



1859

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

TÍTULO:

**DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO
EN EL COLEGIO NACIONAL MIXTO “MANUEL BENJAMÍN CARRIÓN”
DE LA PARROQUIA YANGANA DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013”.**

TESIS PREVIA A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ODONTÓLOGA

DIRECTOR: DR. MANUEL JOSÉ PROCEL GONZÁLEZ

AUTORA: SHIRLEY VIVIANA LEÓN AUCAPIÑA

Loja- Ecuador
2013

CERTIFICACIÓN

DOCTOR.

Manuel José Procel González

CERTIFICA:

Que la presente tesis titulada: **DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN EL COLEGIO NACIONAL MIXTO “MANUEL BENJAMÍN CARRIÓN” DE LA PARROQUIA YANGANA DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013**, elaborada por la Srta. Shirley Viviana León Aucapiña portadora de la cédula 1104870116, ha sido rigurosamente supervisada, revisada y corregida y sobre todo asesorada por mi persona en todo el desarrollo de la misma por lo que se autoriza la presentación de la misma al respectivo director de tesis.



.....
DR. MANUEL JOSÉ PROCEL GONZÁLEZ

AUTORÍA

Yo Shirley Viviana León Aucapiña declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y 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: Shirley Viviana León Aucapiña

Firma:



Cédula: 1104870116

Fecha: 15 de Noviembre del 2013

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

Yo Shirley Viviana León Aucapiña declaro ser autora de la tesis titulada: "Diagnóstico de salud bucodental y factores de riesgo en el Colegio Nacional Mixto "Manuel Benjamín Carrión" de la Parroquia Yangana 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 la 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 quince días del mes de Noviembre del dos mil trece, firma el autor.

Firma: 

Autora: Shirley Viviana León Aucapiña

Cédula: 1104870116

Dirección: Av. Manuel Agustín Aguirre y Mercadillo.

Correo Electrónico: shirley-1448@hotmail.com

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Dr. Manuel José Procel González 

Tribunal de Grado: Dra. Leonor Peñarreta
Dr. Franklin Quinche
Dra. Tannya Valarezo

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mis padres y abuelitos, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional.

A mi preciosa hija Alejandra, quien es mi mayor motivación y la base de mi esfuerzo y esmero.

SHIRLEY

AGRADECIMIENTO

Expreso mi sincero agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, a sus autoridades, y en especial a los Docentes de la Carrera de Odontología, que me impartieron sus conocimientos sin limitaciones, para fortalecer los principios de mi formación.

Mi gratitud especial para el Dr. José Procel, por haber asumido la Dirección de éste trabajo investigativo, con total entrega, orientándome siempre por el camino correcto para la adecuada ejecución del mismo.

Gracias a todas las personas que me han ayudado y colaborado para culminar este objetivo, requisito necesario para obtener mi titulación.

LA AUTORA

1. TÍTULO

DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN EL COLEGIO NACIONAL MIXTO “MANUEL BENJAMÍN CARRIÓN” DE LA PARROQUIA YANGANA 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 prospectivo, cuyo objetivo fue realizar el diagnóstico de salud bucodental y factores de riesgo en el Colegio Nacional Mixto “Manuel Benjamín Carrión”, de la parroquia Yangana del Cantón Loja año 2013, examinándose a 131 jóvenes, recolectando la información a través de la historia clínica odontológica y encuesta; los resultados obtenidos fueron: caries dental el 96.9%, inflamación gingival y sangrado el 57.3%, recesión gingival el 2.3%, la mal oclusión en dentición permanente de mayor prevalencia fue clase I con apiñamiento en un 44.3%, los factores de riesgo fueron cepillado incorrecto el 90,1%, visita al odontólogo una vez al año el 39.7%, consumo de alimentos cariogénicos más de dos veces al día con un 51.1%. 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.

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 prospective, whose aim was to make the diagnosis of oral health and risk factors in the National Joint College "Manuel Benjamín Carrión ", parish Loja Canton Yangana 2013, examining to 131 young people, gathering information through dental and medical history survey. The results were : 96.9 % dental caries , gingival inflammation and bleeding 57.3 % , 2.3% gingival recession , bad occlusion in permanent dentition was greater prevailed class I crowded into a 44.3 % risk factors were brushed 90.1 % incorrect , visit your dentist once a year 39.7% , consumption of cariogenic food more than twice a day with a 51.1 %. 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 bad occlusion.

3. INTRODUCCIÓN.

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

Los adolescentes particularmente atraviesan por una fase de transición sumada al apareamiento de cambios tanto físicos como psicológicos. Por lo que no se dan cuenta de que una correcta salud bucal está ligada directamente con el estado de salud general e incidiendo en la calidad de vida, ya que una sonrisa bonita en un futuro, es la carta de presentación. (Hechavarria. B, 2013).

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 del Cantón Loja.

Es por ello que se estableció el presente tema de investigación “DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN EL COLEGIO NACIONAL MIXTO “MANUEL BENJAMÍN CARRIÓN”, DE LA PARROQUIA YANGANA DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013”, en importancia de las enfermedades a nivel de la cavidad bucal y su relación con factores de riesgo que pueden coadyuvar o no la presencia de dichas patologías, y por medio del cual se puede establecer el grado de salud o enfermedad de la

población. Los objetivos que se plantearon en la investigación fueron la identificación de los factores de riesgo, presentes en los adolescentes del centro educativo secundario “Manuel Benjamín Carrión” de la parroquia Yangana; y determinar la prevalencia de las patologías bucodentales presentes en los adolescentes de dicho centro de educación.

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 del centro educativo, con la finalidad de ejecutar el trabajo de campo, se hizo uso de una encuesta e historia clínica, la cual fue validada por los docentes que conforman el departamento de odontología, a continuación se realizó el diagnóstico clínico bucal y se aplicó la encuesta sobre higiene oral y factores de riesgo a los estudiantes.

Los resultados encontrados en la parroquia rural Yangana del cantón Loja refieren que, los adolescentes presentaron un 96.9% de caries dental, un 57.3% de inflamación y sangrado gingival, en un 2.3% recesión gingival, dentro del tipo de relación molar un 44.3% son de clase I de Angle con apiñamiento, un 1.5% a la clase III y un 1.5% a la clase II y en un 21.4% ésta se encuentra alterada, Las patologías oclusales que inciden con mayor frecuencia son mordida abierta anterior mordida abierta anterior 5.3%, 1.5 % mordida profunda, 0.8% mordida cruzada anterior y 0.8% mordida bis a bis. Se demostró también la prevalencia de fluorosis dental leve con un 4.6%

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.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

CAPITULO I

1. DIAGNÓSTICO DE SALUD

1.1. Definición de Diagnóstico de salud

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

1.1.2 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. J.P 2012).

2. PARROQUIA YANGANA

2.1. Historia

Yangana fue fundada, según el historiador Cieza de León en el año de 1749, por el misionero Fernando de la Vega, que fue enviado desde Quito con una imagen, para ir incrementando la religión católica en la ciudadela de Valladolid, Loyola, Vergel y la Canela.

El 9 de octubre de 1940 el Cabildo Lojano le volvió su nombre primitivo a éste lugar y tomó el nombre de parroquia Yangana.

2.2. EDUCACIÓN



Fig. 1: Colegio Nacional Mixto Manuel Benjamín Carrión

El Colegio Nacional Mixto “Manuel Benjamín Carrión”, consta de 136 alumnos matriculados y 13 docentes; dentro de los servicios básicos presenta agua potable, alcantarillado, energía eléctrica y línea telefónica. El tipo de vialidad para acceder al establecimiento es de lastre.

CAPITULO II

2. SALUD ORAL

2.1 Concepto de salud oral

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

2.2 Historia Clínica

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

2.3 PATOLOGÍAS

2.3.1 Lesiones de los Tejidos Duros

2.3.1.1 Caries dental



Fig. 2: Foto oclusal de paciente con caries

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

2.3.1.2 Factores de riesgo de la caries dental

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

2.3.2 Alteraciones de forma

2.3.2.1 Taurodontismo

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

2.3.2.2 Diente Invaginado.

El diente invaginado o «dens in dente», es una anomalía que afecta principalmente a los incisivos laterales permanentes del maxilar superior, se caracteriza por la presencia de una fosita lingual invaginada, que en algunos

casos no es visible clínicamente, para lo que es necesario la toma de una radiografía para su correcto diagnóstico, la base de esta invaginación contiene una capa delgada de esmalte y dentina por lo que es vulnerable a la caries poco después de su erupción en boca (J. Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wysocki 2005)

2.3.2.3 Cúspides supernumerarias

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

2.3.2.4 Diente evaginado

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

2.3.2.5 Cúspide en garra

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

2.3.2.6 Geminación

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

2.3.2.7 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 hipo mineralización de este o de la dentina (Harris. N; García.G 2005; Cárdenas. D 2003; Revista ADM.1997).

2.3.2.7.1 Grados clínicos de la fluorosis dental

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

2.3.2.7.2 Factores de riesgo de fluorosis

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

excesivo de té; 4.) Consumo de agua hervida, que provoca que se concentre la cantidad de fluoruro de dicho líquido en 66 % (Azpeitia.L; Valadez. M 2009).

2.3 LESIONES DE LOS TEJIDOS BLANDOS

2.3.1 Enfermedades Gingivales

2.3.1.1 Enfermedad Gingival Inducida Únicamente por placa

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

2.3.1.2 Enfermedad gingival modificada por factores sistémicos (mediada por hormonas esteroideas)

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

2.3.1.3 Enfermedad gingival inducida por fármacos

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

2.4 MALOCCLUSION

2.4.1 Dentición Temporal

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

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

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

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

2.4.2 Dentición Permanente

Clase I

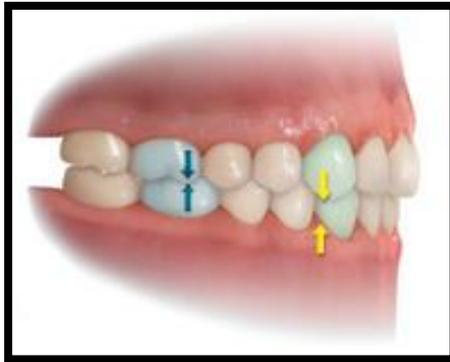


Fig. 3: Gráfico de Clase I de Angle

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

Clase II



Fig. 4: Gráfico de Clase II de Angle

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

Clase II División I

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

Clase II División II

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

Clase III

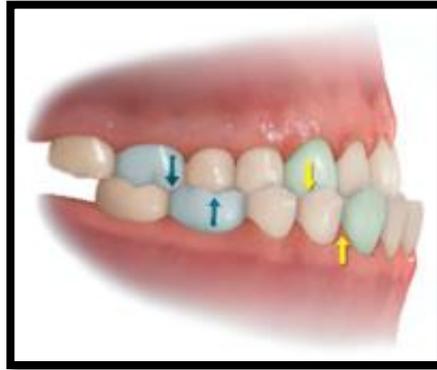


Fig. 5: Gráfico de Clase III de Angle

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

2.5.3 Tipo de denticiones

2.5.3.1 Dentición temporal

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

20 meses, de esta manera la aproximadamente a los dos años y medio ya debería estar completa la dentición primaria (ROSA MARIAMASSÓN-2004).

2.5.3.2 Dentición mixta

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

2.5.3.3 Dentición permanente

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

2.5.4 Pérdida Prematura de Dentición Decidua

2.5.4.1 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.

2.5.4.2 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).

2.5.5 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 rizólisis temprana de sus raíces y por lo tanto su pérdida antes de la fecha esperada; 3.) Macroglosia y Micrognatia

; 4.) Alteraciones congénitas, en los cuales el diente se presenta con poca o nada de raíz lo que favorece sus pérdidas; 5.) Iatrogenia en el procedimiento odontológico: por perforación del piso pulpar, perforación de la furca, fractura de la raíz durante la endodoncia por lo fino de sus raíces (Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría.2004-2005).

2.5.6 Tipos de Mordidas

2.5.6.1 Mordida abierta anterior



Fig. 7: Foto de paciente con mordida abierta anterior

Es cuando los dientes superiores e inferiores no ocluyen unos con otros, existe un espacio entre los dientes maxilares y mandibulares, en una persona con

mordida abierta anterior puede que no haya contacto de los dientes anteriores durante el movimiento mandibular (G. Vajdi, Geeti 2011).

2.5.6.2 Mordida Profunda



Fig. 8: Foto de paciente con Mordida profunda

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

2.5.6.3 Mordida cruzada anterior



Fig. 9: Foto de paciente con Mordida cruzada anterior

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

2.5.6.4 Mordida cruzada posterior



Fig. 10: Foto de paciente con mordida cruzada posterior

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

2.5.6.5 Bis a bis



Fig. 11: Foto de paciente con mordida bis a bis

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

2.6 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.

2.6.1 Succión digital

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

Efectos bucales:

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

2.6.2 Respiración bucal

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

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

2.6.3 Deglución atípica

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

Consecuencias de la deglución atípica:

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

2.6.4 Interposición lingual

La interposición lingual consiste en la ubicación de la lengua entre las piezas dentarias, ya sea en la zona anterior (a nivel de incisivos) o entre los sectores

laterales (a nivel de molares) observada en reposo y/o durante las funciones de deglución y fono articulación (Pamela Agurto V, Rodrigo Díaz, Olga Cádiz, Fernando Bobenrieth, 1999)

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

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

CAPITULO III

3. RIESGO

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

3.1 FACTORES DE RIESGO

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

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

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 y 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 y Baca, 2005).

3.2.1.3 Técnica de cepillado:

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

3.2.1.4 Frecuencia y duración del cepillado:

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

3.2.2 Factores De Riesgo Generales

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

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

5. MATERIALES Y MÉTODOS.

El presente estudio es de tipo Cuantitativo debido a que sirvió para determinar porcentualmente el estado de salud bucodental de los estudiantes del Colegio Nacional Mixto “Manuel Benjamín Carrión” de la parroquia Yangana 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 porque se registró la información según fueron ocurriendo los fenómenos.

El Área de estudio en la cual se realizó la investigación fue la parroquia Yangana del Cantón Loja, la misma que se encuentra localizada al suroriente de la ciudad de Loja, con una población de 2.800 habitantes. Se realizó el presente estudio en el COLEGIO NACIONAL MIXTO “MANUEL BENJAMIN CARRIÓN”. El Universo estuvo conformado por 136 estudiantes, de los cuales se excluyeron 5 alumnos porque no asistieron a clases en los días que se recolectaron los datos, dándonos una muestra de 131 estudiantes.

POBLACIÓN POR EDAD Y GÉNERO		
EDAD	HOMBRES	MUJERES
9 a 11 años	3	4
12 a 14 años	42	20
15 a 17 años	27	28
Más de 18 años	6	1
TOTAL	78	53
	131	

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; Shirley Viviana León Aucapiña Egresada de la Carrera de Odontología año 2013. Personal administrativo, estudiantes del centro educativo investigado de la Parroquia rural Yangana del Cantón Loja. Los recursos físicos fue el establecimiento educativo.

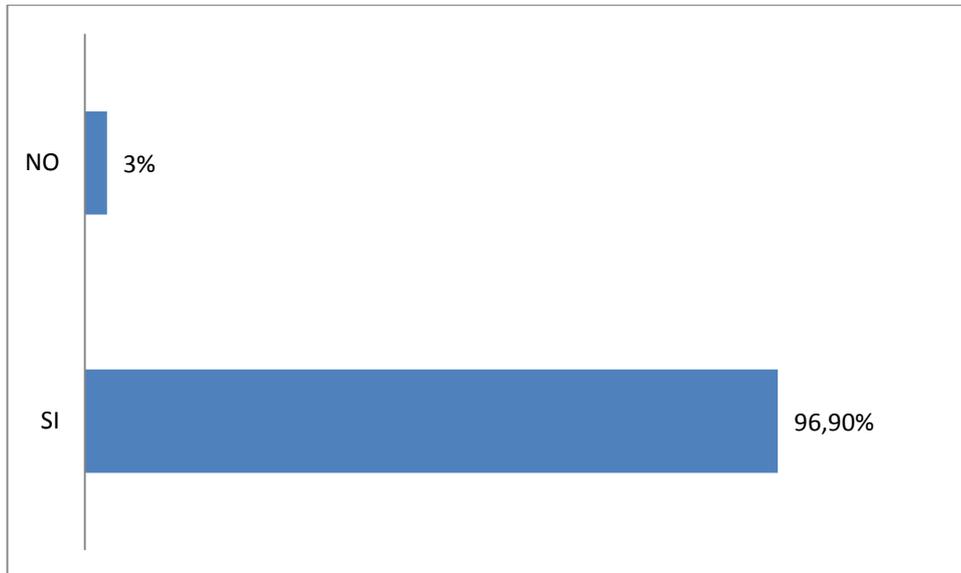
Dentro de los recursos materiales empleados en la presente investigación consistieron en: Set de diagnóstico (espejo, explorador, pinza algodонера), Materiales de bioseguridad, Historia clínicas, Encuestas, Material didáctico, Cámara fotográfica, Computadora, Materiales de escritorio, 131 cepillos dentales, 131 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; 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 la Unidad Educativa "Manuel Benjamín Carrión"
Elaboración: Shirley Viviana León Aucapiña. Investigadora

INTERPRETACIÓN: En la gráfica N° 1, de acuerdo a los datos obtenidos un 96.9% de la población estudiada se encontraba afectada por caries dental, recordando que ésta patología es multifactorial y se encuentra en relación con una mala técnica de cepillado, insuficiente cepillado dental, falta de implementos necesarios para la higiene oral como el hilo dental-enjuague bucal y un alto consumo de alimentos cariogénicos, etc.

TABLA N° 1 CPOD-EDAD.

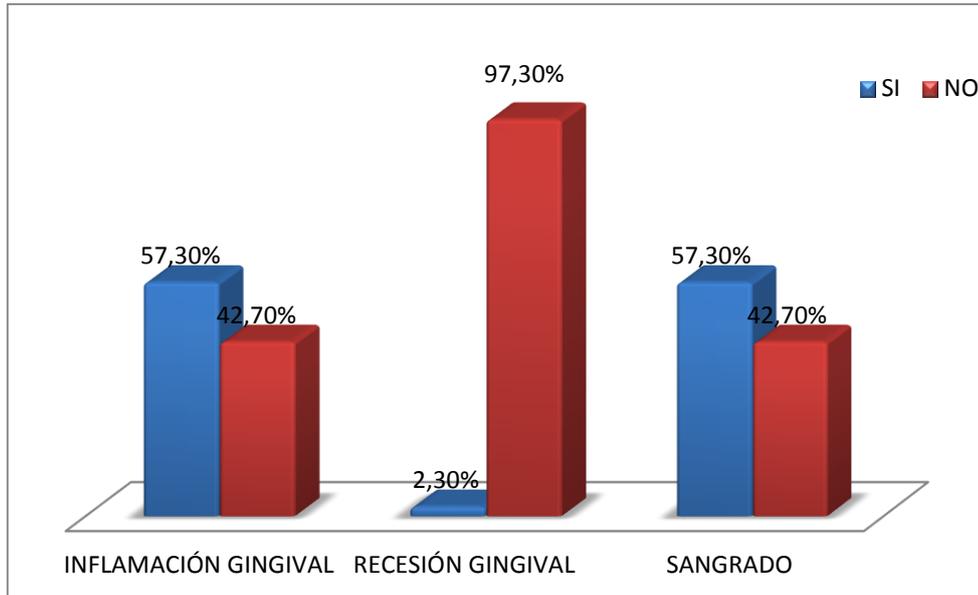
EDAD	FRECUENCIA	CARIADOS	PERDIDOS	OBTURADOS	CPOD	RANGO	NIVEL
9-11 años	7	25	1	0	26	3.7	MODERADO
12-14 años	63	381	11	39	431	6.8	MUY ALTO
15-17 años	54	351	21	74	446	8.3	MUY ALTO
Más de 18 años	7	55	4	15	74	10.6	MUY ALTO
TOTAL	131	812	37	128	977	7.4	MUY ALTO

Fuente: Historia Clínica de la Unidad Educativa “Manuel Benjamín Carrión”

Elaboración: Shirley Viviana León Aucapiña. Investigadora

INTERPRETACIÓN: En la presente tabla se puede observar que el Índice de CPOD en las edades de 9 a 11 fue moderado, mientras que en los rangos de edad comprendidos entre 12 a 14, 15 a 17 y más de 18 años presentaron un Índice de CPOD muy alto. El promedio general de CPOD de la población estudiada fue de 7.4 lo que muestra un nivel de severidad muy alto debido principalmente al descuido en la higiene oral, mala técnica de cepillado dental, escasa visita al odontólogo lo cual aumenta los niveles de caries, y por ende aumenta el índice de CPOD.

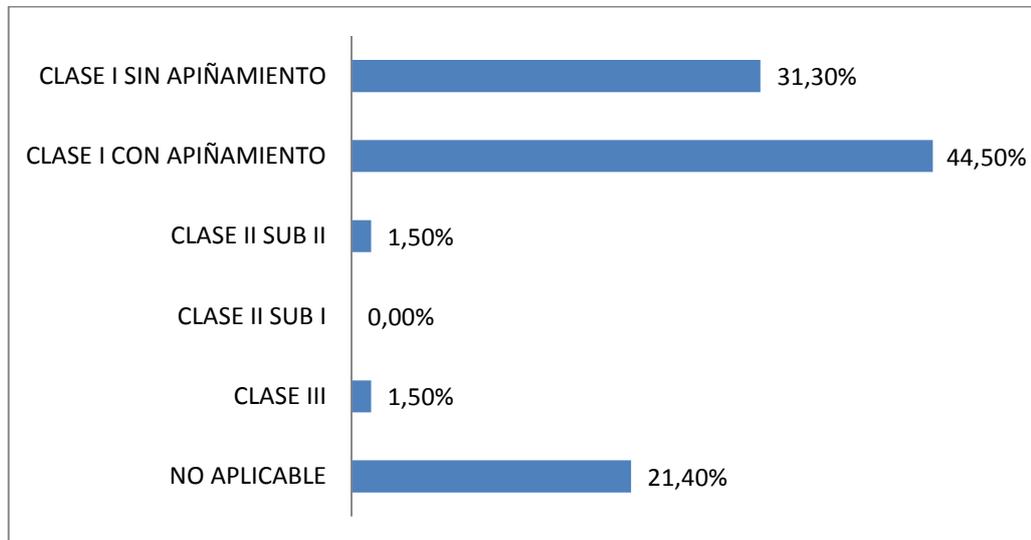
GRÁFICA N° 2 ALTERACIONES GINGIVALES



Fuente: Historia Clínica de la Unidad Educativa "Manuel Benjamín Carrión"
Elaboración: Shirley Viviana León Aucapiña. Investigadora

INTERPRETACIÓN: En la presente gráfica, se obtuvo como resultado que un 2.3% de la población estudiada tenía recesión gingival siendo un porcentaje mínimo sin embargo existía valores elevados de Inflamación Gingival 57.3% y sangrado gingival 57.3%, siendo la recesión, inflamación y sangrado gingival signos y síntomas de enfermedad periodontal.

GRÁFICA N° 3 TIPO DE OCLUSIÓN EN DENTICIÓN PERMANENTE (CLAVE DE ANGLE)

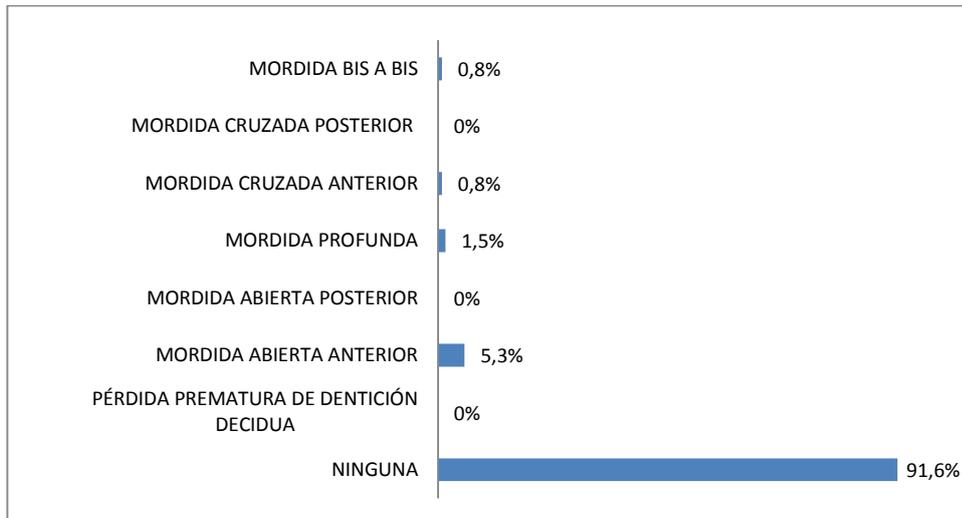


Fuente: Historia Clínica de la Unidad Educativa "Manuel Benjamín Carrión"

Elaboración: Shirley Viviana León Aucapiña. Investigadora

INTERPRETACIÓN: En la gráfica N° 3, se pudo observar que de la población estudiada el 31.3% presentó Clase I sin apiñamiento lo cual hace referencia a una norma oclusión mientras que el 44.3% tuvo Clase I con apiñamiento, el 1.5% Clase II Subdivisión II, 1.5% Clase III, y el 21.4% no fue posible definirlo dentro de una Clave de Angle debido a que esta población no presentaba uno o varios de los primeros molares permanentes.

GRÁFICA N° 4 ALTERACIONES DE OCLUSIÓN

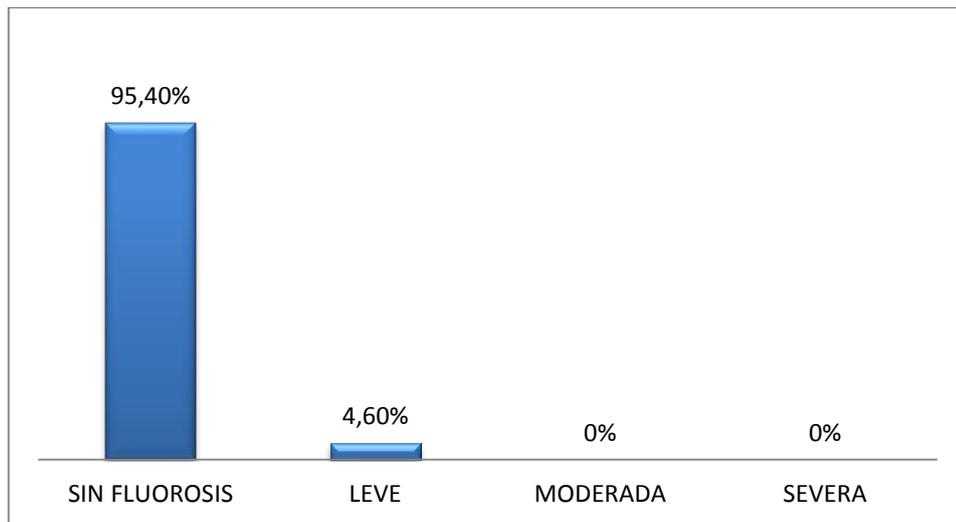


Fuente: Historia Clínica de la Unidad Educativa “Manuel Benjamín Carrión”

Elaboración: Shirley Viviana León Aucapiña. Investigadora

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a los datos obtenidos se identificó la presencia de alteraciones en la oclusión en porcentajes mínimo entre las que se destacan, mordida abierta anterior en un 5.3%, mordida profunda en un 1.5%, 0.8% mordida cruzada anterior, 0.8% mordida bis a bis, y el 91.6% de la población restante no presentó ninguna tipo alteración.

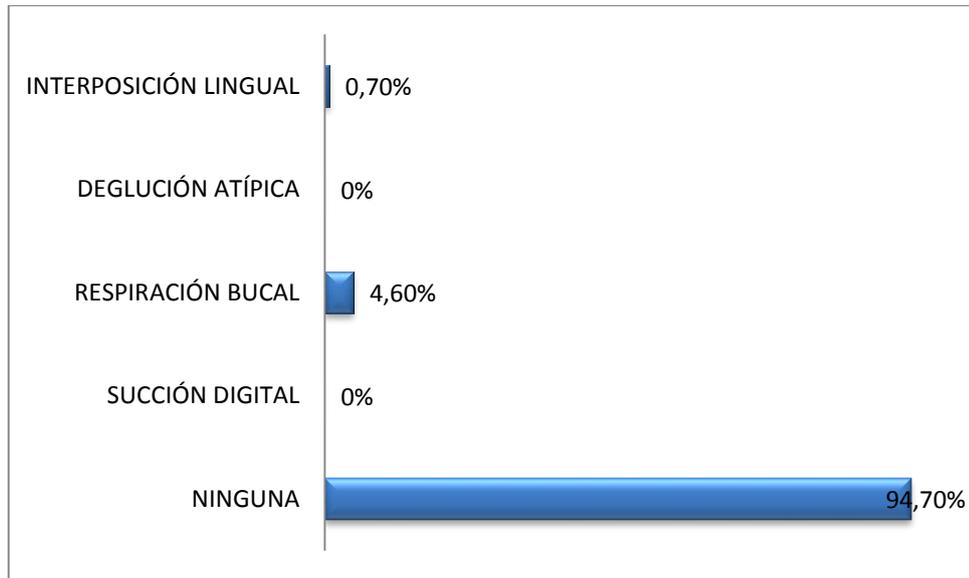
GRÁFICA N° 5 FLUOROSIS DENTAL



Fuente: Historia Clínica de la Unidad Educativa "Manuel Benjamín Carrión"
Elaboración: Shirley Viviana León Aucapiña. Investigadora

INTERPRETACIÓN: El 95.4% de la población estudiantil diagnosticada no presenta fluorosis dental. De los 6 estudiantes que presentan esta patología, se observa manchas de un color blanco mate en los bordes incisales y en las cúspides de los dientes posteriores, es decir el tipo de fluorosis identificado es el leve presentando una prevalencia de un 4.6%, siendo esto un problema estético, para los estudiantes que presentan esta patología.

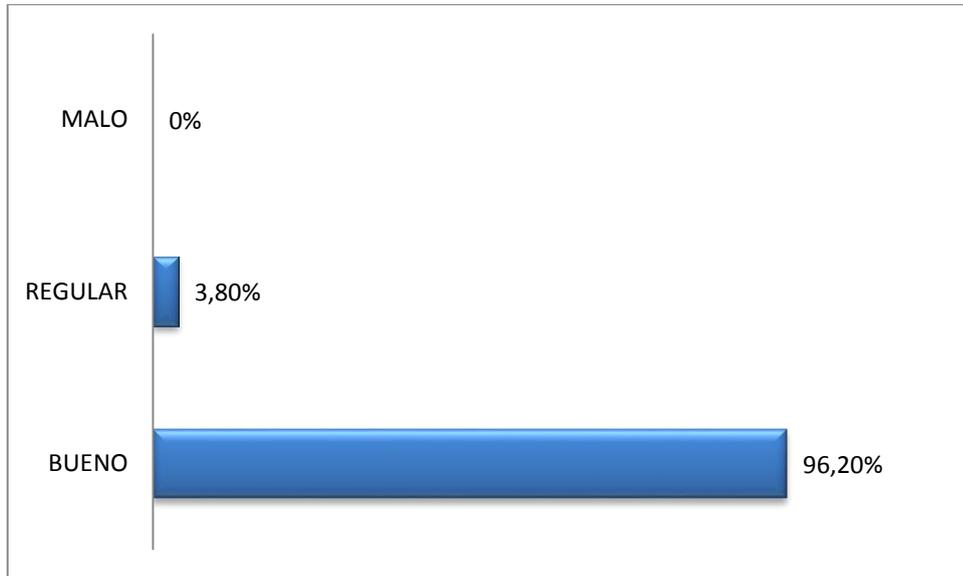
GRÁFICO N° 6 HÁBITOS DEFORMANTES



Fuente: Historia Clínica de la Unidad Educativa "Manuel Benjamín Carrión"
Elaboración: Shirley Viviana León Aucapiña. Investigadora

INTERPRETACIÓN: De total de población investigada se encontró que un mínimo porcentaje presentó hábitos deformantes como es la respiración bucal en un 4.6% y de interposición lingual en un 0.7%, lo que concuerda con los casos de mordida abierta anterior encontrados.

GRAFICA N° 7 ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS)

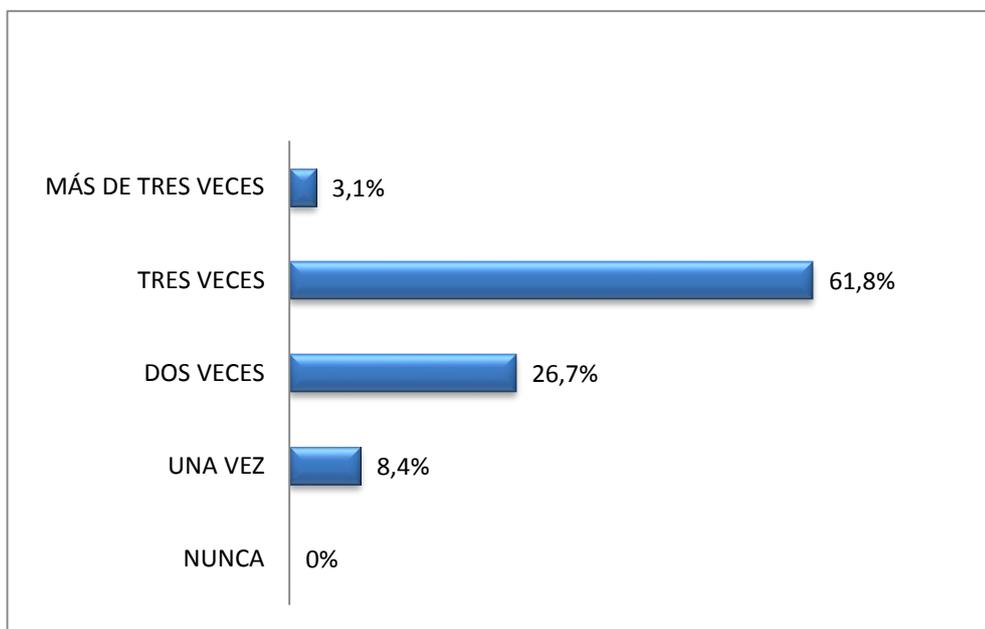


Fuente: Historia Clínica de la Unidad Educativa "Manuel Benjamín Carrión"
Elaboración: Shirley Viviana León Aucapiña. Investigadora

INTERPRETACIÓN: Del 100% del grupo estudiado, se encuentran un Índice de Higiene Oral Simplificado "bueno", en un 96.2%; mientras que un 3.8% es "regular". Tomando en consideración que en éste grupo de estudio, la mayoría de estudiantes mostró presencia de placa bacteriana, debido a una mala higiene oral e incorrecta técnica de cepillado.

REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA ENCUESTA

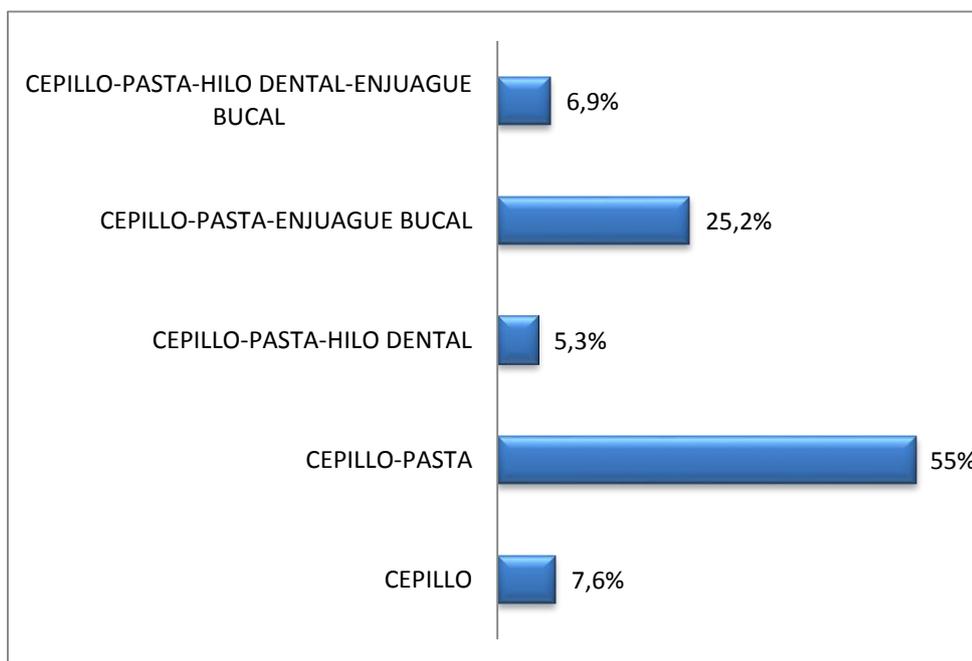
GRÁFICA N° 8 FRECUENCIA DE CEPILLADO EN EL DÍA



Fuente: Encuesta aplicada a los Estudiante de la Unidad Educativa "Manuel Benjamín Carrión"
Elaboración: Shirley Viviana León Aucapiña. Investigadora

INTERPRETACIÓN: De los datos obtenidos en la encuesta se observa que el 61.8% se cepillan los dientes tres veces al día, lo cual no está en relación con el alto índice de caries dental encontrado en esta población de estudio; en ésta gráfica se evidencia que el 26.7% de la población estudiada se cepilla 2 veces al día sus dientes, el 8,4% lo hace tan sólo 1 vez en el día y el 3.1% lo hace más de 3 veces.

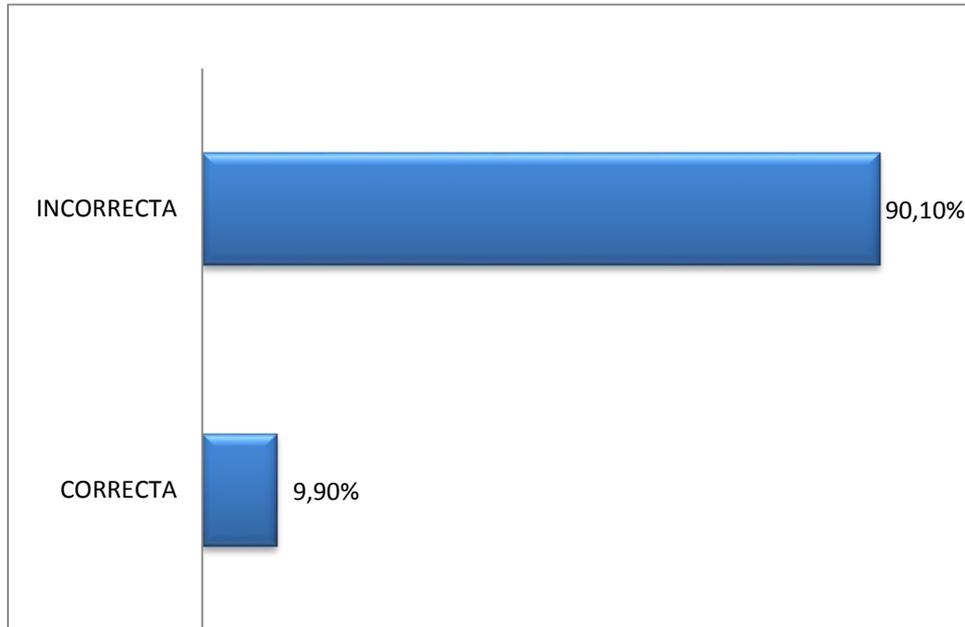
GRÁFICA N° 9 ELEMENTOS UTILIZADOS EN LA HIGIENE BUCAL



Fuente: Encuesta aplicada a los Estudiante de la Unidad Educativa "Manuel Benjamín Carrión"
Elaboración: Shirley Viviana León Aucapiña. Investigadora

INTERPRETACIÓN: Mediante la gráfica podemos indicar que la mayoría de la población estudiada utiliza los elementos básicos para el aseo bucal como son pasta y cepillo dental, representados con el 55%; y en mínimos porcentajes los usan en combinación con hilo dental en un 5.3%, con hilo dental y enjuague bucal el 6.9%, con enjuague bucal el 25.2%; y un 7.6% utiliza solo el cepillo dental, evidenciando que no toda la población estudiada presenta para su aseo bucal los elementos necesario.

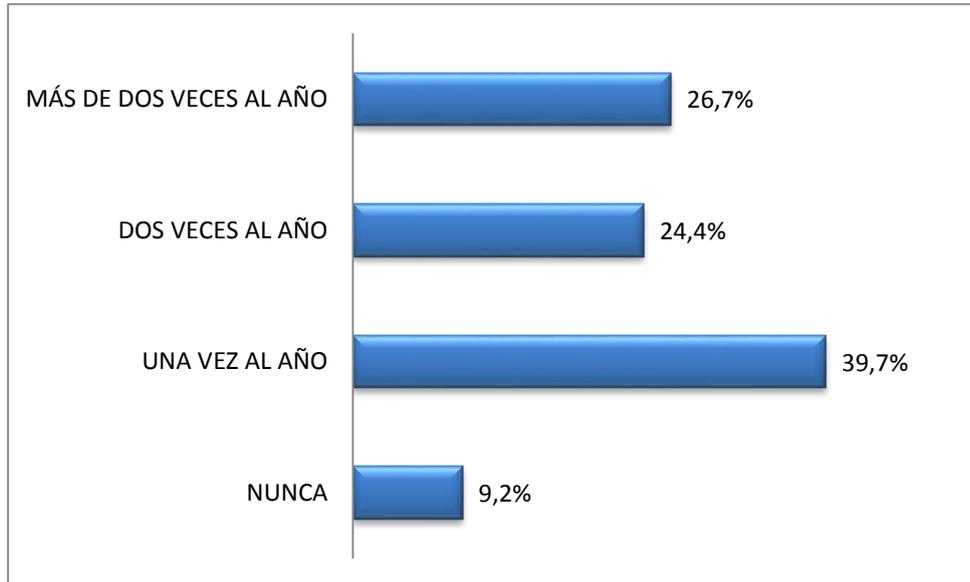
GRÁFICA N° 10 TÉCNICA DE CEPILLADO



Fuente: Encuesta aplicada a los Estudiante de la Unidad Educativa "Manuel Benjamín Carrión"
Elaboración: Shirley Viviana León Aucapiña. Investigadora

INTERPRETACIÓN: Se observó que al entregar el pantoma y el cepillo a los encuestados, y solicitar una demostración de la técnica de cepillado dental que utilizan, la mayoría de estudiantes presentó una técnica de cepillado incorrecta con el 90.1%, la misma que no permite eliminar la placa dentobacteriana, evidenciando la falta de educación en salud oral y tan solo en el 9.9% indicó que cepillan sus dientes con una técnica adecuada.

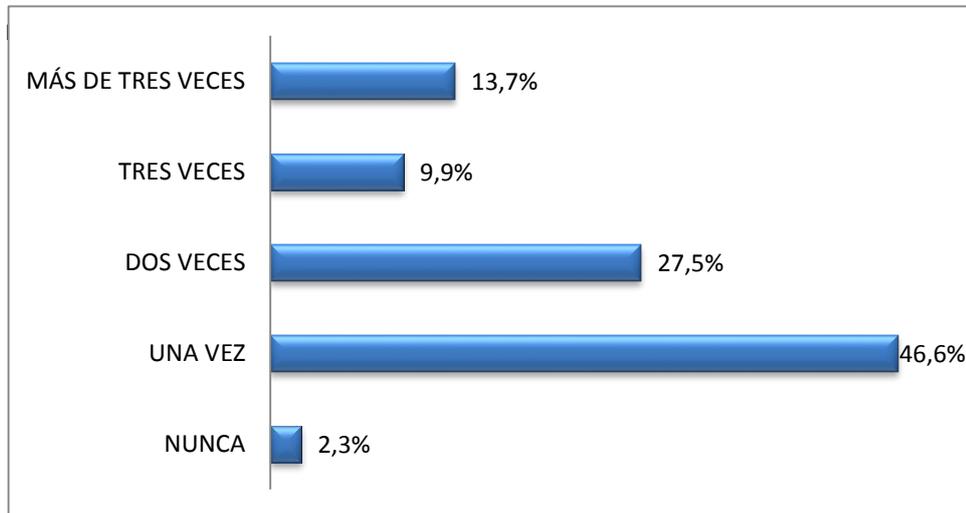
GRÁFICA N° 12 FRECUENCIA DE VISITA AL ODONTÓLOGO EN EL AÑO



Fuente: Encuesta aplicada a los Estudiante de la Unidad Educativa "Manuel Benjamín Carrión"
Elaboración: Shirley Viviana León Aucapiña. Investigadora

INTERPRETACIÓN: Del total de la población estudiada la mayoría que es el 39.7% manifestó que visita al odontólogo "una vez al año", siendo esta la mínima recomendada, el 26.7% acude más de "dos veces al año" y el 24.4% "dos veces al año", cabe mencionar que a pesar de lo manifestado se observó 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 9.2% no acude "nunca" debido a una falta de interés por mantener su salud oral.

GRÁFICA N° 13 FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS CARIOGÉNICOS



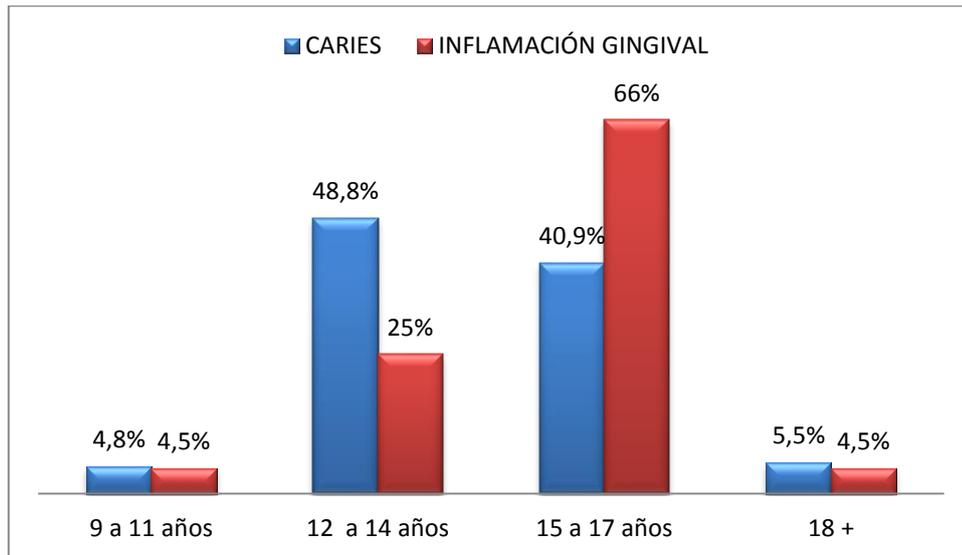
Fuente: Encuesta aplicada a los Estudiante de la Unidad Educativa "Manuel Benjamín Carrión"
Elaboración: Shirley Viviana León Aucapiña. Investigadora

INTERPRETACIÓN: Del total de estudiantes encuestados, el 13,7% manifestaron que consume alimentos cariogénicos en una frecuencia mayor de tres veces por día, lo que corresponde al valor perjudicial responsable del inicio de la desmineralización del esmalte dental, pérdida de la sustancia e inicio del proceso carioso. Mientras que el 46.6% afirmó que consumía con una frecuencia de una vez por día, e incluso el 2,3% refirieron que nunca lo hacían, datos que no concuerdan por los elevados índices de caries dental encontrados.

CRUCE DE VARIABLES

Representación gráfica de cruce de variables

GRÁFICA N° 14 RELACIÓN EDAD-CARIES-INFLAMACIÓN

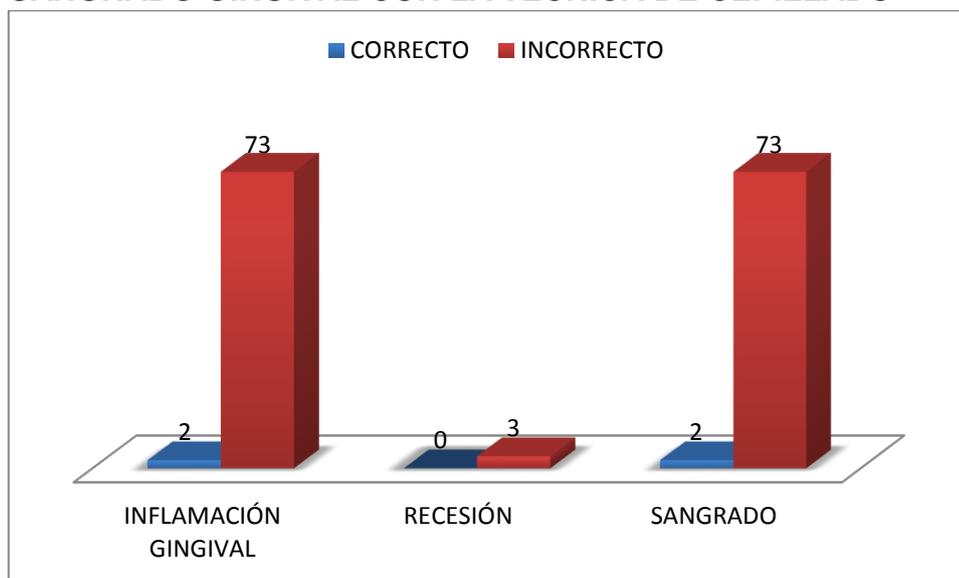


Fuente: Historia Clínica y Encuesta aplicada a los Estudiante de la Unidad Educativa "Manuel Benjamín Carrión"

Elaboración: Shirley Viviana León Aucapiña. Investigadora

INTERPRETACIÓN: En esta gráfica, observamos que las edades más afectada por la caries dental se encuentra comprendidas entre 12 a 14 años con un 48,8 %, mientras tanto la inflamación gingival tiene mayor prevalencia en las edades entre 15 a 17 años en un 66%, lo que indica que existe una mayor afección de la cavidad bucal entre estas edades.

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

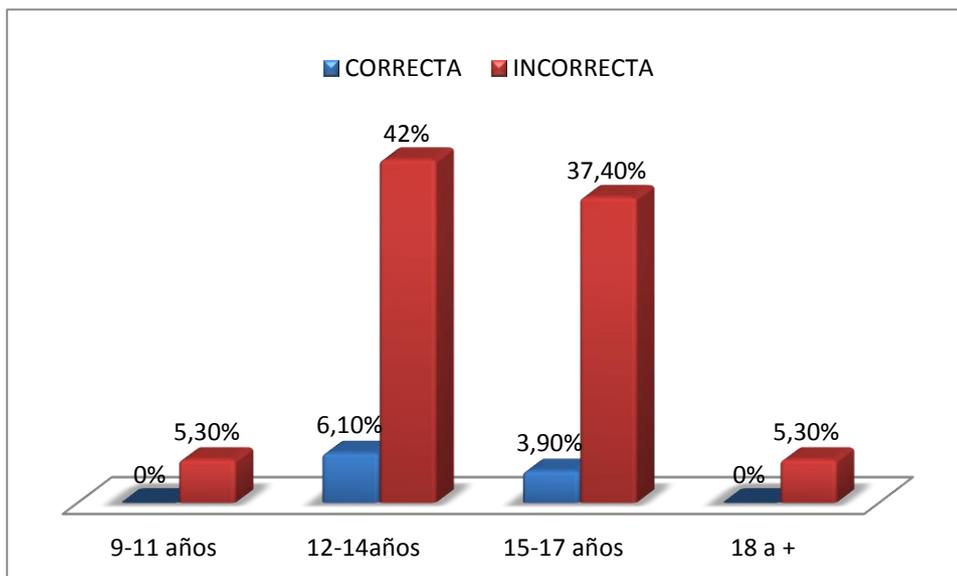


Fuente: Historia Clínica y Encuesta aplicada a los Estudiante de la Unidad Educativa "Manuel Benjamín Carrión"

Elaboración: Shirley Viviana León Aucapiña. Investigadora

INTERPRETACIÓN: Del total de casos encontrados, 2 alumnos que se cepillan de manera correcta presentaron inflamación y sangrado gingival, esto se debe al uso del cepillo dental con cerdas duras o a la ejecución de la técnica de manera traumática afectando así al periodonto. Mientras que 73 alumnos los cuales se cepillan sus dientes de manera incorrecta presentaron inflamación y sangrado gingival, los 3 pacientes encontrados con recesión gingival presentaron un incorrecto cepillado dental, los datos se encuentran relacionados, ya que al existir una forma incorrecta de cepillado dental se acumulan restos alimenticios o se lastima las encías lo que afecta la salud del periodonto.

GRÁFICA N° 16 RELACIÓN EDAD-TÉCNICA DE CEPILLADO



Fuente: Encuesta aplicada a los Estudiante de la Unidad Educativa "Manuel Benjamín Carrión"
Elaboración: Shirley Viviana León Aucapiña. Investigadora

INTERPRETACIÓN: Como se puede observar en la presente gráfica, los alumnos que se encuentran en las edades entre 12-14 años con un 42%, son los que en mayor porcentaje cepillan sus dientes de manera incorrecta, es decir no consiguen una buena higiene de su cavidad oral.

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 adolescencia.

El cuanto al estado de salud buco-dental en los jóvenes del Centro Educativo “Manuel Benjamín Carrión” pertenecientes a la Parroquia Yangana 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 encontré que un 96.9% de toda la población estudiada presentó caries dental y un 3.1% 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 FARITH Y 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 57.3% con presencia de inflamación gingival, un 2.3% presenta recesión y en un 57.3% presentan sangrado, teniendo como factor desencadenante la falta de higiene bucal, datos que resultan menores 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”. (JOSE FRANCISCO MURRIETA ,2008)

Basándonos en los índices de CPOD cuyos resultados revelaron un índice promedio de 7.4 siendo este muy alto, 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 B,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 maloclusiones el presente estudio revelo que del total de la población analizada un 75.6 % son de clase I de Angle, un 1.5% a la clase III y un 1.5% a la clase II y en un 21.4% ésta se encuentra alterada, 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 CAROLINA,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 4.6%, siendo menor al de otros” estudios realizados en Argentina en donde el 46% de la población estudiada presentaron piezas con distintos grados de fluorosis, presentándose la fluorosis leve en un 14.60%”. (CARDOZO, MARÍA LORENA, 2001)

8. CONCLUSIONES

Del presente trabajo de investigación se concluye:

- Las principales enfermedades encontradas mediante la realización del diagnóstico bucal en los jóvenes del Colegio Nacional Mixto “Manuel Benjamín Carrión de la Parroquia Yangana son la caries dental con un 96.9% y la inflamación gingival en un 57.3%.
- La mayoría de la población estudiada utiliza los elementos básicos para el aseo bucal como son pasta y cepillo dental en un 55% debido a la falta de conocimiento y poco acceso a ellos.
- 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 los consumen de más de 2 veces al día en un porcentaje del 51.1%, afectando directamente al diente provocando cambios estructurales en los mismos.
- La técnica de cepillado utilizada por los niños y la frecuencia con lo que la realizan influye directamente en la aparición de enfermedades bucodentales como inflamación gingival debido a que la forma en que lo realizan 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

- ✓ A los jóvenes del centro educativo se les recomienda 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.
- ✓ A los docentes de cada uno de los establecimientos y autoridades incentiven a los jóvenes, para una adecuada higiene bucodental mediante la realización de charlas con la participación de profesionales de la salud bucodental los mismos que ayudaran a enriquecer el conocimiento y poner en práctica.
- ✓ 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 estudiantes de la carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja que mediante los conocimientos científicos y prácticos que poseen colaboren con el desarrollo normal de la salud bucodental de los jóvenes mediante aplicaciones de flúor, profilaxis, charlas de salud dental y así mismo ejecutar procesos de rehabilitación en los mismos.
- ✓ A las autoridades del Cantón Loja que mediante gestiones con el MSP colaboren con la creación de campañas de salud bucodental y la eliminación de alimentos cariogénicas en las instituciones educativas de la Parroquia Yangana con el fin de evitar el inicio de patologías como la caries dental.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS-WORLD Health Report. *24 de febrero de 2004 obtenido en:* <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/>
2. CÓRDOVA, Daniel y cols. Caries dental y estado nutricional en niños de 3 a 5 años de edad. Chiclayo. Perú. 2010. Obtenido en: <http://es.scribd.com/doc/75990028/Normas-y-Procedimientos-de-Atencion-Integral-de-Salud-a-Adolescentes-2009>.
3. HECHAVARRIA Bárbara y colaboradores. Salud bucal en la adolescencia. Cuba 2013.
4. 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.
5. Subsecretaría social, d. e. (2010). *Marco teórico, Componentes y productos*. Recuperado el 10 de 2013, de <http://es.scribd.com/doc/37122012/Marco-Teorico-Del-Modelo>.
6. BARRAGÁN V. Juan; Diagnóstico de Servicio de Salud. (24 diapositivas preparadas por Juan Pablo Villa). 2012 Abril 15. Obtenible en: http://www.pediatria.gob.mx/diplo_diagsit.pdf .
7. COBOS, Juan, GARCÍA, Juan J. Manuel Técnico Superior en Higiene Bucodental. Editorial. Mad. S. L. (2005) p. 128 – 129.

8. GUZMÁN F. y ARIAS A. La historia Clínica: elemento fundamental del acto médico. Artículo especial. Colombia 2012. Disponible en: <http://www.ascolcirugia.org/revista/revistaeneromarzo2012/6%20Historia%20clinica.pdf>
9. MONTESINOS Daniela. Resumen capítulo 1 libro “Dental Caries”/Portafolio No.3 CICB2011.05/12/2011. Disponible en: <https://sites.google.com/site/portafolio3cicb2011/3-resumen-capitulo-1-libro-dental-caries>.
10. HIDALGO E. La caries dental. Algunos de los factores relacionados con su formación en niños. Revista Cubana de Estomatología. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003475072008000100004&script=sci_arttext
11. J. Philip SAPP, Lewis R. Eversole, George P. Wysocki. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea, Segunda Edición 2005. pag. 3-21.
12. HARRIS. N; GARCÍA. F. Odontología preventiva primaria. Segunda edición Editorial Manual moderno México. Edición (2005). Pág. 141-146.
13. AZPEITIA.L; VALADEZ. M. Factores de riesgo para fluorosis dental en escolares de 6 a 15 años de edad. (2009) Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2009/im093f.pdf>
14. BOJ. J, CATALÁ.M. Odontopediatría. Editorial Masson S.A. primera edición 2004 capítulo 32. Páginas 367-369.
15. LINDHE, J.Periodontología clínica e implantología. Quinta edición, Tomo I editorial médica panamericana. edición (2009) pág410.

16. VELLINI, FLAVIO. Ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica. (2009). (en línea).Sao Paulo.Artes Medicas. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art23.asp>
17. MASSÓN, Rosa María. Desarrollo de los dientes y la Oclusión. (en línea).Disponible en: <http://articulos.sld.cu/ortodoncia/files/2009/12/desd-y-o-maestri.pdf>
18. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria. (2004-2005). Caracas Venezuela Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art17.asp>
19. VAJDI, G. Manual Ilustrado de Cirugía Oral y Maxilofacial. Panamá. (2011) : Jaypee-Highlights Medical Publisher.
20. GONZÁLEZ, G. MARRERO L .Mordida Cruzada Anterior. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria, (2012). disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art19.asp>.
21. Aparecido, O. (2011). Mordida cruzada posterior. Corrección y consideraciones. Caso clínico con 7 años de seguimiento. Acta Odontológica Venezolana, 49 (13). Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2011/1/art12.asp>
22. BOJ Juan, CATALÁ Montserrat, y Col. Odontopediatria. Año 2004.Editorial Masson.Primer Edición. Barcelona-España.
23. LUGO, C., TOYO, I. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las Maloclusiones. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria, (2011). disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art5.asp>

24. AGURTO, P., DÍAZ, R., CÁDIZ, O., BOBENRIETH, F). 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. . (1999).
25. Revista Chilena de Pediatría, disponible: http://www.scielo.cl/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0370-41061999000600004&LNG=EN&NRM=ISO&TLNG=EN
26. HIGASHIDA, Bertha, Odontología preventiva. Editorial. Mac Graw-Hill Interamericana. Edición (2000). p. 211- 212.
27. CUENCA, Emili, BACA Pilar; Odontología Preventiva y Comunitaria. 3 Edición (2005). . Editorial. Masson.
28. BARRANCOS, Julio M. *Operatoria Dental*. Buenos Aires. 4 Edición. (2006) Editorial Panamericana. P 377 - 378.
29. GONZÁLEZ, Farith y cols. Indicadores de Riesgo para la Caries Dental en Niños Preescolares de La Boquilla, Cartagena.
30. Gaceta Sanitaria, agosto 2005, Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911105747853?via=sd&cc=y>.
31. MURRIETA, José Francisco Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. vol.65 no.5 México sep./oct. 2008http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000500006.

32. GURROLA B, I. CAUDILLO T, RIVERA M.J, DÍAZ D.A. Diagnóstico en escolares de 6 a 12 años promedios CPOD, IHOS en la Delegación Álvaro Obregón.
33. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "Ortodoncia.ws edición electrónica Marzo 2009. Disponible en: www.ortodoncia.ws.
34. RODON, Sandra. PEREZ Gustavo, Características oclusales y craneosagiales en niños Venezolanos. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria Depósito Legal N°: pp200102CS997 - ISSN: 1317-5823 - RIF: J-31033493-5 - Caracas .Venezuela, Disponible en <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2005/pdf/art4.pdf>
35. MEDINA Carolina, Prevalencia De Mal oclusiones Dentales En Un Grupo De Pacientes Pediátrico, Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2010/1/art9.asp>
36. CARDOZO, María Lorena - Lucas, Gabriela Q. <http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/cyt/2001/3-Medicas/M-076.pdf>

11. ANEXOS



Figura 12a. Parque de la Parroquia Yangana.
Fuente: Parroquia Yangana



Figura 12b. Instalaciones del Colegio Manuel Benjamín Carrión. Yangana.
Fuente: Colegio Manuel Benjamín Carrión.



Figura 13. Charlas impartidas de salud bucodental a los estudiantes y profesores.
Fuente: Colegio Manuel Benjamín Carrión



Figura 14. Preguntando a un estudiante sobre la técnica de cepillado que utiliza.

Fuente: Colegio Manuel Benjamín Carrión



Figura 15. Comenzando a realizar el examen bucal.

Fuente: Colegio Manuel Benjamín Carrión



Figura 16. Haciendo la entrega de elementos de higiene oral.

Fuente: Colegio Manuel Benjamín Carrión.



Figura 17a. Presencia de Caries

Fuente: Alumno del Colegio Manuel Benjamín Carrión.



Figura 17b. Presencia de Caries

Fuente: Alumno del Colegio Manuel Benjamín Carrión.



Figura 18a. Presencia de Inflamación y sangrado gingival.

Fuente: Alumno del Colegio Manuel Benjamín Carrión.



Figura 18b. Presencia de Inflamación y sangrado gingival.

Fuente: Alumno del Colegio Manuel Benjamín Carrión.



Figura 19a. Presencia de recesión gingival.

Fuente: Alumno del Colegio Manuel Benjamín Carrión.



Figura 19b. Presencia de recesión gingival.

Fuente: Alumno del Colegio Manuel Benjamín Carrión.



Figura 20a. Presencia de fluorosis leve.

Fuente: Alumno del Colegio Manuel Benjamín Carrión.



Figura 20a. Presencia de fluorosis leve.

Fuente: Alumno del Colegio Manuel Benjamín Carrión.



Figura 21. Presencia de mordida abierta anterior.

Fuente: Alumno del Colegio Manuel Benjamín Carrión.



Figura 22. Presencia de mordida bis a bis.

Fuente: Alumno del Colegio Manuel Benjamín Carrión.



Figura 23. Presencia de mordida cruzada anterior.

Fuente: Alumno del Colegio Manuel Benjamín Carrión.

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 a 2.6 bajo 2.7 a 4.4 moderado 4.5 a 6.5 alto 6.6 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 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 temporo-mandibular)	✓ Relación molar de Angle ✓ Relación molar decidua	<ul style="list-style-type: none"> • Clase I • Clase II • Clase III <ul style="list-style-type: none"> • Escalón mesial • Escalón distal • Plano recto

Fluorosis	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.	✓ Método de Dean	<ul style="list-style-type: none"> • Leve • Moderada • Severa
Hábitos deformantes	Hábito es la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto, que en un principio se hace en forma consciente y luego de modo inconsciente, como son la respiración nasal, masticación, fonoarticulación 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 fonoarticulación.	Deformación causada por el mal hábito.	<ul style="list-style-type: none"> • Succión digital • Respiración bucal • Deglución atípica • Interposición lingual
Cepillado	Es el método mecánico de higiene que permite remover la placa bacteriana de los dientes para prevenir problemas	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia del cepillado 	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Una vez al día • Dos veces al día • Tres veces al

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

Figura 24. Operacionalización de variables.

Loja, 7 de Octubre del 2013

Ing. Kleber Ortega

RECTOR ENCARGADO DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO "MANUEL BENJAMÍN CARRIÓN"

De mis consideraciones:

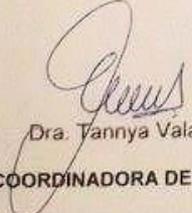
Permitame hacerle llegar un cordial y afectuoso saludo y a la vez desearle éxitos en sus funciones, que tan acertadamente desempeña.

Yo Tannya Valarezo, Coordinadora de la Carrera de Odontología, me dirijo a usted para solicitar, la autorización correspondiente a Shirley Viviana León Aucapiña con C.I. 1104870116 (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."

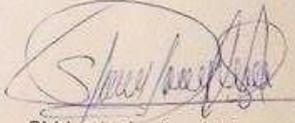
Además por la colaboración prestada se les entregara a cada uno de los estudiantes implementos de higiene oral.

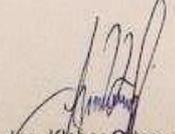
Por la favorable acogida, le anticipo mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente


Dra. Tannya Valarezo
COORDINADORA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGIA




Shirley León Aucapiña
EGRESADA


Ing. Kleber Ortega
RECTOR ENCARGADO DEL COLEGIO "MANUEL BENJAMÍN CARRIÓN"

COLEGIO DE BACHILLERATO
"Manuel Benjamín Carrión"
RECTORADO
Yagana - Loja - Ecuador

Figura 25: Solicitud dirigida al Rector del Colegio Nacional Mixto Manuel Benjamín Carrión

Loja, 04 de noviembre de 2013

Ing.
Kleber Antonio Ortega Abarca
**DIRECTOR ENCARGADO DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO MANUEL
BENJAMÍN CARRIÓN**

CERTIFICO:

Que la Srta. Shirley Viviana León Aucapiña, con cédula de identidad N° 1104870116, Egresada de la Carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja, ha realizado las siguientes actividades en este plantel educativo: Aplicación de encuestas, realización de diagnósticos bucodentales, charlas sobre educación en salud oral y se entregó implementos de higiene oral (como cepillo y pasta dental) a los jóvenes, desde el 14 hasta el 22 de Octubre del 2013.

Es cuanto certifico, en honor a la verdad y para los fines que correspondan.

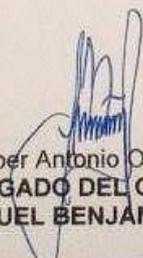

Kleber Antonio Ortega Abarca
**DIRECTOR ENCARGADO DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO
MANUEL BENJAMÍN CARRIÓN**
COLEGIO DE BACHILLERATO
"Manuel Benjamín Carrión"
RECTORADO
Yanqana - Loja - Ecuador

Figura 26: Certificado emitido por parte del Rector del Colegio Nacional Mixto Manuel Benjamín Carrión.



"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?
Sí () No ()

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

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

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

Validación de Especialista Tannya Valarezo
COORDINADOR DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA



Figura 27: Encuesta aplicada a los estudiantes del Colegio Nacional Mixto Manuel Benjamín Carrión

Fuente: Macroproyecto titulado: Diagnóstico de salud bucodental y factores de riesgo en los centros educativos primarios y secundarios de las parroquias rurales del Cantón Loja Año 2013

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

DATOS GENERALES:

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

PATOLOGÍAS

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

OTRAS PATOLOGÍAS DENTALES

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

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

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

3. **MALOCLUSIÓN**

Dentición temporal

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

Dentición permanente

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

4. **FLUOROSIS DENTAL**

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

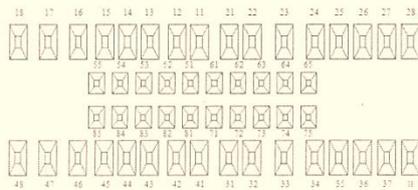
ALTERADA ()

ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO IHO-S

5. **HÁBITOS**

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

ODONTOGRAMA



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

Validación de la Historia Clínica por el Especialista Tannya Valarezo
COORDINADOR DE CÁRTER DE ODONTOLOGÍA

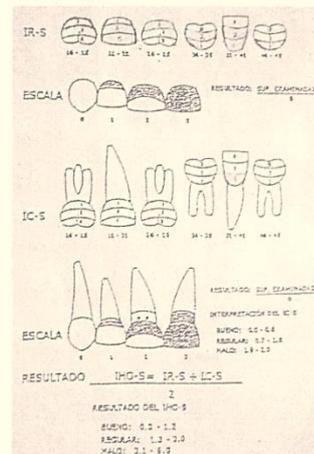


Figura 28: Historia Clínica aplicada a los estudiantes del Colegio Nacional Mixto Manuel Benjamín Carrión

Fuente: Macroproyecto titulado: Diagnóstico de salud bucodental y factores de riesgo en los centros educativos primarios y secundarios de las parroquias rurales del Cantón Loja Año 2013

12. ÍNDICE

i. CARÁTULA.....	I
ii. CERTIFICACIÓN.....	II
iii. AUTORÍA.....	III
iv. CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS.....	IV
v. DEDICATORIA.....	V
vi. AGRADECIMIENTO.....	VI
1. TITULO.....	7
2. RESUMEN: SUMMARY.....	8
3. INTRODUCCIÓN.....	10
4. REVISIÓN DE LITERATURA.....	12
CAPITULO I DIAGNÓSTICO DE SALUD DEL CANTÓN LOJA.....	12
CAPITULO II SALUD ORAL.....	14
CAPITULO III FACTORES DE RIESGO.....	29
5. MATERIALES Y MÉTODOS.....	32
6. RESULTADOS.....	34
7. DISCUSIÓN.....	50
8. CONCLUSIONES.....	52
9. RECOMENDACIONES.....	53
10. BIBLIOGRAFÍA.....	54
11. ANEXOS.....	59
12. ÍNDICE.....	71