



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

TITULO

DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS DE EDUCACION BASICA ISABEL DE ARAGON, EDUARDO UNDA BUSTAMANTE, LIBIA MELIDA JARAMILLO, PEDRO FERMIN CEVALLOS, ANTONIO JIMENEZ DE MONTE, LEONCIO JARAMILLO ESCUDERO, DE LA PARROQUIA CHUQUIRIBAMBA DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013.

TESIS DE GRADO PREVIO A LA
OBTENCION DEL TITULO DE
ODONTOLOGA

AUTORA

Patricia Alexandra Caraguay Guamán

DIRECTORA:

Dra. Leonor Peñarreta

Loja - Ecuador
2013

ii. CERTIFICACIÓN

Dra. Leonor Peñarreta

DOCENTE DE LA CARRERA DE ODONTOLOGIA

CERTIFICA:

Que la presente tesis titulada DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS DE EDUCACION BASICA ISABEL DE ARAGON, EDUARDO UNDA BUSTAMANTE, LIBIA MELIDA JARAMILLO, PEDRO FERMIN CEVALLOS, ANTONIO JIMENEZ DE MONTE, LEONCIO JARAMILLO ESCUDERO, DE LA PARROQUIA CHUQUIRIBAMBA DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013, elaborada por la **Srta. Patricia Alexandra Caraguay Guamán**, ha sido planificada, ejecutada bajo mi dirección y supervisión, por lo tanto al haber cumplido con los requisitos establecidos por la Universidad Nacional de Loja, autorizo su presentación y defensa ante el tribunal designado para el efecto.

Dra. Leonor Peñarreta
DOCENTE DE LA CARRERA DE ODONTOLOGIA

III. AUTORIA

Yo, Patricia Alexandra Caraguay Guamán, 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 Patricia Alexandra Caraguay

Firma: 

Cédula: 1900496835

Fecha: Noviembre 13 del 2013

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

Yo, Patricia Alexandra Caraguay Guamán, declaro ser autora de la tesis titulada "DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS DE EDUCACION BASICA ISABEL DE ARAGON, EDUARDO UNDA BUSTAMANTE, LIBIA MELIDA JARAMILLO, PEDRO FERMIN CEVALLOS, ANTONIO JIMENEZ DE MONTE, LEONCIO JARAMILLO ESCUDERO, DE LA PARROQUIA CHUQUIRIBAMBA DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013"; como requisito para optar al grado de Odontóloga General; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de Información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la universidad. La universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

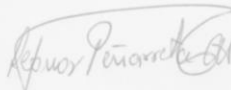
Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 20 días del mes de Noviembre del dos mil trece, firma la autora.



Autora: Patricia Alexandra Caraguay Guamán
Cédula: 1900496835
Dirección: Cdl. Shushuhuayco calle Puebla y Santa Rita 05 - 27
Correo Electrónico: patico_1290@hotmail.com
Teléfono: 086685958

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Dra. Leonor Peñarreta
Tribunal de Grado: Dr. José Procel, Dra. Maricela López y Dra. Angélica Gordillo



V. DEDICATORIA

Primeramente quiero dedicar este gran logro a Dios por brindarme la oportunidad y la dicha de la vida, al brindarme los medios necesarios para continuar mi formación profesional, y siendo un apoyo para lograr mis metas propuestas.

Este logro se lo dedico a mis padres, que en las buenas y en las malas han estado a mí lado, depositando su confianza, amor y comprensión.

A mi mamá, que ha vivido conmigo mis lágrimas, sonrisas y desvelos de muchos días. Ha sido mi mejor amiga y compañera de momentos alegres pero también difíciles, e impulsándome a ser una persona mejor cada día.

A mi papá, que siempre me ha apoyado en mis sueños y ha hecho todo lo posible para hacerlos realidad. Gracias a él he sabido el valor de la responsabilidad, del compromiso, de hacer las cosas correctamente.

A mis hermanos Jenny, David y Diego que me acompañaron a lo largo del camino, brindándome la fuerza y los aminos necesarios para seguir en el camino de la superación y de éxito de mí etapa universitaria. Dios no me pudo dar mejor familia de la que tengo

Patricia Alexandra

VI. AGRADECIMIENTO.

Agradezco infinitamente a Dios por ponerme en mi vida a personas tan maravillosas, que sin ellos no podría ser posible este logro tan preciado para mí.

Mi agradecimiento formal a la Universidad Nacional de Loja, al Área de la Salud Humana, al personal Docente y Administrativo de la Carrera de Odontología.

A mis padres y hermanos por ser las personas que guían mi vida para que llegue al éxito y a mis amigos por su apoyo y por todos sus consejos en todo este tiempo que hemos estado juntos.

De igual manera a la Dra. Leonor Peñarreta Directora de mi tesis, así mismo mi más profundo agradecimiento al Dr. José Procel Asesor del Macroproyecto, por el apoyo incondicional quien con sus valiosos conocimientos me guio para la realización de este trabajo.

A los docentes responsables de cada Centro Educativo y a los estudiantes de los mismos que colaboraron para realizar el presente trabajo.

Patricia Alexandra

1. TITULO

DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS DE EDUCACION BASICA ISABEL DE ARAGON, EDUARDO UNDA BUSTAMANTE, LIBIA MELIDA JARAMILLO, PEDRO FERMIN CEVALLOS, ANTONIO JIMENEZ DE MONTE, LEONCIO JARAMILLO ESCUDERO, DE LA PARROQUIA CHUQUIRIBAMBA DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013.

2. RESUMEN

Las patologías bucales son un problema relevante en nuestro país y en nuestra ciudad ya sea, en parroquias rurales como urbanas.

El presente trabajo de investigación, tiene como objetivo realizar el diagnóstico de salud bucodental de los alumnos en los Centros de Educación Básica Isabel de Aragón, Eduardo Unda Bustamante, Libia Melida Jaramillo, Pedro Fermín Cevallos, Antonio Jiménez De Monte, Leoncio Jaramillo Escudero, de la Parroquia Chuquiribamba, este proyecto es cuantitativo, descriptivo y transversal y se trabajó con un total de 134 niños, aplicando a los mismo una historia clínica y una encuesta.

Los datos encontrados en los niños, niñas y adolescentes de los Centros de Educación fueron 99.3% caries dental, 85.8% inflamación gingival combinado con un 23.1% de sangrado gingival, y una oclusión alterada de un 7.7%. En cuanto a los hábitos se encontró interposición lingual en un 2.2%, respiración bucal con 1.5% y succión digital en un 0.7%; Las patologías con mayor frecuencia son pérdida prematura de dentición decidua con 19.3%, mordida bis a bis 14.2%, mordida abierta posterior 3.1%, mordida profunda 2.2%, mordida cruzada anterior 0.7%. Y un 0.7% presentó fluorosis de tipo leve. Los resultados revelaron que todo el grupo examinado presentan algún tipo de alteración en su cavidad bucal.

3. SUMMARY

The oral pathologies are an important problems in our country and in our city, it can be in punish rural also in urban.

This Investigation work, have like object, make a diagnostic of the oral health, of the students at center of basic education Isabel de Aragon, Eduardo Unda Bustamante, Libia Melida Jaramillo, Pedro Fermín Cevallos, Antonio Jimenez de Monte, Leoncio Jaramillo Escudero of Chuquiribamba, this project is quantitative, descriptive and transverse. Had worked with a lot total of 134 children, for each child plicate a clinic history and a survey.

The notes founded in the children and teenagers of the education centre was 99.3%; tooth decay, 85.8% inflammation of gingivitis, and an occlusion upset of a 7.7%. About the habits had found an interposition linguist of 2.2%, oral breath with 1.5% and digital suction in a 0.7 %. The pathologies with are frequency are the premature loss of teeth in 19.3%; bite bis to bis 14.2% bit open 3.1%, deep bite 2.2%, crusade bite 9.7% and a 8.7% have fluorosis of low level. The result demonstrate that al the group exanimated have any type of oral alteration

Wilson David Caraguay

4. INTRODUCCION

La salud bucodental, sigue siendo fundamental en el bienestar del individuo; en la actualidad se encuentra desamparada, ya que diversos estudios nos revelan altos índices de prevalencia de patologías, tal como lo menciona un comunicado de la Organización Mundial de la Salud: “Las enfermedades bucodentales, como la caries dental, la periodontitis (enfermedad gingival) y los cánceres de la boca y la faringe son un problema de salud de alcance mundial que afecta a los países industrializados y, cada vez con mayor frecuencia, a los países en desarrollo, en especial entre las comunidades más pobres”; este reporte también menciona que “Se estima que cinco mil millones de personas en el planeta han sufrido caries dental”. (OMS, Organización Mundial de Salud, 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 CPO-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 al 88,2% de los escolares menores de 15 años tienen caries, el 84% tiene presencia de placa bacteriana y el 53% está afectado con gingivitis. 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)

La presente investigación fue un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal que se llevó a cabo en los Centros de Educación Básica Isabel de Aragón, Eduardo Unda Bustamante, Libia Melida Jaramillo, Pedro Fermín Cevallos, Antonio Jiménez de Monte, Leoncio Jaramillo Escudero, de la parroquia Chuquiribamba con la finalidad de determinar la prevalencia de las patologías bucodentales e identificar los factores de riesgo presentes en los niños y niñas examinados, para lo cual se realizó un diagnóstico bucodental y aplicación de una encuesta sobre higiene oral y factores de riesgo a cada uno de los individuos objeto de estudio. En el caso de los niños, niñas y adolescentes que no podían contestar la encuesta, ésta fue aplicada a los padres de familia de dichos alumnos para obtener dichos datos.

Los resultados del presente trabajo son 99.3% caries dental, 85.8% inflamación gingival combinado con un 23.1% de sangrado gingival, en cuanto a la oclusión en dentición decidua se encontró en un 76.7% escalón mesial recto y un 51.9% con clase I sin apiñamiento. En cuanto a los hábitos se presenta interposición lingual en un 2.2%, respiración bucal con 1.5% y succión digital en un 0.7%; Las patologías con mayor frecuencia son perdida prematura de dentición decidua con 19.3%, mordida bis a bis 14.2%, mordida abierta posterior 3.1%, mordida profunda 2.2%, mordida cruzada anterior 0.7%. Y un 0.7% presentó fluorosis de tipo leve. 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.

5. REVISIÓN DE LITERATURA

1. DIAGNÓSTICO DE SALUD

1.1. DEFINICIÓN DE DIAGNÓSTICO DE SALUD

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

1.2 NIVELES DE DIAGNÓSTICOS:

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

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

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

De necesidades: Situación de la dotación de servicios relacionada con las necesidades de la comunidad

2. DESCRIPCIÓN DE LA PARROQUIA RURAL DE CHUQUIRIBAMBA

2.1 HISTORIA

Antes de la llegada de los Incas, toda esta comarca estaba habitada por los Chucum-Bambas, grupo de indígenas dispersos, unos en el sector de Guayllas, (actualmente Tesalia), otros en la actual parroquia de Chantaco, y unos terceros por los alrededores del actual Chuquiribamba.

Vivía en Chantaco un cacique de apellido Caraguay; en Chuquiribamba el cacique Sinche y en Guayllas el cacique Pinta. Siempre que tenían reuniones sociales, 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, la misma que los demás creyeron bien acertada y que con ella 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. Se dice que la propuesta fue aceptada, e inmediatamente señalaron el lugar, el día y la hora desde donde debía iniciar la caminata.

Llegado el día partieron al nuevo lugar y uno de ellos tomó entre sus manos un gallo y lo metió en su alforja, dejando al descubierto su cabeza y echó al hombro; y tras él le siguieron todos los invitados a este singular acontecimiento, desde Chantaco hacia el norte; más ocurre que cuando estaban cerca de la laguna de los Chuquiris, el gallo cantó una vez, a lo que todos sorprendidos, en completo silencio, se limitaron solamente a verse las caras; y el gallo como emocionado aleteando algunas veces y nuevamente cantó.

Como el compromiso era así, 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 según dicen, ellos eran gente muy 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 muy grande señalando el lugar donde posteriormente se levantaría el pueblo de Chuquiribamba (PUCHA, 2009).

2.2 GEOGRAFÍA

La parroquia Chuquiribamba se ubica al noroeste de la ciudad de Loja, en las faldas del nudo de Sansigre, cerca del cerro Santa Bárbara. Limita al norte con la parroquia Gualel, 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-frío

Se encuentra a una altura de 2.725 m. sobre el nivel del mar se levanta el legendario y próspero pueblo de Chuquiribamba, tiene una extensión de 198 km², Y de acuerdo al censo realizado el 25 de noviembre del 2001, tiene 2.218 habitantes.

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)

2.3 ACTIVIDADES ECONÓMICAS Y PRODUCTIVAS

“Los habitantes de la parroquia en un 77% se dedican a actividades agrícolas, los cultivos predominantes son: maíz, fréjol, verduras y frutas. Existe una gran cadena de intermediarios que compran los productos, especialmente hortalizas, verduras y granos como el maíz y los expenden en la ciudad de Loja y en otras ciudades como Catamayo.

Entre las especies madereras destaca la explotación de eucalipto, pino (plantaciones exóticas), aliso, nogal y cedro. Otra de las potencialidades es la producción de cobayos, aves de corral” (CARAGUAY, 2012).

Existe la producción de microempresas dedicadas al procesamiento de hierbas aromáticas que son necesarias para la preparación de las sabrosas horchatas.

IPLAMEC (fábrica de Horchatas)

AAPPSME (Asociación Agro artesanal de Productores de Plantas Medicinales del Ecuador)

2.4 SERVICIOS BÁSICOS

“En la parroquia de Chuquiribamba las viviendas son de adobe y teja. Además cuenta con alcantarillado, agua potable, energía eléctrica, y servicio telefónico en el

centro de la parroquia y en sus barrios cuenta con agua entubada pero no existe alcantarillado ni servicio telefónico.” (COMERCIO., 2013)

2.5 EDUCACIÓN

Instituciones Educativas	No. Alumno	No. Profesores
Escuela “Isabel de Aragón”	86	11
Escuela Gonzalo Suarez	121	10
Escuela Pedro Fermín Cevallos	14	2
Escuela Eduardo Unda Bustamante	15	2
Escuela Antonio Jiménez de Monte	7	1
Escuela Libia Melida Jaramillo	14	1
Escuela Leoncio Jaramillo	4	1
Escudero Escuela Adolfo Valarezo	24	2
Escuela María Dominga Guaya	7	1
Colegio San Vicente Ferrer	192	15

Fuente: Ministerio de Educación

2.6 VIALIDAD

“Está unida por una carretera de tercer orden desde su cabecera provincial, a una distancia aproximada de 45 Km” (PUCHA, 2009)

6. MATERIALES Y METODOS

El presente estudio fue de tipo **cuantitativo** debido a que se determinó porcentualmente el estado de salud buco dental de los estudiantes, de los centros de educación básica Isabel De Aragón, Eduardo Unda Bustamante, Libia Melida Jaramillo, Pedro Fermín Cevallos, Antonio Jiménez De Monte, Leoncio Jaramillo Escudero, de la Parroquia Chuquiribamba del Cantón Loja, los resultados obtenidos han sido expuestos mediante tablas y cuadros estadísticos.

Descriptivo: ya que nos ayudó a determinar la situación de las variables que se estudiaron, **Transversal** porque se estudió una o más variables a lo largo de un periodo, que varía según el problema investigado.

Área de estudio

.
El **Área** de estudio constituyó la Parroquia Chuquiribamba del cantón Loja. **El universo** estuvo conformado por 140 estudiantes, de los Centros Educación Básica Isabel de Aragón, Eduardo Unda Bustamante, Libia Melida Jaramillo, Pedro Fermín Cevallos, Antonio Jiménez de Monte, Leoncio Jaramillo Escudero de la parroquia Chuquiribamba del Cantón Loja. No formaron parte del estudio 6 alumnos que no estuvieron presentes el día de la recolección de los datos, quedando así una población de 134 estudiantes; **Las técnicas** empleadas fueron la **observación** y la **entrevista**; los instrumentos utilizados fueron la historia **Clínica Odontológica**, la **encuesta** y una **credencial**

Dentro del **procedimiento** una vez obtenida la autorización por parte de los directores de los centros de Educación Básica, se procedió a realizar las actividades de: diagnóstico y llenado de la encuesta a cada alumno, además se preguntó la forma de cepillado y por medio de un pantoma se le explicó cómo sería la forma correcta, se dio charlas de salud oral y se concluyó con la entrega de pastas y cepillos. Todos estos procedimientos fueron avalados mediante evidencias fotográficas. Los datos fueron tabulados en Microsoft Excel, y se presentaron

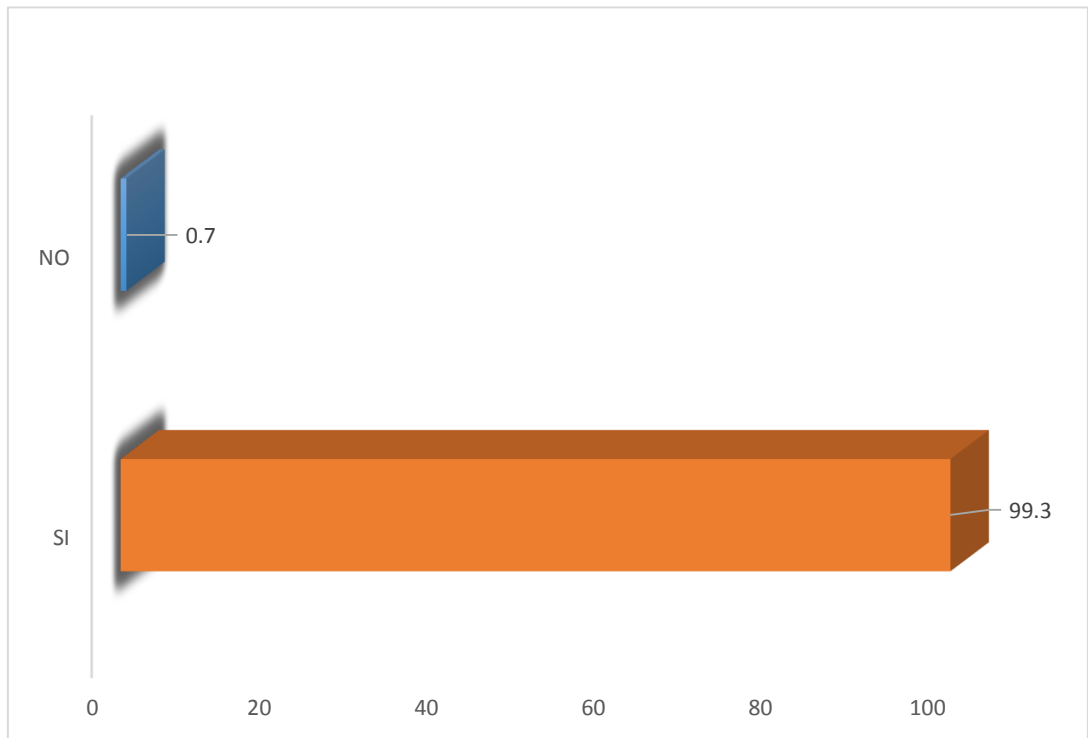
mediante graficas estadísticas. En base a los resultados se formuló conclusiones y recomendaciones y finalmente se elaboró el trabajo final.

Los recursos humanos estuvo formado: Directora **de la Carrera de Odontología:** Dra. Tannya Valarezo; **Egresada** de la carrera de Odontología año 2013: Patricia Alexandra Caraguay Guamán; **Asesor:** Dr. José Procel; **Tutora:** Dra. Leonor Peñarreta; Personal administrativo, estudiantes y padres de familia de los centros educativos

Y los **recursos materiales** empleados en la presente investigación consistieron en: Set de diagnóstico (espejo, explorador, pinza algodонера), Materiales de bioseguridad, Historia clínicas, Encuestas, Material didáctico, Cámara fotográfica, Computadora, Materiales de escritorio, 134 cepillos dentales, 134 pastas dentales.

7. RESULTADO

GRAFICA 1.- PRESENCIA DE CARIES EN LOS CENTROS DE EDUCACIÓN BÁSICA ISABEL DE ARAGÓN, EDUARDO UNDA BUSTAMANTE, LIBIA MELIDA JARAMILLO, PEDRO FERMÍN CEVALLOS, ANTONIO JIMÉNEZ DE MONTE, LEONCIO JARAMILLO ESCUDERO.



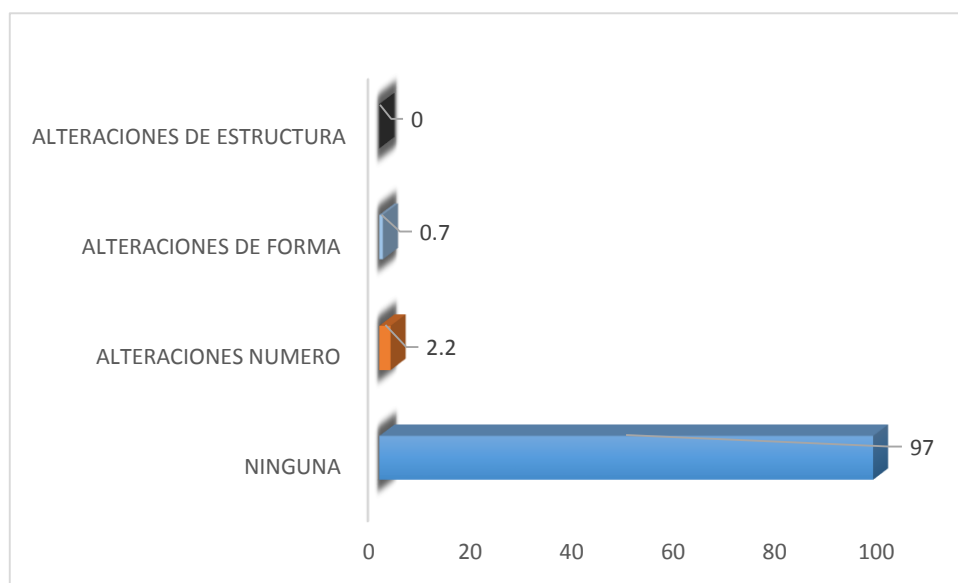
FUENTE: Estudiantes de los Centros de Educación Básica Isabel de Aragón, Eduardo Unda Bustamante, Libia Melida Jaramillo, Pedro Fermín Cevallos, Antonio Jiménez de Monte, Leoncio Jaramillo Escudero

AUTORA: Patricia Alexandra Caraguay Guamán

INTERPRETACIÓN:

En la siguiente grafica podemos apreciar que 99.3% de los pacientes presentan caries y un 0.7 no posee caries.

GRAFICA 3.- ALTERACIONES DENTALES EN LOS CENTROS DE EDUCACIÓN BÁSICA ISABEL DE ARAGÓN, EDUARDO UNDA BUSTAMANTE, LIBIA MELIDA JARAMILLO, PEDRO FERMÍN CEVALLOS, ANTONIO JIMÉNEZ DE MONTE, LEONCIO JARAMILLO ESCUDERO.



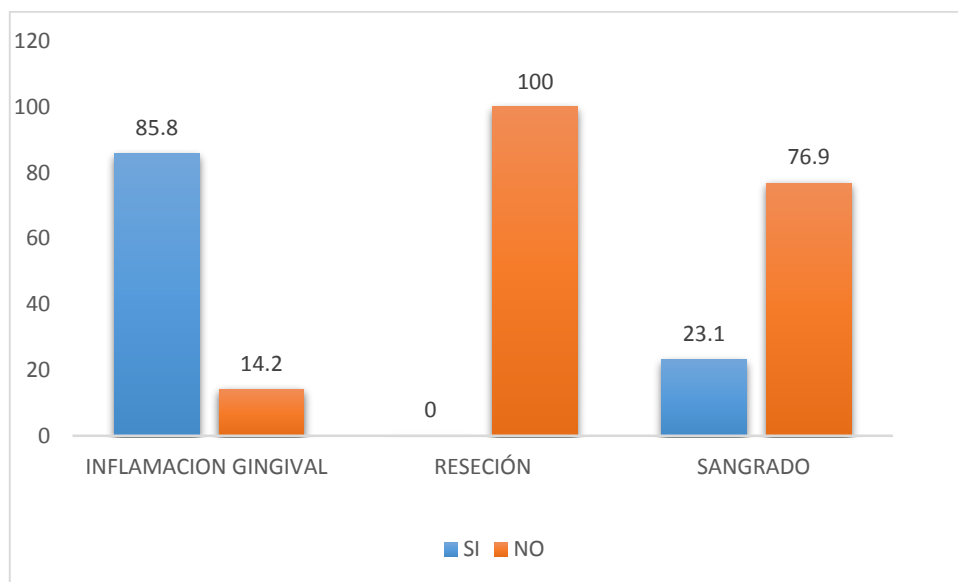
FUENTE: Estudiantes de los Centros de Educación Básica Isabel de Aragón, Eduardo Unda Bustamante, Libia Melida Jaramillo, Pedro Fermín Cevallos, Antonio Jiménez de Monte, Leoncio Jaramillo Escudero

AUTORA: Patricia Alexandra Caraguay Guamán

INTERPRETACIÓN:

En la siguiente grafica podemos apreciar que un 97% no presenta ninguna alteración dental mientras que un menor porcentajes que representa el 2.2% se manifiesta con alteraciones dentales de número como mesiodent que es un diente supernumerario localizado entre los incisivos centrales del maxilar superior, y agenesia que es la ausencia congénita de uno o más dientes, y con un 0.7% encontramos un alteración de forma que es un diente con fusión que es la unión de dos primordios dentales normalmente separados.

GRAFICA 4.- ALTERACIONES GINGIVAL EN LOS CENTROS DE EDUCACIÓN BÁSICA ISABEL DE ARAGÓN, EDUARDO UNDA BUSTAMANTE, LIBIA MELIDA JARAMILLO, PEDRO FERMÍN CEVALLOS, ANTONIO JIMÉNEZ DE MONTE, LEONCIO JARAMILLO ESCUDERO.



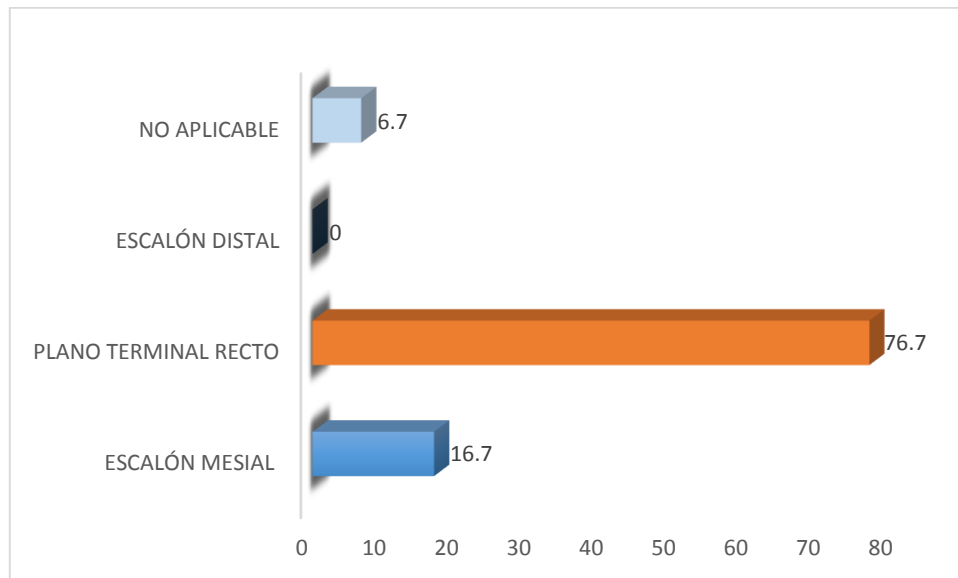
FUENTE: Estudiantes de los Centros de Educación Básica Isabel de Aragón, Eduardo Unda Bustamante, Libia Melida Jaramillo, Pedro Fermín Cevallos, Antonio Jiménez de Monte, Leoncio Jaramillo Escudero

AUTORA: Patricia Alexandra Caraguay Guamán

INTERPRETACIÓN:

Luego de haber analizado el estado gingival de los alumnos que conformaron el grupo de estudio, se pudo observar que no hay presencia de recesión gingival; pero existen valores elevados de inflamación con un 85.8% acompañado sangrado gingival en un 23.1%.

GRAFICA 5.- MALOCLUSION EN DENTICION TEMPORAL EN LOS CENTROS DE EDUCACIÓN BÁSICA ISABEL DE ARAGÓN, EDUARDO UNDA BUSTAMANTE, LIBIA MELIDA JARAMILLO, PEDRO FERMÍN CEVALLOS, ANTONIO JIMÉNEZ DE MONTE, LEONCIO JARAMILLO ESCUDERO.



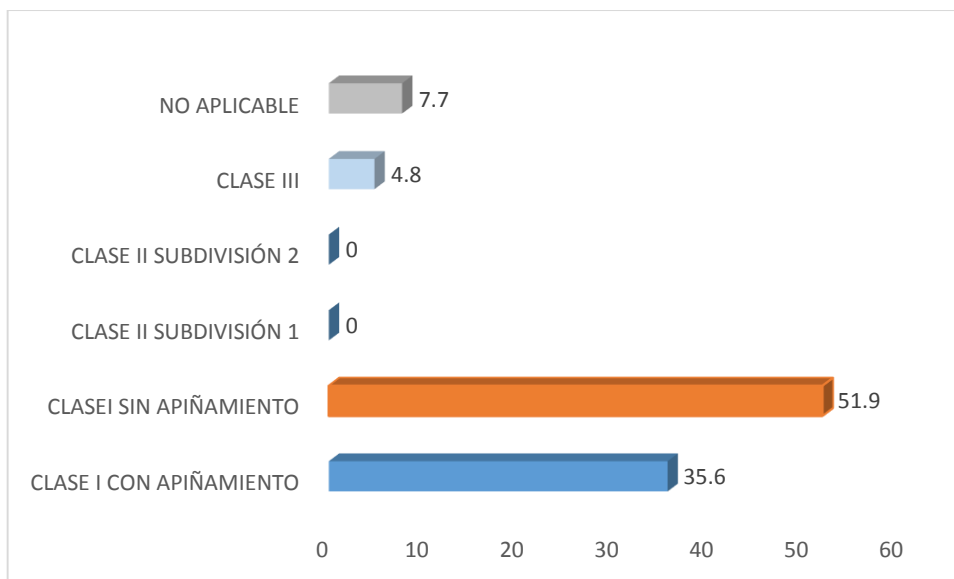
FUENTE: Estudiantes de los Centros de Educación Básica Isabel de Aragón, Eduardo Unda Bustamante, Libia Melida Jaramillo, Pedro Fermín Cevallos, Antonio Jiménez de Monte, Leoncio Jaramillo Escudero

AUTORA: Patricia Alexandra Caraguay Guamán

INTERPRETACIÓN:

Luego de guiar a los estudiantes hacia una oclusión habitual, observamos que el 76.7%, presentó una relación molar en “Plano terminal recto”, Con lo que respecta al 16.7% presentó una relación molar en “Escalón mesial y el 6.7% definido como “no aplicable”, se refiere a la ausencia de los segundos molares temporales, con los cuales se define la relación molar decidua.

GRAFICA 6.- MALOCCLUSION EN DENTICION PERMANENTE EN LOS CENTROS DE EDUCACIÓN BÁSICA ISABEL DE ARAGÓN, EDUARDO UNDA BUSTAMANTE, LIBIA MELIDA JARAMILLO, PEDRO FERMÍN CEVALLOS, ANTONIO JIMÉNEZ DE MONTE, LEONCIO JARAMILLO ESCUDERO.



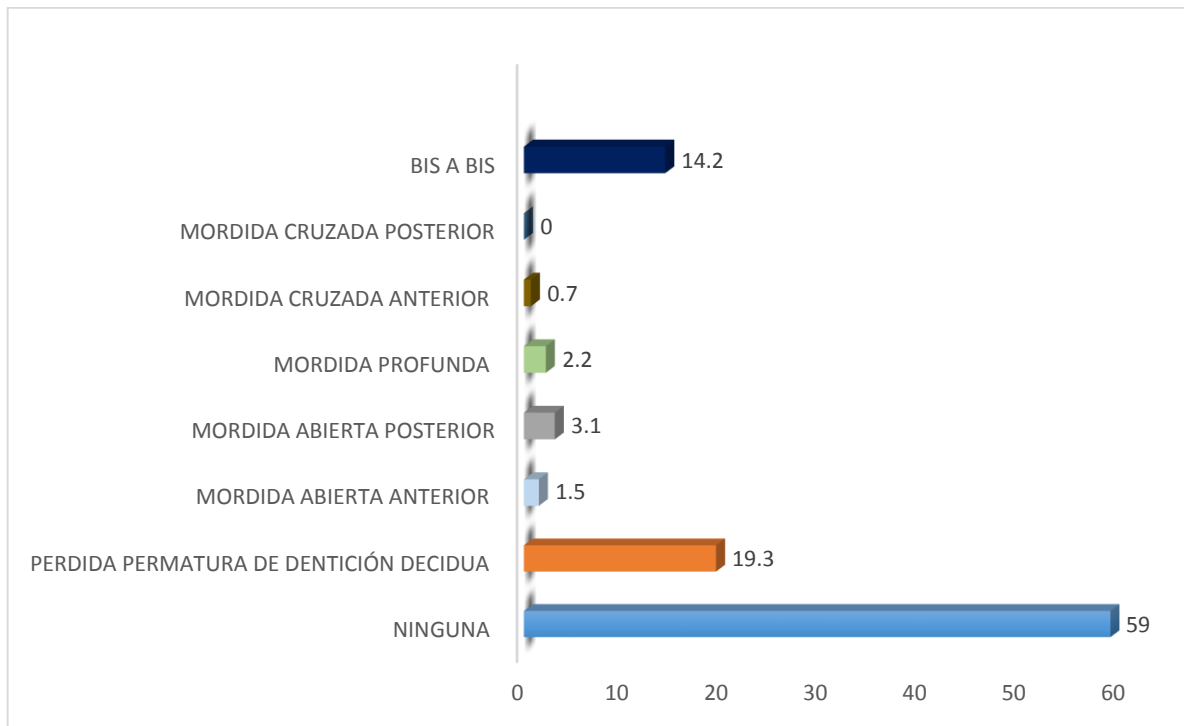
FUENTE: Estudiantes de los Centros de Educación Básica Isabel de Aragón, Eduardo Unda Bustamante, Libia Melida Jaramillo, Pedro Fermín Cevallos, Antonio Jiménez de Monte, Leoncio Jaramillo Escudero

AUTORA: Patricia Alexandra Caraguay Guamán

INTERPRETACIÓN:

En la siguiente grafica que representa la mal oclusión dental en dentición permanente, del total de 134 examinados podemos apreciar que, un 51.9% de la población presentan clase I sin apiñamiento, un 35.6 % clase I con apiñamiento, 4.8% posee clase III y un 7.7 presenta una oclusión alterada que se definió como no aplicable

GRAFICA 7.- ALTERACIONES DE LA OCLUSIÓN EN LOS CENTROS DE EDUCACIÓN BÁSICA ISABEL DE ARAGÓN, EDUARDO UNDA BUSTAMANTE, LIBIA MELIDA JARAMILLO, PEDRO FERMÍN CEVALLOS, ANTONIO JIMÉNEZ DE MONTE, LEONCIO JARAMILLO ESCUDERO.



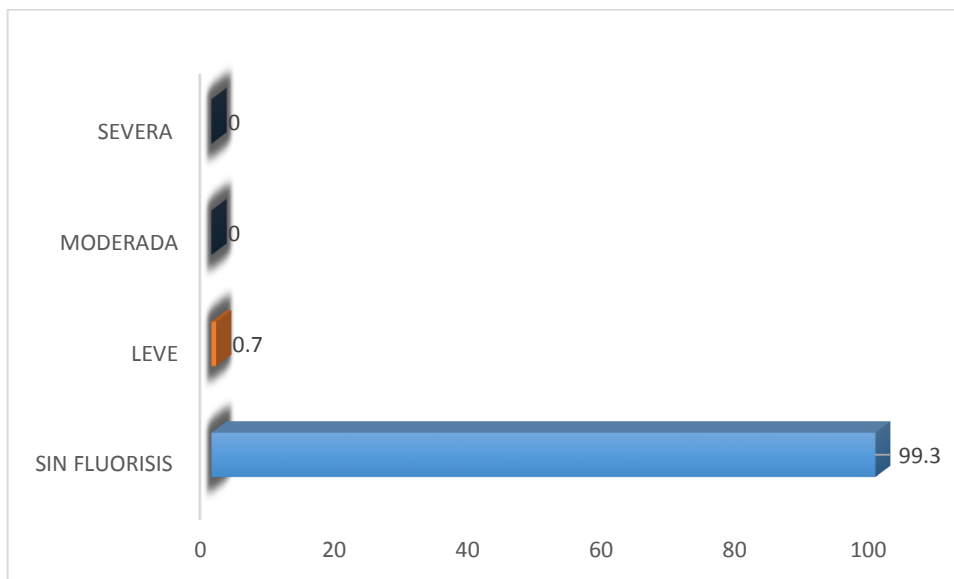
FUENTE: Estudiantes de los Centros de Educación Básica Isabel de Aragón, Eduardo Unda Bustamante, Libia Melida Jaramillo, Pedro Fermín Cevallos, Antonio Jiménez de Monte, Leoncio Jaramillo Escudero

AUTORA: Patricia Alexandra Caraguay Guamán

INTERPRETACIÓN:

Luego de analizar las arcadas dentarias de cada uno de los estudiantes, se observó pérdida prematura de la dentición decidua en un 19.3% y alteraciones de la oclusión, como son: mordida Bis a Bis con un 14.2%, mordida abierta posterior con un 3.1%, mordida profunda en un 2.2%, mordida abierta anterior con 1.5% y mordida cruzada anterior con un 0.7%

GRAFICA 8.- FLUOROSIS DENTAL EN LOS CENTROS DE EDUCACIÓN BÁSICA ISABEL DE ARAGÓN, EDUARDO UNDA BUSTAMANTE, LIBIA MELIDA JARAMILLO, PEDRO FERMÍN CEVALLOS, ANTONIO JIMÉNEZ DE MONTE, LEONCIO JARAMILLO ESCUDERO.



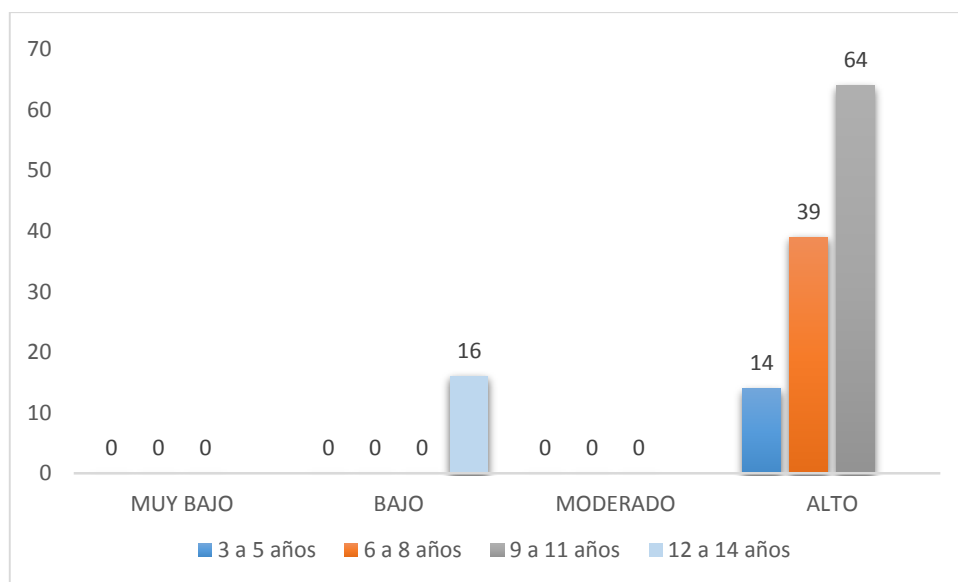
FUENTE: Estudiantes de los Centros de Educación Básica Isabel de Aragón, Eduardo Unda Bustamante, Libia Melida Jaramillo, Pedro Fermín Cevallos, Antonio Jiménez de Monte, Leoncio Jaramillo Escudero

AUTORA: Patricia Alexandra Caraguay Guamán

INTERPRETACIÓN:

Al analizar las pigmentaciones dentales que presentaba cada estudiantes, se pudo observar que únicamente el 0.7% del grupo estudiado presentó fluorosis dental de tipo leve que se caracteriza por presentar estrías y líneas irregulares, localizadas sobre todo en los bordes incisales y cúspides de dientes posteriores.

GRAFICA 9.- ÍNDICE ceo (CARIADO, EXTRACCION INDICADA Y OBTURADOS) EN DENTICION TEMPORAL EN LOS CENTROS DE EDUCACIÓN BÁSICA ISABEL DE ARAGÓN, EDUARDO UNDA BUSTAMANTE, LIBIA MELIDA JARAMILLO, PEDRO FERMÍN CEVALLOS, ANTONIO JIMÉNEZ DE MONTE, LEONCIO JARAMILLO ESCUDERO.



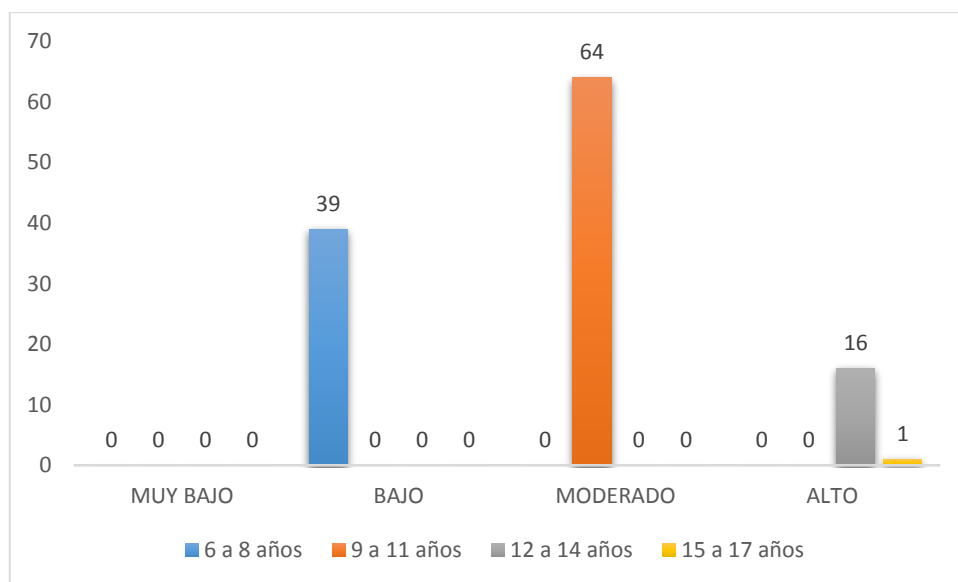
FUENTE: Estudiantes de los Centros de Educación Básica Isabel de Aragón, Eduardo Unda Bustamante, Libia Melida Jaramillo, Pedro Fermín Cevallos, Antonio Jiménez de Monte, Leoncio Jaramillo Escudero

AUTORA: Patricia Alexandra Caraguay Guamán

INTERPRETACIÓN:

Los niños, niñas y adolescentes “3 a 5 años – 6 A 8 – 9 A 11” que son 117 alumnos presentan un riesgo de caries “alto” del índice c.e.o.d., mientras que los alumnos de 12 a 14 años que son 16 alumnos presentan un riesgo de caries “bajo”; como se observa, entre mayor es la edad de los alumnos, menor es el índice del c.e.o.d., esto se debe a que poco a poco el niño va perdiendo sus dientes temporales para ser reemplazados por los permanentes.

GRAFICA 10.- ÍNDICE CPOD (CARIADO, PERDIDOS, OBTURADOS) EN DENTICION PERMANENTE EN LOS CENTROS DE EDUCACIÓN BÁSICA ISABEL DE ARAGÓN, EDUARDO UNDA BUSTAMANTE, LIBIA MELIDA JARAMILLO, PEDRO FERMÍN CEVALLOS, ANTONIO JIMÉNEZ DE MONTE, LEONCIO JARAMILLO ESCUDERO



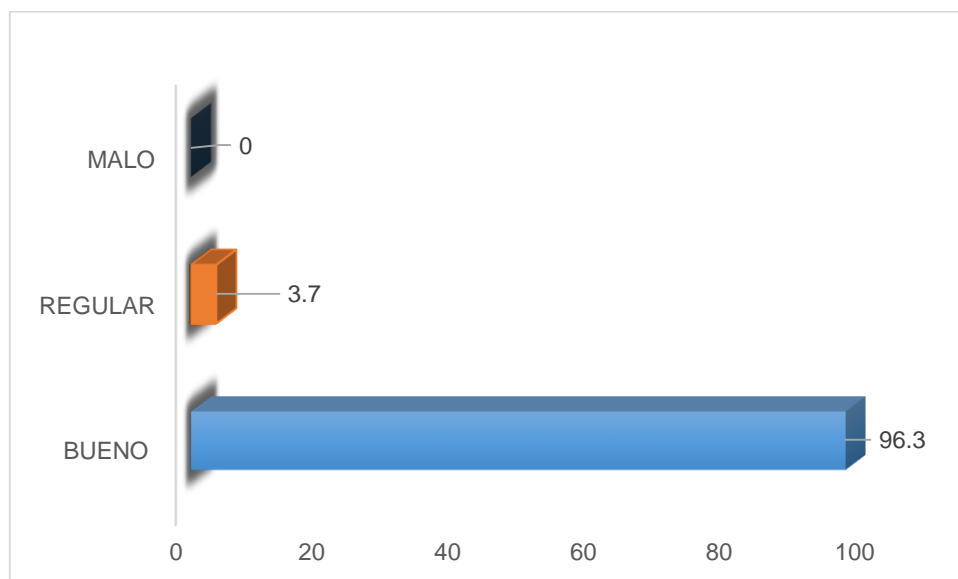
FUENTE: Estudiantes de los Centros de Educación Básica Isabel de Aragón, Eduardo Unda Bustamante, Libia Melida Jaramillo, Pedro Fermín Cevallos, Antonio Jiménez de Monte, Leoncio Jaramillo Escudero

AUTORA: Patricia Alexandra Caraguay Guamán

INTERPRETACIÓN:

Los alumnos de 12 a 14 y 15 a 17 años que son 17 se encuentran con un riesgo de caries “alto” del CPOD, como se puede apreciar, entre mayor es la edad del estudiante mayor es el porcentaje de índice CPOD, y en las edades de 9 a 11 años que son 63 alumnos poseen un riesgo de caries moderado y de 6 a 8 años que son 39 niños poseen un riesgo bajo porque en éstas edades es donde se empieza la segunda fase de la dentición mixta, y aparecen los premolares, caninos y segundos molares permanentes, con lo que se completa la dentición permanente.

GRAFICA 11- INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA EN LOS CENTROS DE EDUCACIÓN BÁSICA ISABEL DE ARAGÓN, EDUARDO UNDA BUSTAMANTE, LIBIA MELIDA JARAMILLO, PEDRO FERMÍN CEVALLOS, ANTONIO JIMÉNEZ DE MONTE, LEONCIO JARAMILLO ESCUDERO



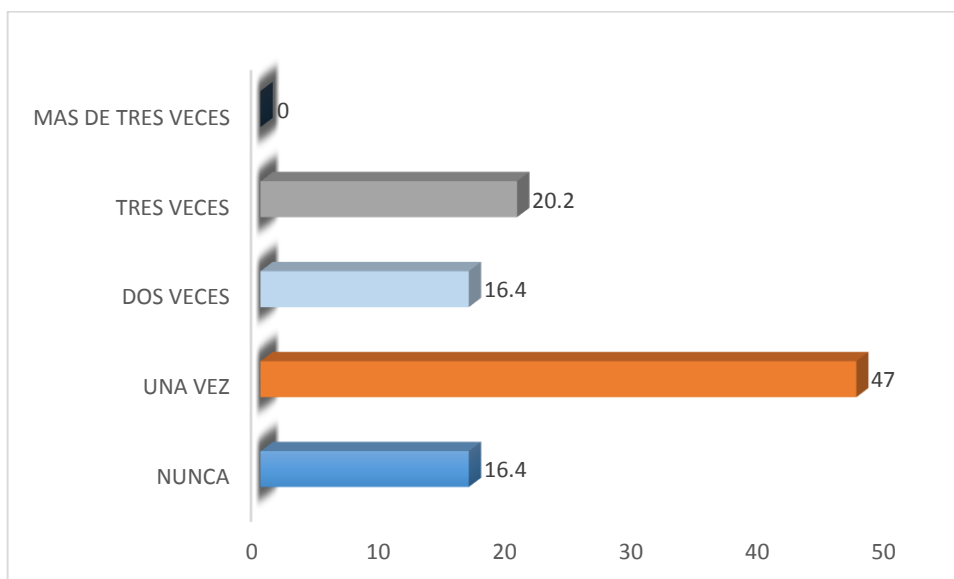
FUENTE: Estudiantes de los Centros de Educación Básica Isabel de Aragón, Eduardo Unda Bustamante, Libia Melida Jaramillo, Pedro Fermín Cevallos, Antonio Jiménez de Monte, Leoncio Jaramillo Escudero

AUTORA: Patricia Alexandra Caraguay Guamán

INTERPRETACIÓN:

Del 100% del grupo estudiado, 129 alumnos se encuentran en el índice periodontal de Higiene Oral Simplificado dentro del criterio “**bueno**”, que corresponde al **96.3%**; mientras que 5 niños se ubicaron dentro del criterio “regular”, que corresponde al 3.7%.

GRAFICA 12.- FRECUENCIA DEL CEPILLADO EN LOS CENTROS DE EDUCACIÓN BÁSICA ISABEL DE ARAGÓN, EDUARDO UNDA BUSTAMANTE, LIBIA MELIDA JARAMILLO, PEDRO FERMÍN CEVALLOS, ANTONIO JIMÉNEZ DE MONTE, LEONCIO JARAMILLO ESCUDERO



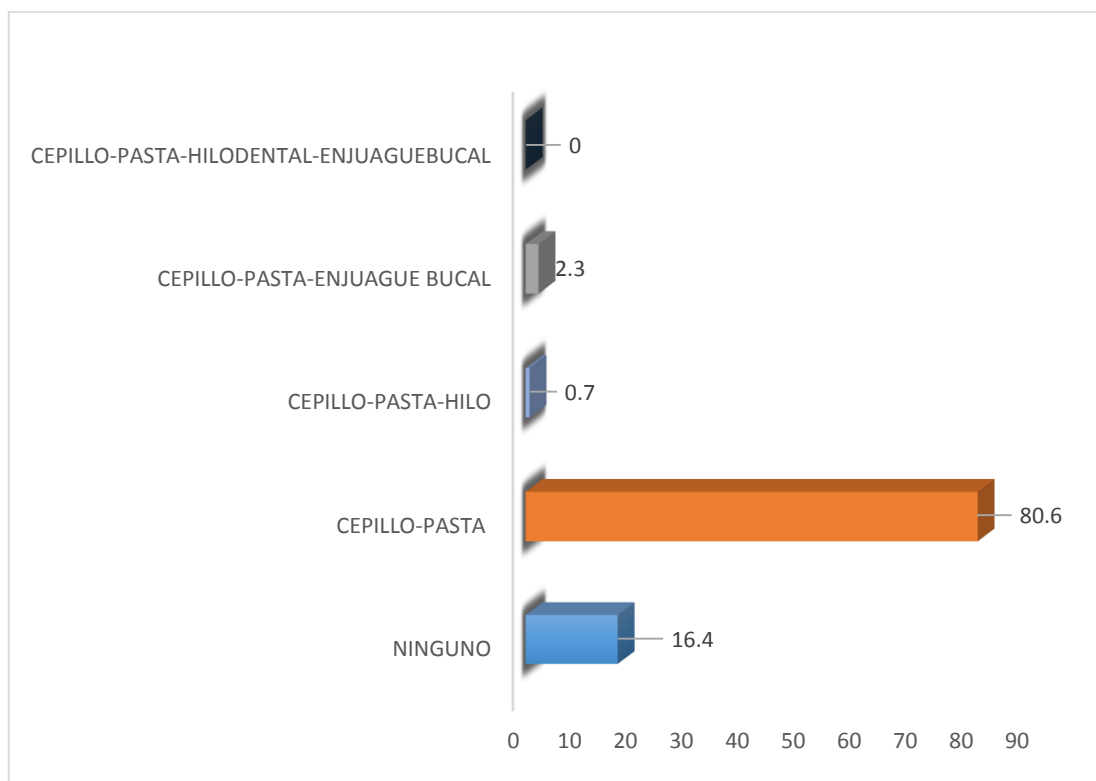
FUENTE: Estudiantes de los Centros de Educación Básica Isabel de Aragón, Eduardo Unda Bustamante, Libia Melida Jaramillo, Pedro Fermín Cevallos, Antonio Jiménez de Monte, Leoncio Jaramillo Escudero

AUTORA: Patricia Alexandra Caraguay Guamán

INTERPRETACIÓN:

De la encuesta aplicada, los datos obtenidos fueron que: el 47% de los alumnos cepillan sus dientes diariamente una vez al día y un 16.4% cepillan sus dientes dos veces al día, que es una frecuencia menor a la indicada, y además hay estudiantes que nunca cepillan sus dientes nunca con un 16.3%; y el 20.2%, lo realiza tres o más veces.

GRAFICA 13.- ELEMENTOS UTILIZADOS EN LA HIGIENE BUCAL EN LOS CENTROS DE EDUCACIÓN BÁSICA ISABEL DE ARAGÓN, EDUARDO UNDA BUSTAMANTE, LIBIA MELIDA JARAMILLO, PEDRO FERMÍN CEVALLOS, ANTONIO JIMÉNEZ DE MONTE, LEONCIO JARAMILLO ESCUDERO



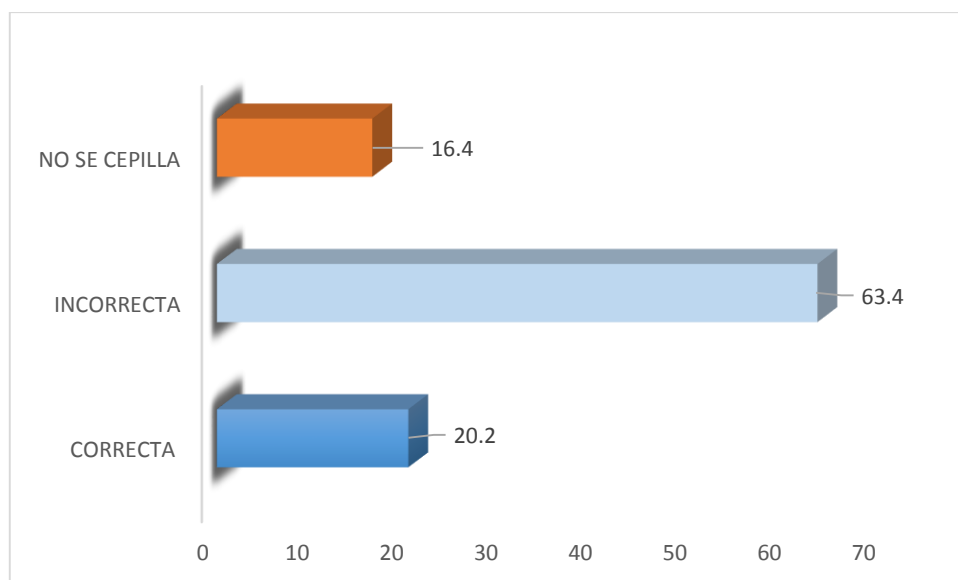
FUENTE: Estudiantes de los Centros de Educación Básica Isabel de Aragón, Eduardo Unda Bustamante, Libia Melida Jaramillo, Pedro Fermín Cevallos, Antonio Jiménez de Monte, Leoncio Jaramillo Escudero

AUTORA: Patricia Alexandra Caraguay Guamán

INTERPRETACIÓN:

Luego de haber aplicado la encuesta a los estudiantes se pudo observar que la mayoría de los estudiantes que representa el 80.6% utiliza para su higiene oral los elementos básicos de aseo, tales como pasta y cepillo dental; un 16.4% no poseen los implemos de higiene oral; un 2.3% utiliza pasta, cepillo y enjuague bucal y un 0.7% utilizan cepillo, pasta e hilo dental

GRAFICA 14.- TECNICA DE CEPILLADO ELEMENTOS UTILIZADOS EN LA HIGIENE BUCAL EN LOS CENTROS DE EDUCACIÓN BÁSICA ISABEL DE ARAGÓN, EDUARDO UNDA BUSTAMANTE, LIBIA MELIDA JARAMILLO, PEDRO FERMÍN CEVALLOS, ANTONIO JIMÉNEZ DE MONTE, LEONCIO JARAMILLO ESCUDERO



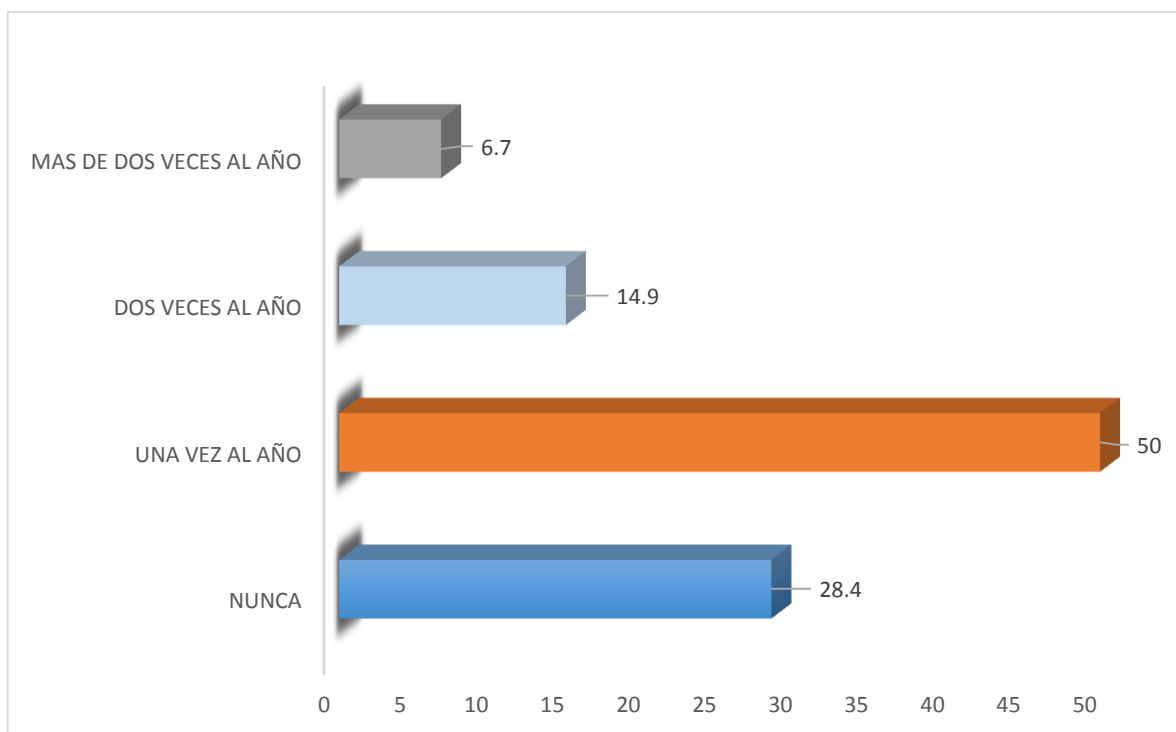
FUENTE: Estudiantes de los Centros de Educación Básica Isabel de Aragón, Eduardo Unda Bustamante, Libia Melida Jaramillo, Pedro Fermín Cevallos, Antonio Jiménez de Monte, Leoncio Jaramillo Escudero

AUTORA: Patricia Alexandra Caraguay Guamán

INTERPRETACIÓN:

En el presente gráfico, se observa que del 100% del grupo estudiado, el 63.4% cepilla sus dientes de manera “incorrecta”, y el 20.2% lo hace con una “técnica correcta” y un 16.4 “no se cepillan”.

GRAFICA 15.- FRECUENCIA DE VISITA AL ODONTOLOGO EN LOS CENTROS DE EDUCACIÓN BÁSICA ISABEL DE ARAGÓN, EDUARDO UNDA BUSTAMANTE, LIBIA MELIDA JARAMILLO, PEDRO FERMÍN CEVALLOS, ANTONIO JIMÉNEZ DE MONTE, LEONCIO JARAMILLO ESCUDERO



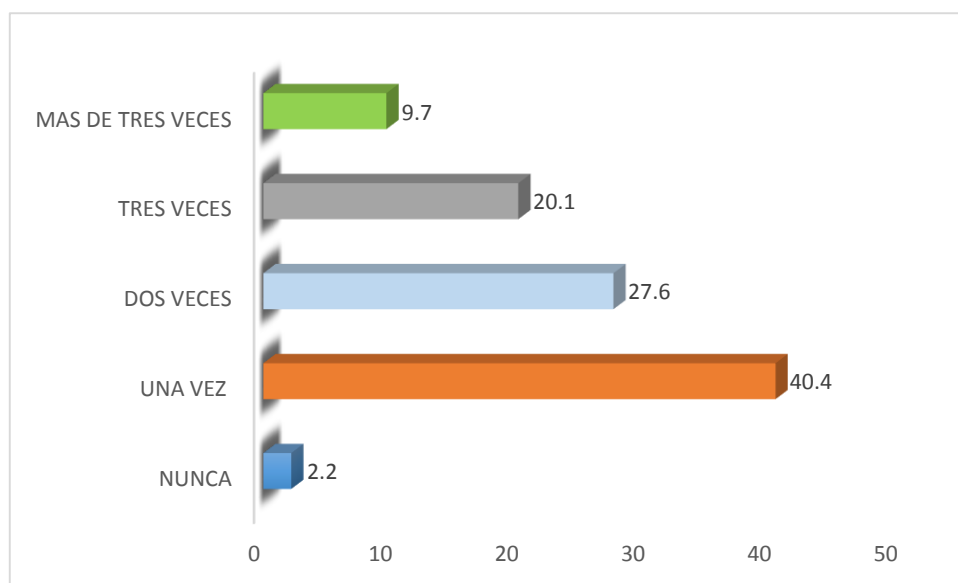
FUENTE: Estudiantes de los Centros de Educación Básica Isabel de Aragón, Eduardo Unda Bustamante, Libia Melida Jaramillo, Pedro Fermín Cevallos, Antonio Jiménez de Monte, Leoncio Jaramillo Escudero

AUTORA: Patricia Alexandra Caraguay Guamán

INTERPRETACIÓN

Examinando el presente gráfico, se observa que el 50% de los alumnos visitan al odontólogo una vez al año con un 28.4%, un 14.9% dos veces al año y solamente el 6.7% lo realiza “dos o más veces” en el año, situación preocupante que se puede presentar debido a una falta de interés o temor al odontólogo.

GRAFICA 16.- FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS CARIOGENICOS EN LOS CENTROS DE EDUCACIÓN BÁSICA ISABEL DE ARAGÓN, EDUARDO UNDA BUSTAMANTE, LIBIA MELIDA JARAMILLO, PEDRO FERMÍN CEVALLOS, ANTONIO JIMÉNEZ DE MONTE, LEONCIO JARAMILLO ESCUDERO



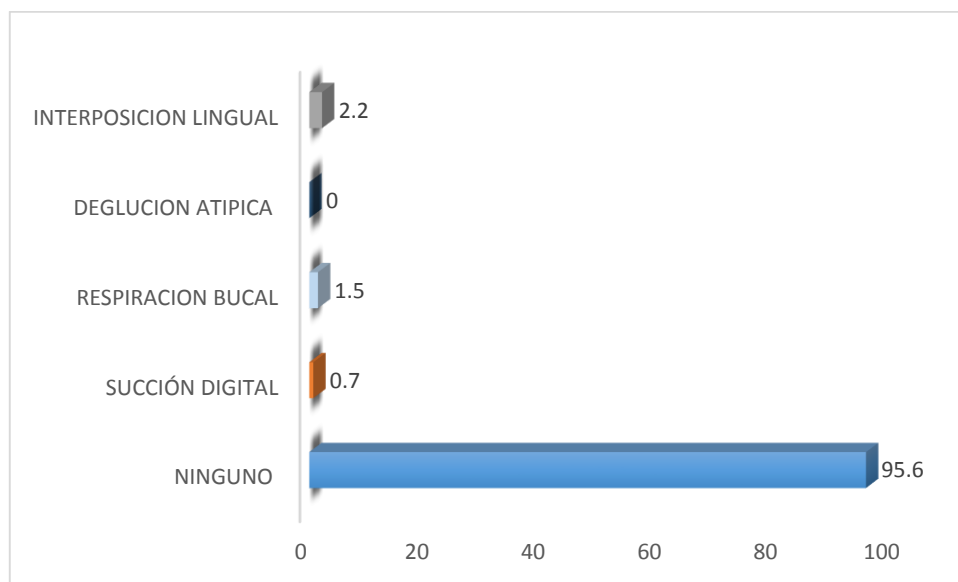
FUENTE: Estudiantes de los Centros de Educación Básica Isabel de Aragón, Eduardo Unda Bustamante, Libia Melida Jaramillo, Pedro Fermín Cevallos, Antonio Jiménez de Monte, Leoncio Jaramillo Escudero

AUTORA: Patricia Alexandra Caraguay Guamán

INTERPRETACIÓN

En el presente gráfico, con lo que se refiere al consume de alimentos cariogénicos en el transcurso del día se puede observar que el 40.4% lo consume una vez; el 27.6% dos veces, 20.1% tres veces, y un 9.7% ingieren alimentos cariogénicos más de tres veces al día.

GRAFICA 17.- HÁBITOS EN LOS CENTROS DE EDUCACIÓN BÁSICA ISABEL DE ARAGÓN, EDUARDO UNDA BUSTAMANTE, LIBIA MELIDA JARAMILLO, PEDRO FERMÍN CEVALLOS, ANTONIO JIMÉNEZ DE MONTE, LEONCIO JARAMILLO ESCUDERO



FUENTE: Estudiantes de los Centros de Educación Básica Isabel de Aragón, Eduardo Unda Bustamante, Libia Melida Jaramillo, Pedro Fermín Cevallos, Antonio Jiménez de Monte, Leoncio Jaramillo Escudero

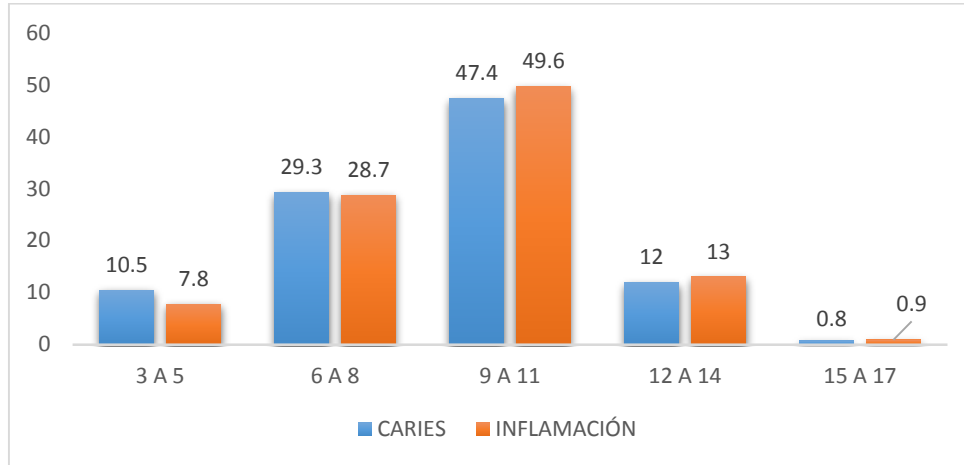
AUTORA: Patricia Alexandra Caraguay Guamán

INTERPRETACIÓN:

De la población estudiada, con respecto a los hábitos un 95.6 % no presente ningún hábito deformante, mientras que un 2.2% presentan una interposición lingual que se caracteriza porque la lengua se aloja entre los incisivos y hay dificultad de ingerir alimentos sólidos; Así mismo un 1.5% presenta respiración bucal caracterizado por un paladar profundo, mucosas deshidratadas y que hay problemas respiratorios frecuentes y también hubo la presencia de succión digital con un 0.7% es el hábito que consiste en introducir uno o más dedos en la cavidad oral.

CRUCE DE VARIABLES

GRAFICA 18.- RELACION EDAD –CARIES - INFLAMACIÓN GINGIVAL EN LOS CENTROS DE EDUCACIÓN BÁSICA ISABEL DE ARAGÓN, EDUARDO UNDA BUSTAMANTE, LIBIA MELIDA JARAMILLO, PEDRO FERMÍN CEVALLOS, ANTONIO JIMÉNEZ DE MONTE, LEONCIO JARAMILLO ESCUDERO



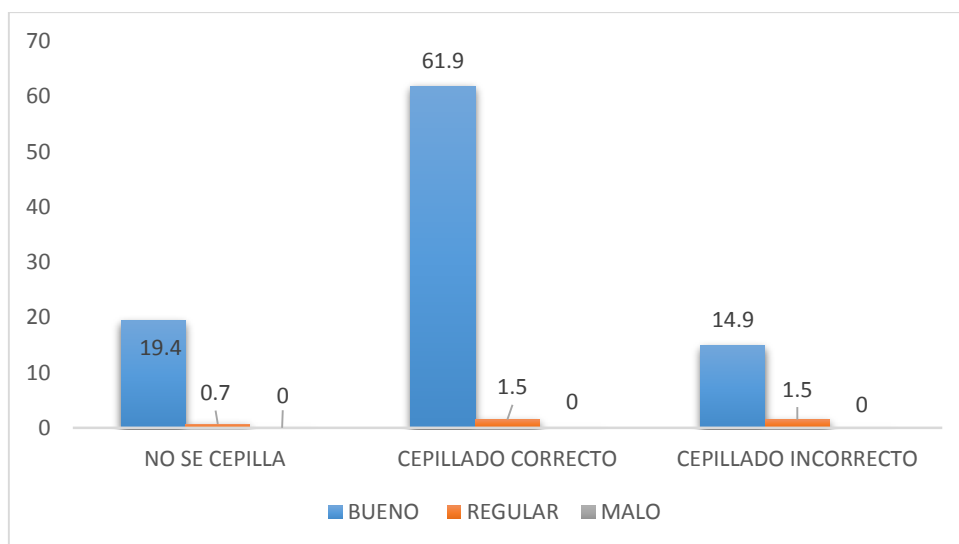
FUENTE: Estudiantes de los Centros de Educación Básica Isabel de Aragón, Eduardo Unda Bustamante, Libia Melida Jaramillo, Pedro Fermín Cevallos, Antonio Jiménez de Monte, Leoncio Jaramillo Escudero

AUTORA: Patricia Alexandra Caraguay Guamán

INTERPRETACIÓN

La caries dental afecta en un 10.5% a los niños y niñas de 3 a 5 años, en un 29.3% a las edades de 6 a 8, en un 47.4% a las edades de 9 a 11 años y en un 0.8% a la población de 12 a 14 años. Viéndose más afectados por las caries los niños, niñas de 9 a 11 años. Los niños y niñas de 3 a 5 años presentan inflamación gingival en un 7.7%, en las edades de 6 a 8 años la padecen en un 28.71%, entre las edades de 9 a 11 años se observa en un 49.6%, en la población de 12 a 14 años en un 13% y en las edades de 15 a 17 años la padecen inflamación en un 0.9%

GRAFICA 19.- RELACION DE LA TECNICA DE CEPILLADO – INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA EN LOS CENTROS DE EDUCACIÓN BÁSICA ISABEL DE ARAGÓN, EDUARDO UNDA BUSTAMANTE, LIBIA MELIDA JARAMILLO, PEDRO FERMÍN CEVALLOS, ANTONIO JIMÉNEZ DE MONTE, LEONCIO JARAMILLO ESCUDERO



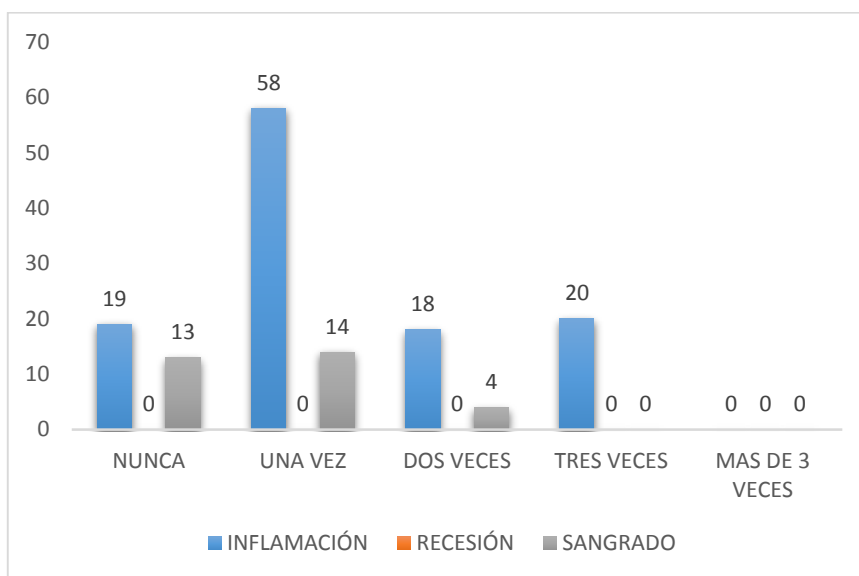
FUENTE: Estudiantes de los Centros de Educación Básica Isabel de Aragón, Eduardo Unda Bustamante, Libia Melida Jaramillo, Pedro Fermín Cevallos, Antonio Jiménez de Monte, Leoncio Jaramillo Escudero

AUTORA: Patricia Alexandra Caraguay Guamán

INTERPRETACIÓN

En la gráfica correspondiente a la muestra que presenta un índice de higiene oral simplificado bueno, encontramos que el 61.9% emplea una técnica de cepillado correcta, seguido de un 19.4% que no demostraron la técnica de cepillado empleada debido a que no realizan higienización de su cavidad oral y finalmente en un 14.9% que se cepillan los dientes de forma incorrecta.

GRAFICA 20.- RELACIÓN FRECUENCIA DE CEPILLADO - ALTERACIONES GINGIVALES EN LOS CENTROS DE EDUCACIÓN BÁSICA ISABEL DE ARAGÓN, EDUARDO UNDA BUSTAMANTE, LIBIA MELIDA JARAMILLO, PEDRO FERMÍN CEVALLOS, ANTONIO JIMÉNEZ DE MONTE, LEONCIO JARAMILLO ESCUDERO



FUENTE: Estudiantes de los Centros de Educación Básica Isabel de Aragón, Eduardo Unda Bustamante, Libia Melida Jaramillo, Pedro Fermín Cevallos, Antonio Jiménez de Monte, Leoncio Jaramillo Escudero

AUTORA: Patricia Alexandra Caraguay Guamán

INTERPRETACIÓN

Lo que se refiere a la presencia inflamación 19 de las personas que nunca se cepillan presentan inflamación, 58 personas que se cepillan los dientes una vez al día y 20 personas que se cepillan los dientes dos veces al día presentan inflamación. Con respecto a la recesión gingival la población estudiada no presenta recesión. En relación al sangrado 3 personas que nunca se cepillan, 14 persona que se cepillan una vez al día y 4 personas que se cepillan los dientes dos veces al día presenta sangrado

8. DISCUCIONES

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

Diversos estudios abordan el tema de factores de riesgos a padecer caries así como las actividades a desarrollar para prevenir la aparición y desarrollo de estas en edades tempranas; además por ser un aspecto primordial en la elaboración de nuevas de nuevas estrategias preventivas.

Sabemos que la caries dental es una enfermedad prevenible y controlable pero, aun con todos los recursos disponibles, sigue siendo la enfermedad crónica más común en la niñez.

Con lo que respecta a la afección por caries dental de este estudio, nos muestra que un 99.3% presenta esta patología, siendo similar con un “estudio realizado en escolares de 6 a 12 años de edad en León-Nicaragua, donde nos dice que la prevalencia de caries fue del 72,6%” (HERRERA, Prevalencia de caries dental en escolares de 6-12 años de edad de León, Nicaragua., 2005), pero a diferencia de un estudio realizado en la Habana Cuba, en donde los principales resultados se destaca que el 20% de la muestra está afectado por esta enfermedad, por lo que el 80% se encuentra libre de caries (LLANES Ricardo, 2009).

Se realizó un estudio transversal en La Habana-Cuba sobre caries dental, maloclusiones y hábitos, comprendiendo niños de 12 y 14 años de ambos sexos, en el periodo de enero a junio del 2002. Para el diagnóstico se realizó un examen clínico, encontrándose un 34% de afectados por caries, 52.9% por maloclusiones y un 29% que practicaban algún hábito bucal (Marta & Carmen, 2009). Datos que no coinciden con la presente investigación debido a que la afección de caries es de un 99.3%, un 35.6% de maloclusión de tipo clase I con apiñamiento y los hábitos bucales un 2.2% siendo de más frecuente la interposición lingual.

Así mismo un estudio Epidemiológico de Salud Bucal en Escolares en Ecuador (1996), menciona que al 88,2% de los escolares menores de 15 años tienen caries, el 84% presenta placa bacteriana y el 53% está afectado con gingivitis (MSP, Ministerio de Salud del Ecuador, 2009). Existe relación, debido a que en el presente estudio se encontró la prevalencia de caries en 99.3%, 100% tiene presencia de placa bacteriana y el 85.8% inflamación gingival.

Otro estudio manifiesta que las maloclusiones constituyen un problema de salud pública desde el punto de vista odontológico, siendo reportado a nivel mundial que para la población pediátrica esta entidad ocupa el segundo lugar en prevalencia, precedido sólo de la caries dental, el presente estudio revela los siguientes resultados: 35,6% de los pacientes presentan clase I con apiñamiento, un 51.9 % clase I sin apiñamiento y un 4.8% posee clase III %, casi similar a la investigación realizada en Venezuela en donde cuyo estudio reveló lo siguiente 41,5% para la Clase I, seguido por 17,5% para la Clase II y un 14% para la Clase III (MEDINA C. , 2009).

En un estudio realizado en escolares de 6 a 12 años de edad del Municipio Antolín del Campo, Estado Nueva Esparta, Venezuela, nos muestra que el índice CPOD 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), y para el índice ceod promedio a los 3 años fue de 7,67 (ALTO) y a los 6 años fue de 7,25 (ALTO) (GONCALVES, 2003), los mismo datos que guardan similitud con el presente estudio en el cual el COPD promedio en los niños de 6 a 8, es de 2.2 (BAJO), a los de 9 a 11 es de 3.5 (MODERADO), 12 a 14 es de 6.3 (ALTO), y para el índice ceo en los niños de 3 a 5 años es de 7.9 (ALTO) y a los 6 a 8 años es de 8,4 (ALTO).

Según Irigoyen quien realizó el estudio “Prevalencia e incidencia de caries dental y hábitos de higiene bucal en un grupo de escolares del sur de la Ciudad de México, menciona que “más de un tercio de los escolares (39.5%) refirieron cepillarse los dientes de una a dos veces al día” (IRIGOYEN, 2008). El mismo que no se relaciona con los datos obtenidos en este estudio ya que el 47% se cepilla 1 veces al día e

incluso con un 16.4% nunca cepillan sus dientes ya sea por descuido o falta de recursos económicos.

Otro estudio de Rodríguez, Ricardo y col determinó que “el 80% de los niños se encontraban libres de caries, y que los factores de riesgo que más incidieron fueron la dieta cariogénica y la higiene bucal deficiente” (RODRIGUEZ, 2009), No concuerda con el estudio realizado ya que los niños en un 99.3% presentaron caries, pero con respecto a los factores de riesgo que predisponen la aparición de dicha patología, Si se relaciona con este estudio.

Otro “Estudios epidemiológicos de las poblaciones contemporáneas, evaluaciones clínicas, apoyan fuertemente la conclusión de que la mayor causa de caries en la edad infantil es el consumo frecuente de comidas que contienen azúcar (VIGNARAJAH, 1997).” En esta investigación el 40,4% consume diariamente alimentos cariogénicos corroborando lo planteado anteriormente.

Según LÉON Kenia en un estudio denominado Factores de riesgo asociados con anomalías de oclusión en dentición temporal “se observó que de los 209 niños examinados, 159 presentaban algún tipo de hábito, para el 76,1 % y solo 50 no tenían hábitos (23,9 %). En relación con la pérdida prematura de dientes temporales en los niños, se observó solo en 6, para el 2,9 %, los 203 restantes (97,1 %) (LEÓN & col., 2007).” Comparándolo con mi estudio en donde la población tiene un porcentaje bajo de presencia de hábitos encontrando un 2.2% de interposición lingual, un 1.5% respirador bucal y un 0.7% de succión y con respecto a la pérdida prematura en mi investigación la pérdida prematura de dientes temporales en los niños, se observó en un 19.3%

9. CONCLUSIONES

Del presente trabajo investigativo se puede concluir lo siguiente:

- Dentro de las patologías bucales, la de mayor prevalencia es la caries bucal con un 99.3% de un total de 134 menores examinados, también se encontró anomalías dentales en un 2.2% de alteraciones de número y un 0.7% de alteraciones de forma, fluorosis dental en un 0.7% y casos de hábitos, en un 0.7% presentan una succión digital, un 1.5% con respiración bucal y un 2.2% con interposición lingual del total de los menores investigados.
- En los 134 pacientes examinados se presentó inflamación gingival en un 85.8% del total de la población acompañada de sangrado con un 23.1%; el IPOS que presentó la población fue bueno en un 96.3% y regular en un 3.7%
- En lo que respecta a oclusión dental, en la dentición decidua predomina el plano terminal recto en un 76.7%; en la dentición permanente el predominio es para la clase molar I sin apiñamiento con el 51.9% y solo el 7.7% de la población tiene oclusión alterada; y con respecto a la alteración de oclusión más relevante fue la mordida perdida prematura de dentición decidua con el 19.3%, seguida de la mordida bis a bis con un 14.2%.
- En el estudio realizado se ha determinado que la técnica de cepillado dental que utilizan los pacientes examinados es incorrecta en un 63.4% e incluso hay un 16.4% que no se cepillan sus dientes, sumado a esto la frecuencia de cepillado de tres veces al día que es lo recomendando, únicamente un 20.2% de los 134 menores lo realizan; así mismo el 80.6% de los estudiantes cuentan con cepillo y pasta para realizar su aseo bucodental; por tanto al cepillado dental se lo considera como un factor de riesgo de enfermedad oral.

10.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.

11. BIBLIOGRAFIA

1. VILLA BARRAGÁN, Juan Pablo; Diagnóstico de Servicio de Salud. (24 diapositivas preparadas por Juan Pablo Villa). 2012 Abril 15. Obtenible en: http://www.pediatria.gob.mx/diplo_diagsit.pdf .
2. OMS. (24 de febrero de 2004). Organización Mundial de Salud. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/>
3. 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>
4. TASCÓN, J. E., & Cabrera, G. A. (2005). Revista Colombia Médica. Obtenido de: <https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/9012/1/rc05034.pdf>.
5. MSP. (2009). Ministerio de Salud del Ecuador. Obtenido de Normatización del Sistema Nacional de Salud.
6. ALVARADO, M. (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 N°3. Loja, Loja, Ecuador.
7. O.M.S. (febrero de 2007). WHO Media centre. Obtenido de la OMS: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
8. 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>
9. HIGASHIDA, B. (2000). Odontología preventiva. México: McGraw – Hill Interamericana.
10. HARRIS, N. & GARCÍA – GODOY, F. (2001). Odontología preventiva primaria. México: Manual Moderno.
11. CUENCA SALA, E., MANAU NAVARRO, C., & Serra Majem, L. (2004). Odontología preventiva y comunitaria (Segunda edición). Barcelona, España: MASSON, S.A.

12. LÓPEZ, A. (2001). Conceptos básicos de odontoestomatología para el medio de atención primaria. Barcelona, España: MASSON, S.A.
13. MOUNT, G. (1999). Conservación y restauración de la estructura dental. Madrid, España: HARCOURT BRACE.
14. MENDOZA MOREIRA, S.E. (14 DE FEBRERO DEL 2013). Blog: Tipos de denticiones. Obtenido de <http://tipodedenticiones.blogspot.com/>
15. SAPP, J.P., Eversole, L., & Wysocki, G.P. (2004). Patología oral y maxilofacial contemporánea. Madrid: ELSEVIER.
16. MOONEY, B. (2006). Operatoria dental. Buenos Aires: Médico Panamericana.
17. 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>
18. ESQUENAZI, K. (29 de mayo de 2006). INTRAMED. Obtenido de The American Academy of Periodontology: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidover.asp?contenidoID=40441>.
19. 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>
20. ODONTOCAT. (20 de agosto de 2001). Especialidades: Ortodoncia. Obtenido de <http://www.odontocat.com/ortoclas.htm>
21. OKESON, J. (1999). Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares. Madrid: HARCOURT BRACE
22. ROMÁN, M. (2011). Ortodoncia Invisible Malaga. Obtenido de <http://www.ortodonciamalaga.com/ortodoncia/maloclusiones/mordida-cruzada/>
23. VELÁSQUEZ, V. (2005). ORTODONCIA WS. Obtenido de Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2005/art8.asp>

- 24.** Medina, C., LABOREN, M., VILORIA, 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>
- 25.** 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>
- 26.** 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/>
- 27.** PUCHA, E. (2009). Chuquiribamba: Semillero de música. Loja: Colección Lojanidad.

12. ANEXOS

Anexo No. 1: HISTORIA CLINICA

"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.....

PATOLOGÍAS

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

OTRAS PATOLOGÍAS DENTALES

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

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

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

3. **MALOCLUSIÓN**

Dentición temporal

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

Dentición permanente

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

4. **FLUOROSIS DENTAL**

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

ALTERADA ()

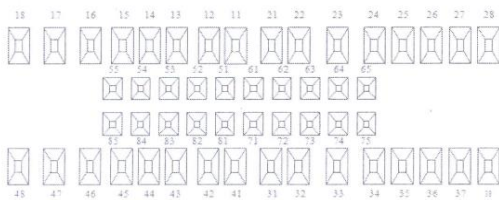
ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO IHO-S

5. **HÁBITOS**

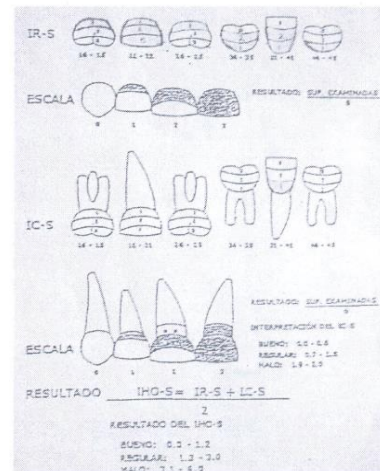
Ninguno () Ninguna ()
 Succión digital () Pérdida prematura de dentición decidua ()
 Respiración bucal () Mordida abierta anterior ()
 Deglución atípica () Mordida abierta posterior ()
 Interposición lingual () Mordida profunda ()
 Mordida cruzada anterior ()
 Mordida cruzada posterior ()
 Mordida bis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

6. **PATOLOGÍAS**

ODONTOGRAMA



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



Validación de la Historia Clínica por el Especialista Tannya Valarezo
 COORDINADOR DE LAS CLINICAS DE ODONTOLOGÍA



Anexo No. 2: ENCUESTA



“UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA” N° de hoja:
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
NIVEL DE PRE-GRADO
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

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

1. INFORMACIÓN BÁSICA

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

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

2. INFORMACIÓN SOBRE HIGIENE ORAL

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

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

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

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

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

Correcto () Incorrecto ()

- Al cepillarse los dientes hay presencia de sangrado?

Si () No ()

- ¿Con qué frecuencia usted visita al odontólogo?

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

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

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

Validación de Especialista Tannya Valarezo
COORDINADOR DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA



Anexo No. 3: EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS DE LAS ALTERACIONES Y PATOLOGÍAS BUCODENTALES

CARIES DENTAL



FUENTE: Estudiantes de los Centros de Educación Básica Isabel de Aragón, Eduardo Unda Bustamante, Libia Melida Jaramillo, Pedro Fermín Cevallos, Antonio Jiménez de Monte, Leoncio Jaramillo Escudero

ALTERACIONES DE NÚMERO

Mesiodents



Agnesia



FUENTE: Estudiantes de los Centros de Educación Básica Isabel de Aragón, Eduardo Unda Bustamante, Libia Melida Jaramillo, Pedro Fermín Cevallos, Antonio Jiménez de Monte, Leoncio Jaramillo Escudero

ALTERACION DE FORMA

Fusión



FUENTE: Estudiantes de los Centros de Educación Básica Isabel de Aragón, Eduardo Unda Bustamante, Libia Melida Jaramillo, Pedro Fermín Cevallos, Antonio Jiménez de Monte, Leoncio Jaramillo Escudero

INFLAMACION GINGIVAL



FUENTE: Estudiantes de los Centros de Educación Básica Isabel de Aragón, Eduardo Unda Bustamante, Libia Melida Jaramillo, Pedro Fermín Cevallos, Antonio Jiménez de Monte, Leoncio Jaramillo Escudero

ALTERACIONES DE LA OCLUSION Perdida Prematura de dentición decidua



FUENTE: Estudiantes de los Centros de Educación Básica Isabel de Aragón, Eduardo Unda Bustamante, Libia Melida Jaramillo, Pedro Fermín Cevallos, Antonio Jiménez de Monte, Leoncio Jaramillo Escudero

Mordida bis a bis



FUENTE: Estudiantes de los Centros de Educación Básica Isabel de Aragón, Eduardo Unda Bustamante, Libia Melida Jaramillo, Pedro Fermín Cevallos, Antonio Jiménez de Monte, Leoncio Jaramillo Escudero

Mordida Abierta Posterior



FUENTE: Estudiantes de los Centros de Educación Básica Isabel de Aragón, Eduardo Unda Bustamante, Libia Melida Jaramillo, Pedro Fermín Cevallos, Antonio Jiménez de Monte, Leoncio Jaramillo Escudero

Mordida abierta anterior



FUENTE: Estudiantes de los Centros de Educación Básica Isabel de Aragón, Eduardo Unda Bustamante, Libia Melida Jaramillo, Pedro Fermín Cevallos, Antonio Jiménez de Monte, Leoncio Jaramillo Escudero

Mordida profunda



FUENTE: Estudiantes de los Centros de Educación Básica Isabel de Aragón, Eduardo Unda Bustamante, Libia Melida Jaramillo, Pedro Fermín Cevallos, Antonio Jiménez de Monte, Leoncio Jaramillo Escudero

Mordida cruzada anterior



FUENTE: Estudiantes de los Centros de Educación Básica Isabel de Aragón, Eduardo Unda Bustamante, Libia Melida Jaramillo, Pedro Fermín Cevallos, Antonio Jiménez de Monte, Leoncio Jaramillo Escudero

FLUOROSIS DENTAL



FUENTE: Estudiantes de los Centros de Educación Básica Isabel de Aragón, Eduardo Unda Bustamante, Libia Melida Jaramillo, Pedro Fermín Cevallos, Antonio Jiménez de Monte, Leoncio Jaramillo Escudero

HABITOS

Interposición lingual



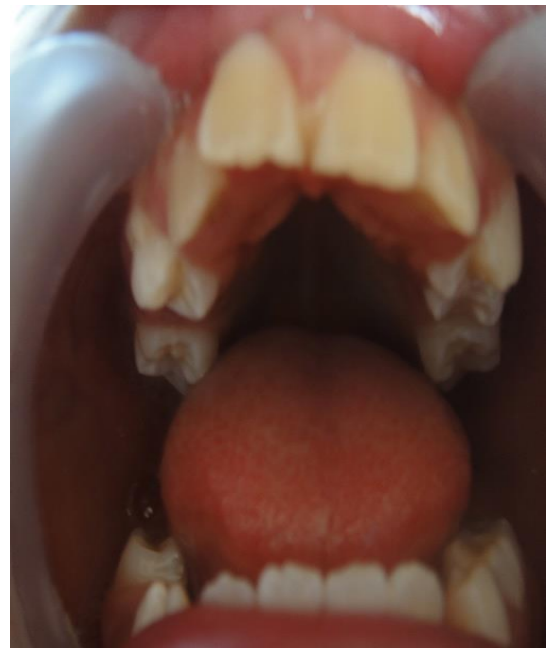
FUENTE: Estudiantes de los Centros de Educación Básica Isabel de Aragón, Eduardo Unda Bustamante, Libia Melida Jaramillo, Pedro Fermín Cevallos, Antonio Jiménez de Monte, Leoncio Jaramillo Escudero

Succión Digital



FUENTE: Estudiantes de los Centros de Educación Básica Isabel de Aragón, Eduardo Unda Bustamante, Libia Melida Jaramillo, Pedro Fermín Cevallos, Antonio Jiménez de Monte, Leoncio Jaramillo Escudero

Respiración Bucal



FUENTE: Estudiantes de los Centros de Educación Básica Isabel de Aragón, Eduardo Unda Bustamante, Libia Melida Jaramillo, Pedro Fermín Cevallos, Antonio Jiménez de Monte, Leoncio Jaramillo Escudero

Anexo No. 4: EVIDENCIA FOTOGRÁFICA DEL TRABAJO DE CAMPO, CHARLAS Y ENTREGA DE CEPILLOS Y PASTAS DENTALES



FUENTE: Estudiantes de los Centros de Educación Básica Isabel de Aragón, Eduardo Unda Bustamante, Libia Melida Jaramillo, Pedro Fermín Cevallos, Antonio Jiménez de Monte, Leoncio Jaramillo Escudero

Anexo No. 5: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
Caries	<p>La enfermedad es una forma singular de infección en la cual se acumulan cepas específicas sobre la superficie del esmalte, donde elaboran productos ácidos y proteolíticos que desmineralizan la superficie y digieren su matriz orgánica.</p>	<p>CPOD Ceo</p>	<p>0,0 a 1,1 muy bajo 1.2 a 2.6 bajo 2.7 a 4.4 moderado 4.5 a 6.5 alto</p>
Inflamación gingival	<p>La inflamación de las encías es bastante frecuente y puede involucrar a uno o más espacios de forma triangular de la encía entre los dientes adyacentes.</p> <p>Las bacterias que están acumulada en la placa bacteriana producen toxinas, estas irritan las encías que se inflaman y entonces estamos en la</p>	<p>IHOS</p>	<p>BUENO: 0,2 a 1,2 REGULAR: 1,3 a 2,0 MALO: 2,1 a 3,0</p>

	primera fase de la enfermedad periodontal		
Mal oclusiones	Denominamos maloclusión a toda aquella situación en que la oclusión no es normal, es decir, cuando el engranaje del maxilar superior y de la mandíbula inferior o la posición de las piezas dentales no cumple ciertos parámetros que consideramos normales. Esto puede crear una situación patológica (caries, problemas gingivales, estéticos o en la articulación temporo-mandibular)	<ul style="list-style-type: none"> • Relación molar de Angle • Relación molar decidua 	<ul style="list-style-type: none"> • Clase I • Clase II • Clase III • Escalón mesial • Escalón distal • Plano recto
Fluorosis	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	Patrones de contracción muscular anormal de naturaleza compleja que se aprenden, terminan por hacerse	<ul style="list-style-type: none"> • Clases de hábitos 	Respiración bucal Succión digital

	inconscientes e involuntarios y se ejecutan en forma mecánica		Deglución atípica Interposición lingual
Cepillado	Es el método mecánico de higiene que permite remover la placa bacteriana de los dientes para prevenir problemas bucales	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia del cepillado • Técnica de cepillado • Uso de implementos en el cepillado 	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Una vez al día • Dos veces al día • Tres veces al día • Horizontal • Vertical • Técnica de Bass • Pasta dental y cepillo dental • Hilo dental • Enjuague bucal
Alimentación	Los alimentos son definidos como sustancias, o como una mezcla, que contiene principios nutritivos, los	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de alimentación 	<ul style="list-style-type: none"> • Dieta cariogénica • Dieta no cariogénica • Una vez al día

	cuales proveen materia y energía.	<ul style="list-style-type: none"> • Ingesta de azucares 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 No. 6: SOLICITUD DIRIGIDA A LOS DIRECTORES DE LOS CENTROS DE EDUCACIÓN BÁSICA ISABEL DE ARAGÓN, EDUARDO UNDA BUSTAMANTE, LIBIA MELIDA JARAMILLO, PEDRO FERMÍN CEVALLOS, ANTONIO JIMÉNEZ DE MONTE, LEONCIO JARAMILLO ESCUDERO

Sra. Lic. Marcia Rocío del Carmen Pucha Sivisapa

DIRECTOR DE LA ESCUELA "ISABEL DE ARAGON"

De mis consideraciones:

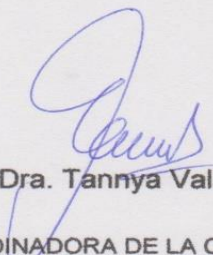
Permítame hacerle llegar un cordial y afectuoso saludo y a la vez desearle éxitos en sus funciones, que tan acertadamente desempeña.

Yo, Tannya Valarezo, coordinadora de la carrera de Odontología, me dirijo a usted para solicitar, la autorización correspondiente a: Patricia Alexandra Caraguay Guamán con número de cédula 1900496835 (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

Patricia A. Caraguay G.

EGRESADO



Loja, 7 de Octubre del 2013

Sr. Lic. Wilson Cristóbal Tene Aguinsaca

DIRECTOR DE LA ESCUELA "EDUARDO UNDA BUSTAMANTE"

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: Patricia Alexandra Caraguay Guamán con número de cédula 1900496835 (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

Patricia A. Caraguay G.

EGRESADO



Loja, 7 de Octubre del 2013

Sra. Lic. Luz Josefina Guamán Ochoa

DIRECTOR DE LA ESCUELA "LIBIA MELIDA JARAMILLO"

De mis consideraciones:

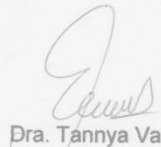
Permítame hacerle llegar un cordial y afectuoso saludo y a la vez desearle éxitos en sus funciones, que tan acertadamente desempeña.

Yo, Tannya Valarezo, coordinadora de la carrera de Odontología, me dirijo a usted para solicitar, la autorización correspondiente a: Patricia Alexandra Caraguay Guamán con número de cédula 1900496835 (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

Patricia A. Caraguay G.

EGRESADO



Loja, 7 de Octubre del 2013

Sra. Lic. Yolanda Argentina Márquez Sinche

DIRECTOR DE LA ESCUELA "PEDRO FERMIN CEVALLOS"

De mis consideraciones:

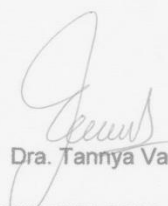
Permítame hacerle llegar un cordial y afectuoso saludo y a la vez desearle éxitos en sus funciones, que tan acertadamente desempeña.

Yo, Tannya Valarezo, coordinadora de la carrera de Odontología, me dirijo a usted para solicitar, la autorización correspondiente a: Patricia Alexandra Caraguay Guamán con número de cédula 1900496835 (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

Patricia A. Caraguay G.

EGRESADO



Loja, 7 de Octubre del 2013

Sra. Lic. Rosa Aurelia Sinche Enríquez

DIRECTOR DE LA ESCUELA "ANTONIO JIMENEZ DE MONTE"

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: Patricia Alexandra Caraguay Guamán con número de cédula 1900496835 (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

Patricia A. Caraguay G.

EGRESADO



Loja, 7 de Octubre del 2013

Sra. Lic. Xavier Stalin Loján Quito

DIRECTOR DE LA ESCUELA "LEONCIO JARAMILLO ESCUDERO"

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: Patricia Alexandra Caraguay Guamán con número de cédula 1900496835 (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

Patricia A. Caraguay G.

EGRESADO



Anexo No. 7: CERTIFICADOS DE HABER CULMINADO LA INVESTIGACION DEL MACROPROYECTO

Loja, 14 de octubre de 2013

Sra. Odontóloga. Tannya Valarezo

COORDINADORA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA

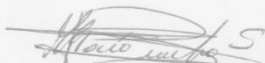
De mis consideraciones:

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

Yo, Marcia Rocío del Carmen Pucha Sivisapa, DIRECTORA DE LA ESCUELA "ISABEL DE ARAGON", me dirijo a usted para certificar que la Srta. Patricia Alexandra Caraguay Guamán (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:



Marcia Rocío del Carmen Pucha Sivisapa

DIRECTORA DE LA ESCUELA "ISABEL DE ARAGON"



Loja, 18 de octubre de 2013

Sra. Odontóloga. Tannya Valarezo

COORDINADORA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA

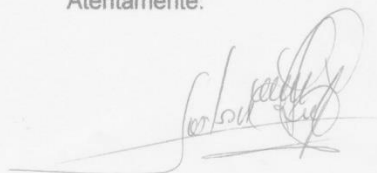
De mis consideraciones:

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

Yo, Wilson Cristóbal Tene Aguiñaca, DIRECTOR DE LA ESCUELA "EDUARDO UNA BUSTAMENTE", me dirijo a usted para certificar que la Srta. Patricia Alexandra Caraguay Guamán (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:



Wilson Cristóbal Tene Aguiñaca

DIRECTOR DE LA ESCUELA "EDUARDO UNA BUSTAMENTE"

Loja, 15 de octubre de 2013

Sra. Odontóloga. 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, Luz Josefina Guamán Ochoa, DIRECTORA DE LA ESCUELA "LIBIA MELIDA JARAMILLO", me dirijo a usted para certificar que la Srta. Patricia Alexandra Caraguay Guamán (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:



Luz Josefina Guamán Ochoa,



DIRECTORA DE LA ESCUELA "LIBIA MELIDA JARAMILLO",

Loja, 15 de octubre de 2013

Sra. Odontóloga. Tannya Valarezo

COORDINADORA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA

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, Yolanda Argentina Márquez Sinche, DIRECTORA DE LA ESCUELA "PEDRO FERMIN CEVALLOS", me dirijo a usted para certificar que la Srta. Patricia Alexandra Caraguay Guamán (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:


Yolanda Argentina Márquez Sinche

ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA
"PEDRO FERMIN CEVALLOS"
 CARMELO
CHUQUIRIBAMBA - LOJA

DIRECTORA DE LA ESCUELA "PEDRO FERMIN CEVALLOS"

Loja, 15 de octubre de 2013

Sra. Odontóloga. Tannya Valarezo

COORDINADORA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA

De mis consideraciones:

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

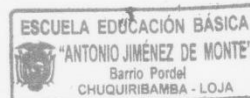
Yo, Rosa Aurelia Sinche Enríquez, DIRECTORA DE LA ESCUELA "ANTONIO JIMENEZ DE MONTE", me dirijo a usted para certificar que la Srta. Patricia Alexandra Caraguay Guamán (egresada de la carrera de Odontología), realizó los diagnósticos bucales a cada uno de los estudiantes del centro educativo, así como charlas educativas.

Es todo cuanto puede decir en honor a la verdad.

Atentamente:



Rosa Aurelia Sinche Enríquez



DIRECTORA DE LA ESCUELA "ANTONIO JIMENEZ DE MONTE"

Loja, 18 de octubre de 2013

Sra. Odontóloga. Tannya Valarezo

COORDINADORA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA

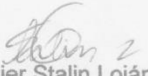
De mis consideraciones:

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

Yo, Xavier Stalin Loján Quito, DIRECTOR DE LA ESCUELA "LEONCIO JARAMILLO ESCUDERO", me dirijo a usted para certificar que la Srta. Patricia Alexandra Caraguay Guamán (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:


Xavier Stalin Loján Quito



DIRECTOR DE LA ESCUELA "LEONCIO JARAMILLO ESCUDERO"

Anexo No. 8: REVISION DE LA LITERATURA

CAPITULO I

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

2.1 Definición: La historia clínica es un documento escrito que contiene todos los datos investigados acerca de la enfermedad de una 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.

2.2 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, el nombre y teléfono del médico.

2.3 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.

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

Estado de salud o de enfermedad.

Edad aparente. En ciertas enfermedades del sistema endocrino, la edad aparente pueda ser mayor o menor; la falta de dientes da un aspecto de mayor edad.

Sexo. Este es fácil de identificar en la mayoría de los casos.

Raza. Orienta respecto de la propensión ciertas enfermedades en determinado grupo racial.

Estado de conciencia. Este aspecto es importante, sobre todo para emitir un pronóstico.

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.

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.

Heridas exteriores, contusiones o deformaciones. Estas pueden indicar el sitio afectado.

Conformación. Permiten indicar si la persona está o no proporcionada, si hay abultamientos, etcétera.

Constitución. Se refiere al estado de nutrición o robustez.

Respiración. Se modifica cuando hay tensión emocional, dificultades para la entrada del aire hacia el sistema respiratorio o afección del tejido muscular o el tejido pulmonar.

Movimientos anormales o funciones motrices o sensoriales o ambas deficientes. Pueden sugerir problemas en el aseo dental.

Tumoraciones o prominencias anormales. Deben ser motivo de estudio minucioso posteriormente.

Cicatrices y alteraciones de la piel. Pueden contribuir al diagnóstico.

Marcha. Determinado tipo de marcha puede indicar antecedentes patológicos.

2.3.2 **Inspección local:** La exploración de cabeza y cuello tiene que ser muy 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 frente al paciente para empezar la inspección en el cabello y el 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:

Pápulas. Zonas de tejido superficiales ligeramente elevadas.

Nódulos. Pápulas endurecidas.

Vesículas. Elevaciones pequeñas con líquido en su interior.

Pústulas. Vesículas con pus.

Ulceras. Defectos en la piel o mucosas con pérdida de tejido.

Tumores.

Queratosis. Engrosamiento anormal de las capas exteriores de la piel o las mucosas; se produce, por ejemplo, cuando el paciente se muerde los carrillos, fuma o padece 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 importante revisar los oídos.

2.3.3 Inspección Intrabucal: Para llevarla a cabo se requiere

Posición cómoda tanto del odontólogo como del paciente. Por esa razón, se recomienda bajar hasta la posición supina el respaldo del sillón.

Retirar las prótesis dentales no permanentes, si las hubiera.

Buena iluminación, ya sea directa o indirecta. La iluminación directa se proporciona al dirigir el rayo central de la lámpara dental hacia los diferentes sirios 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.

Retracción, ya que 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

El piso de la boca, se le 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 carúncula 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 foveas 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 un depresor lingual que se coloca sobre el tercio anterior de la lengua. No debe olvidarse revisar el resto del istmo de las fauces: amígdalas (tonsilas) y pilares porque puede haber manifestaciones de infección.

El examen de la lengua empieza con la cara dorsal e incluye 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

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.

Y 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 dos maxilares. (HIGASHIDA, 2000)

CAPITULO II

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” (OMS, Organización Mundial de Salud, 2004).

Los factores de riesgo pueden ser:

Biológicos: Por ejemplo, ciertos grupos de edad.

Ambientales: Incluye abastecimiento deficiente de agua potable, falta de adecuado sistema de disposición de excretas, entre otros

De comportamiento: Por ejemplo, fumar.

Relacionados con la atención a la salud: Entre ellos, la calidad deficiente de la atención y cobertura insuficiente.

Socioculturales: Por ejemplo, mala educación.

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:

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.

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.

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.

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

3.1 Factores de Riesgo Locales: son

3.1.1 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).

Cepillado: Es una técnica mecánica para el control de placa 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 esta, 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 anteroposteriores.

Elementos utilizados en la higiene bucal: Cepillo Dental: Se recomienda el uso de un cepillo de dientes de cerda 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 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, 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 utilizará introduciéndola con suavidad entre los dientes, deslizándola luego hacia oclusal con movimientos de sierra en sentido vestibulolingual. 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), **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.

3.1.2 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.

3.1.3 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)

3.1.4 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: Reducir el consumo de sacarosa por debajo de 50g/día, Reducir la frecuencia de consumo de azúcar y productos azucarados, Evitar comer o <<picar>> entre comidas, Disminuir el consumo de alimentos pegajosos o viscosos,

que se adhieren más a la estructura dental. (CUENCA Sala, MANAU Navarro, & SERRA Majem, 2004)

3.1.5 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.

3.1.6 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.

3.1.7 Características salivales: Flujo y viscosidad son elementos de defensa

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

3.1.9 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.

3.2 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)

CAPITULO III

1. 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).

1.1. 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)

2. ALTERACIONES DENTALES

1.1. 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.

2.2. 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.

2.3. Alteraciones De Estructura

2.3.1. Alteraciones de la estructura del esmalte

2.3.1.1. Alteraciones adquirida

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.

2.3.1.2. 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.

2.3.2. 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. 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.

La fluorosis dental constituye el riesgo principal vinculado con el empleo terapéutico de los fluoruros dentales.

Aparición clínica y subclínica de la fluorosis dental

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).

CAPITULO IV

1. ENFERMEDADES BUCODENTALES

1.1. 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)

1.2 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. (ESCUADERO 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 tartrectomía, que debe ir acompañada de la eliminación de factores retentivos. (Matesanz Pérez, Matos Cruz, & Bascones Martínez, 2008)

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.

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

Las maloclusiones de clase II se llaman también distoclusiones, ya que en posición de máxima intercuspidadación, 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 mesioclusiones, 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)

Tipos de mordidas

Mordida abierta anterior: También llamada Sobremordida vertical negativa. Es cuando los dientes posteriores situados en una intercuspidadación 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)

1.3 HÁBITOS BUCALES

1.4.1. 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)

1.4.2. 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 craneocervical 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, & QUUIRÓS, 2012)

1.4.3. 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, & QUUIRÓS, 2012)

INDICE

ii. CERTIFICACIÓN	ii
III. AUTORIA.....	iii
IV. CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO	iv
V. DEDICATORIA.....	v
VI. AGRADECIMIENTO.	vi
1. TITULO.....	7
2. RESUMEN.....	8
3. SUMMARY	9
4. <i>INTRODUCCION</i>	10
5. REVISIÓN DE LITERATURA.....	12
1. DIAGNÓSTICO DE SALUD	12
1.1. DEFINICIÓN DE DIAGNÓSTICO DE SALUD	12
1.2 NIVELES DE DIAGNÓSTICOS:.....	12
2. DESCRIPCIÓN DE LA PARROQUIA RURAL DE CHUQUIRIBAMBA.....	12
2.1 HISTORIA.....	12
2.2 GEOGRAFÍA	13
2.3 ACTIVIDADES ECONÓMICAS Y PRODUCTIVAS.....	14
2.4 SERVICIOS BÁSICOS	14
2.5 EDUCACIÓN	15
2.6 VIALIDAD	15
6. MATERIALES Y METODOS.....	16
7. RESULTADO	18

8. DISCUSIONES.....	37
9. CONCLUSIONES.....	40
10. RECOMENDACIONES.....	41
11. BIBLIOGRAFIA	42
12. ANEXOS	45
INDICE	98