



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TEMA:

DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN EL CENTRO EDUCATIVO “COLEGIO DE BACHILLERATO RAFAEL RODRÍGUEZ PALACIOS”, DE LA PARROQUIA RURAL MALACATOS, DEL CANTÓN LOJA, AÑO 2013.

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGA

AUTORA:

Julissa Beatriz Proaño Fernández.

DIRECTORA:

Dra. Tannya Lucila Valarezo Bravo.

LOJA-ECUADOR

2013

II. CERTIFICACIÓN

Loja, 19 de Noviembre del 2013

CERTIFICA:

Que el presente trabajo “DIAGNOSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN EL CENTRO EDUCATIVO COLEGIO DE BACHILLERATO RAFAEL RODRÍGUEZ PALACIOS” de la parroquia rural Malacatos del Cantón Loja, año 2013, de autoría de la Sra. Julissa Beatriz Proaño Fernández, ha sido revisada y dirigida durante todo el proceso de investigación, cumple con los requisitos metodológicos y los requerimientos esenciales exigidos por las normas generales para la graduación, en tal virtud autorizo la presentación final del mismo para su evaluación y discusión ante el respectivo Tribunal de Grado



Dra. Tannya Lucila Valarezo Bravo


DIRECTORA

III. AUTORIA

Yo Julissa Beatriz Proaño Fernández declaro ser autor(a) del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

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

Autor: Julissa Beatriz Proaño Fernández

Firma: 

CI: 1103931653

Fecha: Loja, 19 de Noviembre del 2013

IV. CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo Julissa Beatriz Proaño Fernández, declaro ser autora de la tesis titulada: Diagnóstico de Salud Bucodental Y Factores de Riesgo en el centro educativo “Colegio de Bachillerato Rafael Rodríguez Palacios” de La Parroquia rural Malacatos del Cantón Loja Año 2013; como requisito para optar al grado de Odontóloga General. Autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el repositorio Digital Institucional.

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

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero. Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja los 19 días del mes de Noviembre del dos mil trece.

Firma: 

Autora: Julissa Beatriz Proaño Fernández

Cedula: 1103931653

Dirección: Los Geranios

Correo electrónico: crasky_18@hotmail.es

Teléfono: 2585981 **Celular:** 0984999939

Datos complementarios:

Director de tesis: Dra. Tannya Lucila Valarezo Bravo.

Tribunal de grado: Dr. Franklin Quinche.

Dr. José Procel.

Lic. Ángel Iñiguez

V. DEDICATORIA

“La dicha de la vida consiste en tener siempre algo que hacer, alguien a quien amar y alguna cosa que esperar”. Thomas Chalmers

La presente tesis se la dedico a mis padres, A ti Papa, por tu incondicional apoyo, en todo el momento de mi carrera; por estar pendiente de mí a cada momento. Gracias papa por enseñarme que todo es posible si solo lo piensas

A ti Mami, por tu inmenso amor, porque si hay alguien detrás de mí en cada paso o cosa que hago eres tú, que eres y serás el pilar más importante en mi vida.

A mis hermanas, por compartir siempre nuestros triunfos y fracasos, por la eterna complicidad por la magia de contar siempre la una a la otra. Doy gracias a Dios porque somos hermanas.

A mis sobrinos que son mi inspiración, motivación y felicidad, que endulzan mi alma con su inocencia de ser niños.

A ti, gordo, por tu amor incondicional que a pesar de las dificultades que hemos tenido siempre estás ahí en cada alegría, tristeza y nostalgia, apoyándome y ayudándome en cada circunstancia difícil que se presentó.

A Charly, Larry y Romina por su compañía fiel y alegría en todo momento.

VI. AGRADECIMIENTO

Agradezco a todas las personas que de una u otra forma estuvieron conmigo, porque cada una aportó con un granito de arena; y es por ello que a todos y cada uno de ustedes les dedico todo el esfuerzo, sacrificio y tiempo que entregué a esta tesis.

A tí Dios mío, por darme la vida, la salud, y las oportunidad de existir, gracias por iluminarme y no dejar desfallecer nunca.

A mi familia, por su apoyo moral, psicológico y económico que me lo dieron durante toda mi carrera universitaria.

A todos mis amigos y amigas que hicieron una aventura los días universitarios.

A la UNL, y a mis estimados maestros, que, a lo largo de mi carrera, me han transmitido sus amplios conocimientos y sus sabios consejos; especialmente a la Dra. Tannya Valarezo y al Dr. José Procel, quien, muy acertadamente, dirigieron la presente tesis.

Julissa B. Proaño F.

1. TÍTULO:

DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN EL CENTRO EDUCATIVO “COLEGIO DE BACHILLERATO RAFAEL RODRÍGUEZ PALACIOS” DE LA PARROQUIA RURAL MALACATOS DEL CANTÓN LOJA, AÑO 2013.

2. RESUMEN

Las patologías de la cavidad bucal son un problema de salud pública, porque hasta actualidad no es posible su erradicación, las cuales están influenciadas por factores que modifican el estado de salud o enfermedad de la población. Los objetivos del presente trabajo investigativo fueron diagnosticar las patologías presentes, los factores de riesgo, y la prevalencia de dichas patologías, en los estudiantes del Colegio de Bachillerato “Rafael Rodríguez Palacios”, de la parroquia Malacatos del Catón Loja, la muestra fue de 120 estudiantes, 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 lo encontrado clínicamente, donde la caries dental y la inflamación gingival son las patologías de mayor prevalencia dentro de la muestra, las mismas que son influenciadas por la incorrecta técnica y frecuencia de cepillado, así como la escasa visita al odontólogo. 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 CLAVES: diagnóstico de salud bucal, caries dental, inflamación gingival

3. SUMMARY

The pathologies of the oral cavity is a public health problem, because until now not possible to eradicate, which are influenced by factors that modify the state of health or disease in the population. The objectives of this research work were diagnosing diseases encountered , risk factors , and prevalence of these diseases , in Baccalaureate College students " Rafael Rodríguez Palacios" , parish Cato Malacatos of Loja , the sample was 120 students, for obtaining a survey data used in the same way that was filled written by students and dental history which recorded the clinically found where dental caries and gingival inflammation pathologies are greatest within sample and these were influenced by improper brushing technique , the infrequency of brushing and visiting the dentist low . After completing the study it can be concluded that there is a high rate of abnormalities of the oral cavity, the same that adversely affect the general health of the population, and that undoubtedly affects the person's own development and the community together. As recommended prevention advocacy and oral, the population most at risk.

KEYWORDS: oral health diagnosis, decay, gingival inflammation

4. INTRODUCCIÓN

La salud bucodental, siendo fundamental en el bienestar del individuo, aun en la actualidad se encuentra desamparada, ya que diversos estudios nos revelan altos índices de prevalencia de patologías, tal como lo menciona un comunicado de la Organización Mundial de la Salud: “Las enfermedades bucodentales, como la caries dental, la periodontitis (enfermedad gingival) y los cánceres de la boca y la faringe son un problema de salud de alcance mundial que afecta a los países industrializados y, cada vez con mayor frecuencia, a los países en desarrollo, en especial entre las comunidades más pobres”; este reporte también menciona que.” Se estima que cinco mil millones de personas en el planeta han sufrido caries dental” (OMS-WORLD Health Report. 24 de febrero de 2004.).

La caries dental, conceptualizada como una enfermedad “Que surge del desequilibrio fisiológico entre el mineral de las piezas dentarias y los constituyentes de la biopelícula”; NEGRONI, Martha. Microbiología Estomatológica. Pág.: 249) es hoy en día una de las principales preocupaciones para la Salud pública, ya que a pesar de los esfuerzos, no se puede erradicarla.

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

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

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

“Un estudio realizado en Colombia demuestra que La caries es la enfermedad oral de mayor prevalencia en la población adolescente colombiana y sus efectos aumentan en la medida que la edad es mayor. Para Colombia, el índice COP-D (sumatoria de dientes D con caries C; dientes con obturación permanente O y dientes perdidos por caries P, sobre el total de individuos examinados) ha sido estimado en 2.3 en niños de 12 años y en 5.2 en adolescentes entre 15 y 19 años”.) Mientras que un “estudio realizado en Holguín (BÁRBARA L. PELLITERO REYES. Cuba 2002), realizado en adolescentes, puede apreciar la prevalencia de caries dental, el 34% de los examinados estuvieron afectados por la enfermedad, con una asociación significativa entre la caries dental y el sexo. De

193 adolescentes femeninas 74 presentaron caries para un 38,3% a diferencia del sexo masculino que reportó un 28,7%.

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

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.

As mismo para la recolección de los datos nos basamos en una **encuesta** la cual los investigados, la realizaron de manera escrita, estanos 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.

Dentro de los objetivos de nuestro trabajo es diagnosticar las patologías presentes en los estudiantes, identificar los factores de riesgo que influyen a la presencia de dichas patologías y determinar la prevalencia de las mismas. Es por ello que se realizó el estudio que lleva por nombre "DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN EL CENTRO EDUCATIVO

“COLEGIO DE BACHILLERATO RAFAEL RODRIGUEZ PALACIOS”, DE LA PARROQUIA RURAL MALACATOS DEL CANTÓN LOJA, AÑOS 2013, Y dentro de las patologías que se encontró con mayor frecuencia es la caries dental con un 89,2% de la población, y la misma que se encuentra en nivel ALTO dentro del CPOD, influenciada por la frecuencia de cepillado, incorrecta técnica del mismo, poco visita al odontólogo, y otros factores de riesgo que afectan a la cavidad bucal en conjunto.

5. REVISIÓN LITERARIA

CAPÍTULO I

1. DIAGNÓSTICO DE SALUD

1.1 Definición de Diagnóstico de salud

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

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” (ALVAREZ, C. 2011)

1.3 Diagnóstico de salud bucal

El diagnóstico de salud lo constituye el conocimiento de la situación de salud de una comunidad y de los factores que la condicionan, de cuya

precisión depende la calidad del tratamiento de la salud de la comunidad, la familia y el individuo.

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

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

2. DESCRIPCION DE LA PARROQUIA MALACATOS

2.1 HISTORIA



Gráfico N° 1 Parroquia de Malacatos

“Malacatos, al igual que otros valles de la zona Sur Oriental del Cantón Loja, de la Provincia de Loja ocupa el valle privilegiado del río de su nombre, pues sí salimos
pág. 15

por el Sur de Loja y tomamos la carretera que nos lleva a Malacatos; continuamos por el suave encañonado que forma el río en su recorrido a Malacatos, lo bordeamos por algunos kilómetros; al lado derecho seguimos flanqueados por el Nudo de Cajanuma el mismo que divide las provincias de Loja y Zamora.

En el lugar denominado Tres Leguas se inicia la parroquia Malacatos, allí se encuentra una urna en Honor a San Vicente Ferrer.

El significado de la palabra Malacatos proviene del nombre del grupo indígena de los "MALACATUS" quienes vivían en el sector al momento de la llegada de los españoles, de allí el nombre de la parroquia. Según algunos autores este asentamiento se encontraban en el sector de Belén, sin embargo hasta ahora no se ha encontrado vestigios que den cuenta de esta aseveración.

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

Se constituyó como parroquia eclesiástica y civil en 1691, año en el cual ocupa el tercer puesto en el inmenso distrito del Corregimiento de Loja, ya que se la enumera como doctrina, es decir, capital de la circunscripción territorial.

Dentro de la historia de Malacatos, especial relevancia tiene el descubrimiento de la cascarilla. El médico aborígen, indígena Pedro Leiva, cacique de Malacatos, en 1638 reveló el conocimiento de las virtudes de la quina a un misionero jesuita atacado de malaria, éste encontró el remedio a la fiebre amarilla en la cascarilla localizada en la parroquia Malacatos en la cordillera del Uritusinga, sector

Rumizhitana, remedio utilizado hace muchos siglos por los indígenas. Se conoce que con esta medicinal planta fueron curados la condesa Doña Francisca de Rivera, Don Juan López de Cañizares corregidor de Loja en la Real audiencia de Quito entre otros, por ende, se proyectó la fama del comercio de la cascarilla siendo estudiada la quina por algunos científicos.

Malacatos limita al Norte por la parroquia San Sebastián del Cantón Loja y parroquia El Tambo del cantón Catamayo; al Sur por la parroquia San Pedro de Vilcabamba; al Este por cantón Palanda provincia de Zamora Chinchipe; y al Oeste por la parroquia Purunuma del cantón Gonzanamá y una pequeña parte del cantón Quilanga. (Gobierno Autónomo Descentralizado, 2012)

Longitud: 684123 a 710009 Este

Latitud: 9526392 a 9545411 Norte

Altitud: 1400 a 3600 msnm

3. COLEGIO DE BACHILLERATO RAFAEL RODRIGUEZ PALACIOS

El colegio Rafael Rodríguez Palacios se fundó el 5 de marzo de 1981, gracias a la tesonera gestión emprendida por los moradores de la parroquia Malacatos, se consiguió la creación del Colegio Fiscal Mixto Nocturno “Rafael Rodríguez Palacios”, mediante Acuerdo Ministerial Nro. 022641, del Ministerio de Educación y Cultura, para que se inicie a partir del año lectivo 1980-1981. Comienza a laborar el colegio, el 5 de marzo de 1981, en el local de la Escuela “Víctor Mercante”, con Primer Curso “A” y Primer Curso “B”. Los estudiantes que ingresan a este Establecimiento Educativo, son personas que trabajan y viven de la agricultura. A partir del año lectivo 1981-1982, se autoriza el

funcionamiento del Segundo y Tercer curso del Ciclo Básico, mediante Resolución
Nro. 8928, de 17 de febrero de 1983.

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).

2. HISTORIA CLÍNICA

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

3. PATOLOGÍAS

3.1 LESIONES DE LOS TEJIDOS DUROS

3.1.1 Caries dental

La caries dental es el resultado de una disolución química localizada en la superficie del diente causada por eventos metabólicos que tienen lugar en el biofilm que cubre la zona afectada, destruyendo de esta manera al esmalte,

dentina y cemento; generalmente la lesión cariosa se desarrolla en sitios como fosas, fisuras superficies oclusales y puntos de contacto (Montesinos D. 2011).



Gráfico N° 2 Caries dental

3.1.1.1 FACTORES DE RIESGO DE LA CARIES DENTAL

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

3.2.1 ALTERACIONES DE FORMA

3.2.2.4 Diente evaginado

El diente evaginado o cúspides en garra, afecta principalmente a los premolares definitivos, se caracteriza por el desarrollo de una proyección anormal en forma de globo, dándole el aspecto de una cúspide adicional, generalmente se 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)



Gráfico N° 8 Diente evaginado

3.2.2.5 Cúspide en garra

La cúspide en garra o cúspide supernumeraria, esta localiza típicamente sobre la cara lingual de los incisivos centrales del maxilar superior a nivel de su cingulo y suele extenderse hasta el borde incisivo como una proyección prominente del esmalte, presentando en algunos casos fositas linguales a ambos lados de la cúspide, para lo que es necesario restaurar para prevenir futuras caries dental (J. Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wysocki 2005).



Gráfico N° 9 Cúspide en garra

3.3 Fluorosis dental

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



Gráfico N° 12 Fluorosis piezas # 11 y 21

3.3.1 Grados clínicos de la fluorosis dental

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

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

3.3.2 Factores de riesgo de fluorosis

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

3.4 LESIONES DE LOS TEJIDOS BLANDOS

3.4.1 ENFERMEDADES GINGIVALES



Gráfico N° 13 Inflamación gingival

3.4.1.1 Enfermedad Gingival Inducida Únicamente por placa

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

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

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

3.4.1.3 Enfermedad gingival inducida por fármacos

El agrandamiento gingival que provoca desfiguración estética es un efecto adverso importante asociado con diversos fármacos: anticonvulcionantes (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)

3.5 OCLUSION

3.5.1 DENTICIÓN PERMANENTE (Clave de Angle)

Clase I

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

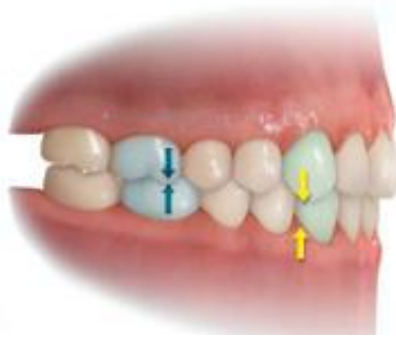


Gráfico N° 15 Clase I

Clase II

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



Gráfico N° 16 Clase II

- **Clase II División I.** Se conoce como clase II división I, a la inclinación vestibular que presentan los incisivos superiores, esta clase es frecuente en pacientes con problemas de desequilibrio de la musculatura facial, causado por el distanciamiento vestibulolingual entre los incisivos superiores y los

inferiores, además de ello se caracteriza por presentar un perfil facial convexo (FLAVIO VELLINI-2009).



Gráfico N° 17 Clase II / División 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).



Gráfico N° 18 Clase II / División 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 facial del paciente es predominantemente cóncavo y la musculatura, en general, desequilibrada (FLAVIO VELLINI-2009)

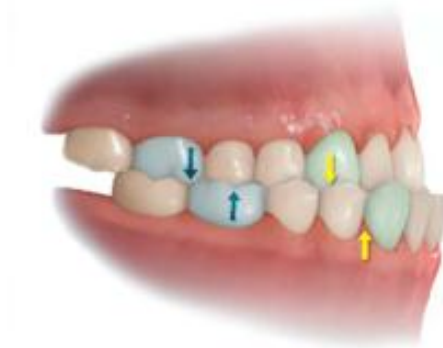


Gráfico N° 19 Clase III

3.6 TIPO DE DENTICIONES

3.6.1 Dentición temporal

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

el primer molar superior que erupciona a los 14 meses, el canino superior que erupciona a los 18 meses, el segundo molar superior erupciona a los 24 meses, el primero molar inferior a los 12 meses, el canino inferior a los 16 meses y el segundo molar inferior a los 20 meses, de esta manera la aproximadamente a los dos años y medio ya debería estar completa la dentición primaria (ROSA MARIAMASSÓN-2004).

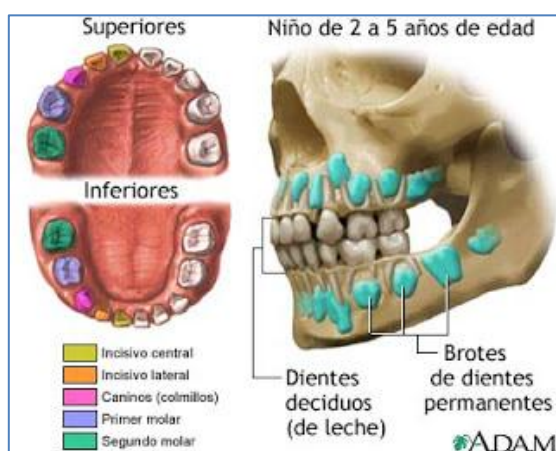


Gráfico N° 20 Dentición temporal

3.6.2 Dentición mixta

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

3.6.3 Dentición permanente

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

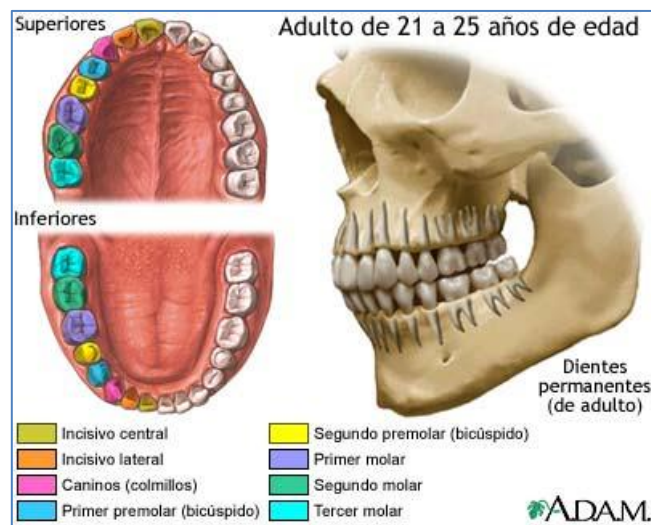


Gráfico N° 21 Dentición permanente

3.7 Alteraciones de Oclusión.

3.7.2 Mordida abierta

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



Gráfico N° 23 Mordida abierta

3.7.3 Mordida Profunda

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



Gráfico N° 24 Mordida profunda

3.7.4 Mordida cruzada posterior

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



Gráfico N° 26 Mordida cruzada posterior

CAPÍTULO III

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).

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

3.1 FACTORES DE RIESGO LOCALES

3.1.1 Hábito de higiene bucal

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

3.1.2 Cepillado:

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

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).

3.1.4 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).

3.2 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).

6. METODOLOGÍA

El estudio fue de tipo cuantitativo debido a que se determinó porcentualmente el estado de salud buco dental de los estudiantes, del centro educativo “Rafael Rodríguez Palacios” de la parroquia rural Malacatos del cantón Loja y los resultados obtenidos son expuestos mediante gráficos estadísticos, descriptivo ya que nos ayudó a determinar la situación de las variables que se estudiaron, de carácter prospectivo porque se registró la información según fueron ocurriendo los fenómenos y transversal porque se estudió una o más variables a lo largo de un periodo, que vario según el problema investigado.

El universo está conformado según el Ministerio de Educación por 212 estudiantes, del centro educativo “Rafael Rodríguez Palacios” de la parroquia rural Malacatos del cantón Loja año 2013 y la muestra está conformado por 120 alumnos, los mismos que resultaron luego de aplicar los criterios de exclusión e inclusión. Dentro de los criterios de inclusión tenemos aquellos estudiantes que colaboraron en la recolección de los datos y los criterios de exclusión aquellos estudiantes que no colaboraron en la recolección de los datos.

Las técnicas que se utilizó fueron: la observación, esta técnica me permitió tener una visión clara, real y actual del problema, a través de la percepción directa de los sujetos investigados, la encuesta, la cual se la utilizó para recolectar la información de manera escrita, a través de preguntas que plantearemos los investigadores al investigado. Se elaboró un instrumento de recolección de datos; basado en la Historia Clínica Odontológica, el odontograma es uno de los

principales formularios para registrar la información específica de la normalidad y lo patológico, así como el examen físico bucodental, la misma que es un documentación médico-legal que recoge el relato del paciente sobre su enfermedad, pruebas diagnósticas, intervenciones terapéuticas realizadas y evolución de un paciente.

El presente trabajo investigativo se lo realizó de la siguiente manera: primero con la aprobación del macroproyecto, la elaboró credenciales de identificación en los que constara los siguientes datos: Logo de la Universidad Nacional de Loja, foto y datos informativos del investigador, solicitud dirigida a los directores de cada establecimiento, con el fin de obtener autorización para realizar el trabajo de campo, oficio dirigido a las autoridades Educativas Regionales, la encuesta e historia clínica será validada por todos los docentes que conforman el departamento de odontología, se realizó el diagnóstico clínico bucal, a los estudiantes seleccionados, se aplicó la encuesta sobre higiene oral y factores de riesgo, a cada uno de los estudiantes, por medio de un fantoma se pidió a los estudiantes que indiquen la forma en la que se realizan el cepillado de los dientes, la misma que será calificada como correcta e incorrecta y así mismo anotada en la encuesta, se brindó charlas sobre educación en salud oral, a estudiantes y profesores y se entregó implementos de higiene oral a los estudiantes como cepillo y pasta dental, se realizó evidencias fotográficas de cada una de las actividades que se realicen, se organizó la información recolectada de la parroquia para proceder a la tabulación respectiva en el programa Microsoft Excel, y se presentaron en gráficas estadísticas, en base a los resultados se formuló

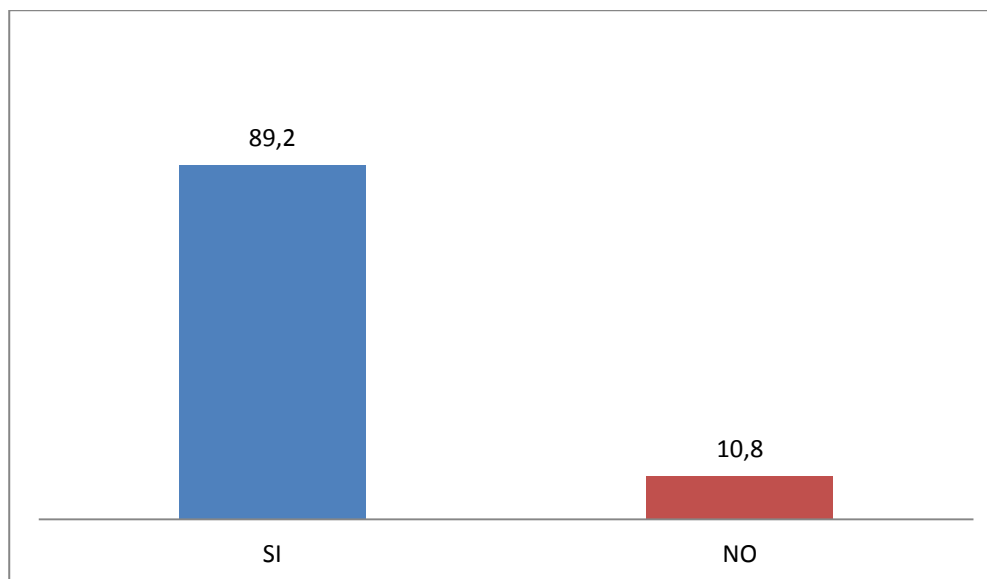
conclusiones y recomendaciones, finalmente se integró los diferentes componentes del proceso investigativo, lo que permitirá elaborar el informe final.

Los recursos que hicieron posible la realización del presente proyecto tenemos recursos humanos: directora de la Carrera de Odontología y Directora de tesis: Dra. Tannya Valarezo, egresada de la carrera de Odontología año 2013: Julissa Proaño, asesor: Dr. José Procel, y personal administrativo, estudiantes y padres de familia del centro educativo “Rafael Rodríguez palacios” de la parroquia rural Malacatos del cantón Loja, dentro de los recursos Físicos se encuentran: establecimientos de educación básica y bachillerato, y recursos materiales: set de diagnóstico (espejo, explorador, pinza algodонера), materiales de bioseguridad, historias clínicas, encuestas, material didáctico, cámara fotográfica, computadora, materiales de escritorio, 120 pastas, 120 cepillos.

8. RESULTADOS

8.1 REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA HISTORIA CLÍNICA

GRÁFICO N°1 PRESENCIA DE CARIES



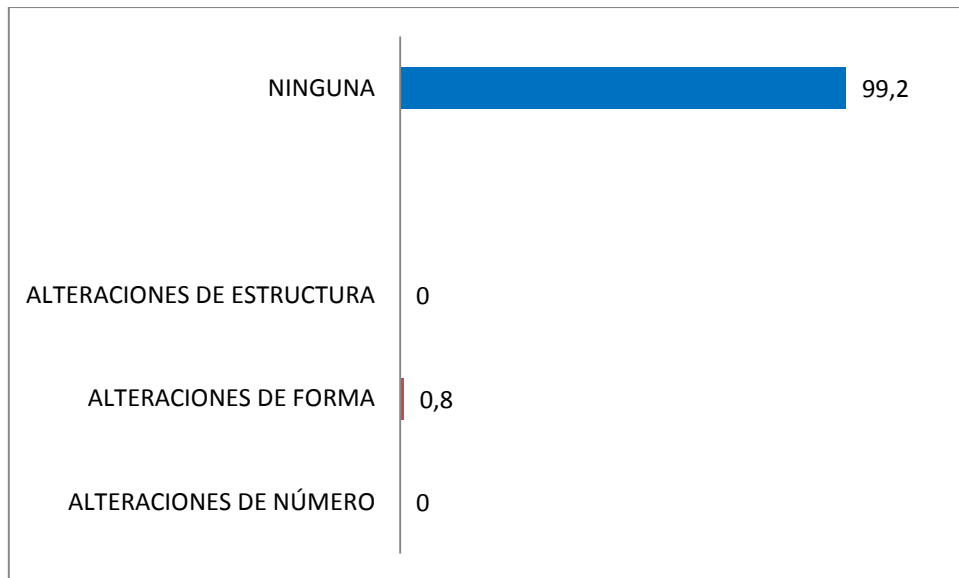
FUENTE: ALUMNOS DEL COLEGIO DE BACHILLERATO “RAFAEL RODRÍGUEZ PALACIOS”

AUTORA: JULISSA PROAÑO

INTERPRETACIÓN:

En el presente gráfico se puede observar que el 89,2% de la población estudiada presenta caries dental, y el 10,8% no presenta.

GRÁFICO N° 2 ALTERACIONES DENTALES



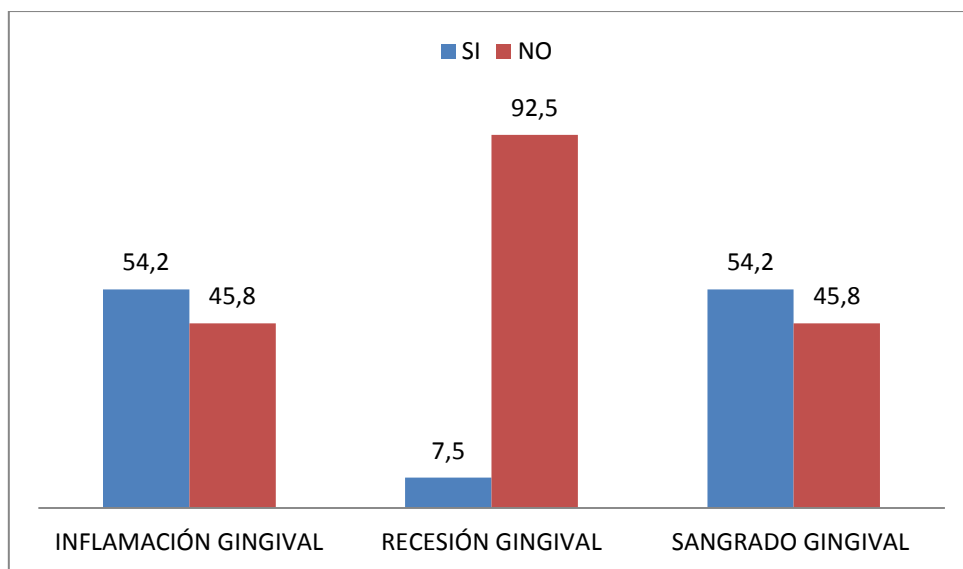
FUENTE: ALUMNOS DEL COLEGIO DE BACHILLERATO “RAFAEL RODRÍGUEZ PALACIOS”

AUTORA: JULISSA PROAÑO

INTERPRETACIÓN:

Se pudo observar en la presente gráfica que únicamente se encontró en la población de estudio alteraciones de forma que corresponde a cúspide de garra en el incisivo lateral superior, representando el 0,8%.

GRÁFICO N°3 ALTERACIONES GINGIVALES



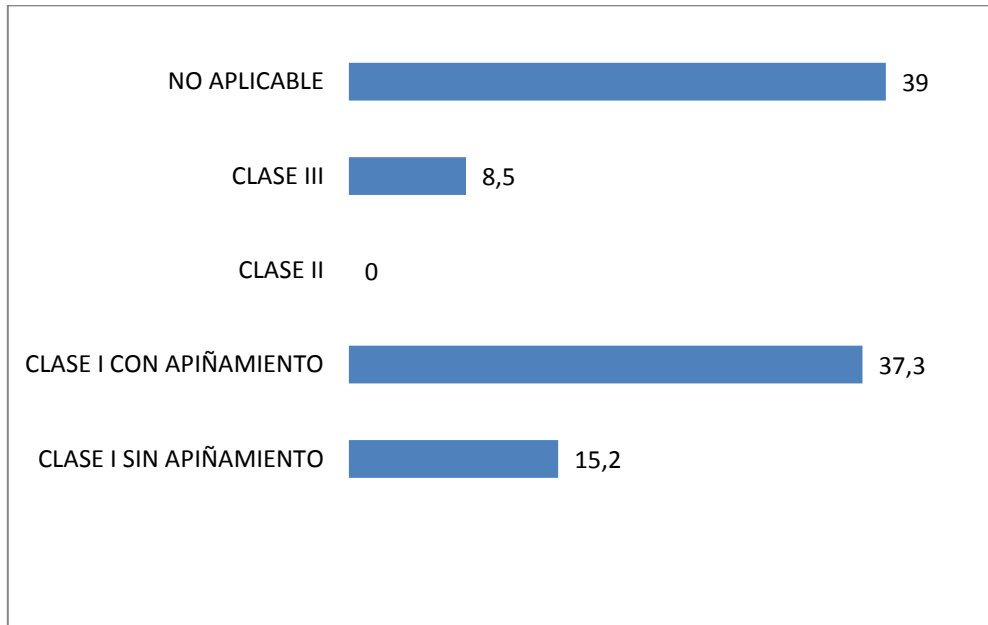
FUENTE: ALUMNOS DEL COLEGIO DE BACHILLERATO “RAFAEL RODRÍGUEZ PALACIOS”

AUTORA: JULISSA PROAÑO

INTERPRETACIÓN:

En el presente gráfico, se observa que de la población estudiada un total de 54,2% presentan inflamación gingival acompañada de sangrado y que únicamente el 7,5% presentaron recesión gingival.

**GRÁFICO N° 4 TIPOS DE OCLUSIÓN EN DENTICIÓN PERMANENTE
(CLAVE DE ANGLE)**



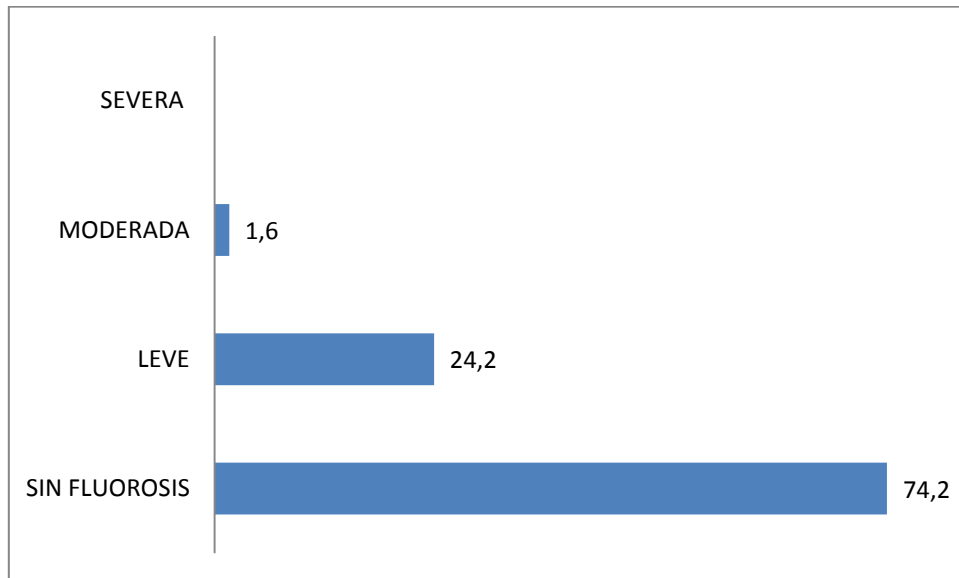
FUENTE: ALUMNOS DEL COLEGIO DE BACHILLERATO “RAFAEL RODRÍGUEZ PALACIOS”

AUTORA: JULISSA PROAÑO

INTERPRETACIÓN:

En el presente gráfico se observa que el 15,2% presente Case I de Angle sin apiñamiento, mientras que el 37,3% y 8,5% presentan maloclusión Clase I con apiñamiento y Clase III respectivamente. Y un 39% de la población presenta una oclusión de tipo no aplicable.

GRÁFICO N° 5 PRESENCIA DE FLUOROSIS



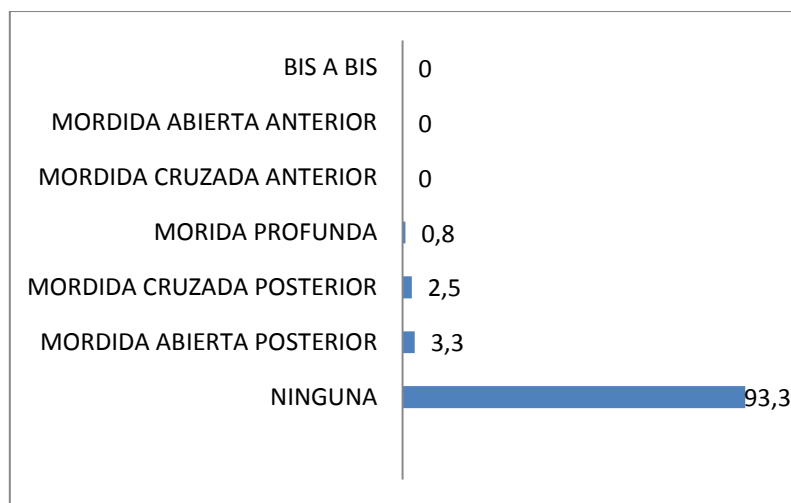
FUENTE: ALUMNOS DEL COLEGIO DE BACHILLERATO “RAFAEL RODRÍGUEZ PALACIOS”

AUTORA: JULISSA PROAÑO

INTERPRETACIÓN:

En dicha gráfica se observa que el 24,2% y el 1,6% de la muestra presenta fluorosis leve y moderado respectivamente.

GRÁFICO N° 6 ALTERACIONES DE OCLUSIÓN



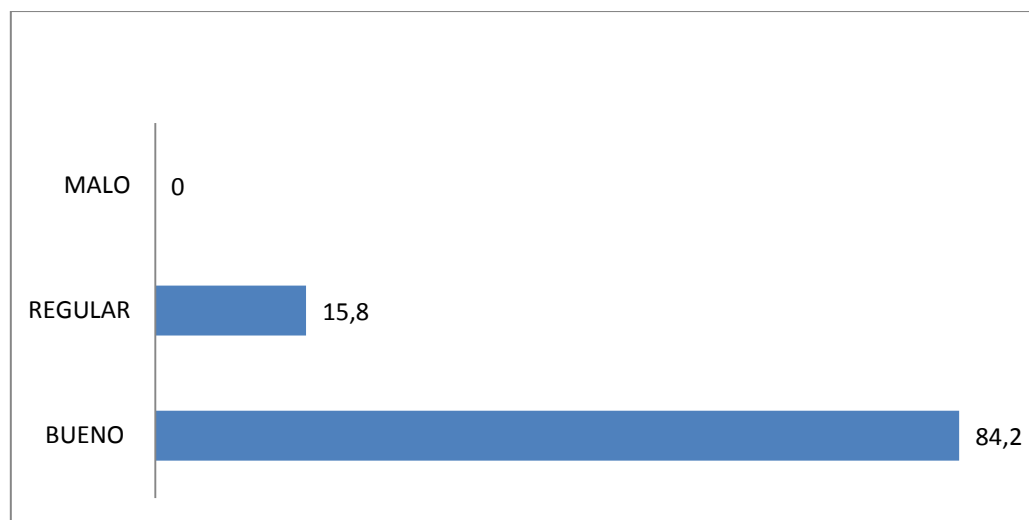
FUENTE: ALUMNOS DEL COLEGIO DE BACHILLERATO “RAFAEL RODRÍGUEZ PALACIOS”

AUTORA: JULISSA PROAÑO

INTERPRETACIÓN:

Se puede observar que el 3,3% de la población presenta mordidas abiertas posteriores, un 2,5% mordidas cruzadas posteriores y un 0,8% moridida profunda.

GRÁFICO N° 7 INDICE DE HIGIENE ORAL



FUENTE: ALUMNOS DEL COLEGIO DE BACHILLERATO “RAFAEL RODRÍGUEZ PALACIOS”

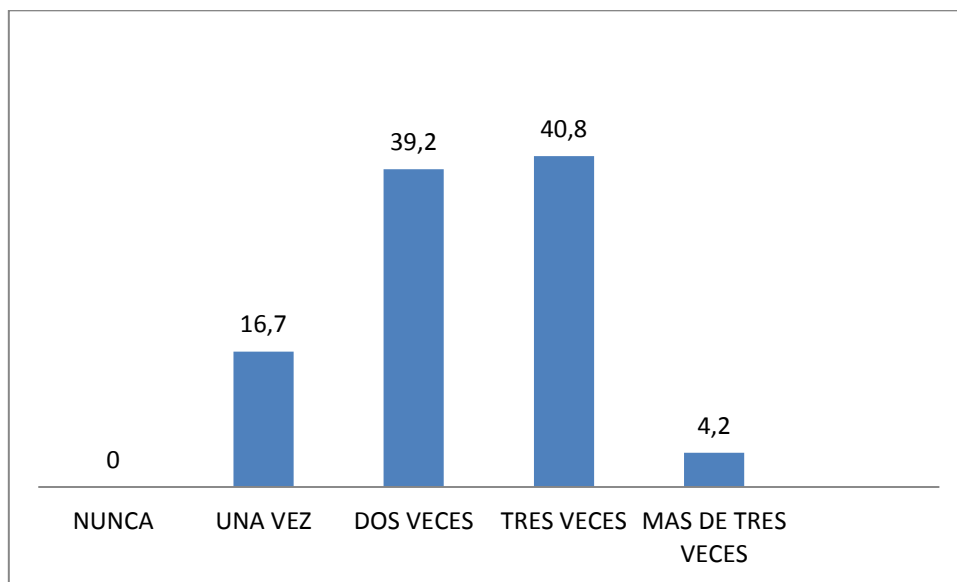
AUTORA: JULISSA PROAÑO

INTERPRETACIÓN:

De los alumnos examinados un 84,2% presentan un índice de Higiene Oral Simplificado bueno; mientras que un 15,8% presenta un índice regular.

8.2 REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA ENCUESTA

GRÁFICO N° 8 FRECUENCIA DEL CEPILLADO



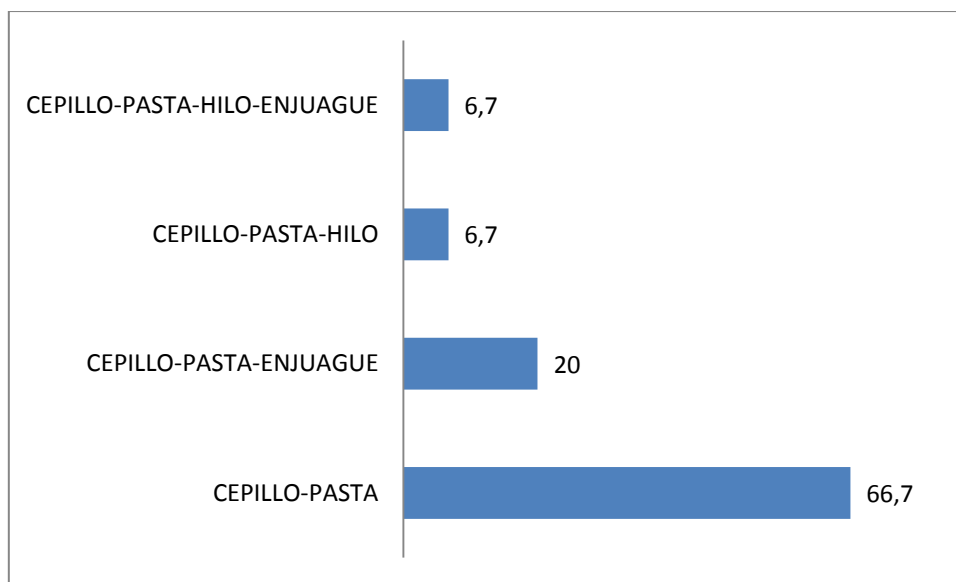
FUENTE: ALUMNOS DEL COLEGIO DE BACHILLERATO “RAFAEL RODRÍGUEZ PALACIOS”

AUTORA: JULISSA PROAÑO

INTERPRETACIÓN:

De los datos obtenidos de la encuesta, se puede observar que aproximadamente que el 40,8% y el 4,2% realiza el cepillado con una frecuencia de tres o mas veces al día respectivamente, mientras que un 39,2% lo realiza dos veces al día, y un 16,7 lo ejecuta una vez al día.

GRÁFICO N° 9 ELEMENTOS UTILIZADOS EN EL ASEO BUCAL



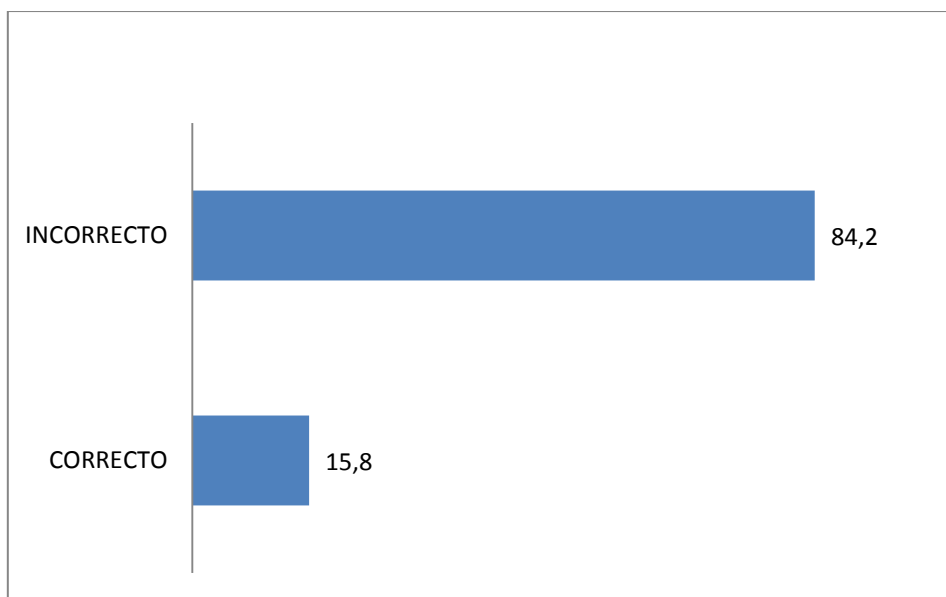
FUENTE: ALUMNOS DEL COLEGIO DE BACHILLERATO “RAFAEL RODRÍGUEZ PALACIOS”

AUTORA: JULISSA PROAÑO

INTERPRETACIÓN:

La presente grafica estadística hace referencia a que el 66,7% de la población utiliza pasta y cepillo dental como implementos de higiene bucal, un 20% utiliza pasta, cepillos dental y enjuague bucal, un 6,7% cepillo, pasta e hilo dental y apenas el 6,7% manifiesta que utilizan los cuatro elementos de higiene bucal.

GRÁFICO N° 10 TÉCNICA DE CEPILLADO



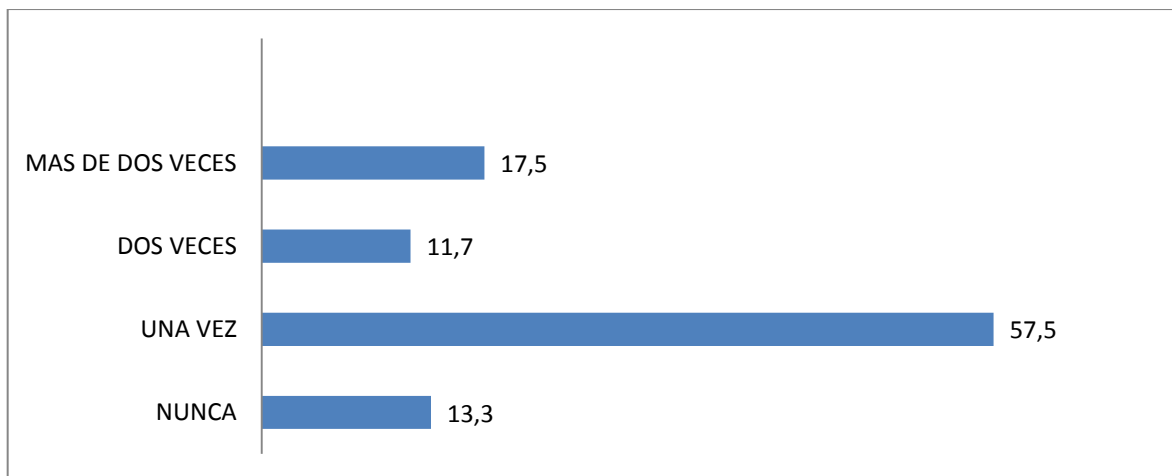
FUENTE: AL ALUMNOS DEL COLEGIO DE BACHILLERATO “RAFAEL RODRÍGUEZ PALACIOS”

AUTORA: JULISSA PROAÑO

INTERPERTACIÓN:

Se puede observar que el 84% de la población realiza una técnica incorrecta de cepillado, mientras que el 15,8% ejecuta una correcta técnica de cepillado.

GRÁFICO N° 11 FRECUENCIA DE VISITA AL ODONTÓLOGO



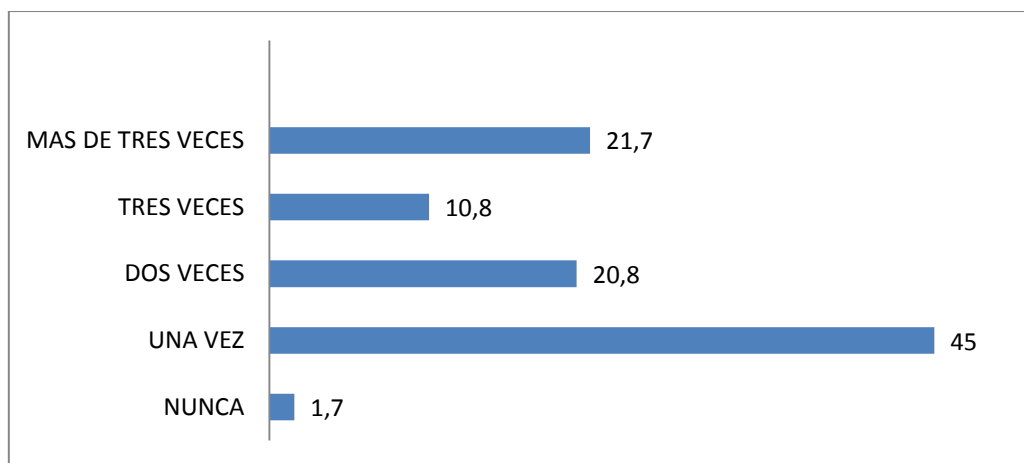
FUENTE: ALUMNOS DEL COLEGIO DE BACHILLERATO “RAFAEL RODRÍGUEZ PALACIOS”

AUTORA: JULISSA PROAÑO

INTERPRETACIÓN:

Del total de la población encuestada el 57,7% de la población menciona que visita al odontólogo una vez al año, el 11,7 dos veces, el 17,5 más de dos veces, y un 13,3% nos manifiesta anualmente nunca visitan al odontólogo.

GRÁFICO N° 12 CONSUMO DE ALIMENTOS CARIOGÉNICOS



FUENTE: ALUMNOS DEL COLEGIO DE BACHILLERATO “RAFAEL RODRÍGUEZ PALACIOS”

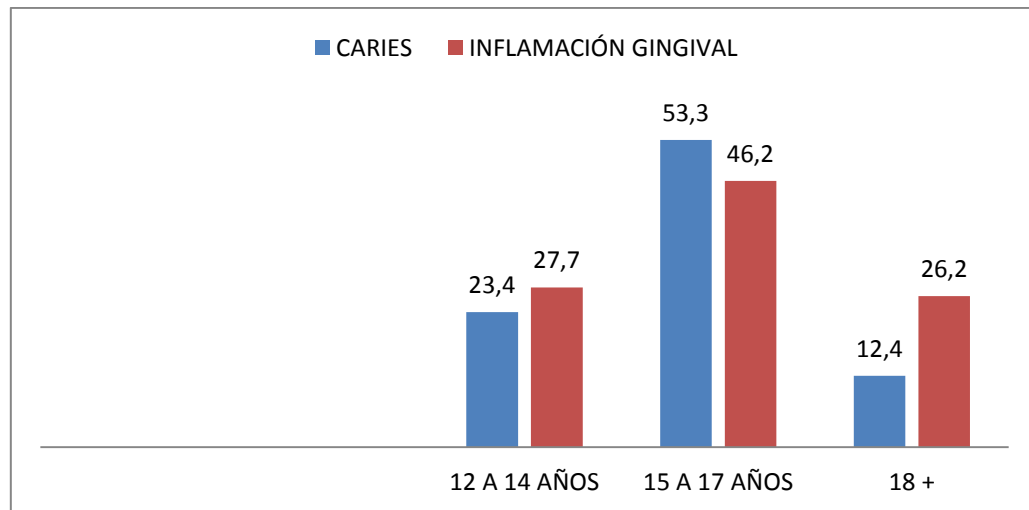
AUTORA: JULISSA PROAÑO

INTRODUCCIÓN:

De los datos obtenidos en la encuesta podemos observar que el 45% de la población consume alimentos cariogénicos con una frecuencia de una vez al día, un 20,8% dos veces, el 10,8 % tres vez, el 21,7% más de tres veces al día, mientras que el 1,7% asegura que nunca consume alimentos cariogénicos.

CRUCE DE VARIABLES

GRÁFICO N° 13 RELACIÓN ENTRE EDAD, CARIES E INFLAMACIÓN GINGIVAL



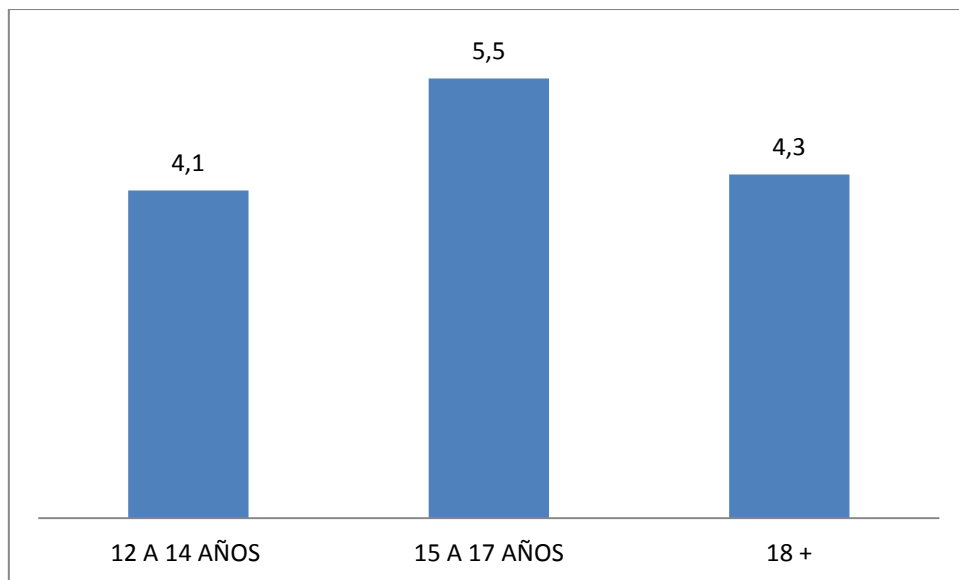
FUENTE: ALUMNOS DEL COLEGIO DE BACHILLERATO “RAFAEL RODRÍGUEZ PALACIOS”

AUTORA: JULISSA PROAÑO

INTERPRETACIÓN:

En la presente gráfica podemos observar que el mayor índice de caries y de inflamación gingival se encuentra en el rango de 15 a 17 años de edad.

GRÁFICO N° 14 RELACIÓN ENTRE LA EDAD Y EL CPOD



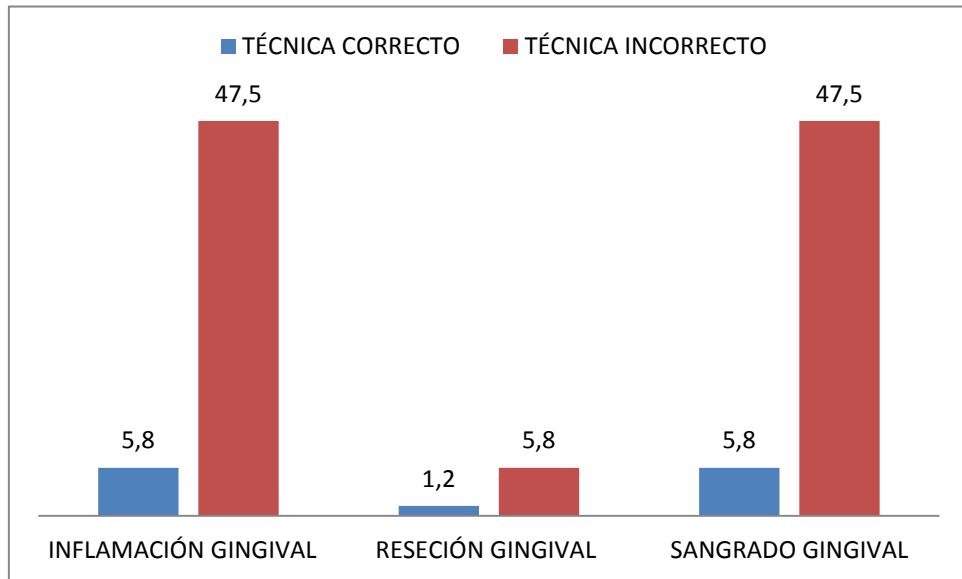
FUENTE: ALUMNOS DEL COLEGIO DE BACHILLERATO “RAFAEL RODRÍGUEZ PALACIOS”

AUTORA: JULISSA PROAÑO

INTERPRETACIÓN:

En la presente gráfica estadística se puede dar a conocer que el grupo de edad de 15 a 17 años presenta un índice de CPOD alto, mientras que las edades de 12 a 14 años y más de 18 años, presentan un índice moderado.

GRÁFICO N° 15 RELACIÓN INFLAMACIÓN, RECESIÓN Y SANGRADO GINGIVAL CON LA TÉCNICA DE CEPILLADO



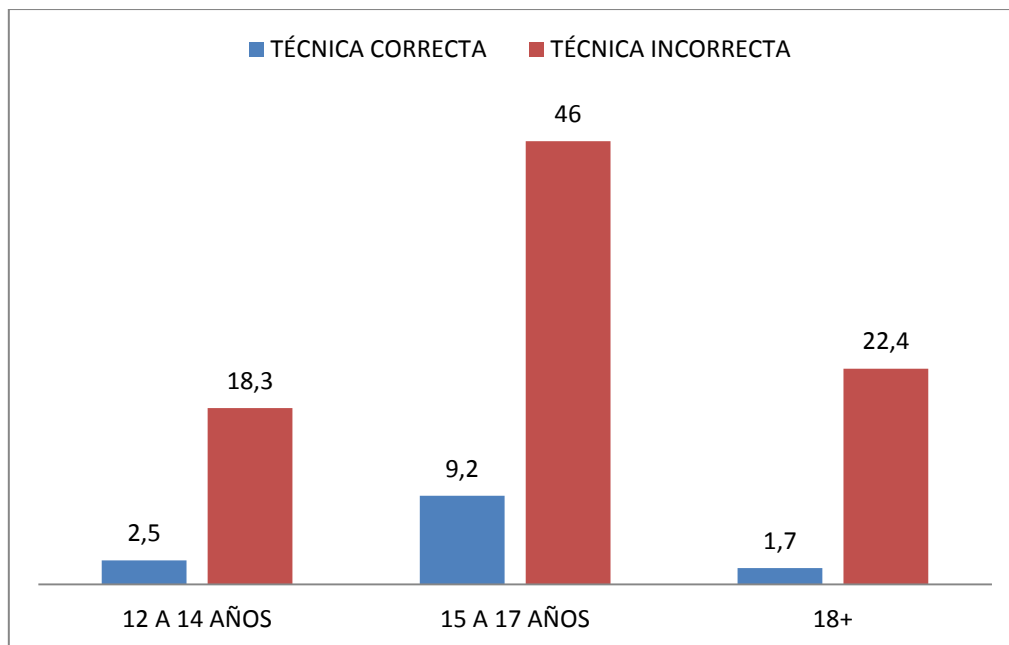
FUENTE: ALUMNOS DEL COLEGIO DE BACHILLERATO “RAFAEL RODRÍGUEZ PALACIOS”

AUTORA: JULISSA PROAÑO

INTERPRETACIÓN:

Dentro del presente cuadro se pueden observar los alumnos que demostraron una incorrecta técnica de cepillado presentan inflamación, recesión y sangrado gingival en un porcentaje de 47,5%, 5,8% y 47,5% respectivamente.

GRÁFICO N° 16 RELACIÓN ENTRE LA EDAD Y LA TÉCNICA DE CEPILLADO



FUENTE: ALUMNOS DEL COLEGIO DE BACHILLERATO “RAFAEL RODRÍGUEZ PALACIOS”

AUTORA: JULISSA PROAÑO

INTERPRETACIÓN:

Dentro del presente gráfico se puede observar que la población que corresponde a los rangos de 15 a 17 años de edad, presentan con mayor prevalencia una incorrecta técnica de cepillado con un porcentaje de 46%.

. 9. DISCUSIÓN

La caries dental es un problema de salud público que afecta a la gran mayoría de la población, y ocurre sin distinción de sexo, edad, raza o estrato económico, la misma que ocupa en nuestro estudio un porcentaje de 89,5%, mientras que en un estudio realizado en “adolescentes escolares de la provincia de Holguín, la prevalencia de caries es de 34%”. (Bárbara L. y Col. CUBA 2006)

De igual manera un estudio realizado en “adolescentes del Estado de México se encontró un 55,7%,” (ORTEGA-MALDONADO, Miriam; MOTA-SANHUA, Vanesa y LÓPEZ-VIVANCO, Juan C. MÉXICO 2007), se puede evidenciar claramente el alto índice de caries dental que existe en la parroquia de Malacatos (ECUADOR), en comparación con los estudios que se realizaron en Cuba y México.

La fluorosis dental como una intoxicación con flúor se la debe tomar en consideración con medidas de salud pública y/o alertar a la comunidad de sus efectos y consecuencias, dentro de nuestro estudio se evidencia un porcentaje de 25,8% al cual se lo relaciona con los alimentos de consumo diario, que si bien es un valor bajo, no deja de preocupar el simple hecho de su existencia, en un estudio realizado en el “Valle de Tumbaco (ECUADOR) se halla un porcentaje de 76%, el cual lo asocian con el tiempo de vivienda en el lugar y el agua de consumo público” (SALAZAR MENCÍAS, María Isabel. ECUADOR 2011). Mientras que en un estudio realizado en “Campeche (MEXICO) en 2005, se evidencia un total de 56,3% y lo relacionan con el uso de pasta dental antes o después de los 2 años” (BELTRÁN-VALLADARES, Perla Rubí y Col. MÉXICO.2005).

La inflamación gingival se la define como un aumento de vascularización en respuesta al acumulo de biofilm denta, afecta considerablemente a la población en el presente estudio con un porcentaje de 54,2% es decir más de la mitad de la población en estudio, la misma que se acompaña de sangrado de las encías, y un 7,5 % a más de presentar inflamación gingival y sangrado presenta recesión gingival, mientras que en un “estudio realizado en el Estado de México en 2007, nos arroja datos de inflamación en un total de 60,5% en adolescentes mayores de 14 años y 12,2 % en adolescentes de 13 y 12 años” (ORTEGA-MALDONADO, Miriam; MOTA-SANHUA, Vanesa y LÓPEZ-VIVANCO, Juan C. MÉXICO 2007), mientras en un estudio realizado en Tlalnepantla (MEXICO), se encontró un 44% de inflamación en la población, los más afectados son los hombres con un 47,7%” (OROZCO JRE, PERALTA LH, PALMA MGG, PÉREZ RE, ARRONIZ PS, LLAMOSAS HE. MEXICO, 2006), cabe recalcar que además de la biofilm dental, se encuentran los cambios hormonales que se presentan en la adolescencia lo que induce de cierta manera a la inflamación de las encías

La maloclusión se puede considerar 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. Dentro de eso tenemos que en nuestro estudio tenemos que el 88,3% de la población presenta algún tipo de maloclusión, dentro de las que tenemos maloclusión Clase I con 86,8%, y maloclusión clase III con un total de 13,2%, en un “estudio realizado en adolescentes del Ucayali, se obtuvieron maloclusiones clase I 59,6% maloclusiones clase II 18,5 % y maloclusiones clase III 7,5%.”(ALIAGA-DEL CASTILLO, Arón, MATTOS-VELA,

Manuel Antonio, ALIAGA-DEL CASTILLO, Rosalinda, DEL CASTILLO-MENDOZA Claudia. PERÚ.2007), y un “estudio realizado en Cuba en 2008, el 57,4% presentaron Clase I, el 18% Clase II y un 9,8% Clase III.”(MACÍAS GIL, DRA, Roberto, QUESADA OLIVA, Leticia María, BENÍTEZ REMÓN, Bárbara, GONZÁLEZ GARCÍA Ana María. MEXICO 2009), se puede evidenciar claramente la el predominio de la maloclusión Clase I en los tres estudios en cuestión.

Dentro de los factores de riesgo para la aparición de la patologías bucodentales en el presente estudio se evidencia la visita al odontólogo una vez al año con un total de 57,5% o incluso la nula visita al odontólogo con un 13,7%, de la misma forma se evidencia el consumo de alimentos cariogénicos con una frecuencia de una vez al día con un total de 45% y más de tres veces con 21,7% siendo las más altas del rango, y solo el 40,8% realiza el cepillado de su cavidad bucal tres veces al día, y la técnica incorrecta de cepillado con un porcentaje de 84,2%, mientras que en otro “estudio realizado en el Instituto Mexicano de Seguro Social en 2006, en el que arroja que el consumo de golosinas se realiza casi siempre con un porcentaje de 23%, solo el 40% de la población menciona que se realiza el cepillado de los dientes tres veces al día, y hay un 28% de los estudiados que realiza una mala técnica de cepillado.(RIVERA HERMOSILLO, Gabriela. MÉXICO 2008)

9. CONCLUSIONES

Luego de haber realizado el diagnóstico a los alumnos del colegio de bachillerato “RAFAEL RODRIGUEZ PALACIOS”, podemos concluir:

1. Que el estado de salud bucodental de los alumnos se encuentra aquejada por la presencia de factores de riesgo que coadyuvan a la aparición de alteraciones dentro de la cavidad bucal, dentro de dichos factores podemos mencionar a la incorrecta técnica de cepillado que realizan los alumnos, la utilización de pasta y cepillos como elementos de higiene bucal, y la visita mínima recomendada al odontólogo.
2. Las patologías que se presentaron con mayor frecuencia dentro de la población son la caries dental que afecta a la mayoría de la población con un total de 89,2% y la inflamación gingival acompañada de sangrado con un total de 54,2% es decir más de la mitad de la muestra.
3. Dentro de la población estudiada se encontró fluorosis con índices de leve y moderado, con un porcentaje de 24,2% y 1,6% respectivamente; donde se encontró manchas blancas, líneas o estrías en la superficie del esmalte o incluso manchas de color café claro.
4. La técnica de cepillado que los estudiantes realizan es incorrecta en un 84,3% de la población, ya que la ejecutan de forma horizontal, siendo traumática tanto para los dientes como para los tejidos de sostén del mismo.
5. Dentro del Índice de higiene oral simplificado, el 15,8% de la población presenta un índice regular, lo que se relaciona con la abundante presencia de biofilm dental y de cálculo dental.

6. De los datos obtenidos en la encuesta se puede establecer que el 57,5% de la población visitan al odontólogo con una frecuencia de una vez al año, siendo esta la mínima recomendada para mantener una buena higiene bucal, esto nos refleja que esta visita es insuficiente por el alto índice de caries dental que se presenta en los alumnos examinados.

10.RECOMENDACIONES

1. A las instituciones gubernamentales como lo es el Ministerio de Salud Pública, que lleve a cabo programas de atención primaria de salud en la rama de odontología.
2. Al colegio de bachillerato “Rafael Rodríguez Palacios”, realice programas de educación Bucodental para así mejorar la calidad de vida de los estudiantes.
3. A la Universidad Nacional de Loja para que apoye a los estudiantes de la carrera de odontología a realizar vinculación con la población más vulnerable.
4. A los odontólogo y odontólogas de la parroquia Malacatos para que realicen campañas de concientización a la población escolar para el mejor cuidado de la cavidad bucal.
5. A los estudiantes del Colegio de Bachillerato “Rafael Rodríguez Palacios”, para que tengan un mayor grado de preocupación por el cuidado y mantenimiento de un buen estado de salud oral.

11. BIBLIOGRAFIA

1. SAPP, P; EVERSOLE. L WYSOCKI. G. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea, Segunda Ed. 2005. pág. 3-21.
2. SAPP, P; EVERSOLE. L WYSOCKI. G. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. Editorial Elsevier España. Segunda Ed. 2005. pág. 3-21
3. 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
4. CÁRDENAS. D, Fundamentos de odontología. Odontología Pediátrica. Corporación para investigaciones biológicas. Tercera Ed. (2003). Pág. 176.
5. HARRIS. N; GARCÍA. F. Odontología preventiva primaria. Segunda edición. (2005). Editorial Manual moderno México. Pág. 141-146.
6. BOJ. J, CATALÁ.M. Odontopediatría. Editorial Masón S.A. primera edición 2004 capítulo 32, Paginas367-369
7. LINDHE, J. Periodontología clínica e implantología. Quinta edición, (2009). Tomo I editorial médica panamericana pág410.
8. VAJDI, G. Manual Ilustrado de Cirugía Oral y Maxilofacial. Panamá: Jaypee-Highlights Medical Publisher. (2011).
9. J. R. BOJ; M. CATALA; C. GARCÍA – BALLETTAS; A. MENDOZA; *Odontopediatría*. Editorial Masón. S. A. España 2004.
10. BARRANCOS MOONEY, Julio. *Operatoria Dental*. Buenos Aires. 4 Edición. (2006). Editorial Panamericana. P 377 - 378.

11. CUENCA, Emili y BACA Pilar; (2005). Odontología Preventiva y Comunitaria. 3 Edición. Editorial. Masón.
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. MONTESINOS Daniela. Resumen capítulo 1 libro “Dental Caries”/Portafolio No.3 CICB2011.05/12/2011. Disponible en: <https://sites.google.com/site/portafolio3cicb2011/3-resumen-capitulo-1-libro-dental-caries>
15. 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>
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. Revista ADM. Asociación dental Mexicana. Piezas con fluorosis dental (1997). Volumen IV. Pág.220 Disponible en: <http://books.google.es/books?id=WzAAIAAJ&pg=PA186&dq=Revista+ADM.+Asociaci%C3%B3n+dental+Mexicana.+Volumen+IV,+Agosto&hl=en&sa=X&ei=MWFsUoC6H9TJkAe60IHQAQ&ved=0CDUQ6AEwAQ#v=one>

page&q=Revista%20ADM.%20Asociaci%C3%B3n%20dental%20Mexicana
. %20Volumen%20IV%2C%20Agosto&f=false

- 18.** 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>
- 19.** FLAVIO VELLINI, Ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica. (2009). (en línea).Sao Paulo.Artes Medicas. Disponible en:
<http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art23.asp>
- 20.** ROSA MARIA MASSÓN, Desarrollo de los dientes y la Oclusión. (en línea).Disponible en: <http://articulos.sld.cu/ortodoncia/files/2009/12/desd-y-o-maestri.pdf>
- 21.** Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria. (2004-2005). Caracas Venezuela Disponible en:
<http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art17.asp>
- 22.** GONZÁLEZ, G. Y MARRERO L. (2012). Mordida Cruzada Anterior. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría, disponible en:
<http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art19.asp>
- 23.** 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>
- 24.** 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 Odontopediatría, disponible en:
<http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art29.asp>

25. 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>

26. AGURTO, P., DÍAZ, R., CÁDIZ, O., BOBENRIETH, F. (1999). Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago. Revista Chilena de Pediatría, 70 (6), disponible:
http://www.scielo.cl/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0370-41061999000600004&LNG=EN&NRM=ISO&TLNG=EN

27. 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

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

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

30. GONZÁLEZ G. Rafael. Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de Loja.

31. www.inec.gob.ec/estadisticas

- 32.** Fundación nacional para las Displasias ectodérmicas. Guía familiar para las displasias ectodérmicas. 1998. Disponible en: <http://www.displasiaectodermica.org/pdfs/gfnfed.pdf>
- 33.** 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>
- 34.** Prevalencia de Caries Dental y Mal oclusiones en Escolares de Tabasco, México. Disponible en http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte_sanitario/ediciones/2012_ene-abril/03-prevalencia_caries.pdf
- 35.** 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>
- 36.** Prevalencia de Mal oclusiones dentales en grupo de pacientes pediátricos. Disponible en <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2010/1/pdf/art9.pdf>
- 37.** Pérdida prematura de dientes temporales y Maloclusión en escolares. Policlínica “Pedro Díaz Coello, 2003. Disponible en <http://www.cocmed.sld.cu/no93/n93ori4.htm>.
- 38.** Prevalencia de Anomalías Dentomaxilares y Malos Hábitos Orales en Pre-Escolares en Zonas Rurales de la población beneficiaria del Servicio de Salud de Viña Del Mar/Quillota. 2011. Disponible en <http://www.sdpt.net/PADM.htm>

- 39.** Anomalías dentarias: prevalencia en relación con patologías sistémicas en una población infantil de Mérida, Venezuela. Disponible en <http://ecotropicos.saber.ula.ve>
- 40.** BÁRBARA L. Pellitero; REYES, Beatriz; GARCÍA RODRÍGUEZ, José E; DÍAZ MORELL, TORRES CURI, “Caries, Maloclusiones Y Hábitos Bucales Deformantes En Adolescentes”. Obtenido en <http://www.cocmed.sld.cu/no73/n73ori7.htm>
- 41.** ORTEGA-MALDONADO, Miriam; MOTA-SANHUA, Vanesa; LOPEZ-VIVANCO, Juan C. Estado De Salud Bucal En Adolescentes De La Ciudad De México. Obtenido en http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-006420070003000006&script=sci_arttext
- 42.** SALAZAR MENCÍAS, María Isabel. Prevalencia De Fluorosis Dental Y Determinación Del Grado De Severidad En Niños De 6 A 15 Años En La Florícola Valleflor Ubicada En El Valle De Tumbaco. Obtenido en <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/2261>
- 43.** BELTRÁN-VALLADARES, Perla Rubí; COCOM-TUN, Héctor; CASANOVA-ROSADO, Juan Fernando; VALLEJOS-SANCHEZ, Ana Alicia; MEDINA-SOLIS, Cario Eduardo Prevalencia De Fluorosis Dental Y Fuentes Adicionales De Exposición A Fluoruro Como Factores De Riesgo A Fluorosis Dental En Escolares De Campeche, México. Obtenido en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762005000400006

- 44.** OROZCO JRE, PERALTA LH, PALMA MGG, PÉREZ RE, ARRONIZ PS, LLAMOSAS HE. Prevalencia De Gingivitis En Adolescentes En El Municipio De Tlalnepantla. Obtenido en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumenMain.cgi?IDARTICULO=5396>
- 45.** ALIAGA-DEL CASTILLO, Arón; MATTOS-VELA, Manuel Antonio; ALIAGA-DEL CASTILLO, Rosalinda; DEL CASTILLO-MENDOZA, Claudia Maloclusiones En Niños Y Adolescentes De Caseríos Y Comunidades Nativas De La Amazonía De Ucayali, Perú. Obtenido en : http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342011000100014&script=sci_arttext
- 46.** MACÍAS GIL, Roberto; QUEZADA OLIVA, Leticia María; BENITEZ REMÓN, Bárbara, GONZALES GARCIA, Ana María. Frecuencia Del Apiñamiento Dentario En Adolescentes Del Área De Salud Masó. Obtenido en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2009000500011&script=sci_arttext
- 47.** RIVERA HERMOSILLO, Gabriela. Caries Dental E Higiene Bucal En Adolescente. Obtenido en: <http://bases.bireme.br/cgiin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&rc=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=481234&indexSearch=ID>
- 48.** RODRÍGUEZ, Amado; DELGADO, Luis. Diagnóstico de salud Bucal. Rev. Cubana ESTOMATOL. 1999(36)1.

12. ANEXOS

COLEGIO DE BACHILLERATO “RAFAEL RODRÍGUEZ PALACIOS”



FUENTE: Colegio de Bachillerato “Rafael Rodríguez Palacios”

ESTERILIZACION DEL INSTRUMENTAL



FUENTE: Departamento de esterilización de la Clínica Sánchez

REVISIÓN ODONTOLOGIA



FUENTE: Alumno del Colegio de Bachillerato “Rafael Rodríguez Palacios”



FUENTE: Alumno del Colegio de Bachillerato “Rafael Rodríguez Palacios”

CARIES DENTAL



FUENTE: Alumno del Colegio de Bachillerato "Rafael Rodríguez Palacios"



FUENTE: Alumno del Colegio de Bachillerato "Rafael Rodríguez Palacios"

INFLAMACION – SANGRADO – RECESION GINGIVAL



FUENTE: Alumno del Colegio de Bachillerato “Rafael Rodríguez Palacios”



FUENTE: Alumno del Colegio de Bachillerato “Rafael Rodríguez Palacios”



FUENTE: Alumno del Colegio de Bachillerato "Rafael Rodríguez Palacios"



FUENTE: Alumno del Colegio de Bachillerato "Rafael Rodríguez Palacios"

FLUOROSIS



FUENTE: Alumno del Colegio de Bachillerato "Rafael Rodríguez Palacios"



FUENTE: Alumno del Colegio de Bachillerato "Rafael Rodríguez Palacios"

ALTERACION DE LA FORMA



FUENTE: Alumno del Colegio de Bachillerato "Rafael Rodríguez Palacios"

MORIDA CRUZADA POSTERIOR



FUENTE: Alumno del Colegio de Bachillerato "Rafael Rodríguez Palacios"

MORIDA ABIERTA POSTERIOR



FUENTE: Alumno del Colegio de Bachillerato "Rafael Rodríguez Palacios"

MORDIDA PROFUNDA



FUENTE: Alumno del Colegio de Bachillerato "Rafael Rodríguez Palacios"

CLASE III



FUENTE: Alumno del Colegio de Bachillerato "Rafael Rodríguez Palacios"

CLASE I



FUENTE: Alumno del Colegio de Bachillerato "Rafael Rodríguez Palacios"

ENTREGA Y LLENADO DE LA ENCUESTA



FUENTE: Estudiantes del Colegio de Bachillerato “Rafael Rodríguez Palacios”



FUENTE: Alumna del Colegio de Bachillerato “Rafael Rodríguez Palacios”

REVISION DE LA TÉCNICA DE CEPILLADO



FUENTE: Alumna del Colegio de Bachillerato “Rafael Rodríguez Palacios”

CHARLA Y ENTREGA DE CEPILLOS



FUENTE: Aulas del Colegio de Bachillerato “Rafael Rodríguez Palacios”



FUENTE: Estudiantes del Colegio de Bachillerato “Rafael Rodríguez Palacios”



FUENTE: Alumno del Colegio de Bachillerato “Rafael Rodríguez Palacios”

GLOSARIO DE TÉRMINOS

DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCAL: El diagnóstico de salud lo constituye el conocimiento de la situación de salud de una comunidad y de los factores que la condicionan, de cuya precisión depende la calidad del tratamiento de la salud de la comunidad, la familia y el individuo. (RODRIGUEZ, Amado; DELGADO, Luis. ESTOMATOL, 1996)

SALUD BUCAL: 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).

BIOFILM DENTAL: Se llama placa dental (biofilm oral o placa bacteriana) a una acumulación heterogénea de una comunidad microbiana variada, aerobia y anaerobia, rodeada por una matriz intercelular de polímeros de origen salival y microbiano. Estos microorganismos pueden adherirse o depositarse sobre las paredes de las piezas dentarias. (Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración - 2009)

CÁLCULO DENTAL: El cálculo dental, es la acumulación de sales de calcio y fósforo sobre la superficie dental. Se trata del resultado de la mineralización de la placa bacteriana, esto es, del conjunto de microorganismos, saliva y restos alimenticios que se van depositando sobre las piezas dentales. (Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración - 2009)

ÍNDICE CPOD: Resulta de la sumatoria de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados. (GUZMÁN, CRISTHIAN. Y COL. 2008)

IHOS: Índice que mide la superficie del diente cubierta con cálculo y biofilm dental. Es simplificado porque sólo evalúa 6 superficies dentales. (GONZALES, HUEICHA. 2012)

FLUOROSIS: Es una intoxicación crónica con fluoruros se manifiesta como manchas color marrón que afecta a las estructuras del esmalte dental, al tejido óseo y al metabolismo celular. Los cuadros de fluorosis y osteoesclerosis cada vez son más detectados en zonas endémicas de fluorosis caracterizadas por tener altas concentraciones de fluoruros. (VAILLARD JIMÉNEZ, ESTHER. 2007)

OCLUSIÓN DENTAL: La palabra oclusión hace referencia al contacto entre diente de arcadas opuestas al cerrarse los maxilares durante los diferentes movimientos maxilares. (DIÉZ, CESAR. ESPAÑA)

CLAVE DE ANGLE: Angle (ortodoncista estadounidense) observó y clasificó el tipo de oclusión que tenían sus pacientes, en función a la relación de los primer molares permanentes superior e inferior, esta llave toma en consideración una visión sagital de las arcadas en oclusión (P.M.I.) la cúspide mesiovestibular del primer molar superior (considerado punto fijo o de referencia de esta llave) se relaciona con el surco mesiovestibular del primer molar inferior. (ANIT, PABLO. 2008)

PATOLOGÍA: Es la ciencia que se encarga del estudio de las enfermedades. Se ocupa de la causa de la enfermedad de la forma como se interpreta la causalidad en la ciencia, es decir relación causa efecto. (B. Y S. CASTRO DEL POZO 2006)

ODONTOGRAMA: es un esquema de las arcadas dentarias, en el que se encuentran las características anatómicas de los dientes, de toda la arcada. El odontograma se marcara o coloreará según los hallazgos que se encuentren, con símbolos y colores para señalar las patologías o estados de una pieza dental. (MORENO ZEVALLOS, SUSANA. ESPAÑA)

VARIABLE: Una variable es una característica que al ser medida en diferentes *individuos* es susceptible de adoptar diferentes valores. (SILVA, CARLOS LUIS, 1997)

MSP: Ministerio de Salud Pública

PROMOCIÓN DE SALUD: La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla y que se dedica a estudiar las formas de favorecer una mejor salud en la población. (MARTINEZ, JUAN FERNANDO. 2012)

PREVENCIÓN EN SALUD: La prevención primaria se lleva a cabo eliminando los factores que puedan causar lesiones, antes de que sean efectivos. La intervención tiene lugar antes de que se produzca la enfermedad, siendo su objetivo principal el impedir o retrasar la aparición de la misma. (GARCÍA GARCÍA, JOSE. 2006)

VULNERABLE: Se aplica a la persona, al carácter o al organismo que es débil o que puede ser dañado o afectado fácilmente porque no sabe o no puede defenderse. (DICCIONARIO DE LA REAL ACADEMIA DE LA LENGUA)

RIESGO: Es la probabilidad que un hecho ocurra. . (OMS 2013)

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
Caries	La enfermedad es una forma singular de infección en la cual se acumulan cepas específicas sobre la superficie del esmalte, donde elaboran productos ácidos y proteolíticos que desmineralizan la superficie y digieren su matriz orgánica.	CPOD Ceo	0,0 a 1,1 muy bajo 1.2 a 2.6 bajo 2.7 a 4.4 moderado 4.5 a 6.5 alto
Inflamación gingival	La inflamación gingival son cambios vasculares, que consiste en la dilatación de los capilares y aumento de la circulación sanguínea. Estos cambios ocurren en respuesta a la activación microbiana de los leucocitos residentes y cambios en la células endoteliales.	<ul style="list-style-type: none"> • Inflamada 	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
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 	<ul style="list-style-type: none"> • Clase I • Clase II • Clase III •
Fluorosis	La fluorosis dental es la hipomineralización del esmalte dental por aumento de la porosidad. Se debe a una excesiva ingesta de Flúor durante el desarrollo del esmalte antes de la erupción. La fluorosis dental presenta una relación dosis-respuesta.	<ul style="list-style-type: none"> • Fluorosis 	<ul style="list-style-type: none"> • Sin fluorosis • Leve • Moderada • Severa

	<p>En la fluorosis dental leve hay estrías o líneas a través de la superficie del diente.</p> <p>En la fluorosis dental moderada, los dientes son altamente resistentes a la caries dental pero tienen manchas blancas opacas.</p> <p>En la fluorosis dental severa el esmalte es quebradizo y tiene manchas marrones.</p>		
Hábitos orales	<p>Son prácticas adquiridas por la repetición frecuente de un mismo acto que en un principio se realiza de manera consciente y luego de manera inconsciente. Los hábitos se pueden presentar en cualquier edad, forman parte del proceso de adaptación del ser humano a su medio ambiente y se relacionan con la alimentación, comunicación y el placer.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de hábitos 	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno • Respirador bucal • Succión digital • Deglución atípica • Interposición lingual
Cepillado	<p>Es el método mecánico de higiene que permite remover la placa bacteriana de los dientes para prevenir problemas bucales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia del cepillado • Técnica de cepillado 	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Una vez al día • Dos veces al día • Tres veces al día • Horizontal • Vertical • Técnica de Bass • Pasta dental y cepillo dental • Hilo dental • Enjuague bucal

		<ul style="list-style-type: none"> • Uso de implementos en el cepillado 	
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

CERTIFICACIÓN

Loja, 30 de Octubre del 2013

Doctor

JOSE PROCEL.

COORDINADOR DEL MACROPROYECTO

CERTIFICA:

Que la presente tesis titulada: **DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS ALUMNOS DEL COLEGIO DE BACHILLERATO "RAFAEL RODRIGUEZ PALACIOS" DE LA PARROQUIA RURAL MALACATOS DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013**, elaborada por: JULISSA BEATRIZ PROAÑO FERNANDEZ con CI: 1103931653, ha sido rigurosamente supervisada, revisada y corregida y sobre todo asesorada por mi persona en todo el desarrollo de la misma por lo que se autoriza la presentación de la misma al respectivo director de tesis.


Dr. Manuel José Procel González
MEDICO ESPECIALISTA EN APS
C.I. 364
DR. JOSÉ PROCEL.

Loja, 8 de Octubre del 2013

Sra. León Lara Enma María.
DIRECTORA DEL COLEGIO DE BACHILLERATO
RAFAEL RODRIGUEZ PALACIOS.

De mis consideraciones:

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

Yo Tannya Valarezo, coordinadora de la carrera de Odontología, me dirijo a usted para solicitar, la autorización correspondiente a: Julissa Beatriz Proaño Femández con C.I 1103931653 (egresado de la carrera de Odontología), para que realice diagnósticos bucales a cada uno de los estudiantes del centro educativo. La información obtenida servirá para que el investigador realice su tesis de grado a través de la realización del macroproyecto: "Diagnostico de Salud Bucal y Factores de Riesgo en los Centros educativos Primarios y Secundarios de las Parroquias Rurales del Cantón Loja, año 2013."

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

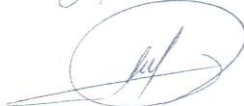
Por la favorable acogida, le anticipo mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente


Dra. Tannya Valarezo
COORDINADORA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGIA



Julissa Proaño
EGRESADO

Recibido
2013-10-08
Se autoriza lo solicitado




COLEGIO DE BACHILLERATO
"RAFAEL RODRÍGUEZ PALACIOS"
MALACATOS - LOJA - ECUADOR
Resolución Nro. 1232 JDRC-L-2013

LICENCIADA ENMA MARÍA LEÓN LARA, RECTORA ENCARGADA DEL
COLEGIO DE BACHILLERATO "RAFAEL RODRÍGUEZ PALACIOS" DE LA
PARROQUIA DE MALACATOS, CANTÓN Y PROVINCIA DE LOJA.

CERTIFICA:

Que la Sra. JULISSA BEATRIZ PROAÑO FERNANDEZ,
con número de cédula 1103931653, realizó el DIAGNÓSTICO,
ENCUESTA, CHARLAS DE EDUCACIÓN BUCODENTAL
Y LA ENTREGA DE PASTAS Y CEPILLOS en todos los
cursos del establecimiento.

Cabe indicar que la antes mencionada señora se ha destacado
como futura profesional en dicha rama, que ha sido de mucha
importancia y beneficio para la Institución.

Es cuanto puedo certificar en honor a la verdad.

Malacatos, 18 de octubre de 2013


Lic. Enma León Lara
RECTORA (E)





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

1. INFORMACIÓN BÁSICA

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

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

2. INFORMACIÓN SOBRE HIGIENE ORAL

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

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

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

Validación de Especialista Tannya Valarezo
COORDINADOR DE CARRERA DE ODONTOLOGÍA



"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**

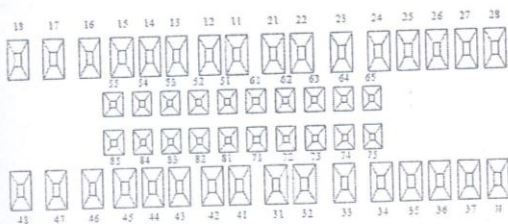
Sin fluorosis ()
 Leve ()
 Moderada ()
 Severa ()

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**

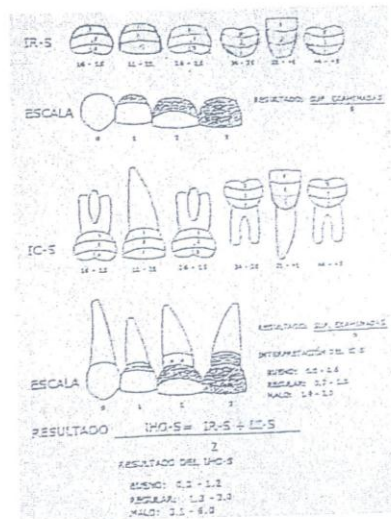
ODONTOGRAMA



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

ALTERADA ()

ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO IHO-S



Validación de la Historia Clínica por la Especialista Tannya Valarez
 COORDINADOR DE CÁTEDRA DE ODONTOLOGÍA



VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA E HISTORIA CLÍNICA DEL
MACROPROYECTO

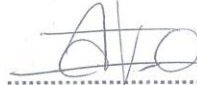
"DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS
CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS Y SECUNDARIOS DE LAS PARROQUIAS
RURALES DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013".

DOCENTES DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA:

NOMBRE

FIRMA

DAYCY A. VALAREZO SOCZADA



Dr. Franklin Quindell



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

13.ÍNDICE

<u>CARATULA</u>	<u>I</u>
<u>CERTIFICACIÓN</u>	<u>II</u>
<u>AUTORIA</u>	<u>III</u>
<u>CARTA DE AUTORIZACIÓN</u>	<u>IV</u>
<u>DEDICATORIA</u>	<u>V</u>
<u>AGRADECIMIENTO</u>	<u>VI</u>
<u>TÍTULO</u>	<u>7</u>
<u>RESUMEN</u>	<u>8</u>
<u>SUMARY</u>	<u>9</u>
<u>INTRODUCCIÓN</u>	<u>10</u>
REVISIÓN LITERARIA	
<u>CAPITULO I</u>	<u>14</u>
<u>CAPITULO II</u>	<u>19</u>
<u>CAPITULO III</u>	<u>32</u>
<u>METODOLOGÍA</u>	<u>35</u>
<u>RESULTADOS</u>	<u>38</u>
<u>DISCUSIÓN</u>	<u>54</u>
<u>CONCLUSIÓN</u>	<u>57</u>
<u>RECOMENDACIÓN</u>	<u>59</u>
<u>BIBLIOGRAFÍA</u>	<u>60</u>
<u>ANEXOS</u>	<u>67</u>
<u>INDICE</u>	<u>93</u>