



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

**ÁREA DE LA SALUD HUMANA
ODONTOLOGÍA**

NIVEL DE PREGRADO CARRERA DE ODONTOLOGIA

TEMA:

DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS "ULPIANO MOSCOSO, JOSÉ MARÍA BUSTAMANTE, JUAN ZAMBRANO, PIO JARAMILLO ALVARADO, OLGA MOROCHO CORREA, PEDRO PINTO GUZMÁN" DE LA PARROQUIA RURAL TAQUIL DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013.

AUTOR:

James Paul Merino Masache

Tesis previa a la
obtención del título de
odontólogo.

DIRECTOR.

- **DR OSCAR WILMER SARANGO PELAEZ**

**Loja - Ecuador
2013**

I. CERTIFICACIÓN

Dr.

Oscar Sarango

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

CERTIFICA:

Que he procedido a revisar minuciosamente la tesis denominada: Diagnóstico de salud bucodental y factores de riesgo en los centros educativos primarios "Ulpiano Moscoso, José María Bustamante, Juan Zambrano, Pio Jaramillo Alvarado, Olga Morocho Correa, Pedro Pinto Guzmán" de la Parroquia Rural Taquil del Cantón Loja año 2013. Elaborada por el Sr. James Paul Merino Masache, previa a la obtención del título de Odontólogo General, la misma que ha sido sometida a las revisiones y correcciones respectivas, motivo por el cual me permito autorizar su presentación y defensa para los fines legales consiguientes de acuerdo a las normas establecidas en el reglamento de la Universidad Nacional de Loja.



.....
Dr. Oscar Wilmer Sarango Peláez.

II. AUTORÍA

YO, JAMES PAUL MERINO MASACHE, declaro ser autora 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.

Autor: James Paul Merino Masache

Firma:



Cedula: 1104312325

Fecha: 20 de Noviembre del 2013

III. CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, JAMES PAUL MERINO MASACHE , declaro ser autor de la tesis titulada “Diagnóstico de salud bucodental y factores de riesgo en los centros educativos primarios Ulpiano Moscoso, José María Bustamante, Juan Zambrano, Pio Jaramillo Alvarado, Olga Morocho Correa, Pedro Pinto Guzmán de la Parroquia Rural Taquil 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 RDL, en las redes de información del país y del exterior, con los cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de la Tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización en la Ciudad de Loja a los 12 días del mes de Noviembre del 2013, firma el autor.

Firma:

Autor: JAMES PAUL MERINO MASACHE

Cédula: 1104312325

Dirección: Esteban Godoy.

Correo: jamespaulmerino@hotmail.com

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Dr. Oscar Wilmer Sarango Peláez

Tribunal de Tesis:

Dr. Jose Procel.

Dr. Luis Vilela.

Dra. Angélica Gordillo.

I. DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres y hermanos, por bríndame su valioso apoyo y confianza. A todos mis amigos y amigas, con quienes compartí, buenos y malos momentos, durante todos estos años de estudio.

II. AGRADECIMIENTO

A Dios, a mis padres, por el apoyo brindado , a la Universidad Nacional de Loja, al Área de la Salud Humana y a la planta de docentes de la carrera de Odontología por todos los conocimientos brindados en estos años de estudio.

De igual manera al Dr. Oscar Sarango, por su capacidad como docente y como persona, para guiarme constantemente con sus conocimientos y sugerencias durante desarrollo del presente trabajo.

El Autor.
James Merino

1. TÍTULO

DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS “ULPIANO MOSCOSO, JOSÉ MARÍA BUSTAMANTE, JULIAN ZAMBRANO, PIO JARAMILLO ALVARADO, OLGA MOROCHO CORREA, PEDRO PINTO GUZMÁN” DE LA PARROQUIA RURAL TAQUIL DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013.

2. RESUMEN

Las patologías bucales son problemas, reales que se presentan en gran parte de la población mundial, situación que se agrava, al coadyuvar con ciertos factores de riesgo como la falta de una adecuada higiene oral, mala alimentación, y por la poca intervención odontológica, siendo perjudicada con mayor frecuencia la población infantil.

Con el fin de conocer las patologías más frecuentes en nuestro medio y los factores de riesgo que las provocan, se realizó el presente trabajo investigativo en las instituciones educativas de la parroquia Taquil del cantón Loja, teniendo como objetivos: realizar el diagnóstico de salud bucodental, determinar las patologías que se presenten con mayor frecuencia así como identificar los diferentes factores de riesgo que pueden influir en el proceso salud-enfermedad.

El tipo de estudio es cuantitativo de carácter transversal y descriptivo. Este trabajo fue realizado a 173 estudiantes a los cuales se les realizó la respectiva encuesta e Historia Clínica, que sirvieron para la correcta recopilación de datos, dando como resultado que de la población estudiada, el 98.84% presentan caries dental, el 28.32 % presenta inflamación gingival. Los factores de riesgo identificados fueron, la mala alimentación por el consumo excesivo de alimentos cariogénicos 32.95 tres veces por día y el 15% más de tres veces, incorrecta técnica de cepillado con el 87.28% con baja frecuencia, y la falta de asistencia al odontólogo.

La conclusión que se llegó al terminar el proceso investigativo, es de que las patologías de mayor prevalencia fueron las caries dentales, seguido de la inflamación gingival, situación que se encuentra estrechamente relacionada, con el consumo de alimentos cariogénicos, inadecuada higiene bucal, y falta de asistencia al odontólogo.

ABSTRACT

The oral pathologies are real problems that are present in a big part world's population, situation is worse, to assist with certain risk factors such as lack of proper oral hygiene, poor diet, and lack of dental work, being most frequently in a children's world.

With the reason to know the most frequently pathologies in our midst and the risk factors that cause, made the present research work in a educative institutions of Taquil parish, canton Loja, having like objectives; make the oral health diagnosis, given the diseases that present more frequently, also identify the several risk factors that that can influence the health-disease process.

The study is quantitative and descriptive transversal. This work was made to 173 students which are made with respect to an interview about their clinical history and served for proper data collection, these showed that the study population, the 98,84% show a dental caries, the 28,32% show a gingival inflammation. The identify risk factors was, the bad diet frequently because they consumed cariogenic foods 32.95 three times per day and 15% more of three times brushing technique incorrect with 87.28% with low frequency and lack of assistance to the dentist

The conclusion to finish the research process is that most prevalent diseases were dental caries, followed of gingival inflammation, situation that is closely related with eating cariogenic food, inadequate oral hygiene, and lack of assistance to the dentist.

Signature

3. INTRODUCCION

La salud bucodental, forma parte importante cuando hablamos de bienestar general del individuo, el deterioro de la misma, repercute seriamente en el mantenimiento de un cuerpo sano, es por ello que es de vital importancia conocer, las patologías bucales de mayor prevalencia en nuestro medio, ya que según datos 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, 2004)

En nuestro país no existen datos actualizados, que nos permitan identificar las patologías de mayor prevalencia en la cavidad bucal y los factores de riesgo para que las mismas se produzcan, pero según un “Estudio Epidemiológico de Salud Bucal en Escolares en Ecuador (1996), menciona que al 88,2% de los escolares menores de 15 años tienen caries, el 84% tiene presencia de placa bacteriana y el 53% está afectado con gingivitis. Además, se evidencio que de los niños examinados el 35% presentaba algún tipo de mal oclusión”. (Reglamento y Control Sanitario, 2009. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2009). Sin duda alguna estos son datos preocupantes, y más aún cuando no conocemos, datos reales de nuestro medio, por ello se hizo necesario, establecer proyectos investigativos, para conocer el estado de salud de nuestro Cantón y sus parroquias, la información obtenida, será de gran ayuda para el establecimiento de políticas de intervención en este campo.

Sabemos que el Gobierno ecuatoriano mediante el MSP, en los últimos años ha propuesto estrategias, para mejorar el estado de salud de la población ecuatoriana, así tenemos el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), que tiene como propósito “Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población que vive en el territorio ecuatoriano, aportando al Plan Nacional del Buen Vivir, Plan estratégico del MSP y Planes estratégicos

Regionales y Distritales mediante la aplicación de acciones integrales de promoción, prevención, curación y rehabilitación, cuyos resultados buscan solucionar las principales necesidades en salud del país, alcanzando resultados de impacto social”(MSP, 2009). Sin embargo aun con toda esta ayuda por parte del Gobierno se puede evidenciar, el abandono y la falta de cobertura en salud en los sectores rurales de nuestro cantón, siendo los principales perjudicados los niños, por ser la población más vulnerable a este tipo de patologías.

*Consciente de la necesidad, de información que nos permita evaluar el estado de salud bucal, las patologías y sus factores de riesgo, en las parroquias de nuestro cantón, establezco el presente trabajo investigativo: **DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS “ULPIANO MOSCOSO, JOSÉ MARÍA BUSTAMANTE, JULIAN ZAMBRANO, PIO JARAMILLO ALVARADO, OLGA MOROCHO CORREA, PEDRO PINTO GUZMÁN” DE LA PARROQUIA RURAL TAQUIL DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013.** En el mismo que se planteó los siguientes objetivos: Realizar el diagnostico de salud bucodental y determinar la prevalencia de las patologías bucodentales.*

Este tema investigativo es de carácter cuantitativo, descriptivo y transversal, para su ejecución se siguió una serie de pasos tales como: pedido de la pertinencia del tema, elaboración de una credencial de identificación, se dirigió una solicitud al director de cada centro educativo, con esta se obtuvo la autorización para ejecutar el trabajo de campo, se hizo uso de una encuesta e historia clínica, que previamente fue validada por los docentes que conforman el departamento de odontología, a continuación se realizó ya el diagnóstico clínico bucal, a los estudiantes, en la cual las patologías diagnosticadas fueron aquellas que se pueden identificar clínicamente; se aplicó la encuesta sobre higiene oral y factores de riesgo, a cada uno de los estudiantes, por medio de un pantoma, se pidió a los estudiantes que indiquen la forma en la que se realizan el cepillado de los dientes, la misma que fue calificada como correcta e

incorrecta y anotada en la encuesta, se realizó supervisiones de trabajo a cargo de personal designado por el Área de Salud Humana y/o director general del macroproyecto, se brindó charlas sobre educación en salud oral, a estudiantes y profesores, se entregó implementos de higiene oral a los estudiantes como cepillo y pasta dental, se obtuvieron evidencias fotográficas de cada una de las actividades que se llevó a cabo, se organizó la información obtenida de los diagnósticos realizados, los datos tabulados fueron presentados en el programa informático Microsoft Excel, mediante graficas estadísticas, en base a los resultados que obtuve, elaboré las conclusiones y recomendaciones, finalmente se integró los diferentes componentes del proceso investigativo, lo que me permitió elaborar el informe final.

Con todo lo explicado realice el diagnóstico de salud bucodental de los alumnos; identifique los factores de riesgo presentes y determiné la prevalencia de las patologías bucodentales en los estudiantes de los centros educativos primarios: “Ulpiano Moscoso, José María Bustamante, Julián Zambrano, Pio Jaramillo Alvarado, Olga Morocho Correa, Pedro Pinto Guzmán” de la Parroquia Rural de Taquil del Cantón Loja. Los resultados obtenidos fueron un 98.84% de los niños presentan caries dental, el 28.32 % presenta inflamación gingival. Los factores de riesgo identificados fueron la mala alimentación por el consumo excesivo de alimentos cariogénicos 32.95 tres veces por día y el 15% más de tres veces, incorrecta técnica de cepillado con el 87.28% con baja frecuencia, y la falta de asistencia al odontólogo.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

CAPITULO I

1. DIAGNÓSTICO DE SALUD

1.1 Definición de Diagnóstico de salud

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

1.1.2 Niveles de diagnósticos:

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

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

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

De necesidades: Situación de la dotación de servicios relacionada con las necesidades de la comunidad (Villa. J.P 2012).

2. PARROQUIA TAQUIL

2.1 HISTORIA

“La Parroquia Taquil fue fundada el 16 de Abril de 1911, es una palabra quechua, que proviene del Wanka que es el primer idioma de la humanidad, esta palabra se compone de dos monosílabos –ta-y-qui, que significan: lugar. Uniendo los monosílabos, tenemos –taqui- cuyo significado es granero o troge de granos. En la era primitiva de los gonzabales y chichacas, en algún lugar especial y en graneros (vasijas de cuero) guardaban los productos (granos) que sembraban. Luego de la colonización, algún letrado le agregó la consonante – L- y desde entonces, al hermoso pueblo se le conoce como Taquil, taquiles o taquilenses. (GAD,2013)

El gran imperio Shiry o Reino de Quito, al ser invadido en cruel guerra por los Incas del Cuzco aproximadamente en 1460 y con más de 200 mil guerreros, es integrado al Imperio del Tahuantinsuyo o de los Incas, que estaba dividido en cuatro partes o Suyos(región, surco): Chinchaysuyo, Collasuyo, Antisuyo y Contisuyo.

Los invasores dominaron e impusieron en nuestros autóctonos su propia estructura social y destruyeron algunas de nuestras formas vernáculas; millares de nativos fueron trasladados a otra zona distinta de Ayllu, de su Hatum como mitimaes. Unos poblaron y transmitieron conocimientos del idioma y la cultura incaica del imperio, compartieron sabidurías y aptitudes; otros no tenían nada que ofrecer ni aprender, porque era más grande su exilio, su nostalgia y soledad, que muchos de ellos preferían la muerte. (GAD,2013)

Las tribus primitivas del sur del Imperio Shiry, estaban conformadas por los Calvas, los Ambocas, los Malacatos, los Paltahumas y parcialidades orientales de lo que hoy es la provincia de Loja, que luego son conocidas (integradas) como la Nación de los Paltas (nombre puesto por los españoles).”

“Según el Inca Garcilazo de la Vega, en Comentarios reales, cita: esta nación (Palta) traía por divisa (costumbre) la cabeza tableada (cráneo deformado artificialmente, apenas nacía la criatura, le colocaban una tabla en la frente y otra en la parte posterior y le apretaban hasta la edad de “tres años”). (GAD,2013)

El francés y sabio Dr. Paúl Rivet, en torno a la antigua provincia de Loja, describe: una especie de sub.-tribu palta, la de los gonzabales. Que se encuentra situado en la región occidental, en las cercanías del Nudo de Guagrahuma. Siguiendo con el análisis de la historia lojana y, en la Loja actual, no se encuentra otro lugar conocido como Gonzabal. Seguramente, cientos de nativos de las diferentes tribus de la Nación Palta, antes o después de la invasión inca, avanzaron o escaparon y se instalaron en lo que hoy es El barrio Gonzabal y el barrio Chichaca. (GAD,2013)

En consecuencia, en este lugar, los primitivos moradores de Gonzabal y Chichaca; se han caracterizado por trabajar en la agricultura y criando diferentes animales para el sustento diario.

Parte de estos productos, los mitayos y oyaricos repartían a los habitantes de la ciudad blanca (sector guayanuma) y en los diferentes tambos del “Camino

Real” que son parte de las dos principales rutas que tenían los incas: la ruta de la sierra y la ruta de la costa.

Estas rutas, estaban comunicadas entre sí por numerosos caminos transversales que ponían en contacto a todos los pueblos del imperio de los Incas, por los chasquis que llegaban y se revelaban luego de cumplir el largo recorrido.

Túpac Yupanqui, debió utilizar estas rutas para conquistar a los tumbesinos, Paltas y Cañaris. Los veloces chasquis, sobre sus hombros, llevaban las penas el llanto y dolor de sus hermanos, las buenas nuevas o el asombro y la espantosa noticia por la presencia de los barbudos salidos del mar (los conquistadores) y las disposiciones del gran Rey Shiry desde Quito hasta El Cuzco.” (GAD,2013)

“Para suerte de los habitantes de la Parroquia Taquil y como la naturaleza es tan prodigiosa; esta ruta y los tambos, aún tienen sus huellas, y se encuentran a distancia considerable: 1º- viniendo desde San Lucas, llega al Tambo de las Juntas, avanza a la estancia de Cachipirca, por el Barrio Zenen a la loma de catajambo, que toma contacto para Sacama, vía Loja, 2º- loma de jindo y loma del tablón, en una sola dirección va ha caer en el río Taquil, para luego entrar a la ciudad blanca, ciudad fortaleza en el sector de Guayanuma; tierra de chirimoyas, fruta predilecta de los yungas, (habitantes), de esta fortaleza, queda una gran cantidad de piedras bien labradas, que algunos dueños de terrenos tienen como base de los cercos, además, han sido encontrados un brazalete y aretes con piedras preciosas, que hoy sería imposible confeccionarlos. 3º- esta ruta, avanza por El Barrio Gonzabal, Barrio Chichaca, hacia el sitio algodonal y al trapichillo en el Cantón Catamayo. (GAD,2013)

Han pasado varios siglos, y también la historia narrada por los nativos de que en esta ciudad blanca (guayanuma), los primitivos habitantes guardaban los tesoros más preciados, “cuyo volumen, en la actualidad, serviría para construir unas siete ciudades natales”. (GAD,2013)

2. GEOGRAFÍA

“Esta parroquia se encuentra ubicada al noreste de Loja, en dirección a Chuquiribamba“

2.1 LIMITES:

Norte: con las parroquias San Pablo de Tenta (cantón Saraguro) y parte de las parroquias San Lucas y Gualel.

Sur: con la parroquia Jimbilla y la parroquia urbana de Loja El Valle.

Este: con la parroquia San Lucas

Oeste: con las parroquias de Taquil, Chantaco, Chuquiribamba y Gualel.

2.2 OROGRAFÍA

La orografía de la parroquia es bastante irregular, con una altitud que oscila entre los 1180 a 2230 m.s.n.m, lo que da lugar a la formación de montañas que se entrelazan naturalmente para servir de protección al frío valle de gran parte del asentamiento de la población. (GAD,2013)

Esta parroquia tiene una orografía muy accidentada que lo constituye en un verdadero laberinto de cerritos, pequeñas cordilleras y lomas alrededor de Hoya de Loja que es de relieve bastante irregular. Con abundantes quebradas que contribuyen a la fertilidad del suelo, se trata de un verdadero sistema orográfico formado por las cordilleras de Sayocruz, Cajatamas, Sacama, Hatillo, Jindo, Guindona y otras lomas de menor importancia. (GAD,2013)

2.3 HIDROGRAFÍA

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

2.4 CLIMA: Templado frío. La temperatura fluctúa entre 10° y 20° C, 15° C temperatura promedio.

2.5 DIVISIÓN POLÍTICA – ADMINISTRATIVA

Esta Parroquia fue creada mediante Ordenanza Municipal el 16 de Abril de 1911, su centro parroquial es la población de Taquil.

La parroquia está conformada por los siguientes barrios:

- ✓ La Aguangora

- ✓ Chichaca
- ✓ Cera
- ✓ Naranjito
- ✓ Cachipamba
- ✓ Macainuma
- ✓ Paja Blanca
- ✓ Duraznillo
- ✓ El Limón
- ✓ Cenén Alto
- ✓ Cenén bajo
- ✓ Gonzabal
- ✓ Taquil

3. POBLACIÓN:3.663 habitantes

4. ACTIVIDADES PRODUCTIVAS Y ECONÓMICAS

Desde sus ancestros y en la actualidad los moradores, una parte se dedican a la agricultura y ganadería, otros como profesionales en diferentes ramas del quehacer humano, contribuyendo con su trabajo para el desarrollo de la Provincia sin olvidar su lugar natal. Es muy importante destacar la elaboración de cerámicas de arcilla en los barrios Cera y Cachipamba. (GAD,2013)

La Parroquia de Taquil cuenta con un sistema productivo de calidad, referenciada en los mercados de Catamayo y Loja.

Actividades económicas no explotadas:

- Ecoturismo
- Artesanías
- Música
- Agricultura orgánica
- Microempresas agropecuarias y artesanales

✓ SERVICIOS BASICOS

Según la información otorgada por la junta parroquial de Taquil, los servicios básicos con los que se cuenta en la cabecera parroquial es el de alcantarillado, luz eléctrica, teléfono, agua potable, internet, recolección de basura dos veces por semana. En los barrios alejados de la cabecera parroquial, se cuenta con agua entubada, energía eléctrica, teléfono, en algunos lugares utilizan pozos sépticos, no cuentan con recolección de basura, razón por la cual la basura inorgánica la queman y la basura orgánica la utilizan para abono orgánico de los cultivos de huertas.

En el tipo de vivienda, se puede observar muchas construcciones de concreto, seguida de construcciones de casa de adobe, algunas recubiertas de cemento, y en madera. (GAD,2013)

5. EDUCACION

2.1 ESCUELAS Y COLEGIOS

Nº	INSTITUCIONES EDUCATIVAS	NUMERO TOTAL DE ALUMNOS	NÚMERO TOTAL DE DOCENTES
1	Esc. Vicente Jaramillo Palacio	12	1
2	Esc. Pedro Pinto Guzmán	15	2
3	Esc. Ángel Rubén Placencia	26	3
4	Esc. Benjamín Ayora Cueva	40	7
5	Colegio Guillermo Herrera	71	4
6	Esc. Clotario Espinoza Sigcho	32	3
7	Esc. Pío Jaramillo Alvarado	52	4
8	Esc. Olga Morocho Correa	12	1
9	Esc. Julián Zambrano	19	2
10	Esc. Tulcán	15	3

11	Esc. José María Bustamante	54	4
12	Esc. Ulpiano Moscoso	29	3
13	Esc. Ricardo Valdivieso	256	15
TOTAL		633	52

6. VIALIDAD

“A 15 minutos aproximadamente de la Ciudad de Loja, en la vía al cantón Catamayo, a mano derecha se encuentra la carretera de acceso a la parroquia taquil, asfaltada hasta el barrio La Aguangora, la misma que se extiende por montañas hasta la Parroquia Chuquiribamba, de cuya vía principal se desprenden las rutas y caminos hacia los diferentes barrios. Siendo diferente el acceso al barrio Zenén alto y Zenén bajo, ya que para visitar estos dos lugares, se debe viajar por la vía Cuenca.” (GAD,2013)

7. ASPECTO CULTURAL

7.1 Tradiciones

Dentro de las tradiciones de la parroquia es muy importante destacar la elaboración de cerámicas de arcilla en los barrios cera y cachipamba.

7.2 Fiestas cívicas

Los días 15 y 16 de Abril, son los días festejados por la Parroquialización de Taquil, lugar considerado como cuna de artistas.

7.3 Comidas y bebidas Tradicionales.

Dentro de la gastronomía de esta parroquia podemos encontrar; la gallina criolla y el cuy asado con mote.

5. MATERIALES Y MÉTODOS.

El presente estudio es de tipo Cuantitativo debido a que sirvió para determinar porcentualmente el estado de salud buco dental de los estudiantes de los centros educativos rurales de la parroquia Taquil del cantón Loja, y los resultados obtenidos son expuestos mediante gráficas; Descriptivo, determinó la situación de las variables que se estudiaron mediante la descripción de las diversas patologías que se presentaron en este estudio; y Transversal, mediante el cual se estudió las variables que se encuentran afectando a la población investigada durante la aplicación de la historia clínica en un momento dado, lo que permitió la obtención de los diagnósticos de Salud Bucodental.

El Área de estudio en la cual se realizó la investigación fue la parroquia Taquil del cantón Loja, la misma que se encuentra localizada noreste de la ciudad de Loja, con una población de 3.323 habitantes. Se realizó el presente estudio en los Centros Educativos “Ulpiano Moscoso, José María Bustamante, Julián Zambrano, Pio Jaramillo Alvarado, Olga Morocho Correa, Pedro Pinto Guzmán”. El Universo estuvo conformado por 180 estudiantes, de los cuales se excluyeron 7 alumnos porque no asistieron a clases en los días que se recolectaron los datos, dándonos una muestra de 173 estudiantes. (GAD,2013)

Las variables dependientes en el presente proyecto fueron: caries dental, inflamación gingival, anomalías dentales, fluorosis dental y mal oclusiones. Las variables independientes fueron: Cepillado, Alimentación y Atención odontológica.

Las técnicas empleadas fueron, la técnica de Observación: Es una técnica fundamental, que permitió tener una visión clara, real y actual del problema, a través de la percepción directa de los sujetos investigados, lo que estableció el cómo se encontraron las variables; la Entrevista: Se empleó para recolectar la información de manera verbal, a través de preguntas que se plantearon de investigador ha investigado.

Los instrumentos para la recolección de datos fueron, La Historia Clínica Odontológica: conjunto de documentación médico-legal que recogió el relato del paciente sobre su enfermedad, pruebas diagnósticas, intervenciones terapéuticas realizadas; y la Encuesta: Se elaboró un conjunto de preguntas, a través de este instrumento se pretendió obtener información necesaria de los sujetos investigados. (GAD, 2013)

Además se requirió la elaboración de Credenciales, como medios de identificación para el acceso al centro educativo.

Los recursos humanos estuvieron conformados por: Dra. Especialista Tannya Valarezo, coordinadora de la Carrera de Odontología; Director de tesis: Dr. Oscar Sarango; James Paul Merino Masache egresado de la carrera de Odontología año 2013. Personal administrativo, estudiantes de los centros educativos investigados de la parroquia rural Taquil del cantón Loja. Los recursos físicos fueron los establecimientos educativos. (GAD,2013)

Dentro de los recursos materiales empleados en la presente investigación consistieron en: Set de diagnóstico (espejo, explorador, pinza algodoner), Materiales de bioseguridad, Historia clínicas, Encuestas, Material didáctico, Cámara fotográfica, Computadora, Materiales de escritorio, 180 cepillos dentales, 180 pastas dentales. (GAD,2013)

Los datos se ingresaban diariamente en un cuadro base prediseñado de Microsoft Excel; y posteriormente, se elaboró los gráficos para el respectivo análisis. Para un mejor análisis, se representaron los datos en tablas, gráficos de barra y en columnas. Los indicadores utilizados para la caries fueron el índice CPOD y c.e.o; mientras que para la higiene oral, se utilizó el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS). (GAD,2013)

Los recursos humanos estuvieron conformados por: Directora de la Carrera de Odontología, Dra. Especialista Tannya Valarezo; Tutor: Dr. Oscar Sarango;

James Paul Merino Masache egresado de la carrera de Odontología año 2013. Personal administrativo, estudiantes de los centros educativos investigados de la parroquia Taquil del cantón Loja. Los recursos físicos fueron los establecimientos educativos. (GAD, 2013)

Dentro de 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, 180 cepillos dentales, 180 pastas dentales. (GAD, 2013)

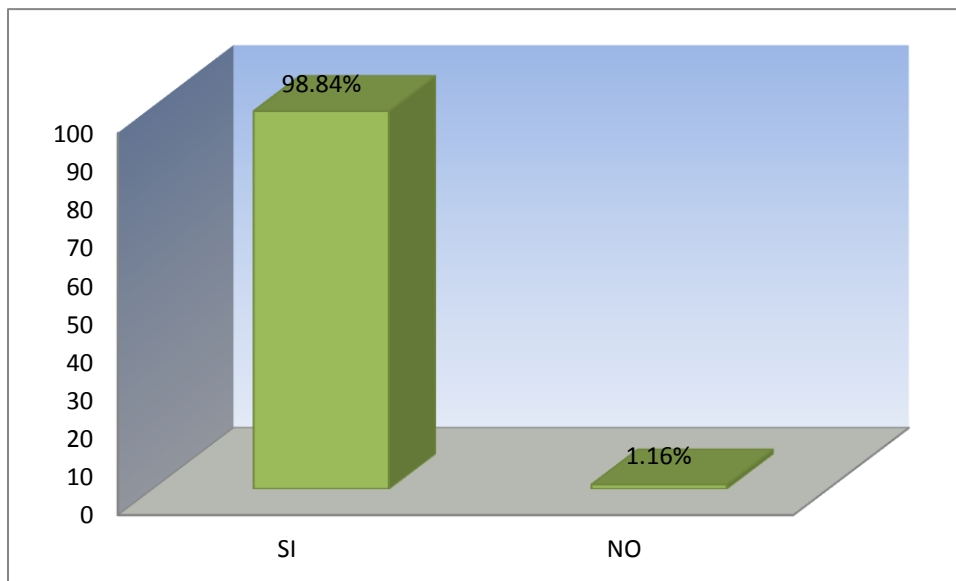
Los datos se ingresaban diariamente en un cuadro base prediseñado de Microsoft Excel; y posteriormente, se elaboró los gráficos para el respectivo análisis. Para un mejor análisis, se representaron los datos en tablas, gráficos de barra y en columnas. Los indicadores utilizados para la caries fueron el índice CPOD y c.e.o; mientras que para la higiene oral, se utilizó el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS). (GAD, 2013)

6. RESULTADOS

REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA HISTORIA CLÍNICA

GRÁFICO N°1

PRESENCIA DE CARIES DENTAL EN LOS ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS DE LA PARROQUIA TAQUIL.



FUENTE: Estudiantes de los centros educativos “Ulpiano Moscoso”, “José María Bustamante” ,”Juan Zambrano”,” Pio Jaramillo Alvarado”, “Olga Morocho Correa”, y “Pedro Pinto Guzmán”

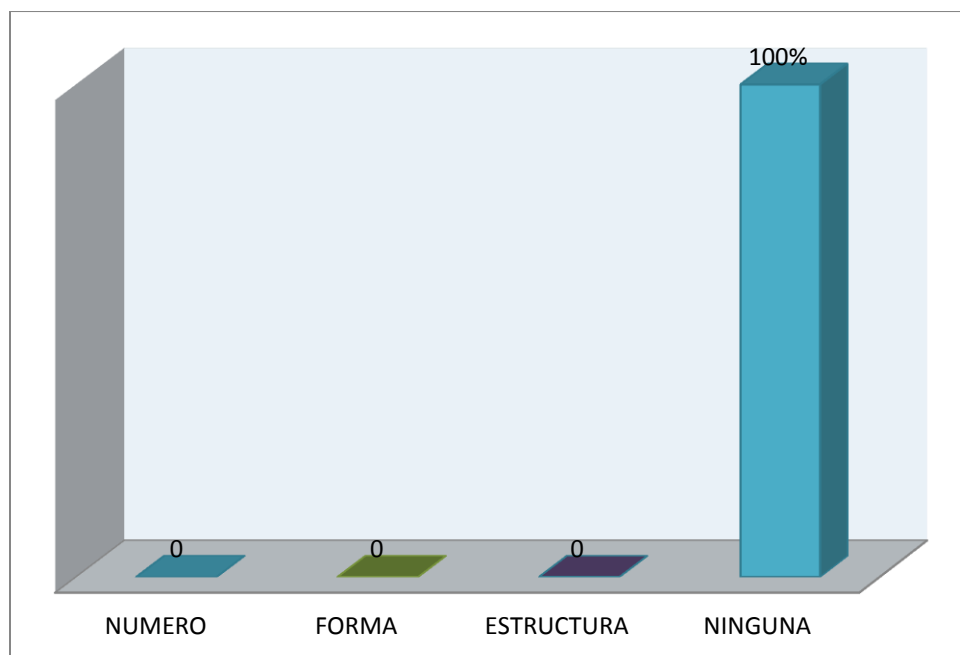
AUTOR: James Paul Merino Masache.

INTERPRETACIÓN:

En la presente gráfica se observa, que existe una prevalencia de caries dental en el 98.84% de la población, que corresponde a 172 estudiantes, mientras que el 1.16%, es decir 2 estudiantes no presentan la patología

GRÁFICO N°2

ALTERACIONES DENTALES DE NÚMERO, FORMA Y ESTRUCTURA EN LOS ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS DE LA PARROQUIA TAQUIL.



FUENTE: Estudiantes de los centros educativos “Ulpiano Moscoso”, “José María Bustamante”, “Juan Zambrano”, “Pio Jaramillo Alvarado”, “Olga Morocho Correa”, y “Pedro Pinto Guzmán”

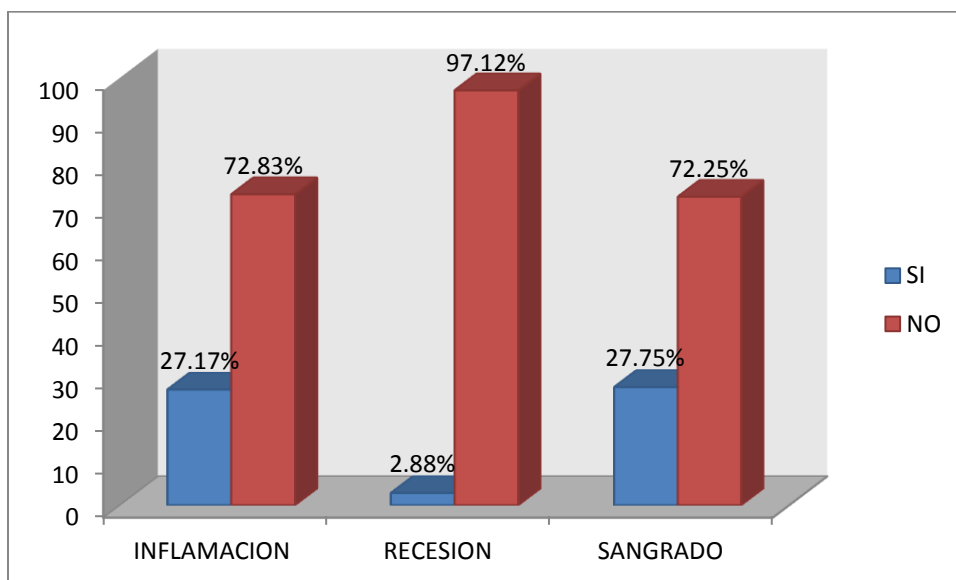
AUTOR: James Paul Merino Masache.

INTERPRETACIÓN:

La gráfica indica que 173 estudiantes, que corresponden al 100% de la población estudiada, no presentan alteraciones dentales.

GRÁFICO N°3

PRESENCIA DE ALTERACIONES GINGIVALES: INFLAMACION, RECESION Y SANGRADO EN LOS ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS DE LA PARROQUIA TAQUIL.



FUENTE: Estudiantes de los centros educativos "Ulpiano Moscoso", "José María Bustamante", "Juan Zambrano", "Pio Jaramillo Alvarado", "Olga Morocho Correa", y "Pedro Pinto Guzmán"

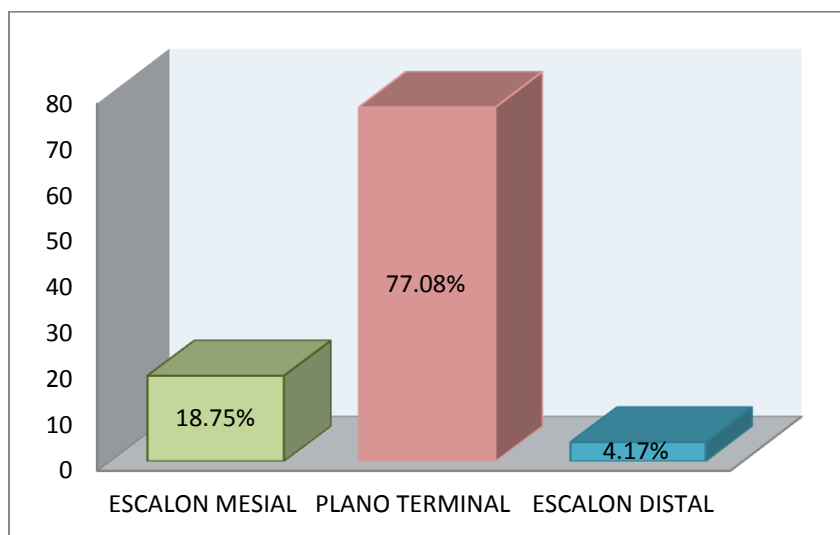
AUTOR: James Paul Merino Masache.

INTERPRETACIÓN:

Al observar el estado gingival del grupo de estudio, se distingue que el 27.17% correspondiente a 47 estudiantes, presenta inflamación gingival, el 27.75% que son 48 estudiantes presentan sangrado, y en el 2.88% es decir 5 estudiantes se encontró recesión gingival.

GRÁFICO N°4

RELACIÓN MOLAR EN DENTICION TEMPORAL: ESCALON MESIAL, PLANO TERMINAL RECTO Y ESCALON DISTAL EN LOS ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS DE LA PARROQUIA TAQUIL.



FUENTE: Estudiantes de los centros educativos “Ulpiano Moscoso”, “José María Bustamante”, “Juan Zambrano”, “Pio Jaramillo Alvarado”, “Olga Morocho Correa”, y “Pedro Pinto Guzmán”

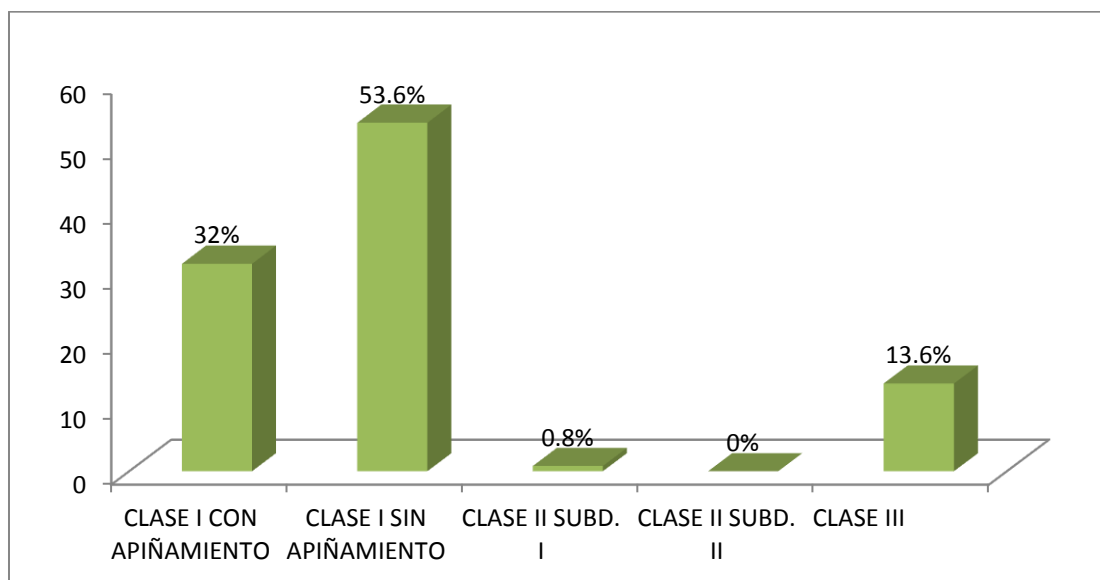
AUTOR: James Paul Merino Masache.

INTERPRETACIÓN:

En la gráfica se muestra que de 48 niños que son el 100% que presentan relación molar en dentición decidua, en 37 alumnos (77.08%) se observa un plano terminal recto, mientras que el 18.75% que son 9 alumnos en escalón mesial, y solo el 4.17% que son 2 alumnos muestran escalón distal.

GRÁFICO N°5

TIPO DE OCLUSIÓN EN DENTICION PERMANENTE, RELACION MOLAR EN LOS ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS DE LA PARROQUIA TAQUIL.



FUENTE: Estudiantes de los centros educativos “Ulpiano Moscoso”, “José María Bustamante”, “Juan Zambrano”, “Pio Jaramillo Alvarado”, “Olga Morocho Correa”, y “Pedro Pinto Guzmán”

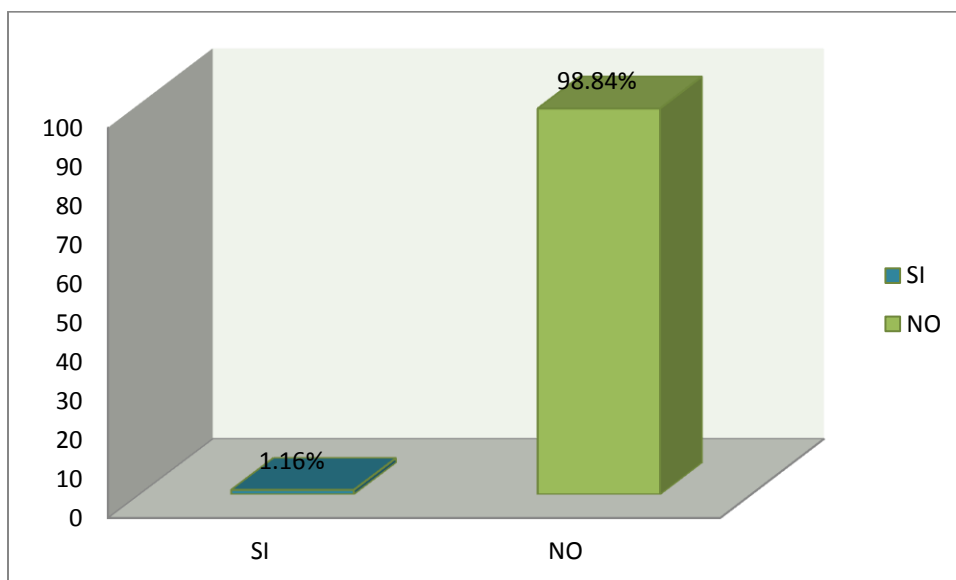
AUTOR: James Paul Merino Masache.

INTERPRETACIÓN:

En el grupo de pacientes que presentan oclusión de dentición permanentes tenemos que del 100% que corresponden a 123 niños investigados: El 53,6% (63 estudiantes) presenta Clase I sin Apiñamiento, mientras que un 32% (40 estudiantes) indican Clase I con apiñamiento, la prevalencia disminuye al 0.8% (1 estudiante) en Clase II Subdivisión I, y en Clase III se muestra un 13,6% que son 15 estudiantes.

GRÁFICO N°6

OCLUSION MOLAR ALTERADA POR AUSENCIA DE PIEZAS DENTALES EN LOS ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS DE LA PARROQUIA TAQUIL.



FUENTE: Estudiantes de los centros educativos “Ulpiano Moscoso”, “José María Bustamante”, “Juan Zambrano”, “Pio Jaramillo Alvarado”, “Olga Morocho Correa”, y “Pedro Pinto Guzmán”

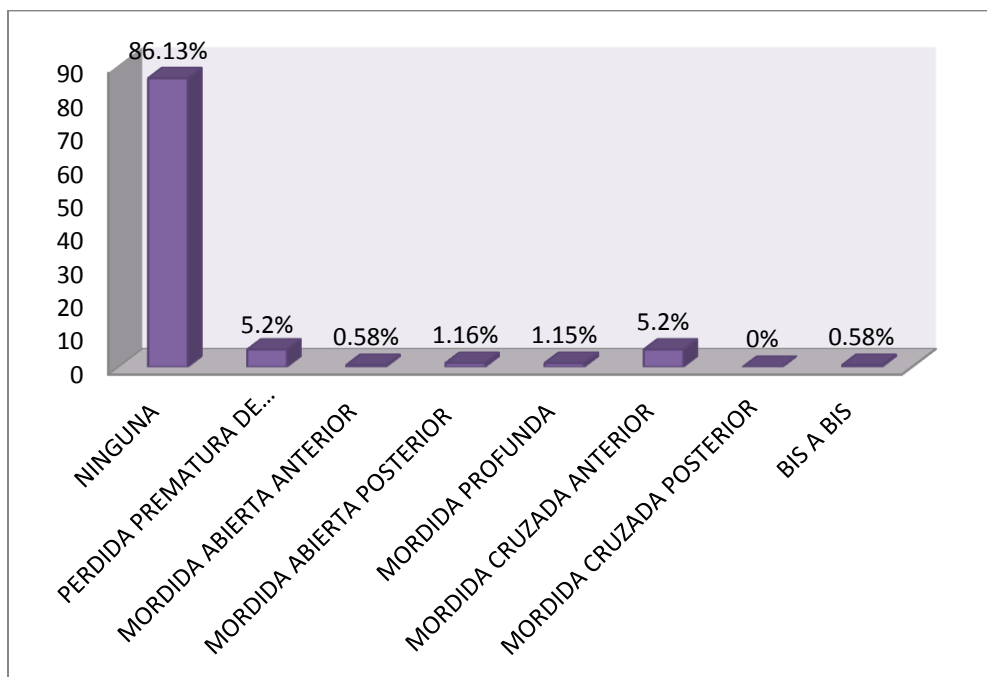
AUTOR: James Paul Merino Masache.

INTERPRETACIÓN:

Podemos observar, que del total de la población investigada, el 1.16% (2 individuos) presenta una oclusión molar alterada.

GRAFICO N°7

ALTERACION DE LA OCLUSION EN LOS ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS DE LA PARROQUIA TAQUIL.



FUENTE: Estudiantes de los centros educativos “Ulpiano Moscoso”, “José María Bustamante”, “Juan Zambrano”, “Pío Jaramillo Alvarado”, “Olga Morocho Correa”, y “Pedro Pinto Guzmán”

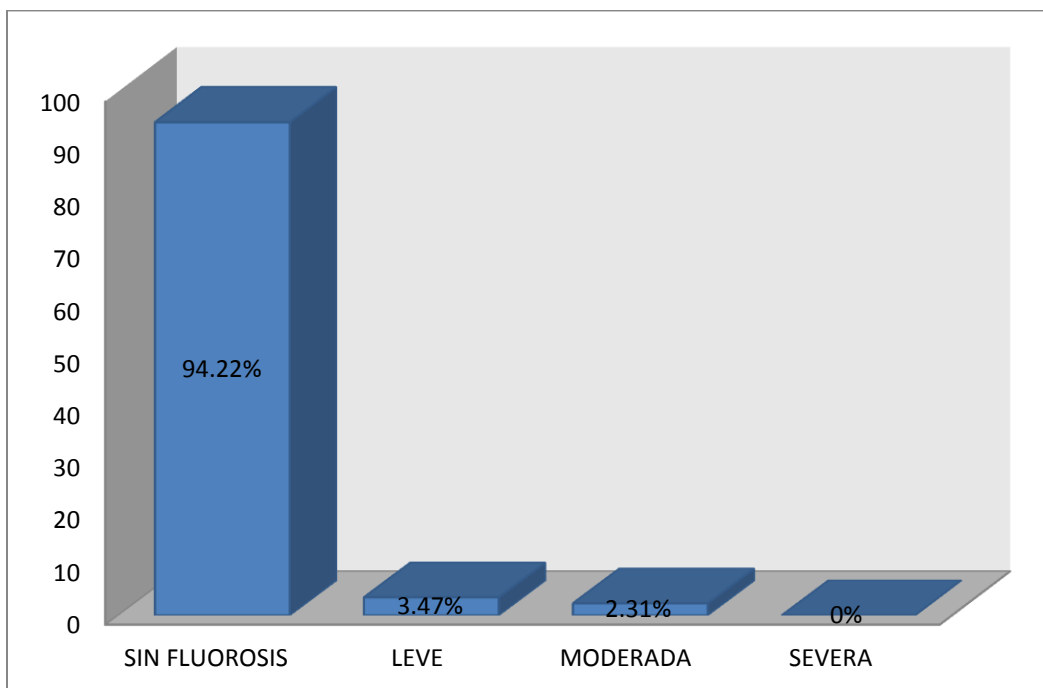
AUTOR: James Paul Merino Masache.

INTERPRETACIÓN:

De acuerdo a los datos obtenidos, se observó que del total de la población en estudio un 5.2% (9 estudiantes) muestran pérdida prematura de la dentición temporal, el 0.58% (1 estudiante) presenta mordida abierta anterior, el 1.16% (2 estudiantes) revela mordida abierta posterior, el 1,15 (2 estudiantes) mordida profunda, el 5.2% (9 estudiantes) mordida cruzada anterior y el 0.58% (1 estudiante) presento mordida bis a bis.

GRÁFICO N°8

FLUOROSIS DENTAL EN LOS ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS DE LA PARROQUIA TAQUIL.



FUENTE: Estudiantes de los centros educativos “Ulpiano Moscoso”, “José María Bustamante”, “Juan Zambrano”, “Pío Jaramillo Alvarado”, “Olga Morocho Correa”, y “Pedro Pinto Guzmán”

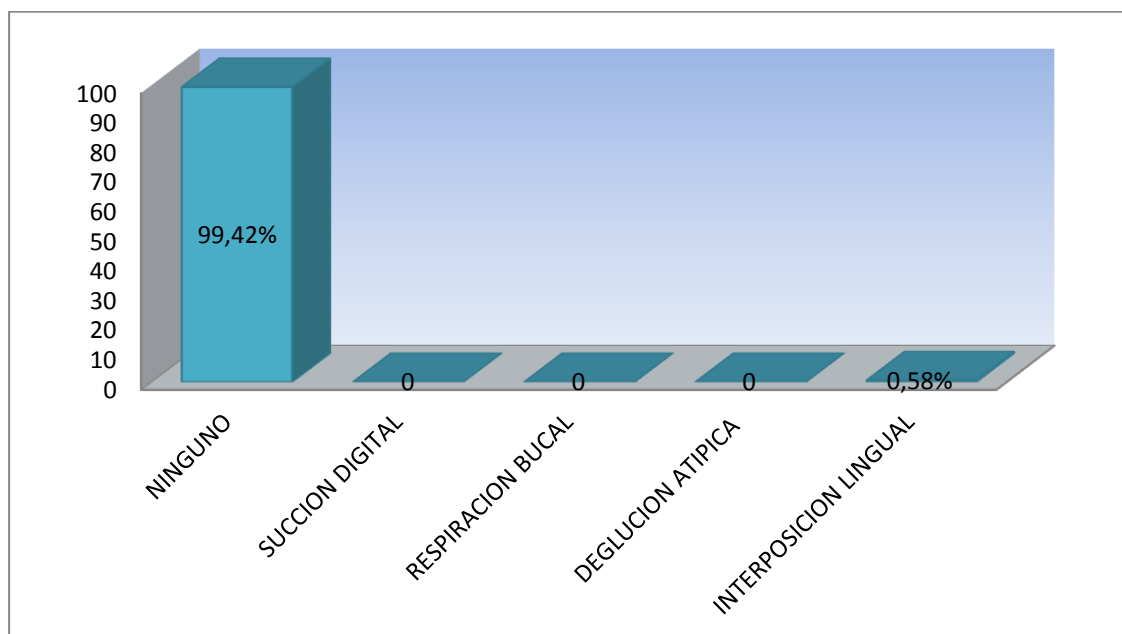
AUTOR: James Paul Merino Masache.

INTERPRETACIÓN:

Del total de la población estudiada el 94.22% (163 individuos) no presentaron fluorosis dental, 3.47% (6 individuos) mostraron fluorosis leve, y 2.31% (4 individuos) de forma moderada, no se identificaron casos de fluorosis severa.

GRÁFICO N°9

DEFORMACIONES CAUSADAS POR MALOS HÁBITOS EN LOS ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS DE LA PARROQUIA TAQUIL.



FUENTE: Estudiantes de los centros educativos “Ulpiano Moscoso”, “José María Bustamante”, “Juan Zambrano”, “Pio Jaramillo Alvarado”, “Olga Morocho Correa”, y “Pedro Pinto Guzmán”

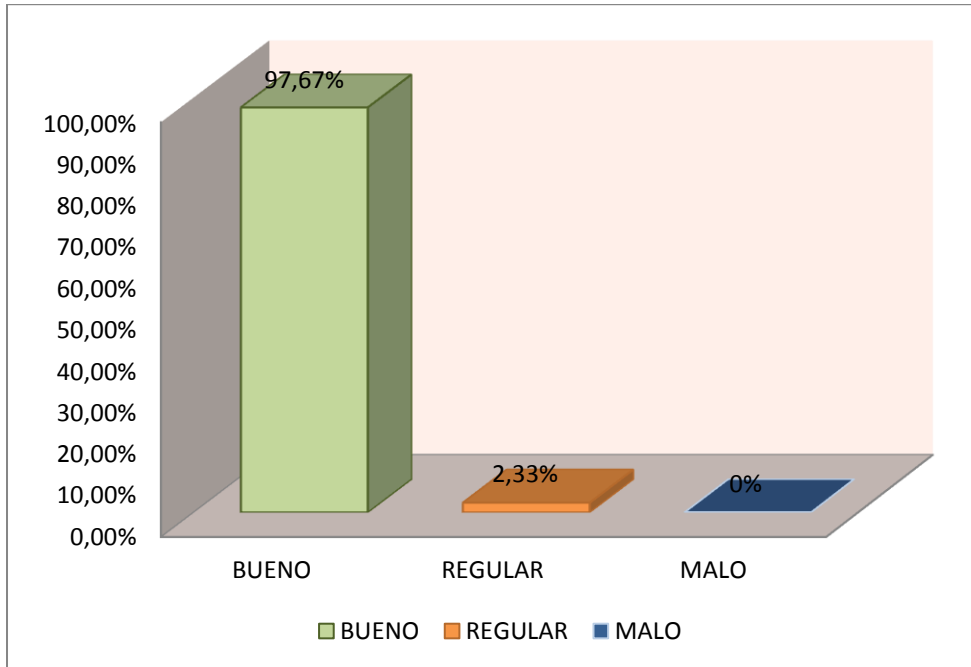
AUTOR: James Paul Merino Masache.

INTERPRETACIÓN:

Del 100% de la población en estudio que está representada por 173 estudiantes, solo el 0,58% (1 estudiante) presenta interposición lingual.

GRÁFICO Nº 10

INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS) EN LOS ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS DE LA PARROQUIA TAQUIL.



FUENTE: Estudiantes de los centros educativos “Ulpiano Moscoso”, “José María Bustamante”, “Juan Zambrano”, “Pio Jaramillo Alvarado”, “Olga Morocho Correa”, y “Pedro Pinto Guzmán”

AUTOR: James Paul Merino Masache.

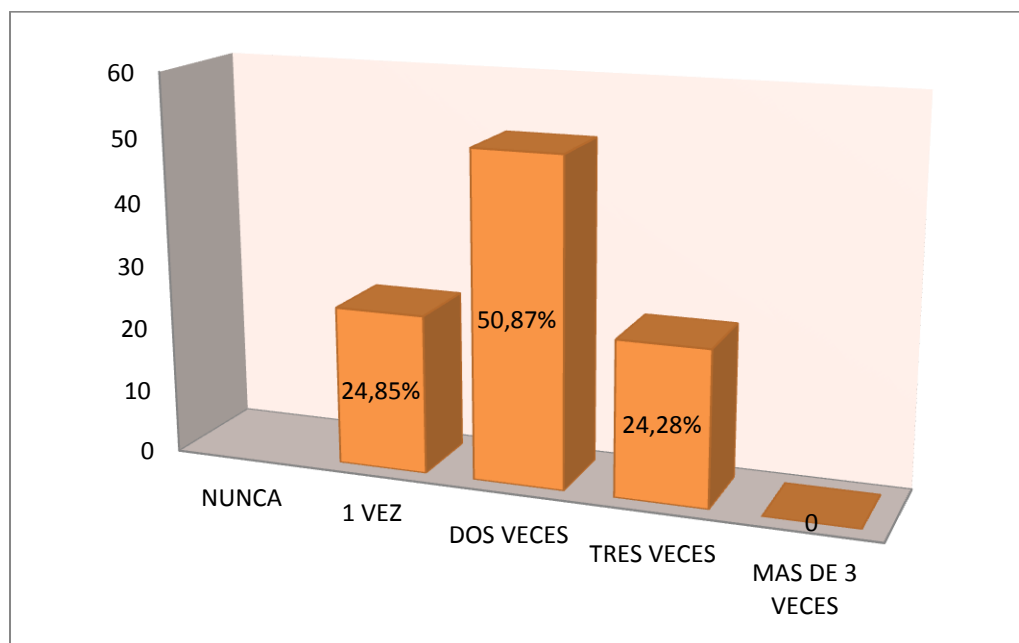
INTERPRETACIÓN:

En la gráfica se puede identificar, en el 97.67% (170 estudiantes) de la población un índice de higiene oral simplificado bueno, y el 2.33% (3 estudiantes) que resta muestra un índice regular.

REPRESENTACION GRAFICA DE LA ENCUESTA

GRÁFICO Nº 11

FRECUENCIA DEL CEPILLADO EN LOS ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS DE LA PARROQUIA TAQUIL.



FUENTE: Estudiantes de los centros educativos “Ulpiano Moscoso”, “José María Bustamante”, “Juan Zambrano”, “Pio Jaramillo Alvarado”, “Olga Morocho Correa”, y “Pedro Pinto Guzmán”

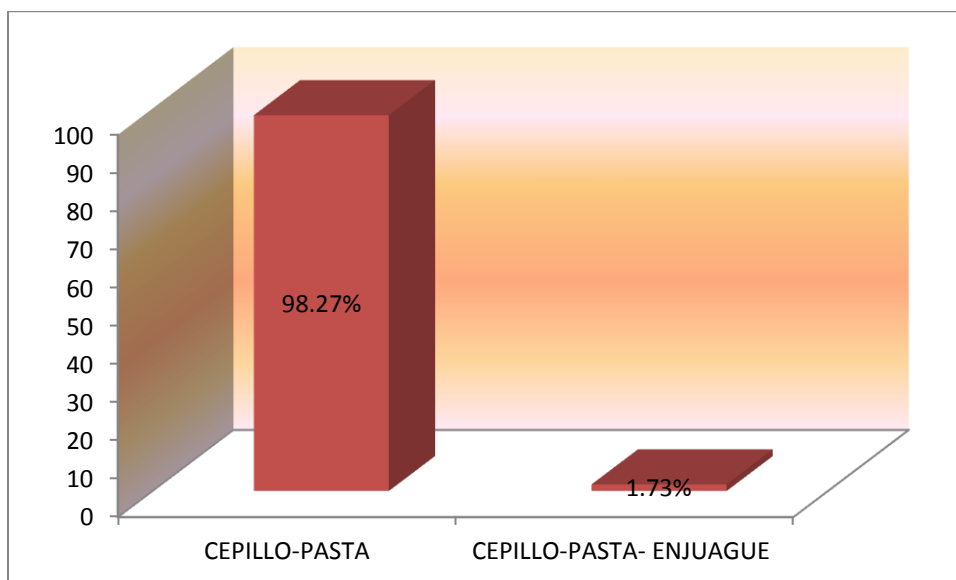
AUTOR: James Paul Merino Masache.

INTERPRETACIÓN:

La gráfica muestra que de los 173 individuos en estudio el 50.87% (88 estudiantes) cepillan sus dientes dos veces al día, seguido del 24,85% (43 estudiantes) que lo hacen 1 vez al día, y finalmente el 24.28% (42 individuos) lo realizan tres veces.

GRÁFICO N°12

ELEMENTOS UTILIZADOS EN EL ASEO BUCAL POR LOS ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS DE LA PARROQUIA TAQUIL.



FUENTE: Estudiantes de los centros educativos “Ulpiano Moscoso”, “José María Bustamante”, “Juan Zambrano”, “Pio Jaramillo Alvarado”, “Olga Morocho Correa”, y “Pedro Pinto Guzmán

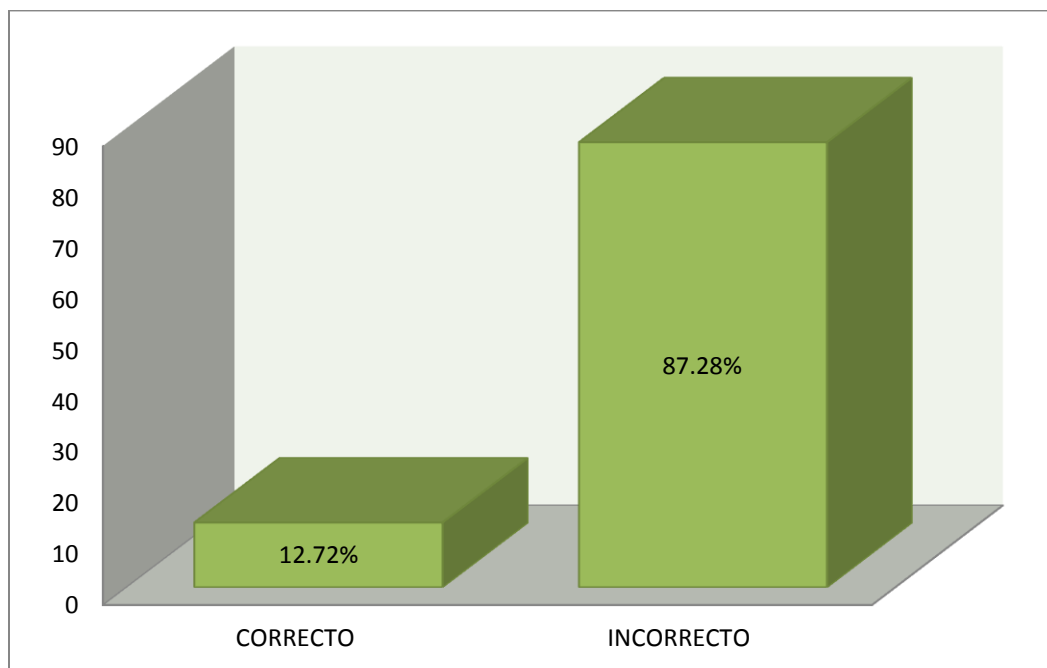
AUTOR: James Paul Merino Masache.

INTERPRETACIÓN:

Los datos obtenidos que de los 173 individuos en estudio un 98.2% (170 estudiantes) utilizan cepillo y pasta para su aseo bucal, mientras que el 1.73% (3 estudiantes) utiliza cepillo, pasta y enjuague.

GRÁFICO N°13

TÉCNICA DE CEPILLADO UTILIZADA EN LA HIGIENE BUCAL POR LOS ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS DE LA PARROQUIA TAQUIL.



FUENTE: Estudiantes de los centros educativos “Ulpiano Moscoso”, “José María Bustamante” ,”Juan Zambrano”,” Pio Jaramillo Alvarado”, “Olga Morocho Correa”, y “Pedro Pinto Guzmán”

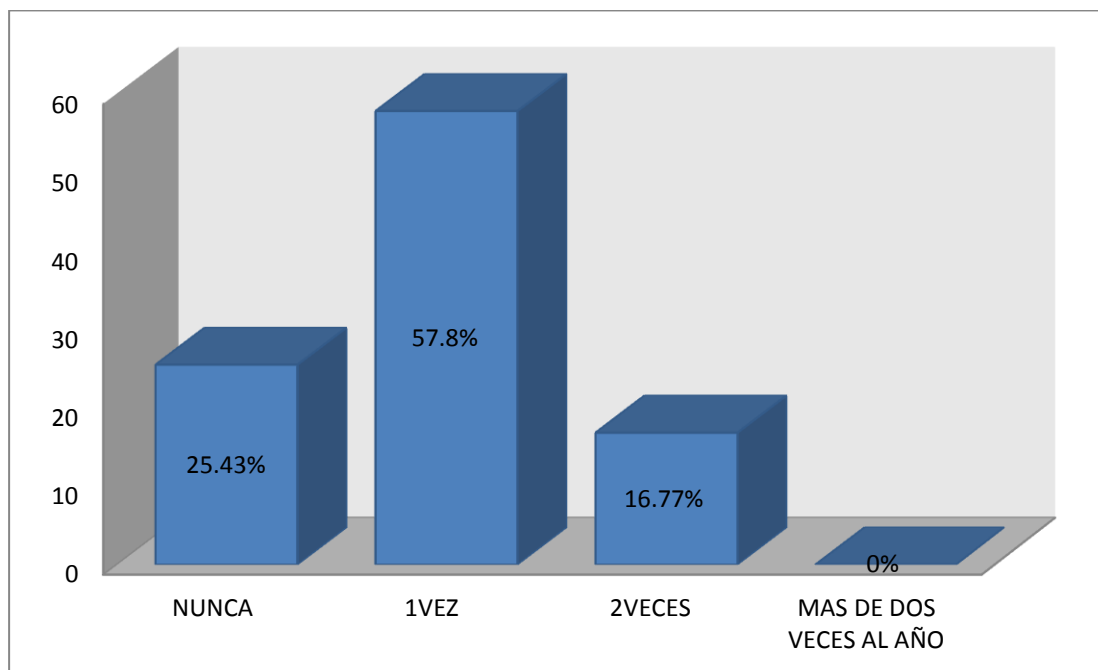
AUTOR: James Paul Merino Masache.

INTERPRETACIÓN:

La presente tabla muestra que de 173 individuos estudiados un 87.28% (151 estudiantes) utiliza una técnica incorrecta de cepillado, mientras que un 12.72% (22 estudiantes) realizan una correcta técnica de cepillado.

GRÁFICO N°14

FRECUENCIA DE VISITA AL ODONTÓLOGO AL AÑO POR LOS ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS DE LA PARROQUIA TAQUIL.



FUENTE: Estudiantes de los centros educativos “Ulpiano Moscoso”, “José María Bustamante”, “Júan Zambrano”, “Pio Jaramillo Alvarado”, “Olga Morocho Correa”, y “Pedro Pinto Guzmán”

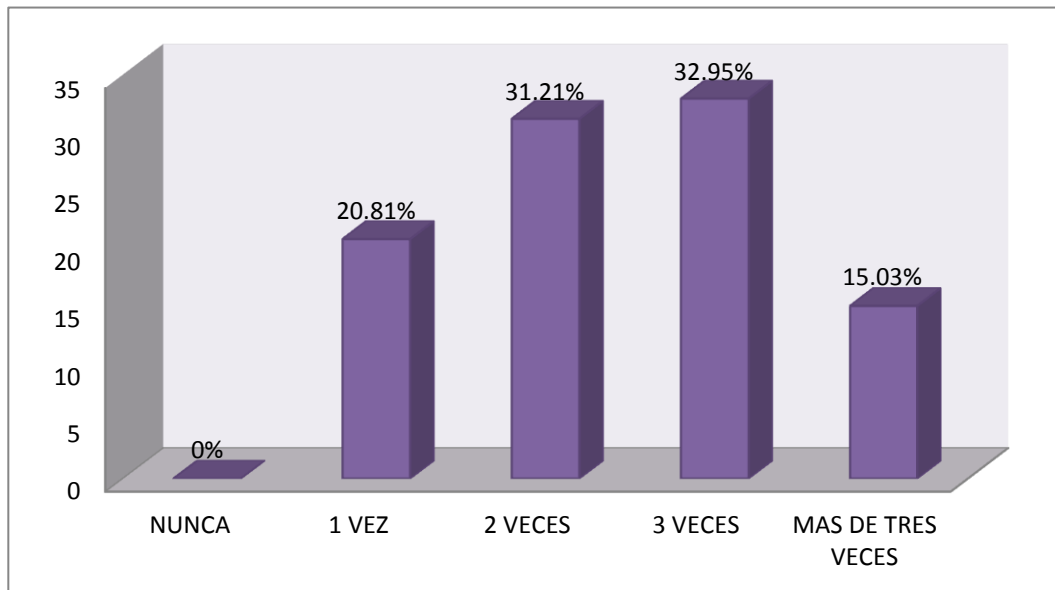
AUTOR: James Paul Merino Masache.

INTERPRETACIÓN:

La presente gráfica indica que de 173 individuos sometidos a estudio, el 57.8% (100 estudiantes) acude 1 vez al odontólogo por año para su revisión dental, mientras que un 16.77% (29 estudiantes) lo hace 2 veces por año y un 25.43% (44 estudiantes) no acuden al odontólogo.

GRÁFICO N°15

FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS CARIOGENICOS DURANTE EL DIA POR LOS ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS DE LA PARROQUIA TAQUIL.



FUENTE: Estudiantes de los centros educativos “Ulpiano Moscoso”, “José María Bustamante” ,”Juán Zambrano”,” Pio Jaramillo Alvarado”, “Olga Morocho Correa”, y “Pedro Pinto Guzmán”

AUTOR: James Paul Merino Masache.

INTERPRETACION:

La presente tabla nos muestra que de los 173 individuos sometidos a estudio un 32.95% (57 estudiantes) consumen tres veces al día alimentos cariogénicos, mientras que el 31.21%(54 individuos) lo hacen dos veces al día, el 20.81% (36 estudiantes) consumen este tipo de alimentos una vez y finalmete el 15.03% (26 estudiantes) lo hacen más de tres veces por día.

7. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Los problemas y enfermedades buco-dentales son muy comunes en nuestra sociedad, y generalmente afectan a las poblaciones más pobres. La caries dental y la inflamación gingival son dos de las patologías de mayor prevalencia, que afectan especialmente a los niños, que son el grupo más vulnerable. Las mismas que bien pueden ser prevenibles con una adecuada higiene oral.

Es posible reducir simultáneamente la carga de enfermedades bucodentales y la de otras enfermedades crónicas si se abordan los factores de riesgo brindando una apropiada atención odontológica con una buena educación en salud Oral.

Según los datos que se obtuvo en el presente trabajo investigativo, la patología de mayor prevalencia es la caries con 98.84% en el total de individuos investigados, esta información tiene mucha similitud, a la encontrada en investigaciones realizadas en países como Venezuela, Ecuador y República Dominicana la prevalencia de caries dental oscila entre el 85% y el 97% de la población. En Perú en el año 2000, el Ministerio de Salud señaló que en niños de 12 años de edad la prevalencia de caries dental fue del 82%” (RED CIENTIFICA IBEROAMERICANA 2005). Así también, si revisamos bibliografía más antigua tenemos que “Estudio Epidemiológico de Salud Bucal en Escolares en Ecuador (1996), menciona que al 88,2% de los escolares menores de 15 años tienen caries”. (MSP, 2009) Podemos observar que los datos contrastan en mayor medida. La discrepancia con estos estudios, posiblemente se vean justificados, porque nuestros datos, solo fueron tomados de instituciones del sectores rurales, donde hay poca educación es salud oral y cobertura odontológica.

Al hacer una relación entre la caries dental y la edad se pudo encontrar que la mayor prevalencia de caries se encuentra en los niños entre las edades comprendidas de 6 a 11 años de edad , disminuyendo según la

edad con una en los niños menores de 5 años , datos similares a los encontrados en un estudio realizado en el “Municipio Mariara, Estado Carabobo Venezuela en donde el promedio de caries dental en dientes permanentes es más alto en el grupo de 11 a 12 años con un valor de 4,13; comparado con los niños de 6 a 10 años con un valor de 1,94”. (CASTILLO GUERRA D, 2009) Estos resultados afirman que la prevalencia de caries dental según la variable edad, aumenta proporcionalmente a medida que aumenta la edad del niño debido al comportamiento ascendente que expresa los resultados del índice CPOD.

Nuestros datos incluso contrastan con los obtenidos en Colombia, donde un estudio sobre los Indicadores de Riesgo para la Caries Dental en Niños Preescolares, encontró una “Prevalencia de caries de 60 % y la mayor prevalencia de caries fue para los niños de cinco años con 74 %”.(GONZÁLEZ FARITH Y COLS, 2009). Estos balances ponen en evidencia, gran prevalencia de caries dental en la población estudiada.

Si nos referimos a mal oclusiones nuestro estudio se utilizó la clasificación de Angle para la dentición permanente, y los resultados obtenidos fueron clase I (86.99%), clase II (0.81%), clase III (12.2%), la prevalencia de mal oclusiones descrita en el presente trabajo es similar a la reportada en la mayoría de literatura, sin embargo la clase II está por debajo de la que normalmente se registra. “Así como se comprueba en el siguiente estudio realizado en Venezuela sobre Prevalencia de Maloclusiones Dentales en un Grupo de Pacientes Pediátricos, publicado en el 2009 donde se comprueba que el 64.30% de los pacientes presentó maloclusión clase I; 20,67% clase II y 15,03% clase III, las edades del estudio fueron pacientes entre 5 y 12 años , promedio 8años”. (MEDINA C,2010)

En cuanto a maloclusiones en dentición temporal el estudio revelo que la mayor parte de la población estudiada presento, el plano terminal recto con el 77.08%, le sigue en orden descendiente, el escalón mesial

con 18.75%, y solo el 4.17% muestra escalón distal. En la prevalencia del escalón mesial, tiene gran similitud con un estudio que se desarrolló en “Cuba en donde el plano terminal recto se encuentra en un 75,75 %; el escalón mesial aparece en el 9,00 %, ambos considerados como normal, el escalón distal está presente en un 15,25%.” Pero en el caso del escalón mesial y distal, la diferencia es notable.” (REVISTA CUBANA DE ORTODONCIA, 2005)

Al referirnos a la prevalencia de alteraciones gingivales el 28.32% muestra inflamación de las encías, este dato contrasta en gran medida con el obtenido en “Iztapalapa, Ciudad de México (2008) en el cual el 83% de los estudiantes algún tipo de inflamación gingival, siendo la gingivitis leve la de mayor prevalencia”.(MURRIETA M.J ,2008)

Al hablar de fluorosis los datos obtenidos en la presente investigación nos indica que el 94.22% de los niños que participaron en la investigación no presentaron fluorosis dental, al ser comparados con otro estudio realizado en “Carabobo Venezuela en donde la prevalencia de fluorosis fue del 56.3%, siendo 45% muy leve, 10% leve y 1.3% severa”.(CASTILLO GUERRA D, 2009) . Al analizar ambos estudios nos podemos dar cuenta que existe una gran diferencia entre los datos obtenidos esto quizás se debe a la diferente ubicación territorial en el que se realizaron ambos estudios y a la presencia de flúor en los alimentos de consumo diario y el agua.

Se pudo observar una alta prevalencia de caries dental tanto en la dentición temporal, como en la permanente. Basándonos en los índices de CPOD (Dientes cariados perdidos y obturados) cuyos resultados revelaron un índice promedio de 1.37 y de ceod (dientes cariados, extracción indicada y obturados) con un promedio de 4.62 y al comparar con estudios previos realizados “en la delegación Álvaro Obregón Venezuela en donde se encontró un CPOD caries dental en la dentición permanente de 3.4, y en la temporal de 3.9”(GURROLA B Y

COL, 2009), observamos que la caries es una patología con gran prevalencia en toda la población .En otro estudio encontrado en Caracas se obtuvo un índice del promedio de dientes cariados, perdidos, obturados (CPOD) de 2,46 y un promedio de dientes temporarios cariados (c), con extracción indicada (e) y obturados en una población (ceo) de 1,96. De igual manera se identificó el componenteariado como el más elevado en ambas denticiones. Se concluye que la alta incidencia de caries dental puede reducirse si modificamos o intervenimos a través de su prevención desde la concepción del niño.

8. CONCLUSIONES

Después de haber realizado, el diagnóstico bucodental en los niños de los centros educativos Ulpiano Moscoso, José María Bustamante, Julián Zambrano, Pío Jaramillo Alvarado, Olga Morocho Correa, Pedro Pinto Guzmán de la Parroquia Rural Taquil, se determinó, que las enfermedades de mayor prevalencia son: la caries dental y la inflamación gingival.

Los factores de riesgo que influyen para el desarrollo de patologías bucales son: El consumo excesivo de alimentos cariogénicos, deficiente higiene bucal, falta de educación en salud oral y poca asistencia a la consulta odontológica.

La gran prevalencia de caries dental e inflamación gingival, se encuentra estrechamente relacionada, con una incorrecta técnica de cepillado y la baja frecuencia de la misma, ya que el 87.28% cepilla sus dientes de forma incorrecta, encontrando gran cantidad de placa bacteriana en la población estudiada.

Al culminar el presente trabajo investigativo, se menciona, el mal estado de salud bucodental de la población infantil estudiada, esto debido a: Falta de cobertura odontológica, de educación bucodental, ausencia de promoción y prevención oral, y desinterés de los padres de familia en mantener un buen estado de salud de sus hijos.

9. RECOMENDACIONES

A las autoridades de salud del cantón Loja, que promuevan la conformación de brigadas que brinden atención, promoción y prevención de salud bucal, en las instituciones de educación primaria de la parroquia Taquil, ya que la mayoría de estas, no han tenido visitas odontológicas, por ello existe una gran prevalencia de enfermedades bucales, en los niños.

A la Universidad Nacional de Loja que mediante la carrera de Odontología, y junto con los estudiantes que conforman la misma, se considere a la parroquia Taquil, como plaza para las prácticas de vinculación con la comunidad, y así prestar servicios de prevención y curación de tal manera que se pueda ayudar a esta población que presenta un alto índice de caries dental.

Se recomienda a los padres de familia que lleven a sus hijos a la consulta odontológica y les enseñen la importancia de conservar sus estructuras dentales sanas, además que les brinden una adecuada alimentación, para evitar futuras complicaciones en la salud bucal de los niños.

A los docentes de cada uno de los establecimiento educativos de la parroquia Taquil que incentiven y enseñen a los niños, hábitos para una adecuada higiene bucodental mediante la realización de charlas con la participación de profesionales de la salud bucodental los mismos que ayudaran a enriquecer el conocimiento y poner en práctica en cada uno de los niños.

10 ANEXOS

CAPITULO II

2. SALUD ORAL

2.1 CONCEPTO DE SALUD ORAL

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

2.2 HISTORIA CLÍNICA

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

2.3 PATOLOGÍAS

2.3.1 LESIONES DE LOS TEJIDOS DUROS

2.3.1.1 Caries dental

La caries dental es el resultado de una disolución química localizada en la superficie del diente causada por eventos metabólicos que tienen lugar en el biofilm que cubre la zona afectada, destruyendo de esta manera al esmalte, dentina y cemento; generalmente la lesión cariosa se desarrolla en sitios como fosas, fisuras superficies oclusales y puntos de contacto (Montesinos D. 2011).

2.3.1.2 FACTORES DE RIESGO DE LA CARIES DENTAL

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

2.3.2 ALTERACIONES DE FORMA

2.3.2.1 Taurodontismo

El taurodontismo o «dientes de toro», es un trastorno del desarrollo que afecta principalmente a los molares, aunque en algunos casos a los premolares, a este tipo de diente lo podemos encontrar tanto en dientes temporales como permanentes, en pacientes con amelogénesis imperfecta, síndrome de Klinefelter y síndrome de Down; radiológicamente este tipo de diente se caracteriza por su forma rectangular, mínima constricción y definición del borde cervical, y una bifurcación desplazada hacia el ápice que origina una cavidad pulpar extremadamente grandes y con canales pulpares cortos(J. Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wysocki 2005)

3.3.2.2 Diente Invaginado.

El diente invaginado o «dens in dente», es una anomalía que afecta principalmente a los incisivos laterales permanentes del maxilar superior, se caracteriza por la presencia de una fosita lingual invaginada, que en algunos casos no es visible clínicamente, para lo que es necesario la toma de una radiografía para su correcto diagnóstico, la base de esta invaginación contiene una capa delgada de esmalte y dentina por lo que es vulnerable a la caries poco después de su erupción en boca(J. Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wysocki 2005)

3.3.2.3 Cúspides supernumerarias

En este caso los dientes presentan cúspides adicionales o supernumerarias, un ejemplo de ello son las cúspides de Carabelli, la cual se aparece en las superficies mesiolinguales de los primeros molares permanentes del maxilar superior y no representan ningún problema clínico (J. Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wysocki 2005).

3.3.2.4 Diente evaginado

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

3.3.2.5 Cúspide en garra

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

3.3.2.6 Geminación

La geminación afecta principalmente a los dientes anteriores, se caracteriza por la división parcial de un solo primordio dental produciéndose un diente que muestra dos coronas independientes o separadas parcialmente, una sola raíz y un solo conducto radicular, este tipo de diente se puede presentar en las dos denticiones y se lo puede confundir con una fusión (J. Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wysocki).

3.3.2.7 Fluorosis dental

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

3.3.2.8 Grados clínicos de la fluorosis dental

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

3.3.2.9 Factores de riesgo de fluorosis

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

3.3 LESIONES DE LOS TEJIDOS BLANDOS

3.3.1 ENFERMEDADES GINGIVALES

3.3.1.1 Enfermedad Gingival Inducida Únicamente por placa

La gingivitis es la enfermedad gingival más común en niños, se caracteriza por la presencia de inflamación sin pérdida de inserción o hueso alveolar, se dice

que conforme empeora la situación, el tejido gingival enrojece, se inflama y sangra con el cepillado (Boj. J y Catalá.M 2004).

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

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

3.3.1.3 Enfermedad gingival inducida por fármacos

El agrandamiento gingival que provoca desfiguración estética es un efecto adverso importante asociado con diversos fármacos: Anticonvulsivos (pj. fenitoína, valproato, etc), inmunosupresores (pj. ciclosporina, etc), bloqueadores de los canales de calcio (pj. nifedipina, verapamilo,etc), y sus síntomas suelen comenzar después de los tres meses de medicación, y alcanza su intensidad máxima a los 12 -18 meses de tratamiento (Lindhe.J. 2009; Boj. J, Catalá.M. 2004)

3.4 MALOCLUSION

3.4.1 DENTICIÓN TEMPORAL

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

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

ESCALON MESIAL: cuando la superficie distal del segundo molar inferior esta mesial a la superficie distal del segundo molar superior primario

ESCALON DISTAL: cuando la superficie del segundo molar inferior se encuentra distal a la superficie distal del segundo molar superior primario (FLAVIO VELLINI-2009)

3.4.2 DENTICIÓN PERMANENTE

Clase I

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

Clase II

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

Clase II División I

Se conoce como clase II división I, a la inclinación vestibular que presentan los incisivos superiores, esta clase es frecuente en pacientes con problemas de desequilibrio de la musculatura facial, causado por el distanciamiento vestibulolingual entre los incisivos superiores y los inferiores, además de ello se caracteriza por presentar un perfil facial convexo (FLAVIO VELLINI-2009).

Clase II División II

En la Clase II división II, los incisivos superiores se encuentran palatinizados o verticalizados, es por ello que los pacientes presentan perfiles faciales restos y levemente convexo, asociados a que la musculatura equilibrada esta con una leve alteración (FLAVIO VELLINI-2009).

Clase III

En la Clase III el surco mesiovestibular se encuentra mesializado en relación con la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior, en esta Clase el perfil facial del paciente es predominantemente cóncavo y la musculatura, en general, desequilibrada (FLAVIO VELLINI-2009).

3.5.3 TIPO DE DENTICIONES

3.5.3.1 Dentición temporal

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

3.5.3.2 Dentición mixta

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

3.5.3.3 Dentición permanente

En la aparición de la segunda dentición, se da una mayor variabilidad como consecuencia de la influencia de factores hormonales y la deferencia de sexo, pero al igual que la dentición temporal, los dientes permanente también tiene su cronología de erupción es por ello que los primeros molares erupcionan a los 6 años, seguidos de incisivos centrales mandibulares a los 6 - 7 años, los

incisivos centrales maxilares y laterales mandibulares a los 7 - 8 años, el incisivo lateral maxilar a los 8 – 9 años, los caninos mandibulares a los 9 – 10 años, el primer premolar maxilar a los 10 – 11 años, el segundo premolar maxilar y primero premolar mandibular a los 10 – 11 años, el segundo premolar mandibular y canino maxilar a los 11 – 12 años y finalmente segundo molar maxilar a los 12 – 13 años (ROSA MARIAMASSÓN-2004).

3.5.4 PÉRDIDA PREMATURA DE DENTICIÓN DECIDUA

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

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

3.5.5 CAUSAS DE LA PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES

Dentro de las causas tenemos: 1.) Enfermedades tales como: caries dental, resorciones radicales atípicas; 2.) Malos hábitos orales entre los cuales se encuentran: sacar la lengua, chupeteo del dedo gordo, mordida del labio inferior, que producen movilidad dentaria y rizálisis temprana de sus raíces y por lo tanto su pérdida antes de la fecha esperada; 3.) Macroglosia y Micrognatia; 4.) Alteraciones congénitas, en los cuales el diente se presenta con poca o nada de raíz lo que favorece sus pérdidas; 5.) Iatrogenia en el procedimiento odontológico: por perforación del piso pulpar, perforación de la furca, fractura de la raíz durante la endodoncia por lo fino de sus raíces (Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría.2004-2005).

3.5.6 TIPOS DE MORDIDAS

3.5.6.1 Mordida abierta

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

3.5.6.2 Mordida Profunda

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

3.5.6.3 Mordida cruzada anterior

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

3.5.6.4 Mordida cruzada posterior

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

3.5.6.5 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.

3.6 HÁBITOS

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

3.6.1 Succión digital

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

posición intensidad, frecuencia y duración del hábito de succión. (BOJ Juan, CATALÁ Montserrat y Col, 2011)

Efectos bucales:

- ✓ Protrusión de los incisivos superiores (con o sin diastemas).
- ✓ Retroinclinación de los incisivos inferiores.
- ✓ Mordida abierta anterior.
- ✓ Prognatismo alveolar superior.
- ✓ Estrechamiento, de la arcada superior (debido principalmente a la acción del musculo buccinador).
- ✓ Mordida cruzada posterior.
- ✓ Dimensión vertical aumentada (María Fernanda González, Gianfranco Guida, Diana Herrera. Oscar Quirós, 2012)

3.6.2 Respiración bucal

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

En la respiración bucal los labios quedan entreabiertos y la lengua baja, perdiendo con ello su capacidad morfo-funcional, que permitiría un desarrollo transversal correcto del maxilar superior, produciendo mordidas cruzadas posteriores unilaterales o bilaterales. (BOJ Juan, CATALÁ Montserrat y Col, 2011)

3.6.3 Deglución atípica

Se presenta debido a la interposición de la lengua entre las arcadas dentarias en el acto de deglutir, esto es lo que se denomina lengua protráctil, el individuo para deglutir necesita hacer un vacío que en conjunción con los movimientos de la lengua impulsa el alimento hacia la faringe. Cuando existe lengua protráctil el sellado periférico anterior para producir el vacío necesario, se hace al contactar la lengua con los labios directamente, suele ser una postura

adaptativa para lograr un correcto cerrado oral en los casos donde no hay contacto inter incisivo.(Carmen Lugo, Irasema Toyo, 2011)

Consecuencias de la deglución atípica:

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

3.6.4 Interposición lingual

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

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

- ✓ Mordida abierta anterior
- ✓ Vestíbuloversión
- ✓ mordida cruzada posterior

CAPITULO III

3. RIESGO

Riesgo es la probabilidad de que un suceso futuro ocurra, con presencia de consecuencias adversas de acuerdo a los factores que determinan dicho episodio. La finalidad del riesgo es enfocarse en medidas preventivas, para de esta manera emprender acciones para evitar o reducir enfermedades, accidentes o la muerte (Higashida. B 2000).

3.1 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 (Higashida. B 2000).

Los factores de riesgo pueden ser: Biológicos; Ambientales; Comportamiento; Socioculturales y Económicos (Higashida. B 2000).

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

3.2.1 FACTORES DE RIESGO LOCALES

Los factores locales son:

3.2.1.1 Hábito de higiene bucal

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

3.2.1.2 Cepillado:

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

3.2.1.3 Técnica de cepillado:

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

3.2.1.4 Frecuencia y duración del cepillado:

Un cepillado de dos veces al día con un dentífrico fluorado es indudablemente eficaz para la prevención de caries dental, que dure por lo menos tres minutos, para abarcar todas las zonas que se debe limpiar y evitar patologías bucales. (Cuenca 2005 y Barrancos, 2006).

2.2.2 FACTORES DE RIESGO GENERALES

Dentro de los factores de riesgo generales encontramos: 1. Socioeconómicos: en el que hallamos la calidad de vida, estabilidad laboral, ingresos, cobertura asistencial, 2. Ambientales: se toma en cuenta el abastecimiento inadecuado de agua potable; así como también si la madre es reservorio de *Streptococcus mutans*, 3. Culturales: aquí encontramos escolaridad, valoración de la salud, creencias y costumbres, 3. Biológicos: como son rasgos genéticos, enfermedades sistémicas tratadas, estado nutricional, estado inmunitario, estrés, enfermedades intercurrentes (Cobos. J. y García. J.J 2005).

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS 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>	<ul style="list-style-type: none"> • CPOD • Ceo 	<ul style="list-style-type: none"> • 0,0 a 1,1 muy bajo • 1.2 a 2.6 bajo • 2.7 a 4.4 moderado • 4.5 a 6.5 alto
Enfermedad periodontal	<p>Es una enfermedad que afecta a las encías y a la estructura de soporte de los dientes. Las bacterias que están acumuladas en la placa bacteriana producen toxinas, estas irritan las encías que se inflaman y entonces estamos en la primera fase de la enfermedad periodontal.</p>	<p style="text-align: center;">Índice IHOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Malo: 2,1 a 3,0 • Regular: 1,3 a 2,0 • Bueno: 0,2 a 1,2

Mal oclusiones	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.	<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 dental	Es una anomalía de la cavidad oral, en especial de las piezas dentales originada por ingestión excesiva y prolongada de flúor.	Tipos	<ul style="list-style-type: none"> • Leve • Moderada • Severa
Hábitos	Patrones de contracción muscular anormal de naturaleza compleja que se aprenden, terminan por hacerse inconscientes e involuntarios y se ejecutan en forma mecánica.	Clases de hábitos	<ul style="list-style-type: none"> • Respiración bucal • Succión digital • Deglución atípica • Interposición lingual
Cepillado	Es el método mecánico de higiene que permite remover la placa bacteriana de los dientes para prevenir problemas	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia del cepillado 	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Una vez al día • Dos veces al día

	bucales	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de cepillado • Uso de implementos en el cepillado 	<ul style="list-style-type: none"> • Tres veces al día • Más de 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 cuales proveen materia y energía.	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de alimentación • Ingesta de azúcares 	<ul style="list-style-type: none"> • Dieta cariogénica • Dieta no cariogénica • Una vez al día • Dos veces al día • Tres o más al día
Atención odontológica	Se encarga del diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades que	<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

	afectan el aparato estomatológico		año • Más de dos veces al año
--	-----------------------------------	--	----------------------------------

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

Anexo 1.- REALIZANDO LAS ENCUESTAS



FUENTE: Estudiante de la Unidad Educativa "Ulpiano Moscoso"

AUTOR: JAMES PAUL MERINO MASACHE

Anexo 2. REALIZANDO DIAGNÓSTICO BUCAL



FUENTE: Estudiante de la Unidad Educativa "José María Bustamante"

AUTOR: JAMES PAUL MERINO MASACHE

Anexo 3. EVALUANDO LA TECNICA DE CEPILLADO



FUENTE: Estudiante de la Unidad Educativa "Pio Jaramillo Alvarado"
AUTOR: JAMES PAUL MERINO MASACHE

Anexo 4.- EXPLICANDO TECNICA DE CEPILLADO



FUENTE: Estudiante de la Unidad Educativa "Olga Morocho Correa"
AUTOR: JAMES PAUL MERINO MASACHE

Anexo 5.- BRINDANDO CHARLAS DE SALUD ORAL



FUENTE: Estudiante de la Unidad Educativa "Pedro Pinto Guzmán"

AUTOR: JAMES PAUL MERINO MASACHE

Anexo 6.- ENTREGA DE PASTAS Y CEPILLOS



FUENTE: Estudiante de la Unidad Educativa "José María Bustamante"

AUTOR: JAMES PAUL MERINO MASACHE

Anexo 7.- ENTREGA DE PASTAS Y CEPILLOS



FUENTE: Estudiante de la Unidad Educativa "Julián Zambrano"

AUTOR: JAMES PAUL MERINO MASACHE

PATOLOGIAS ENCONTRADAS

Anexo 8.- CARIES DENTAL



FUENTE: Estudiante de la Unidad Educativa "Pedro Pinto Guzmán"

AUTOR: JAMES PAUL MERINO MASACHE

Anexo 9.- INFLAMACION GINGIVAL



FUENTE: Estudiante de la Unidad Educativa "Ulpiano Moscoso"

AUTOR: JAMES PAUL MERINO MASACHE

Anexo 10.- PLACA BACTERIANA E INFLAMACION GINGIVAL



FUENTE: Estudiante de la Unidad Educativa "Julián Zambrano"
AUTOR: JAMES PAUL MERINO MASACHE

Anexo 11.- FLUOROSIS LEVE



FUENTE: Estudiante de la Unidad Educativa "Olga Morocho Correa"
AUTOR: JAMES PAUL MERINO MASACHE

Anexo.- 12 MORDIDA CRUZADA ANTERIOR



FUENTE: Estudiante de la Unidad Educativa "Ulpiano Moscoso"
AUTOR: JAMES PAUL MERINO MASACHE

Anexo 13.- CÁLCULO DENTAL Y RECESION GINGIVAL



FUENTE: Estudiante de la Unidad Educativa "Julián Zambrano"
AUTOR: JAMES PAUL MERINO MASACHE

Anexo 14.- PERDIDA PREMATURA DE PIEZAS TEMPORALES



FUENTE: Estudiante de la Unidad Educativa "Julián Zambrano"
AUTOR: JAMES PAUL MERINO MASACHE

Anexo 15.- MORDIDA ABIERTA ANTERIOR E INTERPOSICION LINGUAL



FUENTE: Estudiante de la Unidad Educativa "Olga Morocho Correa"
AUTOR: JAMES PAUL MERINO MASACHE

Anexo 16.- MORDIDA PROFUNDA



FUENTE: Estudiante de la Unidad Educativa "Pedro Pinto Guzmán"

AUTOR: JAMES PAUL MERINO MASACHE

PERMISO DEL MINISTERIO DE EDUCACION



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA ÁREA DE LA SALUD HUMANA DIRECCIÓN

Oficio N°1569-DASH-UNL
Loja, 09 de octubre de 2013

Doctora
Lorena Reyes Toro
COORDINADORA ZONAL 7 DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN
Ciudad.-

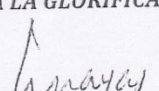


De mi consideración:

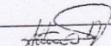
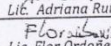
Con un atento y cordial saludo, me permito comunicar a Usted, que los egresados de la Carrera de Odontología del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, se encuentran realizando el Macroproyecto titulado "Diagnóstico de Salud Bucodental y Factores de Riesgo en los Centros Educativos Primarios y Secundarios de las Parroquias Rurales del Cantón Loja año 2013", en tal razón, le solicito comedidamente se digne oficiar a los directivos de dichas unidades para que brinden las facilidades para que los señores egresados de la carrera, puedan dar charlas y realizar el diagnóstico de prevención bucodental en los niños de las diferentes escuelas del Cantón Loja, a partir del día lunes 14 de octubre de 2013, lo que a no dudarlo redundará en beneficio de los estudiantes.

Seguro de contar con su valiosa acogida, me suscribo de Usted.

Atentamente,
**EN LOS TESOROS DE LA SABIDURÍA
ESTA LA GLORIFICACIÓN DE LA VIDA**


Dr. Jorge Reyes Jaramillo Mg. Sc.
DIRECTOR DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA (e)

Copia: Coordinación Carrera Odontología;
Coordinador Estomatología Dirección Provincial de Salud
Archivo

Elaborado por:	 Lic. Adriana Ruiz
Revisado por:	 Lic. Flor Ordoñez

ENCUESTA APLICADA A LOS ESTUDIANTES



"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



HISTORIA CLÍNICA APLICADA A LOS ESTUDIANTES

"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 ()

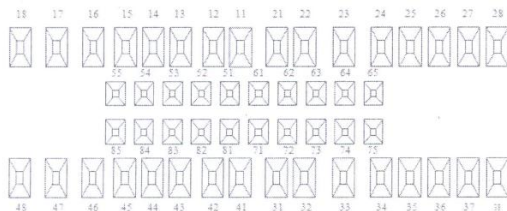
ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO IHO-S

5. **HÁBITOS**

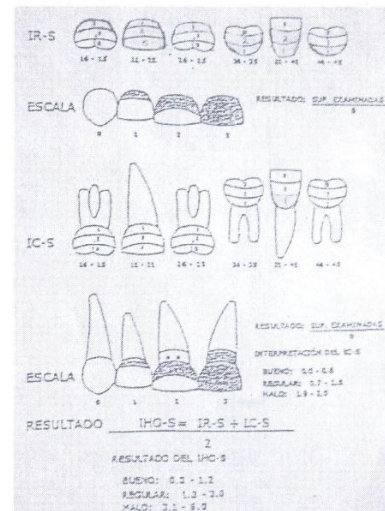
Ninguno () Ninguna ()
 Succión digital () Pérdida prematura de dentición decidua ()
 Respiración bucal () Mordida abierta anterior ()
 Deglución atípica () Mordida abierta posterior ()
 Interposición lingual () Mordida profunda ()
 Mordida cruzada anterior ()
 Mordida cruzada posterior ()
 Mordida bis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

6. **PATOLOGÍAS**

ODONTOGRAMA



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



Validación de la Historia Clínica por la Especialista Tannya Valarezo
 COORDINADOR DE CÁRTER DE ODONTOLOGÍA



11 BIBLIOGRAFIA

1. OMS-WORLD Health Report. *24 de febrero de 2004 obtenido en:* <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/>
2. Córdova, D. y. (2010). Caries Dental y Estado Nutricional en niños de 3 a 5 años de edad. Chiclayo, Perú. Recuperado el 10 de 2013, de <http://es.scribd.com/doc/75990028/Normas-y-Procedimientos-de-Atencion-Integral-de-Salud-a-Adolescentes-2009>
3. 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 Nro 3 de la DPSL/MSP” y de la carrera de odontología, en el período 2007-2008.
4. Subsecretaría social, d. e. (2010). Marco teórico, Componentes y productos. Recuperado el 10 de 2013, de <http://es.scribd.com/doc/37122012/Marco-Teorico-Del-Modelo>
5. Juan Pablo Villa Barragán; 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 .
6. Juan Manuel Cobos y Juan José García; (2005). Manuel Técnico Superior en Higiene Bucodental. Editorial. Mad. S. L. p. 128 – 129.
7. Guzmán F. y Arias A. La historia Clínica: elemento fundamental del acto médico. Artículo especial. Colombia 2012. Disponible en: <http://www.ascolcirugia.org/revista/revistaeneromarzo2012/6-%20Historia%20clinica.pdf>
8. Montesinos Daniela. Resumen capítulo 1 libro “Dental Caries”/Portafolio No.3 CICB2011.05/12/2011. Disponible en:

9. <https://sites.google.com/site/portafolio3cicb2011/3-resumen-capitulo-1-libro-dental-caries>
10. Dra. Hidalgo E. La caries dental. Algunos de los factores relacionados con su formación en niños. Revista Cubana de Estomatología. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072008000100004&script=sci_arttext
11. J. Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wsocki. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea, Segunda Edición 2005. pag. 3-21.
12. Harris. N; García. F. (2005). Cárdenas. D 2003; Revista ADM.1997 Odontología preventiva primaria. Segunda edición Editorial Manual moderno México. Pág. 141-146.
13. Azpeitia.L; Valadez. M. (2009) Factores de riesgo para fluorosis dental en escolares de 6 a 15 años de edad. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2009/im093f.pdf>
14. Boj. J, Catalá.M. (2004). Odontopediatría. Editorial Masson S.A. primera edición 2004 capítulo 32,. Páginas 367-369
15. Lindhe, J. (2009) Periodontología clínica e implantología. Quinta edición, Tomo I editorial médica panamericana pág 410.
16. FLAVIO VELLINI, Ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica. (2009). (en línea). Sao Paulo. Artes Medicas. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art23.asp>
17. ROSA MARIA MASSÓN, Desarrollo de los dientes y la Oclusión. (en línea). Disponible en: <http://articulos.sld.cu/ortodoncia/files/2009/12/desd-y-o-maestri.pdf>
18. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. (2004-2005). Caracas Venezuela Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art17.asp>
19. Vajdi, G. (2011) Manual Ilustrado de Cirugía Oral y Maxilofacial. Panamá: Jaypee-Highlights Medical Publisher

20. González, G. y Marrero L. (2012). Mordida Cruzada Anterior. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría, disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art19.asp>
21. Aparecido, O. (2011). Mordida cruzada posterior. Corrección y consideraciones. Caso clínico con 7 años de seguimiento. Acta Odontológica Venezolana, 49 (13). Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2011/1/art12.asp>
22. BOJ Juan, CATALÁ Montserrat, y Col. Odontopediatría. Año 2004. Editorial Masson. Primera Edición. Barcelona-España.
23. Lugo, C., Toyo, I. (2011). Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las Maloclusiones. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría, , disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art5.asp>
24. 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.
25. Revista Chilena de Pediatría, 70 (6), disponible: http://www.scielo.cl/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0370-41061999000600004&LNG=EN&NRM=ISO&TLNG=EN
26. Bertha Higashida; (2000). Odontología preventiva. Editorial. Mac Graw-Hill Interamericana. p. 211- 212.
27. Emili Cuenca y Pilar Baca; (2005). Odontología Preventiva y Comunitaria. 3 Edición. Editorial. Masson.
28. Julio Barrancos Mooney; (2006). Operatoria Dental. Buenos Aires. 4 Edición. Editorial Panamericana. P 377 - 378.
29. Juan Manuel Cobos y Juan José García; (2005). Manuel Técnico Superior en Higiene Bucodental. Editorial. Mad. S. L. p. 128 – 129.
30. GONZÁLEZ Farith y cols. Indicadores de Riesgo para la Caries Dental en Niños Preescolares de La Boquilla, Cartagena.

31. GACETA SANITARIA, AGOSTO 2005, Disponible en:
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911105747853?via=sd&cc=y>.
32. JOSE FRANCISCO MURRIETA. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. vol.65 no.5 México sep./oct. 2008
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000500006.
33. Gurrola B., I. Caudillo T., Adriano M.del P., Rivera M.J., Díaz D.A. Diagnóstico en escolares de 6 a 12 años promedios CPOD, IHOS en la Delegación Álvaro Obregón.
34. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "Ortodoncia.ws edición electrónica Marzo 2009. Disponible en: www.ortodoncia.ws.
35. Sandra Rodon, Gustavo Perez G, Características oclusales y craneosagitales en niños Venezolanos. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria Depósito Legal N°: pp200102CS997 - ISSN: 1317-5823 - RIF: J-31033493-5 - Caracas – Venezuela, Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2005/pdf/art4.pdf>
36. MEDINA Carolina, PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES DENTALES EN UN GRUPO DE PACIENTES PEDIÁTRICO, Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2010/1/art9.asp>
37. Cardozo, María Lorena - Lucas, Gabriela Q. <http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/cyt/2001/3-Medicas/M-076.pdf>

- **ÍNDICE**

I.CERTIFICACION.....	I
II.CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	II
III.AUTORIA.....	III
IV AGRADECIMIENTO.....	IV
V.DEDICATORIA.....	V
TITULO.....	6
RESUMEN Y SUMMARY.....	7
INTRODUCCIÓN.....	9
REVISIÓN DE LITERATURA.....	12
CAPITULO I DIAGNÓSTICO DE SALUD DEL CANTÓN LOJA.....	12
MATERIALES Y MÉTODOS.....	19
RESULTADOS.....	22
DISCUSIÓN.....	37
CONCLUSIONES.....	41
RECOMENDACIONES.....	42
ANEXOS.....	43
BIBLIOGRAFIA	
ÍNDICE	