UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TEMA:

DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS Y SECUNDARIOS DE LA PARROQUIA RURAL JIMBILLA DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013.

Tesis previa a la obtención del título de Odontóloga.

AUTORA:

Johana Patricia Jiménez Jiménez

DIRECTORA DE TESIS

Dra. Zulema Castillo Guarnizo

Loja– Ecuador

2013

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

APROBACION DEL TUTOR

Fecha: 06 de Noviembre de 2013

Doctora Especialista:
TannyaValarezo
COORDINADORA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.

Presente.-

De mi consideración:

Yo, Dra. Zulema Castillo, **APRUEBO** como **TUTORA** la tesis cuyo título es: **DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS Y SECUNDARIOS DE LA PARROQUIA RURAL JIMBILLA DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013**, de autoría de la **Srta. Johana Patricia Jiménez Jiménez**, en toda su extensión y cuidadosamente revisada, la misma que cumple con las normas y requisitos legales exigidos por el Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, para el efecto se autoriza su publicación y continuación con los trámites de graduación.

TUTORA: Dra. Zulema Castillo.

AUTORÍA

Yo, Johana Patricia Jiméne Jiménez, 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.

Autora: Johana Patricia Jiménez Jiménez

Firma:

Cédula: 1104593296

Fecha: 15 de Noviembre del 2012

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS

Yo, JOHANNA PATRICIA JIMÉNEZ JIMENEZ, declaro ser autor de la tesis titulada: investigación :DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS Y SECUNDARIOS DE LA PARROQUIA RURAL JIMBILLA DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013.", como requisito para optar al grado de Odontóloga, 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 15 días del mes de Noviembre del dos mil trece, firma el autor.

Firma:

Autor: JOHANNA PATRICIA JIMÉNEZ JIMENEZ

Cédula: 1104593296

Dirección: Miraflores Alto **Email:** patyjimenez23@hotmail.com

Teléfono: 2565236 **Celular:** 0994981435

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Directora de Tesis: Dra. Zulema Castillo

Tribunal de Grado :Dra. Leonor Peñarreta,

Dra. Tannya Valarezo

Dr.Franklin Quinche.

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a mi Dios por ser la luz que me guía, por darme fuerzas para no desmayar en lo que me propuse, por las oportunidades que me supo dar y por permitirme culminar mi carrera con salud y felicidad.

A mis amados padres Monsermi y Emérita, por el gran esfuerzo y sacrificio que realizaron para que yo pueda culminar con bien mi carrera, por ser ejemplo de lucha, por su ayuda incondicional en cada paso de mi vida, por guiarme en mis decisiones y apoyarme para poder afrontar juntos los retos que se nos han presentado a lo largo de mi vida.

A mi hermano David porque te quiero infinitamente.

A mis padrinos Rocío y Juan por compartir momentos significativos conmigo, por estar siempre dispuestos en ayudarme a cualquier momento y porque son parte de mi éxito alcanzado.

A mis amigos y amigas en especial a Valeria, gracias por su cariño, por compartir a mi lado momentos de alegrías, de fracasos y por haber logrado nuestro gran objetivo.

Johana Patricia.

AGRADECIMIENTO

Mi gratitud especial a la Universidad Nacional de Loja, al Área de la Salud Humana, al personal Docente y Administrativo de la Carrera de Odontología.

A mis padres por su apoyo y por todos sus consejos.

De igual manera a la Dra. Zulema Castillo Directora de mi tesis por su esfuerzo y dedicación, así mismo mi agradecimiento especial al Dr. José Procel Asesor del Macroproyecto, por su guía y asesoramiento a la realización de la misma, por el apoyo incondicional quien con sus valiosos conocimientos me guio para la realización de este trabajo de investigación.

A los docentes responsables de cada centro educativo y a los estudiantes de los mismos por los espacios que me dedicaron, los cuales fueron la base elemental para poder desarrollar mi investigación.

La autor

1. TÍTULO

DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS Y SECUNDARIOS DE LA PARROQUIA RURAL JIMBILLA DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013.

2. RESUMEN

Las patologías bucales son un problema relevante en nuestro país, sobre todo en nuestra ciudad sea parroquias rurales como urbanas, haciendo hincapié a la caries dental que fue de mayor representación, si no es tratada a tiempo puede convertirse en un potencial de riesgo para la salud en general.

El presente trabajo de investigación se realizó en Jimbilla y tuvo como objetivo principal realizar el diagnóstico de salud bucodental de los estudiantes de escuelas y colegio, y la identificación de factores de riesgo que contribuyeron a la presencia de las patologías.

Este proyecto es cuantitativo, descriptivo, prospectivo, y transversal, con una muestra de 179 niños, se aplicó la encuesta para encontrar factores de riesgo y la historia clínica que permitió identificar las patologías.

Las patologías encontradas fueron de 100% caries dental, 62% inflamación gingival con un 21.8% sangrado gingival y 0.6 % de recesión, y 6.7% de oclusión alterada. Solo un 0.47% de hábitos específicamente interposición lingual, los tipos de mordida encontradas son 6.6% mordida bis a bis, 2.8% mordida abierta anterior, 0.6% de mordida profunda y perdida prematura decidua, 1.1% de mordida cruzada anterior e igual de mordida cruzada posterior. Además se encontró el 4.5% de fluorosis dental leve.

Palabras claves: Salud bucal, factores de riesgo, caries dental, niños y adolescentes.

ABSTRACT

The oral diseases are a major problem in our country, especially in our city rural and urban parishes, with emphasis on dental caries was most represented, if not treated in time can become a potential health risk in general.

The present research was conducted in Jimbilla and had as main objective the diagnosis of oral health among school students and colleg, and the identification of risk factors that contributed to the presence of pathologies.

This project is quantitative, descriptive, and prospective, cross sectional study, a sample of 179 children, the survey was conducted to find risk factors and clinical history identified pathologies.

The pathologies found were 100 % dental caries, gingival inflammation 62 % 21.8% 0.6 % gingival bleeding and recession, and 6.7% of altered occlusion. Only 0.47% specifically tongue thrusting habits , bite rates are 6.6 % found aa aa bite , anterior open 2.8 % , 0.6 % deep bite and premature loss decidua , 1.1 % of anterior cross bite cross bite and just later. It was also found 4.5% of mild dental fluorosis.

Keywords: Oral Health, risk factors, dental caries, children and adolescents.

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"; este reporte también menciona que." Se estima que cinco mil millones de personas en el planeta han sufrido caries dental".* (OMS-WORLD Health Report, 2004)

Además la salud oral constituye un fenómeno dinámico que se relaciona con las diferentes etapas de la vida, especialmente los niños y adolescentes constituyen un grupo etáreo de alto riesgo para el establecimiento de enfermedades bucodentales debido a que no asisten a la consulta voluntariamente, ni tienen responsabilidad con su salud bucal; cuando se realizan acciones preventivas o curativas, en las escuelas y colegios se observa un comportamiento negativo por parte de estos, sin brindarle la importancia requerida a dicha actividad.

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

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

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

En la presente investigación se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y trasversal que se llevó a cabo en los centros educativos primarios y secundarios que pertenecen a la parroquia de Jimbilla con la finalidad de determinar la prevalencia de las patologías bucodentales e identificar los factores de riesgo presentes en los niños y niñas examinados, para lo cual se realizó un diagnóstico bucodental y aplicación de una encuesta sobre higiene oral y factores de riesgo a cada uno de los individuos objeto de estudio. En el caso de los niños, niñas y adolescentes que no podían contestar la encuesta, ésta fue aplicada a los padres de familia de dichos alumnos para obtener dichos datos.

Los resultados del presente trabajo contribuyeron a la propuesta de líneas de acción para reforzar las actividades de prevención y promoción de salud oral en los sujetos investigados y aportar a la comunidad joven para mejorar sus hábitos de higiene bucal.

Es por ello que se ha establecido el presente tema de investigación ***"DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS Y SECUNDARIOS DE LA PARROQUIA RURAL JIMBILLA DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013",*** en importancia de las patologías de la cavidad bucal y su relación con factores de riesgo que pueden coadyuvar o no la presencia de dichas patologías y por medio del cual se puede establecer el grado de salud o enfermedad de la población.

4. REVISIÓN DE LIERATURA

CAPITULO I

1.1 SALUD ORAL

1.1.1 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).

1.2 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)

1.2.1 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).

1.2.2 Niveles de diagnósticos:

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

- Situacional: Uso de los recursos en torno a los daños y los riesgos a la salud.
- De salud: Situación de salud enfocada a la disminución de indicadores de eficacia o impacto
- De necesidades: Situación de la dotación de servicios relacionada con las necesidades de la comunidad (Villa. J.P 2012).

1.3PATOLOGÍAS

1.3.1LESIONES DE LOS TEJIDOS DUROS

1.3.1.1Caries dental

Fig 1. Foto oclusal de un paciente con 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).

1.3.1.1 FACTORES DE RIESGO DE LA CARIES DENTAL

Dentro de los factores encontramos: 1.) Alto grado de infección por *Estreptococos mutans*; 2.) Alto grado de infección por lactobacilos; 3.) Experiencia de caries anterior; 4.) Eficiente resistencia del esmalte al ataque ácido; 5.) Deficiente capacidad de remineralización; 6.) Dieta cariogénica; 7.) Mala higiene bucal; 8.) Baja capacidad *buffer* de la saliva; 9.) Flujo salival escaso; 10.) Apiñamiento dentario moderado, severo, tratamiento ortodóncico y

prótesis; 11.) Anomalías del esmalte; 12.) Recesión gingival; 13.) Enfermedad periodontal; 14.) Factores sociales (Hidalgo Ileana 2007).

1.3.2 ALTERACIONES DE FORMA

1.3.2.1Taurodontismo

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. (J. Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wysocki 2005)

1.3.2.1 Diente Invaginado

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

1.3.2.2 Cúspides supernumerarias

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

1.3.2.3 Diente evaginado

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

1.3.2.4 Cúspide en garra

Fig 2. Foto de un incisivo lateral superior con una 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 (J. Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wysocki 2005)

1.3.2.5 Geminación

Se define como un único germen dentario que intenta dividirse, resultando en un diente con una única raíz y una gran corona bífida. Hay un número normal de dientes.

1.3.2.6 Fusión

Fig 3. Foto oclusal con las piezas dentales 8.4 y 8.5 fusionadas.

Es una anomalía anatómica dentaria que consiste en la unión embriológica o en fases preeruptivas de dos o más gérmenes dentarios adyacentes por medio de dentina con el resultado de un diente único. Se da con mayor frecuencia en la dentición temporal que en la dentición permanente, suele haber un diente menos de lo normal. (IGLESIA Miguel Ángel, 2005)

1.3.2.7 Odontodisplasia regional.

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

1.3.3 LESIONES DE LOS TEJIDOS BLANDOS

1.3.3.1. ENFERMEDADES GINGIVALES

1.3.3.1.1 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).

1.3.3.1 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).

1.3.3.2 Enfermedad gingival inducida por fármacos

El agrandamiento gingival que provoca desfiguración estética es un efecto adverso importante asociado con diversos fármacos: anticonvulcionantes (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)

1.3.4 Fluorosis dental

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

1.3.4.1 Grados clínicos de la fluorosis dental

Existen grados clínicos diferentes de fluorosis del esmalte en los que tenemos: Leve.- aquí 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.- aquí la fluorosis 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. Get. al 2005)

1.3.4.2 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).

1.4 TIPO DE DENTICIONES

1.4.1 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 erupción a los 5 a 6 meses; mientras que el incisivo central superior erupciona a los 7 a 8 meses, el incisivo lateral superior a los 8 a 9 meses, una vez erupcionados los cuatro dientes anteriores se produce un proceso de adelantamiento posicional ya que estos erupcionan de forma vertical permitiendo así agrandar el arco ganando de esta manera espacio para el alineamiento, el segundo grupo está formado por el primer molar superior que erupciona a los 14 meses, el canino superior que erupciona a los 18 meses, el

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

1.4.2 Dentición mixta

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

1.4.3 Dentición permanente

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

1.5 PÉRDIDA PREMATURA DE DENTICIÓN DECIDUA

1.5.1 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.

1. 5.2 Perdida 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).

1.6 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.) Debido a la existencia de 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).

1.7 MALOCLUSIÓNES

1.7.1 MALOCLUSIÓN EN DENTICIÓN TEMPORAL

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

1.7.1.1 PLANO TERMINAL RECTO

Cuando los primeros molares erupcionan en relación borde a borde.

1.7.1.2 ESCALON MESIAL

Cuando la superficie distal del segundo molar primario inferior esta mesial a la superficie distal del segundo molar superior primario.

1.7.1.3 ESCALON DISTAL

Cuando la superficie del segundo molar inferior se encuentra distal a la superficie distal del segundo molar superior primario (FLAVIO VELLINI-2009)

1.7.2 MALOCLUSIÓN EN DENTICIÓN PERMANENTE

1.7.2.1 Clase I

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

1. 7.2.2 Clase II

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

1.7.2.3 Clase II División I

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

1.7.2.4 Clase II División II

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

1.7.2.5 Clase III

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

1.8 TIPOS DE MORDIDAS

1.8.1 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. Bardi, Geta 2011).

1. 8.2 Mordida Profunda

Se denomina mordida profunda cuando una persona tiene una mandíbula infradesarrollada (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.

1.8.3 Mordida cruzada anterior

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

1. 8.4 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 intercuspidación habitual, puede causar desplazamiento lateral de la mandíbula estableciéndose una mordida cruzada posterior unilateral funcional. (Osmar Aparecido, 2011)

1.8.5 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.

1.9 HÁBITOS

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

1.9.1 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)

1.9.1.1 Efectos bucales:

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

1.9.2 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)

1.9.3 Deglución atípica

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

1.9.3.1Consecuencias 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

1.9.4 Interposición lingual

Fig 4. Foto de un niño con interposición lingual y mordida abierta.

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 fonoarticulación (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 II

2.1 FACTORES DE RIESGO

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

Los factores de riesgo pueden ser: Biológicos; Ambientales; Comportamiento; Relacionados con la atención a la salud; Socioculturales; Económicos: bajos ingresos (Higashida. B 2000).

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

2.2.1 FACTORES DE RIESGO LOCALES

Los factores locales son:

2.2.1.1 Hábito de higiene bucal

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

2.2.1.2 Cepillado:

Técnica mecánica utilizada para el control de placa supragingival de las superficies dentarias, con el objetivo de retirar la placa dental de la superficie

dental, incluso del curco gingival evitando asa la menor lesión del diente y de sus estructuras vecinas (Cuenca y Baca, 2005).

2.2.1.3 Técnica de cepillado:

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

2.2.1.4 Frecuencia y duración del cepillado:

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

2.2.2 FACTORES DE RIESGO GENERALES

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

2.3 INDICADORES DE SALUD BUCAL

2.3.1 CPOD-ceo

Establecido por Klein Y Palmer (1930), es el más utilizado y tiene la ventaja de medir el nivel de prevalencia de caries en un grupo amplio de población, sirve para evaluar la caries, su valor disminuye conforme aumenta la edad de la población estudiada, ya que no considera la pérdida de dientes por enfermedades periodontales.

Las iniciales de las siglas significan: C, número de dientes permanentes cariados no tratados; P, número de dientes ausentes o perdidos; O, número de dientes permanentes obturados o restaurados.

El ceo, se utiliza para conocer la salud dental en niños con dentición temporal o mixta, y significa: c: número de dientes temporales cariados y no restaurados; e, número de dientes temporales indicados para extraer; o, número de dientes temporales obturados.

La OMS utiliza el CPOD como indicador ara la comparación de salud del estado dental, entre las poblaciones distintas. En niños de doce años de edad establece la siguiente escala para gravedad de caries:

0-1.1, muy bajo; 1.2-2.6, bajo; 2.7-4.4, moderado; 4.5-6.5; alto; mayor a 6.6, muy alto.

2.6.2 INDICE DE HIGIENE ORAL (IHOS)

Creado por Greenn y Vermillion, para valorar cuantitativamente los diferentes grados de higiene bucal, para ello se mide la extensión coronaria de residuos o índice de residuos (IR), y la extensión coronaria del cálculo supragingival o índice del cálculo dental (IC).

Se examinan seis dientes el incisivo central superior derecho, el incisivo central inferior izquierdo, los primeros molares superiores y primeros molares inferiores.

Se asignan valores de acuerdo con los puntajes de índices de residuos:

0: ausencia de materia alba.

1: residuos blandos que cubren menos de un tercio de la superficie del diente.

2: residuos blandos que cubren más de la tercera parte pero menos de dos terceras partes de la superficie del diente.
3: residuos blandos que cubren más de las dos terceras partes del diente.

Los valores obtenidos se suman y se dividen entre el número de superficies examinadas.
La puntuación para el índice del cálculo dental es:
0: ausencia de cálculo.
1: cálculo supragingival que cubre menos de un tercio de la superficie del diente.
2: cálculo supragingival que cubre más de la tercera parte pero menos de dos terceras partes de la superficie del diente.
3: cálculo supragingival que cubren más de las dos terceras partes del diente.

Los datos de cada persona o de una comunidad pueden obtenerse al calcular las medidas aritméticas del índice de residuos y del índice de cálculo dental y después la media.
Escala:
0.0-1.2: buena higiene bucal.
1.3-3.0: higiene bucal regular.
3.1-6.0: mala higiene bucal. (HIGASHIDA, 2000)

CAPÍTULO III

3.1 PARROQUÍA RURAL JIMBILLA DEL CANTÓN LOJA

3.1.1 GENERALIDADES DEL CANTÓN LOJA

El cantón Loja se originó producto de los asentamiento de diferentes grupos denominados: Garrochambas – Paltas que se ubicaban al occidente y centro de la ciudad, mientras que al este se encuentran los Malacatos y los Ambocas los cuales se encuentran ubicados entre San Lucas y el Cisne, cada uno de ellos se diferencia por poseer costumbres, hábitos, vestimenta y lengua propia.

Luego de muchos años de colonización y después de una audiencia en Quito, Loja proclamó su independencia, contando como líderes del movimiento revolucionario a Ramón Pinto, José María Peña, Nicolás García, José Picoita y Manuel Zambrano. El cantón Loja limita al norte con el cantón Saraguro, al sur y al este con la provincia de Zamora Chinchipe y al oeste con los cantones lojanos Quilanga, Gonzanamá y Catamayo y una parte de la Provincia del Oro, su extensión es de 1 883 km²

División política del cantón Loja: se divide en cuatro parroquias urbanas que conformadas por San Sebastián, Sagrario, Valle y Sucre; y por trece parroquias rurales formadas por Yangana, Vilcabamba, Chantaco, Malacatos, Taquil, Santiago, San Pedro De Vilcabamba, Jimbilla, Chuquiribamba San Lucas, Quinara, Guale y El Cisne. (Maldonado. 2005).

3.2 DESCRIPCION DE LA PARROQUIA RURAL DE JIMBILLA

Fig 5. Foto de la parroquia rural de Jimbilla.

3.2.1 **Historia**

Los primeros colonizadores del territorio perteneciente a Jimbilla fueron los miembros de la familia Castillo, los mismos que al descubrir este terreno montañoso se adueñaron de todo lo que les fue posible, como era la costumbre de aquella época. Tiempo después la familia decidió ir vendiendo parte de sus terrenos a familias de indígenas provenientes de Saraguro. Después de algunos años, el nombre Jimbilla fue acuñado por el sacerdote de origen español Pedro Peralta, párroco de San Lucas y encargado de esta población; basándose en el criterio de que en el lugar habitaban únicamente indígenas, los mismos que llevaban el cabello largo denominado “jimba.

El 13 de noviembre de 1956 llegó por primera vez a la parroquia la imagen de la Santísima virgen de Fátima que permanece hasta nuestros días como la patrona de la parroquia. Por esta época, Jimbilla era considerado un barrio periférico de la ciudad de Loja, por lo cual no recibía mucha atención; esto motivó a sus moradores, que ya eran numerosos, a realizar una reunión en la cual acordaron que Jimbilla debía ser parroquializada. Esto se llevó a cabo 6 años después, el 28 de noviembre de 1956 gracias a la coordinación del señor Carlos Eudoro Guamán Falconí y a la gran amistad con el coronel retirado Augusto Witt y el alcalde del cantón Loja, de ese entonces Dr. Alfredo Mora Reyes; el cual junto con su secretario el Lic. José Benigno Carrión, emitieron un decreto en el cual se declara a Jimbilla como parroquia rural del cantón Loja. El 6 de marzo de 1957, el Dr. Camilo Ponce Enríquez, Presidente Constitucional de la República, emite el decreto de Parroquialización y elabora el presupuesto necesario para los sueldos del Teniente Político y el Secretario.

En agosto del mismo año fue promulgado en el registro Oficial N° 299, que Jimbilla era declarada parroquia rural del cantón Loja. Nueve años después, se creó la Oficina de Registro Civil (RÍOS ZARUMA María Gabriela, 2011).

3.2.2 **Geografía**

Jimbilla está ubicada a 26 Km. de la ciudad de Loja. Sus límites son: al Norte con la parroquia San Lucas; al Sur con el cantón Loja; al Este con la parroquia

Imbana (Zamora Chinchipe); y, al Oeste con la parroquia Santiago. Tiene una extensión de 119.06 km2. Tiene un clima templado - húmedo. Está conformada por los barrios Illinzhapa, Jesús María Bajo, Jesús María Alto, La Libertad, Las Palmas, San Vicente, La Chonta, Huacapamba, Montecristi, Masaca, Los Molinos, Sevilla de Oro, San Isidro, Santa Bárbara, San Antonio. (Gobierno Autónomo Desentralizado Municipal de Loja).

Tiene una población de 1.114 habitantes que corresponde a 563 hombres y 551 mujeres. Tiene un total de 300 hogares y un promedio de personas por hogar de 3,71. (INEC, 2010)

3.2.3 Actividades económicas y productivas

La Producción local se fundamenta en la agricultura y la ganadería, en las cuales utilizan técnicas rudimentarias que no permiten tener alta productividad.
Los principales productos agrícolas que se cultivan en la zona son: hortalizas como lechugas, col, zambo, tomate riñón, coliflor, brócoli, frutales como: manzanas, capulíes, duraznos, babaco, tomate de árbol, peras, reina claudia, pepino dulce, naranja, la mandarina, níspero, limón dulce y otras frutas; y cultivos de ciclo corto como el maíz, la arveja, fréjol, habas, cebada, trigo, patatas, guineo común, yuca, camote, zanahoria blanca, la papa china, la caña de azúcar, el plátano.

La principal producción ganadera en la zona es: Bovino, ovino, porcino y aves de corral, criollas y cubanas, la cría de cuyes y conejos. Como característica anexa existe abundante producción de pasto. (Gobierno Autónomo Desentralizado Municipal de Loja).

3.2.4 Servicios básicos

Existen 291 viviendas y el material del techo o la cubierta es de 14 viviendas con hormigón (losa, cemento), 16 con asbesto (eternit, eurolit), 74 con Zinc, 185 de Teja, de 2 Palma, paja u hoja. El tipo de material de las paredes

exteriores es de 5 viviendas hormigón, de 82 con ladrillo o bloque, 138 de adobe o tapia, 26 madera y 38 de Caña revestida o bahareque.

Tipo de servicio higiénico o escusado solo 45 viviendas está conectado a red pública de alcantarillado.
El 85,91 de la parroquia que son 250 viviendas particulares poseen red de empresa eléctrica de servicio público el resto de la parroquia no posee.
La procedencia principal de agua recibida es de 17,87 % de red pública, 7,90 % de pozo, 73,20 % de río, vertiente, acequia o canal, 1,03 % de otros (Agua lluvia/albarrada).

Los 300 hogares en su totalidad de 100% no poseen disponibilidad de telefonía convencional. (INEC, 2010)

3.2.5 Educación

3.2.5.1 Escuelas y colegios de la parroquia rural Jimbilla.

La parroquia Jimbilla está conformada por la escuela Ibarra que posee 7 alumnos y 1 docente; la escuela Azuay N°12 que posee 8 alumnos y un docente; la escuela Gonzalo Pizarro formada por 66 alumnos y 8 docentes; la escuela Victor Amable Zhunaula formada por 8 estudiantes y un docente; la escuela Leonardo Galán Perez que posee 9 alumnos y un docente; la escuela Galo Plaza Laso formada por 9 alumnos y 1 docente, y por un colegio formado por 81 estudiantes y 9 docentes, dando un total de 188 estudiantes y 22 docentes.

Vialidad

La vía que lleva a la parroquia rural de Jimbilla, más conocida como la vía antigua a Cuenca, parte de la Av. Salvador Bustamante Celi ubicada en la parroquia urbana de “El Valle”. Esta es la carretera antigua que conecta Loja con Solamar, Las Juntas, San Lucas, y de esta parte un ramal que llega a la parroquia y que se conecta con la parroquia de Imbana en Zamora Chinchipe.

Pero con la creación de una nueva vía que conecta directamente Imbana con nuestra ciudad, esta quedó en desuso, dejando a la parroquia completamente aislada y disminuyendo las rutas de la transportación pública, hasta casi desaparecer. (RÍOS ZARUMA María Gabriela, 2011)

5. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio fue de tipo cuantitativo debido a que se determinó porcentualmente el estado de salud bucodental de los estudiantes, de los centros educativos primarios y secundarios de la parroquia de Jimbilla; descriptivo**,** ya que me permitió determinar la situación de las variables que se estudiaron.

Fue de carácter prospectivo porque se registró la información según fueron ocurriendo los fenómenos y transversal porque se estudiaron una o más variables a lo largo de un periodo, que vario según el problema investigado a través de encuestas e historias clínicas.

El lugar de estudio fue en la parroquia rural de Jimbilla perteneciente al cantón Loja, que cuenta con una población de 1.114 habitantes, ubicada a 26 Km. de la ciudad de Loja. Tiene una extensión de 119.06 km2, limitada al Norte con la parroquia San Lucas; al Sur con el cantón Loja; al Este con la parroquia Imbana; y, al Oeste con la parroquia Santiago. Está conformada por los barrios Illinzhapa, Jesús María Bajo, Jesús María Alto, La Libertad, Las Palmas, San Vicente, La Chonta, Huacapamba, Montecristi, Masaca, Los Molinos, Sevilla de Oro, San Isidro, Santa Bárbara, San Antonio (ver anexos 1a y b).

El universo está conformado por 188 estudiantes que corresponden a toda la parroquia de Jimbilla, la misma que tiene 6 escuelas de educación básica y un colegio que son: la Escuela Ibarra con 6 alumnos, Escuela Azuay N°12 con 8 alumnos, Colegio Libertador Bolívar con 74 alumnos, Escuela Gonzalo Pizarro con 65 estudiantes, Escuela Víctor Amable Zhunaula con 8 estudiantes, Escuela Leonardo Galán Pérez con 9 estudiantes, Escuela Galo Plaza Laso con 9 estudiantes (ver anexos 7a,b,c,d,e,f,g).

Se trabajó con el 100 % de la población establecida sin tomar ninguna muestra lo que permitió obtener datos reales, para este estudio se excluyeron los

estudiantes que no colaboraron en la recolección de los datos que fueron 7 estudiantes del colegio y 2 estudiantes de las escuelas.

La muestra de trabajo que correspondió a 179 estudiantes se presenta en la distribución del siguiente cuadro:

RANGO DE EDAD	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL DE ESTUDIANTES
3 A 5	5	7	12
6 A 8	28	17	45
9 A 11	21	28	49
12 A 14	20	23	43
15 A 17	13	13	26
18 O MAS	3	1	4
TOTAL	**90**	**89**	**179**

Cuadro 2. Total de la población que fues investigada de los centros educativos primarios y secundarios de la Jimbilla por edad y género.
Fuente: Encuestas de lo estudiantes de los centros educativos primarios y secundarios de Jimbilla.

En cuanto a las variables se utilizaron variables dependientes como caries, inflamación gingival y mal oclusiones; y variables independientes como cepillado, alimentación, atención odontológica.(ver anexos fig. 26a y b).

Una Para la recolección de datos se utilizó la observación y la entrevista, así mismo se elaboró un instrumento de recolección de datos, basado en la Historia Clínica Odontológica para poder determinar el diagnóstico, poder obtener información primaria y, además se realizó una encuesta, la misma que fue validada por la coordinadora de la carrera de odontología (ver anexos), estos instrumentos permitieron explorar las variable. También se utilizó como instrumentos de medición el índice de CPOD -ceo y el HIOS (ver anexos fig. 3a, b y c)

Otro instrumento fue una credencial (ver anexos fig. 23) utilizada como medio de identificación para poder acceder a los diferentes centros educativos. Para obtener los permisos necesarios se enviaron solicitudes dirigidas a los directores de cada establecimiento, con el fin de obtener autorización para realizar el trabajo de campo se obtuvo una certificación sobre el trabajo que se

realizó en los centros educativos de Jimbilla (ver anexo fig. 27 a, b, c, d, e f y g).

Primero se realizó el reconocimiento del lugar (ver anexos fig. 1b), el permiso para acceder a los centros educativos y la explicación sobre la finalidad de este estudio a los representantes de cada institución estudiantil.

Luego se ofreció una explicación a los estudiantes del trabajo que se les realizo, así los estudiantes fueron evaluados tanto con la encuesta como con la historia clínica individual que fueron aplicadas en las propias instituciones, incluyendo el examen de la cavidad bucal de forma visual y clínicamente, utilizando para ello guantes mascarilla desechables y vestimenta clínica, así mismo luz natural, espejo bucal, explorador, pinza algodonera bicolor y bolígrafo a más de esterilizar los instrumentos; en lo que refiere a la encuesta se aplicó sobre higiene oral y factores de riesgo, (anexos, figura 2).

Asimismo, en la encuesta se realizó una pregunta que fue dirigida y para obtener su respuesta se utilizó un pantoma y se pidió a los estudiantes que indiquen la forma en la que se realizan el cepillado de los dientes, la misma fue calificada como correcta e incorrecta y así mismo anotada en la encuesta (anexos, figura 4).

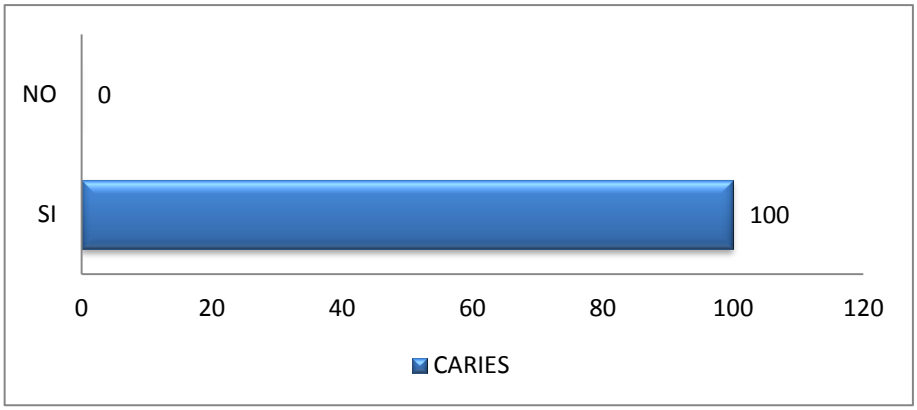
Además, se brindaron charlas sobre salud bucodental a estudiantes y profesores con papelógrafos y pantomas, y se entregaron implementos de higiene oral a los niños como cepillo y pasta dental, se tomaron evidencias fotográficas de cada una de las actividades que se realizaron (anexos, figura 5 y 6).

Toda la información fue recolectada y se confecciono un cuadro base con todos los datos en una hoja de Excel y se presentó la información a modo de tablas. En base a los resultados se formularon conclusiones y recomendaciones. Finalmente se integraron los diferentes componentes del proceso investigativo, lo que permitió elaborar el informe final.

6. RESULTADOS

6.1 Resultado de historias clínicas

GRÁFICA 1.- **Caries dental presente en los estudiantes de la parroquia Jimbilla**



Fuente: Historias clínicas de los estudiantes de los centros educativos primarios y secundarios de la parroquia rural Jimbilla del cantón Loja.
Autora: Johana Patricia Jiménez Jiménez

Interpretación:

La presente gráfica indica que en la población observada, el 100% presenta caries dental, lo que indica un alto porcentaje de incidencia de caries en los estudiantes de Jimbilla.

TABLA 1. **Relación índice ceo-edad**

EDAD	FRECUENCIA	CARIADOS	EXTRACCIÓN INIDCADA	OBTURADOS	INDICE ceo	RANGO	NIVEL
3 A 5	12	94	5	4	103	8.58	ALTO
6 A 8	45	238	20	12	270	6	ALTO
9 A 11	49	126	27	6	159	3.24	MODERADO
12 A 14	43	193	7	7	207	4.81	ALTO
TOTAL	**149**	**551**	**59**	**29**	**554**	**3.7**	**MODERADO**

Fuente: Historias clínicas de los estudiantes de los centros educativos primarios y secundarios de la parroquia rural Jimbilla del cantón Loja.
Autora: Johana Patricia Jiménez Jiménez.

Interpretación:

En la tabla se determinó en la edad de 3 a 5 años un nivel alto, en la edad de 6 a 8 años igual un nivel alto, en la edad de 9 a 11 años un nivel moderado, de 12 a 14 años un nivel alto y un ceo en general de nivel moderado.

TABLA 2.**Relación índice CPOD-edad**

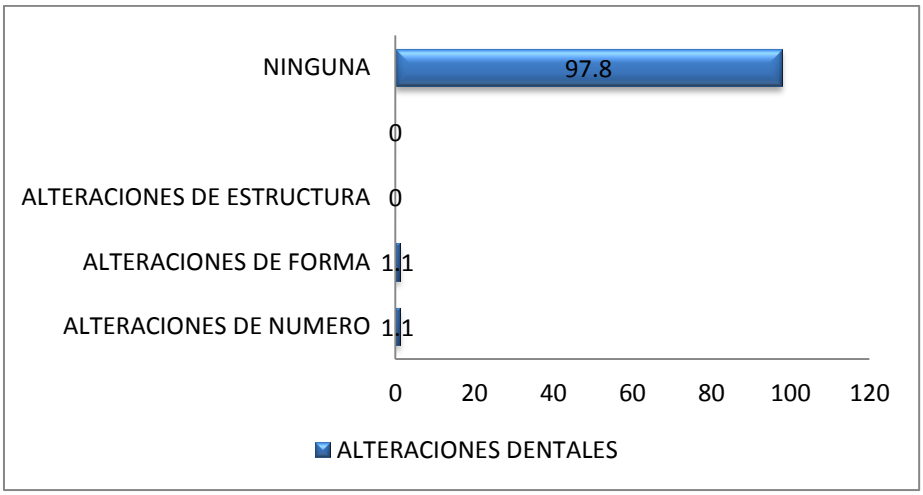
EDAD	FRECUENCIA	CARIADOS	PERDIDOS	OBTURACIÓN	INDICE CPOD	RANGO	NIVEL
3 A 5	0	0	0	0	0	0	-
6 A 8	45	46	0	1	47	1.04	BAJO
9 A 11	49	145	9	4	158	3.22	MODERADO
12 A 14	43	228	20	6	254	6	ALTO
15 A 17	26	191	15	19	225	8.65	ALTO
18 MAS	4	17	10	15	42	10.5	ALTO
TOTAL	**179**	**627**	**64**	**45**	**726**	**4.05**	**ALTO**

Fuente: Historias clínicas de los estudiantes de los centros educativos primarios y secundarios de la parroquia rural Jimbilla del cantón Loja.
Autora: Johana Patricia Jiménez Jiménez.

Interpretación:

En la tabla se determinó en la edad comprendida de 3 a 5 años hay un nivel bajo de CPOD, en la edad comprendida de 6 a 8 hay un nivel moderado y en las edades de 12 a 14, de 15 a 17 y deen la edad de 18 y mas hay un nivel alto, en total de los estudiantes que presentaron CPOD se determino un nivel alto.

GRÁFICA 2.- **Alteraciones dentales presentes en los estudiantes de Jimbilla**

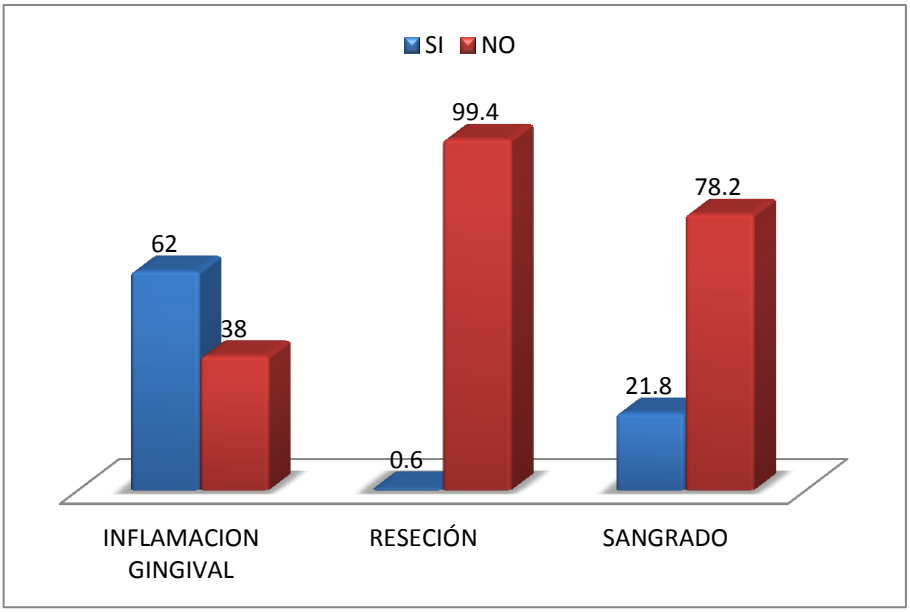


Fuente: Historias clínicas de los estudiantes de los centros educativos primarios y secundarios de la parroquia rural Jimbilla del cantón Loja.
Autora: Johana Patricia Jiménez Jiménez

Interpretación:

De la población estudiada el 97.8% no presenta ninguna alteración dental mientras que el 1.1% presentó alteraciones dentales de número como hipodoncia y un dientes supernumerario y el 1.1 % de alteración de forma como una fusión de diente temporales.

GRÁFICA 3.- **Alteraciones gingivales presente en los estudiantes de la parroquia Jimbilla**

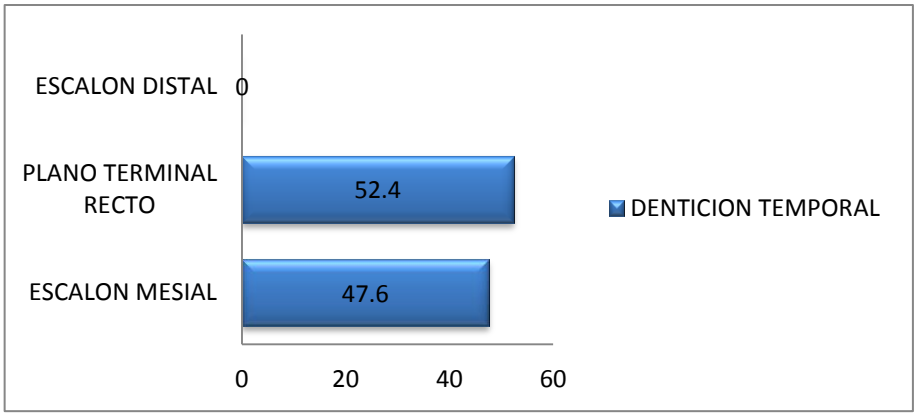


Fuente: Historias clínicas de los estudiantes de los centros educativos primarios y secundarios de la parroquia rural Jimbilla del cantón Loja.
Autora: Johana Patricia Jiménez Jiménez.

Interpretación:

Dentro de las alteraciones gingivales que afectan a la población estudiada, encontramos en el 62% presentó inflamación gingival que representa mas de la mitad de los estudiantes, el 21% sangrado y el 0.6 % de recesión gingival.

GRAFICA 4.- **Relación molar en dentición temporal que presentan los estudiantes de la parroquia Jimbilla**

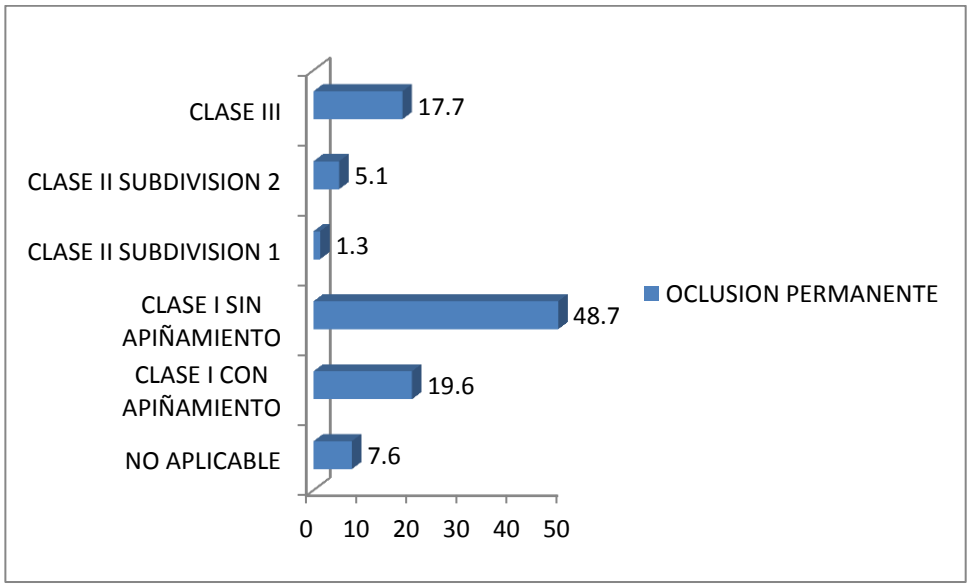


Fuente: Historias clínicas de los estudiantes de los centros educativos primarios y secundarios de la parroquia rural Jimbilla del cantón Loja.
Autora: Johana Patricia Jiménez Jiménez

Interpretación:

En la gráfica se observa la presencia de oclusión dental en la dentición temporal, desglosándose en un 52.4% en plano terminal recto y 47.6% en escalón mesial y ningún tipo de escalon distal.

GRÁFICA 5.- **Tipo de oclusión en dentición permanente.**

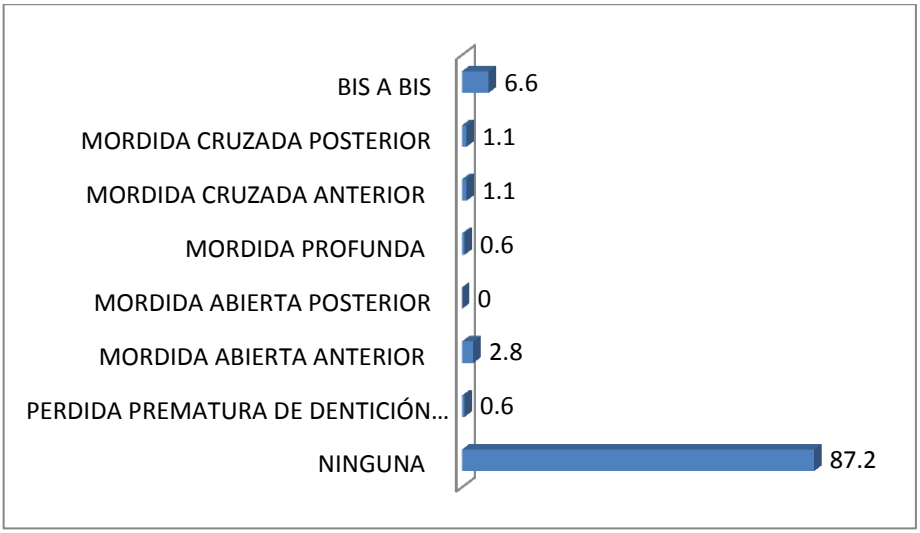


Fuente: Historias clínicas de los estudiantes de los centros educativos primarios y secundarios de la parroquia rural Jimbilla del cantón Loja.
Autora: Johana Patricia Jiménez Jiménez

Interpretación:

En la gráfica se observo el 48.7% de clase I sin apiñamiento, el 19.6% de clase I con apiñamiento, el 1.3% de clase II subdivisión 1, el 5,1% de clase II subdivisión 2, el 17.7% de clase III y el 7,6 no se puede determinar un tipo de oclusión de angle por ausencia de los primeros molares por lo que es no aplicable.

GRÁFICA 6.- **Alteraciones de la oclusión en los estudiantes de la parroquia Jimbilla**

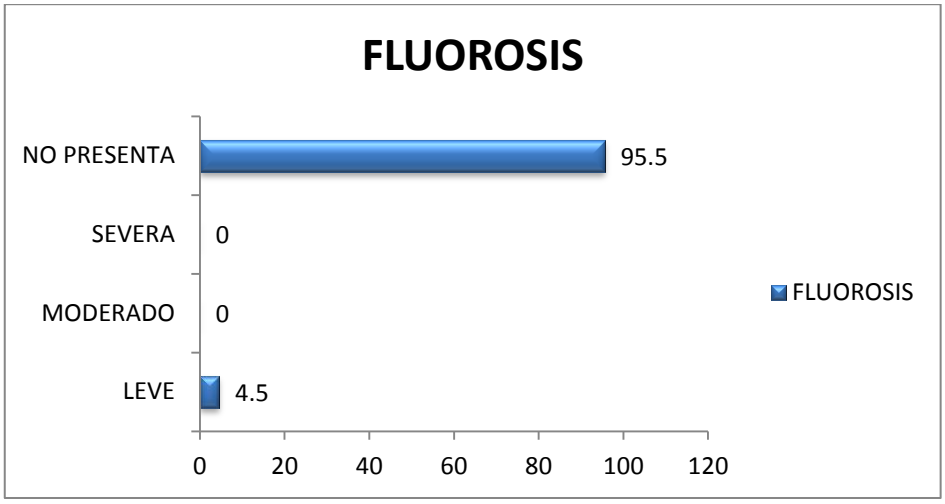


Fuente: Historias clínicas de los studiantes de los centros educativos primarios y secundarios de la parroquia rural Jimbilla del cantón Loja.
Autora: Johana Patricia Jiménez Jiménez

Interpretación:

Se determinó que el 87.2% no presenta ninguna patología mientras que un 6.6% presenta bis a bis, 2.8 mordida abierta anterior, 1.1% de mordida cruzada posterior e igual porcentaje de mordida cruzada posterior y el 0.6% de mordida profunda e igual porcentaje de perdida prematura de la dentición temporal.

GRÁFICA 7**.- Presencia y tipos de fluorosis que presentan los estudiantes de la parroquia Jimbilla.**

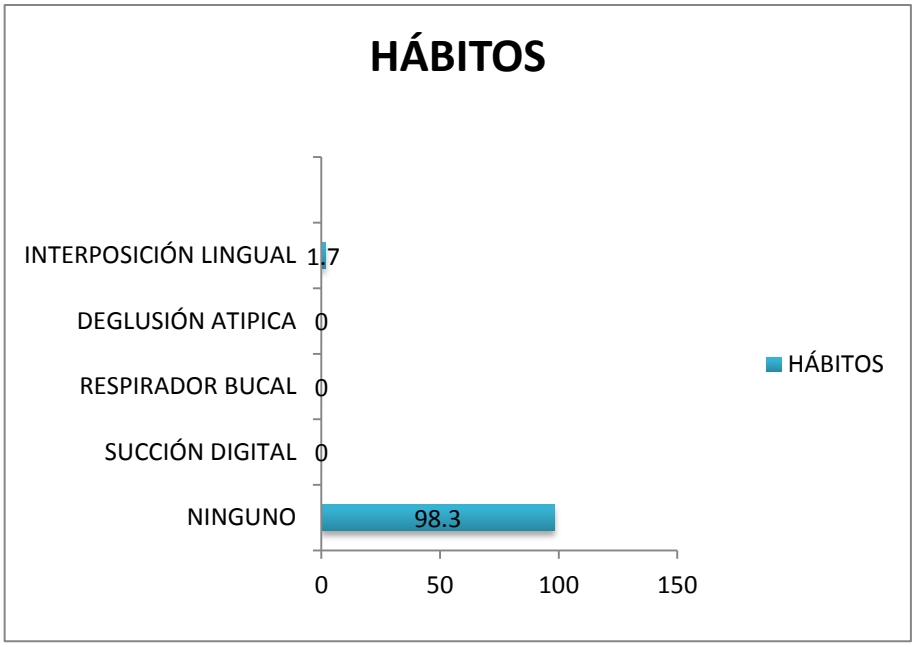


Fuente: Historias clínicas de los studiantes de los centros educativos primarios y secundarios de la parroquia rural Jimbilla del cantón Loja.
Autora: Johana Patricia Jiménez Jiménez

Interpretación:

De la población observada el 95.5% no presenta fluorosis y el 4.5 % presento fluorosis y todos los casos tipo leve.

GRÁFICA 8.- **Presencia y tipo de hábitos que presentan los estudiantes de la parroquia Jimbilla**

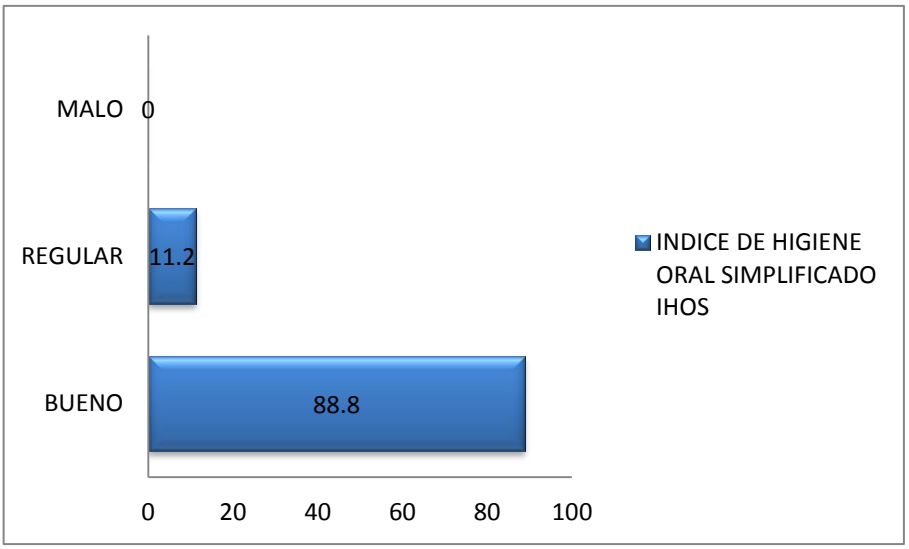


Fuente: Historias clínicas de los studiantes de los centros educativos primarios y secundarios de la parroquia rural Jimbilla del cantón Loja.
Autora: Johana Patricia Jiménez Jiménez

Interpretación:

De los estudiantes observados el 98.3% no presenta ningún hábito y el 0.7% presenta hábitos de interposición lingual.

GRÁFICA 9- **Índice de higiene oral simplificado**

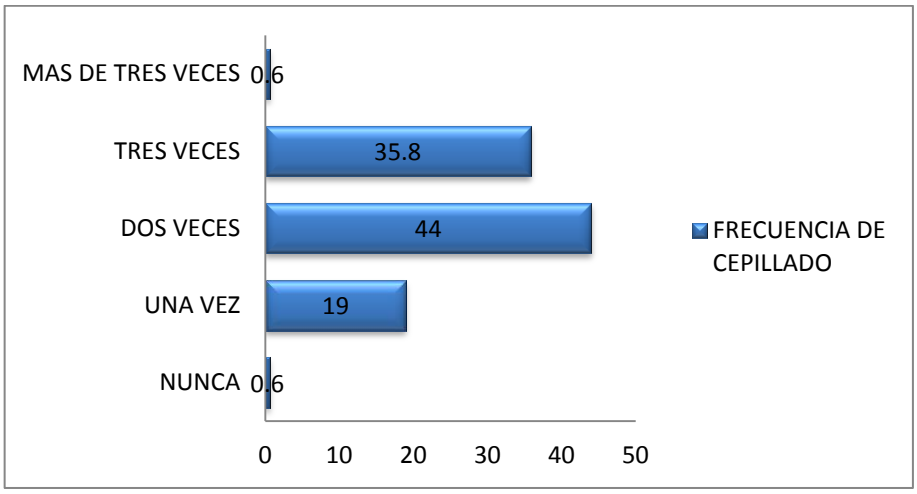


Fuente: Historias clínicas de los estudiantes de los centros educativos primarios y secundarios de la parroquia rural Jimbilla del cantón Loja.
Autora: Johana Patricia Jiménez Jiménez

Interpretación:

Se determinó que el 88.8% presento un IHOS bueno, el 11.2% regular. Se estiman estos resultados debido a que este índice considera para su suma también el cálculo dental simplificado y los investigados en su mayoría no lo presentaron.

GRÁFICA 10.- **Frecuencia de cepillado**

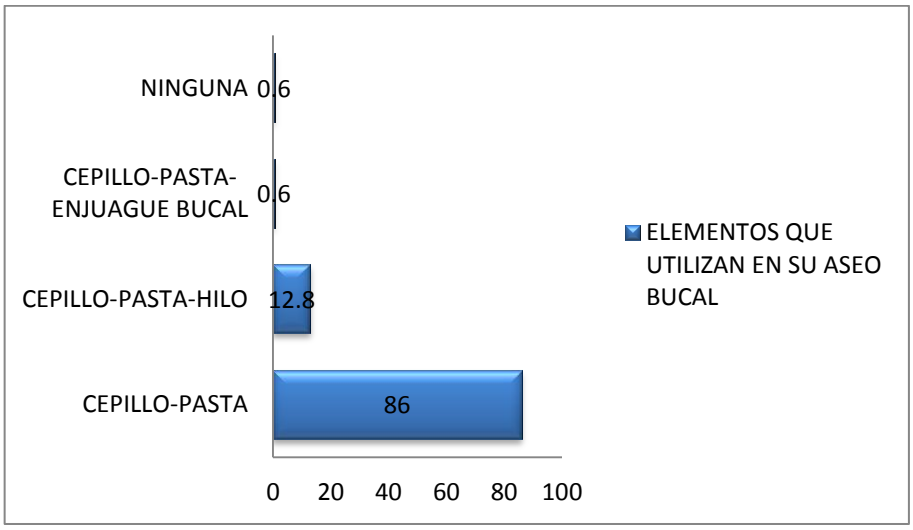


Fuente: Historias clínicas de los estudiantes de los centros educativos primarios y secundarios de la parroquia rural Jimbilla del cantón Loja.
Autora: Johana Patricia Jiménez Jiménez

Interpretación:

Se determinó que el 44% de los entrevistados manifestaron que realizan el cepillado de sus dientes dos veces al día , el 35.8% tres veces al día, el 19% una vez y el 0.6% nunca.

GRÁFICA 11.- **Elementos que usa en su aseo bucal**



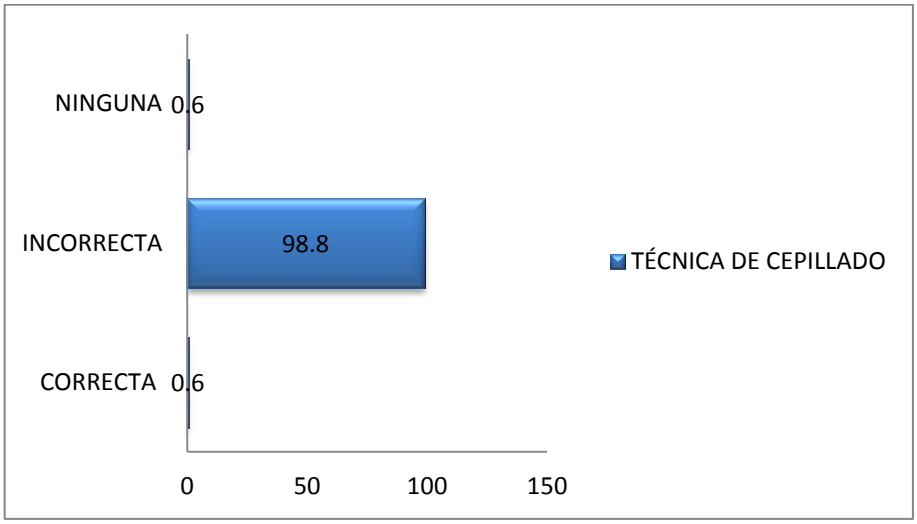
Fuente: Historias clínicas de los estudiantes de los centros educativos primarios y secundarios de la parroquia rural Jimbilla del cantón Loja.
Autora: Johana Patricia Jiménez Jiménez

Interpretación:

Se determina que el 86% de encuestados manifestaron que utilizan para su aseo bucal cepillo y pasta, el 12.8 cepillo, pasta e hilo, el 0.6 utiliza cepillo, pasta y enjuague bucal, y el mismo porcentaje de 0.6% no utiliza ningún elemento.

6.2 Resultados de la encuesta

GRÁFICA 12.- **Técnica de cepillado**

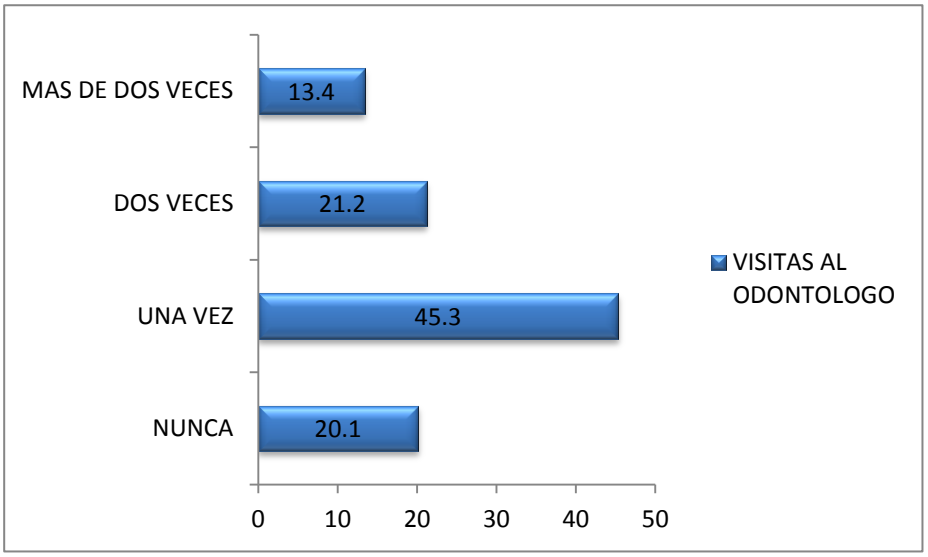


Fuente: Encuestas de los estudiantes de los centros educativos primarios y secundarios de la parroquia rural Jimbilla del cantón Loja.
Autora: Johana Patricia Jiménez Jiménez

Interpretación:

Se determinó que el 98.8 de los investigados no poseen una técnica adecuado para el cepillado de sus dientes mientras el 0.6% que es mínimo tienen una técnica adecuada y el mismo porcentaje de 0.6% no posee ninguna técnica ya que no tienen elementos de higiene bucal para realizarla.

GRÁFICA 13.- **Frecuencia de las visitas que realizan al odontólogo en el año los estudiantes de la parroquia Jimbilla**

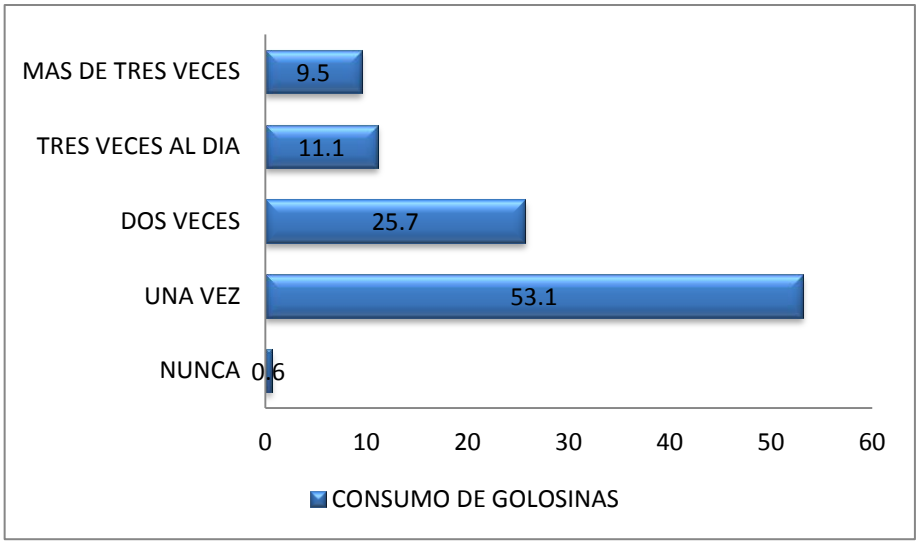


Fuente: Encuestas de los estudiantes de los centros educativos primarios y secundarios de la parroquia rural Jimbilla del cantón Loja.
Autora: Johana Patricia Jiménez Jiménez

Interpretación:

De los entrevistados el 45.3% hacen su visita al odontólogo una vez al año, el 21.2% dos veces al año, el 20.1% nunca realizan visita al odontólogo y el 13.4% realiza la visita más de dos veces.

GRAFICA 14.- **Frecuencia del consumo de golosinas durante el día de los estudiantes de la parroquia Jimbilla**



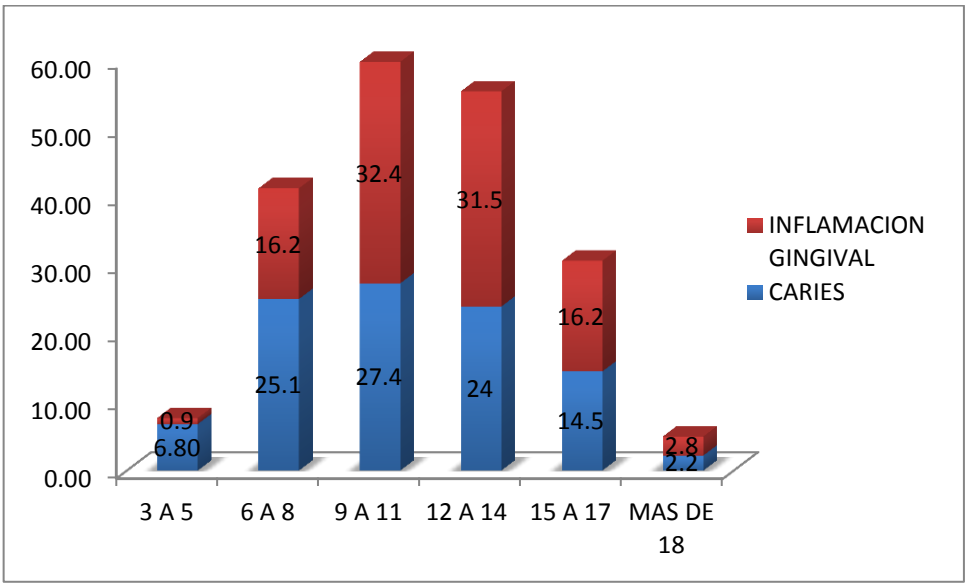
Fuente: Encuestas de los estudiantes de los centros educativos primarios y secundarios de la parroquia rural Jimbilla del cantón Loja.
Autora: Johana Patricia Jiménez Jiménez

Interpretación:

De los investigados el 53.1% consume golosinas una vez al día, el 25.7% dos veces al, el 9.5% mas de tres veces al día, el 11.1% tres veces al día, y el 0.6 nunca consumen golositas.

6.3 Cruce de variables

GRAFICA 15.- **Relación edad – caries- inflamación**

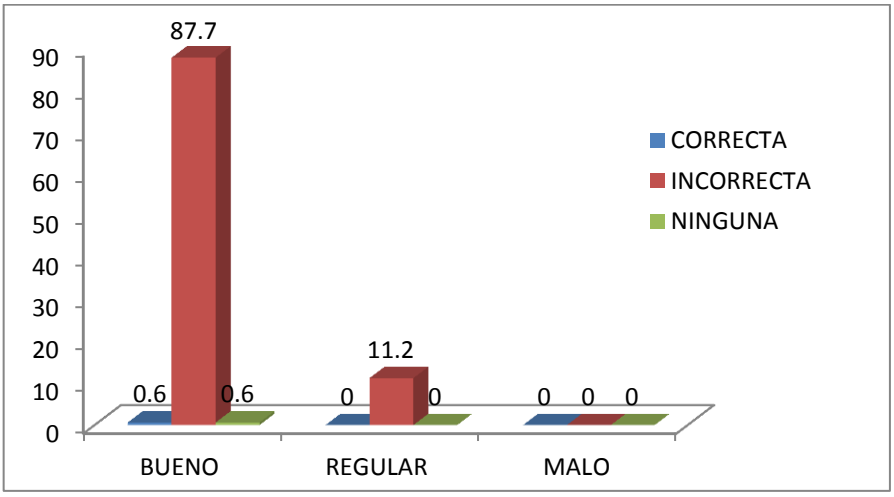


Fuente: Encuestas e historias clínicas de los estudiantes de los centros educativos primarios y secundarios de la parroquia rural Jimbilla del cantón Loja.
Autora: Johana Patricia Jiménez Jiménez

Interpretación:

En la población investigada en el rango de 3 a 5 años presentan el 6.8% caries y 0.9 inflamación gingival; en el rango de 6 a 8 años un 25.1 de caries y el 16.2% de inflamación gingival; el rango de edad de 9 a 11 presentó el 27.4% de caries y el 32.4% de inflamación gingival; en el rango de 12 a 14 presentó el 24% de caries y el 31.5% de inflamación gingival; en el rango de 15 a 17 tiene el 14.5% de caries y el 16.2% de inflamación gingival; y los investigados de más de 18 tienen el 2.2% de caries y el 2.8 de inflamación gingival.

GRAFICA 16.- **Relación técnica cepillado - IHOS**

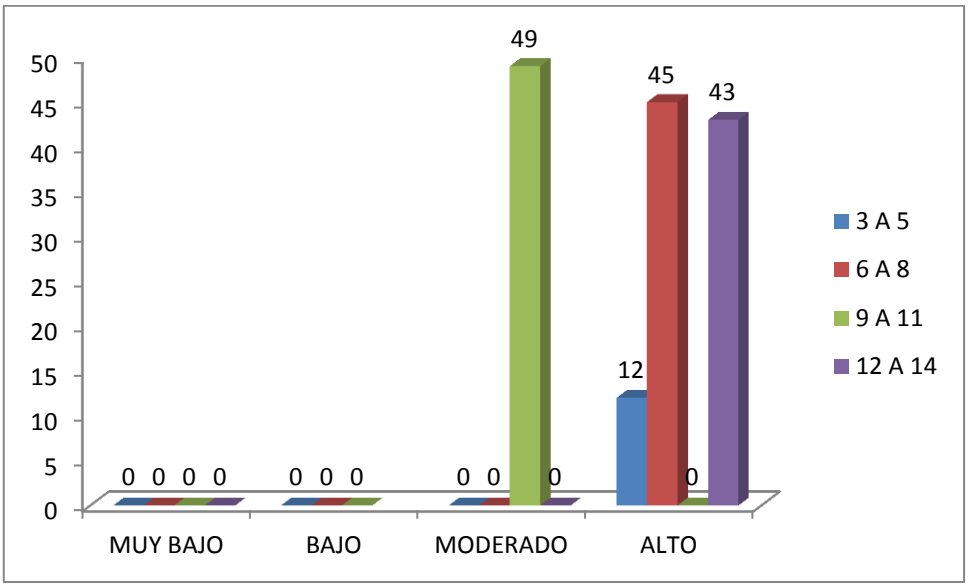


Fuente: Encuestas e historias clínicas de los estudiantes de los centros educativos primarios y secundarios de la parroquia rural Jimbilla del cantón Loja.
Autora: Johana Patricia Jiménez Jiménez

Interpretación:

De los investigados que presentan el IHOS bueno el 87.7% tienen una técnica incorrecta de cepillado y del IHOS regular el 11.2% posee una técnica incorrecta, estos datos no se relacionan porque para obtener el resultado de el IHOS se utilizo el índice de placa y de calculo dental y la mayoría de estudiantes no presentaban calculo pero si placa bacterian por lo tnato el resultado de IHOS resulto bueno y algunos regular.

GRAFICA 27.- **Relación edad-ceo**

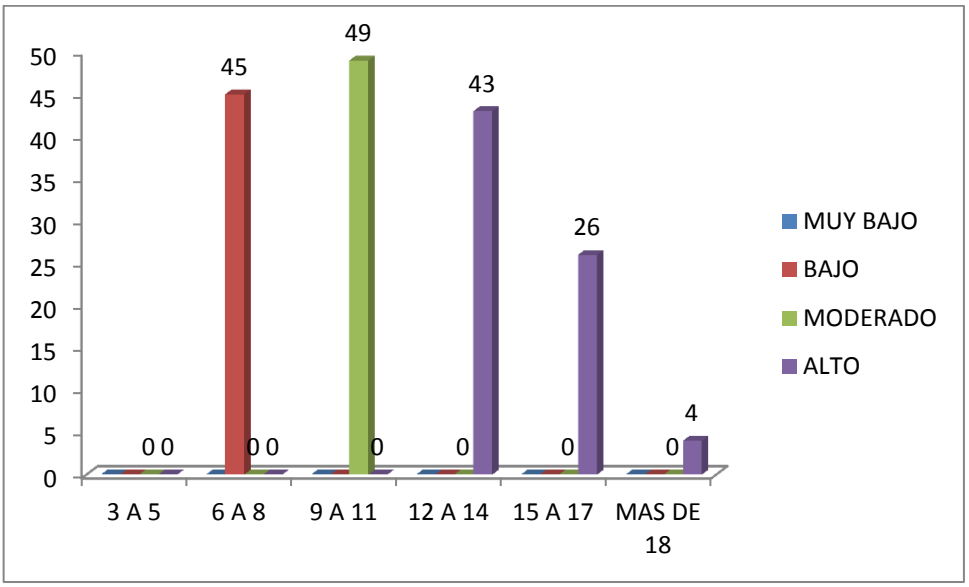


Fuente: Encuestas e historias clínicas de los estudiantes de los centros educativos primarios y secundarios de la parroquia rural Jimbilla del cantón Loja.
Autora: Johana Patricia Jiménez Jiménez

Interpretación:

En la gráfica se observa que la población infantil de las edades de 3 a 5 que son 12 personas investigadas poseen un índice de ceo alto, la población del rango de edad de 6 a 8 que son 45 personas poseen un índice de ceo alto, el rango de edad de 9 a 11 que son 49 personas poseen un índice de ceo moderado y el rango de 12 a 14 años que son 43 personas presentan un índice de ceo alto.

GRAFICA 18**.- Relación edad – CPOD**



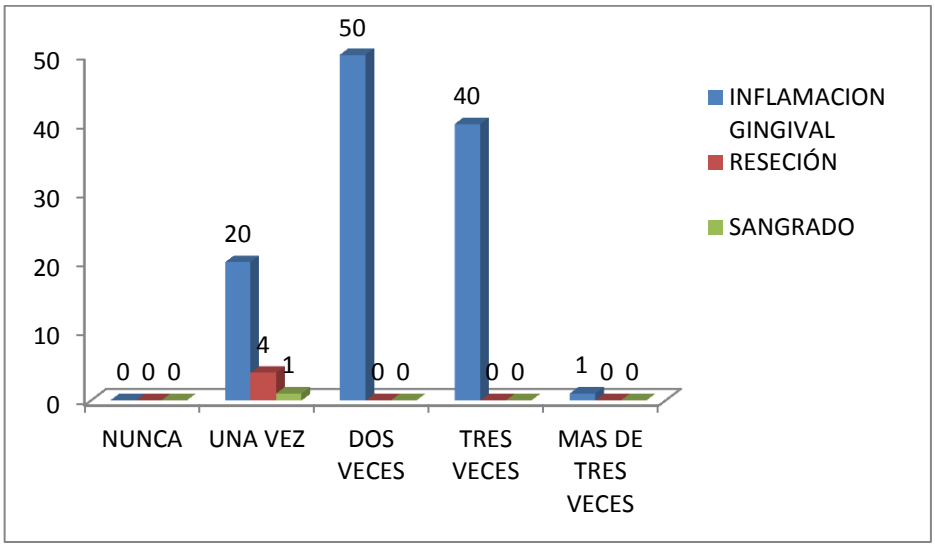
Fuente: Fuente: Encuestas e historias clínicas de los estudiantes de los centros educativos primarios y secundarios de la parroquia rural Jimbilla del cantón Loja.

Autora: Johana Patricia Jiménez Jiménez

Interpretación:

En la gráfica se observa que la población investigada dentro de las edades de 6 a 8 años que representan 45 personas presenta un índice de CPOD bajo, las edades de 9 a 11 años que son 49 personas presenta un índice de CPOD moderado. Y la población de 12 a 14 años que es de 43 personas presenta un índice de CPOD alto, en las edades de 15 a 17 que son 26 personas tiene un índice de CPOD alto, y edades de más de 18 años que son 4 personas el CPOD es alto.

GRAFICA 19.- **Relación frecuencia de cepillado – signos de inflamación**



Fuente: Encuestas e historias clínicas de los estudiantes de los centros educativos primarios y secundarios de la parroquia rural Jimbilla del cantón Loja.
Autora: Johana Patricia Jiménez Jiménez.

Interpretación:

En la siguiente grafica podemos apreciar con lo que se refiere a la presencia inflamación 20 personas que se cepillan los dientes una vez al día presentan inflamación y 50 personas que se cepillan los dientes dos veces al día presentan inflamación y de los que cepillan sus dientes tres veces al día también tienen inflamación.

Con lo que se refiere a la recesión gingival la población estudiada solo 4 personas cepillan sus dientes una vez al día.

Con respecto al sangrado 1 personas que cepilla que se cepilla sus dientes una vez al presenta sangrado.

7. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Existen patologías que aún siguen formando parte de los problemas de salud pública, el estado de salud bucodental en los niños y adolescentes de los centros educativos primarios y secundarios de Jimbilla, está establecida en la mayoría de los casos por las normas de higiene oral, por la falta de acceso a los sectores públicos de atención bucodental, a la realidad socioeconómica y otros factores.

Los factores de riesgo, son características que le otorgan al individuo cierto grado de susceptibilidad para contraer la enfermedad o alteraciones de la salud. Diversos estudios abordan el tema de factores de riesgos a padecer caries así como las actividades a desarrollar para prevenir la aparición y desarrollo de estas enfermedades tempranas; además por ser un aspecto primordial en la elaboración de nuevas estrategias preventivas.

Con lo que respecta a la afección por caries dental en la población estudiada de Jimbilla se determinó el 100% con presencia de caries dental y el cual demuestra que este tipo de patología sigue siendo un problema que afecta en forma general a los niños y adolescentes aun mayor que el estudio encontrado "en escolares de 6 a 12 años de edad de León, Nicaragua, donde nos dice que la prevalencia de caries fue del 72,6% de igual manera que el " estudio realizado en la Habana Cuba, en donde los principales resultados se destaca que el 20% de la muestra está afectado por esta enfermedad, por lo que el 80% se encuentra libre de caries. (HERRERA,Miriam 2013)

El CPOD de los estudiantes Jimbilla es de 6 a 8 1.04 (BAJO), 9 a 11 de 3.22 (MODERADO), 12 a 14 es de 6 (ALTO), 15 a 17 es de 8.65 (ALTO) y más de 18 es de 10.5 (ALTA). Y para el índice ceo en los niños de 3 a 5 años es de 8.5 (ALTO) y a los 6 a 8 años es de 6 igual es alto. (ALTO), estos datos guardan casi similitud con los estudios realizados en Venezuela en escolares de 6 a 12 años del municipio de Antolín del Campo donde el CPOD promedio a los 6 años fue de 1,25 (BAJO), a los 12 años fue de 3,88 (MODERADO) y los 13 años fue de 5,44 (ALTO). Y para el índice ceo promedio a los 3 años fue de 7,67 (ALTO) y a los 6 años fue de 7,25 (ALTO) (GONCALVES, 2002-2003).

Con respecto a las alteración dentales en este estudio de encontró el 1.1 % de alteraciones de número en el que se encuentra un diente supernumerario, el cual guarda relación con el estudio realizado en la Facultad de Estomatología del Instituto Superior de Ciencias Médicas de Villa Clara (CUBA) en donde la presencia de supernumerarios fue de 1.8%, casi todos mesiodents que es un alteración de número (RIVAS, 2007).

Haciendo referencia a las maloclusiones, constituyen un problema de salud pública desde el punto de vista odontológico, siendo reportado a nivel mundial que para la población pediátrica esta entidad ocupa el segundo lugar en prevalencia, precedido sólo de la caries dental, el presente estudio de los estudiantes de la parroquia Jimbilla revela los siguientes resultados: Clase I 74%, Clase II 6.4%, y Clase III 19.2%, cuyos porcentajes demuestra que la clase I es la que posee la mayoría de estudiantes seguida de la clase II y por último la clase III, semejante a la investigación realizada en el Venezuela en donde el estudio revela lo siguiente 41,5% para la Clase I, seguido por 17,5% para la Clase II y un 14% para la Clase III. (MEDINA, 2010).

Al realizar el resultado del IHOS se encontró en la mayoría de estudiantes una escala de bueno en el 88.8%, a pesar de que a la inspección clínica se observen signos de inflamación, esto es posiblemente porque la población estudiada no presentaba cálculo, componente utilizado también en la fórmula que se realiza para para la obtención del IHOS, por ello los estudiados que tienen inflamación poseen en el resultado un IHOS bueno lo que muestra una similitud con un estudio realizado en México donde la prevalencia de gingivitis observada en esa población de estudio fue baja, ya que sólo la cuarta parte de los escolares examinados la mostró; también consideraron que la calidad de la higiene oral juega un papel primordial en la prevención de la enfermedad periodontal, este factor de riesgo se encontró presente en casi la mitad de los escolares que estaban expuestos a presentar gingivitis por esta causa, mientras que el otro 50% mostró condiciones protectoras, ya que, la calidad de

higiene oral era buena y por lo tanto se presentó como un factor protector para el desarrollo de la enfermedad en cuestión. (MURRIETA, 2004)

La prevalencia de alteraciones gingivales encontrada fue 62% de inflamación gingival, un 0.6 % presenta recesión y en un 21.8 % de sangrado, datos que resultan menores al compararlos con los de un estudio realizado en "Iztapalapa, Ciudad de México en el cual el 83% de los estudiantes algún tipo de inflamación gingival, siendo la gingivitis leve la de mayor prevalencia (MURRIETA, 2008).

La fluorosis dental de toda la población evaluada fue baja, siendo más frecuente el grado de fluorosis leve en un 4.5%, 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, 2001). Así mismo al ser comparados con otro estudio realizado en "Carabobo Venezuela en donde la prevalencia de fluorosis fue del 56.3%, siendo 45% muy leve, 10% leve y 1.3% severa (CASTILLO, 2009), en donde sigue siendo la fluorosis leve la de mayor prevalencia.

8. CONCLUSIONES

Se cumplieron en su totalidad las actividades planteadas en el proyecto, dando las siguientes conclusiones:

1. Los estudiantes de la parroquia Jimbilla presentaron el 100% de caries dental, 11.1% de alteraciones dentales de número con, 0.6% alteraciones de forma, 62% de inflamación gingival con un 21.8% de sangrado ,0.6 de recesión gingival, 4.5% de fluorosis leve y 1.7%.de presencia hábitos bucales.

2. El cepillado dental se lo considera como un factor de riesgo de enfermedad oral, y dentro del presente estudio se determinó que la técnica que utilizan los pacientes examinados es incorrecta en un 98.8%; sumado a esto la frecuencia de cepillado más realizada que es de dos veces al día con un porcentaje de 44% así mismo las personas cuentan con cepillo y pasta para realizar su aseo bucodental en el 86%, lo que indicó que la técnica de cepillado fue el factor más relevante ante la aparición de patologías bucales.

3. Además al relacionar la técnica de cepillado con el índice de higiene oral simplificado, encontramos que en el HIOS bueno el 87.7% y IHOS regular tienen una técnica incorrecta de cepillado, resultados de IHOS no pasaron a relacionarse con la observación clínica porque para el resultado de IHOS se consideró la suma placa bacteriana con el índice cálculo dental divididos para dos y en su mayoría el nivel de cálculo era baja mas no de placa bacteriana.

4. Los indicadores de riesgo de caries dental indicaron un ceo y u CPOD alto en su mayoría lo que se correlación con la alimentación cariogénica y con las visitas al odontólogo que realizan en su mayoría el

43.3% una vez al año ya porque se les presento alguna molestia y otor bajo porcentaje que no lo realiza nunca.

5. Con lo que se refiere a la oclusión en la dentición decidua encontramos un plano terminal recto en un 52.4% y escalón mesial en un 47.6%; y en la oclusión permanente clase I en un 74%, clase II, 6.8 y clase III 19.2% y una oclusión alterada en un 6.7%.

9. RECOMENDACIONES.

1. Debido a que la disponibilidad de servicios de salud son insuficientes y la provisión de estos se dificulta por la distribución de la población en comunidades distanciadas del lugar de atención de salud y por ser comunidades pequeñas y alta frecuencia de patologías. Se recomienda al MSP, que existe la necesidad de una planeación de la distribución de los mismos, que permita una asignación más equitativa.

2. Motivar a los profesionales de la salud oral, para que partiendo de esta información, se puedan realizar estudios más profundos sobre estrategias de prevención e intervención y así complementar de una manera eficiente todo el proceso de rehabilitación odontológica que es brindada por el ministerio de salud.

3. Se recomienda a la UNL un plan de mejora en Promoción y Prevención de salud bucodental, dirigido para la población de las parroquias rurales del cantón Loja, debido a la necesidad de información sobre cuidados de su higiene oral.
4. 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.

5. Se recomienda a los padres de familia ayudar a sus hijos e la alimentación para que esta sea balanceada y que se disminuya los alimentos cariogénicos, además resaltar la importancia de los elementos de higiene bucal, del recambio de cepillo mínimo de dos a tres meses y se recomienda el uso de medios auxiliares por la ventaja de los mismos, además visitar al odontólogo.

6. Se recomienda a los estudiantes de la parroquia de Jimbilla poner en práctica la técnica de cepillado que se les instruyo durante la charla que se les brindo para disminuir la placa bacteriana.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. AGUILAR-Orozco N, NAVARRETE-Ayón K, ROBLES-Romero D, AGUILAR-Orozco SH, ROJAS-GARCÍA A. Revista Odontológica Latinoamericana. [Versión Electrónica]. www.odontologia.uady.mx
2. AGURTO Pamela, DÍAZ M. Rodrigo. CADIZ D. Olga. BOBENRIETH Fernando. Revista Chilena de Pediatría [Versión Electrónica]. Vol.70 n.6 Santiago Nov.1999
3. APARECIDO C. Osmar, y COLB. Acta Odontológica Venezolana.[Versión Electrónica]. Mordida Cruzada Posterior. Corrección Y Consideraciones. ISSN: 0001-6365
4. BARRANCOS Mooney. Operatoria Dental Integración Clínica. Año 2006. Editorial Médica Panamericana. Cuarta Edición. Argentina
5. BOJ Juan, CATALÁ Montserrat, y Col. Odontopediatría. Año 2004.Editorial Masson. Primera Edición. Barcelona-España.
6. BOJ, J.R. Odontopediatría. 2005. Editorial Masson. 1era Edición. Barcelona, España;
7. COBO Juan Manuel. GARCÍA Juan José. Manuel del Técnico Superior en Higiene Bucodental. Año 2005. Editorial Mad, S.L. Primera Edición. España
8. CEREDO Cortina Vicente Blas. Historia Clínica Metodología Didáctica. Año 2003. Editorial Médica Panamerica. Edición I. México
9. CARDOZO, María Lorena - Lucas, Gabriela Q. 2001
10. CASTILLO Guerra Desirée V. , 2009 http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1845/1/Prevalencia-de-fluorosis-dental-en-la-poblacion-infantil-de-6-a-12-anos-.html
11. CÓRDOVA, Daniel y cols. Caries dental y estado nutricional en niños de 3 a 5 años de edad. Chiclayo. Perú. 2010. Obtenido en: http://es.scribd.com/doc/75990028/Normas-y-Procedimientos-de-Atencion-Integral-de-Salud-a-Adolescentes-2009

12. CUENCA, Emili. MANAU, Carolina. SERRA, Lluís. Odontología preventiva y comunitaria: Principios, métodos y aplicaciones.2004.Editorial MASSON. Segunda edición. Barcelona, España.

13. Doris, G. (2002-2003). Prevalencia de Caries Dental en escolares de 6 a 12 años de edad. *Revista latinoamericana de Ortodoncia y*.

14. Dra. María Elena González Díaz, D. B. (diciemnbre de 2002). Enfermedad periodontal y factores locales y sistémicos asociados. *Revista Cubana de Estomatologí*.

15. GONZÁLESZ P. Gabriela, Morrero F. Laura. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Ortopedia [versión electrónica]. Mordida Abierta Anterior. Depósito Legal Nº: pp200102CS997 - ISSN: 1317-5823

16. Gobierno Autónomo Desentralizado Municipal de Loja, Jimbilla datos Generales y Geográficos. (s.f.). *Loja Rural*.

17. GONZALES Farith, S. R. (Ed.). (2009). Indicadores de Riesgo para la Caries Dental en Niños Preescolares de La Boquilla, Cartagena. *REVISTA DE SALUD PULICA, 11*(4).

18. HARRIS Norman. GARCÍA GODOY Franklin. Odontología preventiva primaria Año 2001. Manual Moderno. Primera Edición. México

19. HECHAVARRIA Bárbara y colaboradores. Salud bucal en la adolescencia. Cuba 2013

20. HERRERA, Miriam, (2013). Prevalencia de caries dental en escolares de 6-12 años de edad de León, Nicaragua. *Gaceta Sanitaria, 19*, 302-306.

21. HIGASHIDA, Bertha. Odontología Preventiva.(2000. Editorial McGraw – Hill Interamericana. Primera edición. México, D.F.

22. IGLESIA Miguel Ángel, A. A. (2005). Anomalías dentarias de unión. *RCOE, 10*(2), 209-211.

23. MARCO TEÓRICO, COMPONENTES Y PRODUTOS. Subsecretaría de extensión de la protección social, 2010. Disponible en: http://es.scribd.com/doc/37122012/Marco-Teorico-Del-Modelo
24. MASSON, R.M. (s.f.) Desarrollo de los Dientes y la Oclusión, en http://articulos.sld.cu/ortodoncia/files/2009/12/desd-y-o-maestri.pdf
25. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Normalización del Sistema Nacional de Salud. Área de Salud Bucal. Normas y Procedimientos de Atención Bucal. Primer Nivel. 2009. Obtenido en: http://es.scribd.com/doc/75990028/Normas-y-Procedimientos-de-Atencion-Integral-de-Salud-a-Adolescentes-2009.
26. 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
27. MEDINA, Carolina (2010). PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES DENTALES EN UN GRUPO DE PACIENTES PEDIÁTRICOs. *Fundación Acta Odontológica Venezolana, 48 Nº 1*, 10.Disponible en: http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/cyt/2001/3-Medicas/M-076.pdf
28. 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.
29. NEGRONI, Martha. Microbiología Estomatológica, Fundamentos y guía práctica Segunda Edición, 2009. Editorial Panamericana.
30. LEON, L. Planos terminales y escalones en dentición primaria y su relación con mal oclusiones en dentición permanente. Tipos y características de mal oclusión en dentición permanente. 2011 en: www.odonto4.files.wordpress.com

31. LUGO Carmen, TOYO Irasema. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "[Versión Electrónica] "Hábitos Orales No Fisiológicos Más Comunes Y Como Influyen En Las Maloclusiones.".Ortodoncia.ws edición electrónica marzo 2011. Obtenible en: www.ortodoncia.ws. Consultada,18/10/2013
32. OKESON Jeffrey. Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares. Año 1999. Harcourt Brace. Cuarta Edición. España
33. OMS-WORLD Health Report. (2004).
34. PRUNEDA, D. J. (2004). PREVALENCIA DE GINGIVITIS EN UN GRUPO DE ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE HIGIENE ORAL Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DEMOSTRADO POR SUS MADRES,Boletin medico del Hospital Infantil de Mexico, 61 Nº 1, 44-54.
35. ROJAS Raúl, CAMUS Marcela, Estudio Epidemiológico de las Caries Según Índice c.e.o.d y C.O.P .D. en Preescolares y Escolares de la Comuna de Río Hurtado, IV Región. Volumen 92.Nº1 .Página 17. Revista Dental de Chile.http://www.revistadentaldechile.cl/temas%20abril%202001/PDF%20ABRIL%202001/Estudio%20Epidemiologico%20de%20las%20Caries..%20.pdf
36. RÍOS ZARUMA María Gabriela, UIDE, Escuela de Arquitectura y Urbanismo, Diagnóstico De La Parroquia Rural Jimbilla, abr. 2011, disponible en: http://www.buenastareas.com/ensayos/Diagn%C3%B3stico-De-La-Parroqui-Rural-Jimbilla/1924184.html.
37. RUIZ, Oswaldo y colaboradores. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE SALUD BUCAL EN ESCOLARES FISCALES MENORES DE 15 AÑOS DEL ECUADOR. Quito Ecuador 1995 1996. Obtenido en:

http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OH_ECU_EpidemEscolDesc1996.pdf

38. SAPP Philip. EVERSOLE Lewis. WYSOCKI George. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea, Año 1998. Harcourt Brace. Edición I. España
39. TORRES, M. Desarrollo de la dentición, Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria, 2009 en http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art23.asp
40. TASCON Jorge y colaboradores. Algunas creencias sobre susceptibilidad y severidad de la caries en adolescentes del Valle del Cauca, Colombia 2005
41. VALENCIA Claudia, ARZATE Nancy, GONZALEZ Evelyn, ;Medición del índice de higiene oral simplificado en los alumnos del 2º semestre turno matutino de la licenciatura de odontología del ipn cicsust, Volumen 1, N°1, Junio 2011, disponible en : http://148.204.149.66/UTyCV/revista-cics/wp-content/uploads/2011/06/indice-higiene-oral.pdf
42. VELLINI, F. Ortodoncia, Diagnostico y Planificación Clínica.2002. Editorial Artes Médicas Latinoamericana. 1era Edición, Sao Paulo, Brasil.

11. ANEXOS

Figura 1a. Foto de la que indica parroquia Jimbilla.

Fuente. Parroquia Jimbilla.

Figura 2. Foto xplicando a los estudiantes el trabajo de investigación.

Fuente. Estudiantes del Colegio Libertador Bolívar

Figura 1b. Foto de la parroquia Jimbilla, realizando el reconocimiento del lugar, en uno de sus barrios Jesus María Bajo.

Fuente. Estudiantes del Colegio Libertador Bolívar

Figura 3b. Realizando el examen bucal de forma visual y clínicamente.

Fuente. Estudiante de la escuela Galo Plaza Laso

Figura 3a. Comenzando a realizar el examen bucal.

Fuente. Estudiante de la escuela Gonzalo Pizarro.

Figura 3c. Aplicando las encuesta a las estudiantes.

Fuente. Estudiante de la escuela Azuay N°12

Figura 5. Haciendo la entrega de elementos de

Fuente. Estudiantes de la escuela Victor Amable Zhunaula

Figura 4. Preguntando a un estudiante sobre la técnica de cepillado que utiliza.

Fuente. Estudiante del Colegio Libertador Bolívar.

Figura 6. Charlas impartidas de salud bucodental a los estudiantes y profesores.

Fuente. Estudiantes de lq escuela Gozalo Pizarro.

Figura7a. Colegio “Libertador Bolivar

Fuente. Estudiantes del Colegio Libertador Bolivar

Figura7c. Foto con los estudiantes que integran la escuela “Galán Pérez.

Fuente. Estudiantes de la Escuela Galo Plaza Laso

Figura 7b. Estudiantes que integran la Escuela “Ibarra”

Fuente. Estudiantes de la escuela Ibarra.

Figura7d. Estudiante s que integran la escuela “Azuay N°12”

Fuente. Estudiantes de la escuela Azuay.

Figura 7e. Foto con los estudiantes de la euela "Gonzalo Pizarro"

Fuente. Estudiantes de la escuela Gonzalo Pizarro

Figura 7g. Escuela "Victor Amable Zhunaula"

Fuente. Estudiantes de la escuela Victor Amable Zhunaula.

Figura 7f. Escuela "Leonardo Galan Perez"

Fuente. Estudiantes de la escuela Leonardo Galán Peréz

Figura 8. Foto oclusal de un niño con presencia de caries dental.

Fuente. Estudiante de la parroquia Jimbilla.

Figura 9. Placa Bacteriana

Fuente. Estudiante de la parroquia Jimbilla.

Figura 10. Acumulación de cálculo dental a nivel de los molares superiores.

Fuente. Estudiante de la parroquia Jimbilla.

Figura 11. Presencia de inflamación gingival

Fuente. Estudiante de la parroquia Jimbilla.

Figura 12. Recesion gingival a nivel de la pieza 4.2

Fuente. Estudiante de la parroquia Jimbilla.

Figura 13. Presencia de sangrado.

Fuente. Estudiante de la parroquia Jimbilla.

Figura 14. Presencia de fluorosis dental tipo leve.

Fuente. Estudiante de la parroquia Jimbilla.

Figura 15a. Alteración de forma, cúspide en garra pieza 1.2

Fuente. Estudiante de la parroquia Jimbilla.

Figura 15b Alteración de forma, fusión en la pieza 8.1 y 8.2

Fuente. Estudiante de la parroquia Jimbilla.

Figura 15c. Alteracion de número, piezas 3.1 y 4.1

Fuente. Estudiante de la parroquia Jimbilla.

Figura 15d. Alteracion de número, presencia de un mesiodens

Fuente. Estudiante de la parroquia Jimbilla.

Figura 16. Perdida prematura de dientes temporales

Fuente. Estudiante de la parroquia Jimbilla.

Figura 17. Oclusión alterada, ausencia de las piezas dentales 3.6 y 3.7.

Fuente. Estudiante de la parroquia Jimbilla.

Figura 18a. Mordida abierta anterior

Fuente. Estudiante de la parroquia Jimbilla.

Figura 18b. Mordida Bis-Bis

Fuente. Estudiante de la parroquia Jimbilla.

Figura 18c. Mordida abierta combinada con el interposición lingual.

Fuente. Estudiante de la parroquia Jimbilla.

Figura 18d. Mordida cruzada anterios de los dientes incisivos laterales

Fuente. Estudiante de la parroquia Jimbilla.

Figura18e. Mordida profunda anterior

Fuente. Estudiante de la parroquia Jimbilla.

Figura 18f. Mordida cruzada posterior.

Fuente. Estudiante de la parroquia Jimbilla.

Figura 19. Apiñamiento dental, falta de espacio para la pieza 4.5

Fuente. Estudiante de la parroquia Jimbilla.

Figura 20. Clase de Angle I

Fuente. Estudiante de la parroquia Jimbilla.

Figura 21. Clase II subdivisión

Fuente. Estudiante de la parroquia Jimbilla.

Figura 22. Clase de Angle III

Fuente. Estudiante de la parroquia Jimbilla.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ODONTOLOGIA

Tesista: Johana Jiménez Jiménez.

Año 2013

LOJA

Figura 23. Credencial para ir a realizar la investigación.

"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"

Fecha: ____/____/____

1. **INFORMACIÓN BÁSICA**

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 qué frecuencia consume en un día?**

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

Figura 24. Encuesta que se aplicó 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 ( )

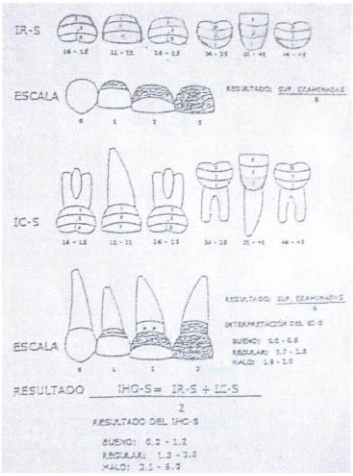
Dentición permanente

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



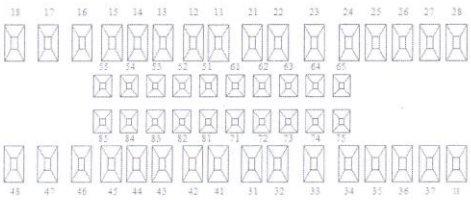
5. HÁBITOS

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

6. PATOLOGÍAS

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

ODONTOGRAMA



Ceo: ……c……e……o…
CPOD: C……P……O……D……

Validación de la Historia Clínica por la Especialista TannyaValarezo
COORDINADORA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA

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

Figura 25. Historia clínica que se realizó a los estudiantes

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES 1

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.	CPOD Ceo	0,0 a 1,1 muy bajo 1.2 a2.6 bajo 2.7 a 4.4 moderado 4.5 a 6.5 alto
Inflamación gingival	La inflamación de las encías es bastante frecuente y puede involucrar a uno o más espacios de forma triangular de la encía entre los dientes adyacentes. 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.	IHOS	Bueno: 0,2 a 1,2 Regular: 1,3 a 2,0 Malo: 2,1 a 3,0
Mal oclusiones	Denominamos maloclusión a toda aquella situación en que la oclusión no es normal, es decir, cuando el engranaje del maxilar superior y de la mandíbula inferior o la posición de las piezas dentales no cumple ciertos parámetros que consideramos normales.	• Relación molar de Angle • Relación molar decidua	• Clase I • Clase II • Clase III • Escalón mesial • Escalón distal • Plano recto

	Esto puede crear una situación patológica (caries, problemas gingivales, estéticos o en la articulación temporo-mandibular)		
Cepillado	Es el método mecánico de higiene que permite remover la placa bacteriana de los dientes para prevenir problemas bucales	• Frecuencia del cepillado • Técnica de cepillado • Uso de implementos en el cepillado	• Nunca • Una vez al día • Dos veces al día • Tres veces al día • Horizontal • Vertical • Técnica de Bass • Pasta dental y cepillo dental • Hilo dental • Enjuague bucal
Alimentación	Los alimentos son definidos como sustancias, o como una mezcla, que contiene principios nutritivos, los cuales proveen materia y energía.	• Tipo de alimentación • Ingesta de azucares	• 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	• Frecuencia de Visita al odontólogo	• Nunca • Una vez al año • Dos veces al año • Más de dos veces al año

Figura 26a. Primeras variables.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES 2

Pregunta o variable	**Concepto**	**Indicador**	**Criterio**	**Consignación**
Hábitos	"Son prácticas adquiridas por repetición frecuente de un mismo acto, que un principio es consciente y luego inconsciente"	Deformación causada por el mal hábito.	• Ninguno • Succión digital • Respiración bucal • Deglución atípica • Interposición lingual	✓ Ninguno ✓ Succión digital ✓ Respiración bucal ✓ Deglución atípica ✓ Interposición lingual
Patologías	"Aquella situación en que la oclusión no es normal, es decir, cuando el engranaje del maxilar superior y de la mandíbula inferior o la posición de las piezas dentales no cumple ciertos parámetros que consideramos normales"	Alteraciones patológicas	• Ninguna • Perdida prematura de dentición decidua • Mordida profunda • Mordida cruzada anterior • Mordida cruzada posterior	✓ Ninguna ✓ Perdida prematura de dentición decidua ✓ Mordida profunda ✓ Mordida cruzada anterior ✓ Mordida cruzada posterior ✓ Perdida prematura de dentición decidua-Mordida profunda ✓ Perdida prematura de dentición decidua-Mordida cruzada

				anterior ✓ Perdida prematura de dentición decidua-Mordida cruzada posterior
IHOS	“Indice que mide la superficie del diente cubierta con desechos y calculo”	SUMA DE CODIGO S/N° DE DIENTES	• Buena 0.0 – 1.2 • Regular 1.3 – 3.0 • Mala 3.1 – 6.0	✓ Buena ✓ Regular ✓ Mala
CPOD	Describe numéricamente los resultados del ataque de caries en los dientes permanentes en un grupo poblacional	Sumatoria de todos los valores individuales	• 0,0 a 1,1 muy bajo • 1.2 a 2.6 bajo • 2.7 a 4.4 moderado • 4.5 a 6.5 alto	✓ Muy bajo ✓ Bajo ✓ Moderado ✓ Alto
Ceod	Describe numéricamente los resultados del ataque de caries en los dientes temporales en un grupo poblacional	Sumatoria de todos los valores individuales	• 0,0 a 1,1 muy bajo • 1.2 a 2.6 bajo • 2.7 a 4.4 moderado • 4.5 a 6.5 alto	✓ Muy bajo ✓ Bajo ✓ Moderado ✓ Alto

Figura 26b. Segundas variables.

Jimbilla, 18 de Octubre del 2013

Ldo. Máximo Eleuterio Fernández Lliguin
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA IBARRA

CERTIFICA:

Que la EGR. JOHANA PATRICIA JIMÉNEZ JIMÉNEZ, con, CI. 1104593296, estuvo realizando diagnósticos bucales cumpliendo su labor con absoluta responsabilidad, entrega y compromiso a cada uno de los estudiantes de la escuela de educación básica "Ibarra" de la parroquia Jimbilla perteneciente al cantón Loja. De igual manera hizo la entrega de implementos de higiene oral y charlas de salud bucodental a los niños y niñas, es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, puede hacer uso la parte interesada para lo que a bien tuviera.

Atentamente:

Ldo. Máximo Eleuterio Fernández Lliguin
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA IBARRA

ESCUELA DE
EDUCACION BASICA
"IBARRA"
Jesús María - Jimbilla - Loja

Figura 27a. Certificado del director de la escuela Ibarra

Jimbilla, 18 de Octubre del 2013

Lda. Marcia Indelira Pachar Vega.
DIRECTORA DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA VICTOR AMABLE ZHUNAULA.

CERTIFICA:

Que la EGR. JOHANA PATRICIA JIMÉNEZ JIMÉNEZ, con, CI. 1104593296, estuvo realizando diagnósticos bucales cumpliendo su labor con absoluta responsabilidad, entrega y compromiso a cada uno de los estudiantes de la escuela de educación básica "Victor Amable Zhunaula " de la parroquia Jimbilla perteneciente al cantón Loja. De igual manera hizo la entrega de implementos de higiene oral y charlas de salud bucodental a los niños y niñas, es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, puede hacer uso la parte interesada para lo que a bien tuviera.

Atentamente:

ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA
"VÍCTOR AMABLE ZHUNAULA"
JESÚS MARÍA ALTO
JIMBILLA - LOJA - ECUADOR

Lda. Marcia Indelira Pachar Vega.
DIRECTORA DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA VICTOR AMABLE ZHUNAULA

Figura 27b. Certificado de la directora de la escuela Víctor Amable Zhunaula

Jimbilla, 21 de Octubre del 2013

Ldo. Carlos Alfredo Capa Bermeo
RECTOR DEL COLEGIO NACIONAL LIBERTADOR BOLIVAR

CERTIFICA:

Que la EGR. JOHANA PATRICIA JIMÉNEZ JIMÉNEZ, con, CI. 1104593296, estuvo realizando diagnósticos bucales del 14 al 21 de octubre del 2013, cumpliendo su labor con absoluta responsabilidad, entrega y compromiso a cada uno de los estudiantes del Colegio Nacional Libertador Bolivar de la parroquia Jimbilla perteneciente al cantón Loja. De igual manera hizo la entrega de implementos de higiene oral y charlas de salud bucodental a los estudiantes, es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, puede hacer uso la parte interesada para lo que a bien tuviera.

Atentamente:

COLEGIO DE BACHILLERATO
LIBERTADOR BOLIVAR
JIMBILLA - LOJA
RECTORADO

Ldo. Carlos Alfredo Capa Bermeo
RECTOR DEL COLEGIO NACIONAL LIBERTADOR BOLIVAR

Figura 27c. Certificado del Rector del Colegio Libertador Bolívar

Jimbilla, 21 de Octubre del 2013

Lda. Bertha Olivia Guamán Cuenca
DIRECTORA DE LA ESCUELA GALO PLAZA LASO

CERTIFICA:

Que la EGR. JOHANA PATRICIA JIMÉNEZ JIMÉNEZ, con, CI. 1104593296, estuvo realizando diagnósticos bucales, cumpliendo su labor con absoluta responsabilidad, entrega y compromiso a cada uno de los estudiantes de la Escuela Leonardo Galán Perez de la parroquia Jimbilla perteneciente al cantón Loja. De igual manera hizo la entrega de implementos de higiene oral y charlas de salud bucodental a los estudiantes, es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, puede hacer uso la parte interesada para lo que a bien tuviera.

Atentamente:

ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA
"GALO PLAZA LASSO"
LA CHONTA
JIMBILLA - LOJA

Lda. Bertha Olivia Guamán Cuenca
DIRECTORA DE LA ESCUELA GALO PLAZA LASO

Figura 27d. Certificado de la directora de la escuela Galo Plaza Laso

Jimbilla, 21 de Octubre del 2013

Lda. Doris De La Nuve Pachar Ordoñez
DIRECTORA DE LA ESCUELA LEONARDO GALAN PEREZ

CERTIFICA:

Que la EGR. JOHANA PATRICIA JIMÉNEZ JIMÉNEZ, con, CI. 1104593296, estuvo realizando diagnósticos bucales, cumpliendo su labor con absoluta responsabilidad, entrega y compromiso a cada uno de los estudiantes de la Escuela Leonardo Galán Perez de la parroquia Jimbilla perteneciente al cantón Loja. De igual manera hizo la entrega de implementos de higiene oral y charlas de salud bucodental a los estudiantes, es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, puede hacer uso la parte interesada para lo que a bien tuviera.

Atentamente:

ESCUELA LEONARDO GALAN PEREZ * ILLINZMAPA *

Lda. Doris De La Nuve Pachar Ordoñez
DIRECTORA DE LA ESCUELA LEONARDO GALAN PEREZ

Figura 27e. Certificado de la directora de la escuela Leonardo Galán Pérez.

Jimbilla, 31 de Octubre del 2013

Dr. Agustin Edilberto Muñoz Minga
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN GONZALO PIZARRO

CERTIFICA:

Que la EGR. **JOHANA PATRICIA JIMÉNEZ JIMÉNEZ,** con, CI. **1104593296,** estuvo realizando diagnósticos bucales cumpliendo su labor con absoluta responsabilidad, entrega y compromiso a cada uno de los estudiantes de la escuela de educación básica "Ibarra" de la parroquia Jimbilla perteneciente al cantón Loja. De igual manera hizo la entrega de implementos de higiene oral y charlas de salud bucodental a los niños y niñas, es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, puede hacer uso la parte interesada para lo que a bien tuviera.

Atentamente:

ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA "GONZALO PIZARRO" JIMBILLA LOJA ECUADOR

Dr. Agustin Edilberto Muñoz Minga
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN GONZALO PIZARRO

Figura 27f. Certificado del director de la escuela Gonzalo Pizarro

CERTIFICACIÓN

Loja, 30 de Octubre del 2013

Doctor
JOSE PROCEL.
COORDINADOR DEL MACROPROYECTO

CERTIFICA:

Que la presente tesis titulada: **DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS Y SECUNDARIOS DE LA PARROQUIA RURAL JIMBILLA DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013**, elaborada por la **Sta. Johana Patricia Jiménez Jiménez**, 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 al respectivo director de tesis.

Dr. Manuel José Procel González
MÉDICO ESPECIALISTA EN APS
Libro: 002
Folio: 344
No. INSCRIPCIÓN 1052

ASESOR: José Procel

Figura 28. Certificado del Coordinador del Macroproyecto.

ÍNDICE

CARATULA……I

CERTIFICACIÓN……..……..……..……II

AUTORÍA……..……..……..…….……III

CARTA DE AUTORIZACIÓN……..…….……IV

DEDICATORIA……..…..…..…….…….……V

AGRADECIMIENTO……..……....VI

TITULO…….……..……...7

RESUMEN…….……..…8

ABSTRACT……..…….9

INTRODUCCIÓN……...……10

REVISIÓN LITERARIA…….……..……..……13

CAPÍTULO I: SALUD ORAL…….……...……...……...…13

CAPÍTULO II: FACTORES DE RIESGO…….……...……...……27

CAPÍTULO III: PARROQUIA RURAL JIMBILLA CANTÓN LOJA…….…31

MATERIALES Y MÉTODOS……...…….…….……..36

RESULTADOS…….……..……39

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS…….……...60

CONCLUSIONES……...……..……..…63

RECOMENDACIONES…….……64

BIBLIOGRAFÍA……...…….…….…….67

ANEXOS……...…….…….……71

BIBLIOGRAFÍA……..72

INDICE…….95