



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

**TEMA:**

**DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS JULIÁN DE RÚA PIZARRO, JOSÉ VICENTE ANDRADE, CUERPO DE PAZ, JUAN MONTALVO DE LA PARROQUIA VILCABAMBA DEL CANTÓN LOJA, AÑO 2013.**

**AUTORA:**

XIMENA SALOMÉ AGUIRRE CUEVA

**DIRECTORA:**

DRA. LEONOR PEÑARRETA

Tesis previo a la obtención del Título de Odontóloga.

1859

**Loja- Ecuador**  
**2013**

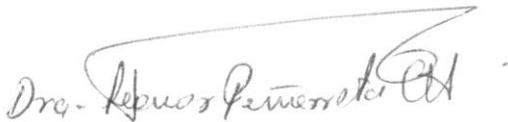
## CERTIFICACIÓN

Dra. Leonor Peñarreta

Docente de la Carrera de Odontología

Certifico:

Que la presente tesis titulada **“DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS JULIÁN DE RÚA PIZARRO, JOSÉ VICENTE ANDRADE, CUERPO DE PAZ, JUAN MONTALVO DE LA PARROQUIA VILCABAMBA DEL CANTÓN LOJA, AÑO 2013”** elaborado por la Srta. Ximena Salomé Aguirre Cueva ha sido planificada y ejecutada bajo mi dirección y supervisión, por tanto y al haber cumplido con los requisitos establecidos por la Universidad Nacional de Loja, autorizo su presentación, sustentación y defensa ante el tribunal designado para el efecto.



Dra. Leonor Peñarreta

Docente de la Carrera de  
Odontología

## AUTORÍA

Yo, Ximena Salomé Aguirre Cueva, certifico 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.

Autora: Ximena Salomé Aguirre Cueva

Firma: 

Cédula: 1104478043

Fecha: 26 de Noviembre del 2013

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

Yo, Ximena Salomé Aguirre Cueva declaro ser autora de la tesis titulada: **DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS JULIÁN DE RÚA PIZARRO, JOSÉ VICENTE ANDRADE, CUERPO DE PAZ, JUAN MONTALVO DE LA PARROQUIA VILCABAMBA DEL CANTÓN LOJA, AÑO 2013**, como requisito para optar al grado de Odontólogo; autorizó 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.

Por constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 26 días del mes de Noviembre del dos mil trece.

Firma:  Autora: Ximena Salomé Aguirre Cueva

Cédula: 1104478043      Dirección: Ciud. "El Electricista" Correo electrónico:  
[xime-ac@hotmail.com](mailto:xime-ac@hotmail.com)      Teléfono: 0997363835 2546286  
Directora de Tesis:      Dra Leonor Peñarreta  
Tribunal de Grado:      Dr. José Procel, Dra. Libia Pineda, Dr. Luis Vilela

## DEDICATORIA

Dedico este proyecto de tesis a Dios, a mi familia y amigos.

A Dios porque siempre ha estado conmigo en los momentos más difíciles brindándome fortaleza y valentía para seguir adelante.

A mi madre quien siempre ha velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento depositando su entera confianza en mi capacidad para conseguir todas mis metas.

A mi hermana quien está junto a mí, brindándome todo su afecto y sus consejos sin dudar ni un solo momento de mi inteligencia y capacidad.

A mi abuelito, tías y primas que siempre estuvieron para brindarme toda su ayuda y preocupación en todas las adversidades que se me presentaron en este largo camino por obtener mi título profesional.

A mis amigos quienes siempre tienen una sonrisa y palabras de aliento, para impulsarme hacia adelante y conseguir mis sueños.

Es por ellos que soy lo que soy ahora. Y les agradezco de todo corazón.

Ximena Aguirre

## **AGRADECIMIENTO**

El presente trabajo de tesis se lo agradezco a Dios, por permitirme culminar con todos mis estudios con éxito.

A la Universidad Nacional de Loja por darme la oportunidad de conseguir mi título profesional.

A mi directora de tesis, Dra. Leonor Peñarreta, quien con sus conocimientos brindó el apoyo necesario para culminar el presente trabajo.

De igual manera agradezco a mi asesor de Tesis, Dr. José Procel por su empeño, confianza, dedicación para permitirme concluir con el proyecto.

## **1. TÍTULO**

DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN  
LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS JULIÁN DE RÚA PIZARRO,  
JOSÉ VICENTE ANDRADE, CUERPO DE PAZ, JUAN MONTALVO DE LA  
PARROQUIA VILCABAMBA DEL CANTÓN LOJA, AÑO 2013.

## 2. RESUMEN

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

El presente trabajo de investigación, tiene como objetivo realizar el diagnóstico de salud bucodental de los alumnos en los centros educativos primarios Julián de Rúa Pizarro, José Vicente Andrade, Cuerpo de Paz, Juan Montalvo de la parroquia Vilcabamba del cantón Loja, este proyecto es de carácter cuantitativo, descriptivo, y transversal. La población investigada estuvo conformada por 261 alumnos, la recolección de los datos se realizó mediante la aplicación de una historia clínica y encuesta.

Dentro de los datos más relevantes se puede señalar que el 77,8% presentan caries dental, con un 31,4% inflamación gingival combinado con 18% de sangrado gingival. En cuanto a los hábitos se encontró succión digital y respiración bucal con un 0,4%. Las patologías con mayor frecuencia encontradas son pérdida prematura de dentición decidua con un 11,3%, mordida bis a bis con 9,6% y mordida cruzada anterior con un 8,8%. En relación con la presencia de fluorosis el 15,3% presento fluorosis de tipo leve. Los resultados revelaron que todo el grupo examinado presentan alteración en su cavidad bucal.

**PALABRAS CLAVE:** Factores de riesgo, caries dental, inflamación gingival, salud bucal, hábitos, fluorosis dental.

## SUMMARY

The oral diseases are a big problem in our country and city, in rural and urban parishes.

The objective of the present research is to make the diagnosis of pupil's oral health in the primary schools Julian de Rúa Pizarro , José Vicente Andrade , Peace Corps , Juan Montalvo, in Vilcabamba parish, Loja city; this project is quantitative, descriptive, and transversal. The studied population is of 261 students, the data collection was through a clinic history and survey.

Among the most relevant data can be noted that 77.8 % have dental caries, gingival inflammation 31,4% combined with 18% of gingival bleeding . Among them it was found finger sucking habits and mouth breathing with 0,4%. The most common diseases were the premature lost of deciduous teeth with 11,3%, bite vis a vis 9,6% and anterior crossbite with 8,8%. Regarding the fluorosis presence, 15.3% are light. The results revealed that all examined group present alterations in their oral cavity.

**KEY WORDS:** Risk factors, dental cavity, gingival inflammation, oral health, habits, dental fluorosis.

Revisado por: Dra. Mg. Elizabeth Sarmiento Bustamante.

### 3. INTRODUCCIÓN

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

*En Colombia, se realizó un estudio sobre los Indicadores de Riesgo para la Caries Dental en niños preescolares, encontrándose una “Prevalencia de caries de 60 % y la mayor prevalencia de caries fue en niños de cinco años con 74 %”. (González F. , 2009)En otro estudio “La caries, es la enfermedad oral de mayor prevalencia en la población adolescente colombiana y sus efectos aumentan en la medida que la edad es mayor, donde el índice COP-D ha sido estimado en 2.3 en niños de 12 años y en 5.2 en adolescentes entre 15 y 19 años”.(Tascón, 2005)*

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

*A nivel local, en nuestra ciudad de Loja, se realizó el Macro proyecto denominado “Mejoramiento de la calidad de vida de la población escolar y sus familias, mediante la atención integral bucodental enmarcada en los factores: socioeconómicos, culturales y ambiental del Área de afluencia del Hospital Universitario de Motupe del Área de salud N° 3 de la DPSL/MSP” y de la carrera de Odontología, en el período 2007-2008”, donde se evidencia que “el índice ceod fue de 4,5 para los niñas y de 5,1 para los niños, en tanto que el índice de CPOD fue de 1,9 en los niñas y de 1,6 en las niños”.(Odontología, 2008)*

*La presente investigación fue un estudio cuantitativo, descriptivo y trasversal que se llevó a cabo en los centros educativos primarios Julián de Rúa Pizarro, José Vicente Andrade, Cuerpo de Paz y Juan Montalvo de la parroquia Vilcabamba con la finalidad de determinar la prevalencia de las patologías bucodentales e identificar los factores de riesgo presentes en los niños y niñas examinados, para lo cual se realizó un diagnóstico bucodental y aplicación de una encuesta sobre higiene oral y factores de riesgo a cada uno de los individuos objeto de estudio. En el caso de los niños y niñas que no podían contestar la encuesta, ésta fue aplicada a los padres de familia para obtener los datos.*

*En base a los resultados se puede apreciar que la mayor parte de la población se encuentra afectada por caries dental con un 77,8%; presencia de inflamación gingival con 31,4% y sangrado con 18%; dentro de las principales patologías se presenta pérdida prematura de la dentición decidua con 11,3% y mordida bis a bis con 9,6%; a su vez en lo referente a higiene oral la mayoría presentan falencias debido a que se cepillan dos veces al día, de manera incorrecta, empleando solamente cepillo y pasta dental.*

*Los resultados del presente trabajo contribuyeron a la propuesta de líneas de acción para reforzar las actividades de prevención y promoción de salud oral en los sujetos investigados.*

## **4. REVISIÓN DE LA LITERATURA**

### **CAPITULO I**

#### **1.1 SALUD BUCAL**

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

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

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

#### **1.2 HISTORIA CLÍNICA**

La historia clínica es un documento escrito que contiene todos los datos investigados acerca de la enfermedad de una persona. Constituye una narración y exposición verdadera de acontecimientos pasados y presentes del individuo, a partir de los

cuales es posible elaborar un diagnóstico, deducir un pronóstico e instituir un tratamiento.

### **1.2.1 INTERROGATORIO**

Ficha de identificación

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

### **1.2.2 EXAMEN FÍSICO**

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

#### **Inspección General**

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

- 1.Estado de salud o de enfermedad.
- 2.Edad aparente. En ciertas enfermedades del sistema endocrino, la edad aparente pueda ser mayor o menor; la falta de dientes da un aspecto de mayor edad.
- 3.Sexo. Este es fácil de identificar en la mayoría de los casos.
- 4.Raza. Orienta respecto de la propensión ciertas enfermedades en

determinado grupo racial.

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

6.Actitud o postura del individuo. Algunas actitudes son características en determinados padecimientos; si el paciente tiene problemas de postura es necesario verificar si puede sentarse bien en el sillón dental.

7.Facies. Es un elemento de gran valor diagnóstico, ya que constituye un sello del estado de afectividad, el carácter, la inteligencia y el estado de salud.

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

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

10.Constitución. Se refiere al estado de nutrición o robustez.

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

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

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

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

15.Marcha. Determinado tipo de marcha puede indicar antecedentes patológicos.

## **Inspección Local**

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

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

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

1. Pápulas. Zonas de tejido superficiales ligeramente elevadas.
2. Nódulos. Pápulas endurecidas.
3. Vesículas. Elevaciones pequeñas con líquido en su interior.
4. Pústulas. Vesículas con pus.
5. Ulceras. Defectos en la piel o mucosas con pérdida de tejido.
6. Tumores.
7. Queratosis. Engrosamiento anormal de las capas exteriores de la piel o las mucosas; se produce, por ejemplo, cuando el paciente se muerde los carrillos, fuma o padece leucoplasia.

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

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

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

### **Inspección Intrabucal**

Para llevarla a cabo se requiere:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **1.3 DIENTE**

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

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

#### **1.3.1 DENTICIÓN.**

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

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

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

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

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

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

## **1.4 ALTERACIONES DENTALES**

### **1.4.1 ALTERACIONES DE NÚMERO**

- **Anodoncia**

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

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

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

- **Dientes supernumerarios**

Son dientes en exceso sobre el número normal. Aunque estos dientes pueden presentarse en cualquier localización, tienen predilección por ciertos sitios. Son mucho más frecuentes en el maxilar superior (90%) que en la mandíbula (10%).

El más frecuente es un diente supernumerario localizado entre los incisivos centrales del maxilar superior, que suele designarse como mesiodiente, seguido por los cuartos molares (paramolares) y los incisivos laterales. Los dientes supernumerarios más frecuentes en la mandíbula son los premolares, aunque también se observan a veces cuartos molares e incisivos.

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

#### **1.4.2 ALTERACIONES DE FORMA**

- **Taurodontismo**

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

- **Diente Invaginado**

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

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

- **Cúspides supernumerarias**

Los dientes presentan a veces cúspides adicionales o supernumerarias. El ejemplo más común de este fenómeno es la cúspide de Carabelli, la cual aparece típicamente sobre la superficie mesiolingual de los primeros molares permanentes del maxilar superior. Esta cúspide supernumeraria particular no suele presentar problemas clínicos y por ello se considera que representa sencillamente una variante de la normalidad.

- **Diente evaginado**

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

- **Cúspide en garra:**

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

- **Geminación:**

Es una anomalía del desarrollo que afecta principalmente a los dientes anteriores y que clínicamente se parece a otra anomalía conocida como fusión. Se caracteriza por la división parcial o «desdoblamiento» de un solo primordio dental, produciéndose un diente que muestra dos coronas independientes o separadas parcialmente, una sola raíz y un solo conducto radicular. La geminación puede afectar a las denticiones temporal y permanente.

- **Fusión:**

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

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

### **1.4.3 ALTERACIONES DE ESTRUCTURA**

#### **Alteraciones de la estructura del esmalte**

- **Alteraciones adquiridas**

Hipoplasia focal del esmalte:

Afecta uno o dos dientes, la etiología suele ser idiopática.

Una forma común de hipoplasia focal del esmalte de etiología conocida es el «diente de Turner», que es consecuencia de inflamación o traumatismo localizados durante el desarrollo del diente. Según la gravedad de la lesión, la corona afectada puede tener un área de hipoplasia del esmalte relativamente lisa con áreas foveales o estar visiblemente deformada y presentar coloración amarillenta o marrón.

Hipoplasia generalizada del esmalte:

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

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

- **Alteraciones hereditarias**

Amelogénesis imperfecta:

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

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

Existen tres tipos se correlacionan con defectos en esas etapas:

- **Tipo hipoplásico (focal o generalizado):** presenta una reducción de la formación de matriz del esmalte causada por interferencia en la función de los ameloblastos; clínicamente el esmalte no tiene el espesor normal en áreas focales o en general
- **Tipo hipocalcificado:** constituye una forma defectuosa de mineralización de la matriz del esmalte, clínicamente el esmalte es sumamente blando de espesor normal.

- **Tipo con hipomaduración:** presenta una mineralización menos intensa con áreas focales o generalizadas de cristalitas de esmalte inmaduro, clínicamente se observa en el esmalte áreas de dureza y transparencia disminuidas.

## **Alteraciones de la estructura de la dentina**

- **Alteraciones hereditarias**

Dentinogénesis imperfecta:

Consiste en dientes opalescentes por dentina formada irregularmente e hipomineralizada. Es un trastorno heredado de la formación de dentina, que se presenta por transmisión autosómica dominante.

**Clínicamente:** Los dientes son opalescentes, con un color que oscila desde gris azulado a amarillento, pasando por tonos pardos. La dentina es anormalmente blanda, lo que proporciona un soporte funcional insuficiente al esmalte suprayacente, aunque es normal, se rompe o descascarilla con facilidad exponiendo la dentina a la acción masticatoria e incisiva.

- **Alteraciones adquiridas**

Odontodisplasia Regional: Es una alteración del desarrollo del diente, que aparece en forma esporádica. Aunque no se ha aclarado su etiología, la evidencia experimental señala hacia una causa isquémica.

**Clínicamente:** El trastorno se presenta con mayor frecuencia en el maxilar que en la mandíbula; es «regional» en el sentido de que suele afectar a varios dientes contiguos situados en un solo cuadrante. Este trastorno se observa más comúnmente en la dentición permanente. Los dientes afectados muestran un retraso o un fracaso total de la erupción, son dientes deformados de color pardo

amarillento con superficie blanda similar al cuero.(Sapp, Eversole, & Wysocki, 2004)

#### **1.4.4 ALTERACIONES NO PATOLÓGICAS**

##### **FLUOROSIS DENTAL**

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

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

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

##### **Aparición clínica y subclínica de la fluorosis dental**

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

Existen grados clínicos diferentes de fluorosis del esmalte.

- En la variante más leve el color blanco mate afecta los bordes incisales o las cúspides de los dientes posteriores. Las porciones blancas pueden variar desde unas cuantas vetas hasta manchas blancas ocasionadas. En algunos casos se observan estrías, o venas, delgadas e irregulares de color blanco opaco, especialmente en los incisivos maxilares.

- El grado siguiente de la afección consiste en manchas en forma de manojos de color desde café oscuro combinadas algunas de las coloraciones blancas y opacas ya mencionadas.
- En las variantes más intensas, las manchas van de un color café chocolate hasta casi negras.

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

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

### **Factores de riesgo de fluorosis**

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

Durante el cepillado dental los niños pueden tragar de 35 a 50% de fluoruro de los dentífricos. En el caso de los niños con edades de 3 a 6 años la ingestión diaria

promedio de fluoruro del dentífrico varía de 0.1 a 0.4 mg por cepillado. Con este grado de ingestión el cepillado dos veces al día podría aportar casi la totalidad del requerimiento diario óptimo del fluoruro(Harris & García - Godoy, 2001).

## **1.5 ENFERMEDADES BUCODENTALES**

### **1.5.1 CARIES DENTAL**

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

La caries es de etiología multifactorial. La ingesta frecuente de carbohidratos es el principal factor en la mayoría de los casos; normalmente, en la cavidad oral viven muchos tipos de bacterias y algunas pueden colonizar la superficie del diente, formando la placa bacteriana. Entre ellas destacan los estreptococos(Mount, 1999).

#### **Tipos de Caries**

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

## **1.5.2 ENFERMEDAD PERIODONTAL**

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

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

### **Signos de enfermedad periodontal**

**Son cuatro los signos básicos de enfermedad periodontal:**

- ✓ El sangrado de las encías durante el cepillado, al pasar el hilo dental o en cualquier otro momento.**
- ✓ La presencia de encías inflamadas, rojas y brillantes.**
- ✓ La recesión gingival que algunas veces expone las raíces.**
- ✓ El mal aliento constante que no puede ser eliminado con el cepillado y el pasaje de hilo dental.**

### **Tipos de enfermedad periodontal en niños**

- Gingivitis crónica:**

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

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

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

- **Periodontitis agresiva:**

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

- **Periodontitis agresiva generalizada:**

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

- **Periodontitis asociada a enfermedades sistémicas:**

Ocurre en niños y adolescentes tal como lo hace en los adultos. Las condiciones que hacen que los niños sean más susceptibles a la enfermedad periodontal incluyen:

- Diabetes tipo I
- Síndrome de Down
- Síndrome de Papillon-Lefevre (Esquenazi, 2006)

## **TRATAMIENTO**

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

### **1.5.3MALOCLUSIÓN**

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

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

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

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

## **MALOCLUSIÓN DE CLASE I**

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

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

## **MALOCLUSIONES DE CLASE II**

Las maloclusiones de clase II se llaman también distoclusiones, ya que en posición de máxima intercuspidad, el primer molar permanente inferior ocluye a distal del superior.

Se subdividen a su vez en dos:

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

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

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

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

### **MALOCUSIONES DE CLASE III**

Se llaman mesioclusiones, debido a que el primer molar inferior está más a mesial que el superior cuando los maxilares están en máxima intercuspidadación. Se suelen caracterizar por:

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

### **Tipos de Mordidas**

Mordida abierta anterior

También llamada Sobremordida vertical negativa. Es cuando los dientes posteriores situados en una intercuspidadación máxima, se observa que los dientes anteriores opuestos no se entrecruzan, ni siquiera contactan entre sí.

Mordida Profunda

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

#### Mordida bis a bis

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

#### Mordida cruzada posterior

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

Clasificación: Según su origen, podemos clasificar en:

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

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

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

#### Mordida cruzada anterior

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

Tipos:

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

### **Factores de riesgo**

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

### **Influencias genéticas:**

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

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

### **Factores ambientales:**

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

Algunas posibles influencias de tipo ambiental, son:

Posición lingual: Cuando la lengua no está en posición de reposo normal, las presiones de reposo y al tragar están alteradas.

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

El problema aparece, cuando este hábito persiste en la dentición mixta, el efecto puede ser la aparición de mordida abierta anterior, compresión maxilar, vestibularización de los incisivos superiores y lingualización de los inferiores.

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

La respiración oral conlleva una apertura de los labios, y un cambio de la postura cráneo-cervical para facilitar la respiración (flexión posterior de la cabeza), debido a ello la mandíbula hacia atrás de forma que la lengua queda en una posición descendida sin contacto con el paladar. Si el periodo de respiración oral se prolonga, provoca un cambio del equilibrio de las presiones sobre los dientes y los maxilares que da lugar a una afectación del crecimiento de los maxilares y de la posición de los dientes.(Cuenca Sala, Manau Navarro, & Serra Majem, 2004)

### **Hábitos bucales**

#### **Hábitos de succión:**

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

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

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

También el dedo que se chupa se torna aplanado y con un callo en el dorso producido por los incisivos superiores (Medina, Laboren, Vilorio, Quirós, Alcedo, & Molero, 2010)

### **RESPIRACIÓN ORAL:**

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

La respiración oral conlleva una apertura de los labios, y un cambio de la postura cráneo-cervical para facilitar la respiración, de forma que la lengua queda en una posición descendida sin contacto con el paladar. Si el periodo de respiración oral se prolonga, provoca un cambio del equilibrio de las presiones sobre los dientes y los maxilares que da lugar a una afectación del crecimiento de los maxilares y de la posición de los dientes. (Cuenca Sala, Manau Navarro, & Serra Majem, 2004)

Características faciales y dentarias:

- Síndrome de la cara larga (cara estrecha y larga, boca entreabierta, nariz pequeña, labio superior corto e inferior grueso y apariencia de ojeras).
- Mordida cruzada posterior, unilateral o bilateral acompañada de una moderada mordida abierta anterior.
- Paladar alto u ojival
- Retrognatismo del maxilar inferior.

- Labios agrietados y resecos.
- Arcada superior en forma triangular.
- Apiñamiento
- Encías hipertróficas y sangrantes.(González, Guida, Herrera, & Quirós, 2012)

## **DEGLUCIÓN INFANTIL O ATÍPICA**

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

### Tipos

- Deglución atípica con presión atípica del labio

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

- Deglución con presión atípica de la lengua

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

### Diagnóstico

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

- Posición atípica de la lengua.
- Falta de contracción de los maseteros.

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

## **CAPITULO II**

### **2.1 RIESGO**

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

### **2.2 FACTORES DE RIESGO**

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

Los factores de riesgo pueden ser aquellos que caracterizan al individuo, la familia, el grupo, la comunidad o el ambiente. La combinación de estos y otros factores de riesgo en los mismos individuos incrementan aún más la probabilidad de experimentar daño a la salud.

Los factores de riesgo pueden ser:

1. **Biológicos:** Por ejemplo, ciertos grupos de edad.
2. **Ambientales:** Incluye abastecimiento deficiente de agua potable, falta de adecuado sistema de disposición de excretas, entre otros
3. **De comportamiento:** Por ejemplo, fumar.
4. **Relacionados con la atención a la salud:** Entre ellos, la calidad deficiente de la atención y cobertura insuficiente.

5. Socioculturales: Por ejemplo, mala educación.
6. Económicos: Aquí se incluyen bajos ingresos.

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

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

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

### **2.3.1 FACTORES DE RIESGO LOCALES**

Los factores locales son:

- Hábitos de higiene bucal

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

## **Cepillado:**

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

## **Técnica de cepillado:**

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

## **Elementos utilizados en la higiene bucal**

### **Cepillo Dental**

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

## **Pasta dental**

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

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

## **Hilo Dental**

Es un hilo especial de seda formado por varios filamentos, los cuales se separan al entrar en contacto con la superficie del diente (Higashida, 2000), para conseguir la eliminación total de la placa bacteriana de los espacios interproximales, cuya higiene es necesaria para la prevención de las enfermedades periodontales y la caries en las personas muy susceptibles.

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

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

Cuando los espacios interdientarios están abiertos debido a la pérdida de soporte periodontal o a diastemas, el método de elección para la higiene interproximal son

los cepillos interproximales de diferentes formas y tamaños.(Cuenca Sala, Manau Navarro, & Serra Majem, 2004)

### **Enjuague Bucal**

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

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

### **2.3.2 OTROS FACTORES**

- **Motivación del paciente y su medio familiar**

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

- **Experiencia anterior**

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

- **Dieta**

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

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

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

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

- 1) Reducir el consumo de sacarosa por debajo de 50g/día.
- 2) Reducir la frecuencia de consumo de azúcar y productos azucarados.
- 3) Evitar comer o <<picar>> entre comidas.

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

- **Características dentales**

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

- **Tiempo de erupción**

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

- **Características salivales**

Flujo y viscosidad son elementos de defensa.

- **Aparatos**

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

- **Controles periódicos odontológicos**

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

### 2.3.3 FACTORES DE RIESGO GENERALES

Los factores generales son:

- **Socioeconómicos**

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

- **Ambientales**

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

- **Culturales**

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

- **Biológicos**

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

## **CAPÍTULO III**

### **3. MARCO DE REFERENCIAL**

#### **3.1 CANTÓN LOJA.**

Loja tiene características muy especiales que le dan una propia identidad, se ha distinguido en todos los tiempos por una definida vocación por la música de sus habitantes y por cultivar el género musical, entre hombres y mujeres de todos los estratos sociales. De esta manera, podemos concluir que la música es para el lojano un lenguaje, una forma de expresión natural, profundamente ligada a su existencia. Cuenta con 4 parroquias urbanas El Sagrario, Sucre, El Valle y San Sebastián. Parroquias Rurales como: Chantaco, Chuquiribamba, El Cisne, Gualiel, Jimbilla, Malacatos, Quinara, San Lucas, San Pedro de Vilcabamba, Santiago, Taquil, Vilcabamba, Yangana.

POBLACIÓN: 214.855 habitantes.

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

#### **3.2 PARROQUIA VILCABAMBA**

Fue fundada el 1 de septiembre de 1576 por el español Luis Fernando de la Vega, más tarde se le da la categoría de parroquia eclesiástica con el nombre de La Victoria. En la Ley del 29 de mayo de 1861, en la división territorial del Ecuador, la

Convención Nacional eleva a Vilcabamba a la categoría de Parroquia Civil del cantón Loja.(GAD)

Limita al norte con la parroquia rural de San Pedro de Vilcabamba, al sur con las parroquias de Yangana y Quinara, al este con la parroquia urbana de Valladolid del cantón Palanda, perteneciente a la provincia oriental de Zamora Chinchipe y al oeste con las parroquias de Quilanga y Fundochamba. (LOJA, 2013)

Población: 4.778 habitantes(INEC)

La parroquia está conformada por los siguientes barrios urbanos: San Francisco, Santo Domingo, Las Palmas, Eterna Juventud, barrio Central y Los Huilcos.

Dentro de los barrios rurales encontramos: Yamburara Bajo, Yamburara Alto, San José, Mollepamba, Izhcayluma Alto, Izhcayluma Bajo (barrio Cuba), Cucanamá Alto, Cucanamá Bajo, Linderos, Santorum, Moyococha, Solanda y Tumianuma.(Loja, 2013)

## 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, de los centros educativos primarios Julián de Rúa Pizarro, José Vicente Andrade, Cuerpo de Paz y Juan Montalvo de la parroquia Vilcabamba del cantón Loja.

**Descriptivo** porque se determinó la situación de la variables. **Transversal** porque se registró la información en un periodo de tiempo determinado.

### AREA DE ESTUDIO

La parroquia Vilcabamba cuenta con una población de 4.778 habitantes, limita al norte con la parroquia rural de San Pedro de Vilcabamba, al sur con las parroquias de Yangana y Quinara, al este limita con la parroquia urbana de Valladolid del cantón Palanda, perteneciente a la provincia de Zamora Chinchipe y al Oeste con las parroquias de Quilanga y Fundochamba

El universo estuvo conformado por 264 niños y niñas, no formaron parte del estudio los estudiantes que no estuvieron presentes el día de la recolección de datos; por lo tanto la población investigada fue de 261 niños divididos de la siguiente manera: Julián de Rúa Pizarro 20 alumnos, José Vicente Andrade 10 alumnos; Cuerpo de Paz 3 alumnos y Juan Montalvo de 1ro a 5to año de educación con 231 alumnos, los mismos que se encuentran en edades comprendidas de 5 a 14 años. Se trabajó con el 100% de la población establecida. Esta información se recopiló a través de la Secretaria de la Institución.

**Las técnicas** empleadas fueron la **observación** que permitió tener una visión clara, real y actual del problema, a través de la percepción directa de los sujetos investigados, estableciendo así como se encuentran las variables. La **entrevista**

se utilizó para recolectar la información de manera verbal, a través de preguntas que se plantearon al investigado.

Se elaboró un instrumento de recolección de datos; basado en 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 además permite valorar lo normal y lo patológico, así como el examen físico bucodental.

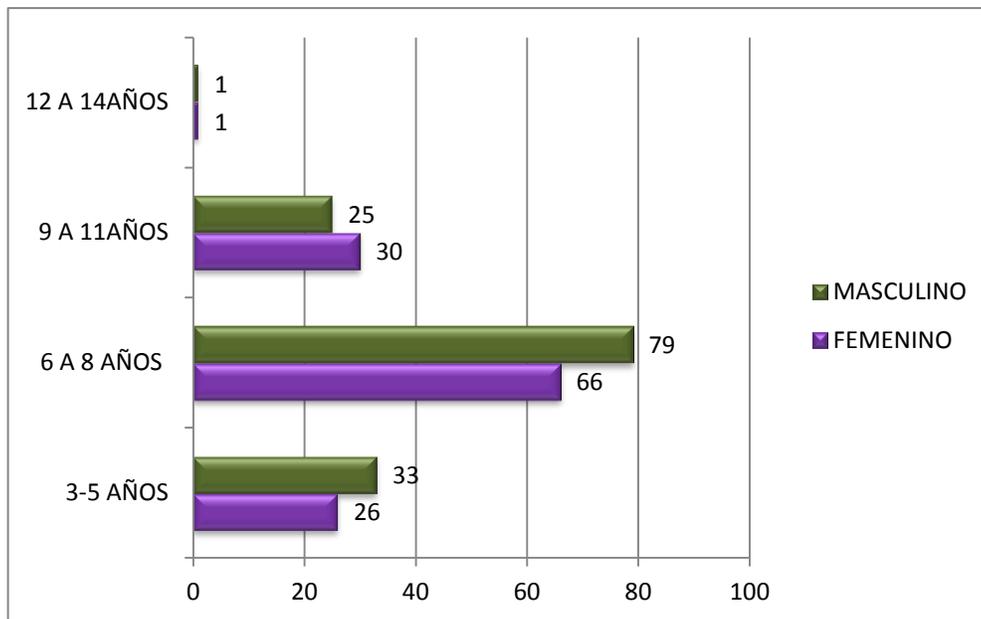
La **encuesta** permitió a través de preguntas obtener información necesaria de los sujetos investigados; y además **credenciales** de identificación para su acceso al centro educativo.

### **Análisis y Tabulación de datos**

Los datos tabulados se presentaron en el programa informático de Microsoft Excel, mediante tablas y gráficas estadísticas, posteriormente se procedió a su análisis e interpretación.

## 6.RESULTADOS

**GRÁFICA N 1. POBLACIÓN CORRESPONDIENTE A LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS JULIÁN DE RÚA PIZARRO, JOSÉ VICENTE ANDRADE, CUERPO DE PAZ, JUAN MONTALVO DE LA PARROQUIA VILCABAMBA AÑO 2013.**

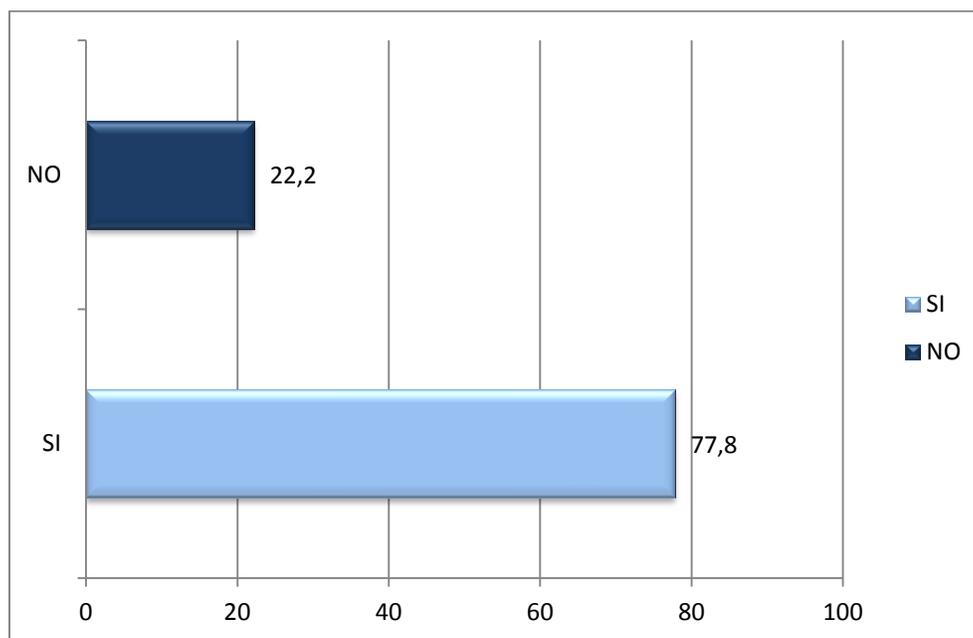


**FUENTE:** Estudiantes de las escuelas Juan Montalvo, José Vicente Andrade, Cuerpo de Paz y Julián de Rúa Pizarro de la parroquia Vilcabamba.

**AUTORA:** Ximena Salomé Aguirre Cueva.

**INTERPRETACIÓN:** La población estuvo conformada de la siguiente manera: 3-5 años 26 niñas y 33 niños; 6-8 años 66 niñas y 79 niños; 9-11 años 25 niños y 30 niñas; 12-14 años 1 niña y 1 niño.

**GRÁFICA N 2. PRESENCIA DE CARIES EN LOS NIÑOS DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS JULIÁN DE RÚA PIZARRO, JOSÉ VICENTE ANDRADE, CUERPO DE PAZ, JUAN MONTALVO DE LA PARROQUIA VILCABAMBA AÑO 2013.**

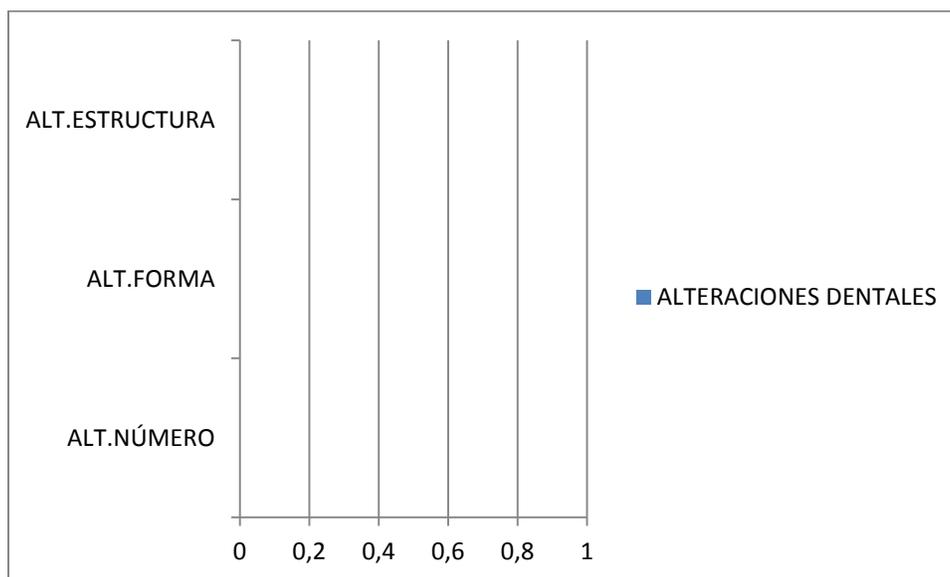


**FUENTE:** Estudiantes de las escuelas Juan Montalvo, José Vicente Andrade, Cuerpo de Paz y Julián de Rúa Pizarro de la parroquia Vilcabamba.

**AUTORA:** Ximena Salomé Aguirre Cueva.

**INTERPRETACIÓN:** Del total de la población estudiada se puede determinar que el 77,8% presenta caries dental una desmineralización de la estructura dental caracterizada inicialmente por un cambio de coloración seguida por cavitación, y el 22,2% no padecen dicha patología.

**GRÁFICA N 3. ALTERACIONES DENTALES EN LOS NIÑOS DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS JULIÁN DE RÚA PIZARRO, JOSÉ VICENTE ANDRADE, CUERPO DE PAZ, JUAN MONTALVO DE LA PARROQUIA VILCABAMBA AÑO 2013.**

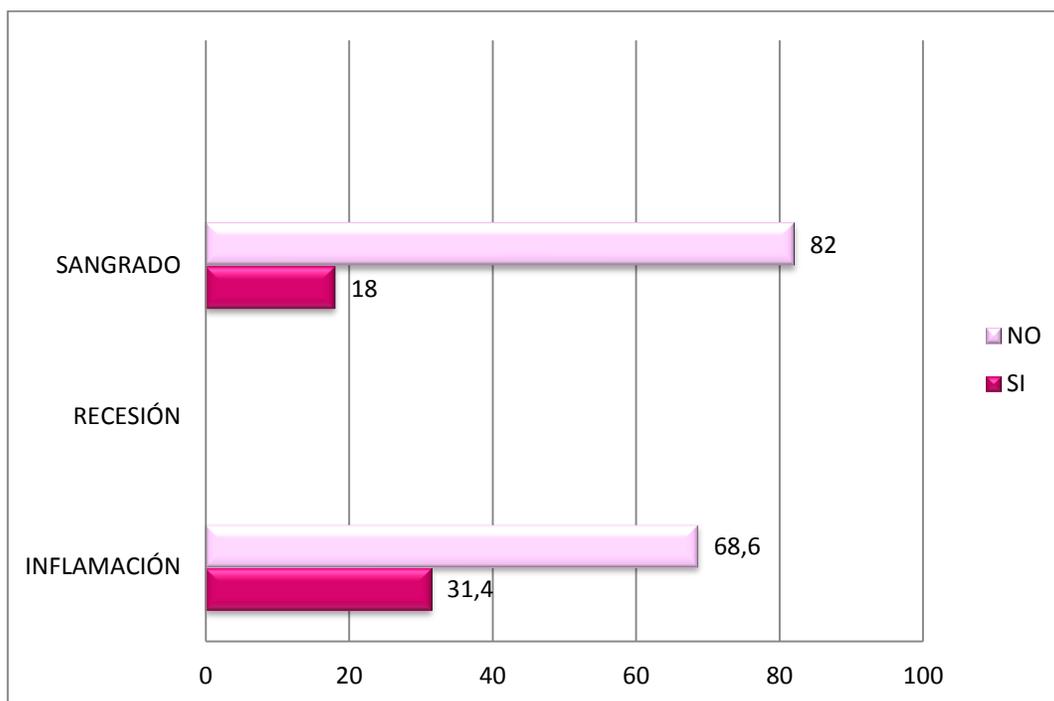


**FUENTE:** Estudiantes de las escuelas Juan Montalvo, José Vicente Andrade, Cuerpo de Paz y Julián de Rúa Pizarro de la parroquia Vilcabamba.

**AUTORA:** Ximena Salomé Aguirre Cueva.

**INTERPRETACIÓN:** En la población estudiada no se encontraron casos de alteraciones dentales de forma, estructura y número.

**GRÁFICA N 4. ALTERACIONES GINGIVALES EN LOS NIÑOS DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS JULIÁN DE RÚA PIZARRO, JOSÉ VICENTE ANDRADE, CUERPO DE PAZ, JUAN MONTALVO DE LA PARROQUIA VILCABAMBA AÑO 2013.**

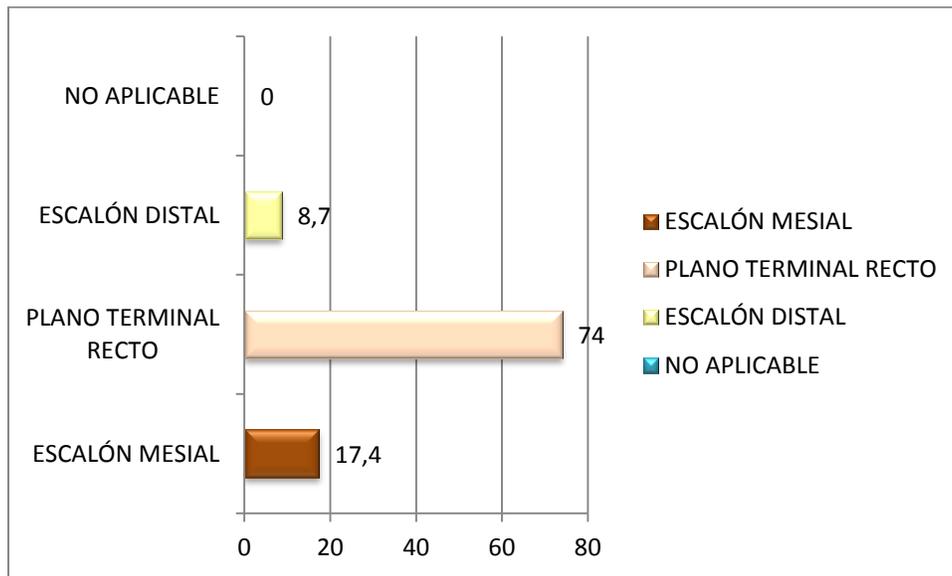


**FUENTE:** Estudiantes de las escuelas Juan Montalvo, José Vicente Andrade, Cuerpo de Paz y Julián de Rúa Pizarro de la parroquia Vilcabamba.

**AUTORA:** Ximena Salomé Aguirre Cueva.

**INTERPRETACIÓN:** Según la gráfica se puede observar que el 68,6% no tiene inflamación gingival pero el 31,4% presentan inflamación caracterizado por edema y rubor; y en lo referente a sangrado el 82% no presenta, pero el 18% si tienen presencia de sangrado durante la exploración clínica y el 100% de la población no presentan recesión gingival.

**GRÁFICA N 5. MALOCLUSION EN DENTICIÓN TEMPORAL EN LOS NIÑOS DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS JULIÁN DE RÚA PIZARRO, JOSÉ VICENTE ANDRADE, CUERPO DE PAZ, JUAN MONTALVO DE LA PARROQUIA VILCABAMBA, AÑO 2013.**

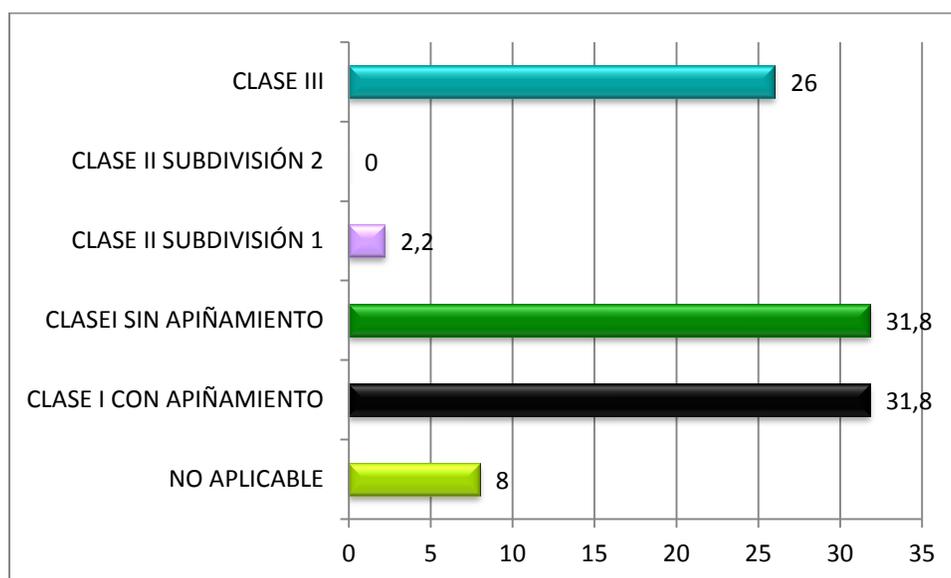


**FUENTE:** Estudiantes de las escuelas Juan Montalvo, José Vicente Andrade, Cuerpo de Paz y Julián de Rúa Pizarro de la parroquia Vilcabamba.

**AUTORA:** Ximena Salomé Aguirre Cueva.

**INTERPRETACIÓN:** Se observa que el plano terminal recto es el tipo de oclusión que predomina en la dentición temporal con un 74%, el mismo que se refiere a que las caras distales de los segundos molares tanto superior como inferior forman una línea recta al momento de ocluir; con un 17,4% encontramos escalón mesial la superficie distal se encuentra más hacia mesial y con 8,7% escalón distal la superficie distal se encuentra más hacia distal.

**GRÁFICA N 6. MALOCLUSIÓN EN DENTICIÓN PERMANENTE EN LOS NIÑOS DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS JULIÁN DE RÚA PIZARRO, JOSÉ VICENTE ANDRADE, CUERPO DE PAZ, JUAN MONTALVO DE LA PARROQUIA VILCABAMBA, AÑO 2013.**

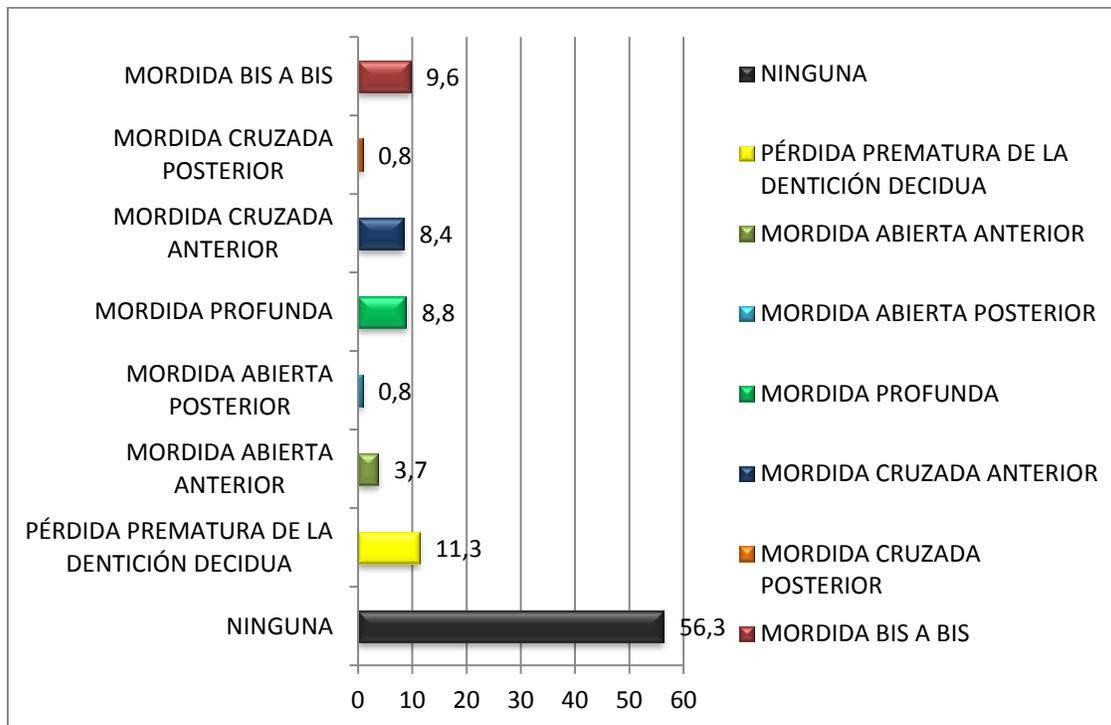


**FUENTE:** Estudiantes de las escuelas Juan Montalvo, José Vicente Andrade, Cuerpo de Paz y Julián de Rúa Pizarro de la parroquia Vilcabamba.

**AUTORA:** Ximena Salomé Aguirre Cueva.

**INTERPRETACIÓN:** La presente tabla permite señalar que el 31,8% presentan Clase I molar con y sin apiñamiento, la misma que se establece cuando la cúspide mesio-vestibular del primer molar superior ocluye en el surco mesio-vestibular del primer molar inferior; Clase III con un 26% el primer molar inferior se encuentra hacia mesial del superior, y con un 8% no se determinó la oclusión por ausencia o destrucción total del primer molar.

**GRÁFICA N 7. ALTERACIONES DE LA OCLUSIÓN EN LOS NIÑOS DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS JULIÁN DE RÚA PIZARRO, JOSÉ VICENTE ANDRADE, CUERPO DE PAZ, JUAN MONTALVO DE LA PARROQUIA VILCABAMBA AÑO 2013.**

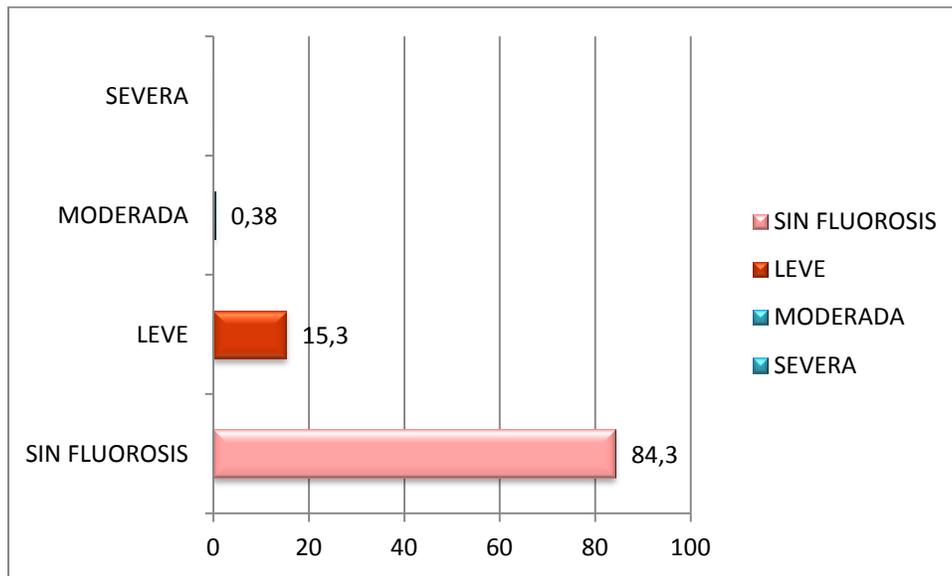


**FUENTE:** Estudiantes de las escuelas Juan Montalvo, José Vicente Andrade, Cuerpo de Paz y Julián de Rúa Pizarro de la parroquia Vilcabamba.

**AUTORA:** Ximena Salomé Aguirre Cueva.

**INTERPRETACIÓN:** EL 56,3% de la población no presentan ninguna patología, en un 11,3% presentan pérdida prematura de la dentición decidua; 9,6% mordida bis a bis cuando los bordes incisales de los incisivos superiores e inferiores contactan entre sí; el 8,8% presenta mordida profunda cuando los dientes anteriores inferiores ocluyen por detrás y por dentro de los superiores; con un 0,8% mordida abierta posterior y mordida cruzada posterior.

**GRÁFICA N 8. FLUOROSIS DENTAL EN LOS NIÑOS DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS JULIÁN DE RÚA PIZARRO, JOSÉ VICENTE ANDRADE, CUERPO DE PAZ, JUAN MONTALVO DE LA PARROQUIA VILCABAMBA AÑO 2013.**



**FUENTE:** Estudiantes de las escuelas Juan Montalvo, José Vicente Andrade, Cuerpo de Paz y Julián de Rúa Pizarro de la parroquia Vilcabamba.

**AUTORA:** Ximena Salomé Aguirre Cueva.

**INTERPRETACIÓN:** El 84,3% de la población no presenta fluorosis dental, el 15,3% presenta fluorosis leve caracterizada por pequeñas manchas blancas en los dientes, y un 0,38% presenta fluorosis moderada en la que se presentan manchas de una coloración más intensa.

**GRÁFICA N 9. INDICE DE DIENTES CARIADOS INDICADOS PARA EXTRACCIÓN-EXTRAIDOS Y OBTURADOS (CEO) EN LOS NIÑOS DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS JULIÁN DE RÚA PIZARRO, JOSÉ VICENTE ANDRADE, CUERPO DE PAZ, JUAN MONTALVO DE LA PARROQUIA VILCABAMBA AÑO 2013.**

EDAD	C	P	O	CEO	ESCALA	RESULTADO
3 A 5	155	12	3	170	2,9	MODERADO
6 A 8	428	104	49	581	4	MODERADO
9 A 11	111	65	41	217	3,9	MODERADO

**FUENTE:** Estudiantes de las escuelas Juan Montalvo, José Vicente Andrade, Cuerpo de Paz y Julián de Rúa Pizarro de la parroquia Vilcabamba.

**AUTORA:** Ximena Salomé Aguirre Cueva.

**INTERPRETACIÓN:** De acuerdo al CEO (Dientes cariados, indicados para extracción-extraídos y obturados); se observa en la edad comprendida de 5 a 11 años presentan un resultado **MODERADO**, evidenciándose que la mayor parte de los niños presentan dientes cariados.

**GRÁFICA N 10. INDICE DE DIENTES CARIADOS EXTRAÍDOS Y OBTURADOS (CPOD) EN LOS NIÑOS DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS JULIÁN DE RÚA PIZARRO, JOSÉ VICENTE ANDRADE, CUERPO DE PAZ, JUAN MONTALVO DE LA PARROQUIA VILCABAMBA AÑO 2013.**

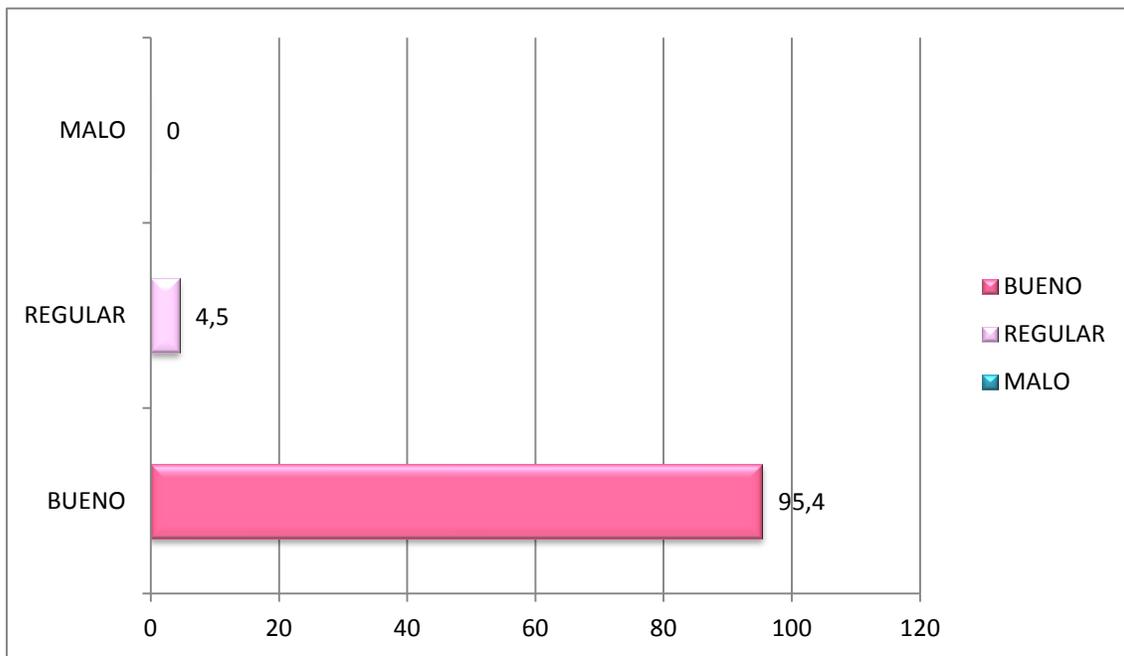
EDAD	C	P	O	CPOD	ESCALA	RESULTADO
6 A 8	83	0	14	97	0,7	MUY BAJO
9 A 11	84	0	31	115	2	BAJO
12 A 14	4	0	0	4	2	BAJO

**FUENTE:** Estudiantes de las escuelas Juan Montalvo, José Vicente Andrade, Cuerpo de Paz y Julián de Rúa Pizarro de la parroquia Vilcabamba.

**AUTORA:** Ximena Salomé Aguirre Cueva.

**INTERPRETACIÓN:** De acuerdo al CPOD (Dientes cariados, perdidos y obturados) de 6 a 8 años tienen un nivel **MUY BAJO**, de 9 a 14 años tienen un nivel **BAJO** debido a que durante esta etapa empieza el recambio de las piezas deciduas por las permanentes por tal razón los factores predisponentes de caries dental, no afectan en gran cantidad las piezas dentales.

**GRÁFICO N 11. INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS) EN LOS NIÑOS DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS JULIÁN DE RÚA PIZARRO, JOSÉ VICENTE ANDRADE, CUERPO DE PAZ, JUAN MONTALVO DE LA PARROQUIA VILCABAMBA AÑO 2013.**

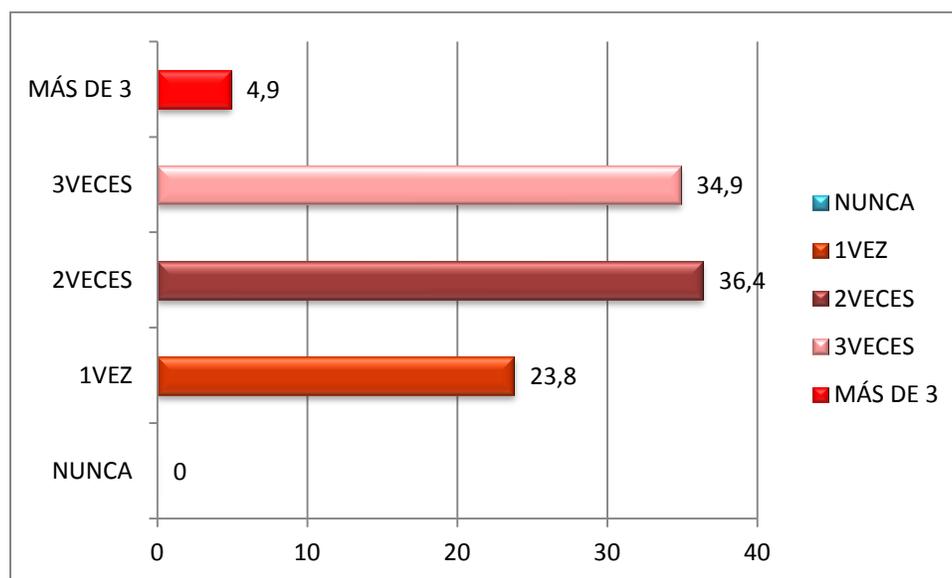


**FUENTE:** Estudiantes de las escuelas Juan Montalvo, José Vicente Andrade, Cuerpo de Paz y Julián de Rúa Pizarro de la parroquia Vilcabamba.

**AUTORA:** Ximena Salomé Aguirre Cueva.

**INTERPRETACIÓN:** De acuerdo a la gráfica se puede observar que el 95,4% de la población presenta un índice de higiene oral **BUENO**, debido a que dentro de los parámetros de valoración clínica del IHOS se considera la presencia de cálculo dental, razón por la cual a pesar de presentar gran cantidad de placa bacteriana pero mínima cantidad de cálculo el resultado varía notablemente y el 4,5% presenta un índice **REGULAR**.

**GRÁFICO N 12. FRECUENCIA DE CEPILLADO EN LOS NIÑOS DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS JULIÁN DE RÚA PIZARRO, JOSÉ VICENTE ANDRADE, CUERPO DE PAZ, JUAN MONTALVO DE LA PARROQUIA VILCABAMBA AÑO 2013.**

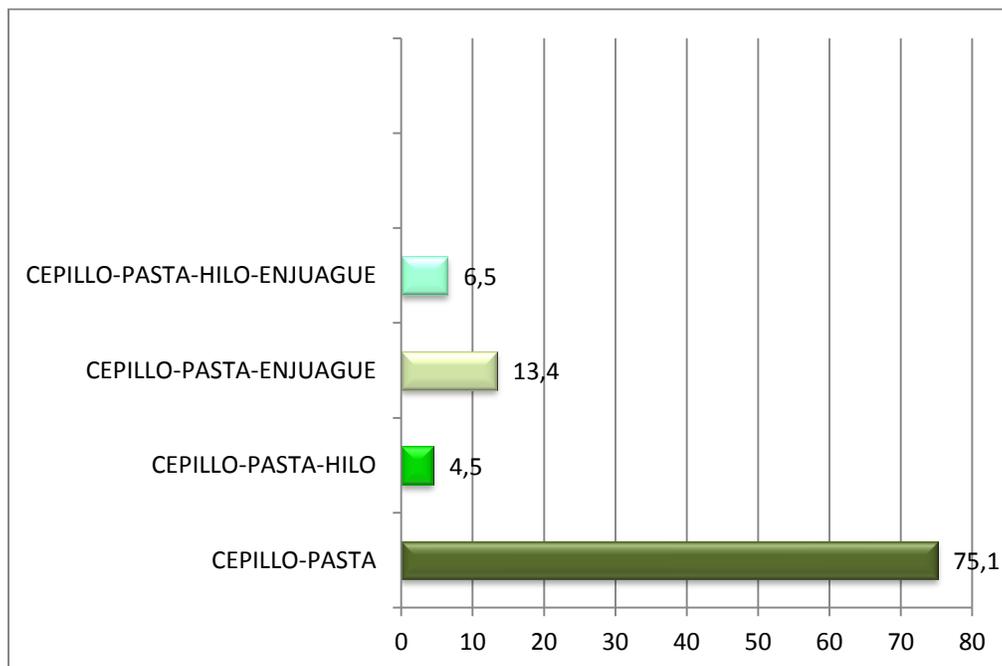


**FUENTE:** Estudiantes de las escuelas Juan Montalvo, José Vicente Andrade, Cuerpo de Paz y Julián de Rúa Pizarro de la parroquia Vilcabamba.

**AUTORA:** Ximena Salomé Aguirre Cueva.

**INTERPRETACIÓN:** En la presente gráfica se puede determinar que el 36,4% de la población cepillan sus dientes dos veces al día, el 34,9% tres veces, el 23,8% una vez; y el 4,9% más de tres veces al día; lo que indica que los niños tienen un conocimiento regular sobre frecuencia de cepillado.

**GRÁFICA N 13. ELEMENTOS UTILIZADOS EN LA HIGIENE BUCAL EN LOS NIÑOS DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS JULIÁN DE RÚA PIZARRO, JOSÉ VICENTE ANDRADE, CUERPO DE PAZ, JUAN MONTALVO DE LA PARROQUIA VILCABAMBA AÑO 2013.**

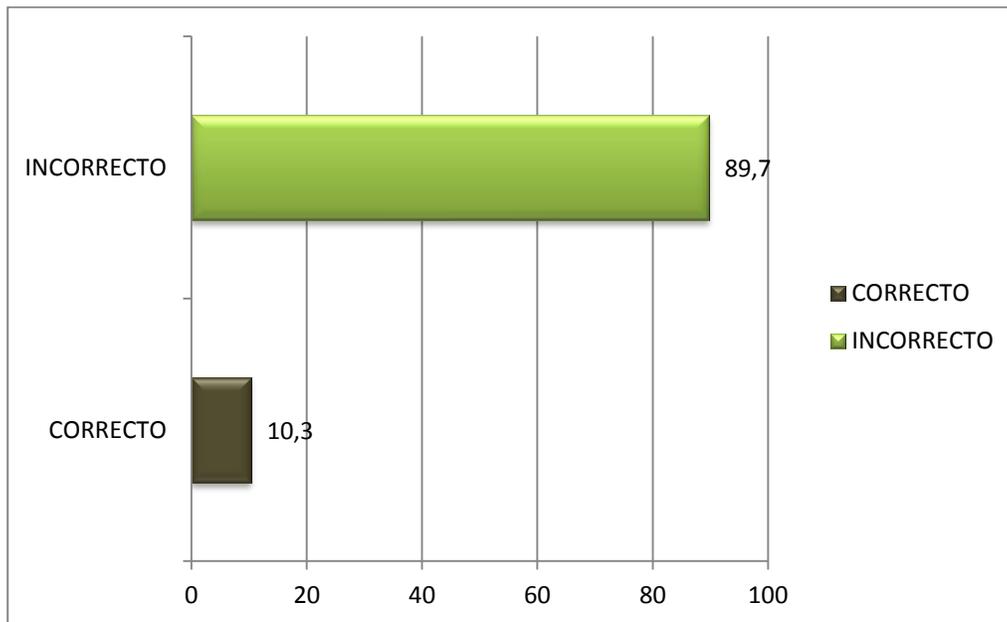


**FUENTE:** Estudiantes de las escuelas Juan Montalvo, José Vicente Andrade, Cuerpo de Paz y Julián de Rúa Pizarro de la parroquia Vilcabamba.

**AUTORA:** Ximena Salomé Aguirre Cueva.

**INTERPRETACIÓN:** En relación a los elementos de higiene bucal la mayoría utilizan únicamente pasta dental y cepillo con un 75,1%; y con un 6,5% utilizan todos los elementos de higiene oral.

**GRÁFICA N 14. TÉCNICA DE CEPILLADO EN LOS NIÑOS DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS JULIÁN DE RÚA PIZARRO, JOSÉ VICENTE ANDRADE, CUERPO DE PAZ, JUAN MONTALVO DE LA PARROQUIA VILCABAMBA AÑO 2013.**

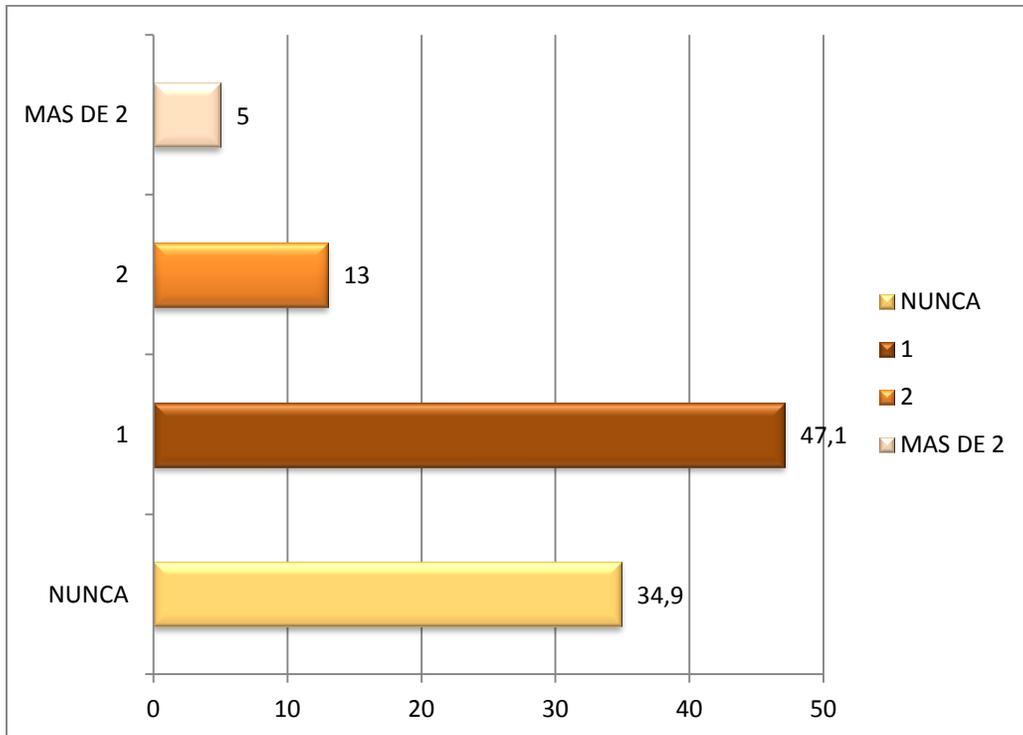


**FUENTE:** Estudiantes de las escuelas Juan Montalvo, José Vicente Andrade, Cuerpo de Paz y Julián de Rúa Pizarro de la parroquia Vilcabamba.

**AUTORA:** Ximena Salomé Aguirre Cueva.

**INTERPRETACIÓN:** La presente gráfica nos permite observar que el 89,7% emplean una técnica incorrecta de cepillado, debido a la falta de destreza y conocimiento para realizarlo adecuadamente para la valoración de dicho parámetro se consideró en los niños de 3 a 5 años la técnica "HORIZONTAL", y en los niños de 6 años en adelante la técnica de "BASS MODIFICADA" y con un 10,3% realizan una técnica correcta.

**GRÁFICA N 15. FRECUENCIA DE VISITA AL ODONTÓLOGO EN LOS NIÑOS DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS JULIÁN DE RÚA PIZARRO, JOSÉ VICENTE ANDRADE, CUERPO DE PAZ, JUAN MONTALVO DE LA PARROQUIA VILCABAMBA AÑO 2013.**

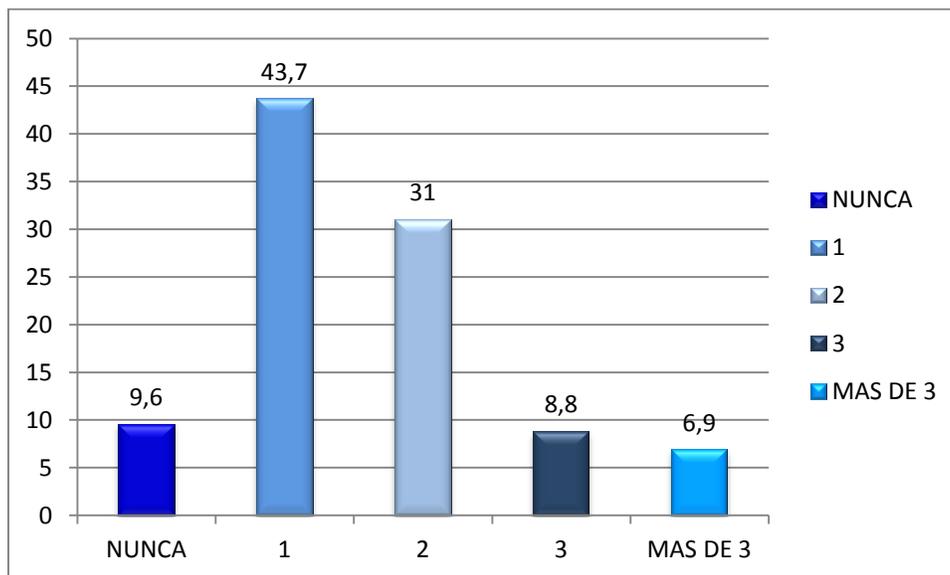


**FUENTE:** Estudiantes de las escuelas Juan Montalvo, José Vicente Andrade, Cuerpo de Paz y Julián de Rúa Pizarro de la parroquia Vilcabamba.

**AUTORA:** Ximena Salomé Aguirre Cueva.

**INTERPRETACIÓN:** En relación con la visita al odontólogo el 47,1% asisten una vez al año; el 13% dos veces al año; lo recomendable es asistir mínimo dos veces al año con la finalidad de prevenir o detener el avance de patologías en edades tempranas para evitar complicaciones futuras y el 34,9% nunca han asistido al odontólogo; un dato de mucha preocupación ya que es imprescindible acudir al odontólogo.

**GRÁFICA N 16. FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS CARIOGÉNICOS EN LOS NIÑOS DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS JULIÁN DE RÚA PIZARRO, JOSÉ VICENTE ANDRADE, CUERPO DE PAZ, JUAN MONTALVO DE LA PARROQUIA VILCABAMBA AÑO 2013.**

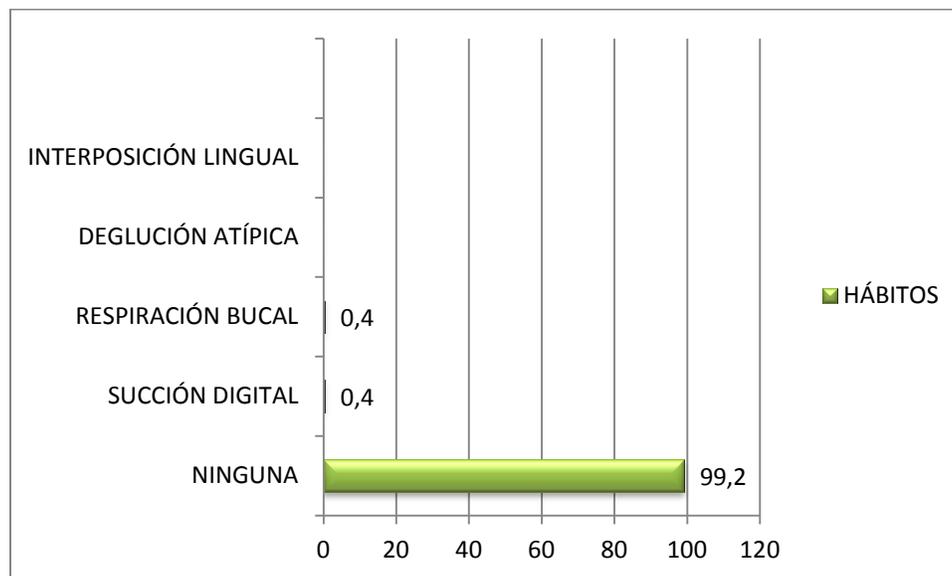


**FUENTE:** Estudiantes de las escuelas Juan Montalvo, José Vicente Andrade, Cuerpo de Paz y Julián de Rúa Pizarro de la parroquia Vilcabamba.

**AUTORA:** Ximena Salomé Aguirre Cueva.

**INTERPRETACIÓN:** De acuerdo a la gráfica el 43,7% consumen golosinas (galletas, chocolates, sodas, caramelos) una vez al día, el 31% consumen dos veces al día, y un 9,6% no consumen nunca golosinas.

**GRÁFICA N 17. HÁBITOS EN LOS NIÑOS DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS JULIÁN DE RÚA PIZARRO, JOSÉ VICENTE ANDRADE, CUERPO DE PAZ, JUAN MONTALVO DE LA PARROQUIA VILCABAMBA AÑO 2013.**



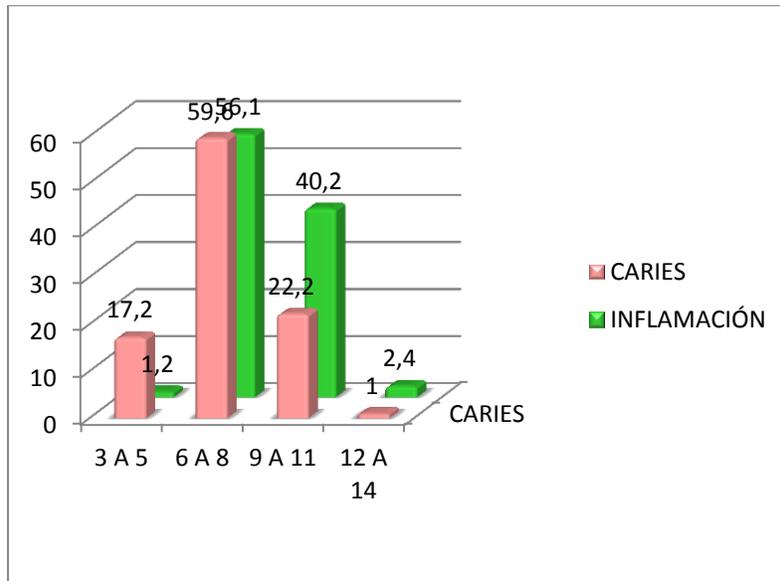
**FUENTE:** Estudiantes de las escuelas Juan Montalvo, José Vicente Andrade, Cuerpo de Paz y Julián de Rúa Pizarro de la parroquia Vilcabamba.

**AUTORA:** Ximena Salomé Aguirre Cueva.

**INTERPRETACIÓN:** De acuerdo a la tabla se observa que el 99,2% no presenta ningún tipo de hábito; con 0,4% presentan succión digital que consiste en introducir uno o dos dedos en la cavidad oral, con 0,4% respiración bucal persona físicamente incapaz de respirar por la nariz; la presencia de hábitos bucales causa problemas como la deformación de los arcos dentales, mala posición de las piezas dentales, alteraciones estéticas; afectando tanto de manera física como psicológica a la persona que padece de los mismos.

## CRUCE DE VARIABLES

**GRÁFICA N 18. EDAD-CARIES-INFLAMACIÓN GINGIVAL EN LOS NIÑOS DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS JULIÁN DE RÚA PIZARRO, JOSÉ VICENTE ANDRADE, CUERPO DE PAZ, JUAN MONTALVO DE LA PARROQUIA VILCABAMBA AÑO 2013.**

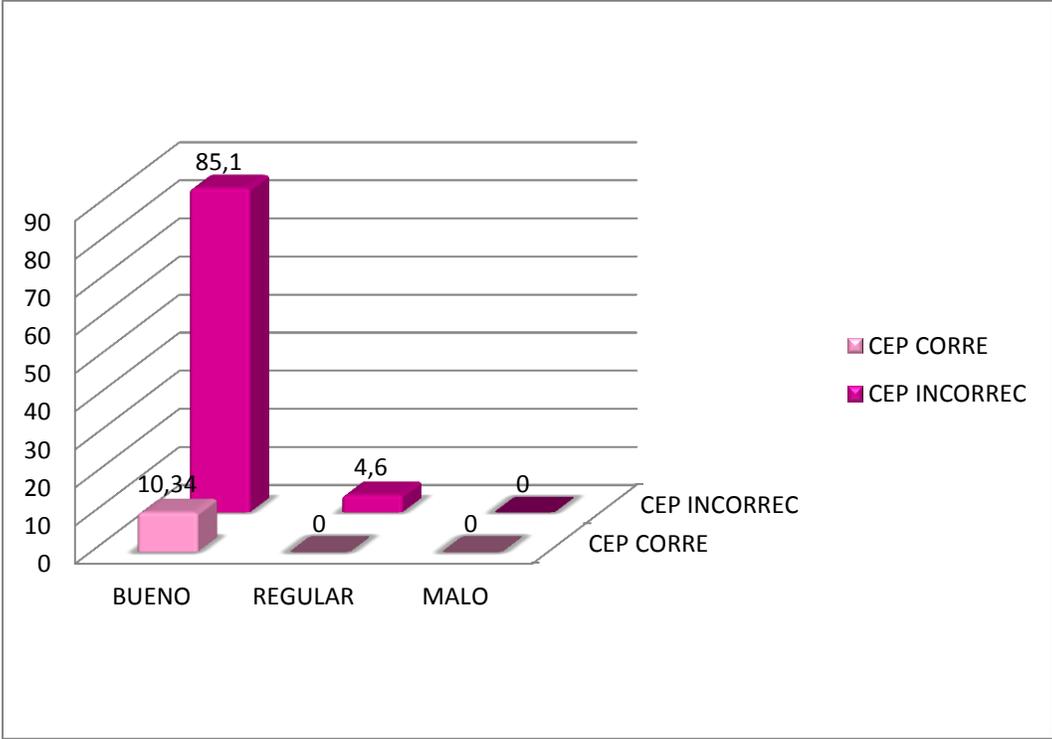


**FUENTE:** Estudiantes de las escuelas Juan Montalvo, José Vicente Andrade, Cuerpo de Paz y Julián de Rúa Pizarro de la parroquia Vilcabamba.

**AUTORA:** Ximena Salomé Aguirre Cueva.

**INTERPRETACIÓN:** Los niños de 6 a 8 años presentan un 59,6% de caries acompañado de inflamación gingival con un 56,1%; evidenciando una mayor presencia de patologías durante esta etapa debido a la presencia de dientes deciduos cariados en la cavidad oral y mala higiene ; seguido por la edad de 9 a 11 años con un 22,2% de caries debido a que la mayor cantidad de piezas están sanas por encontrarse recién erupcionadas y 40,2% de inflamación gingival por el cambio hormonal producido durante la transición de niños y niñas en adolescentes.

**GRÁFICA N 19. TÉCNICA DE CEPILLADO-IHOS EN LOS NIÑOS DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS JULIÁN DE RÚA PIZARRO, JOSÉ VICENTE ANDRADE, CUERPO DE PAZ, JUAN MONTALVO DE LA PARROQUIA VILCABAMBA AÑO 2013.**

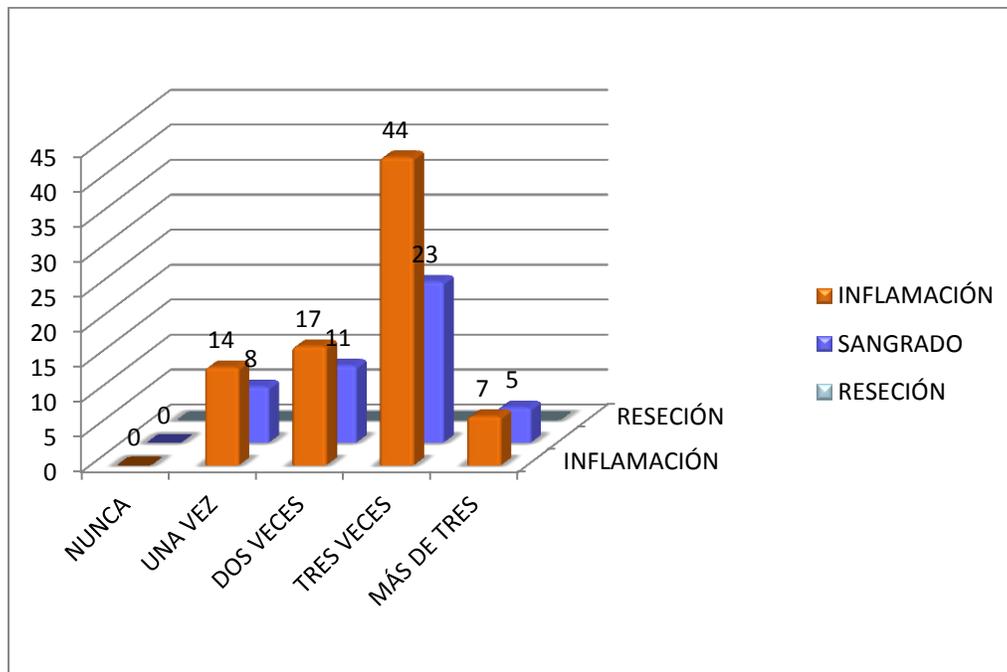


**FUENTE:** Estudiantes de las escuelas Juan Montalvo, José Vicente Andrade, Cuerpo de Paz y Julián de Rúa Pizarro de la parroquia Vilcabamba.

**AUTORA:** Ximena Salomé Aguirre Cueva.

**INTERPRETACIÓN:** La mayor parte de la población presenta un cepillado incorrecto con 85,1%, pero con un nivel **BUENO** de higiene; el 10,34% presenta un cepillado correcto con un nivel **BUENO**; y el 4,6% presenta un índice **REGULAR** con un cepillado incorrecto con un 4,6%. El resultado es debido a que los niños en su mayoría no presentan cálculo en su cavidad oral, solamente se observa la presencia de placa bacteriana.

**GRÁFICA N 20. FRECUENCIA DE CEPILLADO-SIGNOS INFLAMATORIOS EN LOS NIÑOS DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS JULIÁN DE RÚA PIZARRO, JOSÉ VICENTE ANDRADE, CUERPO DE PAZ, JUAN MONTALVO DE LA PARROQUIA VILCABAMBA AÑO 2013.**



**FUENTE:** Estudiantes de las escuelas Juan Montalvo, José Vicente Andrade, Cuerpo de Paz y Julián de Rúa Pizarro de la parroquia Vilcabamba.

**AUTORA:** Ximena Salomé Aguirre Cueva.

**INTERPRETACIÓN:** De acuerdo a la gráfica se puede observar que de los niños que se cepillan tres veces 44 presentan inflamación y 23 sangrado; los niños que se cepillan dos veces encontramos que 17 presentan inflamación y 11 sangrado; debido a que la técnica que emplean no es la adecuada lastimando con las cerdas del cepillo la encía razón por la que sangra q a pesar de no observarse inflamación en algunos casos; así como no cambiar el cepillo cada tres meses, pueden desencadenar signos inflamatorios en los niños.

## 7.DISCUSIÓN

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

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

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

Según la Organización Mundial de la Salud las enfermedades bucodentales más comunes son la caries dental y las periodontopatías.(OMS, Organización Mundial de la Salud, 2007)

En el presente estudio se evidenció la presencia de caries con un porcentaje de 77,8%, siendo similar con un estudio donde “La prevalencia de caries en la dentición temporal a los 6 años de edad fue del 72,6% y de la dentición permanente a los 12 años fue del 45%”.(Herrera & Medina, Sciencedirect, 2005)pero a su vez se diferencia de un estudio realizado en la Habana Cuba, en donde los principales resultados se destaca que el 20% de la muestra está afectado por caries, por lo que el 80% se encuentra libre de caries. (Rodriguez & Eladio, Scielo, 2009)

Un estudio manifiesta que las maloclusiones constituyen un problema de salud pública desde el punto de vista odontológico, siendo reportado a nivel mundial que para la población pediátrica esta entidad ocupa el segundo lugar en prevalencia,

precedido sólo de la caries dental, el presente estudio revela los siguientes resultados: Clase I 61%, Clase II 9.7%, y Clase III 22.1%, similar a la investigación realizada en Venezuela donde se reveló lo siguiente 41,5% para la Clase I, seguido por 17,5% para la Clase II y un 14% para la Clase III. (Medina C. , 2009) El mismo que guarda similitud con nuestro estudio donde se obtuvo el 34,6% Clase I con y sin apiñamiento; seguida por la Clase III con un 28,3%.

En nuestro estudio en relación con el CEO se obtuvo los siguientes resultados en el rango de 3 a 11 años se encuentran en un nivel (MODERADO); en relación con el CPOD el rango de edad de 6 a 8 tienen 0,7 (MUY BAJO), de 9 a 14 fue 2 (BAJO); los mismos que tienen discrepancia con un estudio realizado en Nueva Esparta donde se obtuvo que “El índice CPOD promedio a los 6 años fue de 1,25 (BAJO), a los 12 años fue de 3,88 (MODERADO) y los 13 años fue de 5,44 (ALTO). Para el índice CEO promedio a los 3 años fue de 7,67 (ALTO) y a los 6 años fue de 7,25 (ALTO)”. (Mendes & Nancy, Ortodoncia WS, 2003)

Un Estudio Epidemiológico de Salud Bucal en Escolares en Ecuador en 1996, menciona que al 88,2% de los escolares menores de 15 años tienen caries, el 84% tiene presencia de placa bacteriana y el 53% está afectado con gingivitis. Además, se evidenció que de los niños examinados el 35% presentaba algún tipo de mal oclusión. (MSP, Mi salud, 2009) Dicho estudio se correlaciona con lo establecido en la presente investigación donde la caries afecta al 77,8% de la población; el 100% presentan placa bacteriana y el 31,4% tienen inflamación gingival.

Según Irigoyen quien realizó el estudio “Prevalencia e incidencia de caries dental y hábitos de higiene bucal en un grupo de escolares del sur de la Ciudad de México, menciona que “más de un tercio de los escolares correspondiente al 39.5%

refirieron cepillarse los dientes de una a dos veces al día” (Rodríguez, Revista Cubana Estomatologica, 2009). El mismo tiene concordancia con nuestros resultados, obteniéndose un 36,4% que se cepillan dos veces al día.

De acuerdo con un estudio de Aguilera, donde se obtuvo que “El índice de higiene es DEFICIENTE ya que el promedio de IHOS es de 2.1” el mismo que no concuerda con la investigación realizada debido a que el 90,4% presenta un índice BUENO de higiene oral (IHOS).

Otro estudio de Rodríguez, Ricardo y col determinó que “los factores de riesgo que más incidieron fueron la dieta cariogénica y la higiene bucal deficiente”(Rodríguez, Revista Cubana de estomatología, 2009)No concuerda con nuestro estudio ya que los niños en un 77,8% presentaron caries, pero si con los factores de riesgo que predisponen la aparición de dicha patología.

Según LÉON, Kenia María “se observó que de los 209 niños examinados, 159 presentaban algún tipo de hábito, para el 76,1 % y solo 50 no tenían hábitos con un 23,9%. En relación con la pérdida prematura de dientes temporales en los niños, se observó solo en 6, para el 2,9 %, los 203 restantes 97,1%.”(Léon, 2007). Al comparar con nuestro estudio no se encontró una muestra significativa sobre hábitos, pero similitud con la pérdida prematura de la dentición temporal con un 11,3%

## 8.CONCLUSIONES

- La principal patología que afecta a la población estudiada es la caries dental con un 77,8%; además se puede observar la presencia de signos inflamatorios como inflamación gingival con un 31,4% y sangrado con un 18% los mismos que son de mucha importancia para una posible aparición de enfermedad periodontal si no es tratada a tiempo; en relación con la fluorosis dental solamente el 15,3% la presentan de tipo leve.
- En relación a la maloclusión, se observa en la dentición temporal el tipo plano terminal recto con un 74%; y en la dentición permanente la mayoría presenta clase I según la clasificación de Angle con un 31,8%; el 8% no se pudo determinar el tipo de oclusión debido a la ausencia del primer molar. Dentro de los hábitos no se consideraron datos significativos encontrándose solamente succión digital y respiración bucal en un 0,4%.
- En relación a la higiene oral de la población, encontramos que el 36,4% se cepillan dos veces al día; el 75,1% utilizan únicamente pasta y cepillo; la técnica empleada es incorrecta con un 89,7%.
- La ingesta de alimentos cariogénicos es de una sola vez al día con el 43,7%; esta información se contradice con la presencia de caries dental
- El 56,3% no presenta patologías; con un 11,3% presentan pérdida prematura de la dentición decidua; con 9,6% mordida bis a bis; y con 8,8% mordida cruzada anterior.

## 9.RECOMENDACIONES

Se recomienda ejecutar las siguientes acciones:

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

## 10.BIBLIOGRAFÍA

- 1) Cuenca Sala, E., Manau Navarro, C., & Serra Majem, L. (2004). Odontología preventiva y comunitaria (Segunda edición ed.). Barcelona, España: MASSON, S.A.
- 2) Ecuador, P. v. (1 de abril de 2008). Viva Loja: La capital musical del Ecuador. Obtenido de <http://www.vivaloja.com/content/view/298/29/>
- 3) Ecuador, P. v. (1 de abril de 2008). Viva Loja: La capital musical del Ecuador. Obtenido de <http://www.vivaloja.com/content/view/298/29/>
- 4) Elsevier. (s.f.). Elsevier. Obtenido de <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911105747853?via=sd&cc=y>
- 5) Escudero Castaño, N., Perea García, M., & Bascones Martínez, A. (2008). DIALNET OAI ARTICLES. Obtenido de Avances en periodoncia e implantología oral: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v20n1/original2.pdf>
- 6) Esquenazi, K. (29 de mayo de 2006). INTRAMED. Obtenido de The American Academy of Periodontology: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=40441>
- 7) GAD. (s.f.). Gobierno Autónomo Descentralizado de Loja. Obtenido de <http://www.loja.gob.ec/contenido/vilcabamba>
- 8) González, F. (2009). Revista de Salud Pública. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42217814013>
- 9) González, M. F., Guida, G., Herrera, D., & Quirós, O. (2012). ORTODONCIA WS. Obtenido de Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art29.asp>

- 10) Harris, N., & García - Godoy, F. (2001). Odontología preventiva primaria. Mexico: Manual Moderno.
- 11) Herrera, M., & Medina, C. (Agosto de 2005). Sciencedirect. Obtenido de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911105747853>
- 12) Herrera, M., & Medina, C. (Agosto de 2005). ScienceDirect. Obtenido de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911105747853>
- 13) Higashida, B. (2000). Odontología preventiva. México: McGraw - Hill Interamericana.
- 14) Humanos, D. d. (18 de mayo de 2010). womenshealth.gov. Obtenido de womenshealth.gov:  
<http://womenshealth.gov/espanol/publicaciones/nuestras-publicaciones/hojas-datos/salud-bucal.pdf>
- 15) INEC. (s.f.). Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Obtenido de [http://www.inec.gob.ec/cpv/index.php?option=com\\_content&view=article&id=232&Itemid=128&lang=es](http://www.inec.gob.ec/cpv/index.php?option=com_content&view=article&id=232&Itemid=128&lang=es)
- 16) LEON, K. (Octubre de 2007). scielo. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072007000400003&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072007000400003&script=sci_arttext)
- 17) León, K. (Diciembre de 2007). scielo. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072007000400003&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072007000400003&script=sci_arttext)
- 18) LOJA, G. M. (2013). GAD MUNICIPAL DE LOJA. Obtenido de <http://www.loja.gob.ec/contenido/vilcabamba>

- 19)Loja, G. M. (2013). Gobierno Autónomo Descentralizado de Loja. Obtenido de <http://www.loja.gob.ec/contenido/vilcabamba>
- 20)López, A. (2001). Conceptos básicos de odontoestomatoloiga para el medio de atencion primaria. Barcelona: MASSON, S.A.
- 21)Matesanz Pérez, P., Matos Cruz, R., & Bascones Martínez, A. (2008). Revista Scielo. Obtenido de Avances en Periodoncia e Implantología: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v20n1/original1.pdf>
- 22)Medina, C. (20 de Enero de 2009). Acta odontologica Venezolana. Obtenido de <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2010/1/art9.asp>
- 23)Medina, C., Laboren, M., Viloría, C., Quirós, O., Alcedo, C., & Molero, L. (2010). ORTODONCIA WS. Obtenido de Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art20.asp>
- 24)Mendes, D. (2003). Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría. Obtenido de <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2003/art7.asp>
- 25)Mendes, D., & Nancy, L. (2003). Ortodoncia WS. Obtenido de <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2003/art7.asp>
- 26)Mendoza Moreira, S. E. (14 de Febrero de 2013). Blog: Tipos de denticiones. Obtenido de <http://tipodedenticiones.blogspot.com/>
- 27)Mooney, B. (2006). Operatoria dental. Buenos Aires: Medico Panamericana.
- 28)Mount, G. (1999). Conservacion y restauracion dela estructura dental. Madrid-España: Harcourt Brace.

- 29)MSP. (2009). Mi salud. Obtenido de [http://instituciones.msp.gob.ec/misalud/index.php?option=com\\_content&view=article&id=228:ecuador-trabaja-en-la-prevencion-de-las-carries-en-ninos&catid=51:mi-salud-al-dia&Itemid=242](http://instituciones.msp.gob.ec/misalud/index.php?option=com_content&view=article&id=228:ecuador-trabaja-en-la-prevencion-de-las-carries-en-ninos&catid=51:mi-salud-al-dia&Itemid=242)
- 30)MSP. (2009). Normatización del Sistema Nacional de Salud.
- 31)Odontocat. (20 de Agosto de 2001). Especialidades: Ortodoncia. Obtenido de <http://www.odontocat.com/ortoclas.htm>
- 32)Odontología, C. d. (2008). Mejoramiento de la calidad de vida de la población escolar y sus familias, mediante la atención integral bucodental enmarcada en los factores: socioeconómicos, culturales y ambiental del Área de afluencia del Hospital Universitario de Motupe del Área de s. Loja.
- 33)Okeson, J. (1999). Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares. Madrid: HARCOURT BRACE.
- 34)OMS. (2004 de Febrero de 2004). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/>
- 35)OMS. (Febrero de 2007). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
- 36)Pellitero, B. (2003). Cocmed. Obtenido de <http://www.cocmed.sld.cu/no73/n73ori7.htm>
- 37)Pública, M. d. (2009). Normatización del Sistema Nacional de Salud.
- 38)Ricarso, R. (25 de Mayo de 2009). Revista Cubana de Estomatologica. Obtenido de [http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol46\\_2\\_09/est06209.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol46_2_09/est06209.htm)
- 39)Rodriguez, R. (25 de Mayo de 2009). Revista Cubana de estomatologia. Obtenido de [http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol46\\_2\\_09/est06209.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol46_2_09/est06209.htm)

- 40)Rodriguez, R. (Mayo de 2009). Revista Cubana Estomatologica. Obtenido de [http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol46\\_2\\_09/est06209.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol46_2_09/est06209.htm)
- 41)Rodriguez, R., & Eladio, T. (Junio de 2009). Scielo. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072009000200006&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072009000200006&script=sci_arttext)
- 42)Roman, M. (2011). Ortodoncia Invisible Malaga. Obtenido de <http://www.ortodonciamalaga.com/ortodoncia/maloclusiones/mordida-cruzada/>
- 43)Salud, O. M. (febrero de 2007). WHO Media centre. Obtenido de Organización mundial de la Salud: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
- 44)Sapp, J. P., Eversole, L. R., & Wysocki, G. P. (2004). Patología oral y maxilofacial contemporanea. Madrid: ELSEVIER.
- 45)Tascón, J. E. (2005). Colombia Medica. Obtenido de <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/356/1125>
- 46)Velásquez, V. (2005). ORTODONCIA WS. Obtenido de Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2005/art8.asp>

## 11.ANEXOS

### ANEXO 1. AUTORIZACIONES

Loja, 7 de Octubre del 2013

Sr. Holguer Alcivar Ontaneda Guarnizo  
DIRECTOR DE LA ESCUELA JULIAN DE RÚA PIZARRO

De mis consideraciones:

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

Yo Tannya Valarezo, coordinadora de la carrera de Odontología, me dirijo a usted para solicitar, la autorización correspondiente a: Ximena Salome Aguirre Cueva, con número de cédula 1104478043 egresada de la carrera de Odontología), para que realice diagnósticos bucales a cada uno de los estudiantes del centro educativo. La información obtenida servirá para que el investigador realice su tesis de grado a través de la realización del macroproyecto: "Diagnostico de Salud Bucal y Factores de Riesgo en los Centros educativos Primarios y Secundarios de las Parroquias Rurales del Cantón Loja, año 2013."

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

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

Atentamente



Dra. Tannya Valarezo  
COORDINADORA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGIA

Ximena Aguirre  
EGRESADO

Sr. Holguer Alcivar Ontaneda Guarnizo  
DIRECTOR DE LA ESCUELA JULIAN DE RÚA PIZARRO

Loja, 7 de Octubre del 2013

Sr. José Juan Torres Torres  
DIRECTOR DE LA ESCUELA "JOSÉ VICENTE ANDRADE"

De mis consideraciones:

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

Yo Tannya Valarezo, coordinadora de la carrera de Odontología, me dirijo a usted para solicitar, la autorización correspondiente a: Ximena Salome Aguirre Cueva, con número de cédula 1104478043 egresada de la carrera de Odontología), para que realice diagnósticos bucales a cada uno de los estudiantes del centro educativo. La información obtenida servirá para que el investigador realice su tesis de grado a través de la realización del macroproyecto: "Diagnostico de Salud Bucal y Factores de Riesgo en los Centros educativos Primarios y Secundarios de las Parroquias Rurales del Cantón Loja, año 2013."

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

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

Atentamente



Dra. Tannya Valarezo  
COORDINADORA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGIA

Ximena Aguirre  
EGRESADO

Sr. José Juan Torres Torres  
DIRECTOR DE LA ESCUELA "JOSÉ VICENTE ANDRADE"

Loja, 7 de Octubre del 2013

Sr. Rosa Virginia Ruilova Sanmartin  
**DIRECTOR DE LA ESCUELA "CUERPO DE PAZ"**

De mis consideraciones:

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

Yo Tannya Valarezo, coordinadora de la carrera de Odontología, me dirijo a usted para solicitar, la autorización correspondiente a: Ximena Salome Aguirre Cueva, con número de cédula 1104478043 egresada de la carrera de Odontología, para que realice diagnósticos bucales a cada uno de los estudiantes del centro educativo. La información obtenida servirá para que el investigador realice su tesis de grado a través de la realización del macroyecto: **"Diagnostico de Salud Bucal y Factores de Riesgo en los Centros educativos Primarios y Secundarios de las Parroquias Rurales del Cantón Loja, año 2013."**

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

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

Atentamente



*Tannya Valarezo*  
Dra. Tannya Valarezo

COORDINADORA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGIA

Ximena Aguirre

EGRESADO

Sr. Rosa Virginia Ruilova Sanmartin  
**DIRECTOR DE LA ESCUELA "CUERPO DE PAZ"**

Loja, 7 de Octubre del 2013

Sr. Segundo Eliseo Ordoñez Rojas  
DIRECTOR "Escuela Juan Montalvo"

De mis consideraciones:

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

Yo Tannya Valarezo, coordinadora de la carrera de Odontología, me dirijo a usted para solicitar, la autorización correspondiente a: Juan Pablo Granda Vélez con N° 1104814262 y Ximena Salomé Aguirre Cueva con N° 1104478043 (egresados de la carrera de Odontología), para que realicen diagnósticos bucales a cada uno de los estudiantes del centro educativo. La información obtenida servirá para que el investigador realice su tesis de grado a través de la realización del macroproyecto: "Diagnostico de Salud Bucal y Factores de Riesgo en los Centros educativos Primarios y Secundarios de las Parroquias Rurales del Cantón Loja, año 2013."

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

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

Atentamente



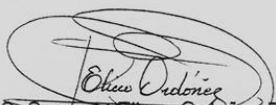
Dra. Tannya Valarezo  
COORDINADORA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGIA



Juan Pablo Granda Vélez  
EGRESADO



Ximena Salomé Aguirre Cueva  
EGRESADA



Sr. Segundo Eliseo Ordoñez Rojas  
DIRECTOR "Escuela Juan Montalvo"



## ANEXO 2. INSTRUMENTOS PARA RECOLECCION DE DATOS

 "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 ..... CARRERA DE ODONTOLOGÍA  
COORDINACIÓN



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

**DATOS GENERALES:**

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

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

**PATOLOGÍAS**

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

**OTRAS PATOLOGÍAS DENTALES**

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

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

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

3. **MALOCLUSIÓN**

**Dentición temporal**

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

**Dentición permanente**

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

4. **FLUOROSIS DENTAL**

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

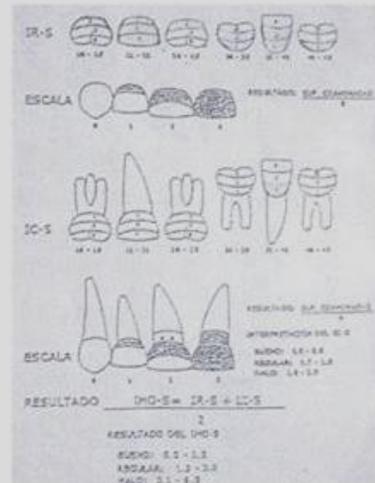
ALTERADA ( )

**ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO IHO-S**

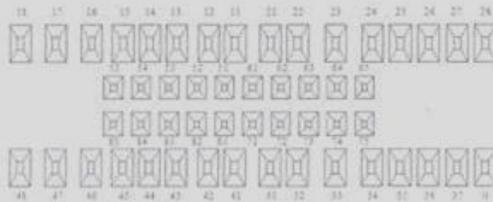
5. **HÁBITOS**

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

6. **PATOLOGÍAS**



**ODONTOGRAMA**



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

Validación de la Historia Clínica por el Especialista Tannya Valarezo

COORDINADOR DE LAS CARRERAS DE ODONTOLOGÍA



### ANEXO 3. UBICACIÓN DE LAS ESCUELAS



Fuente: Establecimiento "Cuerpo de Paz"



Fuente: Establecimiento "José Vicente Andrade"



Fuente: Establecimiento "Julián de Rúa Pizarro"

## ANEXO 4. ENCUESTAS



Fuente: Estudiantes de los centros educativos primarios Julián de Rúa Pizarro, José Vicente Andrade, Cuerpo de Paz y Juan Montalvo.

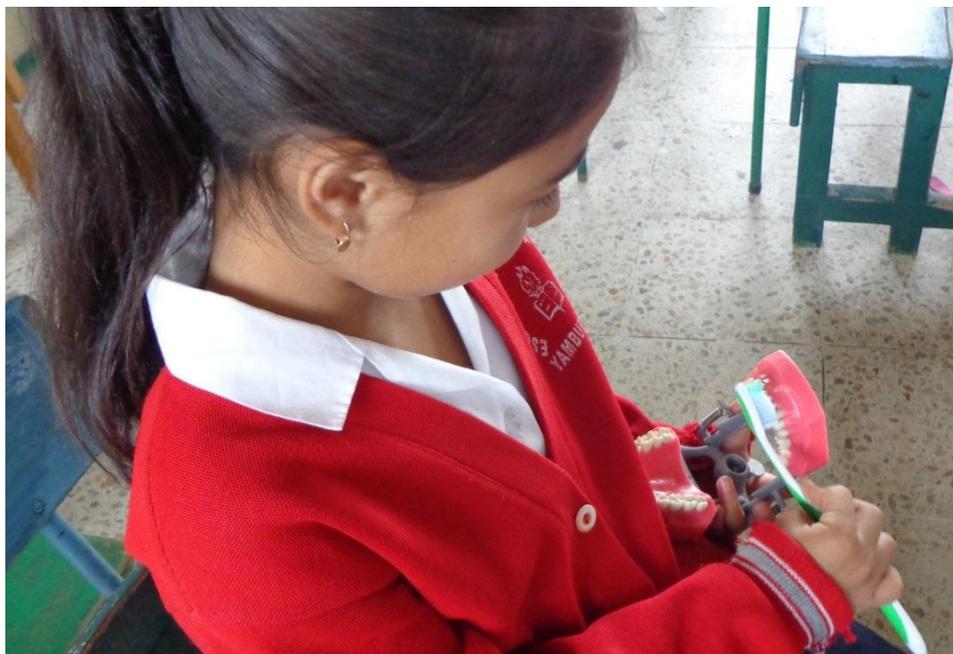


Fuente: Estudiantes de los centros educativos primarios Julián de Rúa Pizarro, José Vicente Andrade, Cuerpo de Paz y Juan Montalvo.

## ANEXO 5. TECNICA DE CEPILLADO



Fuente: Estudiantes de los centros educativos primarios Julián de Rúa Pizarro, José Vicente Andrade, Cuerpo de Paz y Juan Montalvo.



Fuente: Estudiantes de los centros educativos primarios Julián de Rúa Pizarro, José Vicente Andrade, Cuerpo de Paz y Juan Montalvo.

## ANEXO 6. DIAGNOSTICOS BUCODENTALES



Fuente: Estudiantes de los centros educativos primarios Julián de Rúa Pizarro, José Vicente Andrade, Cuerpo de Paz y Juan Montalvo.



Fuente: Estudiantes de los centros educativos primarios Julián de Rúa Pizarro, José Vicente Andrade, Cuerpo de Paz y Juan Montalvo.

## **ANEXO 7. PATOLOGIAS**

### **MORDIDA CRUZADA ANTERIOR**



Fuente: Estudiantes de los centros educativos primarios Julián de Rúa Pizarro, José Vicente Andrade, Cuerpo de Paz y Juan Montalvo.

### **MORDIDA CRUZADA ANTERIOR Y PÉRDIDA PREMATURA DE LA DENTICION DECIDUA**



Fuente: Estudiantes de los centros educativos primarios Julián de Rúa Pizarro, José Vicente Andrade, Cuerpo de Paz y Juan Montalvo.

## **MORDIDA BIS A BIS**



Fuente: Estudiantes de los centros educativos primarios Julián de Rúa Pizarro, José Vicente Andrade, Cuerpo de Paz y Juan Montalvo.

## **MORDIDA PROFUNDA**



Fuente: Estudiantes de los centros educativos primarios Julián de Rúa Pizarro, José Vicente Andrade, Cuerpo de Paz y Juan Montalvo.

## ANEXO 8. CHARLAS SOBRE HIGIENE BUCAL



Fuente: Estudiantes de los centros educativos primarios Julián de Rúa Pizarro, José Vicente Andrade, Cuerpo de Paz y Juan Montalvo.



Fuente: Estudiantes de los centros educativos primarios Julián de Rúa Pizarro, José Vicente Andrade, Cuerpo de Paz y Juan Montalvo.

## ANEXO 9. ENTREGA DE IMPLEMENTOS DE HIGIENE BUCAL

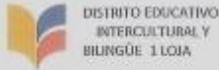


Fuente: Estudiantes de los centros educativos primarios Julián de Rúa Pizarro, José Vicente Andrade, Cuerpo de Paz y Juan Montalvo.



Fuente: Estudiantes de los centros educativos primarios Julián de Rúa Pizarro, José Vicente Andrade, Cuerpo de Paz y Juan Montalvo.

## ANEXO 10. CERTIFICACIONES



DISTRITO EDUCATIVO  
INTERCULTURAL Y  
BILINGÜE 1 LOJA

**REPÚBLICA DEL ECUADOR**  
**MINISTERIO DE EDUCACIÓN**  
**CENTRO EDUCATIVO COMUNITARIO BILINGÜE "JOSÉ VICENTE ANDRADE"**  
*Mollepamba - Vilcabamba - Loja*

*Loja, 06 de noviembre del 2013*

*Prof. José Iván Torres Torres*  
**DIRECTOR DE LA ESCUELA JOSÉ VICENTE ANDRADE**

### **CERTIFICO:**

*Que la Srta. **XIMENA SALOMÉ AGUIRRE CUEVA**, con C.I. 1104478043 respectivamente; Realizó diagnósticos bucales, impartió una charla de prevención y promoción de salud oral y entregó implementos de higiene oral, el día 18 de octubre del presente año, cumpliendo así su labor con absoluta responsabilidad, entrega y compromiso a cada uno de los estudiantes.*

*Es todo cuento puedo certificar en honor a la verdad.*

*Atte*  
  
**José Iván Torres T.**  
**Director-profesor (e)**

Loja, 6 de Noviembre del 2013

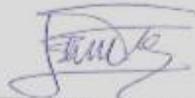
Lic. Beatriz Campoverde V.  
DIRECTORA ENCARGADA DE LA ESCUELA JUAN MONTALVO

*CERTIFICA:*

Que la Srta, XIMENA SALOMÉ AGUIRRE CUEVA con, CI. 1104478043, que el día 15,16, 17 y 18 de octubre del presente año, realizó diagnósticos bucales, impartió charlas de Prevención y Promoción de salud oral y entregó implementos de higiene oral, cumpliendo su labor con absoluta responsabilidad, entrega y compromiso a cada uno de los estudiantes.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad.

Atentamente:



DIRECTORA ENCARGADA



Loja, 6 de Noviembre del 2013

Sr. Holguer Alcivar Ontaneda Guamizo  
DIRECTOR DE LA ESCUELA "JULIÁN DE RÚA PIZARRO"

**CERTIFICA:**

Que la Srta. XIMENA SALOMÉ AGUIRRE CUEVA, con, CI. 1104478043, el día 14 y 18 de octubre del presente año, realizó diagnósticos bucales, impartió charlas de Prevención y Promoción de salud oral y entregó implementos de higiene oral, cumpliendo su labor con absoluta responsabilidad, entrega y compromiso a cada uno de los estudiantes.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad.

Atentamente:



  
Holguer Alcivar Ontaneda Guamizo  
DIRECTOR

## 12.INDICE

CARÁTULA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORÍA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR.....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
1. TÍTULO.....	1
2. RESUMEN.....	2
SUMMARY .....	3
3. INTRODUCCIÓN.....	4
4. REVISIÓN DE LA LITERATURA .....	6
CAPITULO I.....	6
1.1 SALUD BUCAL .....	6
1.2 HISTORIA CLÍNICA .....	6
1.2.1 INTERROGATORIO .....	7
1.3 DIENTE .....	12
1.3.1 DENTICIÓN.....	12
1.4 ALTERACIONES DENTALES.....	13
1.4.1 ALTERACIONES DE NÚMERO .....	13
1.4.2 ALTERACIONES DE FORMA.....	14
1.4.3 ALTERACIONES DE ESTRUCTURA.....	16
1.4.4 ALTERACIONES NO PATOLÓGICAS .....	19
1.5 ENFERMEDADES BUCODENTALES.....	21
1.5.1 CARIES DENTAL.....	21
1.5.2 ENFERMEDAD PERIODONTAL .....	22
1.5.3MALOCLUSIÓN.....	24
MALOCLUSIÓN DE CLASE I.....	25

MALOCLUSIONES DE CLASE II .....	25
MALOCUSIONES DE CLASE III .....	26
CAPITULO II .....	33
2.1 RIESGO.....	33
2.3. FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN LA SALUD – ENFERMEDAD BUCODENTAL .....	34
2.3.1 FACTORES DE RIESGO LOCALES .....	34
2.3.2 OTROS FACTORES.....	37
2.3.3 FACTORES DE RIESGO GENERALES .....	40
CAPÍTULO III .....	41
3. MARCO DE REFERENCIAL.....	41
3.1 CANTÓN LOJA.....	41
3.2 PARROQUIA VILCABAMBA.....	41
5. MATERIALES Y MÉTODOS .....	43
6. RESULTADOS.....	45
GRÁFICA N 1.....	45
GRÁFICA N 2.....	46
GRÁFICA N 3.....	47
GRÁFICA N 4.....	48
GRÁFICA N 5.....	49
GRÁFICA N 6.....	50
GRÁFICA N 7.....	51
GRÁFICA N 8.....	52
GRÁFICA N 9.....	53
GRÁFICA N 10 .....	54
GRÁFICO N 11 .....	55
GRÁFICO N 12.....	56
GRÁFICA N 13 .....	57
GRÁFICA N 14 .....	58
GRÁFICA N 15 .....	59
GRÁFICA N 16 .....	60

GRÁFICA N 17 .....	61
CRUCE DE VARIABLES.....	62
GRÁFICA N 18 .....	62
GRÁFICA N 19 .....	63
GRÁFICA N 20 .....	64
7. DISCUSIÓN.....	65
8. CONCLUSIONES.....	68
9. RECOMENDACIONES.....	69
10. BIBLIOGRAFÍA .....	70
11. ANEXOS .....	75
ANEXO 1. AUTORIZACIONES.....	75
ANEXO 2. INSTRUMENTOS PARA RECOLECCION DE DATOS.....	79
ANEXO 3. UBICACIÓN DE LAS ESCUELAS .....	81
ANEXO 4. ENCUESTAS.....	82
ANEXO 5. TECNICA DE CEPILLADO.....	83
ANEXO 6. DIAGNOSTICOS BUCODENTALES .....	84
ANEXO 7. PATOLOGIAS.....	85
ANEXO 8. CHARLAS SOBRE HIGIENE BUCAL .....	87
ANEXO 9. ENTREGA DE IMPLEMENTOS DE HIGIENE BUCAL.....	88
ANEXO 10. CERTIFICACIONES.....	89
12.INDICE.....	-91-