



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

DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS: "GONZÁLEZ SUAREZ", "ADOLFO VALAREZO" Y "MARÍA DOMINGA GUAYA SINCHE" DE LA PARROQUIA CHUQUIRIBAMBA DEL CANTÓN LOJA EN EL AÑO 2013.

TESIS PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ODONTÓLOGA

AUTORA:

MAGALY JUDITH GUAMÁN CAMACHO

DIRECTORA:

DRA. LEONOR PEÑARRETA

Loja – Ecuador
2013

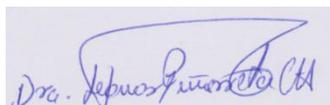
CERTIFICACIÓN

Dra. Leonor Peñarreta

DOCENTE DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CERTIFICA:

Que el presente trabajo investigativo, denominado: “DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS: “GONZÁLEZ SUAREZ”, “ADOLFO VALAREZO” Y “MARÍA DOMINGA GUAYA SINCHE” DE LA PARROQUIA CHUQUIRIBAMBA DEL CANTÓN LOJA EN EL AÑO 2013”, realizado por la señorita: Magaly Judith Guamán Camacho; cumple con los requisitos establecidos en las normas generales para la Graduación en la Universidad Nacional de Loja, tanto en el aspecto de forma como de contenido, por lo cual me permito autorizar su presentación para los fines pertinentes.

A rectangular box containing a handwritten signature in blue ink. The signature is cursive and appears to read "Dra. Leonor Peñarreta".

Dra. Leonor Peñarreta

DOCENTE DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA

AUTORÍA

Yo, Magaly Judith Guamán Camacho, 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.

Autora: Magaly Judith Guamán Camacho.

Firma:



Cédula: 190048946-7

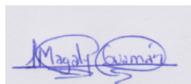
Fecha: 13 de noviembre del 2013

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

Yo, Magaly Judith Guamán Camacho, declaro ser autora de la tesis titulada: “DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS: “GONZÁLEZ SUAREZ”, “ADOLFO VALAREZO” Y “MARÍA DOMINGA GUAYA SINCHE” DE LA PARROQUIA CHUQUIRIBAMBA DEL CANTÓN LOJA EN EL AÑO 2013”; como requisito para optar al grado de Odontóloga; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad Nacional de Loja, la cual 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 trece días del mes de noviembre del dos mil trece, firma la autora:



Autora: Magaly Judith Guamán Camacho.

Cédula: 190048946-7

Dirección: Calle “G” y Av. 8 de Diciembre (Cdla. Saucos Norte)

Correo Electrónico: ma.juguaman@gmail.com

Teléfono: 2541099

Celular: 0981133623

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Directora de tesis: Dra. Leonor Peñarreta

Tribunal de grado: Dr. José Procel

Dra. Libia Pineda

Dr. Luis Vilela.

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico a Dios por brindarme la salud y capacidad económica e intelectual para cumplir con mi meta trazada.

A mi familia, quienes me brindaron su apoyo incondicional en las buenas y en las malas y además constituyeron el pilar fundamental para el término de mi carrera.

A aquellas personas que contribuyeron directa o indirectamente con la construcción y término del presente trabajo investigativo.

Magaly Guamán

AGRADECIMIENTO

Dejo constancia de mi sincero agradecimiento al personal docente y administrativo de la carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja por la oportunidad brindada de formarme en una carrera que me permitirá ser útil a la sociedad.

A los asesores Dr. José Procel y Dr. Leonidas Brito que conjuntamente con la Dra. Leonor Peñarreta me guiaron durante el desarrollo de este trabajo investigativo.

A las autoridades, personal docente y administrativo de las escuelas: “González Suarez”, “Adolfo Valarezo” y “María Dominga Guaya Sinche” de la parroquia de Chuquiribamba, que acogieron este proyecto y brindaron las facilidades y su colaboración para llevar a cabo la realización de este trabajo.

La autora.

1. TÍTULO

DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS: “GONZÁLEZ SUAREZ”, “ADOLFO VALAREZO” Y “MARÍA DOMINGA GUAYA SINCHE” DE LA PARROQUIA CHUQUIRIBAMBA DEL CANTÓN LOJA EN EL AÑO 2013

2. RESUMEN

Las enfermedades bucodentales aparecen de la correlación de varios factores de riesgo presentes en el individuo; estas patologías afectan a los diferentes grupos etarios.

Por ello se realizó el presente estudio: cuantitativo, descriptivo y transversal; cuyo fin fue realizar el diagnóstico de salud bucodental en 150 alumnos de los centros educativos primarios: “González Suarez”, “Adolfo Valarezo” y “María Dominga Guaya Sinche” de la parroquia Chuquiribamba del Cantón Loja, para identificar los factores de riesgo predisponentes a enfermedades bucodentales, y determinar la prevalencia de dichas patologías; mediante la realización de diagnósticos bucales y aplicación de encuestas sobre higiene oral y factores de riesgo a cada estudiante.

Las patologías encontradas fueron: caries dental 98%, inflamación gingival 83%, sangrado gingival 8% y fluorosis leve 4%. En la relación molar: el 80% en plano terminal recto y el 55% clase I con apiñamiento. Además el 12% presentó mordida bis a bis y el 16% pérdida prematura de la dentición decidua.

Dentro de los factores de riesgo encontramos: el 37% se cepilla los dientes una vez al día y el 8% nunca lo realiza, consumen alimentos cariogénicos más de tres veces al día el 21% y el 66% visita al odontólogo una vez al año.

SUMMARY

Oral hygiene diseases appear of correlation of many risk factors present in the individual; the pathologies affect different age's groups.

For this, it was realized the present research: quantitative, descriptive and transverse; whose end was realized the diagnosis of oral hygiene health in 150 students of primary schools: "González Suarez", "Adolfo Valarezo" y "María Dominga Guaya Sinche" in Chuquiribamba parish, in Loja canton, to identify the risk factors predisposing to oral hygiene diseases, and to determine the prevalence of these pathologies; trough the realization of diagnostics oral and the application of survey about oral hygiene and risk factors to each student.

The pathologies found were: caries 98%, gingival inflammation 83%, gingival bleeding 8% and mild fluorosis 4%. In the molar radio: 80% in the straight terminal plane and 55% class I with crowding. In addition, the 12% presented bite bis a bis and 16% premature loss of deciduous dentition.

Within of risks factors finding: 37% brushing teeth once a day and 8% don not brush teeth, the students eat cariogenic foods more than 3 times a day the 21% and 66% visit to dentist once a year.

TRADUCIDO POR: Yanina Guamán.

3. INTRODUCCIÓN

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

En Colombia, se realizó un estudio sobre los Indicadores de Riesgo para la Caries Dental en niños preescolares, encontrándose una “Prevalencia de caries de 60 % y la mayor prevalencia de caries fue en niños de cinco años con 74 %” (González Martínez, Sánchez Pedraza, & Carmona Arango, 2009). En otro estudio “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, donde el índice COP-D ha sido estimado en 2.3 en niños de 12 años y en 5.2 en adolescentes entre 15 y 19 años”. (Tascón & Cabrera, 2005)

Un estudio Epidemiológico de Salud Bucal en Escolares realizado en Ecuador (1996), menciona que el 88,2% de los escolares menores de 15 años tienen caries, el 84% tiene presencia de placa bacteriana y el 53% está afectado con gingivitis. Además, se evidenció que de los niños examinados el 35% presentaba algún tipo de mal oclusión. (MSP, 2009)

A nivel local, en nuestra ciudad de Loja, se realizó el Macro proyecto denominado “Mejoramiento de la calidad de vida de la población escolar y sus familias, mediante la atención integral bucodental enmarcada en los factores: socioeconómicos, culturales y ambiental del Área de afluencia del Hospital Universitario de Motupe del Área de salud N° 3 de la DPSL/MSP” y de la carrera

de Odontología, en el período 2007-2008”, donde se evidencia que “el índice ceod fue de 4,5 para los niñas y de 5,1 para los niños, en tanto que el índice de CPOD fue de 1,9 en los niñas y de 1,6 en las niños”. (Alvarado, 2008)

Con estos antecedentes se realizó la presente investigación de tipo cuantitativo, descriptivo y trasversal, cuya finalidad fue realizar el diagnóstico de salud bucodental en 150 alumnos de los centros educativos primarios: “González Suarez”, “Adolfo Valarezo” y “María Dominga Guaya Sinche” de la parroquia Chuquiribamba del Cantón Loja, para identificar los factores de riesgo predisponentes a enfermedades bucodentales, y determinar la prevalencia de dichas patologías; mediante la realización de diagnósticos bucales y aplicación de encuestas sobre higiene oral y factores de riesgo a cada uno de los individuos objeto de estudio. En el caso de los niños y niñas que no podían contestar la encuesta, ésta fue aplicada a los padres de familia de dichos alumnos para obtener dichos datos.

Las patologías encontradas fueron: caries dental 98%, inflamación gingival 83%, sangrado gingival 8% y fluorosis leve 4%. En la relación molar: el 80% en plano terminal recto y el 55% clase I con apiñamiento. Además el 12% presentó mordida bis a bis y el 16% pérdida prematura de la dentición decidua.

Dentro de los factores de riesgo encontramos: el 37% se cepilla los dientes una vez al día y el 8% nunca lo realiza, consumen alimentos cariogénicos más de tres veces al día el 21% y el 66% visita al odontólogo una vez al año.

Estos resultados contribuyeron a la propuesta de líneas de acción para reforzar las actividades de prevención y promoción de salud oral en los sujetos investigados.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

CAPÍTULO I: SALUD Y ENFERMEDADES BUCODENTALES

1. SALUD BUCODENTAL

La salud bucodental puede definirse como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal (OMS, 2007)

Una buena salud bucal no significa simplemente tener dientes lindos. Es necesario cuidar toda la boca para tener una buena salud bucal por lo que suele ser un indicador de la salud del cuerpo.

Los problemas bucales no son solamente caries, dolores de muela y dientes torcidos o manchados. Numerosas enfermedades, como la diabetes, el VIH, el cáncer y algunos trastornos alimenticios, pueden provocar problemas de salud bucal. Por ejemplo, los diabéticos pueden desarrollar problemas en los dientes y encías si el nivel de azúcar en sangre se mantiene alto. Los exámenes dentales regulares ayudan a mantener una buena salud bucal y a evitar problemas de salud relacionados (Humanos, 2010).

2. HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica, es un documento escrito que contiene todos los datos investigados acerca de la enfermedad de la persona. Constituye una narración y exposición verdadera de acontecimientos pasados y presentes del individuo, a partir de los cuales es posible elaborar un diagnóstico, deducir un pronóstico e instituir un tratamiento.

La historia clínica se compone de:

Interrogatorio

Ficha de identificación: Comprende los datos generales del paciente (nombre, domicilio, edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad y lugar de nacimiento), fecha de elaboración de la historia clínica y, cuando el paciente padezca alguna enfermedad que requiera atención médica, se anota el nombre y teléfono del médico tratante.

Examen físico

La percepción del dolor varía en cada persona. Por ello es muy importante hacer un examen físico completo, sobre todo en niños, ancianos y personas con problemas mentales. Antes de iniciar con el examen físico es necesario anotar los datos generales del paciente, entre ellos: peso y estatura.

En el examen físico se realiza:

Inspección General: Es la exploración de conjunto por medio de la vista sin ninguna preparación previa. Permite conocer:

1. Estado de salud o enfermedad.
2. Edad aparente: En ciertas enfermedades del sistema endocrino, la edad aparente puede ser mayor o menor; la falta de dientes da un aspecto de mayor edad.
3. Sexo: Este es fácil de identificar en la mayoría de los casos.
4. Raza: Orienta respecto de la propensión a ciertas enfermedades en determinado grupo racial.
5. Estado de conciencia: Este aspecto es importante, sobre todo para emitir un pronóstico.
6. Actitud o postura del individuo: Algunas actitudes son características en determinados padecimientos; si el paciente tiene problemas de postura es necesario verificar si puede sentarse bien en el sillón dental.

7. **Facies:** Es un elemento de gran valor diagnóstico, ya que constituye un sello del estado de afectividad, el carácter, la inteligencia y el estado de salud.
8. **Heridas exteriores, contusiones o deformaciones:** Estas indican el sitio afectado.
9. **Conformación:** Permiten indicar si la persona está o no proporcionada, si hay abultamientos, etcétera.
10. **Constitución:** Se refiere al estado de nutrición o robustez.
11. **Respiración:** Se modifica cuando hay tensión emocional, dificultades para la entrada del aire hacia el sistema respiratorio o afectación del tejido muscular o el tejido pulmonar.
12. **Movimientos anormales, funciones motrices o sensoriales o ambas deficientes:** Pueden sugerir problemas en el aseo bucal.
13. **Tumoraciones o prominencias anormales:** Deben ser motivo de estudio minucioso posteriormente.
14. **Cicatrices y alteraciones de la piel:** Pueden contribuir al diagnóstico.
15. **Marcha:** Determinado tipo de marcha pueden indicar antecedentes patológicos

Inspección local: La exploración de la cabeza y cuello tiene que ser minuciosa. Para ello, el paciente debe sentarse en posición erguida o semisupina, no tener anteojos puestos y mantener el cuello descubierto.

El odontólogo se coloca al frente del paciente para empezar la inspección en el cabello y cuero cabelludo, y verificar si hay parásitos.

La exploración continúa con la cara en busca de simetría, la cual puede perderse por parálisis facial. También se examina para buscar máculas (áreas de diferente color) o lesiones como las siguientes:

1. **Pápulas:** Zonas de tejido superficial ligeramente elevadas.
2. **Nódulos:** Pápulas endurecidas.

3. Vesículas: Elevaciones pequeñas con líquido en su interior.
4. Pústulas: Vesículas con pus.
5. Úlceras: Defectos en la piel o mucosas con pérdida de tejido.
6. Tumores.
7. Queratosis: Engrosamiento anormal de las capas exteriores de la piel o mucosas, se produce, por ejemplo, cuando el paciente se muerde los carrillos, fuma o padece de leucoplasia.

La revisión de los ojos incluye: color y posibles signos de irritación de las escleróticas; tamaño de las pupilas y reacción de éstas ante estímulos luminosos; textura, forma y color de los párpados, frecuencia del parpadeo, y color y grado de humedad de las conjuntivas, para lo cual puede retraerse el párpado con la punta del dedo índice.

De la nariz se estudia forma, simetría y si existen obstrucciones.

En los labios se revisa simetría, forma, textura y color, así como signos de irritación, sequedad, grietas, especialmente en las comisuras, y si hay dificultad para cerrarlos.

Por último, es muy importante revisar los oídos.

Inspección intrabucal: Para llevarla a cabo se requiere:

1. Posición cómoda tanto del odontólogo como del paciente. Por esa razón, se recomienda bajar hasta la posición supina el respaldar del sillón.
2. Retirar las prótesis no permanentes, si las hubiera.
3. Buena iluminación, ya sea directa o indirecta. La iluminación directa se proporciona al dirigir el rayo central de la lámpara dental hacia los diferentes sitios de la boca, sin lastimar los ojos del paciente. En las porciones posteriores de la boca, donde es difícil usar el rayo directo, puede utilizarse iluminación indirecta adicional por medio del espejo bucal.

4. Retracción, es necesaria para observar la superficie de las mucosas, así como el piso y los sitios ocultos de la boca.

Se sugiere realizar la inspección en el siguiente orden: labios, mucosas labial y bucal, carrillos, piso de la boca, paladar duro y blando, lengua, zona retromolar, tuberosidades maxilares, rebordes alveolares y dientes.

Los labios en condiciones normales tienen la piel intacta y textura firme, ligeramente húmeda. Las anomalías más comunes son: labios partidos, grietas en las comisuras, lesiones por mordedura de los labios, vesículas, úlceras o lesiones aftosas.

La mucosa labial se revisa hasta las comisuras y el frenillo; para ello, es necesario retraerla hacia afuera alejándola de los dientes y hasta la zona retromolar, incluyendo la desembocadura de las glándulas parótidas.

Para revisar el piso de la boca, se pide al paciente que levante la lengua hasta el paladar. Se observan las características de la vena lingual, el pliegue fimbriado, el frenillo lingual, la caráncula sublingual, los pliegues linguales y sublinguales y los orificios de los conductos salivales.

El paladar duro en condiciones normales es rosa claro. Al inspeccionarlo es necesario examinar su forma y también la papila incisal, el rafe palatino medio, las arrugas palatinas y las fóveas palatinas.

En el paladar blando se revisa simetría y características de la úvula palatina, entre ellas motilidad; para esto, se pide al paciente que diga "Aaaa..." de manera continua. Se puede ayudar con el depresor lingual que se coloca sobre el tercio anterior de la lengua. No debe olvidarse revisar el resto del istmo de las fauces: amígdalas (tonsilares) y pilares porque puede haber manifestaciones de infección.

El examen de la lengua empieza con la cara dorsal e incluye el color, humedad, lesiones, simetría y forma. Se estudian las características de las papilas. También se revisan los bordes laterales en busca de lesiones, ya que son sitios frecuentes de cáncer bucal; para observarlos es necesario retraer la lengua, lo cual puede hacerse utilizando un trozo de gasa que se coloca en el tercio anterior. En otro momento, se pide al paciente que saque la lengua con el fin de buscar desviaciones. Se inspecciona la cara ventral de la lengua después de pedir al paciente que levante la punta de la lengua hasta tocar el techo de la boca.

Los rebordes alveolares se examinan en busca de signos de enrojecimiento, cambios de coloración y aumento de volumen o lesiones; para esto, es necesario retraer la mucosa bucal y la lengua.

Por último, se inspeccionan los dientes: se revisa cada diente que ha hecho erupción, su posición, la distancia entre ellos y cada diente por separado: tamaño, color, malformaciones, placa dentobacteriana, lesiones y tumores, y la oclusión de los maxilares. (Higashida, 2000)

3. DIENTE

Los dientes se sitúan en la cavidad oral sobre los procesos alveolares de los maxilares, que constituyen los arcos dentarios. (López, 2001).

Los dientes están constituidos por cuatro tejidos diferentes: esmalte, dentina, pulpa dental y cemento (Mount, 1999).

Tipos de dentición:

La dentición temporaria aparece en la boca a los 6 meses de vida del niño quedando completada a los 2 años de edad.

En la dentición decidua vamos a tener en el grupo de los anteriores 8 incisivos centrales, 8 incisivos laterales y 4 caninos. En el grupo de los posteriores tendremos 8 molares.

Completando así 20 piezas dentales 10 en el maxilar superior y 10 en la mandíbula.

La segunda dentición o llamada permanente empieza a realizar su etapa de recambio a los 6 años del niño o niña y culmina más o menos entre los 18 y 25 años de edad con la erupción de los terceros molares.

En la dentición permanente tendremos: 8 incisivos centrales, 8 incisivos laterales, 4 caninos, 8 pre-molares los cuales van a remplazar a los molares de la dentición decidua y 12 molares incluyendo a los terceros molares o conocidos también como muela del juicio que en ocasiones o en ciertas personas no logran su erupción.

De esta manera se completara 32 piezas dentales, 16 en el maxilar y 16 en la mandíbula. (Mendoza Moreira, 2013)

3.1. ALTERACIONES DENTALES

Alteraciones de número

- **Anodoncia**

Anodoncia total: Es la ausencia congénita de todos los dientes; es un trastorno raro en el cual no hay dientes temporales ni permanentes. Aunque puede existir anodoncia total en la mayoría de los casos de displasia ectodérmica, pueden presentar algunos dientes de forma anómala y son habitualmente caninos y molares.

Anodoncia parcial: Es la ausencia congénita de uno o más dientes. También llamada hipodoncia u oligodoncia.

Cualquier diente puede faltar congénitamente, pero los dientes ausentes con mayor frecuencia son los terceros molares, seguidos por los incisivos laterales y los segundos premolares superiores.

- **Dientes supernumerarios**

Son 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.

Un diente supernumerario puede parecerse al diente normal correspondiente o puede tener una conformación rudimentaria y cónica, con un parecido escaso o nulo a su homólogo normal.

Alteraciones de forma

- **Taurodontismo**

Significa «dientes de toro», es un trastorno del desarrollo que afecta principalmente a los molares, presentándose con una corona alargada, aunque también se afectan a veces los premolares. Pueden afectarse tanto los dientes temporales como los permanentes.

- **Diente Invaginado**

También llamado «dens in dente», es una anomalía del desarrollo que afecta principalmente a los incisivos laterales permanentes del maxilar superior.

Una forma más leve de esta anomalía se caracteriza por la presencia de una fosita lingual profundamente invaginada que se extiende a distancias variables en la sustancia del diente durante el desarrollo. En su forma más extrema, la invaginación profunda lleva a una expansión bulbosa de la raíz afectada, y se ha denominado erróneamente «odontoma dilatado».

- **Cúspides supernumerarias**

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

- **Diente evaginado**

Anomalía del desarrollo en la cual un área focal de la corona se proyecta hacia fuera y produce lo que parece ser una cúspide adicional o una cúspide de forma anormal respecto a las cúspides existentes (cúspides en garra).

- **Cúspide en garra**

Se denomina cúspide en garra a una cúspide supernumeraria, que se observa sobre la cara lingual de los incisivos del maxilar superior, debido a que su extraña forma se asemeja a la garra del águila. Esta cúspide anormal se origina en la porción del cíngulo del diente y suele extenderse hasta el borde incisivo como una proyección prominente de esmalte que le da una forma de T.

- **Geminación**

Es una anomalía del desarrollo que afecta principalmente a los dientes anteriores y que clínicamente se parece a otra anomalía conocida como fusión. Se caracteriza por la división parcial o «desdoblamiento» de un solo primordio dental, produciéndose un diente que muestra dos coronas independientes o separadas

parcialmente, una sola raíz y un solo conducto radicular. La geminación puede afectar a las denticiones temporal y permanente.

- **Fusión**

Se define como la unión de dos primordios dentales normalmente separados. Esta alteración del desarrollo puede presentarse en la dentición temporal y permanente.

Se ha descrito cierta tendencia hereditaria. La fusión puede ser completa o incompleta, y su magnitud variará según la etapa del desarrollo que el diente haya alcanzado en el momento de la fusión. Si la fusión se inicia antes de la calcificación, entonces la unión implicará todos los componentes del diente, incluyendo esmalte, dentina, cemento y pulpa. Si la unión empieza en una etapa más tardía del desarrollo del diente, entonces los dientes afectados pueden tener coronas separadas y la fusión puede estar limitada a las raíces. La fusión puede diferenciarse de la geminación contando los dientes del área. En este caso, habrá un diente menos en la arcada dentaria.

Alteraciones de estructura

Alteraciones de la estructura del esmalte

- **Alteraciones adquiridas**

Hipoplasia focal del esmalte: Afecta uno o dos dientes, la etiología suele ser idiopática.

Una forma común de hipoplasia focal del esmalte de etiología conocida es el «diente de Turner», que es consecuencia de inflamación o traumatismo localizados durante el desarrollo del diente.

Según la gravedad de la lesión, la corona afectada puede tener un área de hipoplasia del esmalte relativamente lisa con áreas foveales o estar visiblemente deformada y presentar coloración amarillenta o marrón.

Hipoplasia generalizada del esmalte: Los factores ambientales sistémicos cuando inhiben a los ameloblastos en un período específico durante el desarrollo dental, se manifiestan clínicamente como una línea horizontal de pequeñas fositas o surcos sobre la superficie del esmalte.

Si la duración de la agresión ambiental es corta, la línea de hipoplasia es estrecha, mientras que una agresión prolongada produce una zona de hipoplasia más ancha y puede afectar a más dientes. Los dientes que se afectan más son los incisivos permanentes, los caninos y los primeros molares.

- **Alteraciones hereditarias**

Amelogénesis imperfecta: Es un trastorno hereditario de la formación de esmalte que afectan a las denticiones primaria y permanente.

La formación del esmalte se da por: formación de la matriz del esmalte, mineralización de la matriz y maduración del esmalte.

Existen tres tipos se correlacionan con defectos en esas etapas:

- Tipo hipoplásico (focal o generalizado): presenta una reducción de la formación de matriz del esmalte causada por interferencia en la función de los ameloblastos; clínicamente el esmalte no tiene el espesor normal en áreas focales o en general
- Tipo hipocalcificado: constituye una forma defectuosa de mineralización de la matriz del esmalte, clínicamente el esmalte es sumamente blando de espesor normal.
- Tipo con hipomaduración: presenta una mineralización menos intensa con áreas focales o generalizadas de cristalitas de esmalte inmaduro, clínicamente se observa en el esmalte áreas de dureza y transparencia disminuidas.

Alteraciones de la estructura de la dentina

- **Alteraciones hereditarias**

Dentinogénesis imperfecta: Consiste en dientes opalescentes por dentina formada irregularmente e hipomineralizada.

Es un trastorno heredado de la formación de dentina, que se presenta por transmisión autosómica dominante.

Clínicamente: Los dientes son opalescentes, con un color que oscila desde gris azulado a amarillento, pasando por tonos pardos.

La dentina es anormalmente blanda, lo que proporciona un soporte funcional insuficiente al esmalte suprayacente, aunque es normal, se rompe o descascarilla con facilidad exponiendo la dentina a la acción masticatoria e incisiva.

- **Alteraciones adquiridas**

Odontodisplasia Regional: O «dientes fantasma» es una alteración del desarrollo del diente, que aparece en forma esporádica.

Aunque no se ha aclarado su etiología, la evidencia experimental señala hacia una causa isquémica.

Clínicamente: El trastorno se presenta con mayor frecuencia en el maxilar que en la mandíbula; es «regional» en el sentido de que suele afectar a varios dientes contiguos situados en un solo cuadrante.

Este trastorno se observa más comúnmente en la dentición permanente. Los dientes afectados muestran un retraso o un fracaso total de la erupción, son dientes deformados de color pardo amarillento con superficie blanda similar al cuero. (Sapp, Eversole, & Wysocki, 2004)

3.2. ALTERACIONES NO PATOLÓGICAS

Fluorosis dental

Consiste en un defecto del desarrollo del esmalte provocado por la ingestión de una cantidad excesiva de fluoruro durante la formación del esmalte.

Una vez que los ameloblastos han depositado la matriz orgánica del esmalte y este se ha mineralizado, la fluorosis ya no puede presentarse.

Aparición clínica y subclínica:

Clínicamente, las regiones hipomineralizadas fluoróticas son porciones de color blanco mate u opacas sobre la superficie dental, las cuales contrastan con la apariencia lustrosa del esmalte normal.

Existen grados clínicos diferentes de fluorosis del esmalte.

- En la variante más leve el color blanco mate afecta los bordes incisales o las cúspides de los dientes posteriores. Las porciones blancas pueden variar desde unas cuantas vetas hasta manchas blancas ocasionadas. En algunos casos se observan estrías, o venas, delgadas e irregulares de color blanco opaco, especialmente en los incisivos maxilares.
- El grado siguiente de la afección consiste en manchas en forma de manojos de color desde café oscuro combinadas algunas de las coloraciones blancas y opacas ya mencionadas.
- En las variantes más intensas, las manchas van de un color café chocolate hasta casi negras.

En las variantes entre moderadas y graves de la fluorosis pueden presentarse cavidades discretas con un diámetro de 1 a 2 mm, o confluir varias. En la variante más intensa el contorno de la superficie del esmalte se altera por las fracturas del esmalte quebradizo y presenta una apariencia corroída. Las cavidades y demás

irregularidades de la superficie se deben a las roturas post eruptivas del esmalte poroso.

Por lo general, la fluorosis se diferencia de otros defectos del desarrollo del esmalte por el color del mismo, la distribución del estado en las superficies dentales y en los dientes afectados, así como la integridad o apariencia de la superficie del esmalte.

Factores de riesgo de fluorosis:

El uso impropio de los complementos dietéticos de fluoruro y la ingestión de la pasta dental fluorada por los preescolares pueden constituir los factores de riesgo cruciales en la fluorosis. Pendrys ha estimado que 78% de todos los casos de leves a moderados de fluorosis en los incisivos presentes en las comunidades con fluoración óptima del agua, podría explicarse por el empleo incorrecto de complementos de fluoruro o por la ingestión de la pasta dental fluorada.

Durante el cepillado dental los niños pueden tragar de 35 a 50% de fluoruro de los dentífricos. En el caso de los niños con edades de 3 a 6 años la ingestión diaria promedio de fluoruro del dentífrico varía de 0.1 a 0.4 mg por cepillado. Con este grado de ingestión el cepillado dos veces al día podría aportar casi la totalidad del requerimiento diario óptimo del fluoruro (Harris & García - Godoy, 2001).

4. ENFERMEDADES BUCODENTALES

4.1. CARIES DENTAL

Representa un desequilibrio mantenido en la cavidad oral, de tal modo que los factores que favorecen la desmineralización predomina sobre los que favorecen la remineralización y reparación de esos tejidos.

La caries es de etiología multifactorial. La ingesta frecuente de carbohidratos es el principal factor en la mayoría de los casos; normalmente, en la cavidad oral viven muchos tipos de bacterias y algunas pueden colonizar la superficie del diente,

formando la placa bacteriana. Entre ellas destacan los estreptococos (Mount, 1999).

Tipos de Caries

- Caries de esmalte
 - Mancha blanca
 - Caries detenida
- Caries de la dentina
- Caries de cemento y raíz
 - Activa o aguda
 - Crónica o detenida (Mooney, 2006)

4.2. ENFERMEDAD PERIODONTAL

La enfermedad periodontal es un proceso infeccioso de la encía y del aparato de inserción adyacente, producido por diversos microorganismos que colonizan el área supra y sub gingival. (Escudero Castaño, Perea García, & Bascones Martínez, 2008)

Entre los factores determinantes para la presencia de enfermedad periodontal en niños y jóvenes se encuentran la edad, el género, el estrés, el nivel socioeconómico y el tipo de bacterias presentes en la placa dentobacteriana.

Signos de enfermedad periodontal

Son cuatro los signos básicos de enfermedad periodontal:

- ✓ El sangrado de las encías durante el cepillado, al pasar el hilo dental o en cualquier otro momento.

- ✓ La presencia de encías inflamadas, rojas y brillantes.
- ✓ La recesión gingival que algunas veces expone las raíces.
- ✓ El mal aliento constante que no puede ser eliminado con el cepillado y el pasaje de hilo dental.

Tipos de enfermedad periodontal en niños

- **Gingivitis crónica:**

Es común en niños. Generalmente provoca inflamación del tejido gingival, el cual se torna enrojecido y sangra con facilidad.

La gingivitis puede prevenirse y tratarse con una rutina regular del cuidado dental al cepillar y pasar de hilo dental y con el cuidado profesional. Sin embargo, si se deja avanzar, puede eventualmente evolucionar a las formas de enfermedad periodontal más graves.

La gingivitis puede ser clasificada de acuerdo a las zonas que afecta como: papilar, marginal o difusa. De igual manera, de acuerdo a su distribución en la cavidad bucal puede ser considerada como localizada o generalizada.

- **Periodontitis agresiva:**

Se encuentra en adolescentes y adultos jóvenes, afecta principalmente los primeros molares e incisivos. Se caracteriza por la pérdida severa de hueso alveolar, pero a su vez, los pacientes generalmente forman muy poca placa dental o cálculo.

- **Periodontitis agresiva generalizada:**

Puede comenzar alrededor de la pubertad e involucrar la boca entera. Se caracteriza por la inflamación de las encías y por la gran acumulación de placa y cálculo. Eventualmente puede provocar la movilidad y posterior pérdida dentaria.

- **Periodontitis asociada a enfermedades sistémicas:**

Ocurre en niños y adolescentes tal como lo hace en los adultos. Las condiciones que hacen que los niños sean más susceptibles a la enfermedad periodontal incluyen: Diabetes tipo I, Síndrome de Down, Síndrome de Papillon-Lefevre (Esquenazi, 2006)

Tratamiento

La motivación y las instrucciones de higiene oral son el primer punto del tratamiento. El control de placa por parte del paciente es imprescindible para mantener el tratamiento. La eliminación profesional de placa y cálculo por medio de profilaxis o detartraje, que debe ir acompañada de la eliminación de factores retentivos. (Matesanz Pérez, Matos Cruz, & Bascones Martínez, 2008)

5. MALOCLUSIÓN

Edward Angle, publicó la primera clasificación de las maloclusiones que se sigue aplicando en la actualidad, y en ella también se describe la oclusión normal que es poco frecuente. (Cuenca Sala, Manau Navarro, & Serra Majem, 2004)

La oclusión dentaria normal tiene como características: la presencia de 16 piezas dentarias en cada arcada. En posición de máxima intercuspidad (PIM), que es cuando las piezas dentarias tienen los máximos contactos dentarios en posición de cierre, cada pieza dentaria articula con dos piezas antagonistas, excepto los incisivos centrales inferiores y los últimos molares superiores que articulan solamente con su pieza antagonista.

Según Angle, la NORMOCLUSION o NEUTROCLUSION es cuando el primer molar superior articula con el primer molar inferior de forma que la cúspide mesiovestibular del superior en PIM, encaja en el sucro vestibular que separa las primeras cúspides vestibulares del primer molar inferior.

ANGLE, describió las diferentes maloclusiones basándose en la relación del 1º molar superior permanente con el 1º molar inferior permanente. Estas son:

✓ **Maloclusión de clase I**

Cuando existen mal posiciones dentarias y la relación molar es de normoclusión, decimos que tenemos una maloclusión de clase I.

Las maloclusiones de clase I suelen ser dentarias, las relaciones basales óseas son normales y en general los problemas dentarios suelen estar en el grupo anterior. Podemos encontrar en la clase I diferentes posiciones dentarias, aunque también las podremos encontrar en: apiñamientos, espaciamientos, mordidas cruzadas anteriores y posteriores, mordidas abiertas, caninos elevados y mal posición individual de una o más piezas dentarias.

✓ **Maloclusiones de clase II**

Se llaman también distoclusiones, ya que en posición de máxima intercuspidad, el primer molar permanente inferior ocluye a distal del superior.

Se subdividen a su vez en dos:

La maloclusión de clase II división 1, se caracteriza por ser una distoclusión y además presenta casi siempre:

- Gran resalte de los incisivos superiores. El maxilar superior suele estar adelantado y la mandíbula retruida, solo la cefalometría nos dará con exactitud la discrepancia ósea.
- Puede haber mordida abierta anterior
- Las arcadas son estrechas de forma triangulares y por tanto son frecuentes los apiñamientos dentarios.
- Los incisivos superiores pueden descansar sobre el labio inferior.

La maloclusión de clase II división 2, es una distoclusión que se caracteriza por:

- Gran sobremordida vertical
- Vestibuloversión de los incisivos laterales superiores
- Linguoversión de los incisivos centrales superiores
- Suelen ser arcadas dentarias amplias, cuadradas.
- Suelen tener la curva de Spee muy marcada

✓ **Malocclusiones de clase III**

Se llaman mesiocclusiones, debido a que el primer molar inferior está más a mesial que el superior cuando los maxilares están en máxima intercuspidadación.

Se suelen caracterizar por:

- Mesioclusión
- Mordida cruzada anterior y puede haber mordida cruzada posterior.
- En general mandíbulas grandes y maxilares superiores pequeños. Se llaman progenies y prognatismos mandibulares.
- Son maloclusiones hereditarias. (Odontocat, 2001)

Factores de riesgo para las maloclusiones

La mayoría de maloclusiones son el resultado de una combinación de influencias genéticas y ambientales, y por variaciones más o menos moderadas del desarrollo normal.

Influencias genéticas:

Tiene un impacto importante en la amplitud y longitud de la arcada, y pueden agravarse debido a factores ambientales.

En cambio, en la posición y relación de los dientes (apiñamiento, rotaciones, desplazamientos dentales) tienen una capacidad de transmisión hereditaria muy baja.

Factores ambientales:

Diversos autores consideran que la prevalencia de maloclusiones se debe al cambio de vida experimentado por nuestra sociedad, en concreto, a los cambios de la dieta y a la reducción de la demanda funcional sobre los maxilares que provocan un menor desarrollo de las arcadas, favoreciendo el apiñamiento.

Algunas posibles influencias de tipo ambiental son hábitos como: succión digital, deglución atípica, respiración oral, entre otros.

Tipos de Mordidas

✓ **Mordida abierta anterior**

También llamada Sobremordida vertical negativa.

Es cuando los dientes posteriores situados en una intercuspidad máxima, se observa que los dientes anteriores opuestos no se entrecruzan, ni siquiera contactan entre sí.

✓ **Mordida Profunda**

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

✓ **Mordida bis a bis**

Se presenta en personas con crecimiento mandibular pronunciado, sus dientes anteriores mandibulares tienen una posición anterior y contactan con los bordes incisivos de los dientes anteriores maxilares. (Okeson, 1999)

✓ **Mordida cruzada posterior**

Es cuando los dientes posteriores de un lado o de los dos lados del maxilar superior ocluyen por dentro de los dientes de la mandíbula.

Clasificación: Según su origen, podemos clasificar en:

Mordidas cruzadas de origen dentario: los maxilares se encuentran bien y por lo tanto el problema radica en los dientes que se encuentran inclinados hacia dentro.

Mordida cruzada de origen esquelético: cuando maxilar superior es más pequeño que la mandíbula. En estos casos, aunque los dientes estén bien posicionados (respecto al hueso) van a ocluir por dentro de los inferiores ya que el maxilar es estrecho (paladar ojival).

Las *mordidas cruzadas de causa mixta* son una combinación de los dos tipos anteriores. (Roman, 2011)

✓ **Mordida cruzada anterior**

Se caracteriza porque uno o más dientes anterosuperiores se encuentran ocluyendo en la cara lingual de los inferiores.

Tipos:

- Mordida cruzada anterior dentaria
- Mordida cruzada anterior funcional (Pseudo Clase III)
- Mordida cruzada anterior esquelética (Velásquez, 2005)

6. Hábitos bucales

Son patrones neuromusculares de naturaleza muy compleja que se aprenden; y se definen como “la costumbre o práctica que se adquiere de un acto, por la repetición frecuente al mismo”; con la característica que inicialmente puede ser un acto voluntario o consciente, y posteriormente se convierte en inconsciente e involuntario cuando se arraiga. (EcuRed, 2011)

Hábitos de succión

Es un reflejo innato que poseen todos los lactantes. Esta necesidad es satisfecha con la lactancia materna o artificial, aunque este reflejo se puede satisfacer con la succión de un chupete o un dedo.

El problema aparece, cuando este hábito persiste en la dentición mixta, el efecto puede ser la aparición de mordida abierta anterior, compresión maxilar, vestibularización de los incisivos superiores y lingualización de los inferiores. (Cuenca Sala, Manau Navarro, & Serra Majem, 2004)

Así tenemos que la succión digital, es el hábito que consiste en introducir uno o más dedos en la cavidad oral, dando lugar a alteraciones de la oclusión provocando esencialmente, una mordida abierta anterior y distalización de la mandíbula ocasionada por la presión que ejerce la mano y el brazo.

También el dedo que se chupa se torna aplanado y con un callo en el dorso producido por los incisivos superiores (Medina, y otros, 2010)

Respiración oral

Puede aparecer como consecuencia de la reducción del paso aéreo de la nariz o de la nasofaringe por circunstancias de tipo mecánico o alérgico.

La respiración oral conlleva una apertura de los labios, y un cambio de la postura cráneo cervical para facilitar la respiración, de forma que la lengua queda en una posición descendida sin contacto con el paladar.

Si el periodo de respiración oral se prolonga, provoca un cambio del equilibrio de las presiones sobre los dientes y los maxilares que da lugar a una afectación del crecimiento de los maxilares y de la posición de los dientes. (Cuenca Sala, Manau Navarro, & Serra Majem, 2004)

Características faciales y dentarias:

- Síndrome de la cara larga (cara estrecha y larga, boca entreabierta, nariz pequeña, labio superior corto e inferior grueso y evertido, apariencia de ojeras).
- Mordida cruzada posterior, unilateral o bilateral acompañada de una moderada mordida abierta anterior.
- Paladar alto u ojival
- Retrognatismo del maxilar inferior.
- Labios agrietados y resecos.
- Arcada superior en forma triangular.
- Apiñamiento
- Encías hipertróficas y sangrantes. (González, Guida, Herrera, & Quirós, 2012)

Deglución infantil o atípica

Llamada también interposición lingual. En ocasiones, se trata de un fenómeno secundario a la presencia de una mordida abierta anterior.

Tipos

- Deglución atípica con presión atípica del labio

En el momento de la deglución, la selladura de la cavidad bucal se realiza mediante una fuerte contracción del labio inferior, que se interpone entre los incisivos superiores e inferiores.

- Deglución con presión atípica de la lengua

En el momento de deglutir los dientes no entran en contacto. La lengua se aloja entre los incisivos interponiéndose a veces entre premolares y molares

Diagnóstico

Debe observarse algunos aspectos en el paciente durante el acto de la deglución:

- Posición atípica de la lengua.
- Falta de contracción de los maseteros.
- Participación de la musculatura perioral con presión del labio y movimientos de la cabeza.
- Soplo en lugar de succión.
- Tamaño y tonicidad de la lengua.
- Dificultad de ingerir alimentos sólidos. (González, Guida, Herrera, & Quirós, 2012)

CAPITULO II: FACTORES DE RIESGO

1. RIESGO

Es la probabilidad de que un hecho ocurra. En otras palabras, es la medida de una probabilidad estadística de un suceso futuro. Por tanto, la probabilidad de consecuencias adversas aumenta en presencia de una o más características o factores determinantes de dichas consecuencias. El riesgo se enfoca con fines preventivos cuando se emprenden acciones para evitar o reducir una probabilidad conocida, como la enfermedad, el accidente o la muerte.

2. FACTORES DE RIESGO

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el factor de riesgo: *... es cualquier característica o circunstancia detectable en una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido.*

Los factores de riesgo pueden ser:

1. Biológicos: Por ejemplo, ciertos grupos de edad.
2. Ambientales: Incluye abastecimiento deficiente de agua potable, falta de adecuado sistema de disposición de excretas, entre otros
3. De comportamiento: Por ejemplo, fumar.
4. Relacionados con la atención a la salud: Entre ellos, la calidad deficiente de la atención y cobertura insuficiente.
5. Socioculturales: Por ejemplo, mala educación.
6. Económicos: Aquí se incluyen bajos ingresos.

Por otro lado, Beaglehole y Bonita (Organización Panamericana de la Salud, OPS, 1994) clasifican a los factores de riesgo en:

1. Factores predisponentes: Son la edad, el sexo o el padecimiento previo de un trastorno de salud, los cuales pueden crear un estado de sensibilidad hacia un agente causal de enfermedad.
2. Factores facilitadores: Aquí se incluyen los ingresos económicos reducidos, el tipo de alimentación, la vivienda inadecuada y la asistencia médica insuficiente que pueden favorecer el desarrollo de la enfermedad.
3. Factores desencadenantes: Incluyen, la exposición a un agente patógeno o nocivo específico, los cuales pueden relacionarse con la aparición de una enfermedad o estado patológico determinado.
4. Factores potenciadores: Entre ellos se encuentran la exposición repetida, la cual puede agravar una enfermedad ya establecida. (Higashida, 2000)

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

a. FACTORES DE RIESGO LOCALES

Los factores locales son:

- Hábitos de higiene bucal

El propósito de la higiene oral consiste en evitar la enfermedad dental mediante la disminución de las acumulaciones de placa y la facilitación de la circulación en tejido blando. (Harris & García - Godoy, 2001)

Se analiza los siguientes aspectos:

Cepillado: Es una técnica mecánica para el control de placa supragingival de las superficies dentarias cuyo propósito es retirar la placa dental de los dientes, incluso del surco gingival, con la menor lesión a los dientes y a las estructuras vecinas.

Técnica de cepillado: Las técnicas recomendadas son: en los niños y adolescentes la técnica de barrido horizontal, debido a que es la más fácil,

teniendo en cuenta que no se debe realizar un cepillado demasiado enérgico ni olvidar las caras oclusales. En los menores de 7 – 8 años es aconsejable que el cepillado sea realizado por los padres una vez al día, ya que el niño carece de la destreza manual adecuada. En los adultos la técnica más adecuada es la de Bass, que está diseñada para conseguir la higiene del surco gingival. En la técnica de Bass, el cepillo se coloca formando un ángulo de 45° con el eje vertical de los dientes, introduciendo suavemente la cerdas en el surco gingival y realizando cortos movimientos vibratorios durante 10 – 15 segundos por área; a continuación puede desplazarse el cepillo en dirección oclusal para limpiar las caras vestibulares y linguales. Las caras oclusales se limpian mediante movimientos antero - posteriores.

Elementos utilizados en la higiene bucal: Se recomienda emplear los siguientes:

Cepillo Dental: Se recomienda el uso de un cepillo de dientes de cerda artificial de nilón, con puntas redondeadas para minimizar las lesiones gingivales, de dureza media o suave y con un cabezal adaptado al tamaño de la dentición, un mango de la longitud y anchura suficientes para manejarlo con seguridad. En cuanto a la periodicidad de recambio del cepillo dental, se encuentran entre los 2,5 y los 6 meses. (Cuenca Sala, Manau Navarro, & Serra Majem, 2004)

Pasta dental: Es una sustancia que se utiliza con el cepillo dental para limpiar las caras accesibles de los dientes.

Los constituyentes de la pasta dental son: abrasivos, agua, humectantes, espumante, fijador, saborizante, edulcorante, agente terapéutico, colorante o conservador que ayudan a la disminución de la incidencia de la caries, la gingivitis, manchas extrínsecas, la formación de cálculos, y la sensibilidad dental. (Higashida, 2000)

Hilo Dental: Es un hilo especial de seda formado por varios filamentos, los cuales se separan al entrar en contacto con la superficie del diente (Higashida, 2000),

para conseguir la eliminación total de la placa bacteriana de los espacios interproximales, cuya higiene es necesaria para la prevención de las enfermedades periodontales y la caries en las personas muy susceptibles.

La seda dental se utilizara introduciéndola con suavidad entre los dientes, deslizándola luego hacia oclusal con movimientos de sierra en sentido vestíbulo lingual. Una vez limpia la superficie interproximal de un diente, se mueve la seda dental sobre la papila interdientaria y se repite el proceso con el diente adyacente. (Cuenca Sala, Manau Navarro, & Serra Majem, 2004)

Es importante mantener tenso el hilo entre los dedos. En los dientes superiores el hilo se guía con los pulgares, o con el pulgar y el índice y en los dientes inferiores con los dedos índices. (Higashida, 2000)

Cuando los espacios interdentarios están abiertos debido a la perdida de soporte periodontal o a diastemas, el método de elección para la higiene interproximal son los cepillos interproximales de diferentes formas y tamaños. (Cuenca Sala, Manau Navarro, & Serra Majem, 2004)

Enjuagues bucales: Tienen como ingredientes activos ácido bórico y benzoico, astringentes, además se les adiciona el sulfato de zinc como un ingrediente antiplaca que ayuda a disminuir la acumulación de la placa.

Se recomienda a los pacientes enjuagarse 2 veces al día durante 30 segundos con 20 ml de enjuague bucal.

- Motivación del paciente y su medio familiar

El apoyo de la familia para el cumplimiento de medidas propuestas es muy importante para orientar en la formación, instrucción y motivación del individuo para realizar un adecuado control personal de la placa dentobacteriana a través de métodos y técnicas de uso doméstico con cepillo dental para la higiene bucal y acudir con el dentista en forma periódica para la revisión profesional.

- Experiencia anterior

Si bien no siempre es un indicador satisfactorio, debido al carácter multifactorial de las causas, de no mediar el establecimiento de medidas para su control, si es un poderoso elemento de predicción del desarrollo futuro de la enfermedad. (Higashida, 2000)

- Dieta

La consistencia y la composición de la dieta son primordiales en la regulación de la composición de la placa. Los alimentos de consistencia pegajosa permanecen durante más tiempo en contacto con los dientes por ejemplo golosinas (chitos, galletas) incrementando así la producción de ácidos. Por lo contrario los de rápido aclaramiento, como los líquidos (bebidas gaseosas) tienen un contacto muy breve produciendo un menor porcentaje de ácidos.

Los alimentos azucarados son más peligrosos si son consumidos entre comidas que durante ellas (postres, golosinas, etc.) Esto tiene que ver con los mecanismos de defensa naturales de la boca, que funcionan al máximo durante las comidas y tienden a eliminar los restos de alimentos que quedan en ella y a neutralizar los ácidos (capacidad buffer) que puedan haberse formado. Por esta razón, acaso el peor momento para ingerir un alimento cariogénico sea inmediatamente antes de ir a acostarse, porque la boca se halla casi en reposo completo durante el sueño.

La frecuencia de la ingesta, especialmente por lo que se refiere a los hidratos de carbono, ya que tras cada toma de alimento las bacterias cariogénicas ponen en marcha sus procesos metabólicos y producen el ácido que puede provocar la desmineralización de la superficie dentaria.

Las recomendaciones alimentarias para la prevención de la caries dental deben incluir:

- 1) Reducir el consumo de sacarosa por debajo de 50g/día.

2) Reducir la frecuencia de consumo de azúcar y productos azucarados.

3) Evitar comer o <<picar>> entre comidas.

4) Disminuir el consumo de alimentos pegajosos o viscosos, que se adhieren más a la estructura dental. (Cuenca Sala, Manau Navarro, & Serra Majem, 2004)

- Características dentales

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

- Tiempo de erupción

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

- Características salivales

Flujo y viscosidad son elementos de defensa.

- Aparatos

Pueden ocasionar retención de placa bacteriana e interfieren con la higiene correcta.

- Controles periódicos odontológicos

Se recomienda al paciente visitar al odontólogo cada 6 meses y así obtener una intervención profesional oportuna y eficaz para el control de la evolución de enfermedades bucodentales, evaluación del riesgo actual y determinación de medidas de mantenimiento.

b. FACTORES DE RIESGO GENERALES

Los factores generales son:

- Socioeconómicos

Calidad de vida: vivienda, estabilidad laboral, ingresos, cobertura asistencial

- Ambientales

El abastecimiento inadecuado de agua potable es factor de riesgo. Si la madre es reservorio de streptococcus mutans influye en la infección temprana de los hijos.

- Culturales

Escolaridad, valoración de la salud, creencias y costumbres (uso del biberón, ingesta de azúcares, etc.)

- Biológicos

Rasgos genéticos (discapacidades), enfermedades sistémicas tratadas con medicamentos que alteran el flujo salival (por ejemplo: xerostomía), estado nutricional, estado inmunitario, estrés, enfermedades intercurrentes. Con respecto a la edad, la caries es más frecuente durante la niñez y la adolescencia, y la enfermedad periodontal es más peligrosa durante la erupción dental y la adolescencia. (Higashida, 2000)

CAPÍTULO III: DESCRIPCIÓN DEL CANTÓN LOJA Y LA PARROQUIA CHUQUIRIBAMBA

1. CANTÓN LOJA

Loja es la ciudad de la música y la poesía, enclavada en el rincón más bello de la sierra ecuatoriana, es una de las ciudades más antiguas del país, tuvo dos fundaciones: la primera fue en el valle de Garrochamba en 1546, con el nombre de La Zarza; la segunda y definitiva fundación fue en el valle de Cuxibamba ("llanura alegre"), bajo orden de Pedro de la Gasca, tras haber sometido a Pizarro, el 8 de diciembre de 1548.

La ciudad se levanta en medio del delta que forman los ríos Malacatus y Zamora.

Sus añejas calles recuerdan su pasado colonial, con sus iglesias y rincones, sus bellos zaguanes y patios, es una ciudad para conocer y explorar.

En el Casco Urbano de Loja se puede recorrer una gran variedad de atractivos principalmente plazas y parques, en los cuales se puede encontrar la calidez de los lojanos en medio de la historia de la ciudad. La arquitectura tradicional refleja una cultura diversa y fusionada en cada detalle. (EcosTravel, 2004)

Cuenta con 4 parroquias urbanas: El Sagrario, Sucre, El Valle y San Sebastián, sus parroquias rurales son: Chantaco, Chuquiribamba, El Cisne, Gualiel, Jimbilla, Malacatos, Quinara, San Lucas, San Pedro de Vilcabamba, Santiago, Taquil, Vilcabamba y Yangana.

POBLACIÓN: 214.855 habitantes.

LÍMITES: Al norte con la provincia de Zamora Chinchipe y los cantones Saraguro y Portovelo; al este y sur con la provincia de Zamora Chinchipe, y al oeste con los cantones lojanos Espíndola, Quilanga, Gonzanamá y Catamayo. (Ecuador, Viva Loja: La capital musical del Ecuador, 2008)

Loja ofrece un lugar donde las tradiciones y atractivos se conjugan para mostrar lo mejor de la historia y aporte al mundo. Entre los sitios turísticos encontramos: Iglesia Catedral, Iglesia de Santo Domingo, Museo de la Música, Plaza de San Sebastián, Parque Recreacional Jipiro, Parque Lineal La Tebaida, Jardín Botánico Reinaldo Espinosa y Parque Nacional Podocarpus. También la ciudad de Loja ofrece a sus visitantes nacionales y extranjeros una gastronomía diversa, exóticos y diversos platos hacen de los platos típicos un rasgo propio de Loja y de la región. (EcosTravel, 2004)

1.1. PARROQUIA CHUQUIRIBAMBA

La parroquia Chuquiribamba fue fundada el 27 de abril de 1911, se ubica al noroeste de la ciudad de Loja a 49.10 km de distancia.

Limita al norte con la parroquia Gualiel, al sur con la parroquia Chantaco y Cantón Catamayo, al este con la parroquia Santiago y Taquil y al oeste con la parroquia El Cisne.

Posee un clima templado-frio y la temperatura fluctúa entre 8°C y 20°C; cuenta con una población de 2.645 habitantes, quienes se dedican a las actividades agrícolas y a microempresas dedicadas al procesamiento de hierbas aromáticas para la preparación de horchata, además abastecen de hortalizas y cuyes a la ciudad de Loja.

Los barrios que componen esta parroquia son: Tesalia, Guayllas Grande, Saracapa, Casachir, Huiñacapác Oriental, Huiñacapác Occidental, Zañe, El Carmelo, El Calvario, Pordel, San Vicente, Miraflores, Simón Bolívar, La Dolorosa, Chaquircuña, La Unión, San José, Reina del Cisne y Calucay. (Pucha, 2009)

Reseña histórica

Antes de la llegada de los Incas, esta comarca estaba habitada por los Chucumbambas, grupo de indígenas dispersos en el sector de Guayllas, (actualmente Tesalia), en la actual parroquia de Chantaco, y por los alrededores

del actual Chuquiribamba. Además existían grupos indígenas menores, ubicados en Saracapa, Huiñacapa, Casachir, Jalapa, entre otros.

Vivía en Chantaco un cacique de apellido Caraguay; en Chuquiribamba el cacique Sinche y en Guayllas el cacique Pinta. Siempre que tenían reuniones sociales, luego de disfrutar de la comida y las bebidas acostumbradas, la primera discusión era la de fundar el pueblo; pero cada uno quería que sea en su lugar y ninguno cedía. Pasó mucho tiempo, la disputa continuaba sin llegar a ningún acuerdo.

Cierta ocasión, en una reunión realizada en Chantaco, Caraguay propuso una alternativa con la que finiquitarían el asunto. La propuesta consistía en realizar una caminata desde cualquier punto donde ellos residían, llevando consigo un gallo y que en su recorrido, en donde cante éste, sería el lugar elegido para la fundación del pueblo.

En la víspera del día concertado, llegaron desde diferentes puntos todos los caciques acompañados de sus esposas, hijos, colaboradores y amigos más cercanos.

Llegado el día partieron al nuevo lugar desde Chantaco hacia el norte, uno de ellos tomó un gallo y lo metió en su alforja, dejando al descubierto su cabeza y echó al hombro; cuando estaban cerca de la laguna de los Chuquiris, el gallo cantó una vez todos estaban sorprendidos y en completo silencio, el gallo aleteando algunas veces nuevamente cantó.

Aunque el cacique de Guayllas poco le gustó como tampoco al de Chantaco por ser un lugar de clima frío; pero finalmente lo aceptaron, ya que eran gente seria y su palabra era Ley.

Pasado el acontecimiento, se abrazaron, cantaron y danzaron muy alegres, luego cortaron un árbol de arrayán y colocaron un poste señalando el lugar donde posteriormente se levantaría el pueblo de Chuquiribamba.

Fiestas cívicas y religiosas

La población de Chuquiribamba el 27 de Abril celebra su parroquialización.

Entre sus fiestas Religiosas encontramos: el 27 de Abril, en honor a San Vicente Ferrer; el 29 de Junio, Fiesta del Patrono de la Parroquia San Juan Bautista; el 20 de Agosto, Romería con la Imagen de la Virgen del Cisne desde el barrio Tesalia – Chuquiribamba - Chantaco.

Orografía

La orografía de la parroquia es bastante irregular, con una altitud que oscila entre los 2.723 m.s.n.m, lo que da lugar a la formación de montañas que se entrelazan naturalmente para servir de protección al frío valle.

Hidrografía

El sistema hídrico de la parroquia cuenta con vertientes y quebradas que dan vida a los habitantes, a la flora y fauna.

Agua de consumo humano

Cuenta con infraestructura de agua potable del Sistema de agua Municipal Cocheturo y la Junta Administradora de agua entubada Santa Bárbara abastece del líquido vital a algunos barrios. En donde el agua entubada trae como consecuencia el incremento de enfermedades gastrointestinales a la comunidad.

Educación

La parroquia Chuquiribamba cuenta con centros educativos primarios y secundarios, para la formación académica de sus habitantes, así como centros de formación musical.

Dentro de las instituciones educativas tenemos las escuelas: Isabel de Aragón, González Suarez, Pedro Fermín Cevallos, Eduardo Unda Bustamante, Antonio

Jiménez de Monte, Libia Melida Jaramillo, Leoncio Jaramillo, Adolfo Valarezo, María Dominga Guaya y Colegio San Vicente Ferrer

Atractivos turísticos

Presenta un gran atractivo paisajístico y producción agrícola, está adornada por varios cerros como el cerro Santa Bárbara y que en la antigüedad era usado por los indígenas como adoratorio.

Otro atractivo fundamental son las bandas del pueblo integradas por músicos empíricos que sus enseñanzas las transmiten de generación en generación.

Microempresas

Se encuentra IPLAMEC que es la fábrica de Horchatas y AAPPSME que es la Asociación Agro artesanal de Productores de Plantas Medicinales del Ecuador. (GAD Municipal de Loja, 2011)

5. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal que determinó porcentualmente el estado de salud bucodental de los estudiantes de los centros educativos primarios: “González Suarez”, “Adolfo Valarezo” y “María Dominga Guaya Sinche” de la parroquia Chuquiribamba del cantón Loja en el año 2013.

ÁREA DE ESTUDIO

La parroquia de Chuquiribamba cuenta con una población de 2645 habitantes, limita al norte con las parroquias de Gual y Santiago, al sur con las parroquias de Chantaco y el cantón Catamayo, al este con la parroquia de Santiago y al oeste con la parroquia El Cisne.

El universo fue conformado por 152 estudiantes de la Escuela “González Suarez” desde nivel inicial hasta séptimo grado, encontrándose 57 mujeres y 63 varones; en la Escuela “Adolfo Valarezo” desde segundo hasta séptimo grado, encontrándose 11 mujeres y 14 varones y en la Escuela “María Dominga Guaya Sinche” desde tercero hasta séptimo grado, encontrándose 6 mujeres y 1 varón; pertenecientes a la parroquia Chuquiribamba del cantón Loja en el año 2013. Se trabajó en el 100% de la población establecida, siendo excluidos del estudio dos estudiantes que estuvieron ausente cuando se realizó la recolección de los datos.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

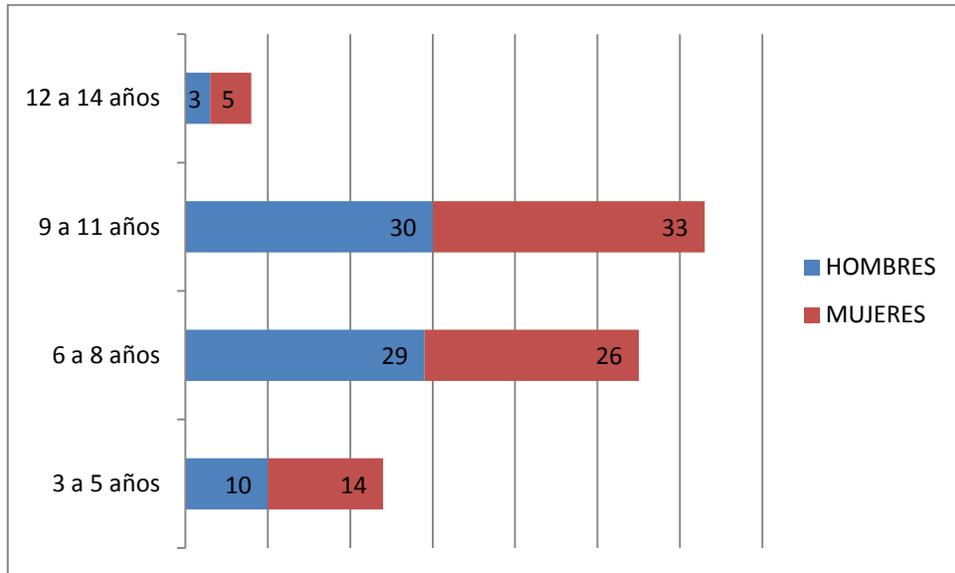
Para la recolección de datos se empleó la observación, la entrevista, la encuesta y también se elaboró un instrumento de recolección de datos en base a la Historia Clínica Odontológica, que permitieron obtener la información necesaria para tener una visión clara, real y actual del problema investigado.

TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos tabulados y analizados, se presentados en tablas y graficas estadísticas en el programa informático Microsoft Excel, con sus respectivas interpretaciones.

6. RESULTADOS

GRÁFICO N° 1: Población estudiantil de los Centros Educativos Primarios: “González Suarez”, “Adolfo Valarezo” y “María Dominga Guaya Sinche” de la parroquia Chuquiribamba del cantón Loja en el año 2013



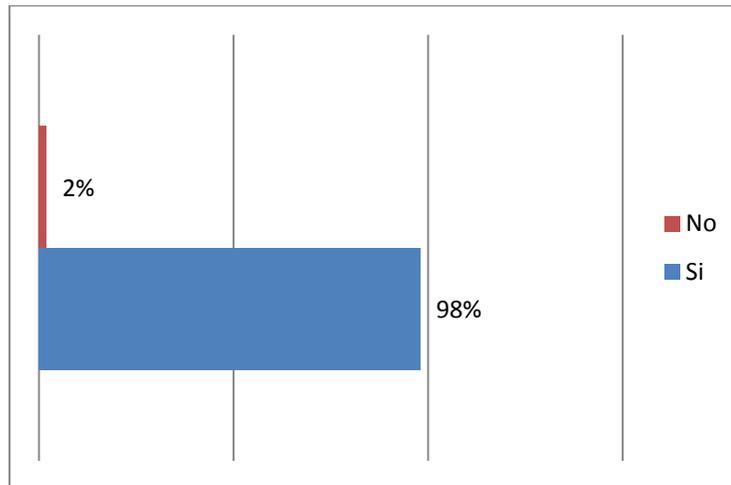
FUENTE: Historia clínica aplicada a los estudiantes de las escuelas “González Suarez”, “Adolfo Valarezo” y “María Dominga Guaya Sinche”.

AUTORA: Magaly Judith Guamán Camacho.

INTERPRETACIÓN:

En la presente gráfica se observa la distribución de la población estudiada (150 individuos), en edades y por su género; encontrándose 10 hombres y 14 mujeres de 3 a 5 años; 29 hombres y 26 mujeres de 6 a 8 años; 30 hombres y 33 mujeres de 9 a 11 años y en las edades de 12 a 14 años tenemos 3 hombres y 5 mujeres.

GRÁFICO N°2: Presencia de caries dental en los estudiantes de los Centros Educativos Primarios: “González Suarez”, “Adolfo Valarezo” y “María Dominga Guaya Sinche” de la parroquia Chuquiribamba del cantón Loja en el año 2013



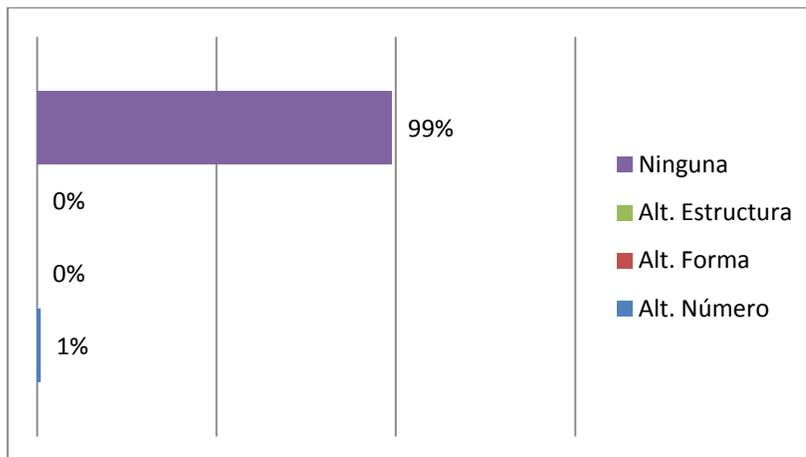
FUENTE: Historia clínica aplicada a los estudiantes de las escuelas “González Suarez”, “Adolfo Valarezo” y “María Dominga Guaya Sinche”.

AUTORA: Magaly Judith Guamán Camacho.

INTERPRETACIÓN:

En la presenta gráfica se observa que el 98% de la población estudiada presenta caries dental y en el 2% existe ausencia de esta patología.

GRÁFICO N° 3: Presencia de alteraciones dentales en los estudiantes de los Centros Educativos Primarios: “González Suarez”, “Adolfo Valarezo” y “María Dominga Guaya Sinche” de la parroquia Chuquiribamba del cantón Loja en el año 2013



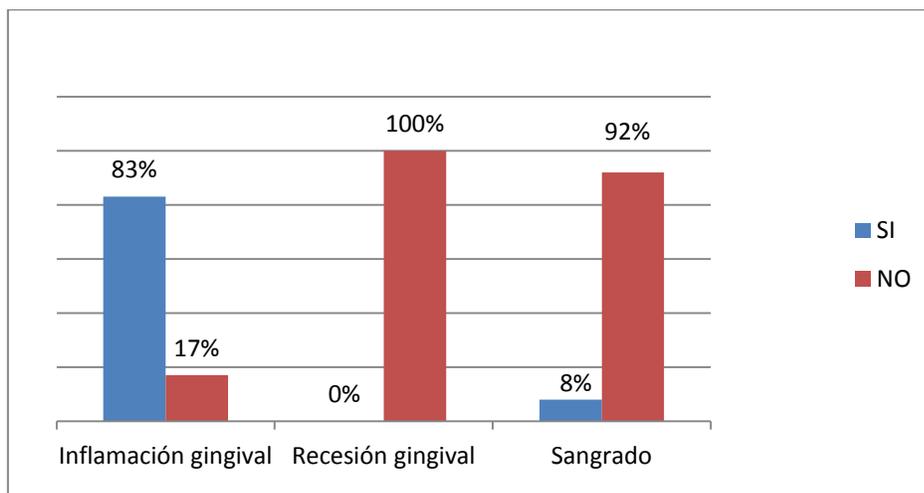
FUENTE: Historia clínica aplicada a los estudiantes de las escuelas “González Suarez”, “Adolfo Valarezo” y “María Dominga Guaya Sinche”.

AUTORA: Magaly Judith Guamán Camacho.

INTERPRETACIÓN:

De la población estudiada el 99% no presenta ninguna alteración dental, mientras que el 1% restante presentan alteraciones dentales de número.

GRÁFICO N° 4: Presencia de alteraciones gingivales en los estudiantes de los Centros Educativos Primarios: “González Suarez”, “Adolfo Valarezo” y “María Dominga Guaya Sinche” de la parroquia Chuquiribamba del cantón Loja en el año 2013



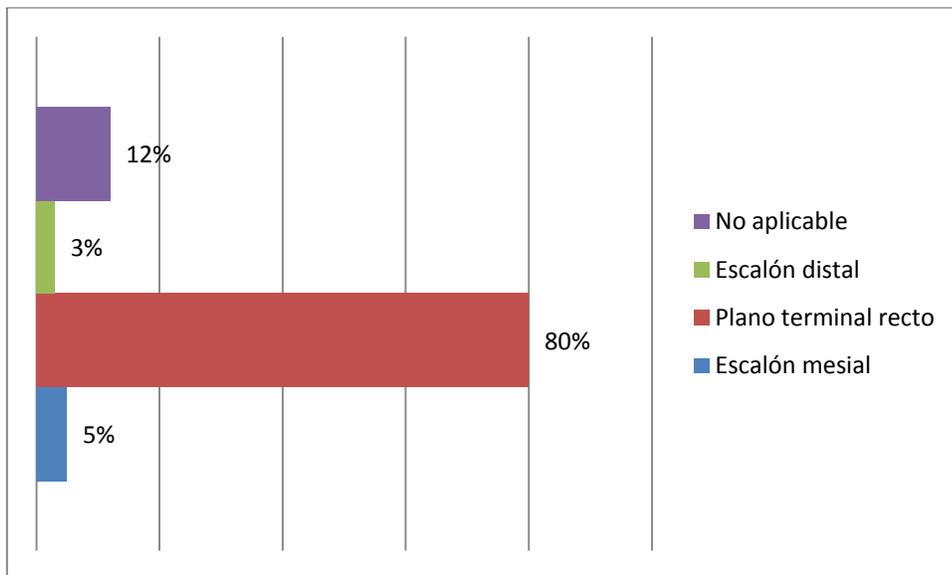
FUENTE: Historia clínica aplicada a los estudiantes de las escuelas “González Suarez”, “Adolfo Valarezo” y “María Dominga Guaya Sinche”.

AUTORA: Magaly Judith Guamán Camacho.

INTERPRETACIÓN:

Dentro de las alteraciones gingivales observadas a la población en estudio, encontramos ausencia de recesión gingival en el 100%; sin embargo el 83% de ellos tienen inflamación gingival y el 8% presentan sangrado gingival.

GRÁFICO N° 5: Relación molar en la dentición temporal en los estudiantes de los Centros Educativos Primarios: “González Suarez”, “Adolfo Valarezo” y “María Dominga Guaya Sinche” de la parroquia Chuquiribamba del cantón Loja en el año 2013

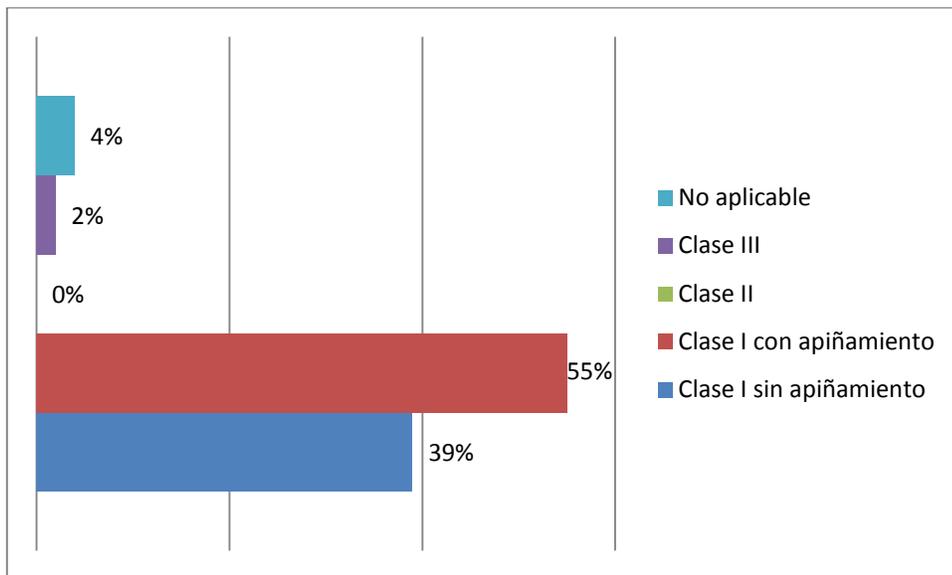


FUENTE: Historia clínica aplicada a los estudiantes de las escuelas “González Suarez”, “Adolfo Valarezo” y “María Dominga Guaya Sinche”.
AUTORA: Magaly Judith Guamán Camacho.

INTERPRETACIÓN:

En la presente gráfica observamos que la relación molar en la dentición decidua de la población analizada es del 80% en plano terminal recto mientras que en el 3% se observa en escalón distal.

GRÁFICO N° 6: Presencia de mal oclusión dental en la dentición permanente en los estudiantes de los Centros Educativos Primarios: “González Suarez”, “Adolfo Valarezo” y “María Dominga Guaya Sinche” de la parroquia Chuquiribamba del cantón Loja en el año 2013



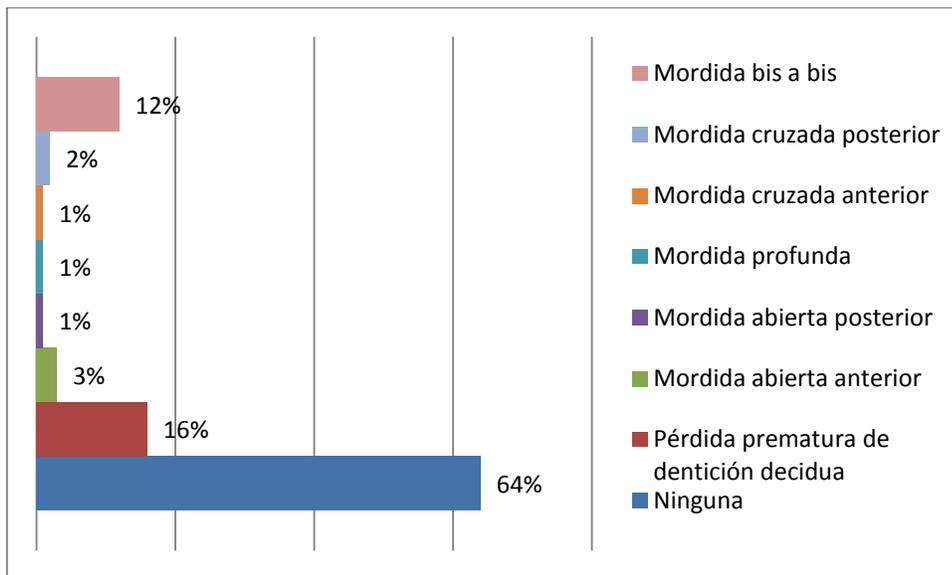
FUENTE: Historia clínica aplicada los estudiantes de las escuelas “González Suarez”, “Adolfo Valarezo” y “María Dominga Guaya Sinche”.

AUTORA: Magaly Judith Guamán Camacho.

INTERPRETACIÓN:

En la gráfica se observa que el 55% de la población analizada presentan clase I con de apiñamiento dental y el 2% presenta clase III.

GRÁFICO N° 7: Presencia de alteraciones en la oclusión en los estudiantes de los Centros Educativos Primarios: “González Suarez”, “Adolfo Valarezo” y “María Dominga Guaya Sinche” de la parroquia Chuquiribamba del cantón Loja en el año 2013

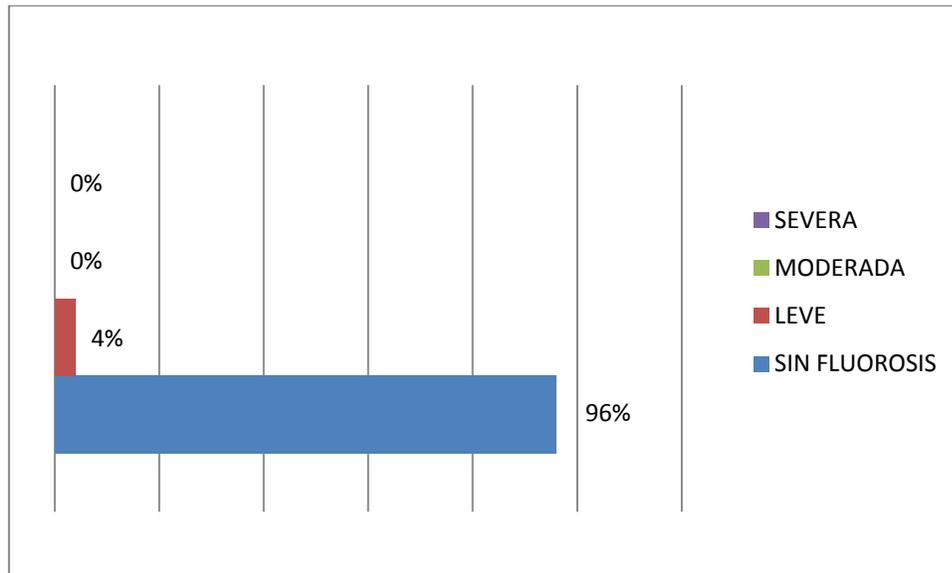


FUENTE: Historia clínica aplicada a los estudiantes de las escuelas “González Suarez”, “Adolfo Valarezo” y “María Dominga Guaya Sinche”.
AUTORA: Magaly Judith Guamán Camacho.

INTERPRETACIÓN:

En la población estudiada el 64% no presentaron alteraciones en la oclusión, mientras el 16% presentaron pérdida prematura de dientes deciduos, el 12% mordida bis a bis y en 1% presentaron mordida abierta posterior en igual porcentaje mordida cruzada anterior y mordida profunda.

GRÁFICO N° 8: Presencia de fluorosis dental en los estudiantes de los Centros Educativos Primarios: “González Suarez”, “Adolfo Valarezo” y “María Dominga Guaya Sinche” de la parroquia Chuquiribamba ddel cantón Loja en el año 2013



FUENTE: Historia clínica aplicada a los estudiantes de las escuelas “González Suarez”, “Adolfo Valarezo” y “María Dominga Guaya Sinche”.
AUTORA: Magaly Judith Guamán Camacho.

INTERPRETACIÓN:

Del grupo analizado se observó que el 96% no presentan fluorosis dental mientras el 4% de los examinados presentaron fluorosis leve.

GRÁFICO N° 9: Índice ceo – d (Dientes cariados, extracción indicada y obturados) utilizado para la dentición decidua presente en los estudiantes de los Centros Educativos Primarios: “González Suarez”, “Adolfo Valarezo” y “María Dominga Guaya Sinche” de la parroquia Chuquiribamba del cantón Loja en el año 2013

Edad	Muy bajo	Bajo	Moderado	Alto
3 a 5 años	0	0	0	24
6 a 8 años	0	0	0	54
9 a 11 años	0	0	0	50
12 a 14 años	0	0	5	0

FUENTE: Historia clínica aplicada a los estudiantes de las escuelas “González Suarez”, “Adolfo Valarezo” y “María Dominga Guaya Sinche”.

AUTORA: Magaly Judith Guamán Camacho.

INTERPRETACIÓN:

En el grupo examinado, encontramos que 54 niños y niñas de 6 a 8 años poseen un alto índice de ceo – d y 5 individuos examinados se encuentran en un nivel moderado.

GRÁFICO N° 10: Índice CPO – D (Dientes cariados, perdidos y Obturados) utilizado para la dentición permanente en los estudiantes de los Centros Educativos Primarios: “González Suarez”, “Adolfo Valarezo” y “María Dominga Guaya Sinche” de la parroquia Chuquiribamba del cantón Loja en el año 2013

Edad	Muy bajo	Bajo	Moderado	Alto
3 a 5 años	0	0	0	0
6 a 8 años	0	0	37	0
9 a 11 años	0	0	59	0
12 a 14 años	0	0	8	0

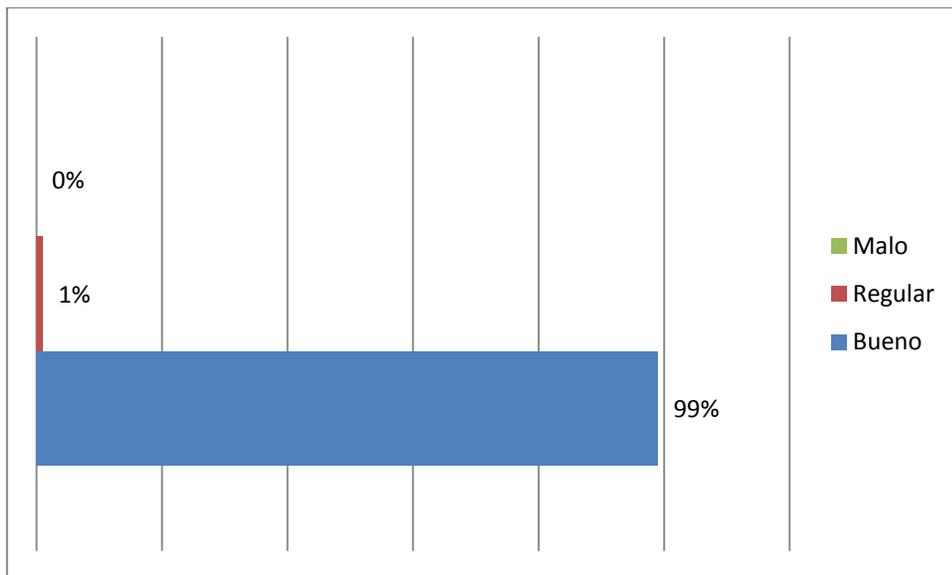
FUENTE: Historia clínica aplicada a los estudiantes de las escuelas “González Suarez”, “Adolfo Valarezo” y “María Dominga Guaya Sinche”.

AUTORA: Magaly Judith Guamán Camacho.

INTERPRETACIÓN:

En la población examinada, los niños y niñas de entre 6 a 14 años poseen un rango moderado de CPO – D, afectando en mayor frecuencia a los estudiantes de 9 a 11 años.

GRÁFICO N° 11: Índice de higiene oral simplificado en los estudiantes de los Centros Educativos Primarios: “González Suarez”, “Adolfo Valarezo” y “María Dominga Guaya Sinche” de la parroquia Chuquiribamba del cantón Loja en el año 2013

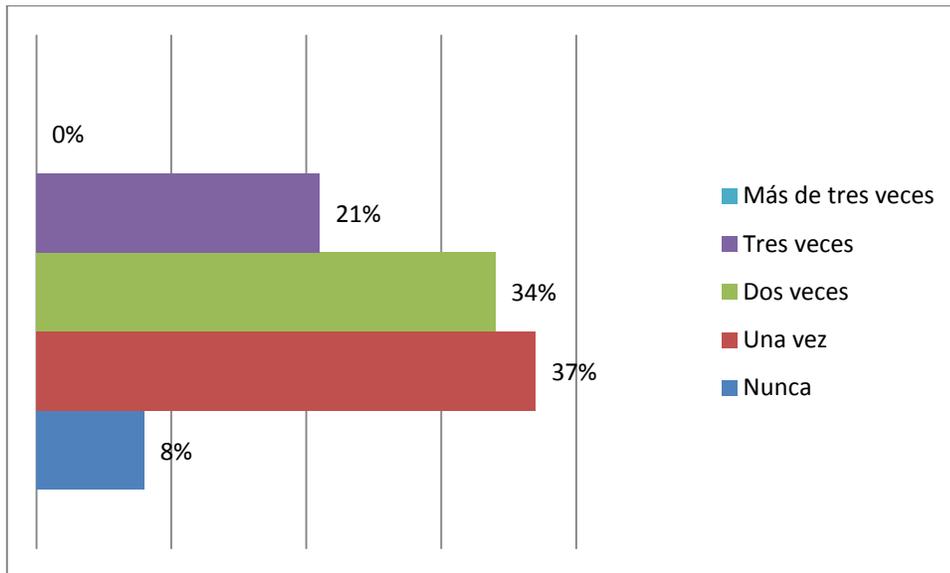


FUENTE: Historia clínica aplicada a los estudiantes de las escuelas “González Suarez”, “Adolfo Valarezo” y “María Dominga Guaya Sinche”.
AUTORA: Magaly Judith Guamán Camacho.

INTERPRETACIÓN:

La muestra presenta un índice de higiene oral simplificado bueno en un 99% y el 1% se encuentra en un estado regular.

GRÁFICO N° 12: Frecuencia de cepillado al día en los estudiantes de los Centros Educativos Primarios: “González Suarez”, “Adolfo Valarezo” y “María Dominga Guaya Sinche” de la parroquia Chuquiribamba del cantón Loja en el año 2013

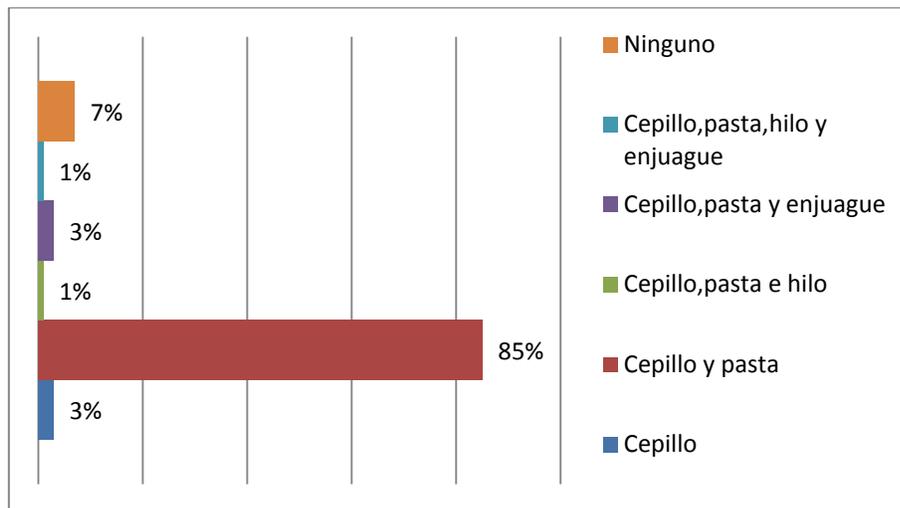


FUENTE: Encuesta aplicada a los estudiantes de las escuelas “González Suarez”, “Adolfo Valarezo” y “María Dominga Guaya Sinche”.
AUTORA: Magaly Judith Guamán Camacho.

INTERPRETACIÓN:

La población estudiada manifestó en 37% que realizan la higienización bucal una vez al día, mientras que el 8% no se cepillan sus dientes.

GRÁFICO N° 13: Elementos utilizados en la higiene bucal por los estudiantes de los Centros Educativos Primarios: “González Suarez”, “Adolfo Valarezo” y “María Dominga Guaya Sinche” de la parroquia Chuquiribamba del cantón Loja en el año 2013



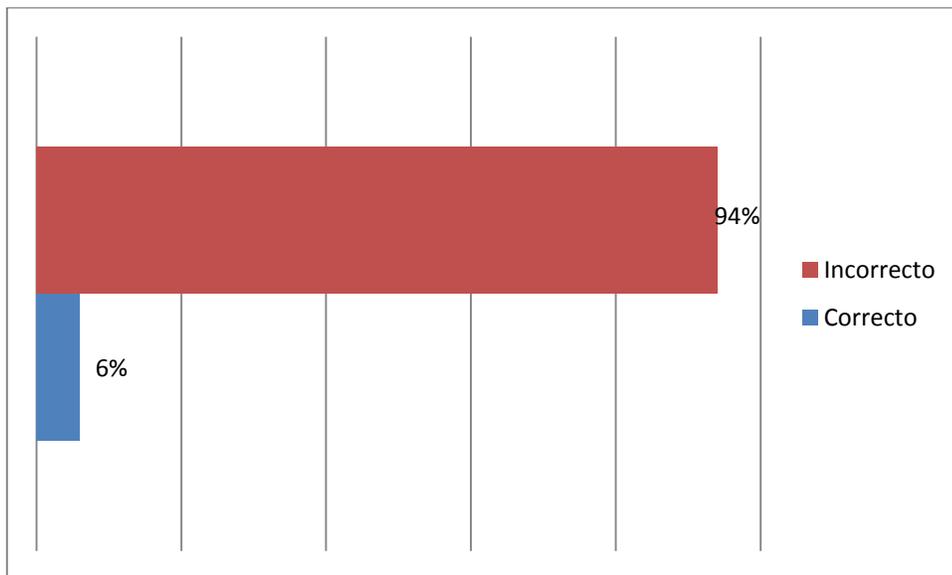
FUENTE: Encuesta aplicada a los estudiantes de las escuelas “González Suarez”, “Adolfo Valarezo” y “María Dominga Guaya Sinche”.

AUTORA: Magaly Judith Guamán Camacho.

INTERPRETACIÓN:

En la población encuestada, la mayoría constituyendo el 84% utiliza para su higiene oral pasta y cepillo dental, mientras el 7% no posee ningún implemento para su aseo bucal, y el 1% manifiestan que posee casi o todos los implementos que se emplean en el cepillado.

GRÁFICO N° 14: Técnica de cepillado empleada en los estudiantes de los Centros Educativos Primarios: “González Suarez”, “Adolfo Valarezo” y “María Dominga Guaya Sinche” de la parroquia Chuquiribamba del cantón Loja en el año 2013

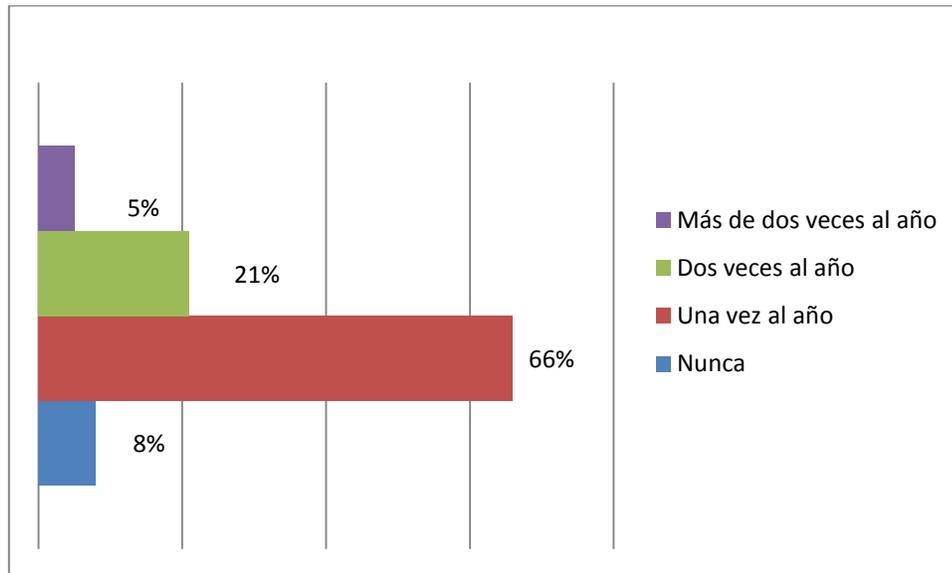


FUENTE: Encuesta aplicada a los estudiantes de las escuelas “González Suarez”, “Adolfo Valarezo” y “María Dominga Guaya Sinche”.
AUTORA: Magaly Judith Guamán Camacho.

INTERPRETACIÓN:

En cuanto a la técnica de cepillado que usan los estudiantes al momento de su higienización, el 94% lo realiza en una forma incorrecta, mientras que el 6% lo realiza de forma correcta.

GRÁFICO N° 15: Frecuencia de visita al odontólogo de los estudiantes de los Centros Educativos Primarios: “González Suarez”, “Adolfo Valarezo” y “María Dominga Guaya Sinche” de la parroquia Chuquiribamba del cantón Loja en el año 2013

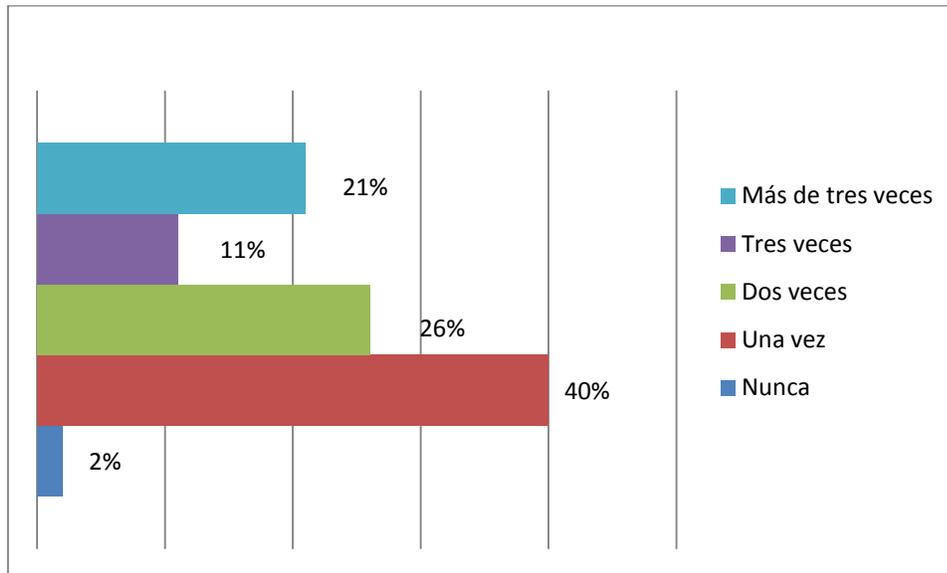


FUENTE: Encuesta aplicada a los estudiantes de las escuelas “González Suarez”, “Adolfo Valarezo” y “María Dominga Guaya Sinche”.
AUTORA: Magaly Judith Guamán Camacho.

INTERPRETACIÓN:

La población encuestada manifestó en un 66% visitan al odontólogo una vez al año, 21% lo realiza dos veces al año, 5% más de dos veces al año y en un 8% nunca acuden al odontólogo.

GRÁFICO N° 16: Frecuencia de consumo de alimentos cariogénicos por los estudiantes de los Centros Educativos Primarios: “González Suarez”, “Adolfo Valarezo” y “María Dominga Guaya Sinche” de la parroquia Chuquiribamba del cantón Loja en el año 2013

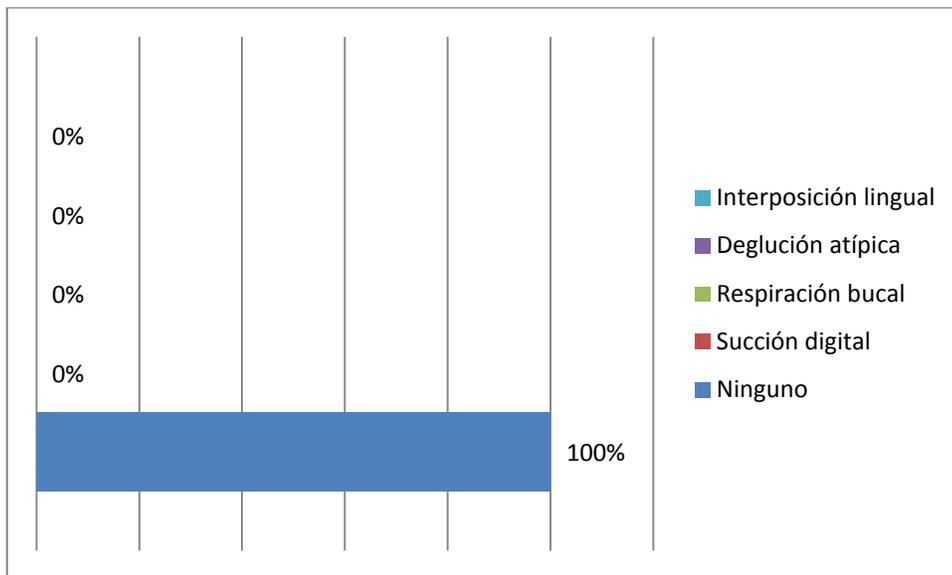


FUENTE: Encuesta aplicada a los estudiantes de las escuelas “González Suarez”, “Adolfo Valarezo” y “María Dominga Guaya Sinche”.
AUTORA: Magaly Judith Guamán Camacho.

INTERPRETACIÓN:

En la gráfica se puede observar que el 40% del grupo estudiado consume una vez al día alimentos cariogénicos, el 26% los consume dos veces al día, el 21% ingiere más de tres veces alimentos cariogénicos, el 11% los ingiere tres veces y el 2% no consumen estos alimentos.

GRÁFICO N° 17: Hábitos bucales de los estudiantes de los Centros Educativos Primarios: “González Suarez”, “Adolfo Valarezo” y “María Dominga Guaya Sinche” de la parroquia Chuquiribamba del cantón Loja en el año 2013



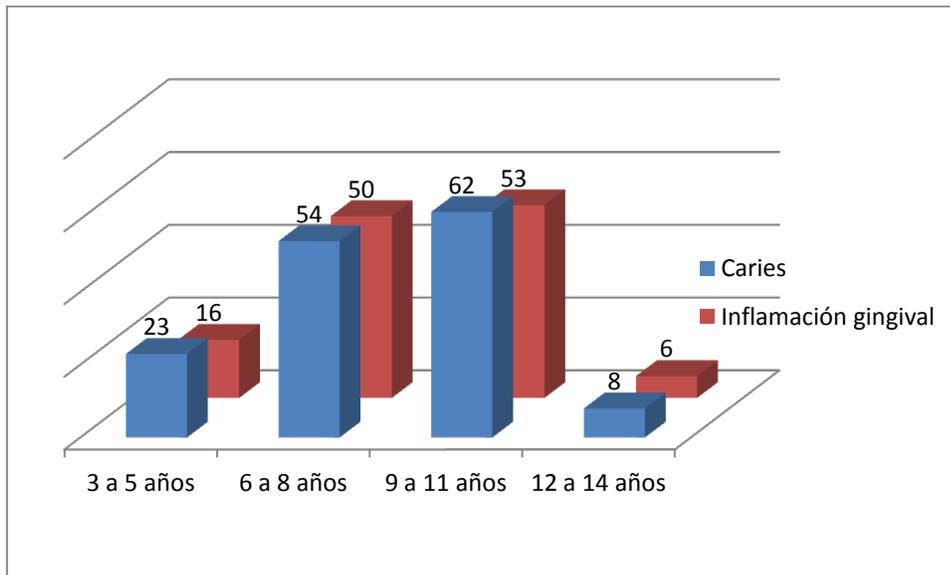
FUENTE: Historia clínica aplicada a los estudiantes de las escuelas “González Suarez”, “Adolfo Valarezo” y “María Dominga Guaya Sinche”.
AUTORA: Magaly Judith Guamán Camacho.

INTERPRETACIÓN:

La gráfica indica ausencia de hábitos bucales en el 100% de la población analizada.

CRUCE DE VARIABLES

GRÁFICO N° 18: Relación entre la presencia de caries dental e inflamación gingival y la edad de los estudiantes de los Centros Educativos Primarios: “González Suarez”, “Adolfo Valarezo” y “María Dominga Guaya Sinche” de la parroquia Chuquiribamba del cantón Loja en el año 2013



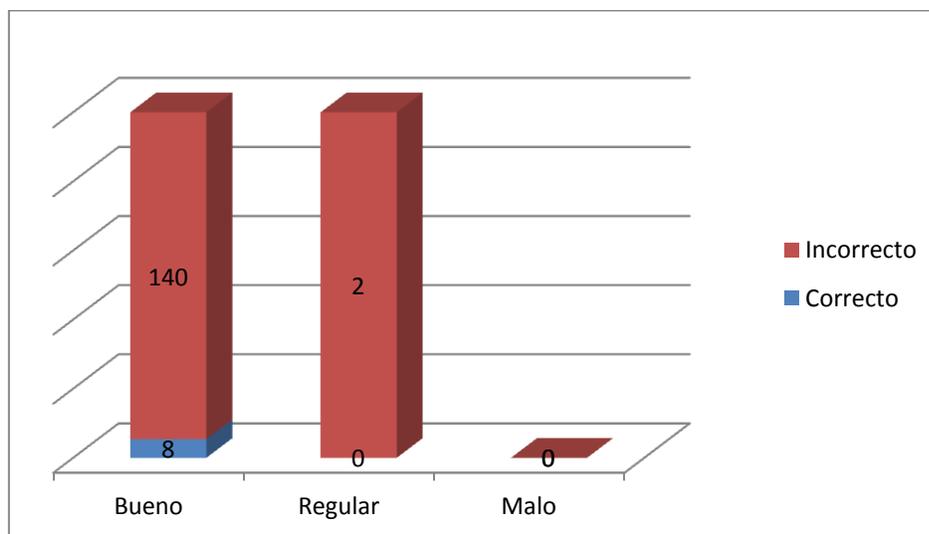
FUENTE: Historia clínica aplicada a los estudiantes de las escuelas “González Suarez”, “Adolfo Valarezo” y “María Dominga Guaya Sinche”.

AUTORA: Magaly Judith Guamán Camacho.

INTERPRETACIÓN:

En la gráfica se muestra que en los diferentes rangos de edades se encuentra una elevada frecuencia de afectación de caries dental; en cuanto a la inflamación gingival esta se presentó en una elevada frecuencia en los niños de 6 a 11 años; dichos datos indican la prevalencia de estas patologías en la población analizada.

GRÁFICO N° 19: Relación de la técnica de cepillado empleada con el índice de higiene oral simplificado observado en los estudiantes de los Centros Educativos Primarios: “González Suarez”, “Adolfo Valarezo” y “María Dominga Guaya Sinche” de la parroquia Chuquiribamba del cantón Loja en el año 2013

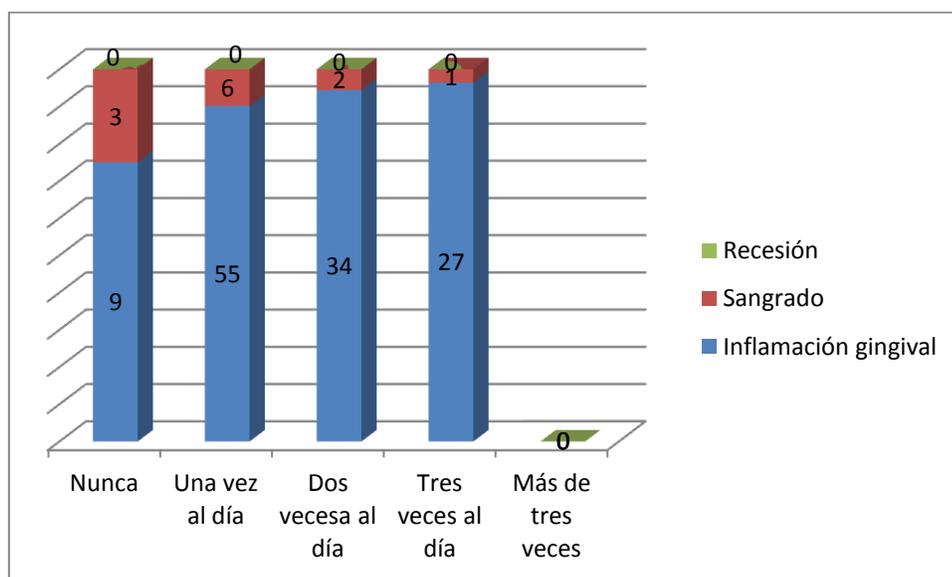


FUENTE: Historia clínica y encuesta aplicada a los estudiantes de las escuelas “González Suarez”, “Adolfo Valarezo” y “María Dominga Guaya Sinche”.
INVESTIGADORA: Magaly Judith Guamán Camacho.

INTERPRETACIÓN:

El índice IHOS registrado en 140 examinados fue bueno con una técnica de cepillado incorrecta y solo 2 individuos presentan un IHOS regular al cepillarse con una técnica incorrecta.

GRÁFICO N° 20: Relación de frecuencia de cepillado con la presencia de alteraciones gingivales en los estudiantes de los Centros Educativos Primarios: “González Suarez”, “Adolfo Valarezo” y “María Dominga Guaya Sinche” de la parroquia Chuquiribamba del cantón Loja en el año 2013



FUENTE: Historia clínica y encuesta aplicada a los estudiantes de las escuelas “González Suarez”, “Adolfo Valarezo” y “María Dominga Guaya Sinche”.

AUTORA: Magaly Judith Guamán Camacho.

INTERPRETACIÓN:

En la grafica se observa que la presencia de inflamación gingival y sangrado es mayor en los individuos que se cepillan los dientes una vez al día e incluso se observan en los estudiantes que se cepillan tres veces al día y en aquellos que nunca se cepillan en una frecuencia menor.

7. DISCUSIÓN

La mayoría de enfermedades incluso las bucales no tienen etiología clara o causa conocida, pero conocemos factores de riesgo que conjugados, son los responsables de la aparición y desarrollo de las mismas.

Los factores de riesgo, son características que le confieren al individuo cierto grado de susceptibilidad para contraer la enfermedad o alteraciones de la salud.

Según la Organización Mundial de la Salud, las enfermedades bucodentales más comunes son la caries dental y las periodontopatías, existiendo datos que entre el 60 - 90% de escolares de todo el mundo tienen caries dental¹ lo que se confirma con los resultados encontrados en este estudio donde el 98% tiene afectación de caries dental, el 83% presenta inflamación gingival y sangrado gingival el 8%.

Al analizar otros estudios sobre caries dental en niños encontramos un estudio sobre la Prevalencia de caries en escolares de 6 a 12 años realizado en Nicaragua, cuyo resultado fue 72,6% presencia de caries² igualmente elevada que en nuestro estudio, pero en un estudio realizado en la Habana Cuba, donde se analizaban los Factores de riesgo asociados con la caries dental en niños de círculos infantiles encontramos que el 80% de la población examinada se encuentra libre de caries y el 20% presenta esta patología, causado por la presencia de factores de riesgo incidentes como la higiene bucal deficiente y dieta cariogénica³.

Al referirnos a los indicadores de caries dental, se empleo los que indican la historia anterior y actual de caries dental, donde para la dentición permanente se aplicó el índice CPO - D y para la dentición decidua el índice de ceo – d.

¹ OMS. (24 de febrero del 2007). *Centro de prensa WHO Media centre*. La salud bucodental. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>

² Herrera, Miriam. Medina, Carlo & Maupomé. Agosto 2005. Revista gaceta sanitaria. Obtenido de <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911105747853?via=sd&cc=y>

³ Llanes, Ricardo. Traviesas, Eladio. Lavandera, Eva. & Duque Mabel. Abril- junio 2009. Revista Cubana de Estomatología Scielo. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072009000200006&script=sci_arttext

En un estudio realizado en Venezuela, denominado: Prevalencia de caries dental en escolares de 6 a 12 años de edad del Municipio Antolín del Campo en el Estado Nueva Esparta,⁴ nos muestra que el índice ceo – d promedio a los 6 años fue de 7,25 (Alto) y en cuanto al CPO - D promedio a los 6 años fue de 1,25 (BAJO), a los 12 años fue de 3,88 (MODERADO) y los 13 años fue de 5,44 (ALTO) , estos datos guardan similitud con los resultados obtenidos en nuestro estudio, en el cual el ceo-d es alto en los niños y niñas de 3 a 11 años y en el CPO - D en los niños de 12 a 14 es moderado pero diferimos con un Estudio epidemiológico de salud bucal en la población de 12 años del área VIII de salud de Cienfuegos⁵ donde el índice de CPO – D es de 2,45 correspondiente al rango de muy bajo.

En cuanto a las maloclusiones dentales en la población examinada en este estudio, encontramos que el 55% clase I con apiñamiento dental y el 3% presenta clase III observando similares resultados en un estudio realizado en Venezuela donde se analizaba la prevalencia de maloclusiones dentales en un grupo de pacientes pediátricos, cuyos resultados son el 41,5% presentan Clase I, seguido por 17,5% para la Clase II y un 14% para la Clase III⁶, lo que demuestra que el predominio de mal oclusión en la población infantil.

En México se llevó a cabo un estudio sobre “ Prevalencia de gingivitis en un grupo de escolares y su relación con el grado de higiene oral y el nivel de conocimientos sobre salud bucal demostrado por sus madres “⁷ donde la prevalencia de gingivitis en los escolares fue menor a lo esperado debido a la frecuencia de la higiene bucal en los escolares que no permitían el establecimiento y desarrollo de la enfermedad gingival, en cambio en este estudio encontramos que pese a la variedad de frecuencia de cepillado se presentó en la mayoría inflamación gingival

⁴ Mendes, Doris. , Caricote, Nancy. 2003. Revista LATINOAMERICANA DE ORTODONCIA Y ODONTOPIEDIATRÍA. Obtenido de <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2003/art7.asp>

⁵ Sánchez, Yumaidi., Alpízar Beatriz., & Castillo, Esther. 2007. Revista Medi Sur. Obtenido de <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/viewArticle/273/510>

⁶ Medina, Carolina. 2009. Acta odontológica venezolana. Obtenido de: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2010/1/art9.asp>

⁷ Murrieta, José., Juárez, Lilia., Linares, Celia., & Zurita Violeta. 2004. Revista Scielo. Obtenido de http://scielo.unam.mx/scielo.php?pid=S1665-11462004000100006&script=sci_arttext&lng=es

debido al período de recambio dentario que se encontraban la mayoría de los examinados más no por la mala higiene dental, lo que se demuestra mediante el índice de Higiene Oral Simplificado, el cual se encuentra en la escala bueno en un 99%, además durante la inspección clínica la población estudiada no presentaba cálculo dental, factor utilizado conjuntamente con el grado de presencia de placa dentobacteriana para la obtención del IHOS. Además en una frecuencia mínima de 2 encontramos un nivel de IHOS regular debido a que no realizaban la higienización de su cavidad oral.

8. CONCLUSIONES

Según los resultados obtenidos en las Escuelas: “González Suarez”, “Adolfo Valarezo” y “María Dominga Guaya Sinche” de la parroquia Chuquiribamba se concluye lo siguiente:

- ✓ En la población estudiada encontramos que el 98% presenta caries dental, siendo los niños y niñas de 9 a 11 años los más afectados, además el 83% presenta inflamación gingival y de estos el 8% se acompaña con sangrado gingival dando lugar a gingivitis inducida por placa bacteriana. Existe en el 4% presencia de fluorosis leve, así como en 1% alteraciones de número, destacándose los dientes mesiodents.
- ✓ Al tomar en cuenta la relación molar en la oclusión presente en la población encontramos en la dentición temporal el 80% en plano terminal recto, 5% en escalón mesial y en 3% en escalón distal mientras que en la dentición permanente encontramos el 39% en clase I sin apiñamiento dental, el 55% presenta clase I con apiñamiento y 3% clase III según la Clasificación de Angle. Además se evidenció en un 12% mordida bis a bis, 3% mordida abierta anterior, 2% mordida cruzada posterior y el 1% presentan mordida abierta posterior, en igual porcentaje mordida cruzada anterior y mordida profunda.
- ✓ Dentro de los principales factores de riesgo causantes del alto índice de caries tenemos que el 94% de la población analizada realizan una higienización de su cavidad oral con una técnica incorrecta; además el 37% se cepilla una vez al día y en un 8% nunca lo realizan debido a que no cuenta con los implementos de aseo bucal mientras el 85% de la población poseen pasta y cepillo.
- ✓ Al analizar la ingesta de alimentos cariogénicos encontramos que el 40% los ingiere una vez al día, el 26% dos veces diarias, el 21% los ingiere más

de tres veces al día y el 11% tres veces; los últimos datos indican una mayor susceptibilidad de los dientes a caries debido a que van a desequilibrar el pH en la boca tras la ingesta de estos alimentos en estas frecuencias que conjuntamente con una higiene oral deficiente o nula constituyen un ambiente favorable para la aparición de enfermedades bucodentales.

- ✓ Teniendo en cuenta la frecuencia de visita al odontólogo encontramos en un 66% lo realiza una vez al año, en 21% van dos veces al año, 5% más de dos veces al año y en un 8% nunca acuden al odontólogo, lo cual indica temor o desinterés por la salud oral debido a que la mayoría acuden al odontólogo cuando presentan dolor dental.

9. RECOMENDACIONES:

Se recomienda ejecutar las siguientes acciones:

- ✓ Al Ministerio de Salud Pública junto con el Ministerio de Educación, realizar convenios para la ejecución de programas de promoción, prevención y rehabilitación de la salud bucal orientado no solo a los niños y niñas además a sus padres y representantes, informándoles sobre la importancia de mantener el mayor tiempo posible en boca los dientes primarios y permanentes para prevenir posteriores alteraciones funcionales, fonéticas y estéticas.
- ✓ A los docentes que incluyan en su plan académico la colaboración del profesional odontológico que impartan charlas a los representantes y alumnos que tienen bajo su responsabilidad sobre la importancia de conservación de las piezas dentales e higiene bucal para el correcto desarrollo físico, emocional y psicológico de los niños y niñas.
- ✓ A los padres que supervisen la ingesta diaria de azúcares entre comidas y la frecuencia de la higiene oral para evitar el apareamiento de caries dental y de otras patologías orales que pueden comprometer la salud oral y general.
- ✓ A los niños y niñas practiquen buenos hábitos de higiene oral para prevenir el desarrollo de patologías; acudir al odontólogo mínimo una vez al año, no solo cuando hay presencia de dolor.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Alvarado, L. (2008). Mejoramiento de la calidad de vida de la población escolar y sus familias, mediante la atención integral bucodental enmarcada en los factores: socioeconómicos, culturales y ambiental del Área de afluencia del Hospital Universitario de Motupe del Área de Loja, Loja, Ecuador.
2. Cuenca Sala, E., Manau Navarro, C., & Serra Majem, L. (2004). *Odontología preventiva y comunitaria* (Segunda edición ed.). Barcelona, España: MASSON, S.A.
3. *EcosTravel*. (2004). Obtenido de <http://www.ecostravel.com/ecuador/ciudades-destinos/loja.php>
4. Ecuador, P. v. (1 de abril de 2008). *Viva Loja: La capital musical del Ecuador*. Obtenido de <http://www.vivaloja.com/content/view/298/29/>
5. *EcuRed*. (2011). Obtenido de http://www.ecured.cu/index.php/H%C3%A1bitos_bucales
6. Escudero Castaño, N., Perea García, M., & Bascones Martínez, A. (2008). *DIALNET OAI ARTICLES*. Obtenido de Avances en periodoncia e implantología oral: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v20n1/original2.pdf>
7. Esquenazi, K. (29 de mayo de 2006). *INTRAMED*. Obtenido de The American Academy of Periodontology: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=40441>
8. *GAD Municipal de Loja*. (2011). Obtenido de <http://www.loja.gob.ec/contenido/chuquiribamba>
9. González Martínez, F., Sánchez Pedraza, R., & Carmona Arango, L. (12 de julio de 2009). *Revista Scielo*. Obtenido de Revista de salud pública: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v11n4/v11n4a13.pdf>

10. González, M. F., Guida, G., Herrera, D., & Quirós, O. (2012). *ORTODONCIA WS*. Obtenido de Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art29.asp>
11. Harris, N., & García - Godoy, F. (2001). *Odontología preventiva primaria*. Mexico: Manual Moderno.
12. Higashida, B. (2000). *Odontología preventiva*. México: McGraw - Hill Interamericana.
13. Humanos, D. d. (18 de mayo de 2010). *womenshealth.gov*. Obtenido de womenshealth.gov:
<http://womenshealth.gov/espanol/publicaciones/nuestras-publicaciones/hojas-datos/salud-bucal.pdf>
14. López, A. (2001). *Conceptos básicos de odontoestomatología para el medio de atención primaria*. Barcelona: MASSON, S.A.
15. Matesanz Pérez, P., Matos Cruz, R., & Bascones Martínez, A. (2008). *Revista Scielo*. Obtenido de Avances en Periodoncia e Implantología:
<http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v20n1/original1.pdf>
16. Medina, C., Laboren, M., Vilorio, C., Quirós, O., Alcedo, C., & Molero, L. (2010). *ORTODONCIA WS*. Obtenido de Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría:
<http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art20.asp>
17. Mendoza Moreira, S. E. (14 de Febrero de 2013). *Blog: Tipos de denticiones*. Obtenido de <http://tipodedenticiones.blogspot.com/>
18. Mooney, B. (2006). *Operatoria dental*. Buenos Aires: Medico Panamericana.
19. Mount, G. (1999). *Conservacion y restauracion dela estructura dental*. Madrid-España: Harcourt Brace.

20. MSP. (2009). *Ministerio de Salud del Ecuador*. Obtenido de Normatización del Sistema Nacional de Salud.
21. Odontocat. (20 de Agosto de 2001). *Especialidades: Ortodoncia*. Obtenido de <http://www.odontocat.com/ortoclas.htm>
22. Okeson, J. (1999). *Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares*. Madrid: HARCOURT BRACE.
23. OMS. (24 de febrero de 2004). *Organización Mundial de Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/>
24. OMS. (febrero de 2007). *WHO Media centre*. Obtenido de Organización mundial de la Salud: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
25. Pucha, E. (2009). *Chuquiribamba: semillero de música*. Loja: Colección lojanidad.
26. Roman, M. (2011). *Ortodoncia Invisible Malaga*. Obtenido de <http://www.ortodonciamalaga.com/ortodoncia/maloclusiones/mordida-cruzada/>
27. Sapp, J. P., Eversole, L. R., & Wysocki, G. P. (2004). *Patología oral y maxilofacial contemporánea*. Madrid: ELSEVIER.
28. Tascón, J. E., & Cabrera, G. A. (2005). *Revista Colombia Médica*. Obtenido de <https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/9012/1/rc05034.pdf>
29. Velásquez, V. (2005). *ORTODONCIA WS*. Obtenido de Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2005/art8.asp>

11. ANEXOS

ANEXO N°1: OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
Caries dental	Es una forma singular de infección en la cual se acumulan cepas específicas sobre la superficie del esmalte, donde elaboran productos ácidos que desmineralizan la superficie y digieren su matriz orgánica.	<ul style="list-style-type: none"> • CPOD • ceo 	<ul style="list-style-type: none"> • 0,0 a 1,1 muy bajo • 1.2 a 2.6 bajo • 2.7 a 4.4 moderad • 4.5 a 6.5 alto
Enfermedad periodontal	Es una enfermedad que afecta a las encías y a la estructura de soporte de los dientes. Las bacterias que están acumuladas en la placa bacteriana producen toxinas que irritan las encías y las inflaman, entonces estamos en la primera fase de la enfermedad periodontal.	Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS)	<ul style="list-style-type: none"> • Malo: 2,1 a 3,0 • Regular: 1,3 a 2,0 • Bueno: 0,2 a 1,2
Mal oclusiones	Es 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.	<ul style="list-style-type: none"> • Relación molar según la clasificación de Angle • Relación molar decidua 	<ul style="list-style-type: none"> • Clase I • Clase II • Clase III • Escalón mesial • Escalón distal • Plano recto
Fluorosis dental	Es una anomalía de la cavidad oral, en especial de las piezas dentales originada por ingestión excesiva y prolongada de flúor.	Tipos	<ul style="list-style-type: none"> • Leve • Moderada • Severa

Hábitos bucales	Patrones de contracción muscular anormal de naturaleza compleja que se aprenden, terminan por hacerse inconscientes e involuntarios y se ejecutan en forma mecánica.	Clases de hábitos	<ul style="list-style-type: none"> • Respiración bucal • Succión digital • 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 • Hilo dental • 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

ANEXO N° 2:

**SOLICITUD DIRIGIDA A CADA DIRECTOR DE LOS CENTROS DE
EDUCACIÓN BÁSICA: GONZÁLEZ SUAREZ, ADOLFO VALAREZO Y MARÍA
DOMINGA GUAYA SINCHE**

Loja, 7 de Octubre del 2013

Sr. Lic. George Medardo Bermeo Cuenca

DIRECTOR DE LA ESCUELA "GONZALO SUAREZ"

De mis consideraciones:

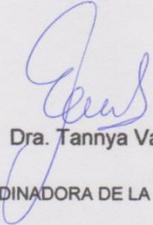
Permítame hacerle llegar un cordial y afectuoso saludo y a la vez desearle éxitos en sus funciones, que tan acertadamente desempeña.

Yo, Tannya Valarezo, coordinadora de la carrera de Odontología, me dirijo a usted para solicitar, la autorización correspondiente a: Magaly Judith Guamán Camacho con número de cédula 1900489467 (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 macro proyecto: **"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

Magaly J. Guamán C.

EGRESADO



Loja, 7 de Octubre del 2013

Sra. Lic. Julia Teresita de Jesús Buri Valle

DIRECTOR DE LA ESCUELA "ADOLFO VALAREZO"

De mis consideraciones:

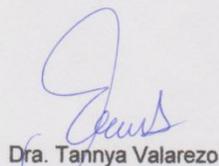
Permítame hacerle llegar un cordial y afectuoso saludo y a la vez desearte éxitos en sus funciones, que tan acertadamente desempeña.

Yo, Tannya Valarezo, coordinadora de la carrera de Odontología, me dirijo a usted para solicitar, la autorización correspondiente a: Magaly Judith Guamán Camacho con número de cédula 1900489467 (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 macro proyecto: **"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

Magaly J. Guamán C.

EGRESADO



Loja, 7 de Octubre del 2013

Sr. Lic. Sergio Rodrigo Garnica Zuñiga

DIRECTOR DE LA ESCUELA "MARIA DOMINGA GUAYA SINCHE"

De mis consideraciones:

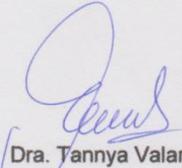
Permítame hacerle llegar un cordial y afectuoso saludo y a la vez deseearle éxitos en sus funciones, que tan acertadamente desempeña.

Yo, Tannya Valarezo, coordinadora de la carrera de Odontología, me dirijo a usted para solicitar, la autorización correspondiente a: Magaly Judith Guamán Camacho con número de cédula 1900489467 (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 macro proyecto: **"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

Magaly J. Guamán C.

EGRESADO



**ANEXO N°3:
INSTRUMENTOS**

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

DATOS GENERALES:

Nombres y Apellidos..... Parroquia.....
Sexo..... Grado o curso.....
Edad..... Establecimiento.....

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

OTRAS PATOLOGÍAS

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

2. **INFLACION 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 ()	Sin apiñamiento () Con apiñamiento ()
Clase II ()	Subdivisión I () Subdivisión II ()
Clase III ()	

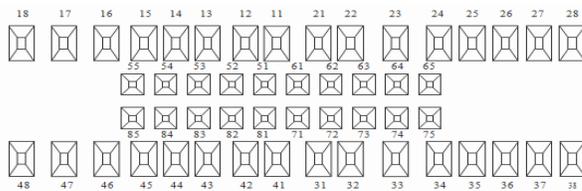
5. HABITOS

Ninguno ()
Succión digital ()
Respiración bucal ()
Deglución atípica ()
Interposición lingual ()

6. PATOLOGÍAS

Ninguna ()
Perdida prematura de dentición decidua ()
Mordida abierta anterior ()
Mordida abierta posterior ()
Mordida profunda ()
Mordida cruzada anterior ()
Mordida cruzada posterior ()
Mordida bis a bis ()

ODONTOGRAMA



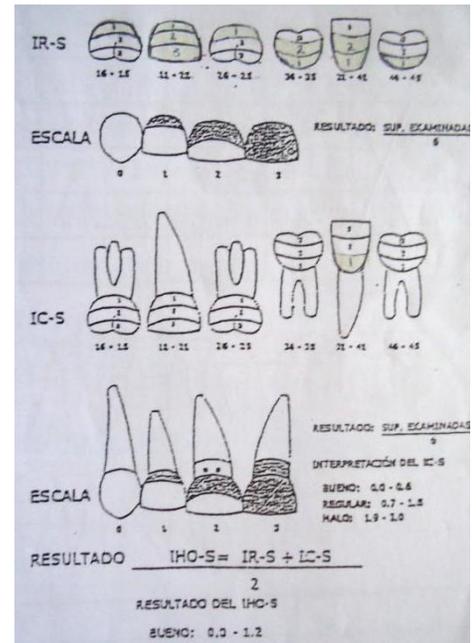
ceo:C.....e.....O.....
CPOD:C.....P.....O.....

4. FLUOROSIS DENTAL

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

ALTERADA ()

ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO IHOS





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

Nº de hoja:

“DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS: GONZÁLEZ SUAREZ, ADOLFO VALAREZO Y MARÍA DOMINGA GUAYA SINCHE DE LA PARROQUIA CHUQUIRIBAMBA 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 ()

Ninguno ()

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

Correcto () Incorrecto () Ninguno ()

- **Al cepillarse los dientes hay presencia de sangrado?**

Si ()

No ()

- **¿Con qué frecuencia usted visita al odontólogo?**

Nunca ()

Una vez al año ()

Dos veces al año ()

Más de dos veces al año ()

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

Nunca ()

Una vez ()

Dos veces ()

Tres veces ()

Más de tres veces ()



ANEXO N°4:
EVIDENCIA FOTOGRÁFICA DE PATOLOGÍAS BUCODENTALES

Fotografía N° 1: Diagnóstico bucodental



FUENTE: Estudiante de la Escuela "Calucay"

Fotografía N° 2: Caries dental



FUENTE: Estudiante de la Escuela "Adolfo Valarezo"

Fotografía N° 3: Gingivitis inducida por placa



FUENTE: Estudiante de la Escuela "Adolfo Valrezo"

Fotografía N° 4: Mesiodents



FUENTE: Estudiante de la Escuela "González Suarez"

Fotografía N° 5: Pérdida prematura de dentición decidua



FUENTE: Estudiante de la Escuela "Calucay"

Fotografía N° 6: Mordida abierta anterior



FUENTE: Estudiante de la Escuela "González Suarez"

Fotografía N° 7: Mordida abierta posterior



FUENTE: Estudiante de la Escuela "González Suarez"

Fotografía N° 8: Mordida profunda



FUENTE: Estudiante de la Escuela "González Suarez"

Fotografía N° 9: Mordida bis a bis



FUENTE: Estudiantes de la Escuela "González Suarez"

Fotografía N° 10: Mordida cruzada anterior



FUENTE: Estudiante de la Escuela "González Suarez"

Fotografía N° 11: Mordida cruzada posterior



FUENTE: Estudiante de la Escuela "González Suarez"

Fotografía N° 12: Fluorosis leve



FUENTE: Estudiante de la Escuela "Adolfo Valrezo"

ANEXO N°5:

**EVIDENCIA FOTOGRÁFICA DE CHARLAS EDUCATIVAS Y ENTREGA
DE PASTA Y CEPILLO DENTAL**

Charlas educativas sobre Salud Oral



FUENTE: Estudiante de la Escuela "Calucay"



FUENTE: Estudiantes de la Escuela "González Suarez"

Entrega de pastas y cepillos dentales



FUENTE: Estudiante de la Escuela "Adolfo Valrezo"



FUENTE: Estudiantes de la Escuela "González Suarez"

ANEXO N° 6:

**CERTIFICACIÓN DE REALIZACIÓN DE TRABAJO DE CAMPO POR LOS
DIRECTORES DE LOS CENTROS DE EDUCATIVOS PRIMARIOS Y DIRECTOR
DEL MACROPROYECTO**

Loja, 23 de octubre de 2013

Dra. Espec. Tannya Valarezo

COORDINADORA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA

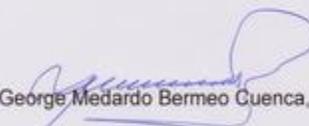
De mis consideraciones:

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

Yo, George Medardo Bermeo Cuenca, DIRECTOR DE LA ESCUELA "GONZÁLEZ SUAREZ", me dirijo a usted para certificar que la Srta. Magaly Judith Guamán Camacho (egresada de la carrera de Odontología), realizó los diagnósticos bucales a cada uno de los estudiantes del centro educativo, así como charlas educativas.

Es todo cuanto puede decir en honor a la verdad.

Atentamente:


George Medardo Bermeo Cuenca,

DIRECTOR DE LA ESCUELA "GONZÁLEZ SUAREZ"



Loja, 15 de octubre de 2013

Dra. Espec. Tannya Valarezo

COORDINADORA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA

De mis consideraciones:

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

Yo, Sergio Rodrigo Garnica Zuñiga, DIRECTOR DE LA ESCUELA "MARIA DOMINGA GUAYA SINCHE", me dirijo a usted para certificar que la Srta. Magaly Judith Guamán Camacho (egresada de la carrera de Odontología), realizó los diagnósticos bucales a cada uno de los estudiantes del centro educativo, así como charlas educativas.

Es todo cuanto puede decir en honor a la verdad.

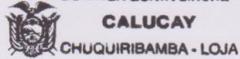
Atentamente:



Sergio Rodrigo Garnica Zuñiga

DIRECTOR DE LA ESCUELA "MARIA DOMINGA GUAYA SINCHE"

ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA
"MARIA DOMINGA GUAYA SINCHE"



Loja, 21 de octubre de 2013

Dra. Espec. Tannya Valarezo

COORDINADORA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA

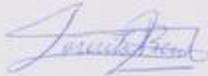
De mis consideraciones:

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

Yo, Julia Teresita de Jesús Buri Valle, DIRECTORA DE LA ESCUELA "ADOLFO VALAREZO", me dirijo a usted para certificar que la Srta. Magaly Judith Guamán Camacho (egresada de la carrera de Odontología), realizó los diagnósticos bucales a cada uno de los estudiantes del centro educativo, así como charlas educativas.

Es todo cuanto puede decir en honor a la verdad.

Atentamente:



Julia Teresita de Jesús Buri Valle

DIRECTORA DE LA ESCUELA "ADOLFO VALAREZO"



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 CENTROS DE EDUCACIÓN BÁSICA: "GONZÁLEZ SUAREZ", "ADOLFO VALAREZO" Y "MARIA DOMINGA GUAYA SINCHE" DE LA PARROQUIA CHUQUIRIBAMBA DEL CANTÓN LOJA EN EL AÑO 2013, elaborada por: Magaly Judith Guamán Camacho, ha sido rigurosamente supervisada, revisada y corregida y sobre todo asesorada por mi persona en todo el desarrollo de la misma por lo que se autoriza la presentación de la misma al respectivo director de tesis.

Dr. Manuel José Procel González
MÉDICO ESPECIALISTA EN APS
Libro: 002
Folio: 344
REG. INSCRIPCIÓN: 1032

.....
DR. JOSÉ PROCEL

ANEXO N°8: PRESUPUESTO

RECURSOS	COSTOS	
	Valor unitario	Valor total
	\$25,00	\$250,00
Set de diagnóstico	\$7,00	\$21,00
Guantes	\$6,00	\$6,00
Mascarillas	\$6,00	\$6,00
Porta algodón	\$2.50	\$12,50
Fundas para la recolección de desechos	\$6,00	\$6,00
Porta desechos	\$0,20	\$15,00
Baberos	\$2.50	\$5,00
Alcohol potable	\$2,00	\$4,00
Desinfectante de manos	\$5,00	\$10,00
Sablón	\$1,00	\$1,00
Vasos desechables	\$0,30	\$0,90
Servilletas	\$8,00	\$16,00
Algodón	\$0,35	\$53,20
Cepillos	\$0,40	\$60,80
Pastas	\$0,02	\$6,00
Copias de historias clínicas y encuestas	\$0,02	\$6,00
Bicolor	\$0,30	\$0,60
Lapiceros	\$0,30	\$0,90
Impresiones	\$10,00	\$60,00
Empastados	\$30,00	\$120,00
Computadora	\$500,00	\$500,00
Cámara fotográfica	\$250,00	\$250,00
Transporte	\$50,00	\$50,00
Imprevistos	\$100,00	\$100,00
TOTAL:		1554,90

ANEXO 9: CRONOGRAMA

	OCTUBRE											NOVIEMBRE									
	18	21	22	23	24	25	28	29	30	31	1	4	5	6	7	8	11	12	13	14	15
Presentación del proyecto individual para obtención de pertinencia	x																				
Designación de director de tesis										x											
Elaboración de informe: título, marco teórico y metodología												x	x								
Tabulación y análisis de datos														x	x	x					
Elaboración de conclusiones y recomendaciones																				x	
Realización de discusiones																				x	
Entrega final del informe de tesis																				x	

12.ÍNDICE

CARÁTULA	I
CERTIFICACIÓN	II
AUTORÍA	III
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS	IV
DEDICATORIA	V
AGRADECIMIENTO	VI
1. TÍTULO	7
2. RESUMEN	8
3. INTRODUCCIÓN	10
4. REVISIÓN DE LITERATURA	
CAPÍTULO I: Salud y enfermedades bucodentales	12
CAPÍTULO II: Factores de riesgo	36
CAPÍTULO III: Descripción: Cantón Loja y Parroquia Chuquiribamba	43
5. MATERIALES Y MÉTODOS	48
6. RESULTADOS	49
7. DISCUSIÓN	69
8. CONCLUSIONES	72
9. RECOMENDACIONES	74
10. BIBLIOGRAFÍA	75
11. ANEXOS	78
12. ÍNDICE	100