



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
ODONTOLOGÍA

TÍTULO:

“DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS: “INKA PIRKA”, “RUMIÑAHUI”, “ATAHUALPA”, “MONSEÑOR LEONIDAS PROAÑO N° 3”, “VÍCTOR MARCOS MEDINA” Y “KAPAK RAYMI” DE LA PARROQUIA SAN LUCAS DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013”.

TESIS PREVIO A LA OBTENCION DEL
TÍTULO DE ODONTÓLOGA

AUTOR:

- IRINA VALERIA QUEZADA ZARAGOCÍN

DIRECTOR:

- DOCTOR ESPECIALISTA FRANKLIN QUINCHE

Loja – Ecuador
2013


Loja, Noviembre de 2013

Dr. Esp. Franklin Quinche

DOCENTE DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA

Certifica:

Que la presente tesis titulada “DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS: “INKA PIRKA”, “RUMIÑAHUI”, “ATAHUALPA”, “MONSEÑOR LEONIDAS PROAÑO N° 3”, “VICTOR MARCOS MEDINA” Y “KAPAK RAYMI” DE LA PARROQUIA SAN LUCAS DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013.” elaborada por la señorita Irina Valeria Quezada Zaragocín ha sido planificado y ejecutado 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.



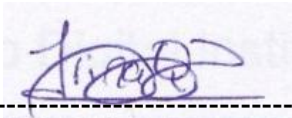
Dr. Esp. Franklin Quinche

Docente de la carrera de Odontología

AUTORÍA

Yo, IRINA VALERIA QUEZADA ZARAGOCÍN, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja a sus representantes jurídicos de posibles o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual

Firma: 

Autor: Irina Valeria Quezada Zaragocín

Cédula: 1104740103

Fecha: Noviembre del 2013

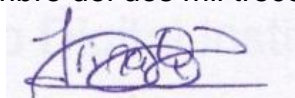
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO

Yo, Irina Valeria Quezada Zaragocín, declaro ser la autora de la tesis titulada “DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS: “INKA PIRKA”, “RUMIÑAHUI”, “ATAHUALPA”, “MONSEÑOR LEONIDAS PROAÑO N° 3”, “VICTOR MARCOS MEDINA” Y “KAPAK RAYMI” DE LA PARROQUIA SAN LUCAS DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013”; como requisito para optar al grado de Odontóloga General; autorizamos al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de Información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la universidad.

La universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 19 días del mes de noviembre del dos mil trece, firma el autor.



Autor: Irina Valeria Quezada Zaragocín
Cédula: 1104740103
Dirección: Epiclachima 06-40 y Colón.
Teléfono: 072582955 celular: 0980746460

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Dr. Esp. Franklin Quinche.
Tribunal de grado: Dra. Leonor Peñarreta.
Dra. Marisela López.
Dra. Tannya Valarezo.

DEDICATORIA

A Dios quien me provee de vida, salud y sabiduría. A mis queridos padres Vicente y Patricia, quienes me apoyaron en todo momento de manera incondicional, a mi hija Danielita quien es la razón de mi ser, a mi hermano Andrés el que es mi amigo inseparable y a toda mi familia que me supo apoyar durante mi formación profesional.

Irina Valeria Quezada Zaragocín

AGRADECIMIENTO

Al culminar con el presente trabajo, expreso mi más sincero y profundo agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, especialmente a la carrera de Odontología, por haber contribuido en mi formación profesional, deo constancia de mi infinita gratitud a todos y cada uno de los señores docentes que me supieron infundir sus enseñanzas y experiencias.

De manera especial agradezco a mi director de Tesis el Dr. Esp. Franklin Quinche, que me guió durante el desarrollo y proceso de mi investigación.

Finalmente agradezco a mis compañeros por su apoyo y comprensión, con los que compartí momentos inolvidables durante el transcurso de nuestra formación.

Irina Valeria Quezada Zaragocín

1. TEMA:

DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS: “INKA PIRKA”, “RUMIÑAHUI”, “ATAHUALPA”, “MONSEÑOR LEONIDAS PROAÑO N° 3”, “VICTOR MARCOS MEDINA” Y “KAPAK RAYMI” DE LA PARROQUIA SAN LUCAS DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013.

2. RESUMEN

Las patologías bucales son un problema relevante en nuestro país y, en la región sur representa un índice importante, por lo que el cantón Loja no está exento de esta realidad tanto en sus parroquias rurales como urbanas. El trabajo de investigación realizado, tiene como objetivo general realizar el diagnóstico de salud bucodental de los alumnos de los centros educativos primarios: “Inka Pirka”, “Rumiñahui”, “Atahualpa”, “Monseñor Leonidas Proaño N° 3”, “Víctor Marcos Medina” y “Kapak Raymi” de la Parroquia San Lucas del cantón Loja año 2013. Este proyecto es de carácter cuantitativo, descriptivo, y transversal y se trabajo con 216 niños de educación básica.

En la parroquia rural San Lucas del cantón Loja, el 100% de los niños de los establecimientos educativos presentaron caries dental e inflamación gingival en un 74,6%, combinado con un 70.8% de sangrado gingival y una oclusión alterada del 9.7%. No se encontró hábito alguno afectando a la población y dentro de las patologías que inciden con mayor frecuencia son pérdida prematura de dentición temporal y mordida abierta anterior con un 3,7% respectivamente y el 65,7% demostró ausencia de fluorosis.

Los resultados obtenidos fueron recolectados mediante una encuesta e Historia Clínica Odontológica.

Palabras claves: **Salud Bucal, Caries, Inflamación Gingival.**

2.1. ABSTRACT

Oral pathologies are a relevant problem in our country and, in southern region it represents an important index, Loja County is not except of this reality either in urban or rural parishes. The objective of this work is to diagnose children's oral health from the following basic education centers "Inka Pirka", "Rumiñahui", "Atahualpa", "Monseñor Leonidas Proaño N° 3", "Victor Marcos Medina" and "Kapak Raymi", located in San Lucas parish that belongs to Loja canton, in 2013. This project is measured by quantitative, descriptive, prospective and cross-sectional methods, using a total of 216 children of basic education.

In rural parish of Loja county, 100% of children of the institutions presented cavities and gingivitis a 74.6%, combined with a 70.8% of gingival bleeding and 9.7% of altered occlusion. There is not bad habits found affecting population and among pathologies presented with major frequency there is premature loss of temporary teeth and opened bite with 3.7%, A 65.7% did not shown fluorosis.

The results were collected through a direct poll and dental medical record.

Key words: **Oral health, cavities, gingival inflammation.**

3. INTRODUCCION

La salud buco dental es parte integral en la salud del individuo; en nuestro país a pesar de que “la salud es un derecho garantizado por el Estado” siguen existiendo problemas a nivel bucal ya que en un “Estudio Epidemiológico de Salud Bucal en Escolares en Ecuador (1996), menciona que al 88,2% de los escolares menores de 15 años tienen caries, el 84% tiene presencia de placa bacteriana y el 53% está afectado con gingivitis. Además, se evidenció que de los niños examinados el 35% presentaba algún tipo de mal oclusión. (MSP DEL ECUADOR, 2009)

Es por ello que se debe brindar especial atención a niños y adolescentes que se constituyen como grupo de riesgo los cuales tienen características que permiten el establecimiento de enfermedades bucodentales. Los adolescentes particularmente atraviesan por una fase de transición sumada al apareamiento de cambios tanto físicos como psicológicos. Por lo que no se dan cuenta de que una correcta salud bucal está ligada directamente con el estado de salud general e incidiendo en la calidad de vida, ya que una sonrisa bonita en un futuro, es la carta de presentación. (HECHAVARRIA. B, 2013)

Las patologías bucales constituyen un problema relevante, que se repite de generación en generación, tanto en sectores urbanos como rurales de nuestro país, es por ello que el gobierno ecuatoriano mediante el Ministerio de Salud Pública (MSP) constituido como el organismo rector de la salud pública, ha propuesto el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), que tiene como propósito “Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población que vive en el territorio ecuatoriano, aportando al Plan Nacional del Buen Vivir, Plan estratégico del MSP y Planes estratégicos Regionales y Distritales mediante la aplicación de acciones integrales de promoción, prevención, curación y rehabilitación, cuyos resultados buscan solucionar las principales necesidades en salud del país, alcanzando resultados de impacto social” (COMPONENTES Y PRODUCTOS, 2010)

En nuestra nación, a pesar del trabajo gubernamental aún hay inequidades en educación y salud, que se acentúan más en los sectores rurales, esto sumado a la

pobreza, determinan que las zonas rurales existan un mayor índice de afecciones en la cavidad oral. Es también visible, la falta de información que ayude a visualizar ampliamente los factores que pueden estar afectando a la salud, la falta de estudios epidemiológicos para saber el estado en que se encuentra la población; para así tomar medidas que beneficien a la comunidad.

Es por ello que se estableció el presente tema de investigación DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS: “INKA PIRKA”, “RUMIÑAHUI”, “ATAHUALPA”, “MONSEÑOR LEONIDAS PROAÑO N° 3”, “VICTOR MARCOS MEDINA” Y “KAPAK RAYMI” DE LA PARROQUIA SAN LUCAS DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013. En importancia de las patologías de la cavidad bucal y su relación con factores de riesgo que pueden coadyuvar o no la presencia de dichas patologías y por medio del cual se puede establecer el grado de salud o enfermedad de la población.

Los objetivos que se plantearon en el proyecto fueron la identificación de los factores de riesgo, presentes en los niños de los centros educativos primarios: “Inka Pirka”, “Rumiñahui”, “Atahualpa”, “Monseñor Leonidas Proaño n° 3”, “Victor Marcos Medina” y “Kapak Raymi” de la parroquia san Lucas y determinar la prevalencia de las patologías bucodentales presentes en los niños de dicho centro de educación. Los resultados encontrados en la parroquia rural San Lucas del cantón Loja refieren que, los niños de los establecimientos educativos presentaron en su 100% caries dental, en un 74,6% de ellos inflamación combinado con un 70.8 % de sangrado gingival, y una oclusión alterada del 9.7%. No se encontró hábito alguno afectando a la población y dentro de las patologías que inciden con mayor frecuencia son pérdida prematura de dentición temporal y mordida abierta anterior con un 3,7% respectivamente y el 65,7% demostró ausencia de fluorosis.

4. REVISIÓN DE LA LITERATURA

CAPITULO I

1. DIAGNÓSTICO DE SALUD DEL CANTÓN LOJA.

1.1 Definición de Diagnóstico de salud

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

1.1.2 Niveles de diagnósticos:

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

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

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

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

1.2 DESCRIPCION DE LA PARROQUIA RURAL SAN LUCAS

1.2.1. Historia

La fundación de la parroquia eclesiástica data de algún tiempo hasta la época; no existen datos importantes en los archivos. Los moradores de este pueblo son en su mayoría indígenas, provenientes de Saraguro; usan idéntica vestimenta, tienen las mismas costumbres y son naturalmente honrados, trabajadores y de sanas costumbres.

A más del Centro Parroquial, hay otros pueblecitos o añejos que tienen sus capillas filiales, siendo los principales de estos añejos: Bellavista, Capur y San Miguel de

Jimbilla. Cada uno de estos añejos está compuesto de importantes barrios muy poblados, y ricos en ganadería y agricultura.



GRÁFICO 1: Parroquia San Lucas

1.2.2. Geografía

La parroquia San Lucas limita al: Norte: con las parroquias Saraguro y San Pablo de Tenta (cantón Saraguro). Sur: con las parroquias Santiago y Jimbilla Este: provincia de Zamora Chinchipe teniendo como límite la línea la Cordillera de Tambo Blanco Oeste: con las parroquias Gualiel y Santiago

Posee una Extensión: 160.11 km². Su clima es: Templado frío. Cuenta con una población de 6.005 habitantes

1.2.3. Actividades económicas y productivas

En la parroquia se cultiva principalmente maíz suave-fréjol, papa, ciertas hortalizas y árboles frutales como el duraznero, y el manzano.

Los pequeños lotes cultivados con una superficie promedio de 0,4 has, se encuentran por lo general junto a la casa de habitación, muy integrada a la vida familiar, por tratarse de una actividad que complementa el uso adecuado de los recursos humanos y asegura una buena parte de sus alimentos.

Los productos agrícolas que tienen una gran perspectiva productiva y de comercialización en la zona son las hortalizas, los frutales y las flores, que en ciertas épocas del año venden parte de sus pequeños excedentes.

En San Lucas las ferias son los sábados, en donde se comercia el ganado y productos agrícolas, su festival de flores y frutas es la última semana de marzo.

1.2.4. Servicios básicos

Los moradores de la parroquia San Lucas cuentan con sistema de alcantarillado sanitario y una planta de tratamiento de aguas servidas que evitará que las aguas del río sigan contaminándose. Poseen agua entubada.

San Lucas cuenta con el servicio de telefonía pública PACIFICTEL y el servicio de telefonía privada Claro.

1.2.5. ESCUELAS Y COLEGIOS

Institución	Docentes	Número de Estudiantes
JOSEFA AMELIA ORTEGA ESPINOZA	1	4
ATAHUALPA N° 18	4	29
UNIDAD EDUCATIVA A DISTANCIA DE LOJA EXT MADRE LAURA MONTOYA	6	97
AMARILIS FUENTES	3	37
INTI PAKARI	3	24
WAKA KUSKA	2	22
BALBINA HIDALGO	9	100
CARCHI N21	4	68
DR MAXIMO AGUSTIN RODRIGEZ	12	147
SANTA CATALINA	11	276
MIGUEL ESPINOSA	1	24
MONSEÑOR LEONIDAS PROAÑO N 3	3	34
UNIDAD EDUCATIVA MUSHUK RIMAK	31	334
LUZ COSTA ZABALETA	2	30
MARIANA DE JESUS GUANUCHE	2	19
ROBERTO ANDRADE	5	43
INKA ÑAN	3	34

AMAWTA WASI	3	28
MONS LEONIDAS PROAÑO NO 2	4	42
RUMIÑAHUI	9	116
YACHAYTA MICHIK	3	13
INKA PIRKA	2	32
KAPAK RAYMI	6	55
VICTOR MARCOS MEDINA	3	31

1.3.6. VIALIDAD

Limpieza y mejoramiento de vías del sector rural de la parroquia.- Se logró mejorar y limpiar las vías de acceso a las siguientes comunidades: (Vinuyacu alto, Naranja Bunque, Nogal, Censo, Bucashi, Ciudadela, Capur. Guardarayas Ciudadela, Moraspamba, Langa.

Apertura de vías urbanas y rurales. (GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DE LOJA)

CAPITULO II

2. RIESGO

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

2.1 FACTORES DE RIESGO

La Organización Mundial de la Salud determina al riesgo como cualquier característica o circunstancia detectable en una persona o grupo de personas; asociándolo con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Los factores de riesgo pueden ser causas o indicadores, pero su importancia radica en que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen (HIGASHIDA. B 2000).

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

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

2.2.1 FACTORES DE RIESGO LOCALES

Los factores locales son:

2.2.1.1 Hábito de higiene bucal

El propósito de la higiene oral es evitar la enfermedad dental mediante la disminución de la acumulación de placa bacteriana que se encuentra sobre los tejidos duros; para una buena higiene oral depende del tamaño de los espacios interdentes posición y morfología dental; así como también el estado periodontal,

la presencia de prótesis, como la habilidad y motivación de cada paciente (CUENCA Y BACA, 2005).

2.2.1.2 Cepillado:

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

2.2.1.3 Técnica de cepillado:

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

2.2.1.4 Frecuencia y duración del cepillado:

Un cepillado de dos veces al día con un dentífrico fluorado es indudablemente eficaz para la prevención de caries dental, en cuanto a su duración se recomienda por lo menos tres minutos, para de esta manera abarcar todas las zonas que se debe limpiar y evitar así las caries dental y enfermedad periodontal por el acumulo de placa bacteriana (CUENCA 2005 Y BARRANCOS, 2006).

2.2.2 FACTORES DE RIESGO GENERALES

Dentro factores de riesgo generales encontramos: 1. Socioeconómicos: en el que hallamos la calidad de vida, estabilidad laboral, ingresos, cobertura asistencial, 2. Ambientales: se toma en cuenta el abastecimiento inadecuado de agua potable; así como también si la madre es reservorio de Streptococcus mutans, 3. Culturales: aquí encontramos escolaridad, valoración de la salud, creencias y costumbres, 4.

Biológicos: como son rasgos genéticos, enfermedades sistémicas tratadas, estado nutricional, estado inmunitario, estrés, enfermedades intercurrentes (COBOS. J. Y GARCÍA. J.J 2005).

CAPITULO III

3. SALUD ORAL

3.1 CONCEPTO DE SALUD ORAL

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

3.2 HISTORIA CLÍNICA

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

El formulario de historia clínica odontológica está dividido en varias secciones:

- ENCABECER DE ESTABLECIMIENTO - DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA:** Incluye campos para el nombre del paciente, edad, sexo, dirección y teléfono.
- Historia de Consulta:** Espacio para describir el motivo de la consulta.
- Antecedentes:** Sección para registrar antecedentes médicos y odontológicos.
- EXAMEN FÍSICO:** Incluye subsecciones para:
 - ODONTOLÓGICO:** Registro de dientes (deciduos, caries, etc.), encías, oclusión, etc.
 - PERIODONTOLÓGICO:** Registro de salud periodontal.
 - LETTERAS:** Registro de hábitos de higiene bucal y otros factores de riesgo.

GRÁFICO 2: Historia clínica

3.3 PATOLOGÍAS

3.3.1 LESIONES DE LOS TEJIDOS DUROS

3.3.1.1 Caries dental

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



GRÁFICO 3: Caries dental

3.3.1.2 FACTORES DE RIESGO DE LA CARIES DENTAL

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

3.3.2 ALTERACIONES DE FORMA

3.3.2.1 Taurodontismo

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



GRÁFICO 4: Taurodontismo

3.3.2.2 Diente Invaginado.

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

3.3.2.3 Cúspides supernumerarias

En este caso los dientes presentan cúspides adicionales o supernumerarias, un ejemplo de ello son las cúspides de Carabelli, la cual se aparece en las superficies mesiolinguales de los primeros molares permanentes del maxilar superior y no representan ningún problema clínico (J. PHILIP SAPP, LEWIS R. EVERSOLE, GEORGE P. WY SOCKI 2005).



GRÁFICO 5: Molar con una cúspide supernumeraria

3.3.2.4 Diente evaginado

Es una anomalía de desarrollo en la cual un área focal de la corona se proyecta hacia afuera y produce lo que parece ser una cúspide adicional o de forma anormal respecto a las cúspides existentes, Afecta principalmente a los premolares, su importancia clínica consiste en que puede interferir en la erupción de dicho diente llevando una erupción incompleta o desplazamiento del diente. (J. PHILIP SAPP, LEWIS R. EVERSOLE, GEORGE P. WY SOCKI 2005)



GRÁFICO 6: Diente evaginado

3.3.2.5 Cúspide en garra

La cúspide en garra o cúspide supernumeraria, esta localiza típicamente sobre la cara lingual de los incisivos centrales superiores, debido a que su extraña forma se asemeja a la garra de un águila. Se origina a nivel de su cíngulo y suele extenderse hasta el borde incisivo como una proyección prominente del esmalte que adopta una forma de T, presentando en algunos casos fositas linguales a ambos lados de la cúspide, para lo que es necesario restaurar para prevenir futuras caries dental (J. PHILIP SAPP, LEWIS R. EVERSOLE, GEORGE P. WYSOCKI 2005).

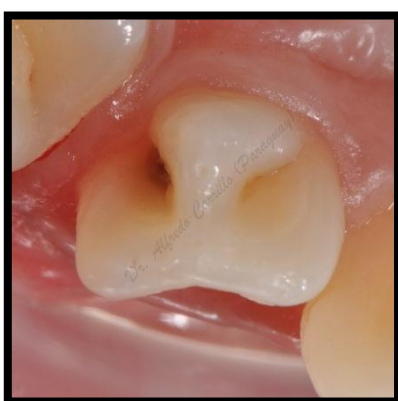


GRÁFICO 7: Cúspide en garra

3.3.2.6 Geminación

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

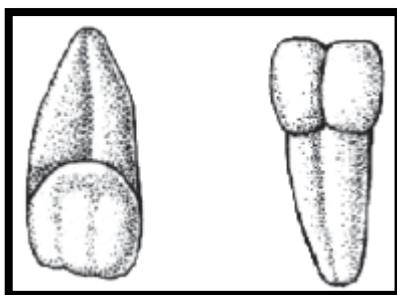


GRÁFICO 8: Geminación

3.3.2.7 Odontodisplasia Regional.

La odontodisplasia regional o dientes fantasmas, es una alteración no hereditaria del desarrollo del diente que se presenta con frecuencia en el maxilar superior y suele afectar a varios dientes contiguos de un mismo cuadrante, se caracteriza por presentar un color amarillento debido a la mala formación de los tejidos del diente produciendo así su destrucción rápida, radiográficamente se la puede identificar por su menor radio densidad del esmalte y dentina, así como también cavidades pulpares ampliar y en algunos casos cálculos de la pulpa (SAPP.P; PHILIP.E ,1998 Y BORDONI. B 2010).



GRÁFICO 9: Odontoplasia Regional (Dientes fantasmas)

3.3.2.8 Fluorosis dental

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



GRÁFICO 10: Fluorosis dental

3.3.2.9 Grados clínicos de la fluorosis dental

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

3.3.2.10 Factores de riesgo de fluorosis

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

3.4 LESIONES DE LOS TEJIDOS BLANDOS

3.4.1 ENFERMEDADES GINGIVALES



GRÁFICO 11: Enfermedad gingival

3.4.1.1 Enfermedad Gingival Inducida Únicamente por placa

La gingivitis es la enfermedad gingival más común en niños, se caracteriza por la presencia de inflamación sin pérdida de inserción o hueso alveolar, se dice que conforme empeora la situación, el tejido gingival enrojece, se inflama y sangra con el cepillado (BOJ. J Y CATALÁ.M 2004).

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

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

3.4.1.3 Enfermedad gingival inducida por fármacos

El agrandamiento gingival que provoca desfiguración estética es un efecto adverso importante asociado con diversos fármacos: anticonvulsivos, inmunosupresores, bloqueadores de los canales de calcio y sus síntomas suelen comenzar después de los tres meses de medicación, y alcanza su intensidad máxima a los 12 -18 meses de tratamiento (LINDHE.J. 2009; BOJ. J, CATALÁ.M. 2004)

3.5 MALOCLUSION

3.5.1 DENTICIÓN TEMPORAL

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

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

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

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

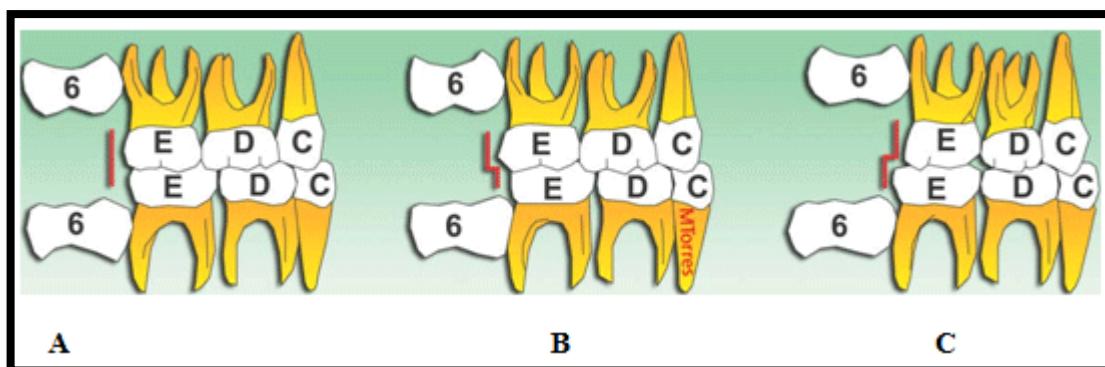


GRÁFICO 12: Escalón recto, escalón mesial y escalón distal

3.5.2 DENTICIÓN PERMANENTE

Clase I

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

Clase II

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

Clase II División I

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

Clase II División II

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

Clase III

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



GRÁFICO 13: Clase de mal oclusión de Angle

3.5.3 TIPO DE DENTICIONES

3.5.3.1 Dentición temporal

La dentición temporal comienza su calcificación al cuarto y sexto mes de vida intrauterina, terminando este proceso al momento del nacimiento, la erupción de esta dentición se realiza en periodos y grupos distintos de tal manera que el primer grupo está formado por los centrales y laterales inferiores los cuales erupcionan a los 5 a 6 meses; mientras que el incisivo central superior erupciona a los 7 a 8 meses, el incisivo lateral superior a los 8 a 9 meses, una vez erupcionados los cuatro dientes anteriores se produce un proceso de adelantamiento posicional ya que estos erupcionan de forma vertical permitiendo así agrandar el arco ganando de esta manera espacio para el alineamiento, el segundo grupo está formado por el

primer molar superior que erupciona a los 14 meses, el canino superior que erupciona a los 18 meses, el segundo molar superior erupciona a los 24 meses, el primero molar inferior a los 12 meses, el canino inferior a los 16 meses y el segundo molar inferior a los 20 meses, de esta manera la aproximadamente a los dos años y medio ya debería estar completa la dentición primaria (ROSA MARÍA MASSÓN-2004).

3.5.3.2 Dentición mixta

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

3.5.3.3 Dentición permanente

En la aparición de la segunda dentición, se da una mayor variabilidad como consecuencia de la influencia de factores hormonales y la deferencia de sexo, pero al igual que la dentición temporal, los dientes permanente también tiene su cronología de erupción es por ello que los primeros molares erupcionan a los 6 años, seguidos de incisivos centrales mandibulares a los 6 - 7 años, los incisivos centrales maxilares y laterales mandibulares a los 7 - 8 años, el incisivo lateral maxilar a los 8 – 9 años, los caninos mandibulares a los 9 – 10 años, el primer premolar maxilar a los 10 – 11 años, el segundo premolar maxilar y primero premolar mandibular a los 10 – 11 años, el segundo premolar mandibular y canino maxilar a los 11 – 12 años y finalmente segundo molar maxilar a los 12 – 13 años (ROSA MARÍA MASSÓN-2004).

3.5.4 PÉRDIDA PREMATURA DE DENTICIÓN DECIDUA

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

3.5.4.2 Pérdida temprana: Se refiere a la pérdida de dientes primarios antes de la época esperada pero sin llegar a comprometer el mantenimiento natural del perímetro o longitud de arco. (REVISTA LATINOAMERICANA DE ORTODONCIA Y ODONTOPEDIATRÍA. 2004-2005).

3.5.5 CAUSAS DE LA PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES

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

3.5.6 TIPOS DE MORDIDAS

3.5.6.1 Mordida abierta

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



GRÁFICO 14: Mordida abierta anterior

3.5.6.2 Mordida Profunda

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



GRÁFICO 15: Mordida profunda

3.5.6.3 Mordida cruzada anterior

En la mordida cruzada anterior los incisivos y/o caninos del maxilar superior se encuentran en posición lingual con respecto a sus homólogos de la mandíbula. (GABRIELA GONZÁLEZ, LAURA MARRERA, 2012).



GRÁFICO 16: Mordida cruzada anterior

3.5.6.4 Mordida cruzada posterior

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



GRÁFICO 17: Mordida cruzada posterior

3.5.6.5 Bis a bis

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



GRÁFICO 17: Mordida bis a bis

3.6 HÁBITOS

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

3.6.1 Succión digital

El hábito de succión digital suele terminar a los 3 o 4 años de edad, lo más frecuente es la succión del pulgar, que es succionado apoyando la yema del dedo sobre la zona retroincisiva superior mientras la parte ungueal se apoya sobre los incisivos inferiores. Los efectos de este apoyo dependerán de la posición intensidad, frecuencia y duración del hábito de succión. (BOJ JUAN, CATALÁ MONTSERRAT Y COL, 2011)

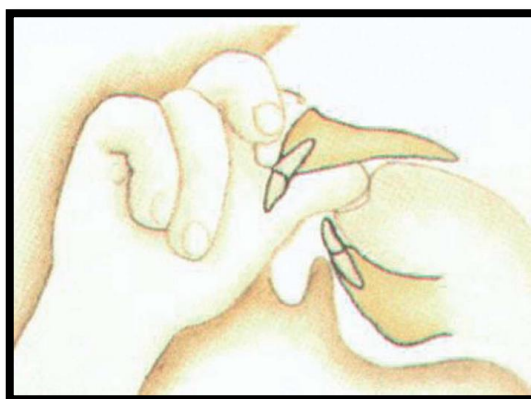


GRÁFICO 18: Succión digital

Efectos bucales:

- ✓ Protrusión de los incisivos superiores (con o sin diastemas).
- ✓ Retroinclinación de los incisivos inferiores.
- ✓ Mordida abierta anterior.
- ✓ Prognatismo alveolar superior.
- ✓ Estrechamiento, de la arcada superior (debido principalmente a la acción del musculo buccinador).
- ✓ Mordida cruzada posterior.
- ✓ Dimensión vertical aumentada (MARÍA FERNANDA GONZÁLEZ, GIANFRANCO GUIDA, DIANA HERRERA. OSCAR QUIRÓS, 2012)

3.6.2 Respiración bucal

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

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

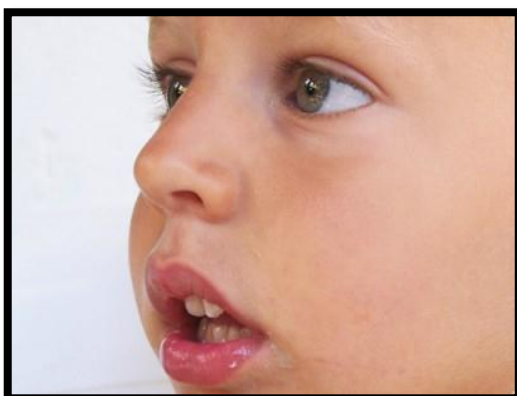


GRÁFICO 19: Respirador bucal

3.6.3 Deglución atípica

Se presenta debido a la interposición de la lengua entre las arcadas dentarias en el acto de deglutir, esto es lo que se denomina lengua protráctil, el individuo para deglutir necesita hacer un vacío que en conjunción con los movimientos de la lengua impulsa el alimento hacia la faringe. Cuando existe lengua protráctil el sellado periférico anterior para producir el vacío necesario, se hace al contactar la lengua con los labios directamente, suele ser una postura adaptativa para lograr un correcto cerrado oral en los casos donde no hay contacto inter incisivo.(CARMEN LUGO, IRASEMA TOYO, 2011)

Consecuencias de la deglución atípica:

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

3.6.4 Interposición lingual

La interposición lingual consiste en la ubicación de la lengua entre las piezas dentarias, ya sea en la zona anterior (a nivel de incisivos) o entre los sectores laterales (a nivel de molares) observada en reposo y/o durante las funciones de deglución y fono articulación (PAMELA AGURTO V, RODRIGO DÍAZ, OLGA CÁDIZ, FERNANDO BOBENRIETH, 1999)



GRÁFICO 20: Interposición lingual

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

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

5 MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio es de tipo **cuantitativo** debido a que sirvió para determinar porcentualmente el estado de salud buco dental de los estudiantes y los resultados obtenidos son expuestos mediante gráficas; **Descriptivo**, determinó la situación de las variables que se estudiaron mediante la descripción de las diversas patologías presentes y **transversal** mediante el cual se estudió las variables que se encuentran afectando a la población.

El área de estudio donde se realizó la presente investigación fue la parroquia San Lucas.

El universo se encontró conformado por 246 estudiantes, de las escuelas “Inka Pirka”, “Rumiñahui”, “Atahualpa”, “Monseñor Leonidas Proaño n° 3”, “Víctor Marcos Medina” y “Kapak Raymi” de la parroquia San Lucas del Cantón Loja año 2013. Se trabajó con el 87,8% de la población.

La muestra estuvo conformada por 216 estudiantes de las escuelas antes mencionadas.

EDAD	3 A 5	6 A 8	9 A 11	12 A 14
FEMENINO	22	39	44	6
MASCULINO	18	45	36	6

Los estudiantes que colaboraron en la recolección de los datos, estuvieron inmersos dentro del criterio de inclusión y en el criterio de exclusión todos los estudiantes que faltaron el día de la recolección de datos, por lo que no se los tomó en cuenta dentro del estudio, siendo 30 niños.

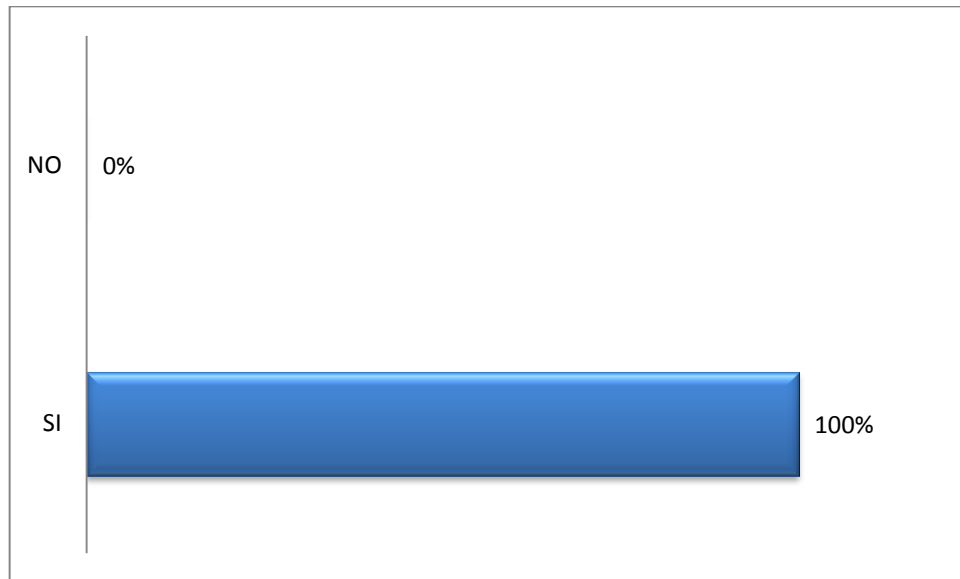
Las variables dependientes en el presente proyecto fueron: caries dental, inflamación gingival y mal oclusiones. Las variables independientes son: Cepillado, Alimentación y Atención odontológica.

Las técnicas utilizadas consisten en la **Observación** y la **Entrevista**; los instrumentos para la recolección de datos fueron, **La Historia Clínica Odontológica**, la **Encuesta** y **Credenciales**.

Los recursos humanos estuvieron conformados por: Directora de la Carrera de Odontología Dra. Especialista Tannya Valarezo; Director: Dr. Especialista Franklin Quinche; Irina Valeria Quezada Zaragocín egresada de la carrera de Odontología año 2013. Personal administrativo, estudiantes y padres de familia de los centros educativos primarios de la parroquia rural San Lucas del cantón Loja. El recurso físico son las escuelas “Inka Pirka”, “Rumiñahui”, “Atahualpa”, “Monseñor Leonidas Proaño n° 3”, “Victor Marcos Medina” y “Kapak Raymi”. Y los recursos materiales consisten en: Set de diagnóstico (espejo, explorador, pinza algodонера), Materiales de bioseguridad, Historia clínicas, Encuestas, Material didáctico, Cámara fotográfica, Computadora, Materiales de escritorio, 216 cepillos dentales, 216 pastas dentales.

6 RESULTADOS

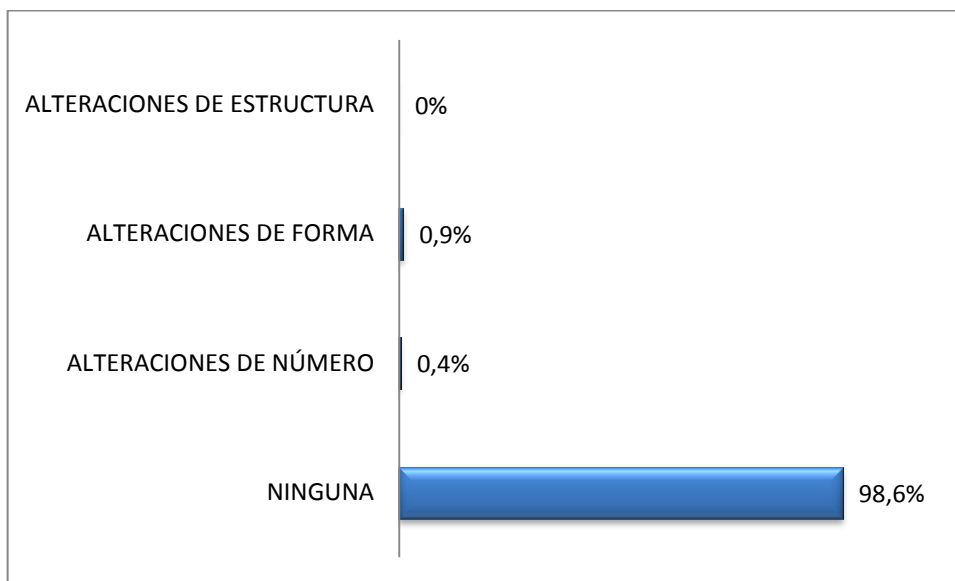
GRÁFICA N°1: PRESENCIA DE CARIES



FUENTE: HISTORIA CLINICA DE LOS ESTUDIANTES DE LAS UNIDADES EDUCATIVAS PRIMARIAS: "INKA PIRKA", "RUMIÑAHUI", "ATAHUALPA", "MONSEÑOR LEONIDAS PROAÑO N° 3", "VICTOR MARCOS MEDINA" Y "KAPAK RAYMI" DE LA PARROQUIA SAN LUCAS DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013.
AUTOR: IRINA VALERIA QUEZADA ZARAGOCIN

INTERPRETACIÓN: De toda la población estudiada (216 niños), que corresponden al 100%, presentaron caries dental, evidenciándose la falta de motivación y prevención en los escolares.

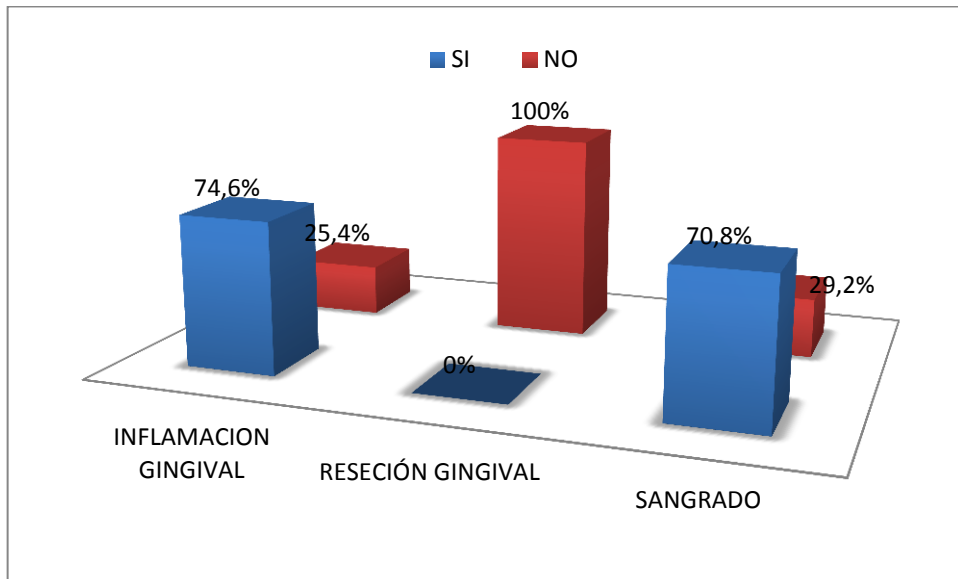
GRÁFICA N°2: ALTERACIONES DENTALES



FUENTE: HISTORIA CLINICA DE LOS ESTUDIANTES DE LAS UNIDADES EDUCATIVAS PRIMARIAS: "INKA PIRKA", "RUMIÑAHUI", "ATAHUALPA", "MONSEÑOR LEONIDAS PROAÑO N° 3", "VICTOR MARCOS MEDINA" Y "KAPAK RAYMI" DE LA PARROQUIA SAN LUCAS DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013.
AUTOR: IRINA VALERIA QUEZADA ZARAGOCIN

INTERPRETACIÓN: De la población estudiada el 98,6% no presentó ninguna alteración dental, mientras que el 0,4% demostraron alteraciones de número, tal es el caso de anodóncia pieza N° 12 y el 0,9% alteraciones de forma como cúspide en garra de la pieza 21.

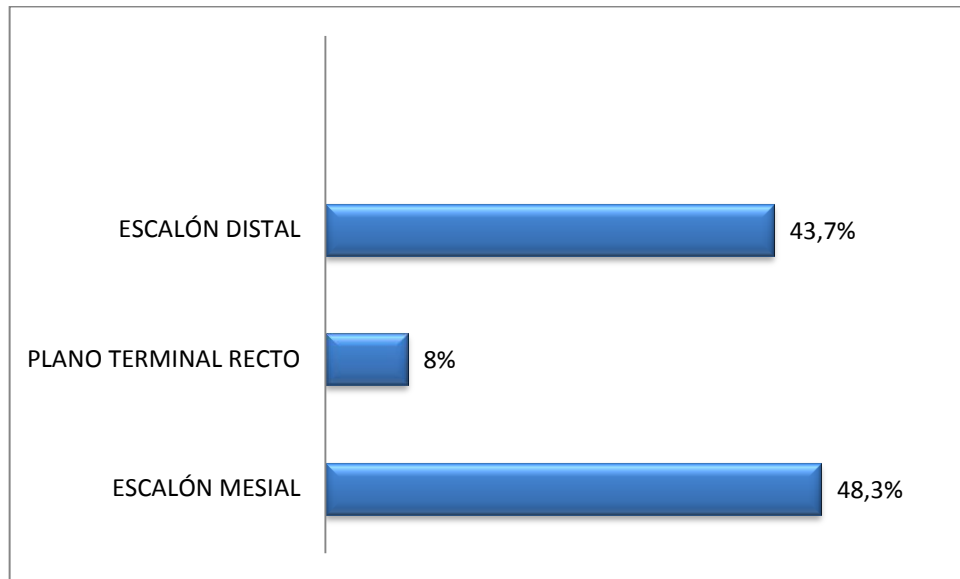
GRÁFICA N°3: ALTERACIONES GINGIVALES



FUENTE: HISTORIA CLINICA DE LOS ESTUDIANTES DE LAS UNIDADES EDUCATIVAS PRIMARIAS: "INKA PIRKA", "RUMIÑAHUI", "ATAHUALPA", "MONSEÑOR LEONIDAS PROAÑO N° 3", "VICTOR MARCOS MEDINA" Y "KAPAK RAYMI" DE LA PARROQUIA SAN LUCAS DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013.
AUTOR: IRINA VALERIA QUEZADA ZARAGOCIN

INTERPRETACIÓN: En la población estudiada el 74,6% presentó inflamación gingival; el 100% tuvo ausencia de recesión gingival y en el 70,8% presentó sangrado gingival, evidenciándose así la falta de higiene bucal por parte de los estudiantes.

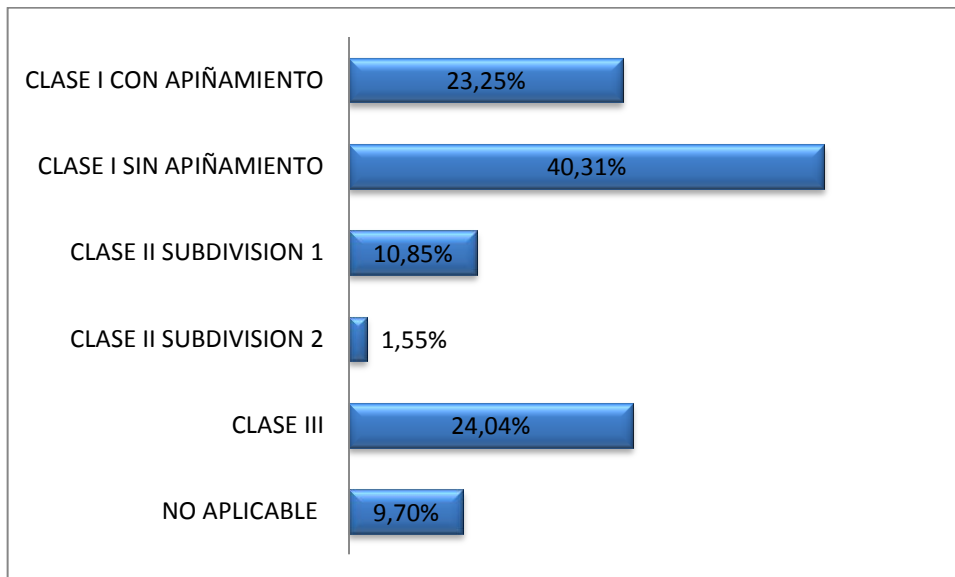
GRÁFICA N°4: RELACIÓN MOLAR EN DENTICIÓN TEMPORAL



FUENTE: HISTORIA CLINICA DE LOS ESTUDIANTES DE LAS UNIDADES EDUCATIVAS PRIMARIAS: "INKA PIRKA", "RUMIÑAHUI", "ATAHUALPA", "MONSEÑOR LEONIDAS PROAÑO N° 3", "VICTOR MARCOS MEDINA" Y "KAPAK RAYMI" DE LA PARROQUIA SAN LUCAS DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013.
AUTOR: IRINA VALERIA QUEZADA ZARAGOCIN

INTERPRETACION: Los estudiantes en esta investigación presentaron en su dentición temporal: escalón mesial, cuando la superficie distal del segundo molar primario inferior esta mesial a la superficie distal del segundo molar superior primario en el que corresponde el 48,3%, plano terminal recto 8% en la que los primeros molares erupcionan en relación borde a borde y escalón distal en un 43,7% cuando la superficie del segundo molar inferior se encuentra distal a la superficie distal del segundo molar superior primario.

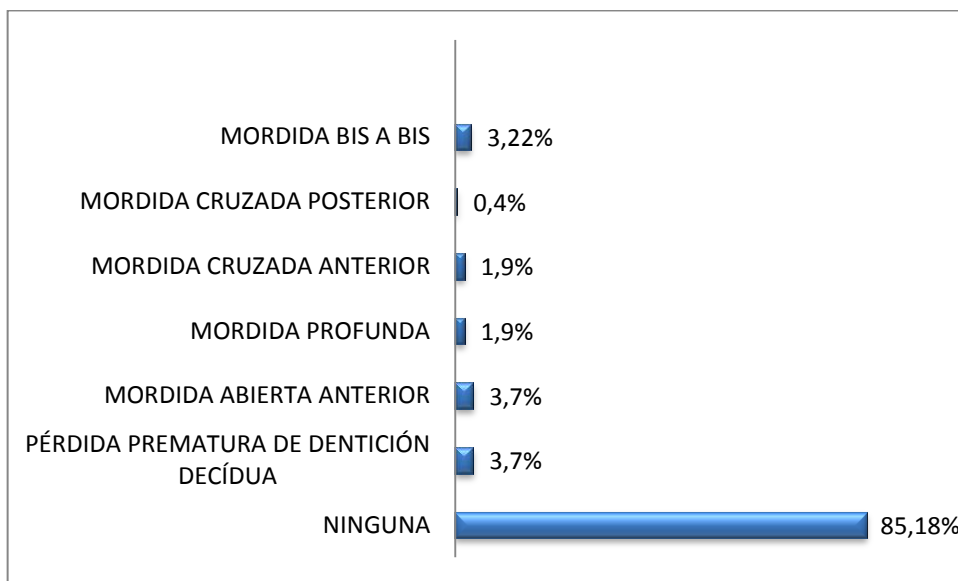
GRÁFICA N° 5: RELACIÓN MOLAR EN DENTICIÓN PERMANENTE (CLASES DE ANGLE)



FUENTE: HISTORIA CLINICA DE LOS ESTUDIANTES DE LAS UNIDADES EDUCATIVAS PRIMARIAS: "INKA PIRKA", "RUMIÑAHUI", "ATAHUALPA", "MONSEÑOR LEONIDAS PROAÑO N° 3", "VICTOR MARCOS MEDINA" Y "KAPAK RAYMI" DE LA PARROQUIA SAN LUCAS DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013.
AUTOR: IRINA VALERIA QUEZADA ZARAGOCIN

INTERPRETACION: De la población estudiada, en la dentición permanente presentaron: Clase I con apiñamiento el 23,25% y sin apiñamiento el 40,31%; Clase II subdivisión 1 el 10,85%, y subdivisión 2 el 1,55%; Clase III el 24,04% y no aplicable en un 9,7%.

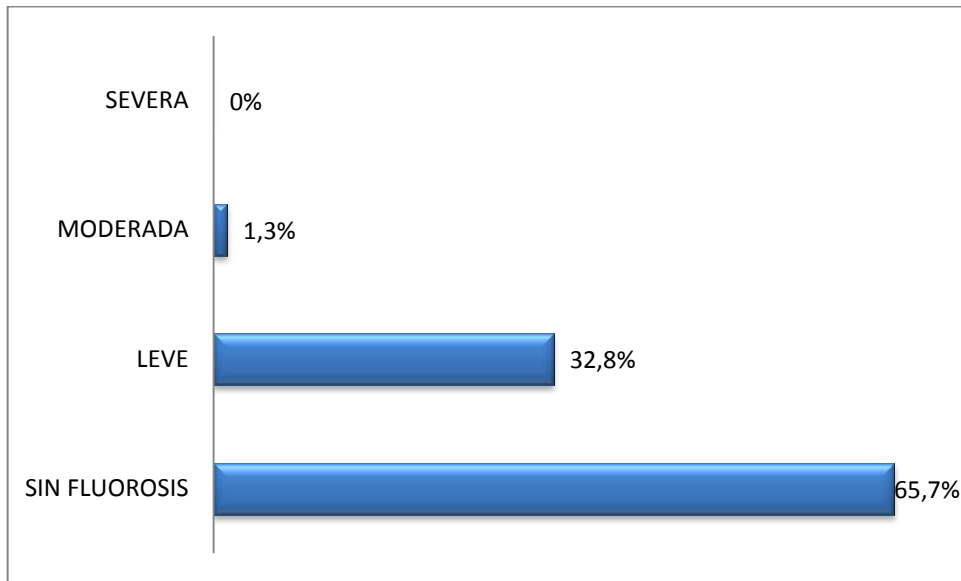
GRÁFICA N°6: ALTERACIONES OCLUSALES



FUENTE: HISTORIA CLÍNICA DE LOS ESTUDIANTES DE LAS UNIDADES EDUCATIVAS PRIMARIAS: "INKA PIRKA", "RUMIÑAHUI", "ATAHUALPA", "MONSEÑOR LEONIDAS PROAÑO N° 3", "VICTOR MARCOS MEDINA" Y "KAPAK RAYMI" DE LA PARROQUIA SAN LUCAS DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013.
AUTOR: IRINA VALERIA QUEZADA ZARAGOCIN

INTERPRETACION: En la población estudiada, el 85,18% no presentó patologías, el 3,2% mordida bis a bis, el 3,7% pérdida prematura de dentición temporal y mordida abierta anterior respectivamente, el 1,8% mordida cruzada anterior y mordida profunda y el 0,4% mordida cruzada posterior correspondientemente.

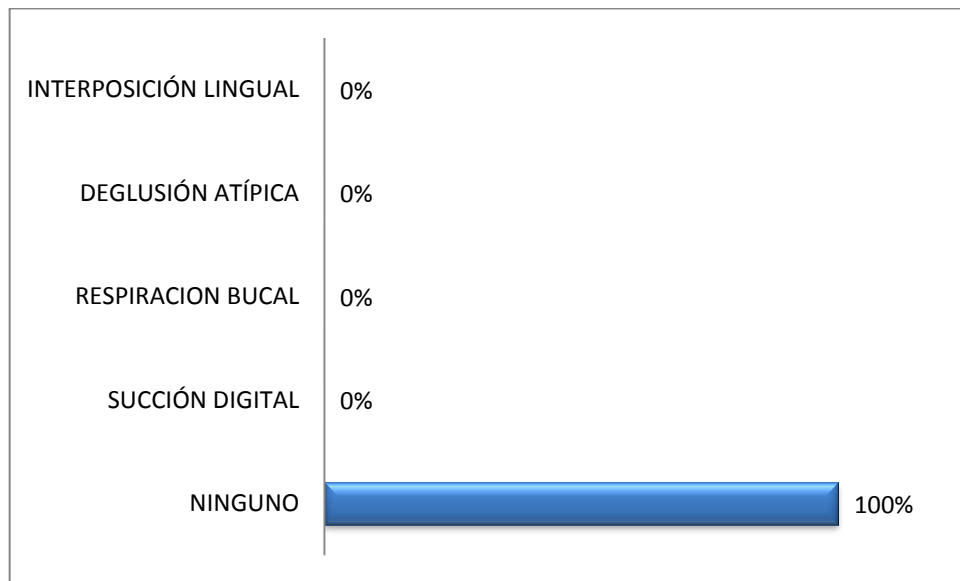
GRÁFICA N°7: FLUOROSIS DENTAL



FUENTE: HISTORIA CLINICA DE LOS ESTUDIANTES DE LAS UNIDADES EDUCATIVAS PRIMARIAS: "INKA PIRKA", "RUMIÑAHUI", "ATAHUALPA", "MONSEÑOR LEONIDAS PROAÑO N° 3", "VICTOR MARCOS MEDINA" Y "KAPAK RAYMI" DE LA PARROQUIA SAN LUCAS DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013.
AUTOR: IRINA VALERIA QUEZADA ZARAGOCIN

INTERPRETACION: De la población estudiada el 65,7% no presento fluorosis dental, en el 32,8% se observaron estrías y líneas irregulares, localizadas sobre todo en los bordes incisales y cúspides de dientes posteriores (grado leve) y en el 1,3% se observaron regiones dentales con manchas de color blancas opacas y café que corresponden a una fluorosis moderada.

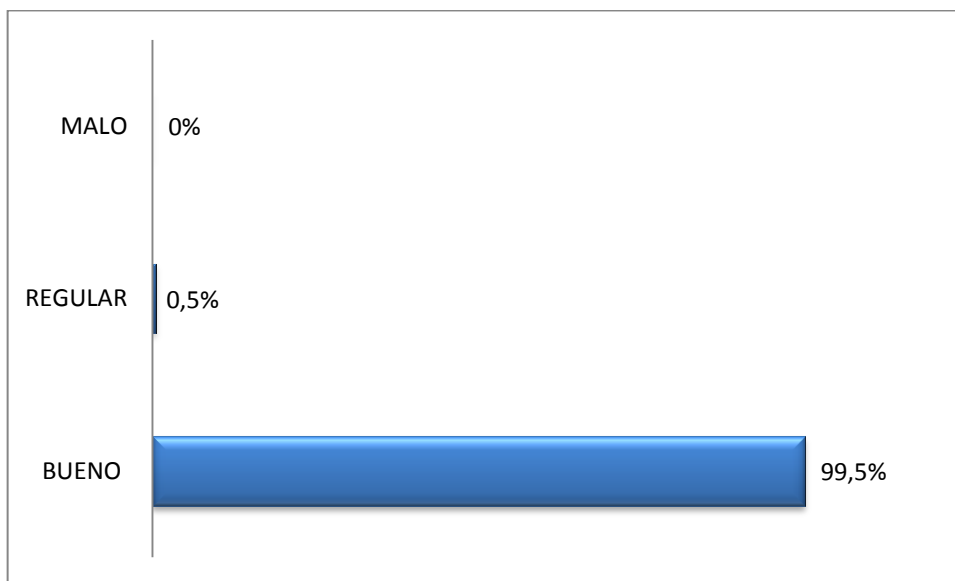
GRÁFICA N° 8: HÁBITOS BUCALES



FUENTE: HISTORIA CLINICA DE LOS ESTUDIANTES DE LAS UNIDADES EDUCATIVAS PRIMARIAS: "INKA PIRKA", "RUMIÑAHUI", "ATAHUALPA", "MONSEÑOR LEONIDAS PROAÑO N° 3", "VICTOR MARCOS MEDINA" Y "KAPAK RAYMI" DE LA PARROQUIA SAN LUCAS DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013.
AUTOR: IRINA VALERIA QUEZADA ZARAGOCIN

INTERPRETACION: Del total de la población estudiada el 100% no presentó hábitos deformatantes.

GRÁFICA N° 9: INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS)

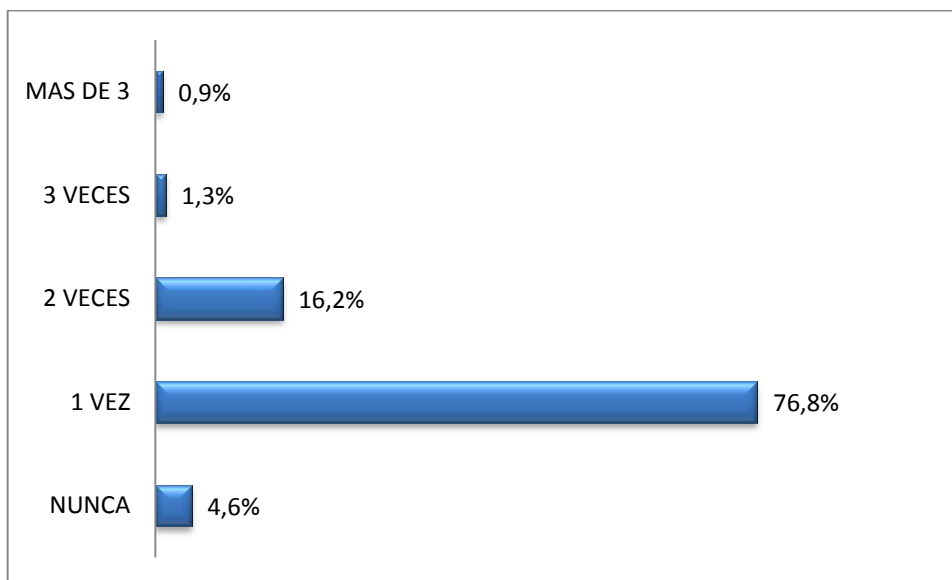


FUENTE: HISTORIA CLINICA DE LOS ESTUDIANTES DE LAS UNIDADES EDUCATIVAS PRIMARIAS: "INKA PIRKA", "RUMIÑAHUI", "ATAHUALPA", "MONSEÑOR LEONIDAS PROAÑO N° 3", "VICTOR MARCOS MEDINA" Y "KAPAK RAYMI" DE LA PARROQUIA SAN LUCAS DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013.
AUTOR: IRINA VALERIA QUEZADA ZARAGOCIN

INTERPRETACION: Del total de la población de escolares estudiados el 99,5% presentó un índice de higiene oral simplificado bueno y el 0,5% regular.

REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA ENCUESTA

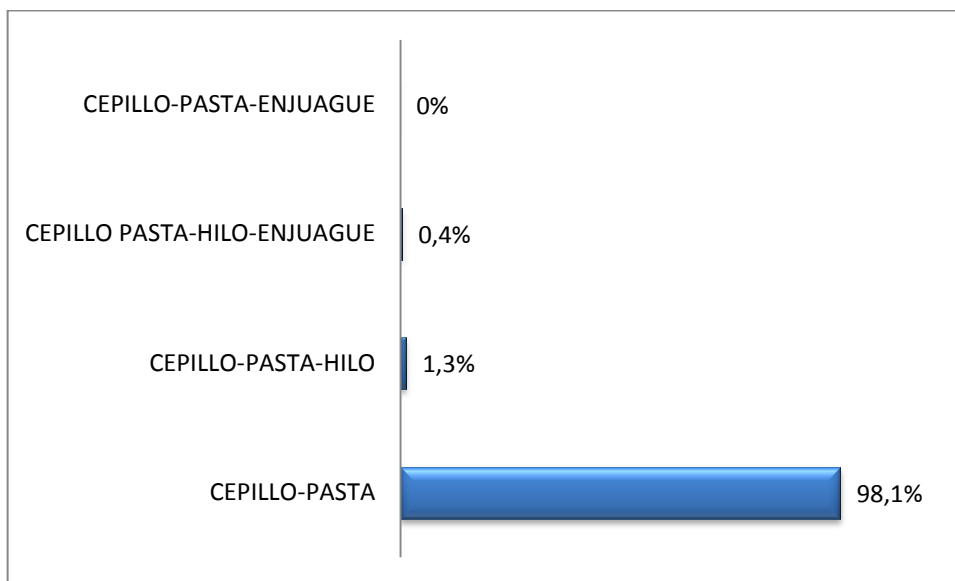
GRÁFICA N°10: FRECUENCIA DE CEPILLADO



FUENTE: HISTORIA CLINICA DE LOS ESTUDIANTES DE LAS UNIDADES EDUCATIVAS PRIMARIAS: "INKA PIRKA", "RUMIÑAHUI", "ATAHUALPA", "MONSEÑOR LEONIDAS PROAÑO N° 3", "VICTOR MARCOS MEDINA" Y "KAPAK RAYMI" DE LA PARROQUIA SAN LUCAS DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013.
AUTOR: IRINA VALERIA QUEZADA ZARAGOCIN

INTERPRETACION: De los estudiantes encuestados el 76,8% se cepillan los dientes una vez al día, el 16,2% dos veces, el 4,6% nunca, en 1,3% tres veces y el 0,9% más de tres veces al día, notándose la falta de motivación por una adecuada higiene bucal de los encuestados.

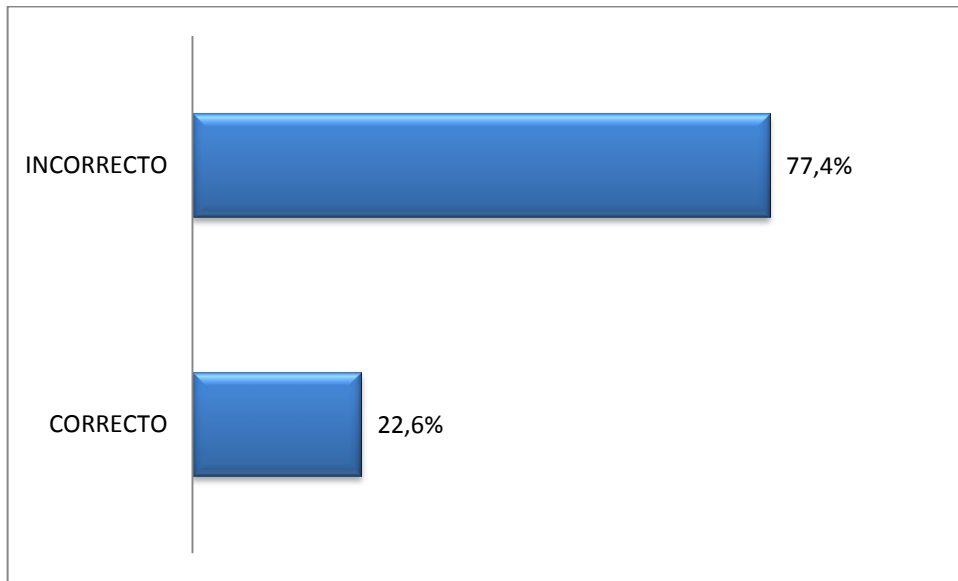
GRÁFICA N°11: ELEMENTOS UTILIZADOS EN LA HIGIENE BUCAL



FUENTE: HISTORIA CLINICA DE LOS ESTUDIANTES DE LAS UNIDADES EDUCATIVAS PRIMARIAS: "INKA PIRKA", "RUMIÑAHUI", "ATAHUALPA", "MONSEÑOR LEONIDAS PROAÑO N° 3", "VICTOR MARCOS MEDINA" Y "KAPAK RAYMI" DE LA PARROQUIA SAN LUCAS DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013.
AUTOR: IRINA VALERIA QUEZADA ZARAGOCIN

INTERPRETACION: Del total de la población de escolares encuestados el 98,1% utilizan en su aseo bucal cepillo y pasta dental, el 1,3% cepillo, pasta e hilo dental y el 0,4% cepillo, pasta, hilo dental y enjuague bucal.

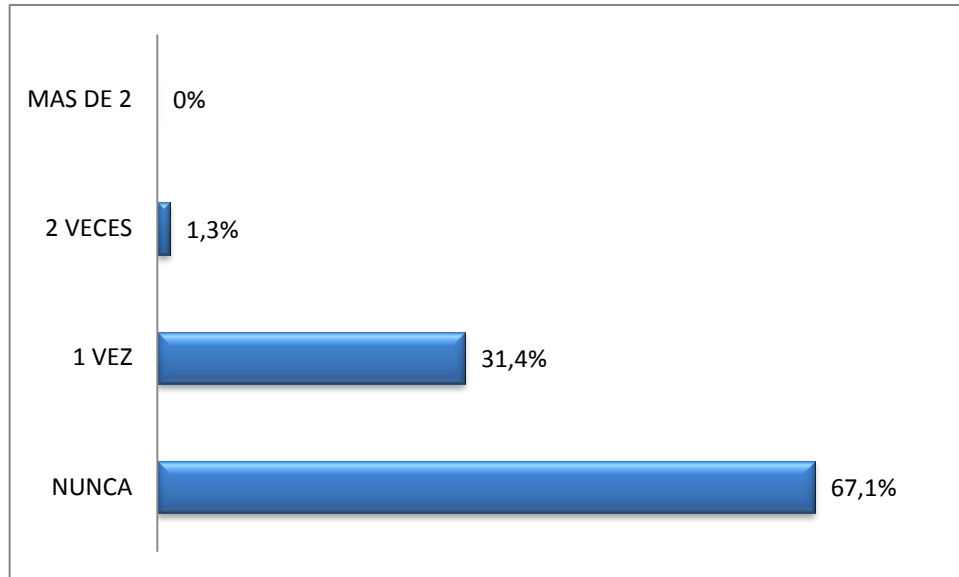
GRÁFICA N°12: TÉCNICA DE CEPILLADO



FUENTE: HISTORIA CLINICA DE LOS ESTUDIANTES DE LAS UNIDADES EDUCATIVAS PRIMARIAS: "INKA PIRKA", "RUMIÑAHUI", "ATAHUALPA", "MONSEÑOR LEONIDAS PROAÑO N° 3", "VICTOR MARCOS MEDINA" Y "KAPAK RAYMI" DE LA PARROQUIA SAN LUCAS DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013.
AUTOR: IRINA VALERIA QUEZADA ZARAGOCIN

INTERPRETACION: Del total de la población de escolares, en el 77,4% se evidenció una técnica de cepillado incorrecto y en el 22,6% un cepillado correcto, esto se aduce a una inadecuada información y escasa educación que reciben los estudiantes ya sea en casa o establecimiento educativo.

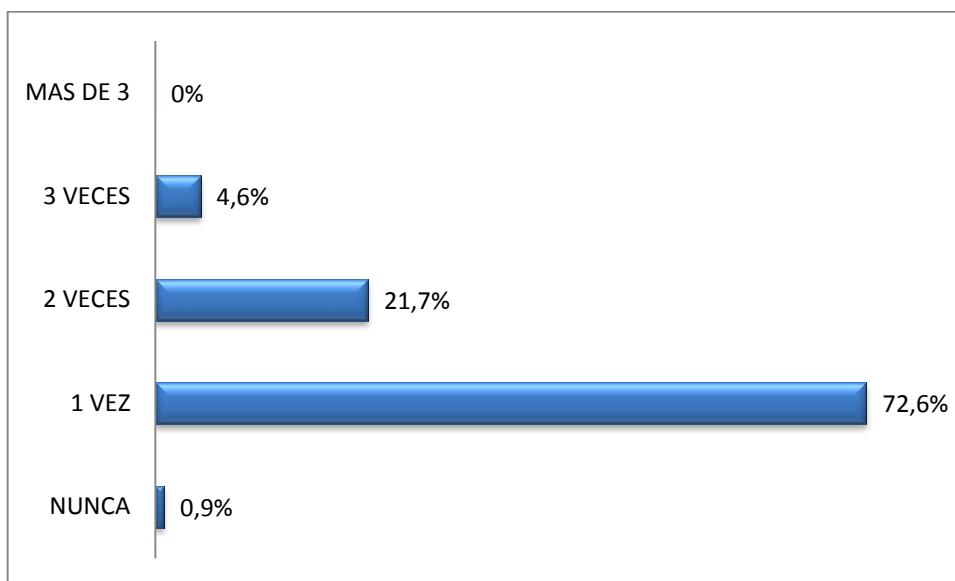
GRÁFICA N°13: FRECUENCIA DE VISITA AL ODONTÓLOGO



FUENTE: HISTORIA CLINICA DE LOS ESTUDIANTES DE LAS UNIDADES EDUCATIVAS PRIMARIAS: "INKA PIRKA", "RUMIÑAHUI", "ATAHUALPA", "MONSEÑOR LEONIDAS PROAÑO N° 3", "VICTOR MARCOS MEDINA" Y "KAPAK RAYMI" DE LA PARROQUIA SAN LUCAS DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013.
AUTOR: IRINA VALERIA QUEZADA ZARAGOCIN

INTERPRETACION: Del total de la población de escolares encuestados el 67,1% nunca asistió al odontólogo, el 31,4% una vez y el 1,3% dos veces al año, por lo que los estudiantes no reciben motivación ni prevención para el cuidado de su salud oral, notándose así patologías bucales.

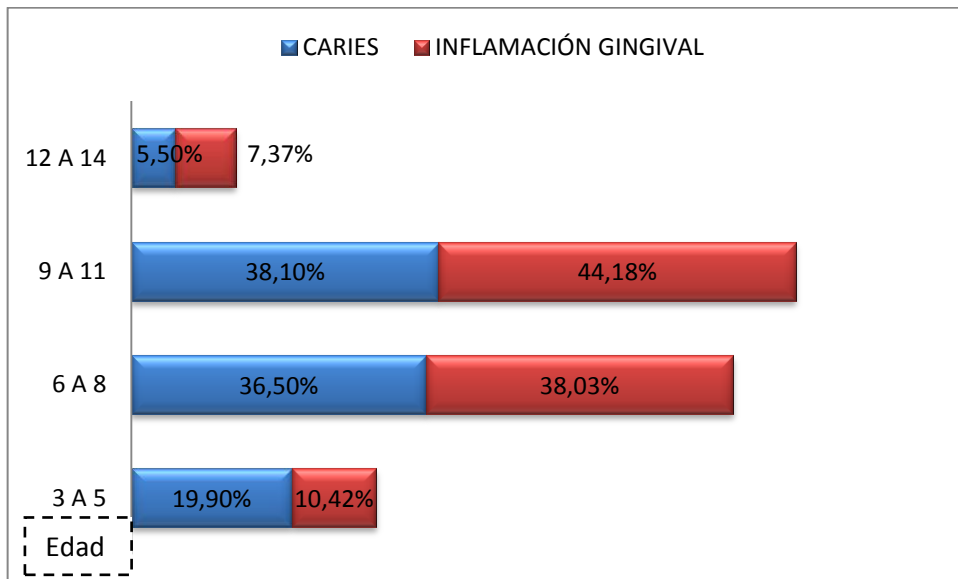
GRÁFICA N°14: FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS CARIOGÉNICOS



FUENTE: HISTORIA CLINICA DE LOS ESTUDIANTES DE LAS UNIDADES EDUCATIVAS PRIMARIAS: "INKA PIRKA", "RUMIÑAHUI", "ATAHUALPA", "MONSEÑOR LEONIDAS PROAÑO N° 3", "VICTOR MARCOS MEDINA" Y "KAPAK RAYMI" DE LA PARROQUIA SAN LUCAS DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013.
AUTOR: IRINA VALERIA QUEZADA ZARAGOCIN

INTERPRETACION: Del total de la población de escolares encuestados el 72,6% consumen alimentos cariogénicos una vez al día, el 21,7% dos veces al día y el 4,6% tres veces al día.

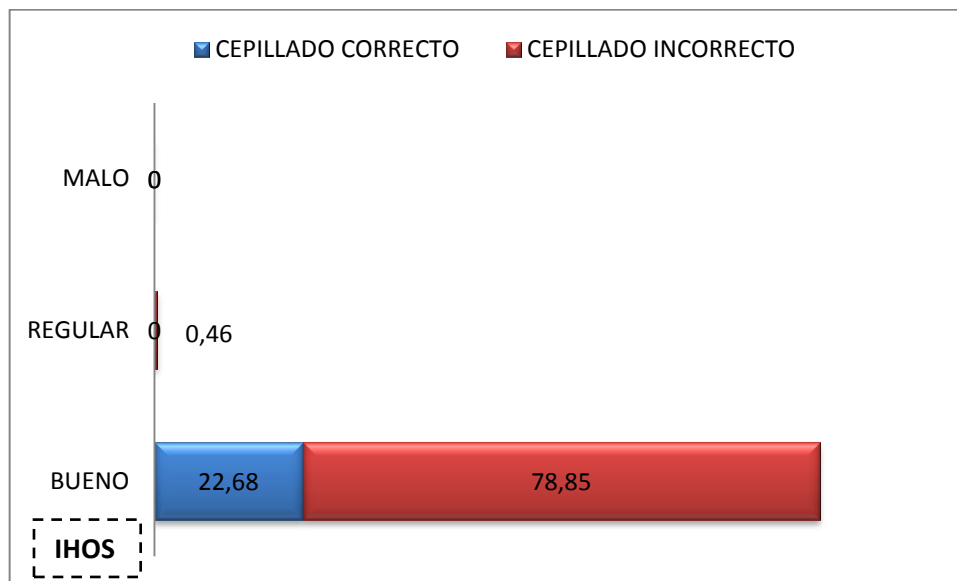
GRÁFICA N° 15: RELACIÓN EDAD – CARIES DENTAL – INFLAMACIÓN GINGIVAL



FUENTE: HISTORIA CLINICA DE LOS ESTUDIANTES DE LAS UNIDADES EDUCATIVAS PRIMARIAS: "INKA PIRKA", "RUMIÑAHUI", "ATAHUALPA", "MONSEÑOR LEONIDAS PROAÑO N° 3", "VICTOR MARCOS MEDINA" Y "KAPAK RAYMI" DE LA PARROQUIA SAN LUCAS DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013.
AUTOR: IRINA VALERIA QUEZADA ZARAGOCIN

INTERPRETACION: Del total de la población estudiada en los rangos de edades de tres a cinco años presentaron caries dental en 19,90% e inflamación gingival en 10,42%; en las edades de seis a ocho años mostraron caries dental en 36,50% e inflamación gingival en 38,03%; de nueve a once años demostraron caries dental en 38,10% e inflamación gingival en 44,18%; y en las edades de doce a catorce años hubo la presencia de caries dental en un 5,5 e inflamación gingival en un 7,37%.

GRÁFICA N°16: RELACIÓN DE TÉCNICA DE CEPILLADO – ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS)



FUENTE: HISTORIA CLÍNICA DE LOS ESTUDIANTES DE LAS UNIDADES EDUCATIVAS PRIMARIAS: "INKA PIRKA", "RUMIÑAHUI", "ATAHUALPA", "MONSEÑOR LEONIDAS PROAÑO N° 3", "VICTOR MARCOS MEDINA" Y "KAPAK RAYMI" DE LA PARROQUIA SAN LUCAS DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013.
AUTOR: IRINA VALERIA QUEZADA ZARAGOCIN

INTERPRETACION: Del total de la población estudiada el 78,85% con un cepillado incorrecto y el 22,68% con un cepillado correcto presentaron un índice de higiene oral simplificado (IHOS) bueno, mientras que el 0,46% con cepillado incorrecto presentó un índice de higiene oral simplificado (IHOS) regular.

**GRÁFICA N° 17: RELACIÓN EDAD – INDICE DE DIENTES CARIADOS –
EXTRACCIÓN INDIACADA – OBTURACIONES (ceo)**

EDAD	FRECUENCIA	c	e	o	INDICE ceo	RIESGO
3 A 5	43	235	7	6	5,76	ALTO
6 A 8	77	498	43	19	7,2	ALTO
9 A 11	60	248	57	14	5,3	ALTO
12 A 14	7	16	6	0	3,14	MODERADO

FUENTE: HISTORIA CLINICA DE LOS ESTUDIANTES DE LAS UNIDADES EDUCATIVAS PRIMARIAS: "INKA PIRKA", "RUMIÑAHUI", "ATAHUALPA", "MONSEÑOR LEONIDAS PROAÑO N° 3", "VICTOR MARCOS MEDINA" Y "KAPAK RAYMI" DE LA PARROQUIA SAN LUCAS DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013.
AUTOR: IRINA VALERIA QUEZADA ZARAGOCIN

INTERPRETACION: Del total de los estudiantes revisados, 43 niños de 3 A 5 años, 77 de 6 A 8 años y 60 de 9 A 11 años presentaron un índice ceo alto, mientras que 7 estudiantes de 12 A 14 años el índice de ceo fue moderado.

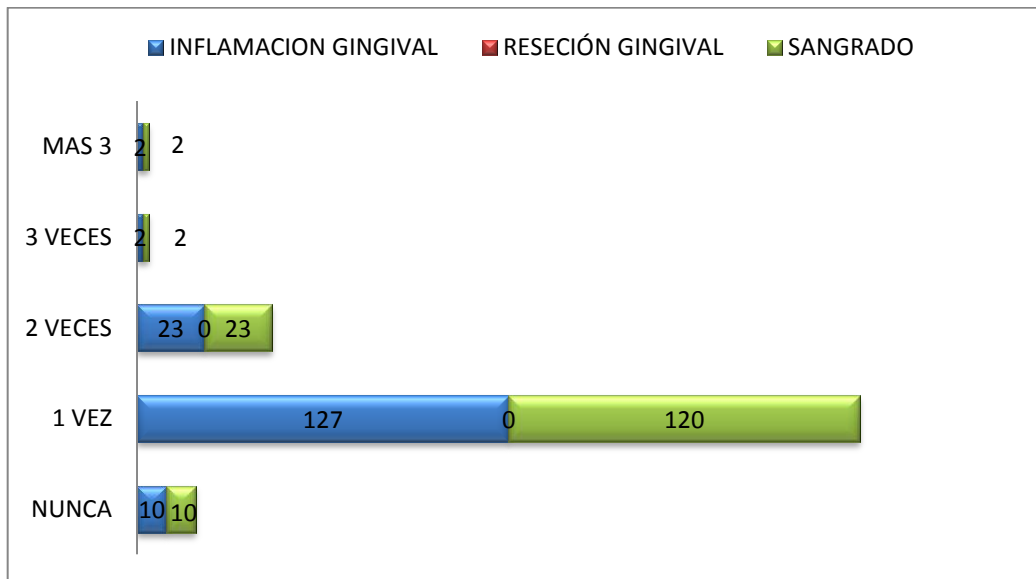
**GRÁFICA N° 18: RELACIÓN EDAD – INDICE DE DIENTES CARIADOS,
PERDIDOS Y OBTURADOS (CPOD)**

EDAD	FRECUENCIA	C	P	O	INDICE CPOD	RIESGO
3 A 5	0	0	0	0	0	
6 A 8	17	34	1	2	37	BAJO
9 A 11	64	180	2	4	186	MODERADO
12 A 14	10	39	4	1	44	MODERADO

FUENTE: HISTORIA CLINICA DE LOS ESTUDIANTES DE LAS UNIDADES EDUCATIVAS PRIMARIAS: "INKA PIRKA", "RUMIÑAHUI", "ATAHUALPA", "MONSEÑOR LEONIDAS PROAÑO N° 3", "VICTOR MARCOS MEDINA" Y "KAPAK RAYMI" DE LA PARROQUIA SAN LUCAS DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013.
AUTOR: IRINA VALERIA QUEZADA ZARAGOCIN

INTERPRETACION: Del total de los estudiantes revisados, 17 niños 6 A 8 años presentaron un índice de CPOD bajo, 65 de 9 A 11 y 10 niños de 12 A 14 años mostraron un índice moderado, siendo valores cuestionables.

GRÁFICA N° 19: RELACIÓN DE FRECUENCIA DE CEPILLADO – SIGNOS INFLAMATORIOS GENERALES



FUENTE: HISTORIA CLINICA DE LOS ESTUDIANTES DE LAS UNIDADES EDUCATIVAS PRIMARIAS: "INKA PIRKA", "RUMIÑAHUI", "ATAHUALPA", "MONSEÑOR LEONIDAS PROAÑO N° 3", "VICTOR MARCOS MEDINA" Y "KAPAK RAYMI" DE LA PARROQUIA SAN LUCAS DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013.
AUTOR: IRINA VALERIA QUEZADA ZARAGOCIN

INTERPRETACION: Del total de la población estudiada, 10 niños que nunca se cepillan los dientes presentaron inflamación y sangrado gingival, los que se cepillan los dientes 1 vez al día 127 mostraron inflamación gingival y 120 niños sangrado gingival, los que se cepillan 2 veces al día, 23 niños tuvieron inflamación y sangrado gingival, los 2 niños que se cepillan 3 veces presentaron inflamación y sangrado gingival y los que se cepillan los dientes más de 3 veces al día en su totalidad presentaron inflamación y sangrado gingival siendo 2 niños respectivamente.

7. DISCUSIÓN

En el presente estudio de investigación se encontró una mayor incidencia de caries en el rango de edad de 9 a 11 años con un 38,10%, los cuales están cursando los años lectivos 5°, 6° y 7° de educación básica, cabe mencionar que toda la población no goza de buena salud bucal ya que el 100% de ella posee tanto en dentición temporal como permanente caries dental, datos que concuerdan con el estudio realizado en la ciudad de Piñas Ecuador en el año 2010, por la escuela de medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja, en el que se encontró que “Los niños de cuarto año de básica, son los que mayormente tiene problemas de caries dental tanto en los dientes permanentes como en temporales, además que del total de los estudiantes de la escuela, el 15,9% gozan de buena salud bucal ya que no se encontró lesión alguna en su dentición” (*Valarezo T. 2010*)

En la presente investigación, se encontró que el 75 niños estudiados de 9 a 14 años poseen un CPOD moderado; pero de los escolares estudiados se observó un Índice de Higiene Oral Simplificado bueno, esto se debe solo a la presencia de placa bacteriana, más no de cálculo dental; de esta población solo un 0,5% que corresponde 1 caso su índice de placa bacteriana fue regular. Datos que concuerdan con un estudio realizado en niños de 6° y 7° año de educación básica en el barrio Pugacho, parroquia urbana del cantón Ibarra de la provincia de Imbabura en el periodo 2007 – 2009 en el que se encontró que “los niños tiene una incidencia de caries de 3.39 (moderado), en la edad de 7 años, con una atención oportuna de prevención detendríamos un CPO de 2.2 y solo cambiaría de cariado © a obturado (O), evitando que pase a perdido (P). Además el índice de placa es 1.27 (regular)” (*Arias R. 2007-2009*).

Con los resultados se observó que los niños que presentaron inflamación gingival son el 74,6%, sangrado gingival el 70,8%, siendo estos, porcentajes altos y habiendo el riesgo de que estos pacientes en un futuro tengan problemas de caries y enfermedad periodontal; resultando también con un índice de higiene oral simplificado bueno (IHOS) en el 99,5%, por lo que estos datos concuerdan con El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Organización

Panamericana de la Salud y Proyecto de Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud en el Ecuador, en el estudio epidemiológico de la salud bucal en escolares fiscales menores de 15 años del Ecuador en el periodo 1995 – 1996 en el que manifiestan que “el porcentaje de los niños que presentan cálculo dental y sangrado gingival es todavía alto en la población escolar, en relación a la frecuencia de placa bacteriana, si bien ha disminuido en relación al estudio del 1988, no se encuentran en los niveles esperados. Así el 84,9% de los escolares examinados presentan algún nivel de placa y el 38% de los niños tienen niveles altos de placa bacteriana, por lo que se puede afirmar que más de la tercera parte de los escolares del Ecuador están en riesgo de afectarse con caries o enfermedad periodontal en el corto plazo.” *(Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Organización Panamericana de la Salud y Proyecto de Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud en el Ecuador. 1995 – 1996).*

Esto demuestra que todavía existe una falta de conocimientos y destrezas en los niños y de motivación de los maestros en las escuelas sobre la importancia de la higiene bucal en la prevención de la caries dental y enfermedad de las encías.

En esta investigación el 65,7% de los niños presentaron ausencia de fluorosis dental, el 32,8% fluorosis leve y el 1,3%, moderada, mientras que en el estudio epidemiológico de la salud bucal en escolares fiscales menores de 15 años del Ecuador en el periodo 1995 – 1996 informa que “la prevalencia de fluorosis dental en el grupo de escolares fue de 94% (desde el nivel cuestionable hasta severo,) en la que el grado moderado tuvo el porcentaje más alto 26,7%” discrepando así con los resultados expuestos y en relación a la oclusión alterada un 9,7% la presento; mientras que en el estudio realizado a menores de 15 años manifiesta que el “13,9% presentan alteraciones oclusales” existiendo una disminución de esta. *(Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Organización Panamericana de la Salud y Proyecto de Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud en el Ecuador. 1995 – 1996).*

En un estudio denominado prevalencia de mal oclusiones dentales en un grupo de pacientes pediátricos menciona que “los resultados demuestran que del total de 479 pacientes, con edades comprendidas entre 1 y 17 años de edad, la maloclusión Clase I presento la mayor prevalencia, observándose en 308 pacientes que corresponden al 64%. La maloclusión Clase II se diagnóstico en 99 pacientes que corresponden al 21% de la muestra y la Clase III en 72 pacientes, el 15%”, mientras que en esta investigación los datos coinciden con la maloclusión Clase I ya que corresponde 63,56% con sus variantes de apiñamiento en el 40,31% y sin apiñamiento el 23,25% siendo un valor similar, pero en la Clase II en 12,4%, divididos en subdivisión 1 el 10,85% y subdivisión 2 el 1,55% y Clase III los datos son totalmente distintos correspondiente a 12,4% y 24,04% respectivamente. (*Prevalencia de maloclusiones dentales en un grupo de pacientes pediátricos, 2010*).

8. CONCLUSIONES

En el siguiente trabajo investigativo se concluye que:

- Realizado el diagnóstico de salud buco dental en los niños de los centros educativos primarios de la parroquia San Lucas, se determinó que en toda la población hay presencia de caries dental. En el 74,6% inflamación gingival y el 70,8% sangrado, demostrándose que existe una completa desinformación acerca de salud bucal.
- En los datos obtenidos, se observó que existe un porcentaje bajo acerca de las alteraciones de forma y número, siendo estos el 0,9% y 0,4% respectivamente.
- Los estudiantes de la parroquia San Lucas del Cantón Loja prestaron en un 9,7% una oclusión alterada, debido a la pérdida de los primeros molares permanentes de la arcada inferior.
- En los centros educativos primarios se comprobó que en un 32,8% hay la presencia de fluorosis leve, en 1,3%, fluorosis moderada y el 65,7% ausencia de fluorosis.
- Se constató que hay ausencia de hábitos.
- Con los diagnósticos realizados se comprobó que el 71,29% de la población no presenta patologías. Pero el 3,7% muestra una pérdida prematura de dentición temporal y mordida abierta anterior.
- En los pacientes estudiados, a pesar del 78,85% de cepillados incorrectos y del 22,68% de cepillados correctos presentaron un índice de higiene oral simplificado (IHOS) bueno, debido a que solo se observó la presencia de placa bacteriana y se presentó solo un caso de cepillado incorrecto con un IHOS regular.

- La mayor incidencia de caries dental con un 38,10% e inflamación gingival con 44,18% de la población estudiada se presentó en el rango de edad de 9 A 11años.

9. RECOMENDACIONES

Dentro del trabajo investigativo se puede recomendar:

- Que la presente investigación sirva de base para que la Universidad Nacional de Loja a través de la Carrera de Odontología, emprenda en una campaña masiva de educación oral, prevención, rehabilitación, control y seguimiento de los casos problemas detectados.
- Que el Gobierno Nacional a través de un convenio entre el Ministerio de Salud y de Educación, incorporen en el pensum de estudios de educación básica, como eje transversal la educación para la salud oral.
- Que el Ministerio de Salud, como política del buen vivir, implemente departamentos odontológicos en todas las parroquias rurales, con la finalidad de educar a la población y prevenir enfermedades bucodentales.
- Que el Ministerio de Educación gestione ante el Ministerio de Salud, la implementación de departamentos odontológicos en todos los establecimientos educativos del país en general y en particular en las instituciones investigadas, y dote de un profesional odontólogo en cada una de ellas.
- Que los Gobiernos Autónomos Municipales y Parroquiales doten de agua potable a todas las parroquias rurales del país ya que la mala calidad del agua afecta tanto a la salud oral como a la salud en general.

10. BLIOGRAFÍA

1. J. PHILIP SAPP, LEWIS R. EVERSOLE, GEORGE P. WY SOCKI.
Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea, Segunda Edición 2005.
pag. 3-21.
2. SAPP, P; EVERSOLE. L WY SOCKI. G. (2005) Patología Oral y
Maxilofacial Contemporánea. Editorial Elsevier España. Segunda
edición. pág. 3-21.
3. BORDONI. B; ESCOBAR. R; CASTILLO M Y OTROS.(2010)
Odontología pediátrica. Las Salud Bucal de niño y del adolescente en el
mundo. Editorial Médica Panamericana. Primera edición. Pág. 557.
4. CÁRDENAS.D.(2003) Fundamentos de odontología. Odontología
Pediátrica. Corporación para investigaciones biológicas. Tercera edición.
Pág. 176.
5. HARRIS. N; GARCÍA. F. (2005). Odontología preventiva primaria.
Segunda Edición Editorial Manual moderno México. Pág. 141-146.
6. BOJ. J, CATALÁ.M. (2004). Odontopediatría. Editorial Masson S.A.
primera edición 2004 capítulo 32,. Paginas367-369.
7. LINDHE,J. (2009) Periodontología clínica e implantología. Quinta
edición, Tomo I editorial médica panamericana pág410.
8. VAJDI,G. (2011) Manual Ilustrado de Cirugía Oral y Maxilofacial.
Panamá: Jaypee-Highlights Medical Publisher.
9. J. R. BOJ; M. CATALA; C. GARCÍA – BALLETTAS; A. MENDOZA;
Odontopediatría. Editorial Masson. S. A. España 2004.

10. HERNÁNDEZ, M. (2007). Epidemiología Diseños y Análisis de estudio. México: Editorial Medica Panamericana
11. JULIO BARRANCOS MOONEY; (2006). *Operatoria Dental*. Buenos Aires. 4 Edición. Editorial Panamericana. P 377 - 378.
12. EMILI CUENCA Y PILAR BACA; (2005). Odontología Preventiva y Comunitaria. 3 Edición. Editorial. Masson.
13. BERTHA HIGASHIDA; (2000). Odontología preventiva. Editorial. Mac Graw-Hill Interamericana. p. 211- 212.
14. JUAN MANUEL COBOS Y JUAN JOSÉ GARCÍA; (2005). Manuel Técnico Superior en Higiene Bucodental. Editorial. Mad. S. L. p. 128 – 129.
15. HERNÁNDEZ, M. (2007). Epidemiología Diseños y Análisis de estudio. México: Editorial Medica Panamericana.
16. GÓMEZ, F.; CAMPOS A. (2009). Histología, Embriología e Ingeniería Tisular Bucodental. México: Editorial Panamericana. Tercera Edición.
17. OBEDIENTE, E. (2007). Fonética y Fonología. Venezuela: Consejo de Publicaciones.
18. OÑATE, L. (2008). Biología I. Venezuela: Cengage Learning.
19. CARDENAS, D. (2003). Odontología Pediátrica. Colombia: Corporación para Investigadores Biológicos, Tercera Edición.
20. VÉLEZ, L. (2004). Ética Médica. Interrogantes acerca de la medicina, la vida y la muerte. Colombia: Corporación para Investigación Biológicos. Tercera Edición.
21. SUSAN KING STRASINGER. Análisis de la Orina y de los Líquidos corporales. Editorial panamericana quinta edición 2010.

- 22.C. RODRIGUEZ. F.J. NAVAS. LECCIONES DE EMBRIOLOGÍA.**
Editorial Universidad de Oviedo (2008).
- 23.B. Y S. CASTRO DEL POZO. Manual de Patología General.** Editorial Masson. Sexta Edición. Barcelona España. Publicación 2006.
- 24. LUIS ARTURO DE LEÓN SALDAÑA. Odontopediatria.** Universidad de San Carlos de Guatemala (2009).
- 25. ROBERT A. NOVELLINE. (2003). Fundamentos de radiología.** Editorial Masson. 1º Edición.
- 26. MARÍA JOSÉ AGUILAR (2001). La Participación Comunitaria en Salud ¿Mito o Realidad?** Editorial. Díaz de Santos. P. 12.
- 27. CARRANZA / SZNAJDER (1996). Compendio de Periodoncia.** Editorial. Medica Panamericana. 5º Edición. Capítulo 4. P. 31.
- 28. V. SMITH; E. FERRES, M. MONTESINOS, CASTRO. GIRONA. (2002).** Manual de Embriología y Anatomía General. 2º Edición. P. 236.
- 29. ARTÍCULO: J. PEYRÍ. (1998). Patología Ungueal** Protocolos diagnósticos y terapéuticos en dermatología pediátrica; Disponible en: http://hispasante.hispagenda.com/documentacion/guias/medicina/dermatologia/pdtdp/22_Patologia_ungueal.pdf.
- 30. DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA, 2005 Espasa – Calpe** disponible en: <http://www.wordreference.com/definicion/diagn%C3%B3stico>.
- 31. DENTAL DENT. 2013. Que es un diastema.** Disponible en: <http://www.deltadent.es/blog/2010/04/23/que-es-el-diastema-dental-clinica-dental-en-madrid-deltadent/>.

- 32.** FUNDACIÓN NACIONAL PARA LAS DISPLASIAS ECTODÉRMICAS. Guía familiar para las displasias ectodérmicas. 1998. Disponible en: <http://www.displasiaectodermica.org/pdfs/gfnfed.pdf>.
- 33.** ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 2013. Enfermedades crónicas. Disponible en: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/.
- 34.** DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA, 2005 Espasa – Calpe disponible en: <http://www.wordreference.com/definicion/enfermedad>.
- 35.** THE FREE DICTIONARY, 2013. Esclerótica. Disponible en: <http://es.thefreedictionary.com/escler%C3%B3tica>.
- 36.** DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA, 2005 Espasa – Calpe, disponible en: <http://www.wordreference.com/definicion/escolaridad>.
- 37.** DEFINICIÓN DE. 2008 – 2013 copyright. Disponible en: <http://definicion.de/inmunidad/>.
- 38.** THE FREE DICTIONARY, 2013. Estanciero. Disponible en: <http://es.thefreedictionary.com/estanciero>.
- 39.** CONSTANZA MERCEDES. Feb (2001). Esmalte. (86 diapositivas preparadas por Constanza Mercedes). Disponible en: <http://www.slideshare.net/constanzamercedes/esmalte-cons>.
- 40.** INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA- (Madrid, 2013). Disponible en: www.ine.es/indicadores.demograficos/.
- 41.** PETER PARHAM. Inmunología. Editorial medica Panamericana Amazon.com. (2005) Disponible en: http://books.google.com.ec/books?id=IX3Sqib_1ooC&pg=PA437&dq=inmunosupresor&hl=es419&sa=X&ei=dOpvUomYHtjd4APb_oD4Dg&ved=0CEwQ6AEwBzgK#v=onepage&q=inmunosupr.

- 42.** DICCIONARIO BABYLON (2013). Disponible en:
<http://diccionario.babylon.com/isquemia/>.
- 43.** GRUPO PERALVILLO (2013). Disponible en:
<http://es.scribd.com/doc/21514181/Modelo-de-atencion-integral-de-salud-MAIS>.
- 44.** ONSALUS. DICCIONARIO (2013) Médico. Disponible en:
<http://www.onsalus.com/diccionario/anticonvulsivante/1499>
- 45.** SCIENTIFIC COMMITTEES (2010). Diccionario Médico. Disponible en:
<http://ec.europa.eu/health/opinions/es/biocidas-resistencia-antibioticos/glosario/abc/biofilm.htm>
- 46.** ENCICLOPEDIA LIBRE UNIVERSAL EN ESPAÑOL 2011. Calidad de vida. Disponible en: http://enciclopedia.us.es/index.php/Calidad_de_vida
- 47.** MONTESINOS DANIELA. Resumen capítulo 1 libro “Dental Caries”/Portafolio No.3 CICB2011.05/12/2011. Disponible en:
<https://sites.google.com/site/portafolio3cicb2011/3-resumen-capitulo-1-libro-dental-caries>
- 48.** GUZMÁN F. Y ARIAS A. La historia Clínica: elemento fundamental del acto médico. Artículo especial. Colombia 2012. Disponible en:
<http://www.ascolcirugia.org/revista/revistaeneromarzo2012/6-%20Historia%20clinica.pdf>
- 49.** HIDALGO E. La caries dental. Algunos de los factores relacionados con su formación en niños. Revista Cubana de Estomatología. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072008000100004&script=sci_arttext
- 50.** REVISTA ADM. ASOCIACIÓN DENTAL MEXICANA. Piezas con fluorosis dental (1997). Volumen IV. Pág.220 Disponible en:

<http://books.google.es/books?id=WzaaAAAAIAAJ&pg=PA186&dq=Revista+ADM.+Asociaci%C3%B3n+dental+Mexicana.+Volumen+IV,+Agosto&hl=en&sa=X&ei=MWFsUoC6H9TJkAe60IHQAQ&ved=0CDUQ6AEwAQ#v=onepage&q=Revista%20ADM.%20Asociaci%C3%B3n%20dental%20Mexicana.%20Volumen%20IV%2C%20Agosto&f=false>

- 51.** AZPEITIA.L; VALADEZ. M. (2009) Factores de riesgo para fluorosis dental en escolares de 6 a 15 años de edad. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2009/im093f.pdf>
- 52.** FLAVIO VELLINI, Ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica. (2009). (en línea).Sao Paulo.Artes Medicas. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art23.asp>
- 53.** ROSA MARIA MASSÓN, Desarrollo de los dientes y la Oclusión. (en línea).Disponible en: <http://articulos.sld.cu/ortodoncia/files/2009/12/desd-y-o-maestri.pdf>.
- 54.** REVISTA LATINOAMERICANA DE ORTODONCIA Y ODONTOPEDIATRIA. (2004-2005). Caracas Venezuela Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art17.asp>.
- 55.** GONZÁLEZ, G. Y MARRERO L. (2012). Mordida Cruzada Anterior. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría, disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art19.asp>.
- 56.** APARECIDO, O. (2011). Mordida cruzada posterior. Corrección y consideraciones. Caso clínico con 7 años de seguimiento. Acta Odontológica Venezolana, 49 (13). Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2011/1/art12.asp>.
- 57.** GONZÁLEZ, M., GIANFRANCO, G., HERRERA, D., QUIRÓS, O. (2012). Maloclusiones asociadas a: Hábito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y

Odontopediatría, disponible en:
<http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art29.asp>.

58. LUGO, C., TOYO, I. (2011). Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las Maloclusiones. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría, disponible en:
<http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art5.asp>.

59. AGURTO. P. DÍAZ, R. CÁDIZ, O. BOBENRIETH, F. (1999). Frecuencia de Malos Hábitos Orales y su Asociación con el Desarrollo de Anomalías Dentomaxilares en Niños de 3 a 6 Años del Área Oriente de Santiago. Revista Chilena de Pediatría, Disponible en:
http://www.scielo.cl/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0370-41061999000600004&LNG=EN&NRM=ISO&TLNG=EN

60. JUAN PABLO VILLA BARRAGÁN; Diagnóstico de Servicio de Salud. (24 diapositivas preparadas por Juan Pablo Villa). 2012 Abril 15. Obtenible en: http://www.pediatria.gob.mx/diplo_diagsit.pdf.

61. NUMAN MALDONADO. Plan Participativo de Fortalecimiento de la Democracia y Desarrollo del Cantón Loja. 2005 Marzo. Disponible en:
www.loja.gob.ec/files/docman/diagnostico.pdf.

62. GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DE LOJA. Detalles de la parroquias rurales y urbanas del Cantón Loja. 2013. Disponible en: <http://www.loja.gob.ec>.

63. MERCEDES TORRES. Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial del Cantón Loja. 2011. Disponible en:
www.loja.gob.ec/files/docman/indice.pdf.

64. JHON ORTEGA; SANTIAGO SILVA Y SILVANA BOROJA. Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial. 2011 Disponible en:
<http://www.vilcabamba.gob.ec/index.php/pdot>.

- 65.**GAZETA DENTAL (2011). Prevalencia de enfermedades odontológicas registradas en el Servicio de Odontología, II Zona Naval, San Cristóbal, Galápagos. Revista Gazeta Dental. Disponible en: <http://www.gacetadental.com/2011/09/estudio-de-la-prevalencia-de-enfermedades-odontologicas-registradas-en-el-servicio-de-odontologia-ii-zona-naval-san-cristbal-galpagos/>
- 66.**ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2009). Determinantes y desigualdades en salud Ecuador. Disponible en: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?id=40&option=com_content
- 67.**SALAZAR N. (2009). Prevalencia de maloclusiones en niños escolares del departamento de Tumbes. Memoria para optar el título de Cirujano Dentista Lima-Perú 2003. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2765/1/salazar_fn.pdf
- 68.**MEDINA C. (2009). nombrado Prevalencia de Maloclusiones dentales en un grupo de pacientes pediátricos. Revista Odontológica Venezolana. Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2010/1/art9.asp>
- 69.**HERNANDEZ A. (2010). Intervención educativo-curativa para la prevención de caries dental en niños de 5a 12 años. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2111/211116132005.pdf>
- 70.**VALAREZO, TANIA. Educación, (2010) Prevención, Promoción y Recuperación de la salud bucal de los alumnos de segundo a séptimo año de educación básica de la escuela Manuel Sigiberto Loaiza de la Ciudad de Piñas, disponible en <http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/.../1/TESIS%20DE%20ODONTOLOGIA.pdf>
- 71.**ARIAS, RUTH. (2007 – 2009) Características de las prácticas de prevención y patologías bucodentales, en los niños/as de sexto y séptimo de educación básica, de las escuelas del sector de Pugacho.

Disponible

en:

<http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/2173/3/TESIS221.pdf>

72. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR, ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Y PROYECTO DE FORTALECIMIENTO Y AMPLIACIÓN DE LOS SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD EN EL ECUADOR, en el estudio epidemiológico de la salud bucal en escolares fiscales menores de 15 años del Ecuador en el periodo 1995 –1996 disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OH_ECU_EpidemEscolDesc1996.pdf

73. UNIVERSIDAD DE VENEZUELA, facultad de Odontología, Prevalencia de maloclusiones dentales en un grupo de pacientes pediátricos, (2010). Vol 48 n°1, art. 10. Disponible en: https://www.google.com.ec/search?q=www.acta+odontologica.com%2Fediciones%2F2010%2F1%2Fart9asp&oq=www.acta+odontologica.com%2Fediciones%2F2010%2F1%2Fart9asp&aqs=chrome..69i57.67352j0j4&sourceid=chrome&espv=210&es_sm=93&ie=UTF-8

11 ANEXOS

ESQUEMA DE ENCUESTA



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

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

1. INFORMACIÓN BÁSICA

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

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

2. INFORMACIÓN SOBRE HIGIENE ORAL

- ¿Con qué frecuencia cepilla Ud. sus dientes al día?
Nunca ()
Una vez ()
Dos veces ()
Tres veces ()
Más de tres veces ()

- ¿Qué elementos Ud. usa en su aseo bucal?
Cepillo ()
Pasta dental ()
Hilo dental ()
Enjuague bucal ()

- ¿Cuál es la técnica de cepillado que Ud. Utiliza?
Correcto () Incorrecto ()

- Al cepillarse los dientes hay presencia de sangrado?
Si () No ()

- ¿Con qué frecuencia usted visita al odontólogo?
Nunca ()
Una vez al año ()
Dos veces al año ()
Más de dos veces al año ()

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

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

Validación de Especialista Tannya Valarezo
COORDINADOR DE CARRERA DE ODONTOLOGÍA



ENCUESTA



"UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA" N° de hoja:
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
NIVEL DE PRE-GRADO
CARRERA DE ODONTOLÓGIA

"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: 16/10/13
Parroquia: San Lucas
Nombre de la institución: Kapak Raymi
Nombre del Alumno: Samy Sarango
Género: F M ()

Edad del Alumno (a): 2
Año de educación: 1º de Ato

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 qué frecuencia consume en un día?

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

ESQUEMA DE HISTORIA CLÍNICA

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

DATOS GENERALES:

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

PATOLOGÍAS

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

OTRAS PATOLOGÍAS DENTALES

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

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

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

3. **MALOCLUSIÓN**

Dentición temporal

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

Dentición permanente

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

4. **FLUOROSIS DENTAL**

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

ALTERADA ()

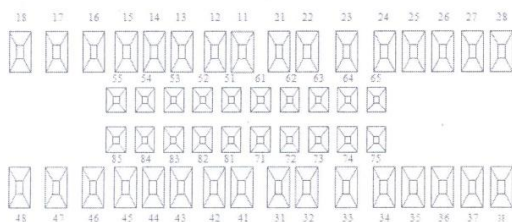
ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO IHO-S

5. **HÁBITOS**

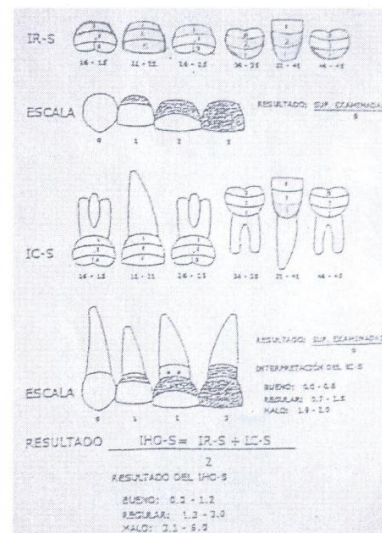
- Ninguno () Ninguna ()
 Succión digital () Pérdida prematura de dentición decidua ()
 Respiración bucal () Mordida abierta anterior ()
 Deglución atípica () Mordida abierta posterior ()
 Interposición lingual () Mordida profunda ()
 Mordida cruzada anterior ()
 Mordida cruzada posterior ()
 Mordida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

6. **PATOLOGÍAS**

ODONTOGRAMA



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



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



HISTORIA CLÍNICA

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

DATOS GENERALES:

Nombres y Apellidos: Samy Sorango
 Sexo: F
 Edad: 7

Parroquia: San Luceas
 Grado o curso: 4to. Paralelo
 Establecimiento: Rapax Raym

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 <input checked="" type="checkbox"/>	Subdivisión I <input checked="" type="checkbox"/> Subdivisión II <input checked="" type="checkbox"/>
Clase III ()	

4. **FLUOROSIS DENTAL**

Sin fluorosis ()
 Leve
 Moderada
 Severa ()

ALTERADA ()

ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO IHO-S

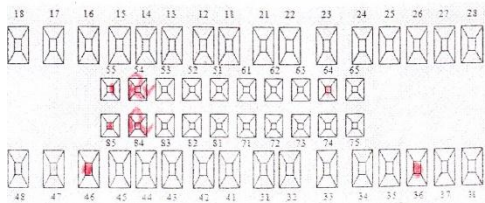
5. **HÁBITOS**

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

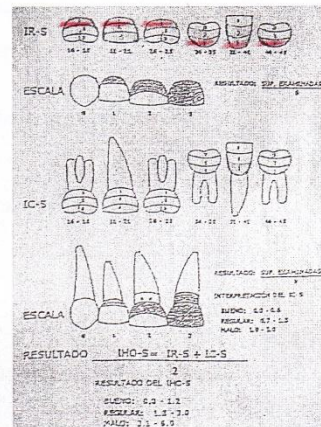
6. **PATOLOGÍAS**

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

ODONTOGRAMA



Ceo: 3 + 2 + 0 = 5
 CPOD: C 2 P 0 O 0 D 0 = 0



FOTOGRAFÍAS

Fotografía N°1: Escuela fiscal “Víctor Marcos Medina”



Fuente: Escuela fiscal “Víctor Marcos Medina”

Fotografía N° 2: Diagnóstico dental



Fuente: Estudiantes de la escuela fiscal “Rumiñahui”

Fotografía N° 3: Caries dental



Fuente: Estudiantes de la escuela fiscal "Inka Pirka"

Fotografía N° 4: Caries dental



Fuente: Estudiantes de la escuela fiscal "Inka Pirka"

Fotografía N°5: Inflamación gingival



Fuente: Estudiantes de la escuela fiscal "Kapak Raymi"

Fotografía N°6: Inflamación gingival



Fuente: Estudiantes de la escuela fiscal "Monseñor Leonidas Proaño"

Fotografía N°7: Fluorosis



Fuente: Estudiantes de la escuela fiscal "Rumifahui"

Fotografía N°8: Fluorosis



Fuente: Estudiantes de la escuela fiscal "Kapak Raymi"

Fotografía N°9: Alteración de número



Fuente: Estudiantes de la escuela fiscal "Atahualpa"

Fotografía N°10: Alteración de forma



Fuente: Estudiantes de la escuela fiscal "Víctor Marcos Medina"

Fotografía N°11: Charla de prevención



Fuente: Estudiantes de la escuela fiscal "Rumiñahui"

Fotografía N°12: Charla de prevención



Fuente: Estudiantes de la escuela fiscal "Rumiñahui"

Fotografía N°13: Entrega de pastas y cepillos dentales



Fuente: Estudiantes de la escuela fiscal "Kapak Raymi"

Fotografía N°14: Entrega de pastas y cepillos dentales



Fuente: Estudiantes de la escuela fiscal "Monseñor Leonidas Proaño"

CERTIFICACIÓN DEL DOCENTE TUTOR DEL MACROPROYECTO

Dr. José Procel Docente Tutor del macroproyecto denominado "Diagnóstico de salud bucodental y factores de riesgo en las Unidades Educativas primarias y secundarias rurales del cantón Loja año 2013

Certificación

CERTIFICA :

Haber dirigido y revisado el presente trabajo intitulado "Diagnóstico de salud bucodental y factores de riesgo en las Unidades Educativas primarias de la parroquia San Lucas del cantón Loja año 2013" elaborado por la postulante Irina Valeria Quezada Zaragocin con cédula 1104740103. El presente trabajo cumple con los requisitos metodológicos y científicos lo que autorizo su presentación para su defensa y sustentación.

Loja, 29 de octubre de 2013

Dr. José Procel
LIDR: 002
FOLIO: 344
No. INSCRIPCIÓN: 1032

Dr. José Procel
DOCENTE TUTOR

CERTIFICACION DE LA ESCUELA "RUMIÑAHUI"

Loja, 7 de Octubre del 2013

Sr (a)
DIRECTOR DE LA ESCUELA "RUMIÑAHUI"

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: IRINA VALERIA QUEZADA ZARAGOCÍN N° CI. 1104740103 (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 C. ODONTOLOGIA

Irina V. Quezada Z.

EGRESADO



Sr (a)

DIRECTOR DE LA ESCUELA "RUMIÑAHUI"

Atenciosamente
07-10-13
[Signature]
08h49

CERTIFICACION DE LA ESCUELA "ATAHUALPA"

Loja, 7 de Octubre del 2013

Sr (a)
DIRECTOR DE LA ESCUELA "ATAHUALPA"

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: IRINA VALERIA QUEZADA ZARAGOCÍN N° CI. 1104740103 (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."

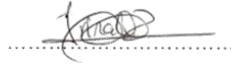
Además por la colaboración prestada se les entregara a cada uno de los estudiantes implementos de higiene oral.

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

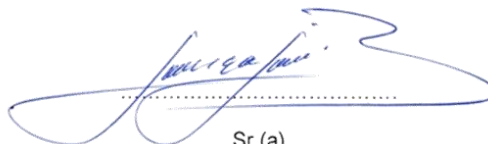
Atentamente



Dra. Tannya Valarezo
COORDINADORA C. ODONTOLOGIA



Irina V. Quezada Z.
EGRESADO



Sr (a)
DIRECTOR DE LA ESCUELA "ATAHUALPA"

CERTIFICACION DE LA ESCUELA "MONSEÑOR LEONIDAS PROAÑO"

Loja, 7 de Octubre del 2013

Sr (a)
DIRECTOR DE LA ESCUELA "MONSEÑOR LEONIDAS PROAÑO"

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: IRINA VALERIA QUEZADA ZARAGOCÍN N° CI. 1104740103 (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 C. ODONTOLOGIA

.....
Irina V. Quezada Z.
EGRESADO

.....
Sr (a)
DIRECTOR DE LA ESCUELA "MONSEÑOR LEONIDAS PROAÑO"

CERTIFICACION DE LA ESCUELA "VICTOR MARCOS MEDINA"

Sr (a)
DIRECTOR DE LA ESCUELA "VICTOR MARCOS MENDIETA"

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: IRINA VALERIA QUEZADA ZARAGOCÍN N° CI. 1104740103 (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.



Dra. Tannya Valarezo
COORDINADORA C. ODONTOLOGIA

Atentamente

Irina V. Quezada Z.
EGRESADO

Sr (a)
DIRECTOR DE LA ESCUELA "VICTOR MARCOS MENDIETA"

CERTIFICACION DE LA ESCUELA "KAPAR RAYMI"

Loja, 7 de Octubre del 2013

Sr (a)
DIRECTOR DE LA ESCUELA "KADAR RAYMI"
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: IRINA VALERIA QUEZADA ZARAGOCÍN N° CI. 1104740103 (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 C. ODONTOLOGIA



Irina V. Quezada Z.

EGRESADO



Sr (a)
DIRECTOR DE LA ESCUELA "KADAR RAYMI"

Loja, 7 de Octubre del 2013

CERTIFICACION DE LA ESCUELA "INKA PIRKA"

Loja, 7 de Octubre del 2013

Lcda. María Delfina Condolo Morocho

DIRECTORA DE LA ESCUELA "INKA PIRKA"

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: IRINA VALERIA QUEZADA ZARAGOCIN con CI 1104740103 (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.



Tannya Valarezo
Dra. Tannya Valarezo
COORDINADORA

Atentamente

Irina V. Quezada Z.
Irina V. Quezada Z.
EGRESADA



María Delfina Condolo Morocho
Lcda. María Delfina Condolo Morocho
DIRECTORA DE LA ESCUELA "INKA PIRKA"

OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
Caries	La enfermedad es una forma singular de infección en la cual se acumulan cepas específicas sobre la superficie del esmalte, donde elaboran productos ácidos y proteolíticos que desmineralizan la superficie y digieren su matriz orgánica.	<ul style="list-style-type: none"> • CPOD • Ceo 	<ul style="list-style-type: none"> • 0,0 a 1,1 muy bajo • 1.2 a2.6 bajo • 2.7 a 4.4 moderado • 4.5 a 6.5 alto
Inflamación gingival	La gingivitis es una forma de enfermedad periodontal que involucra inflamación e infección que destruyen los tejidos de soporte de los dientes, incluso las encías, los ligamentos periodontales y los alvéolos dentales.	<ul style="list-style-type: none"> • HIOS 	<ul style="list-style-type: none"> • 0-1.2 bueno • 1.3 -3 regular • 3.1-6 malo
Mal oclusión	Denominamos maloclusión a toda aquella situación en que la oclusión no es normal, es decir, cuando el engranaje del maxilar superior y de la mandíbula inferior o la posición de las piezas dentales no cumple ciertos parámetros que consideramos normales. Esto puede crear una situación patológica (caries, problemas gingivales, estéticos o en la articulación temporo-mandibular)	<ul style="list-style-type: none"> • Relación molar de Angle 	<ul style="list-style-type: none"> • Clase I • Clase II • Clase III
		<ul style="list-style-type: none"> • Relación molar decidua 	<ul style="list-style-type: none"> • Escalón mesial • Escalón distal • Plano recto

Fluorosis	La fluorosis dental es un trastorno y problema endémico causado por ingestión excesiva de flúor, principalmente durante la odontogénesis, si este es aportado en altas concentraciones a lo largo del período de desarrollo del diente provoca un defecto en la estructura y mineralización de la superficie del órgano dentario ofreciendo a éste un aspecto poroso.	<ul style="list-style-type: none"> • Tipos 	<ul style="list-style-type: none"> • Sin Fluorosis • Leve • Moderada • Severa
Hábitos	Es toda conducta que se repite en el tiempo de modo sistemático.	<ul style="list-style-type: none"> • Clases de Hábitos 	<ul style="list-style-type: none"> • Succión digital. • Respirador bucal. • Interposición lingual. • Deglución atípica.
Cepillado	Es el método mecánico de higiene que permite remover la placa bacteriana de los dientes para prevenir problemas bucales	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia del cepillado 	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Una vez al día • Dos veces al día • Tres veces al día
		<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de cepillado 	<ul style="list-style-type: none"> • Horizontal • Vertical • Técnica de Bass

		<ul style="list-style-type: none"> • Uso de implementos en el cepillado 	<ul style="list-style-type: none"> • Pasta dental y cepillo dental • Hilo dental • Enjuague bucal
Alimentación	Los alimentos son definidos como sustancias, o como una mezcla, que contiene principios nutritivos, los cuales proveen materia y energía.	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de alimentación 	<ul style="list-style-type: none"> • Dieta cariogénica • Dieta no cariogénica
		<ul style="list-style-type: none"> • Ingesta de azúcares 	<ul style="list-style-type: none"> • Una vez al día • Dos veces al día • Tres o más al día
Atención odontológica	Se encarga del diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades que afectan el aparato estomatológico.	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia de Visita al odontólogo 	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Una vez al año • Dos veces al año • Más de dos veces al año

GLOSARIO

1. **ANTICONVULSIONANTES:** Relativo a una sustancia o procedimiento que previene o reduce la intensidad de las convulsiones epilépticas o de otros fenómenos convulsivos. (ONSALUS)
2. **AMELOBLASTOS:** Célula epitelial a partir de la cual se forma el esmalte de los dientes (ONSALUS)
3. **AUTOSÓMICO:** Relativo a toda circunstancia que se transmite a través de un autosoma. ((ONSALUS)
4. **BIOFILM:** Un biofilm es una estructura colectiva de microorganismos que se adhiere a superficies vivas o inertes y está revestida por una capa protectora segregada por los propios microorganismos. (SCIENTIFIC COMMITTEES)
5. **CALIDAD DE VIDA:** La calidad de vida es el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. Es un concepto subjetivo, propio de cada individuo, que está muy influido por el entorno en el que vive como la sociedad, la cultura, las escalas de valores (ENCICLOPEDIA LIBRE UNIVERSAL EN ESPAÑOL 2011)
6. **CONGÉNITA:** Lo hereditario es lo transmitido por las células sexuales y lo congénito es lo que está presente en el momento del nacimiento. Existen anomalías heredadas por transmisión genética y anomalías congénitas que se manifiestan en el momento del nacimiento. No todas las anomalías congénitas son de transmisión genética, y no todas las alteraciones heredadas se manifiestan en el momento del nacimiento. Las lesiones que padece el feto por una rubeola materna son alteraciones congénitas no hereditarias. La corea de Huntington es una afección hereditaria que no se presenta hasta mucho después del nacimiento. (MONEDERO C 1982)
7. **CUANTITATIVO:** Tipo de estudio que utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente y confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con exactitud

patrones de comportamiento de una población. (MAURICIO HERNÁNDEZ 2007)

8. **DIAGNÓSTICO.-** Identificación de la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus signos y síntomas característicos. (DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA, 2005)
9. **DIASTEMA.-** Espacio que se da entre los dientes, por lo general en los dos incisivos superiores. (DENTAL DENT, 2013)
10. **DISPLASIA ECTODÉRMICA.-** Es una alteración en la cual existen anomalías de dos o más estructuras ectodérmicas y que es causada por factores genéticos. (FUNDACIÓN NACIONAL PARA LAS DISPLASIAS ECTODÉRMICAS. 1998)
11. **ENFERMEDAD.-** Alteración de la salud. (DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA, 2005)
12. **ENFERMEDAD CRÓNICA.-** Enfermedad de larga duración y por lo general de progresión lenta. (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 2013)
13. **ESCLERÓTICA.-** Membrana blanca, gruesa, resistente y opaca que constituye la capa exterior del globo del ojo. (THE FREE DICTIONARY, 2013)
14. **ESCOLARIDAD.-** Conjunto de las enseñanzas y cursos que se imparten a los estudiantes en los establecimientos docentes. (DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA, 2005)
15. **ESTADO INMUNITARIO.-** Es el conjunto de estructuras y procesos biológicos de un organismo que supone una protección contra las enfermedades, ya que logra identificar y eliminar las células patógenas.
16. **ESTANCIERO.-** Persona que posee un establecimiento rural. (THE FREE DICTIONARY, 2013)
17. **ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO:** Es el estudio de la distribución, frecuencia, determinantes, predicciones y control de los factores relacionados con la salud y la enfermedad de las poblaciones humanas. Y la aplicación de los resultados en beneficio de ellas. (MAURICIO HERNÁNDEZ 2007)
18. **FLUIDO CREVICULAR:** Se trata de un líquido formado por plasma extravasado y componentes fluidos de naturaleza extracelular. El fluido

crevicular fluye normalmente en el surco y ejerce un efecto de limpieza y protección a dicho nivel. (GÓMEZ F, CAMPOS A. 2009)

19. **FONOARTICULACIÓN:** Es la emisión de sonidos del lenguaje por un conjunto de mecanismos fisiológicos y neurofisiológicos. (OBEDIENTE ENRIQUE 2007)
20. **GRUPO DE RIESGO:** son los grupos que tienen una mayor probabilidad de adquirir una enfermedad o de morir como consecuencia de ella. (MAURICIO HERNÁNDEZ 2007)
21. **HIPERTÓNICO:** es el sitio que contiene mayor concentración de soluto. (OÑATE L. 2008)
22. **HIPOTÓNICO:** es el sitio que contiene menor concentración de soluto. (OÑATE L. 2008)
23. **HIPOMINERALIZACIÓN:** se da cuando el flúor interactúa con los tejidos durante la mineralización, dando un incremento de la porosidad, apariencia opaca de la subsuperficie del esmalte. (CARDENAS DARÍO 2003)
24. **IATROGENIA:** es la acción adversa o perjudicial que resulta directa o indirectamente de la actividad, tanto terapéutica como diagnóstica del equipo de salud. (VELEZ LUIS 2004).
25. **ÍNDICE DEMOGRÁFICO:** Los índices demográficos se suelen referir a las cohortes, el conjunto de personas nacidas en un período determinado. Una forma muy habitual de representar gráficamente el tamaño de diferentes cohortes en un momento determinado es la pirámide de población. El análisis longitudinal de cohortes y las comparaciones entre cohortes son también muy ilustrativas de la dinámica de población. (INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA.- MADRID, 2013)
26. **ÍNDICE CPO-D:** El Índice CPO-D considera toda la historia de la patología en el individuo, ya que en su registro se incluyen datos sobre: las piezas dentarias con lesión activa y clínicamente evidente (cariadas), las piezas dentarias extraídas - perdidas por caries dental y aquellas que están indicadas para una extracción (perdidas), las piezas que ya recibieron tratamiento para la caries dental (obturadas) (Klein, Palmer y Knutson; LUIS ARTURO DE LEÓN SALDAÑA 2009).

27. **INMUNOSUPRESOR:** Consiste en productos microbianos que inhiben las vías de señalización de la activación de las células T. (PETER PARHAM 2005)
28. **ISQUÉMICO:** Proceso por el que se interrumpe la circulación sanguínea en algún sector o sectores de la red de vasos arteriales del organismo. La interrupción puede afectar a vasos de las extremidades, tubo digestivo, corazón, cerebro, dando lugar a síntomas variados según cada caso, pero que tienen en común cambios cualitativos y alteraciones en el funcionalismo del sector afectado (DICCIONARIO BABYLON 2013)
29. **MAIS:** Modelo de atención integral de la Salud. Es la forma y los contenidos de la atención en salud que una sociedad la utiliza para la entrega de la atención incluyendo valores, políticas, el uso, la interacción respuesta a las necesidades, expectativas y demandas de salud de las personas. (GRUPO PERALVILLO 2013)
30. **MESODERMO:** Es la hoja embrionaria media, que se diferencia para constituir, el crecimiento fijación y movilidad visceral, y contribuye a la formación de órganos como el bazo, corteza suprarrenal, gónada, corazón y genitales. (C. RODRIGUEZ. F.J. NAVAS. 2008)
31. **OPALESCENTE:** Turbio- lechoso, nebuloso. (SUSAN KING STRASINGER 2010)
32. **OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA:** La osteogénesis u osteogenia imperfecta (OI) es una enfermedad congénita, lo que quiere decir que está presente al nacer. Con frecuencia es causada por un defecto en un gen que produce el colágeno tipo 1, un pilar fundamental del hueso. Existen muchos defectos diferentes que pueden afectar este gen y la gravedad de esta enfermedad depende del defecto específico de dicho gen. La osteogénesis imperfecta es una enfermedad autosómica dominante, lo que quiere decir que usted la padecerá si tiene una copia del gen. La mayoría de los casos de OI se heredan de uno de los padres, aunque algunos casos son el resultado de nuevas mutaciones genéticas. (MEDLINE PLUS 2011)
33. **PARROQUIA:** Territorio que está bajo la jurisdicción de una determinada iglesia. División política territorial de menor rango (tercer nivel). (WORDKEREFEERENCE.COM 2013)

34. **PATOLOGIA:** Es la ciencia que se encarga del estudio de las enfermedades. Se ocupa de la causa de la enfermedad de la forma como se interpreta la causalidad en la ciencia, es decir relación causa efecto. (B. Y S. CASTRO DEL POZO 2006)
35. **PLACA BACTERIANA:** Es una película incolora, que se adhiere al diente, restauraciones, implantes, esta compuestas por diversas bacterias y células descamadas, leucocitos y macrófagos, dentro de una matriz de proteínas y polisacáridos (CARRANZA. 1996).
36. **PRIMORDIO DENTAL:** Llamado también yema dentaria es aquella que ayuda a la formación de la encía, dejando una muesca en el mesodermo la cual se transformara en la cresta alveolar o lugar de la implantación de las APÓFISIS ALVEOLARES (V. SMITH; E. FERRES, M. MONTESINOS).
37. **PRISMAS DEL ESMALTE:** Son estructuras longitudinales que se dirigen desde la conexión amelodentinaria hasta la superficie del esmalte, su diámetro es menor en su punto de origen aumentando gradualmente hasta llegar a la superficie.
38. **RADIODENSIDAD:** se refiere a la apariencia blanca opaca de materiales relativamente densos o sustancias en los estudios de imágenes radiográficas, en comparación con la aparición relativamente más oscura de materiales menos densos.
39. **RURAL:** proviene del latín rurālis, que tiene por objetivo hacer referencia a lo perteneciente o relativo a la vida del campo .
40. **SALUD:** Es la ausencia de enfermedad e invalidez, con buen estado de salud tanto físico mental y social.
41. **PROGNATISMO:** Es el crecimiento excesivo y desproporcionado del maxilar inferior debido a traumas o a un atavismo, origina la enfermedad conocida como PROGNATISMO, que se traduce en un severo problema que afecta al paciente en lo físico, en lo estético y en lo psicológico. Produce una masticación anormal de los alimentos, que influye en una nutrición inadecuada de estas personas, que son por lo común introvertidas, con complejos de inferioridad, inadaptados sociales y que presentan generalmente problemas con el habla.

42. **SILVICULTURA:** es la ciencia destinada a la formación y cultivo de bosques, las cosechas se obtienen después de esperar decenas de años, dependiendo de la especie que se trate. (REVISTA ALM 2004).
43. **SÍNDROME DE KLINEFELTER:** anomalía cromosómica que afecta solamente a los hombres y ocasiona hipogonadismo, principalmente se considera benigna pero con una condición premaligna con una separación incorrecta de los cromosomas homólogos. (SATISH K.2004).
44. **SÍNDROME DE DOWN:** Es un trastorno genético en el cual una persona tiene 47 cromosomas en lugar de los 46 usuales, ocurre cuando hay una copia extra del cromosoma 21. Esta forma de síndrome de Down se denomina trisomía 21. El cromosoma extra causa problemas con la forma como se desarrolla el cuerpo y el cerebro. (REVISTA MEDLINE PLUS.2012).
45. **TOXINAS:** Son sustancias venenosas o tóxicas para los seres humanos La mayoría de las toxinas que causan problemas en humanos son secretadas por microorganismos como bacterias. (REVISTA MEDLINE PLUS 2012).
46. **TRANSVERSAL:** Son estudios de grupo de variables que se relacionan entre sí en un momento dado. (HERNÁNDEZ R.2010)
47. **UNGUEAL:** es una estructura queratinizante anexa de la piel localizada en las regiones distales de los miembros. (J. PEYRÍ. 1998)
48. **VARIABLE:** factor o característica que puede variar en un determinado grupo de individuos o hechos, especialmente cuando se analizan para una investigación o un experimento. (DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA, 2001)
49. **URBANO:** es el adjetivo para designar a lo perteneciente o relativo a la ciudad, perteneciente a un lugar. (DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA, 2001)

12 INDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
CARATULA DE LA TESIS.....	I
CERTIFICACIÓN.....	II
AUTORIA.....	III
DEDICATORIA.....	V
AGRADECIMIENTO.....	VI
1. TEMA.....	7
2. RESUMEN.....	8
2.1. ABSTRACT.....	9
3. INTRUDUCCIÓN.....	10
4. REVISION DE LITERATURA.....	12
5. MATERIALES Y MÉTODOS.....	36
6. RESULTADOS.....	38
7. DISCUSION.....	57
8. CONCLUSIONES.....	60
9. RECOMENDACIONES.....	62
10. BIBLIOGRAFÍA.....	63
11. ANEXOS.....	72
12. Índice.....	99

INDICE DE GRÁFICAS

Grafica N° 1. Presencia de caries dental.....	38
Grafica N° 2. Alteraciones dentales.	39
Grafica N° 3. Alteraciones gingivales.....	40
Grafica N° 4. Relación molar en dentición temporal.....	41
Grafica N° 5. Relación molar en dentición permanente.....	42
Grafica N° 6. Alteraciones oclusales.....	43
Grafica N° 7. Fluorosis Dental.....	44
Grafica N° 8. Hábitos bucales.....	45
Grafica N° 9. Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS).....	46
Grafica N° 10. Frecuencia de cepillado.....	47
Grafica N° 11. Elementos utilizados en la higiene bucal.....	48
Grafica N° 12. Técnica de cepillado.....	49
Grafica N° 13. Frecuencia de visita al odontólogo.....	50
Grafica N° 14. Frecuencia de consumo de alimentos cariogénicos.....	51
Gráfica N° 15: Relación edad – caries – inflamación gingival.....	52
Gráfica N° 16: Relación técnica de cepillado – índice de higiene oral simplificado (IHOS).....	53
Gráfica N° 17: Relación edad – índice de dientes cariados – extracción indicada obturaciones (ceo).....	54
Gráfica N° 18: Relación edad – índice de dientes cariados – perdidos y obturados (CPOD).....	55
Gráfica N° 19: Relación frecuencia de cepillado – signos inflamatorios generales.....	56