



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
ODONTOLOGÍA

TEMA:

**DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN
LOS CENTROS EDUCATIVOS VICENTE JARAMILLO PALACIO, ANGEL
RUBEN PLACENCIA, DR. BENJAMIN AYORA CUEVA, CLOTARIO
ESPINOSA SIGCHO, GUILLERMO HERRERA SANCHEZ, TULCAN DE LA
PARROQUIA TAQUIL DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013.**

AUTORA:

**TESIS DE GRADO PREVIA
A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ODONTÓLOGA**

ANDREA DEL CISNE ORDOÑEZ TRELLES

DIRECTOR:

Dr. Oscar Wilmer Sarango Peláez

Loja – Ecuador

2013

I. CERTIFICACIÓN

Loja, Noviembre 2013.

Dr.

Oscar Sarango.

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

CERTIFICA:

Que he procedido a revisar minuciosamente la tesis denominada:
**“Diagnóstico de salud bucodental y factores de riesgo en los centros
Educativos Vicente Jaramillo Palacio, Angel Rubén Placencia, Dr.
Benjamín Ayora Cueva, Clotario Espinosa Sigcho, Guillermo Herrera
Sánchez, Tulcán de la Parroquia Taquil del Cantón Loja año 2013”**.
Elaborada por la Srta. Andrea del Cisne Ordóñez Trelles, previa a la obtención
del título de Odontóloga General, la misma que ha sido sometida a las
revisiones y correcciones respectivas, motivo por el cual me permito autorizar
su presentación y defensa para los fines legales consiguientes de acuerdo a las
normas establecidas en el reglamento de la Universidad Nacional de Loja.


Dr. Oscar Sarango

II. AUTORÍA

YO, **ANDREA DEL CISNE ORDÓÑEZ TRELLES**, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

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

Autor: Andrea Ordóñez Trelles

Firma:



Cedula: 1104998909

Fecha: 20 de Noviembre del 2013

III. CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, ANDREA DEL CISNE ORDOÑEZ TRELLES, declaro ser autora de la tesis titulada "Diagnóstico de Salud Bucodental y Factores de Riesgo en los Centros Educativos Vicente Jaramillo Palacio, Ángel Rubén Placencia, Dr. Benjamín Ayora Cueva, Clotario Espinosa Sigcho, Guillermo Herrera Sánchez, Y Tulcán de la Parroquia Taquil del Cantón Loja Año 2013" como requisito para optar al grado de Odontóloga General, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines Académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDL, en las redes de información del país y del exterior, con los cuales tenga convenio la Universidad.

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

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

Firma:



Autor: ANDREA DEL CISNE ORDOÑEZ TRELLES

Cédula: 1104998909

Dirección: Ciudad Alegría.

Correo: andriu_027@hotmail.com

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Dr. Oscar Sarango

Tribunal de tesis:

Dr José Procel.

Dr. Luis Vilela

Dra. Angélica Gordillo

IV .DEDICATORIA:

El presente trabajo investigativo se lo dedico primeramente a Dios, Nuestro señor quien me ha guiado y protegido por todos estos años y por concederme la paciencia, fortaleza y sabiduría para culminar esta etapa de mi vida

De manera muy especial a mis padres, quienes me enseñaron a valorar y aceptar las pequeñas cosas que existen en la vida, que con su amor, paciencia, y apoyo incondicional que me brindan día tras día me han sabido comprender e impulsar mis deseos de superación, a mis dos hermanos quienes fueron mis amigos inseparables e incondicionales, que supieron ayudarme en cada etapa de mi vida estudiantil.

A mis amigas, amigos y compañeros que estuvieron conmigo durante mi carrera universitaria, con quienes compartí muchas experiencias que nunca se olvidaran.

Andrea Ordoñez T.

V. AGRADECIMIENTO:

Al culminar con el presente trabajo investigativo, le doy las gracias a Dios por haberme dado la sabiduría y la fortaleza para terminar este peldaño en mi vida, un agradecimiento sincero a la Universidad Nacional de Loja por darme la oportunidad de crecer como profesional, al director de tesis por sus preciadas orientaciones y contribuciones, a mis padres y hermanos y demás familiares por su apoyo y el amor incondicional que me ofrecen día tras día.

Además agradezco a cada una de las personas que conforman el AREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD DE LOJA, mi gratitud a cada uno de los Doctores docentes quienes durante todo este tiempo de mi vida estudiantil me brindaron sus conocimientos y experiencias, a mis compañeros que día a día estuvieron a mi lado, gracias por su amistad y apoyo.

Al Dr. OSCAR SARANGO por guiarme constantemente con sus conocimientos y sugerencias durante desarrollo del presente trabajo investigativo.

A los directores y estudiantes de las escuelas de la parroquia Taquil de la ciudad de Loja, por permitirme ingresar a sus aulas y por el tiempo para realizar esta investigación a ellos muchas gracias....

1. TEMA:

DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS VICENTE JARAMILLO PALACIO, ANGEL RUBEN PLACENCIA, DR. BENJAMIN AYORA CUEVA, CLOTARIO ESPINOSA SIGCHO, GUILLERMO HERRERA SANCHEZ, TULCAN DE LA PARROQUIA TAQUIL DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013.

2. RESUMEN

La salud bucal parte importante de la salud integral del individuo, puede verse afectada por múltiples factores, que producen determinadas patologías que afectan a la población en general; y en especial a los grupos más vulnerables como lo son los niños y adolescentes.

El presente trabajo investigativo fue realizado en las escuelas y colegios de la parroquia Taquil, llevando a cabo el cumplimiento de los siguientes objetivos: realizar el diagnóstico de salud bucodental a los alumnos de las diversas Instituciones educativas ; así como también identificar los diferentes factores de riesgo que pueden influir en el proceso salud- enfermedad y determinar la prevalencia de las patologías bucodentales en los niños y adolescentes que se educan en dichos establecimientos.

El tipo de estudio es cuantitativo de carácter transversal y descriptivo. Este trabajo fue realizado a 210 estudiantes a los cuales se les realizó la respectiva encuesta e Historia Clínica que sirvieron para la correcta recopilación de datos, los cuales mostraron que de la población estudiada, el 97.42% presentan caries dental, el 39.17 % presenta inflamación gingival y que en su mayoría presentan algún tipo de maloclusión, Clase I 85.37%, Clase II 1.27% y Clase III 13.38%, así mismo se encontraron como factores la falta de higiene y cuidado bucal, ya que la mayoría de los niños solo cepillaban sus dientes una o dos veces al día y de una manera inadecuada, el tipo de alimentación también fue determinante ya que consumían con frecuencia alimentos cariogénicos.

Con esto podemos concluir que estos factores sumados a la falta de atención odontológica a la población estudiada son determinantes para la aparición de las diversas patologías bucales que se pudieron observar.

SUMMARY

The oral health is an important part of comprehensive health of person, could see affected by several factors, that produce certain diseases that affecting the general population; and special the vulnerable groups like a youth and adolescents.

The present research work was made in the schools and high schools of Taquil parish, fulfilling the following objectives: make the diagnosis of oral health students of various educational institutions; also identify the different risk factors that can influence the health-disease process and determinate the prevalence of oral diseases in children and adolescents who are educated in those institutions

This study is a quantitative and descriptive transversal. This work was made to 210 students which are made with respect to an interview about their clinical history and served for proper data collection, these showed that the study population, the 97.42% dental caries, the 39.17% have gingival inflammation and most have some type of malocclusion, kind I 85,37%, kind II 1,27% and kind III 13,87% also factors found poor hygiene and oral care, because the most of children just brushed their teeth once or twice daily and an improper way, also the kind of alimentation was determinate because frequently they consumed cariogenic foods.

With this we can conclude that this factors that there is a lack of attention to orthodontic needs/care to the study population re crucial to the emergence of various oral pathologies that could be observed

Signature

3. INTRODUCCION

“De acuerdo a la OMS, la Salud Bucal puede definirse como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, úlceras bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental y pérdida de dientes, así como otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal.” (OMS, 2007)

La salud oral es parte integral de la salud en general, aun en nuestra actualidad las enfermedades bucales tienen una prevalencia mundial es por ello que estudios nos revelan índices muy altos de muchas patologías, en especial la caries dental y la enfermedad periodontal que afectan no solo a países pobres y poco desarrollados , sino también a aquellos industrializados.

En el vecino país de Perú encontramos que “La prevalencia de caries dental fue del 63,79%, donde la mayor prevalencia se presentó a los 4 años (47,30%) y la menor a los 3 años (25,68%). La prevalencia de caries dental hallada (63,79%) puede ser el reflejo de los hábitos de higiene inadecuados, consumo inadecuado de alimentos, falta de educación, carencia de medios de saneamiento básico y la falta de atención de los servicios odontológicos, características de este tipo de poblaciones; ya que el nivel socioeconómico es uno de los factores que condicionan el estado de salud bucal, haciendo que niños de comunidades de escasos recursos tengan un nivel significativamente de caries dental que aquellos niños provenientes de familias con ingresos promedio”.(Córdoba, Daniel y cols,2010)

Es por ello que “El gobierno ecuatoriano mediante el 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”. (Armijos P,2010).

En el Ecuador, 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.

Debido a esto se estableció el presente tema de investigación “Diagnóstico de salud bucodental y factores de riesgo en los centros educativos Vicente Jaramillo Palacio, Ángel Rubén Placencia, Dr. Benjamín Ayora Cueva, Clotario Espinosa Sigcho, Guillermo Herrera Sánchez, y Tulcán de la Parroquia y Taquil 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 pudo establecer el grado de salud o enfermedad de la población.

Se plantearon los siguientes objetivos: Realizar el diagnostico de salud bucodental e Identificar los factores de riesgo, presentes en los niños y adolescentes de los centros educativos y determinar la prevalencia de las patologías bucodentales en los estudiantes de los centros antes mencionados.

El tipo de estudio que se empleó fue cuantitativo, descriptivo, prospectivo y transversal debido a que se determinó porcentualmente el estado de salud buco dental de los estudiantes de los centros educativos primarios y secundarios ya citados y los resultados obtenidos mediante la realización de las encuestas e historias clínicas están expuestos mediante sus respectivos cuadros estadísticos.

Los resultados obtenidos fueron un 97.42% de los niños presentaron caries dental, el 39.17 % presenta inflamación gingival. Los factores de riesgo identificados fueron la mala alimentación por el consumo excesivo de alimentos cariogénicos en un 30.41% que lo hacían más de tres veces por día, una frecuencia de cepillado del 50%, y la falta de asistencia al odontólogo.

4. REVISION DE LA LITERATURA

CAPITULO I

1. DIAGNÓSTICO DE SALUD

1.1 Definición de Diagnóstico de salud

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

1.1.2 Niveles de diagnósticos:

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

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

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

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

2. PARROQUIA TAQUIL

2.1 HISTORIA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. GEOGRAFÍA

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

2.1 LIMITES:

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

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

Este: con la parroquia San Lucas

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

2.2 OROGRAFÍA

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

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

2.3 HIDROGRAFÍA

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

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

2.5 DIVISIÓN POLÍTICA – ADMINISTRATIVA

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

La parroquia está conformada por los siguientes barrios:

- ✓ La Aguangora

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

3. POBLACIÓN:3.663 habitantes

4. ACTIVIDADES PRODUCTIVAS Y ECONÓMICAS

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

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

Actividades económicas no explotadas:

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

✓ SERVICIOS BASICOS

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

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

5. EDUCACION

5.1 ESCUELAS Y COLEGIOS

Nº	INSTITUCIONES EDUCATIVAS	NUMERO TOTAL DE ALUMNOS	NÚMERO TOTAL DE DOCENTES
1	Esc. Vicente Jaramillo Palacio	12	1
2	Esc. Pedro Pinto Guzmán	15	2
3	Esc. Ángel Rubén Placencia	26	3
4	Esc. Benjamín Ayora Cueva	40	7
5	Colegio Guillermo Herrera	71	4
6	Esc. Clotario Espinoza Sigcho	32	3
7	Esc. Pío Jaramillo Alvarado	52	4
8	Esc. Olga Morocho Correa	12	1
9	Esc. Julián Zambrano	19	2
10	Esc. Tulcán	15	3
11	Esc. José María Bustamante	54	4
12	Esc. Ulpiano Moscoso	29	3
13	Esc. Ricardo Valdivieso	256	15
TOTAL		633	52

6. VIALIDAD

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

7. ASPECTO CULTURAL

7.1 Tradiciones

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

7.2 Fiestas cívicas

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

7.3 Comidas y bebidas Tradicionales.

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

5. MATERIALES Y MÉTODOS.

El estudio realizado es de tipo Cuantitativo ya que sirvió para determinar porcentualmente el estado de salud buco dental de los estudiantes de los centros educativos rurales de la parroquia Taquil , y los resultados obtenidos fueron expuestos mediante gráficas; es de carácter descriptivo, ya que determinó la situación de las variables que se estudiaron mediante la descripción de las diversas patologías que se presentaron en este estudio; y Transversal, mediante el cual se estudió las variables que se encuentran afectando a la población investigada durante la aplicación de la historia clínica en un momento dado, lo que permitió la obtención de los diagnósticos de Salud Bucodental. El Área de estudio en la cual fue desarrollada la investigación es la parroquia Taquil del cantón Loja, se realizó el presente estudio en las Unidades Educativas “Vicente Jaramillo Palacio, Ángel Rubén Placencia, Dr. Benjamín Ayora Cueva, Clotario Espinosa Sigcho, Guillermo Herrera Sánchez, y Tulcán”. El Universo estuvo conformado por 210 estudiantes, de los cuales fueron excluidos 16 alumnos, debido a que no acudieron a clases en los días que se recolectaron los datos y otros no prestaron su colaboración, dándonos una muestra de 194 estudiantes.

Como variables dependientes en el presente proyecto fueron: caries dental, inflamación gingival, anomalías dentales, fluorosis dental y mal oclusiones. Las variables independientes fueron: Cepillado, Alimentación y Atención odontológica. Se empleó, la técnica de Observación ya que permitió tener una visión clara, real y actual del problema, a través de la percepción directa de los sujetos investigados; la Entrevista que se empleó para recolectar la información de manera verbal, a través de preguntas que fueron planteadas investigado.

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

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

Los recursos humanos estuvieron conformados por: Dra. Especialista Tania Valarezo, coordinadora de la Carrera de Odontología; Director de tesis: Dr. Oscar Sarango; Andrea del Cisne Ordóñez Trelles egresada de la carrera de Odontología año 2013. Personal administrativo, estudiantes de los centros educativos investigados de la parroquia rural Taquil del cantón Loja. Los recursos físicos fueron los establecimientos educativos.

Dentro de los recursos materiales empleados en la presente investigación consistieron en: Set de diagnóstico (espejo, explorador, pinza algodонера), Materiales de bioseguridad, Historia clínicas, Encuestas, Material didáctico, Cámara fotográfica, Computadora, Materiales de escritorio, 221 cepillos dentales, 221 pastas dentales.

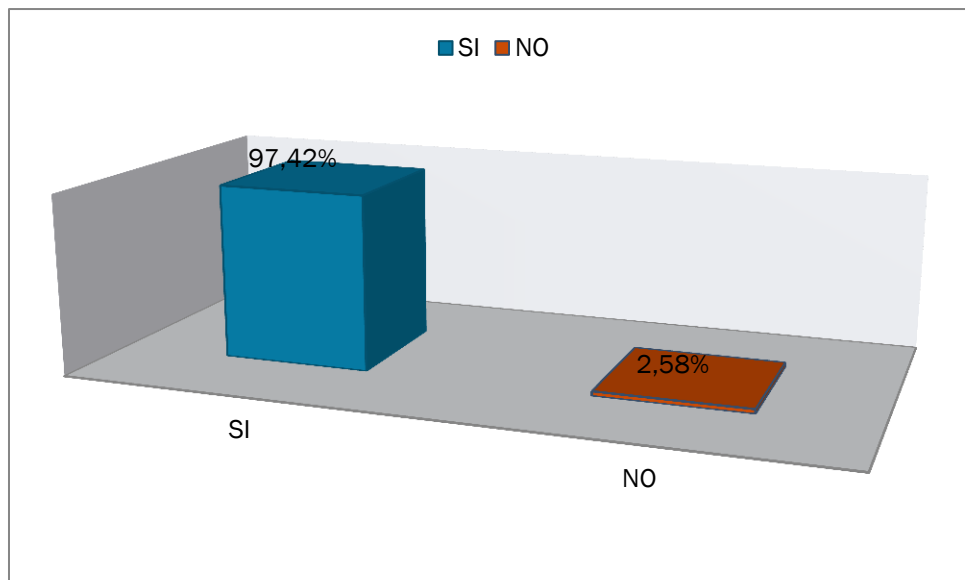
Los datos se ingresaban diariamente en un cuadro base prediseñado de Microsoft Excel; y posteriormente, se elaboró los gráficos para el respectivo análisis. Para un mejor análisis, se representaron los datos en tablas, gráficos de barra y en columnas. Los indicadores utilizados para la caries fueron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

6. RESULTADOS

REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA HISTORIA CLÍNICA

GRÁFICA N°1.

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



FUENTE: Estudiantes de los centros educativos “Vicente Jaramillo Palacio”, “Ángel Rubén Placencia”, “Dr. Benjamín Ayora Cueva”, “Clotario Espinosa Sigcho”, “Guillermo Herrera Sánchez”, y “Tulcán”

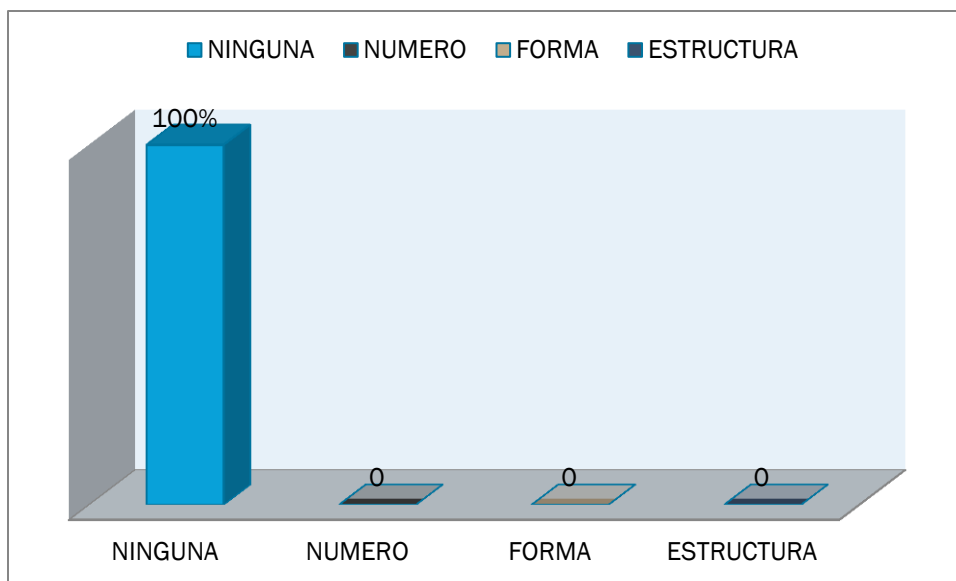
AUTORA: ANDREA DEL CISNE ORDOÑEZ TRELLES.

INTERPRETACIÓN:

La presente gráfica nos muestra el nivel de caries dental en donde un 97.42%, que corresponde a 189 estudiantes presenta esta patología, mientras que un 2.58% es decir 5 estudiantes no la presentan.

GRÁFICA N°2.

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



FUENTE: Estudiantes de los centros educativos “Vicente Jaramillo Palacio”, “Ángel Rubén Placencia”, “Dr. Benjamín Ayora Cueva”, “Clotario Espinosa Sigcho”, “Guillermo Herrera Sánchez”, y “Tulcán”

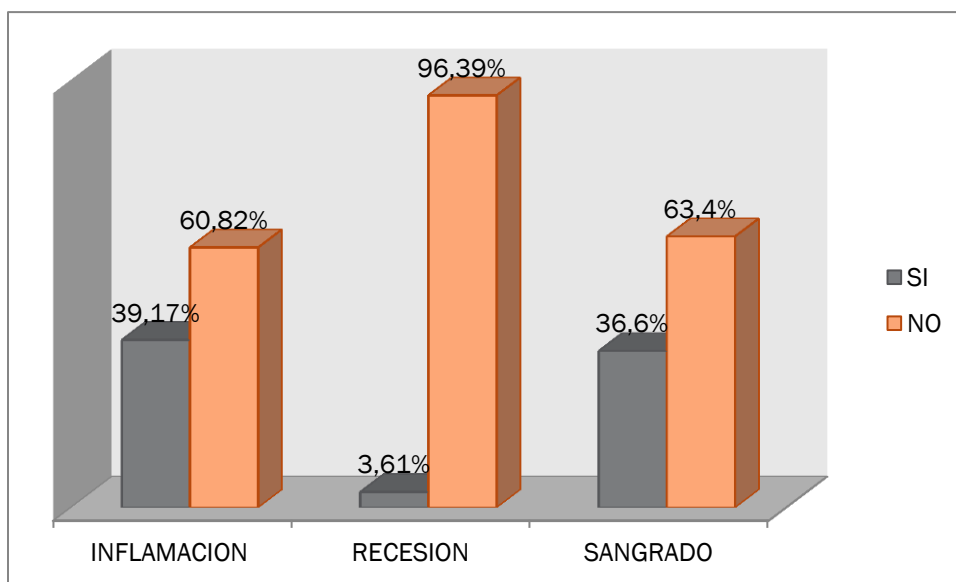
AUTORA: ANDREA DEL CISNE ORDOÑEZ TRELLES.

INTERPRETACIÓN:

La gráfica indica que del total de la población estudiada un 100%, correspondiente a 194 estudiantes no presenta ningún tipo de alteración dental.

GRÁFICA N°3.

ALTERACIONES GINGIVALES: INFLAMACIÓN, RECESIÓN Y SANGRADO EN LOS ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS DE LA PARROQUIA TAQUIL.



FUENTE: Estudiantes de los centros educativos “Vicente Jaramillo Palacio”, “Ángel Rubén Placencia”, “Dr. Benjamín Ayora Cueva”, “Clotario Espinosa Sigcho”, “Guillermo Herrera Sánchez”, y “Tulcán”

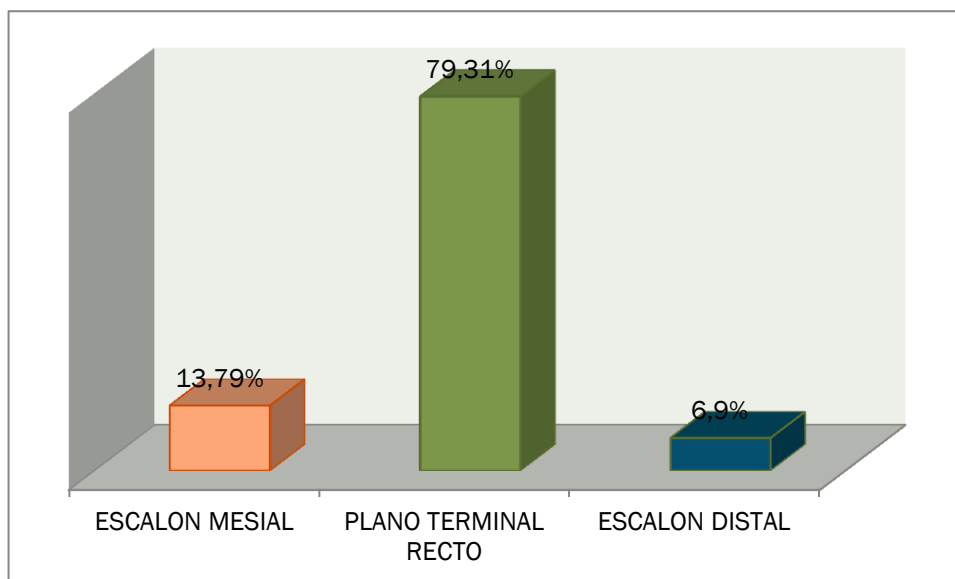
AUTORA: ANDREA DEL CISNE ORDOÑEZ TRELLES.

INTERPRETACIÓN:

Al estudiar el estado gingival de la población se puede observar que un 39.17%, correspondiente a 76 individuos presenta inflamación gingival, un 36.6%, es decir 71 estudiantes tienen sangrado en sus encías, y en un 3.61% que corresponde a 7 sujetos se observó recesión gingival.

GRÁFICA N°4.

RELACIÓN MOLAR EN DENTICION TEMPORAL EN LOS ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS DE LA PARROQUIA TAQUIL.



FUENTE: Estudiantes de los centros educativos “Vicente Jaramillo Palacio”, “Ángel Rubén Placencia”, “Dr. Benjamín Ayora Cueva”, “Clotario Espinosa Sigcho”, “Guillermo Herrera Sánchez”, y “Tulcán”

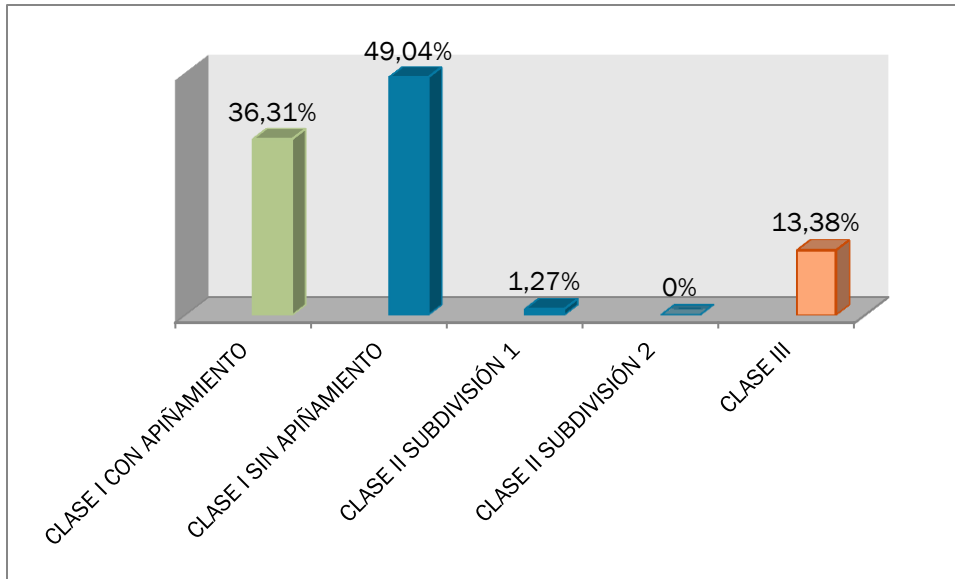
AUTORA: ANDREA DEL CISNE ORDOÑEZ TRELLES.

INTERPRETACIÓN:

La gráfica indica que de los niños que presentan una dentición temporal en un total de 29 estudiantes, un 79.31%(23 individuos) presentan un plano terminal recto, en un 13.79% (4 individuos) se observó un escalón mesial, y finalmente el 6.9 % (2 individuos) presentan un escalón distal .

GRÁFICA N°5.

TIPO DE OCLUSIÓN EN DENTICIÓN PERMANENTE (RELACION MOLAR) EN LOS ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS DE LA PARROQUIA TAQUIL.



FUENTE: Estudiantes de los centros educativos “Vicente Jaramillo Palacio”, “Ángel Rubén Placencia”, “Dr. Benjamín Ayora Cueva”, “Clotario Espinosa Sigcho”, “Guillermo Herrera Sánchez”, y “Tulcán”

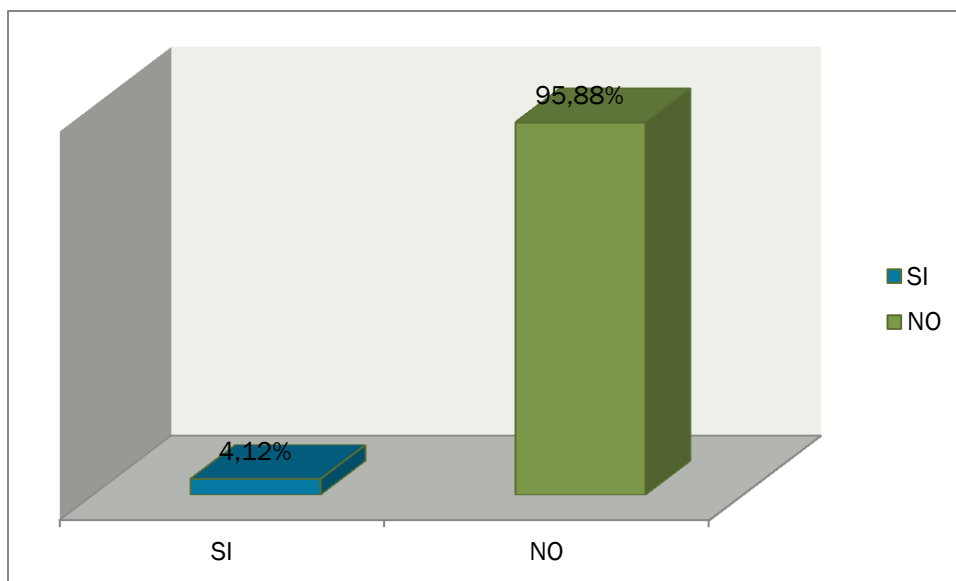
AUTORA: ANDREA DEL CISNE ORDOÑEZ TRELLES.

INTERPRETACIÓN:

En la siguiente gráfica observamos que de los 194 estudiantes sometidos a estudio, un 49.04% (83 estudiantes) presentan una clase I de Angle un 36.31%(49 estudiantes) presentan clase I con apiñamiento, un 13.38%(21 estudiantes) presentan una clase III de angle y finalmente un 1.27%(2 estudiantes) presentan una clase II subdivisión I.

GRÁFICA N°6.

OCCLUSION ALTERADA POR PERDIDA DE PIEZAS DENTALES EN LOS ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS DE LA PARROQUIA TAQUIL.



FUENTE: Estudiantes de los centros educativos “Vicente Jaramillo Palacio”, “Ángel Rubén Placencia”, “Dr. Benjamín Ayora Cueva”, “Clotario Espinosa Sigcho”, “Guillermo Herrera Sánchez”, y “Tulcán”

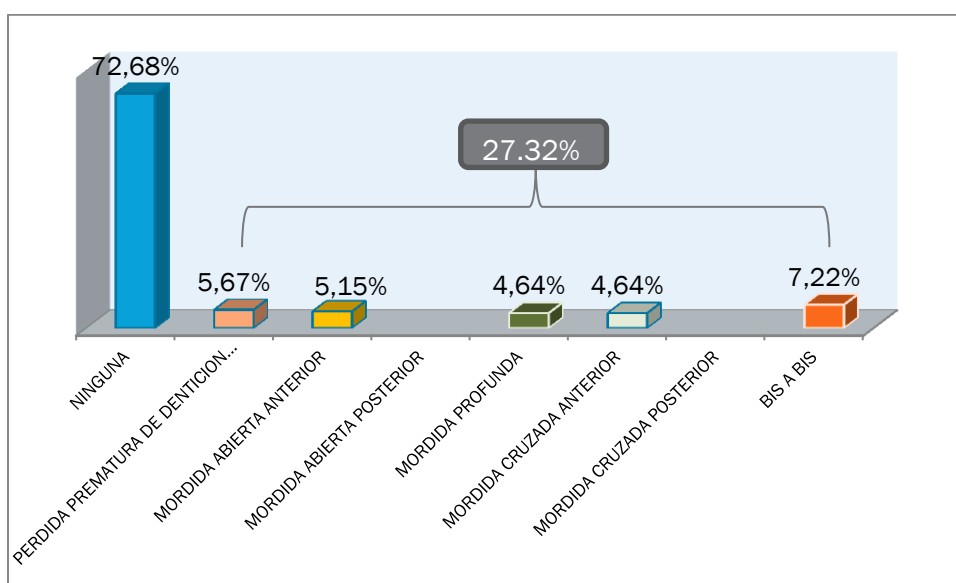
AUTORA: ANDREA DEL CISNE ORDOÑEZ TRELLES.

INTERPRETACIÓN:

La presente gráfica nos indica que del 100% de la población estudiada que representa a 194 estudiantes un 4.12% (10 estudiantes) presenta una oclusión alterada, debido a la ausencia de piezas dentales.

GRÁFICA N°7.

ALTERACIONES DE OCLUSIÓN EN LOS ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS DE LA PARROQUIA TAQUIL.



FUENTE: Estudiantes de los centros educativos “Vicente Jaramillo Palacio”, “Ángel Rubén Placencia”, “Dr. Benjamín Ayora Cueva”, “Clotario Espinosa Sigcho”, “Guillermo Herrera Sánchez”, y “Tulcán”

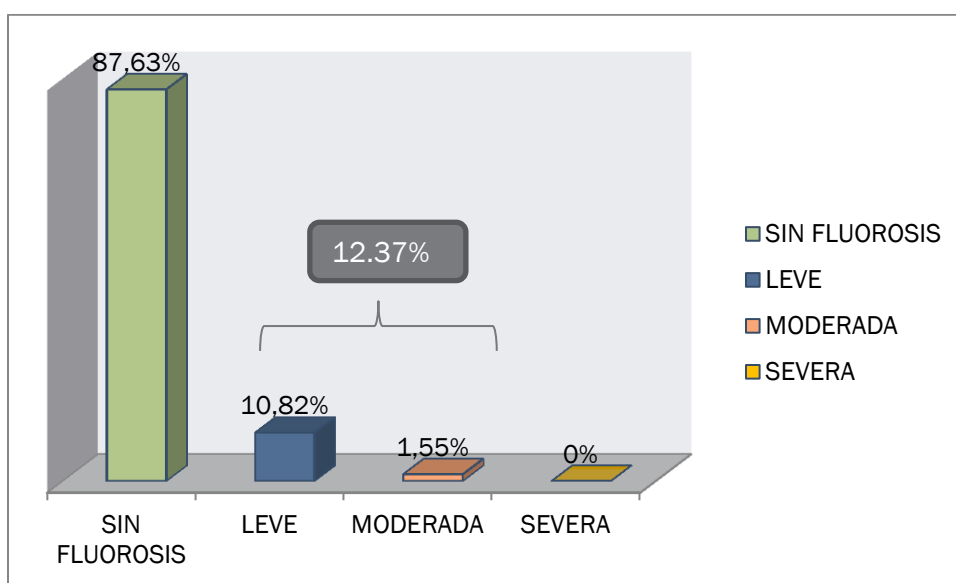
AUTORA: ANDREA DEL CISNE ORDOÑEZ TRELLES.

INTERPRETACIÓN:

La gráfica nos indica que el 27.32%(53 individuos) presentan alteraciones de la oclusión, siendo la mordida bis a bis la que mayor prevalencia tiene en un 7.22%(14 individuos), seguida de una pérdida prematura de la dentición temporal en un 5.67%(10 individuos) .Destacando que un 72.68%(141 individuos) no presenta ninguna patología de estos tipos.

GRÁFICA N°8.

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



FUENTE: Estudiantes de los centros educativos “Vicente Jaramillo Palacio”, “Ángel Rubén Placencia”, “Dr. Benjamín Ayora Cueva”, “Clotario Espinosa Sigcho”, “Guillermo Herrera Sánchez”, y “Tulcán”

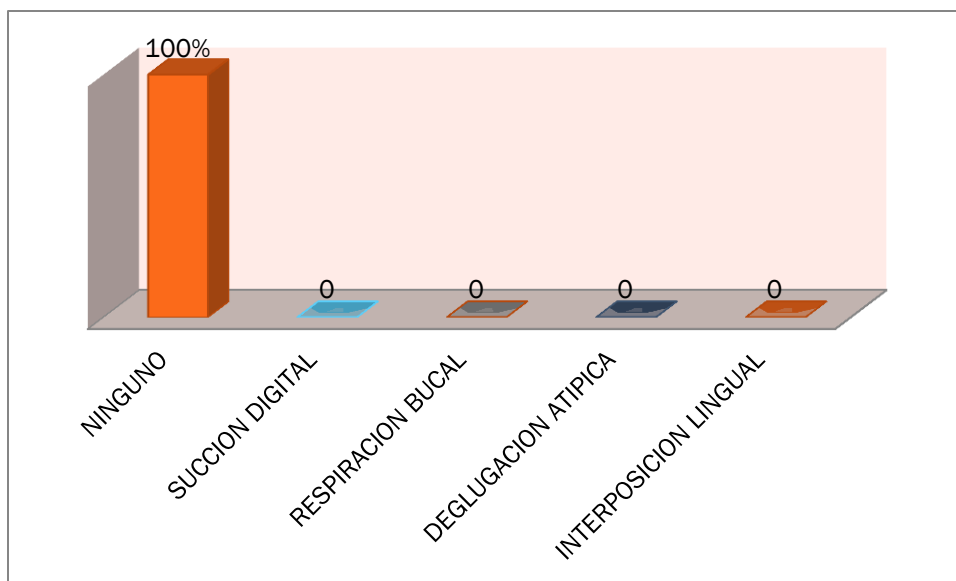
AUTORA: ANDREA DEL CISNE ORDOÑEZ TRELLES.

INTERPRETACIÓN:

La gráfica nos indica que de los 194 estudiantes sometidos a estudio un 12.37% (21 estudiantes) presenta algún tipo de fluorosis dental, una fluorosis leve en un 10,82% (21 estudiantes) y un 1.55%(3 estudiantes) presentan una fluorosis moderada.

GRÁFICA N°9.

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



FUENTE: Estudiantes de los centros educativos “Vicente Jaramillo Palacio”, “Ángel Rubén Placencia”, “Dr. Benjamín Ayora Cueva”, “Clotario Espinosa Sigcho”, “Guillermo Herrera Sánchez”, y “Tulcán”

AUTORA: ANDREA DEL CISNE ORDOÑEZ TRELLES.

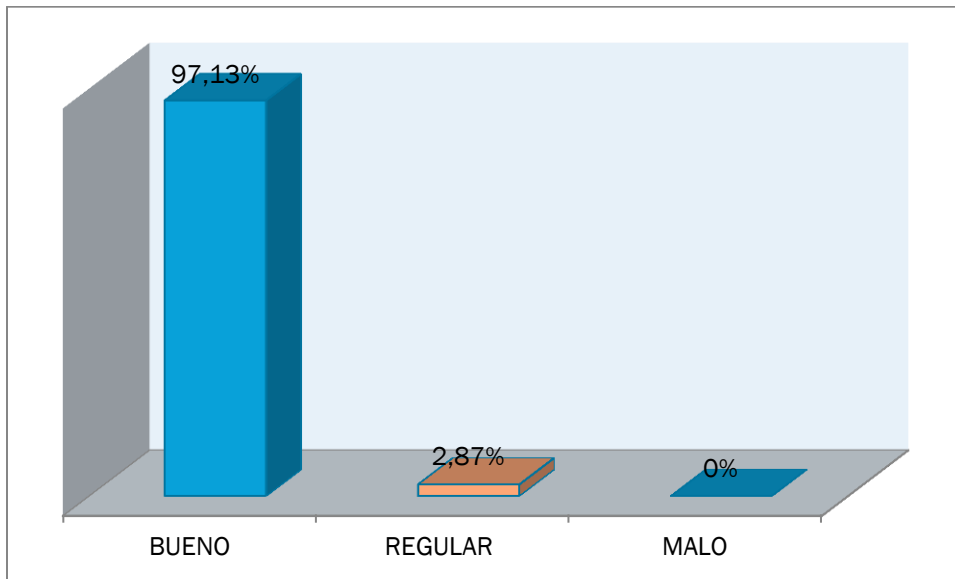
INTERPRETACION:

La presente gráfica nos muestra que en un 100% que representa a 194 estudiantes no presenta ningún tipo de hábito.

GRÁFICA N° 10.-

INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO

(IHOS) EN LOS ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS DE LA PARROQUIA TAQUIL.



FUENTE: Estudiantes de los centros educativos “Vicente Jaramillo Palacio”, “Ángel Rubén Placencia”, “Dr. Benjamín Ayora Cueva”, “Clotario Espinosa Sigcho”, “Guillermo Herrera Sánchez”, y “Tulcán”

AUTORA: ANDREA DEL CISNE ORDOÑEZ TRELLES.

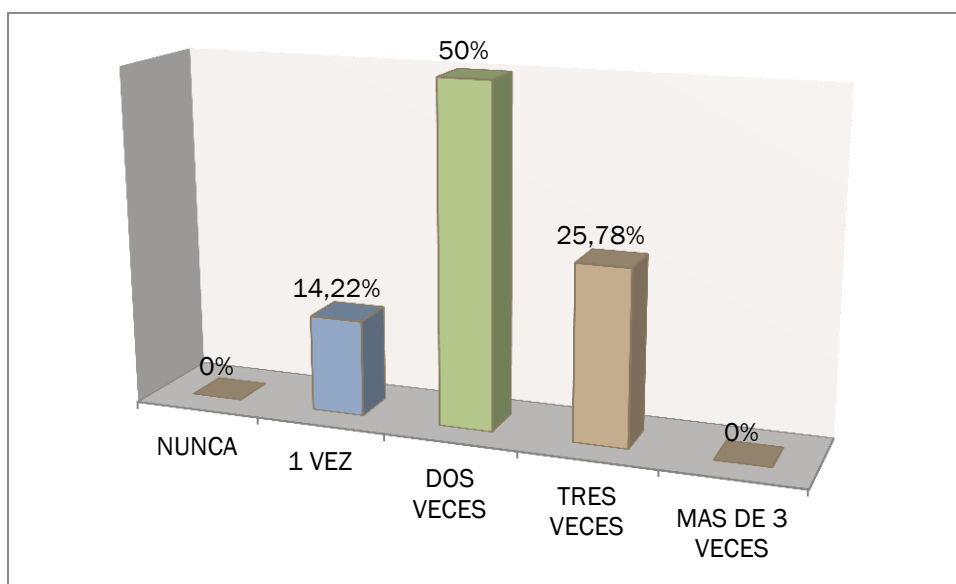
INTERPRETACIÓN:

Dentro IHOS (índice de higiene oral simplificado) un 97.13% (189 estudiantes) presentan un índice bueno, y un 2.87% (5 estudiantes) presentan un índice regular.

REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA ENCUESTA

GRAFICA Nº11.

FRECUENCIA DE CEPILLADO DENTAL REALIZADO POR LOS ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS DE LA PARROQUIA TAQUIL.



FUENTE: Estudiantes de los centros educativos “Vicente Jaramillo Palacio”, “Ángel Rubén Placencia”, “Dr. Benjamín Ayora Cueva”, “Clotario Espinosa Sigcho”, “Guillermo Herrera Sánchez”, y “Tulcán”

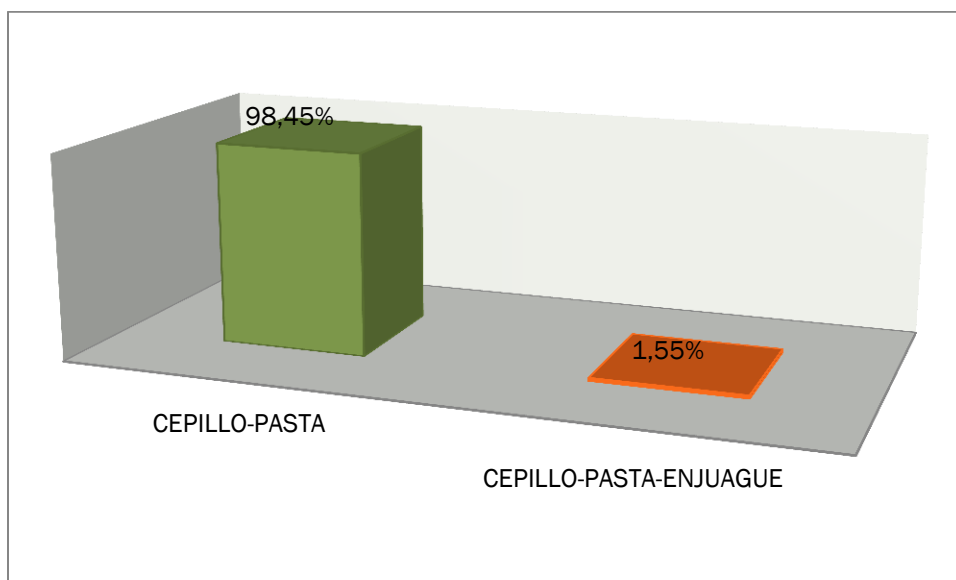
AUTORA: ANDREA DEL CISNE ORDOÑEZ TRELLES.

INTERPRETACIÓN:

En cuanto a la frecuencia de cepillado dental se encontró que un 50% de la población estudiada que corresponde a 97 estudiantes cepillan sus dientes dos veces al día, un 25.78% (50 individuos) lo realizan tres veces, y un 14.22% (47 individuos) lo hacen 1 vez al día.

GRÁFICO N°12.

ELEMENTOS USADOS EN LA HIGIENE BUCAL POR LOS ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS DE LA PARROQUIA TAQUIL.



FUENTE: Estudiantes de los centros educativos “Vicente Jaramillo Palacio”, “Ángel Rubén Placencia”, “Dr. Benjamín Ayora Cueva”, “Clotario Espinosa Sigcho”, “Guillermo Herrera Sánchez”, y “Tulcán”

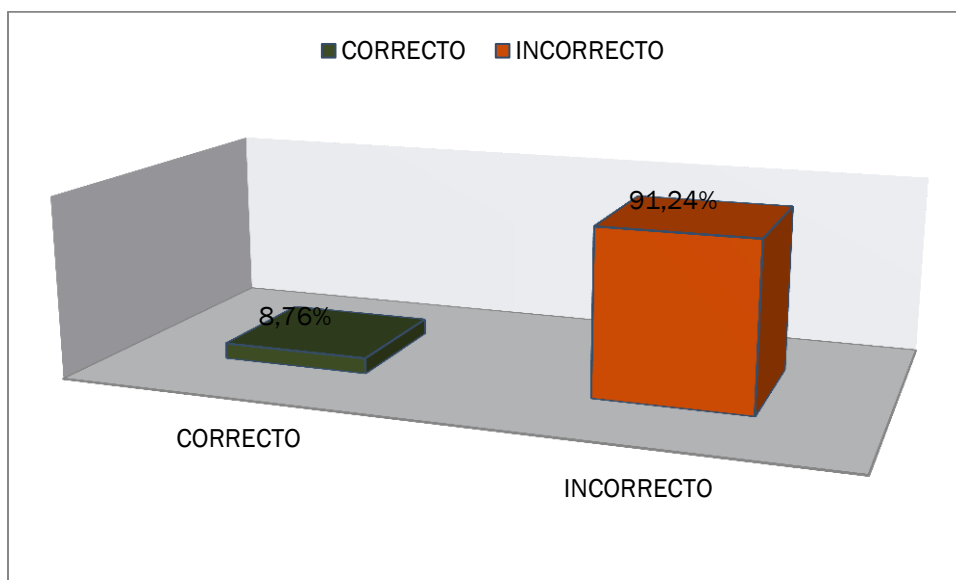
AUTORA: ANDREA DEL CISNE ORDOÑEZ TRELLES.

INTERPRETACIÓN:

La presente gráfica muestra que un 98.45% (191 individuos) utilizan pasta y cepillo para su higiene bucal, mientras que un 1.55% (3 individuos) utilizan cepillo, pasta y enjuague bucal.

GRÁFICO N°13.

TECNICA DE CEPILLADO UTILIZADA POR LOS ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS DE LA PARROQUIA TAQUIL.



FUENTE: Estudiantes de los centros educativos “Vicente Jaramillo Palacio”, “Ángel Rubén Placencia”, “Dr. Benjamín Ayora Cueva”, “Clotario Espinosa Sigcho”, “Guillermo Herrera Sánchez”, y “Tulcán”

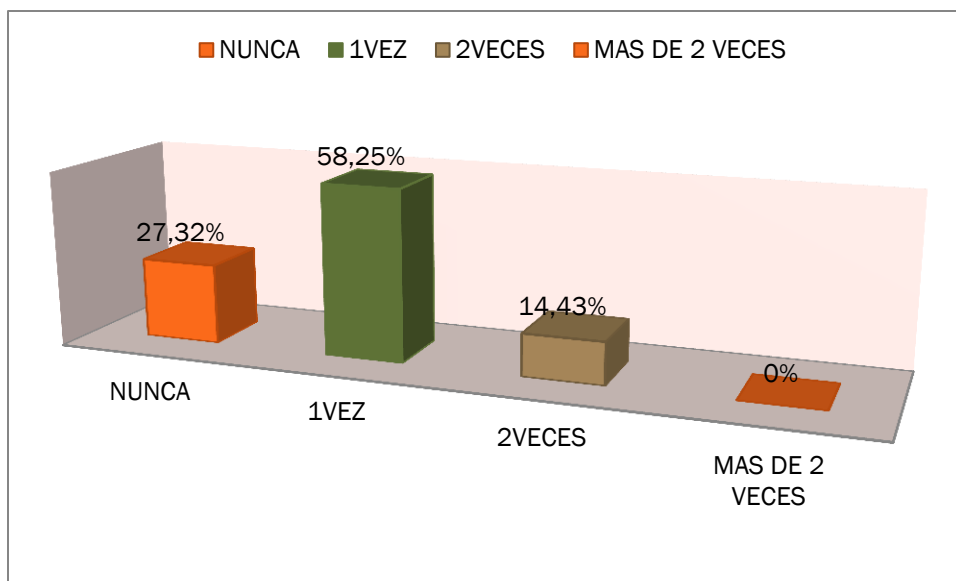
AUTORA: ANDREA DEL CISNE ORDOÑEZ TRELLES.

INTERPRETACIÓN:

La presente gráfica muestra que un 91.24% (177 individuos) utiliza una técnica incorrecta de cepillado y tan solo un 8.76% (17 individuos) realizan una técnica correcta de cepillado.

GRÁFICA N°14.

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



FUENTE: Estudiantes de los centros educativos “Vicente Jaramillo Palacio”, “Ángel Rubén Placencia”, “Dr. Benjamín Ayora Cueva”, “Clotario Espinosa Sigcho”, “Guillermo Herrera Sánchez”, y “Tulcán”

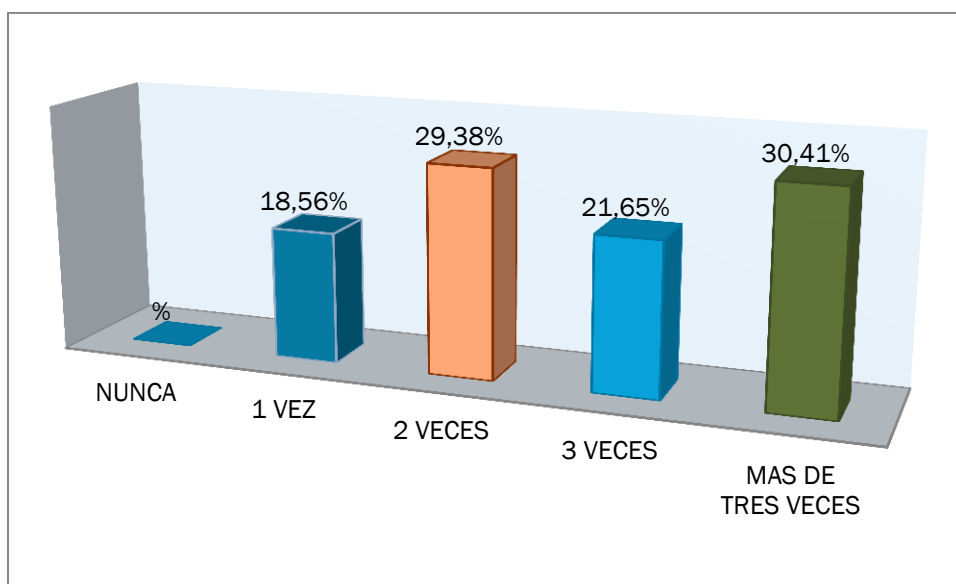
AUTORA: ANDREA DEL CISNE ORDOÑEZ TRELLES.

INTERPRETACIÓN:

La presente gráfica indica que el 58.25% (113 individuos) acude 1 vez al odontólogo para su revisión dental, mientras que un 27.32% (53 individuos) no visitan nunca al odontólogo, y un 14.43% (28 individuos) lo hacen dos veces al año.

GRÁFICA Nº15.

FRECUENCIA DEL CONSUMO DE ALIMENTOS CARIOGÉNICOS POR LOS ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS DE LA PARROQUIA TAQUIL.



FUENTE: Estudiantes de los centros educativos “Vicente Jaramillo Palacio”, “Ángel Rubén Placencia”, “Dr. Benjamín Ayora Cueva”, “Clotario Espinosa Sigcho”, “Guillermo Herrera Sánchez”, y “Tulcán”

AUTORA: ANDREA DEL CISNE ORDOÑEZ TRELLES.

INTERPRETACIÓN:

La presente gráfica nos muestra que de la población escolar estudiada un 30.41%(59 individuos) consumen más de tres veces al día alimentos cariogénicos; mientras que un 29.38%(57 estudiantes) lo hacen dos veces al día, un 21.65% (42 individuos) consumen estos alimentos 3 veces al día y finalmente un 18.56% (36 individuos) lo hace una sola vez..

7. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Es importante comprender que las conductas de higiene oral están íntimamente relacionadas con el grado de salud buco-dental existente. Sabemos que la caries dental así como la gingivitis son enfermedades prevenibles y controlable pero, aun con todos los recursos disponibles, siguen siendo las patologías bucales más comunes en la niñez

El cuanto al estado de salud buco-dental en los niños(as) y jóvenes de los de los centros educativos Vicente Jaramillo Palacio, Ángel Rubén Placencia, Dr. Benjamín Ayora Cueva, Clotario Espinosa Sigcho, Guillermo Herrera Sánchez, y Tulcán pertenecientes a la Parroquia Taquil está determinada en gran parte por las normas de higiene oral; la falta de atención buco-dental, y por la realidad económica y cultural en la que se desenvuelven sus habitantes

En cuanto a prevalencia de caries dental pudimos encontrar que un 97.42% de toda la población estudiada presento caries dental y un 2.28% no presentó esta patología, un estudio realizado en Colombia, sobre los Indicadores de Riesgo para la Caries Dental en Niños Preescolares, encontró una “Prevalencia de caries de 60 % y la mayor prevalencia de caries fue para los niños de cinco años con 74 %”.(GONZÁLEZ FARITH Y COLS, 2009) . Mientras que en otro “estudio realizado en escolares de 6 a 12 años de edad de León, Nicaragua, nos dice que la prevalencia de caries fue del 72,6%” (GACETA SANITARIA, 2005), Siendo la caries dental la patología bucal de mayor prevalencia en todo el mundo.

La prevalencia de alteraciones gingivales encontrada fue del 39.17% con presencia de inflamación gingival, un 3.61% presenta recesión y en un 36.6% presentan sangrado, teniendo como factor desencadenante la falta de higiene bucal, datos que resultan menores al compararlos con los de un estudio realizado en “Iztapalapa, Ciudad de México (2008) en el cual el 83% de los estudiantes algún tipo de inflamación gingival, siendo la gingivitis leve la de mayor prevalencia”. (MURRIETA J.F ,2008) Esta circunstancia pone de manifiesto que en esta población existe un riesgo moderado a desarrollar enfermedad periodontal.

Se pudo observar una alta prevalencia de caries dental tanto en la dentición temporal, como en la permanente. Basándonos en los índices de CPOD (Dientes cariados, perdidos y obturados) cuyos resultados revelaron un índice promedio de 2.50 y de ceod (dientes cariados, extracción indicada y obturados) con un promedio de 3.08 y al comparar con estudios previos realizados “en la delegación Álvaro Obregón Venezuela en donde se encontró un CPOD caries dental en la dentición permanente de 3.4, y en la temporal de 3.9” (GURROLA B,2009), observamos que la caries es una patología con gran prevalencia en toda la población. Así mismo debido a la falta de asistencia a un odontólogo los resultados de piezas obturadas fueron mínimos con un promedio de 1,96, reflejando esto la nula importancia que le dan a su aseo y cuidado bucal.

En cuanto a mal oclusiones el presente estudio revelo que del total de la población estudiada en dentición temporal presento un plano terminal recto en un 73.31%, escalón mesial en un 13.79% y en un 6.9% escalón distal; teniendo similitud con un estudio realizado en Cuba en donde el plano terminal recto se encuentra en un 75.75%; el escalón mesial aparece en el 9% amabas considerados como normal, el escalón distal está presente en un 15.25% reflejando resultados similares con esta investigación determinando que “los planos terminales rectos y los escalones mesiales son normales en la dentición primaria”. (SANDRA RODON, 2005)

En cuanto a maloclusiones el presente estudio revelo que del total de la población analizada un 85.38 % son de clase I de Angle, un 13.38% a la clase III y un 1.27% a la clase II al compararlos con un estudio realizado en Venezuela en donde este estudio reveló lo siguiente el “41,5% para la Clase I, seguido por 17,5% para la Clase II y un 14% para la Clase III” (MEDINA CAROLINA,2010) Siendo la clase I la más frecuente en la mayoría de la población, las diferencias entre los porcentajes de estas probablemente se deban a los factores intervinientes durante la dentición mixta como pérdida temprana de dentición decidua, que contribuye a la formación de distoclusión o mesiooclusión, a la erupción ectópica de piezas permanentes, al apiñamiento, a la mordida cruzada y a la mal posición dentaria

Los resultados obtenidos en cuanto a la presencia de fluorosis dental de toda la población evaluada fue baja, siendo más frecuente el grado de fluorosis leve en un 1.55%, siendo menor al de otros” estudios realizados en Argentina en donde el 46% de la población estudiada presentaron piezas con distintos grados de fluorosis, presentándose la fluorosis leve en un 14.60%”. (CARDOZO, MARÍA LORENA, 2001)

8. CONCLUSIONES

- El objetivo principal de la presente investigación fue realizar el diagnóstico clínico bucodental, el cuál fue desarrollado con éxito, lo que nos permitió la obtención de la información necesaria para el desarrollo de la respectiva encuesta e historia clínica.
- Dentro de los factores de riesgo que pudimos encontrar en los niños y adolescentes y que son causa primordial de la presencia de las patologías tenemos a la falta de aseo e higiene bucal debido a que esta no es efectuada tres veces al día como se debería realiza normalmente y la técnica utilizada es inadecuada esto en un 91.24 % del total de la población sometida a estudio.
- La ingesta de comida cariogénica fue encontrada en un nivel alto y aquellos que lo hacían consumían en su mayoría de 3 a más alimentos cariogénicos al día, y siendo también un factor determinante para la aparición de patologías dentarias.
- La población no acude con mucha frecuencia al odontólogo, siendo este un factor determinante para la presencia de la caries dental ya que esta se encuentra en un 97.42%, y si lo hacen acuden, solamente una vez al año ya sea por dolor o por realizarse extracciones dentarias para aliviar su molestia.
- Dentro de las patologías que tuvieron mayor prevalencia en la población escolar estudiada, fueron la caries dental en un 97.42%, las maloclusiones y la inflamación gingival en un 39.17%, presentándose estas en todos los grupos etarios encontrados.

9. RECOMENDACIONES

- Dentro de las recomendaciones es importante invitar a todas las autoridades del sector en especial a los docentes de las instituciones educativas, padres de familia y sobre todo al equipo de salud, para que se preocupen más por la salud bucal de todos los estudiantes de la parroquia ya que mantener un buen estado oral favorecerá para que ellos gocen de una buena salud en general y puedan desempeñar sus actividades estudiantiles adecuadamente.
- La preocupación por la alimentación debe ser un tema enfocado hacia los padres de familia ya que por medio de la educación y cuidado que ellos les brinden a sus hijos desde pequeños, favorecerá para que ellos gocen de una buena salud bucal y general.
- La educación en la escuela también es otro punto importante ya que a partir de las enseñanzas que ellos les brinden, y mediante charlas y videos los niños puedan tener una motivación para que se preocupen y cuiden más de su salud bucal.
- A la Universidad Nacional de Loja para que siga desarrollando este tipo de investigaciones ya que es parte coadyuvante del progreso de la salud bucal de los niños y jóvenes de nuestra provincia así mismo para que con la ayuda conjunta de los estudiantes de la carrera de Odontología mediante los conocimientos científicos y prácticos que poseen colaboren con el desarrollo normal de la salud bucodental de los niños mediante aplicaciones de flúor, profilaxis, charlas de salud dental y así mismo ejecutar procesos de rehabilitación en los mismos.

10. ANEXOS

CAPITULO II

2. SALUD ORAL

2.1 CONCEPTO DE SALUD ORAL

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

2.2 HISTORIA CLÍNICA

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

2.3 PATOLOGÍAS

2.3.1 LESIONES DE LOS TEJIDOS DUROS

2.3.1.1 Caries dental

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

2.3.1.2 FACTORES DE RIESGO DE LA CARIES DENTAL

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

2.3.2 ALTERACIONES DE FORMA

2.3.2.1 Taurodontismo

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

3.3.2.2 Diente Invaginado.

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

3.3.2.4 Diente evaginado

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

3.3.2.5 Cúspide en garra

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

3.3.2.6 Geminación

La geminación afecta principalmente a los dientes anteriores, se caracteriza por la división parcial de un solo primordio dental produciéndose un diente que muestra dos coronas independientes o separadas parcialmente, una sola raíz y un solo conducto radicular, este tipo de diente se puede presentar en las dos denticiones y se lo puede confundir con una fusión. (Philip Sapp J, Eversole L.R, George P. Wysocki 2005)

3.3.2.7 Fluorosis dental

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

3.3.2.8 Grados clínicos de la fluorosis dental

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

3.3.2.9 Factores de riesgo de fluorosis

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

3.3 LESIONES DE LOS TEJIDOS BLANDOS

3.3.1 ENFERMEDADES GINGIVALES

3.3.1.1 Enfermedad Gingival Inducida Únicamente por placa

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

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

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

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

3.3.1.3 Enfermedad gingival inducida por fármacos

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

3.4 MALOCCLUSION

3.4.1 DENTICIÓN TEMPORAL

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

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

ESCALON MESIAL: cuando la superficie distal del segundo molar 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 (VELLINI F, 2009)

3.4.2 DENTICIÓN PERMANENTE

Clase I

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

Clase II División II

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

Clase III

En la Clase III el surco mesiovestibular se encuentra mesializado en relación con la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior, en esta

Clase el perfil facial del paciente es predominantemente cóncavo y la musculatura, en general, desequilibrada. (VELLINI F, 2009)

3.5.3 TIPO DE DENTICIONES

3.5.3.1 Dentición temporal

La dentición temporal comienza su calcificación al cuarto y sexto mes de vida intrauterina, terminando este proceso al momento del nacimiento, la erupción de esta dentición se realiza en periodos y grupos distintos de tal manera que el primer grupo está formado por los centrales y laterales inferiores los cuales erupcionan a los 5 a 6 meses; mientras que el incisivo central superior erupciona a los 7 a 8 meses, el incisivo lateral superior a los 8 a 9 meses, una vez erupcionados los cuatro dientes anteriores se produce un proceso de adelantamiento posicional ya que estos erupcionan de forma vertical permitiendo así agrandar el arco ganando de esta manera espacio para el alineamiento, el segundo grupo está formado por el primer molar superior que erupciona a los 14 meses, el canino superior que erupciona a los 18 meses, el segundo molar superior erupciona a los 24 meses, el primer 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 (MASSÓN R.M,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. (MASSÓN R.M, 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 (MASSÓN R.M,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 rizólisis temprana de sus raíces y por lo tanto su pérdida antes de la fecha esperada; 3.) Macroglosia y Micrognatia; 4.) Alteraciones congénitas, en los cuales el diente se presenta con poca o nada de raíz lo que favorece sus pérdidas; 5.) Iatrogenia en el procedimiento odontológico: por perforación del piso pulpar, perforación de la furca, fractura de la raíz durante la endodoncia por lo fino de sus raíces (Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría.2004-2005).

3.5.6 TIPOS DE MORDIDAS

3.5.6.1 Mordida abierta

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

3.5.6.2 Mordida Profunda

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

3.5.6.3 Mordida cruzada anterior

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

3.5.6.4 Mordida cruzada posterior

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

3.5.6.5 Bis a bis

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

3.6 HÁBITOS

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

3.6.1 Succión digital

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

Efectos bucales:

- ✓ Protrusión de los incisivos superiores (con o sin diastemas).
- ✓ Retroinclinación de los incisivos inferiores.
- ✓ Mordida abierta anterior.
- ✓ Prognatismo alveolar superior.
- ✓ Estrechamiento, de la arcada superior (debido principalmente a la acción del musculo buccinador).
- ✓ Mordida cruzada posterior.
- ✓ Dimensión vertical aumentada (González M.J, Guida G, Herrera D. Quirós O, 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 J, Montserrat C. y Col, 2011)

3.6.3 Deglución atípica

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

Consecuencias de la deglución atípica:

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

3.6.4 Interposición lingual

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

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

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

CAPITULO III

3. RIESGO

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

3.1 FACTORES DE RIESGO

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

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

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

3.2.1 FACTORES DE RIESGO LOCALES

Los factores locales son:

3.2.1.1 Hábito de higiene bucal

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

3.2.1.2 Cepillado:

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

3.2.1.3 Técnica de cepillado:

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

3.2.1.4 Frecuencia y duración del cepillado:

Un cepillado de dos veces al día con un dentífrico fluorado es indudablemente eficaz para la prevención de caries dental, 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, 3. Biológicos: como son rasgos genéticos,

enfermedades sistémicas tratadas, estado nutricional, estado inmunitario, estrés, enfermedades intercurrentes (Cobos. J. y García. J.J 2005).

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
Caries	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 a 2.6 bajo • 2.7 a 4.4 moderad • 4.5 a 6.5 alto
Enfermedad periodontal	Es una enfermedad que afecta a las encías y a la estructura de soporte de los dientes. Las bacterias que están acumuladas en la placa bacteriana producen toxinas, estas irritan las encías que se inflaman y entonces estamos en la primera fase de la enfermedad periodontal.	Índice IHOS	<ul style="list-style-type: none"> • Malo: 2,1 a 3,0 • Regular: 1,3 a 2,0 • Bueno: 0,2 a 1,2
Mal oclusiones	Denominamos maloclusión a toda aquella situación en que	<ul style="list-style-type: none"> • Relación molar de Angle 	<ul style="list-style-type: none"> • Clase I • Clase II • Clase III

	la oclusión no es normal, es decir, cuando el engranaje del maxilar superior y de la mandíbula inferior o la posición de las piezas dentales no cumple ciertos parámetros que consideramos normales.	<ul style="list-style-type: none"> • Relación molar decidua 	<ul style="list-style-type: none"> • Escalón mesial • Escalón distal • Plano recto
Fluorosis dental	Es una anomalía de la cavidad oral, en especial de las piezas dentales originada por ingestión excesiva y prolongada de flúor.	Tipos	<ul style="list-style-type: none"> • Leve • Moderada • Severa
Hábitos	Patrones de contracción muscular anormal de naturaleza compleja que se aprenden, terminan por hacerse inconscientes e involuntarios y se ejecutan en forma mecánica.	Clases de hábitos	<ul style="list-style-type: none"> • Respiración bucal • Succión digital • Deglución atípica • Interposición lingual
Cepillado	Es el método mecánico de higiene que permite remover la placa bacteriana de los dientes para prevenir problemas bucales	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia del cepillado • Técnica de cepillado 	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Una vez al día • Dos veces al día • Tres veces al día • Más de tres

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

PETICION AL MINISTREIO DE EDUCACION



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA ÁREA DE LA SALUD HUMANA DIRECCIÓN

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

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



De mi consideración:

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

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

Atentamente,

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

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

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

Elaborado por:	<i>Adriana Ruiz</i> Lic. Adriana Ruiz
Revisado por:	<i>Flor Ordoñez</i> Lic. Flor Ordoñez

ENCUESTA DIRIGIDA A LOS ESTUDIANTES



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

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

1. INFORMACIÓN BÁSICA

Fecha: ____/____/____

Parroquia:.....

Nombre de la institución:.....

Nombre del Alumno:.....

Género: F () M ()

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

Año de educación:

2. INFORMACIÓN SOBRE HIGIENE ORAL

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

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

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

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

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

Correcto () Incorrecto ()

- Al cepillarse los dientes hay presencia de sangrado?

Si () No ()

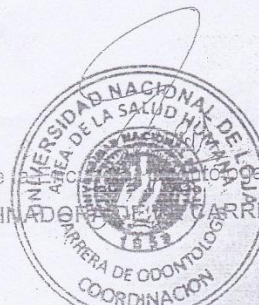
- ¿Con qué frecuencia usted visita al odontólogo?

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

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

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

Validación de Especialista Tannya Valarezo
COORDINADOR DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA



HISTORIA CLINICA DIRIGIDA A LOS ESTUDIANTES

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

DATOS GENERALES:

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

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

PATOLOGÍAS

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

OTRAS PATOLOGÍAS DENTALES

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

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

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

3. **MALOCLUSIÓN**

Dentición temporal

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

Dentición permanente

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

4. **FLUOROSIS DENTAL**

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

ALTERADA ()

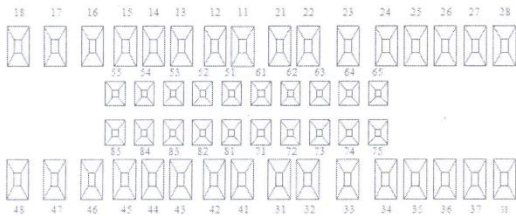
ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO IHO-S

5. **HÁBITOS**

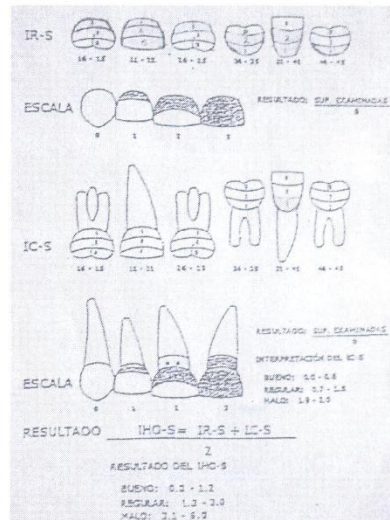
- Ninguno ()
 Succión digital ()
 Respiración bucal ()
 Deglución atípica ()
 Interposición lingual ()
- Ninguna ()
 Pérdida prematura de dentición decidua ()
 Mordida abierta anterior ()
 Mordida abierta posterior ()
 Mordida profunda ()
 Mordida cruzada anterior ()
 Mordida cruzada posterior ()
 Mordida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

6. **PATOLOGÍAS**

ODONTOGRAMA



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



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



EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

Anexo 1.- REALIZANDO LAS ENCUESTAS



FUENTE: Estudiante de la Unidad Educativa “Guillermo Herrera Sánchez”

AUTORA: ANDREA DEL CISNE ORDOÑEZ TRELLES

Anexo 2. EVALUANDO LA TECNICA DE CEPILLADO



FUENTE: Estudiante de la Unidad Educativa “Clotario Espinosa”

AUTORA: ANDREA DEL CISNE ORDOÑEZ TRELLES

Anexo 3.- EXPLICANDO TECNICA DE CEPILLADO



FUENTE: Estudiante de la Unidad Educativa "Clotario Espinosa"

AUTORA: ANDREA DEL CISNE ORDOÑEZ TRELLES

Anexo 4.- BRINDANDO CHARLAS DE SALUD ORAL



FUENTE: Estudiantes de la Unidad Educativa "Ángel Rubén Placencia"

AUTORA: ANDREA DEL CISNE ORDOÑEZ TRELLES

Anexo 5.- ENTREGA DE PASTAS Y CEPILLOS



FUENTE: Estudiantes de la Unidad Educativa "Vicente Jaramillo Palacio"

AUTORA: ANDREA DEL CISNE ORDOÑEZ TRELLES

Anexo 6.- ENTREGA DE PASTAS Y CEPILLOS



FUENTE: Estudiantes de la Unidad Educativa "Ángel Rubén Placencia"

AUTORA: ANDREA DEL CISNE ORDOÑEZ TRELLES

PATOLOGIAS ENCONTRADAS

Anexo 7.- CARIES DENTAL



FUENTE: Estudiantes de la Unidad Educativa "Ángel Rubén Placencia"

AUTORA: ANDREA DEL CISNE ORDOÑEZ TRELLES

Anexo 8.- INFLAMACION GINGIVAL



FUENTE: Estudiantes de la Unidad Educativa "Ángel Rubén Placencia"

AUTORA: ANDREA DEL CISNE ORDOÑEZ TRELLES

Anexo 9.- PLACA BACTERIANA E INFLAMACION GINGIVAL



FUENTE: Estudiante de la Unidad Educativa "Benjamín Ayora Cueva"

AUTORA: ANDREA DEL CISNE ORDOÑEZ TRELLES

Anexo 10.- FLUOROSIS LEVE



FUENTE: Estudiante de la Unidad Educativa "Vicente Jaramillo Palacio"

AUTORA: ANDREA DEL CISNE ORDOÑEZ TRELLES

Anexo.- 11 MORDIDA CRUZADA ANTERIOR



FUENTE: Estudiante de la Unidad Educativa "Clotario Espinosa"
AUTORA: ANDREA DEL CISNE ORDOÑEZ TRELLES

Anexo 12.- CÁLCULO DENTAL



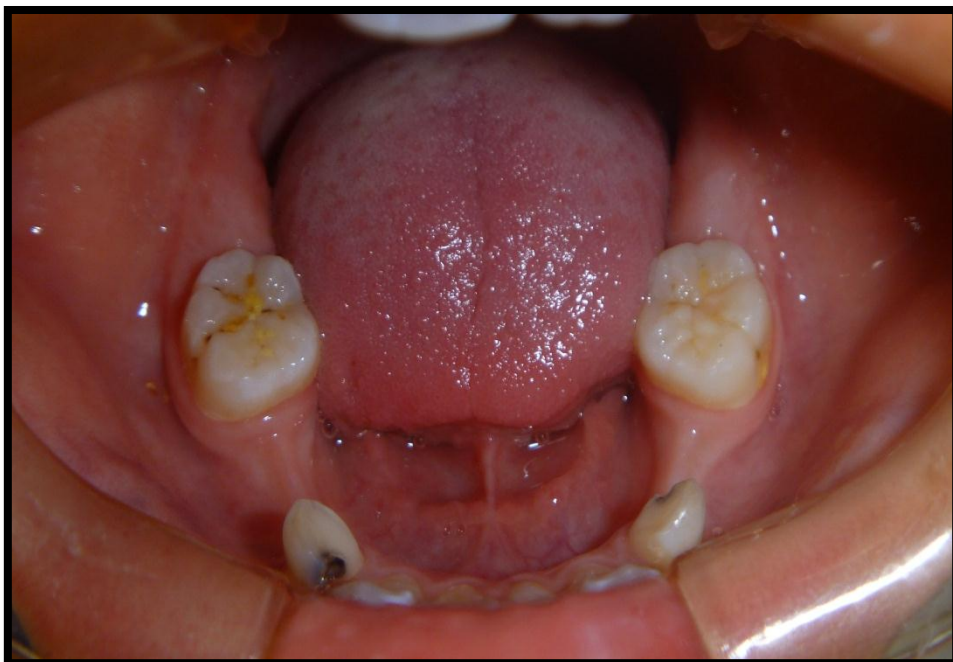
FUENTE: Estudiante de la Unidad Educativa "Tulcán"
AUTORA: ANDREA DEL CISNE ORDOÑEZ TRELLES

Anexo 13.- PERDIDA PREMATURA DE PIEZAS TEMPORALES



FUENTE: Estudiante de la Unidad Educativa "Clotario Espinosa"
AUTORA: ANDREA DEL CISNE ORDOÑEZ TRELLES

Anexo 13.- PERDIDA PREMATURA DE PIEZAS TEMPORALES



FUENTE: Estudiante de la Unidad Educativa "Guillermo Herrera Sánchez"
AUTORA: ANDREA DEL CISNE ORDOÑEZ TRELLES

Anexo 13.- MORDIDA PROFUNDA



FUENTE: Estudiante de la Unidad Educativa "Clotario Espinosa"

AUTORA: ANDREA DEL CISNE ORDOÑEZ TRELLES

11. BIBLIOGRAFIA

1. OMS-WORLD Health Report. 24 de febrero de 2004 obtenido en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/>
2. Córdova, D. y. (2010). Caries Dental y Estado Nutricional en niños de 3 a 5 años de edad. Chiclayo, Perú. Recuperado el 10 de 2013, de <http://es.scribd.com/doc/75990028/Normas-y-Procedimientos-de-Atencion-Integral-de-Salud-a-Adolescentes-2009>
3. Mejoramiento de la calidad de vida de la población escolar y sus familias, mediante la atención integral bucodental enmarcada en los factores: socioeconómicos, culturales y ambiental del Área de afluencia del Hospital Universitario de Motupe del Área de salud Nro 3 de la DPSL/MSP” y de la carrera de odontología, en el período 2007-2008.
4. Subsecretaría social, d. e. (2010). Marco teórico, Componentes y productos. Recuperado el 10 de 2013, de <http://es.scribd.com/doc/37122012/Marco-Teorico-Del-Modelo>
5. Juan Pablo Villa Barragán; Diagnóstico de Servicio de Salud. (24 diapositivas preparadas por Juan Pablo Villa). 2012 Abril 15. Obtenible en: http://www.pediatria.gob.mx/diplo_diagsit.pdf .
6. Juan Manuel Cobos y Juan José García; (2005). Manuel Técnico Superior en Higiene Bucodental. Editorial. Mad. S. L. p. 128 – 129.
7. Guzmán F. y Arias A. La historia Clínica: elemento fundamental del acto médico. Artículo especial. Colombia 2012. Disponible en: <http://www.ascolcirugia.org/revista/revistaeneromarzo2012/6-%20Historia%20clinica.pdf>
8. Montesinos Daniela. Resumen capítulo 1 libro “Dental Caries”/Portafolio No.3 CICB2011.05/12/2011. Disponible en:
9. <https://sites.google.com/site/portafolio3cicb2011/3-resumen-capitulo-1-libro-dental-caries>
10. Dra. Hidalgo E. La caries dental. Algunos de los factores relacionados con su formación en niños. Revista Cubana de Estomatología. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072008000100004&script=sci_arttext

11. J. Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wysocki. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea, Segunda Edición 2005. pag. 3-21.
12. Harris. N; García. F. (2005). Cárdenas. D 2003; Revista ADM.1997 Odontología preventiva primaria. Segunda edición Editorial Manual moderno México. Pág. 141-146.
13. Azpeitia.L; Valadez. M. (2009) Factores de riesgo para fluorosis dental en escolares de 6 a 15 años de edad. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2009/im093f.pdf>
14. Boj. J, Catalá.M. (2004). Odontopediatría. Editorial Masson S.A. primera edición 2004 capítulo 32,. Paginas367-369
15. Lindhe,J. (2009) Periodontología clínica e implantología. Quinta edición, Tomo I editorial médica panamericana pág410.
16. FLAVIO VELLINI, Ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica. (2009). (en línea).Sao Paulo.Artes Medicas. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art23.asp>
17. ROSA MARIA MASSÓN, Desarrollo de los dientes y la Oclusión. (en línea).Disponible en: <http://articulos.sld.cu/ortodoncia/files/2009/12/desd-y-o-maestri.pdf>
18. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. (2004-2005). Caracas Venezuela Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art17.asp>
19. Vajdi,G. (2011) Manual Ilustrado de Cirugía Oral y Maxilofacial. Panamá: Jaypee-Highlights Medical Publisher
20. González, G. y Marrero L. (2012). Mordida Cruzada Anterior. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría, disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art19.asp>
21. Aparecido, O. (2011). Mordida cruzada posterior. Corrección y consideraciones. Caso clínico con 7 años de seguimiento. Acta Odontológica Venezolana, 49 (13). Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2011/1/art12.asp>
22. BOJ Juan, CATALÁ Montserrat, y Col. Odontopediatría. Año 2004.Editorial Masson.Primer Edición. Barcelona-España.
23. Lugo, C., Toyo, I. (2011). Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las Maloclusiones. Revista Latinoamericana de

- Ortodoncia y Odontopediatría, , disponible en:
<http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art5.asp>
24. Agurto, P., Díaz, R., Cádiz, O., Bobenrieth, F. (1999). Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago.
 25. Revista Chilena de Pediatría, 70 (6), disponible:
http://www.scielo.cl/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0370-41061999000600004&LNG=EN&NRM=ISO&TLNG=EN
 26. Bertha Higashida; (2000). Odontología preventiva. Editorial. Mac Graw-Hill Interamericana. p. 211- 212.
 27. Emili Cuenca y Pilar Baca; (2005). Odontología Preventiva y Comunitaria. 3 Edición. Editorial. Masson.
 28. Julio Barrancos Mooney; (2006). Operatoria Dental. Buenos Aires. 4 Edición. Editorial Panamericana. P 377 - 378.
 29. Juan Manuel Cobos y Juan José García; (2005). Manuel Técnico Superior en Higiene Bucodental. Editorial. Mad. S. L. p. 128 – 129.
 30. GONZÁLEZ Farith y cols. Indicadores de Riesgo para la Caries Dental en Niños Preescolares de La Boquilla, Cartagena.
 31. GACETA SANITARIA, AGOSTO 2005, Disponible en:
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911105747853?via=sd&c=y>.
 32. JOSE FRANCISCO MURRIETA. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. vol.65 no.5 México sep./oct. 2008
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000500006.
 33. Gurrola B., I. Caudillo T., Adriano M.del P., Rivera M.J., Díaz D.A. Diagnóstico en escolares de 6 a 12 años promedios CPOD, IHOS en la Delegación Álvaro Obregón.
 34. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws edición electrónica Marzo 2009. Disponible en:
www.ortodoncia.ws.
 35. Sandra Rodon, Gustavo Pérez G, Características oclusales y craneosagitales en niños Venezolanos. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría Depósito Legal N°: pp200102CS997 -

- ISSN: 1317-5823 - RIF: J-31033493-5 - Caracas – Venezuela,
Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2005/pdf/art4.pdf>
36. MEDINA Carolina, PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES DENTALES
EN UN GRUPO DE PACIENTES PEDIÁTRICO, Disponible en:
<http://www.actaodontologica.com/ediciones/2010/1/art9.asp>
37. Cardozo, María Lorena - Lucas, Gabriela Q.
<http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/cyt/2001/3-Medicas/M-076.pdf>

12 ÍNDICE

I.CERTIFICACION.....	I
II.AUTORIA.....	II
III.CARTA DE AUTORIZACION.....	III
IV DEDICATORIA.....	IV
V.AGRADECIMIENTOI.....	V
TITULO.....	6
RESUMEN Y SUMMARY.....	7
INTRODUCCIÓN.....	9
REVISIÓN DE LITERATURA.....	11
CAPITULO I DIAGNÓSTICO DE SALUD DEL CANTÓN LOJA.....	11
MATERIALES Y MÉTODOS.....	18
RESULTADOS.....	20
DISCUSIONES.....	35
CONCLUSIONES.....	38
RECOMENDACIONES.....	39
ANEXOS.....	40
BIBLIOGRAFIA	
INDICE	