



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

TÍTULO:

DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS: “GASPAR GÓMEZ DE SALAZAR”, “PEDRO BENAVENTE”, “HOMERO VITERI LA FRONTE” Y “ALFONSO MARÍA SILVA” DE LA PARROQUIA GUALEL DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013.

Tesis de Grado Previa a la
Obtención del Título de
Odontóloga

AUTORA:

LILIANA ALEXANDRA ABAD JIMÉNEZ.

DIRECTOR DE TESIS.

DR. MANUEL JOSÉ PROCEL GONZALES

Loja- Ecuador
2013

II. CERTIFICACIÓN

Dr.

JOSÉ PROCEL.

DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CERTIFICA:

Que la presente tesis titulada: **DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS “GASPAR GÓMEZ DE SALAZAR”, “PEDRO BENAVENTE”, “HOMERO VITERI LA FRONTE”, Y “ALFONSO MARÍA SILVA” DE LA PARROQUIA GUALEL DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013**, elaborada por la Srta. Liliana Alexandra Abad Jiménez portadora de la cédula 1900746411, ha sido rigurosamente supervisada, revisada y corregida y sobre todo asesorada por mi persona en todo el desarrollo de la misma por lo que se autoriza la presentación de la misma ante el tribunal designado para el efecto.



.....


DR. JOSÉ PROCEL

III. AUTORIA

Yo, Liliana Alexandra Abad Jiménez, 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

Autora Liliana Alexandra Abad Jiménez

Firma: 

Cédula: 1900746411

Fecha: **Noviembre 06 del 2013**

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

Yo, Lilitiana Alexandra Abad Jiménez, declaro ser autora de la tesis titulada "DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS "GASPAR GÓMEZ DE SALAZAR", "PEDRO BENAVENTE", "HOMERO VITERI LA FRONTE", Y "ALFONSO MARÍA SILVA" DE LA PARROQUIA GUALEL 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 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 06 días del mes de Noviembre del dos mil trece, firma la autora.



Autora: Lilitiana Alexandra Abad Jiménez
Cédula: 1900746411
Dirección: Emiliano Zapata y Miguel Hidalgo 22-29
Correo Electrónico: liliabad-1991@hotmail.com
Teléfono: 0980562171

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Dr. José Procel 
Tribunal de Grado: Dr. Franklin Quinche, Dra. Maricela López y Lic. Ángel Iñiguez.

V. DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico a DIOS, por permitirme ser la persona que ahora soy, y lograr lo que he conseguido día a día en mi formación personal y profesional.

A mis queridos padres, hermanos y amigos por la formación y apoyo que me supieron dar a lo largo de estos años de formación, y que siempre serán mi motivación para seguir adelante cumpliendo mis metas y sueños.

Liliana Alexandra

VI. AGRADECIMIENTO.

Un agradecimiento especial a mis queridos padres Edilberto y Rosita a mis hermanas Tamy y Dolly a mis hermanos Leonel y Gerardo y amigos que han sido y seguirán siendo siempre parte fundamental de mi vida, ya que sin su ayuda incondicional y desinteresada no hubiera podido llevar a cabo mis aspiraciones.

A mis docentes ya que han sabido transmitir modelos de valor y sabiduría así como también la transmisión del saber además de brindarme acertados consejos y sugerencias.

A mi director de tesis que gracias a su ayuda generosa me supo guiar a concluir este trabajo

A la Universidad Nacional de Loja y de manera muy especial a la carrera de Odontología que a lo largo de estos años se convirtió en mi segundo hogar y esfera de formación.

Liliana Alexandra.

1. TÍTULO.

DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS: “GASPAR GÓMEZ DE SALAZAR”, “PEDRO BENAVENTE”, “HOMERO VITERI LA FRONTE” Y “ALFONSO MARÍA SILVA” DE LA PARROQUIA GUALEL DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013.

2. RESUMEN.

Las enfermedades bucales, en particular la caries dental, periodontopatías y maloclusiones por su elevada frecuencia, molestias locales, estéticas y la repercusión que ocasionan en la salud general, justifica plenamente su atención como problema de salud pública. Dado esto, se realizó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y prospectivo cuyo objetivo fue realizar el diagnóstico de salud bucodental y factores de riesgo en los centros educativos primarios: “Gaspar Gómez de Salazar”, “Pedro Benavente”, “Homero Viteri la Fronte” y “Alfonso María Silva” de la parroquia Gualiel del cantón Loja año 2013, examinándose a 86 niños, recolectando la información a través de la historia clínica odontológica y encuesta. Los resultados obtenidos fueron: caries dental el 96,5%, inflamación gingival y sangrado el 50%, la oclusión en dentición temporal fue el plano terminal recto el 55,6%, en dentición permanente fue clase I sin apiñamiento el 41,2%, los factores de riesgo fueron cepillado incorrecto el 91,8%, visita al odontólogo una vez al año el 91,8%, consumo de alimentos cariogénicos de tres veces al día con un 48,8%. La prevalencia de ciertas patologías indica que la población estudiada presta poca importancia al cuidado de la salud oral, adherido al desconocimiento de cómo mantenerla.

Palabras claves: caries, factores de riesgo, inflamación gingival, mal oclusión.

SUMMARY.

Oral diseases, including dental caries, periodontal disease and malocclusion because of their frequency, local discomfort and aesthetic impact on the overall health cause, justifying their attention as a public health problem. Given this, we conducted a study of quantitative, descriptive and prospective, whose aim was to make the diagnosis of oral health and risk factors in primary schools, "Gaspar Gomez de Salazar", "Pedro Benavente", "Homero Viteri the Fronte" and "Alfonso Maria Silva" in the parish of the canton Gualiel Loja 2013, examined 86 children, collecting information through dental and medical history survey. The results were: 96.5 % dental caries, gingival inflammation and bleeding 50%, occlusion in deciduous dentition straight terminal plane was 55.6%, in permanent dentition without crowding class I was 41,2%, the risk factors were not brushing 91.8% visit the dentist once a year for 91.8% of consumption of cariogenic food three a day with a 48.8%. The prevalence of certain diseases indicates that the study population pays little attention to oral health care, adhering to ignorance of how to maintain it.

Keywords: caries, risk factors, gingival inflammation, malocclusion.

Licd. Paola Elizabeth Seraquive Valarezo: traductora.

3. INTRODUCCIÓN.

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

A nivel local, en nuestra ciudad de Loja, se realizó el Macroproyecto denominado “Mejoramiento de la calidad de vida de la población escolar y sus familias, mediante la atención integral bucodental enmarcada en los factores: socioeconómicos, culturales y ambiental del Área de afluencia del Hospital Universitario de Motupe del Área de salud N° 3 de la Dirección Provincial de Salud de Loja/Ministerio de Salud Pública” y de la carrera de odontología, en el período 2007-2008”, donde se evidenció que “el índice de dientes deciduos cariados, extracción indicada y obturados fue de 4,5 para las niñas y de 5,1 para los niños, en tanto que el índice de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados fue de 1,9 en las niñas y de 1,6 en los niños”. (DPSL/MSP, 2007-2008).

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 MSP constituido como el organismo rector de la salud pública, ha propuesto el Modelo de Atención Integral de Salud, 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 Ministerio de Salud Pública 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”.(SUBSECRETARÍA SOCIAL, 2010)

El presente estudio fue de carácter cuantitativo, descriptivo y prospectivo, se empleó la entrevista, historia clínica odontológica y una encuesta para extraer la información más importante y requerida.

Es por ello que se estableció el presente tema de investigación “Diagnóstico de Salud Bucodental y Factores de riesgo en los centros educativos primarios: “Gaspar Gómez de Salazar”, “Pedro Benavente”, “Homero Viteri la Fronte” y “Alfonso María Silva” de la parroquia Gualiel 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 a la presencia de dichas patologías, y por medio del cual se puede establecer el grado de salud o enfermedad de la población.

Con todo lo explicado se realizó el diagnóstico de salud bucodental de los alumnos; identifiqué los factores de riesgo presentes y determiné la prevalencia de las patologías bucodentales en los estudiantes de los centros educativos primarios: “Gaspar Gómez de Salazar”, “Pedro Benavente”, “Homero Viteri la Fronte” y “Alfonso María Silva” de la parroquia Gualiel del cantón Loja, y los datos encontrados fueron: caries dental el 96,5%, inflamación gingival y sangrado el 50%, la oclusión en dentición temporal fue el plano terminal recto el 55,6%, en dentición permanente fue clase I sin apiñamiento el 41,2%, los factores de riesgo fueron cepillado incorrecto el 91,8%, visita al odontólogo una vez al año el 91,8%, consumo de alimentos cariogénicos de tres veces al día con un 48,8%.

4. REVISIÓN DE LITERATURA.

CAPITULO I.

1. DIAGNÓSTICO DE SALUD.

1.1 Definición de Diagnóstico de salud.

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

1.1.2 Niveles de diagnósticos:

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

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

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

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

2. PARROQUIA GUALEL.

2.1 HISTORIA.

El nombre de la parroquia Gualel es tomada de una planta llamada Gualel, planta originaria de este lugar caracterizado por ser muy resistente. Sus primeros habitantes fueron provenientes de la parte norte del país como: Azuay, Azogues, Guanasan, Sigsig, de apellidos Angamarca, Tene, Curipoma, Morocho, Sisalima, Sánchez, entre otros.

La fecha de parroquialización fue el 31 de marzo de 1942.

2.2 EDUCACIÓN.

La parroquia cuenta con 9 Instituciones educativas, 8 son de nivel primario y una de nivel secundario. En el año lectivo 2013-2014, se han matriculado 510 alumnos, para los cuales están designados 38 profesores.

INSTITUCIONES EDUCATIVAS	NÚMERO TOTAL DE ALUMNOS	NÚMERO TOTAL DE DOCENTES
ESCUELA GASPAR GÓMEZ DE SALAZAR	31	3
ESCUELA PEDRO BENAVENTE	15	8
ESCUELA ÁLVAREZ SÁNCHEZ COLOMBIA	295	17
ESCUELA HOMERO VITERI LA FRONTE	26	2
ESCUELA PRIMERO DE JUNIO	10	1
ESCUELA JULIA JARAMILLO	11	1
ESCUELA ALFONSO MARÍA SILVA	14	1
ESCUELA 10 DE DICIEMBRE	31	2
COLEGIO NACIONAL AGUSTÍN CURIPOMA	77	12

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. 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).

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 Lleana 2007).

2.3.1.2 ALTERACIONES DE FORMA.

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 amelogenesis 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. (SAPP J. Philip, EVERSOLE R. Lewis, WY SOCKI P. George 2005)

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. (SAPP J. Philip, EVERSOLE R. Lewis, WY SOCKI P. George 2005)

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. (SAPP J. Philip, EVERSOLE R. Lewis, WY SOCKI P. George 2005)

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. (SAPP J. Philip, EVERSOLE R. Lewis, WY SOCKI P. George 2005)

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 cíngulo 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. (SAPP J. Philip, EVERSOLE R. Lewis, WY SOCKI P. George 2005)

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. (SAPP J. Philip, EVERSOLE R. Lewis, WY SOCKI P. George 2005)

Fluorosis dental

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

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 2005)

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).

2.3.2 LESIONES DE LOS TEJIDOS BLANDOS.

2.3.2.1 ENFERMEDADES GINGIVALES.

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).

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 y CATALÁ M 2004).

Enfermedad gingival inducida por fármacos.

El agrandamiento gingival que provoca desfiguración estética es un efecto adverso importante asociado con diversos fármacos: Anticonvulsivos (p.ej. fenitoína, valproato, etc), inmunosupresores (p.ej. ciclosporina, etc), bloqueadores de los canales de calcio (p.ej. nifedipina, verapamilo, etc), 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 y CATALÁ M 2004).

2.4 MALOCLUSION.

2.4.1 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.

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

ESCALÓN DISTAL: cuando la superficie del segundo molar inferior se encuentra distal a la superficie distal del segundo molar superior primario. (VELLINI Flavio 2009).

2.4.2 DENTICIÓN PERMANENTE.

Clase I.

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

2.5 TIPO DE DENTICIONES.

2.5.1 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 ROSA MARIA 2004).

2.5.2 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 ROSA MARIA 2004).

2.5.3 Dentición permanente.

En la aparición de la segunda dentición, se da una mayor variabilidad como consecuencia de la influencia de factores hormonales y la diferencia 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 primer 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 ROSA MARIA 2004).

2.6 PÉRDIDA PREMATURA DE DENTICIÓN DECIDUA.

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.

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).

2.613 CAUSAS DE LA PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES.

Dentro de las causas tenemos: 1.) Enfermedades tales como: caries dental, resorciones radiculares 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 ODONTOPEDIATRIA.2004-2005).

2.7 TIPOS DE MORDIDAS.

2.7.1 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. (GEETI G Vajdi 2011).

2.7.2 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.

2.7.3 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. (GONZALES Gabriela, MARRERA Laura, 2012).

2.7.4 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 Osmar 2011).

2.7.5 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.

2.8 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.

2.8.1 Succión digital.

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

Efectos bucales:

- ✓ Protrusión de los incisivos superiores (con o sin diastemas).
- ✓ Retroinclinación de los incisivos inferiores.
- ✓ Mordida abierta anterior.
- ✓ Prognatismo alveolar superior.
- ✓ Estrechamiento, de la arcada superior.
- ✓ Mordida cruzada posterior.
- ✓ Dimensión vertical aumentada.

2.8.2 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).

2.8.3 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 Carmen, TOYO Irasema 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.

2.8.4 Interposición lingual.

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

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

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

CAPITULO III.

3. RIESGO.

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

3.1 FACTORES DE RIESGO.

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

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

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

3.2.1 FACTORES DE RIESGO LOCALES.

Los factores locales son:

3.2.1.1 Hábito de higiene bucal.

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

3.2.1.2 Cepillado:

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

3.2.1.3 Técnica de cepillado:

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

3.2.1.4 Frecuencia y duración del cepillado:

Un cepillado de dos veces al día con un dentífrico fluorado es indudablemente eficaz para la prevención de caries dental, 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 de los factores de riesgo generales encontramos: 1. Socioeconómicos: en el que hallamos la calidad de vida, estabilidad laboral, ingresos, cobertura asistencial, 2. Ambientales: se toma en cuenta el abastecimiento inadecuado de agua potable; así como también si la madre es reservorio de *Streptococcus mutans*, 3. Culturales: aquí encontramos escolaridad, valoración de la salud, creencias y costumbres, 3. Biológicos: como son rasgos genéticos, enfermedades sistémicas tratadas, estado nutricional, estado inmunitario, estrés, enfermedades intercurrentes. (COBOS J. y GARCÍA J.J. 2005).

5. MATERIALES Y MÉTODOS.

El presente estudio fue de tipo **Cuantitativo** debido a que sirvió para determinar porcentualmente el estado de salud buco dental de los estudiantes de los centros

educativos primarios “GASPAR GÓMEZ DE SALAZAR”, “PEDRO BENAVENTE”, “HOMERO VITERI LA FRONTE” Y “ALFONSO MARÍA SILVA” de la parroquia Gualiel del cantón Loja, y los resultados obtenidos fueron expuestos mediante gráficas; **Descriptivo**, por que determinó la situación de las variables que se estudiaron mediante la descripción de las diversas patologías que se presentaron en este estudio; y es de carácter **prospectivo** porque se registró la información según fueron ocurriendo los fenómenos.

El área de estudio en la cual se realizó la investigación fue la parroquia Gualiel del cantón Loja, la misma que se encuentra a 90 Km de la cabecera cantonal y provincial, está localizada en las siguientes coordenadas geográficas: Latitud 3°46'16"• Sur y Longitud 79° 22'33"Oeste. Limita al Norte con San Pablo de Tenta (cantón Saraguro); al Sur con las parroquias Chuquiribamba y El Cisne; al Este, con las parroquias Santiago y San Lucas; y, al Oeste con El Cisne, Morales y Salatí, del cantón Portovelo (provincia de El Oro). Con una población de 2060 habitantes. Se realizó el presente estudio en los Centros Educativos Primarios “GASPAR GÓMEZ DE SALAZAR”, “PEDRO BENAVENTE”, “HOMERO VITERI LA FRONTE” Y “ALFONSO MARÍA SILVA” El Universo estuvo conformado por 86 estudiantes.

Las variables dependientes en el presente proyecto fueron: caries dental, inflamación gingival, anomalías dentales, fluorosis dental y mal oclusiones. Las variables independientes fueron: cepillado, alimentación y atención odontológica.

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

Los instrumentos para la recolección de datos fueron: la historia clínica odontológica que es la documentación médico-legal que recoge el relato del paciente sobre su enfermedad, pruebas diagnósticas, intervenciones

terapéuticas realizadas y evolución de un paciente; y la encuesta que es un conjunto de preguntas, a través de este instrumento se obtuvo la 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: Directora de la Carrera de Odontología Dra. Especialista Tannya Valarezo; Director de tesis Dr. Especialista José Procel; egresada de la carrera de Odontología año 2013 Liliana Alexandra Abad Jiménez; personal administrativo y estudiantes de los centros educativos de la parroquia Gualiel del cantón Loja. Los recursos físicos fueron los establecimientos educativos.

Los recursos materiales empleados en la presente investigación fueron: set de diagnóstico (espejo, explorador, pinza algodонера), materiales de bioseguridad, historia clínica odontológica, encuestas, material didáctico, cámara fotográfica, computadora, materiales de escritorio, 81 cepillos dentales, 81 pastas dentales.

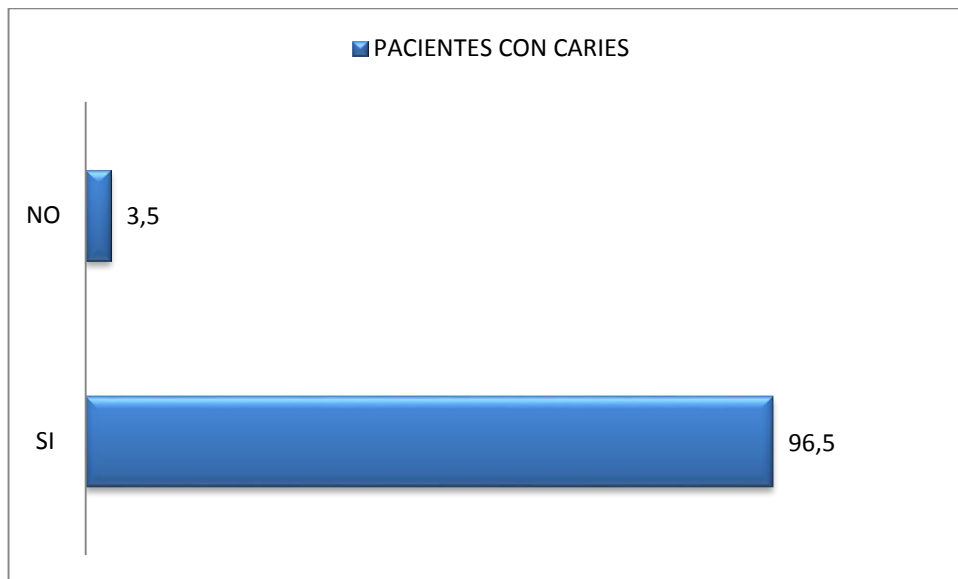
Los datos se ingresaron diariamente en un cuadro base prediseñado de Microsoft Excel; y posteriormente, se elaboró los gráficos en barra y columnas para el respectivo análisis. Los indicadores utilizados para la caries fueron el índice de dientes permanentes cariados perdidos y obturados (CPOD) y el índice de dientes deciduos cariados, extracción indicada y obturados (ceo); 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 EN LOS ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS “GASPAR GÓMEZ DE SALAZAR”, “PEDRO BENAVENTE”, “HOMERO VITERI LA FRONTE” Y “ALFONSO MARÍA SILVA”.



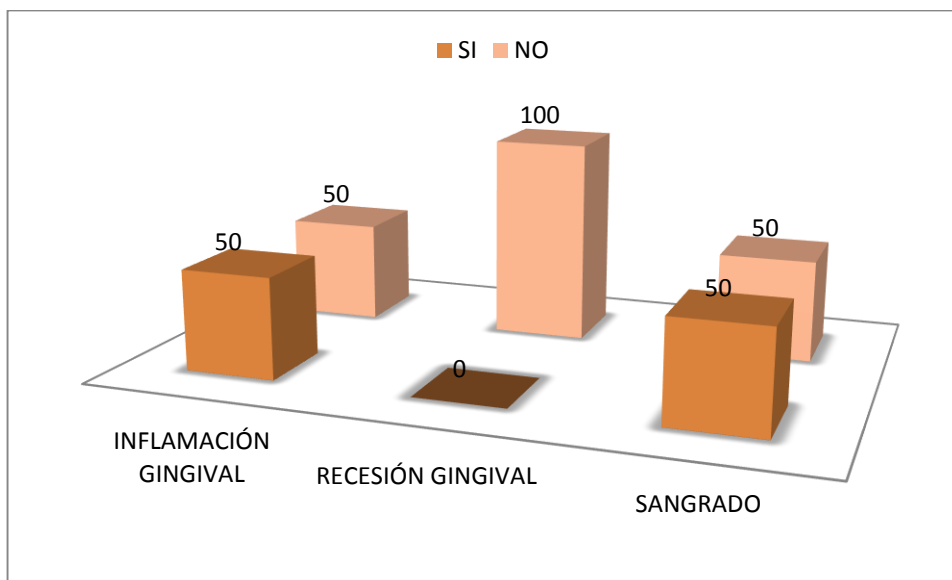
FUENTE: Estudiantes de las escuelas “Pedro Benavente”, “Homero Viteri La Fronte”, “Alfonso María Silva” y “Gaspar Gómez de Salazar”

AUTORA: Liliana Alexandra Abad Jiménez

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a los datos obtenidos podemos apreciar que el 96,5% de los pacientes estudiados presentaron caries dental, y el 3,5% no la padecen.

GRÁFICA N° 2

ALTERACIONES GINGIVALES EN LOS ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS “GASPAR GÓMEZ DE SALAZAR”, “PEDRO BENAVENTE”, “HOMERO VITERI LA FRONTE” Y “ALFONSO MARÍA SILVA”.

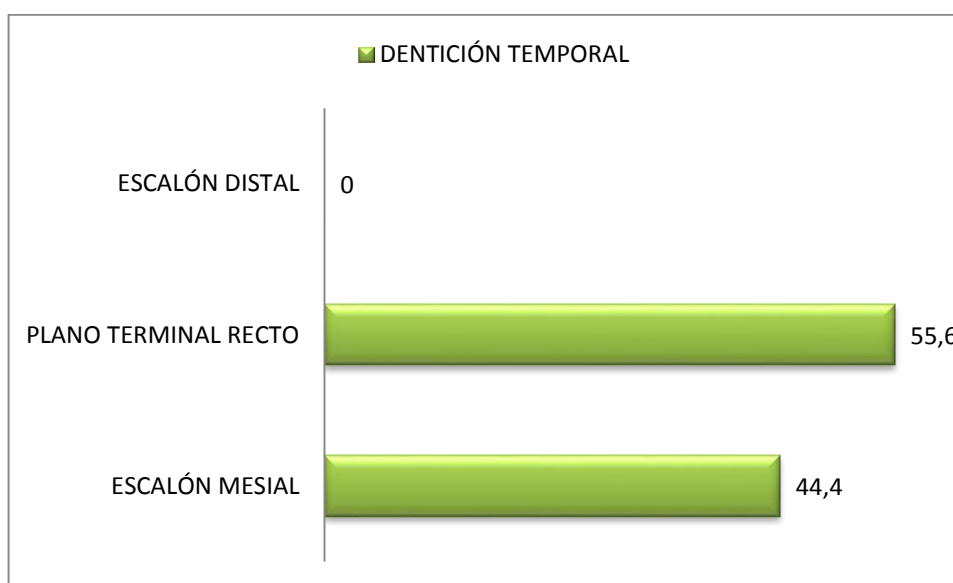


FUENTE: Estudiantes de las escuelas “Pedro Benavente”, “Homero Viteri La Fronte”, “Alfonso María Silva” y “Gaspar Gómez de Salazar”
AUTORA: Liliana Alexandra Abad Jiménez

INTERPRETACIÓN: Se observa que del total de pacientes examinados el 50% de estos presentaron inflamación gingival y sangrado, en el presente estudio no se encontró ningún caso de recesión gingival.

GRÁFICA N° 3

RELACIÓN MOLAR EN DENTICION TEMPORAL DE LOS ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS “GASPAR GÓMEZ DE SALAZAR”, “PEDRO BENAVENTE”, “HOMERO VITERI LA FRONTE” Y “ALFONSO MARÍA SILVA”.



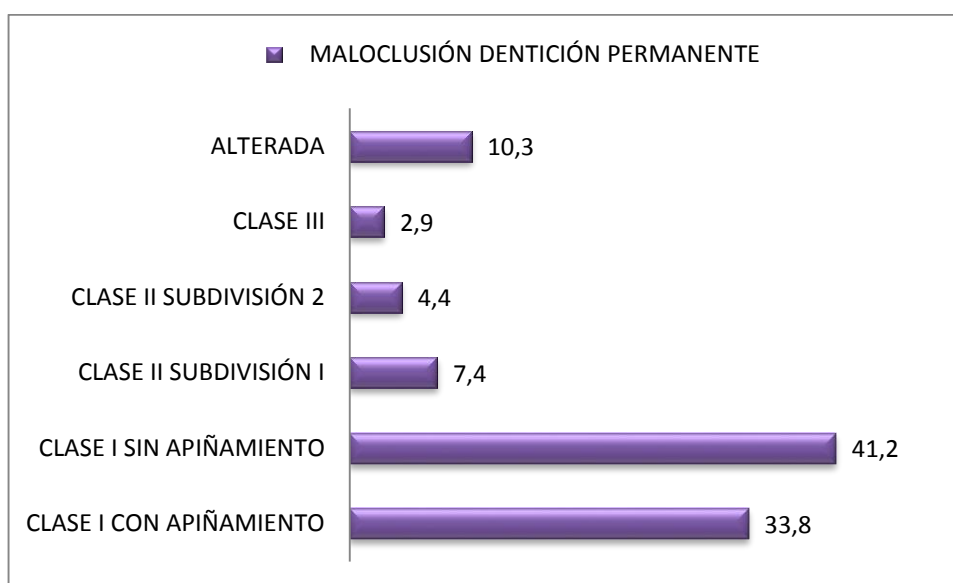
FUENTE: Estudiantes de las escuelas “Pedro Benavente”, “Homero Viteri La Fronte”, “Alfonso María Silva” y “Gaspar Gómez de Salazar”

AUTORA: Liliana Alexandra Abad Jiménez

INTERPRETACIÓN: En la siguiente gráfica podemos ver que el 55,6% de los pacientes estudiados presentaron plano terminal recto, el 44,4% presentaron escalón mesial, y no se encontró ningún caso de escalón distal.

GRÁFICA N° 4

TIPO DE OCLUSIÓN EN DENTICIÓN PERMANENTE (CLAVE DE ANGLE) DE LOS ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS “GASPAR GÓMEZ DE SALAZAR”, “PEDRO BENAVENTE”, “HOMERO VITERI LA FRONTE” Y “ALFONSO MARÍA SILVA”.



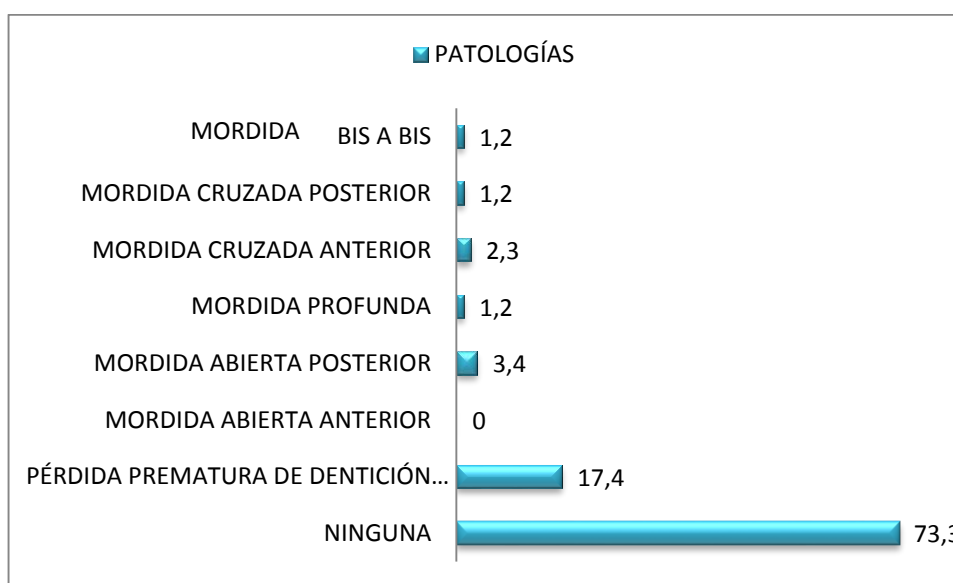
FUENTE: Estudiantes de las escuelas “Pedro Benavente”, “Homero Viteri La Fronte”, “Alfonso María Silva” y “Gaspar Gómez de Salazar”

AUTORA: Liliana Alexandra Abad Jiménez

INTERPRETACIÓN: De la población investigada el 41,2% correspondió a una oclusión clase I sin apiñamiento, el 33,8% a una oclusión clase I con apiñamiento, el 7,4% presentó oclusión clase II subdivisión 1, el 4,9% presentó clase II subdivisión 2, el 2,9% tuvo oclusión clase III y el 10,3% de la población presentó la oclusión alterada

GRÁFICA N° 5

ALTERACIONES DE LA OCLUSIÓN EN LOS ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS “GASPAR GÓMEZ DE SALAZAR”, “PEDRO BENAVENTE”, “HOMERO VITERI LA FRONTE” Y “ALFONSO MARÍA SILVA”.



FUENTE: Estudiantes de las escuelas “Pedro Benavente”, “Homero Viteri La Fronte”, “Alfonso María Silva” y “Gaspar Gómez de Salazar”

AUTORA: Liliana Alexandra Abad Jiménez

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a los datos obtenidos se observó que el 17,4% de la población presentó pérdida prematura de la dentición decidua, el 3,4% mostró mordida abierta posterior, el 3,2% tuvo mordida cruzada anterior, el 1,2% presentó mordida Bis a Bis, mordida cruzada posterior y mordida profunda, y el 73,3% no presentó ningún tipo de estas patologías.

GRÁFICA N° 6
ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS) DE LOS ESTUDIANTES
DE LOS CENTROS EDUCATIVOS “GASPAR GÓMEZ DE SALAZAR”,
“PEDRO BENAVENTE”, “HOMERO VITERI LA FRONTE” Y “ALFONSO
MARÍA SILVA”.



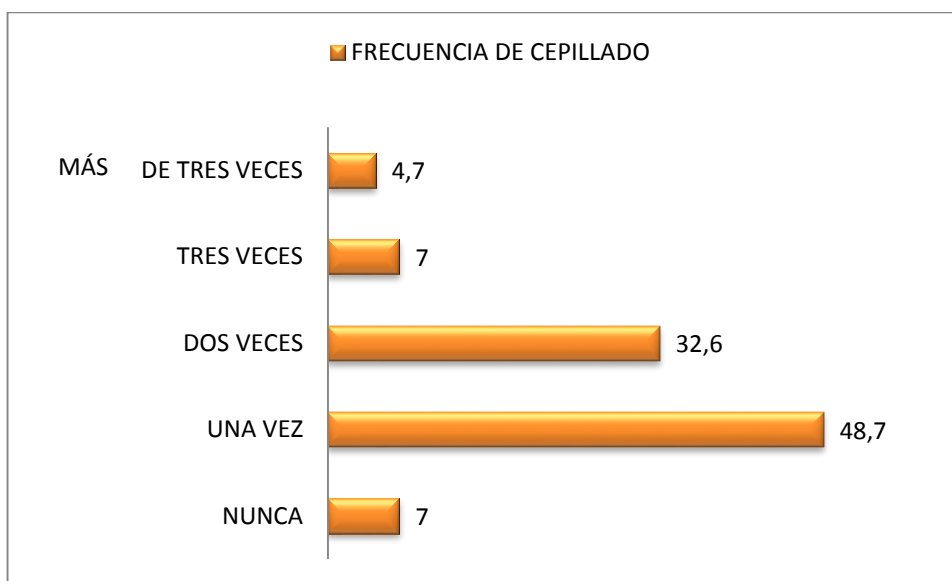
FUENTE: Estudiantes de las escuelas “Pedro Benavente”, “Homero Viteri La Fronte”, “Alfonso María Silva” y “Gaspar Gómez de Salazar”
AUTORA: Liliana Alexandra Abad Jiménez

INTERPRETACIÓN: El 100% del grupo estudiado, presentó un índice de higiene oral simplificado “bueno”.

REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA ENCUESTA

GRÁFICA N° 7

FRECUENCIA DE CEPILLADO EN EL DÍA DE LOS ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS “GASPAR GÓMEZ DE SALAZAR”, “PEDRO BENAVENTE”, “HOMERO VITERI LA FRONTE” Y “ALFONSO MARÍA SILVA”.



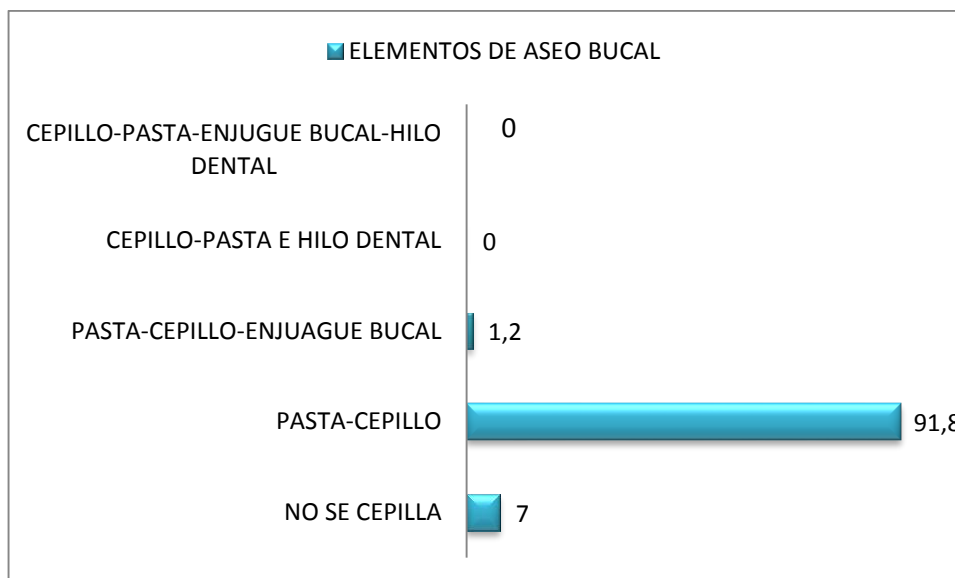
FUENTE: Estudiantes de las escuelas “Pedro Benavente”, “Homero Viteri La Fronte”, “Alfonso María Silva” y “Gaspar Gómez de Salazar”

AUTORA: Lilibiana Alexandra Abad Jiménez

INTERPRETACIÓN: De los datos obtenidos en la encuesta se observa que el 48,7% se cepillan los dientes una vez al día, el 32,6% de la población estudiada se cepilla 2 veces al día, el 7% tres veces al día y el 4,7% lo hace más de 3 veces en el día. Es importante señalar que el 7% de esta población no se cepilla nunca los dientes.

GRÁFICA N° 8

ELEMENTOS UTILIZADOS EN LA HIGIENE BUCAL POR LOS ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS “GASPAR GÓMEZ DE SALAZAR”, “PEDRO BENAVENTE”, “HOMERO VITERI LA FRONTE” Y “ALFONSO MARÍA SILVA”.



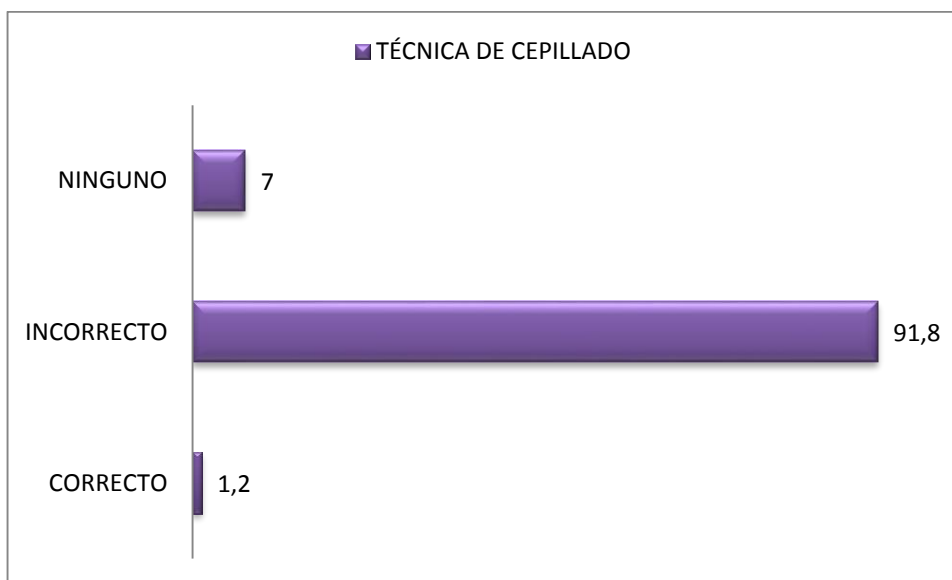
FUENTE: Estudiantes de las escuelas “Pedro Benavente”, “Homero Viteri La Fronte”, “Alfonso María Silva” y “Gaspar Gómez de Salazar”

AUTORA: Liliana Alexandra Abad Jiménez

INTERPRETACIÓN: Observamos que la mayoría de la población estudiada utiliza los elementos básicos para el aseo bucal como son pasta y cepillo dental, representados con el 91,8%; y en mínimos porcentajes los usan en combinación con enjuague bucal en el 1,2%, y el 7% no utiliza ningún elemento por que no se cepillan los dientes.

GRÁFICA N° 9

TÉCNICA DE CEPILLADO UTILIZADA POR LOS ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS “GASPAR GÓMEZ DE SALAZAR”, “PEDRO BENAVENTE”, “HOMERO VITERI LA FRONTE” Y “ALFONSO MARÍA SILVA”.



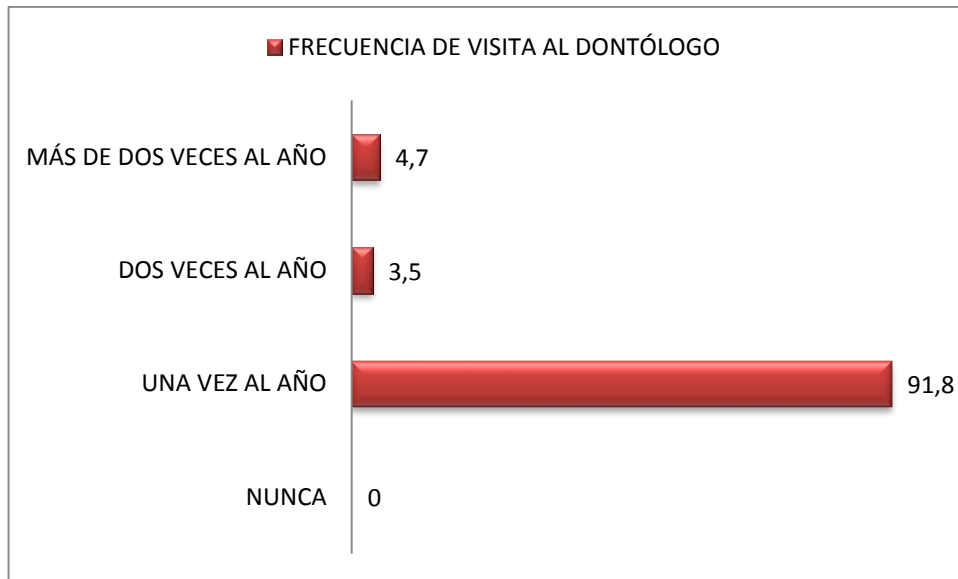
FUENTE: Estudiantes de las escuelas “Pedro Benavente”, “Homero Viteri La Fronte”, “Alfonso María Silva” y “Gaspar Gómez de Salazar”

AUTORA: Liliana Alexandra Abad Jiménez

INTERPRETACIÓN: Al entregar el pantoma y el cepillo a los encuestados, y solicitar una demostración de la técnica de cepillado dental que utiliza, se observó que en su mayoría fue incorrecta con el 91,8% y solo el 1,2% utiliza una técnica de cepillado correcta.

GRÁFICA N° 10

FRECUENCIA DE VISITA AL ODONTÓLOGO EN EL AÑO POR LOS ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS “GASPAR GÓMEZ DE SALAZAR”, “PEDRO BENAVENTE”, “HOMERO VITERI LA FRONTE” Y “ALFONSO MARÍA SILVA”.



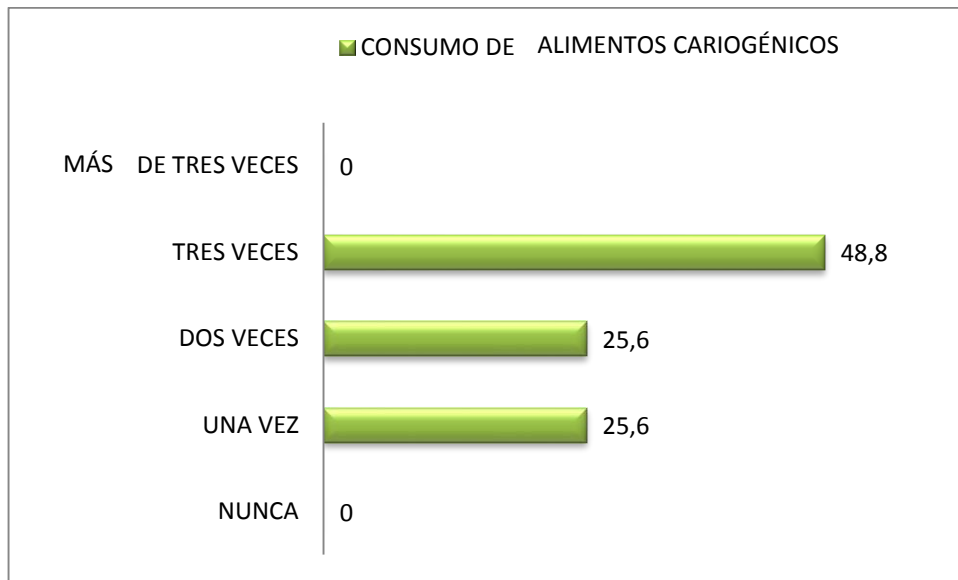
FUENTE: Estudiantes de las escuelas “Pedro Benavente”, “Homero Viteri La Fronte”, “Alfonso María Silva” y “Gaspar Gómez de Salazar”

AUTORA: Liliana Alexandra Abad Jiménez

INTERPRETACIÓN: Del 100% del grupo investigado el 91,8% nos indicó que ha visitado al profesional odontólogo “una vez al año”, siendo esta la mínima recomendada, el 4,7% acude al odontólogo más de dos veces al año y el 3,5% acude dos veces al año.

GRÁFICA N° 11

FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS CARIOGÉNICOS POR LOS ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS “GASPAR GÓMEZ DE SALAZAR”, “PEDRO BENAVENTE”, “HOMERO VITERI LA FRONTE” Y “ALFONSO MARÍA SILVA”.



FUENTE: Estudiantes de las escuelas “Pedro Benavente”, “Homero Viteri La Fronte”, “Alfonso María Silva” y “Gaspar Gómez de Salazar”

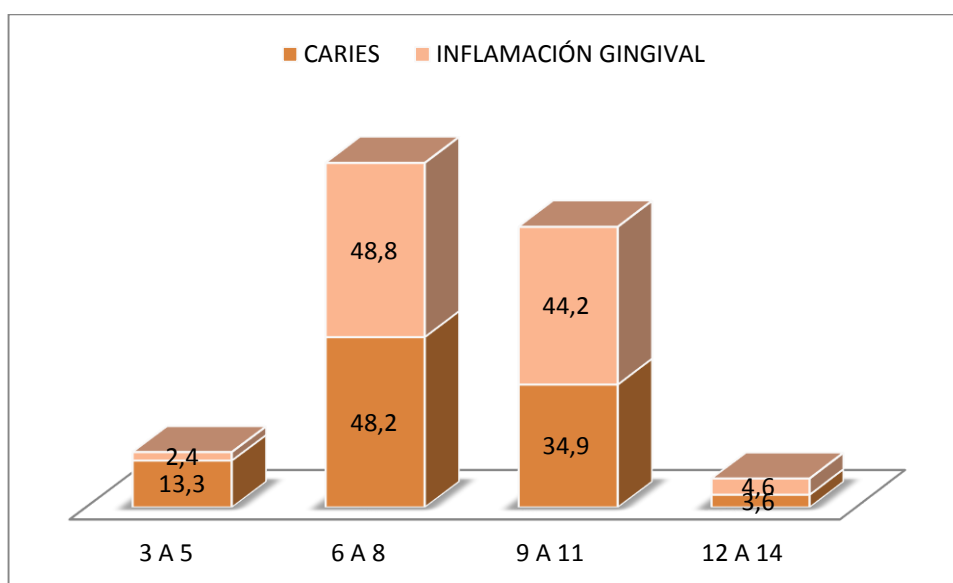
AUTORA: Liliana Alexandra Abad Jiménez

INTERPRETACIÓN: Luego de haber preguntado acerca del consumo de alimentos cariogénicos a los estudiantes encuestados, el 48,8% manifestó que consumía tres veces por día, el 25,6% afirmó que consumía con una frecuencia de una y dos veces por día.

REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE CRUCE DE VARIABLES

GRÁFICA N° 12

RELACION EDAD-CARIES-INFLAMACIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS “GASPAR GÓMEZ DE SALAZAR”, “PEDRO BENAVENTE”, “HOMERO VITERI LA FRONTE” Y “ALFONSO MARÍA SILVA”.

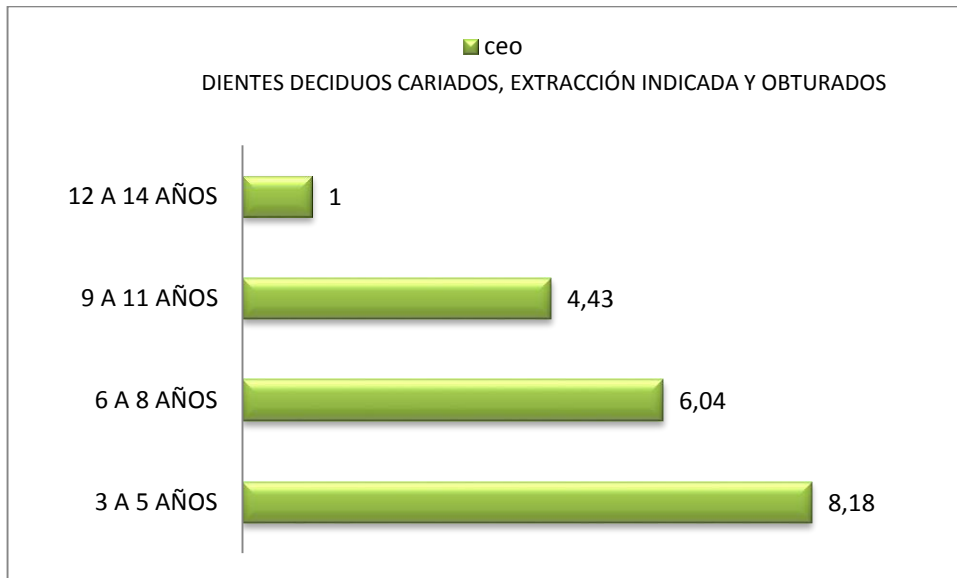


FUENTE: Historia clínica de las escuelas “Pedro Benavente”, “Homero Viteri La Fronte”, “Alfonso María Silva” y “Gaspar Gómez de Salazar”
AUTORA: Liliana Alexandra Abad Jiménez

INTERPRETACIÓN: En este gráfico, observamos que de los alumnos examinados la edad más afectada por caries dental e inflamación gingival es de 6 a 8 años con el 48,2% y el 48,8% respectivamente, y la edad menos afectada es la de 12 a 14 años con el 3,6% de caries y el 4,6 de inflamación gingival

GRÁFICA N° 13

RELACIÓN ÍNDICE DE DIENTES DECIDUOS CARIADOS, EXTRACCIÓN INDICADA Y OBTURADOS (ceo-d) EDAD DE LOS ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS “GASPAR GÓMEZ DE SALAZAR”, “PEDRO BENAVENTE”, “HOMERO VITERI LA FRONTE” Y “ALFONSO MARÍA SILVA”.

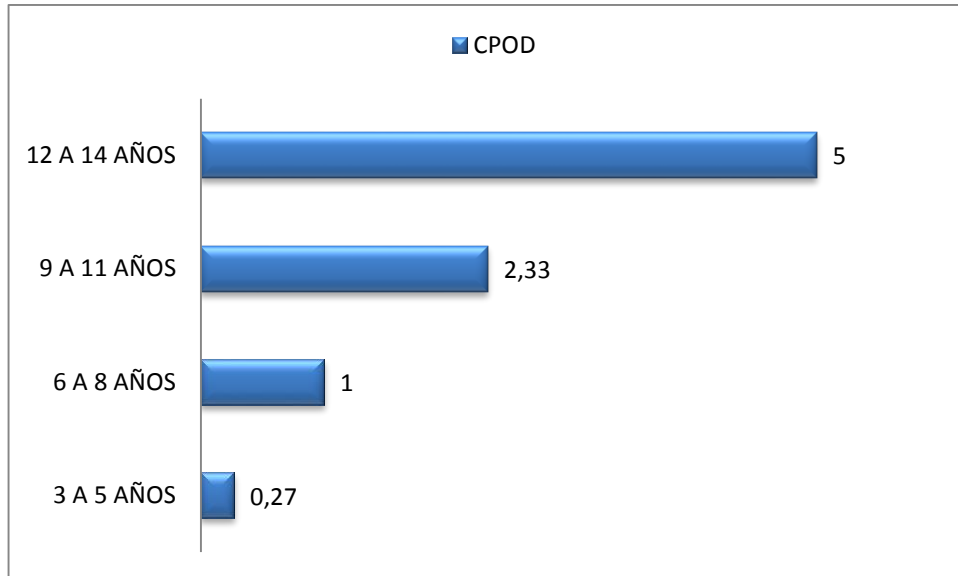


FUENTE: Historia clínica de las escuelas “Pedro Benavente”, “Homero Viteri La Fronte”, “Alfonso María Silva” y “Gaspar Gómez de Salazar”
AUTORA: Liliana Alexandra Abad Jiménez

INTERPRETACIÓN: En la presente gráfica se puede observar que los niños de 3 a 5 años presentan un índice de 8,18 que equivale a un nivel muy alto, los de 6 a 8 años de edad presentan un valor de 6,04 que es nivel alto, los de 9 a 11 años presentaron un índice de 4,43 que se considera como nivel moderado, y los de 12 a 14 años un valor de 1 que es considerado como nivel muy bajo de dints cariados, extracción indicada y obturados en la dentición decidua.

GRÁFICA N° 14

RELACIÓN ÍNDICE DE DIENTES PERMANENTES CARIADOS, PERDIDOS Y OBTURADOS (CPOD)- EDAD DE LOS ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS “GASPAR GÓMEZ DE SALAZAR”, “PEDRO BENAVENTE”, “HOMERO VITERI LA FRONTE” Y “ALFONSO MARÍA SILVA”.

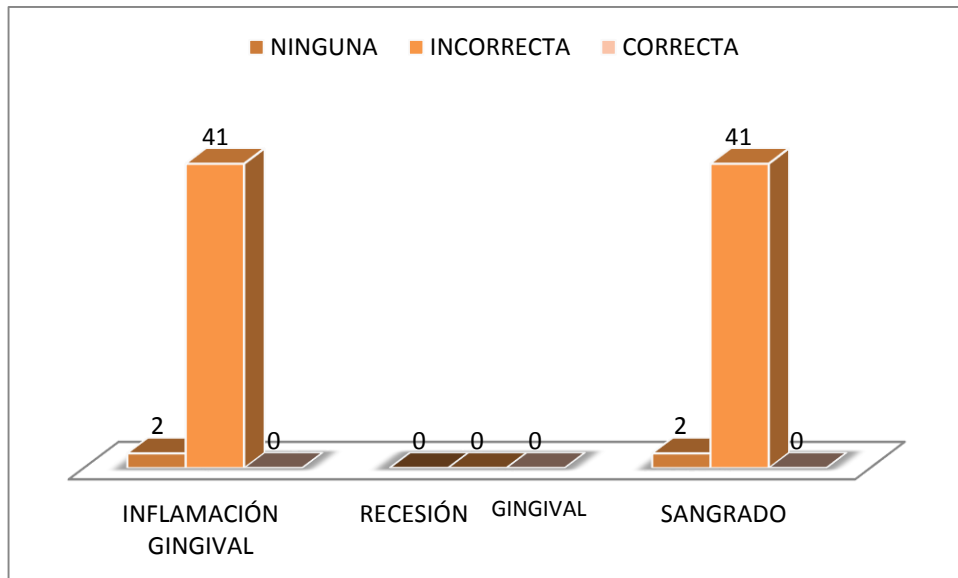


FUENTE: Historia clínica de las escuelas “Pedro Benavente”, “Homero Viteri La Fronte”, “Alfonso María Silva” y “Gaspar Gómez de Salazar”
AUTORA: Lilibiana Alexandra Abad Jiménez

INTERPRETACIÓN: En la siguiente gráfica se puede apreciar que los pacientes de 3 a 5 años tuvieron un nivel de 0,27 y los de 6 a 8 años tuvieron un nivel de 1, es decir que presentaron un índice muy bajo, los de 9 a 11 años tuvieron un índice de 2,33 considerado bajo y los de 12 a 14 años un valor de 5 que se considera como un nivel alto de dientes cariados, perdidos y obturados en dentición permanente (CPOD).

GRÁFICA N° 15

RELACIÓN INFLAMACIÓN, RECESIÓN Y SANGRADO GINGIVAL CON LA TÉCNICA DE CEPILLADO DE LOS ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS “GASPAR GÓMEZ DE SALAZAR”, “PEDRO BENAVENTE”, “HOMERO VITERI LA FRONTE” Y “ALFONSO MARÍA SILVA”.

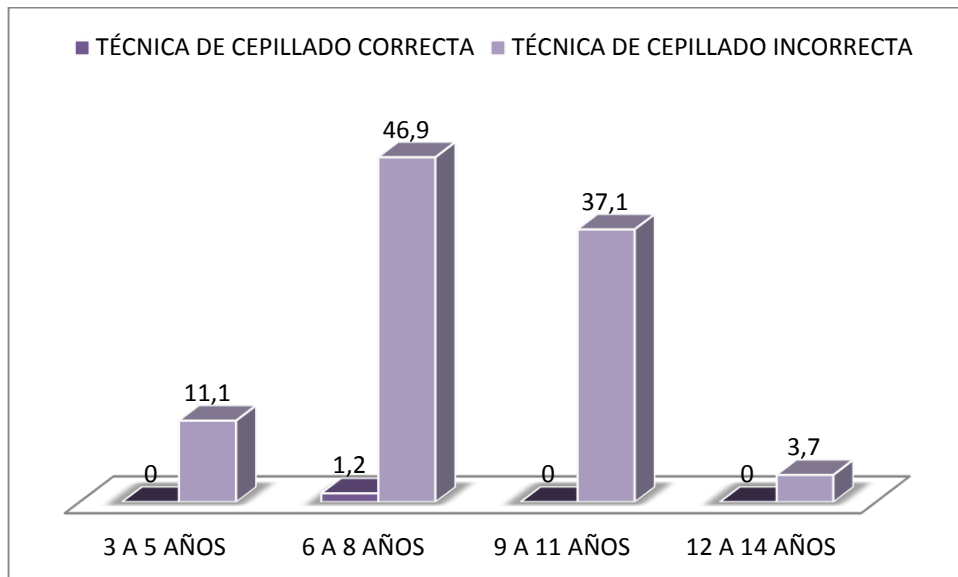


FUENTE: Historia clínica de las escuelas “Pedro Benavente”, “Homero Viteri La Fronte”, “Alfonso María Silva” y “Gaspar Gómez de Salazar”
AUTORA: Lilibiana Alexandra Abad Jiménez

INTERPRETACIÓN: De los alumnos examinados que cepillan sus dientes de manera incorrecta 41 niños y niñas presentaron inflamación gingival y sangrado, y de los que no se cepillan los dientes 2 de ellos presentaron también inflamación gingival y sangrado, ningún paciente presentó recesión gingival.

GRÁFICA N° 16
RELACIÓN EDAD-TÉCNICA DE CEPILLADO DE LOS ESTUDIANTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS “GASPAR GÓMEZ DE SALAZAR”,

“PEDRO BENAVENTE”, “HOMERO VITERI LA FRONTE” Y “ALFONSO MARÍA SILVA”.



FUENTE: Historia clínica de las escuelas “Pedro Benavente”, “Homero Viteri La Fronte”, “Alfonso María Silva” y “Gaspar Gómez de Salazar”

AUTORA: Liliana Alexandra Abad Jiménez

INTERPRETACIÓN: De los alumnos investigados solo el 1,2% utiliza una técnica de cepillado correcta en la edad de 6 a 8 años, y el 46,9% utiliza una técnica incorrecta en esta edad, en la edad de 3 a 5 años el 11,1%, en la de 9 a 11 años el 37,1% y en la de 12 a 14 años el 3,7% cepillan sus dientes de manera incorrecta.

7. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

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

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

La situación de salud buco-dental en los niños y niñas de los centros educativos primarios “Gaspar Gómez de Salazar”, “Pedro Benavente”, “Homero Viteri la Fronte” y “Alfonso María Silva” de la parroquia Gualiel del cantón Loja se ve afectada en gran parte por las normas de higiene oral; la falta de atención buco-dental, y por la realidad económica y cultural de los habitantes.

La caries dental fue la patología que se encontró en mayor prevalencia ya que el 96,5% la presentó y solo el 3,5% no resultó afectado por esta patología, datos que tienen relación con 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), estableciendo que la caries dental sigue siendo la patología bucal de mayor prevalencia en el mundo entero.

Las alteraciones gingivales que se encontraron fueron la inflamación gingival en un porcentaje del 50%, no se registró ningún caso de recesión gingival, y el 50% presentó sangrado gingival, teniendo como factor desencadenante la falta de higiene bucal, datos que aunque sean menores tienen semejanza con los de un estudio realizado en “Iztapalapa, Ciudad de México (2008) en el cual el 83% de los estudiantes presentaron algún tipo de inflamación gingival, siendo la gingivitis leve la de mayor prevalencia” (MURRIETA José Francisco ,2008). La situación nos hace pensar en que el grupo de estudio tiene riesgo a padecer algún tipo de enfermedad periodontal en el transcurso de su vida.

La prevalencia de caries dental que se encontró tanto en la dentición temporal, como en la permanente. Basándonos en los índices de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD) cuyos resultados revelaron un índice promedio de 2,15 y de dientes cariados, extracción indicada y obturados (ceod) con un promedio de 4,9 datos que al ser comparados con estudios previos realizados “en la delegación Álvaro Obregón Venezuela en donde se encontró un índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD) en dentición permanente de 3.4, y en la temporal de 3.9” (GURROLA B, 2009), se puede decir que la patología de mayor prevalencia es la caries dental, esta se inicia cuando existe la interrelación entre los microorganismos y su retención en la superficie dentaria, debido a la falta de asistencia a un odontólogo así como también la poca o nula importancia que le dan a su aseo y cuidado bucal.

Los datos obtenidos en cuanto a mal oclusiones en el presente estudio reveló que los pacientes con dentición temporal presentaron plano terminal recto en un 55,6% y escalón mesial en un 44,4%; valores que guardan 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% ambos considerados como normal, el escalón distal está presente en un 15.25% reflejando resultados muy similares con este trabajo investigativo determinando que “los planos terminales rectos y los escalones mesiales son normales en la dentición primaria”. (RODON Sandra 2005)

El presente estudio revelo en lo que se refiere al análisis de mal oclusiones que el 75% son de clase I de Angle, un 11,8% a la clase II y un 2,9% a la clase III porcentajes que al ser comparados con los de un estudio realizado en Venezuela el mismo que 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). Poniéndose de manifestó la clase I debido a que es la más frecuente en la población, las variaciones de los porcentajes pueden ser debidos a los factores intervinientes durante la dentición mixta como perdida temprana de dentición decidua, que contribuye a la formación de distoclusión o mesioclusión, erupción ectópica de piezas permanentes, apiñamiento, mordida cruzada y mal posición dentaria

8. CONCLUSIONES

- Las principales enfermedades encontradas mediante la realización del diagnóstico bucal en los niños examinados de los centros educativos primarios “Gaspar Gómez de Salazar”, “Pedro Benavente”, “Homero Viteri la Fronte” y “Alfonso María Silva” de la parroquia Gualiel del cantón Loja fueron la caries dental (96,5%) y la inflamación gingival (50%).
- Los niños y niñas de los centros educativos primarios utilizan como elementos para su higiene bucodental cepillo y pasta dental (91,8%) por lo que no complementan con los aditamentos necesarios para el cuidado adecuado de su cavidad oral.
- El consumo de alimentos cariogénicos es un factor de riesgo predisponente para la aparición de enfermedades como caries dental, en este estudio la mayoría de los niños y niñas consumen este tipo de alimentos de 1 a 3 veces al día afectando directamente al diente provocando cambios estructurales en los mismos.
- En lo que respecta a oclusión dental, en la dentición decidua predominó el plano terminal recto con el 55,6%, en la dentición permanente el predominio fue para la clase molar I con el 41,5%, y el 10,3% de la población presentó oclusión alterada; y la patología más relevante fue la pérdida prematura de la dentición decidua con el 17,4%.
- La técnica de cepillado (incorrecta 91,8%) utilizada por los niños y niñas así como la frecuencia con la que la realizan (una vez al día 48,7%) influye directamente en la aparición de enfermedades bucodentales como inflamación gingival debido a que la forma en que la realizan es inadecuada provocando destrucción de los tejidos que rodean al diente y dejando placa bacteriana en el surco gingival, alterando el funcionamiento normal de la cavidad oral.

9. RECOMENDACIONES

- ✓ A los niños de cada uno de los centros educativos que deben cepillarse sus dientes tres veces al día usando los implementos de higiene oral (cepillo, pasta dental, enjuague bucal e hilo dental) con el fin de prevenir enfermedades que alteren el funcionamiento de su cavidad oral.
- ✓ A los docentes de cada uno de los establecimientos y autoridades a que incentiven a los niños para que mantengan una adecuada higiene bucodental mediante la realización de charlas con la participación de profesionales de la salud bucodental los mismos que ayudaran a enriquecer el conocimiento y a ponerlo en práctica en cada uno de los niños.
- ✓ Concientizar a los padres de familia que la visita al odontólogo es de vital importancia para el cuidado adecuado de la cavidad oral de cada uno de sus hijos es por eso que se lo debe realizar al menos 2 veces al año, por motivos de prevención y no solamente cuando exista patología o dolor.
- ✓ A los estudiantes de la carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja que 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.
- ✓ A las autoridades del cantón Loja que mediante gestiones con el MSP colaboren con la creación de campañas de salud bucodental y la eliminación de alimentos cariogénicas en cada una de las escuelas de la parroquia Gualiel con el fin de evitar el inicio de patologías como la caries dental.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS-WORLD Health Report. 24 de febrero de 2004 obtenido en:
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/>.
2. 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.
3. 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>
4. VILLA BARRAGÁN, Juan Pablo; 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.
5. COBOS, Juan Manuel y GARCÍA, Juan José; (2005). Manual Técnico Superior en Higiene Bucodental. Editorial. Mad. S. L. p. 128 – 129.
6. 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>
7. 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>
8. 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

9. SAPP J. Philip, EVERSOLE R. Lewis, WYSOCKI P. George. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea, Segunda Edición 2005. pag. 3-21.
10. HARRIS, N; GARCÍA, F. (2005). Odontología preventiva primaria. Segunda edición Editorial Manual moderno México. Pág. 141-146.
11. 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>
12. BOJ, J, CATALÁ, M. (2004). Odontopediatría. Editorial Masson S.A. primera edición 2004 capítulo 32,. Paginas367-369
13. LINDHE, J. (2009) Periodontología clínica e implantología. Quinta edición, Tomo I editorial médica panamericana pág410.
14. VELLINI, Flavio. Ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica. (2009). (en línea).Sao Paulo.Artes Medicas. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art23.asp>
15. MASSÓN, Rosa María. Desarrollo de los dientes y la Oclusión. (en línea).Disponible en: <http://articulos.sld.cu/ortodoncia/files/2009/12/desd-y-o-maestri.pdf>
16. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. (2004-2005). Caracas Venezuela Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art17.asp>
17. VAJDI, G. (2011) Manual Ilustrado de Cirugía Oral y Maxilofacial. Panamá: Jaypee-Highlights Medical Publisher
18. 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>
19. 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>
20. BOJ, Juan, CATALÁ Montserrat, y Col. Odontopediatría. Año 2004.Editorial Masson.Primera Edición. Barcelona-España..
21. 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>

22. 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, 70 (6), disponible: http://www.scielo.cl/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0370-41061999000600004&LNG=EN&NRM=ISO&TLNG=EN
23. HIGASHIDA, Bertha; (2000). Odontología preventiva. Editorial. Mac Graw-Hill Interamericana. p. 211- 212.
24. CUENCA, Emili y BACA, Pilar; (2005). Odontología Preventiva y Comunitaria. 3 Edición. Editorial. Masson.
25. BARRANCOS MOONEY, Julio; (2006). *Operatoria Dental*. Buenos Aires. 4 Edición. Editorial Panamericana. P 377 - 378.
26. COBOS, Juan Manuel y GARCÍA, Juan José; (2005). Manuel Técnico Superior en Higiene Bucodental. Editorial. Mad. S. L. p. 128 – 129.
27. GONZÁLEZ Farith y cols. Indicadores de Riesgo para la Caries Dental en Niños Preescolares de La Boquilla, Cartagena.
28. GACETA SANITARIA, AGOSTO 2005, Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911105747853?via=sd&c=c=y>
29. MURRIETA, José Francisco. 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
30. 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. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws edición electrónica Marzo 2009. Disponible en: www.ortodoncia.ws
31. RODON, Sandra, PEREZ G, Gustavo. 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>

32. MEDINA Carolina, PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES DENTALES
EN UN GRUPO DE PACIENTES PEDIÁTRICO, Disponible en:
<http://www.actaodontologica.com/ediciones/2010/1/art9.asp>

11. ANEXOS

ANEXO N° 1 ENCUESTA



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

"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 ()

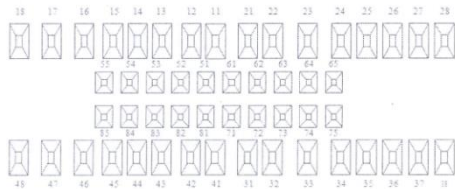
ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO IHO-S

5. HÁBITOS

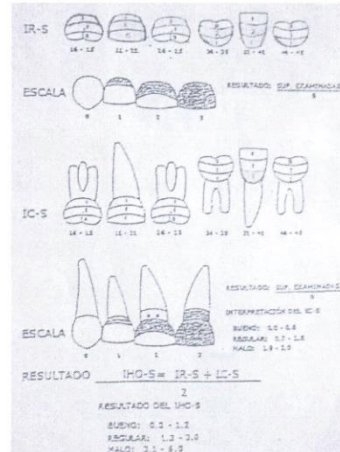
- Ninguno ()
 Succión digital ()
 Respiración bucal ()
 Deglución atípica ()
 Interposición lingual ()
- Ninguna ()
 Pérdida prematura de dentición decidua ()
 Mordida abierta anterior ()
 Mordida abierta posterior ()
 Mordida profunda ()
 Mordida cruzada anterior ()
 Mordida cruzada posterior ()
 Mordida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

6. PATOLOGÍAS

ODONTOGRAMA



Geo:c.....e.....o.....
 CPDOD: C.....P.....O.....D.....



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



ANEXO N° 2 HISTORIA CLÍNICA

ANEXO N° 3 EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

ANEXO N° 3.1 Paciente con caries en molares



Fuente: Escuela “Homero Viteri la Fronte”

ANEXO N° 3.2 Paciente con caries rampante



Fuente: Escuela “Pedro Benavente”

ANEXO N° 3.3 Presencia de placa bacteriana e inflamación gingival



Fuente: Escuela "Gaspar Gómez de Salazar"

ANEXO N° 3.4 Mordida profunda



Fuente: Escuela "Pedro Benavente"

ANEXO N° 3.5 Mordida cruzada posterior



Fuente: Escuela “Homero Viteri la Fronte”

ANEXO N° 3.6 Mordida bis a bis



Fuente: Escuela “Homero Viteri la Fronte”

ANEXO N° 3.7 Mordida abierta posterior



Fuente: Escuela "Alfonso María Silva"

ANEXO N° 3.8 Cavidad bucal sana



Fuente: Escuela "Pedro Benavente"

ANEXO N° 3.9 Técnica de cepillado



Fuente: Escuela "Alfonso María Silva"

ANEXO N° 3.10 ENCUESTA



Fuente: Escuela "Alfonso María Silva"

ANEXO N° 3.11 HISTORIA CLÍNICA



Fuente: Escuela “Alfonso María Silva”



Fuente: Escuela “Alfonso María Silva”

ANEXO N° 3.12 CHARLAS



Fuente: Escuela “Alfonso María Silva”

ANEXO N° 3.13 ENTREGA DE IMPLEMENTOS DE ASEO BUCAL



Fuente: Escuela “Gaspar Gómez de Salazar”

ANEXO N° 3.14 ESCUELAS



Fuente: Escuela "Pedro Benavente"



Fuente: Escuela "Homero Viteri la Fronte"



Fuente: Escuela “Alfonso María Silva”



Fuente: Escuela “Gaspar Gómez de Salazar”

**ANEXO N° 4 SOLICITUDES DIRIGIDAS AL DIRECTOR DE CADA ESCUELA
ANEXO 4.1 SOLICITUD PARA LA ESCUELA “GASPAR GÓMEZ DE
SALAZAR”**

Loja, 7 de Octubre del 2013

Sr: LUIS VALDIVIESO JIMÉNEZ

DIRECTOR DEL CENTRO EDUCATIVO “GASPAR GÓMEZ DE SALAZAR”

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: Liliana Alexandra Abad Jiménez con número de cédula 1900746411 (egresada de la carrera de Odontología), para que realice diagnósticos bucales a cada uno de los estudiantes del centro educativo. La información obtenida servirá para que el investigador realice su tesis de grado a través de la realización del macroproyecto: **“Diagnostico de Salud Bucal y Factores de Riesgo en los Centros educativos Primarios y Secundarios de las Parroquias Rurales del Cantón Loja, año 2013.”**

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

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

Atentamente



Dra. Tannya Valarezo

COORDINADORA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGIA


Liliana Abad

EGRESADA

ANEXO 4.2 SOLICITUD PARA LA ESCUELA “PEDRO BENAVENTE”

Loja, 7 de Octubre del 2013

Sr: MARTHA LUCÍA RIVERA RODRIGUEZ

DIRECTOR DEL CENTRO EDUCATIVO “PEDRO BENAVENTE”

De mis consideraciones:

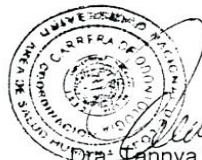
Permítame hacerle llegar un cordial y afectuoso saludo y a la vez desearle éxitos en sus funciones, que tan acertadamente desempeña.

Yo Tannya Valarezo, coordinadora de la carrera de Odontología, me dirijo a usted para solicitar, la autorización correspondiente a: Liliana Alexandra Abad Jiménez con número de cédula 1900746411 (egresada de la carrera de Odontología), para que realice diagnósticos bucales a cada uno de los estudiantes del centro educativo. La información obtenida servirá para que el investigador realice su tesis de grado a través de la realización del macroproyecto: **“Diagnostico de Salud Bucal y Factores de Riesgo en los Centros educativos Primarios y Secundarios de las Parroquias Rurales del Cantón Loja, año 2013.”**

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

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

Atentamente



Dra. Tannya Valarezo

COORDINADORA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGIA

Liliana Abad

EGRESADA

ANEXO 4.3 SOLICITUD PARA LA ESCUELA “HOMERO VITERI LA FRONTE”

Loja, 7 de Octubre del 2013

Sr: JOSÉ WILMER ONTANEDA FALCONI

DIRECTOR DEL CENTRO EDUCATIVO “HOMERO VITERI LA FRONTE”

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: Liliana Alexandra Abad Jiménez con número de cédula 1900746411 (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


Tannya Valarezo

COORDINADORA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGIA


Liliana Abad

EGRESADA

ANEXO 4.4 SOLICITUD PARA LA ESCUELA “ALFONSO MARÍA SILVA”

Loja, 7 de Octubre del 2013

Lic. Ángel Ordoñez
DIRECTOR DE LA ESCUELA “ALFONSO MARIA SILVA”

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: Liliana Alexandra Abad Jiménez con número de cédula 1900746411 (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: “Diagnóstico de Salud Bucal y Factores de Riesgo en los Centros educativos Primarios y Secundarios de las Parroquias Rurales del Cantón Loja, año 2013.”

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

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

Atentamente



Dra. Tannya Valarezo

COORDINADORA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGIA



Liliana Abad

EGRESADO

ANEXO N° 5 CERTIFICADOS EMITIDOS POR LOS DIRECTORES DE CADA ESCUELA.

ANEXO 5.1 CERTIFICADO EMITIDO POA LA ESCUELA “GASPAR GÓMEZ DE SALAZAR”



República del Ecuador

ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA “Gaspar Gómez de Salazar”

EL ARI - GUALEL - LOJA

El Ari 17 de Octubre del 2013

Profesor: Luis Valdivieso Jiménez, portador de la cédula 1100841970 director de la escuela “Gaspar Gómez de Salazar” del barrio. El Ari, parroquia Gualiel, cantón y provincia de Loja, ante su debido respeto y estima extiende la siguiente:

CERTIFICACIÓN:

Que la señorita: **LILANA ALEXANDRA ABAD JIMÉNEZ**, con numero de cédula 1900746411, egresada de la Carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja, realizó el diagnóstico bucal, dió charlas sobre educación de salud bucal y entregó implementos de higiene oral a cada uno de los estudiantes de esta institución educativa.

La interesada puede hacer del presente, el uso legal que ha bien tuviere.

Atentamente.



Luis Valdivieso Jiménez
DIRECTOR

ANEXO 5.3 CERTIFICADO EMITIDO POA LA ESCUELA “PEDRO BENAVENTE”

REPÚBLICA DEL ECUADOR
MINISTERIO DE EDUCACIÓN
BAHIN-GUALLE-LOJA

Dra. MARTHA RIVERA, DIRECTORA DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA “DR PEDRO BENAVENTE “

A petición verbal de parte interesada;

CERTIFICO:

Que la señorita LILIANA ALEXANDA ABAD JIMENEZ egresada de la carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja, realizó el diagnóstico bucal, dio charlas sobre Educación de Salud Bucal y entregó implementos de higiene oral a cada uno de los estudiantes de esta Institución Educativa.

Facultando a la interesada, hacer el uso de la presente en lo que a bien tuviere.

Atentamente,



Dra. Martha Rivera
DIRECTORA
CI, 1102898531



Bahín, a 18 de Octubre del 2013

ANEXO 5.3 CERTIFICADO EMITIDO POA LA ESCUELA “HOMERO VITERI LA FRONTE”

REPÚBLICA DEL ECUADOR
MINISTERIO DE EDUCACIÓN
GULASPAMBA-GUALEL-LOJA

PROFESOR JOSÉ WILMER ONTANEDA FALCONI, DIRECTOR DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA “DR. HOMERO VITERI LAFRONTE”

A petición verbal de parte interesada;

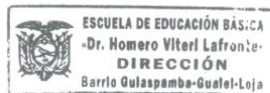
CERTIFICO:

Que la señorita **LILIANA ALEXANDRA ABAD JIMÉNEZ**, egresada de la Carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja , realizó el diagnóstico bucal, dió charlas sobre educación de salud bucal y entregó implementos de higiene oral a cada uno de los estudiantes de esta Institución Educativa.

Facultando a la interesada , hacer uso de la presente, en lo que a bien tuviere.

Atentamente,

Prof. José W. Ontaneda F.
PROFESOR-DIRECTOR
T. Cel. 0990101644.



Gulaspamba, a 18 de octubre del 2013.

ANEXO 5.4 CERTIFICADO EMITIDO POA LA ESCUELA “ALFONSO MARÍA SILVA”

ESCUELA DE EDUCACION BASICA “ALFONSO MARIA SILVA”
CELEN-GUALEL-LOJA

MINISTERIO DE EDUCACIÓN
Lic. Angel Modesto Ordóñez González
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA “ALFONSO MARIA SILVA”.

A petición verbal de parte interesada;

CERTIFICO:

Que la señorita LILIANA ALEXANDRA ABAD JIMENEZ con número de cédula 1900746411, Egresada de la Carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja, realizó el diagnóstico bucal, dió charlas sobre educación de salud bucal y entregó implementos de higiene oral a cada uno de los estudiantes de esta institución educativa.

La interesada puede hacer del presente, el uso legal que ha bien tuviere.

Atentamente

PAZ, JUSTICIA Y LIBERTAD


Lic. Angel Modesto Ordóñez González



Celen, 17 de Octubre del 2013

12. ÍNDICE

PORTADA.....	I
CERTIFICACIÓN.....	II
AUTORÍA.....	III
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS.....	IV
DEDICATORIA.....	V
AGRADECIMIENTO.....	VI
TÍTULO.....	7
RESUMEN.....	8
SUMMARY.....	9
INTRODUCCIÓN.....	10
REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	12
MATERIALES Y MÉTODOS.....	29
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	31
DISCUSIÓN.....	47
CONCLUSIONES.....	49
RECOMENDACIONES.....	50
BIBLIOGRAFÍA.....	51
ANEXOS.....	55
ÍNDICE.....	74