



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

**TÍTULO**

DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LAS UNIDADES EDUCATIVAS “CAMINOS DEL SABER” Y “DR. MÁXIMO AGUSTÍN RODRÍGUEZ” DE LA PARROQUIA RURAL SAN LUCAS DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013.

TESIS PREVIA A LA  
OBTENCIÓN DEL TÍTULO  
DE ODONTÓLOGA

**AUTORA:**

MADELEINE STEFANIE CONZA ABAD

**DIRECTOR DE TESIS**

DR. JOSÉ PROCEL

**Loja- Ecuador**  
**2014**

## CERTIFICACIÓN

Dr.

JOSÉ PROCEL

**DOCENTE TUTOR DE TESIS**

Certifico:

Que la presente tesis titulada **“DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LAS UNIDADES EDUCATIVAS “CAMINOS DEL SABER” Y “DR. MÁXIMO AGUSTÍN RODRÍGUEZ” DE LA PARROQUIA RURAL SAN LUCAS DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013”**, elaborado por la Sra. Madeleine Stefanie Conza Abad con número de cédula 1105104903; ha sido planificado y ejecutado bajo mi dirección y supervisión, por tanto y al haber cumplido con los requisitos establecidos por la Universidad Nacional de Loja, autorizo su presentación, sustentación y defensa ante el tribunal designado para el efecto.

Dr. Manuel José Procel González  
MÉDICO ESPECIALISTA  
Libro: 002  
Folio: 344  
No. INSCRIPCIÓN: 1062

**Dr. JOSÉ PROCEL**  
**DOCENTE TUTOR DE TESIS**

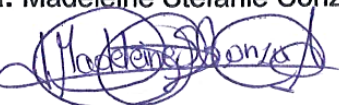
## AUTORÍA

Yo Madeleine Stefanie Conza Abad declaro ser autora del presente trabajo de tesis 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:** Madeleine Stefanie Conza Abad

**Firma:**



**Cédula:** 1105104903

**Fecha:** 17 de Septiembre de 2014

## CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS

Yo Madeleine Stefanie Conza Abad declaro ser autora de la tesis titulada **“DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LAS UNIDADES EDUCATIVAS “CAMINOS DEL SABER” Y “DR. MÁXIMO AGUSTÍN RODRÍGUEZ” DE LA PARROQUIA RURAL SAN LUCAS DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013”**, como requisito para optar al grado de Odontóloga autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

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

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

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 17 Días del mes de septiembre del dos mil catorce, firma el autor.

Firma: 

**Autora:** Madeleine Stefanie Conza Abad

**Cédula:** 1105104903

**Dirección:** Ciudadela 8 de Diciembre.

**Correo Electrónico:** made\_\_200918hotmail.com

**Teléfono:** 2584828      **Celular:** 0987856446

### **Datos Complementarios**

**Director de Tesis:** Dr. JOSÉ PROCEL

**Tribunal de Grado:** Dr. Esp. Franklin Quinche

Dra. Mgs. Leonor Peñarreta

Odont. Esp. Tania Valarezo

## **DEDICATORIA**

La presente tesis la dedico principalmente a Dios guía de mi vida, a mis padres, hermanos que siempre han estado apoyándome tanto moral como económicamente, a mi novio Santiago Jiménez quien constituyo la fuente de motivación para concluir este trabajo satisfactoriamente.

Madeleine

## **AGRADECIMIENTO**

Al término del presente trabajo de tesis, extendiendo mi sincera e indeleble gratitud a todas las personas que han colaborado para el desarrollo del presente trabajo especialmente a mis familiares quienes han sido un apoyo incondicional en mi vida.

A la institución Universitaria a todos mis docentes que me acrecentaron con la inagotable fuente de sabiduría, y me inculcaron siempre deseos de superación.

A todas las personas que han colaborado en la realización del presente trabajo de manera especial a mi Director Dr. José Procel por las valiosas enseñanzas, sugerencias y acertadas orientaciones que me proporciono durante el desarrollo de mi trabajo.

La Autora

**1. TITULO:**

DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LAS UNIDADES EDUCATIVAS “CAMINOS DEL SABER” Y “DR. MÁXIMO AGUSTÍN RODRÍGUEZ” DE LA PARROQUIA RURAL SAN LUCAS DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013.

## 2. RESUMEN.

Las enfermedades bucales, en particular la caries dental, periodontopatías y maloclusiones por su elevada frecuencia, molestias locales, estéticas y la repercusión que ocasionan en la salud general, justifica plenamente su atención como problema de salud pública. Dado esto, se realizó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal, cuyo objetivo fue realizar el diagnóstico de salud bucodental y factores de riesgo en las unidades educativas: “Caminos del Saber” y “Dr. Máximo Agustín Rodríguez” de la parroquia San Lucas del cantón Loja año 2013, examinándose a 173 pacientes entre estos niños y adolescentes, recolectando la información a través de la historia clínica odontológica y encuesta. Los resultados obtenidos fueron: caries dental el 96%, inflamación gingival y sangrado el 84,4%, la mal oclusión en dentición temporal fue escalón mesial en un 97,4%, en dentición permanente fue clase I sin apiñamiento el 30%, los factores de riesgo fueron técnica de cepillado incorrecto el 100%, visita al odontólogo una vez al año el 82,7%, consumo de alimentos cariogénicos dos veces al día con un 67,1%. La prevalencia de ciertas patologías indica que la población estudiada presta poca importancia al cuidado de la salud oral, adherido al desconocimiento de cómo mantenerla.

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



## 2.1. SUMMARY

Oral diseases, including dental caries, periodontal disease and malocclusion because of their frequency, local discomfort and aesthetic impact on the overall health cause, justifying their attention as a public health problem. Given this, we conducted a study of quantitative, descriptive and transversal, whose aim was to make the diagnosis of oral health and risk factors in the educational units: " Ways of Knowing " and "Dr. Maximum Agustin Rodriguez " in the parish of the canton San Lucas Loja 2013, examined 173 patients between these children and adolescents, collecting information through dental and medical history survey. The results were : 96% dental caries , gingival inflammation and bleeding 84.4 % , malocclusion in deciduous dentition mesial step was at 97.4 % in permanent dentition without crowding class I was 30% , the risk factors were improper brushing technique 100% , visit the dentist once a year for 82.7 % , consumption of cariogenic food twice a day with a 67.1 % . The prevalence of certain diseases indicates that the study population pays little attention to oral health care, adhering to ignorance of how to maintain it.

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

### 3. INTRODUCCIÓN.

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

*En el vecino país de Perú encontramos que “La prevalencia de caries dental fue del 63,79%, donde la mayor prevalencia se presentó a los 4 años (47,30%) y la menor a los 3 años (25,68%). La prevalencia de caries dental hallada (63,79%) puede ser el reflejo de los hábitos de higiene inadecuados, consumo inadecuado de alimentos, falta de educación, carencia de medios de saneamiento básico y la falta de atención de los servicios odontológicos, características de este tipo de poblaciones; ya que el nivel socioeconómico es uno de los factores que condicionan el estado de salud bucal, haciendo que niños de comunidades de escasos recursos tengan un nivel significativamente de caries dental que aquellos niños provenientes de familias con ingresos promedio”. (Córdova, 2010)*

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

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

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

*Es por ello que se establece el presente tema de investigación “Diagnóstico de salud bucodental en los alumnos de las unidades educativas: “Caminos del Saber” y “Dr. Máximo Agustín Rodríguez” de la parroquia San Lucas del cantón Loja año 2013”, en importancia de las patologías de la cavidad bucal y su relación con factores de riesgo que pueden coadyuvar o no la presencia de dichas patologías, y por medio del cual se puede establecer el grado de salud o enfermedad de la población.*

*Este tema investigativo es de carácter cuantitativo, descriptivo y prospectivo, para su ejecución se siguió una serie de pasos tales como: pedido de la pertinencia del tema, elaboración de una credencial de identificación, se dirigió una solicitud al director de cada centro educativo, con esta se obtuvo la autorización para ejecutar el trabajo de campo, se hizo uso de una encuesta e historia clínica, que previamente fue validada por los docentes que conforman el departamento de odontología, a continuación se realizó ya el diagnóstico clínico bucal, a los estudiantes, en la cual las patologías diagnosticadas fueron aquellas que se pueden identificar clínicamente; se aplicó la encuesta sobre higiene oral y factores de riesgo, a cada uno de los estudiantes, por medio de un pantoma se pidió a los estudiantes que indiquen la forma en la que se realizan el cepillado de los dientes, la misma que fue calificada como correcta e incorrecta y anotada en la encuesta, se realizó supervisiones de trabajo a cargo de personal designado por el Área de Salud Humana y/o director general del macroproyecto, se brindó charlas sobre educación en salud oral, a estudiantes*

*y profesores, se entregó implementos de higiene oral a los estudiantes como cepillo y pasta dental, se obtuvieron evidencias fotográficas de cada una de las actividades que se llevó a cabo, se organizó la información obtenida de los diagnósticos realizados, los datos tabulados fueron presentados en el programa informático Microsoft Excel, mediante graficas estadísticas, en base a los resultados que obtuve, elaboré las conclusiones y recomendaciones, finalmente se integró los diferentes componentes del proceso investigativo, lo que me permitió elaborar el informe final.*

*El resultado obtenido del estudio de campo fue el siguiente: un 52% de la población estudiada se cepilla dos veces al día, un 100% realiza una técnica de cepillado incorrecto, un 94,80% utiliza para su aseo oral pasta y cepillo dental, la frecuencia de visita al odontólogo es de una vez al año en un 82,70%, y en un 67,1% consumen alimentos cariogénicos dos veces al día de acuerdo a estos factores de riesgos encontrados se observó que existe un 96% de caries dental, 84,40% de inflamación y sangrado gingival, recesión en un 2,9%, fluorosis dental leve en un 37%, hábito de interposición lingual en un 3,5%, otras patologías presentes mordida abierta anterior (8,6%) y posterior (4,1%), mordida profunda (9,2%), mordida cruzada anterior (1,7%), pérdida prematura de dientes deciduos (8,1%) y mordida bis a bis (11,1).*

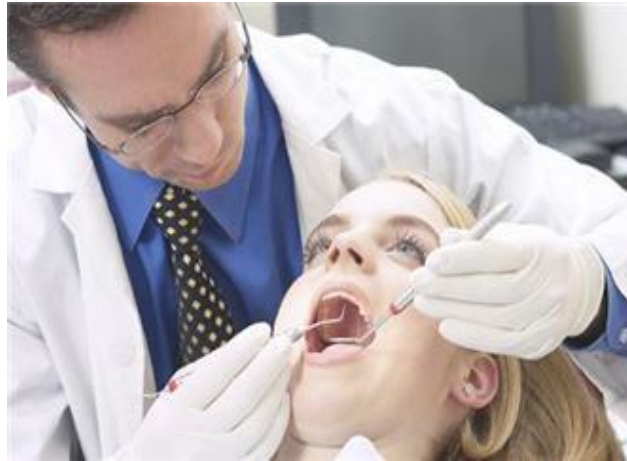
*Con todo lo explicado se realizó el diagnóstico de salud bucodental de los alumnos; se identificó los factores de riesgo presentes y se determinó la prevalencia de las patologías bucodentales en los alumnos de las unidades educativas: “Caminos del Saber” y “Dr. Máximo Agustín Rodríguez” de la parroquia San Lucas.*

## 4. REVISIÓN DE LITERATURA

### CAPITULO I

#### 1. DIAGNÓSTICO DE SALUD

##### 1.1 Definición de Diagnóstico de salud



Fotografía tomada de: COBOS, Juan Manuel; GARCÍA, Juan José. (2005).  
Manuel Técnico Superior en Higiene Bucodental.  
Editorial. Mad. S. L. p. 128 – 129.

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

##### 1.1.2 Niveles de diagnósticos:

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

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

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

**De necesidades:** Situación de la dotación de servicios relacionada con las necesidades de la comunidad (Villa, 2012).

## 2. PARROQUIA SAN LUCAS



Fotografía tomado de: Parroquia San Lucas. Fotografiada por la autora.

### 2.1 HISTORIA

La fundación de la parroquia eclesiástica data de algún tiempo hasta la época; no existen datos importantes en los archivos. Los moradores de este pueblo son en su mayoría indígenas, provenientes de Saraguro; usan idéntica vestimenta, tienen las mismas costumbres y son naturalmente honrados, trabajadores y de sanas costumbres.

A más del Centro Parroquial, hay otros pueblecitos o añejos que tienen sus capillas filiales, siendo los principales de estos añejos: Bellavista, Capur y San Miguel de Jimbilla. Cada uno de estos añejos está compuesto de importantes barrios muy poblados, y ricos en ganadería y agricultura. (Gobierno Municipal de Loja 2103)

### 2.2 GEOGRAFÍA

La parroquia San Lucas limita al: Norte: con las parroquias Saraguro y San Pablo de Tenta (cantón Saraguro). Sur: con las parroquias Santiago y Jimbilla Este: provincia de Zamora Chinchipe teniendo como límite la línea la Cordillera de Tambo Blanco Oeste: con las parroquias Gualal y Santiago.

Posee una Extensión: 160.11 km<sup>2</sup>. Su clima es: Templado frío. Cuenta con una población de 6.005 habitantes. (Gobierno Municipal de Loja 2103)

### 2.3 ACTIVIDADES ECONÓMICAS Y PRODUCTIVAS

En la parroquia se cultiva principalmente maíz suave-fréjol, papa, ciertas hortalizas y árboles frutales como el duraznero, y el manzano.

Los productos agrícolas que tienen una gran perspectiva productiva y de comercialización en la zona son las hortalizas, los frutales y las flores, que en ciertas épocas del año venden parte de sus pequeños excedentes. (Gobierno Municipal de Loja 2103)

## **2.4 SERVICIOS BÁSICOS**



Fotografía tomada de: Parroquia San Lucas. Fotografiada por la autora

Los moradores de la parroquia San Lucas cuentan con sistema de alcantarillado sanitario y una planta de tratamiento de aguas servidas que evitará que las aguas del río sigan contaminándose. Poseen agua entubada.

San Lucas cuenta con el servicio de telefonía pública PACIFICTEL y el servicio de telefonía privada Claro. (Gobierno Municipal de Loja 2103)

## **2.5 EDUCACIÓN**

La Unidad Educativa “Caminos Del Saber” cuenta con 25 alumnos desde las edades de 15 a 53 años a nivel primario y secundario, el Director de esta Institución Lic. Manuel Saca es su docente. El mejoramiento y la limpieza de la vía de acceso a la Unidad Educativa “Caminos del saber” no se ha logrado ya que la misma se encuentra en malas condiciones no permitiendo el ingreso de carros, ni el acceso a la Unidad Educativa, cuenta con servicios básicos como alcantarillado sanitario, servicio de agua, luz eléctrica.

La Unidad Educativa “Dr. Máximo Agustín Rodríguez” cuenta con 161 alumnos en toda su totalidad dividiéndose en 20 estudiantes desde la edades de 3 a 5 años en año inicial y 141 estudiantes desde las edades de 4 a 17 años en el nivel primario, 12 docentes son los que dirigen esta Unidad Educativa. Se ha logrado el mejoramiento y limpieza de la vía de acceso a la Unidad Educativa “Dr. Máximo Agustín Rodríguez”, esta Unidad cuenta con servicios básicos como alcantarillado sanitario, servicio de agua, luz eléctrica, servicio de telefónica.

## CAPITULO II

### 2. SALUD ORAL

#### 2.1 CONCEPTO DE SALUD ORAL

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

#### 2.2 HISTORIA CLÍNICA



**Fotografía tomada de:** GUZMÁN, Fernando; ARIAS, Carlos. (2012).  
La historia Clínica: elemento fundamental del acto médico.  
Artículo especial. Colombia.

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

#### 2.3 PATOLOGÍAS

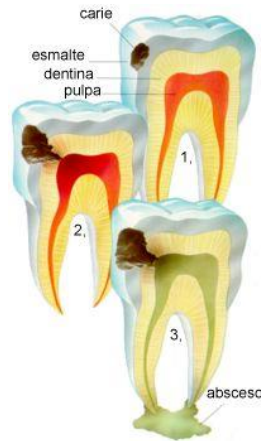
##### 2.3.1 LESIONES DE LOS TEJIDOS DUROS

###### 2.3.1.1 Caries dental

La caries dental es el resultado de una disolución química localizada en la superficie del diente causada por eventos metabólicos que tienen lugar en el biofilm que cubre la zona afectada, destruyendo de esta manera al esmalte,



dentina y cemento; generalmente la lesión cariosa se desarrolla en sitios como fosas, fisuras superficies oclusales y puntos de contacto. (Montesinos, 2011)



**Fotografía tomada de:** MONTESINOS, Daniela. Resumen capítulo 1 libro "Dental Caries"/Portafolio No.3 CICB2011.05/12/2011.

### 2.3.1.2 FACTORES DE RIESGO DE LA CARIES DENTAL

Dentro de los factores encontramos: 1.) Alto grado de infección por *Estreptococos mutans*; 2.) Alto grado de infección por lactobacilos; 3.) Experiencia de caries anterior; 4.) Eficiente resistencia del esmalte al ataque ácido; 5.) Deficiente capacidad de remineralización; 6.) Dieta cariogénica; 7.) Mala higiene bucal; 8.) Baja capacidad buffer de la saliva; 9.) Flujo salival escaso; 10.) Apiñamiento dentario moderado, severo, tratamiento ortodóncico y prótesis; 11.) Anomalías del esmalte; 12.) Recesión gingival; 13.) Enfermedad periodontal; 14.) Factores sociales. (Hidalgo, 2007)

### 2.3.2 ALTERACIONES DE FORMA

#### 2.3.2.1 Taurodontismo



**Fotografía tomada de:** PHILIP, Sapp; EVERSOLE, Lewis; WYSOCKI, George.(2005). Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea, Segunda Edición.

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

### **3.3.2.2 Diente Invaginado.**



**Fotografía tomada de:** PHILIP, Sapp; EVERSOLE, Lewis; WYSOCKI, George.(2005). Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea, Segunda Edición.

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

### **3.3.2.3 Cúspides supernumerarias**

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



**Fotografía tomada de:** PHILIP, Sapp; EVERSOLE, Lewis; WYSOCKI, George.(2005). Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea, Segunda Edición.

### 3.3.2.4 Diente evaginado



**Fotografía tomada de:** PHILIP, Sapp; EVERSOLE, Lewis; WYSOCKI, George.(2005). Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea, Segunda Edición.

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

### 3.3.2.5 Cúspide en garra

La cúspide en garra o cúspide supernumeraria, esta localizada típicamente sobre la cara lingual de los incisivos centrales del maxilar superior a nivel de su cíngulo y suele extenderse hasta el borde incisivo como una proyección prominente del esmalte, presentando en algunos casos fositas linguales a

ambos lados de la cúspide, para lo que es necesario restaurar para prevenir futuras caries dental. (Philip et al, 2005)



**Fotografía tomada de:** PHILIP, Sapp; EVERSOLE, Lewis; WYSOCKI, George.(2005). Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea, Segunda Edición.

### **3.3.2.6 Geminación**



**Fotografía tomada de:** PHILIP, Sapp; EVERSOLE, Lewis; WYSOCKI, George.(2005). Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea, Segunda Edición.

La geminación afecta principalmente a los dientes anteriores, se caracteriza por la división parcial de un solo primordio dental produciéndose un diente que muestra dos coronas independientes o separadas parcialmente, una sola raíz y un solo conducto radicular, este tipo de diente se puede presentar en las dos denticiones y se lo puede confundir con una fusión. (Philip et al, 2005)

### **3.3.2.7 Fluorosis dental**

La fluorosis dental es el defecto del desarrollo del esmalte provocado por la ingestión de una cantidad excesiva de fluoruro durante la formación del esmalte, clínicamente se caracteriza por presentar el esmalte dental con aspecto moteado debido a la hipomineralización de este o de la dentina. (Harris & García, 2005)

### 3.3.2.8 Grados clínicos de la fluorosis dental



Fotografía tomada de: AZPEITIA, María de Lourdes; SANCHEZ, Miguel. (2009)  
Factores de riesgo para fluorosis dental en escolares de 6 a 15 años de edad.

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

### 3.3.2.9 Factores de riesgo de fluorosis

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

## 3.3 LESIONES DE LOS TEJIDOS BLANDOS

### 3.3.1 ENFERMEDADES GINGIVALES

#### 3.3.1.1 Enfermedad Gingival Inducida Únicamente por placa

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



**Fotografía tomada de:** HARRIS, Norman; GARCÍA, Franklin. (2005).  
Odontología preventiva primaria.  
Segunda edición Editorial Manual moderno México.

### **3.3.1.2 Enfermedad gingival modificada por factores sistémicos (mediada por hormonas esteroides)**



**Fotografía tomada de:** LINDHE; Javier. (2009) Periodontología clínica e implantología.  
Quinta edición, Tomo I editorial médica panamericana

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

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



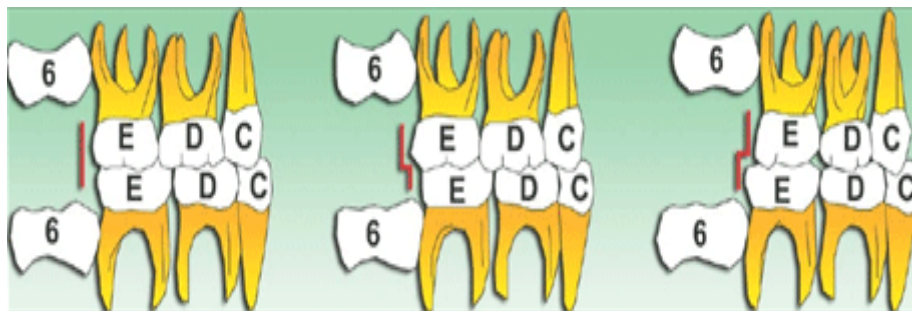
**Fotografía tomada de:** LINDHE; Javier. (2009) Periodontología clínica e implantología.  
Quinta edición, Tomo I editorial médica panamericana

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

### 3.4 MALOCCLUSIÓN

#### 3.4.1 DENTICIÓN TEMPORAL

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



Fotografía tomada de: MASSÓN, Rosa María.  
Desarrollo de los dientes y la Oclusión.

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

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

**ESCALON DISTAL:** cuando la superficie del segundo molar inferior se encuentra distal a la superficie distal del segundo molar superior primario. (Vellini, 2009)

#### 3.4.2 DENTICIÓN PERMANENTE

##### Clase I

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



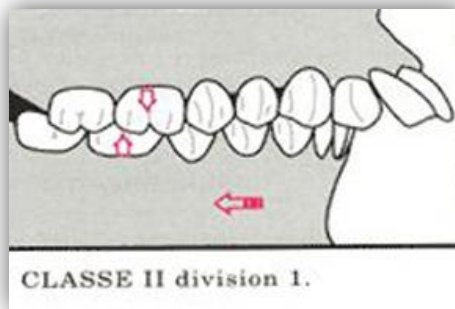
Clase I

Fotografía tomada de: MASSÓN, Rosa María.  
Desarrollo de los dientes y la Oclusión.

## Clase II

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

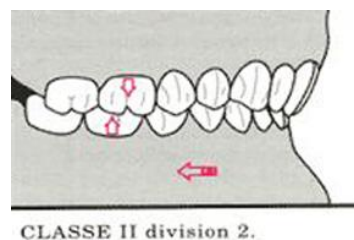
### Clase II División I



Fotografía tomada de: MASSÓN, Rosa María.  
Desarrollo de los dientes y la Oclusión.

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

### Clase II División II



Fotografía tomada de: MASSÓN, Rosa María.  
Desarrollo de los dientes y la Oclusión.

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



### Clase III

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

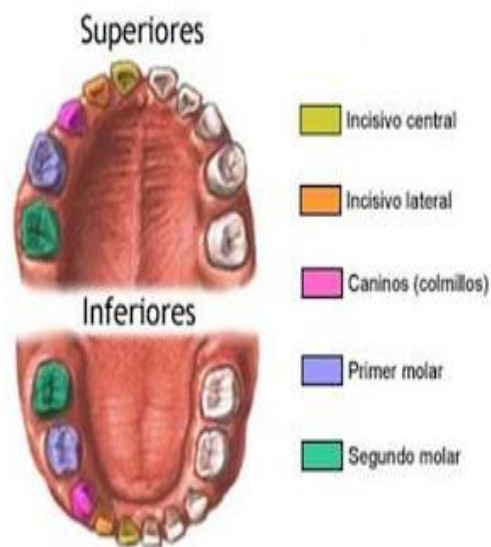


Clase III

Fotografía tomada de: MASSÓN, Rosa María.  
Desarrollo de los dientes y la Oclusión.

### 3.5.3 TIPO DE DENTICIONES

#### 3.5.3.1 Dentición temporal

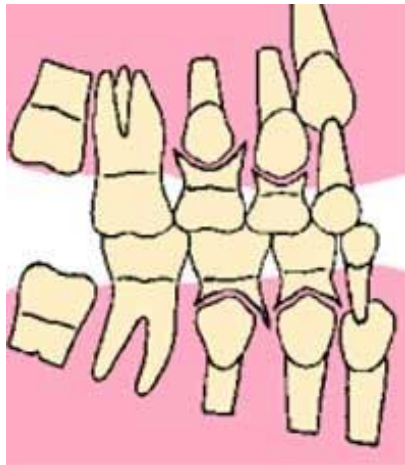


Fotografía tomada de: MASSÓN, Rosa María.  
Desarrollo de los dientes y la Oclusión.

La dentición temporal comienza su calcificación al cuarto y sexto mes de vida intrauterina, terminando este proceso al momento del nacimiento, la erupción de esta dentición se realiza en periodos y grupos distintos de tal manera que el primer grupo está formado por los centrales y laterales inferiores los cuales erupcionan a los 5 a 6 meses; mientras que el incisivo central superior erupciona a los 7 a 8 meses, el incisivo lateral superior a los 8 a 9 meses, una vez erupcionados los cuatro dientes anteriores se produce un proceso de adelantamiento posicional ya que estos erupcionan de forma vertical permitiendo así agrandar el arco ganando de esta manera espacio para el

alineamiento, el segundo grupo esta formado por el primer molar superior que erupciona a los 14 meses, el canino superior que erupciona a los 18 meses, el segundo molar superior erupciona a los 24 meses, el primero molar inferior a los 12 meses, el canino inferior a los 16 meses y el segundo molar inferior a los 20 meses, de esta manera la aproximadamente a los dos años y medio ya debería estar completa la dentición primaria. (Massón, 2004)

### 3.5.3.2 Dentición mixta



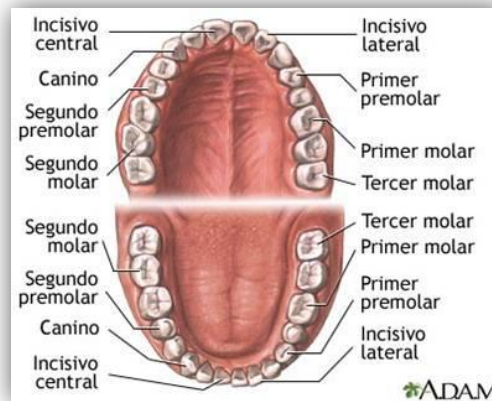
Fotografía tomada de: MASSÓN, Rosa María.  
Desarrollo de los dientes y la Oclusión.

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

### 3.5.3.3 Dentición permanente

En la aparición de la segunda dentición, se da una mayor variabilidad como consecuencia de la influencia de factores hormonales y la deferencia de sexo, pero al igual que la dentición temporal, los dientes permanente también tiene su cronología de erupción es por ello que los primeros molares erupcionan a los 6 años, seguidos de incisivos centrales mandibulares a los 6 - 7 años, los incisivos centrales maxilares y laterales mandibulares a los 7 - 8 años, el incisivo lateral maxilar a los 8 – 9 años, los caninos mandibulares a los 9 – 10

años, el primer premolar maxilar a los 10 – 11 años, el segundo premolar maxilar y primero premolar mandibular a los 10 – 11 años, el segundo premolar mandibular y canino maxilar a los 11 – 12 años y finalmente segundo molar maxilar a los 12 – 13 años. (Massón, 2004)



Fotografía tomada de: MASSÓN, Rosa María.  
Desarrollo de los dientes y la Oclusión.

### 3.5.4 PÉRDIDA PREMATURA DE DENTICIÓN DECIDUA

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

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

### 3.5.5 CAUSAS DE LA PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES

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

furca, fractura de la raíz durante la endodoncia por lo fino de sus raíces.  
(Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria.2004-2005)

### **3.5.6 TIPOS DE MORDIDAS**

#### **3.5.6.1 Mordida abierta**



**Fotografía tomada de:** MASSÓN, Rosa María.  
Desarrollo de los dientes y la Oclusión.

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

#### **3.5.6.2 Mordida Profunda**



**Fotografía tomada de:** MASSÓN, Rosa María.  
Desarrollo de los dientes y la Oclusión.

Se denomina mordida profunda cuando una persona tiene una mandíbula infra desarrollada (relación molar de clase II), en los cuales los dientes anteriores mandibulares con frecuencia contactan en el tercio gingival de las superficies linguales de los dientes maxilares. (Vajdi, 2011)

### 3.5.6.3 Mordida cruzada anterior



Fotografía tomada de: GONZÁLEZ, Gabriela; MARRERO, Laura. (2012).  
Mordida Cruzada Anterior.  
Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría.

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

### 3.5.6.4 Mordida cruzada posterior

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

### 3.5.6.5 Bis a bis



Fotografía tomada de: MASSÓN, Rosa María.  
Desarrollo de los dientes y la Oclusión.

En una mordida bis a bis los bordes de los dientes incisivos y los puntos de los dientes molares se tocan borde a borde o cúspide contra cúspide de tal forma que se desgastan mutuamente. (Aparecido, 2011)

### 3.6 HÁBITOS

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

#### 3.6.1 Succión digital

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

#### Efectos bucales:



Fotografía tomada de: LUGO, Carmen.; TOYO, Irasema. (2011). Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las Maloclusiones. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría.

- ✓ Protrusión de los incisivos superiores (con o sin diastemas).
- ✓ Retroinclinación de los incisivos inferiores.
- ✓ Mordida abierta anterior.
- ✓ Prognatismo alveolar superior.
- ✓ Estrechamiento, de la arcada superior (debido principalmente a la acción del musculo buccinador).
- ✓ Mordida cruzada posterior.
- ✓ Dimensión vertical aumentada. (Boj et al, 2011)

### 3.6.2 Respiración bucal



**Fotografía tomada de:** LUGO, Carmen.; TOYO, Irasema. (2011). Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las Maloclusiones.

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

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

### 3.6.3 Deglución atípica

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

#### **Consecuencias de la deglución atípica:**

- ✓ Mordida abierta en la región anterior y posterior
- ✓ Protrusión de incisivos superiores

- ✓ Presencia de diastema antero superiores
- ✓ Labio superior hipotónico
- ✓ Incompetencia labial
- ✓ Hipertonicidadde la borda del mentón. (Lugo et al, 2011)

### 3.6.4 Interposición lingual



**Fotografía tomada de:** AGURTO, Pamela; DÍAZ, Rodrigo; CÁDIZ, Olga; BOBENRIETH, Fernando. (1999). Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares.

La interposición lingual consiste en la ubicación de la lengua entre las piezas dentarias, ya sea en la zona anterior (a nivel de incisivos) o entre los sectores laterales (a nivel de molares) observada en reposo y/o durante las funciones

de deglución y fono articulación. (Agurto, Díaz, Cádiz & Bobenrieth, 1999)

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

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



## **CAPITULO III**

### **3. RIESGO**

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

#### **3.1 FACTORES DE RIESGO**

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

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

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

##### **3.2.1 FACTORES DE RIESGO LOCALES**

Los factores locales son:

###### **3.2.1.1 Hábito de higiene bucal**

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

### 3.2.1.2 Cepillado:

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

### 3.2.1.3 Técnica de cepillado:



Fotografía tomada de: BARRANCOS, Mooney. (2006).  
Operatoria Dental. Buenos Aires. 4 Edición.  
Editorial Panamericana. P 377 - 378.

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

cerdas en el surco gingival y realizando cortos movimientos vibratorios para conseguir así la higiene del surco gingival. (Barrancos, 2006)

### 3.2.1.4 Frecuencia y duración del cepillado:

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

### 3.2.2 FACTORES DE RIESGO GENERALES



Fotografía tomada de: COBOS, Juan Manuel; GARCÍA, Juan José. (2005).  
Manuel Técnico Superior en Higiene Bucodental.  
Editorial. Mad. S. L. p. 128 – 129.

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

## 5. MATERIALES Y MÉTODOS.

El presente estudio es de tipo Cuantitativo debido a que sirvió para determinar porcentualmente el estado de salud buco dental de los estudiantes de las unidades educativas: “Caminos del Saber” y “Dr. Máximo Agustín Rodríguez” de la parroquia San Lucas del cantón Loja, y los resultados obtenidos son expuestos mediante gráficas; Descriptivo, determinó la situación de las variables que se estudiaron mediante la descripción de las diversas patologías que se presentaron en este estudio; y Prospectivo, mediante el cual se estudió las variables que se encuentran afectando a la población investigada durante la aplicación de la historia clínica en un momento dado, lo que permitió la obtención de los diagnósticos de Salud Bucodental.

El Área de estudio en la cual se realizó la investigación fue la parroquia San Lucas del cantón Loja, la misma que se encuentra localizada noreste de la ciudad de Loja, con una población de 6.005 habitantes. Se realizó el presente estudio en las unidades educativas: “Caminos del Saber” y “Dr. Máximo Agustín Rodríguez” de la parroquia San Lucas del cantón Loja”. El Universo estuvo conformado por 186 estudiantes, de los cuales se excluyeron 13 alumnos porque no asistieron a clases en los días que se recolectaron los datos, o debido a que no desearon participar en la investigación, dándonos una muestra de 173 estudiantes.

POBLACIÓN							
EDAD	3a-5a	6a-8a	9a-11a	12a-14a	15a-17a	18a – a más	TOTAL
MASCULINO	12	18	17	27	8	5	87
FEMENINO	17	23	17	19	4	6	86
TOTAL							173

Las variables dependientes en el presente proyecto fueron: caries dental, inflamación gingival, anomalías dentales, fluorosis dental y mal oclusiones. Las variables independientes fueron: Cepillado, Alimentación y Atención odontológica.

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

Los instrumentos para la recolección de datos fueron, La Historia Clínica Odontológica: conjunto de documentación médico-legal que recogió el relato del paciente sobre su enfermedad, pruebas diagnósticas, intervenciones terapéuticas realizadas y evolución de un paciente; y la Encuesta: Se elaboró un conjunto de preguntas, a través de este instrumento se pretendió obtener información necesaria de los sujetos investigados.

Además se requirió la elaboración de Credenciales, como medios de identificación para el acceso al centro educativo.

Los recursos humanos estuvieron conformados por: Directora de la Carrera de Odontología, Dra. Especialista Tannya Valarezo; Tutor: Dr. Especialista José Procel; Madeleine Stefanie Conza Abad estudiante de la carrera de Odontología. Personal administrativo, estudiantes de los centros educativos investigados de la parroquia rural San Lucas del cantón Loja. Los recursos físicos fueron los establecimientos educativos.

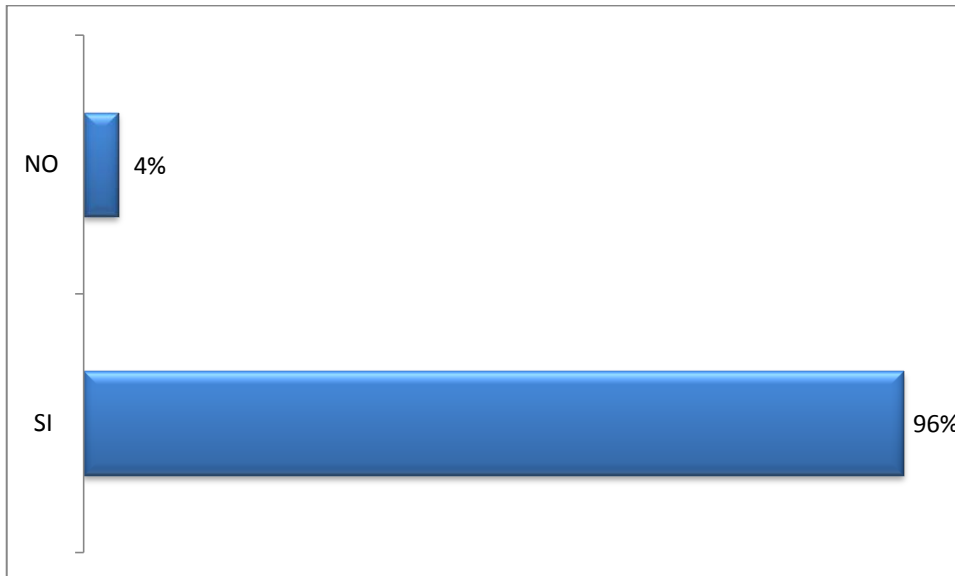
Dentro de los recursos materiales empleados en la presente investigación consistieron en: Set de diagnóstico (espejo, explorador, pinza algodонера), Materiales de bioseguridad, Historia clínicas, Encuestas, Material didáctico, Cámara fotográfica, Computadora, Materiales de escritorio, 173 cepillos dentales, 173 pastas dentales.

Los datos se ingresaban diariamente en un cuadro base prediseñado de Microsoft Excel; y posteriormente, se elaboró los gráficos para el respectivo análisis. Para un mejor análisis, se representaron los datos en tablas, gráficos

de barra y en columnas. Los indicadores utilizados para la caries fueron el índice CPOD y c.e.o; mientras que para la higiene oral, se utilizó el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS).

## 6. RESULTADOS.

### REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA HISTORIA CLÍNICA GRÁFICA N° 1 PRESENCIA DE CARIES

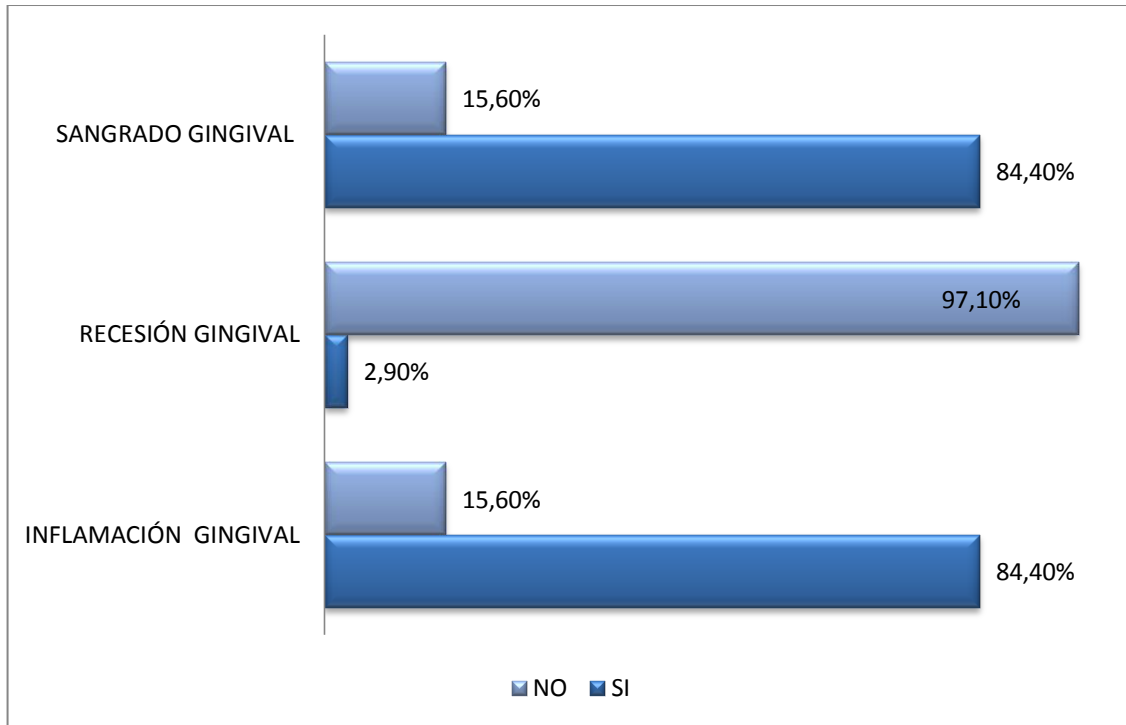


**Fuente:** Historia Clínica de las Unidades Educativas “Camino del Saber” y “Dr. Máximo Agustín Rodríguez

**Elaboración:** Madeleine Stefanie Conza Abad Investigadora

**INTERPRETACIÓN:** En el gráfico N° 1, de acuerdo a los datos obtenidos un 96% representando el total de la población estudiada se encontraba afectada por caries dental; relacionada con una incorrecta técnica de cepillado, cepillado dental insuficiente, la falta de implementos necesarios para la higiene oral como el hilo dental-enjuague bucal, consumo diario y frecuente de alimentos cariogénicos.

## GRÁFICA N° 2 ALTERACIONES GINGIVALES



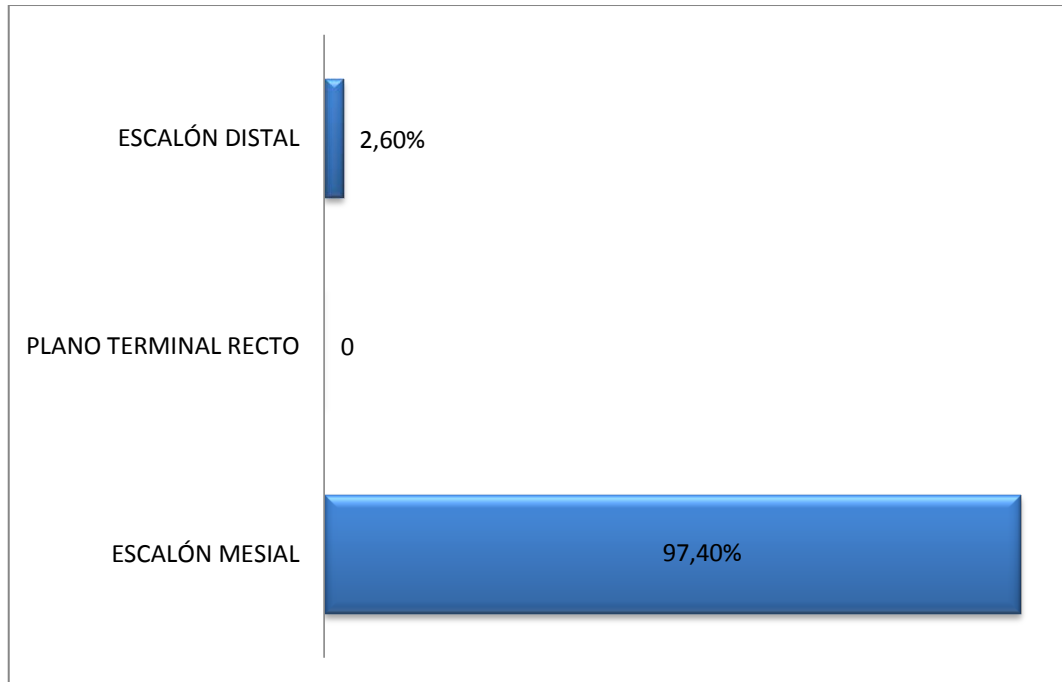
**Fuente:** Historia Clínica de las Unidades Educativas "Caminos del Saber" y "Dr. Máximo Agustín Rodríguez

**Elaboración:** Madeleine Stefanie Conza Abad Investigadora

**INTERPRETACIÓN:** Se analizó en el siguiente gráfico que el 2,90% de la población estudiada tenía recesión gingival siendo un porcentaje mínimo; sin embargo existía valores elevados de Inflamación Gingival (84,40%) y sangrado gingival (84,40%), datos que se encontraban relacionados, ya que ante la presencia de una encía inflamada era frecuente observar que también sangraba; de tal manera la mayor parte de pacientes estudiados presentaba una gingivitis inducida por placa bacteriana debido a la materia alba depositada en las superficies de los dientes más las deficiente higiene oral, relacionada a una técnica incorrecta y deficiente frecuencia del cepillado dental.



### GRÁFICA N° 3 RELACIÓN MOLAR EN DENTICIÓN TEMPORAL

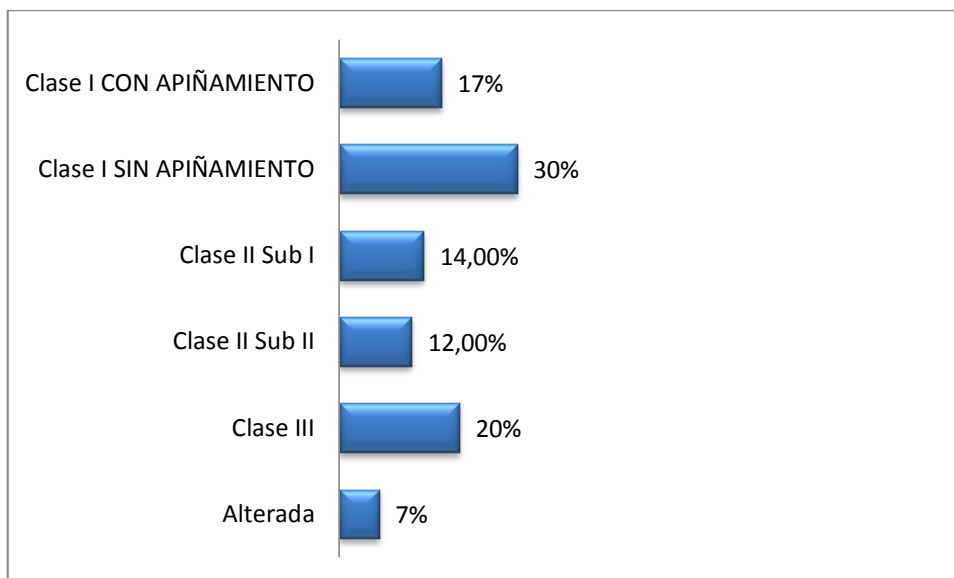


**Fuente:** Historia Clínica de las Unidades Educativas “Camino del Saber” y “Dr. Máximo Agustín Rodríguez

**Elaboración:** Madeleine Stefanie Conza Abad Investigadora

**INTERPRETACIÓN:** En el presente gráfico de acuerdo a los datos recopilados un 97,40% de la población estudiada presentó una Relación Molar en “Escalón mesial”, lo que indica que tiene posibilidades de desarrollar una Relación Molar clase I o clase III, dependiendo del tamaño del escalón, un 2,60% de los escolares presentó una Relación Molar en “Escalón distal”, lo que podría llevar a desarrollar una Clase I o clase II molar.

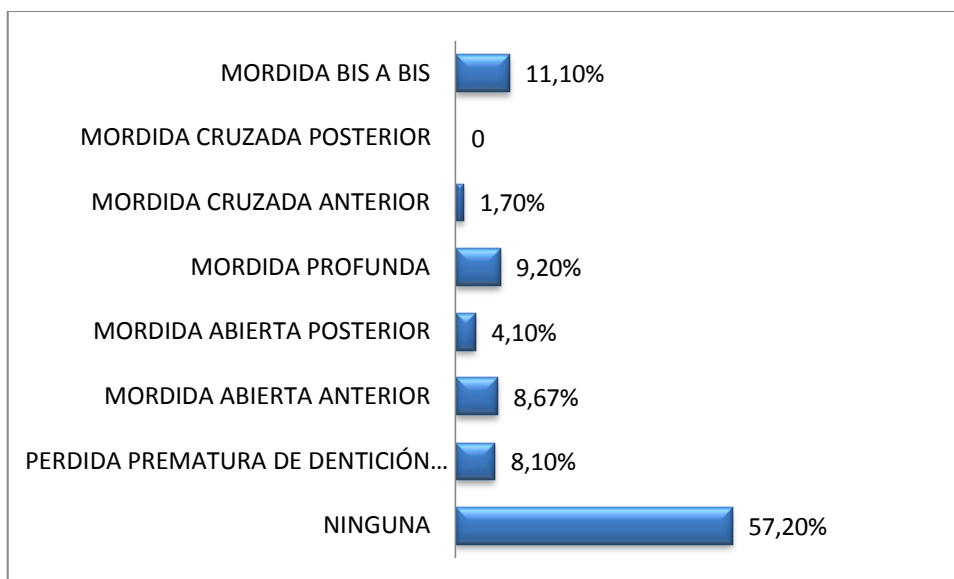
#### GRÁFICA N° 4 TIPO DE OCLUSIÓN EN DENTICIÓN PERMANENTE (CLAVE DE ANGLE)



**Fuente:** Historia Clínica de las Unidades Educativas “Camino del Saber” y “Dr. Máximo Agustín Rodríguez”  
**Elaboración:** Madeleine Stefanie Conza Abad Investigadora

**INTERPRETACIÓN:** En la presente gráfica, se observó que el 30%, de la población presentaba Clase I sin apiñamiento también llamada normoclusión, en un 17% Clase I con apiñamiento, Clase II Subdivisión 1 (14%) observándose un frente protruido superior, Clase II Subdivisión 2 (12%), y Clase III (20%) debido a la mesialización de los primeros molares inferiores. En cuanto al grupo que se lo consideró como no aplicable estuvo representado por un 7% los mismos que no presentaban los primeros molares permanente alterando su oclusión.

### GRÁFICA N° 5 ALTERACIONES DE OCLUSIÓN

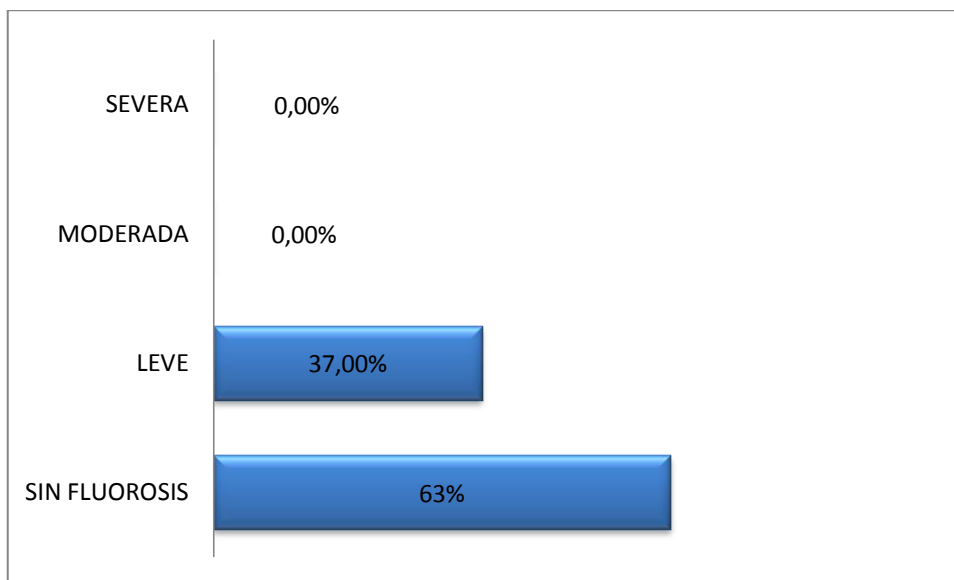


**Fuente:** Historia Clínica de las Unidades Educativas “Camino del Saber” y “Dr. Máximo Agustín Rodríguez

**Elaboración:** Madeleine Stefanie Conza Abad Investigadora

**INTERPRETACIÓN:** De acuerdo a los datos obtenidos se observó que un 42,87% de la población presentan alteraciones de la oclusión como; Mordida Bis a Bis, profunda, abierta anterior y posterior, pérdida prematura de la dentición decidua y mordida cruzada anterior.

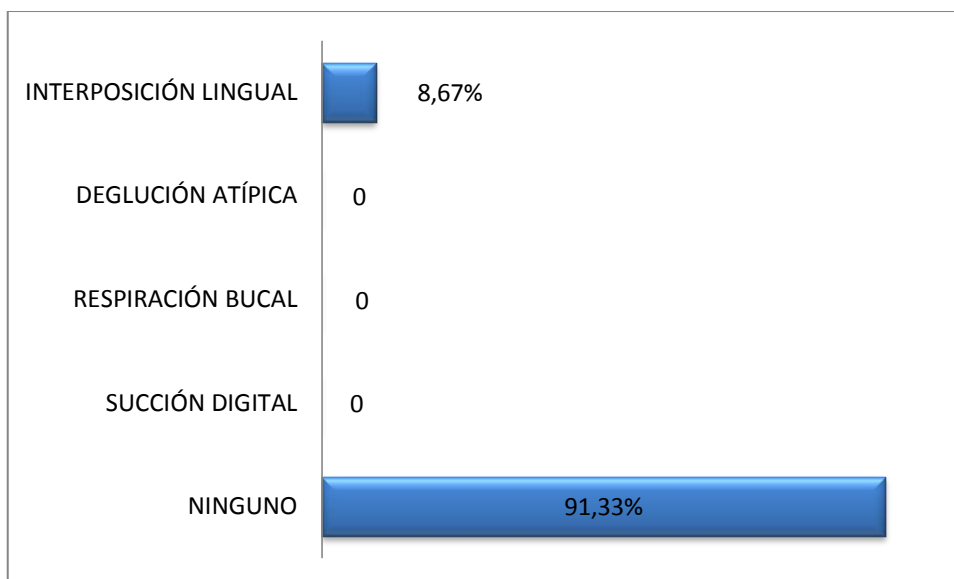
## GRÁFICA N° 6 FLUOROSIS DENTAL



**Fuente:** Historia Clínica de las Unidades Educativas “Camino del Saber” y “Dr. Máximo Agustín Rodríguez”  
**Elaboración:** Madeleine Stefanie Conza Abad Investigadora

**INTERPRETACIÓN:** El 63% de la población estudiada no presenta fluorosis dental. El 37% de estudiantes que presentaban esta patología en grado leve, se observó zonas de un color blanco opaco dispersos en los bordes incisales y en las cúspides de los dientes posteriores.

## GRÁFICA N° 7 HÁBITOS DEFORMANTES

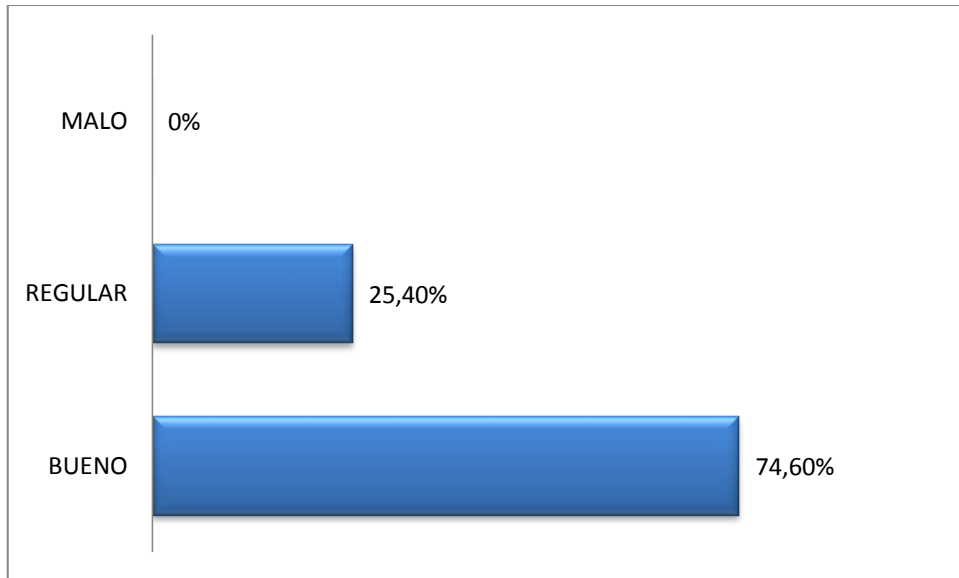


**Fuente:** Historia Clínica de las Unidades Educativas “Camino del Saber” y “Dr. Máximo Agustín Rodríguez

**Elaboración:** Madeleine Stefanie Conza Abad Investigadora

**INTERPRETACIÓN** Al realizar un análisis minucioso de los investigados se encontró que en un mínimo porcentaje presentaban un hábito deformante como es la interposición lingual, representado con el 8,67%, lo que concuerda con los casos de mordida abierta anterior encontrados, el 91,33% de los niños examinados no presenta ningún hábito que altere su cavidad oral

## GRÁFICA N° 8 ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS)



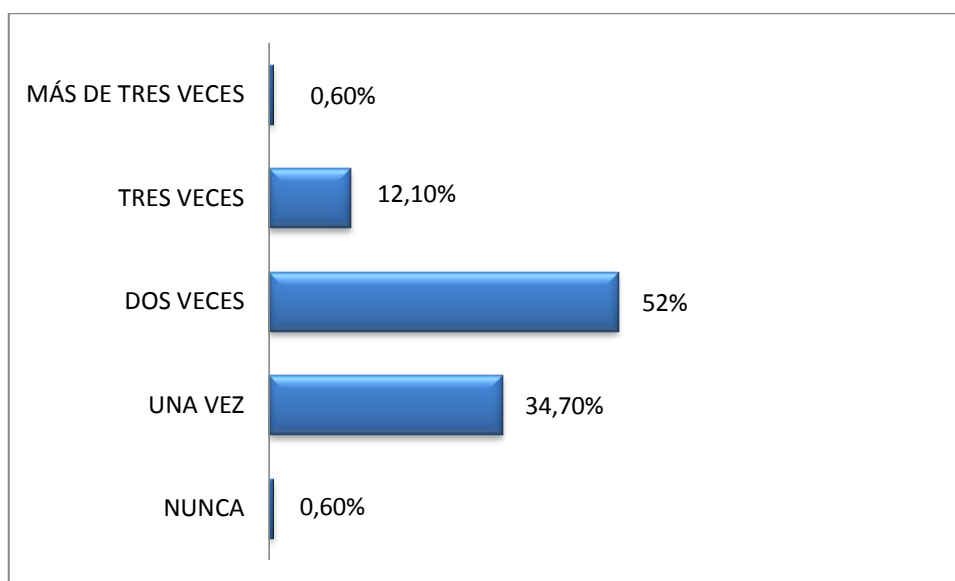
**Fuente:** Historia Clínica de las Unidades Educativas “Camino del Saber” y “Dr. Máximo Agustín Rodríguez

**Elaboración:** Madeleine Stefanie Conza Abad Investigadora

**INTERPRETACIÓN:** Del grupo de estudiantes 129 individuos examinados obtuvieron el Índice de Higiene Oral Simplificado dentro del criterio “bueno”, correspondiendo al 74,60% los mismos que presentaron mayor presencia de placa bacteriana, mientras que en un 25,40% que corresponde a 44 estudiantes se registró tanto la presencia de placa dental y cálculo dando lugar a presentar un Índice de Higiene Oral Simplificado “regular” debido a la presencia de placa y cálculo dental dental en la mayoría casos que a su vez, esta puede depender de una mala e incorrecta técnica de cepillado.

## REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA ENCUESTA

### GRÁFICA N° 9 FRECUENCIA DE CEPILLADO EN EL DÍA

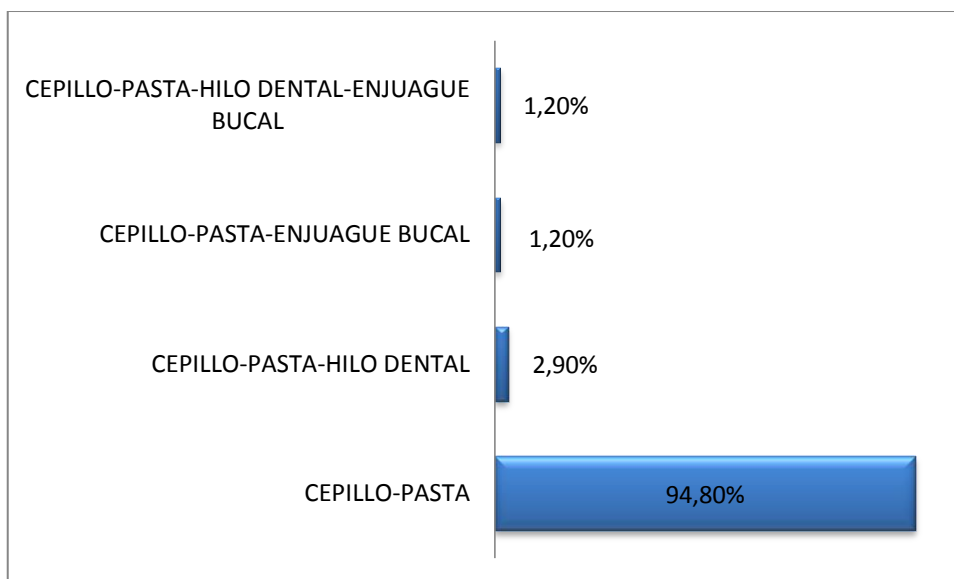


**Fuente:** Historia Clínica de las Unidades Educativas “Camino del Saber” y “Dr. Máximo Agustín Rodríguez

**Elaboración:** Madeleine Stefanie Conza Abad Investigadora

**INTERPRETACIÓN:** De los datos obtenidos en la encuesta se observó que el 52% cepilla sus dientes dos veces al día dato que no está dentro de lo recomendado, atribuidos a una falta de conocimientos y de interés tanto de los estudiantes como de sus representantes, para practicar una adecuada higiene oral, sumado a esto la incorrecta técnica de cepillado.

## GRÁFICA N° 10 ELEMENTOS UTILIZADOS EN LA HIGIENE BUCAL



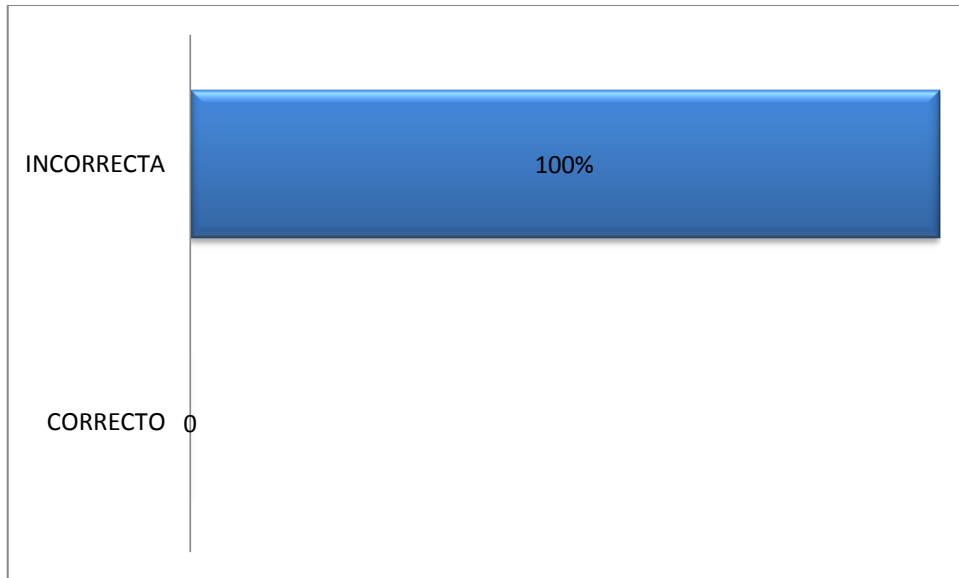
**Fuente:** Historia Clínica de las Unidades Educativas “Camino del Saber” y “Dr. Máximo Agustín Rodríguez

**Elaboración:** Madeleine Stefanie Conza Abad Investigadora

**INTERPRETACIÓN:** El 94,80% del grupo de estudio utilizan durante su higiene oral cepillo y pasta dental; probablemente los demás elementos no los utilizan por falta de conocimiento o de acceso a los mismo; y en mínimos porcentajes los usan en combinación con hilo dental en un 2,90%, con hilo dental y enjuague bucal el 1,20%, con enjuague bucal el 1,20%.



### GRÁFICA N° 11 TÉCNICA DE CEPILLADO

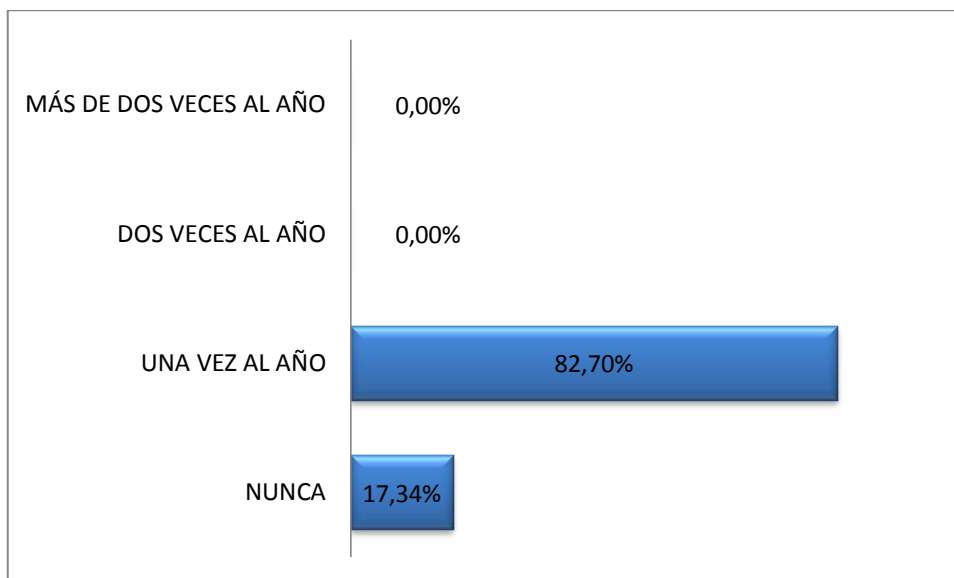


**Fuente:** Historia Clínica de las Unidades Educativas “Camino del Saber” y “Dr. Máximo Agustín Rodríguez

**Elaboración:** Madeleine Stefanie Conza Abad Investigadora

**INTERPRETACIÓN:** Al entregar el pantoma y el cepillo a los encuestados, y solicitar una demostración de la técnica de cepillado dental utilizada, se observó que en la totalidad de la población estudiada su técnica de cepillado es incorrecta con el 100%, ya que lo realizaba de forma desordenada y superficialmente causando lesiones en sus encías y tejidos, y dejando placa bacteriana en las superficies de los dientes.

## GRÁFICA N° 12 FRECUENCIA DE VISITA AL ODONTÓLOGO EN EL AÑO

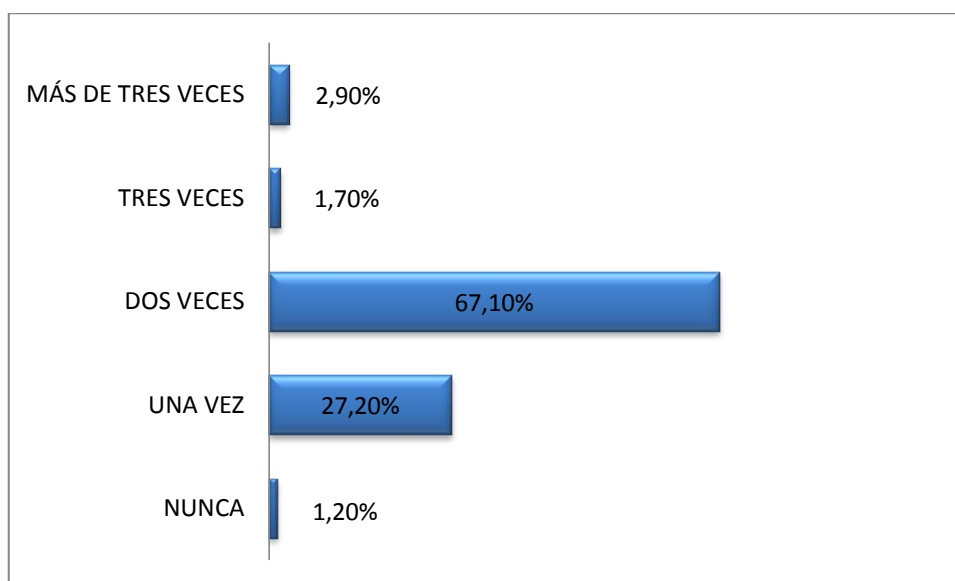


**Fuente:** Historia Clínica de las Unidades Educativas “Camino del Saber” y “Dr. Máximo Agustín Rodríguez

**Elaboración:** Madeleine Stefanie Conza Abad Investigadora

**INTERPRETACIÓN:** El 82,70% de grupo investigado nos indicó que ha visitado al profesional odontólogo “una vez al año”, siendo esta la mínima recomendada, cabe mencionar que los estudiantes no se encuentran totalmente rehabilitados debido a la presencia de un alto índice de caries, biofilm dental, así como también restauraciones defectuosas, mientras que un 17,34% “nunca” lo hace probablemente por la falta de accesibilidad, interés y temor.

### GRÁFICA N° 13 FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS CARIOGENICOS



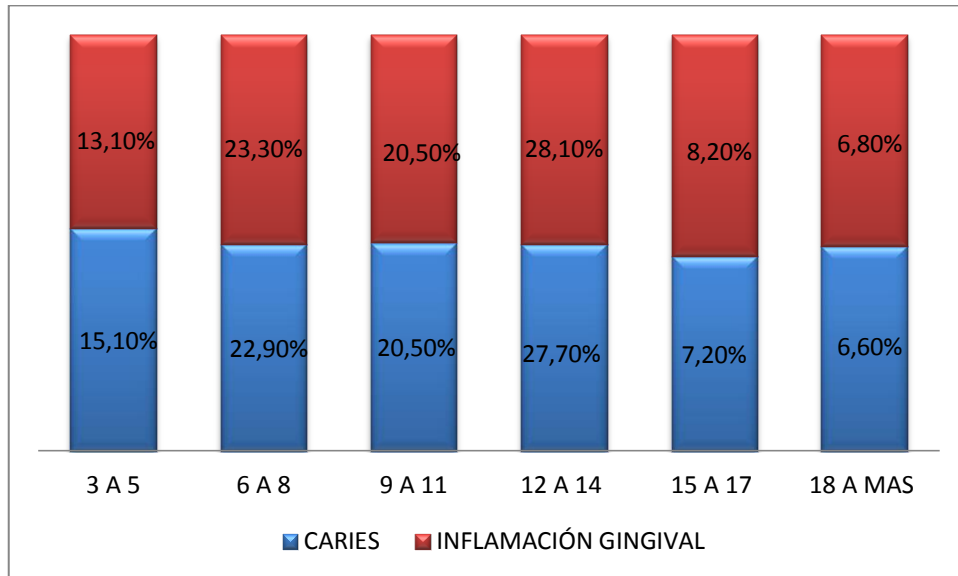
**Fuente:** Historia Clínica de las Unidades Educativas “Camino del Saber” y “Dr. Máximo Agustín Rodríguez”  
**Elaboración:** Madeleine Stefanie Conza Abad Investigadora

**INTERPRETACIÓN:** En el siguiente gráfico, el 67,10% del grupo de estudio manifestó que consumían alimentos cariogénicos en una frecuencia de dos veces al día, el 2,90% más de tres veces al día y el 1,70% tres veces al día, siendo perjudicial para la estructura dentaria causando en la misma el inicio de un proceso carioso mediante la desmineralización del esmalte provocado por un ataque ácido. Mientras que el 27,20% consumía con una frecuencia de una vez por día, e incluso el 2% refirieron que nunca lo hacían.

## CRUCE DE VARIABLES

Representación gráfica de cruce de variables

**GRÁFICA N° 14 RELACION EDAD-CARIES-INFLAMACIÓN**



**Fuente:** Historia Clínica de las Unidades Educativas "Camino del Saber" y "Dr. Máximo Agustín Rodríguez"

**Elaboración:** Madeleine Stefanie Conza Abad Investigadora

**INTERPRETACIÓN:** En este gráfico, observamos la relación existente entre la edad, con la presencia de caries dental y de inflamación gingival, siendo ésta que en los rangos de edades de 12 a 14 años, la caries dental tiene mayor incidencia con un 27,70%, y la inflamación gingival de un 28,10%. Esto puede ser causado por los grandes índices de presencia de biofilm dental, debido a que es provocado por los malos hábitos de higiene bucal, falta de educación y promoción de la salud oral.

### GRÁFICA N° 15 RELACIÓN ÍNDICE ceo-d- EDAD

EDAD	FRECUENCIA	CARIADOS	EXTRACCION INDICADA	OBTS	INDICE CEO	RANGO	NIVEL
3a-5 a	29	187	9	5	101	5	ALTO
6a-8a	41	306	33	26	365	5,73	ALTO
9a-11a	34	181	32	31	244	2,8	MODERADO
12a-14a	46	33	1	5	39	0,92	MUY BAJO

**Fuente:** Historia Clínica de las Unidades Educativas “Caminos del Saber” y “Dr. Máximo Agustín Rodríguez  
**Elaboración:** Madeleine Stefanie Conza Abad Investigadora

**INTERPRETACIÓN:** De los datos obtenidos, en la siguiente tabla se puede apreciar que los niños, 3-5 años y 6-8 años de edad presentan el nivel más alto del índice ceo-d, debido al alto consumo de alimentos cariogénicos, las mala técnica de cepillado y falta de información de la importancia de la salud bucodental por parte de los padres de familia Esta tabla también indica que los alumnos de 9-11 años de edad presentan un índice ceo-d de nivel “moderado”, dado que a esta edad existe el recambio dentario, razón por la cual, se encuentra en un índice anteriormente mencionado. Finalmente los estudiantes de 12- 14 años de edad presentan un índice de ceo-d de nivel “muy bajo”, debido a que en estas edades ya presentan la mayoría de piezas dentarias permanentes.

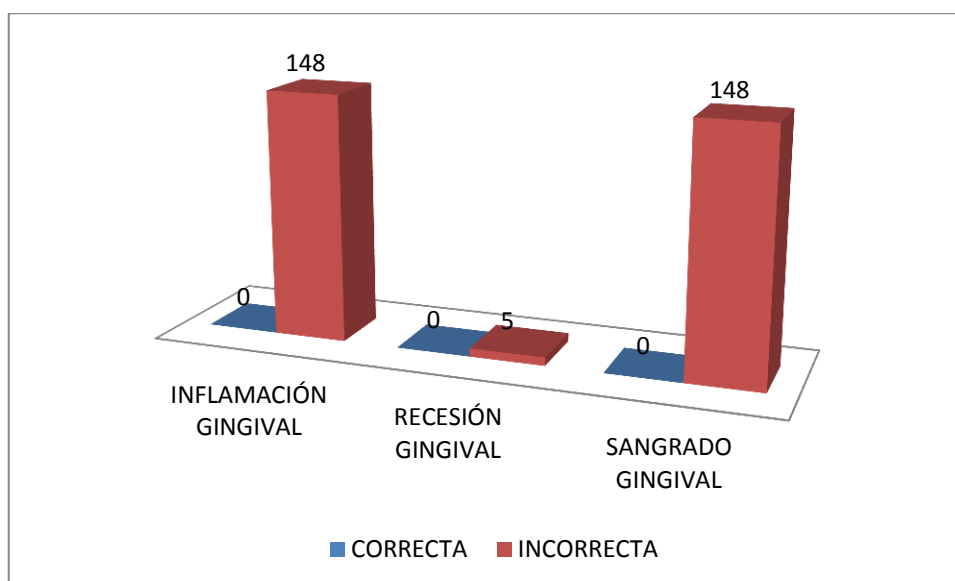
**GRÁFICA N° 16 RELACIÓN ÍNDICE CPOD- EDAD**

EDA D	FRECUENCI A	CARIADO S	PERDIDO S	OBTURADO S	INDICE CPOD	RANG O	NIVEL
6a-8a	41	32	2	7	41	1,17	MUY BAJO
9a- 11a	34	191	0	5	196	5,63	ALTO
12a- 14a	46	376	3	72	451	9,74	MUY ALTO
15a- 17a	12	91	4	26	121	10,08	MUY ALTO
18 a más	11	93	60	4	157	14,27	MUY ALTO

**Fuente:** Historia Clínica de las Unidades Educativas “Caminos del Saber” y “Dr. Máximo Agustín Rodríguez  
**Elaboración:** Madeleine Stefanie Conza Abad Investigadora

**INTERPRETACIÓN:** En la presente tabla, se puede observar que los alumnos de 12-14 años, 15 – 17 años y 18 años a más presenta un nivel de severidad de CPOD “muy alto”, asociándose con el consumo de alimentos cariogénicos, la mala técnica de cepillado y la falta de acceso a los demás implementos de higiene oral. Esta tabla también indica que los alumnos de 9-11 años de edad presentan un índice CPOD de nivel “alto”, dado que a esta edad existe el recambio dentario y la mayoría de las piezas dentarias son permanentes. Finalmente los estudiantes de 6-8 años de edad presentan un índice de CPOD de nivel “muy bajo”, debido a que en estas edades existe un número mayor de piezas dentales temporales.

## GRÁFICA N° 17 RELACIÓN INFLAMACIÓN, RECESIÓN Y SANGRADO GINGIVAL CON LA FRECUENCIA DE CEPILLADO

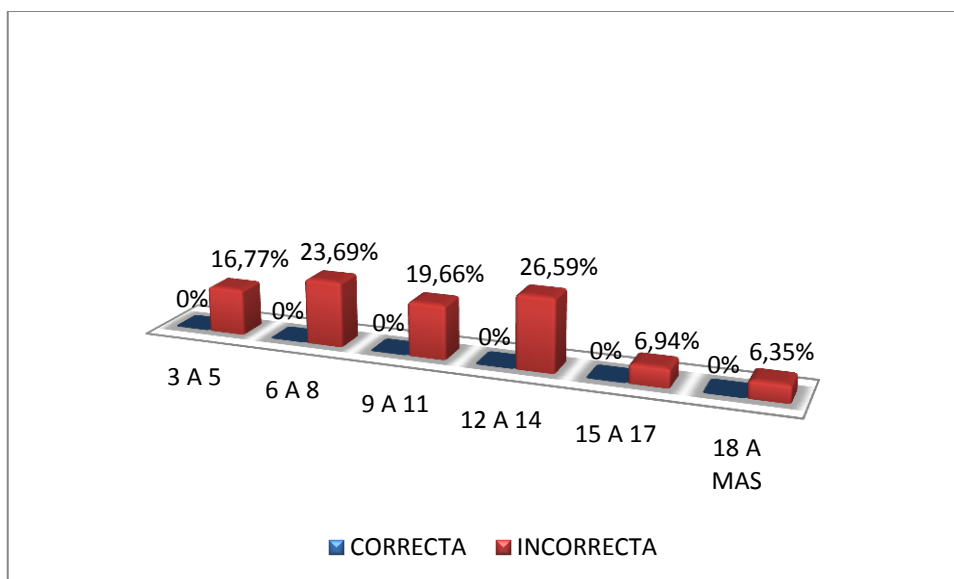


**Fuente:** Historia Clínica de las Unidades Educativas “Camino del Saber” y “Dr. Máximo Agustín Rodríguez

**Elaboración:** Madeleine Stefanie Conza Abad Investigadora

**INTERPRETACIÓN:** En el siguiente gráfico se demuestra que existe una relación directa entre la mala técnica de cepillado y la aparición de signos inflamatorios en 148 alumnos asociándolo a la falta de conocimiento de las técnicas adecuadas. Así mismo existe la presencia de sangrado debido a que la técnica que utilizan lastima los tejidos provocando cambios en los mismos. En el gráfico también se puede observar que 5 estudiantes presentan recesión gingival relacionada con la incorrecta técnica de cepillado que los estudiantes realizan.

## GRÁFICA N° 18 RELACIÓN EDAD-TÉCNICA DE CEPILLADO



**Fuente:** Historia Clínica de las Unidades Educativas "Camino del Saber" y "Dr. Máximo Agustín Rodríguez"

**Elaboración:** Madeleine Stefanie Conza Abad Investigadora

**INTERPRETACIÓN:** Como se puede observar en el siguiente gráfico los niños de 12 a 14 años (26,59%) cepillan sus dientes de una manera incorrecta al igual que el resto de los grupos etáreos relacionándose directamente con la aparición de enfermedades bucodentales como la presencia de caries dental, así como cambios en estructura de sus encías como la coloración, forma y presencia de sangrado. Estos datos están relacionados con el gráfico N° 14 y 16, ya que justamente son donde se observa la mayor cantidad de caries, inflamación y sangrado gingival.



## 7. DISCUSIÓN

Es importante comprender que las conductas de higiene oral están íntimamente relacionadas con el grado de salud buco-dental existente. Sabemos que la caries dental es una enfermedad prevenible y controlable pero, aun con todos los recursos disponibles, sigue siendo la enfermedad crónica más común en la niñez.

El cuanto al estado de salud buco-dental en los niños(as) y jóvenes de las unidades educativas: “Caminos del Saber” y “Dr. Máximo Agustín Rodríguez” de la parroquia San Lucas está determinada en gran parte por las normas de higiene oral; la falta de atención buco-dental, y por la realidad económica y cultural en la que se desenvuelven sus habitantes.

En cuanto a prevalencia de caries dental pudimos encontrar que un 96% de toda la población estudiada presento caries dental y un 4% no presentó esta patología, un estudio realizado en Colombia, sobre los Indicadores de Riesgo para la Caries Dental en Niños Preescolares, encontró una “Prevalencia de caries de 60 % y la mayor prevalencia de caries fue para los niños de cinco años con 74 %”.(González & cols, 2009) . Mientras que en otro “estudio realizado en escolares de 6 a 12 años de edad de León, Nicaragua, nos dice que la prevalencia de caries fue del 72,6%” (Gaceta Sanitaria, 2005), Siendo la caries dental la patología bucal de mayor prevalencia en todo el mundo.

La prevalencia de alteraciones gingivales encontrada fue del 84,40% con presencia de inflamación y sangrado gingival, un 2,90% presenta recesión, teniendo como factor desencadenante la falta de higiene bucal, y técnica de cepillado incorrecto datos que resultan iguales al compararlos con los de un estudio realizado en “Iztapalapa, Ciudad de México (2008) en el cual el 83% de los estudiantes algún tipo de inflamación gingival, siendo la gingivitis leve la de mayor prevalencia”. (Murrieta ,2008) Esta circunstancia pone de manifiesto que en esta población existe riesgo de desarrollar enfermedad periodontal.

Se pudo observar una alta prevalencia de caries dental tanto en la dentición temporal, como en la permanente. Basándonos en los índices de CPOD cuyos resultados revelaron un índice promedio de 8.2 y de ceod con un promedio de 4 y al comparar con estudios previos realizados “en la delegación Álvaro Obregón Venezuela en donde se encontró un CPOD caries dental en la

dentición permanente de 3.4, y en la temporal de 3.9” (Gurrola & Caudillo,2009), observamos que la caries es una patología con gran prevalencia en toda la población. Así mismo debido a la falta de asistencia a un odontólogo los resultados de piezas obturadas fueron mínimos con un promedio de 1.96, reflejando esto la nula importancia que le dan a su aseo y cuidado bucal.

En cuanto a mal oclusiones el presente estudio revelo que del total de la población estudiada en dentición temporal presento un plano terminal recto en un 0%, escalón mesial en un 97,40% y en un 2,6% escalón distal; no teniendo similitud con un estudio realizado en Cuba en donde el plano terminal recto se encuentra en un 75.75%; el escalón mesial aparece en el 9% ambas considerados como normal, el escalón distal está presente en un 15.25% reflejando resultados diferentes con esta investigación determinando que ”los planos terminales rectos y los escalones mesiales son normales en la dentición primaria”. ( Rodon & Perez,2005)

En cuanto a maloclusiones el presente estudio revelo que del total de la población analizada un 47% son de clase I de Angle, un 20% a la clase III y un 26% a la clase II al compararlos con un estudio realizado en Venezuela en donde este estudio reveló lo siguiente el “41,5% para la Clase I, seguido por 17,5% para la Clase II y un 14% para la Clase III” ( Medina,2010) Siendo la clase I la más frecuente en la mayoría de la población, las diferencias entre los porcentajes de estas probablemente se deban a los factores intervinientes durante la dentición mixta como perdida temprana de dentición decidua, que contribuye a la formación de distoclusión o mesioclusión, a la erupción ectópica de piezas permanentes, al apiñamiento, a la mordida cruzada y a la mal posición dentaria

Los resultados obtenidos en cuanto a la presencia de fluorosis dental de toda la población evaluada fue baja, siendo más frecuente el grado de fluorosis leve en un 37%, siendo mayor al de otros” estudios realizados en Argentina en donde el 46% de la población estudiada presentaron piezas con distintos grados de fluorosis, presentándose la fluorosis leve en un 14.60%”. (Cardozo, 2001)

## 8. CONCLUSIONES

Del presente trabajo de investigación se concluye:

- Las principales enfermedades encontradas mediante la realización del diagnóstico bucal en los alumnos examinados de las unidades educativas: “Caminos del Saber” y “Dr. Máximo Agustín Rodríguez” son la caries dental en un 96% e inflamación - sangrado gingival en un 84,40% , fluorosis leve en un 37%, alteraciones de oclusión como mordida bis a bis 11,1%, mordida profunda 9,2%, mordida abierta anterior 8,67%, perdida prematura de dentición decidua 8,10%, mordida abierta posterior 4,1% y mordida cruzada anterior 1,70%; hábitos deformantes como la interposición lingual en un 8,67%.
- Los niños de los centros educativos primarios utilizan como elementos para su higiene bucodental cepillo y pasta dental en un 94,80% de tal manera que no utilizan los elementos necesarios para la eficiente higiene oral como lo es el hilo dental y enjuague bucal, por lo que no complementan el cuidado adecuado de su cavidad oral.
- El consumo de alimentos cariogénicos es un factor de riesgo predisponente para la aparición de enfermedades como caries dental, ya que la mayoría de los niños consumen estos alimentos 2 veces al día en un 67,1% afectan directamente a sus dientes provocando cambios estructurales en los mismos.
- La técnica de cepillado del grupo de estudio es incorrecta en un 100% y la frecuencia de cepillado que realizan dos veces al día se presenta en un 52% lo que influye directamente en la aparición de enfermedades bucodentales como inflamación gingival debido a que la forma en que cepillan sus dientes es inadecuada provocando destrucción de los tejidos que rodean el diente y dejando placa bacteriana que alterando el funcionamiento normal de la cavidad oral.

## 9. RECOMENDACIONES

Se recomienda ejecutar las siguientes acciones:

- ✓ Al Ministerio de Salud Pública junto con el Ministerio de Educación, realizar convenios para la ejecución de programas de promoción, prevención y rehabilitación de la salud bucal orientado no solo a los niños y niñas además a sus padres y representantes, informándoles sobre la importancia de mantener el mayor tiempo posible en boca los dientes primarios y permanentes para prevenir posteriores alteraciones funcionales, fonéticas y estéticas.
- ✓ A los docentes que incluyan en su plan académico la colaboración del profesional odontológico que impartan charlas a los representantes y alumnos que tienen bajo su responsabilidad sobre la importancia de conservación de las piezas dentales e higiene bucal para el correcto desarrollo físico, emocional y psicológico de los niños y niñas.
- ✓ A los padres que supervisen la ingesta diaria de azúcares entre comidas y la frecuencia de la higiene oral para evitar el apareamiento de caries dental y de otras patologías orales que pueden comprometer la salud oral y general. Así mismo concientizar a los padres de familia que la visita al odontólogo es de vital importancia para el cuidado adecuado de la cavidad oral de cada uno de sus hijos es por eso que se lo debe realizar al menos 2 veces al año, por motivos de prevención no solamente cuando exista patología o dolor.
- ✓ A los niños de cada uno de los centros educativos cepillarse sus dientes tres veces al día usando los implementos de higiene oral (cepillo, pasta dental, enjuague bucal e hilo dental) con el fin de prevenir enfermedades que alteren el funcionamiento de su cavidad oral.

## 10. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS-WORLD. Health Report. 24 de febrero de 2004. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/>
2. CÓRDOVA, Daniel. (2010). Caries Dental y Estado Nutricional en niños de 3 a 5 años de edad. Chiclayo, Perú. Recuperado el 10 de 2013, de <http://es.scribd.com/doc/75990028/Normas-y-Procedimientos-de-Atencion-Integral-de-Salud-a-Adolescentes-2009>
3. 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.
4. VILLA BARRAGÁN, Juan Pablo. (2012 Abril 15). Diagnóstico de Servicio de Salud. (24 diapositivas preparadas por Juan Pablo Villa). Recuperado de: [http://www.pediatria.gob.mx/diplo\\_diagsit.pdf](http://www.pediatria.gob.mx/diplo_diagsit.pdf).
5. COBOS, Juan Manuel; GARCÍA, Juan José. (2005). Manuel Técnico Superior en Higiene Bucodental. Editorial. Mad. S. L. p. 128 – 129.
6. GUZMÁN, Fernando; ARIAS, Carlos. (2012). La historia Clínica: elemento fundamental del acto médico. Artículo especial. Colombia. Recuperado de: <http://www.ascolcirugia.org/revista/revistaeneromarzo2012/6-%20Historia%20clinica.pdf>
7. MONTESINOS, Daniela. Resumen capítulo 1 libro “Dental Caries”/Portafolio No.3 CICB2011.05/12/2011. Recuperado de: <https://sites.google.com/site/portafolio3cicb2011/3-resumen-capitulo-1-libro-dental-caries>
8. DRA. HIDALGO, Elena. La caries dental. Algunos de los factores relacionados con su formación en niños. Revista Cubana de Estomatología. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072008000100004&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072008000100004&script=sci_arttext)

9. PHILIP, Sapp; EVERSOLE, Lewis; WYSOCKI, George.(2005). Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea, Segunda Edición. pag. 3-21.
10. HARRIS, Norman; GARCÍA, Franklin. (2005). Odontología preventiva primaria. Segunda edición Editorial Manual moderno México. Pág. 141-146.
11. AZPEITIA, María de Lourdes; SANCHEZ, Miguel. (2009) Factores de riesgo para fluorosis dental en escolares de 6 a 15 años de edad. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2009/im093f.pdf>
12. BOJ, Juan. (2004). Odontopediatría. Editorial Masson S.A. primera edición 2004 capítulo 32,. Paginas367-369
13. LINDHE; Javier. (2009) Periodontología clínica e implantología. Quinta edición, Tomo I editorial médica panamericana pág410.
14. VELLINI; Flavio. (2009). Ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica. (en línea).Sao Paulo.Artes Medicas. Recuperado de: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art23.asp>
15. MASSÓN, Rosa María. Desarrollo de los dientes y la Oclusión. (en línea).Recuperado de: <http://articulos.sld.cu/ortodoncia/files/2009/12/desd-y-o-maestri.pdf>
16. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. (2004-2005). Caracas- Venezuela. Recuperado de: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art17.asp>
17. VAJDI, Geeti. (2011). Manual Ilustrado de Cirugía Oral y Maxilofacial. Panamá: Jaypee-Highlights Medical Publisher
18. GONZÁLEZ, Gabriela; MARRERO, Laura. (2012). Mordida Cruzada Anterior. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. Recuperado de: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art19.asp>
19. APARECIDO, Osmar. (2011). Mordida cruzada posterior. Corrección y consideraciones. Caso clínico con 7 años de seguimiento. Acta Odontológica Venezolana. Recuperado de: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2011/1/art12.asp>

20. BOJ, Juan; CATALÁ, Montserrat. (2004). Odontopediatría. Editorial Masson. Primera Edición. Barcelona-España.
21. LUGO, Carmen.; TOYO, Irasema. (2011). Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las Maloclusiones. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. Recuperado de: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art5.asp>
22. AGURTO, Pamela; DÍAZ, Rodrigo; CÁDIZ, Olga; BOBENRIETH, Fernando. (1999). Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago.
23. Revista Chilena de Pediatría. Recuperado de: [http://www.scielo.cl/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI\\_ARTTEXT&PID=S0370-41061999000600004&LNG=EN&NRM=ISO&TLNG=EN](http://www.scielo.cl/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0370-41061999000600004&LNG=EN&NRM=ISO&TLNG=EN)
24. HIGASHIDA, Bertha. (2000). Odontología preventiva. Editorial. Mac Graw-Hill Interamericana. p. 211- 212.
25. CUENCA, Emili; BACA, Pilar. (2005). Odontología Preventiva y Comunitaria. 3 Edición. Editorial. Masson.
26. BARRANCOS, Mooney. (2006). Operatoria Dental. Buenos Aires. 4 Edición. Editorial Panamericana. P 377 - 378.
27. COBOS, Juan Manuel; GARCÍA, Juan José. (2005). Manuel Técnico Superior en Higiene Bucodental. Editorial. Mad. S. L. p. 128 – 129.
28. GONZÁLEZ, Farith y cols. Indicadores de Riesgo para la Caries Dental en Niños Preescolares de La Boquilla, Cartagena.
29. GACETA SANITARIA. (Agosto 2005). Recuperado de: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911105747853?via=sd&c=C=y>.
30. MURRIETA, José Francisco. (2008). Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. vol.65 no.5 México sep./oct. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-11462008000500006](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000500006).
31. GURROLA, Barbara; CAUDILLO, Tania. Diagnóstico en escolares de 6 a 12 años promedios CPOD, IHOS en la Delegación Álvaro Obregón.

32. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "Ortodoncia.ws edición electrónica Marzo 2009. Recuperado de: [www.ortodoncia.ws](http://www.ortodoncia.ws).
33. RODON, Sandra; PEREZ, Gustavo. CARACTERISTICAS OCLUSALES Y CRANEOSAGITALES EN NIÑOS VENEZOLANOS. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria Depósito Legal N°: pp200102CS997 - ISSN: 1317-5823 - RIF: J-31033493-5 - Caracas – Venezuela. Recuperado de: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2005/pdf/art4.pdf>
34. MEDINA, Carolina. PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES DENTALES EN UN GRUPO DE PACIENTES PEDIÁTRICO. Recuperado de: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2010/1/art9.asp>
35. CARDOZO, María Lorena. Recuperado de: <http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/cyt/2001/3-Medicas/M-076.pdf>



## 11. ANEXOS

### ANEXO # 1

#### SOLICITUD DIRIGIDAS A LAS UNIDADES EDUCATIVAS

Loja, 14 de Octubre del 2013

Lic. Cango Saca Manuel de Jesús  
RECTOR DE LA ESCUELA "CAMINOS DEL SABER"

De mis consideraciones:

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

Yo Tannya Valarezo, coordinadora de la carrera de Odontología, me dirijo a usted para solicitar, la autorización correspondiente a la Srta. Madeleine Stefanie Conza Abad, portadora de la cédula 1105104903 egresada de la carrera de Odontología, para que realice diagnósticos bucales a cada uno de los estudiantes del centro educativo. La información obtenida servirá para que el investigador realice su tesis de grado a través de la realización del macroproyecto: "Diagnostico de Salud Bucal y Factores de Riesgo en los Centros educativos Primarios y Secundarios de las Parroquias Rurales del Cantón Loja, año 2013."

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

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

Atentamente



Dra. Tannya Valarezo

COORDINADORA DE LA CARRERA  
DE ODONTOLOGIA

Madeleine Stefanie Conza Abad

EGRESADA DE LA CARRERA  
DE ODONTOLOGIA

Lic. Cango Saca Manuel de Jesús  
RECTOR DE LA ESCUELA "CAMINOS DEL SABER"

14-10-2013 Recibido

Loja, 19 de Octubre del 2013

Licda. Carrión Cabrera Rosario María  
**RECTORA DE LA ESCUELA "Dr. Máximo Agustín R. "**

De mis consideraciones:

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

Yo Tannya Valarezo, coordinadora de la carrera de Odontología, me dirijo a usted para solicitar, la autorización correspondiente a la Srta. Madeleine Stefanie Conza Abad, portadora de la cédula 1105104903 egresada de la carrera de Odontología, para que realice diagnósticos bucales a cada uno de los estudiantes del centro educativo. La información obtenida servirá para que el investigador realice su tesis de grado a través de la realización del macroproyecto: **"Diagnostico de Salud Bucal y Factores de Riesgo en los Centros educativos Primarios y Secundarios de las Parroquias Rurales del Cantón Loja, año 2013."**

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

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

**Atentamente**



Dra. Tannya Valarezo

**COORDINADORA DE LA CARRERA  
DE ODONTOLOGÍA**

Madeleine Stefanie Conza Abad

**EGRESADA DE LA CARRERA  
DE ODONTOLOGÍA**

Licda. Carrión Cabrera Rosario María  
**RECTORA DE LA ESCUELA "Dr. Máximo Agustín R. "**

14.10.2013 → Recibido  
  
**ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA**  
**Dr. Máximo Agustín Rodríguez**  
VINDYACU - SAN LUCAS - LOJA

## ANEXO#2

### CERTIFICADO DE HABER CULMINADO EL TRABAJO DE CAMPO

#### CERTIFICACIÓN

Lic.

**Cango Saca Manuel de Jesús**

**RECTOR DE LA UNIDAD EDUCATIVA "CAMINOS DEL SABER"**

La presente es para certificar que la señorita Madeleine Stefania Conza Abad con cedula 1105104903; realizo su estudio de campo de su tesis titulada "DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LAS UNIDADES EDUCATIVAS "CAMINOS DEL SABER" Y "DR. MÁXIMO AGUSTÍN RODRIGUEZ" DE LA PARROQUIA RURAL SAN LUCAS DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013" en la unidad educativa "Caminos del Saber " donde mi autoridad es rector; la señorita aplicó la encuesta sobre higiene oral y factores de riesgo, realizo el diagnóstico clínico bucal a 12 estudiantes ya que 8 de ellos no desearon ser revisados y 5 de ellos faltaron, brindo charlas sobre educación en salud oral, a estudiantes y profesor y entregó implementos de higiene oral a los alumnos como cepillo y pasta dental.

**Atentamente**



**Lic. Cango Saca Manuel de Jesús**

**RECTOR DE LA UNIDAD EDUCATIVA "CAMINOS DEL SABER"**

## CERTIFICACIÓN

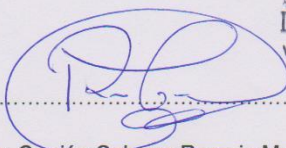
Licda.

Carrión Cabrera Rosario María

**RECTORA DE LA UNIDAD EDUCATIVA "MÁXIMO AGUSTÍN RODRIGUEZ"**


La presente es para certificar que la señorita Madeleine Stefania Conza Abad con cedula 1105104903; realizo su estudio de campo de su tesis titulada **"DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LAS UNIDADES EDUCATIVAS "CAMINOS DEL SABER" Y "DR. MÁXIMO AGUSTÍN RODRIGUEZ" DE LA PARROQUIA RURAL SAN LUCAS DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013"** en la unidad educativa "Máximo Agustín Rodríguez" donde mi autoridad es rectora; la señorita aplicó la encuesta sobre higiene oral y factores de riesgo, en caso de los niños que no podían contestar la encuesta esta misma la realizo a los padres de familia de dichos alumnos, realizo el diagnóstico clínico bucal a todos los estudiantes, brindo charlas sobre educación en salud oral, a estudiantes y profesores y entregó implementos de higiene oral a los alumnos como cepillo y pasta dental.

**Atentamente**



Licda. Carrión Cabrera Rosario María

**RECTORA DE LA UNIDAD EDUCATIVA "MÁXIMO AGUSTÍN RODRIGUEZ"**

 ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA  
Dr. Máximo Agustín Rodríguez  
VINOYACU - SAN LUCAS - LOJA

# ANEXO#3

## ENCUESTA



“UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA”N° de hoja: .....  
ÁREA DE LA SALUD HUMANA  
NIVEL DE PRE-GRADO  
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

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

### 1. INFORMACIÓN BÁSICA

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Parroquia: .....

Nombre de la institución: .....

Nombre del Alumno: .....

Género: F ( ) M ( )

Edad del Alumno (a): .....

Año de educación: .....

### 2. INFORMACIÓN SOBRE HIGIENE ORAL

- ¿Con qué frecuencia cepilla Ud. sus dientes al día?

Nunca ( )

Una vez ( )

Dos veces ( )

Tres veces ( )

Más de tres veces ( )

- ¿Qué elementos Ud. usa en su aseo bucal?

Cepillo ( )

Pasta dental ( )

Hilo dental ( )

Enjuague bucal ( )

- ¿Cuál es la técnica de cepillado que Ud. utiliza?

Correcto ( ) Incorrecto ( )

- Al cepillarse los dientes hay presencia de sangrado?

Si ( ) No ( )

- ¿Con qué frecuencia usted visita al odontólogo?

Nunca ( )

Una vez al año ( )

Dos veces al año ( )

Más de dos veces al año ( )

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

Nunca ( )

Una vez ( )

Dos veces ( )

Tres veces ( )

Más de tres veces ( )

Validación de ..... Especialista TannyaValarezo

COORDINADOR DE ..... CARRERA DE ODONTOLOGÍA



# ANEXO # 4 HISTORIA CLÍNICA

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

**DATOS GENERALES:**  
 Nombres y Apellidos.....  
 Sexo.....  
 Edad.....

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

**PATOLOGÍAS**

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

**OTRAS PATOLOGÍAS DENTALES**  
 Alteraciones de número ( )  
 Alteraciones de forma ( )  
 Alteraciones de estructura ( )

2. **INFLAMACIÓN GINGIVAL** Si ( ) No ( )  
 Recesión gingival Si ( ) No ( )  
 Sangrado Si ( ) No ( )

3. **MALOCLUSIÓN**  
 Dentición temporal  
 • Escalón mesial ( )  
 • Plano terminal recto ( )  
 • Escalón distal ( )

Dentición permanente

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

4. **FLUOROSIS DENTAL**  
 Sin fluorosis ( )  
 Leve ( )  
 Moderada ( )  
 Severa ( )

5. **HÁBITOS**

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

6. **PATOLOGÍAS**

**ODONTOGRAMA**

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

Validatione de la Historia Clínica por el Especialista Tannya Valarezo  
 COORDINADOR DE ASISTENCIA DE ODONTOLOGÍA

## ANEXO#5

### OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
Caries	La enfermedad es una forma singular de infección en la cual se acumulan cepas específicas sobre la superficie del esmalte, donde elaboran productos ácidos y proteolíticos que desmineralizan la superficie y digieren su matriz orgánica.	CPOD Ceo	0,0 a 1,1 muy bajo 1.2 a2.6 bajo 2.7 a 4.4 moderado 4.5 a 6.4 alto 6.5 a mas muy alto
Inflamación gingival	La inflamación de las encías es bastante frecuente y puede involucrar a uno o más espacios de forma triangular de la encía entre los dientes adyacentes. Estas secciones se denominan papilas.	IHOS	0.0 A 1.2 BUENO 1.3 A 3 REGULAR 3.1 A 6 MALO
Mal oclusiones	Denominamos maloclusión a toda aquella situación en que la oclusión no es normal, es decir, cuando el engranaje del maxilar	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Relación molar de Angle</li> <li>✓ Relación molar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clase I</li> <li>• Clase II</li> <li>• Clase III</li> <li>• Escalón mesial</li> <li>• Escalón distal</li> </ul>

	<p>superior y de la mandíbula inferior o la posición de las piezas dentales no cumple ciertos parámetros que consideramos normales. Esto puede crear una situación patológica (caries, problemas gingivales, estéticos o en la articulación temporomandibular)</p>	<p>decidua</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plano recto</li> </ul>
<p>Fluorosis</p>	<p>La fluorosis dental es un trastorno y problema endémico causado por ingestión excesiva de flúor, principalmente durante la odontogénesis, si este es aportado en altas concentraciones a lo largo del período de desarrollo del diente provoca un defecto en la estructura y mineralización de la superficie del órgano dentario ofreciendo a éste un aspecto poroso.</p>	<p>✓ Método de Dean</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leve</li> <li>• Moderada</li> <li>• Severa</li> </ul>
<p>Hábitos deformantes</p>	<p>Hábito es la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto, que en</p>	<p>Deformación causada por el mal hábito.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Succión digital</li> <li>• Respiración bucal</li> </ul>

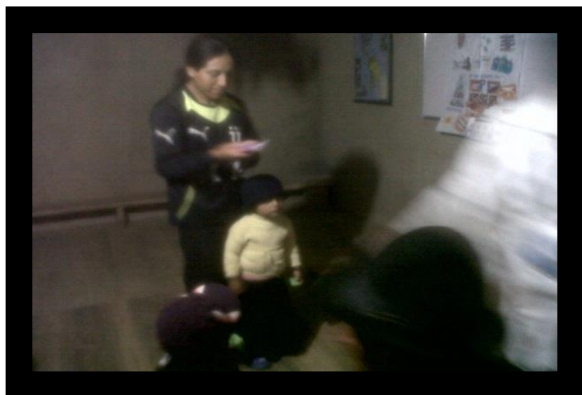


	<p>un principio se hace en forma consciente y luego de modo inconsciente, como son la respiración nasal, masticación, fonarticulación y deglución, considerados fisiológicos o funcionales, existiendo también aquellos no fisiológicos entre los cuales tenemos la succión que puede ser dedo, chupete, mamadera o labio, entre otros, la respiración bucal, y la interposición lingual en reposo, deglución y fonarticulación.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deglución atípica</li> <li>• Interposición lingual</li> </ul>
Cepillado	<p>Es el método mecánico de higiene que permite remover la placa bacteriana de los dientes para prevenir problemas bucales</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuencia del cepillado</li> <li>• Técnica de cepillado</li> <li>• Uso de implemento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca</li> <li>• Una vez al día</li> <li>• Dos veces al día</li> <li>• Tres veces al día</li> <li>• Horizontal</li> <li>• Vertical</li> <li>• Técnica de Bass</li> <li>• Pasta dental y cepillo dental</li> </ul>

		s en el cepillado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hilo dental</li> <li>• Enjuague bucal</li> </ul>
Alimentación	Los alimentos son definidos como sustancias, o como una mezcla, que contiene principios nutritivos, los cuales proveen materia y energía.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de alimentación</li> <li>• Ingesta de azúcares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta cariogénica</li> <li>• Dieta no cariogénica</li> <li>• Una vez al día</li> <li>• Dos veces al día</li> <li>• Tres o más al día</li> </ul>
Atención odontológica	Se encarga del diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades que afectan el aparato estomatológico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuencia de Visita al odontólogo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca</li> <li>• Una vez al año</li> <li>• Dos veces al año</li> <li>• Más de dos veces al año</li> </ul>

**ANEXO #6**  
**EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS DE LAS CHARLAS**

**Fotografía #1**



**Fotografía #2**



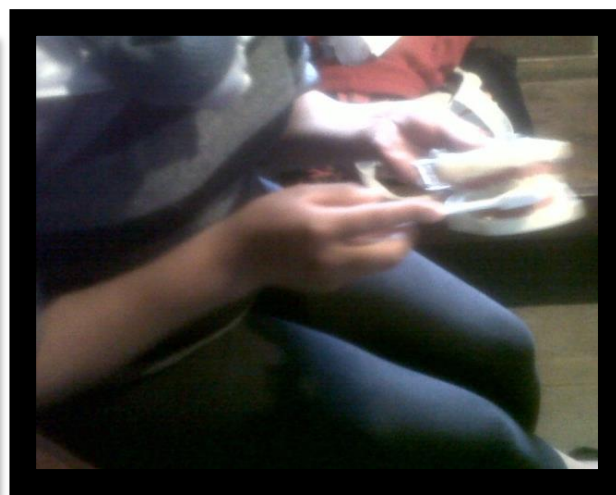
**FUENTE:** Estudiantes de las Unidades Educativas “Caminos del Saber” y “Dr. Máximo Agustín Rodríguez

**INDICACIÓN DEL CEPILLADO**

**Fotografía #3**



**Fotografía #4**



**FUENTE:** Estudiantes de las Unidades Educativas “Caminos del Saber” y “Dr. Máximo Agustín Rodríguez”

## EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS DEL LLENADO DE ENCUESTAS E HISTORIAS CLÍNICAS

**Fotografía #5**



**Fotografía #6**



FUENTE: Estudiantes de las Unidades Educativas

“Caminos del Saber” y “Dr. Máximo Agustín Rodríguez”

**Fotografía #7**



**Fotografía #8**



FUENTE: Estudiantes de las Unidades Educativas “Caminos del Saber” y “Dr. Máximo Agustín Rodríguez”

## EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS DE LA ENTREGA DE CEPILLOS Y PASTAS

Fotografía #9



Fotografía #10



FUENTE: Estudiantes de las Unidades Educativas "Caminos del Saber" y "Dr. Máximo Agustín Rodríguez"

## EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS DE LAS ALTERACIONES Y PATOLOGÍAS ENCONTRADAS CARIES DENTAL

Fotografía #11



Fotografía #12



FUENTE: Estudiantes de las Unidades Educativas "Caminos del Saber" y "Dr. Máximo Agustín Rodríguez"

**Fotografía #13**



**Fotografía #14**



**FUENTE:** Estudiantes de las Unidades Educativas "Caminos del Saber" y "Dr. Máximo Agustín Rodríguez"

### **PÉRDIDA PREMATURA DE LA DENTICIÓN DECIDUA**

**Fotografía #15**



**Fotografía #16**



**FUENTE:** Estudiantes de las Unidades Educativas "Caminos del Saber" y "Dr. Máximo Agustín Rodríguez"

## MORDIDA CRUZADA ANTERIOR

Fotografía #17



FUENTE: Estudiantes de las Unidades Educativas "Caminos del Saber" y "Dr. Máximo Agustín Rodríguez"

## TIPO DE OCLUSIÓN –CLASE II

Fotografía #18



FUENTE: Estudiantes de las Unidades Educativas "Caminos del Saber" y "Dr. Máximo Agustín Rodríguez"

## TIPO DE OCLUSIÓN – NO APLICABLE

**Fotografía #19**



**Fotografía #20**



**FUENTE:** Estudiantes de las Unidades Educativas “Caminos del Saber” y “Dr. Máximo Agustín Rodríguez”

## FLUOROSIS DENTAL LEVE

**Fotografía #21**



**FUENTE:** Estudiantes de las Unidades Educativas “Caminos del Saber” y “Dr. Máximo Agustín Rodríguez”



## 12. ÍNDICE

CARATULA.....	I
CERTIFICACIÓN.....	II
AUTORIA.....	III
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	IV
DEDICATORIA.....	V
AGRADECIMIENTO.....	VI
TITULO.....	7
RESUMEN Y SUMMARY.....	8
INTRODUCCIÓN.....	10
REVISIÓN DE LITERATURA.....	13
CAPITULO I DIAGNÓSTICO DE SALUD DEL CANTÓN LOJA.....	13
CAPITULO II FACTORES DE RIESGO.....	16
CAPITULO III SALUD ORAL.....	33
MATERIALES Y MÉTODOS.....	36
RESULTADOS.....	39
DISCUSIÓN.....	57
CONCLUSIONES.....	59
RECOMENDACIONES.....	60
BIBLIOGRAFÍA.....	61
ANEXOS.....	65
ÍNDICE.....	81