



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

TÍTULO:

**DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN
LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS "ABDÓN CALDERÓN" Y LA
UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL "CORAZÓN DE MARÍA" DE LA
PARROQUIA RURAL EL CISNE DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013**

Tesis, previo a la obtención del
título de Odontóloga

AUTORA:

María Eliza Piedra Apolo

DIRECTOR:

Dr. Franklin Leonardo Quinche Maldonado

Loja - Ecuador


2013

Noviembre del 2013

Franklin Quinche
Doctor Especialista
Docente de la Carrera de Odontología

Certifico:

Que la presente tesis titulada "DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS "ABDÓN CALDERÓN" Y LA UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISONAL "CORAZÓN DE MARÍA" DE LA PARROQUIA RURAL EL CISNE DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013." elaborada por la señorita María Eliza Piedra Apolo ha sido planificada y ejecutada bajo mi dirección y supervisión, por tanto, y al haber cumplido con los requisitos establecidos por la Universidad Nacional de Loja, autorizo su presentación, sustentación y defensa ante el tribunal designado para el efecto.


Dr. Franklin Quinche
Docente de Carrera de Odontología

AUTORÍA

Yo, María Eliza Piedra Apolo, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja a sus representantes jurídicos de posibles o acciones legales, por el contenido de la misma.

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

Autor: María Eliza Piedra Apolo

Firma:



Cédula: 1104731508

Fecha: **Noviembre 15 del 2013**

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

Yo, María Eliza Piedra Apolo, declaro ser autora de la tesis titulada "DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS "ABDÓN CALDERÓN" Y LA UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL "CORAZÓN DE MARÍA" DE LA PARROQUIA RURAL EL CISNE DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013; como requisito para optar al grado de Odontólogo General; autorizamos al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

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

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

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 15 días del mes de Noviembre del dos mil trece, firma el autor.



Autor: María Eliza Piedra Apolo
Cédula: 1104731508
Dirección: Argentina y Venezuela Correo Electrónico: maelisa66yahoo.es
Teléfono: 072584863 celular: 0992681621

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Dr. Especialista Franklin Quinche

Tribunal de Grado:

Dra. Gloria Carrión (Presidente)

Dr. José Procel

Dr. Luis Vilela

DEDICATORIA

A la Universidad Nacional de Loja, porque en sus aulas, recibí el conocimiento intelectual y humano de cada uno de los docentes de la Carrera de Odontología.

Especial agradecimiento a mi Director de Tesis el Dr. Franklin Quinche por sus consejos y amistad.

María Eliza

AGRADECIMIENTO

A Dios, verdadera fuente de amor y sabiduría.

A mi Papá, porque gracias a él sé que la responsabilidad se la debe vivir como un compromiso de dedicación y esfuerzo.

A mi Mamá, cuyo vivir me ha mostrado que en el camino hacia la meta se necesita de la dulce fortaleza para aceptar las derrotas y del sutil coraje para derribar miedos.

A mis familiares, amigos y a ti por hacerme compañía con sus sonrisas de ánimo, cuando creía no lograrlo; es por ello que a todos y cada uno de ustedes les dedico todo el esfuerzo, sacrificio y tiempo que entregué a esta tesis.

.

María Eliza

1. TITULO

DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS “ABDÓN CALDERÓN” Y LA UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL “CORAZÓN DE MARÍA” DE LA PARROQUIA RURAL EL CISNE DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013.

2. RESUMEN

Las patologías bucales son un problema relevante en nuestro país y en la Región Sur representa un índice importante por lo que el cantón Loja no está exento de esta realidad tanto en sus parroquias rurales como urbanas. El trabajo de investigación realizado, tiene como propósito central realizar el diagnóstico de salud bucodental y factores de riesgo en los centros educativos primarios “Abdón Calderón” y la Unidad Educativa Fiscomisional “Corazón de María” de la parroquia El Cisne del Cantón Loja año 2013. Los objetivos que se plantearon en el proyecto fueron la identificación de los factores de riesgo, y determinar la prevalencia de las patologías bucodentales presentes en los niños de los centro de educación primarios.

Este proyecto es de carácter descriptivo, prospectivo, y transversal, las técnicas que se utilizaron fueron la observación, la entrevista y los instrumentos para la recolección de datos consistieron en la historia clínica odontológica, la encuesta y las credenciales; se trabajó con 171 estudiantes de educación primaria. En la parroquia rural El Cisne del cantón Loja, los niños de los centro educativo primario presentaron un 77.97% de caries dental, maloclusión clase I sin apiñamiento en un 31,1%. El hábito más común fue succión digital con el 1.19%, dentro de las patologías oclusales inciden con mayor frecuencia son mordida profunda con el 2.38% y la mordida cruzada posterior con el 1.19% y el 98.21% demostró ausencia de fluorosis.

Con todos resultados obtenidos se concluye que conforme va aumentando la edad de los pacientes mayor es el número de patologías odontológicas que presentan lo que habla de un déficit en salud odontológica preventiva y por lo tanto es necesario realizar un mayor trabajo en escuelas, colegios y familia para incentivar la importancia de tener un correcto cuidado bucal.

PALABRAS CLAVE: Salud bucodental, factores de riesgo, caries, patologías oclusales.

2.1. ABSTRACT

Oral pathologies are a relevant problem in our country, they represent an important rate in South Region, therefore Loja canton is not exempt of this reality, as much on its rural as on its urban wards. This investigation aims to do the diagnosis of oral health and risk factors in “Abdon Calderon” primary school and “Corazon de Maria” fiscomisional education center, from “El Cisne” rural ward, Loja canton, 2013. The objectives for this project were to identify the risk factors, and to determine the prevalence of oral pathologies present in children of the chosen primary education centers.

This project is descriptive, prospective and transversal. The investigation techniques were observation and interview; and the instruments for data recollection consisted of Dental Clinic History, surveys and credentials; the investigation was developed with 171 primary school students.

In El Cisne rural ward from Loja canton, children from the selected education centers, presented 77.97% of dental caries bad occlusion type I without dental crowding. The most common habit was digital suction with a 1.19% and among the most incident occlusal pathologies are: deep bite with 2.38% and posterior crossed bite with 1.19%, finally 98.21% presented fluorosis absence.

With the gathered results, it can be concluded that conform the age of patients increase, they present a bigger number of oral pathologies, which means a deficit of preventive oral health, therefore it is necessary to make a better job in education centers and families in order to promote the importance of having a correct oral care.

KEYWORD: Oral health, Risk Factors, Dental Caries, Occlusion Pathologies

RESPONSABLE:

Lcda. Carolina Molina

3. INTRODUCCIÓN

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

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

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

En nuestra nación, a pesar del trabajo gubernamental aún hay inequidades en educación y salud, que se acentúan más en los sectores rurales, esto sumado a la pobreza, determinan que las zonas rurales existan un mayor índice de afecciones en la cavidad oral. Es también visible, la falta de información que ayude a visualizar ampliamente los factores que pueden estar afectando a la salud, la falta de estudios epidemiológicos para saber el estado en que se encuentra la población; para así tomar medidas que beneficien a la comunidad

Es por ello que se estableció el presente tema de investigación DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVO PRIMARIOS “ABDÓN CALDERÓN” Y LA UNIDAD EDUCATIVA “CORAZÓN DE MARÍA” DE LA PARROQUIA EL CISNE DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013, en importancia de las patologías de la cavidad bucal y su relación con factores de riesgo que pueden coadyuvar o no la presencia de dichas patologías, y por medio del cual se puede establecer el grado de salud o enfermedad de la población.

Los objetivos que se plantearon en el proyecto fueron la identificación de los factores de riesgo, presentes en los centros educativos primario “Abdón Calderón” y la Unidad Educativa Fiscomisional “Corazón de María” de la parroquia El Cisne; y determinar la prevalencia de las patologías bucodentales presentes en los adolescentes de dicho centro de educación. Los resultados encontrados en la parroquia rural El Cisne del cantón Loja refieren que, los niños presentaron presentaron un 77.97% de caries dental, maloclusión clase I sin apiñamiento en un 31,1% y maloclusión clase I con apiñamiento el 9.62%. El hábito más común fue succión digital con el 1.19%, dentro de las patologías oclusales inciden con mayor frecuencia son mordida profunda con el 2.38% y la mordida cruzada posterior con el 1.19% y el 98.21% demostró ausencia de fluorosis.

DIAGNÓSTICO DE SALUD DE LA PARROQUIA EL CISNE DEL CANTÓN LOJA

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).

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).

DESCRIPCION DE LA PARROQUIA RURAL EL CISNE

HISTORIA

La centenaria población de El Cisne, cuyos orígenes datan desde antes de la colonización española, perteneció a la jurisdicción de los Paltas. Sus viviendas las construían con bases de piedra tallada, barro, madera y paja de páramo; confeccionaban utensilios de cerámica; y, sus cultos religiosos eran al sol. A partir de la colonización española, la historia de El Cisne está alrededor de la religión, especialmente con la fe a la Virgen María, en su advocación de El Cisne.

Parece ser que antes de la colonización española las partes altas de la cordillera interandina fue el sitio donde se asentaron las principales poblaciones; probablemente para evitar enfermedades, inundaciones, etc.,

restos de construcciones y sepulturas se encuentran especialmente en Shilin, Chayalama y Santa Rosa. Potochuro se caracteriza por ser una colina rocosa, donde existen varios graderíos labrados en piedra del sitio y una entrada en la cima, que según cuentan los ancianos, esta entrada conducía a un sistema de galerías subterráneas que se unía a otros ingresos ocultos.

GEOGRAFÍA

El Cisne se encuentra a 74km de la ciudad de Loja. Limita al norte con la parroquia Gualiel y parte de Salatí (provincia de El Oro); al Sur con las parroquias San Pedro de la Bendita y Zambí; al Este, con el cantón Catamayo y la parroquia de Chuquiribamba y al Oeste con las parroquias de Guayquichuma y Salatí. Su extensión es de 106.31 km² EL clima es Temperado – Húmedo. La división política es Ambocas, Chaquircuña, Agua del Milagro, Huasir, La Nona, La Concha, Millubo, Santa Teresita. La parroquia tiene 1628 habitantes, de los cuales 783 son hombres y 845 son mujeres. (ASOGOPAL)

ACTIVIDADES PRODUCTIVAS Y ECONÓMICAS

La agricultura y la ganadería son las fuentes de riqueza del sector. No tienen ningún sistema de producción de abono orgánico y utilizan abonos químicos, vertiendo los residuos en potreros y quebradas.

Otra de las actividades principales de la Parroquia es la actividad religiosa y comercial, constituyendo el turismo religioso una actividad económica de especial significación. Cuenta con infraestructura de agua potable en algunos barrios, con el sistema eléctrico y de algunas instituciones que prestan importantes servicios a la comunidad. (Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de Loja)

SERVICIOS BÁSICOS

Los pobladores de la parroquia El Cisne cuentan con casa/villa 439 habitantes, departamento en casa o edificio 12, rancho 1. El 52.63% cuentan con red pública de alcantarillado, pozo séptico 8.35%, pozo ciego 6.76%, con descarga directa al mar, río, lago 1.79%, letrina 0.86%; mientras que el 29.62% no tiene este servicio. Los habitantes de esta Parroquia cuentan con Red de empresa eléctrica de servicio público el 81.91%, mientras que 18.09% no tiene este servicio. El 71.77% de habitantes cuentan con agua de red pública, de pozo el 5.77%, de río vertiente o acequia el 20.48%, agua lluvia o albarrada el 1.99% (INEC).

EDUCACIÓN

Escuelas y colegios

Escuelas

- ✓ Hernando de Benavente
- ✓ Unidad Educativa Fiscomisional “Corazón de María”
- ✓ Señor Jesús de Manuel Auquilla Cambizaca
- ✓ Abdón Calderón

Total de estudiantes de escuelas

ESCUELAS	ESTUDIANTES
Hernando de Benavente	8
Unidad Educativa Fiscomisional “Corazón de María	89
Señor Jesús de Manuel Auquilla Cambizaca	7
Abdón Calderón	86
TOTAL	190

Número de profesores

ESCUELAS	PROFESORES
Hernando de Benavente	1
Unidad Educativa Fiscomisional "Corazón de María	22
Señor Jesús de Manuel Auquilla Cambizaca	1
Abdón Calderón	12
TOTAL	36

Colegios

- ✓ Unidad Educativa Fiscomisional "Corazón de María"
- ✓ Colegio Nacional Mixto "El Cisne"

Total de estudiantes

COLEGIOS	ESTUDIANTES
Unidad Educativa Fiscomisional "Corazón de María"	49
Colegio Nacional Mixto "El Cisne"	83
TOTAL	132

Número de profesores

COLEGIOS	PROFESORES
Unidad Educativa Fiscomisional "Corazón de María"	22
Colegio Nacional Mixto "El Cisne"	10
TOTAL	32

VIALIDAD

Con respecto a Vialidad, no se conoce información relevante en esta parroquia, pero se conoce que Actualmente El Ministerio de Transporte y Obras Públicas se encuentra en rehabilitando la vía San Pedro-La Bendita-El Cisne y Guayabal.

4. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo, prospectivo y transversal; el Área de estudio donde se realizó la presente investigación fue la parroquia El Cisne del cantón Loja, El Cisne cuenta con una población 1628 habitantes, se encuentra a 74km de la ciudad de Loja.

El universo se encontró conformado por 322 estudiantes. La muestra estuvo conformada por 175 estudiantes de los centros educativos primarios Abdón Calderón” y la Unidad Educativa Fiscomisional “Corazón de María” de la parroquia rural El Cisne del cantón Loja en el año 2013; tres estudiantes no asistieron el día de la recolección de los datos, los cuales no formaron parte de este trabajo.

Las técnicas utilizadas consistieron en la observación, la entrevista y los instrumentos para la recolección de datos fueron, La Historia Clínica Odontológica, la Encuesta y las Credenciales.

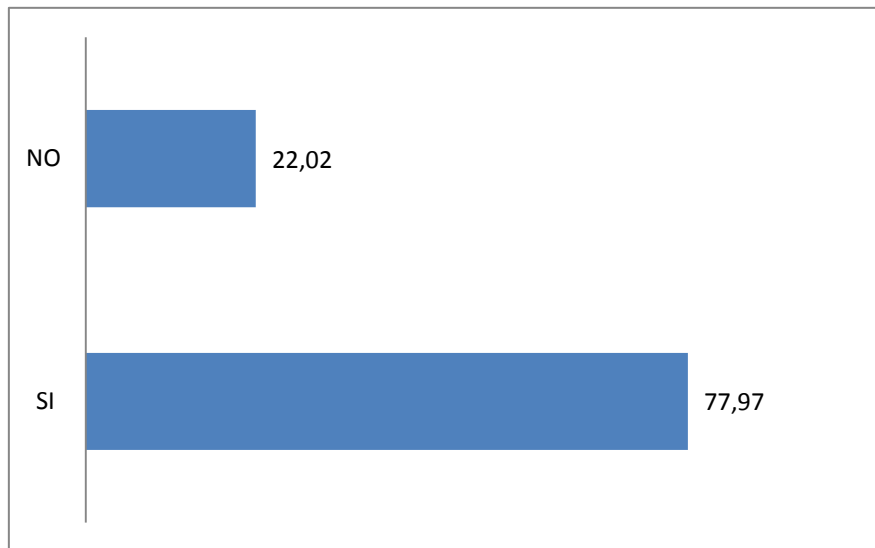
Los recursos humanos estuvieron conformados por la Coordinadora de la Carrera de Odontología Dra. Especialista Tannya Valarezo; Director de tesis Dr. Especialista Franklin Quinche; María Eliza Piedra Apolo egresada de la carrera de Odontología año 2013. Personal administrativo, estudiantes y padres de familia de los centros educativos primarios de la parroquia rural El Cisne del cantón Loja. El recurso físico fueron los establecimientos educativos primarios.

Los recursos materiales empleados en la presente investigación consistieron en: Set de diagnóstico (espejo, explorador, pinza algodонера), Materiales de bioseguridad, Historia clínicas, Encuestas, Material didáctico, Cámara fotográfica, Computadora, Materiales de escritorio, 120 cepillos dentales, 120 pastas dentales.

5. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

GRÁFICA No.1

Caries dental en los Centros Educativos Primarios “Abdón Calderón” y la Unidad Educativa Fiscomisional “Corazón de María”.



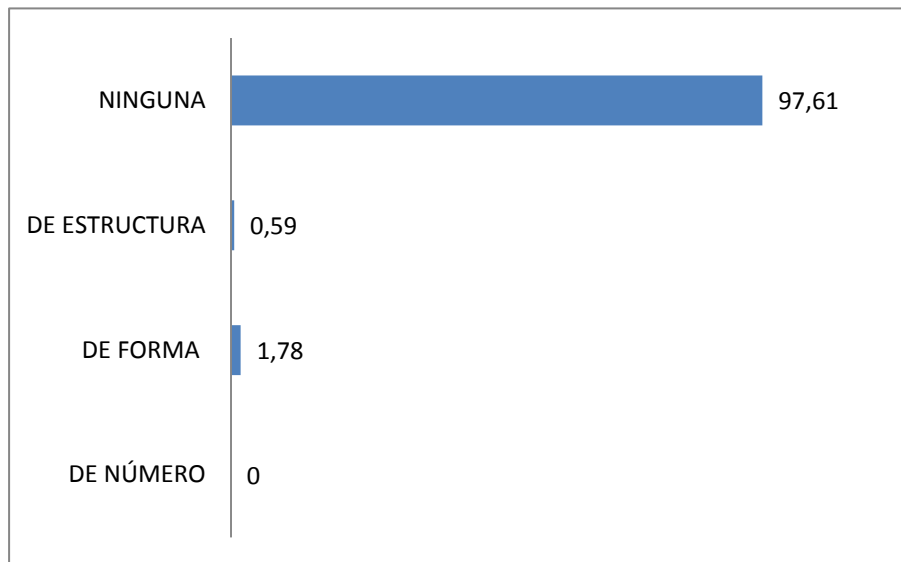
FUENTE: Unidad Educativa Fiscomisional “Corazón de María” y “Abdón Calderón”
AUTOR: María Eliza Piedra Apolo

DESCRIPCIÓN:

De los 171 estudiantes examinados el 77.97% lo que indica que existe un alto porcentaje de incidencia de caries dental, mientras, que el 22.02% no presenta caries dental.

GRÁFICA No.2

Alteraciones dentales en los Centros Educativos Primarios “Abdón Calderón” y la Unidad Educativa Fiscomisional “Corazón de María”.



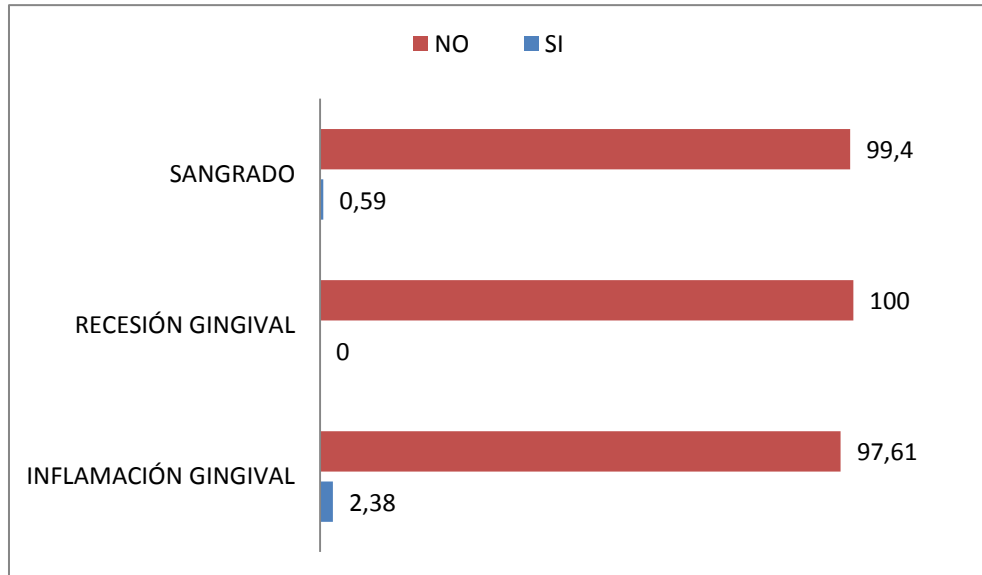
FUENTE: Unidad Educativa Fiscomisional “Corazón de María” y “Abdón Calderón”
AUTOR: María Eliza Piedra Apolo

DESCRIPCIÓN:

De la población investigada el 97.61% no presenta ninguna alteración dental, mientras que alteraciones de estructura corresponde al 0.59%, alteraciones de forma 1.78%.

GRÁFICA No.3

Alteraciones gingivales en los Centros Educativos Primarios “Abdón Calderón” y la Unidad Educativa Fiscomisional “Corazón de María”.



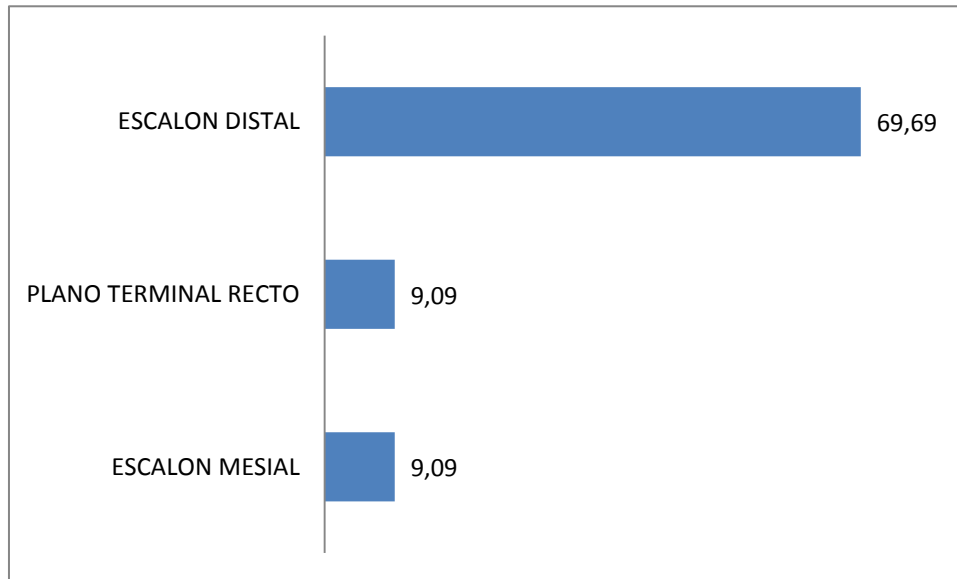
FUENTE: Unidad Educativa Fiscomisional “Corazón de María” y “Abdón Calderón”
AUTOR: María Eliza Piedra Apolo

DESCRIPCIÓN:

De los alumnos inspeccionados el 99.4% no presentan sangrado, el 100% corresponde a los que no tienen recesión gingival, mientras que el 97.61% corresponde a los que no presentan inflamación gingival y el 2.38% aquellos que si la presentan inflamación gingival.

GRÀFICA No.4

Maloclusiòn – denticiòn temporal en los Centros Educativos Primarios “Abdòn Calderòn” y la Unidad Educativa Fiscomisional “Corazòn de María”.



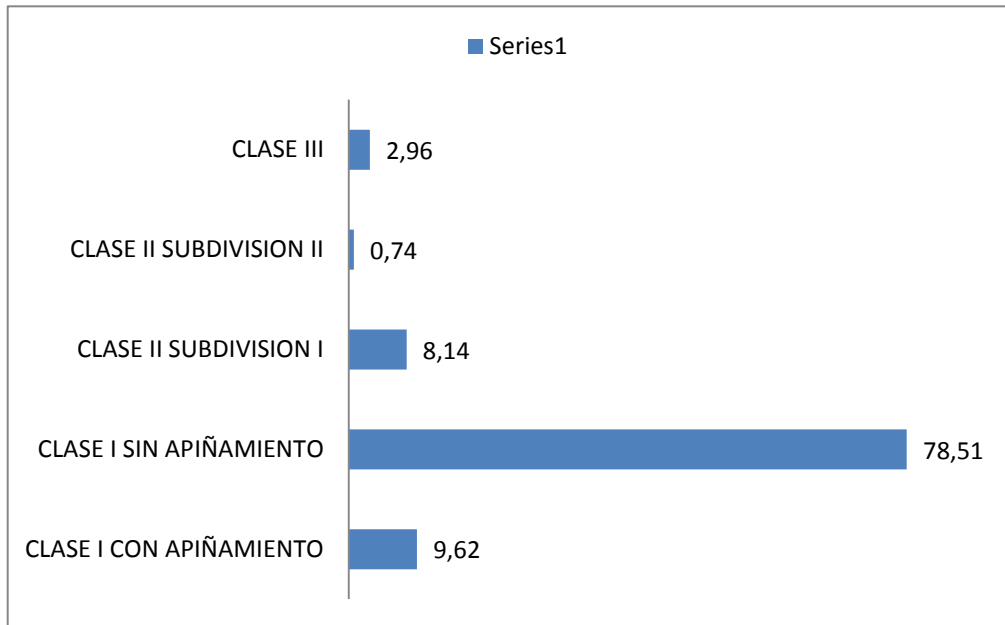
FUENTE: Unidad Educativa Fiscomisional “Corazòn de María” y “Abdòn Calderòn”
AUTOR: María Eliza Piedra Apolo

DESCRIPCIÓN:

De los estudiantes examinados 69.69% corresponde a una maloclusión de escalòn distal, el 9.09% una maloclusión de plano terminal recto, mientras que el 9.09% corresponde a una maloclusión de escalòn mesial.

GRÀFICA No.5

Maloclusiòn – denticiòn permanente en los Centros Educativos Primarios “Abdòn Calderòn” y la Unidad Educativa Fiscomisional “Corazòn de María”.



FUENTE: Unidad Educativa Fiscomisional “Corazòn de María” y “Abdòn Calderòn”

AUTOR: María Eliza Piedra Apolo

DESCRIPCIÓN:

De la población investigada el 78.51% corresponde a una maloclusión clase I sin apiñamiento, el 8.14% a una maloclusión clase II subdivisión I, mientras que el 2.96% a una maloclusión clase III.

GRÀFICA No.6

Oclusión alterada permanente en los Centros Educativos Primarios “Abdón Calderón” y la Unidad Educativa Fiscomisional “Corazón de María”.



FUENTE: Unidad Educativa Fiscomisional “Corazón de María” y “Abdón Calderón”

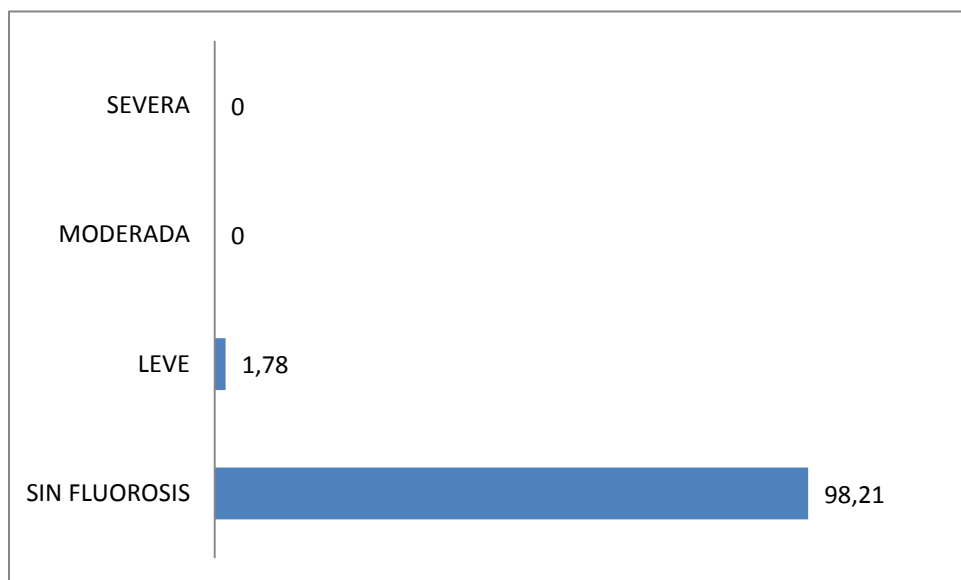
AUTOR: María Eliza Piedra Apolo

DESCRIPCIÓN:

De los alumnos inspeccionados el 98.8% corresponde a una oclusión alterada, y el 1.19% aquellos estudiantes que la oclusión no está alterada.

GRÀFICA No.7

Fluorosis en los Centros Educativos Primarios “Abdón Calderón” y la Unidad Educativa Fiscomisional “Corazón de María”.



FUENTE: Unidad Educativa Fiscomisional “Corazón de María” y “Abdón Calderón”

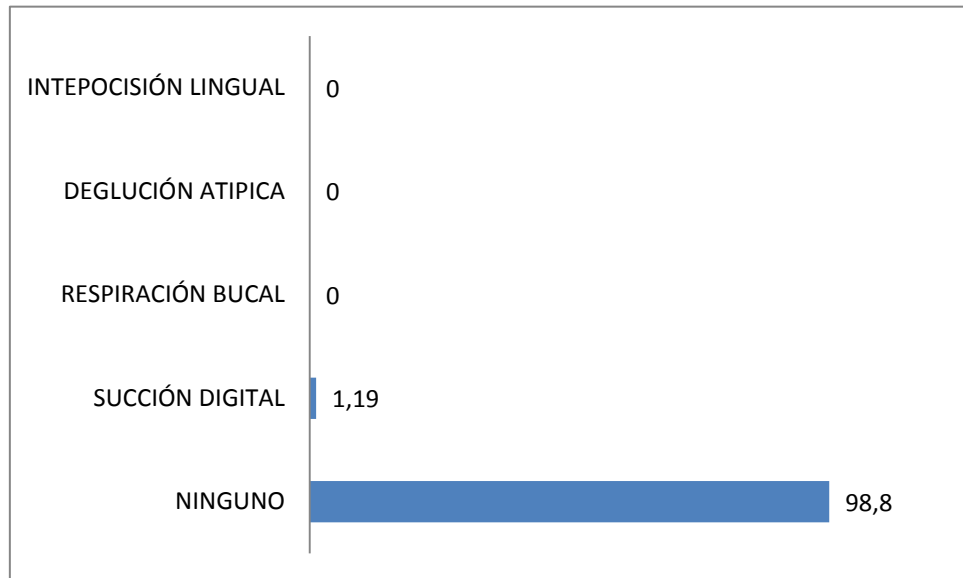
AUTOR: María Eliza Piedra Apolo

DESCRIPCIÓN:

De los estudiantes examinados el 98.21% no presentan fluorosis y el 1.78% presentan fluorosis leve.

GRÀFICA No.8

Hábitos bucales en los Centros Educativos Primarios “Abdón Calderón” y la Unidad Educativa Fiscomisional “Corazón de María”.



FUENTE: Unidad Educativa Fiscomisional “Corazón de María” y “Abdón Calderón”

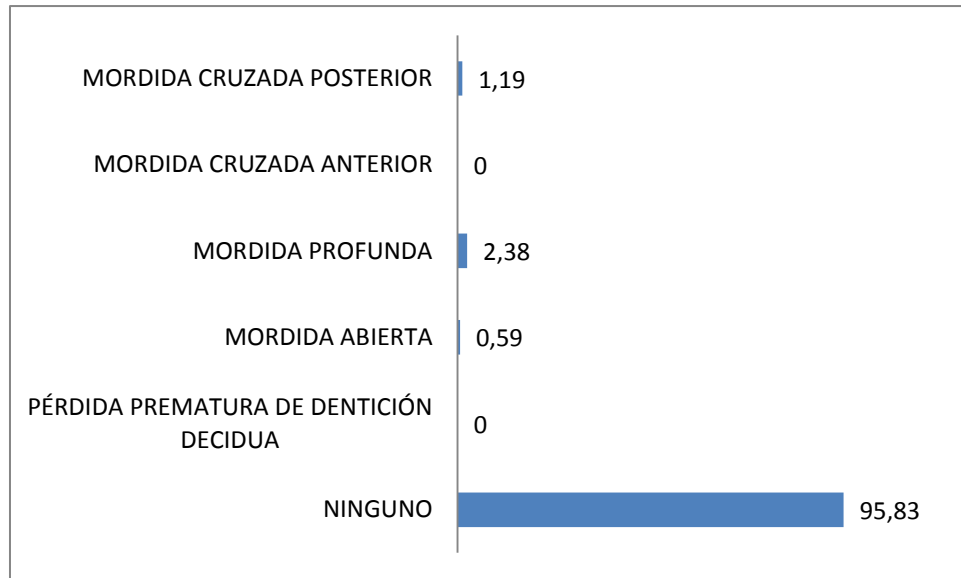
AUTOR: María Eliza Piedra Apolo

DESCRIPCIÓN:

De los alumnos inspeccionados el 98.8% corresponde aquellos que no tienen ningún hábito, mientras que el 1.19% corresponde al hábito de succión digital.

GRÀFICA No.9

Patologías oclusales en los Centros Educativos Primarios “Abdón Calderón” y la Unidad Educativa Fiscomisional “Corazón de María”.



FUENTE: Unidad Educativa Fiscomisional “Corazón de María” y “Abdón Calderón”

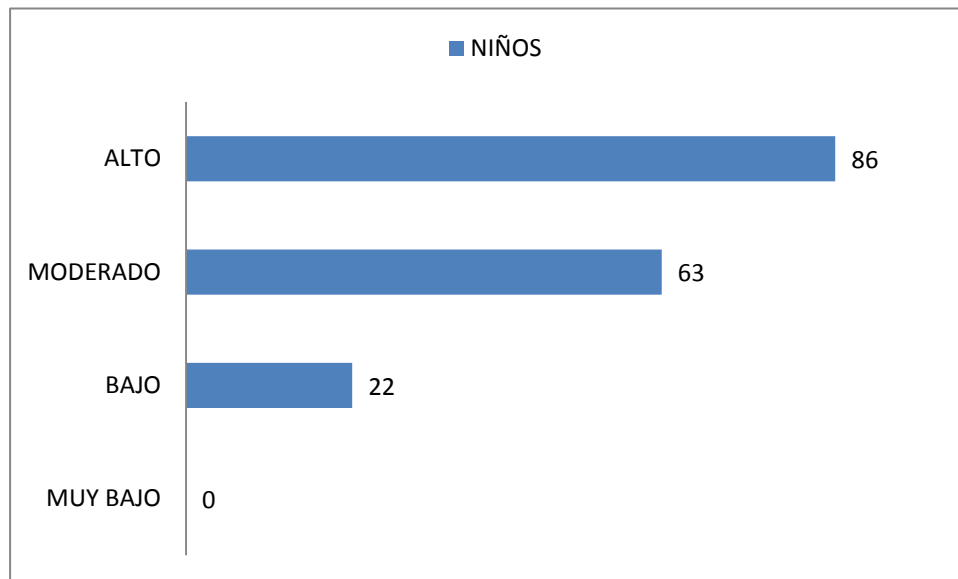
AUTOR: María Eliza Piedra Apolo

DESCRIPCIÓN:

De los estudiantes examinados el 95.83% corresponde aquellos que no tienen ninguna patología oclusal, mientras que el 0.59% presenta mordida abierta, el 2.38% presenta mordida profunda, 1.19% presenta mordida cruzada.

GRÀFICA No.10

Dientes cariados, extracción indicada y obturados (ceo) en los Centros Educativos Primarios “Abdón Calderón” y la Unidad Educativa Fiscomisional “Corazón de María”.



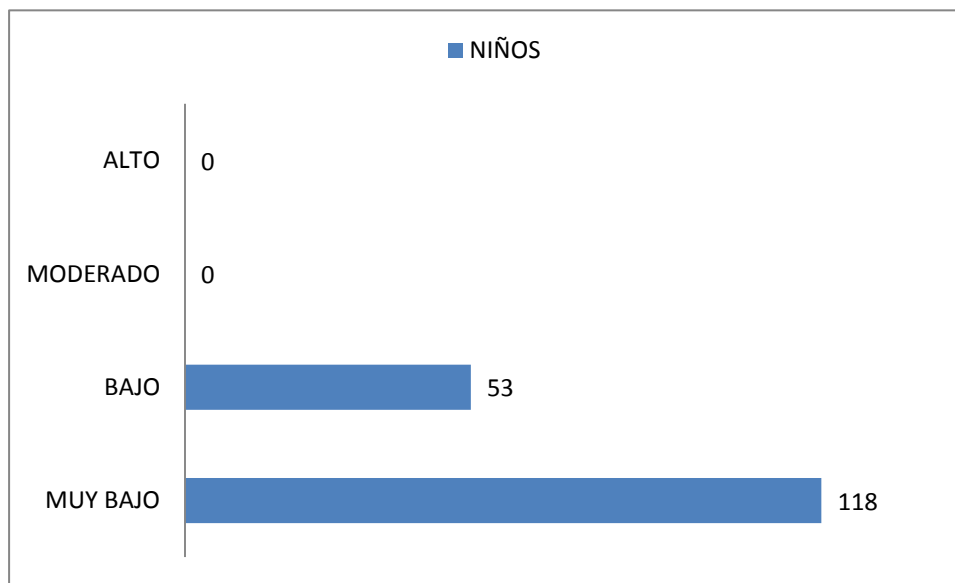
FUENTE: Unidad Educativa Fiscomisional “Corazón de María” y “Abdón Calderón”
AUTOR: María Eliza Piedra Apolo

DESCRIPCIÓN:

De la población investigada, 86 niños presentan un porcentaje alto de caries dental, 63 niños presentan un porcentaje moderado, mientras que 22 niños presentaron un porcentaje bajo de caries en su dentición temporal.

GRÀFICA No.11

Dientes cariados, pèrdidos y obturados (CPOD) en los Centros Educativos Primarios “Abdón Calderón” y la Unidad Educativa Fiscomisional “Corazón de María”.



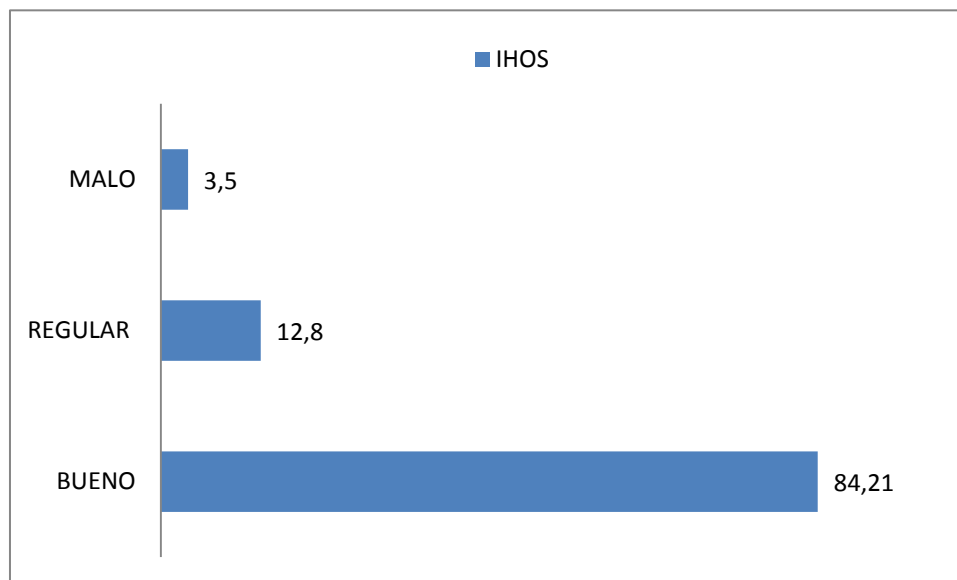
FUENTE: Unidad Educativa Fiscomisional “Corazón de María” y “Abdón Calderón”
AUTOR: María Eliza Piedra Apolo

DESCRIPCIÓN:

De los alumnos inspeccionados 118 niños presentan un porcentaje muy bajo de caries dental, mientras que 53 niños presentan un porcentaje bajo en la dentición permanente.

GRÀFICA No.12

Índice de higiene oral simplificado (IHOS) en los Centros Educativos Primarios “Abdón Calderón” y la Unidad Educativa Fiscomisional “Corazón de María”.



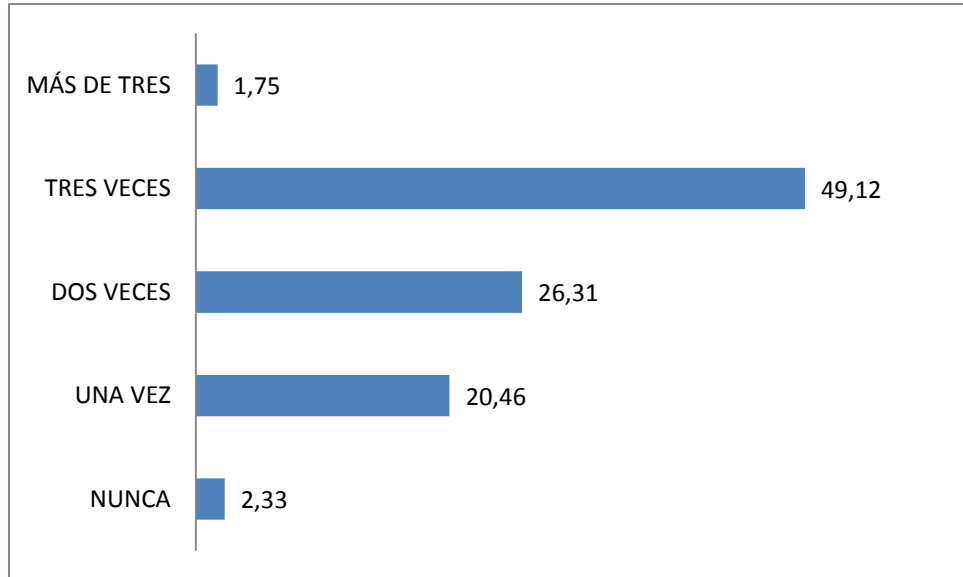
FUENTE: Unidad Educativa Fiscomisional “Corazón de María” y “Abdón Calderón”
AUTOR: María Eliza Piedra Apolo

DESCRIPCIÓN:

De los estudiantes examinados según el IHOS el 84.21% corresponde a un índice bueno, el 12.8% presenta índice regular y el 3.5% corresponde a un índice malo.

GRÁFICA No.13

Frecuencia de cepillado en los Centros Educativos Primarios “Abdón Calderón” y la Unidad Educativa Fiscomisional “Corazón de María”.



FUENTE: Unidad Educativa Fiscomisional “Corazón de María” y “Abdón Calderón”

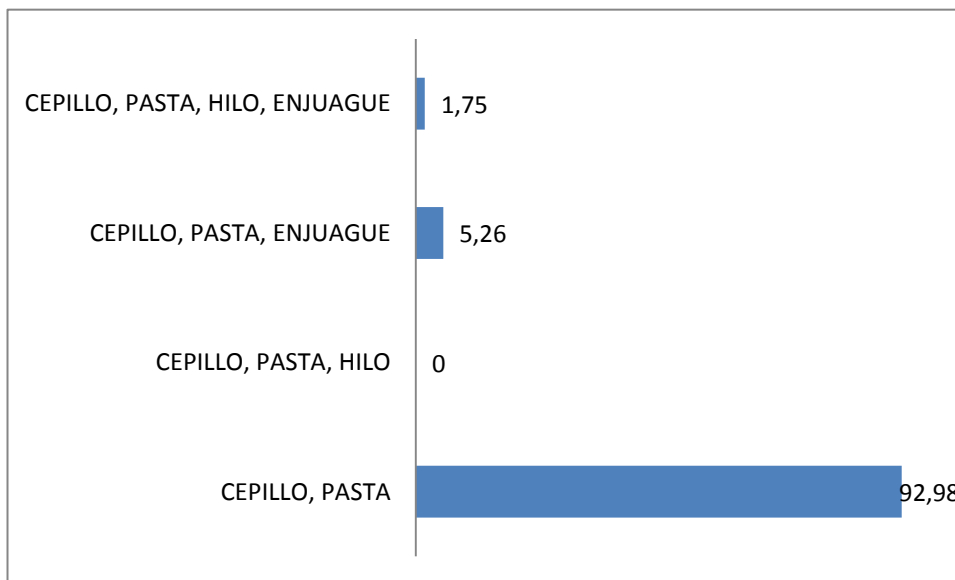
AUTOR: María Eliza Piedra Apolo

DESCRIPCIÓN:

De la población investigada el 49.12% corresponde aquellos que realizan el aseo bucal tres veces al día, el 26.31% realiza el aseo bucal dos veces al día, el 20.46% realiza una vez el aseo bucal al día, el 1.75% realiza más de tres veces al día el aseo bucal, mientras que el 2.33% corresponde aquellos que nunca realizan el aseo bucal.

GRÀFICA No.14

Elementos de aseo bucal en los Centros Educativos Primarios “Abdón Calderón” y la Unidad Educativa Fiscomisional “Corazón de María”.



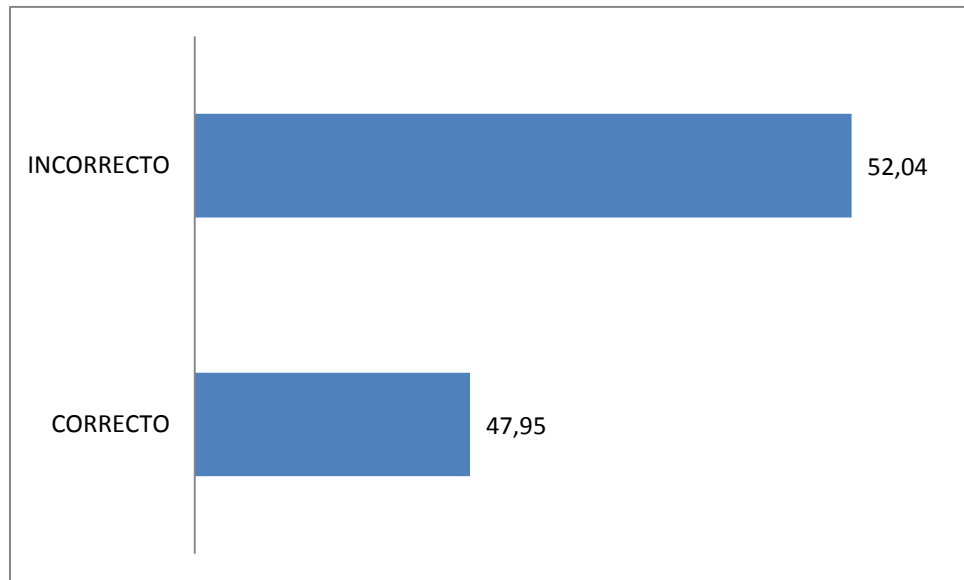
FUENTE: Unidad Educativa Fiscomisional “Corazón de María” y “Abdón Calderón”
AUTOR: María Eliza Piedra Apolo

DESCRIPCIÓN:

De los alumnos inspeccionados el 92.98 corresponde aquellos que utilizan pasta y cepillo en el aseo bucal, el 5.26% utilizan cepillo, pasta, enjuague en el aseo bucal, el 1.75% utilizan cepillo, pasta, hilo, enjuague en el aseo bucal.

GRÀFICA No.15

Técnica de cepillado en los Centros Educativos Primarios “Abdón Calderón” y la Unidad Educativa Fiscomisional “Corazón de María”.



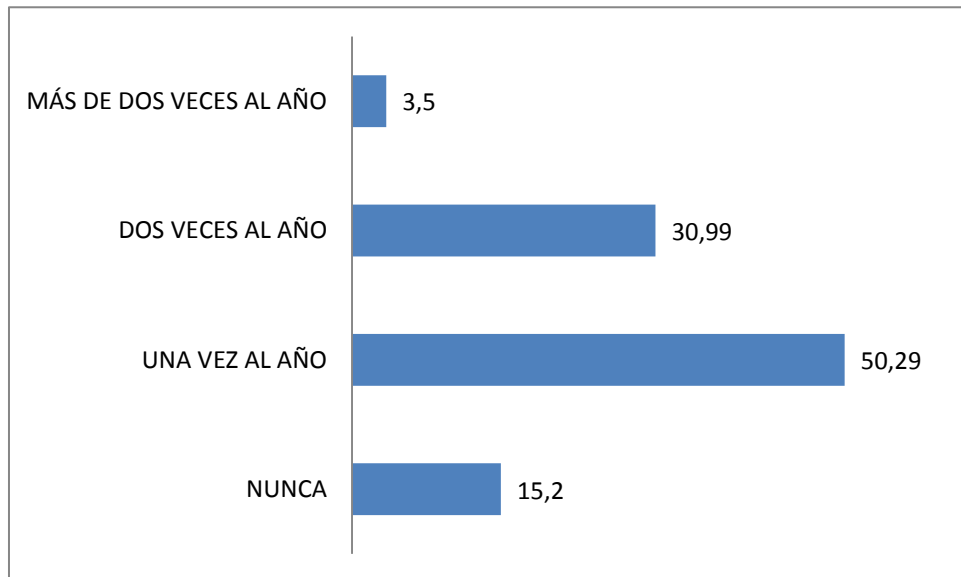
FUENTE: Unidad Educativa Fiscomisional “Corazón de María” y “Abdón Calderón”
AUTOR: María Eliza Piedra Apolo

DESCRIPCIÓN

De los estudiantes examinados el 52.04% realizan una técnica incorrecta de cepillado oral, mientras que el 47.95% realiza una técnica correcta de cepillado dental.

GRÀFICA No.16

Frecuencia de visita al odontòlogo en los Centros Educativos Primarios “Abdón Calderón” y la Unidad Educativa Fiscomisional “Corazón de María”.



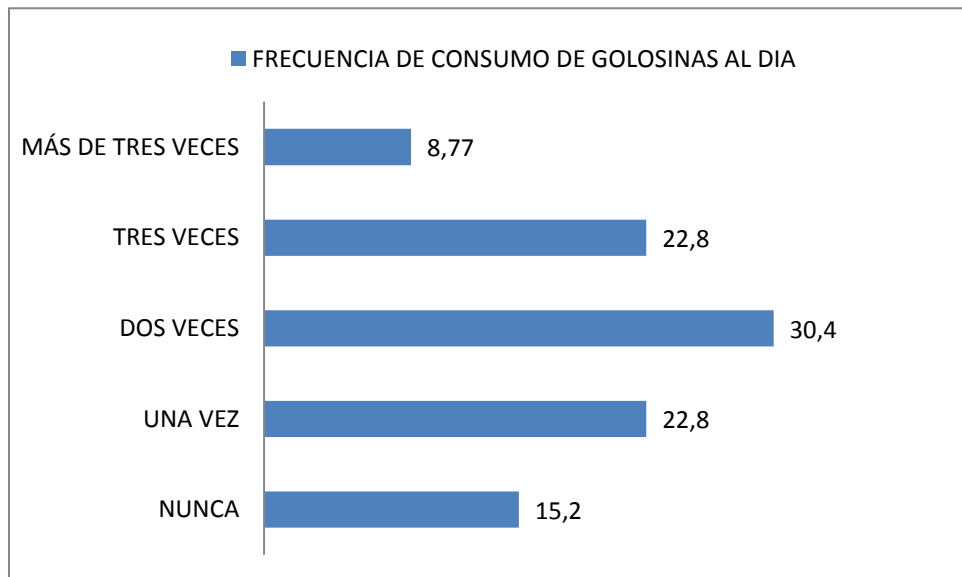
FUENTE: Unidad Educativa Fiscomisional “Corazón de María” y “Abdón Calderón”
AUTOR: María Eliza Piedra Apolo

DESCRIPCIÓN

De la población investigada el 50.29% visitan al odontólogo una vez al año, el 30.99 % visitan al odontólogo dos veces al año, el 15.2% visitan al odontólogo y el 3.5% visitan al odontólogo más de dos veces al año.

GRÁFICA No.17

Frecuencia de consumo de alimentos cariogénicos al día en los Centros Educativos Primarios “Abdón Calderón” y la Unidad Educativa Fiscomisional “Corazón de María”.



FUENTE: Unidad Educativa Fiscomisional “Corazón de María” y “Abdón Calderón”
AUTOR: María Eliza Piedra Apolo

DESCRIPCIÓN

De los alumnos inspeccionados el 30.4% consume alimentos cariogénicos dos veces al día, el 22.8% consume tres veces al día, el 22.8% consume una vez al día, el 8.77% consume más de tres al día y el 15.2% nunca consume alimentos cariogénicos.

6. DISCUSIÓN

- Según la Organización Mundial de la Salud en el 2009 la prevalencia de caries dental en escolares de 6 a 15 años de edad se estimó en 75,6%. Siendo la enfermedad bucal de mayor prevalencia. (OMS 2009); el presente estudio confirma a la caries dental como la primera patología de mayor prevalencia con el 77.97% de los niños examinados en el rango de edad de 5-13 años, a pesar de tener un índice bueno de IHOS que representa el 84.21%, lo cual concuerda en un estudio con datos similares denominado prevalencia de enfermedades odontológicas registradas en el Servicio de Odontología, Il Zona Naval, San Cristóbal, Galápagos (2011), en el cual la caries dental es la primera patología presente en el 65% de los casos registrados mientras que el 10% corresponde al cálculo y placa bacteriana. (Gazeta Dental 2011); Haciendo un análisis hasta ahora de los resultados obtenidos se puede indicar que no existe una relación directa entre la caries dental (77.97%) y la presencia de un índice bueno del IHOS (84.21%). A pesar de que la caries está vinculada con la presencia de placa dental, depende de factores variantes que la hacen desarrollarse de manera distinta según cada individuo; el tipo de microflora que el huésped presente en la cavidad bucal, su estado de salud y el tipo de dieta que éste consume.

- El papel de la dieta como factor clave en la etiología de la caries dental se encuentra bien establecido; los alimentos cariogénicos afectan la integridad de la estructura dental, al producir alteraciones en la cantidad, pH y composición de la saliva. Estudios demuestran que una dieta rica en sacarosa aumenta la caries dental. En este estudio el consumo de una dieta cariogénica es de dos veces al día y corresponde 30.4%, el cual puede influir para que la población adquiera caries dental la cual está representada por el 77.97% el cual discrepa del estudio denominado Intervención educativo-curativa para la prevención de caries dental en niños de 5a 12 años, en Camagüey, España (2010), el cual el consumo de una dieta criogénica representa el 86% y la caries dental en el rango de edad de 5 a 8 años es el 58%.

- La clasificación de maloclusiones propuesta por Angle en (1990), sigue siendo la más utilizada a nivel mundial, para la dentición permanente ya que presenta

poca dificultad y ha sido el parámetro para múltiples estudios epidemiológicos. Un dato importante que revela este estudio es el alto porcentaje de maloclusión clase I sin apiñamiento el 78,31%, seguida de la clase I con apiñamiento el 9.62% lo cual discrepa con un estudio llamado Prevalencia de maloclusiones en niños escolares del departamento de Tumbes (2009), en el cual la maloclusión clase I se presentó con un 56.1%; en otro estudio similar nombrado Prevalencia de Maloclusiones dentales en un grupo de pacientes pediátricos, la maloclusión clase I se presenta con un 64.30%. (Hernandez A. 2010).

En esta investigación el 98.21% no presentan fluorosis y el 1.78% presentan fluorosis leve el cual discrepa con el estudio epidemiológico de la salud bucal en escolares fiscales menores de 15 años del Ecuador en el periodo 1995 – 1996 informa que “la prevalencia de fluorosis dental en el grupo de escolares fue de 94% (desde el nivel cuestionable hasta severo,) en la que el grado moderado tuvo el porcentaje más alto 26,7%. (*Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Organización Panamericana de la Salud y Proyecto de Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud en el Ecuador. 1995 – 1996*).

7. CONCLUSIONES

En el presente trabajo investigativo se concluye que:

- Los factores de riesgo encontrados en los 171 niños de la población examinada fueron la frecuencia de cepillado con el 49.12% que corresponde a tres veces al día, elementos que se utiliza en el aseo bucal con el 92.98% correspondiente a pasta y cepillo dental, la técnica de cepillado con el 52.04% que corresponde a una técnica incorrecta, frecuencia de visita al odontólogo que corresponde al 50.29% y la frecuencia del consumo de alimentos cariogénicos con el 30.4% que corresponde aquellos que consumen dos veces al día.
- Se determinó que en los centros educativos primarios “Abdón Calderón” y la Unidad Educativa Fiscomisional “Corazón de María” de la parroquia El Cisne del Cantón Loja existe un porcentaje alto de caries que corresponde al 77.97%, el porcentaje mayor según el índice del (ceo) en el rango de edad 5 a 7 años representa el 50.29% el cual es alto, mientras que el porcentaje mayor según el índice del (CPOD) en el rango de edad de 8 a 10 años representa el 30.99% el cual es bajo. A pesar de tener un índice bueno del IHOS que representa el 84.21%.
- Se comprobó también en la población un porcentaje alto de maloclusión clase I sin apiñamiento correspondiente al 78.31% y la clase I con apiñamiento el 9.62%.
- Se evidenció que el 98.21% de la muestra examinada no tuvo fluorosis
- De los alumnos inspeccionados según el rango de edad de 8-10 años son los que mayor porcentaje tienen en cuanto a caries con el 52.45%, el menor porcentaje de caries dental se encuentra en el rango de 11 a 13 años con el 7.82%. El mayor porcentaje de inflamación gingival se encuentra en el rango de 8 a 10 años con el 1.69%, y aquellos que no

presentan inflamación gingival está en el rango de 8 a 10 años con el 50.80%.

8. RECOMENDACIONES

En la presente investigación se recomienda:

- Según todos resultados obtenidos se concluye que conforme va aumentando la edad de los pacientes mayor es el número de patologías odontológicas que presentan lo que habla de un déficit en salud odontológica preventiva y por lo tanto es necesario realizar un mayor trabajo en escuelas, colegios y familia para incentivar la importancia de tener un correcto cuidado bucal.
- Realizar programas de odontología preventiva, a través de la carrera de odontología de la Universidad Nacional de Loja como son educación para la salud, el cepillado dental asistido y las aplicaciones tópicas de flúor, aunque en esta última es necesario tener un control adecuado y estricto para no causar daños adversos a los niños.
- El Ministerio de Salud Pública debe incluir medidas curativas de los dientes primarios afectados reduciendo los focos de infección previos para que estos individuos presenten mejores condiciones cuando erupciones sus dientes permanentes.
- Además esta investigación puede servir como base para la Carrera de Odontología, el Ministerio de Salud Pública para que tome estos datos como referencia para ayudar a esta población a una salud preventiva y curativa.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. J. Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wysocki. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea, Segunda Edición 2005. pag. 3-21.
2. Sapp, P; Eversole. L Wysocki. G. (2005) Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. Editorial Elsevier España. Segunda edición. pág. 3-21.
3. Bordoni. B; Escobar. R; Castillo M y otros.(2010) Odontología pediátrica. Las Salud Bucal de niño y del adolescente en el mundo. Editorial Médica Panamericana. Primera edición. Pág. 557.
4. Cárdenas.D.(2003) Fundamentos de odontología. Odontología Pediátrica. Corporación para investigaciones biológicas. Tercera edición. Pág. 176.
5. Harris. N; García. F. (2005). Odontología preventiva primaria. Segunda Edición Editorial Manual moderno México. Pág. 141-146.
6. Boj. J, Catalá.M. (2004). Odontopediatría. Editorial Masson S.A. primera edición 2004 capítulo 32,. Paginas367-369.
7. Lindhe,J. (2009) Periodontología clínica e implantología. Quinta edición, Tomo I editorial médica panamericana pág410.
8. Vajdi,G. (2011) Manual Ilustrado de Cirugía Oral y Maxilofacial. Panamá: Jaypee-Highlights Medical Publisher.
9. J. R. Boj; M. Catala; C. García – Balletas; A. Mendoza; Odontopediatría. Editorial Masson. S. A. España 2004.
10. Hernández, M. (2007). Epidemiología Diseños y Análisis de estudio. México: Editorial Medica Panamericana

11. Julio Barrancos Mooney; (2006). Operatoria Dental. Buenos Aires. 4 Edición. Editorial Panamericana. P 377 - 378.
12. Emili Cuenca y Pilar Baca; (2005). Odontología Preventiva y Comunitaria. 3Edición. Editorial. Masson.
13. Bertha Higashida; (2000). Odontología preventiva. Editorial. Mac Graw-Hill Interamericana. p. 211- 212.
14. Juan Manuel Cobos y Juan José García; (2005). Manuel Técnico Superior en Higiene Bucodental. Editorial. Mad. S. L. p. 128 – 129.
15. Hernández, M. (2007). Epidemiología Diseños y Análisis de estudio. México: Editorial Medica Panamericana.
16. Gómez, F.; Campos A. (2009). Histología, Embriología e Ingeniería Tisular Bucodental. México: Editorial Panamericana. Tercera Edición.
17. Obediente, E. (2007). Fonética y Fonología. Venezuela: Consejo de Publicaciones.
18. Oñate, L. (2008). Biología I. Venezuela: Cengage Learning.
19. Cardenas, D. (2003). Odontología Pediátrica. Colombia: Corporación para Investigadores Biológicos, Tercera Edición.
20. Vélez, L. (2004). Ética Médica. Interrogantes acerca de la medicina, la vida y la muerte. Colombia: Corporación para Investigación Biológicos. Tercera Edición.
21. Susan King Strasinger. Análisis de la Orina y de los Líquidos corporales. Editorial panamericana quinta edición 2010.
22. C. Rodríguez. F.J. Navas. Lecciones de Embriología. Editorial Universidad de Oviedo (2008).

23. B. Y S. Castro Del Pozo. Manual de Patología General. Editorial Masson. Sexta Edición. Barcelona España. Publicación 2006.
24. Luis Arturo De León Saldaña. Odontopediatria. Universidad de San Carlos de Guatemala (2009).
25. Robert A. Novelline. (2003). Fundamentos de radiología. Editorial Masson. 1º Edición.
26. María José Aguilar (2001). La Participación Comunitaria en Salud ¿Mito o Realidad?. Editorial. Díaz de Santos. P. 12.
27. Carranza / Sznajder (1996). Compendio de Periodoncia. Editorial. Medica Panamericana. 5º Edición. Capítulo 4. P. 31.
28. (V. Smith; E. Ferres, M. Montesinos, Castro. Girona. (2002). Manual de Embriología y Anatomía General. 2º Edición. P. 236.
29. Artículo: J. Peyrí. (1998). Patología Ungueal Protocolos diagnósticos y terapéuticos en dermatología pediátrica; Disponible en: http://hispasante.hispagenda.com/documentacion/guias/medicina/dermatologia/pdtdp/22_Patologia_ungueal.pdf.
30. Diccionario de la Lengua Española, 2005 Espasa – Calpe disponible en: <http://www.wordreference.com/definicion/diagn%C3%B3stico>.
31. Dental Dent. 2013. Que es un diastema. Disponible en: <http://www.deltadent.es/blog/2010/04/23/que-es-el-diastema-dental-clinica-dental-en-madrid-deltadent/>.
32. Fundación nacional para las Displasias ectodérmicas. Guía familiar para las displasias ectodérmicas. 1998. Disponible en: <http://www.displasiaectodermica.org/pdfs/gfnfed.pdf>.
33. Organización Mundial de la Salud. 2013. Enfermedades crónicas. Disponible en: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/.

34. Diccionario de la Lengua Española, 2005 Espasa – Calpe disponible en:
<http://www.wordreference.com/definicion/enfermedad.>
35. The free dictionary, 2013. Esclerótica. Disponible en:
<http://es.thefreedictionary.com/escler%C3%B3tica.>
36. Diccionario de la Lengua Española, 2005 Espasa – Calpe, disponible en:
<http://www.wordreference.com/definicion/escolaridad.>
37. Definición De. 2008 – 2013 copyright. Disponible en:
[http://definicion.de/inmunidad/.](http://definicion.de/inmunidad/)
38. The free dictionary, 2013. Estanciero. Disponible en:
<http://es.thefreedictionary.com/estanciero.>
39. Constanza Mercedes. Feb (2001). Esmalte. (86 diapositivas preparadas por Constanza Mercedes). Disponible en:
<http://www.slideshare.net/constanzamercedes/esmalte-cons.>
40. Instituto Nacional de Estadística.- (Madrid, 2013). Disponible en :
[www.ine.es/indicadores/demograficos/.](http://www.ine.es/indicadores/demograficos/)
41. Peter Parham. Inmunología. Editorial medica Panamericana Amazon.com. (2005) Disponible en:
http://books.google.com.ec/books?id=IX3Sqib_1ooC&pg=PA437&dq=inmunosupresor&hl=es419&sa=X&ei=dOpvUomYHtjd4APb_oD4Dg&ved=0CEwQ6AEwBzgK#v=onepage&q=inmunosupr.
42. Diccionario Babylon (2013). Disponible en:
[http://diccionario.babylon.com/isquemia/.](http://diccionario.babylon.com/isquemia/)
43. Grupo peralvillo (2013).
Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/21514181/Modelo-de-atencion-integral-de-salud-MAIS.>

44. Onsalus.Diccionario (2013) Médico. Disponible en:
<http://www.onsalus.com/diccionario/anticonvulsivante/1499>
45. Scientific Committees (2010). Diccionario Médico. Disponible en:
<http://ec.europa.eu/health/opinions/es/biocidas-resistencia-antibioticos/glosario/abc/biofilm.htm>
46. Enciclopedia libre Universal en Español 2011. Calidad de vida. Disponible en: http://enciclopedia.us.es/index.php/Calidad_de_vida
47. Montesinos Daniela. Resumen capítulo 1 libro “Dental Caries”/Portafolio No.3 CICB2011.05/12/2011. Disponible en:
<https://sites.google.com/site/portafolio3cicb2011/3-resumen-capitulo-1-libro-dental-caries>
48. Guzmán F. y Arias A. La historia Clínica: elemento fundamental del acto médico. Artículo especial. Colombia 2012. Disponible en:
<http://www.ascolcirugia.org/revista/revistaeneromarzo2012/6-%20Historia%20clinica.pdf>
49. Hidalgo E. La caries dental. Algunos de los factores relacionados con su formación en niños. Revista Cubana de Estomatología. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072008000100004&script=sci_arttext
50. Revista ADM. Asociación dental Mexicana. Piezas con fluorosis dental (1997). Volumen IV. Pág.220 Disponible en:
<http://books.google.es/books?id=WzaaAAAAIAAJ&pg=PA186&dq=Revista+ADM.+Asociaci%C3%B3n+dental+Mexicana.+Volumen+IV,+Agosto&hl=en&sa=X&ei=MWFsUoC6H9TJkAe60IHQAQ&ved=0CDUQ6AEwAQ#v=onepage&q=Revista%20ADM.%20Asociaci%C3%B3n%20dental%20Mexicana.%20Volumen%20IV%2C%20Agosto&f=false>

51. Azpeitia.L; Valadez. M. (2009) Factores de riesgo para fluorosis dental en escolares de 6 a 15 años de edad. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2009/im093f.pdf>
52. Flavio Vellini, Ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica. (2009). (en línea).Sao Paulo.Artes Medicas. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art23.asp>
53. Rosa Maria Massón, Desarrollo de los dientes y la Oclusión. (en línea).Disponible en: <http://articulos.sld.cu/ortodoncia/files/2009/12/desd-y-o-maestri.pdf>.
54. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. (2004-2005). Caracas Venezuela Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art17.asp>.
55. González, G. y Marrero L. (2012). Mordida Cruzada Anterior. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría, disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art19.asp>.
56. Aparecido, O. (2011). Mordida cruzada posterior. Corrección y consideraciones. Caso clínico con 7 años de seguimiento. Acta Odontológica Venezolana, 49 (13). Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2011/1/art12.asp>.
57. González, M., Gianfranco, G., Herrera, D., Quirós, O. (2012). Maloclusiones asociadas a: Hábito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría, disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art29.asp>.
58. Lugo, C., Toyo, I. (2011). Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las Maloclusiones. Revista Latinoamericana de

Ortodoncia y Odontopediatría, disponible en:
<http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art5.asp>.

59. Agurto, P. Díaz, R. Cádiz, O. Bobenrieth, F. (1999). Frecuencia de Malos Hábitos Orales y su Asociación con el Desarrollo de Anomalías Dentomaxilares en Niños de 3 a 6 Años del Área Oriente de Santiago. Revista Chilena de Pediatría, Disponible en:
http://www.scielo.cl/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0370-41061999000600004&LNG=EN&NRM=ISO&TLNG=EN
60. Juan Pablo Villa Barragán; Diagnóstico de Servicio de Salud. (24 diapositivas preparadas por Juan Pablo Villa). 2012 Abril 15. Obtenible en:
http://www.pediatria.gob.mx/diplo_diagsit.pdf.
61. Numan Maldonado. Plan Participativo de Fortalecimiento de la Democracia y Desarrollo del Cantón Loja. 2005 Marzo. Disponible en:
www.loja.gob.ec/files/docman/diagnostico.pdf.
62. Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de Loja. Detalles de la parroquias rurales y urbanas del Cantón Loja. 2013. Disponible en:
<http://www.loja.gob.ec>.
63. Mercedes Torres. Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial del Cantón Loja. 2011. Disponible en:
www.loja.gob.ec/files/docman/indice.pdf.
64. Jhon Ortega; Santiago Silva y Silvana Boroja. Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial. 2011 Disponible en:
<http://www.vilcabamba.gob.ec/index.php/pdot>.
65. Gazeta Dental (2011). Prevalencia de enfermedades odontológicas registradas en el Servicio de Odontología, II Zona Naval, San Cristóbal, Galápagos. Revista Gazeta Dental. Disponible en:
<http://www.gacetadental.com/2011/09/estudio-de-la-prevalencia-de-enfermedades-odontologicas-registradas-en-el-servicio-de-odontologia-ii-zona-naval-san-cristbal-galpagos/>

- 66.** Organización Mundial de la Salud (2009). Determinantes y desigualdades en salud Ecuador. Disponible en: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?id=40&option=com_content
- 67.** Salazar N. (2009). Prevalencia de maloclusiones en niños escolares del departamento de Tumbes. Memoria para optar el título de Cirujano Dentista Lima-Perú 2003. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2765/1/salazar_fn.pdf
- 68.** Medina C. (2009). nombrado Prevalencia de Maloclusiones dentales en un grupo de pacientes pediátricos. Revista Odontológica Venezolana. Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2010/1/art9.asp>
- 69.** Hernandez A. (2010). Intervención educativo-curativa para la prevención de caries dental en niños de 5a 12 años. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2111/211116132005.pdf>

ANEXO No.1

Escuelas



Fuente: Unidad Educativa Fiscomisional "Corazón de María"



Fuente: Centro Educativo Primario "Abdón Calderón"

ANEXO No.2

LLENADO DE ENCUESTA E HISTORIA CLÍNICA



FUENTE: Centro Educativo Primario "Abdón Calderón"



FUENTE: Unidad Educativa Fiscomisional "Corazón de María"

ANEXO No.3

CASOS ENCONTRADO FUSIÓN



FUENTE: Unidad Educativa Fiscomisional "Corazón de María" y "Abdón Calderón"



FUENTE: Unidad Educativa Fiscomisional "Corazón de María" y "Abdón Calderón"

CASOS ENCONTRADOS
INFLAMACIÓN GINGIVAL- PLACA BACTERIANA



FUENTE: Unidad Educativa Fiscomisional "Corazón de María" y "Abdón Calderón"

MORIDA CRUZADA POSTERIOR



FUENTE: Unidad Educativa Fiscomisional "Corazón de María" y "Abdón Calderón"

CARIES DENTAL



FUENTE: Unidad Educativa Fiscomisional "Corazón de María" y "Abdón Calderón"

ANEXO No.4

ENSEÑANZA DE LATÉCNICA DE CEPILLADO



FUENTE: Unidad Educativa Fiscomisional "Corazón de María" y Abdón Calderón



FUENTE: Unidad Educativa Fiscomisional "Corazón de María" y Abdón Calderón

ANEXO No.5

ENTREGA DE PASTAS Y CEPILLOS



FUENTE: Unidad Educativa Fiscomisional "Corazón de María" y "Abdón Calderón"



FUENTE: Unidad Educativa Fiscomisional "Corazón de María" y "Abdón Calderó"

ANEXO No.6

ENCUESTA



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

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

1. INFORMACIÓN BÁSICA

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

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

2. INFORMACIÓN SOBRE HIGIENE ORAL

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

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

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

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

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

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

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

Validación de _____ Especialista Tannya Valarezo
COORDINADOR DE LA CARRERA DE ODONTOLÓGIA



ANEXO No.7

HISTORIA CLÍNICA

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

DATOS GENERALES:

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

PATOLOGÍAS

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

OTRAS PATOLOGÍAS DENTALES

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

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

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

3. **MALOCLUSIÓN**

Dentición temporal

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

Dentición permanente

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

4. **FLUOROSIS DENTAL**

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

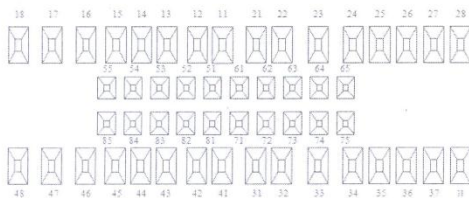
ALTERADA ()

5. **HÁBITOS**

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

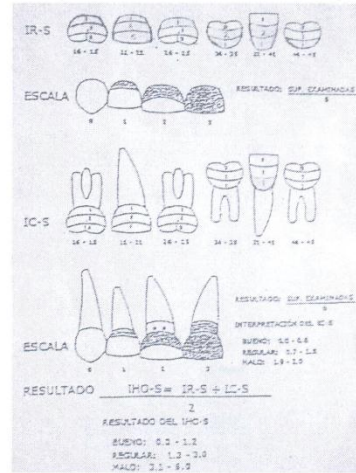
6. **PATOLOGÍAS**

ODONTOGRAMA



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

ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO IHO-S



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



ANEXO No.8

CAPITULO I

1 SALUD ORAL

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.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).

1.3. PATOLOGÍAS

1.3.1 LESIONES DE LOS TEJIDOS DUROS

1.3.1.1 Caries dental

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

1.3.1.2 FACTORES DE RIESGO DE LA CARIES DENTAL

Dentro de los factores encontramos: 1.) Alto grado de infección por *Streptococos 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

1.3.2.1 Taurodontismo

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

1.3.2.2 Diente Invaginado.

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

1.3.2.3 Cúspides supernumerarias

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

1.3.2.4 Diente evaginado

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

1.3.2.5 Cúspide en garra

La cúspide en garra o cúspide supernumeraria, esta localiza típicamente sobre la cara lingual de los incisivos centrales del maxilar superior a nivel de su 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. WY SOCKI 2005).

1.3.3.2.6 Geminación

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

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).

1.3.2.8 Fluorosis dental

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

1.3.2.9 Grados clínicos de la fluorosis dental

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

1.3.2.10 Factores de riesgo de fluorosis

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

cantidad de fluoruro de dicho líquido en 66 % (AZPEITIA.L; VALADEZ. M 2009).

1.4 LESIONES DE LOS TEJIDOS BLANDOS

1.4.1 ENFERMEDADES GINGIVALES

1.4.1.1 Enfermedad Gingival Inducida Únicamente por placa

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

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

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

1.4.1.3 Enfermedad gingival inducida por fármacos

El agrandamiento gingival que provoca desfiguración estética es un efecto adverso importante asociado con diversos fármacos: anticonvulsivos(p.j. fenitoína, valproato, etc), inmunosupresores (p.j. ciclosporina, etc), bloqueadores de los canales de calcio (p.j. 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)

1.5 MALOCLUSION

1.5.1 DENTICIÓN TEMPORAL

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

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

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

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

1.5.2 DENTICIÓN PERMANENTE

Clase I

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

Clase II

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

Clase II División I

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

Clase II División II

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

Clase III

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

1.5.3 TIPO DE DENTICIONES

1.5.3.1 Dentición temporal

La dentición temporal comienza su calcificación al cuarto y sexto mes de vida intrauterina, terminando este proceso al momento del nacimiento, la erupción de esta dentición se realiza en periodos y grupos distintos de tal manera que el primer grupo está formado por los centrales y laterales inferiores los cuales erupcionan a los 5 a 6 meses; mientras que el incisivo central superior erupciona a los 7 a 8 meses, el incisivo lateral superior a los 8 a 9 meses, una vez erupcionados los cuatro dientes anteriores se produce un proceso de adelantamiento posicional ya que estos erupcionan de forma vertical permitiendo así agrandar el arco ganando de esta manera espacio para el alineamiento, el segundo grupo está formado por el primer molar superior que erupciona a los 14 meses, el canino superior que erupciona a los 18 meses, el segundo molar superior erupciona a los 24 meses, el primer molar inferior a los 12 meses, el canino inferior a los 16 meses y el segundo molar inferior a los 20 meses, de esta manera la aproximadamente a los dos años y medio ya debería estar completa la dentición primaria. (ROSA MARIAMASSÓN-2004).

1.5.3.2 Dentición mixta

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

1.5.3.3 Dentición permanente

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

1.5.4 PÉRDIDA PREMATURA DE DENTICIÓN DECIDUA

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

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

1.5.5 CAUSAS DE LA PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES

Dentro de las causas tenemos: 1.) Enfermedades tales como: caries dental, resorciones radicales atípicas; 2.) Malos hábitos orales entre los cuales se encuentran: sacar la lengua, chupeteo del dedo gordo, mordida del labio inferior, que producen movilidad dentaria y rizálisis temprana de sus raíces y por lo tanto su pérdida antes de la fecha esperada; 3.) Macroglosia y Micrognatia; 4.) Alteraciones congénitas, en los cuales el diente se presenta con poca o nada de raíz lo que favorece sus pérdidas; 5.) 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).

1.5.6 TIPOS DE MORDIDAS

1.5.6.1 Mordida abierta

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

1.5.6.2 Mordida Profunda

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

1.5.6.3 Mordida cruzada anterior

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

1.5.6.4 Mordida cruzada posterior

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

1.5.6.5 Bis a bis

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

1.6 HÁBITOS

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

1.6.1 Succión digital

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

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)

1.6.2 Respiración bucal

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

En la respiración bucal los labios quedan entreabiertos y la lengua baja, perdiendo con ello su capacidad morfo-funcional, que permitiría un desarrollo transversal correcto del maxilar superior, produciendo mordidas cruzadas

posteriores unilaterales o bilaterales. (BOJ JUAN, CATALÁ MONTSERRAT Y COL, 2011)

1.6.3 Deglución atípica

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

Consecuencias de la deglución atípica:

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

1.6.4 Interposición lingual

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

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

ANEXO No.9

CAPITULO II

2. RIESGO

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

2.1 FACTORES DE RIESGO

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

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

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

2.2.1 FACTORES DE RIESGO LOCALES

Los factores locales son:

2.2.1.1 Hábito de higiene bucal

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

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

2.2.1.2 Cepillado:

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

2.2.1.3 Técnica de cepillado:

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

2.2.1.4 Frecuencia y duración del cepillado:

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

2.2.2 FACTORES DE RIESGO GENERALES

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

ANEXO No. 10

GLOSARIO

1. **ANTICONVULSIONANTES.**- Relativo a una sustancia o procedimiento que previene o reduce la intensidad de las convulsiones epilépticas o de otros fenómenos convulsivos. (ONSALUS 2013)
2. **AMELOBLASTOS.**-Célula epitelial a partir de la cual se forma el esmalte de los dientes (ONSALUS 2013)
3. **AUTOSÓMICO.**-Relativo a toda circunstancia que se transmite a través de un autosoma. (ONSALUS 2013)
4. **BIOFILM.** Un biofilm es una estructura colectiva de microorganismos que se adhiere a superficies vivas o inertes y está revestida por una capa protectora segregada por los propios microorganismos. Las bacterias que viven como un biofilm son capaces de resistir a los biocidas y a los antibióticos de un modo más eficaz que aquellas que viven como organismos libres, y soportan dosis considerablemente mayores de productos antimicrobianos. (SCIENTIFIC COMMITTEES 2010)
5. **CALIDAD DE VIDA.**- La calidad de vida es el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. Es un concepto subjetivo, propio de cada individuo, que está muy influido por el entorno en el que vive como la sociedad, la cultura, las escalas de valores (ENCICLOPEDIA LIBRE UNIVERSAL EN ESPAÑOL 2011)
6. **CONGÉNITA.**-Lo hereditario es lo transmitido por las células sexuales y lo congénito es lo que está presente en el momento del nacimiento. Existen anomalías heredadas por transmisión genética y anomalías congénitas que se manifiestan en el momento del nacimiento. No todas las anomalías congénitas son de transmisión genética, y no todas las alteraciones

heredadas se manifiestan en el momento del nacimiento. Las lesiones que padece el feto por una rubeola materna son alteraciones congénitas no hereditarias. La corea de Huntington es una afección hereditaria que no se presenta hasta mucho después del nacimiento. Entre las alteraciones congénitas las hay de origen ambiental como la rubéola, de origen genético como las mutaciones genéticas y las alteraciones cromosómicas, y de origen mixto, en las que pueden jugar un papel ambos factores (MONEDERO C 1982)

7. **Cuantitativo.**- tipo de estudio que utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente y confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento de una población. (MAURICIO HERNÁNDEZ 2007)
8. **Diagnóstico.**- Identificación de la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus signos y síntomas característicos. (DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA, 2005)
9. **Diastema.**- Espacio que se da entre los dientes, por lo general en los dos incisivos superiores. (DENTAL DENT, 2013)
10. **Displasia ectodérmica.**- Es una alteración en la cual existen anomalías de dos o más estructuras ectodérmicas y que es causada por factores genéticos. (FUNDACIÓN NACIONAL PARA LAS DISPLASIAS ECTODÉRMICAS. 1998)
11. **Enfermedad.**- Alteración de la salud. (DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA, 2005)
12. **Enfermedad crónica.**- Enfermedad de larga duración y por lo general de progresión lenta. (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 2013)
13. **Esclerótica.**- Membrana blanca, gruesa, resistente y opaca que constituye la capa exterior del globo del ojo. (THE FREE DICTIONARY, 2013)

14. **Escolaridad.**- Conjunto de las enseñanzas y cursos que se imparten a los estudiantes en los establecimientos docentes. (DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA, 2005)
15. **Estado inmunitario.**-Es el conjunto de estructuras y procesos biológicos de un organismo que supone una protección contra las enfermedades, ya que logra identificar y eliminar las células patógenas.
16. **Estanciero.**- Persona que posee un establecimiento rural. (THE FREE DICTIONARY, 2013)
17. **Estudio Epidemiológico:** Es el estudio de la distribución, frecuencia, determinantes, predicciones y control de los factores relacionados con la salud y la enfermedad de las poblaciones humana. Y la aplicación de los resultados en beneficio de ellas. (MAURICIO HERNÁNDEZ 2007)
18. **Fluido crevicular:** Se trata de un líquido formado por plasma extravasado y componentes fluidos de naturaleza extracelular. El fluido crevicular fluye normalmente en el surco y ejerce un efecto de limpieza y protección a dicho nivel. (GÓMEZ F, CAMPOS A. 2009)
19. **Fonoarticulación:** Es la emisión de sonidos del lenguaje por un conjunto de mecanismos fisiológicos y neurofisiológicos. (OBEDIENTE ENRIQUE 2007)
20. **Grupo de Riesgo:** son los grupos que tienen una mayor probabilidad de adquirir una enfermedad o de morir como consecuencia de ella. (MAURICIO HERNÁNDEZ 2007)
21. **Hipertonico:** es el sitio que contiene mayor concentración de soluto. (OÑATE L. 2008)
22. **Hipotónico:** es el sitio que contiene menor concentración de soluto. (OÑATE L. 2008)

23. **Hipomineralización:** se da cuando el flúor interactúa con los tejidos durante la mineralización, dando un incremento de la porosidad, apariencia opaca de la subsuperficie del esmalte. (CARDENAS DARÍO 2003)
24. **latrogénia:** es la acción adversa o perjudicial que resulta directa o indirectamente de la actividad, tanto terapéutica como diagnóstica del equipo de salud. (VELEZ LUIS 2004).
25. **Índice demográfico:** Los índices demográficos se suelen referir a las cohortes, el conjunto de personas nacidas en un período determinado. Una forma muy habitual de representar gráficamente el tamaño de diferentes cohortes en un momento determinado es la pirámide de población. El análisis longitudinal de cohortes y las comparaciones entre cohortes son también muy ilustrativas de la dinámica de población. (INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA.- MADRID, 2013)
26. **Índice CPO-D:** El Índice CPO-D considera toda la historia de la patología en el individuo, ya que en su registro se incluyen datos sobre: las piezas dentarias con lesión activa y clínicamente evidente (cariadas), las piezas dentarias extraídas - perdidas por caries dental y aquellas que están indicadas para una extracción (perdidas), las piezas que ya recibieron tratamiento para la caries dental (obturadas) (Klein, Palmer y Knutson). (LUIS ARTURO DE LEÓN SALDAÑA 2009).
27. **INMUNOSUPRESOR:** Consiste en productos microbianos que inhiben las vías de señalización de la activación de las células T. (PETER PARHAM 2005)
28. **ISQUÉMICO.** Proceso por el que se interrumpe la circulación sanguínea en algún sector o sectores de la red de vasos arteriales del organismo. La interrupción puede afectar a vasos de las extremidades, tubo digestivo, corazón, cerebro, dando lugar a síntomas variados según cada caso, pero

que tienen en común cambios cualitativos y alteraciones en el funcionalismo del sector afectado (DICCIONARIO BABYLON 2013)

29. **MAIS.** Modelo de atención integral de la Salud. Es la forma y los contenidos de la atención en salud que una sociedad la utiliza para la entrega de la atención incluyendo valores, políticas, el uso, la interacción respuesta a las necesidades, expectativas y demandas de salud de las personas. (GRUPO PERALVILLO 2013)
30. **MESODERMO.** Es la hoja embrionaria media, que se diferencia para constituir, el crecimiento fijación y movilidad visceral, y contribuye a la formación de órganos como el bazo, corteza suprarrenal, gónada, corazón y genitales. (C. RODRIGUEZ. F.J. NAVAS. 2008)
31. **OPALEScente:** Turbio- lechoso, nebuloso. (SUSAN KING STRASINGER 2010)
32. **OSTEOGENESIS IMPERFECTA:** La osteogénesis u osteogenia imperfecta (OI) es una enfermedad congénita, lo que quiere decir que está presente al nacer. Con frecuencia es causada por un defecto en un gen que produce el colágeno tipo 1, un pilar fundamental del hueso. Existen muchos defectos diferentes que pueden afectar este gen y la gravedad de esta enfermedad depende del defecto específico de dicho gen. La osteogénesis imperfecta es una enfermedad autosómica dominante, lo que quiere decir que usted la padecerá si tiene una copia del gen. La mayoría de los casos de OI se heredan de uno de los padres, aunque algunos casos son el resultado de nuevas mutaciones genéticas. (MEDLINE PLUS 2011)
33. **PARROQUIA.** Territorio que está bajo la jurisdicción de una determinada iglesia. División política territorial de menor rango (tercer nivel). (WORDKEREfERENCE.COM 2013)

34. **PATOLOGIA.** Es la ciencia que se encarga del estudio de las enfermedades. Se ocupa de la causa de la enfermedad de la forma como se interpreta la causalidad en la ciencia, es decir relación causa efecto. (B. Y S. CASTRO DEL POZO 2006)
35. **PLACA BACTERIANA:** Es una película incolora, que se adhiere al diente, restauraciones, implantes, esta compuestas por diversas bacterias y células descamadas, leucocitos y macrófagos, dentro de una matriz de proteínas y polisacáridos (CARRANZA. 1996).
36. **PRIMORDIO DENTAL:** Llamado también yema dentaria es aquella que ayuda a la formación de la encía, dejando una muesca en el mesodermo la cual se transformara en la cresta alveolar o lugar de la implantación de las apófisis alveolares (V. SMITH; E. FERRES, M. MONTESINOS).
37. **Prismas del Esmalte:** Son estructuras longitudinales que se dirigen desde la conexión amelodentinaria hasta la superficie del esmalte, su diámetro es menor en su punto de origen aumentando gradualmente hasta llegar a la superficie.
38. **Radiodensidad:**se refiere a la apariencia blanca opaca de materiales relativamente densos o sustancias en los estudios de imágenes radiográficas, en comparación con la aparición relativamente más oscura de materiales menos densos.
39. **Rural:** proviene del latín rurālis, que tiene por objetivo hacer referencia a lo perteneciente o relativo a la vida del campo .
40. **Salud:** Es la ausencia de enfermedad e invalidez, con buen estado de salud tanto físico mental y social.

41. **Prognatismo:** Es el crecimiento excesivo y desproporcionado del maxilar inferior debido a traumas o a un atavismo, origina la enfermedad conocida como PROGNATISMO, que se traduce en un severo problema que afecta al paciente en lo físico, en lo estético y en lo psicológico. Produce una masticación anormal de los alimentos, que influye en una nutrición inadecuada de estas personas, que son por lo común introvertidas, con complejos de inferioridad, inadaptados sociales y que presentan generalmente problemas con el habla.
42. **Silvicultura:** es la ciencia destinada a la formación y cultivo de bosques, las cosechas se obtienen después de esperar decenas de años, dependiendo de la especie que se trate. (REVISTA ALM 2004).
43. **Síndrome de Klinefelter:** anomalía cromosómica que afecta solamente a los hombres y ocasiona hipogonadismo, principalmente se considera benigna pero con una condición premaligna con una separación incorrecta de los cromosomas homólogos. (SATISH K.2004).
44. **Síndrome de Down:** Es un trastorno genético en el cual una persona tiene 47 cromosomas en lugar de los 46 usuales, ocurre cuando hay una copia extra del cromosoma 21. Esta forma de síndrome de Down se denomina trisomía 21. El cromosoma extra causa problemas con la forma como se desarrolla el cuerpo y el cerebro. (REVISTA MEDLINE PLUS.2012).
45. **Toxinas:** Son sustancias venenosas o tóxicas para los seres humanos La mayoría de las toxinas que causan problemas en humanos son secretadas por microorganismos como bacterias. (REVISTA MEDLINE PLUS 2012).
46. **Transversal:** Son estudios de grupo de variables que se relacionan entre sí en un momento dado. (HERNÁNDEZ R.2010)

47. **Ungueal:** es una estructura queratinizante anexa de la piel localizada en las regiones distales de los miembros. (J. Peyrí. 1998)

48. **VARIABLE:** factor o característica que puede variar en un determinado grupo de individuos o hechos, especialmente cuando se analizan para una investigación o un experimento. . (DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA, 2001)

49. **URBANO:** es el adjetivo para designar a lo perteneciente o relativo a la ciudad, perteneciente a un lugar. (DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA, 2001)

ANEXO No. 11

ÍNDICE DE GRÁFICAS

1. GRÁFICA No.1 Caries.....	19
2. GRÁFICA No.2 Alteraciones Dentales.....	20
3. GRÁFICA No.3 Alteraciones Gingivales.....	21
4. GRÁFICA No.4 Maloclusión- Dentición temporal.....	22
5. GRÁFICA No.5 Maloclusión- Dentición permanente.....	23
6. GRÁFICA No.6 Oclusión alterada.....	24
7. GRÁFICA No7 Fluorosis.....	25
8. GRÁFICA No.8 Hábitos bucales.....	26
9. GRÁFICA No.9 Patologías bucales.....	27
10. GRÁFICA No.10 (ceo).....	28
11. GRÁFICA No. 11 (CPOD).....	29
12. GRÁFICA No.12 IHOS.....	30
13. GRÁFICA No.13 Frecuencia de cepillado.....	31
14. GRÁFICA No.14 Elementos de aseo bucal.....	32
15. GRÁFICA No.15 Técnica de cepillado.....	33
16. GRÁFICA No.16 Frecuencia de visita al odontólogo.....	34
17. GRÁFICA No.17 Frecuencia de consumo de alimentos cariogenicos..	35

12. ÍNDICE

CERTIFICACIÓN.....	II
AUTORÍA.....	III
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS.....	IV
DEDICATORIA.....	V
AGRADECIMIENTO.....	VI
1. TITULO.....	7
2. RESUMEN.....	8
2.1.ABSTRACT	9
3. INTRODUCCIÓN.....	10
DIAGNÓSTICO DE SALUD DE LA PARROQUIA EL CISNE DEL CANTÓN LOJA.....	12
4. MATERIALES Y MÉTODOS.....	17
5. RESULTADOS.....	18
6. DISCUSIÓN.....	35
7. CONCLUSIONES.....	37
8. RECOMENDACIONES.....	39
9. BIBLIOGRAFÍA.....	40
10.ANEXOS.....	48
11.ÍNDICE	78