



# UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

*Área de la Salud Humana*  
**CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**TEMA:**

**“DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN EL COLEGIO NACIONAL MIXTO VILCABAMBA Y JARDIN ANTONIO PEÑA CELI DE LA PARROQUIA VILCABAMBA DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013”.**

Tesis previa a la Obtención del Título de Odontóloga.

**AUTORA:**

Adriana de los Ángeles Cuenca Ordoñez.

**DIRECTOR:**

Dra. Tannya Valarezo.

**LOJA-ECUADOR**

**2013**

Dra. Tannya Valarezo.

DOCENTE DEL AREA DE LA SALUD HUMANA, CARRERA DE ODONTOLOGÍA  
DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.

CERTIFICA:

Que el presente trabajo: “**DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN EL COLEGIO NACIONAL MIXTO VILCABAMBA Y JARDIN ANTONIO PEÑA CELI DE LA PARROQUIA VILCABAMBA AÑO 2013**”, de autoría de la Srta. Adriana de los Ángeles Cuenca Ordoñez ha sido dirigida y revisada durante todo el proceso de investigación, cumple con los requisitos metodológicos y los requerimientos esenciales exigidos por las normas generales para la graduación; en tal virtud autorizo la presentación final del mismo para su evaluación y discusión ante el respectivo Tribunal de Grado.

Loja, Noviembre del 2013



..... Dra. Tannya Valarezo .....

Dra. Tannya Valarezo

DIRECTORA

**AUTORÍA**

Yo, ADRIANA DE LOS ANGELES CUENCA ORDOÑEZ, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido de la misma.

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

**Autora:** ADRIANA DE LOS ANGELES CUENCA ORDOÑEZ

**Firma:**



**Cedula de Identidad:** 1104716988

**Fecha:** 15-11-2013

**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR PARA LA  
CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN  
ELECTRONICA**

Yo, ADRIANA DE LOS ANGELES CUENCA ORDOÑEZ, declaro ser autora de la tesis titulada: “**DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN EL COLEGIO NACIONAL MIXTO VILCABAMBA Y JARDIN ANTONIO PEÑA CELI DE LA PARROQUIA VILCABAMBA AÑO 2013**”, como requisito para optar al grado de: ODONTÓLOGA; autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

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

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

Para constancia de la autorización, en la ciudad de Loja, a los 14 días del mes de Noviembre del dos mil trece, firma el autor.

**Firma:**



**Autora:**

ADRIANA DE LOS ANGELES CUENCA ORDOÑEZ

**Cédula:**

1104716988

**Dirección:**

Cdla. Maestro II Etapa      correo: adr.249@hotmail.com

**Teléfono:**

2579386-0994138420

**Datos Complementarios:**

**Director de Tesis:**

Dra. Tannya Valarezo

**Tribunal de Grado:**

Dra. Gloria Carrión

Dra. José Procel

Dr. Luis Vilela

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco en primer lugar a Dios que me dio la vida y la ha llenado de bendiciones en todo este tiempo, a él que con su infinito amor me ha dado la sabiduría suficiente para culminar mi carrera.

A la Universidad Nacional de Loja por darme la oportunidad de estudiar y ser un profesional.

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento, a mis profesores durante toda mi carrera profesional porque todos han aportado con un granito de arena a mi formación. En especial a mi director de tesis, Dra. Tannya Valarezo, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar mis estudios con éxito.

Y como no grabar en esta página el agradecimiento más profundo a mi madre quien con su apoyo, comprensión y fortaleza me han sabido guiar por el camino del bien, a pesar de las distintas circunstancias adversas a la que la vida nos expone con el único objetivo de cumplir mis sueños.

A mis amigas agradecerles por su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

**Adriana...**

## **DEDICATORIA**

A Dios, por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos.

Mi querida mamita Martha, por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, su fuerza y fortaleza que aunado a ese infinito amor me hacen una persona de bien cada día.

**Adriana de los Ángeles Cuenca Ordoñez.**

## **1. TÍTULO**

**“DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN EL COLEGIO NACIONAL MIXTO VILCABAMBA Y JARDÍN ANTONIO PEÑA CELI DE LA PARROQUIA VILCABAMBA DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013.”**

## 2. RESUMEN

La caries dental y la enfermedad periodontal a nivel mundial son las enfermedades de mayor prevalencia. En la actualidad su distribución y severidad varían de acuerdo a múltiples factores, como ambientales, socioculturales, económicos, etc.

Los servicios de salud en especial la atención odontológica, sufre inequidades en cuanto a cobertura, que afecta principalmente a sectores rurales, esto sumado a los altos índices de pobreza, determinan que en estas zonas existe una mayor prevalencia de afecciones bucodentales.

Es necesario dar a conocer que existe una falta de información acerca del estado de salud bucodental de los sectores más lejanos de nuestro cantón; es por ello que se ha creído conveniente realizar el presente trabajo investigativo para poder ampliar conocimientos en base al grado de salud enfermedad de la población de la parroquia Vilcabamba. Para llevar a cabo la investigación se planteó los siguientes objetivos: Realizar el diagnóstico de salud bucodental de los alumnos del “Colegio Nacional Mixto Vilcabamba”, y Jardín “Antonio Peña Celi” de la parroquia Vilcabamba; mediante la identificación de los factores de riesgo que influyen en la salud oral, y la determinación de la prevalencia de las principales patologías. El estudio fue de tipo cuantitativo, prospectivo y descriptivo; el universo lo constituyeron 763 estudiantes pertenecientes a las dos instituciones. La muestra fue muestra de 171 alumnos, de los cuales 159 son pertenecientes a los segundos y terceros años de bachillerato del Colegio Nacional Mixto Vilcabamba; y 14 alumnos son pertenecientes al Jardín “Antonio Peña Celi. Para llevar a cabo el trabajo se realizó el llenado de la historia clínica y encuesta, evaluándose la técnica de cepillado; los datos nos supieron manifestar que la caries dental y la inflamación gingival son las patologías de mayor prevalencia dentro de la muestra, las mismas que están influenciadas por la incorrecta técnica de cepillado, la poca frecuencia de cepillado y la escasa visita al odontólogo. En cuanto a resultados se obtuvo: 72% de caries dental, 14,6% de inflamación gingival, 24% de Fluorosis dental y un 79,9% de malolusiones.

Luego de haber realizado el estudio se puede concluir que existe un alto índice de alteraciones dentales, que influyen negativamente en el estado de salud general de la población, afectando al desarrollo propio de la persona y de la comunidad en conjunto. Por lo que se recomienda campañas de promoción y prevención oral a la población de



mayor riesgo. En base a lo mencionado podemos decir que los procedimientos llevados a cabo en ambas instituciones me permitieron dar a conocer a los estudiantes medidas de promoción en cuanto a salud oral, higiene bucal, hábitos alimenticios tratando de ampliar conocimientos y fomentar pensamientos de concientización a alumnos, alumnas, docentes, y padres de familia en beneficio del bienestar de salud oral de estudiantes.

### **3. SUMMARY**

Dental caries and periodontal disease worldwide are most prevalent diseases. Currently its distribution and severity vary according to many factors, including environmental, cultural partner, economic, etc.

Health services especially dental care, suffer inequities in coverage , which mainly affects rural areas, this combined with the high poverty rates, determined that in these areas there is a higher prevalence of oral disease .It is necessary to acknowledge that there is a lack of information about the oral health status of the most distant of our county, which is why it has seen fit to make this research work to expand knowledge based on the degree of health and illness of the population of the parish Vilcabamba. To carry out research had the following objectives: to make a diagnosis of oral health of students "National Joint College Vilcabamba " and Garden " Antonio Peña Celi " Vilcabamba the parish , by identifying risk factors influence oral health , and the determination of the prevalence of major diseases. The quantitative study was a prospective, descriptive , the universe was made up 763 students from the two institutions. The sample was sample of 171 students, of which 159 are members of the second and third years of high school National Joint College Vilcabamba, and 14 students are belonging to the Garden "Antonio Peña Celi . To carry out the work was done filling history and survey, evaluating brushing technique and the data we were able to show that dental caries and gingival inflammation are the most prevalent diseases in the sample, the same as are influenced by improper brushing technique, the low frequency of brushing and visiting the dentist low . As results were obtained: 72 % of dental caries, gingival inflammation 14.6% , 24 % of dental fluorosis and 79.9% of malolusiones .

After completing the study it can be concluded that there is a high rate of tooth disorder , which adversely affect the general health of the population , affecting the proper development of the individual and of the community as a whole. As recommended promotion and prevention campaigns oral. Based on the above we can say that the procedures carried out at both institutions allowed me to inform students regarding measures to promote oral health , oral hygiene , eating habits, trying to expand knowledge and encourage students awareness thoughts , students , teachers, and parents to benefit oral health welfare of students .

.....

**LIC. Rosila Emperatriz Orellana Correa**

**LICENCIADA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN COON ESPECIALIDAD EN IDIOMA  
INGLÉS**

**Con Registro Nro: 0091-Folio Nro: 06**

## **4. INTRODUCCIÓN**

*Los altos índices de caries dental, y enfermedad periodontal son considerados como las patologías de mayor prevalencia en la actualidad. Tienen como causas, la limitada promoción de salud oral, inadecuadas prácticas de higiene bucal, diferentes estilos de vida, falta de accesibilidad a servicios de salud, bajos recursos económicos, entre otras.*

*En la adolescencia temprana, 10 a 14 años, 12 dientes primarios se exfolian y otros tantos permanentes erupcionan. Con la aparición del segundo molar permanente a los 12 años queda completada la dentición permanente, Los terceros molares erupcionan en la adolescencia tardía de 18 a 20 años. Por tratarse de un grupo comprendido entre los 10 y 20 años, la atención de salud del adolescente debe incluir el amplio espectro de la odontología. Las medidas citadas con frecuencia entran en conflicto con el estilo de vida y las características propias del adolescente en esta etapa; ellos valoran el espacio de información cuando se les brinda talleres de educación para la salud realizados en forma multidisciplinaria los cuales deberían ser una práctica habitual en la programación escolar.<sup>1</sup>*

*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 Biofilm dental y el 53% está afectado con gingivitis. Además, se evidencio que de los niños examinados el 35% presentaba algún tipo de mal oclusión.<sup>2</sup>*

*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 Ceo fue de 4,5 para las niñas y de 5,1 para los niños, en tanto que el índice de CPOD fue de 1,9 en las niñas y de 1,6 en los niños”.<sup>3</sup>*

---

<sup>1</sup> La Salud Bucal en la Percepción del Adolescente REVISTA DE SALUD PÚBLICA. Cléa A. Saliba-Garbin, Artênio J. Isper-Garbin, Renato Moreira-Arcieri, Nemre A Saliba y Patricia E. Gonçalves. Volumen 11(2), Abril 2009 Recibido 17 Agosto 2008/Enviado para Modificación 2 Enero 2009/Aceptado 25 Febrero 2009. Disponible en:

• [http://www.intec.edu.do/downloads/pdf/biblioteca/012-biblioteca\\_formato\\_vancouver.pdf](http://www.intec.edu.do/downloads/pdf/biblioteca/012-biblioteca_formato_vancouver.pdf)

<sup>2</sup> 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

<sup>3</sup> GONZALEZ, Andrea. CARPIO Miriam. 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. Tomada de la tesis de Sandra Paulina Espinoza. Año 2010.

*El presente trabajo investigativo: “DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN EL COLEGIO NACIONAL MIXTO VILCABAMBA Y JARDIN ANTONIO PEÑA CELI DE LA PARROQUIA VILCABAMBA AÑO 2013”; constituyó un estudio de carácter cuantitativo, descriptivo y prospectivo conformado por una muestra de 171 estudiantes, tiene por objetivos realizar un diagnóstico de estado de salud oral de los alumnos, identificar los principales factores de riesgo que afectan y destacar la prevalencia de las principales patologías presentes. Para la recolección de los datos se realizó el llenado de cada historia clínica y encuesta por cada alumno, y por medio de un pantoma se pedirá 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. Los datos fueron analizados y tabulados para construir la información epidemiológica.*

*De acuerdo a los datos obtenidos se pudo determinar que la patología de mayor prevalencia lo constituye la caries dental y la inflamación gingival, las mismas que están influenciadas por la incorrecta técnica de cepillado, la poca frecuencia de cepillado y la escasa visita al odontólogo.*

## **5. REVISIÓN DE LA LITERATURA**

### **CAPITULO I DIAGNÓSTICO EN SALUD DENTAL**

- 1.1. DEFINICIÓN DE DIAGNÓSTICO
- 1.2. CLASIFICACIÓN
- 1.3. DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL

- 1.4. VILCABAMBA
  - 1.4.1 HISTORIA
  - 1.4.2 JARDINES ESCUELAS Y COLEGIOS

## **CAPITULO II PATOLOGÍAS**

- 2.1 LESIONES DE TEJIDOS DUROS
  - 2.1.1 CARIES DENTAL
  - 2.1.2 ALTERACIONES DE NÚMERO
  - 2.1.3 ALTERACIONES DE FORMA
  - 2.1.4 ALTERACIONES DE ESTRUCTURA
  - 2.1.5 FLUOROSIS
- 2.2 LESIONES DE TEJIDOS BLANDOS
  - 2.2.1 ENFERMEDAD DE LAS ENCIAS
- 2.3 MALOCLUSIÓN
  - 2.3.1 DENTICIÓN TEMPORAL
  - 2.3.2 DENTICIÓN MIXTA
  - 2.3.3 DENTICIÓN PERMANENTE
- 2.4 PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES TEMPORALES
- 2.5 MORDIDA ABIERTA
- 2.6 MORDIDA PROFUNDA
- 2.7 MORDIDA CRUZADA ANTERIOR
- 2.8 MORDIDA CRUZADA POSTERIOR
- 2.9 MORDIDA BIS A BIS
- 2.10 HÁBITOS
  - 2.10.1 SUCCIÓN DIGITAL
  - 2.10.2 RESPIRACIÓN BUCAL
  - 2.10.3 DEGLUSIÓN ATÍPICA
  - 2.10.4 INTERPOSICIÓN LINGUAL

## **CAPITULO III FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN LA SALUD BUCODENTAL.**

- 3.1. CONCEPTO DE RIESGO
- 3.2 FACTORES DE RIESGO
- 3.3 FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN LA SALUD ENFERMEDAD ORAL
  - 3.3.1 FACTORES LOCALES
  - 3.3.2 FACTORES GENERALES

## **CAPÍTULO I DIAGNÓSTICO SITUACIONAL**

### **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.<sup>4</sup>

## 1.2 CLASIFICACIÓN

Administrativo: Su propósito es evaluar la eficiencia de los recursos para causas inmediatas a la enfermedad.

Estratégico: identifica necesidades de estratos y establecer riesgos en situaciones de problemática en salud.

Ideológico: Propósito: Identificar procesos sociales buscando una estabilidad social.<sup>5</sup>

## 1.3 DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL



FOTO 1 DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de salud lo constituye el conocimiento de la situación de salud de una comunidad y de los factores que la condicionan, de cuya precisión depende la calidad del tratamiento de la salud de la comunidad, la familia y el individuo. Este se basa en un análisis de los hallazgos con enfoque clinicobiológico, higienicoepidemiológico y social para la identificación de los problemas de salud. Es la medición del estado de salud de la población, en un momento determinado, por medio de los indicadores de salud.<sup>6</sup>

## 1.4 VILCABAMBA

### 1.4.1 HISTORIA

---

<sup>4</sup> Diagnóstico de Servicios de salud MSP MD. Juan Pablo Villa Barragán encontrado en : [http://www.pediatria.gob.mx/diplo\\_diagsit.pdf](http://www.pediatria.gob.mx/diplo_diagsit.pdf)

<sup>5</sup> Diagnóstico de Servicios de salud MSP MD. Juan Pablo Villa Barragán encontrado en : [http://www.pediatria.gob.mx/diplo\\_diagsit.pdf](http://www.pediatria.gob.mx/diplo_diagsit.pdf)

<sup>6</sup> Diagnóstico de Servicios de salud MSP MD. Juan Pablo Villa Barragán encontrado en : [http://www.pediatria.gob.mx/diplo\\_diagsit.pdf](http://www.pediatria.gob.mx/diplo_diagsit.pdf)



FOTO 2 PARROQUIA DE VILCABAMBA

El 29 de mayo, Vilcabamba celebró sus 146 años de vida política. El primer encomendero de Vilcabamba fue Don Pedro de León por los años 1538-1581. Fue fundada el 1 de septiembre de 1576 por el español Luis Fernando de la Vega, más tarde se le da la categoría de parroquia eclesiástica con el nombre de La Victoria, designando a su primer sacerdote Padre José María Aldeán, Cura Teniente Coadjutor. En la Ley del 29 de mayo de 1861, en la división territorial del Ecuador, la Convención Nacional eleva a Vilcabamba a la categoría de Parroquia Civil del cantón Loja.

Gracias a la dedicación y amor a su tierra, el Lic. Víctor Carpio Toledo, con la colaboración desinteresada de Victoriano Albito Orellana, luego de un exhaustivo trabajo investigativo, primero en los archivos del Municipio de Loja, Consejo Provincial, Gobernación de la Provincia y Casa de la Cultura, con resultados infructuosos, acudió a otras fuentes en la Capital de la República, como la Biblioteca P. Aurelio Espinosa Pólit, de los Jesuitas, la más antigua y completa del país, en donde se les informa que los archivos de la Historia del Ecuador fueron enviados al Archivo Nacional de la Casa de la Cultura Ecuatoriana, dirigido por el historiador y antropólogo Dr. Alfredo Costales Costales, quien manifiesta que en la Ley del 29 de mayo de 1861 sobre la División Territorial, se incluye todos los cantones y parroquias creados hasta la fecha, logrando de esta manera obtener la partida de nacimiento de la parroquia Vilcabamba, que desde el 2006 celebra su aniversario de creación.<sup>7</sup>

## **1.4.2 GEOGRAFÍA**

### **1.4.2.1 LIMITES**

---

<sup>7</sup> Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de Loja. Disponible en : <http://www.loja.gob.ec/contenido/vilcabamba>



**NORTE:** Limita con la parroquia rural de San Pedro de Vilcabamba.

**SUR:** Limita con las parroquias de Yangana y Quinara.

**ESTE:** En el sector oriental limita con la parroquia urbana de Valladolid del cantón Palanda, perteneciente a la provincia oriental de Zamora Chinchipe.

**OESTE:** Por la parte occidental está limitada por las parroquias de Quilanga y Fundochamba.<sup>8</sup>

#### **1.4.2.2 EXTENSION**

La extensión de la parroquia de Vilcabamba es de 157.26 km<sup>2</sup>

#### **1.4.2.3 CLIMA**

En opinión de la mayoría de médicos y científicos venidos a Vilcabamba, respecto al clima coinciden en calificarlo como “excelente”. En la temperatura de Vilcabamba no ocurren cambios bruscos, ésta siempre se mantiene entre los 18 y 22 grados centígrados. No se puede fijar determinadamente la estación de las lluvias; pero generalmente comienzan en Agosto y los aguaceros más fuertes son en Octubre, Noviembre y Abril. En la cordillera son frecuentes muchas lloviznas, por lo cual son tierras frías, húmedas y pantanosas; existe bastante madera pero es utilizada más como combustible que para la construcción.<sup>9</sup>

#### **1.4.2.4 POBLACIÓN**



FOTO 3 HABITANTE LONGEVO DE VILCABAMBA

---

<sup>8</sup> Gobierno Autónomo Parroquial Vilcabamba. Disponible en: <http://www.vilcabamba.gob.ec/index.php/pdot> .

<sup>9</sup> Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de Loja. Disponible en : <http://www.loja.gob.ec/contenido/vilcabamba>

La parroquia de Vilcabamba tiene 2.365 son hombres y 2.413 son mujeres (Fuente: Censo 2010- INEC).Con una población total de 4.778 habitantes.<sup>10</sup>

### 1.4.3 SERVICIOS BÁSICOS

En la parroquia de San Pedro de Vilcabamba, la mayoría de viviendas están en mal estado y algunas en condiciones inhabitables. El tipo de viviendas que existen son: Casa o Villa, Departamento en casa, Mediagua, Rancho, Covacha, Choza. En cuanto al alcantarillado “Hace dos meses, en San Pedro de Vilcabamba, inició la construcción del alcantarillado, desde la fosa séptica hasta el sistema matriz. La obra tiene avances. Edulia González, presidenta Parroquial de San Pedro de Vilcabamba, manifestó que las labores en el sistema de alcantarillado avanzan con el apoyo de la comunidad, a través de la Junta Administradora de Agua Potable y Saneamiento Ambiental. Colaboran también la Umapal y Gobierno Parroquial. González adujo esperan tener la ayuda hasta concluir la obra, porque mientras no se termine no habrá solución al colapso de la fosa séptica. Refirió que el progreso es del 45 %, aún faltan pozos.”<sup>11</sup>

### 1.4.4 EDUCACIÓN

#### ESCUELAS

Institución	Inicial	1er año	2do año	3er año	4to año	5to año	6to año	7mo año	8vo año	9no año	10mo año	Total	Docentes
Julian de Rúa Pizarro		2	5	6	5	3	1	6				28	3
Cuerpo de Paz		0	1	1	0	0	1	0				3	1
Piedad Burneo de Ojeda		0	1	2	1	0	1	0				5	1
Antonio Peña Celi	50											50	3
La Calandria		0	8	1	1	1	0	0				11	3

<sup>10</sup> Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Disponible en: [http://www.inec.gob.ec/cpv/index.php?option=com\\_content&view=article&id=232&Itemid=128&lang=es](http://www.inec.gob.ec/cpv/index.php?option=com_content&view=article&id=232&Itemid=128&lang=es)

<sup>11</sup> Crónica, San Pedro De Vilcabamba-Loja-Ecuador. Sistema-de-alcantarillado-avanza-en-san-pedro-de-vilcabamba

Juan Montalvo		45	51	84	60	40	62	59	15	12	19	421	28
Gonzalo Abad Grijalva		4	3	9	4	5	6	8				39	4
Francisco Javier Salazar		0	2	1	1	4	2	2				12	1
Dolores Palacio Bravo		0	1	0	1	1	1	0				4	1
Miguel Carpio Mendieta		0	0	1	1	0	1	1				4	1
Macará		0	0	1	1	0	1	1				4	1
Trece de Abril		15	32	20	24	22	28	39				180	12
José Vicente Andrade		3	4	3	2	4	4	2				22	2
C.de formación fiscal artesanal Vilcabamba										25	10	35	4

## COLEGIOS

Institución	Octavo	Noveno	Décimo	1er curso	2do curso	3er curso	Total	Docentes
Colegio N. Mixto Vilcabamba	130	103	95	142	111	91	696	40

El jardín Antonio Peña Celi es una institución gubernamental de educación inicial cuya dirección esta comandada por la Lic. Lourdes del Pilar Iñiguez, y el apoyo de 3 docentes, cuentan con la asistencia regular de 50 alumnos de la parroquia Vilcabamba. El Colegio Nacional Mixto Vilcabamba, institución de Bachillerato, se encuentra bajo la dirección del Lic. Luis Alberto Redraban, cuenta actualmente con 696 alumnos/as y la colaboración de 40 docentes.<sup>12</sup>

### 1.4.5 VIALIDAD

Desde la ciudad de Loja existen 40 km. de distancia al Valle de Vilcabamba, en un recorrido de 50 minutos aproximadamente en automóvil por carretera de primer orden. La empresa VIALSUR del Gobierno Provincial de Loja (GPL), de acuerdo al Plan

<sup>12</sup> Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Disponible en: [http://www.inec.gob.ec/cpv/index.php?option=com\\_content&view=article&id=232&Itemid=128&lang=es](http://www.inec.gob.ec/cpv/index.php?option=com_content&view=article&id=232&Itemid=128&lang=es)

Emergente para la Transitabilidad en la red vía rural, cumple con los trabajos establecidos en la zona 4 correspondiente al cantón Loja, parroquia Vilcabamba.<sup>13</sup>

## 1.4.6 ASPECTO CULTURAL

### 1.4.6.1 TRADICIONES

#### Carnaval de Vilcabamba



FOTO 4 PERSONAS CELEBRANDO EL CARNAVAL

El carnaval de Vilcabamba es un evento, que se desarrolla desde el año 2.000, en un principio se organizaron varias actividades con el objetivo de integrar a los pueblos sur orientales del cantón Loja ( Malacatos, Vilcabamba, San Pedro de Vilcabamba, Quinara y Yangana) y de esta manera lograr que propios y visitantes se beneficien de las bondades del clima de este valle y participen en varios actos, que se llevan a cabo con la participación de organizaciones públicas y privadas que ven el potencial turístico de Vilcabamba. A partir del año 2001, la Junta Parroquial de Vilcabamba, tomó el liderazgo en la organización. Esta celebración se realiza todos los años en los meses de Febrero o Marzo. El acto que abre la fiesta del Carnaval es el pregón, realizado un sábado por la tarde, en el mismo que se lleva a cabo el concurso de carros alegóricos y comparsas, con la participación de los barrios de la localidad, grupos ecuestre, planta turística, etc. Por la noche del sábado se elige la Reina del Carnaval con la participación de representantes de los diferentes barrios de la Parroquia. El concurso de caballos de paso, es un evento internacional muy importante, que expone hermosos ejemplares, de cuya organización se encarga la Asociación de Caballos de Paso de Loja, también se realizan el galope

---

<sup>13</sup> SANCHEZ, Miguel. Gobierno Provincial de Loja. Disponible en: <http://www.gpl.gob.ec/?p=14929>

campero, campeonato de gallos, ferias de artesanías y caninas. En las tardes se desarrollan “las tardes carnavalescas” alrededor del parque central con la presentación de algunos grupos musicales. Por las noches bares y hosterías ofrecen conciertos con música en vivo. Son cuatro días donde se puede disfrutar con alegría, el colorido carnaval en el Valle de la Longevidad.<sup>14</sup>

### **1.1.6.2 COMIDAS Y BEBIDAS TRADICIONALES**

En comidas se puede encontrar chanfaina, hígado frito, cecina y fritada. En bebidas el guarapo de caña<sup>15</sup>.

## **6. MATERIALES Y MÉTODOS**

El presente estudio fue de tipo cuantitativo ya que se determinó porcentualmente el estado de salud bucodental de los alumnos del “Colegio Nacional Mixto Vilcabamba” y el Jardín Antonio Peña Celi de la parroquia Vilcabamba; de tipo descriptivo porque nos

---

<sup>14</sup> Diario Centinela, <http://www.diariocentinela.com.ec/productos-y-gastronomia-oferto-ayer-vilcabamba/>

<sup>15</sup> Diario Centinela, <http://www.diariocentinela.com.ec/productos-y-gastronomia-oferto-ayer-vilcabamba/>

ayudó a determinar la situación de las variables ; y de tipo prospectivo porque la información se registró según fueron ocurriendo los fenómenos.

El Área de estudio constituyó la Parroquia Vilcabamba del cantón Loja. El universo lo constituyeron 763 estudiantes pertenecientes a las dos instituciones. La muestra fue muestra de 171 alumnos, de los cuales 159 son pertenecientes a los segundos y terceros años de bachillerato del Colegio Nacional Mixto Vilcabamba; y 14 alumnos son pertenecientes al Jardín “Antonio Peña Celi.

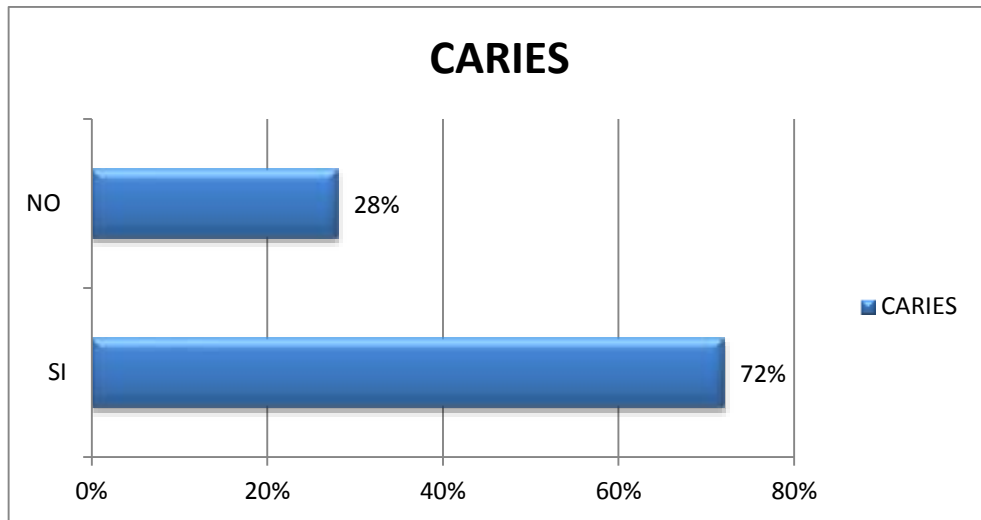
Dentro de los criterios de inclusión se encuentran los estudiantes que colaboraron en la recolección de los datos, y como criterios de exclusión los estudiantes que no colaboraron y no asistieron. Los instrumentos fueron la historia clínica odontológica, y la encuesta. Dentro del procedimiento una vez obtenida la autorización por parte de los directores de las dos instituciones, se procedió a realizar las actividades de: diagnóstico y llenado de la encuesta a cada alumno, además se preguntó la forma de cepillado y por medio de un pantoma se le explicó cómo sería la forma correcta, se dio charlas de salud oral y se concluyó con la entrega de pastas y cepillos. Todos estos procedimientos fueron avalados mediante evidencias fotográficas Los datos fueron tabulados Microsoft Excel, mediante graficas estadísticas. En base a los resultados se formuló conclusiones y recomendaciones y finalmente se elaboró el trabajo final.

En cuanto a los Recursos Humanos figura Dra. Tannya Valarezo Docente Directora del estudio. El Asesor Coordinador del Macroproyecto Dr. José Procel. El personal administrativo y estudiantes; y la Investigadora Adriana Cuenca Ordoñez. Entre los recursos Físicos tenemos los Establecimientos: Colegio Nacional mixto Vilcabamba” y Jardín “Antonio Peña Celi”.

## **7. INTERPRETACION DE DATOS**

### **1. REPRESENTACIÓN GRAFICA DE LA HISTORIA CLINICA**

## GRÁFICO 1: PRESENCIA DE CARIES

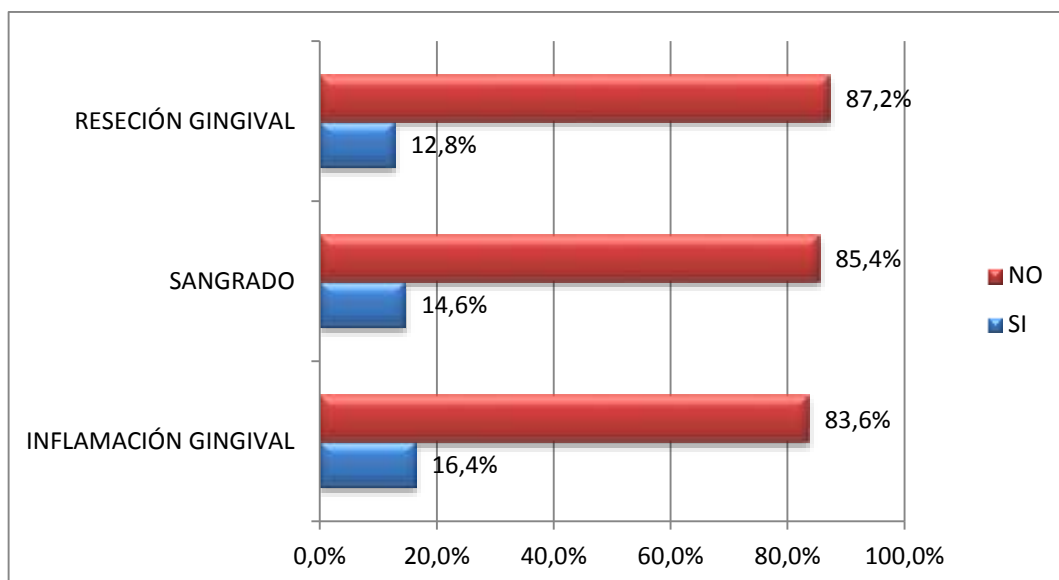


FUENTE: ALUMNOS DEL COLEGIO NACIONAL VILCABAMBA- NIÑOS DEL JARDIN ANTONIO PEÑA CELI.  
AUTORA: ADRIANA CUENCA ORDOÑEZ INVESTIGADORA

### INTERPRETACIÓN DE DATOS:

Luego de haber examinado a los estudiantes en la gráfica se observa que aproximadamente las  $\frac{3}{4}$  partes del total de los estudiantes presentaron caries dental, en un porcentaje 72%, lo que refleja una falta de conocimientos actitudes o prácticas en pro de la salud oral. Es importante mencionar que el 28% de los alumnos no presentaron esta patología.

## GRÁFICO 2: INFLAMACIÓN GINGIVAL



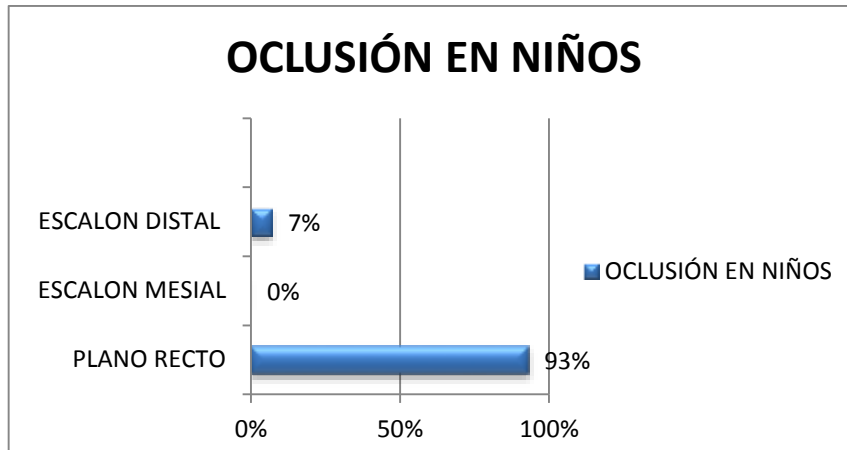
FUENTE: ALUMNOS DEL COLEGIO NACIONAL VILCABAMBA- NIÑOS DEL JARDIN ANTONIO PEÑA CELI.  
AUTORA: ADRIANA CUENCA ORDOÑEZ INVESTIGADORA

#### INTERPRETACIÓN DE DATOS:

Luego de haber analizado el estado gingival del grupo de estudiantes examinados, se pudo observar en el gráfico que el mayor porcentaje de estudiantes presentaron inflamación gingival en un 16,4%, valores que se relacionan con los porcentajes hallados de sangrado en un 14,6% y recesión gingival en un 12,8%; los mismos que se relacionan entre sí, ya que ante la presencia de una encía inflamada era frecuente observar que sangraba y presentaba recesión gingival; en casi todo en grupo intervenido, se trataba de gingivitis inducida por bio-film dental, observándose en las superficies dentales grandes cantidades del mismo, es decir que existía una deficiente higiene oral, asociada a una técnica incorrecta o poca frecuencia del cepillado dental.

### GRÁFICA 3: RELACIÓN MOLAR EN DENTICION TEMPORAL



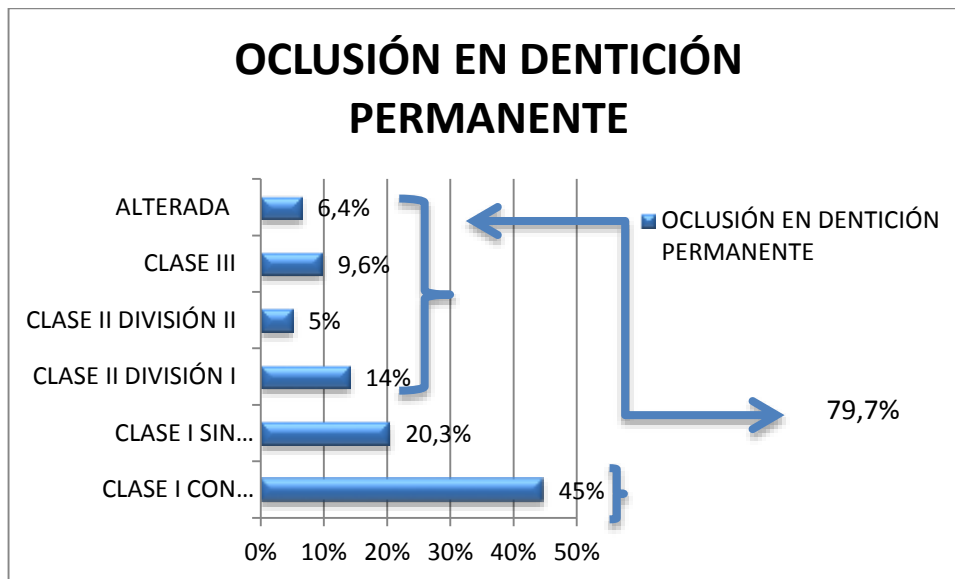


FUENTE: NIÑOS DEL JARDIN ANTONIO PEÑA CELI.  
 AUTORA: ADRIANA CUENCA ORDOÑEZ INVESTIGADORA

#### INTERPRETACIÓN DE DATOS:

Luego haber pedido a los estudiantes examinados que ocluyan en forma habitual y haber analizado la relación molar, la gráfica nos indica que aproximadamente las  $\frac{3}{4}$  partes de la muestra examinada presento una relación molar en plano terminal recto, lo que a futuro tiene probabilidad de evolucionar a clase I, o clase III si se continua con el crecimiento mandibular; mientras que un mínimo porcentaje presento una oclusión en escalón distal que a futuro puede evolucionar a clase II de angle.

**GRÁFICA 4: OCLUSIÓN EN DENTICIÓN PERMANENTE (CLAVE DE ANGLE)**

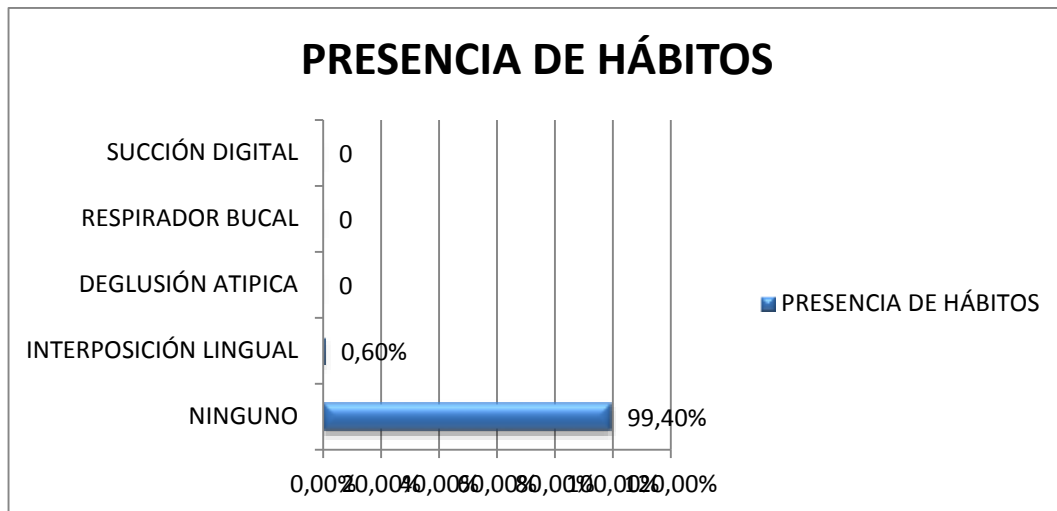


FUENTE: ALUMNOS DEL COLEGIO NACIONAL VILCABAMBA  
 AUTORA: ADRIANA CUENCA ORDOÑEZ INVESTIGADORA

#### INTERPRETACIÓN DE DATOS:

Luego haber pedido a los estudiantes examinados que ocluyan en forma habitual y haber analizado la relación molar de cada estudiante se pudo observar que el 20,3% presentó normoclusión es decir una clase I sin apiñamiento. Mientras que el 79,7% presentó alteraciones de la oclusión entre las que se mencionan clase I con apiñamiento, clase II división I, clase II división II, clase III y por ultimo una oclusión alterada o no aplicable debido a la ausencia de uno o varios molares permanentes, debido a que sin estas piezas es imposible definir una clave de angle.

#### GRAFICA: 5 HÁBITOS

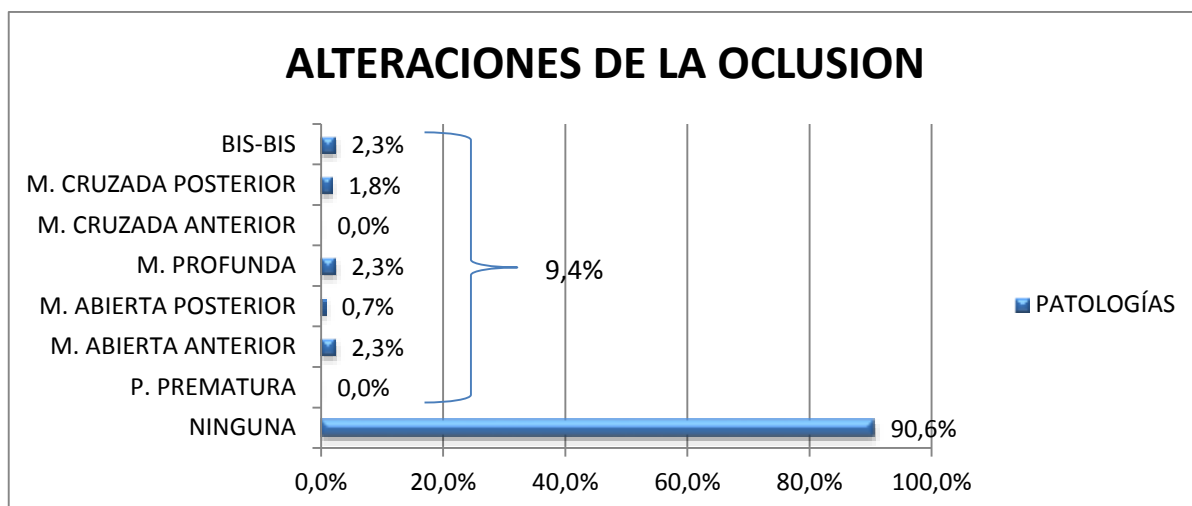


FUENTE: ALUMNOS DEL COLEGIO NACIONAL VILCABAMBA - NIÑOS DEL JARDIN ANTONIO PEÑA CELI  
 AUTORA: ADRIANA CUENCA ORDOÑEZ INVESTIGADORA

#### INTERPRETACIÓN DE DATOS:

Luego de realizar el diagnóstico de los alumnos, se puede observar que casi la totalidad examinada no presenta hábitos, a excepción de un 0,6% que hace referencia a interposición lingual en el sector posterior, dato que se pudo constatar ya que en la examinación se observó la interferencia de la lengua en el sector de molares.

**GRÁFICA: 6 ALTERACIONES DE LA OCLUSIÓN**

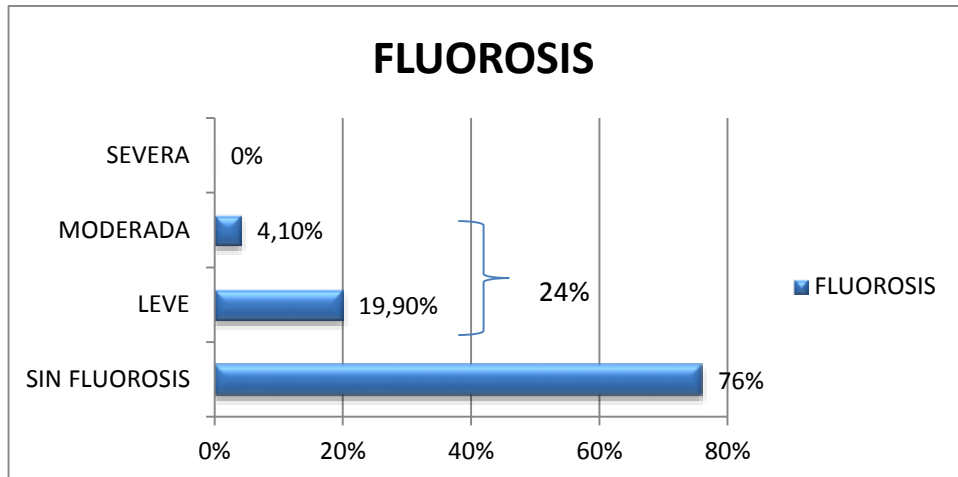


FUENTE: ALUMNOS DEL COLEGIO NACIONAL VILCABAMBA- NIÑOS DEL JARDIN ANTONIO PEÑA CELI  
 AUTORA: ADRIANA CUENCA ORDOÑEZ INVESTIGADORA

#### INTERPRETACIÓN DE DATOS:

Luego de analizar a los estudiantes y de haber pedido que ocluyan en máxima intercuspidadación se pudo observar que el 9,4% presento alteraciones de la oclusión entre las que destacan mordida abierta anterior, mordida abierta posterior mordida profunda, mordida bis a bis y mordida cruzada posterior.

#### GRAFICA: 7 FLUOROSIS

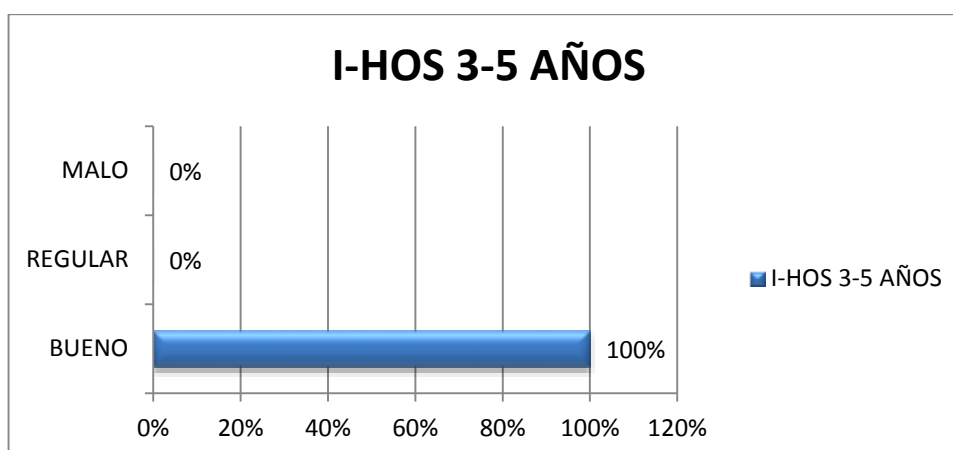


FUENTE: ALUMNOS DEL COLEGIO NACIONAL VILCABAMBA- NIÑOS DEL JARDIN ANTONIO PEÑA CELI  
 AUTORA: ADRIANA CUENCA ORDOÑEZ INVESTIGADORA

#### INTERPRETACIÓN DE DATOS:

Al analizar a cada uno de los estudiantes las pigmentaciones en las piezas dentales se pudo observar que se presentó Fluorosis dental en un 24%, correspondiendo a tipo leve y moderada según Dean, donde se observó líneas o estrías a través de la superficie del diente, manchas blancas opacas o incluso color café claro.

**GRAFICA 8: INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO I-HOS**

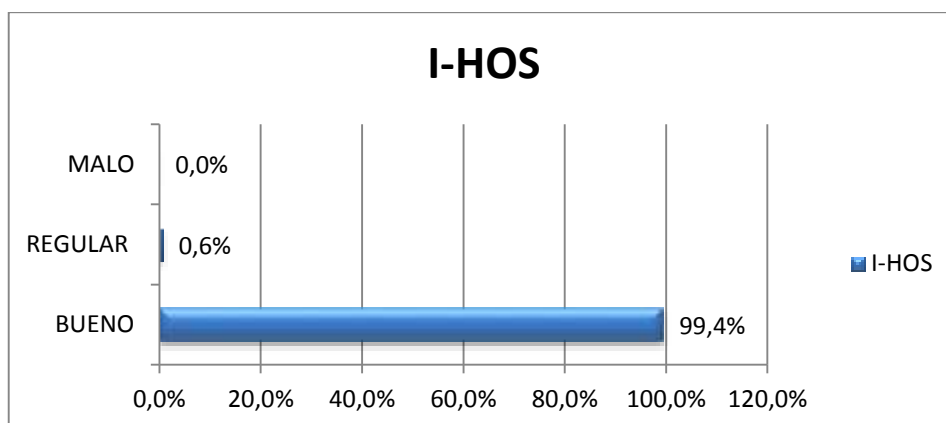


FUENTE: ALUMNOS DEL COLEGIO NACIONAL VILCABAMBA- NIÑOS DEL JARDIN ANTONIO PEÑA CELI  
 AUTORA: ADRIANA CUENCA ORDOÑEZ INVESTIGADORA

#### INTERPRETACIÓN DE DATOS:

Luego de haber examinado a los alumnos, en la gráfica se puede observar claramente que el 100% de los niños presento un índice calificado como bueno. Se debe tomar en cuenta que en éste grupo de estudio, la mayoría de estudiantes correspondía a las edades de 3-5 años en quienes es poco frecuente o casi nula la presencia de cálculo dental; sin embargo dentro del índice IHOS se registra tanto la presencia de bio-film dental y cálculo, por ende al presentarse gran acumulación de bio-film dental, pero poca o casi nula cantidad de cálculo dental, el valor al dividirse se reducía a la mitad, quedando la mayoría de niños clasificado en el criterio de “bueno”, lo que en realidad se demostró clínicamente que era regular o malo por la presencia de una gran cantidad de bio-film dental, debido a la práctica de una técnica incorrecta de cepillado o a una falta de higiene oral. Dando a conocer que el bio-film dental es un agente causal de caries dental y el cálculo constituye un agente etiológico de la enfermedad periodontal.

#### GRAFICA: 9 INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO I-HOS



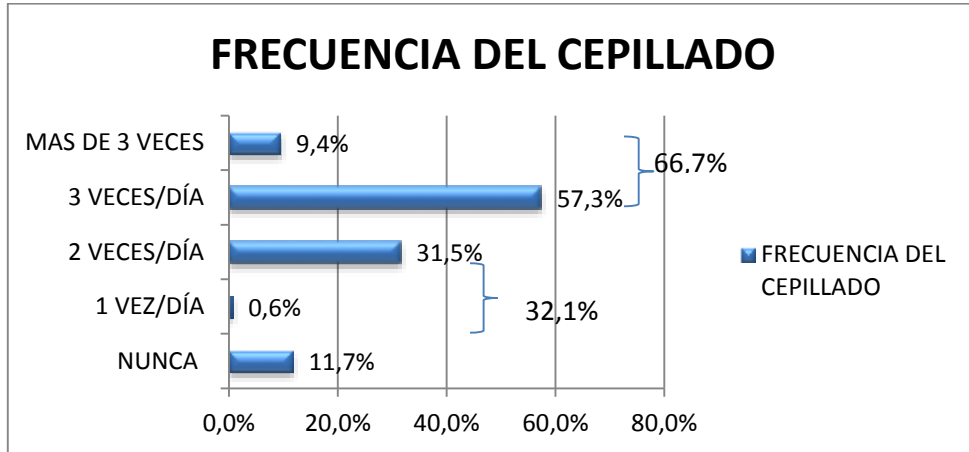
FUENTE: ALUMNOS DEL COLEGIO NACIONAL VILCABAMBA- NIÑOS DEL JARDIN ANTONIO PEÑA CELI  
 AUTORA: ADRIANA CUENCA ORDOÑEZ INVESTIGADORA

### INTERPRETACIÓN DE DATOS:

Luego de haber examinado a los estudiantes el 99,4% presentaron un Índice de higiene calificado como “bueno”. Se debe tomar en cuenta que en éste grupo de estudio, la mayoría de estudiantes correspondía a las edades de 15-18 años en quienes es poco frecuente la presencia de cálculo dental; sin embargo dentro del índice IHOS se registra tanto la presencia de bio-film dental y cálculo, por ende al presentarse gran acumulación de bio-film dental pero poca cantidad de cálculo dental, el valor al dividirse se reducía a la mitad, quedando la mayoría de estudiantes clasificados en el criterio de “bueno”. Lo que en realidad se demostró clínicamente que era regular o malo por la presencia de una gran cantidad de bio-film dental, debido a la práctica de una técnica incorrecta de cepillado o a una falta de higiene oral. Dando a conocer que el bio-film dental es un agente causal de caries dental y el cálculo constituye un agente etiológico de enfermedad periodontal.

### REPRESENTACIÓN GRAFICA DE LA HISTORIA CLINICA

**GRAFICA: 10 FRECUENCIA DEL CEPILLADO DENTAL**



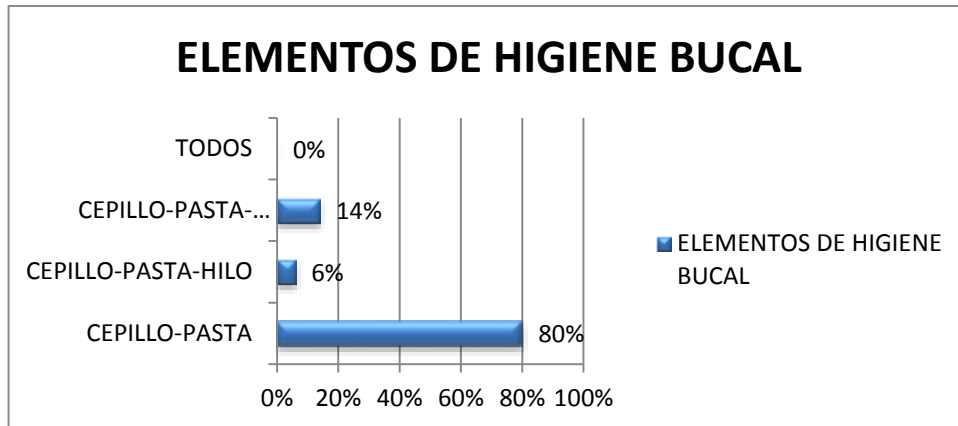
FUENTE: ALUMNOS DEL COLEGIO NACIONAL VILCABAMBA- NIÑOS DEL JARDIN ANTONIO PEÑA CELI  
AUTORA: ADRIANA CUENCA ORDOÑEZ INVESTIGADORA

#### INTERPRETACIÓN DE DATOS:

De los datos obtenidos de la encuesta aplicada, se pudo observar que aproximadamente el 66,7% de los estudiantes realiza el cepillado dental en una frecuencia de 3 y más de 3 veces por día, valores calificados como los indicados para mantener una adecuada higiene oral. Además el 32,1% manifestó que se cepillaba entre 2 y 1 vez por día, debido una falta de interés y/o conocimientos de los estudiantes y de sus representantes para practicar una adecuada higiene bucal; un 11,7% nos supo manifestar que no se cepillaba nunca probablemente por una falta de interés y de cuidado hacia su salud bucodental. Cabe recalcar que estos datos se calificaron como poco confiables debido a los altos índices de caries encontrados en la muestra examinada.

**GRAFICA: 11 ELEMENTOS DE HIGIENE ORAL**



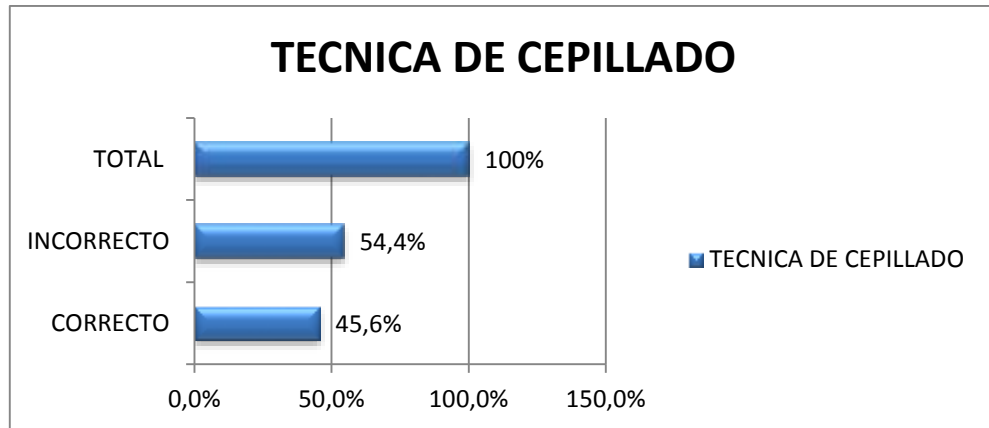


FUENTE: ALUMNOS DEL COLEGIO NACIONAL VILCABAMBA- NIÑOS DEL JARDIN ANTONIO PEÑA CELI  
 AUTORA: ADRIANA CUENCA ORDOÑEZ INVESTIGADORA

#### INTERPRETACIÓN DE DATOS:

Luego de haber aplicado la encuesta a los estudiantes se pudo observar que la mayoría de los estudiantes en un 80% utiliza para su higiene oral los elementos básicos de aseo, tales como pasta y cepillo dental siendo estos insuficientes para lograr una óptima y completa higiene; es importante indicar que ningún porcentaje utiliza todos los elementos de higiene oral entiéndase como pasta, cepillo, hilo y enjuague bucal, situación que la podemos atribuir a que por motivos económicos o a un desconocimiento la mayor parte de la población no utilizan todos los elementos de higiene oral recomendados.

#### GRAFICA: 12 TÉCNICA DE CEPILLADO

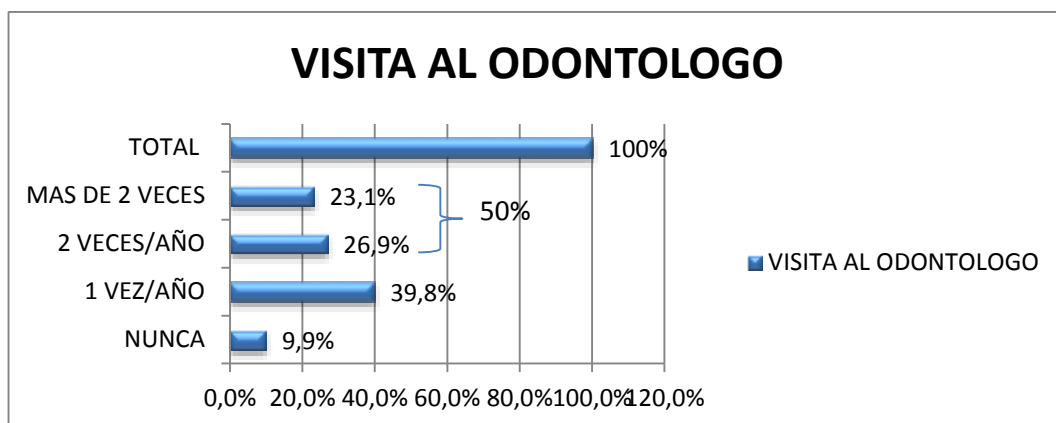


FUENTE: ALUMNOS DEL COLEGIO NACIONAL VILCABAMBA- NIÑOS DEL JARDIN ANTONIO PEÑA CELI  
 AUTORA: ADRIANA CUENCA ORDOÑEZ INVESTIGADORA

#### INTERPRETACIÓN DE DATOS:

Después de haber entregado el pantoma y el cepillo a cada uno de los estudiantes y haber evaluado la forma del cepillado, la gráfica nos indica que la mayor parte la población en un porcentaje del 54,4% utilizaron una técnica de cepillado considerada como incorrecta entendiéndose que lo hacen de forma horizontal y traumática, tanto como para el periodonto como para los tejidos dentarios, observándose la falta de promoción y educación en salud oral de los estudiantes.

#### GRAFICA: 13 VISITA AL ODONTÓLOGO

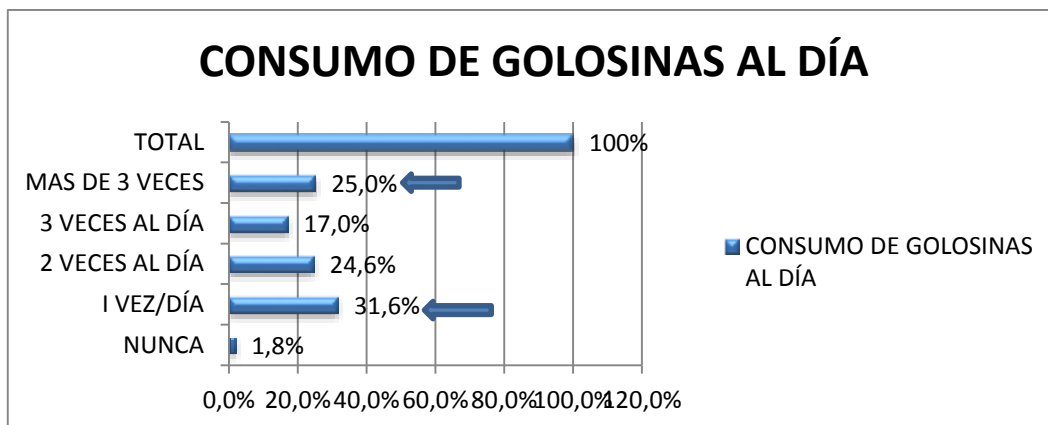


FUENTE: ALUMNOS DEL COLEGIO NACIONAL VILCABAMBA  
 AUTORA: ADRIANA CUENCA ORDOÑEZ INVESTIGADORA

#### INTERPRETACIÓN DE DATOS:

Luego de haber realizado las encuestas a cada uno de los alumnos, la gráfica nos indica que el 50% de la población examinada acude al odontólogo entre 2 y 2 veces al año; además un 39,8% de los estudiantes mencionó que visita al odontólogo con una frecuencia de una vez por año, que sería el mínimo recomendado para mantener una adecuada salud bucal pero en este dato, es importante mencionar que debido a la alta prevalencia de caries una vez por año resultaría ineficiente ya que dichos pacientes necesitan un tratamiento rehabilitador completo. De la misma manera denota importancia un pequeño porcentaje del 9,9% que mencionan no visitar al odontólogo en una frecuencia de “nunca”, situación que la podemos relacionar principalmente por una falta de interés y temor a la atención odontológica.

#### GRAFICO: 14 CONSUMO DE GOLOSINAS



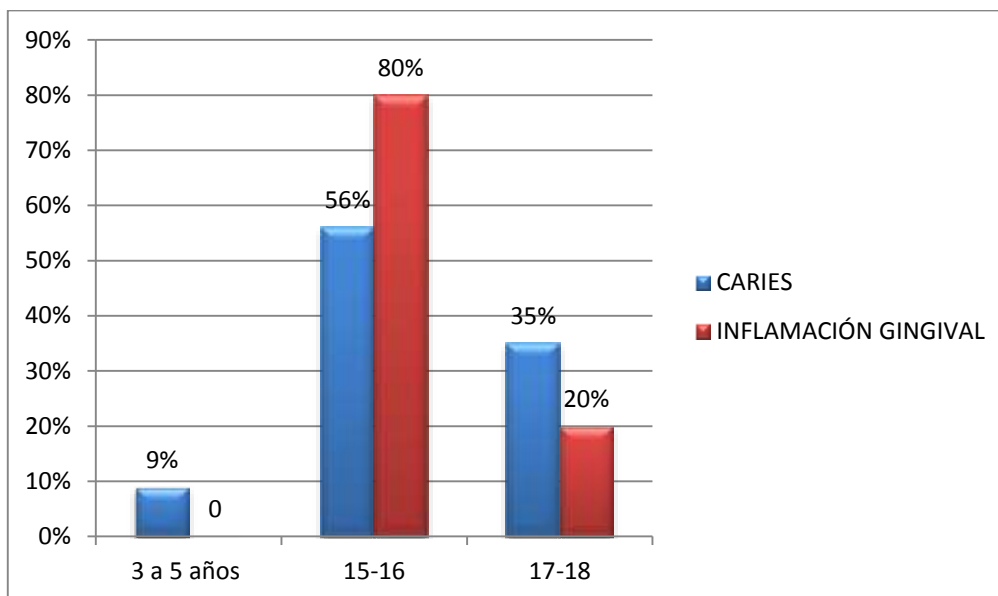
FUENTE: ALUMNOS DEL COLEGIO NACIONAL VILCABAMBA  
 AUTORA: ADRIANA CUENCA ORDOÑEZ INVESTIGADORA- NIÑOS DEL JARDIN ANTONIO PEÑA CELI

#### INTERPRETACIÓN DE DATOS:

Luego de haber preguntado el consumo de alimentos cariogénicos, a los estudiantes encuestados el 25% nos supo decir que consumía en una frecuencia mayor de 3 veces por día, lo que corresponde al valor perjudicial responsable del inicio de la desmineralización del esmalte dental, pérdida de sustancia e inicio del proceso carioso. Mientras que el 31,6 % mencionan que consumen alimentos cariogénicos en frecuencia de 1 vez por día o incluso refirieron que “nunca lo hacían”, respuestas que dieron los alumnos para cumplir con los protocolos de formulismo del llenado de la encuesta por lo que al analizar las tablas anteriores se pudo observar claramente la prevalencia de un alto índice de caries dental. Además cabe recalcar que los estudiantes no consideraron a las bebidas endulzadas de consumo diario como cariogénicos, los cuales de la misma forma dejan un medio bucal ácido lo que favorece al apareamiento de caries dental.

#### REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL CRUCE DE VARIABLES

### GRAFICA: 15 RELACIÓN EDAD/CARIES E INFLAMACIÓN GINGIVAL

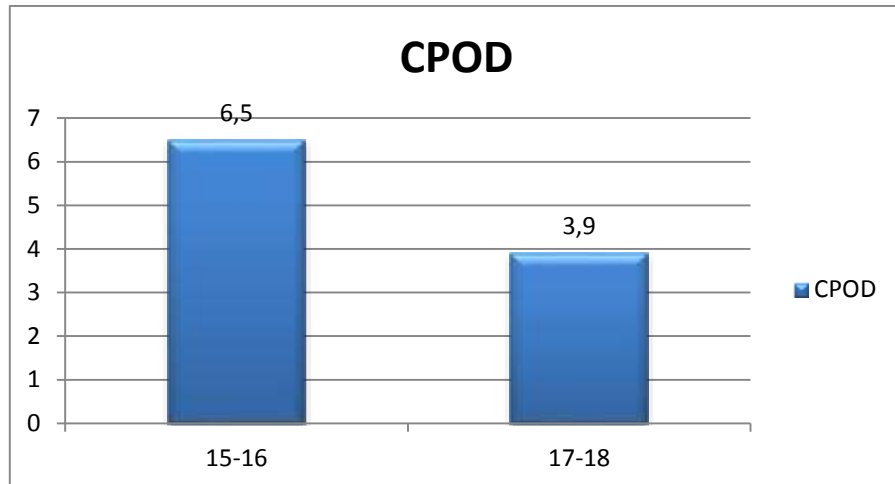


FUENTE: ALUMNOS DEL COLEGIO NACIONAL VILCABAMBA- NIÑOS DEL JARDIN ANTONIO PEÑA CELI  
AUTORA: ADRIANA CUENCA ORDOÑEZ INVESTIGADORA

#### INTERPRETACIÓN DE DATOS:

En este gráfico, se observó que en las edades comprendidas de 15-16, años existe correlación entre caries e inflamación gingival, debido a que los valores se relacionan, situación que la podemos atribuir a los grandes índices de bio-film dental que puede ser causada por la falta de educación y concientización de la población en general a cerca de mantener un buen estado de salud oral. Esta situación probablemente se pueden presentar por el cambio en la estructuración de la personalidad del adolescente, que lo hace comportarse de forma eufórica e insegura, demostrando claramente fluctuaciones en la toma de decisiones, que posiblemente podrían afectar a su manera de percepción en cuestiones de autocuidado y salud general así como también como dental.

### GRAFICO: 16 RELACIÓN DE EDAD/ CPOD (CARIADOS PERDIDOS- OBTURADOS POR DIENTE)



FUENTE: ALUMNOS DEL COLEGIO NACIONAL VILCABAMBA- NIÑOS DEL JARDIN ANTONIO PEÑA CELI  
 AUTOR: ADRIANA CUENCA ORDOÑEZ INVESTIGADORA

#### INTERPRETACIÓN DE DATOS:

De los datos obtenidos en la presente gráfica estadística se puede dar a conocer que las edades comprendidas entre 15-16 años se encontró un índice de CPOD de 6,5 equivalente a alto, y en las edades entre 17-18 años se encontró un índice de CPOD de 3,9 equivalente a moderado. Datos que los podemos relacionar con lo encontrado clínicamente, ya que se presentó una gran prevalencia de piezas cariadas, perdidas y obturadas que conforme a la edad fue disminuyendo progresivamente de un índice equivalente a alto a un índice moderado, situación que probablemente se puede dar debido a la pronta atención odontológica, ya que como se mencionó anteriormente fue clara la presencia en los jóvenes de piezas restauradas, piezas con sellantes y una gran cantidad de tratamientos ortodónticos.

**GRAFICO: 17 RELACIÓN DE EDAD/ CPOD (CARIADOS PERDIDOS Y  
 OBTURADOS POR DIENTE)**

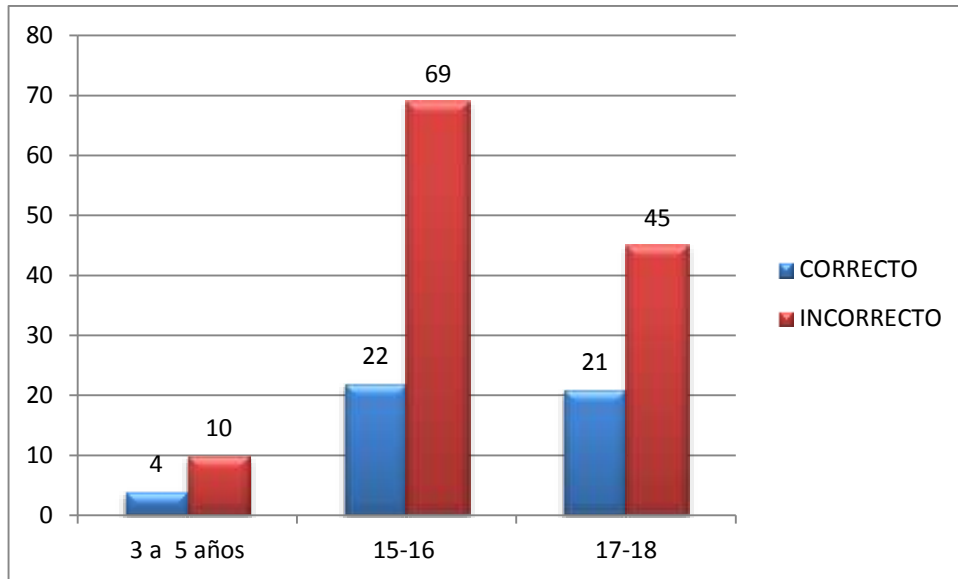


FUENTE: ALUMNOS DEL COLEGIO NACIONAL VILCABAMBA- NIÑOS DEL JARDIN ANTONIO PEÑA CELI  
 AUTOR: ADRIANA CUENCA ORDOÑEZ INVESTIGADORA

#### INTERPRETACIÓN DE DATOS:

De los datos obtenidos en la presente gráfica estadística se puede dar a conocer que en las edades comprendidas entre 3-5 años se encontró un índice de ceo de 8,2 equivalente a alto; datos que los podemos relacionar con lo encontrado clínicamente, ya que se presentó una alta prevalencia de caries dental. Probablemente por la falta de intervención y conocimientos de las madres o representantes de los niños, en la transmisión de hábitos higiénicos, dietéticos que podrían influir directamente en la salud oral del niño.

#### **GRAFICO: 18 RELACIÓN DE LA EDAD CON LA TÉCNICA DE CEPILLADO DENTAL**



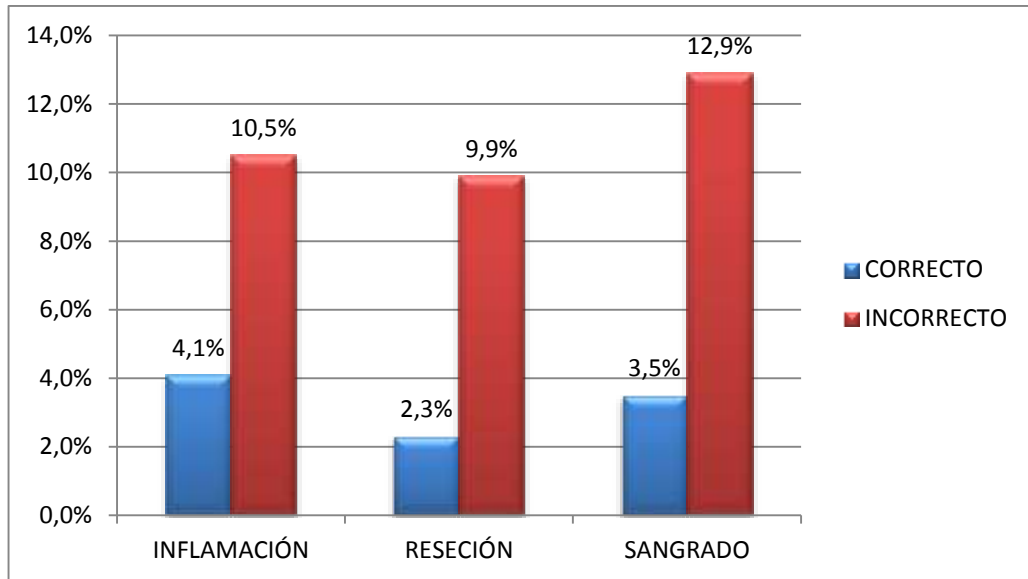
FUENTE: ALUMNOS DEL COLEGIO NACIONAL VILCABAMBA- NIÑOS DEL JARDIN ANTONIO PEÑA CELI  
 AUTOR: ADRIANA CUENCA ORDOÑEZ INVESTIGADORA

#### INTERPRETACION DE DATOS:

Dentro de la gráfica se puede observar que el valor más significativo las edades de 15 y 16 años continúan siendo las más afectadas, ya que claramente se observa que el mayor porcentaje realiza una técnica incorrecta de cepillado dental, situación que la podemos atribuir a un cambio en la estructuración de la personalidad del adolescente, que lo hace comportarse de forma eufórica e insegura, demostrando claramente fluctuaciones en la toma de decisiones, que posiblemente podrían afectar a su manera de percepción en cuestiones de autocuidado y salud general así como también como dental.

#### **GRAFICO: 19 RELACIÓN ENTRE LA TÉCNICA DE CEPILLADO Y LOS SIGNOS DE INFLAMACIÓN GINGIVAL**





FUENTE: ALUMNOS DEL COLEGIO NACIONAL VILCABAMBA- NIÑOS DEL JARDIN ANTONIO PEÑA CELI  
 AUTOR: ADRIANA CUENCA ORDOÑEZ INVESTIGADORA

#### INTERPRETACION DE DATOS:

Dentro del presente cuadro se puede observar que existe una clara relación entre la mala técnica de cepillado y la presencia de signos de inflamación, ya que hay presencia de inflamación en un 25%, de recesión en un 9,9% y de sangrado en un 12,9%. Datos que pueden relacionarse con una técnica de cepillado horizontal, ineficiente y de tipo traumático para los tejidos periodontales.

## 8. DISCUSIÓN

Según los resultados obtenidos el 72% de la población presenta caries dental, en cuanto al promedio de dientes afectados, coincide con 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.<sup>16</sup>

En el presente estudio se determinó que los índices más altos de caries dental se encuentran entre las edades de 15-16 años que representa el 56 %, seguido en las edades de 17-18 años que representa el 40% con caries dental, de la misma forma los índices más altos de inflamación gingival los presentan entre las edades de 15-16 años en un 80% y de 17-18 años en un 20%; datos que contrastan con los del estudio epidemiológico de Salud Bucal en Escolares en Ecuador (2009), en donde se menciona que el 88,2% de los escolares menores de 15 años tienen caries, de los cuales el 53% también está afectado con gingivitis<sup>17</sup>.

Dentro de los índices de ceo (cariados, extraídos y obturados) 14 niños presentaron un índice alto de 8,2 que califica como riesgo alto, de la misma forma el índice de CPOD en jóvenes entre 15-16 años presentaron un índice alto equivalente a 8.2; estos datos concuerdan con la publicación de Tascon J., en Colombia, quien reportó que el índice COP-D fue de 5.2, equivalente a un índice alto en adolescentes entre 15 y 19 años<sup>18</sup>. Al igual según un Macroproyecto realizado en Motupe en la ciudad de Loja, se demostró que el índice Ceo fue de 4,5 para los niñas equivalente a un índice alto y de 5,1 equivalente a un índice alto para los niños, en tanto que el índice de CPOD fue de 1,9 equivalente a un índice bajo en los niñas y de 1,6 equivalente a un índice bajo en las niños<sup>19</sup>.

---

<sup>16</sup> 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

<sup>17</sup> 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

<sup>18</sup> TASCÓN Jorge y colaboradores. Algunas creencias sobre susceptibilidad y severidad de la caries en adolescentes del Valle del Cauca, Colombia 2005

<sup>19</sup> GONZALEZ, Andrea. CARPIO Miriam. 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. Tomada de la tesis de Sandra Paulina Espinoza. Año 2010.

Los datos de esta investigación concuerdan con un estudio “Estado dentario en niños, adolescentes y adultos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires 2008”, que manifiesta que el CPOD promedio en niños y adolescentes  $7,88\pm 0,41$  y  $14,79\pm 0,68$ , valores que concuerdan el CPOD aproximado en niños de 15 y 16 años fue de 9,9 constituyendo un valor que en la escala es considerado como ALTO. Estos resultados afirman que la prevalencia de caries dental según la variable edad, aumenta proporcionalmente a medida que aumenta la edad <sup>20</sup>. Resaltando que en nuestra ciudad hay un ceod y CPOD de alto riesgo.

Dentro de datos obtenidos existe una correlación con el estudio: REVALENCIA DE FLUOROSIS EN NIÑOS DE 10 A 14 AÑOS EN EL MUNICIPIO DE CAJIBIO POPAYAN DE MARZO A MAYO DE 2011 que menciona que el mayor porcentaje de niños que presentan Fluorosis en la población estudiada de Cajibío de 10 a 14 años, se presenta en los niños de 11 años con un 25.57%, seguido del 21.85% para los niños de 13 y 14 años; datos que se asemejan a los obtenidos en mis resultados dando un porcentaje de Fluorosis dental de 24%.<sup>21</sup>.

La inflamación gingival como un aumento de vascularización en respuesta al acumulo de placa bacteriana afecta considerablemente a la población en el presente estudio con un porcentaje de 16,4% la misma que se acompaña de sangrado de las encías y recesión gingival, mientras que en un “estudio realizado en el Estado de México en 2007, nos arroja datos de inflamación en un total de 30,5% en adolescentes mayores de 14 años y 12,2 % en adolescentes de 13 y 12 años”.<sup>22</sup>

Mientras en un estudio realizado en Tlalnepantla (MEXICO), se encontró un 44% de inflamación en la población, los más afectados son los hombres con un 47,7%” cabe recalcar que además de la presencia de placa bacteriana, se encuentran los cambios hormonales que se presentan en la adolescencia lo que induce de cierta manera a la inflamación de las encías.<sup>23</sup>

---

<sup>21</sup> REVALENCIA DE FLUOROSIS EN NIÑOS DE 10 A 14 AÑOS EN EL MUNICIPIO DE CAJIBIO DE MARZO A MAYO DE 2011

<sup>22</sup> ORTEGA-MALDONADO, Miriam; MOTA-SANHUA, Vanesa y LÓPEZ-VIVANCO, Juan C. MÉXICO 2007

<sup>23</sup> OROZCO JRE, PERALTA LH, PALMA MGG, PÉREZ RE, ARRONIZ PS, LLAMOSAS HE. MEXICO, 2006),

## **9. CONCLUSIONES:**

- Luego de haber examinado a los estudiantes del Colegio Nacional Vilcabamba y a los alumnos del Jardín Antonio Peña Celi podemos concluir que su estado de salud bucodental 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 oral como factor determinante para diferentes enfermedades del organismo en general.
- De los datos obtenidos de mi muestra investigada puedo concluir en base a la información de encuesta aplicada, que los principales factores de riesgo que conllevan a la elevada prevalencia de caries dental, de los alumnos/as del Colegio Nacional Vilcabamba y del Jardín Antonio Peña Celi; lo corresponde la ingestión de alimentos cariogénicos, la práctica de una técnica de cepillado considerada como incorrecta ya que fue calificada como deficiente y traumática, y sumando a esto una deficiente higiene oral.
- De los datos obtenidos de mi muestra investigada en el Colegio Nacional Vilcabamba y Jardín Antonio Peña Celi, en base a lo observado y examinado puedo concluir que las patologías encontradas en los estudiantes fueron: en un 72% caries dental, inflamación gingival en 16,4% Fluorosis dental en un 24% y maloclusiones en un 79,9%.

## **10. RECOMENDACIONES**

- A las instituciones gubernamentales como lo es el MSP, que lleve a cabo programas de atención primaria en el campo de odontología para la rehabilitación de las patologías existentes en los estudiantes, y de la misma forma campañas prevención oral.
- A la Universidad Nacional de Loja para que apoye a los estudiantes de la carrera de odontología a realizar vinculación con los establecimientos que tiene mayor índice de patologías que afectan a la calidad y estilo de vida de los estudiantes.
- A los odontólogo y odontólogas de la parroquia Vilcabamba para que realicen campañas de concientización a la población escolar para el mejor cuidado de la cavidad bucal como ente primordial para mantener un buen estado de salud general.
- A los estudiantes de la carrera de odontología a tener prioridad por atender a las personas de mayor riesgo, mediante la prevención y rehabilitación de patologías.
- A los estudiantes del Colegio Nacional Mixto Vilcabamba para que adopten hábitos de alimentación saludable, e higiene oral, además de un mayor grado de preocupación por el cuidado y mantenimiento de un buen estado de salud oral, ya que la cavidad bucal es la puerta de entrada a todo nuestro organismo.

## **11. ANEXOS**

### **CAPITULO II PATOLOGÍAS**

#### **2.1 LESIONES DE TEJIDOS DUROS**

##### **2.1.1 CARIES DENTAL**



FOTO 5 CARIES RAMPANTE

La caries es una enfermedad infecciosa multifactorial que se caracteriza por la destrucción de los tejidos duros del diente como consecuencia de una desmineralización provocada por los ácidos que genera la placa bacteriana a partir de los hidratos de carbono de la dieta.<sup>24</sup>

La caries dental se puede definir de diferentes maneras F.V. Domínguez la describe como la secuencia de un proceso de destrucción localizada en los tejidos duros dentarios que evolucionan en forma progresiva e irreversible, que comienza en la superficie del diente y luego avanza en profundidad.<sup>25</sup>

Existen otros factores relacionados con la caries dental entre estos tenemos:

Factores secundarios relacionados con la susceptibilidad:

- a) Resistencia dental, que incluye esmalte, dentina, flúor, factores genéticos y propiedades intrínsecas.
- b) Saliva, que incluye velocidad de flujo, taponamiento.



FOTO 6 SALIVA

- c) Alimentación, que incluye vitaminas y hormonas.

---

<sup>24</sup> Aguilar-Orozco N, Navarrete-Ayón K, Robles-Romero D, Aguilar-Orozco SH, Rojas-García A. Revista Odontológica Latinoamericana. [Versión Electrónica]. [www.odontologia.uady.mx](http://www.odontologia.uady.mx)

<sup>25</sup> BARRACOS Money. Odontología Operatoria. Cap. 8. Pág. 238





FOTO 7 PIRÁMIDE ALIMENTICA

Factores secundarios relacionados con la actividad:

- a) Adherencia, que involucra hábitos alimentarios, higiene bucal, dextranos y enzimas.
- b) Producción de ácido, que involucra ecología de la biopelícula o placa dental, interferencias bacterianas y comida azucarada.



FOTO 8 ACUMULACION DE BIOFILM DENTAL

c) Crecimiento microbiano, que involucra nutrientes, medicamentos y virulencia.<sup>26</sup> También son importantes los factores socioeconómicos y culturales que no solo condicionan los hábitos dietéticos y de higiene oral sino además modulan la respuesta inmune en el ámbito de la cavidad bucal a través de la saliva y el exudado gingival.<sup>27</sup>



FOTO 9 CARIES DENTAL



FOTO 10 EVOLUCIÓN DE LA CARIES DENTAL

### Factores predisponentes y atenuantes

Según Bhaskar, en la etiología de la caries existen factores predisponentes y atenuantes.<sup>28</sup>

<sup>26</sup> BARRACOS Money. Odontología Operatoria. Cap. 8. Pág. 249

<sup>27</sup> BARRACOS Money. Odontología Operatoria. Cap. 8. Pág. 251

<sup>28</sup> BARRACOS Money. Odontología Operatoria. Cap. 8. Pág. 249

1. **Civilización y raza:** en ciertos grupos humanos existe mayor predisposición a la caries que en otros, tal vez a causa de la influencia racial en la mineralización, la morfología del diente y la dieta.
2. **Herencia:** existen grupos inmunes y otros altamente susceptibles y esta característica es transmisible.
3. **Dieta:** el régimen alimentario, la forma y la adhesividad de los alimentos ejercen una influencia preponderante sobre la aparición y el avance de la caries.
4. **Composición química:** la presencia de pequeñas cantidades de ciertos elementos en el esmalte determina que éste se vuelva más resistente a la caries; entre estos elementos se encuentran el flúor, el estroncio etc.. La presencia de estos elementos en el agua de bebida durante la época de formación del esmalte puede tornarlo más resistente al ataque.
5. **Morfología dentaria:** las superficies oclusales con fosas y fisuras muy profundas favorecen la iniciación de las caries. La posición irregular, la presencia de diastemas, el apiñamiento y otros factores oclusales también facilitan el proceso. La actividad muscular de los labios, la lengua y los carrillos puede limitar el avance de la lesión al barrer mayor cantidad de biopelícula dental.
6. **Higiene bucal:** El uso de cepillo dental, hilo dental, u otros elementos reduce significativamente la frecuencia de esta lesión.
7. **Sistema inmunitario:** existe un factor inmunológico que interviene en la saliva humana y de muchos animales. Este factor es la inmunoglobulina A, que protege al organismo de ciertos ataques y que al recubrir a las bacterias de la biopelícula dental, posibilita su fagocitosis por parte de los neutrófilos de la cavidad bucal.
8. **Flujo salival:** su cantidad, consistencia y composición tienen una influencia decisiva sobre la velocidad de ataque y la defensa del organismo ante la caries.
9. **Glándulas de secreción interna:** actúan en el metabolismo del calcio, el crecimiento y la conformación dentaria, el medio interno y otros aspectos.
10. **Enfermedades sistémicas y estados carenciales:** favorecen la iniciación de la lesión al disminuir las defensas orgánicas, alterar el funcionamiento glandular o modificar el medio interno.<sup>29</sup>

## Tipos de Caries

---

<sup>29</sup> BARRACOS Money. Odontología Operatoria. Cap. 8. Pág. 249

- Caries de esmalte.
  - Mancha blanca
  - Caries detenida
- Caries de la dentina.
- Caries de cemento y raíz
  - Activa o aguda

### 2.1.2 ALTERACIONES DE NÚMERO

#### Anodoncia Total y parcial



FOTO 11 ANODONCIA

Anodoncia total es ausencia congénita de todos los dientes y la anodoncia parcial: ausencia congénita de uno o más dientes.<sup>30</sup>

La anodoncia total es un trastorno raro en el cual no hay dientes temporales ni permanentes. Aunque puede existir anodoncia total, la mayoría de los casos de displasia ectodérmica presentan algunos dientes de forma anómala y son habitualmente caninos y molares. La forma más frecuente de anodoncia es la anodoncia parcial, llamada también hipodoncia u oligodoncia, y que afecta a uno o más dientes. Aunque cualquier diente puede faltar congénitamente, algunos dientes tienden a faltar con más frecuencia que otros. Los dientes ausentes congénitamente con mayor frecuencia son los terceros molares, seguidos por los incisivos laterales y los segundos premolares superiores.<sup>31</sup>

#### Dientes supernumerarios

<sup>30</sup> BEZERRA. Tratado de Odontopediatria. Cap 7. Tomo 1. Pág. 214

<sup>31</sup> BEZERRA. Tratado de Odontopediatria. Cap 7. Tomo 1. Pág. 217



FOTO 12 SUPERNUMERARIOS

Dientes en exceso sobre el número normal. Aunque estos dientes pueden presentarse en cualquier localización, tienen predilección por ciertos sitios. Son mucho más frecuentes en el maxilar superior 90% que en la mandíbula 10%. El más frecuente es un diente supernumerario localizado entre los incisivos centrales del maxilar superior, que suele designarse como mesiodens seguido por los cuartos molares paramolares y los incisivos laterales. Los dientes supernumerarios más frecuentes en la mandíbula son los premolares, aunque también se observan a veces cuartos molares e incisivos. Un diente supernumerario puede parecerse al diente normal correspondiente o puede tener una conformación rudimentaria y cónica, con un parecido escaso o nulo a su homólogo normal.<sup>32</sup>

### 2.1.3 ALTERACIONES DE FORMA

#### **Taurodontismo**



FOTO 13 TAURODONTISMO

El taurodontismo, que significa «dientes de toro», es un trastorno del desarrollo que afecta principalmente a los molares, aunque también se afectan a veces los premolares. Pueden afectarse tanto los dientes temporales como los permanentes, pero la afectación de éstos parece ser más frecuente. El taurodontismo también puede presentarse en pacientes con amelogénesis imperfecta, síndrome de Klinefelter y síndrome de Down.<sup>33</sup>

#### **Diente Invaginado**

---

<sup>32</sup> BEZERRA. Tratado de Odontopediatria. Cap 7. Tomo 1. Pág. 214

<sup>33</sup> BEZERRA. Tratado de Odontopediatria. Cap 7. Tomo 1. Pág. 246



FOTO 14 DENS IN DENT

El diente invaginado, también llamado «dens in dente», es una anomalía del desarrollo que afecta principalmente a los incisivos laterales permanentes del maxilar superior. Una forma más leve de esta anomalía es relativamente frecuente y se caracteriza por la presencia de una fosita lingual profundamente invaginada que se extiende a distancias variables en la sustancia del diente durante el desarrollo. En su forma más extrema, la invaginación profunda lleva a una expansión bulbosa de la raíz afectada, y se ha denominado erróneamente «odontoma dilatado».<sup>34</sup>

### **Cúspides supernumerarias**



FOTO 15 CÚSPIDES SUPERNUMERARIAS

Los dientes presentan a veces cúspides adicionales o supernumerarias. El ejemplo más común de este fenómeno es la cúspide de Carabelli, la cual aparece típicamente sobre la superficie mesiolingual de los primeros molares permanentes del maxilar superior. Esta cúspide supernumeraria particular no suele presentar problemas clínicos y por ello se considera que representa sencillamente una variante de la normalidad.<sup>35</sup>

A veces, no obstante, ciertos dientes desarrollan cúspides supernumerarias que originan problemas clínicos y pueden necesitar tratamiento. Ejemplos de tales cúspides supernumerarias son el diente evaginado y las cúspides en garra.<sup>36</sup>

### **Diente evaginado**

<sup>34</sup> BEZERRA. Tratado de Odontopediatria. Cap 7. Tomo 1. Pág. 243

<sup>35</sup> BEZERRA. Tratado de Odontopediatria. Cap 7. Tomo 1. Pág. 244

<sup>36</sup> BEZERRA. Tratado de Odontopediatria. Cap 7. Tomo 1. Pág. 244



FOTO 16 DIENTE EVAGINADO

Anomalía del desarrollo en la cual un área focal de la corona se proyecta hacia fuera y produce lo que parece ser una cúspide adicional o una cúspide de forma anormal respecto a las cúspides existentes (cúspides en garra). El diente evaginado es una anomalía del desarrollo que afecta principalmente a los premolares. La importancia clínica del diente evaginado consiste en que puede interferir en la erupción de dicho diente llevando a una erupción incompleta o desplazamiento del diente.<sup>37</sup>

### **Cúspide en garra**



FOTO 17 CUSPIDE EN GARRA

Se denomina cúspide en garra a una forma rara, pero clínicamente importante, de cúspide supernumeraria, que se observa típicamente sobre la cara lingual de los incisivos centrales del maxilar superior, debido a que su extraña forma se asemeja a la garra del águila. Esta cúspide anormal se origina en la porción del cíngulo del diente y suele extenderse hasta el borde incisivo como una proyección prominente de esmalte que le da una forma de T. A veces aparecen fositas linguales a ambos lados de la cúspide en garra, donde se une a la superficie lingual del diente. Si se presentan fositas linguales deben ser restauradas para prevenir la caries dental.<sup>38</sup>

### **Geminación**



FOTO 18 GEMINACIÓN

<sup>37</sup> BEZERRA. Tratado de Odontopediatria. Cap 7. Tomo 1. Pág. 244,245

<sup>38</sup> SHAFER W. Tratado de Patología Bucal. Sección I. Pág. 41

La geminación es una anomalía del desarrollo que afecta principalmente a los dientes anteriores y que clínicamente se parece a otra anomalía conocida como fusión. Se caracteriza por la división parcial o «desdoblamiento» de un solo primordio dental, produciéndose un diente que muestra dos coronas independientes o separadas parcialmente, una sola raíz y un solo conducto radicular. La geminación puede afectar a las denticiones temporales ya las permanentes.<sup>39</sup>

## **Fusión**



FOTO 19 FUSIÓN

La fusión se define como la unión de dos primordios dentales normalmente separados. Esta alteración del desarrollo puede presentarse en la dentición temporal y en la permanente. Se ha descrito cierta tendencia hereditaria. La fusión puede ser completa o incompleta, y su magnitud variará según la etapa del desarrollo que el diente haya alcanzado en el momento de la fusión. Si la fusión se inicia antes de la calcificación, entonces la unión implicará todos los componentes del diente, incluyendo esmalte, dentina, cemento y pulpa. Si la unión empieza en una etapa más tardía del desarrollo del diente, entonces los dientes afectados pueden tener coronas separadas y la fusión puede estar limitada a las raíces. La fusión puede diferenciarse de la geminación contando los dientes del área. En caso de fusión, habrá un diente menos en la arcada dentaria.<sup>40</sup>

### **2.1.4 ALTERACIONES DE ESTRUCTURA**

#### **ALTERACIONES DE LA ESTRUCTURA DEL ESMALTE**

---

<sup>39</sup> BEZERRA. Tratado de Odontopediatria. Cap 7. Tomo 1. Pág. 238

<sup>40</sup> BEZERRA. Tratado de Odontopediatria. Cap 7. Tomo 1. Pág. 238

## Alteraciones adquiridas

### Hipoplasia focal del esmalte



FOTO 20 HIPOPLASIA FOCAL DEL ESMALTE

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.<sup>41</sup>

### Hipoplasia generalizada del esmalte



FOTO 21 HIPOPLASIA GENERALIZADA

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.<sup>42</sup>

---

<sup>41</sup> SHAFER W. Tratado de Patología Bucal. Sección I. Pág. 53

<sup>42</sup> SHAFER W. Tratado de Patología Bucal. Sección I. Pág. 53



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». <sup>43</sup>

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.<sup>44</sup>

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.<sup>45</sup>

### **Amelogénesis imperfecta**

---

<sup>43</sup> SHAFER W. Tratado de Patología Bucal. Sección I. Pág. 54,55

<sup>44</sup> SHAFER W. Tratado de Patología Bucal. Sección I. Pág. 55

<sup>45</sup> SHAFER W. Tratado de Patología Bucal. Sección I. Pág. 55



FOTO 22 AMELOGENESIS 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.<sup>46</sup>

Tres tipos fundamentales de amelogénesis 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 cristalitos 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 amelogénesis imperfecta<sup>47</sup>

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

---

<sup>27</sup> SHAFER W. Tratado de Patología Bucal. Sección I. Pág. 51

<sup>47</sup> SHAFER W. Tratado de Patología Bucal. Sección I. Pág. 52

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).<sup>48</sup>

## ALTERACIONES DE LA ESTRUCTURA DE LA DENTINA

### Alteraciones hereditarias de la dentina

Hay dos tipos fundamentales de alteraciones hereditarias de la dentina:

#### Dentinogénesis imperfecta



FOTO 23 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: <sup>49</sup>

**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

---

<sup>48</sup> SHAFER W. Tratado de Patología Bucal. Sección I. Pág. 53

<sup>49</sup> BEZERRA. Tratado de Odontopediatria. Cap 7. Tomo 1. Pág. 233

características de la osteogénesis imperfecta, como cierto tono azulado en la esclerótica de los ojos.<sup>50</sup>

**Tipo II:** Dentinogénesis imperfecta que no está asociada a osteogénesis imperfecta. Es dentina opalescente hereditaria.<sup>51</sup>

**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.<sup>52</sup>

### **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.<sup>53</sup>

## **2.1.5 FLUOROSIS**



FOTO 24 FLUOROSIS DENTAL

“La fluorosis dental (fluorosis del esmalte) consiste en un defecto del desarrollo del esmalte provocado por la ingestión de una cantidad excesiva de fluoruro durante la formación del esmalte. Una vez que los ameloblastos han depositado la matriz orgánica del esmalte y este se ha mineralizado, la fluorosis ya no puede presentarse. La fluorosis

<sup>50</sup> SHAFER W. Tratado de Patología Bucal. Sección I. Pág. 59

<sup>51</sup> SHAFER W. Tratado de Patología Bucal. Sección I. Pág. 58,59

<sup>52</sup> SHAFER W. Tratado de Patología Bucal. Sección I. Pág. 59

<sup>53</sup> SHAFER W. Tratado de Patología Bucal. Sección I. Pág. 59

dental constituye el riesgo principal vinculado con el empleo terapéutico de los fluoruros dentales.<sup>54</sup>

### **Aparición clínica y subclínica de la fluorosis dental.**

Clínicamente, las regiones hipomineralizadas fluoróticas son porciones de color blanco mate u opacas sobre la superficie dental, las cuales contrastan con la apariencia lustrosa del esmalte normal. Ya que el desarrollo dental se realiza de manera bilateral y simétrica, la fluorosis dental también presenta una distribución simétrica en la boca.<sup>55</sup>

Existen grados clínicos diferentes de fluorosis del esmalte.

- En la variante más leve el color blanco mate afecta los bordes incisales o las cúspides de los dientes posteriores (recubrimiento de nieve). Las porciones blancas pueden variar desde unas cuantas vetas hasta manchas blancas ocasionadas. En algunos casos se observan estrías, o venas, delgadas e irregulares de color blanco opaco, especialmente en los incisivos maxilares.
- El grado siguiente de la afección consiste en manchas en forma de manojos de color desde café oscuro combinadas algunas de las coloraciones blancas y opacas ya mencionadas.
- En las variantes más intensas, las manchas van de un color café chocolate hasta casi negras.<sup>56</sup>

En las variantes entre moderadas y graves de la fluorosis pueden presentarse cavidades discretas con un diámetro de 1 a 2 mm, o concluir varias. En la variante más intensa el contorno de la superficie del esmalte se altera por las fracturas del esmalte quebradizo y presenta una apariencia corroída. Las cavidades y demás irregularidades de la superficie se deben a las roturas pos eruptivas del esmalte poroso.<sup>57</sup>

---

<sup>54</sup> HARRIS Norman. GARCÍA-GODOY Franklin. Odontología preventiva primaria. Pág. 141

<sup>55</sup> HARRIS Norman. GARCÍA-GODOY Franklin. Odontología preventiva primaria. Pág. 141

<sup>56</sup> HARRIS Norman. GARCÍA-GODOY Franklin. Odontología preventiva primaria. Pág. 142

<sup>57</sup> HARRIS Norman. GARCÍA-GODOY Franklin. Odontología preventiva primaria. Pág. 143

Por lo general, la fluorosis se diferencia de otros defectos del desarrollo del esmalte por el color del mismo, la distribución del estado en las superficies dentales y en los dientes afectados, así como la integridad o apariencia de la superficie del esmalte.<sup>58</sup>

### **Factores de riesgo de Fluorosis.**

El uso impropio de los complementos dietéticos de fluoruro y la ingestión de la pasta dental fluorada por los preescolares pueden constituir los factores de riesgo cruciales en la fluorosis. Pendrys ha estimado que 78% de todos los casos de leves a moderados de fluorosis en los incisivos presentes en las comunidades con fluoración óptima del agua, podría explicarse por el empleo incorrecto de complementos de fluoruro o por la ingestión de la pasta dental fluorada.

Durante el cepillado dental los niños pueden tragar de 35 a 50% de fluoruro de los dentífricos. En el caso de los niños con edades de 3 a 6 años la ingestión diaria promedio de fluoruro del dentífrico varía de 0.1 a 0.4 mg por cepillado. Con este grado de ingestión el cepillado dos veces al día podría aportar casi la totalidad del requerimiento diario óptimo del fluoruro.<sup>59</sup>

### **Cronometraje de la fluorosis dental.**

Se ha informado que el período de susceptibilidad para la dentición permanente completa es de los 11 meses a los siete años “ventana de máxima susceptibilidad a la fluorosis” la ingestión excesiva de fluoruro no constituye un riesgo de fluorosis dental ya que para esta edad se han desarrollado por completo las coronas de todos los dientes permanente (excepto de los terceros molares).”<sup>60</sup>

## **2.2 LESIONES DE TEJIDOS BLANDOS**

### **2.2.1 ENFERMEDAD DE LAS ENCIAS**

#### **Enfermedad Gingival Inducida Únicamente por placa**

---

<sup>58</sup> HARRIS Norman. GARCÍA-GODOY Franklin. Odontología preventiva primaria. Pág. 143,144

<sup>59</sup> HARRIS Norman. GARCÍA-GODOY Franklin. Odontología preventiva primaria. Pág. 145

<sup>60</sup> HARRIS Norman. GARCÍA-GODOY Franklin. Odontología preventiva primaria. Pág. 146



FOTO 25 GINGIVITIS INDUCIDA POR PLACA

La gingivitis es la enfermedad gingival más común en niños, y se caracteriza por la presencia de inflamación sin pérdida de inserción o hueso alveolar. El inicio de este proceso es multifactorial, más de 40 componentes del fluido crevicular se han estudiado por su papel en la patogenia. En dentición temporal comienza con una inflamación del margen gingival que avanza en ocasiones hasta la encía insertada. Conforme empeora la situación, el tejido gingival enrojece, se inflama y sangra con el cepillado.<sup>61</sup>

### **Enfermedad gingival modificada por factores sistémicos**

#### **(Medidas por hormonas esteroides)**

Estos procesos se caracterizan por una marcada respuesta inflamatoria con inflamación y eritemas graves.

La gingivitis de la pubertad es la exacerbación de la inflamación gingival por fluctuaciones hormonales, en presencia de poca o nula placa bacteriana. Se suele estabilizar en una etapa tardía de la adolescencia. Cualquier factor local, como placa acumulada, caries, apiñamiento, respiración oral, erupción dental y/o aparatología ortodóncica, tienden a combinarse para agravar la gingivitis.

El tratamiento es necesariamente de naturaleza local, mediante tartrectomía, si es preciso, e instrucciones de higiene oral.<sup>62</sup>

### **Enfermedad gingival inducida por fármacos**

---

<sup>61</sup> Boj, J.R. Odontopediatria, capítulo 32, Páginas 367

<sup>62</sup> Boj, J.R. Odontopediatria, capítulo 32, Páginas 367,368

Esta gingivitis se asocia a la ingesta terapéutica de antiepilépticos (fenitoína, hindantoina), inmunodepresores (ciclosporina A) y antagonistas de calcio (nifedipino, valproato sódico).

El fármaco que con más frecuencia puede causar alteración gingival en los niños son los anticonvulsivos. Los patrones de la hiperplasia gingival varía en un mismo individuo y entre los pacientes. El agrandamiento gingival suele comenzar después de los tres meses de medicación, y alcanza su intensidad máxima a los 12 -18 meses de tratamiento.<sup>63</sup>

El tratamiento es eminentemente quirúrgico. Gingivectomía y gingivoplastia, acompañadas de programas preventivos de control de placa exhaustivos que intentan evitar la recidiva del problema, puesto que la medicación no es sustituible.<sup>64</sup>

## 2.3 MALOCLUSIÓN

### 2.3.1 DENTICIÓN TEMPORAL

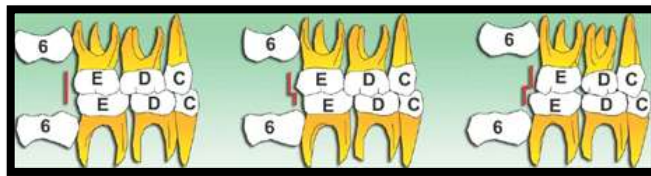


FOTO 26 DENTICIÓN TEMPORAL

Alrededor del cuarto y sexto mes de vida intrauterina los dientes comienzan a calcificarse. Para el momento del nacimiento encontramos la calcificación de los dientes primarios.<sup>65</sup>

Canut anota que el proceso de la erupción se realiza en tres períodos que se suceden ininterrumpidamente, y que corresponden a la salida de distintos grupos dentarios de la siguiente manera: en un primer grupo hacen erupción los centrales inferiores a los 6 meses, centrales, laterales superiores y finalmente, laterales inferiores. Al salir los dientes anteriores se produce cierto adelantamiento posicional en el patrón eruptivo, ellos hacen

<sup>63</sup> Boj, J.R. Odontopediatria, capítulo 32, Páginas 368,369

<sup>64</sup> Boj, J.R. Odontopediatria, capítulo 32, Páginas 369

<sup>65</sup> Martha Torres, Desarrollo de la dentición, Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "Ortodoncia.ws edición electrónica octubre 2009.. Consultada <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art23.asp>



erupción en forma vertical y adelantándose hacia labial; permitiendo agrandar el arco ganando espacio para el alineamiento. <sup>66</sup>

En un segundo grupo erupcionarán los primeros molares hacia los 16 meses y a los 20 meses los caninos; el período de erupción es de 6 meses y le sigue un período silente de 4-6 meses. En ésta fase de desarrollo de la dentición primaria, la boca se prepara para el cambio de dieta líquida a sólida, el máximo crecimiento se concentra en la parte distal de la apófisis alveolar y así queda lista para la erupción de las piezas posteriores en el cual un tercer grupo hacen erupción con los cuatro segundos molares, que tardan unos 4 meses. Aproximadamente a los dos años y medio ya se debería haber completado la dentición primaria. Se considera dentro de los límites normales, que la dentición primaria se encuentra completa en cualquier momento comprendido entre los 2 a 3 años de edad cuando los segundos molares han alcanzado la oclusión. Sin embargo, debemos dejar claro que, la época de aparición de los dientes en la boca no es importante a menos que se desvíe mucho del promedio dado, sin embargo, el orden en que se efectúa la erupción sí lo es porque ayuda a determinar la posición de los dientes en el arco. <sup>67</sup>

En general hay acuerdo en que los niños de un año de edad tengan seis a ocho dientes presentes y que la mayoría completan la primera dentición entre los dos y medio y tres años. A los fines de clasificar una oclusión en la dentición primaria, se utiliza la referencia de los planos terminales (relación anteroposterior) lo cual podríamos definir como: la relación mesiodistal entre las superficies distales de los segundos molares primarios superior e inferior cuando los dientes primarios contactan en relación céntrica. <sup>68</sup>

- **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

---

<sup>66</sup> Martha Torres, Desarrollo de la dentición, Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "Ortodoncia.ws edición electrónica octubre 2009.. Consultada <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art23.asp>

<sup>67</sup> Martha Torres, Desarrollo de la dentición, Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "Ortodoncia.ws edición electrónica octubre 2009.. Consultada <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art23.asp>

<sup>68</sup> Martha Torres, Desarrollo de la dentición, Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "Ortodoncia.ws edición electrónica octubre 2009.. Consultada <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art23.asp>

- **ESCALON DISTAL:** cuando la superficie del segundo molar inferior se encuentra distal a la superficie distal del segundo molar superior primario. <sup>69</sup>

### 2.3.2 DENTICIÓN MIXTA

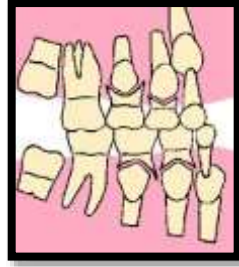


FOTO 27 DENTICIÓN MIXTA

Se conoce como dentición mixta a la presencia simultánea en la boca, de dientes temporales y permanentes, abarca de los seis hasta los doce años de edad.

Es un periodo de gran importancia e interés en la etiología de anomalías de la oclusión, porque en estos años debe realizarse una serie de complicados procesos que conducen al cambio de la dentición temporal por la permanente y al establecimiento de la oclusión normal definitiva. Durante la dentición mixta se producen cambios oclusales de interés: el habitual plano terminal recto de la dentición temporal trae típicamente una relación cúspide a cúspide en los primeros molares permanentes, los que luego pueden alcanzar una relación de neutroclusión debido a:

- a) Corrimiento mesial tardío, por el ya explicado espacio libre de Nance.
- b) Por el espacio del primate que en la mandíbula está distal al canino.
- c) Mayor crecimiento y durante mayor tiempo, de la mandíbula con respecto al maxilar superior<sup>70</sup>

### 2.3.3 DENTICIÓN PERMANENTE

---

<sup>69</sup> Dr. Luis Arturo, Planos terminales y escalones en dentición primaria y su relación con mal oclusiones en dentición permanente. Tipos y características de mal oclusión en dentición permanente.

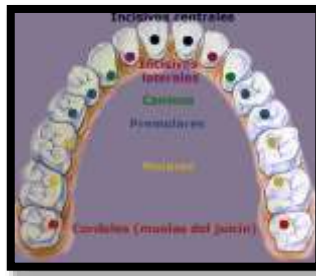


FOTO 28 DENTICIÓN PERMANENTE

La primera clasificación ortodóntica de maloclusión fue presentada por Edward Angle en 1899, la cual es importante hasta nuestros días, ya que es sencilla, práctica y ofrece una visión inmediata del tipo de maloclusión a la que se refiere. La clasificación de Angle fue basada en la hipótesis de que el primer molar y canino son los dientes más estables de la dentición y la referencia de la oclusión.<sup>71</sup>

### CLASE I DE ANGLE

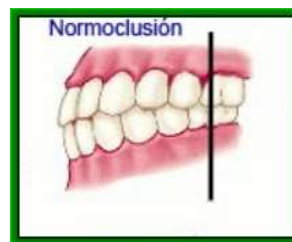


FOTO 29 CLASE I

La mal oclusión de clase I se presenta cuando hay discrepancia dentolaveolar en el segmento anterior por insuficiencia del hueso alveolar para colocar correctamente todos los dientes. La relación esquelética y muscular generalmente es armoniosa

<sup>71</sup> Bravo E. Ortodoncia Clínica y sus Principios Teóricos y Prácticos. Tratamiento de la maloclusión, Cap 9, pag 205

## CLASE II DE ANGLE



FOTO 30 CLASE II

La maloclusión de clase II es la desarmonía dentoalveolar más frecuente en la población y además la que más regularmente se presenta en la clínica pues su implicación estética preocupa a los pacientes y los hace acudir a consulta ortodóncica. Se produce como resultado de un retrognatismo mandibular y un prognatismo maxilar o una combinación de ambos. La característica que identifica esta maloclusión es la relación molar, en la cual la cúspide vestibular del primer molar inferior ocluye por distal de la cúspide mesiovestibular del primer molar superior. Según la posición de los incisivos la maloclusión clase II puede dividirse en dos clases división 1 y división 2.<sup>72</sup>

### Maloclusión clase II división I

Se presenta un resalte incisivo aumentado con vestibuloversión de incisivos superiores e inferiores, pudiendo encontrarse estos dientes con apiñamiento, existe también un aumento de la sobremordida con una curva de Spee muy acentuada. Los arcos dentarios son muy estrechos en forma de V y la bóveda palatina profunda. La musculatura está completamente afectada, pues el perfil retrognático y el resalte incisivo exigen que los músculos faciales y la lengua adopten patrones anormales de contracción. Existe una pérdida de equilibrio muscular con un labio superior hipotónico y un labio inferior hipertónico.

### Maloclusión clase II división II

---

<sup>72</sup> Bravo E. Ortodoncia Clínica y sus Principios Teóricos y Prácticos. Tratamiento de la maloclusión, Cap 9. Pág. 214

Las únicas características comunes para ambos tipos de clase II son la distoclusion y el retrognatismo mandibular. Morfológicamente en esta maloclusión existe lingualización de incisivos centrales superiores con vestibularización de los laterales. Los incisivos inferiores también se encuentran lingualizados, lo que ocasiona una mordida profunda.<sup>73</sup>

### CLASE III DE ANGLE



FOTO 31 CLASE III

La maloclusión de clase III se caracteriza por una posición adelantada de la dentición inferior en relación con la superior o de la mandíbula respecto al maxilar. En la cara visto de lado se observa un perfil cóncavo, visto frontalmente se observa un aumento del tercio inferior de la cara en sentido vertical, podemos observar mordida cruzada anterior, la mordida cruzada puede extenderse al sector posterior de forma unilateral o bilateral.<sup>74</sup>

### **2.4 PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES TEMPORALES**



FOTO 32 PERDIDA PREMAURA DE PIEZA 21

Según Moyers la pérdida prematura de dientes primarios se refiere, al estadio de desarrollo del diente permanente que va a reemplazar el diente temporal perdido. Otros autores se

<sup>73</sup> Bravo E. Ortodoncia Clínica y sus Principios Teóricos y Prácticos. Tratamiento de la maloclusión, Cap 9. Pág. 215

<sup>74</sup> Bravo E. Ortodoncia Clínica y sus Principios Teóricos y Prácticos. Tratamiento de la maloclusión, Cap 9. Pág 217

refieren a la pérdida prematura de un diente primario cuando esta se realiza antes del tiempo de exfoliación natural.

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.<sup>75</sup>

Perdida temprana: Se refiere a la pérdida de dientes primarios antes de la época esperada pero sin llegar a comprometer el mantenimiento natural del perímetro o longitud de arco.<sup>76</sup>

La pérdida de un molar primario en una etapa muy temprana retrasa la erupción del diente permanente. Mientras que, la pérdida prematura de un primer molar deciduo en una etapa tardía acelera la erupción del permanente y hace innecesaria la conservación de espacio. Un método exacto para evaluar la erupción retrasada o apresurada es examinar el grado de desarrollo radicular y el hueso alveolar que cubre el diente permanente que no ha brotado, por medio de radiografías panorámicas o periapicales. El diente sucedáneo empieza a erupcionar cuando ha concluido la primera mitad del desarrollo radicular. En términos de cobertura de hueso alveolar, es preciso prever que pasarán aproximadamente seis meses por cada milímetro de hueso que cubra al permanente. Si hay hueso que recubra la corona, puede predecirse fácilmente que la erupción no se producirá en varios meses. En estos casos es necesario la conservación del espacio, a menos que el diente erupcionan a los 6 meses o que haya espacio suficiente en el arco para que la reducción de 1 o 2 mm de espacio y no se ponga en riesgo la erupción del permanente.<sup>77</sup>

Cuando existe falta general de espacio en ambas arcadas, los caninos frecuentemente son exfoliados antes de tiempo, y la naturaleza trata de proporcionar más espacio a los incisivos permanentes que ya han hecho erupción; la conservación de espacio puede resultar contraproducente para el paciente. Por el contrario cuando existe una oclusión normal en un

---

<sup>75</sup> Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "Ortodoncia.ws edición electrónica agosto 2009.Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art17.asp>

<sup>76</sup> Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "Ortodoncia.ws edición electrónica agosto 2009.Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art17.asp>

<sup>77</sup> Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "Ortodoncia.ws edición electrónica agosto 2009.Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art17.asp>

principio, y el examen radiográfico revela que no existe deficiencia en la longitud de la arcada, la extracción prematura de dientes primarios debido a caries puede causar una maloclusión, salvo que se utilicen mantenedores de espacio, La pérdida del primer o segundo molar deciduo, siempre es motivo de preocupación, aunque la oclusión sea normal. Pero si la exodoncia de los molares temporales ocurre después de los 5 años de edad habrá disminución en retardo de la erupción de los premolares. La extracción prematura del segundo molar deciduo causará, con toda seguridad, el desplazamiento mesial del primer molar permanente y atraparé los segundos premolares en erupción. Aun cuando hace erupción el segundo premolar, es desviado en sentido vestibular o lingual hasta una posición de maloclusión. Al desplazarse mesialmente el molar superior, con frecuencia gira, desplazándose la cúspide mesiovestibular en sentido lingual, lo que hace que el diente se incline.<sup>78</sup>

## 2.5 MORDIDA ABIERTA



FOTO 33 MORDIDA ABIERTA

“Sobremordida vertical negativa. En otras palabras, con los dientes posteriores situados en una intercuspidad máxima, los dientes anteriores opuestos no se entrecruzan, ni siquiera contactan entre sí. Esta relación anterior se denomina mordida abierta anterior. En una persona con mordida abierta anterior puede que no haya contacto de los dientes anteriores durante el movimiento mandibular.

## 2.6 MORDIDA PROFUNDA

---

<sup>78</sup>Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "Ortodoncia.ws edición electrónica agosto 2009. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art17.asp>



FOTO 34 MORDIDA PROFUNDA

Se denomina mordida profunda cuando una persona tiene una mandíbula infradesarrollada (relación molar de clase II), los dientes anteriores mandibulares con frecuencia contactan en el tercio gingival de las superficies linguales de los dientes maxilares.<sup>79</sup>

## 2.7 MORDIDA CRUZADA ANTERIOR



FOTO 35 MORDIDA CRUZADA ANTERIOR

La mordida cruzada anterior se ha definido como una maloclusión en la cual los incisivos y/o caninos del maxilar superior se encuentran en posición lingual con respecto a sus homólogos de la mandíbula. La Mordida Cruzada Anterior de carácter Funcional, es también denominada Pseudo Clase III, y puede ser causada por contactos prematuros que conducen a una posición más adelantada de la mandíbula en la máxima intercuspidación dentaria. La Mordida Cruzada Anterior Esquelética está asociada a una discrepancia en el tamaño o posición del maxilar superior con respecto a la mandíbula o viceversa, se puede dar que la Clase III esquelética se presente a causa de:

- Maxilar en buena posición, mandíbula protruída.
- Maxilar retruído, mandíbula en buena posición.
- Maxilar retruído, mandíbula protruida<sup>80</sup>

<sup>79</sup> OKESON Jeffrey. Tratamiento de oclusión y afecciones Temporomandibulares. Pág. 85

<sup>80</sup> GONZALEZ P. Gabriela, MORERO F. Laura. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [Versión Electrónica]. Depósito Legal N°: pp200102CS997 - ISSN: 1317-5823 – www.ortodoncia.ws



## 2.8 MORDIDA CRUZADA POSTERIOR



FOTO 36 MORDIDA CRUZADA POSTERIOR

“La mordida cruzada posterior (MCP) se caracteriza por la alteración en la relación transversal entre los arcos superior e inferior. Esta condición puede estar asociada a un compromiso esquelético, y/o, presentar inclinaciones dento-alveolares inadecuadas. Además, la interferencia dentaria durante el movimiento mandibular en máxima intercuspidadación habitual, puede causar desplazamiento lateral de la mandíbula estableciéndose una mordida cruzada posterior unilateral funcional (MCUPF). La MCUPF puede originarse a partir de la respiración bucal, resultando un paladar estrecho por la deficiencia de crecimiento maxilar. Entre los principales hábitos se destaca la succión digital y de chupón, que altera el "mecanismo del buccinador" localizándose la lengua en una posición más inferior, ampliando transversalmente las estructuras mandibulares. Las pérdidas precoces, la retención prolongada de dientes deciduos también pueden establecer una MCUPF.”<sup>81</sup>

## 2.9 MORDIDA BIS A BIS



FOTO 37 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 bores o cúspide contra cúspide de tal forma que se desgastan mutuamente.<sup>82</sup>

<sup>81</sup> APARECIDO C. Osmar, y COLB. Acta Odontológica Venezolana.[Versión Electrónica]. Mordida Cruzada Posterior. Corrección Y Consideraciones. ISSN: 0001-6365

<sup>82</sup> <sup>82</sup> BOJ Juan, CATALÁ Montserrat y Col. Odontopediatría, pág 380-381

## 2.10 HÁBITOS

### 2.10.1 SUCCIÓN DIGITAL



FOTO 38 SUCCIÓN DIGITAL

“El hábito de succión digital se presenta con mucha frecuencia, aunque debido a la prontitud con que se inicia no se aprecia, ya que suele terminar a los 3 o 4 años de edad.

Aunque pueden succionarse uno o más dedos, 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.”<sup>83</sup>

Efectos bucales del hábito de succión digital:

- 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.

---

<sup>83</sup> BOJ Juan, CATALÁ Montserrat y Col. Odontopediatría, pág 380-381

- Dimensión vertical aumentada<sup>84</sup>

## 2.10.2 RESPIRACIÓN BUCAL



FOTO 39 PALADAR EN FORMA DE V

”La respiración bucal ha sido siempre 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.

En los casos más extremos, la obstrucción respiratoria nasal y el hábito de respiración bucal produciría cambios esqueléticos y dentarios que afectarán a la cara del individuo, que se volverá más larga y su incompetencia labial, al presentar un labio superior corto por elevación de la base de la nariz, ofreciendo con su punta levantada una visión frontal de las narinas.<sup>85</sup>



FOTO 40 FACIE DEL RESPIRADOR BUCAL

<sup>84</sup> GONZÁLEZ María, GUIDA Gianfranco, HERRERA Diana, Quiros Oscar. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [Versión Electrónica]. Depósito Legal N°: pp200102CS997 - ISSN: 1317-5823

<sup>85</sup> GONZÁLEZ P. Gabriela, Morrero F. Laura. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Ortopedia [versión electrónica]. Mordida Abierta Anterior. Depósito Legal N°: pp200102CS997 - ISSN: 1317-5823

### 2.10.3 DEGLUSIÓN ATÍPICA



FOTO 41 DEGLUSIÓN ATÍPICA

“Se caracteriza por 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 impele 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.”<sup>86</sup>

Consecuencias de la deglución atípica:

- ✓ Mordida abierta en la región anterior y posterior
- ✓ Protrusión de incisivos superiores
- ✓ Presencia de diastema antero superiores
- ✓ Labio superior hipotónico
- ✓ Incompetencia labial
- ✓ Hipertonidadde la borda del mentón<sup>87</sup>

### 2.10.4 INTERPOSICIÓN LINGUAL

---

86 GONZÁLESZ P. Gabriela, Morrero F. Laura. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Ortopedia [versión electrónica]. Mordida Abierta Anterior. Depósito Legal N°: pp200102CS997 - ISSN: 1317-5823

87 GONZÁLESZ P. Gabriela, Morrero F. Laura. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Ortopedia [versión electrónica]. Mordida Abierta Anterior. Depósito Legal N°: pp200102CS997 - ISSN: 1317-5823



FOTO 42 INTERPOSICIÓN LINGUAL SECTOR ANTERIOR

“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 fonarticulación. En condiciones normales la porción dorsal de la lengua toca ligeramente el paladar mientras que la punta descansa a nivel del cuello de los incisivos superiores.<sup>88</sup>

En la interposición lingual en reposo, la lengua se ubica entre los dientes en forma inactiva, pudiendo interponerse también entre los labios (haciendo más fácil su detección). Esto podrá causar una deformación del hueso y malposición dentaria”<sup>89</sup>

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

- ✓ Mordida abierta anterior: la presión se realiza en la región anterior y la deglución se efectúa con los dientes desocluidos y la lengua se queda en una posición que parece que va a ser mordida. En consecuencia, hay una mordida abierta anterior.
- ✓ Mordida abierta y vestibuloversión: la lengua además de interponerse entre los dientes en la región anterior, ejerce también una presión anterior, y hace que los incisivos anteriores y/o inferiores exhiban una severa inclinación vestibular (vestibuloversión)
- ✓ Mordida abierta anterior, vestibuloversión y mordida cruzada posterior. El mismo cuadro anterior, asociado a una mordida cruzada posterior uni o bilateral a la altura

---

<sup>88</sup> AGURTO Pamela, DÍAZ M. Rodrigo. CADIZ D. Olga. BOBENRIETH Fernando. Revista Chilena de Pediatría [Versión Electrónica]. Vol.70 n.6 Santiago Nov.1999

<sup>89</sup> AGURTO Pamela, DÍAZ M. Rodrigo. CADIZ D. Olga. BOBENRIETH Fernando. Revista Chilena de Pediatría [Versión Electrónica]. Vol.70 n.6 Santiago Nov.1999

de los molares, debido a la ruptura del equilibrio muscular entre la lengua y los músculos del carrillo.”<sup>90</sup>

### **CAPITULO III FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN LA SALUD BUCODENTAL.**

---

<sup>90</sup> LUGO Carmen, TOYO Irasema. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "[Versión Electrónica] "Hábitos Orales No Fisiológicos Más Comunes Y Como Influyen En Las Maloclusiones.".Ortodoncia.ws edición electrónica marzo 2011. Obtenible en: [www.ortodoncia.ws](http://www.ortodoncia.ws). Consultada,18/10/2013

### 3.1. CONCEPTO DE RIESGO



FOTO 43 RIESGO DE ENFERMEDAD

“Es la probabilidad de que un hecho ocurra. En otras palabras, es la medida de una probabilidad estadística de un suceso futuro. Por tanto, la probabilidad de consecuencias adversas aumenta en presencia de una o más características o factores determinantes de dichas consecuencias. El riesgo se enfoca con fines preventivos cuando se emprenden acciones para evitar o reducir una probabilidad conocida, como la enfermedad, el accidente o la muerte.”<sup>91</sup>

### 3.2 FACTORES DE RIESGO

“De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el factor de riesgo: ... es cualquier característica o circunstancia detectable en una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido.

Por su parte, John M. Last considera que el término “*factor de riesgo*” se usa con tres connotaciones distintas:

Los factores de riesgo pueden ser aquellos que caracterizan al individuo, la familia, el grupo, la comunidad o el ambiente. Por ejemplo, existen estudios que han demostrado que el primer embarazo, la alta paridad, un embarazo a edad reproductiva temprana o tardía, los abortos previos y la desnutrición son factores de riesgo universales, y estas características aumentan la probabilidad de patología perinatal. La combinación de estos y otros factores de riesgo en

---

<sup>91</sup> HIGASHIDA, Bertha. Odontología preventiva primaria. Página 211

los mismos individuos incrementan aún más la probabilidad de experimentar daño a la salud.

»92

“Los factores de riesgo pueden ser:

12. Biológicos: Por ejemplo, ciertos grupos de edad, entre otros.
13. Ambientales: Incluye abastecimiento deficiente de agua potable, falta de adecuado sistema de disposición de excretas, entre otros
14. De comportamiento: Por ejemplo, fumar.
15. Relacionados con la atención a la salud: Entre ellos, la calidad deficiente de la atención y cobertura insuficiente.
16. Socioculturales: Por ejemplo, mala educación.
17. Económicos: Aquí se incluyen bajos ingresos.<sup>93</sup>

### **3.3 FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN LA SALUD ENFERMEDAD ORAL**

#### **3.3.1 FACTORES LOCALES**

Los factores locales son:

- Hábitos de higiene bucal



FOTO 44 HIGIENE DENTAL

“El propósito de la higiene oral consiste en evitar la enfermedad dental mediante la disminución de las acumulaciones de placa y la facilitación de la circulación en tejido blando.”<sup>94</sup>

---

<sup>92</sup> HIGASHIDA, Bertha. Odontología preventiva primaria. Págs. 211- 212

<sup>93</sup> HARRIS, Norman. GARCÍA – GODOY, Franklin. Odontología preventiva primaria. Página 102.

<sup>94</sup> HARRIS, Norman. GARCÍA – GODOY, Franklin. Odontología preventiva primaria. Página 102.



“Las medidas de higiene oral necesarias dependen del tamaño de los espacios interdientales, la posición y morfología dentales, el estado periodontal y la presencia de prótesis dentales, así como de las habilidades individuales y motivación del paciente.”<sup>95</sup>

Cepillado:



FOTO 45 CEPILLADO

Es una técnica mecánica para el control de placa supragingival de las superficies dentarias cuyo “propósito es retirar la placa dental de los dientes, incluso del surco gingival, con la menor lesión a los dientes y a las estructuras vecinas.”<sup>96</sup>

Diseño del cepillo:

“Hoy en día se recomienda el uso de un cepillo de dientes de cerda artificial de nilón, con puntas redondeadas para minimizar las lesiones gingivales, de dureza media o suave y con un cabezal adaptado al tamaño de la dentición, un mango de la longitud y anchura suficientes para manejarlo con seguridad. En cuanto a la periodicidad de recambio del cepillo dental, se encuentran recomendaciones en la bibliografía que oscila entre los 2,5 y los 6 meses.”<sup>97</sup>

Técnica de cepillado:

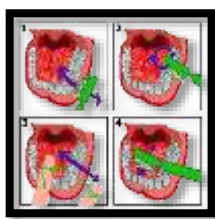


FOTO 46 TECNICA DE CEPILLADO

---

<sup>95</sup> BIM

<sup>96</sup> HARRIS, Norman. GARCÍA- GODOY, Franklin. Odontología preventiva primaria. Página 77.

<sup>97</sup> CUENCA, Emili. MANAU, Carolina. SERRA, Lluís. Odontología preventiva y comunitaria. Página 72.

Los estudios científicos no demuestran que un método de cepillado sea claramente superior a todos los demás.”<sup>98</sup>

“No obstante, las técnicas recomendadas habitualmente son las siguientes: en los niños y adolescentes la técnica de barrido horizontal, debido al hecho de que es la más fácil, teniendo siempre en cuenta que no se debe realizar un cepillado demasiado enérgico ni olvidar las caras oclusales. En los menores de 7 – 8 años es aconsejable que el cepillado sea realizado por los padres una vez al día, ya que el niño carece de la destreza manual adecuada. En los adultos la técnica más adecuada es la de Bass, que está diseñada para conseguir la higiene del surco gingival. En la técnica de Bass, el cepillo se coloca formando un ángulo de 45° con el eje vertical de los dientes, introduciendo suavemente la cerdas en el surco gingival y realizando cortos movimientos vibratorios durante 10 – 15 segundos por área; a continuación puede desplazarse el cepillo en dirección oclusal para limpiar las caras vestibulares y linguales. Las caras oclusales se limpian mediante movimientos anteroposteriores.”<sup>99</sup>

#### Frecuencia y duración del cepillado:

En general, se considera que con un cepillado cuidadoso cada 12 o 24 horas es posible mantener una buena salud gingival, pero un cepillado frecuente con dentífrico fluorado es indudablemente eficaz para la prevención de la caries dental. En cuanto a la duración del cepillado, la mayoría de las personas se cepillan durante un tiempo inferior a los 30 segundos. Estudios realizados en niños y adolescentes han demostrado que, al aumentar el tiempo de cepillado, aumenta la eliminación de la placa, aunque la mayor parte de la placa se elimina en los primeros 60 segundos.”<sup>100</sup>

#### Control de la placa interproximal



FOTO 47 CONTROL DE PLACA DENTAL

<sup>98</sup> CUENCA, Emili. MANAU, Carolina. SERRA, Lluís. Odontología preventiva y comunitaria. Página 72.

<sup>99</sup> HARRIS, Norman. GARCÍA- GODOY, Franklin. Odontología preventiva primaria. Página 77.

<sup>100</sup> CUENCA, Emili. MANAU, Carolina. SERRA, Lluís. Odontología preventiva y comunitaria. Página 72 – 73.

“Con el cepillado dental convencional no se suele conseguir la eliminación total de la placa bacteriana de los espacios interproximales, cuya higiene es necesaria para la prevención de las enfermedades periodontales y la caries en las personas muy susceptibles.”<sup>101</sup>

En los individuos con espacios interdentarios cerrados la forma habitual para la eliminación de la placa interproximal es el uso de la seda dental. La seda dental está formada por varios filamentos que se despliegan al contacto con la superficie del diente aumentando el área de contacto.”<sup>102</sup>

“Se encuentran sedas dentales comercializadas en diferentes formas: hilo dental, cinta dental, encerada, sin encerar, cada una de ellas para un uso concreto. La seda dental se utilizara introduciéndola con suavidad entre los dientes, deslizándola luego hacia oclusal con movimientos de sierra en sentido vestibulolingual. Una vez limpia la superficie interproximal de un diente, se mueve la seda dental sobre la papila interdientaria y se repite el proceso con el diente adyacente. Cuando los espacios interdentarios están abiertos debido a la pérdida de soporte periodontal o a diastemas, el método de elección para la higiene interproximal son los cepillos interproximales de diferentes formas y tamaños.”<sup>103</sup>

- Motivación del paciente y su medio familiar

“El apoyo de la familia para el cumplimiento de medidas propuestas es muy importante”<sup>104</sup>  
“para orientar en la formación, instrucción y motivación del individuo para realizar un adecuado control personal de la placa dentobacteriana a través de métodos y técnicas de uso doméstico con cepillo dental para la higiene bucal y acudir con el dentista en forma periódica para la revisión profesional.”<sup>105</sup>

- Experiencia anterior

---

101 CUENCA, Emili. MANAU, Carolina. SERRA, Lluís. Odontología preventiva y comunitaria. Página 74- 75.

102 CUENCA, Emili. MANAU, Carolina. SERRA, Lluís. Odontología preventiva y comunitaria. Página 74- 75.

103 CUENCA, Emili. MANAU, Carolina. SERRA, Lluís. Odontología preventiva y comunitaria. Página 75.

104 HIGASHIDA, Bertha. Odontología preventiva. Página 213.

105 HIGASHIDA, Bertha. Odontología preventiva. Página 274.

“Si bien no siempre es un indicador satisfactorio, debido al carácter multifactorial de las causas, de no mediar el establecimiento de medidas para su control, si es un poderoso elemento de predicción del desarrollo futuro de la enfermedad.”<sup>106</sup>

- Azúcar y Dieta

“Para que las bacterias vivan en la placa dental deben disponer de los mismos almidones, monosacáridos, ácidos grasos, vitaminas y minerales requeridos por todos los organismos vivos.”<sup>107</sup>

Debido a que estos nutrimentos también los necesitan las células del cuerpo, la comida ingerida por el huésped o la que aparece más tarde en la saliva en forma metabolizada, proporciona los nutrimentos adecuados para la supervivencia y reproducción bacteriana.<sup>108</sup>

El azúcar y los productos azucarados de la dieta del huésped, incrementan notablemente la producción de ácidos bacterianos. Estas liberaciones de productos ácidos finales y de otras toxinas constituyen los factores principales en el inicio y progresión de la caries y la gingivitis. La ingestión total de carbohidratos refinados, son la frecuencia de la ingestión y la consistencia de los alimentos azucarados. La ingestión intermitente pero continua de carbohidratos refinados causa una exposición constante de los dientes a los ácidos bacterianos. Por tanto, si el objetivo es disminuir la incidencia de caries, deben considerarse los tres factores: la ingestión total de azúcar, la frecuencia de ingestión y la consistencia de los alimentos potencialmente cariogénos.”<sup>109</sup>

- Características dentales

“Rasgos anatómicos (surcos profundos), mal formaciones (hipoplasias), mal posiciones, cavitaciones o reconstrucciones inadecuadas que favorecen la retención de placa bacteriana y restos alimentarios, etcétera.

---

<sup>106</sup> HIGASHIDA, Bertha. Odontología preventiva. Página 213.

<sup>107</sup> HARRIS, Norman. GARCÍA- GODOY, Franklin. Odontología preventiva primaria. Página 8.

<sup>108</sup> HARRIS, Norman. GARCÍA- GODOY, Franklin. Odontología preventiva primaria. Página 8.

<sup>109</sup> HARRIS, Norman. GARCÍA- GODOY, Franklin. Odontología preventiva primaria. Página 8.

- Tiempo de erupción

De los 0 hasta los 24 meses post – erupción dental se considera que hay mayor riesgo de caries por la importancia de la maduración post – eruptiva, por la mayor acumulación de la placa dentobacteriana y por la presencia de pseudobolsas.

- Características salivales

Flujo y viscosidad son elementos de defensa.

- Aparatos

Pueden ocasionar retención de placa bacteriana e interfieren con la higiene correcta.

- Controles periódicos

Atención odontológica, Control de la evolución, evaluación del riesgo actual y determinación de medidas de mantenimiento.”<sup>110</sup>

### **3.3.2 FACTORES GENERALES**

“Los factores generales son:

- Socioeconómicos

Calidad de vida: vivienda, estabilidad laboral, ingresos, cobertura asistencial

- Ambientales

El abastecimiento inadecuado de agua potable es factor de riesgo. Si la madre es reservorio de streptococcus mutans influye en la infección temprana de los hijos.

- Culturales

---

<sup>110</sup> HIGASHIDA, Bertha. Odontología preventiva. Página 213

Escolaridad, valoración de la salud, creencias y costumbres (uso del biberón, ingesta de azúcares, etc.)

- Biológicos

Rasgos genéticos (discapacidades), enfermedades sistémicas tratadas con medicamentos que alteran el flujo salival (por ejemplo: xerostomía), estado nutricional, estado inmunitario, estrés, enfermedades intercurrentes. Con respecto a la edad, la caries es más frecuente durante la niñez y la adolescencia, y la enfermedad periodontal es más peligrosa durante la erupción dental y la adolescencia.”<sup>111</sup>

## **FOTOS DE LOS NIÑOS DEL JARDIN ANTONIO PEÑA CELI**

---

<sup>111</sup> HIGASHIDA, Bertha. Odontología preventiva. Página 212



**FOTO 48 CARIES DENTAL 51 61**



**FOTO 49 PLANO TERMINAL RECTO**



**FOTO 50 CARIES MESIO-DISTAL 51 61**  
**FOTO 51 CARIES DISTAL 62**



**52 CARIES RAMPANTE**



**FOTO**

**FOTO 53 INTERPOSICIÓN L**



**FOTO 54 ESCALON MESIAL**



**FOTO 55 PLANO TERMINAL RECTO**

**CHARLA A LOS NIÑOS DEL JARDIN ANTONIO PEÑA CELI**



**FOTO 560 PRESENTACIÓN DE UN VIDEO Y DIAPOSITIVAS**





**FOTO 61 TECNICA DE CEPILLADO**



**FOTO 62 TÉCNICA DE CEPILLADO**



**FOTO 63 ALUMNOS**



**FOTO 64 EXAMINACIÓN**



**FOTO 65**

**FOTOS DE LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO VILCABAMBA**



**FOTO 66 FLUOROSIS LEVE**



**FOTO 67 MORDIBA ABIERTA POSTERIOR**



**FOTO 68 FLUOROSIS**



**FOTO 69 PLACA-CÁLCULO**



**FOTO 70 APIÑAMIENTO**



**FOTO 71 APIÑAMIENTO FLUOROSIS PLACA**

**FOTOS DE LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO VILCABAMBA**



**FOTO 72 MORDIDA PROFUNDA  
POSTERIOR**



**FOTO 73 M ABIERTA ANTERIOR Y**



**FOTO 74 MORDIDA PROFUNDA**



**FOTO 75 FLUOROSIS**



**FOTO 76 M ABIERTA POSTERIOR**



**FOTO 77 CLASE II DIVISIÓN I**

**FOTOS DE LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO VILCABAMBA**



**FOTO 78 M PROFUNDA**



**FOTO 79 CLASE I CON APIÑAMIENTO**



**FOTO 80 MORDIBA BIS-BIS**



**FOTO 81 FLUOROSIS SANGRADO INFLAMACIÓN**



**FOTO 82 ESTUDIANTES PARTICIPANDO**

**FOTOS DE LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO VILCABAMBA**



**FOTO 83 ESTUDIANTES Y DOCENTE LLENANDO LA ENCUESTA**



**FOTO 84 ESTUDIANTES CON PASTAS Y CEPILLOS**



**FOTO 85 ESTUDIANTES CON PASTAS Y CEPILLOS**

**FOTOS DE LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO VILCABAMBA**



**FOTO 86 ESTUDIANTE LLENANDO LA ESCUESTA**



**FOTO 87 COLEGIO**

## 12.BIBLIOGRAFÍA

1. La Salud Bucal en la Percepción del Adolescente REVISTA DE SALUD PÚBLICA. Cléa A. Saliba-Garbin, Artênio J. Ispere-Garbin, Renato Moreira-Arcieri, Nemre A Saliba y Patricia E. Gonçalves. Volumen 11(2), Abril 2009 Recibido 17 Agosto 2008/Enviado para Modificación 2 Enero 2009/Aceptado 25 Febrero 2009. Disponible en:  
[http://www.intec.edu.do/downloads/pdf/biblioteca/012-biblioteca\\_formato\\_vancouver.pdf](http://www.intec.edu.do/downloads/pdf/biblioteca/012-biblioteca_formato_vancouver.pdf)
2. 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
3. GONZALEZ, Andrea. CARPIO Miriam. 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. Tomada de la tesis de Sandra Paulina Espinoza. Año 2010. Diagnóstico de Servicios de salud MSP MD. Juan Pablo Villa Barragán encontrado en :  
[http://www.pediatria.gob.mx/diplo\\_diagsit.pdf](http://www.pediatria.gob.mx/diplo_diagsit.pdf)
4. Diagnóstico de Servicios de salud MSP MD. Juan Pablo Villa Barragán encontrado en :  
[http://www.pediatria.gob.mx/diplo\\_diagsit.pdf](http://www.pediatria.gob.mx/diplo_diagsit.pdf)
5. <sup>1</sup> Diagnóstico de Servicios de salud MSP MD. Juan Pablo Villa Barragán encontrado en :  
[http://www.pediatria.gob.mx/diplo\\_diagsit.pdf](http://www.pediatria.gob.mx/diplo_diagsit.pdf)
6. [http://www.pediatria.gob.mx/diplo\\_diagsit.pdf](http://www.pediatria.gob.mx/diplo_diagsit.pdf)
7. Diagnóstico de Servicios de salud MSP MD. Juan Pablo Villa Barragán encontrado en :  
[http://www.pediatria.gob.mx/diplo\\_diagsit.pdf](http://www.pediatria.gob.mx/diplo_diagsit.pdf)
8. Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de Loja. Disponible en :  
<http://www.loja.gob.ec/contenido/vilcabamba>.

9. Gobierno Autónomo Parroquial Vilcabamba. Disponible en: <http://www.vilcabamba.gob.ec/index.php/pdot> .
10. Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de Loja. Disponible en : <http://www.loja.gob.ec/contenido/vilcabamba>.
11. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Disponible en: [http://www.inec.gob.ec/cpv/index.php?option=com\\_content&view=article&id=232&Itemid=128&lang=es](http://www.inec.gob.ec/cpv/index.php?option=com_content&view=article&id=232&Itemid=128&lang=es)
12. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Disponible en: [http://www.inec.gob.ec/cpv/index.php?option=com\\_content&view=article&id=232&Itemid=128&lang=es](http://www.inec.gob.ec/cpv/index.php?option=com_content&view=article&id=232&Itemid=128&lang=es)
13. SANCHEZ, Miguel. Gobierno Provincial de Loja. Disponible en: <http://www.gpl.gob.ec/?p=14929>
14. Diario Centinela, <http://www.diariocentinela.com.ec/productos-y-gastronomia-oferto-ayer-vilcabamba/>
15. HIGASHIDA, Bertha,(2000), Odontología preventiva primaria. Página 211
16. 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
17. 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
18. TASCÓN Jorge y colaboradores. Algunas creencias sobre susceptibilidad y severidad de la caries en adolescentes del Valle del Cauca, Colombia 2005
19. GONZALEZ, Andrea. CARPIO Miriam. 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. Tomada de la tesis de Sandra Paulina Espinoza. Año 2010.
20. REVALENCIA DE FLUOROSIS EN NIÑOS DE 10 A 14 AÑOS EN EL MUNICIPIO DE CAJIBIO DE MARZO A MAYO DE 2011
21. ORTEGA-MALDONADO, Miriam; MOTA-SANHUA, Vanesa y LÓPEZ-VIVANCO, Juan C. MÉXICO 2007
22. ORTEGA-MALDONADO, Miriam; MOTA-SANHUA, Vanesa y LÓPEZ-VIVANCO, Juan C. MÉXICO 2007



23. ORTEGA-MALDONADO, Miriam; MOTA-SANHUA, Vanesa y LÓPEZ-VIVANCO, Juan C. MÉXICO 2007
24. HIGASHIDA, Bertha,(2000) Odontología preventiva primaria. Págs. 211- 212
25. HARRIS. N; GARCÍA. F. Odontología preventiva primaria. Segunda edición. (2005). Editorial Manual moderno México. Pág 102
26. HARRIS. N; GARCÍA. F. Odontología preventiva primaria. Segunda edición. (2005). Editorial Manual moderno México. Pág. 102
27. HARRIS. N; GARCÍA. F. Odontología preventiva primaria. Segunda edición. (2005). Editorial Manual moderno México. Pág. 77
28. BIM
29. CUENCA, Emili y BACA Pilar; (2005). Odontología Preventiva y Comunitaria. 3 Edición. Editorial. Masson. Pág.77
30. CUENCA, Emili y BACA Pilar; (2005). Odontología Preventiva y Comunitaria. 3 Edición. Editorial. Masson. Pág.77
31. HARRIS, Norman. GARCÍA F. Odontología preventiva primaria. Segunda edición. (2005). Editorial Manual moderno México Página 77.
32. CUENCA, Emili y BACA Pilar; (2005). Odontología Preventiva y Comunitaria. 3 Edición. Editorial. Masson. 72 – 73.
33. CUENCA, Emili y BACA Pilar; (2005). Odontología Preventiva y Comunitaria. 3 Edición. Editorial. Masson. 74- 75.
34. CUENCA, Emili y BACA Pilar; (2005). Odontología Preventiva y Comunitaria. 3 Edición. Editorial. Masson. 74- 75.
35. CUENCA, Emili y BACA Pilar; (2005). Odontología Preventiva y Comunitaria. 3 Edición. Editorial. Masson. 74- 75.
36. CUENCA, Emili y BACA Pilar; (2005). Odontología Preventiva y Comunitaria. 3 Edición. Editorial. Masson. 75.
37. HIGASHIDA, Bertha,(2000) Odontología preventiva primaria Página 213.
38. HIGASHIDA, Bertha,(2000) Odontología preventiva primaria. Página 274.
39. HIGASHIDA, Bertha,(2000) Odontología preventiva primaria Página 213.
40. HARRIS, Norman. GARCÍA F. Odontología preventiva primaria. Segunda edición. (2005). Editorial Manual moderno México Página 8.

41. HARRIS, Norman. GARCÍA F. Odontología preventiva primaria. Segunda edición. (2005). Editorial Manual moderno México Página 8.
42. HARRIS, Norman. GARCÍA F. Odontología preventiva primaria. Segunda edición. (2005). Editorial Manual moderno México Página 8.
43. HIGASHIDA, Bertha,(2000) Odontología preventiva primaria Página 213
44. HIGASHIDA, Bertha,(2000) Odontología preventiva primaria Página 212
45. COBO Juan Manuel, GARCÍA Juan José; Manuel del Técnico Superior en Higiene Bucodental; Pág. 94-95; 128
46. CEREDO Cortina Vicente Blas; Historia Clínica Metodología Didáctica; pág. 1-2
47. Aguilar-Orozco N, Navarrete-Ayón K, Robles-Romero D, Aguilar-Orozco SH, Rojas-García A.Revista Odontológica Latinoamericana. [Versión Electrónica]. [www.odontologia.uady.mx](http://www.odontologia.uady.mx)
48. BARRANCOS MOONEY, Julio. *Operatoria Dental*. Buenos Aires. 4 Edición. (2006). Editorial Panamericana. Cap. 8. Pág. 238
49. BARRANCOS MOONEY, Julio. *Operatoria Dental*. Buenos Aires. 4 Edición. (2006). Editorial Panamericana.. Cap. 8. Pág. 249
50. BARRANCOS MOONEY, Julio. *Operatoria Dental*. Buenos Aires. 4 Edición. (2006). Editorial Panamericana. Cap. 8. Pág. 251
51. BARRANCOS MOONEY, Julio. *Operatoria Dental*. Buenos Aires. 4 Edición. (2006). Editorial Panamericana. Cap. 8. Pág. 249
52. BARRANCOS MOONEY, Julio. *Operatoria Dental*. Buenos Aires. 4 Edición. (2006). Editorial Panamericana. 8. Pág. 249
53. BARRANCOS MOONEY, Julio. *Operatoria Dental*. Buenos Aires. 4 Edición. (2006). Editorial Panamericana. Pág. 297, 300, 306-307
54. BEZERRA. Tratado de Odontopediatria. Cap 7. Tomo 1. Pág. 214
55. BEZERRA. Tratado de Odontopediatria. Cap 7. Tomo 1. Pág. 217
56. BEZERRA. Tratado de Odontopediatria. Cap 7. Tomo 1. Pág. 214
57. BEZERRA. Tratado de Odontopediatria. Cap 7. Tomo 1. Pág. 246
58. BEZERRA. Tratado de Odontopediatria. Cap 7. Tomo 1. Pág. 243
59. BEZERRA. Tratado de Odontopediatria. Cap 7. Tomo 1. Pág. 244
60. BEZERRA. Tratado de Odontopediatria. Cap 7. Tomo 1. Pág. 244

61. BEZERRA. Tratado de Odontopediatria. Cap 7. Tomo 1. Pág. 244,245
62. SHAFER W. Tratado de Patología Bucal. Sección I. Pág. 41
63. BEZERRA. Tratado de Odontopediatria. Cap 7. Tomo 1. Pág. 238
64. BEZERRA. Tratado de Odontopediatria. Cap 7. Tomo 1. Pág. 238
65. SHAFER W. Tratado de Patología Bucal. Sección I. Pág. 53
66. SHAFER W. Tratado de Patología Bucal. Sección I. Pág. 53
67. SHAFER W. Tratado de Patología Bucal. Sección I. Pág. 54,55
68. SHAFER W. Tratado de Patología Bucal. Sección I. Pág. 55
69. SHAFER W. Tratado de Patología Bucal. Sección I. Pág. 56Ç
70. SHAFER W. Tratado de Patología Bucal. Sección I. Pág. 51
71. SHAFER W. Tratado de Patología Bucal. Sección I. Pág. 52
72. SHAFER W. Tratado de Patología Bucal. Sección I. Pág. 53
73. BEZERRA. Tratado de Odontopediatria. Cap 7. Tomo 1. Pág. 233
74. SHAFER W. Tratado de Patología Bucal. Sección I. Pág. 5
75. SHAFER W. Tratado de Patología Bucal. Sección I. Pág. 58,59
76. SHAFER W. Tratado de Patología Bucal. Sección I. Pág. 59
77. SHAFER W. Tratado de Patología Bucal. Sección I. Pág. 59
78. HARRIS, Norman. GARCÍA F. Odontología preventiva primaria. Segunda edición. (2005). Editorial Manual moderno México Pág. 141
79. HARRIS, Norman. GARCÍA F. Odontología preventiva primaria. Segunda edición. (2005). Editorial Manual moderno México. Pág. 141
80. HARRIS, Norman. GARCÍA F. Odontología preventiva primaria. Segunda edición. (2005). Editorial Manual moderno México Pág. 142
81. HARRIS, Norman. GARCÍA F. Odontología preventiva primaria. Segunda edición. (2005). Editorial Manual moderno México. Pág. 143
82. HARRIS, Norman. GARCÍA F. Odontología preventiva primaria. Segunda edición. (2005). Editorial Manual moderno México Pág. 143,144
83. HARRIS, Norman. GARCÍA F. Odontología preventiva primaria. Segunda edición. (2005). Editorial Manual moderno México Pág. 145
84. HARRIS, Norman. GARCÍA F. Odontología preventiva primaria. Segunda edición. (2005). Editorial Manual moderno México Pág. 146

85. BOJ. J, CATALÁ.M. Odontopediatría. Editorial Masson S.A. primera edición 2004 capítulo 32,. capítulo 32, Páginas 367
86. BOJ. J, CATALÁ.M. Odontopediatría. Editorial Masson S.A. primera edición 2004 capítulo 32,. capítulo 32, Páginas 367,368
87. BOJ. J, CATALÁ.M. Odontopediatría. Editorial Masson S.A. primera edición 2004 capítulo 32,. capítulo 32, Páginas 368,369
88. BOJ. J, CATALÁ.M. Odontopediatría. Editorial Masson S.A. primera edición 2004 capítulo 32,. capítulo 32, Páginas 369
89. Martha Torres, Desarrollo de la dentición, Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws edición electrónica octubre 2009.. Consultada <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art23.asp>
90. Martha Torres, Desarrollo de la dentición, Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws edición electrónica octubre 2009.. Consultada <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art23.asp>
91. Martha Torres, Desarrollo de la dentición, Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws edición electrónica octubre 2009.. Consultada <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art23.asp>
92. Martha Torres, Desarrollo de la dentición, Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws edición electrónica octubre 2009.. Consultada <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art23.asp>
93. Dr. Luis Arturo, Planos terminales y escalones en dentición primaria y su relación con mal oclusiones en dentición permanente. Tipos y características de mal oclusión en dentición permanente.
94. Bravo E. Ortodoncia Clínica y sus Principios Teóricos y Prácticos. Tratamiento de la maloclusión, Cap 9, pag 205
95. Bravo E. Ortodoncia Clínica y sus Principios Teóricos y Prácticos. Tratamiento de la maloclusión, Cap 9,. Pág. 213
96. Bravo E. Ortodoncia Clínica y sus Principios Teóricos y Prácticos. Tratamiento de la maloclusión, Cap 9.Pág. 214
97. Bravo E. Ortodoncia Clínica y sus Principios Teóricos y Prácticos. Tratamiento de la maloclusión, Cap 9.Pág. 214

98. Bravo E. Ortodoncia Clínica y sus Principios Teóricos y Prácticos. Tratamiento de la maloclusión, Cap 9. Pág. 215
99. Bravo E. Ortodoncia Clínica y sus Principios Teóricos y Prácticos. Tratamiento de la maloclusión, Cap 9. Pág 217
100. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "Ortodoncia.ws edición electrónica agosto 2009. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art17.asp>
101. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "Ortodoncia.ws edición electrónica agosto 2009. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art17.asp>
102. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "Ortodoncia.ws edición electrónica agosto 2009. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art17.asp>
103. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "Ortodoncia.ws edición electrónica agosto 2009. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art17.asp>
104. OKESON Jeffrey. Tratamiento de oclusión y afecciones Temporomandibulares. Pág. 85
105. GONZALEZ P. Gabriela, MORERO F. Laura. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria [Versión Electrónica] .Depósito Legal N°: pp200102CS997 - ISSN: 1317-5823 – [www.ortodoncia.ws](http://www.ortodoncia.ws)
106. APARECIDO C. Osmar, y COLB. Acta Odontológica Venezolana.[Versión Electrónica]. Mordida Cruzada Posterior. Corrección Y Consideraciones. ISSN: 0001-6365
107. BOJ. J, CATALÁ.M. Odontopediatria. Editorial Masson S.A. primera edición 2004 capítulo 32,. pág 380-381
108. BOJ. J, CATALÁ.M. Odontopediatria. Editorial Masson S.A. primera edición 2004 capítulo 32,. pág 380-381
109. BOJ. J, CATALÁ.M. Odontopediatria. Editorial Masson S.A. primera edición 2004 capítulo 32,. 380-381

110. GONZÁLEZ María, GUIDA Gianfranco, HERRERA Diana, Quiros Oscar. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [Versión Electrónica]. Depósito Legal N°: pp200102CS997 - ISSN: 1317-5823
111. GONZÁLEZ P. Gabriela, Morrero F. Laura. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Ortopedia [versión electrónica]. Mordida Abierta Anterior. Depósito Legal N°: pp200102CS997 - ISSN: 1317-5823.

## 14. INDICE DE CONTENIDOS

<b>CERTIFICACIÓN .....</b>	<b>ii</b>
<b>AUTORÍA .....</b>	<b>iii</b>
<b>CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS.....</b>	<b>iv</b>
<b>AGRADECIMIENTO .....</b>	<b>v</b>
<b>DEDICATORIA .....</b>	<b>vi</b>
<b>TÍTULO .....</b>	<b>7</b>
<b>RESUMEN .....</b>	<b>8</b>
<b>SUMARY.....</b>	<b>10</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>12</b>
<b>REVISIÓN DE LA LITERATURA .....</b>	<b>14</b>
<b>MATERIALES Y MÉTODOS .....</b>	<b>22</b>
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>23</b>
<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>42</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>44</b>
<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>45</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>48</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>95</b>
<b>ÍNDICE .....</b>	<b>103</b>

Dr. José Procel

DOCENTE ASESOR DEL MACROPROYECTO "DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS PRIMARIOS Y SECUNDARIOS DE LAS PARROQUIAS RURALES DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013".

CERTIFICA:

Que el presente trabajo: "DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN EL COLEGIO NACIONAL MIXTO VILCABAMBA Y JARDIN ANTONIO PEÑA CELI DE LA PARROQUIA VILCABAMBA AÑO 2013", de autoría de la Sra. Adriana de los Ángeles Cuenca Ordoñez ha sido dirigida y revisada durante todo el proceso de investigación, cumple con los requisitos metodológicos y los requerimientos esenciales exigidos por las normas generales para la graduación; en tal virtud autorizo la presentación final del mismo para su evaluación y discusión ante el respectivo Tribunal de Grado.

Loja, Octubre del 2013

Dr. Manuel José Procel González  
MÉDICO ESPECIALISTA EN APS  
Código: 002  
Folio: 344  
No. INSCRIPCIÓN: 1032

Dr. José Procel,

ASESOR



Loja, 25 de Octubre del 2013.

Lcda. Lourdes del Pilar Iñiguez Cueva,  
**DIRECTOR DEL JARDIN "ANTONIO PEÑA CELI"**

De mis consideraciones:

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

Adriana Cuenca Ordoñez con Cí: 1104716988 egresada de la carrera de Odontología, Me dirijo a usted para que muy comedidamente me permita obtener formalmente la constancia por escrito de haber realizado y cumplido con las siguientes actividades:

- Presentación del permiso
- Llenado de historias clínicas a a los alumnos
- Charlas de promoción en salud oral
- Enseñanza de técnica de cepillado
- Entrega de pastas y cepillos

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

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

Atentamente:



A handwritten signature in black ink, appearing to read "Lourdes del Pilar Iñiguez Cueva", written over a horizontal dotted line.

Lcda. Lourdes del Pilar Iñiguez Cueva,  
DIRECTOR DEL JARDIN "ANTONIO PEÑA CELI"

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Adriana Cuenca Ordoñez", written over a horizontal dotted line.

Adriana Cuenca Ordoñez  
EGRESADA

Loja, 25 de Octubre del 2013

Sr. Luis Alfredo Redrovan Astudillo.  
**RECTOR DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO VILCABAMBA**

De mis consideraciones:

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

Adriana Cuenca Ordoñez con CI: 1104716988 egresada de la carrera de Odontología, Me dirijo a usted para que muy comedidamente me permita obtener formalmente la constancia por escrito de haber realizado y cumplido con las siguientes actividades:

- Presentación del permiso
- Llenado de historias clínicas a a los alumnos de segundo y tercero de bachillerato
- Charlas de promoción en salud oral
- Enseñanza de técnica de cepillado
- Entrega de pastas y cepillos


Documento que es de vital importancia para tener constancia en nuestro proyecto de tesis.

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

Atentamente:

  
Sr. Luis Alfredo Redrovan Astudillo  
RECTOR



  
Adriana Cuenca Ordoñez  
EGRESADA

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

**DATOS GENERALES:**

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

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

**PATOLOGÍAS**

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

**OTRAS PATOLOGÍAS DENTALES**

Alteraciones de número ( )

Alteraciones de forma ( )

Alteraciones de estructura ( )

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

Recesión gingival Si ( ) No ( )

Sangrado Si ( ) No ( )

3. **MALOCLUSIÓN**

**Dentición temporal**

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

**Dentición permanente**

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

4. **FLUOROSIS DENTAL**

Sin fluorosis ( )

Léve ( )

Moderada ( )

Severa ( )

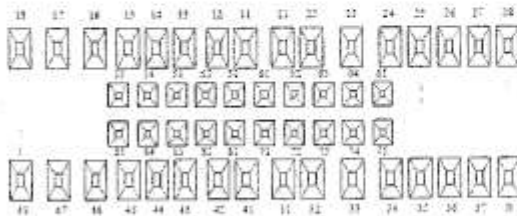
ALTERADA ( )

**INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO IHO-S**

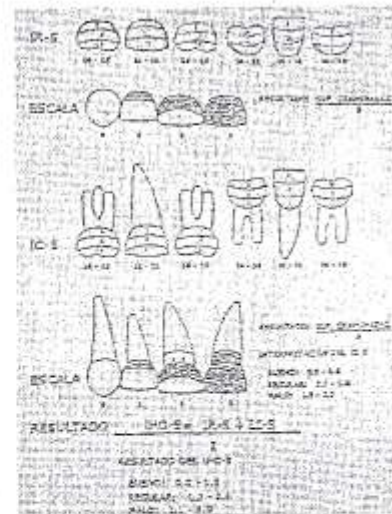
5. **HÁBITOS**

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

**ODONTOGRAMA**



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



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





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

1. INFORMACIÓN BÁSICA

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Parroquia:.....  
 Nombre de la Institución:.....  
 Nombre del Alumno:.....  
 Género: F ( ) M ( )

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

2. INFORMACIÓN SOBRE HIGIENE ORAL

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

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

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

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

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

3. ¿De los siguientes alimentos (goiosinas, frituras, galletas, coías) 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 ..... CARRERA DE ODONTOLOGÍA

