



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
ODONTOLOGÍA

TEMA:

DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LAS UNIDADES EDUCATIVAS: ÁNGEL MINOS CUEVA, TEODORO WOLF, MARTHA BUCARAM DE ROLDÓS, DIRIGENTES DEL FUTURO, MANUEL GÓMEZ DE SALAZAR, ROLANDO MERCHÁN SEVERIA, VÍCTOR MANUEL BURNEO, LUIS VIVES DE LA PARROQUIA MALACATOS DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013.

Tesis previo a la obtención
del título de Odontóloga

AUTORA:

MARÍA GABRIELA VALLADARES SOTOMAYOR

DIRECTORA:

DRA. MARICELA LÓPEZ

Loja – Ecuador
2013

Dra. Maricela López.

**DOCENTE DE LA CARRERA DE ODONTOLOGIA MODALIDAD
PRESENCIAL DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

CERTIFICA:

Haber dirigido y revisado el presente trabajo titulado "DIAGNOSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS: ÁNGEL MINOS CUEVA, TEODORO WOLF, MARTHA BUCARAM DE ROLDÓS, DIRIGENTES DEL FUTURO, MANUEL GÓMEZ DE SALAZAR, ROLANDO MERCHÁN SEVERIA, VÍCTOR MANUEL BURNEO, LUIS VIVES DE LA PARROQUIA MALACATOS DEL CANTÓN LOJA, 2013. Perteneciente a María Gabriela Valladares Sotomayor.

El presente trabajo cumple con los requisitos metodológicos y científicos lo que autorizo su presentación para su defensa y sustentación.



Dra. Maricela López
DOCENTE-TUTOR

AUTORÍA

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

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el repositorio Institucional-biblioteca Virtual.

AUTORA: María Gabriela Valladares Sotomayor.

FIRMA: 

CÉDULA: 1104588239

CORREO ELECTRÓNICO: gabyga_9@hotmail.com

FECHA: Loja, Noviembre de 2013

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

Yo, María Gabriela Valladares Sotomayor, declaro ser autor de la tesis titulada DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LAS UNIDADES EDUCATIVAS: ÁNGEL MINOS CUEVA, TEODORO WOLF, MARTHA BUCARÁM DE ROLDÓS, DIRIGENTES DEL FUTURO, MANUEL GOMEZ DE SALAZAR, ROLANDO MERCHÁN SEVERIA, VICTOR MANUEL BURNEO, LUIS VIVES DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013. Como requisito para optar al grado de Odontólogo 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 días 07 del mes de Noviembre del dos mil trece, firma el autor.

Autor: María Gabriela Valladares Sotomayor

Cédula: 1104588239

Dirección: Época, calles Surinam y Estados Unidos

Correo Electrónico: gabyga_9@hotmail.com

Teléfono: 0988550308

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Dra. Maricela López

Tribunal de Grado: Dra. Leonor Peñarreta, Dra. Tannya Valarezo, Dr. Ángel Iñiguez.

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo primeramente a Dios;
a mis queridos padres , hermanos y más familiares que de una u otra manera coadyuvaron para mi superación personal y profesional.

María Gabriela Valladares Sotomayor.

AGRADECIMIENTO

Agradezco de manera especial a los señores Directivos y catedráticos de la Carrera de Odontología de la Universidad Nacional Loja, quienes con su alta capacidad profesional y sabias enseñanzas, hicieron de mi ente útil a la sociedad, enrumbándome por senderos de progreso, en beneficio de mi formación personal y profesional.

Hago extensivo mi sincero agradecimiento al doctor José Procel , Director general del Macroproyecto y a la Dra. , Directora Maricela López, quienes dedicaron parte de su tiempo y experiencia en las orientaciones necesarias para la realización de este trabajo de investigación.

María Gabriela Valladares Sotomayor.

1. TÍTULO

“DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LAS UNIDADES EDUCATIVAS: ÁNGEL MINOS CUEVA, TEODORO WOLF, MARTHA BUCARAM DE ROLDÓS, DIRIGENTES DEL FUTURO, MANUEL GÓMEZ DE SALAZAR, ROLANDO MERCHÁN SEVERIA, VÍCTOR MANUEL BURNEO, LUIS VIVES DE LA PARROQUIA MALACATOS DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013”.

2. RESUMEN

La cavidad bucal es considerado un órgano muy importante, debido a las diversas funciones que cumple, entre ellas la función masticatoria, deglución, fonación, permite la conexión con los sistemas respiratorios y digestivos, es un órgano que permite tener una buena apariencia en el sentido estético, la salud oral está directamente relaciona con la salud general, es por ello que la presente investigación tiene como objetivo determinar las patologías orales más frecuentes en los alumnos. Enfermedades como la caries dental y la inflamación gingival han sido de generación en generación las más prevalentes, en mi estudio se determinó que la caries dental es la enfermedad con mayor incidencia en la población estudiada, abarcando el 86% del universo. Factores como frecuencia de cepillado, tipo de alimentación, visitas al odontólogo, falta de educación, factor económico, entre otros serían directamente los responsables del alto índice de estas patologías en esta población.

En la investigación también se logró determinar además de la caries e inflamación gingival, otras patologías como fluorosis en un 5%, oclusión alterada en un 1,11%, además que en el área de estudio prevalece la oclusión Clase I con apiñamiento en un 60%, el 13,3% Clase I sin apiñamiento, el 1,1% Clase II subdivisión I, el 2,2% Clase II subdivisión II y el 23,4% Clase III, mordida bis a bis en un 5,5%; De la misma manera en cuanto a los índices de ceo y CPOD, prevalecieron los niveles moderado y alto respectivamente; en cuanto al IHOS, a pesar de un alto índice de caries e inflamación gingival, el 100% de la población estudiada presentó un índice de higiene bueno. Con los datos anteriormente expuestos se determinó que todos los estudiantes examinados presentaron alguna alteración durante la inspección en su cavidad bucal.

Palabras claves: caries, alteración, inflamación gingival, apiñamiento.

2.1. SUMMARY

The oral cavity is considered a very important organ, due to various functions that meets, including the chewing function, deglutition, phonation, allows the connection with the respiratory and digestive systems, it is an organ that allows you to have a good look at the aesthetic sense, oral health is directly related to the general health, so that the present investigation is intended to determine the most common students oral pathologies.

Diseases such as dental caries and gingival inflammation have been the most prevalent, from generation to generation my study determined that dental caries is a disease with greater incidence in the population studied, comprising 86% of the universe.

Factors such as frequency of brushing, diet, visits to the dentist, lack of education, economic factors, among others would be directly responsible for the high incidence of these diseases in this population.

Research also managed to determine in addition to caries and gingival inflammation, other pathologies such as fluorosis in 5%, occlusion altered by 1.11%, also class I occlusion with crowding by 60%, 13.3% prevailing in the study area class I without crowding, 1.1% class II subdivision I, 2.2% 23.4% and class II subdivision II class III bite bis bis 5.5%; In the same way as dmf and DMFT indices, prevailed the moderate and high levels respectively; as regards the risk, despite a high rate of caries and gingival inflammation, 100% of the studied population presented a good hygiene index.

With the above data was determined that all test takers showed alteration during the inspection in their buccal cavities.

Key words: caries, gingival inflammation, alteration, crowding.

3. INTRODUCCIÓN

En España se realizó un estudio de la prevalencia de caries y su relación con factores de higiene oral y hábitos cariogénicos en escolares. El propósito de este trabajo fue conocer la prevalencia de carie en una población escolar de 1220 alumnos de primaria en colegios públicos y privados del Área de salud de Toledo así como una posible relación con hábitos dietéticos y de higiene oral. La prevalencia de caries en dentición temporal fue del 52,20% y en dentición definitiva 36,45%. Los resultados del análisis estadístico muestran que la dieta cariogénica en dentición temporal y definitiva actúan como factor de riesgo de aparición de caries, y que la supervisión del cepillado se muestra como factor protector en dentición definitiva¹.

Un estudio realizado en Chile denominado Prevalencia de caries en escolares de las comunidades rurales Mapuches de Panguinilangue, Puquiñe y Lago Neltume tuvo como objetivo determinar la prevalencia de caries a través de los índices de c.e.o.d. y C.P.O.D. se examinó a todo el universo escolar obteniéndose una muestra de 100 escolares entre 6 y 12 años de edad, los resultados encontrados demuestran que el nivel de daño y el patrón de prevalencia de caries en estos escolares es muy similar, ya que un 99% de los niños examinados presenta caries o tienen historia de ésta. El índice c.e.o.d. promedio encontrado en estas escuelas fue de 4,45 y el índice C.P.O.D promedio fue de 2,82². Un estudio epidemiológico de Salud Bucal en Escolares en Ecuador (1996), mencionó que al 88,2% de los escolares menores de 15 años tuvieron caries, el 84% tiene presencia de placa bacteriana y el 53% está afectado con gingivitis. Además, se evidencio que de los niños examinados el 35% presentaba algún tipo de mal oclusión.³ A nivel de nuestra ciudad, se realizó el Macroproyecto denominado Mejoramiento de la calidad de vida

¹ Villaizán C., Aguilar M. "Estudio de la prevalencia de caries y su relación con factores de higiene oral y hábitos cariogénicos en escolares". Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría.

² Vargas R, Herrera M. "Prevalencia de caries en escolares de las comunidades rurales Mapuches de Panguinilangue, Puquiñe Lago Neltume".

³ Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Normatización del Sistema Nacional de Salud. Área de la Salud Bucal. Normas y Procedimientos de atención bucal. Primer Nivel 2009.

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 Nro 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 las niñas y de 5,1 para los niños, en tanto que el índice de CPOD fue de 1,9 en las niñas y de 1,6 en los niños.⁴

Mi presente trabajo se realizó en la parroquia de Malacatos, con la recolección de datos que se realizó en las unidades educativas, Ángel Minos Cueva, Teodoro Wolf, Martha Bucaram de Roldós, Dirigentes del Futuro, Manuel Gómez de Salazar, Rolando Merchán Severia, Víctor Manuel Burneo, Luis Vives cuyo propósito fue realizar un diagnóstico de estado de salud oral de los alumnos, e identificar los principales factores de riesgo que afectan, obteniendo como resultado la presencia de patologías orales como la caries dental en un 86% de los alumnos, inflamación gingival en un 46,4%, fluorosis en un 5%, además en el área de estudio prevalece la oclusión Clase I con apiñamiento en un 60%, el 13,3% Clase I sin apiñamiento, el 1,1% Clase II subdivisión I, el 2,2% Clase II subdivisión II y el 23,4% Clase III, oclusión alterada en un 1,11%, mordida bis a bis en un 5,5%. Dentro de los índices de c.e.o.d. y C.P.O.D., prevalecieron los niveles moderado y alto respectivamente; en cuanto al IHOS, a pesar de un alto índice de caries e inflamación gingival, el 100% de la población estudiada presentó un índice de higiene bueno. Los factores de riesgo directamente relacionados con las patologías encontradas es el inadecuado hábito de la higiene bucal, la falta de frecuencia e incorrecta práctica del cepillado dental.

⁴ DPSL/MSP. Mejoramiento de la calidad de vida de la población escolar y sus familias, enmarcada en los factores socioeconómicos, culturales y ambientales mediante la atención integral bucodental.. Área de afluencia del Hospital Universitario de Motupe del Área de salud Nro 3 en el período 2007-2008

4. REVISIÓN DE LA LITERATURA

SALUD ORAL

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.

PATOLOGÍAS

2.1. Lesiones de los Tejidos Duros

2.1.1. Caries dental



Gráfico #1: Caries dental

“La caries dental es el resultado de una disolución química localizada en la superficie del diente causada por eventos metabólicos que tienen lugar en el biofilm que cubre la zona afectada, destruyendo de esta manera al esmalte, dentina y cemento; generalmente la lesión cariosa se desarrolla en sitios como fosas, fisuras superficies oclusales y puntos de contacto.”⁵

⁵ Montesinos Daniela. Resumen capítulo 1 libro “Dental Caries”

- **Factores de riesgo de la caries dental**

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

2.1.2. Alteraciones dentales

- ✓ **De Forma:**

- **Taurodontismo**



Gráfico #2: Taurodontismo

“El taurodontismo, que significa «dientes de toro», es un trastorno del desarrollo que afecta principalmente a los molares, aunque también se afectan a veces los premolares. Pueden afectarse tanto los dientes temporales como los permanentes, pero la afectación de éstos parece ser más frecuente. El trastorno se identifica fácilmente en la radiografía y se caracteriza por dientes que presentan una forma aproximadamente rectangular, mínima constricción y definición del borde cervical, y una bifurcación desplazada hacia el ápice que origina una cavidad pulpar

⁶ Dra. Hidalgo E. La caries dental. Algunos de los factores relacionados con su formación en niños.

extremadamente grande que muestra una altura apical-oclusal exagerada y canales cortos de la pulpa radicular. La rara forma de la raíz es probablemente el resultado de la invaginación tardía de la vaina radicular de Hertwig, mecanismo que determina la forma de las raíces del diente. El taurodontismo también puede presentarse en pacientes con amelogénesis imperfecta, síndrome de Klinefelter y síndrome de Down.

- **Diente Invaginado**



Gráfico #3: Dens in dente

El diente invaginado, también llamado «dens in dente», es una anomalía del desarrollo que afecta principalmente a los incisivos laterales permanentes del maxilar superior. Una forma más leve de esta anomalía es relativamente frecuente y se caracteriza por la presencia de una fosita lingual profundamente invaginada que se extiende a distancias variables en la sustancia del diente durante el desarrollo. La magnitud de la invaginación no siempre es visible clínicamente; el orificio externo en la superficie lingual es a menudo insignificante a la exploración clínica, pero puede ser visible en una radiografía periapical. El dens in dente, que se presenta clínicamente como un diente de forma cónica, constituye una forma intermedia del trastorno. Una radiografía es útil para establecer el diagnóstico. La base de la fosita o invaginación profunda está formada por una delgada capa, a menudo ausente, de esmalte y dentina que es sumamente vulnerable a la destrucción por caries poco después de la erupción del diente en la cavidad oral.

- **Cúspides supernumerarias**



Gráfico #4: Cúspide de Carabelli

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. Esta cúspide supernumeraria particular no suele presentar problemas clínicos y por ello se considera que representa sencillamente una variante de la normalidad.

- **Diente Evaginado**



Gráfico #5: Diente Evaginado

El diente Evaginado (cúspides en garra), es una anomalía del desarrollo que afecta principalmente a los premolares. Se caracteriza por el desarrollo de una proyección anormal, en forma de globo, que tiene el aspecto de una cúspide adicional localizada en el centro, sobre la superficie oclusal entre las cúspides bucal y lingual de los premolares, aunque puede estar afectado cualquier diente. Se presenta comúnmente en pacientes chinos, japoneses, filipinos, nativos del norte e indios americanos, y se observa a veces en pacientes de raza blanca. La importancia clínica del diente evaginado consiste en que puede interferir

en la erupción de dicho diente llevando a una erupción incompleta o desplazamiento del diente. Dado que esta cúspide adicional contiene un cuerno pulpar, el desgaste o la fractura pueden conducir a exposición de la pulpa con inflamación pulpar y sus secuelas.

- **Cúspide en garra**

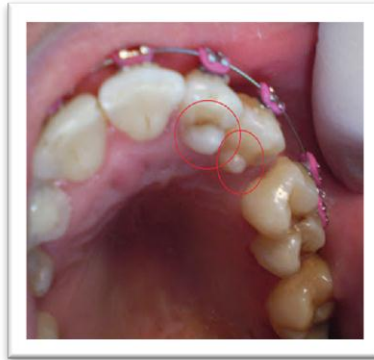


Gráfico #6: Cúspide en garra

Se denomina cúspide en garra a una forma rara, pero clínicamente importante, de cúspide supernumeraria, que se observa típicamente sobre la cara lingual de los incisivos centrales del maxilar superior, 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. A veces aparecen fositas linguales a ambos lados de la cúspide en garra, donde se une a la superficie lingual del diente. Si se presentan fositas linguales deben ser restauradas para prevenir la caries dental.

- **Geminación**



Gráfico #7: Geminación dental

La geminación es una anomalía del desarrollo que afecta principalmente a los dientes anteriores y que clínicamente se parece a otra anomalía conocida como fusión. Aun cuando son clínica y microscópicamente similares, se deben a dos procesos de desarrollo diferentes. La geminación se caracteriza por la división parcial o «desdoblamiento» de un solo primordio dental, produciéndose un diente que muestra dos coronas independientes o separadas parcialmente, una sola raíz y un solo conducto radicular. La geminación puede afectar a las denticiones temporales ya las permanentes.”⁷

- ✓ **De número**
- **Anodoncia:**



Gráfico #8: Anodoncia

La anodoncia se caracteriza por la falta de formación de una o más piezas dentarias de la dentición primaria y/o permanente normal. Esta puede deberse a la falta de iniciación del germen dentario o a la detención del desarrollo en sus fases iniciales. En los casos de anodoncia de piezas dentales primarias, se esperaría también que ocurriera en la dentición permanente.

La etiología de la anodoncia es variable y en muchos casos imposible de establecer. Se han mencionado como factores causales los siguientes:

- Factores locales: infecciones, tumores, traumatismos, radiaciones.
- Factores sistémicos: Herencia, deficiencias nutricionales, alteraciones endocrinas, evolución de la especie humana.

⁷ J. Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wysocki. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea.

Existen anodoncias parciales en el que se ve afectado uno o varios dientes; este tipo de anodoncia es común en dentición permanente. Por otra parte, la ausencia total o casi total de piezas dentarias es rara.

La anodoncia total raramente se manifiesta, pero suele presentarse como parte del Síndrome de Displasia Ectodérmica Hereditaria, que se transmite a menudo como una enfermedad recesiva vinculada al cromosoma X.

Las piezas dentales que presentan anodoncia frecuentemente son los terceros molares, seguido de los segundos premolares e incisivos laterales superiores.

Existe una anomalía llamada pseudo-anodoncia o falsa anodoncia en la que las piezas dentales se desarrollan y no erupcionan a causa de una obstrucción física, como por ejemplo apiñamiento dental provocado por falta de espacio, como en el caso de los molares inferiores y caninos superiores. También en algunas oportunidades es producto de la anquilosis dental, la cual consiste en la fusión de las piezas dentales con el hueso alveolar.

- **Supernumerarios:**



Gráfico #9: Diente supernumerario

Llamadas también “tercera dentición”, “hiperplasia dentaria”, “hiperodoncia”, “dientes aberrantes”, “dientes suplementarios”, “superdentición”, “polidentismo”, “dientes conoidales y dientes accesorios”.

Esta anomalía se caracteriza por la formación de piezas dentales en número mayor que lo normal, a consecuencia de la proliferación continua

de la lámina dentaria permanente o primaria para formar un tercer germen. Los supernumerarios pueden tener forma y tamaño normal o bien ser deformes o de tamaño reducido en comparación a las piezas dentales normales.

Pueden ser únicos o múltiples, unilaterales y bilaterales y afectan a cualquiera de los maxilares o ambos a la vez, siendo en el maxilar superior con más frecuencia.

Pueden ocurrir distalmente a los terceros molares, recibiendo el nombre de “cuartos molares”. Cuando se presentan en posición bucal o lingual a las molares se les conoce como “paramolares”. A los incisivos centrales superiores supernumerarios y que se encuentran en la línea media se llaman “mesiodens”.

Las piezas dentales supernumerarias presentes desde el nacimiento son conocidas como dientes natales y a la aparición de supernumerarios posterior a la pérdida de los dientes permanentes se conoce como dentición Post-permanente o dientes neonatales.

✓ **De estructura**

Alteraciones de la estructura del esmalte

- **Hipoplasia focal del esmalte**



Gráfico #10: Hipoplasia focal del esmalte

“La hipoplasia focal (o localizada) del esmalte que implica sólo uno o dos dientes es relativamente frecuente. Aunque la etiología suele ser oscura (idiopática), en algunos casos es evidente. 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**



Gráfico #11: Hipoplasia generalizada del esmalte

Los factores ambientales sistémicos de duración breve inhiben a los ameloblastos funcionantes en un período específico durante el desarrollo del diente y se manifiestan clínicamente como una línea horizontal de pequeñas fositas o surcos sobre la superficie del esmalte que corresponden a la etapa del desarrollo y a la duración de la agresión. 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 a menudo son los incisivos permanentes, los caninos y los primeros molares.

La hipoplasia del esmalte resultante de sífilis congénita afecta a los bordes cortantes de los incisivos permanentes ya las superficies masticatorias de los primeros molares permanentes. Los incisivos con muescas, «con forma de destornillador, se denominan «incisivos de

Hutchinson», mientras que las superficies masticatorias globulosas de los primeros molares se denominan «molares en mora».

La hipoplasia del esmalte que es consecuencia de hipocalcemia secundaria a deficiencia de vitamina D suele ser del tipo foveal. Clínicamente es indistinguible de la hipoplasia del esmalte causada por enfermedades exantemáticas tales como sarampión, varicela y escarlatina, y por deficiencias de las vitaminas A y C.

Un ejemplo bien identificado de hipoplasia generalizada del esmalte inducida químicamente es la resultante de la ingestión de flúor. La hipoplasia del esmalte inducida por el flúor (moteado de flúor) suele ser apenas visible a niveles inferiores a 1,0 ppm en el agua de bebida. Con cantidades de flúor más altas en el agua de bebida, la hipoplasia del esmalte resultante se hace cada vez más evidente. El aumento de nivel de flúor interfiere con la función ameloblástica, lo cual afecta desfavorablemente tanto a la formación de la matriz del esmalte como a su calcificación. Clínicamente, el moteado mínimo por el flúor se manifiesta por una superficie del esmalte lisa con algunas manchas blanquecinas poco perceptibles; el moteado leve presenta una superficie del esmalte lisa con áreas blancas opacas; el moteado moderado a intenso muestra grados variables de formación de fositas evidentes y coloración marrón de la superficie del esmalte. En el moteado por fluoruro grave el esmalte es considerablemente más blando y más débil que el normal, con un consiguiente desgaste excesivo y rotura de las superficies incisivas y masticatorias; por ello las reparaciones convencionales son difíciles de conservar.

Independientemente del grado de moteado por flúor, los dientes afectados son en gran parte resistentes a la caries dental.

- **Amelogénesis imperfecta**



Gráfico #12: Amelogénesis imperfecta

La amelogénesis imperfecta es un grupo heterogéneo de trastornos hereditarios de la formación de esmalte que afectan a las denticiones primaria y permanente. Estos trastornos se limitan al esmalte; los demás componentes de los dientes son normales.

La formación de esmalte normal evoluciona a través de tres etapas:

- Formación de la matriz del esmalte
- Mineralización de la matriz de esmalte (mineralización primaria).
- Maduración del esmalte (mineralización secundaria).

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

El tipo hipoplásico (focal o generalizado), el cual presenta una reducción de la formación de matriz del esmalte causada por interferencia en la función de los ameloblastos.

El tipo hipocalcificado, que constituye una forma gravemente defectuosa de mineralización de la matriz del esmalte.

El tipo con hipomaduración, que presenta una mineralización menos intensa con áreas focales o generalizadas de cristalitos de esmalte inmaduro.

- **Fluorosis dental**



Gráfico #13: Fluorosis dental

“La fluorosis dental consiste en un defecto del desarrollo del esmalte provocado por la ingestión de una cantidad excesiva de fluoruro durante la formación del esmalte.”⁸

Aparición clínica y subclínica de la fluorosis dental

“El contenido de flúor en los tejidos de los dientes, refleja el flúor biológicamente disponible en la formación dental.

La fluorosis dental se caracteriza clínicamente por esmalte de aspecto moteado causado por la hipomineralización de éste o de la dentina, siendo los cambios de perceptibles a severos. 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.”⁹

“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 como gorro de nieve, las mismas que 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.

⁸ Harris. N; García. F. (2005). Odontología preventiva primaria.

⁹ Cárdenas.D.(2003) Fundamentos de odontología. Odontología Pediátrica.

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 el momento de la erupción los dientes no presentan decoloración. En las variantes entre moderadas y graves de la fluorosis pueden presentarse cavidades discretas con un diámetro de 1 a 2 mm, o concluir 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 posteruptivas del esmalte poroso.”¹⁰

Factores de riesgo de fluorosis

“Los factores asociados a la fluorosis dental podemos mencionar los complementos de fluoruros excesivos, tales como la sal de mesa y agua potable. Consumo de pasta dental fluorada, como sucede con los niños menores de cinco años que la ingieren durante el cepillado dental, y que contienen concentraciones más altas a las recomendadas por la Organización Mundial de la Salud. Alto contenido de fluoruro en bebidas embotelladas, como jugos y bebidas gaseosas, así como consumo excesivo de té, el cual tiene 100a 300 partes por millón cuando proviene de hoja seca. Consumo de agua hervida, que provoca que se concentre la cantidad de fluoruro de dicho líquido en 66 %.El flúor en niveles óptimos evita 30 a 39 % la caries dental en la dentición temporal, 11 a 38 %en la mixta y 35 % en la permanente.”¹¹

¹⁰ Harris. N; García. F. (2005). Odontología preventiva primaria.

¹¹ Azpeitia.L; Valadez. M. (2009) Factores de riesgo para fluorosis dental en escolares de 6 a 15 años de edad.

Alteraciones de la estructura de la dentina

- **Dentinogénesis imperfecta**



Gráfico #14: Dentinogénesis imperfecta

“Defecto hereditario que consiste en dientes opalescentes por dentina formada irregularmente e hipomineralizada.

La dentinogénesis imperfecta (DI) es un trastorno heredado de la formación de dentina, que presenta generalmente una forma de transmisión autosómica dominante. Este trastorno se ha dividido en tres tipos:

- **Tipo I:** Dentinogénesis imperfecta que se presenta en pacientes que sufren osteogénesis imperfecta (OI), aunque no todos los pacientes con OI presentan DI. Aunque los dientes tienen el mismo color opalescente que el tipo II, los pacientes presentan a menudo otras características de la osteogénesis imperfecta, como cierto tono azulado en la esclerótica de los ojos.
- **Tipo II:** Dentinogénesis imperfecta que no está asociada a osteogénesis imperfecta. Es dentina opalescente hereditaria.
- **Tipo III:** Dentinogénesis imperfecta (tipo Brandywine), que es rara y se hereda como rasgo autosómico dominante, que aparece en un área racial aislada en el estado de Maryland. Clínicamente es la misma que el tipo I y el tipo II salvo que los pacientes presentan muchas exposiciones pulpares en la dentición temporal.

Clínicamente:

En los tres tipos se afectan los dientes de ambas denticiones y presentan un aspecto clínico variable. 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 el esmalte es normal, se rompe o descascarilla con facilidad exponiendo la dentina masticatoria e incisiva. La dentina blanda expuesta suele sufrir un rápido e intenso desgaste funcional. A pesar de la exposición de la dentina, los dientes no son especialmente propensos a la caries dental.

- **Odontodisplasia Regional**



Gráfico #14: Odontodisplasia Regional

La odontodisplasia regional (ODR) o «dientes fantasma» es una alteración no hereditaria del desarrollo del diente, que aparece en forma esporádica. Aunque no se ha aclarado totalmente su etiología, la evidencia experimental señala hacia una causa isquémica.

Clínicamente

El trastorno se presenta con mayor frecuencia en el maxilar superior 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. Los dientes están considerablemente deformados, presentan una superficie

blanda con consistencia similar a la del cuero y son de color pardo amarillento.”¹²

2.2 Lesiones de los Tejidos Blandos

2.2.1 Enfermedades Gingivales

- **Enfermedad Gingival Inducida Únicamente por placa**



Gráfico #15: Gingivitis inducida por placa bacteriana

“La gingivitis es la enfermedad gingival más común en niños, y se caracteriza por la presencia de inflamación sin pérdida de inserción o hueso alveolar. El inicio de este proceso es multifactorial, más de 40 componentes del fluido crevicular se han estudiado por su papel en la patogenia. Conforme empeora la situación, el tejido gingival enrojece, se inflama y sangra con el cepillado. La gingivitis responde ante la eliminación de depósitos bacterianos y la mejoría en las técnicas de higiene oral diarias.

- **Enfermedad gingival modificada por factores sistémicos**



Gráfico #16: Gingivitis por factores sistémicos

¹² Sapp,P.Eversole,L.Wysocki.(2005).Patología Oral y Maxiofacial Contemporánea

Estos procesos se caracterizan por una marcada respuesta inflamatoria con inflamación y eritemas graves. La gingivitis de la pubertad es la exacerbación de la inflamación gingival por fluctuaciones hormonales, en presencia de poca o nula placa bacteriana. Se suele estabilizar en una etapa tardía de la adolescencia. Cualquier factor local, como placa acumulada, caries, apiñamiento, respiración oral, erupción dental y/o aparatología ortodóncica, tienden a combinarse para agravar la gingivitis.”¹³

- **Enfermedad gingival inducida por fármacos**



Gráfico #17: Gingivitis inducida por fármacos

“El agrandamiento gingival que provoca desfiguración estética es un efecto adverso importante asociado con diversos fármacos asociado con diversos fármacos: anticonvulsivos (p.ej. fenitoína, valproato, etc), inmunosupresores (p.ej. ciclosporina, etc), bloqueadores de los canales de calcio (p.ej. nifedipina, verapamilo, etc). La hiperplasia gingival depende de factores predisponentes genéticos. El agrandamiento gingival suele comenzar después de los tres meses de medicación, y alcanza su intensidad máxima a los 12 -18 meses de tratamiento.”¹⁴

2.3. Maloclusión

2.3.1. Temporal

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

¹³ Boj, J, Catalá.M. (2004). Odontopediatría.

¹⁴ Lindhe,J. (2009) Periodontología clínica e implantología

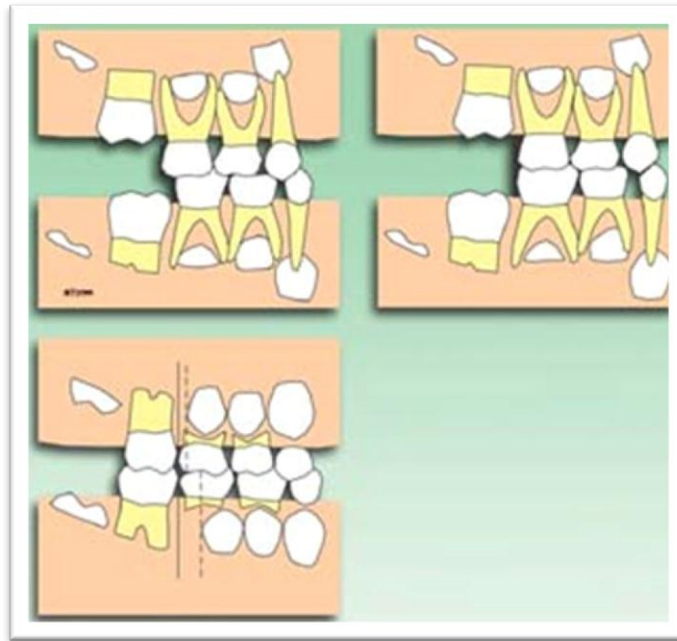


Gráfico #18: Relación molar decidua

- Plano terminal recto: Cuando los primeros molares erupcionan en relación borde a borde.
- Escalón mesial: cuando la superficie distal del segundo molar primario inferior esta mesial a la superficie distal del segundo molar superior primario.
- Escalón distal: cuando la superficie del segundo molar inferior se encuentra distal a la superficie distal del segundo molar superior primario.

2.3.2. Dentición Permanente



Gráfico #19: Clases de Angle

Clase I

El autor denomino llave molar a la oclusión correcta entre los molares permanentes superior e inferior, en la cual la cúspide mesio-vestibular del primer molar superior ocluye en el surco mesio-vestibular del primer molar inferior.

Clase II

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

- **Clase II Subdivisión I**

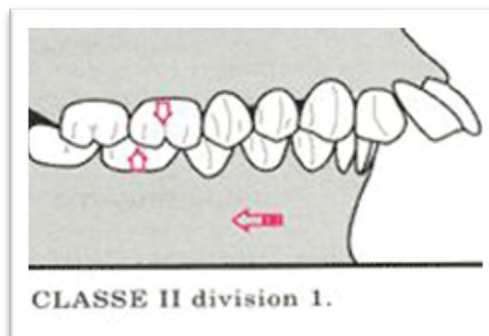


Gráfico #20: Clase II subdivisión I

Angle situó esta división las maloclusiones Clase II con inclinación vestibular de los incisivos superiores. Son frecuentes en estos pacientes los problemas de desequilibrio de la musculatura facial, causado por el distanciamiento vestibulo-lingual entre los incisivos superiores y los inferiores. El perfil facial de estos pacientes es, en general, convexo.

○ **Clase II Subdivisión II**

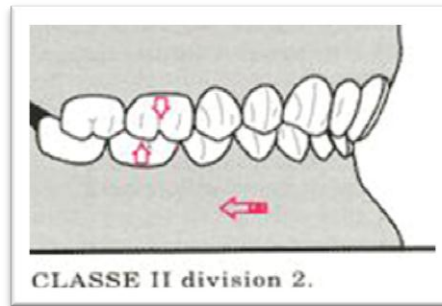


Gráfico #21: Clase II subdivisión II

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

Clase III

El primer molar permanente inferior y, por tanto, su surco mesio-vestibular se encuentra mesializado en relación a la cúspide mesio-vestibular del primer molar permanente superior. El perfil facial es predominantemente cóncavo y la musculatura, en general, desequilibrada.”¹⁵

2.3.3. Tipos de Mordidas

- **Mordida abierta**



Gráfico #22: Mordida abierta

“Es cuando los dientes superiores e inferiores no ocluyen unos con otros, existe un espacio entre los dientes maxilares y mandibulares. En una

¹⁵ Flavio Velini, Ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica. (2009).

persona con mordida abierta anterior puede que no haya contacto de los dientes anteriores durante el movimiento mandibular.”¹⁶

- **Mordida Profunda**



Gráfico #23: Mordida profunda

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

- **Mordida cruzada anterior**



Gráfico #23: Mordida anterior

En la mordida cruzada anterior los incisivos y/o caninos del maxilar superior se encuentran en posición lingual con respecto a sus homólogos de la mandíbula.”¹⁷

¹⁶ G. Vajdi, Geeti 2011. Manual Ilustrado de Cirugía Oral y Maxilofacial

¹⁷ Gabriela González, Laura Marrera, 2012 Mordida Cruzada Anterior. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría

- **Mordida cruzada posterior**



Gráfico #24: Mordida cruzada posterior

“La mordida cruzada posterior se caracteriza por la alteración en la relación transversal entre los arcos superior e inferior, la interferencia dentaria durante el movimiento mandibular en máxima intercuspidadación habitual, puede causar desplazamiento lateral de la mandíbula estableciéndose una mordida cruzada posterior unilateral funcional.”¹⁸

- **Bis a bis**



Gráfico #25: Mordida bis a bis

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

¹⁸Aparecido, O. (2011). Mordida cruzada posterior. Corrección y consideraciones. Caso clínico con 7 años de seguimiento.

2.4. Pérdida prematura de dentición decidua



Gráfico #25: Pérdida prematura

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

- **Pérdida prematura:** Se refiere a la pérdida tan temprana de los dientes primarios que puede llegar a comprometer el mantenimiento natural del perímetro o longitud de arco y por ende la erupción del diente sucedáneo.
- **Perdida temprana:** Se refiere a la pérdida de dientes primarios antes de la época esperada pero sin llegar a comprometer el mantenimiento natural del perímetro o longitud de arco.

Causas de la Pérdida Prematura de Dientes Deciduos

- Enfermedades tales como: caries dental, periodontitis (periodontitis juvenil), resorciones radiculares atípicas.
- Malos hábitos orales entre los cuales se encuentran: sacar la lengua, chupeteo del dedo gordo, mordida del labio inferior, que producen movilidad dentaria y rizólisis temprana de sus raíces y por lo tanto su pérdida antes de la fecha esperada.
- También existen las enfermedades que provocan cambios a nivel de la cavidad oral en el futuro como la macroglosia y micrognatía.
- Alteraciones congénitas, donde los dientes se presentan con poca o nada de raíz lo que favorece sus pérdidas.

- Iatrogenia en el procedimiento odontológico: por perforación del piso pulpar, perforación de la furca, fractura de la raíz durante la endodoncia por lo fino de sus raíces.
- Por impericia del profesional o del estudiante de odontología.”¹⁹

RIESGO

“Riesgo es la probabilidad de que un suceso futuro ocurra, con presencia de consecuencias adversas de acuerdo a los factores que determinan dicho episodio. La finalidad del riesgo es enfocarse en medidas preventivas, para de esta manera emprender acciones para evitar o reducir enfermedades, accidentes o la muerte.

3.1 Factores de Riesgo

La Organización Mundial de la Salud determina al riesgo como cualquier característica o circunstancia detectable en una persona o grupo de personas; asociándolo con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Los factores de riesgo pueden ser causas o indicadores, pero su importancia radica en que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen.

Los factores de riesgo pueden ser: Biológicos; Ambientales; Comportamiento; Relacionados con la atención a la salud; Socioculturales; Económicos: bajos ingresos.”²⁰

3.1.1 Factores de riesgo que inciden en la salud-enfermedad

- **De riesgo locales**

Hábito de higiene bucal

“El propósito de la higiene oral es evitar la enfermedad dental mediante la disminución de la acumulación de placa bacteriana que se encuentra

¹⁹ Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria.2004-2005.

²⁰ Higashida Berta, (2000) Odontología Preventiva.

sobre los tejidos duros; para una buena higiene oral depende del tamaño de los espacios interdentes, posición y morfología dental; así como también el estado periodontal, la presencia de prótesis, como la habilidad y motivación de cada paciente.

Cepillado:



Gráfico #26: Cepillado dental

Técnica mecánica utilizada para el control de placa supragingival de las superficies dentarias, con el objetivo de retirar la placa dental de la superficie dental, incluso del curvo gingival evitando así la menor lesión del diente y de sus estructuras vecinas”.²¹

Técnica de cepillado:

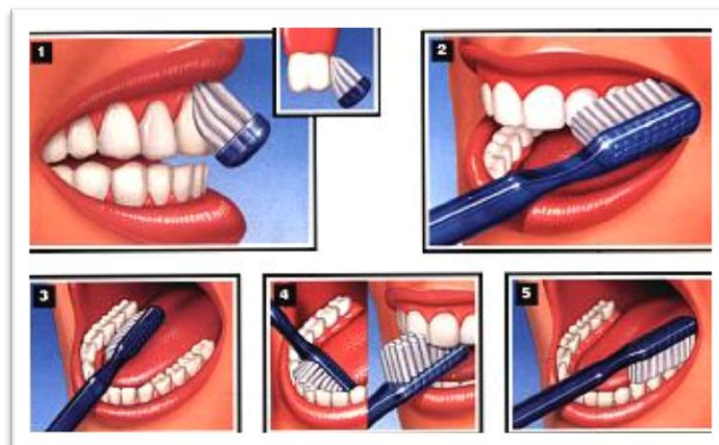


Gráfico #27: Técnica de cepillado

²¹ Emili Cuenca y Pilar Baca; (2005). Odontología Preventiva y Comunitaria.

“Dentro de los métodos de cepillado más recomendados para niños y adolescentes encontramos la técnica de barrido horizontal, debido a su fácil uso, en cuanto a los menores de 7 – 8 años es aconsejable que el cepillado sea realizado por los padres una vez al día. En los adultos la técnica más adecuada es la de Bass, debido a que el cepillo se lo coloca en un ángulo de 45° con el eje vertical de los dientes, introduciendo suavemente las cerdas en el surco gingival y realizando cortos movimientos vibratorios para conseguir así la higiene del surco gingival”²².

Frecuencia y duración del cepillado:

“Un cepillado de dos veces al día con un dentífrico fluorado es indudablemente eficaz para la prevención de caries dental, en cuanto a su duración se recomienda por lo menos tres minutos, para de esta manera abarcar todas las zonas que se debe limpiar y evitar así las caries dental y enfermedad periodontal por el acumulo de placa bacteriana.”²³

HÁBITOS

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

- **Succión digital**



Gráfico #28: Succión digital

²² Barrancos Mooney, Operatoria Dental

²³ Emili Cuenca y Pilar Baca; (2005). Odontología Preventiva y Comunitaria. Barrancos Mooney, Operatoria Dental

El hábito de succión digital suele terminar a los 3 o 4 años de edad, lo más frecuente es la succión del pulgar, que es succionado apoyando la yema del dedo sobre la zona retroincisiva superior mientras la parte ungueal se apoya sobre los incisivos inferiores. Los efectos de este apoyo dependerán de la posición intensidad, frecuencia y duración del hábito de succión.”²⁴

“Efectos bucales:

- Protrusión de los incisivos superiores (con o sin diastemas).
- Retroinclinación de los incisivos inferiores.
- Mordida abierta anterior.
- Prognatismo alveolar superior.
- Estrechamiento, de la arcada superior (debido principalmente a la acción del musculo buccinador).
- Mordida cruzada posterior.
- Dimensión vertical aumentada”²⁵

- **Respiración bucal**

“La respiración está asociada a la obstrucción de las vías respiratorias altas, bien por rinitis alérgicas, hipertrofia de las amígdalas palatinas, presencia de adenoides o desviación del tabique nasal, lo que producirá una función respiratoria perturbada con cambios en la postura de la lengua, labios y mandíbula.

En la respiración bucal los labios quedan entreabiertos y la lengua baja, perdiendo con ello su capacidad morfo-funcional, que permitiría un desarrollo transversal correcto del maxilar superior, produciendo mordidas cruzadas posteriores unilaterales o bilaterales.”²⁶

²⁴ Boj, J., Catalá M. y Col. (2005). Odontopediatría.

²⁵ González, M., Gianfranco, G., Herrera, D., Quirós, O. (2012). Maloclusiones asociadas a: Hábito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura.

²⁶ Boj, J., Catalá M. y Col. (2005). Odontopediatría.

- **Deglución atípica**

“Se presenta debido a la interposición de la lengua entre las arcadas dentarias en el acto de deglutir, esto es lo que se denomina lengua protráctil, el individuo para deglutir necesita hacer un vacío que en conjunción con los movimientos de la lengua impulsa el alimento hacia la faringe. Cuando existe lengua protráctil el sellado periférico anterior para producir el vacío necesario, se hace al contactar la lengua con los labios directamente, suele ser una postura adaptativa para lograr un correcto cerrado oral en los casos donde no hay contacto inter incisivo.”²⁷

“Consecuencias de la deglución atípica:

- Mordida abierta en la región anterior y posterior
- Protrusión de incisivos superiores
- Presencia de diastema antero superiores
- Labio superior hipotónico
- Incompetencia labial
- Hipertonicidad la borda del mentón

- **Interposición lingual**

La interposición lingual consiste en la ubicación de la lengua entre las piezas dentarias, ya sea en la zona anterior (a nivel de incisivos) o entre los sectores laterales (a nivel de molares) observada en reposo y/o durante las funciones de deglución y fonarticulación. La lengua durante la deglución ejerce presión sobre los dientes anteriores por lingual o entre ellos. Las deformaciones son: Mordida abierta anterior, vestibuloversión mordida cruzada posterior.”²⁸

²⁷ Lugo, C., Toyo, I. (2011). Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las Maloclusiones.

²⁸ Agurto, P., Díaz, R., Cádiz, O., Bobenrieth, F. (1999). Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago.

5. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio fue de tipo cuantitativo debido a que se determinó porcentualmente el estado de salud buco dental de los estudiantes, y los resultados obtenidos fueron expuestos mediante tablas y cuadros estadísticos, fue de tipo descriptivo ya que nos ayudaron a determinar la situación de las variables que se estudiaron; fue además de carácter prospectivo porque se registró la información según fueron ocurriendo los fenómenos y transversal porque se estudió una o más variables a lo largo de un periodo, que varía según el problema investigado. El estudio se lo realizó en los Centros educativos Ángel Minos Cueva, Teodoro Wolf, Martha Bucaram de Roldós, Dirigentes del Futuro, Manuel Gómez de Salazar, Rolando Merchán Severia, Víctor Manuel Burneo, Luis Vives de la parroquia Malacatos del cantón Loja. El universo y la muestra estuvo conformado por 192 estudiantes. Se trabajó con 179 alumnos de la población establecida.

EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
3-5 AÑOS	41	46	87
6-8 AÑOS	14	20	34
9-11 AÑOS	23	30	53
12-14 AÑOS	4	1	5
TOTAL	82	97	179

Se incluyó a los estudiantes que colaboren en la recolección de los datos, y se excluyó a los estudiantes que no colaboren en la recolección de los datos que fueron 13 alumnos que no asistieron el día de la recolección de la información. Las variables dependientes fueron caries dental, enfermedad periodontal y mal oclusiones y las variables independientes fueron cepillado, alimentación y atención odontológica.

Las técnicas utilizadas fueron la observación que es una técnica fundamental, que nos permitió tener una visión clara, real y actual del problema, a través de la percepción directa de los sujetos investigados.

La fuente de investigación fueron la encuesta la que utilizamos para recolectar la información de manera verbal y escrita, a través de preguntas que planteamos los investigadores al investigado y la historia clínica odontológica, que es un conjunto de documentación médico-legal que recoge el relato del paciente sobre su enfermedad, pruebas diagnósticas, intervenciones terapéuticas realizadas y evolución de un paciente. Contiene elementos objetivos, de los que el paciente puede solicitar copia para obtener una segunda opinión, el odontograma que es uno de los principales formularios para registrar la información específica de la normalidad y lo patológico, así como el examen físico bucodental, la encuesta que elaborando un conjunto de preguntas a través de este instrumento obtuve obtener información necesaria de los sujetos investigados.

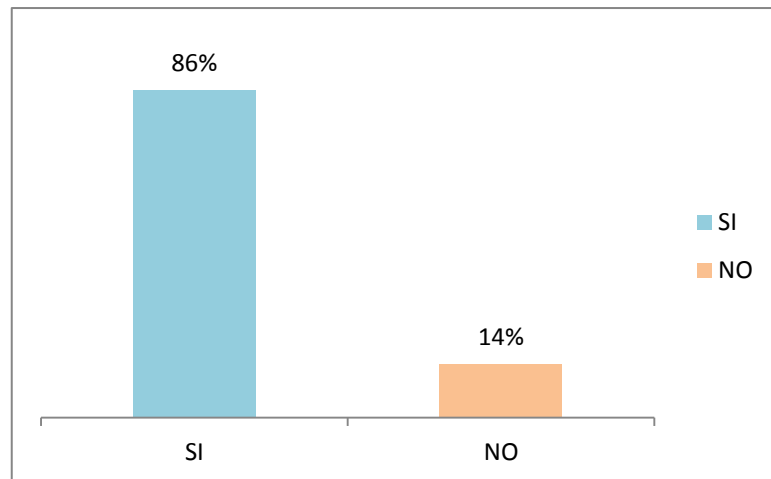
Para poder desarrollar el presente tema de investigación, partí de la idea inicial de un proceso de problematización, que consistió en el análisis y discusión de una serie de problemas que nos rodea, que tiene relevancia y pertinencia, de tal manera que consideré que el tema de investigación es de gran importancia en la actualidad, ya que se puede observar en nuestra sociedad existen inequidades en educación y salud, que se acentúan más en los sectores rurales, esto sumado a la pobreza, determinan que las zonas rurales existan un mayor índice de afecciones en la cavidad oral. Es también visible, la falta de información que ayude a visualizar ampliamente los factores que pueden estar afectando a la salud, la falta de estudios epidemiológicos para saber el estado en que se encuentra la población.

Una vez planteado el problema, realice los oficios correspondientes a cada una de las unidades educativas, dirigidos a sus directores, para contar con el permiso de cada uno de ellos. Seguidamente organice los días en que realizaría el diagnóstico a los niños de las escuelas, conforme a eso fui visitándolos. Una vez que recogí los datos de las encuestas y las historias clínicas, hice la tabulación de datos.

6. RESULTADOS

PATOLOGÍAS ORALES

GRÁFICO # 1: CARIES DENTAL

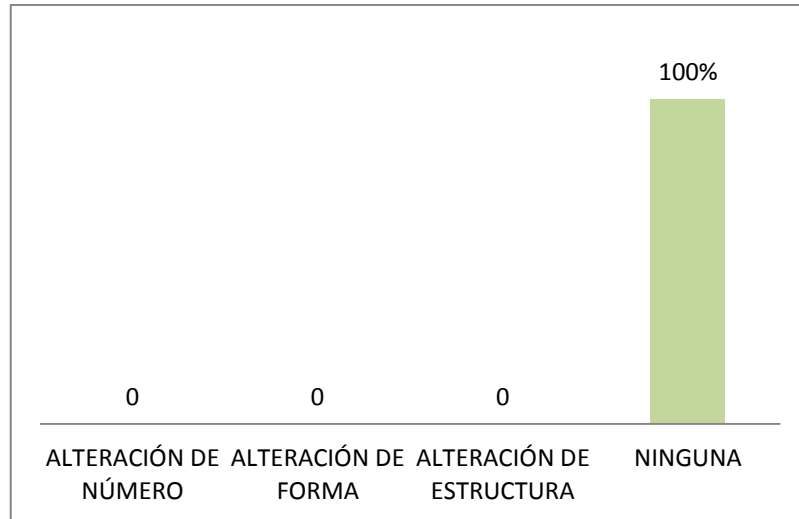


Fuente: Historia Clínica realizada en los estudiantes de las escuelas Ángel Minos Cueva, Teodoro Wolf, Martha Bucaram de Roldós, Dirigentes del Futuro, Manuel Gómez de Salazar, Rolando Merchán Severía, Víctor Manuel Burneo, Luis Vives.

Autor: María Gabriela Valladares Sotomayor

Interpretación: En la siguiente gráfica podemos apreciar que del total de la población estudiada el 86% de los pacientes estudiados presentan caries dental y el 14% no presentan caries dental.

GRÁFICO # 2: ALTERACIONES DENTALES

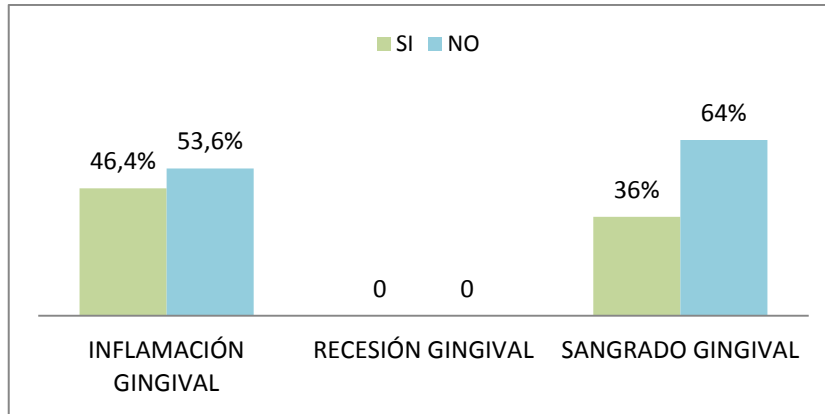


Fuente: Historia Clínica realizada en los estudiantes de las escuelas Ángel Minos Cueva, Teodoro Wolf, Martha Bucaram de Roldós, Dirigentes del Futuro, Manuel Gómez de Salazar, Rolando Merchán Severia, Víctor Manuel Burneo, Luis Vives.

Autor: María Gabriela Valladares Sotomayor

Interpretación: En la siguiente gráfica podemos apreciar que el 100% de los pacientes estudiados no presentan ningún tipo de alteración dental.

GRÁFICO # 3: ALTERACIONES GINGIVALES

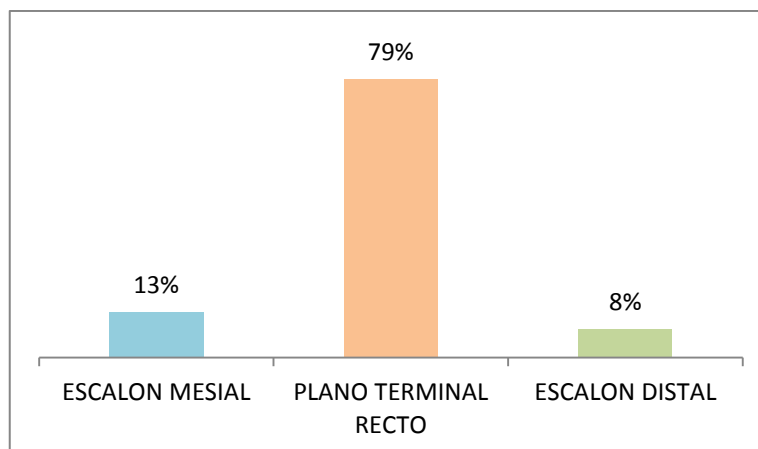


Fuente: Historia Clínica realizada en los estudiantes de las escuelas Ángel Minos Cueva, Teodoro Wolf, Martha Bucaram de Roldós, Dirigentes del Futuro, Manuel Gómez de Salazar, Rolando Merchán Severia, Víctor Manuel Burneo, Luis Vives.

Autor: María Gabriela Valladares Sotomayor

Interpretación: En la siguiente gráfica podemos apreciar que del total de la población el 46,6% de los pacientes estudiados presentan inflamación gingival, el 36% presenta sangrado gingival y no existen casos de recesión gingival.

GRÁFICO # 4: RELACIÓN MOLAR EN DENTICIÓN TEMPORAL

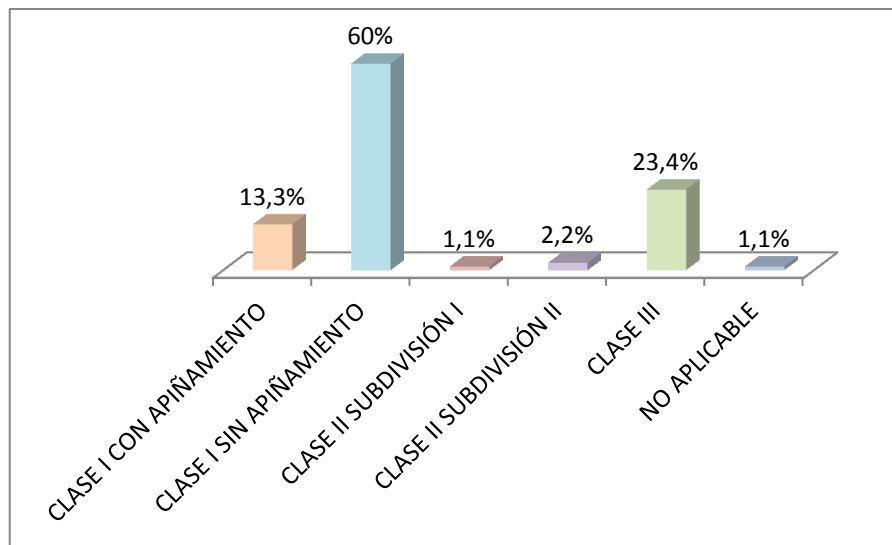


Fuente: Historia Clínica realizada en los estudiantes de las escuelas Ángel Minos Cueva, Teodoro Wolf, Martha Bucaram de Roldós, Dirigentes del Futuro, Manuel Gómez de Salazar, Rolando Merchán Severia, Víctor Manuel Burneo, Luis Vives.

Autor: María Gabriela Valladares Sotomayor

Interpretación: En la siguiente gráfica podemos apreciar que el 79% de los pacientes estudiados que presentan plano terminal recto en cuanto a su oclusión, el 13% presenta escalón mesial, mientras que el 8% presentan escalón distal.

GRÁFICO #5: MALOCLUSIONES EN DENTICIÓN PERMANENTE

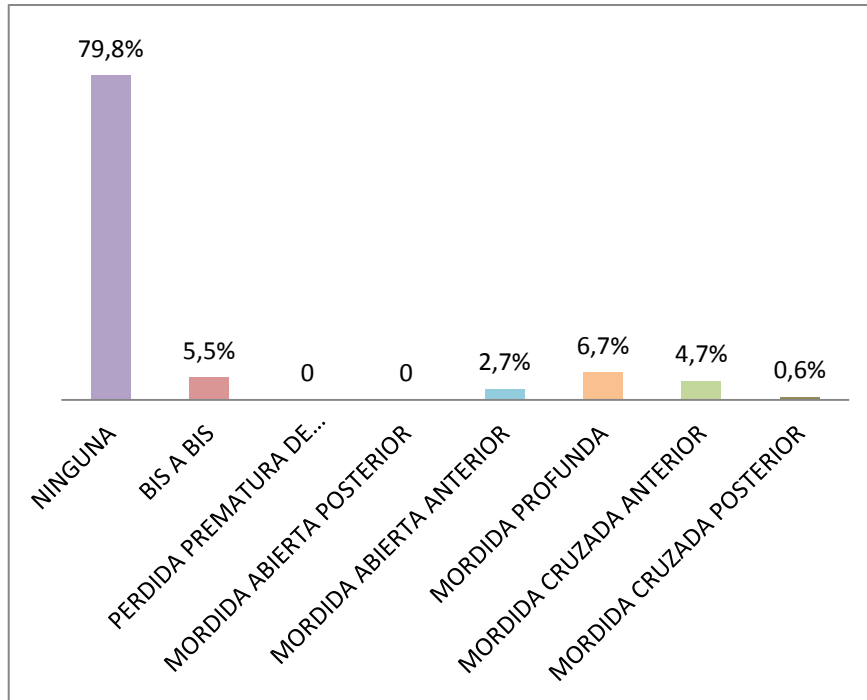


Fuente: Historia Clínica realizada en los estudiantes de las escuelas Ángel Minos Cueva, Teodoro Wolf, Martha Bucaram de Roldós, Dirigentes del Futuro, Manuel Gómez de Salazar, Rolando Merchán Severia, Víctor Manuel Burneo, Luis Vives.

Autor: María Gabriela Valladares Sotomayor.

Interpretación: En la siguiente gráfica podemos apreciar que el 60% de los pacientes estudiados presentan Clase I con apiñamiento, el 13,3% Clase I sin apiñamiento, el 1,1% Clase II subdivisión I, el 2,2% Clase II subdivisión II, el 23,4% Clase III y el 1,1% presentaron una oclusión alterada.

GRÁFICO # 6: ALTERACIONES OCLUSALES

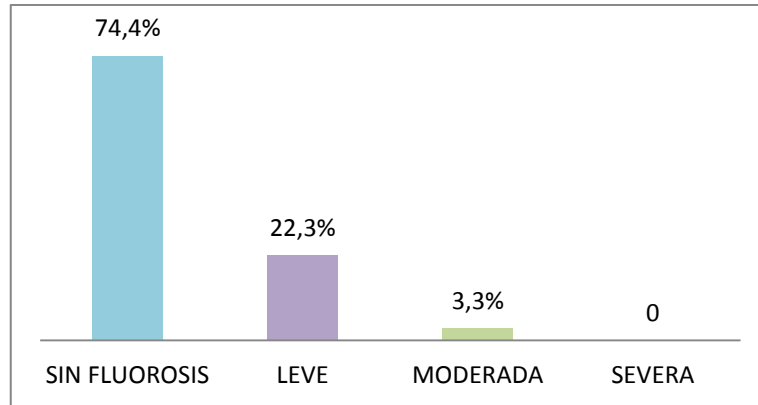


Fuente: Historia Clínica realizada en los estudiantes de las escuelas Ángel Minos Cueva, Teodoro Wolf, Martha Bucaram de Roldós, Dirigentes del Futuro, Manuel Gómez de Salazar, Rolando Merchán Severia, Víctor Manuel Burneo, Luis Vives.

Autor: María Gabriela Valladares Sotomayor

Interpretación: Observamos que el 79,8% no tiene ninguna patología, el 5,5% presenta mordida bis a bis, el 2,7% presenta mordida abierta anterior, el 6,7% presenta mordida profunda, el 4,7% presenta mordida cruzada anterior y el 0,6% presenta mordida cruzada posterior.

GRÁFICO #7: FLUOROSIS DENTAL



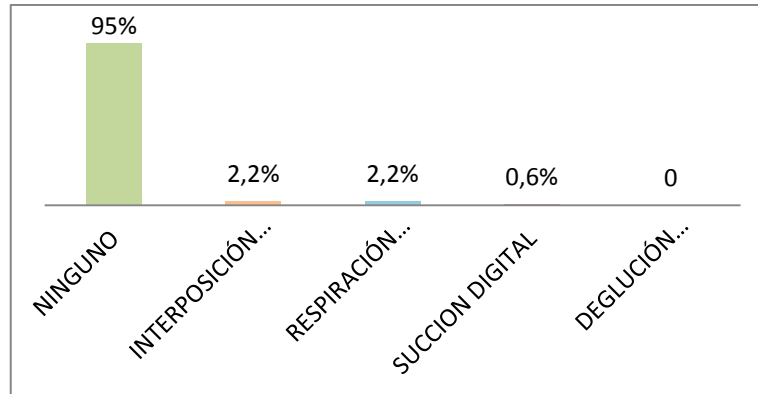
Fuente: Historia Clínica realizada en los estudiantes de las escuelas Ángel Minos Cueva, Teodoro Wolf, Martha Bucaram de Roldós, Dirigentes del Futuro, Manuel Gómez de Salazar, Rolando Merchán Severía, Víctor Manuel Burneo, Luis Vives.

Autor: María Gabriela Valladares Sotomayor.

Interpretación: En la siguiente gráfica podemos apreciar que el 74,4% de los pacientes estudiados no presenta fluorosis, el 22,3% presenta una fluorosis leve, y el 3,3% presenta una fluorosis moderada.

FACTORES DE RIESGO

GRÁFICO #8: HÁBITOS

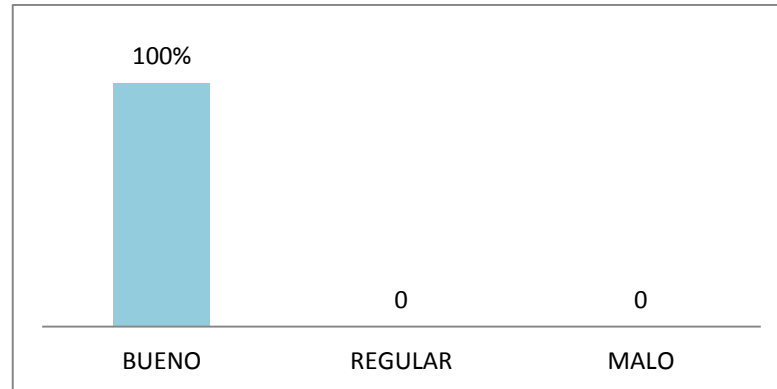


Fuente: Historia Clínica realizada en los estudiantes de las escuelas Ángel Minos Cueva, Teodoro Wolf, Martha Bucaram de Roldós, Dirigentes del Futuro, Manuel Gómez de Salazar, Rolando Merchán Severia, Víctor Manuel Burneo, Luis Vives.

Autor: María Gabriela Valladares Sotomayor.

Interpretación: En la siguiente gráfica podemos apreciar que el 95% de los pacientes estudiados no tienen hábitos, el 2,2% son respiradores bucales, el 2,2% tienen interposición lingual y el 0,6% de los pacientes tiene el hábito de succión digital.

GRÁFICO # 9: INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO

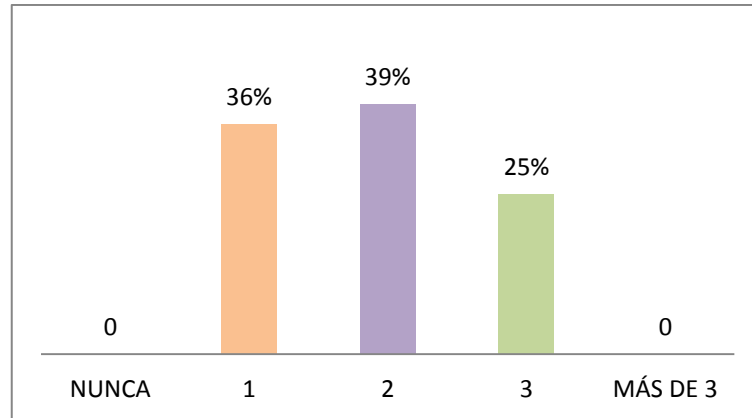


Fuente: Historia Clínica realizada en los estudiantes de las escuelas Ángel Minos Cueva, Teodoro Wolf, Martha Bucaram de Roldós, Dirigentes del Futuro, Manuel Gómez de Salazar, Rolando Merchán Severía, Víctor Manuel Burneo, Luis Vives.

Autor: María Gabriela Valladares Sotomayor

Interpretación: En la siguiente gráfica podemos apreciar que el 100% de los pacientes estudiados tienen una buena higiene oral.

GRÁFICO # 11: FRECUENCIA DE CEPILLADO DENTAL

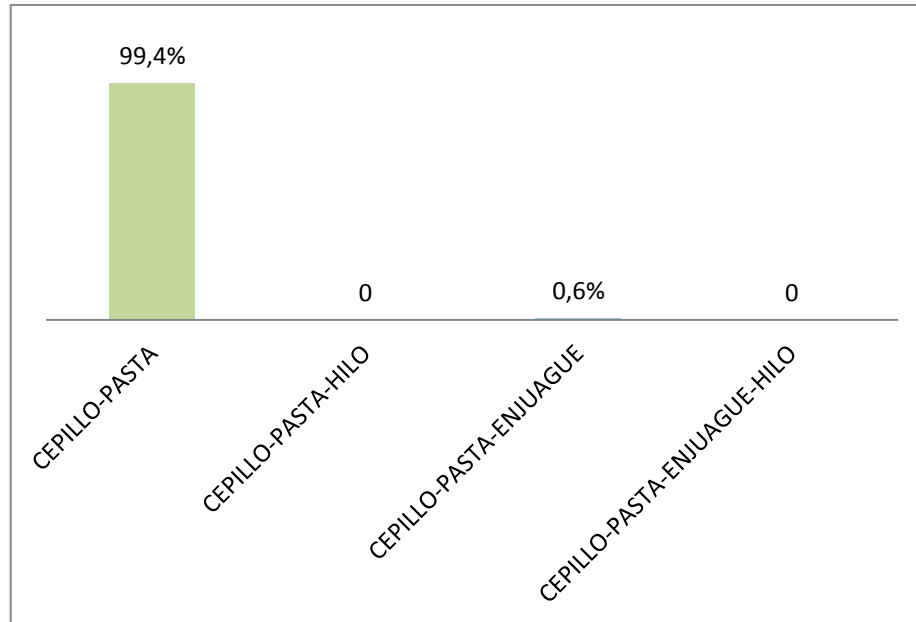


Fuente: Encuesta realizada en los estudiantes de las escuelas Ángel Minos Cueva, Teodoro Wolf, Martha Bucaram de Roldós, Dirigentes del Futuro, Manuel Gómez de Salazar, Rolando Merchán Severia, Víctor Manuel Burneo, Luis Vives.

Autor: María Gabriela Valladares Sotomayor

Interpretación: En la siguiente gráfica podemos apreciar que el 36% de los pacientes estudiados cepillan sus dientes 1 vez al día, el 39% cepillan sus dientes 2 veces al día y el 25% cepillan sus dientes 3 veces al día.

GRÁFICO #12: ELEMENTOS UTILIZADOS EN LA HIGIENE ORAL

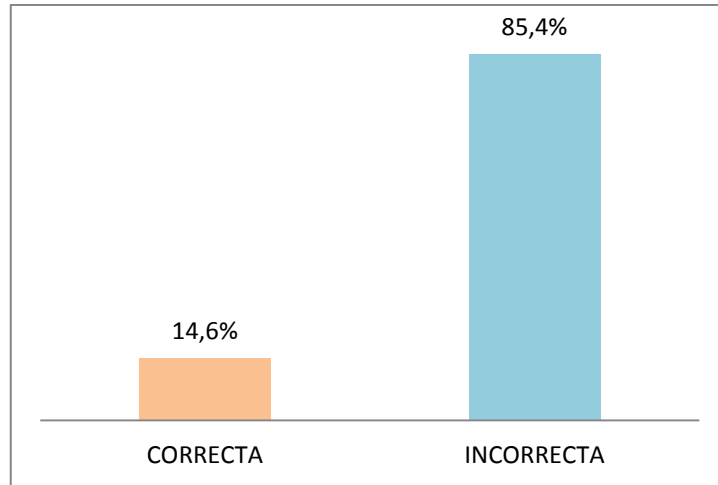


Fuente: Encuesta realizada en los estudiantes de las escuelas Ángel Minos Cueva, Teodoro Wolf, Martha Bucaram de Roldós, Dirigentes del Futuro, Manuel Gómez de Salazar, Rolando Merchán Severia, Víctor Manuel Burneo, Luis Vives.

Autor: María Gabriela Valladares Sotomayor

Interpretación: En la siguiente gráfica podemos apreciar que el 99,4% de los pacientes estudiados utiliza como implementos de higiene oral cepillo y pasta dental, y el 0,6% utiliza cepillo, pasta y enjuague bucal.

GRÁFICO # 13: TÉCNICA DE CEPILLADO DENTAL

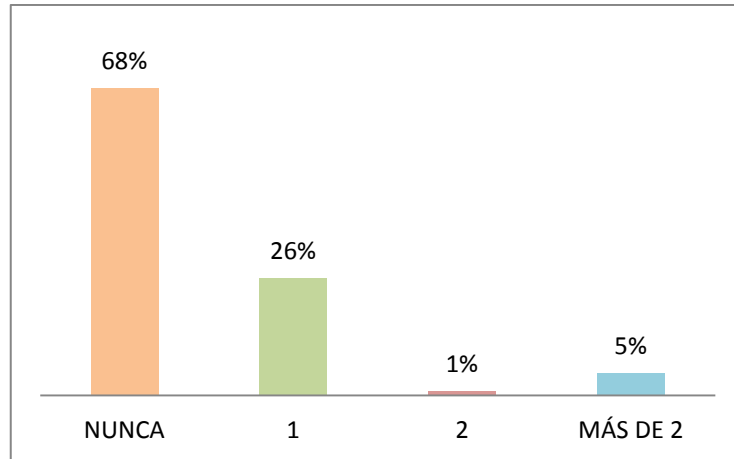


Fuente: Encuesta realizada en los estudiantes de las escuelas Ángel Minos Cueva, Teodoro Wolf, Martha Bucaram de Roldós, Dirigentes del Futuro, Manuel Gómez de Salazar, Rolando Merchán Severia, Víctor Manuel Burneo, Luis Vives.

Autor: María Gabriela Valladares Sotomayor

Interpretación: En la siguiente gráfica podemos observar que el 85,4% de los pacientes estudiados practican una técnica de cepillado incorrecta.

GRÁFICO # 14: FRECUENCIA DE VISITA AL ODONTÓLOGO

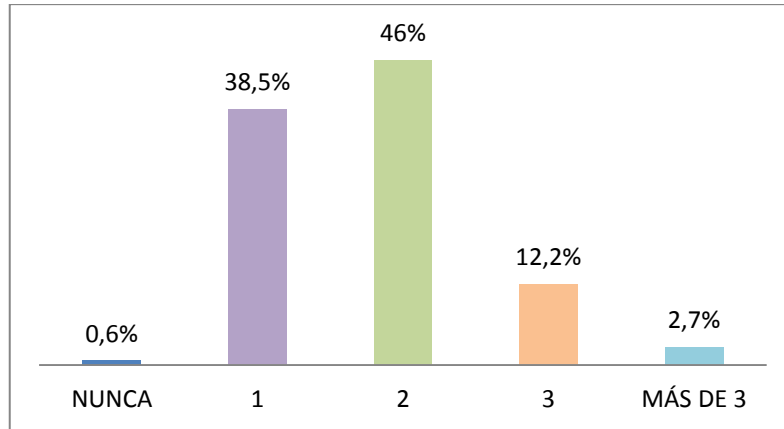


Fuente: Encuesta realizada en los estudiantes de las escuelas Ángel Minos Cueva, Teodoro Wolf, Martha Bucaram de Roldós, Dirigentes del Futuro, Manuel Gómez de Salazar, Rolando Merchán Severia, Víctor Manuel Burneo, Luis Vives.

Autor: María Gabriela Valladares Sotomayor

Interpretación: En la siguiente gráfica podemos apreciar que el 68% de las personas estudiadas nunca han visitado al odontólogo, el 26% se han ido 1 vez, el 1% han ido 2 veces y el 5% más de 2 veces.

GRÁFICO # 15: FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS CARIOGÉNICOS

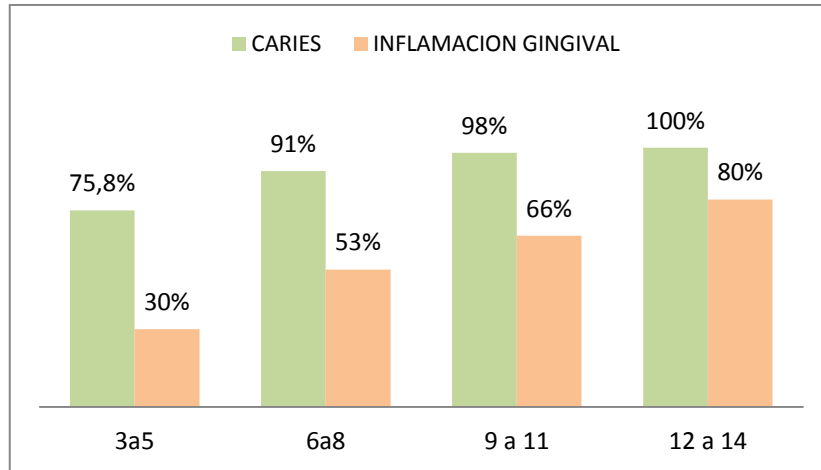


Fuente: Encuesta realizada en los estudiantes de las escuelas Ángel Minos Cueva, Teodoro Wolf, Martha Bucaram de Roldós, Dirigentes del Futuro, Manuel Gómez de Salazar, Rolando Merchán Severia, Víctor Manuel Burneo, Luis Vives.

Autor: María Gabriela Valladares Sotomayor

Interpretación: En la siguiente gráfica observamos que el 0,6% de la población estudiada nunca ingiere alimentos cariogénicos, el 38,5% ingiere 1 vez al día, el 46% ingiere 2 veces al día, el 12,2% ingiere 3 veces al día y el 2,7% ingiere más de 3 veces al día.

GRÁFICO #16: RELACIÓN EDAD-CARIES –INFLAMACIÓN

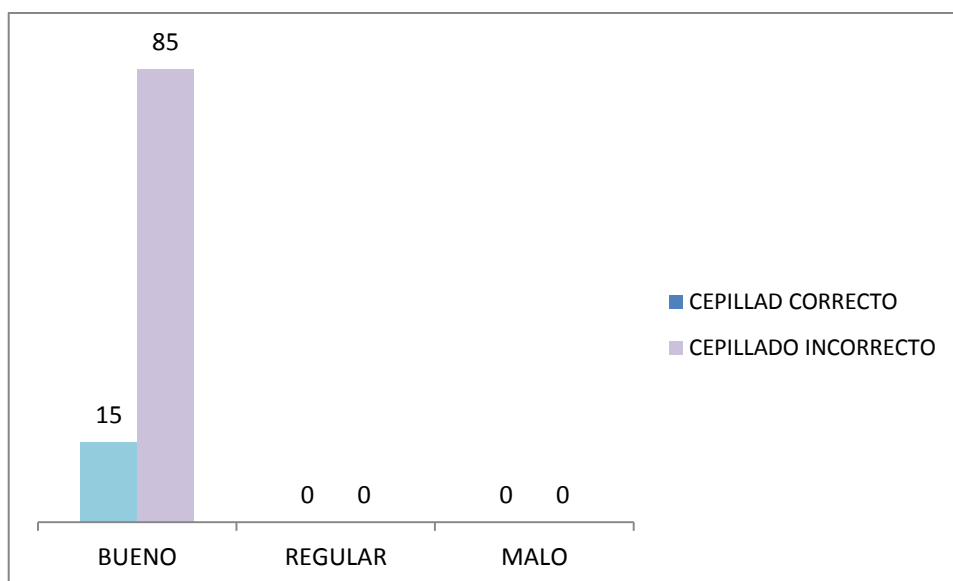


Fuente: Historia Clínica realizada en los estudiantes de las escuelas Ángel Minos Cueva, Teodoro Wolf, Martha Bucaram de Roldós, Dirigentes del Futuro, Manuel Gómez de Salazar, Rolando Merchán Severia, Víctor Manuel Burneo, Luis Vives.

Autor: María Gabriela Valladares Sotomayor

Interpretación: En la siguiente gráfica observamos que en los niños estudiados de 3 a 5 años el 30% presenta inflamación gingival, y el 75,8% presenta caries dental; en los niños de 6 a 8 años el 53% presenta inflamación gingival y el 91% presenta caries dental; en niños de 9 a 11 años de edad el 66% presenta inflamación gingival y el 98% presenta caries dental; en niños de 12 a 14 años de edad el 80% presenta inflamación gingival y el 100% de ellos presenta caries dental.

GRÁFICO # 17: RELACIÓN DE LA TÉCNICA DE CEPILLADO – IHOS

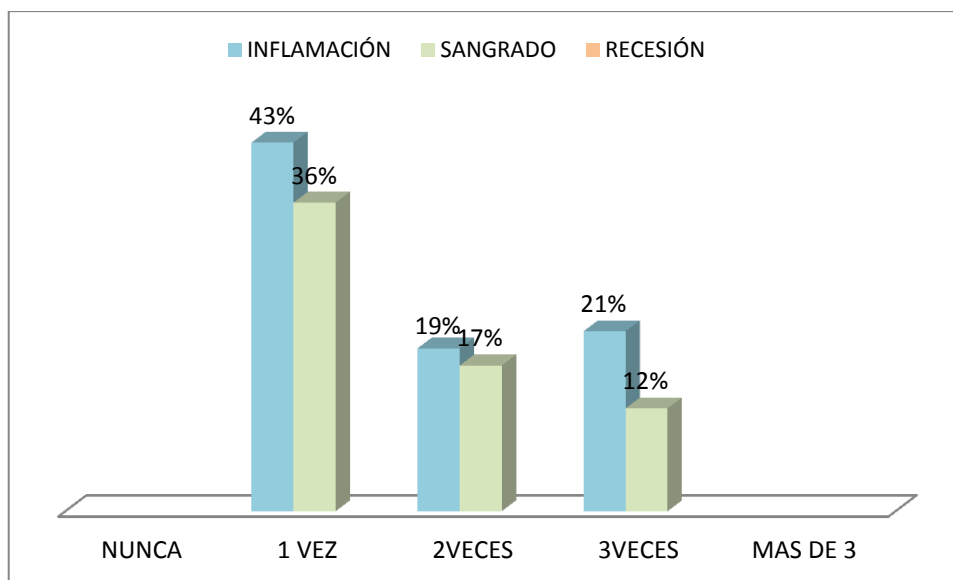


Fuente: Historia clínica, encuesta realizada en los estudiantes de las escuelas Ángel Minos Cueva, Teodoro Wolf, Martha Bucaram de Roldós, Dirigentes del Futuro, Manuel Gómez de Salazar, Rolando Merchán Severia, Víctor Manuel Burneo, Luis Vives.

Autor: María Gabriela Valladares Sotomayor

Interpretación: En la siguiente gráfica observamos que el 100% de la población tiene una buena higiene, a pesar de que el 85% tiene un cepillado incorrecto y el 15% un cepillado correcto.

GRÁFICO # 18: RELACIÓN FRECUENCIA DE CEPILLADO-SIGNOS INFLAMATORIOS



Fuente: Historia clínica realizada en los estudiantes de las escuelas Ángel Minos Cueva, Teodoro Wolf, Martha Bucaram de Roldós, Dirigentes del Futuro, Manuel Gómez de Salazar, Rolando Merchán Severia, Víctor Manuel Burneo, Luis Vives.

Autor: María Gabriela Valladares Sotomayor

Interpretación: En la siguiente gráfica observamos que de la población estudiada que se cepillan los dientes 1 vez, 36 de ellas presentaron sangrado gingival y 43 niños presentaron inflamación gingival; las personas que se cepillan 2 veces al día 17 niños presentaron sangrado gingival y 19 presentaron inflamación gingival; los niños que cepillan sus dientes 3 veces al día, 12 niños presentaron sangrado gingival y 21 presentaron inflamación gingival.

TABLA #19: RELACIÓN EDAD - ceo-d

EDAD	C	E	O	CEO	RIESGO
3-5 AÑOS	456	5	8	5,39	ALTO
6-8 AÑOS	203	10	14	6,5	ALTO
9-11 AÑOS	150	23	12	3,4	MODERADO
12-14 AÑOS	-	-	-	-	-

MUY BAJO (0,0 A 1,1)
BAJO (1,2 a 2,6)
MODERADO (2,7A 4,4)
ALTO (4,5 a 6,5)

Fuente: Historia Clínica realizada en los estudiantes de las escuelas Ángel Minos Cueva, Teodoro Wolf, Martha Bucaram de Roldós, Dirigentes del Futuro, Manuel Gómez de Salazar, Rolando Merchán Severia, Víctor Manuel Burneo, Luis Vives.

Autor: María Gabriela Valladares Sotomayor

Interpretación: En la siguiente tabla podemos observar que las edades comprendidas entre 3-5 años y 6-8 años presentan un índice alto, mientras que las edades entre 9-11 años presentan un índice moderado.

TABLA #20: RELACIÓN EDAD - CPO-D

EDAD	C	P	O	CPOD	RIESGO
6-8 AÑOS	35	0	1	1,05	MUY BAJO
9-11 AÑOS	149	0	4	2,8	MODERADO
12-14 AÑOS	25	0	2	5,4	ALTO

MUY BAJO (0,0 A 1,1)
BAJO (1,2 a 2,6)
MODERADO (2,7A 4,4)
ALTO (4,5 a 6,5)

Fuente: Historia clínica realizada en los estudiantes de las escuelas Ángel Minos Cueva, Teodoro Wolf, Martha Bucaram de Roldós, Dirigentes del Futuro, Manuel Gómez de Salazar, Rolando Merchán Severia, Víctor Manuel Burneo, Luis Vives.

Autor: María Gabriela Valladares Sotomayor

Interpretación: En la siguiente tabla podemos observar que las edades entre 6-8 años presentan un índice muy bajo, mientras que las edades entre 9-11 años tienen un índice moderado, y los alumnos entre 12-14 años presentan un índice alto.

7. DISCUSIÓN

En España se realizó un estudio de la prevalencia de caries y su relación con factores de higiene oral y hábitos cariogénicos en escolares. El propósito de este trabajo fue conocer la prevalencia de carie en una población escolar de 1220 alumnos que cursaban 1º, 3º y 5º de primaria en colegios públicos y privados del Área de salud de Toledo así como una posible relación con hábitos dietéticos y de higiene oral. La prevalencia de caries en dentición temporal fue del 52,20% y en dentición definitiva 36,45%. Los resultados del análisis estadístico muestran que la dieta cariogénica en dentición temporal y definitiva actúan como factor de riesgo de aparición de caries, y que la supervisión del cepillado se muestra como factor protector en dentición definitiva²⁹, dicho estudio tiene resultados similares a mi trabajo investigativo, el cual tiene como objetivo determinar la prevalencia de patologías bucodentales e identificar los factores de riesgo, la caries dental es la principal patología y afecta al 86% de la población estudiada, especialmente en dentición permanente, la presencia de caries dental se relaciona directamente con hábitos de higiene oral y dietéticos.

En un estudio denominado Nivel cognoscitivo sobre higiene bucal y gingivitis crónica en niños del Colegio “Presidente Kennedy”. Venezuela. 2006 se aplicó una encuesta a cada uno de los estudiantes. Los resultados del estudio revelaron que el 69,3% de los niños encuestados sobre higiene bucal respondieron de forma incorrecta las preguntas relacionadas con frecuencia del cepillado, técnica e implementos de manera que el conocimiento acerca de la importancia del cepillado dental y su relación con la salud oral por parte de los alumnos es deficiente³⁰ en mi estudio el resultado fue que de toda la población el 39% realizaba el cepillado dental 2 veces al día, el 85,4% practica una técnica incorrecta

²⁹ Villaizán C., Aguilar M. “Estudio de la prevalencia de caries y su relación con factores de higiene oral y hábitos cariogénicos en escolares” Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría.

³⁰ Cruz Morales R, Caballero López D, Limonta Vidal ER. Nivel cognoscitivo sobre higiene bucal y gingivitis crónica en niños. Colegio “Presidente Kennedy”. Venezuela.

de cepillado, el 99,4% utiliza para su higiene pasta dental y cepillo dental, lo cual demuestra que ambos estudios son similares.

Existe un estudio denominado Prevalencia de maloclusiones dentales en un grupo de adolescentes mexicanos y su relación con la edad y el género en el que manifiesta que de los casos de maloclusión detectados con base a la clasificación de Angle, la Clase I fue la más frecuente, ya que el 72,8% de los jóvenes examinados la presentó, estimándose que dicha prevalencia a nivel poblacional oscila entre el 69,54% y el 76,24% . La Clase II fue la segunda más frecuente en el 13,5% de los casos detectados con maloclusión y finalmente la Clase III en el 10,1%, mostrándose que la frecuencia de maloclusiones Clase I fue cinco y siete veces mayor en comparación de los casos de maloclusión Clase II y III, respectivamente³¹ De la misma manera otro estudio denominado Prevalencia de maloclusiones dentales en un grupo de pacientes pediátricos, demuestra que en el grupo de 9 a 12 años la maloclusión prevalente fue Clase I en el 62,80% del grupo, Clase II en 23,50% y Clase III en 13,18% del grupo. En el grupo de 13 a 17 años, 2 pacientes (50%) presentaron Clase I, 1 paciente (25%) Clase II y 1 paciente (25%) Clase III³². En mi estudio los resultados fueron los siguientes, de los niños estudiados un 60% presentó una oclusión clase I con apiñamiento, seguido del 23,4% con una mala oclusión clase III y en menor porcentaje la clase II subdivisión I con un 1,1%, encontrando una variación en la clase III ya que en mi estudio esta maloclusión es más común en la población estudiada.

³¹ Murrieta Prueda J.F, Cruz Días P.A, López Aguilar J, Marques Dos Santos M.J, Zurrita Murillo V. Prevalencia de maloclusiones dentales en un grupo de adolescentes mexicanos y su relación con edad y género.

³² Medina C. Prevalencia de maloclusiones dentales en un grupo de pacientes pediátricos.

8. CONCLUSIONES

- La principal patología que se encontró en el estudio realizado es la caries dental, la misma que se encuentra afectando al 86% de la población, conjuntamente sufren de alteraciones gingivales tales como inflamaciones gingivales que afectan al 46,4% de los niños, presentando sangrado gingival en un 36% de ellos.
- La maloclusión en la dentición decidua que se encontró en la mayoría de los casos es el plano terminal recto en un 79% de los niños, mientras que en la dentición permanente es la clase I la principal en un 73,4% de los niños, el 1,11% de ellos tienen una oclusión alterada.
- Son mínimos los casos en los que encontramos en niños fluorosis dental, de forma leve en un 5% y moderada en un 2%, al igual que la presencia de hábitos ya que tanto la interposición lingual, respiración bucal afecta individualmente en un 2,2% de los niños y la succión digital en un 0,6%
- Ante la búsqueda de otras patologías, una de las más frecuentes fue la mordida profunda en un 6,7% y la mordida bis a bis en un 5,5%.
- Los índices de ceo en niños con dentición decidua, 100 de ellos presentaron un índice alto, mientras que en niños con dentición permanente 48 de ellos presentaron un índice de CPOD moderado.
- La falta de educación, prevención y promoción de salud oral se encuentra íntimamente relacionado con la higiene oral, ya que el 39% de toda la población estudiada cepilla sus dientes 2 veces al día, utilizando en 99,4% implementos de higiene oral como pasta y cepillo dental, a pesar de esto el IHOS en el 100% de la población estudiada es bueno, una de estas razones es que no se observó la presencia de cálculo dental.
- La visita al odontólogo a más de recibir los tratamientos necesarios nos proporciona enseñanza en el cuidado de la cavidad bucal, en

el presente trabajo encontramos que el 68% nunca asistió al odontólogo, por lo cual el 85,4% de los niños practican una técnica incorrecta de cepillado dental, y el 46% de los alumnos consumen alimentos cariogénicos 2 veces al día, razón por la que existen gran número de casos de presencia de caries dental, acompañado de una falta de instrucción por parte de padres e hijos en lo que cuidado oral se trata.

- Los niños que se encuentran mayormente afectados por diferentes patologías son pertenecientes a edades entre 3 a 5 años y 9 a 11 años de edad.

9. RECOMENDACIONES

- La carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja ha tenido desde sus inicios grandes compromisos con la comunidad, brindando servicios odontológicos de forma integral, previniendo y promocionando para mantener la salud oral, esta ayuda comunitaria debe seguir extendiéndose cada vez hacia las comunidades que más lo necesitan, especialmente a sectores que por su ubicación y lejanía tienen un acceso difícil a ciertos servicios, como es el caso de la atención odontológica.
- Se considere el trabajo extramural, realización de charlas, métodos preventivos sobre salud oral por parte de odontólogos rurales, consiguiendo así captar interés de la comunidad.
- El Ministerio de Salud Pública junto con el Ministerio de Educación deben trabajar de la mano por mejorar la educación referente a salud, con especial énfasis en salud oral, de modo que todos los estudiantes tengan conocimiento y sean partícipes en programas preventivos y de promoción oral. De esta forma lograremos concientizar a los alumnos tanto como a padres de familia.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Villaizán C., Aguilar M. "Estudio de la prevalencia de caries y su relación con factores de higiene oral y hábitos cariogénicos en escolares" Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. Año 2012.
2. Vargas R, Herrera M. "Prevalencia de caries en escolares de las comunidades rurales Mapuches de Panguilangué, Puñique Lago". Revista Dental de Chile. Año 2002.
3. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. "Normatización del sistema nacional de salud área de la salud bucal, normas y procedimiento de atención bucal" Primer Nivel. 2009
4. DPSL/MSP. "Mejoramiento de la calidad de vida de la población escolar y sus familias, enmarcada en los factores: socioeconómicos, culturales y ambientales mediante la atención integral bucodental" Área de afluencia del Hospital Universitario de Motupe del Área de salud Nro 3. Año 2007-2008.
5. J. Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wysocki. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea, Segunda Edición 2005: Elsevier 2002
6. Harris. N; García. F. Odontología preventiva primaria. Segunda Edición. Editorial Manual Moderno México. Año 2005.
7. Cárdenas Darío. Fundamentos de Odontología. Odontología Pediátrica. Corporación para Investigaciones Biológicas. Tercera Edición. Fondo Editorial: 2003
8. Azpeitia.L; Valadez. M. Factores de riesgo para fluorosis dental en escolares de 6 a 15 años de edad. Mexico: 2008.
9. Sapp Philip, Eversole Lewis, Wysocki George. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. Segunda Edición. Mosby: Elsevier España: 2004.
10. Boj. J, Catalá.M. Odontopediatría. Editorial Masson S.A. Primera Edición. Año 2004.

11. Lindhe, J. Periodontología clínica e implantología. Quinta Edición, tomo I. Editorial Medica Panamericana. Año 2009.
12. Flavio Vellini, Ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica. Tercera Edición. Editorial Latinoamericana. Año 2009.
13. G. Vajdi, Geeti. Manual. Ilustrado de Cirugía Oral y Maxilofacial. Jaypee-Highlights Medical Publisher. Panamá. Año 2011.
14. Gabriela González, Laura Marrera. Mordida Cruzada Anterior. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. Año 2012.
15. Aparecido, O. Mordida cruzada posterior. Corrección y consideraciones. Año 2011.
16. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2004-2005.
17. Higashida Berta. Odontología Preventiva. Editorial Mac Grow-Hill Interamericana. Año 2000.
18. Cuenca E, Baca P. Odontología Preventiva y Comunitaria. Tercera Edición. Editorial Masson: Elsevier España. Año 2005.
19. Barrancos Mooney, Operatoria Dental. Cuarta Edición. Editorial Panamericana. Buenos Aires. Año 2006.
20. González, M., Gianfranco, G., Herrera, D., Quirós, O. Maloclusiones asociadas a: Hábito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura. Año 2012.
21. Lugo, C., Toyo, I. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las Maloclusiones. Año 2011.
22. Agurto, P., Díaz, R., Cádiz, O., Bobenrieth, F. Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago. Año 1999.

23. Cruz Morales R, Caballero López D, Limonta Vidal ER. Nivel cognoscitivo sobre higiene bucal y gingivitis crónica en niños. Colegio "Presidente Kennedy". Venezuela. Año 2006.
24. Murrieta Prueda J.F, Cruz Días P.A , López Aguilar J, Marques Dos Santos M.J, Zurrita Murillo V. Prevalencia de Maloclusiones dentales en un grupo de adolescentes mexicanos y su relación con edad y género.
25. Medina C. Prevalencia de maloclusiones dentales en un grupo de pacientes pediátricos. Acta odontológica Venezolana. Año 2010.
26. Montesinos Daniela. Resumen capítulo 1 libro "Dental Caries"/Portafolio [serie en internet]. No.3 [CICB2011.05/12/2011]. Disponible en: <https://sites.google.com/site/portafolio3cicb2011/3-resumen-capitulo-1-libro-dental-caries>
27. Dra. Hidalgo E. La Caries Dental. Algunos de los factores relacionados con su formación en niños. Revista Cubana de Estomatología. [revista en línea] 2011. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003475072008000100004&script=sci_arttext.

11. ANEXOS



ENCUESTA

A.

INFORMACIÓN BÁSICA

Fecha: ____/____/____

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

Año de educación:

Parroquia:.....

Nombre de la institución:.....

Nombre del Alumno:.....

Género: F () M ()

B. 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 ()

C. ¿De los siguientes alimentos (golosinas, frituras, galletas, colas) con

Qué frecuencia consume en un día?

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

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

DATOS GENERALES:

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

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

PATOLOGÍAS

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

OTRAS PATOLOGÍAS DENTALES

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

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

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

3. **MALOCCLUSIÓN**

Dentición temporal

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

Dentición permanente

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

4. **FLUOROSIS DENTAL**

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

ALTERADA ()

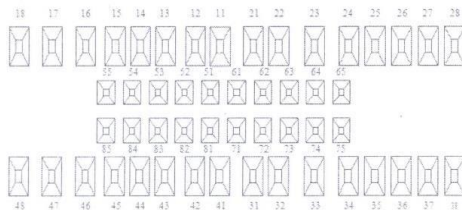
ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO IHO-S

5. **HÁBITOS**

- Ninguno () 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

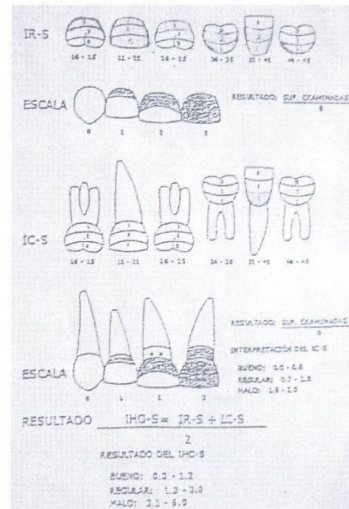
6. **PATOLOGÍAS**

ODONTOGRAMA



Ceo:C.....e.....O...

CPod: C.....P.....O.....D.....



Validación de la Historia Clínica por la Especialista Tannya Valarezo

COORDINADOR DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA



EVIDENCIA FOTOGRAFÍCA:

Foto #1: Charla en Unidad Educativa



Fuente: Unidad Educativa Víctor Manuel Burneo

Foto #2: Charla en Unidad Educativa



Fuente: Escuela Rolando Merchán Severia

Foto #3: Caries Dental



Fuente: Alumno de la escuela Ángel Minos Cueva

Foto #4: Fluorosis dental



Fuente: Alumno de la escuela Manuel Gómez de Salazar

Foto #5: Mordida cruzada anterior



Fuente: Alumno de la escuela Dirigentes del Futuro

Foto #6: Mordida Abierta Anterior



Fuente: Alumno de la escuela Teodoro Wolf

Foto # 7: Mordida Profunda



Fuente: Alumno de la escuela Manuel Gómez de Salazar

Foto #8: Mordida Bis a Bis



Fuente: Alumno de la escuela Víctor Manuel Burneo

Foto #9: Entrega de pasta y cepillo dental



Fuente: Escuela Dirigentes del Futuro

Foto #10: Entrega de pasta y cepillo dental



Fuente: Escuela Teodoro Wolf

Glosario

- **Ceo-d:** Dientes cariados, extraídos, obturados
- **CPO-D:** Dientes cariados, perdidos, obturados
- **MSP:** Ministerio de Salud Pública
- **IHOS:** Índice de higiene oral simplificado
- **DI:** Dentinogénesis imperfecta
- **ODR:** Odontodisplasia regional

CERTIFICADOS

UNIDAD EDUCATIVA "ROLANDO MERCHÁN"

Malacatos-Loja-Ecuador

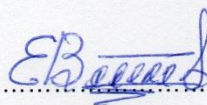
Malacatos, 31 de octubre del 2013.

Lcda. Elsa Burneo, RECTORA DE LA UNIDAD EDUCATIVA "ROLANDO MERCHÁN" de la parroquia Malacatos del cantón Loja, a petición de la parte interesada legalmente.

CERTIFICO.-

Que María Gabriela Valladares Sotomayor, con cédula número 1104588239, realizó un diagnóstico bucodental a cada uno de los estudiantes de la Institución Educativa, laborando el 15 del presente mes en horario de 8 a 12h30. Acompañado de una charla educacional sobre salud oral y entrega de implementos de higiene bucal a cada uno de los estudiantes de este establecimiento educativo.

Certificado que emito para los fines pertinentes.



Lcda. Elsa Burneo



RECTORA DE LA UNIDAD EDUCATIVA ROLANDO MERCHÁN

UNIDAD EDUCATIVA "ÁNGEL MINOS CUEVA"

Malacatos-Loja-Ecuador

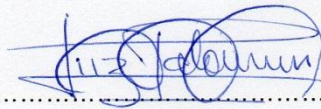
Malacatos, 31 de octubre del 2013.

Lcda. Luz María Palomino, RECTORA DE LA UNIDAD EDUCATIVA "ÁNGEL MINOS CUEVA" de la parroquia Malacatos del cantón Loja, a petición de la parte interesada legalmente.

CERTIFICO.-

Que María Gabriela Valladares Sotomayor, con cédula número 1104588239, realizó un diagnóstico bucodental a cada uno de los estudiantes de la Institución Educativa, laborando el 14 del presente mes en horario de 8 a 12h30. Acompañado de una charla educacional sobre salud oral y entrega de implementos de higiene bucal a cada uno de los estudiantes de este establecimiento educativo.

Certificado que emito para los fines pertinentes.



Lcda. Luz María Palomino



RECTORA DE LA UNIDAD EDUCATIVA ÁNGEL MINOS CUEVA

UNIDAD EDUCATIVA "MANUEL GÓMEZ DE SALAZAR"

Malacatos-Loja-Ecuador

Malacatos, 31 de octubre del 2013.

Lcda. Julia Sánchez Villa, RECTORA DE LA UNIDAD EDUCATIVA "MANUEL GÓMEZ DE SLAZAR" de la parroquia Malacatos del cantón Loja, a petición de la parte interesada legalmente.

CERTIFICO.-

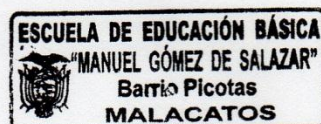
Que María Gabriela Valladares Sotomayor, con cédula número 1104588239, realizó un diagnóstico bucodental a cada uno de los estudiantes de la Institución Educativa, laborando el 14 del presente mes en horario de 8 a 12h30. Acompañado de una charla educacional sobre salud oral y entrega de implementos de higiene bucal a cada uno de los estudiantes de este establecimiento educativo.

Certificado que emito para los fines pertinentes.



Lcda. Julia Sánchez Villa

RECTORA DE LA UNIDAD EDUCATIVA MANUEL GÓMEZ DE SALAZAR



UNIDAD EDUCATIVA "LUIS VIVES"

Malacatos-Loja-Ecuador

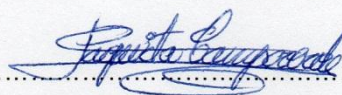
Malacatos, 31 de octubre del 2013.

Lcda. Paquita Campoverde, RECTORA DE LA UNIDAD EDUCATIVA "LUIS VIVES" de la parroquia Malacatos del cantón Loja, a petición de la parte interesada legalmente.

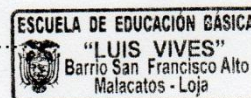
CERTIFICO.-

Que María Gabriela Valladares Sotomayor, con cédula número 1104588239, realizó un diagnóstico bucodental a cada uno de los estudiantes de la Institución Educativa, laborando el 15 del presente mes en horario de 8 a 12h30. Acompañado de una charla educacional sobre salud oral y entrega de implementos de higiene bucal a cada uno de los estudiantes de este establecimiento educativo.

Certificado que emito para los fines pertinentes.



Lcda. Paquita Campoverde



RECTORA DE LA UNIDAD EDUCATIVA LUIS VIVES

UNIDAD EDUCATIVA "VICTOR MANUEL BURNEO"

Malacatos-Loja-Ecuador

Malacatos, 31 de octubre del 2013.

Lcda. Isabel Marín, Rectora de la Unidad Educativa "VÍCTOR MANUEL BURNEO" de la parroquia Malacatos del cantón Loja, a petición de la parte interesada legalmente.

CERTIFICO.-

Que María Gabriela Valladares Sotomayor, con cédula número 1104588239, realizó un diagnóstico bucodental a cada uno de los estudiantes de la Institución Educativa, laborando el 17 del presente mes en horario de 8 a 12h30. Acompañado de una charla educacional sobre salud oral y entrega de implementos de higiene bucal a cada uno de los estudiantes de este establecimiento educativo.

Certificado que emito para los fines pertinentes.



Lcda. Isabel Marín

RECTORA DE LA UNIDAD EDUCATIVA VÍCTOR MANUEL MARÍN

ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA TEODORO WOLF

Malacatos-Loja-Ecuador

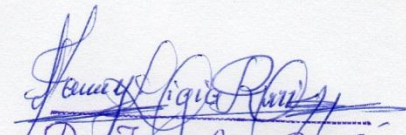
Malacatos, 31 de octubre del 2013.

Dra. Fanny Ruiz, DIRECTORA DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA "TEODORO WOLF" de la parroquia Malacatos del cantón Loja, a petición de la parte interesada legalmente.

CERTIFICO.-

Que María Gabriela Valladares Sotomayor, con cédula número 1104588239, realizó un diagnóstico bucodental a cada uno de los estudiantes de la Institución Educativa, laborando el 18 del presente mes en horario de 8 a 12h30. Acompañado de una charla educacional sobre salud oral y entrega de implementos de higiene bucal a cada uno de los estudiantes de este establecimiento educativo.

Certificado que emito para los fines pertinentes.


Dra. Fanny Ligia Ruiz O.
DIRECTORA

Lcda. Fanny Ruiz

DIRECTORA DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA TEODORO WOLF



UNIDAD EDUCATIVA “DIRIGENTES DEL FUTURO Y MARTHA BUCARAM DE ROLDÓS”

Malacatos-Loja-Ecuador

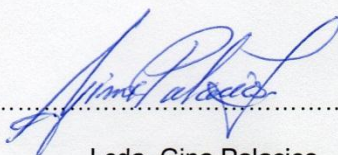
Malacatos, 31 de octubre del 2013.

Lcda. Gina Palacios, Rectora de la Unidad Educativa “DIRIGENTES DEL FUTURO – MARTHA BUCARAM DE ROLDÓS” de la parroquia Malacatos del cantón Loja, a petición de la parte interesada legalmente.

CERTIFICO.-

Que María Gabriela Valladares Sotomayor, con cédula número 1104588239, realizó un diagnóstico bucodental a cada uno de los estudiantes de la Institución Educativa, laborando del 15 al 16 del presente mes en horario de 8 a 12h30. Acompañado de una charla educacional sobre salud oral y entrega de implementos de higiene bucal a cada uno de los estudiantes de este establecimiento educativo.

Certificado que emito para los fines pertinentes.



Lcda. Gina Palacios



RECTORA DE LA UNIDAD EDUCATIVA DIRIGENTES DEL FUTURO-MARTHA
BUCARAM DE ROLDÓS

ÍNDICE

CONTENIDO

CERTIFICACIÓN.....	II
AUTORIA.....	III
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS.....	IV
DEDICATORIA.....	V
AGRADECIMIENTO.....	VI
1. TÍTULO.....	7
2. RESUMEN.....	8
2.1. SUMMARY.....	9
3. INTRODUCCIÓN.....	10
4. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	11
Salud Oral.....	11
Patologías.....	11
Riesgo.....	35
Hábitos.....	37
5. MATERIALES Y MÉTODOS.....	40
6. RESULTADOS.....	42
7. DISCUSIONES.....	61
8. CONCLUSIONES.....	63
9. RECOMENDACIONES.....	65
10. BIBLIOGRAFÍA.....	66
11. ANEXOS.....	69