



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

“DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS: FRAY VICENTE SOLANO, JUAN ULLAURI, PEDRO LÓPEZ MEDRANO, MATILDE PALACIO DE JARAMILLO Y DR. RICARDO SOTOMAYOR DE LA PARROQUIA RURAL DE YANGANA DEL CANTÓN LOJA AÑO, 2013.”

Tesis, previo a la Obtención
del Título de Odontólogo

1859

AUTOR:

María de los Ángeles Silva Celi

DIRECTORA:

Dra. Tannya Valarezo

Loja – Ecuador

2013

CERTIFICACIÓN

Dra.

Tannya Valarezo

**DIRECTORA DE TESIS Y COORDINADORA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA
DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

CERTIFICA:

Que el presente trabajo de Tesis, previo a la obtención de Título de ODONTÓLOGO, sobre el tema: “**DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS: FRAY VICENTE SOLANO, JUAN ULLAURI, PEDRO LÓPEZ MEDRANO, MATILDE PALACIO DE JARAMILLO Y DR. RICARDO SOTOMAYOR DE LA PARROQUIA RURAL DE YANGANA DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013**”, de autoría de la Srta. María de los Ángeles Silva Celi, ha sido orientado, dirigido y revisado bajo mi dirección; por lo tanto autorizo su presentación, sustentación y defensa de grado.

Loja, Noviembre 2013



Dra. Tannya Valarezo

DIRECTORA DE TESIS

AUTORIA

Yo, María de los Ángeles Silva Celi, declaro ser autor 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 de la Biblioteca Virtual.

Autor: María de los Ángeles Silva Celi

Firma: 

Cedula: 1104611882

Fecha: Noviembre del 2013

AUTORIZACIÓN

Yo, **María de los Ángeles Silva Celi**, declaro ser el autor de la tesis titulada: “**DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS: FRAY VICENTE SOLANO, JUAN ULLAURI, PEDRO LÓPEZ MEDRANO, MATILDE PALACIO DE JARAMILLO Y DR. RICARDO SOTOMAYOR DE LA PARROQUIA RURAL DE YANGANA DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013**”, como requisito para optar al frado de; **ODONTÓLOGO**; autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual 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: María de los Ángeles Silva Celi

Cédula: 1104611882

Dirección: Loja

Correo Electrónico: msilva258@hotmail.com

Teléfono: 0969361906

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de tesis: Dra. Tannya Valarezo

Tribunal de Grado:

PRESIDENTE: Dr. Franklin Quinche

VOCAL: Dr. José Procel

VOCAL: Dr. Ángel Iñiguez

DEDICATORIA

La culminación de este trabajo dedico de todo corazón, primeramente a Dios, por darme la oportunidad de vivir, y permitirme llegar a este momento tan importante de mi formación profesional, a ti papá, por darme tu apoyo incondicional cada día, por demostrarme con tu ejemplo , que el pan de cada día, se lo obtiene, con sacrificio y con esfuerzo, A mi mamá, porque me ha enseñado hacer una mujer firme, digna y decidida, que a pesar de todo lo que hemos pasado, ha estado a mi lado impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, a mi Hermana Maricela, a su colaboración, a su confianza que me dio a manos abiertas, agradezco de todo corazón, tú has sido como mi segunda madre que me has dado impulso para seguir, fuerzas para ser lo que soya mi Hermana Patricia, que ella ha sido un reflejo para mí, por su esfuerzo q veo cada día en ella, por su valentía de ser mejor, y no decaer por nada, gracias por impartir en mi esa fortaleza, a mi Hermano Daniel, he llegado a culminar mis estudios, yo veo en ti, mi camino , mis triunfos, mis logros, gracias por apoyarme y estar cuando yo más necesitaba, por tus consejos de ser más en la vida, que cada día debo ser mejor, tanto como persona como profesional, a mi hermana Karlita, que con su dulzura, su paciencia me supo guiar, y ser constante. A mi hermana Yossi, por su paciencia, tranquilidad y carisma, qué me ayudo a lograr a la culminación de mi proyecto.

También va dedicado a un persona muy especial, Cristhian, que fue mi pilar fundamental, mi base para poder avanzar, me enseñó que con amor se puede lograr muchas cosas más de las trazadas, que se debe ser fuerte, y enfrentar todas las adversidades, por más difícil que se encuentre, le agradezco a Dios por haber conocido personas tan buenas como tú.

María de los Angeles.

AGRADECIMIENTO

Mi profundo agradecimiento a la Dra. Tannya Valarezo, Directora de la presente tesis, por su esfuerzo y dedicación. Sus conocimientos, así como su sabia orientación, su entrega, paciencia y motivación han sido decisivos para este proyecto. Un agradecimiento muy especial a mi familia que generosamente han contribuido para la cristalización de este proyecto, A mi tía Ceci, gracias por tenderme una mano, porque por ella he avanzado, más que una tía ha sido una amiga, que la considero y la respeto.

Sobre todo a Dios que nos ha permitido contar con la salud, el tiempo y los medios necesarios para llegar a feliz término en un nuestro propósito.

La Autora

1. TITULO:

“DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS: FRAY VICENTE SOLANO, JUAN ULLAURI, PEDRO LÓPEZ MEDRANO, MATILDE PALACIO DE JARAMILLO Y DR. RICARDO SOTOMAYOR DE LA PARROQUIA RURAL DE YANGANA DEL CANTÓN LOJA AÑO, 2013”

2. RESUMEN

La caries dental y la enfermedad periodontal han sido consideradas como las enfermedades de mayor peso en la historia de la morbilidad bucal a nivel Mundial, Nacional y en lo que se refiere a la región Sur, debido a tal motivo que surge la necesidad de realizar un estudio de tipo observacional y descriptivo para determinar el diagnóstico de salud bucodental y factores de riesgo en la población de Yangana, perteneciente al cantón Loja. El objetivo de la investigación es realizar el diagnóstico de salud bucodental de los alumnos de las escuelas Fray Vicente Solano, Juan Ullauri, Pedro López Medrano, Matilde Palacio de Jaramillo y Dr. Ricardo Sotomayor Año 2013. Para poder llevar a cabo este proyecto se identificó los factores de riesgo que influyen en la salud oral de los alumnos y se determinó la prevalencia de las principales patologías. Dicho estudio constó de 168 niños pertenecientes a 5 escuelas, en la que se efectuó una encuesta y una historia clínica. Entre los principales resultados se destaca, el 94.64% de la población presentó caries dental, el 52.38% inflamación gingival. En cuanto al ceo-d en niños de 3-5 años presentan un índice alto de 5.97, Y al CPO-D las edades de 9 y 11 años, siendo de 3.03. Por lo que se concluye que los factores de riesgo mayormente asociados con la aparición de la caries dental fue la ingestión no controlada de una dieta cariogénica, la mala técnica de cepillado y una higiene bucal deficiente.

PALABRAS CLAVES: Salud bucal, niños, caries dental, inflamación gingival y factores de riesgo.

SUMMARY

Dental caries and periodontal disease have been considered heavier diseases in the history of oral morbidity Worldwide , National and respect to the South, because of this reason that there is the need for a and observational study to determine the diagnostic descriptive oral health and risk factors in the population of Yangana , belonging to the canton Loja. The objective of the research is to diagnose oral health of schoolchildren Fray Vicente Solano, Juan Ullauri, Pedro López Medrano, Matilde Palace Jaramillo and Dr. Ricardo Sotomayor Year 2013. To carry out this project was identified risk factors that influence students' oral health and determined the prevalence of major diseases. This study consisted of 168 children from five schools, in which a survey was conducted and a medical history. Among the main results emerged, the 94.64 % of the population had dental caries, gingival inflammation on 52.38 %. As for the ceo- d in children 3-5 years of age have a high index of 5.97, and the CPO-D the ages of 9 and 11 years, being 3.03. So it is concluded that the risk factors associated mostly with the appearance of dental caries was uncontrolled intake of cariogenic diet, poor brushing technique and poor oral hygiene.

KEY WORDS: Oral health, children, dental caries, gingival inflammation, and risk factors.

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.

La caries dental, conceptualizada como una enfermedad “Que surge del desequilibrio fisiológico entre el mineral de las piezas dentarias y los constituyentes de la biopelícula” (Negroni Martha, 2009); es hoy en día una de las principales preocupaciones para la Salud pública, ya que a pesar de los esfuerzos, no se puede erradicarla.

La odontología tiene como función mantener en equilibrio la salud oral como parte de la salud general del individuo, permitiendo mejorar la calidad de vida de las personas. Para ello se debe brindar especial atención a niños y adolescentes que se constituye 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. La salud oral constituye un fenómeno dinámico que se relaciona con las diferentes etapas de la vida, entre las cuales se encuentra la adolescencia, donde ocurren complejas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, por una parte los adolescentes 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. Por lo que es necesario impartir conocimientos para crear actitudes de respeto y responsabilidad hacia su salud bucodental, y así incidir directamente en la disminución de la morbilidad dentaria (HechavarriaBárbarA& Col, 2013).

En países latinoamericanos como Colombia, un estudio sobre los Indicadores de Riesgo para la Caries Dental en Niños Preescolares, encontró una “Prevalencia de caries de 60 % y la mayor prevalencia de caries fue para los niños de cinco años con 74 %”(Gonzales Farith, 2009).

En el vecino país de Perú encontramos que “La prevalencia de caries dental fue del 63,79%, donde la mayor prevalencia se presentó a los 4 años (47,30%) y la menor a los 3 años (25,68%). La prevalencia de caries dental hallada (63,79%) puede ser el reflejo de los hábitos de higiene inadecuados, consumo inadecuado de alimentos, falta de educación, carencia de medios de saneamiento básico y la falta de atención de los servicios odontológicos, características de este tipo de poblaciones”(Córdova Daniel, 2010).

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 (Ministerio de Salud del Ecuador,2009).

A nivel local, en nuestra ciudad de Loja, se realizó el Macroproyecto denominado “Mejoramiento de la calidad de vida de la población escolar y sus familias, mediante la atención integral bucodental enmarcada en los factores: socioeconómicos, culturales y ambiental del Área de afluencia del Hospital Universitario de Motupe del Área de salud Nro 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”(Hospital Universitario de Motupe, 2007).

Existen diferentes factores de riesgo, relacionados con la afección del estado de salud oral de un individuo, generando no sólo problemas en la cavidad bucal sino también a nivel de salud en general, incidiendo en la calidad de vida.

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

*Los objetivos del presente trabajo fueron realizar un diagnóstico de estado de salud oral de los alumnos, e identificar los principales factores de riesgo que afectan, y destacar la prevalencia de las principales patologías, es por ello que se ha establecido el presente tema de investigación: **DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS: FRAY VICENTE SOLANO, JUAN ULLAURI,***

PEDRO LÓPEZ MEDRANO, MATILDE PALACIO DE JARAMILLO Y DR. RICARDO SOTOMAYOR DE LA PARROQUIA RURAL DE YANGANA DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013. Ya que no existen precedentes de estudios similares en esta cantón, y consideramos que el mismo puede constituir una fuente valiosa para el desarrollo de otros estudios. Dando como resultado de lo más prevalente en este estudio fue que casi en su totalidad de la población se obtuvo un 94.64% de caries dental en los escolares y un 52.38% de inflamación gingival.

4. REVISION DE LITERATURA

CAPITULO I

1. DIAGNÓSTICO DE SALUD DEL CANTON LOJA

1.1 Definición de diagnóstico

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 Niveles de diagnóstico

- 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” (ALVAREZ, Carlos)

1.3 Diagnóstico de salud bucodental

La salud bucodental puede definirse como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales (de las encías), caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal.(OMS, 2007)

1.4 Caracterización da la Parroquia Yangana

1.4.1 Historia



Gráfico N° 1. Iglesia de Yangana

Yangana fue fundada, según el historiador Cieza de León en el año de 1749, por el misionero Fernando de la Vega, que fue enviado desde Quito con una imagen, para ir incrementando la religión católica en la ciudadela de Valladolid, Loyola, Vergel y la Canela. En el que se hospedó en el pequeño pueblo de Yangana, agrupó a los indígenas y fundó el pueblo, a quienes les entregó la sagrada imagen que hoy denominase “Señor de la Buena Muerte”, quedando de esta manera fundada Yangana desde

esta época.

A principios de año 1900 se tomaron medidas necesarias para conseguir su Parroquialización, en el reunió todos los requisitos como para ser declarada parroquia civil y jurídica. Llegándose a realizar este ideal y anhelo después de la muerte de su propulsor el Sacerdote Deán Arsenio Castillo, que durante muchos años efectuó el apostolado en Yangana y agotó sus esfuerzos por conseguir este anhelo y el progreso para este pueblo, plasmándose en realidad su deseo y el de

todos los nativos de este Girón patrio la inolvidable fecha del 21 de Septiembre de 1911. Fue así que desde esta fecha, llevó el nombre de Arsenio Castillo hasta que el 9 de octubre de 1940 el Cabildo Lojano le volvió su nombre primitivo nuevamente y definitivamente tomó el nombre de parroquia Yangana.

1.4.2 Educación

1.4.2.1 Escuelas y colegio de la Parroquia Yangana

INSTITUCIONES EDUCATIVAS	NUMERO TOTAL DE ALUMNOS	NUMERO TOTAL DE DOCENTES
Benjamín Carrión	136	13
Matilde Palacio De Jaramillo	18	2
Dr. Ricardo Sotomayor	17	2
Fray Vicente Solano	96	9
Juan Ullauri	24	2
Pedro López Medrano	13	1

CAPITULO II

2. SALUD ORAL

2.1. CONCEPTO DE SALUD ORAL

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

2.2. HISTORIA CLÍNICA

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

2.3. PATOLOGÍAS

2.3.1. LESIONES DE LOS TEJIDOS DUROS

2.3.1.1. Caries dental

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

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).

2.3.1.2. ALTERACIONES DE NÚMERO

Anodoncia

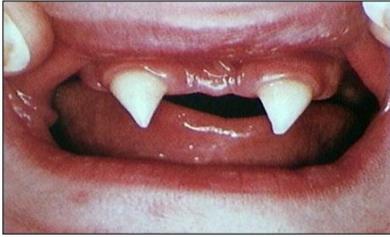


Gráfico N° 1 Anodoncia total

“La *anodoncia verdadera*, o ausencia congénita de los dientes, puede ser de dos tipos: total y parcial. La total, en la cual faltan todos los dientes, puede afectar tanto a la dentición decidua como a la permanente. Es una alteración rara, pero cuando ocurre suele asociarse a un trastorno generalizado, como la displasia ectodérmica hereditaria. (Shafer, B. 1986)

La anodoncia inducida o falsa es resultado de la extracción de todos los dientes; a veces, se aplica el término pseudoanodoncia a los dientes múltiples sin erupcionar.”



Gráfico N° 2 Anodoncia Parcial

La *anodoncia Parcial verdadera* (hipodoncia u oligodoncia) afecta a uno o más dientes y es un trastorno frecuente.

Aunque cualquier diente puede estar ausente congénitamente, algunos tienen más predisposición que otros”. (Shafer, B. 1986)

Sus características clínicas son pérdida dentaria, espaciamiento y ocasionalmente localización anormal en los dientes remanentes.

Su tratamiento será protésico, implantes y ortodoncia. (Laskaris, G. 2001)

Dientes supernumerarios



Gráfico N° 3 Diente Supernumerario

Se refiere a una condición caracterizada por la presencia de dientes supernumerarios en el arco dentario. Estos dientes pueden ser morfológicamente normales o anómalos de tamaño y forma irregular.

Este defecto es el resultado de la continua actividad anormal de la lámina dental, que inicia la formación de los gérmenes dentarios supernumerarios. La etiología es multifactorial, aunque hay un fuerte antecedente genético, su localización es cerca de la línea media en la región incisal del maxilar superior (mesiodens).

Sus características clínicas, suplementarias o cónicas, en forma de tubérculo, y forma parecida al odontoma. Sus complicaciones de dientes supernumerarios impactados será, incrementar la posibilidad de inhibir o retardar la erupción de los dientes adyacentes. Si los supernumerarios erupcionan en el arco dentario, ellos usualmente causan problema estético y funcional. Su tratamiento será la remoción de dichos dientes y tratamiento de ortodoncia del área afectada. (Laskaris, G.2001)

2.3.1.3. ALTERACIONES DE FORMA

Taurodontismo



Dental con gran
cámara pulpar

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

Diente Invaginado.



Gráfico N° 5 dens in
Dente

Wysocki 2005)

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)

Cúspides supernumerarias



Gráfico N° 6 Pieza Dental en la
que posee una cúspide

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).

Diente evaginado



Gráfico N° 7 Pieza Dental con presencia de un tubérculo (Fosa Central)

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)

Cúspide en garra



Gráfico N° 8 Pieza Dental que presenta en su parte lingual una estructura anómala (Cúspide en garra)

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

Geminación



Gráfico N° 9 Aspecto clínico de una Geminación.

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

Fusión



Gráfico N° 10 Aspecto clínico de una Fusión, fusión entre un diente normal y un supernumerario, en este caso entre un 2.1 y un mesiodens.

Se refiere a la unión discreta de 2 gérmenes dentarios, resultando en la formación del diente con forma anómala, el defecto es el resultado de la persistencia de la lámina interdental durante el desarrollo del órgano dentario, causado por factores locales, su localización es en dientes anteriores. Sus características clínicas, si la fusión ocurre

en las etapas tempranas del desarrollo dental, los defectos alcanzan la totalidad de la longitud dentaria, teniendo como resultado un diente casi de tamaño normal. Si la fusión ocurre en etapas tardías del desarrollo dentario, el defecto alcanzara solo la raíz dentaria, resultando en una masa de dentina y cemento, un diente grande, o un diente con corona bífida.

La fusión generalmente tiene tendencia en un reducido número de dientes en el arco dentario, aunque ocasionalmente un diente normal y un supernumerario pueden fusionarse. La fusión en los dientes temporales puede estar seguido de aplasia de los dientes permanentes sucesores.

Su tratamiento es restauración estética con resinas, o separación quirúrgica y remoción del diente supernumerario fusionado, tratamiento de ortodoncia de apiñamiento dentario. (Laskaris, G.2001)

2.3.1.4. ALTERACIONES DE ESTRUCTURA

ALTERACIONES DE LA ESTRUCTURA DEL ESMALTE

Alteraciones adquiridas

Hipoplasia focal del esmalte



Gráfico N° 11 incisivos centrales inferiores definitivos de coronas de color amarillento

La hipoplasia focal (o localizada) del esmalte que implica sólo uno o dos dientes es relativamente frecuente. Aunque la etiología suele ser oscura (idiopática), en algunos casos es evidente. Una forma común de hipoplasia focal del esmalte de etiología conocida es el «diente de Turner», que es consecuencia de inflamación o traumatismo localizados durante el desarrollo del diente. Según la gravedad de la lesión, la corona afectada puede tener un área de hipoplasia del esmalte relativamente lisa con áreas foveales o estar visiblemente deformada y presentar coloración amarillenta o marrón. (Shafer, B. 1986)

Hipoplasia generalizada del esmalte



Gráfico N° 12 Hipoplasia del esmalte.

Los factores ambientales sistémicos de duración breve inhiben a los ameloblastos funcionantes en un período específico durante el desarrollo del diente y se manifiestan clínicamente como una línea horizontal de pequeñas fositas o surcos sobre la superficie del esmalte que corresponden a la etapa del desarrollo y a la duración de la agresión. Si la duración de la agresión ambiental es corta, la línea de hipoplasia es estrecha, mientras que una

agresión prolongada produce una zona de hipoplasia más ancha y puede afectar a más dientes. Los dientes que se afectan más a menudo son los incisivos permanentes, los caninos y los primeros molares. (Shafer, B. 1986)

La hipoplasia del esmalte resultante de sífilis congénita afecta a los bordes cortantes de los incisivos permanentes ya las superficies masticatorias de los primeros molares permanentes. Los incisivos con muescas, «con forma de destornillador, se denominan «incisivos de Hutchinson», mientras que las superficies masticatorias globulosas de los primeros molares se denominan «molares en mora». (Shafer, B. 1986)

La hipoplasia del esmalte que es consecuencia de hipocalcemia secundaria a deficiencia de vitamina D suele ser del tipo foveal. Clínicamente es indistinguible de la hipoplasia del esmalte causada por enfermedades exantemáticas tales como sarampión, varicela y escarlatina, y por deficiencias de las vitaminas A y C. (Shafer, B. 1986)

Un ejemplo bien identificado de hipoplasia generalizada del esmalte inducida químicamente es la resultante de la ingestión de flúor. La hipoplasia del esmalte inducida por el flúor (moteado de flúor) suele ser apenas visible a niveles inferiores a 1,0 ppm en el agua de bebida. Con cantidades de flúor más altas en el agua de bebida, la hipoplasia del esmalte resultante se hace cada vez más evidente. El aumento de nivel de flúor interfiere con la función ameloblástica, lo cual afecta desfavorablemente tanto a la formación de la matriz del esmalte como a su calcificación. Clínicamente, el moteado mínimo por el flúor se manifiesta por una superficie del esmalte lisa con algunas manchas blanquecinas poco perceptibles; el moteado leve presenta una superficie del esmalte lisa con áreas blancas opacas; el moteado moderado a intenso muestra grados variables de formación de fositas evidentes y coloración marrón de la superficie del esmalte. En el moteado por fluoruro grave el esmalte es considerablemente más blando y más débil que el normal, con un consiguiente desgaste excesivo y rotura de las superficies incisivas y masticatorias; por ello las reparaciones convencionales son difíciles de conservar. Independientemente del grado de moteado por flúor, los dientes afectados son en gran parte resistentes a la caries dental. (Shafer, B. 1986)

Amelogénesis imperfecta

La amelogénesis imperfecta es un grupo heterogéneo de trastornos hereditarios de la formación de esmalte que afectan a las denticiones primaria y permanente. Estos trastornos se limitan al esmalte; los demás componentes de los dientes son normales. (Shafer, B. 1986)

Tres tipos fundamentales de amelogenesis imperfecta se correlacionan con defectos en esas etapas:

1. **El tipo hipoplásico (focal o generalizado)**, el cual presenta una reducción de la formación de matriz del esmalte causada por interferencia en la función de los ameloblastos;
2. **El tipo hipocalcificado**, que constituye una forma gravemente defectuosa de mineralización de la matriz del esmalte, y
3. **El tipo con hipomaduración**, que presenta una mineralización menos intensa con áreas focales o generalizadas de cristalitas de esmalte inmaduro. Haciendo uso de este esquema básico en conjunción con criterios clínicos, histológicos y genéticos, Witkop y Sauk clasificaron los diversos tipos de amelogenesis imperfecta.(Shafer, B. 1986)

Las características clínicas que siguen son útiles para diferenciar los tres tipos fundamentales de amelogenesis imperfecta.

1. **Tipo hipoplásico:** el esmalte no tiene el espesor normal en las áreas focales o generalizadas; la radio densidad del esmalte es mayor que la de la dentina.



Gráfico N° 13 Amelogenesis Imperfecta tipo Hipoplásica. Esmalte de color cafésoso, afectando toda la dentición.

2. **Tipo hipocalcificado:** el esmalte es de espesor normal, pero es blando y se elimina fácilmente con un instrumento romo; el esmalte es menos radio denso que la dentina.



Gráfico N° 14 Amelogenesis Imperfecta tipo Hipocalcificada. Esmalte de color cafésoso

3. **Tipo con hipomaduración:** el esmalte es de espesor normal, pero no de dureza y transparencia normales; el esmalte puede ser perforado con la punta de una sonda de exploración haciendo presión firme y puede ser separado de la dentina subyacente mediante rascado; la radio densidad del esmalte es aproximadamente la misma que la de la dentina. La forma más leve de hipomaduración tiene una dureza normal y presenta manchas blancas opacas en los bordes incisivos de los dientes (dientes con gorro de nieve).(Shafer, B. 1986)



Gráfico N° 15Amelogenesis Imperfecta tipo Hipomaduración. Esmalte de color blanco papel, y áreas cafesosas comprometida toda la dentición.

ALTERACIONES DE LA ESTRUCTURA DE LA DENTINA

Alteraciones hereditarias de la dentina

Hay dos tipos fundamentales de alteraciones hereditarias de la dentina:

Dentinogénesis imperfecta

Defecto hereditario que consiste en dientes opalescentes por dentina formada irregularmente e hipomineralizada.

La dentinogénesis imperfecta (DI) es un trastorno heredado de la formación de dentina, que presenta generalmente una forma de transmisión autosómica dominante. Este trastorno se ha dividido en tres tipos:

Tipo I:Dentinogénesis imperfecta que se presenta en pacientes que sufren osteogénesis imperfecta (OI), aunque no todos los pacientes con OI presentan DI. Aunque los dientes tienen el mismo color opalescente que el tipo II, los pacientes presentan a menudo otras características de la osteogénesis imperfecta, como cierto tono azulado en la esclerótica de los ojos.(Shafer, B. 1986)

Tipo II:Dentinogénesis imperfecta que no está asociada a osteogénesis imperfecta. Es dentina opalescente hereditaria. (Shafer, B. 1986)

Tipo III:Dentinogénesis imperfecta (tipo Brandywine), que es rara y se hereda como rasgo autosómico dominante, que aparece en un área racial aislada en el estado de Maryland. Clínicamente es la misma que el tipo I y el tipo II salvo que los pacientes presentan muchas exposiciones pulpares en la dentición temporal.(Shafer, B. 1986)

Clínica

En los tres tipos se afectan los dientes de ambas denticiones y presentan un aspecto clínico variable. Los dientes son opalescentes, con un color que oscila desde gris azulado a amarillento, pasando por tonos pardos. La dentina es anormalmente blanda, lo que proporciona un soporte funcional insuficiente al esmalte suprayacente. Aunque el esmalte es normal, se rompe o descascarilla con facilidad exponiendo la dentina masticatoria e incisiva. La dentina blanda expuesta suele sufrir un rápido e intenso desgaste funcional. A pesar de la exposición de la dentina, los dientes no son especialmente propensos a la caries dental.(Shafer, B. 1986)

2.3.1.5. Fluorosis dental



Gráfico N° 16 Piezas dentales con Fluorosis

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).

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.Get.al 2005)

Factores de riesgo de fluorosis

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

2.3.2. LESIONES DE LOS TEJIDOS BLANDOS

2.3.2.1. ENFERMEDADES GINGIVALES

Enfermedad Gingival Inducida Únicamente por placa



Gráfico N° 17 Piezas dentales con Biofilm Dental

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

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



Gráfico N° 18 Agrandamiento gingival de apariencia fibrosa

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).

Enfermedad gingival inducida por fármacos



Gráfico N° 19 Agrandamiento gingival inducida por fármacos.

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

2.3.3. MALOCCLUSION

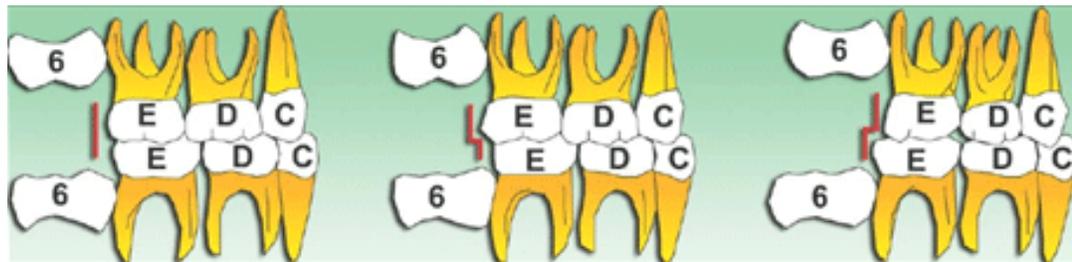
2.3.3.1. DENTICIÓN TEMPORAL

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 esta 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 esta 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 mariamassón-2004).

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, V.2009)



A. B. C.
Gráfico N° 20A. Plano Terminal Recto, B. Escalón Mesial C. escalón Distal

2.3.3.2. DENTICIÓN MIXTA

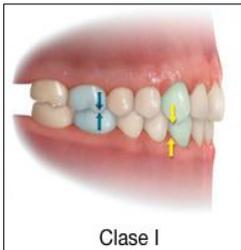
Se conoce como dentición mixta a la presencia simultánea en boca, de dientes temporales y permanentes; este periodo de recambio abarca de los seis hasta los doce años de edad y es de gran importancia e interés en la etiología de anomalías de la oclusión, porque en este periodo se realiza una serie de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

2.3.3.3. 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)

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, V. 2009)

Gráfico N° 21 oclusión normal o clase I

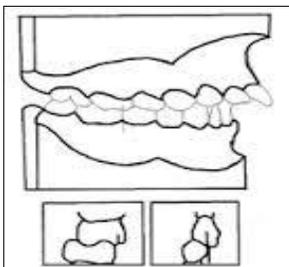
Clase II



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, V. 2009)

Gráfico N° 22 Maloclusión o clase II

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, V. 2009)

Gráfico N° 23 Clase II División I

Clase II División II

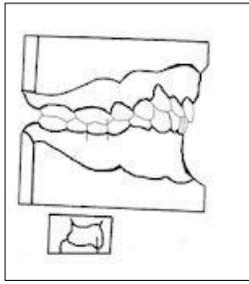


Gráfico N° 24 Clase II División II

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, V.2009)

Clase III

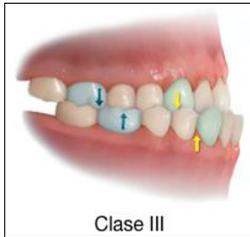


Gráfico N° 25 Maloclusión o Clase III

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, V.2009)

2.3.4. PÉRDIDA PREMATURA DE DENTICIÓN DECIDUA

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

Pérdida temprana: Se refiere a la pérdida de dientes primarios antes de la época esperada pero sin llegar a comprometer el mantenimiento natural del perímetro o longitud de arco. (Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2004-2005).

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 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 Odontopediatría.2004-2005).

TIPOS DE MORDIDAS

2.3.5. Mordida abierta



Gráfico N° 26 Mordida abierta Anterior

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).

2.3.6. Mordida Profunda



Gráfico N° 27 Mordida Profunda

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

2.3.7. Mordida cruzada anterior



Gráfico N° 28 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).

2.3.8. Mordida cruzada posterior



Gráfico N° 29. Mordida Cruzada

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)

2.3.9. Mordida Bis a bis



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

2.4. HÁBITOS

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

2.4.1. Succión digital



Gráfico N° 31. Mordida Abierta en los dientes donde se interpone el dedo

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)

2.4.2. Respiración bucal



Gráfico N° 32 Respirador Bucal, obsérvese la posición baja de la lengua

La respiración está asociada a la obstrucción de las vías respiratorias altas, bien por rinitis alérgicas, hipertrofia de las amígdalas palatinas, presencia de adenoides o desviación del tabique nasal, lo que producirá una función

respiratoria perturbada con cambios en la postura de la lengua, labios y mandíbula.

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

2.4.3. Deglución atípica



Gr...
por que predomina un estímulo negativo (interposición de la lengua entre los incisivos al tragar), al no apoyarse la lengua en el paladar

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)

Consecuencias de la deglución atípica:

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

2.4.4. Interposición lingual



Gráfico N° 34. Interposición Lingual

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

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

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

CAPITULO III

3. RIESGO

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

3.1. FACTORES DE RIESGO

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

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

4. FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN LA SALUD- ENFERMEDAD BUCODENTAL

4.1. FACTORES DE RIESGO LOCALES

✓ 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).

✓ 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 curvo gingival evitando así la menor lesión del diente y de sus estructuras vecinas (Cuenca y Baca, 2005).

✓ 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).

✓ **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).

4.2. 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 Streptococcusmutans, 3. Culturales: aquí encontramos escolaridad, valoración de la salud, creencias y costumbres, 3. Biológicos: como son rasgos genéticos, enfermedades sistémicas tratadas, estado nutricional, estado inmunitario, estrés, enfermedades intercurrentes (Cobos. J. y García. J.J 2005).

5. MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO Es de tipo cuantitativo debido a que se determinó porcentualmente el estado de salud buco dental de los alumnos del “Fray Vicente Solano, Juan Ullauri, Pedro López Medrano, Matilde Palacio de Jaramillo y Dr. Ricardo Sotomayor”, los resultados obtenidos son expuestos mediante tablas y cuadros estadísticos; es descriptivo debido a que nos ayudó a determinar la situación de las variables; y de tipo prospectivo porque se registró la información según fueron ocurriendo los fenómenos, el área de estudio lo constituyó la Parroquia Yangana del cantón Loja. El universo lo conformaron los 96 estudiantes pertenecientes a la Escuela “Fray Vicente Solano” 24 alumnos que conforman la Escuela “Juan Ullauri”, 13 Alumnos de la Escuela “Pedro López Medrano”, 18 Alumnos de la Escuela “Matilde Palacio de Jaramillo” y 17 alumnos de la Escuela “Dr. Ricardo Sotomayor” de la Parroquia Yangana. Conformando un total de 168 alumnos. Y la muestra fueron todos los alumnos de los centros educativos mencionados anteriormente Dentro de los criterios de inclusión se incluyeron los estudiantes que colaboraron en la recolección de los datos, y como criterios de exclusión los estudiantes que no colaboraron en la recolección de los datos, y que no asistieron. Para la autorización: se realizó mediante solicitudes presentadas a los directores de las escuelas Fray Vicente Solano, Juan Ullauri, Pedro López Medrano, Matilde Palacio de Jaramillo y Dr. Ricardo Sotomayor. Se empleó Revisiones Bibliográficas que sirvió para recolectar de diferentes fuentes, bases teóricas para consolidar la conceptualización necesario para la elaboración del sustento teórico del trabajo, la Historia Clínica Odontológica que es conjunto de documentación médico-legal que recoge el relato del paciente sobre su enfermedad, pruebas diagnósticas, intervenciones terapéuticas realizadas y evolución de un paciente en el que contiene elementos objetivos, de los que el paciente puede solicitar copia para obtener una segunda opinión, encuestas y credenciales que son medios de identificación que se llevó cada uno de los investigadores para su acceso al centro educativo. El procedimiento fue, 1. Solicitud dirigida al Director Alejandro Palacios Rector de la Escuela “Fray Vicente Solano”, Lcdo. Edgar Porfirio Panamito Rector de la Escuela “Juan Ullauri”, Lcdo. Luis Enrique Jaramillo Rector de la escuela “Pedro López Medrano, Lcda. Gloria Japa Rector de la Escuela “Matilde Palacio de Jaramillo” y a la Lcda. Olga Correa rector de la escuela “Dr. Ricardo Sotomayor con el fin de obtener autorización para realizar el trabajo de campo. 2. Oficio dirigido a las autoridades Educativas Regionales. 3. La encuesta e historia clínica será validada por todos los docentes que conforman el departamento de odontología. 4. Se realizó el diagnóstico clínico

bucal, a los estudiantes seleccionados. 5. Se aplicó la encuesta sobre higiene oral y factores de riesgo, a cada uno de los estudiantes, Por medio de un pantoma se pidió a los estudiantes que indiquen la forma en la que se realizan el cepillado de los dientes, la misma que será calificada como correcta e incorrecta y así mismo anotada en la encuesta. 6. Se brindó charlas sobre educación en salud oral, a estudiantes y profesores y se entregará implementos de higiene oral a los niños como cepillo y pasta dental. 7. Se realizó evidencias fotográficas de cada una de las actividades que se realicen. 8. Los datos fueron tabulados Microsoft Excel, mediante graficas estadísticas. 9. En base a los resultados se formuló conclusiones y recomendaciones. 10. Finalmente se elaboró el trabajo final.

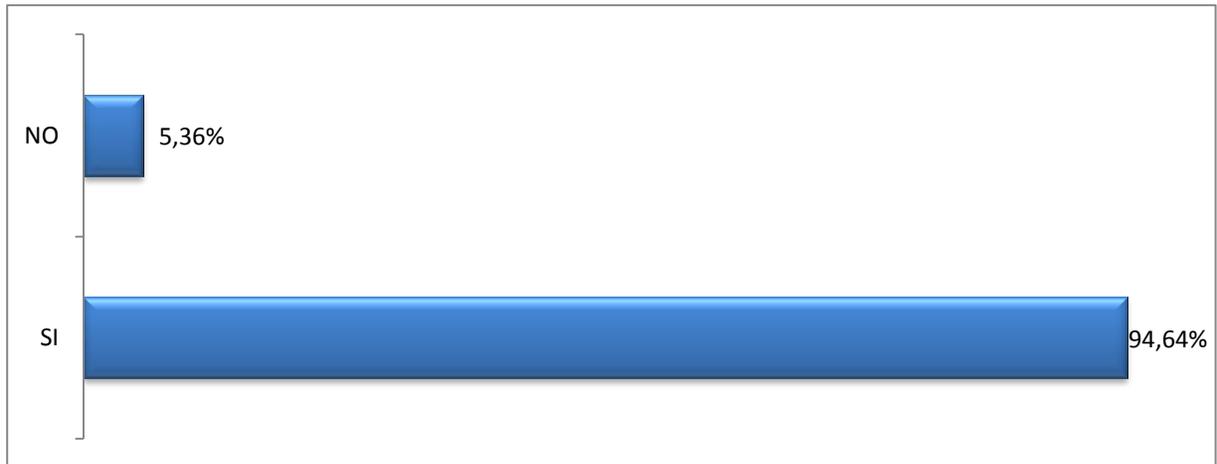
RECURSOS: Recursos Humanos: Directora de la Carrera de Odontología: Dra. Tannya Valarezo. Asesores: Dr. José Procel, Personal administrativo, estudiantes y padres de familia de cada centro educativo primario y secundario de las parroquias rurales del cantón Loja. Investigadora: María de los Ángeles Silva Celi investigadora Recursos Físicos: Establecimientos: Fray Vicente Solano, Juan Ullauri, Pedro López Medrano, Matilde Palacio de Jaramillo y Dr. Ricardo Sotomayor. Recursos Materiales: Set de diagnóstico (espejo, explorador, pinza algodонера). Materiales de bioseguridad. Cepillos y pastas dentales, historia clínicas, encuesta, material didáctico, cámara fotográfica, computadora y materiales de escritorio.

PRESUPUESTO: 920 Dólares

6. RESULTADOS

Representación Gráfica de la Historia Clínica

GRÁFICA N° 1 PRESENCIA DE CARIES



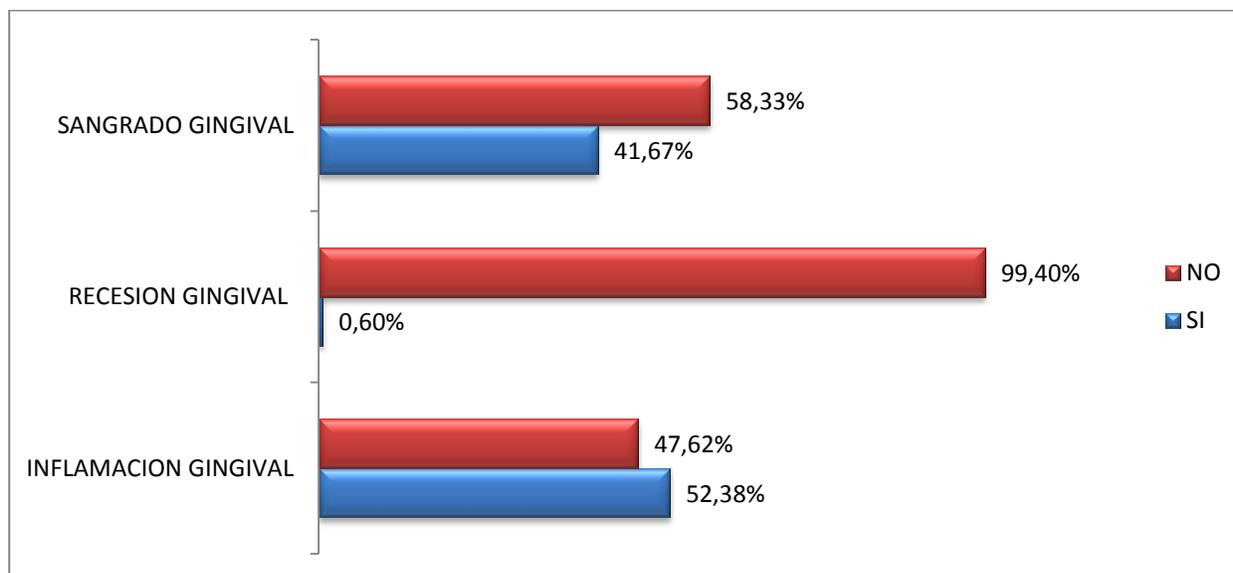
Fuente: Historia Clínica de los establecimientos Fray Vicente Solano, Juan Ullauri, Pedro López Medrano, Matilde Palacio de Jaramillo y Dr. Ricardo Sotomayor.

Elaboración: Ma. De los Ángeles Silva Celi Investigadora

INTERPRETACIÓN:

En la gráfica N° 1, mediante los datos obtenidos tenemos que de la muestra estudiada el 94.64% se encuentran afectados por caries dental; mientras que un 5.36% no lo está.

GRÁFICA N° 2 ALTERACIONES GINGIVALES



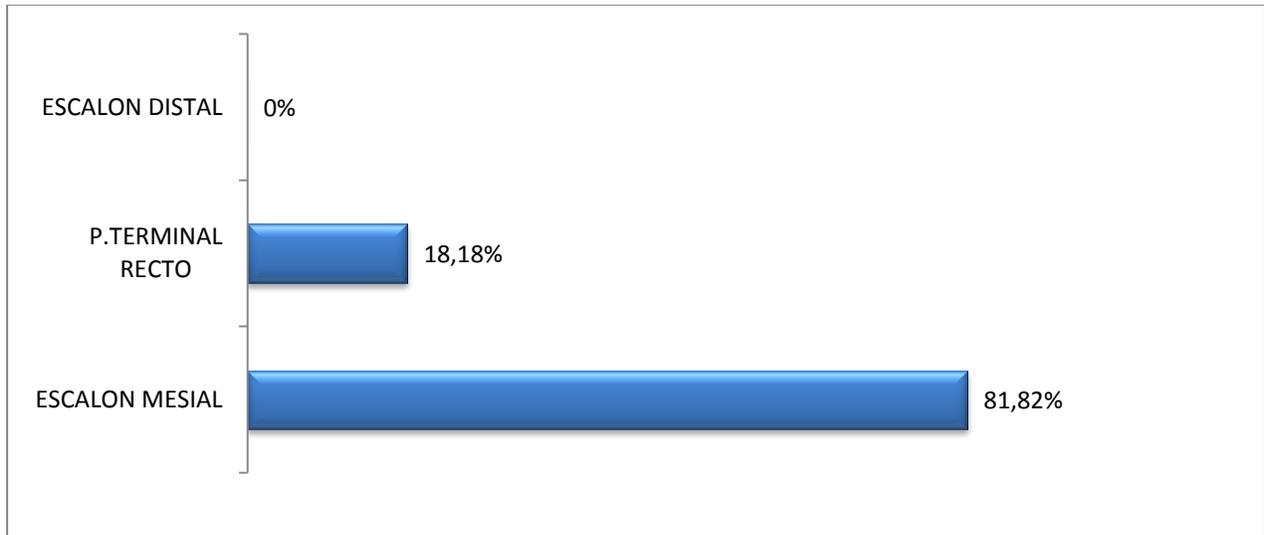
Fuente: Historia Clínica de los establecimientos Fray Vicente Solano, Juan Ullauri, Pedro López Medrano, Matilde Palacio de Jaramillo y Dr. Ricardo Sotomayor

Elaboración: Ma. De los Ángeles Silva Celi Investigadora

INTERPRETACIÓN:

En la presente gráfica, se observa que la inflamación gingival se presenta en un 52.38%, la recesión gingival en un 0.60% y el sangrado gingival en un 41.67%.

GRAFICA N° 3 RELACIÓN MOLAR EN DENTICION TEMPORAL



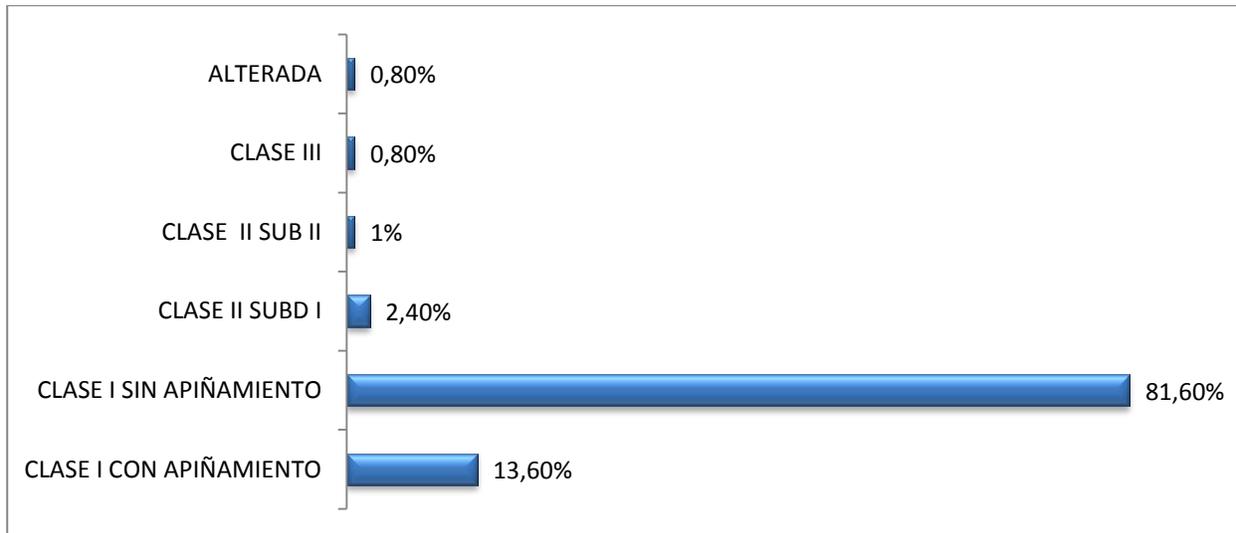
Fuente: Historia Clínica de los establecimientos Fray Vicente Solano, Juan Ullauri, Pedro López Medrano, Matilde Palacio de Jaramillo y Dr. Ricardo Sotomayor.

Elaboración: Ma. De los Ángeles Silva Celi Investigadora

INTERPRETACIÓN:

En la presente gráfica, mediante los datos obtenidos se pudo observar que en un 82.82%, presenta una relación molar en “escalón mesial”, mientras que un 18.18% presenta una relación molar “plano terminal recto”.

GRÁFICA N° 4 TIPO DE OCLUSIÓN EN DENTICIÓN PERMANENTE (CLAVE DE ANGLE)



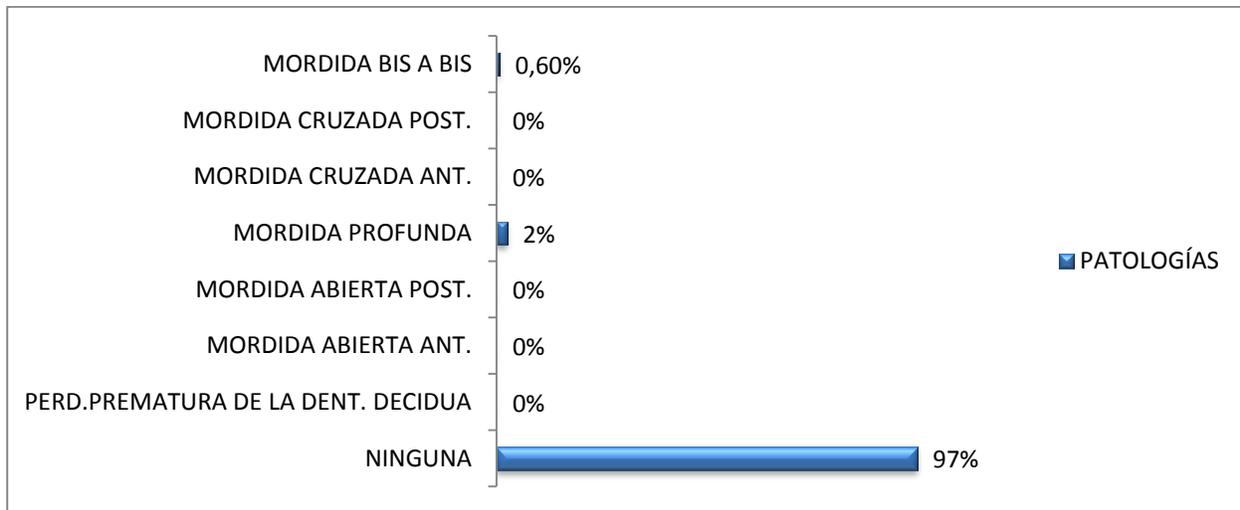
Fuente: Historia Clínica de los establecimientos Fray Vicente Solano, Juan Ullauri, Pedro López Medrano, Matilde Palacio de Jaramillo y Dr. Ricardo Sotomayor.

Elaboración: Ma. De los Ángeles Silva Celi Investigadora

INTERPRETACIÓN:

En la gráfica presente, observamos que un 81.60% presenta clase I sin Apiñamiento, un 13.60% presenta clase I con Apiñamiento, un 2.40% presentan clase II Subdivisión I. el 1% con clase II subdivisión II, en un 0.80% clase III, mientras que un 0.80% presenta una oclusión alterada.

GRAFICA N° 5 ALTERACIONES DE OCLUSIÓN



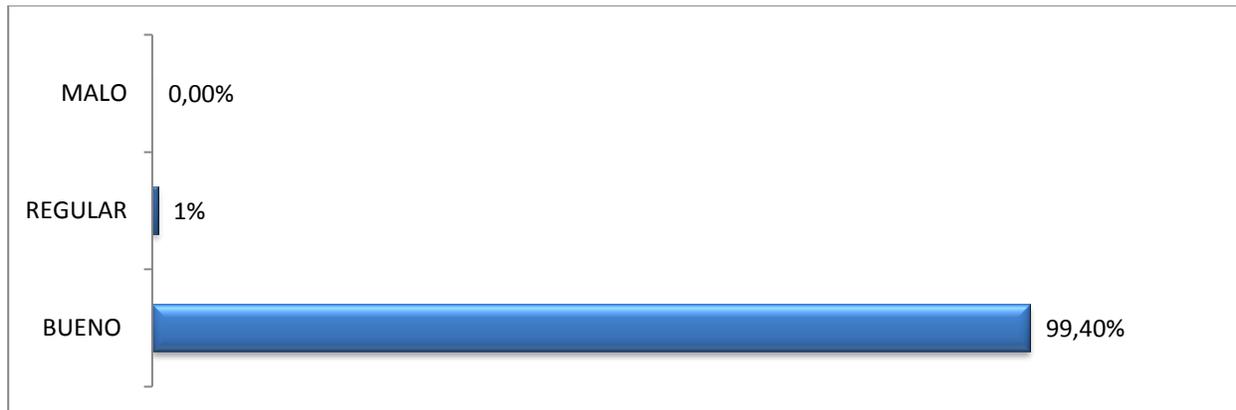
Fuente: Historia Clínica de los establecimientos Fray Vicente Solano, Juan Ullauri, Pedro López Medrano, Matilde Palacio de Jaramillo y Dr. Ricardo Sotomayor.

Elaboración: Ma. De los Ángeles Silva Celi Investigadora.

INTERPRETACIÓN:

En la siguiente gráfica se observa que un 2 % de la población estudiada presenta un 2% de Mordida Profunda, un 0.60% Mordida Bis a Bis.

GRAFICA N° 6 ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS)



Fuente: Historia Clínica Historia Clínica de los establecimientos Fray Vicente Solano, Juan Ullauri, Pedro López Medrano, Matilde Palacio de Jaramillo y Dr. Ricardo Sotomayor.

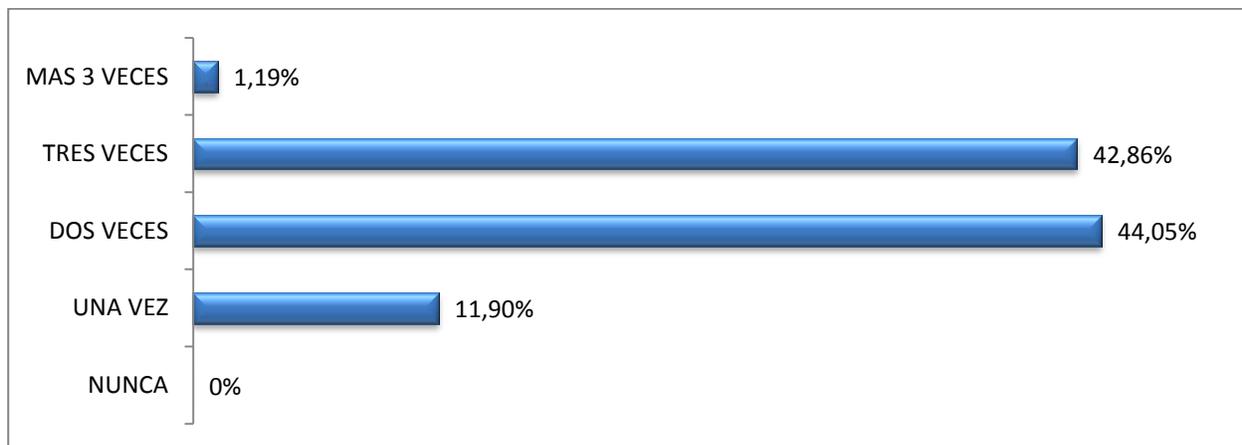
Elaboración: Ma. De los Ángeles Silva Celi Investigadora

INTERPRETACIÓN:

En la siguiente gráfica, mediante los datos obtenidos, se observa que un 99.40% presentan un IHOS (Índice de Higiene Oral Simplificada), con valor “Bueno”, mientras que el 1%, presenta un IHOS con un valor “malo”.

Representación Gráfica de la Encuesta

GRÁFICA N° 7 FRECUENCIA DE CEPILLADO



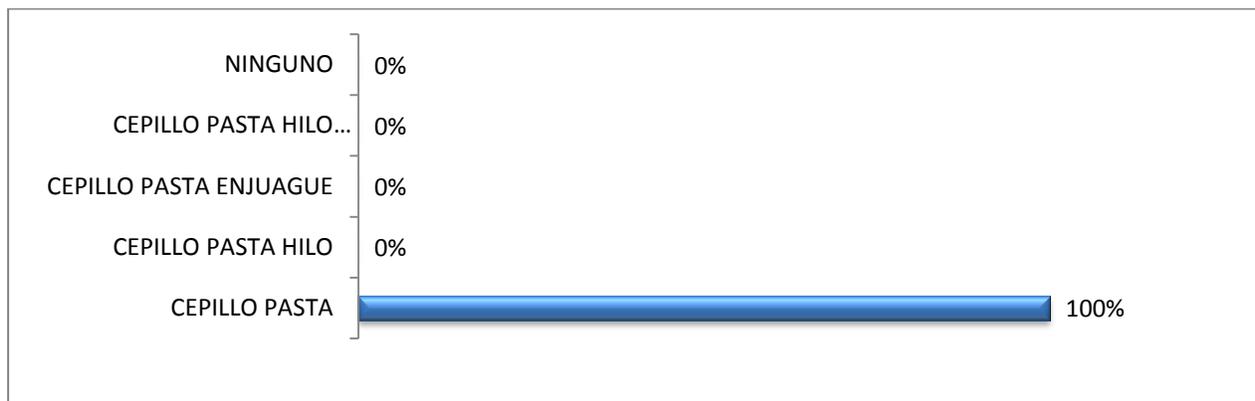
Fuente: Historia Clínica de los establecimientos Fray Vicente Solano, Juan Ullauri, Pedro López Medrano, Matilde Palacio de Jaramillo y Dr. Ricardo Sotomayor.

Elaboración: Ma. De los Ángeles Silva Celi Investigadora

INTERPRETACIÓN:

De los datos obtenidos en la encuesta, se observa que un 44.05% de los estudiantes se cepillan los dientes dos veces al día, un 42.86% se cepillan tres veces, mientras que un 1.19% lo realizan mas de tres veces al día.

GRÁFICA N° 8 ELEMENTOS UTILIZADOS EN LA HIGIENE BUCAL



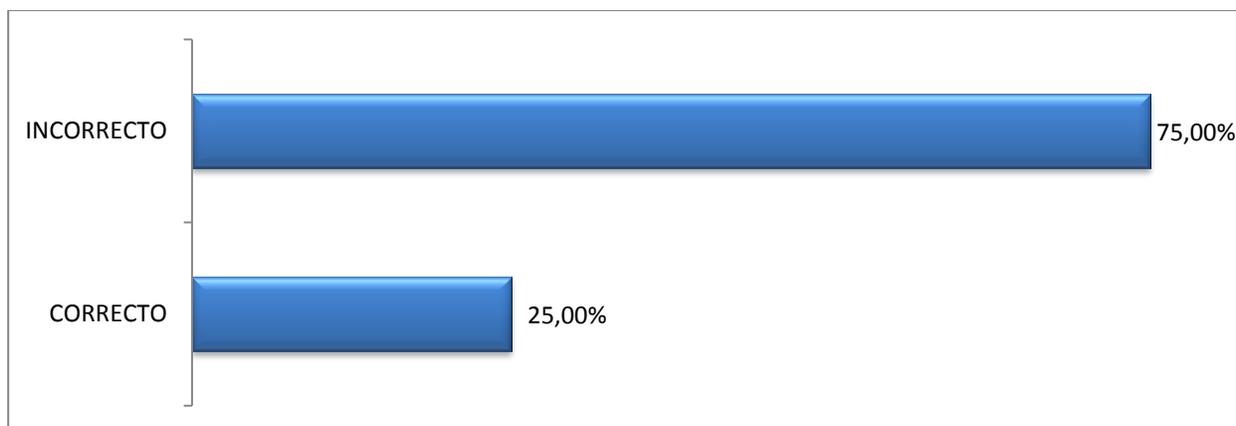
Fuente: Historia Clínica de los establecimientos Fray Vicente Solano, Juan Ullauri, Pedro López Medrano, Matilde Palacio de Jaramillo y Dr. Ricardo Sotomayor.

Elaboración: Ma. De los Ángeles Silva Celi Investigadora.

INTERPRETACIÓN:

Mediante los datos obtenidos, indicaron que en un 100% utilizan solo cepillo y pasta para su higiene bucal.

GRÁFICA N° 9 TÉCNICA DE CEPILLADO



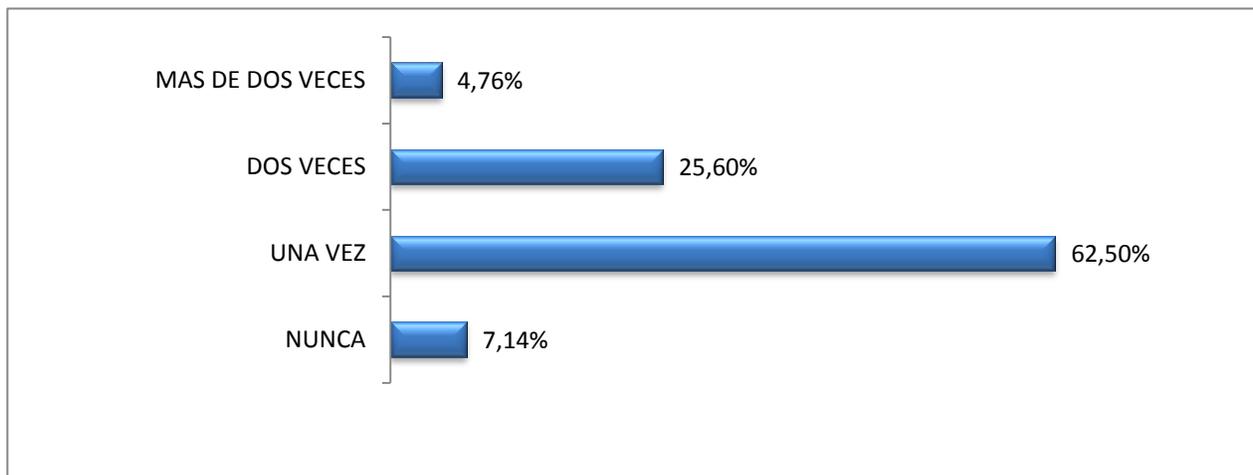
Fuente: Historia Clínica de los establecimientos Fray Vicente Solano, Juan Ullauri, Pedro López Medrano, Matilde Palacio de Jaramillo y Dr. Ricardo Sotomayor.

Elaboración: Ma. De los Ángeles Silva Celi Investigadora

INTERPRETACIÓN

Mediante los datos obtenidos, indica que un 75% realizan una técnica de cepillado incorrecto, mientras que un 25% si realizan una técnica de cepillado correcto.

GRAFICA N° 10 FRECUENCIA DE VISITA AL ODONTÓLOGO



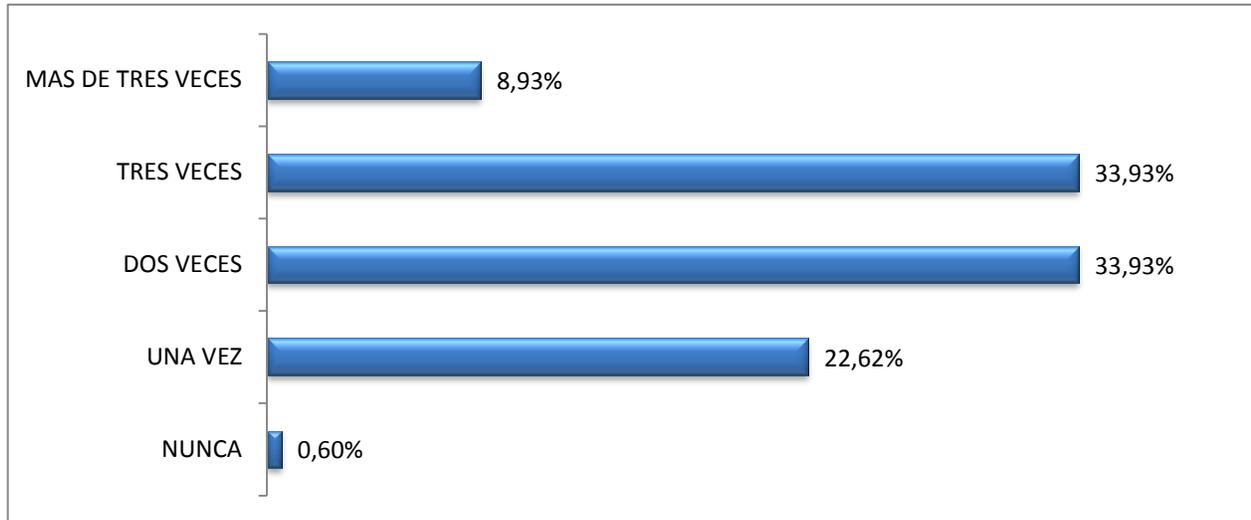
Fuente: Historia Clínica de los establecimientos Fray Vicente Solano, Juan Ullauri, Pedro López Medrano, Matilde Palacio de Jaramillo y Dr. Ricardo Sotomayor.

Elaboración: Ma. De los Ángeles Silva Celi Investigadora

INTERPRETACIÓN:

Mediante la gráfica podemos indicar, que un 65.50% visitan al odontólogo una vez al año, 25.60% dos veces al año, y un 4.76% más de dos veces al año, mientras que en un 7.14% nunca lo visita.

GRÁFICA N° 11 FRECUENCIA DE ALIMENTOS CARIÓGENICOS



Fuente: Historia Clínica de los establecimientos Fray Vicente Solano, Juan Ullauri, Pedro López Medrano, Matilde Palacio de Jaramillo y Dr. Ricardo Sotomayor.

Elaboración: Ma. De los Ángeles Silva Celi Investigadora

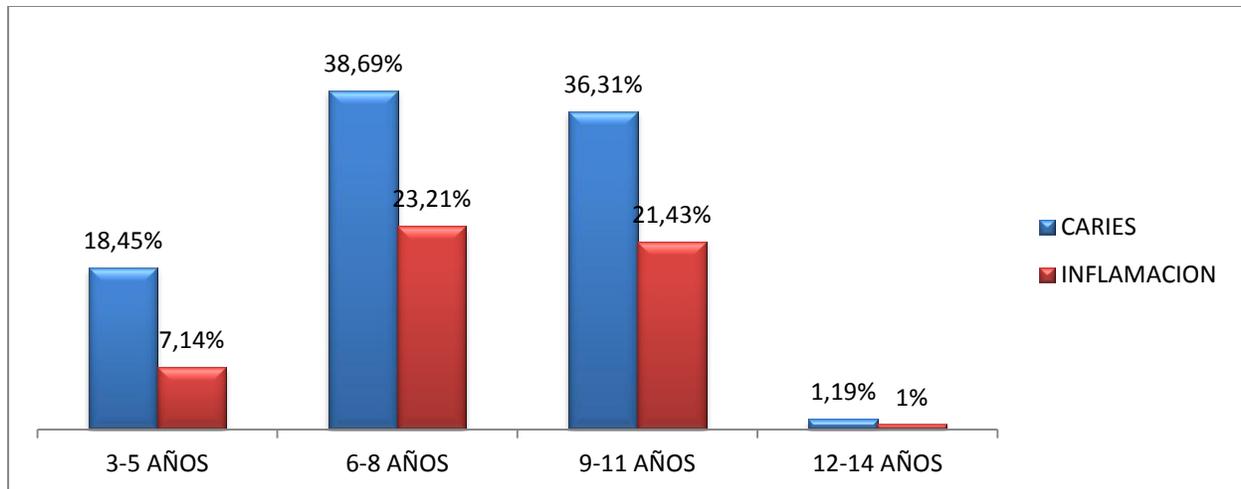
INTERPRETACIÓN:

Mediante los datos obtenidos, podemos observar que un 22.62% consumen alimentos cariogénicos una vez, el 33.93% dos veces, el 33.93% tres veces, mientras que un 8.93% consumen más de tres veces.

CRUCE DE VARIABLES

Representación gráfica de cruce de variables

GRÁFICA N° 12 RELACION EDAD-CARIES-INFLAMACIÓN



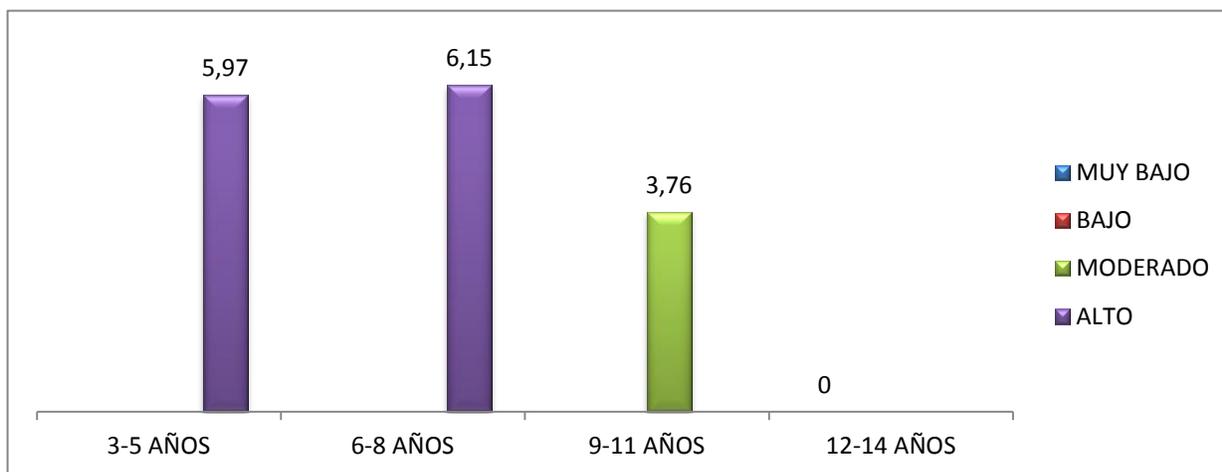
Fuente: Historia Clínica de los establecimientos Fray Vicente Solano, Juan Ullauri, Pedro López Medrano, Matilde Palacio de Jaramillo y Dr. Ricardo Sotomayor.

Elaboración: Ma. De los Ángeles Silva Celi Investigadora

INTERPRETACIÓN:

En esta gráfica, observamos la estrecha relación entre la edad, con la presencia de caries dental y de inflamación gingival, siendo ésta que en los rangos de edades de 6 a 8 años, la caries dental tiene mayor incidencia con un 38.69 % al igual que la inflamación gingival con un 23.21%.

GRÁFICA N° 13 RELACIÓN ÍNDICE CEO-D (Dientes Cariados, Extracción indicada, Obturados por unidad de diente)- EDAD



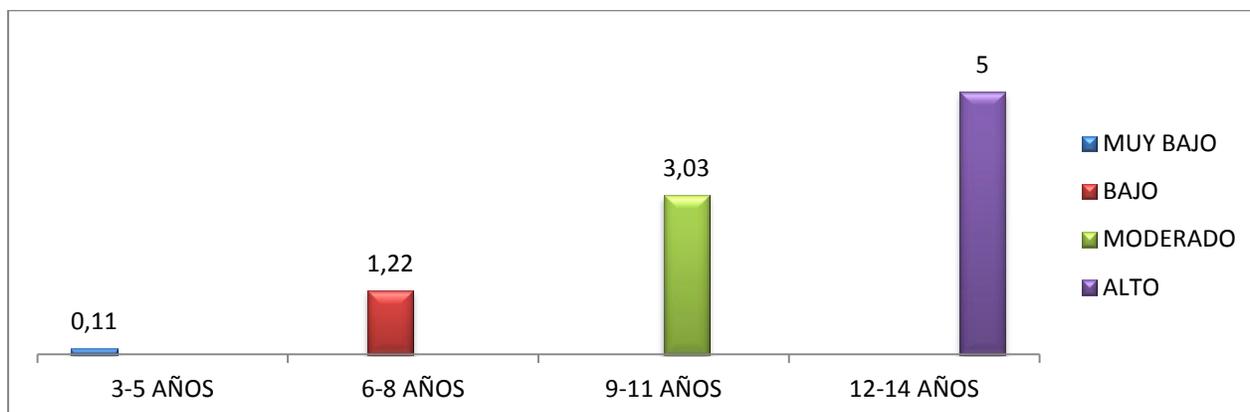
Fuente: Historia Clínica de los establecimientos Fray Vicente Solano, Juan Ullauri, Pedro López Medrano, Matilde Palacio de Jaramillo y Dr. Ricardo Sotomayor.

Elaboración: Ma. De los Ángeles Silva Celi Investigadora

INTERPRETACIÓN:

De los datos obtenidos, en la gráfica se puede apreciar que los niños de 3-5 años y 6-8 años de edad presentan el nivel más alto del índice CEO-D, resultando un valor de 6.15, mientras que en los niños de edad de 9 a 11 años presentan un nivel moderado del índice CEO-D, que representa el 3.76.

GRÁFICA N° 14 RELACIÓN ÍNDICE CPO-D (Dientes cariados, Perdidos y Obturados por unidad de diente)- EDAD



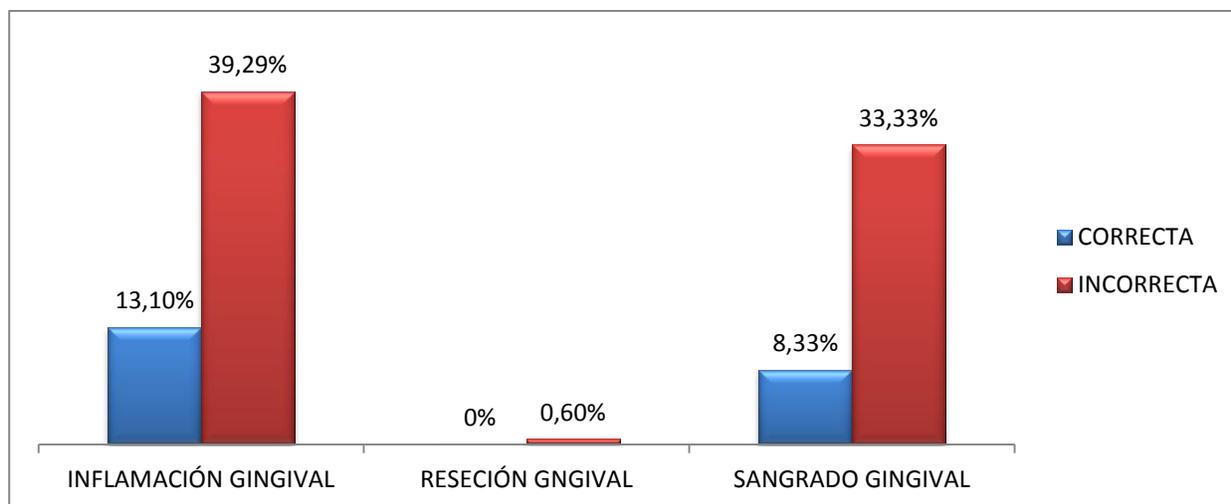
Fuente: Historia Clínica de los establecimientos Fray Vicente Solano, Juan Ullauri, Pedro López Medrano, Matilde Palacio de Jaramillo y Dr. Ricardo Sotomayor.

Elaboración: Ma. De los Ángeles Silva Celi Investigadora

INTERPRETACIÓN:

En la presente gráfica, se puede observar que los alumnos de 6- 8 años, presenta un índice de CPO-D “Bajo” de 1.22, de 9-11 años se encuentran en un nivel “moderado” de 3.03, mientras que los niños de edad de 12-14 años se encuentran en un valor de 5 que representa un nivel “alto”.

GRÁFICA N° 15 RELACIÓN INFLAMACIÓN, RECESIÓN Y SANGRADO GINGIVAL CON LA TÉCNICA DE CEPILLADO



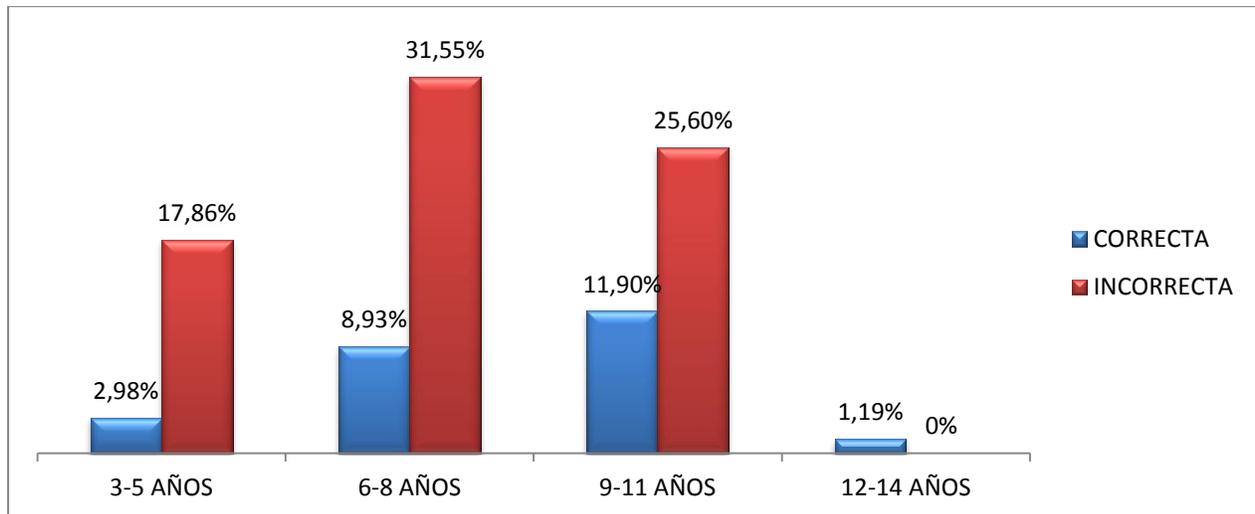
Fuente: Historia Clínica de los establecimientos Fray Vicente Solano, Juan Ullauri, Pedro López Medrano, Matilde Palacio de Jaramillo y Dr. Ricardo Sotomayor.

Elaboración: Ma. De los Ángeles Silva Celi Investigadora

INTERPRETACIÓN:

Como se puede observar en la presente gráfica, los alumnos que se cepillan de manera correcta presentan bajos niveles de inflamación, representado por un 13.10%, y sangrado gingival con un 8.33%; mientras tanto, los que utilizan una técnica de cepillado incorrecta son los que presentan en mayor cantidad la inflamación gingival con un 39.29%, recesión gingival de 0.60% y sangrado gingival con 33.33%.

GRÁFICA N° 16 RELACIÓN EDAD-TÉCNICA DE CEPILLADO



Fuente: Historia Clínica de los establecimientos Fray Vicente Solano, Juan Ullauri, Pedro López Medrano, Matilde Palacio de Jaramillo y Dr. Ricardo Sotomayor.

Elaboración: Ma. De los Ángeles Silva Celi Investigadora

INTERPRETACIÓN:

Como se puede observar en el presente cuadro, los niños de edad de 3 a 5 años presentan una técnica de cepillado incorrecta con 17.86%, una técnica de cepillado correcta con un 2.98% , los niños de edad 6 a 8 años, presentan una mala técnica de cepillado representando un 31.55% y aquellos que lo realizan de manera correcta con un 8.93%, los niños de edad de 9 a 11 años presentan una técnica de cepillado correcta representado con un 25.60% , una mala técnica de cepillado con un 11.90% , mientras que los niños de 12 a 14 años se cepillan correctamente los dientes representado por un 1.19%

7. DISCUSIONES

Tras la revisión exhaustiva realizada de la forma más objetiva posible del estado de la salud bucodental no debe ser descartada, debido a que puede repercutir en su estado general del individuo, es por eso que la salud oral y la salud general no sean interpretadas como entidades separadas, debido a que van a marcar problemas de salud en la edad adulta.

El problema de los dientes es una situación que afecta a la mayoría de escolares y adolescentes; esto a su vez compromete el estado físico del niño en la aparición de enfermedades del estómago, bajo rendimiento escolar y posteriormente problemas de tipo emocional. (Tascon, J. 2005)

El índice de caries en los dientes deciduos de los escolares de la edad de 6 – 8 años es de 38.69% con un índice CEO-D(Dientes Cariados, Extracción indicada, Obturados por unidad de diente) de 6.15, mientras que en los dientes permanentes de esa misma edad es de 40.48%, con un índice CPO-D(Dientes cariados, Perdidos y Obturados por unidad de diente) de 1.22 es decir, un poco más de la tercera parte de los niños con dientes permanentes presentan esta enfermedad, por lo que la afectación de caries dental, es similar en un estudio realizado en México (Moreno, A.2001), en el que se revisaron 662 niños de 6 y 7 años de edad; 95% de ellos presento caries en los dientes deciduos, un CEO-D de 7.0 y un 33.7% en los dientes permanentes con un CPO-D de 0.81, se plantea que la caries de la primera infancia, que afecta a los dientes deciduos según su cronología de erupción, involucra a varios dientes en forma rápida, lo que produce un significativo desarrollo de caries de la dentición temporal y posteriormente en la permanente. Otro estudio realizado en Colombia (Triana, F. 2005), indica que el 25% de los niños son afectados por caries dental, mientras que estudios hechos en Cuba (1998) por el MINSAP(Zacca, G. 1998), encontró el 42% de niños afectados por caries dental en estas edades, en cuanto al promedio de dientes afectados, coincide son los datos obtenidos en Un Estudio Epidemiológico de Salud Bucal en Escolares en Ecuador (1996), menciona que al 88,2% de los escolares menores de 15 años se encuentran afectados por caries dental.(MSP, Normas y Procedimientos de atención bucal. 2009)

En cuanto a los factores asociados a las patologías bucodentales, este estudio hace hincapié a la importancia de la higiene bucal, ya que el riesgo de desarrollar caries se relaciona con la higiene bucal, y la frecuencia de consumos de alimentos cariogénicos. En la población estudiada se observó un 75% en la que se relaciona con una técnica de cepillado incorrecta, por lo que es

necesario implantar programas de educación donde deberá ser incluida la madre, debido a su influencia, haciendo un enfoque en la transmisión de hábitos higiénicos y dietéticos ya que al parecer para la salud bucal se inicia desde la etapa preescolar. (Moreno, A. 2001)

8. CONCLUSIONES

- La Salud Bucodental de los Centros Educativos de Educación Básica “Fray Vicente Solano”, “Juan Ullauri”, “Pedro López Medrano”, “Matilde Palacio de Jaramillo”, “Dr. Ricardo Sotomayor”, se encuentra afectada, debido a muchos indicadores que interviene de forma negativa a la salud oral; tales como la falta de educación bucodental, ausencia de promoción y prevención oral, así como también el poco interés y/o conocimiento acerca de la importancia que tienen el aseo bucodental como factor determinante para diferentes enfermedades del organismo en general.
- Los factores de riesgo mayormente asociados con la aparición de la caries dental fueron la ingestión no controlada de una dieta cariogénica(33.93%), la mala técnica de cepillado(75%) así como también una higiene bucal deficiente.
- La patología que más prevalece en este estudio es la caries dental con un 75 % en niños de 6 a 11 años de edad y como segundo lugar es la inflamación gingival con un 44.64% que afectó al mismo grupo de edad.

9. RECOMENDACIONES

- Considerar a las escuelas como un espacio de oportunidad para llevar a cabo medidas preventivas y de educación para mejorar la salud oral de la población y evitar daños mayores en la edad adulta.
- Indicar que el cepillado dental tres veces al día; si se realiza solamente una vez al día contribuye a la mala higiene bucal, y la confirma como un factor de riesgo, pero si su uso es adecuado contribuye a la prevención de caries, particularmente si se utilizan dentífricos fluorados.
- Potenciar programas preventivos escolares de salud Oral, haciendo hincapié en el cepillado, e introducir la eliminación preventiva de biofilm dental, de esta manera combatir patologías gingivales.
- Sugerir al personal de Salud de Yangana en hacer énfasis en el diseño e implementación de políticas públicas dirigidas a la prevención oral, manejo y promoción de la salud bucodental de la comunidad, sobre todo en las poblaciones más vulnerables a enfermar como la de los niños.
- Implementar programas de promoción y protección específica de la salud bucal, programas dirigidos a los padres de familia que motiven el mejoramiento de los hábitos higiénicos y dietéticos de la familia, que los orienten sobre el efecto que los alimentos blandos y con alto contenido en carbohidratos tienen en la acumulación de la biofilm dental, así como sobre las ventajas de los alimentos fibrosos en la auto-limpieza bucal.

- Implementar programas preventivos a una edad temprana donde debe ser incluida la madre, ya que en la transmisión de hábitos higiénicos y dietéticos es fundamental en la salud bucal de los escolares.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Higashida, B. (2000). Odontología Preventiva. Mac Graw-Hill Internacional, México DF.
2. Norman O. & Harris, F.G. (2005), Odontología Preventiva Primaria, 2da. Edición, Editorial Manual Moderno.
3. Cuenca E. & Baca P. (2005). Odontología preventiva y Comunitaria, principios, métodos y aplicaciones, 3ra Edición, Editorial Masson, Barcelona, España.
4. Ceredo, V. (2002). Historia clínica, Metodología Didáctica, Editorial Médica Panamericana, México. D.F.
5. Nochi, C.E. (2008). Odontología Restauradora, salud y estética, 2da. Edición, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, Argentina.
6. Barrancos, M. (2000). Operatoria Dental, 3ra. Edición, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, Argentina.
7. Shafer, B.M. (1986). Tratado de patología Bucal. 4ta Edición, Editorial Interamericana, México, D.F.
8. Laskaris, G. (2001). Patologías de la cavidad Bucal en Niños y Adolescentes. 1era Edición, Editorial Amolca.
9. Philip, S. (2006). Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. 2da. Edición, Editorial Elsevier, Madrid, España.
10. Boj, J.R. (2004). Odontopediatría, Editorial Masson, España
11. Bravo E. Ortodoncia Clínica y sus Principios Teóricos y Prácticos. Tratamiento de la maloclusión
12. Vellini, F. (2002), Ortodoncia, Diagnóstico y Planificación clínica, Editorial Artes Médicas, Latinoamericana, 1era Edición, Sao Paulo, Brasil.

13. Okeson, J. (2008). Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares, 6ta. Edición, Editorial ElsevierMosby, España
14. Echeverria, J. Manual SEPA de Periodoncia y Terapéutica de Implantes, fundamentos y Guía Práctica. 2005 . Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegracion, Editorial Panamericana. Vol II, Madrid, España.
15. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Normatización del Sistema Nacional de Salud. Área de Salud Bucal. Normas y Procedimientos de Atención Bucal. Primer Nivel. 2009
16. 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.
17. Cárdenas.D.(2003) Fundamentos de odontología. Odontología Pediátrica. Corporación para investigaciones biológicas. Tercera edición.
18. Vajdi,G. (2011) Manual Ilustrado de Cirugía Oral y Maxilofacial. Panamá: Jaypee-Highlights Medical Publisher.
19. J. R. Boj; M. Catala; C. García – Balletas; A. Mendoza; *Odontopediatria*. Editorial Masson. S. A. España 2004.
20. Gobierno Autónomo Descentralizado de la Parroquia Yangana. (2011). Plan de Desarrollo y Ordenamiento territorial 2011-2016- Yangana, Loja, Ecuador
21. Saldivar, I. (2013,26 de Marzo). Slideshare (Presentation transcript). Recuperado de: <http://www.slideshare.net/IvanAlonsoSaldivar/diagnostico-de-salud-ivan-alonso>
22. Gobierno de la Provincia de Catamarca(Equipo de Trabajo interinstitucional en sistemas de información Geográfica) recuperado en : <http://www.atlas.catamarca.gov.ar/PDF/unidades%20tematicas/sociedad/salud/Salud.pdf>
23. Villafranca, F. (2005). Manual del Técnico Superior en Higiene Bucodental, 1era Edición, Editorial, Mad,S.L. España.

24. Ortiz, M. & Godoy, S. (2009). Pérdida prematura de dientes temporales en pacientes de 5 a 8 años de edad asistidos en la Clínica de Odontopediatria de la Universidad Gran Mariscal de Ayacucho, Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria , Recuperado en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art17.asp>
25. González P. & Marrero, L. (sf). Mordida Cruzada Anterior, Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria Versión Electrónica Recuperado en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/pdf/art19.pdf>
26. Aparecido, C. & Col. (2011). Mordida Cruzada Posterior. Acta Odontológica Venezolana. Versión Electrónica. Volumen 49 N° 1. Recuperado en : <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2011/1/art12.asp>
27. González, M.F. & Guida, G. (2002) 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 Odontopediatria , Versión Electrónica, Recuperado en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art29.asp>
28. Agurto, P. & Díaz, R. (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, Versión Electrónica. Vol.70 n.6 Santiago, Recuperado en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0370-41061999000600004&script=sci_arttext
29. Lugo, C. & Toyo, I. (2011), "Hábitos Orales No Fisiológicos Más Comunes Y Como Influyen En Las Maloclusiones." Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria, Versión Electrónica, Recuperado en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art5.asp>

30. Torres, M. (2009) Desarrollo de la dentición, Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria, 2009 , Recuperado en:
<http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art23.asp>.
31. Martínez, G. (2009). Indicadores de Riesgo para la caries Dental en niños Preescolares de la Boquilla, Cartagena, Revista de salud pública, vol 11 n° 4 Bogotá July/Aug 2009
32. Crespo, R.(2005) Epidemiología de la patología de la mucosa Oral mas frecuente en niños, Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal (Ed. impresa), Vol 10 n° 5 Valencia nov-dic. 2005
33. Duque, J.(2003),Factores de Riesgo asociados con la enfermedad caries dental en niños, Revista Cubana de Estomatología Vol. 40 n°2 ciudad e la Habana Mayo-Agost. 2003
34. Murrieta, J.(2004), Prevalencia de gingivitis en un grupo de escolares y su relación con el grado de higiene oral y el nivel de conocimientos sobre salud bucal demostrado por sus madres, Boletín Médico del Hospital Infantil de México ,Vol 61 n° 1 México Febrero 2004
35. MURRIETA, J.,Prevalencia de gingivitis asociada a la higiene, ingreso familiar y tiempo transcurrido desde la última consulta dental, en un grupo de adolescentes de Istapalapa, Ciudad de México, Boletín Médico del Hospital Infantil de México Vol.65 n° 5 México
36. Sep/ Oct 2008
37. Juárez, M.(2005), Prevalencia y Factores de Riesgo asociados a enfermedad Periodontal en preescolares de la ciudad de México, Gaceta Médica de México, Vol 141 n°3 May- Jun 2005
38. Tascon, J.(2005),Creencias sobre carias e higiene Oral en Adolescentes del Valle Cauca, On-line Colombia MÉDICA Vol. 36 n° 2 Cali June 2005
39. Moreno, A. (2001), Riesgo de caries en escolares de escuelas oficiales de la ciudad de México. Revista Mexicana de Pediatría, Vol 68, n°6 Nov-Dic 2001

40. Triana , F.& Rivera, S. (2005).. Estudio de morbilidad oral en niños de una población de indígenasamazónicos.ColomMed2005;36, Recuperado en :
<http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/viewArticle/396>
41. www.inec.gob.ec/estadisticas

11. ANEXOS

ESCUELA “JUAN ULLAURI”

FOTOGRAFIA N° 1. Centro Educativo “Juan Ullauri”



FUENTE. Barrio “La Elvira”, Unidad Educativa “Juan Ullauri”

FOTOGRAFIA N° 2. Diagnóstico Bucodental



FUENTE. Barrio “La Elvira”, Unidad Educativa “Juan Ullauri”

FOTOGRAFIA N° 3. Entrega de Pastas y Cepillos dentales



FUENTE. Barrio "La Elvira", Unidad Educativa "Juan Ullauri"

**ESCUELA “PEDRO LÓPEZ
MEDRANO”**

**FOTOGRAFIA N° 4. Aplicación de la
Encuesta**



FUENTE. Barrio “Comunidades”, Unidad Educativa “Pedro López Medrano”

**FOTOGRAFIA N° 5. Presentación de un
caso: Mordida Bis a Bis**



FUENTE. Barrio “Comunidades”, Unidad Educativa “Pedro López Medrano”

**ESCUELA “MATILDE PALACIO
DE JARAMILLO”**

FOTOGRAFIA N° 6. Diagnóstico Bucodental



FUENTE. Barrio “Masanamaca”, Unidad Educativa “Pedro López Medrano”

**FOTOGRAFIA N° 7. Alumnos del
Establecimiento Educativo**



FUENTE. Barrio “Masanamaca”, Unidad Educativa “Pedro López Medrano”

ESCUELA “DR. RICARDO SOTOMAYOR”

FOTOGRAFIA N° 8. Aplicación de la encuesta



FUENTE. Barrio “El Suro”, Unidad Educativa “Dr. Ricardo Sotomayor

FOTOGRAFIA N° 9. Entrega de Cepillos y Pastas Dentales



FUENTE. Barrio “El Suro”, Unidad Educativa “Dr. Ricardo Sotomayor

**ESCUELA “FRAY VICENTE
SOLANO”**

FOTOGRAFIA N° 10. Historia Clínica



FUENTE. Yangana, Unidad Educativa “Fray Vicente Solano”

FOTOGRAFIA N° 11. Odontograma



FUENTE. Yangana, Unidad Educativa “Fray Vicente Solano”

FOTOGRAFIA N° 12. Entrega de Pastas y Cepillos dentales



FUENTE. Yangana, Unidad Educativa “Fray Vicente Solano”

INDICE DE CONTENIDOS

CARATULA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORÍA.....	iii
AUTORIZACION DE TESIS.....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
TITULO.....	1
RESUMEN, SUMMARY	2
INTRODUCCIÓN.....	4
REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	7
CAPITULO I	
12. DIAGNÓSTICO DE SALUD DEL CANTON LOJA	
1.5 Definición de diagnóstico.....	8
1.6 Niveles de diagnóstico.....	8
1.7 Diagnóstico de salud bucodental.....	8
1.8 Caracterización da la Parroquia Yangana	
1.8.1 Historia	9
1.8.2 Educación.....	10
CAPITULO II	
13. SALUD ORAL	
13.1. Concepto de salud oral.....	11
13.2. Historia	
Clínica.....	11
13.3. Patología	
13.3.1. Lesiones de los Tejidos Duros	

13.3.1.1.	Caries Dental.....	11
13.3.1.2.	Alteraciones de Número.....	12
13.3.1.3.	Alteraciones de Forma.....	14
13.3.1.4.	Alteraciones de Estructura.....	17
13.3.1.5.	Fluorosis Dental.....	22
13.3.2.	Lesiones de los tejidos Blandos	
13.3.2.1.	Enfermedades Gingivales.....	23
13.3.3.	Maloclusión	
13.3.3.1.	Dentición Temporal.....	24
13.3.3.2.	Dentición Mixta.....	26
13.3.3.3.	Dentición Permanente.....	26
13.3.4.	Perdida prematura de Dentición Decidua.....	28
13.3.5.	Mordida Abierta.....	29
13.3.6.	Mordida Profunda.....	29
13.3.7.	Mordida Cruzada Anterior.....	29
13.3.8.	Mordida Cruzada Posterior.....	29
13.3.9.	Mordida Bis a Bis.....	30
13.4.	Hábitos	
13.4.1.	Succión Digital.....	30
13.4.2.	Respiración Bucal.....	31
13.4.3.	Deglución Atípica.....	31
13.4.4.	Interposición Lingual.....	32

CAPITULO III

14.	Riesgo.....	34
14.1.	Factores	
	Riesgo.....	34
15.	Factores de Riesgo que inciden en la salud- enfermedad bucodental	
15.1.	Factores de Riesgo	
	Locales.....	34
15.2.	Factores de Riesgo Generales.....	35

MATERIALES Y MÉTODOS.....	28
RESULTADOS.....	30
DISCUSION.....	46
CONCLUSIONES.....	48
RECOMENDACIONES.....	49
BIBLIOGRAFIA.....	51
ANEXOS.....	56
INDICE	