco gingival y realizando cortos movimientos vibratorios para conseguir así la higiene del surco gingival (Barrancos, 2006).

3.3.1.4 Frecuencia y duración del cepillado:

Un cepillado de dos veces al día con un dentífrico fluorado es indudablemente eficaz para la prevención de caries dental, en cuanto a su duración se recomienda por lo menos tres minutos, para de esta manera abarcar todas las zonas que se debe limpiar y evitar así las caries dental y enfermedad periodontal por el acumulo de placa bacteriana (Cuenca 2005 y Barrancos, 2006).

3.3.2 FACTORES DE RIESGO GENERALES

Dentro factores de riesgo generales encontramos: 1. Socioeconómicos: en el que hallamos la calidad de vida, estabilidad laboral, ingresos, cobertura asistencial, 2. Ambientales: se toma en cuenta el abastecimiento inadecuado de agua potable; así como también si la madre es reservorio de *Streptococcus mutans*, 3. Culturales: aquí encontramos escolaridad, valoración de la salud, creencias y costumbres, 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

La presente investigación se llevó a cabo en la Parroquia de Gualiel perteneciente al Cantón Loja, la finalidad del estudio fue realizar el diagnóstico de salud bucodental, identificar de los factores de riesgo y determinar la prevalencia de las patologías bucodentales, presentes en los estudiantes de la Escuela de Educación Básica “Álvarez Sánchez Colombia”; considerando estos objetivos el presente estudio fue de tipo cuantitativo debido a que se determinó porcentualmente el estado de salud buco dental de los niños de este establecimiento y los resultados obtenidos serán expuestos mediante tablas y cuadros estadísticos, de tipo descriptivo ya que nos ayudó a determinar la situación de las variables, el área de estudio es la Escuela de Educación Básica “Álvarez Sánchez Colombia” de la parroquia rural de Gualiel siendo el universo de este estudio todos los estudiantes de primero a décimo año de educación básica siendo un total de 295 estudiantes.

TABLA # 2. POBLACIÓN POR EDAD Y GÉNERO

POBLACIÓN POR EDAD Y GÉNERO		
EDAD	HOMBRES	MUJERES
3 A 5	21	15
6 A 8	40	47
9 A 11	47	43
12 A 14	36	42
15 A 16	2	2
TOTAL	146	149
	295	

Dentro de los criterios de inclusión están todos los estudiantes que colaboren y cuyos padres otorguen el consentimiento para el estudio y la recolección de los datos y de exclusión aquellos que no colaboren con la misma, Así mismo se estableció variables dependientes como caries dental, inflamación gingival y mal oclusiones, dentro de las independientes se tomara en cuenta el cepillado dental, la alimentación y la atención odontológica.

Dentro de las técnicas para la recolección de datos se realizara mediante:

- Observación: Permitirá 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.
- Entrevista: Se la utilizara para recolectar la información de manera verbal, a través de preguntas que plantearemos a los estudiantes.

En lo que respecta a los instrumentos que se utilizaran tenemos los siguientes:

- Encuesta Elaborando un conjunto de preguntas a través de este instrumento se pretenderá obtener información necesaria de los sujetos investigados.
- Historia :clínica: un instrumento de recolección de datos; basado en la Historia Clínica Odontológica, siendo este un formulario para registrar la información específica de la normalidad y lo patológico, así como el examen físico bucodental.

PROCEDIMIENTO:

- ✓ Aprobación del proyecto.
- ✓ Elaboración de credencial de identificación en el que constara los siguientes datos: Logo de la Universidad Nacional de Loja, foto y datos informativos de cada investigador.
- ✓ Solicitud dirigida al director del establecimiento y a los padres de familia, con el fin de obtener autorización para realizar el trabajo de campo.
- ✓ Oficio dirigido a las autoridades Educativas Regionales.
- ✓ La encuesta e historia clínica fue validada por todos los docentes que conforman el departamento de odontología.
- ✓ Se realizó el diagnóstico clínico bucal, a los estudiantes seleccionados.
- ✓ Se aplicó la encuesta sobre higiene oral y factores de riesgo, a cada uno de los estudiantes, en caso de los niños que no puedan contestar la encuesta esta misma se la realizara a los padres de familia de dichos alumnos.
- ✓ Al mismo tiempo se realizó supervisiones de trabajo a cargo de personal designado por el Área de Salud Humana y/o director general del proyecto.
- ✓ Se brindó charlas sobre educación en salud oral, a estudiantes y profesores y se entregará implementos de higiene oral a los niños como cepillo y pasta

dental.

- ✓ Se realizaron evidencias fotográficas de cada una de las actividades que se realicen.
- ✓ Se organizó la información recolectada de todas las parroquias para proceder a la tabulación respectiva en Excel.
- ✓ Los datos tabulados se presentarán en el programa informático Microsoft Excel, mediante graficas estadísticas.
- ✓ En base a los resultados se formularán conclusiones y recomendaciones.

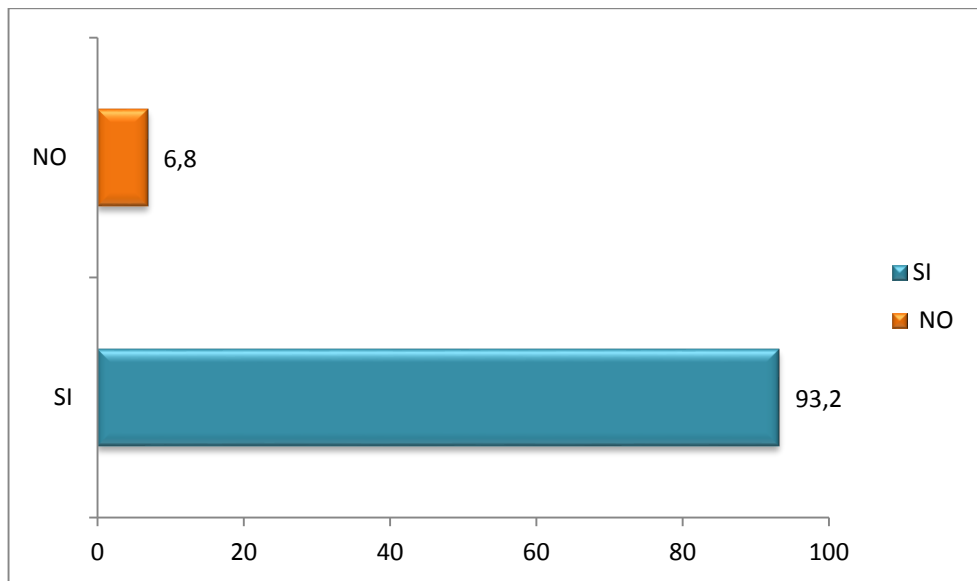
Dentro de los recursos humanos tenemos a la Directora de la Carrera de Odontología la Dra. TannyaValarezo, el Coordinador del macroproyecto Dr. José Procel y la Directora de tesis: Dra. Angélica Gordillo. Así mismo el personal administrativo, estudiantes y padres de familia de la Escuela de Educación Básica “Álvarez Sánchez Colombia”.

Dentro de los recursos físicos tenemos la Escuela de Educación Básica “Álvarez Sánchez Colombia”. Y finalmente en los recursos materiales contamos con el set de diagnóstico, historias clínicas y encuestas que fueron los instrumentos que nos ayuden en la recolección de los datos, material didáctico para la charla de salud oral y así mismo pastas y cepillos dentales que fueron entregados a cada uno de los estudiantes, se utilizara una cámara fotográfica para registrar todo tipo de patología que se encuentre en el estudio, finalmente se utilizó una computadora y materiales de escritorio para el desarrollo de esta presente investigación.

6. RESULTADOS

REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA HISTORIA CLÍNICA

GRÁFICA # 1.- PRESENCIA DE CARIES

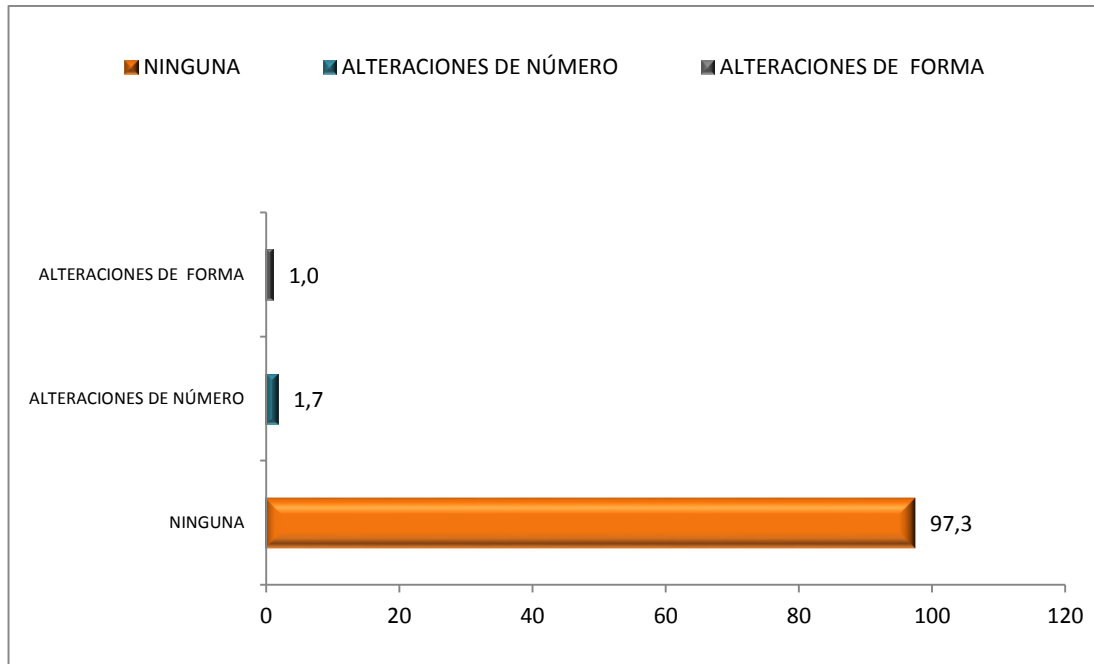


FUENTE: Estudiantes de la escuela "Álvarez Sánchez Colombia".

AUTORA: Patricia Condolo Torres.

INTERPRETACIÓN: La presente gráfica indica que de toda la población en estudio el 93,2 %, presenta caries dental, siendo ésta una de las patologías más relevante que puede estar se relaciona con una higiene bucal deficiente, la escasa visita al odontólogo, frecuencia de cepillado y una dieta cariogénica.

GRÁFICA # 2.- ALTERACIONES DENTALES

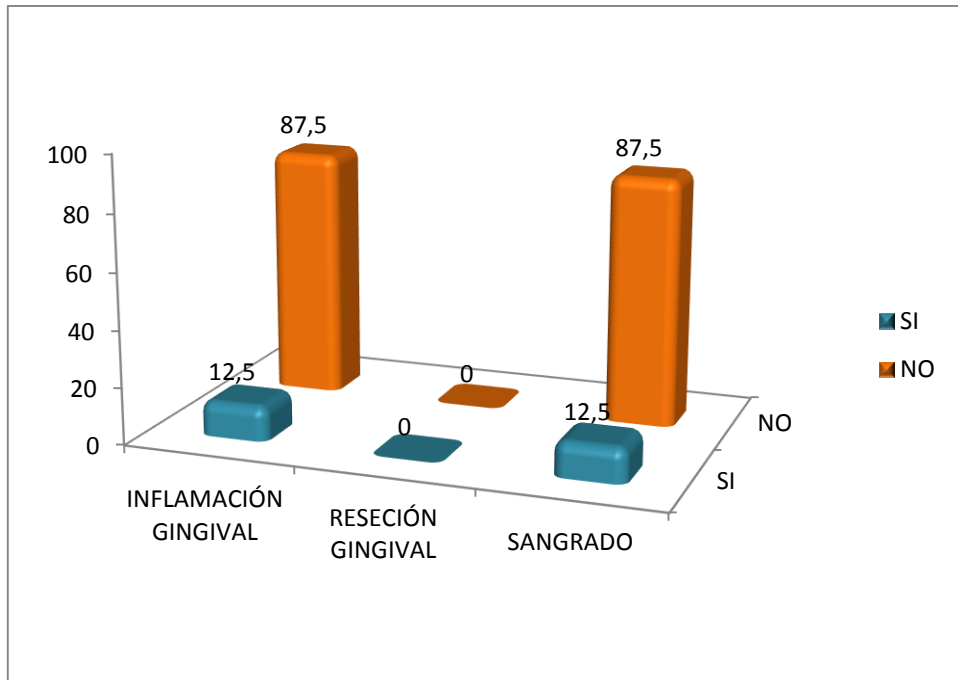


FUENTE: Estudiantes de la escuela “Álvarez Sánchez Colombia”.

AUTORA: Patricia Condolo Torres.

INTERPRETACIÓN: Luego de haber realizado el diagnóstico clínico a los estudiantes, se puede establecer que el 1,7% presenta alteraciones dentales de número tales como mesiodent; mientras que el 1% registro alteraciones de forma entre las que se evidencio fusión y dientes cónicos, esto como consecuencia de las anomalías que se producen durante el desarrollo de los tejidos dentarios.

GRÁFICA # 3.- ALTERACIONES GINGIVALES

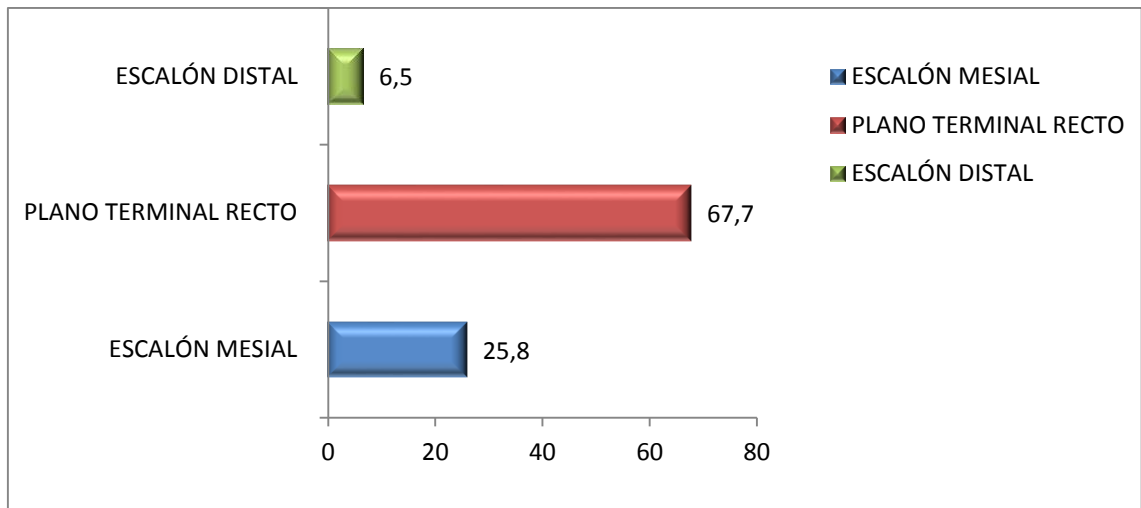


FUENTE: Estudiantes de la escuela "Álvarez Sánchez Colombia".

AUTORA: Patricia Condolo Torres.

INTERPRETACIÓN: Al observar el estado gingival de la población de estudio se distingue que el 12,5% presenta inflamación gingival y sangrado en el mismo porcentaje, datos que se encuentran relacionados ya que ante la presencia de una encía inflamada era frecuente observar que también existía sangrado, observándose en las superficies dentales gran acumulación de placa bacteriana, es decir que existía una higiene oral deficiente que no se realiza con regularidad o con una técnica de cepillado incorrecta.

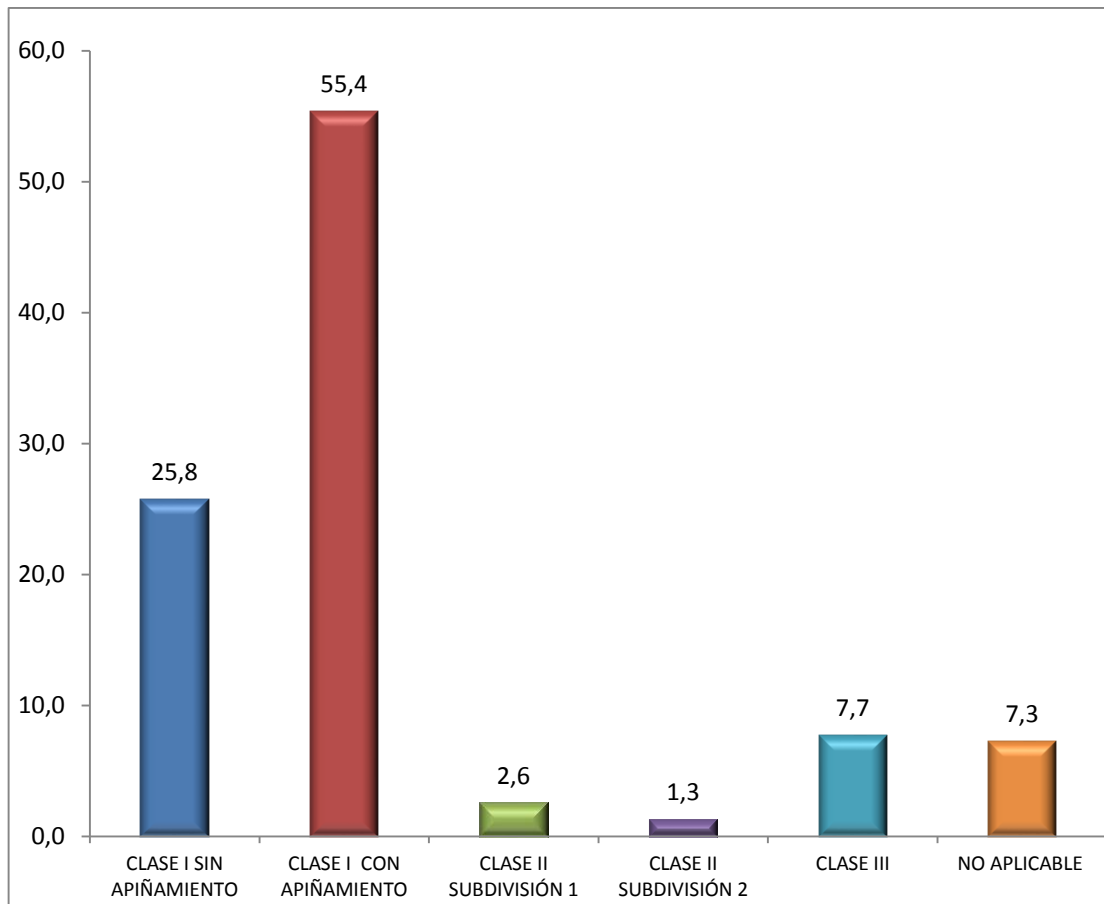
GRÁFICA # 4.- RELACIÓN MOLAR EN LA DENTICIÓN TEMPORAL



FUENTE: Historia clínica de los estudiantes de la escuela "Álvarez Sánchez Colombia".
AUTORA: Patricia Condolo Torres.

INTERPRETACIÓN: De todos los estudiantes en estudio que presentan dentición temporal la mayor parte de estos con un 67,7% presentaron un plano terminal recto, el 25,8% presento escalón mesial, lo cual puede convertirse en una Relación de Clase I de Angle o evolucionar hacia una Clase III de Angle al continuar el crecimiento mandibular, mientras que un 6,5% presenta un escalón distal, lo cual puede pasar a una relación de Clase I o puede permanecer como Relación de Clase II de Angle debido al insuficiente crecimiento mandibular.

GRÁFICA # 5.- TIPO DE OCLUSIÓN EN DENTICIÓN PERMANENTE, CLAVE DE ANGLE

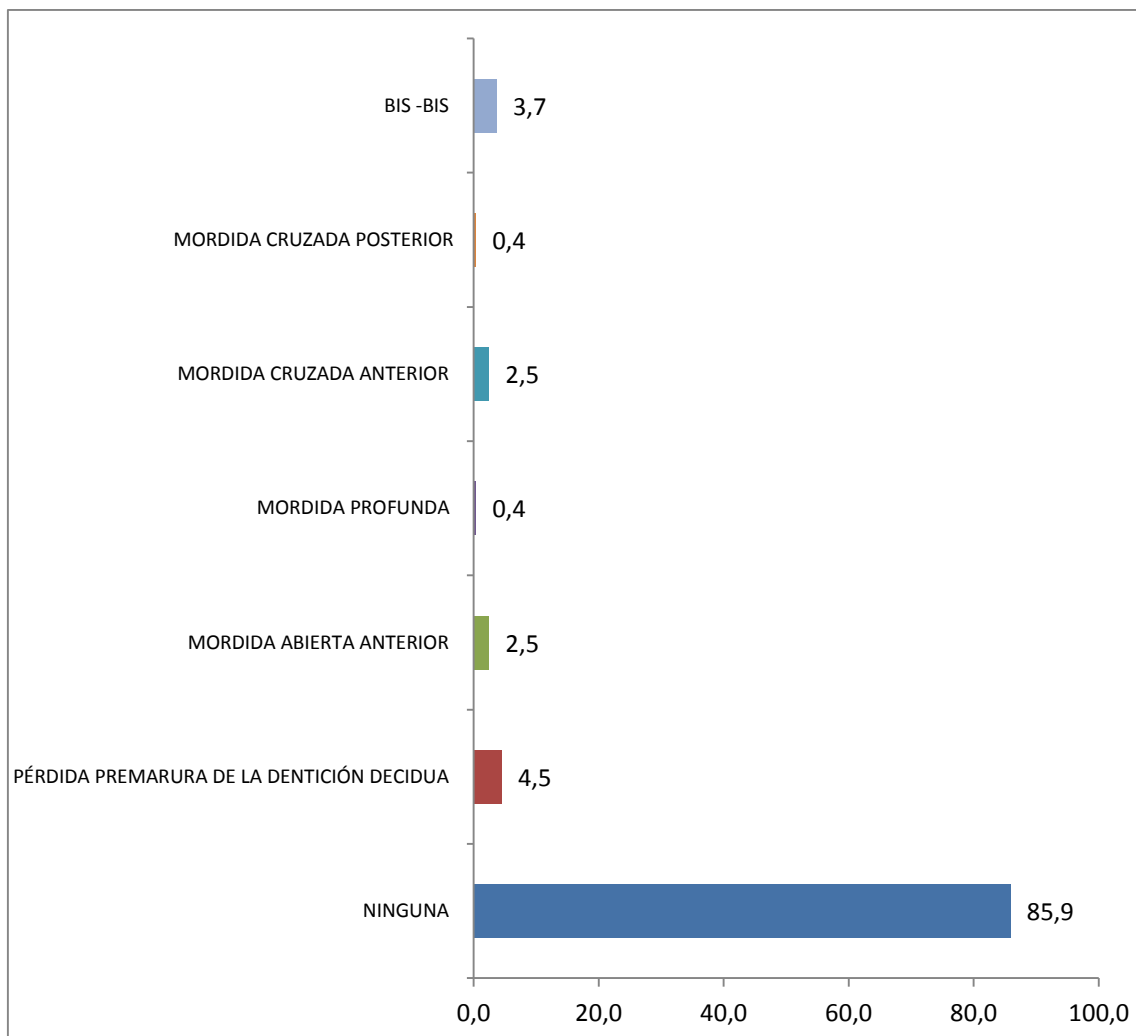


FUENTE: Historia clínica de los estudiantes de la escuela “Álvarez Sánchez Colombia”.

AUTORA: Patricia Condolo Torres.

INTERPRETACIÓN: Luego de haber pedido al estudiante que ocluya en forma habitual se revisó la relación molar de los primeros molares permanentes dando como resultado que el 25,8% presenta una Normoclusión es decir una Clase I de Angle sin apiñamiento, mientras que el 55,4% mostro clase I con apiñamiento, el 7,7% clase III, el 2,6 clase II división 1, 1,3% clase II división 2, finalmente con un 7,3% se encuentra una oclusión no aplicable debido a la ausencia de uno o varios de los primeros molares permanentes, ya que sin estas piezas es imposible definir una clave de Angle.

GRÁFICA # 6.- ALTERACIONES OCLUSALES

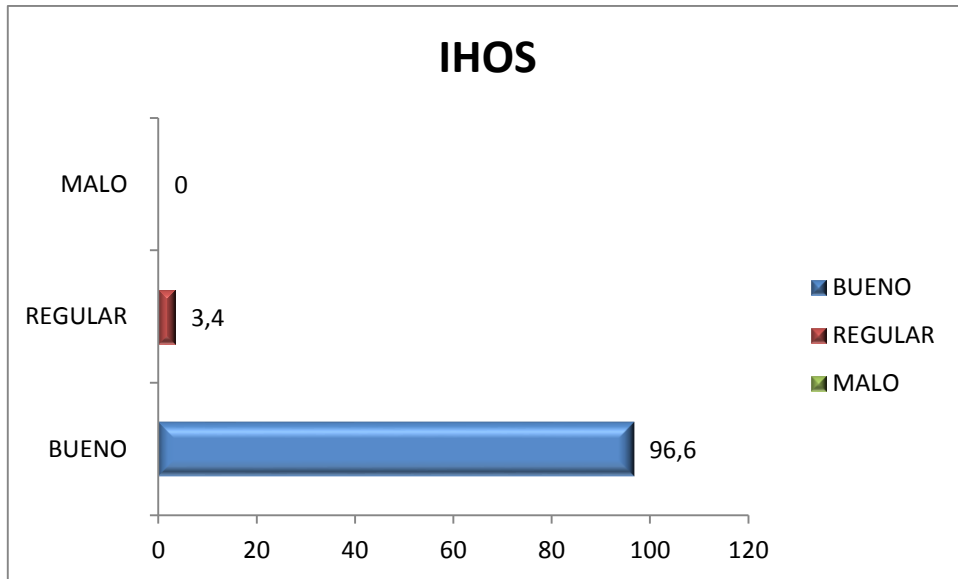


FUENTE: Historia clínica de los estudiantes de la escuela “Álvarez Sánchez Colombia”.

AUTORA: Patricia Condolo Torres.

INTERPRETACIÓN: Luego de analizar a cada uno de los estudiantes y de haber pedido que ocluyan en máxima intercuspidadación se puede observar que el 4,5% presentó una pérdida prematura de la dentición decidua, el 3,7% presenta mordida bis a bis, el 2,5% presentó una mordida abierta anterior, la mordida cruzada anterior se encontró con el mismo porcentaje, mientras que las mordidas cruzada posterior y mordida profunda alcanzaron un porcentaje de 0,4% para cada alteración esto como consecuencia de la caries y a los hábitos deformantes adquiridos por los niños.

GRÁFICA# 7.- ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO



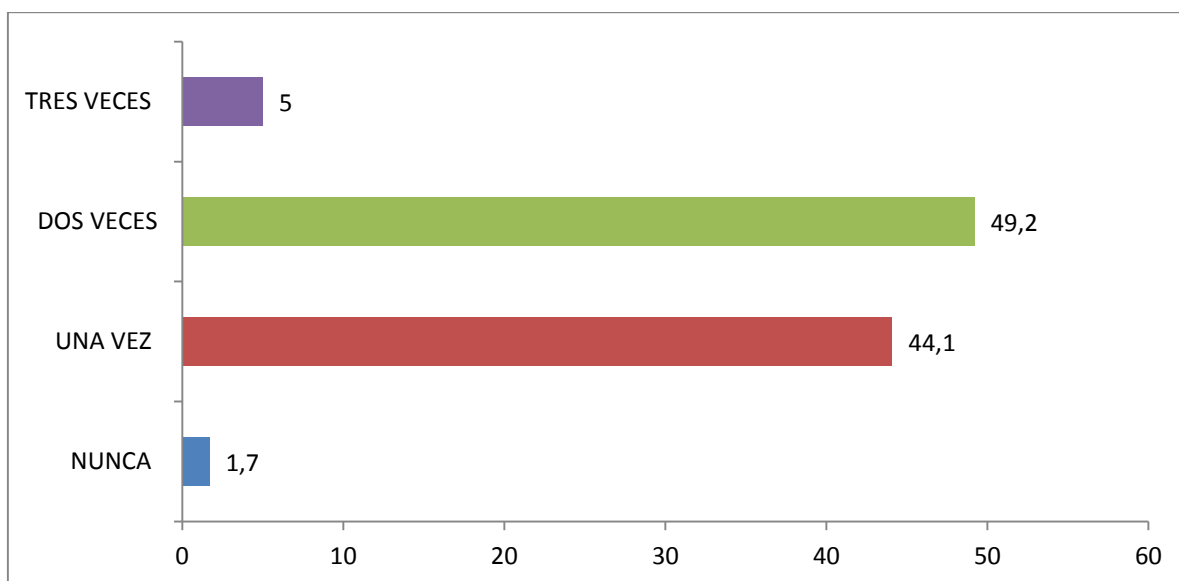
FUENTE: Historia clínica de los estudiantes de las escuela "Álvarez Sánchez Colombia".

AUTORA: Patricia Condolo Torres.

INTERPRETACIÓN: Luego de realizar el diagnóstico a los estudiantes, el 96,6% de la población presenta un IHOS dentro del criterio bueno, se debe tomar en cuenta que en éste grupo de estudio, la mayoría de estudiantes correspondía a las edades de 3-15 años, en quienes es poco frecuente la presencia cálculo dental; sin embargo dentro del índice IHOS se registra tanto la presencia de biofilm dental y cálculo dental, por ende al presentarse bastante acumulación de placa pero ninguna cantidades de cálculo dental, el valor al dividirse se reducía a la mitad, quedando la mayoría de niños clasificado en el criterio de "bueno", lo que se evidencia como malo por las altas cantidades de biofilm dental. Dando a conocer que el biofilm dental es un agente etiológico de caries dental y el cálculo un agente etiológico de enfermedad periodontal.

REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA ENCUESTA.

GRÁFICA# 8. FRECUENCIA DE CEPILLADO

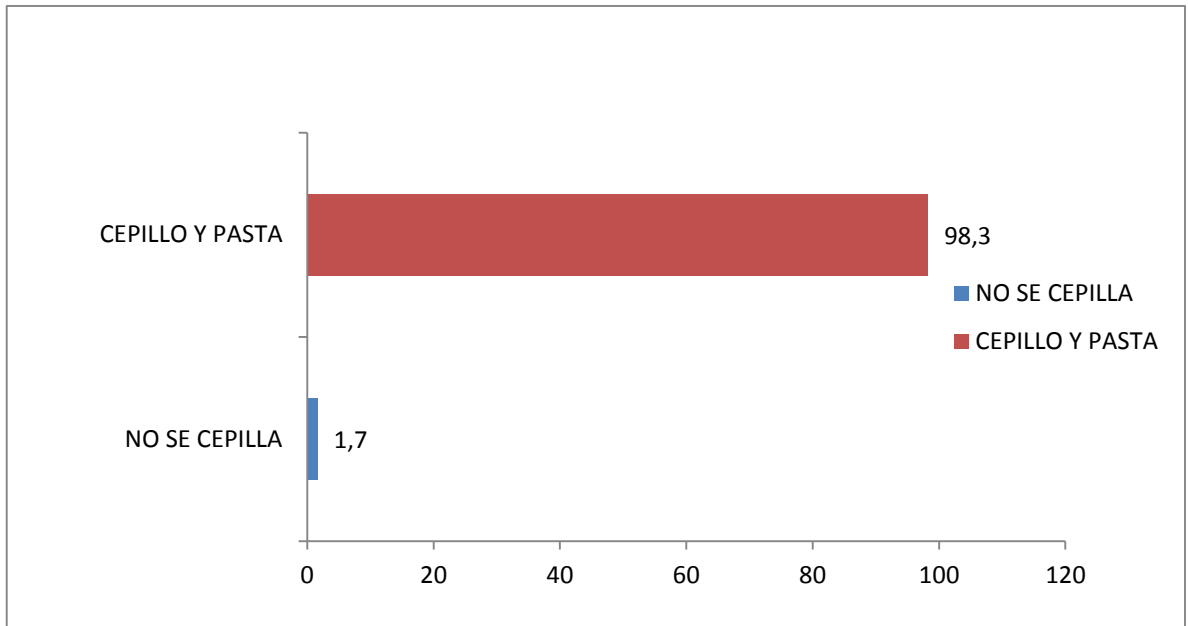


FUENTE: Encuesta de los estudiantes de la escuela "Álvarez Sánchez Colombia".

AUTORA: Patricia Condolo Torres.

INTERPRETACIÓN: De los datos obtenidos en la encuesta se puede observar que aproximadamente el 5% de los estudiantes realizan el cepillado dental en una frecuencia de tres veces al día valores establecidos como recomendados para mantener una buena higiene oral, el 49,2% se cepillan dos veces al día, el 44,1% se cepillan una vez al día, mientras que el 1,7% nunca se cepillan, siendo estos últimos valores inferiores a lo recomendado atribuidos a la falta de conocimientos, falta de interés y de cuidado hacia su salud bucodental.

GRÁFICA # 9.-ELEMENTOS UTILIZADOS EN LA HIGIENE ORAL

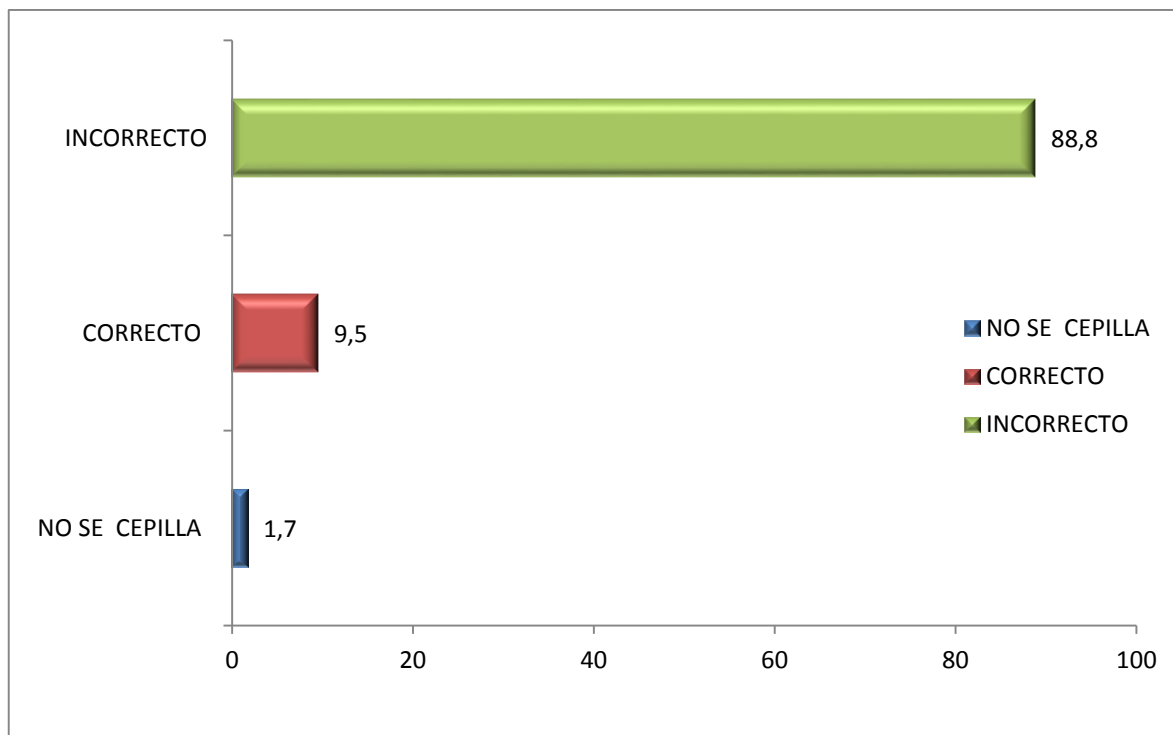


FUENTE: Encuesta de los estudiantes de la escuela "Álvarez Sánchez Colombia".

AUTORA: Patricia Condolo Torres.

INTERPRETACIÓN: La presente gráfica hace referencia que el 98% de la muestra utilizan los elementos básicos de higiene bucal como lo son la pasta y el cepillo dental, siendo estos insuficientes para lograr un eficaz control de de la placa bacteriana y con ello una buena salud oral y mientras que el 1,7% que no se cepillan y por ende no utilizan ningún elemento de aseo bucal ya sea por la falta de recursos o por desconocimiento.

GRÁFICA # 10. TÉCNICA DE CEPILLADO

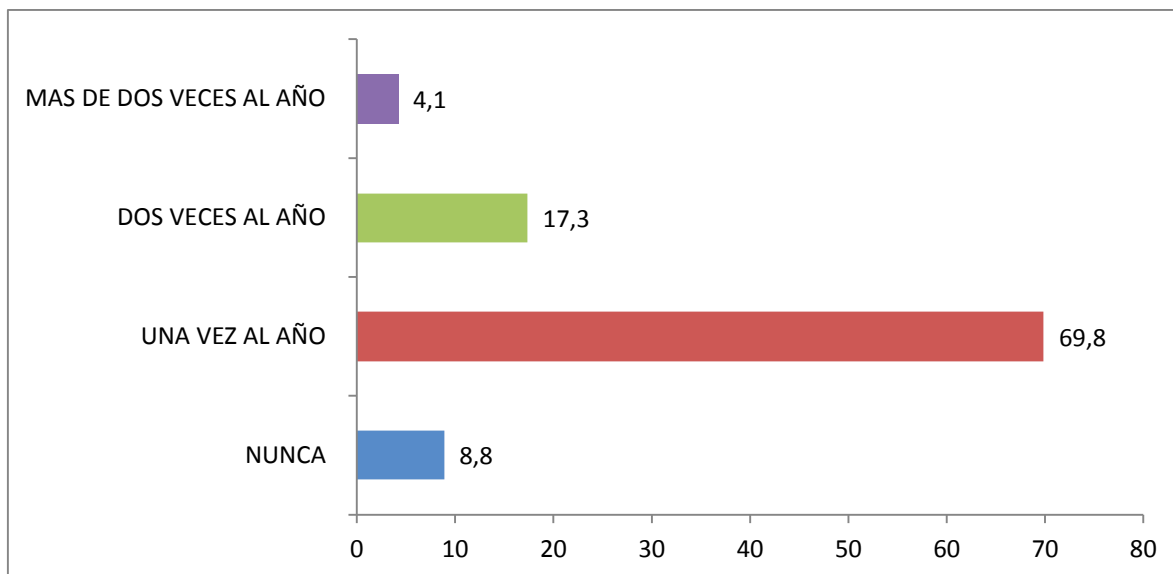


FUENTE: Encuesta de los estudiantes de la escuela "Álvarez Sánchez Colombia".

AUTORA: Patricia Condolo Torres.

INTERPRETACIÓN: Al entregar el Fantoma y el cepillo a los estudiante se observa que la mayor parte de la población estudiada el 88.8%, tiene una técnica incorrecta de cepillado la misma que resulta ser de forma horizontal y traumática tanto para la encía como para los tejidos dentarios, observándose la falta de educación y promoción en salud oral, el 9,5% conocen la técnica de cepillado correcta, mientras que el 1,7% no se cepillan mostrando un alto índice de caries y alteraciones gingivales.

GRÁFICA # 11.- FRECUENCIA DE VISITA AL ODONTÓLOGO



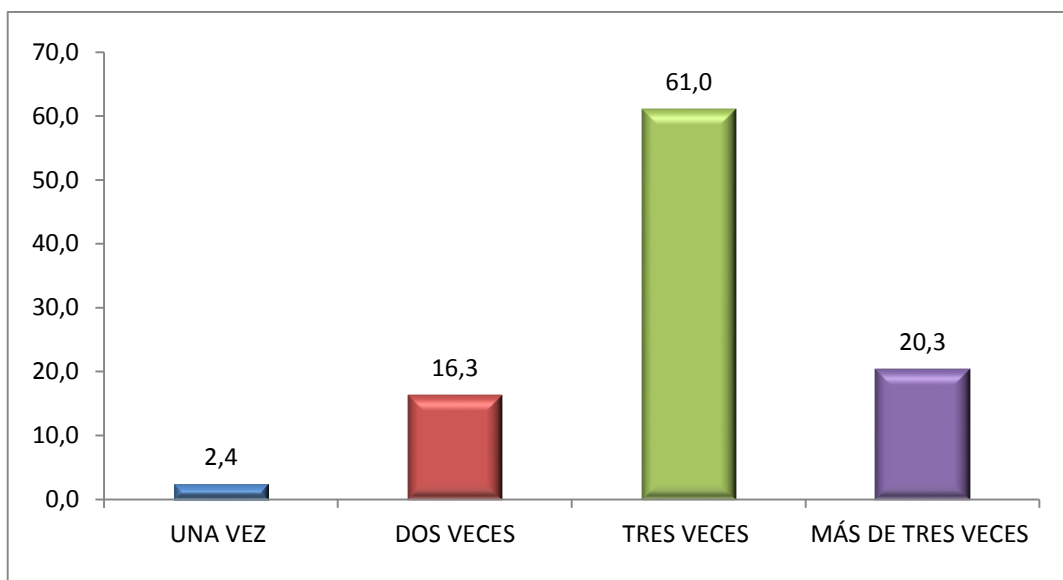
FUENTE: Encuesta de los estudiantes de la escuela “Álvarez Sánchez Colombia”.

AUTORA: Patricia Condolo Torres.

INTERPRETACIÓN:

Luego de haber realizado las encuestas a cada uno de los alumnos, la gráfica nos indica que el 69,8% de los estudiantes mencionó que visita al odontólogo una vez por año, que sería el mínimo recomendado para mantener una adecuada salud bucal, 17,3% de la población examinada acude al odontólogo dos veces al año, el 4,1% visitan al odontólogo más de dos veces al año; mientras que el 8,8% que mencionan “nunca” visitar al odontólogo, considerando que la falta de planificación, la falta de tiempo y el miedo al odontología hacen que muchas personas no acudan regularmente al consulta odontológica.

GRÁFICA # 12.- FRECUENCIA DEL CONSUMO DE ALIMENTOS CARIOGÈNICOS.

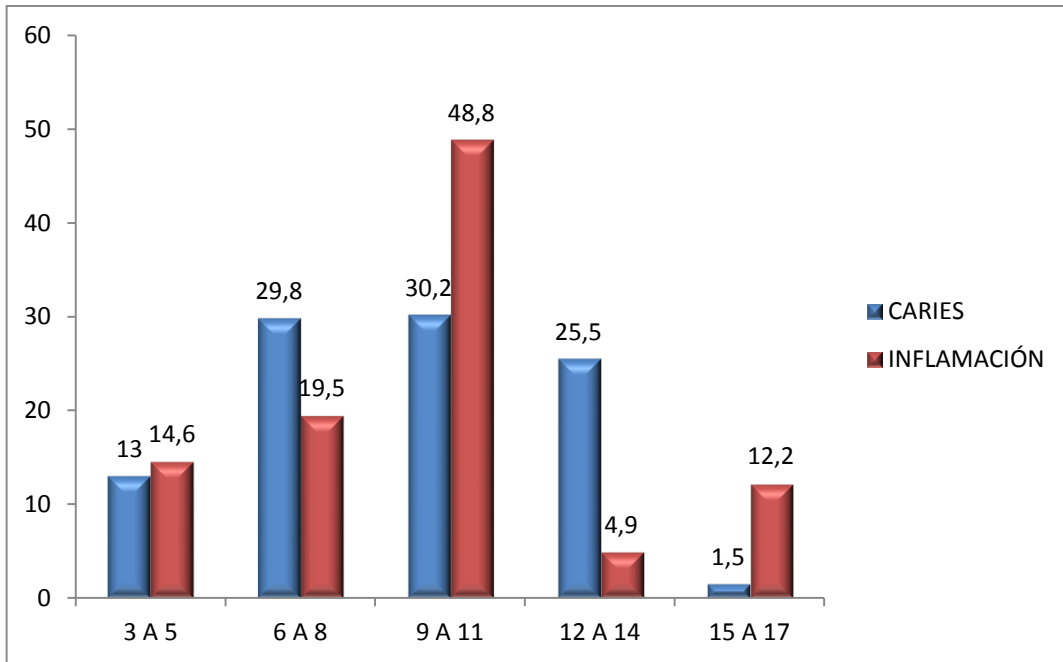


FUENTE: Encuesta de los estudiantes de la escuela “Álvarez Sánchez Colombia”.
AUTORA: Patricia Condolo Torres.

INTERPRETACIÓN: Luego de haber preguntado el consumo de alimentos cariogénicos a los estudiantes encuestados el 20,3% nos supo decir que consumía en una frecuencia mayor de tres veces por día lo que corresponde al valor perjudicial responsable del inicio de la desmineralización del esmalte dental, pérdida de la sustancia e inicio del proceso carioso; mientras que el 2,4% menciona que consume alimentos cariogénicos de una vez por día datos que no concuerdan, por los elevados índices de caries dental; dado que los estudiantes trataron de cumplir con los protocolos al momento del llenado de encuestas. Además se no consideraron a las bebidas endulzadas de consumo diario como cariogénicos los 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 # 13.- RELACIÓN EDAD – CARIES – INFLAMACIÓN GINGIVAL

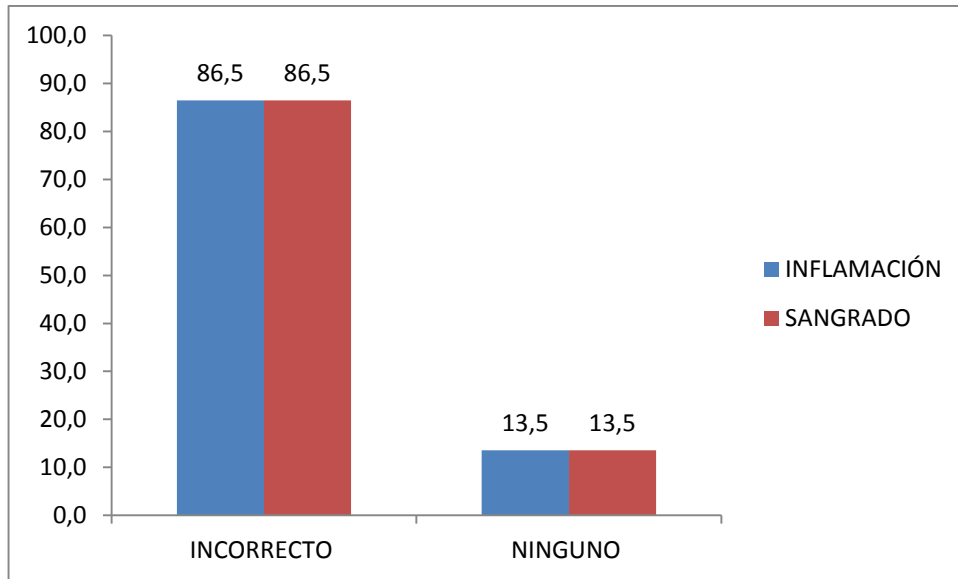


FUENTE: Historia clínica de los estudiantes de la escuela "Álvarez Sánchez Colombia".

AUTORA: Patricia Condolo Torres.

INTERPRETACIÓN: En este gráfico, observamos la proporción entre la edad con la presencia de caries dental y de inflamación gingival, siendo ésta mayor en el rango de 9 a 11 años donde la caries dental se presenta con un 48,8% ya que por la presencia de una dentición mixta se observó caries dental tanto en dientes deciduos como en dientes permanentes en esta misma población se presenta inflamación gingival con un 30,2%, esto puede ser causado por la gran acumulación de placa bacteriana o a su vez por la falta de educación y concientización de la importancia de mantener un buen estado de salud oral.

GRAFICA 16. RELACIÓN INFLAMACIÓN, RECESIÓN Y SANGRADO GINGIVAL CON LA TÉCNICA DE CEPILLADO.

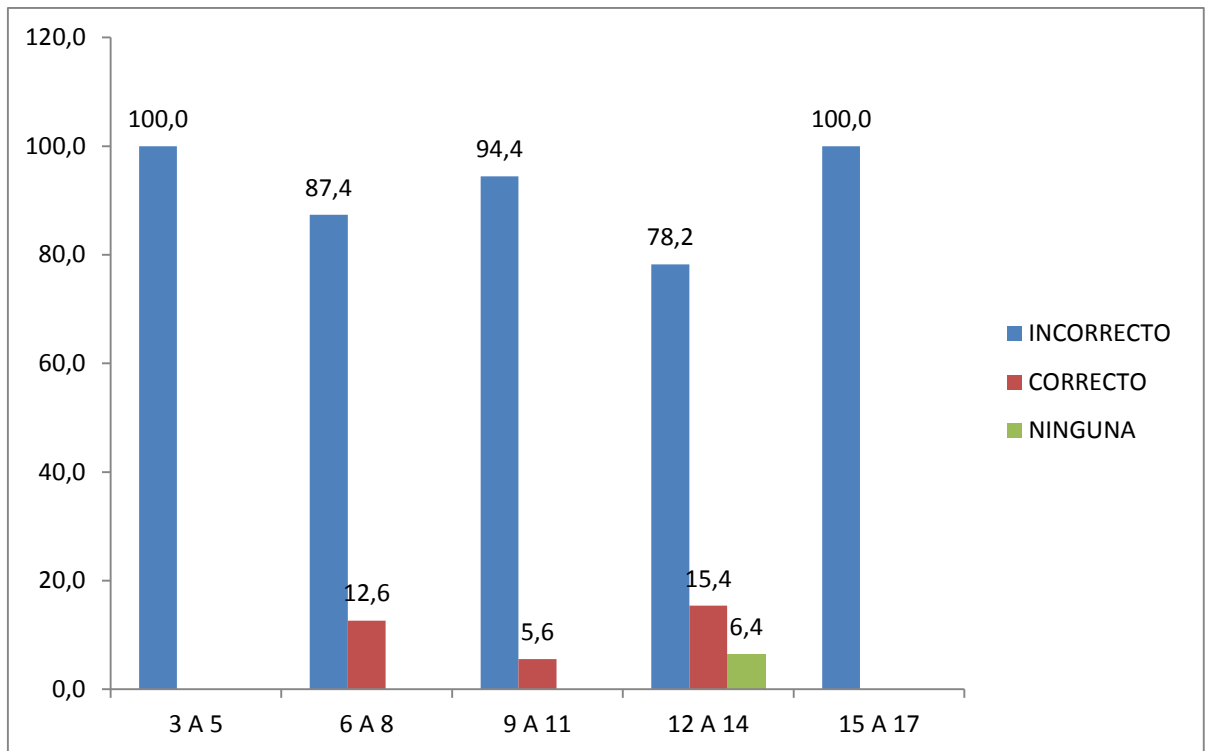


FUENTE: Historia clínica y encuesta de los estudiantes de la escuela "Álvarez Sánchez Colombia".
AUTORA: Patricia Condolo Torres.

Interpretación:

Con respecto a la relación entre la técnica de cepillado y la presencia de alteraciones gingivales tenemos que de aquellos pacientes que se cepillan de manera incorrecta el 86,5% presentaron inflamación y sangrado gingival en igualdad de porcentaje ya que al existir una forma incorrecta de cepillado dental, se lastiman las encías o se acumulan restos alimenticios, que afectan posteriormente a la salud de las encías, mientras que de aquellos que no se cepillan presentaron estas alteraciones gingivales en un 13,5% como consecuencia de los grande depósitos de placa bacteriana y una nula higiene oral.

GRAFICA 17. EDAD –TÉCNICA DE CEPILLADO.



FUENTE: Historia clínica y encuesta de los estudiantes de la escuela "Álvarez Sánchez Colombia".
AUTORA: Patricia Condolo Torres

Interpretación: En lo referente a la edad y técnica de cepillado, se establece que los estudiantes de 3 a 5 años de edad tienen una técnica incorrecta en un 100% debido a que no tienen una buena motricidad para realizar un correcto cepillado y esta tiene que ser guiada y supervisada por sus padres, a medida que la edad aumenta continua siendo incorrecto registrándose en la edad de 6 a 8 años un porcentaje del 87,4%, mientras que en la edad de 9 a 11 años un porcentaje de 94,4% realizan un técnica incorrecta, en los alumnos de 12 a 14 años el 72,2% se cepillan incorrectamente y finalmente en la población de 15 a 16 años el 100% no utiliza la técnica adecuada del cepillado dental, esto principalmente por la falta de conocimiento, interés y cuidado tanto de los estudiantes como de los padres, para efectuar una buena técnica de cepillado y conserven su salud bucal.

TABLA # 3: RELACIÓN ÌNDICE ceo – EDAD

EDAD	FRECUENCIA	CARIADOS	EXTRACCIÓN INIDCADA	OBTURADOS	INDICE ceo	RANGO	NIVEL
3 A 5	36	202	11	17	230	6,4	ALTO
6 A 8	87	165	2	17	184	2,1	BAJO
9 A 11	90	281	58	26	365	4,1	MODERADO
12 A 14	78	16	12	9	37	0,5	MUY BAJO
TOTAL	291	664	83	69	816	2,8	MODERADO

FUENTE: Historia clínica de los estudiantes de la escuela "Álvarez Sánchez Colombia".

AUTORA: Patricia Condolo Torres

INTERPRETACIÓN: En la presente tabla podemos observar que en el índice del ceo la edad de 3 a 5 años presentaron un nivel alto, debido al consumo de alimentos cariogénicos, la poca frecuencia de cepillado, falta de conocimiento e información y escasa visita al odontólogo, en la edad de 6 a 8 años de edad presentan un nivel bajo, mientras que en las edad de 9 a 11 años y 12 a 14 años presentaron un índice calificado como moderado y muy bajo respectivamente. El total de la población presento un en un nivel moderado.

TABLA # 4: RELACIÓN ÌNDICE CPOD – EDAD

EDAD	FRECUENCIA	CARIADOS	PERDIDOS	OBTURADOS	INDICE CPOD	RANGO	NIVEL
6 A 8	68	165	2	11	178	2,6	BAJO
9 A 11	90	272	5	22	299	3,3	MODERADO
12 A 14	78	216	12	9	237	3,0	MODERADO
15 A 16	0	0	0	0	0	----	-----
TOTAL	236	653	19	42	714	3,0	MODERADO

FUENTE: Historia clínica de los estudiantes de la escuela "Álvarez Sánchez Colombia".
AUTORA: Patricia Condolo Torres

INTERPRETACIÓN: En la presente tabla podemos observar que en el índice del CPOD la edad de 6 a 8 años presentaron un nivel bajo, en la edad de 9 a 11 años de edad presentan un nivel moderado, mientras que en las edad de 12 a 14 años y 15 a 16 años presentaron un índice calificado como moderado para cada rango de edad. El total de la población presento un en un nivel moderado.

TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE RE RESULTADOS
Tabla # 5.- PREVALENCIA DE LA PATOLOGÍAS

CARIES	SI			NO			TOTAL	
	93,20%			6,80%				
ALTERACIONES DENTALES	A. de número		A. de forma		Ninguna		100%	
	1,7%		1%		97,3%			
ALTERACIONES GINGIVALES	Inflamación gingival		Recesión gingival		Sangrado gingival		100%	
	12,5%		0%		12,50%			
RELACIÓN MOLAR EN LA DENTICIÓN DECIDUA	Escalón distal		Plano terminal recto		Escalón mesial		100%	
	6,5%		67,7%		25,8%			
RELACIÓN MOLAR EN LA DENTICIÓN PERMANENTE	CLASE I		CLASE II		CLASE III	NO APLICA	100%	
	CON APIÑAMIENTO	SIN APIÑAMIENTO	subdivisión 1	subdivisión 2	7,7%	7,3%		
	55,4%	25,8%	2,6%	1,3%				
PATOLOGÍAS RELACIONADAS CON LA OCLUSIÓN	Bis a bis	Mordida cruzada posterior	Mordida cruzada anterior	Mordida profunda	Mordida abierta anterior	Perdida prematura de la dentición decidua	Ninguna	100%
	3,7%	4,4%	2,50%	0,4%	2,5%	4,5%	85,9%	

FUENTE: Historia clínica de los estudiantes de la escuela "Álvarez Sánchez Colombia".

AUTORA: Patricia Condolo Torres.

INTERPRETACIÓN: en la siguiente gráfica podemos apreciar que la enfermedad de mayor prevalencia fue la caries en un 93,2%. Un 2,7% presenta alteraciones dentales tanto de forma como de número, en la relación molar decidua predominó lo que es el plano recto terminal, y en la permanente clase I con apiñamiento en el 55,4 y relacionado con la patologías de la oclusión encontramos la pérdida prematura de la dentición decidua con un 4,5%.

GRÁFICA# 6.- FACTORES DE RIESGO

FRECUENCIA DE CEPILLADO AL DÍA	TRES VECES	DOS VECES	UNA VEZ	NUNCA	TOTAL
	5,0%	49,2%	44,1%	1,7%	100%
ELEMENTOS PARA LA HIGIENE ORAL	PASTA Y CEPILLO		NO SE CEPILLA		100%
	98,3%		1,7%		
TÉCNICA DE CEPILLADO	CORRECTA		INCORRECTA	NO SE CEPILLA	100%
	9,5%		88,8%	1,7%	
FRECUENCIA DE VISITA AL ODONTÓLOGO AL AÑO	MÁS DE DOS VECES	DOS VECES	UNA VEZ	NUNCA	100%
	4,1%	17,3%	69,8%	8,8%	
CONSUMO DE ALIMENTOS CARIGÉNICOS AL DÍA	UNA VEZ	DOS VECES	TRES VECES	MÁS DE TRES VECES	100%
	35,6%	49,8%	11,9%	2,7%	
IHOS	BUENO		REGULAR	MALO	100%
	96,6%		3,4%	0,0%	

FUENTE: Encuesta los estudiantes de la escuela "Álvarez Sánchez Colombia".

AUTORA: Patricia Condolo Torres.

INTERPRETACIÓN: En la siguiente gráfica podemos apreciar que como factores de riesgo encontramos, los elementos que usan para su higiene bucal el 98,3% de la población usa únicamente la pasta y el cepillo dental; seguido de la técnica del cepillado dental siendo incorrecta en un 88,8%; sumado a esto tenemos que la frecuencia con que visitan al odontólogo es de una vez al año en el 69,8%, la frecuencia de cepillado que es de dos veces al día en un porcentaje de 49,2%, y en relación a la frecuencia del consumo de alimentos cariogénicos el 49,8% de la población estudiada los ingiere dos veces al día, es importante mencionar que no se hallaron hábitos bucles en el presente estudio.

7. DISCUSIÓN

La caries dental es sin duda una de las patologías que más prevalencia tiene a nivel bucal, con respecto a esta en este estudio en la prevalencia de esta se encuentra en un 86.2%, mientras que en un estudio realizado en los “Escolares del sector público de Cali-Colombia en el año 2005 arrojó que la prevalencia de caries se encuentra en un 67.7% para toda la población objeto de este estudio”. (GARCÍA M y colaboradores. Prevalencia de caries y enfermedad periodontal en escolares del sector público de Cali, 2005).

En otro estudio realizado en México en el 2012 acerca de “Prevalencia de Caries Dental y Mal oclusiones en Escolares de Tabasco, México, se establece que la Escuela “Aguiles Serdán” presentó caries en el 72% de los escolares y la Escuela “Isaías de Dios Veites en un 71%”(RAMÍREZ J; RUEDA M; MORALES M; GALLEGOS A. Prevalencia de Caries Dental y Mal oclusiones en Escolares de Tabasco, México. Año 2012). De esta manera se puede deducir que la caries dental es una de las patologías más importantes a nivel bucal ya que en todos los estudios se presentan es porcentajes muy significativos, por lo tanto esta patología sin duda sigue siendo unas de las más importantes y significativas a nivel mundial.

En lo referente a la presencia de enfermedad periodontal tenemos que en nuestra población se pudo apreciar que la mayor parte de la población en estudio con un 87,5% presenta un estado de sus encías normal, mientras que dentro de sus alteraciones encontramos inflamación gingival y sangrado al momento de las inspección en un 12,5%, pero asociados únicamente al Biofilm dental; mientras que en un estudio realizado en los “Escolares del sector público de Cali-Colombia en el año 2005 demuestran que; Al examen Extraoral el 96.9% ofrecían aspecto normal; los informes de alteraciones se encuentran asociados con procesos inflamatorios en 3% de los niños revisados. En 46% hubo condiciones de salud periodontal, 34.3% tenían hemorragia y/o gingivitis en el momento del examen y 19.6% de ellos presentaban cálculos. La prevalencia de enfermedad periodontal en este grupo fue 53.9%.”(GARCÍA M y colaboradores. Prevalencia

de caries y enfermedad periodontal en escolares del sector público de Cali, 2005). De esta manera se puede determinar que la enfermedad periodontal en ambos estudios no se presenta en gran proporción ya que la mayor parte la población presenta un estado de sus encías normales.

Haciendo hincapié en lo que respecta a la relación molar permanente clave de Angle, de toda la población en estudio se pudo apreciar una mayor prevalencia de clase I de Angle en un 81,2%, siendo esta de clase I con apiñamiento en un 55,4% y sin apiñamiento en un 25,8%, clase II en un 3,9% siendo esta de clase II subdivisión 1 en un 2,6% y subdivisión 2 en un 1,3%, clase III en un 7,7%, finalmente se encontró en un 7,3% clase molar no aplicable debido a que no existe relación molar permanente por ausencia de los mismos, mientras que en un estudio realizado en Venezuela en el 2009 acerca Prevalencia de Mal oclusiones Dentales en grupo de Pacientes Pediátricos de 1 a 17 años se pudo establecer; “La Maloclusión Clase I presentó la mayor prevalencia, observándose en 308 pacientes que corresponden al 64%. La Maloclusión Clase II se diagnosticó en 99 pacientes que corresponde al 21% de la muestra y la Clase III en 72 pacientes correspondiendo a 15%”. (MEDINA C. Prevalencia de Mal oclusiones Dentales en un grupo de Pacientes Pediátricos, año 2009). De esta manera se puede determinar que en ambos estudios existen alteraciones de oclusión dental, siendo en ambos la de mayor prevalencia la clase I de Angle.

En lo referente a la pérdida prematura de dientes deciduos de toda nuestra población de estudio solo 13 de estos presentan una pérdida prematura representada en un 4,5% del total de la población habiendo más pérdida de los molares deciduos, mientras que en un estudio realizado en Colombia acerca de la “Pérdida prematura de dientes temporales y Maloclusión en escolares. Policlínica “Pedro Díaz Coello, 2003; se encontró que del total de examinados se detectaron 89 niños con pérdidas prematuras de dientes temporales (18,54 %). (DIAZ P. Pérdida prematura de dientes temporales y Maloclusión en escolares, año 2003), lo cual se puede determinar que en otros países existe más prevalencia de pérdida prematura de dientes deciduos y así mismo se encuentra producida por diferentes factores

En cuanto a las alteraciones de las piezas dentarias en este estudio se pudo determinar que en el 2,7% de los alumnos presentan alteraciones de forma y número dentro de las cuales encontramos el 1,7% registro alteraciones de número y el 1% alteraciones de forma; mientras que en un estudio realizado en Venezuela acerca de, "Anomalías dentarias y su prevalencia en relación con patologías sistémicas en una población infantil de Mérida, Venezuela, se puede apreciar muchas más alteraciones observando una prevalencia de anomalías dentarias de 32,98%, entre estas, en primer lugar la hipoplasia con 10,31%, hipo calcificación con un 8,25%, la macrodoncia y la agenesia, con 6,19% cada una, supernumerarios con 5,15%, fusión, con 4,12%, microdoncia 2,06%". (IGLESIA P. Prevalencia en relación con patologías sistémicas en una población infantil de Mérida, Venezuela. Año 2007).

A pesar de que en ambos estudios existe la presencia de alteraciones dentales, es muy notable la diferencia que existe en otros países ya que la prevalencia de este tipo de patologías es mayor a las encontradas en este estudio.

En lo que respecta a la presencia de alteraciones Dentomaxilares en este estudio se puede apreciar en un 4,5% pérdida prematura de la dentición decidua, el 2,5% mordida abierta anterior y mordida cruzada anterior en igualdad de porcentajes, mordida bis a bis en un 3,7% y mordida cruzada posterior y mordida profunda en un 0,4% cada una de estas patologías oclusales, mientras que en un estudio realizado en Chile acerca de, "Prevalencia de Anomalías Dentomaxilares y Malos Hábitos Orales en Pre-Escolares de Zonas Rurales de la población beneficiaria del Servicio de Salud de Viña Del Mar/Quillota. 2011, Se registró que la mordida abierta fue la anomalía más prevalente con un 13,6%, seguido por las mordidas cruzadas y en bis a bis con un 11,1%, de las distoclusiones con un 9,1 %, y un 4,5% para las mordidas invertidas y sobre mordidas". (ESPINOZA A. Prevalencia de Anomalías Dentomaxilares Y Malos Hábitos Orales En Pre-Escolares De Zonas Rurales de la Población Beneficiaria del Servicio de Salud De Viña del Mar/Quillota. 2011). Haciendo comparación con este estudio se puede identificar que en este país existe más prevalencia de

alteraciones Dentomaxilares que se encuentran afectando notablemente a la salud integral de la cavidad bucal.

8. CONCLUSIONES

- ✓ Luego de haber examinados a los estudiantes de educación inicial a sexto año de educación básica de la Unidad Educativa “Álvarez Sánchez Colombia”, podemos concluir que la salud bucodental de la población se encuentra afectada, debido a muchos indicadores que interviene de forma negativa a la salud oral; tales como la falta de educación bucodental, ausencia de promoción y prevención oral, así como también el poco interés y/o conocimiento acerca de la importancia que tienen el aseo bucodental como factor determinante para diferentes enfermedades del organismo en general.

- ✓ En lo que se refiere a los factores de riesgo tenemos, que la frecuencia de consumos de alimentos cariogénicos, la deficiente higiene bucal y las pocas visitas al odontólogo son factores determinantes en la presencia de patologías bucales como lo son la caries y la enfermedad periodontal.

- ✓ Dentro de las patologías que se pudo identificar en el grupo de estudio, se encuentra con mayor prevalencia la caries dental con un 93,2%, seguido de la inflamación gingival en un 12,5%, y la presencia de alteraciones dentales de forma y número en un 1 y 1,7% respectivamente.

9. RECOMENDACIONES

- ✓ Al Ministerio de Salud Pública ampliar los programas de salud oral con la finalidad de es necesario contribuir al bienestar de las comunidades, mediante acciones consensuadas de educación promoción y prevención en salud oral, para que los niños y niñas, padres de familia y representantes adopten progresivamente hábitos saludables y adecuados en cuanto a su higiene oral

- ✓ Motivar a los profesionales de la salud oral, para que partiendo de esta información, se puedan realizar estudios más profundos sobre estrategias de prevención e intervención y así complementar de una manera eficiente todo el proceso de rehabilitación odontológica que es brindada por el ministerio de salud

- ✓ De igual manera recomendamos a la Universidad Nacional de Loja y en especial a la Carrera de Odontología continuar con la vinculación en la comunidad y esta manera conocer las necesidades en el campo de la salud oral de la población y buscar los medios necesarios para dar solución a esta problemática.

- ✓ A los estudiantes de la carrera de odontología a continuar impartiendo charlas de promoción y prevención de salud oral a los estudiantes, padres de familia y representantes de la instituciones educativas, creando conciencia y motivando a en nuestra población de estudio sobre la importancia que conlleva la salud oral y sobre todos los elementos y técnica que se deben utilizar para mantener una buena higiene bucal como parte de la salud integral del individuo.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. NEGRONI. Martha.I. microbiología Estomatológica.Fundamentos y guía práctica, segunda edición 2009. Editorial panamericana.
2. SAPP, P; EVERSOLE. L WYSOCKI. G. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea, Segunda Ed. 2005. pag. 3-21.
3. SAPP, P; EVERSOLE. L WYSOCKI. G. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. Editorial Elsevier España. Segunda Ed. 2005. pag. 3-21
4. BORDONI. B; ESCOBAR. R; CASTILLO M y otros.(2010) Odontología pediátrica. Las Salud Bucal de niño y del adolescente en el mundo. Editorial Médica Panamericana. Primera Ed. Pág. 557
2. CÁRDENAS. D, Fundamentos de odontología. Odontología Pediátrica. Corporación para investigaciones biológicas. Tercera Ed. (2003). Pág. 176.
3. HARRIS. N; GARCÍA. F. Odontología preventiva primaria. Segunda edición. (2005). Editorial Manual moderno México. Pág. 141-146.
4. BOJ. J, CATALÁ.M. Odontopediatría. Editorial Masson S.A. primera edición 2004 capítulo 32,.Paginas367-369
5. LINDHE, J. Periodontología clínica e implantología. Quinta edición, (2009). Tomo I editorial médica panamericana pag410.
6. VAJDI, G. Manual Ilustrado de Cirugía Oral y Maxilofacial. Panamá: Jaypee-Highlights Medical Publisher. (2011).
7. J. R. BOJ; M. CATALA; C. GARCÍA – BALLETTAS; A. MENDOZA; Odontopediatría. Editorial Masson. S. A. España 2004.
8. BARRANCOS MOONEY, Julio. Operatoria Dental. Buenos Aires. 4 Edición. (2006). Editorial Panamericana. P 377 - 378.
9. CUENCA, Emili y BACA Pilar; (2005). Odontología Preventiva y Comunitaria. 3 Edición. Editorial. Masson.
10. OMS. Nota Informativa No. 318 febrero. 2007
11. OPS por la Salud Oral de las Américas. Buena Salud. Com.2011
12. HIGASHIDA, Bertha; (2000). Odontología preventiva. Editorial. Mac Graw-Hill Interamericana. P.211- 212.
13. COBOS, Juan Manuel y GARCÍA, Juan José. Manuel Técnico Superior en Higiene Bucodental. (2005) Editorial. Mad. S. L. p. 128 – 129.
14. GUZMÁN F. Y ARIAS A. La historia Clínica: elemento fundamental del acto médico. Artículo especial. Colombia 2012. Disponible en:

<http://www.ascolcirugia.org/revista/revistaeneromarzo2012/6-%20Historia%20clinica.pdf>

15. SARAGURO D, SILVA S. Auditoria de Gestión Aplicada a la Unidad Educativa “Manuel José Rodríguez”. Año 2010. Disponible en <http://dspace.unl.edu.ec:8080/xmlui/handle/123456789/2224>
16. 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
17. AZPEITIA.L; VALADEZ. M. (2009) Factores de riesgo para fluorosis dental en escolares de 6 a 15 años de edad. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2009/im093f.pdf>
18. FLAVIO VELLINI, Ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica. (2009). (en línea).Sao Paulo.Artes Medicas. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art23.asp>
19. ROSA MARIAMASSÓN, Desarrollo de los dientes y la Oclusión. (en línea).Disponible en: <http://articulos.sld.cu/ortodoncia/files/2009/12/desd-y-o-maestri.pdf>
20. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria. (2004-2005). Caracas Venezuela Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art17.asp>
21. GONZÁLEZ, G. Y MARRERO L. (2012). Mordida Cruzada Anterior. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria, disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art19.asp>
22. APARECIDO, O. (2011). Mordida cruzada posterior. Corrección y consideraciones. Caso clínico con 7 años de seguimiento. Acta Odontológica Venezolana, 49 (13). Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2011/1/art12.asp>
23. GONZÁLEZ, M., GIANFRANCO, G., HERRERA, D., QUIRÓS, O. (2012). Maloclusiones asociadas a: Hábito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria, disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art29.asp>

24. LUGO, C., TOYO, I. (2011). Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las Maloclusiones. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría, , disponible en:
<http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art5.asp>
25. 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
26. ALVAREZ, Carlos. Perfil Epidemiológico de la Salud Bucodental archivo PDF disponible en : http://www.pediatria.gob.mx/diplo_diagsit.pdf
27. GONZÁLEZ G. Rafael. Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de Loja. Disponible en www.inec.gob.ec/estadisticas
28. GARCÍA M y colaboradores. Prevalencia de caries y enfermedad periodontal en escolares del sector público de Cali, 2005. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v39n1s1/v39n1s1a5.pdf>
29. RAMÍREZ J; RUEDA M; MORALES M; GALLEGOS A. Prevalencia de Caries Dental y Mal oclusiones en Escolares de Tabasco, México. Año 2012. Disponible en http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte_sanitario/ediciones/2012_ene-abril/03-prevalencia_caries.pdf
30. MEDINA C. Prevalencia de Maloclusiones Dentales en un grupo de Pacientes Pediátricos, año 2009. Disponible en:
<http://www.actaodontologica.com/ediciones/2010/1/pdf/art9.pdf>
31. DIAZ P. Pérdida prematura de dientes temporales y Maloclusión en escolares. Policlínica “Pedro Díaz Coello, 2003. Disponible en <http://www.cocmed.sld.cu/no93/n93ori4.htm>.
32. ESPINOZA A. Prevalencia de Anomalías Dentomaxilares Y Malos Hábitos Orales En Pre-Escolares De Zonas Rurales de la Población Beneficiaria del Servicio de Salud De Viña del Mar/Quillota. 2011. Disponible en <http://www.sdpt.net/PADM.htm>.
33. IGLESIA P. Prevalencia en relación con patologías sistémicas en una población infantil de Mérida, Venezuela. Año 2007. Disponible en <http://ecotropicos.saber.ula.ve>

11. ANEXOS



Figura 31 a. Parque de la Gualiel
Fuente: Parroquia Gualiel



Figura 31 b. Valle Guele
Fuente: Parroquia Gualiel



Figura 32 a. Instalaciones de la Escuela
"Alvares Sánchez Colombia"
Fuente: "Alvares Sánchez Colombia"



Figura 32 a. Instalaciones de la Escuela
"Alvares Sánchez Colombia"
Fuente: "Alvares Sánchez Colombia"



Figura 33 a. Aplicación de la encuesta
Fuente: Estudiantes de la escuela "Álvarez Sánchez Colombia"



Figura 33 b. Aplicación de la encuesta
Fuente: Estudiantes de la escuela "Álvarez Sánchez Colombia"



Figura 34 a. Técnica de cepillado
Fuente: Estudiantes de la escuela “Álvarez Sánchez Colombia”



Figura 34 b. Técnica de cepillado
Fuente: Estudiantes de la escuela “Álvarez Sánchez Colombia”



Figura 35 a. Diagnóstico Bucal
Fuente: Estudiantes de la escuela “Álvarez Sánchez Colombia”



Figura 35 6. Diagnóstico Bucal
Fuente: Estudiantes de la escuela “Álvarez Sánchez Colombia”



Figura 35 c. Diagnóstico Bucal
Fuente: Estudiantes de la escuela “Álvarez Sánchez Colombia”



Figura 35 c. Cavidad Bucal sana
Fuente: Estudiantes de la escuela “Álvarez Sánchez Colombia”



Figura 36 a. Caries Dental
Fuente: Estudiantes de la escuela “Álvarez Sánchez Colombia”



Figura 36 a. Caries Dental
Fuente: Estudiantes de la escuela “Álvarez Sánchez Colombia”



Figura 37 a. Alteraciones de número - Mesiodont
Fuente: Estudiantes de la escuela “Álvarez Sánchez Colombia”

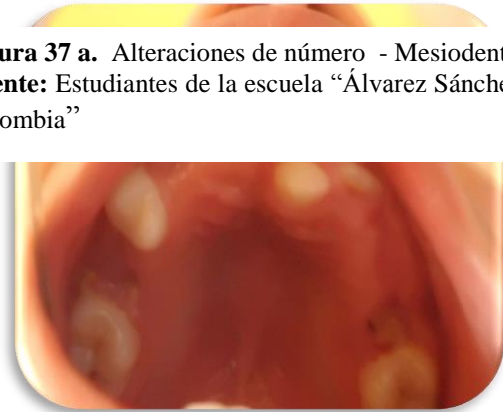


Figura 37 a. Alteraciones de número - Mesiodont
Fuente: Estudiantes de la escuela “Álvarez Sánchez Colombia”



Figura 37 c. Alteraciones de número - Mesiodent
Fuente: Estudiantes de la escuela “Álvarez Sánchez Colombia”



Figura 38 a. Alteraciones de forma - dientes cónicos piezas 1.2 y 2.2
Fuente: Estudiantes de la escuela “Álvarez Sánchez Colombia”



Figura 38 b. Alteraciones de forma - fusión pieza 8.2.
Fuente: Estudiantes de la escuela “Álvarez Sánchez Colombia”



Figura 39a. Alteraciones gingivales
Fuente: Estudiantes de la escuela “Álvarez Sánchez Colombia”



Figura 40 a. Oclusión Clase I sin apiñamiento
Fuente: Estudiantes de la escuela “Álvarez Sánchez Colombia”



Figura 41a. Mal Oclusión Clase I con apiñamiento
Fuente: Estudiantes de la escuela “Álvarez Sánchez Colombia”



Figura 42a. Mordida Ppronda
Fuente: Estudiantes de la escuela “Álvarez Sánchez Colombia”

Escuela “Álvarez Sánchez



Figura 45 a. Perdida prematura de la dentición decidua
Fuente: Estudiantes de la escuela “Álvarez Sánchez Colombia”

Figura 45 a. Perdida prematura de la dentición decidua
Fuente: Estudiantes de la escuela “Álvarez Sánchez Colombia”



Figura 46 a. Charlas sobre salud oral
Fuente: Estudiantes de la escuela “Álvarez Sánchez Colombia”

Figura 46 a. Charlas sobre salud oral
Fuente: Estudiantes de la escuela “Álvarez Sánchez Colombia”



Figura 47 a. Entrega de implementos de higiene oral
Fuente: Estudiantes de la escuela “Álvarez Sánchez Colombia”



Figura 48 a. Entrega de implementos de higiene oral
Fuente: Estudiantes de la escuela “Álvarez Sánchez Colombia”

Figura 47 a. Entrega de Implementos de higiene bucal
Fuente: Estudiantes de la escuela “Álvarez Sánchez Colombia”

Figura 48 a. Entrega de Implementos de higiene bucal
Fuente: Estudiantes de la escuela “Álvarez Sánchez Colombia”

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 a2.6 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	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Método de Dean 	<ul style="list-style-type: none"> • Leve • Moderada • Severa

	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.		
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 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.	Deformación causada por el mal hábito.	<ul style="list-style-type: none"> • Succión digital • Respiración bucal • Deglución atípica • Interposición lingual
Cepillado	Es el método mecánico de higiene que permite remover la placa bacteriana de los dientes para prevenir problemas bucales	<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

			<ul style="list-style-type: none"> • Enjuague bucal
Alimentación	Los alimentos son definidos como sustancias, o como una mezcla, que contiene principios nutritivos, los cuales proveen materia y energía.	<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	Se encarga del diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades que afectan el aparato estomatológico	<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

ESCUELA "ÁLVAREZ SÁNCHEZ COLOMBIA"

Gualel – Loja – Ecuador

Gualel, 21 de octubre del 2013

LICENCIADO ÁNGEL C. ANGAMARCA DIRECTOR DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA "ÁLVAREZ SÁNCHEZ COLOMBIA" DE LA PARROQUIA GUALEL, CANTÓN Y PROVINCIA DE LOJA

A petición verbal de la interesada.

CERTIFICA:

Que, la Srta. JENNY PATRICIA CONODLO TORRES con C.I. 1104724636, egresada de la carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja, realizó el diagnóstico bucal, dio charlas y entregó implementos de aseo bucal a los alumnos de la escuela de Educación Básica "Álvarez Sánchez Colombia".

Es todo en cuanto puedo certificar en honor a la verdad, facultando a la interesada hacer uso del presente, en lo que estime conveniente.

Atentamente


LIC. ÁNGEL C. ANGAMARCA
DIRECTOR DE LA ESCUELA

CERTIFICACIÓN

Doctor

JOSÉ PROCEL.


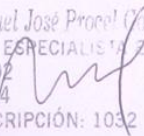
COORDINADOR DEL MACROPROYECTO

CERTIFICO:

Que la presente tesis titulada: **DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN EL CENTRO EDUCATIVO PRIMARIO “ÁLVAREZ SÁNCHEZ COLOMBIA” DE LA PARROQUIA RURAL GUALEL DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013.**, elaborada por la Srta. **JENNY PATRICIA CONDOLO TORRES** con C.I. 1104724636 ha sido rigurosamente supervisada, revisada y corregida y sobre todo asesorada por mi persona en todo el desarrollo de la misma por lo que se autoriza la presentación de la misma al respectivo director de tesis.

Loja, Noviembre del 2013

Dr. Manuel José Procel González
MÉDICO ESPECIALISTA EN APS
L. No: 002
Fono: 344
No. INSCRIPCIÓN: 1032



DR. JOSÉ PROCEL

ASESOR



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

1. INFORMACIÓN BÁSICA

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

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

2. INFORMACIÓN SOBRE HIGIENE ORAL

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

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

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

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

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

Correcto () Incorrecto ()

- Al cepillarse los dientes hay presencia de sangrado?

Si () No ()

- ¿Con qué frecuencia usted visita al odontólogo?

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

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

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

Validación de Especialista Tannya Valarezo
COORDINADOR DE LA CARRERA DE ODONTOLÓGIA



**“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 ()

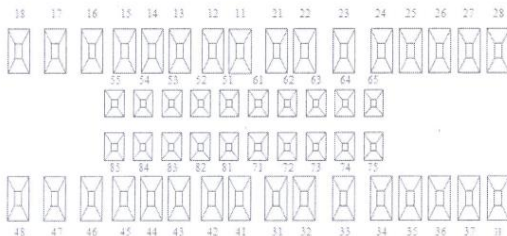
ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO IHO-S

5. **HÁBITOS**

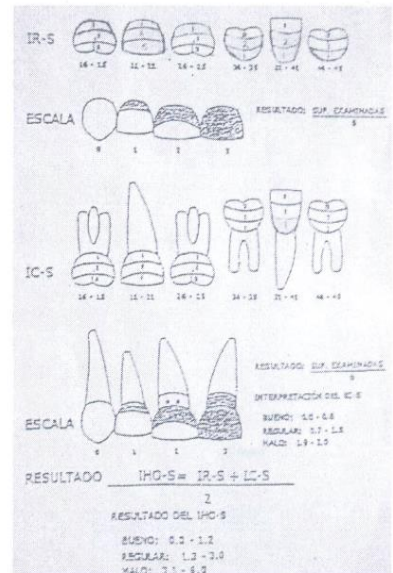
Ninguno () Ninguna ()
 Succión digital () Pérdida prematura de dentición decidua ()
 Respiración bucal () Mordida abierta anterior ()
 Deglución atípica () Mordida abierta posterior ()
 Interposición lingual () Mordida profunda ()
 Mordida cruzada anterior ()
 Mordida cruzada posterior ()
 Mordida bis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

6. **PATOLOGÍAS**

ODONTOGRAMA



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



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



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....representante del alumno(a):.....estudiante dedel establecimiento Álvarez Sánchez Colombia, autorizo a la Srta. Patricia Condolo, para que realice en mi representado el diagnóstico de salud oral, preguntas acerca de higiene bucodental y relacionadas con el estudio que está realizando, así como la entrega de implementos de higiene oral.

Nombre del Representante-----

Firma:.....

Patricia Condolo - Investigadora

1104724636



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

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

ÁREA
CARRERA
REGISTRO DE DIRECCIÓN Y ASESORÍA DE TESIS
PERÍODO ACADÉMICO:

TEMA DE TESIS:	Diagnostico de Salud Bucodental y Factores de Riesgo en el centro educativo primario "Alvarez Sánchez Colombia"
NOMBRE DEL ASPIRANTE:	Jenny Patricia Condoio Torres
DIRECTOR / ASESOR:	Dra. Angélica Gordillo

FECHA DE ASESORÍA	HORA		INFORMACIÓN PRESENTADA POR EL ASPIRANTE	COMENTARIO O INDICACIONES DADAS POR EL DOCENTE	FIRMA DEL ASPIRANTE	PRÓXIMA ASESORIA	
	INICIO	FINAL				FECHA	HORA
25-10-2013	8:00am	9:00 am	Presentación y Revisión del Anteproyecto	Falta consentimiento informado y cronograma de fechas	<i>[Firma]</i>	26-10-2013	8:00-9:00am
26-10-2013	8:00am	9:00am	Presentación de las correcciones Enviadas	Correcciones realizadas	<i>[Firma]</i>	28-10-2013	8:00-9:00am
28-10-2013	8:00am	9:00am	Emisión de la pertinencia del tema de tesis.	Se envia copia de pertinencia	<i>[Firma]</i>		



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOLOGIA

REGISTRO DE ASESORIA, PERTINENCIAS, SESION RESERVADA Y DISERTACION DE TRABAJOS DE INVESTIGACION

FECHA	HORA	NOMBRE ESTUDIANTE (s)	NOMBRE DOCENTE (s)	ACTIVIDAD	FIRMA
0					
02-11-2013	9:00	PATRICIA CONDOLO	DRA ANGELICA GORDILLO	ENTREGA DEL 1º BORRADOR INFORME TESIS	
06-11-2013		PATRICIA CONDOLO	DRA ANGELICA GORDILLO	ENTREGA DEL 2º BORRADOR - INFORME TESIS.	

12. ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÀTULA.....	I
CERTIFICACION.....	II
AUTORIA.....	III
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	IV
DEDICATORIA.....	V
AGRADECIMIENTO.....	VI
TEMA.....	7
RESUMEN.....	8
SUMMARY.....	9
INTRODUCCIÓN.....	10
REVISION DE LA LITERATURA.....	12
MATERIALES Y METODOS.....	38
RESULTADO.....	41
DISCUSIÓN.....	60
CONCLUSIONES.....	64
RECOMENDACIONES.....	65
BIBLIOGRAFÍA.....	66
ANEXOS.....	70
INDICE.....	86