



CARRERA DE ODONTOLOGÍA.

Tesis de grado.

Previo a la obtención del título de Odontóloga.

Tema.

Lesiones bucales y estado nutricional en niños y niñas de 5 a 12 años
que asisten al Centro Comunitario XICS Fe y Alegría Portoviejo
en el periodo marzo- junio del año 2015.

Autora.

Jenny Nathaly Pico Coronel.

Directora de tesis.

Mónica Alexandra Cabrera Sánchez. Mg. Sc.

Cantón Portoviejo – Provincia Manabí - República del Ecuador.

2015.

CERTIFICACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS.

Dra. Mónica Alexandra Cabrera Sánchez, certifica que la tesis de investigación titulada: Lesiones bucales y estado nutricional en niños y niñas de 5 a 12 años que asisten al Centro Comunitario XICS Fe y Alegría Portoviejo en el periodo marzo-junio del año 2015. Es trabajo original de la estudiante Nathaly Pico Coronel, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

Dra. Mónica Alexandra Cabrera Sánchez. Mg. Sc.

Directora de tesis.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

Tema:

Lesiones bucales y estado nutricional en niños y niñas de 5 a 12 años que asisten al Centro Comunitario XICS Fe y Alegría Portoviejo en el periodo marzo-junio del año 2015. Tesis de grado sometida a consideración del tribunal examinador, como requisito previo a la obtención del título de Odontóloga.

Tribunal:

Dra. Lucía Elena Galarza Santana Mg. Gs. Dra. Mónica Alexandra Cabrera Sánchez. Mg.Sc.

Directora de la carrera.

Directora de tesis.

Dra. Katuska Yelena Briones Solórzano Mg.Ge. Dr. Wilson Javier Espinosa Estrella Mg. Ge.

Miembro del tribunal.

Miembro del tribunal.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA.

La tesis de grado titulada : Lesiones bucales y estado nutricional en niños y niñas de 5 a 12 años que asisten al Centro Comunitario XICS Fe y Alegría Portoviejo en el periodo marzo- junio del año 2015, pertenece a la egresada Nathaly Pico Coronel. Sus ideas, conceptos, análisis resultados, conclusiones, recomendaciones y propuesta son exclusivamente de la autora; Además, cedo mis derechos de autora de la presente tesis, a favor de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Jenny Nathaly Pico Coronel.

Autora.

AGRADECIMIENTO.

Agradezco a Dios por haber guiado cada uno de mis pasos y pensamientos, por darme la fortaleza para continuar cuando he estado a punto de caer. A mis padres, por la confianza y su apoyo incondicional durante todo el trayecto de mi vida que con amor me han corregido mis errores y celebrado mis triunfos.

A la Universidad San Gregorio de Portoviejo y todo su personal por acogerme en sus aulas, y aportar en mí su experiencia, su paciencia y su motivación para seguir adelante. A la Dra. Mónica Cabrera Sánchez, directora de mis tesis, por su dedicación guía y asesoramiento en la realización de este trabajo investigativo.

A mis amigos y familiares que me han brindado su incondicional apoyo, por haber intervenido directa e indirectamente en mi desarrollo y formación profesional. A mis pacientes, los puntuales y responsables, a los inconsecuentes y caprichosos, gracias a ellos me he hecho una mujer constante y perseverante y a no rendirme fácilmente ante cualquier adversidad.

Nathaly Pico Coronel.

DEDICATORIA.

Este trabajo es dedicado con todo mi amor a Dios, por darme la vida y permitirme lograr esta meta propuesta en mi formación profesional. A mis padres María Elizabeth Del Lourdes Coronel Linzán y Ángel Orlando Pico Aráuz por ser mis pilares y ejemplo a seguir, por demostrarme su amor incondicional e inculcarme valores que me permitieron demostrarlo en mi vida estudiantil.

A mis hermanos Gabriela, Bernardo y Orlando por creer en mí, apoyarme y compartir momentos significativos en mi vida, estoy orgullosa de ustedes por vencer obstáculos difíciles. Espero siempre nos mantengamos juntos, los amo. A mis sobrinos Johan y Mateo por la alegría y el cariño que me brindan.

A Francisco Xavier Vera Solórzano, por su amor incondicional, por compartir momentos de alegrías, tristezas y demostrarme tu ayuda constante, por respetarme y caminar junto a mí en estos años y lograr nuestra meta con perseverancia.

Nathaly Pico Coronel.

RESUMEN.

La investigación tiene como propósito determinar la relación de las lesiones bucales y el estado nutricional en niños y niñas de 5 a 12 años. Para conseguir este objetivo se identificó las lesiones bucales frecuentes en la cavidad oral, asimismo se determinó el estado nutricional utilizándose el IMC.

La investigación de campo, de corte transversal, se realizó con una población de 93 niños y niñas, la observación fue la técnica utilizada. Se identificó las lesiones bucales frecuentes en la cavidad oral mediante observación directa registrándose en el formulario 033, posteriormente se determinó el estado nutricional utilizándose el IMC, comprándolo, junto a la edad, en una tabla de percentiles para determinar el estado nutricional. Se les proporciono a los padres y tutores de los infantes el documento de consentimiento informado para la aprobación de su participación.

Los resultados de la investigación se realizaron mediante aplicación de los instrumentos de recolección de información. Se ejecutó mediante distribución de frecuencias, además se aplicaron prueba de chi cuadrado de Pearson.

Se concluye que en los niños y niñas de 5 a 12 años de edad del Centro Comunitario XICS Fe y Alegría Portoviejo, no existe relación de asociación entre la presencia de lesiones bucales y el estado nutricional.

Palabras clave: lesiones bucales, estado nutricional.

ABSTRACT.

The research aims to determine the relationship of oral lesions and nutritional status in children aged 5-12 years. To achieve this goal frequent oral lesions in the oral cavity was identified also the nutritional status was determined used BMI.

Field research, cross-sectional, was performed with a population of 93 children, the observation was the technique used. Frequent oral lesions in the oral cavity were identified by direct observation recorded on Form 033, then the nutritional status was determined used BMI, comparing it, with age, in a table of percentiles to determine nutritional status. Parents and guardians of infants were provided of informed consent document for the approval of their participation.

The results of research were conducted by applying the data collection instruments. It was executed by frequency distribution, Pearson “CHI-SQUARE” applied.

We conclude that there is no relationship of association between the presence of oral lesions and nutritional status in children of 5-12 years old XICS Fe Community Center and Joy Portoviejo.

Keywords: oral lesions, nutritional status.

ÍNDICE.

Certificación de la directora de tesis.	II
Certificación del tribunal examinador.	III
Declaración de autoría.	IV
Agradecimiento.	V
Dedicatoria.	VI
Resumen.	VII
Abstract.	VIII
Índice.	IX
Índice de gráficos.	X
Introducción.	1
Capítulo I.	
1. Problematización.	2
1.1. Tema de la investigación.	2
1.2. Formulación del problema.	2
1.3. Planteamiento del problema.	2
1.4. Preguntas de investigación.	3
1.5. Delimitación del problema.	4
1.6. Justificación.	4
1.7. Objetivos.	5
1.7.1. Objetivo general.	5
1.7.2. Objetivo específicos.	5
	IX

Capítulo II.

2.	Marco Teórico Referencial y Conceptual.	6
2.1.	Lesiones bucales.	6
2.2.	Estado nutricional.	21
2.3.	Unidades de observación y análisis.	31
2.4.	Variables.	31
2.5.	Operacionalización de variables.	32

Capítulo III.

3.	Marco Metodológico.	33
3.1.	Modalidad de la investigación.	33
3.2.	Tipo de la investigación.	33
3.3.	Método.	33
3.4.	Técnica.	34
3.5.	Instrumentos.	34
3.6.	Recursos.	34
3.7.	Población y muestra.	35
3.8.	Proceso de recolección de la información.	35
3.9.	Procesamiento de la información.	35
3.10.	Ética.	36

Capítulo IV.

4.	Análisis e Interpretación de los Resultados.	37
4.1.	Análisis e interpretación de los resultados de la historia clínica. odontológica, formulario 033 del Msp.	37

4.2.	Análisis e interpretación de los resultados de la tabla de percentiles para la evaluación del índice de masa corporal.	53
4.3.	Análisis de variables mediante Chi Cuadrado de Pearson	59

Capítulo V.

5.	Conclusiones y Recomendaciones.	62
5.1.	Conclusiones.	62
5.2.	Recomendaciones.	63

Capítulo VI.

6.	Propuesta.	64
	Anexos.	70

Bibliografía.

ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS.

Cuadro No. 1: Distribución de los niños y niñas por género.	37
Gráfico No. 1: Distribución de los niños y niñas por género.	37
Cuadro No. 2: Distribución de niños y niñas por edad.	39
Gráfico No. 2: Distribución de niños y niñas por edad.	39
Cuadro No.3: Caries.	41
Gráfico No. 3: Caries.	41
Cuadro No. 4: Gingivitis.	43
Gráfico No. 4: .Gingivitis.	43
Cuadro No. 5: Aftas.	45
Gráfico No. 5: Aftas.	45
Cuadro No. 6: Lesiones Frecuentes en la cavidad oral.	47
Gráfico No. 6: Lesiones Frecuentes en la cavidad oral.	47
Cuadro No. 7: Distribución por edad y su relación con las lesiones bucales.	49
Gráfico No. 7: Distribución por edad y su relación con las lesiones bucales.	49
Cuadro No. 8: Distribución de género y su relación con las lesiones bucales.	51
Gráfico No. 8: Distribución de género y su relación con las lesiones bucales.	51
Cuadro No. 9: Estado Nutricional.	53
Gráfico No. 9: Estado Nutricional.	53
Cuadro No. 10: Distribución de la edad con relación al estado nutricional.	55
Gráfico No. 10: Distribución de la edad con relación al estado nutricional.	55
Cuadro No. 11: Distribución del sexo con relación con el estado nutricional.	57

Gráfico No. 11: Distribución del sexo con relación con el estado nutricional.	57
Cuadro No. 12: Caries y su relación con el estado nutricional.	59
Cuadro No. 13: Gingivitis y su relación con el estado nutricional.	60
Cuadro No. 14: Aftas y su relación con el estado nutricional.	61

INTRODUCCIÒN.

La investigación fue realizada con el interés de identificar las lesiones bucales más frecuentes en pacientes con bajo peso, peso saludable, sobrepeso, obeso. Realizándose un estudio de campo que ayudo a determinar la relación de las lesiones bucales y el estado nutricional en niños y niñas de 5 a 12 años que asisten al Centro Comunitario XICS Fe y Alegría Portoviejo en el periodo marzo- junio del año 2015.

Se visitó al establecimiento con el objetivo de realizar la exploración odontológica de la cavidad bucal y determinar el estado nutricional que presentaban a los niños y niñas. Se ejecutaron varios metodologías que ayudaron a recolectar la información para obtener las conclusiones y resultados en esta investigación que se encuentran detallados con sus respectivos análisis e interpretaciones.

En base a los resultados se propuso un taller sobre Educación en salud bucal para que fomente el hábito de higiene bucal y permitir el mejoramiento de la salud bucodental y permitir solucionar la problemática detectada.

CAPÍTULO I.

1. Problemática:

1.1. Tema de la investigación.

Lesiones bucales y estado nutricional en niños y niñas de 5 a 12 años que asisten al Centro Comunitario XICS Fe y Alegría Portoviejo en el periodo marzo-junio del año 2015.

1.2. Formulación del problema.

¿Cuál es la relación de las lesiones bucales y estado nutricional en niños y niñas de 5 a 12 años que asisten al Centro Comunitario XICS Fe y Alegría Portoviejo en el periodo marzo- junio del año 2015?

1.3. Planteamiento del problema.

La desnutrición especialmente en los escolares tiene una relación directa con la prevalencia de algunas lesiones bucales como la caries, las enfermedades periodontales, y de los tejidos blandos, que en su mayoría repercute en el rendimiento escolar.

En un estudio publicado en el sitio web Scielo, la revista cubana de estomatología presenta un artículo científico en versión digital de Quiñones y Colaboradores¹(2004) los resultados indican que:

¹Quiñónez, M.E., Rodríguez, C.A., González, C.B. y Padilla, G.C. (2004). Morbilidad bucal. Su relación con el estado nutricional en niños de 2 a 5 años de la Consulta de Nutrición del Hospital Pediátrico Docente de Centro Habana. Revista. Scielo. [En línea]. Revista. Scielo. Consultado: [05, agosto, 2014] En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072004000100001&script=sci_arttext.

Se realizó un estudio descriptivo transversal donde evaluaron 230 niños, de ellos 115 eutróficos y 115 desnutridos.

En los pacientes que presentaron maloclusión con peso normal correspondió el 36,52%, y de bajo peso 62,6% desarrollándose en los desnutridos, con el 84,61%. Se valoró la enfermedad periodontal el 26,92% en gingivitis moderada en niños desnutridos de bajo peso. (Párr.1).

En un estudio publicado en el sitio web de la Universidad José Antonio Páez (Ujap), la revista digital la pasión del saber, en versión digital de Mendoza y Sánchez² (2012) los resultados indican que:

Los resultados fueron más significativos en pacientes masculinos con un 53%, y en edades comprendidas entre 2 a 4 años de edad, con un 40%. La variación media de características antropométricas mayores en el sexo masculino de 8 años de edad fue de hubo mayor prevalencia de desnutrición grado 1 (72%). No se encontró desnutrición grado 3. Las manifestaciones bucales más frecuentes fueron: materia alba (30%), caries (25%), gingivitis (24%), apiñamiento (11%) y cálculo (10%). Materia alba con una prevalencia de 71,6% en la desnutrición grado 1, seguido de 28,3% en la desnutrición grado 2. Caries con una prevalencia de 65% en la desnutrición grado 1, seguido de 20% en la desnutrición grado 2. Gingivitis con una prevalencia de 60% en la desnutrición grado 1, seguido de 15% en la desnutrición grado 2. (párr.1).

Al Centro Comunitario XICS Fe y Alegría Portoviejo asistieron un significativo números de niños y niñas, algunos de ellos presentan lesiones bucales de diversa índole, surgiendo la inquietud del cual puede ser la causa de estas lesiones se busca investigar si el estado nutricional de los niños y niñas tienen relación con la misma.

²Mendoza, K., y Sánchez, R. (2012). Manifestaciones bucales en relación a los grados de desnutrición de la población pediátrica de la comunidad boca de río, municipio libertador, estado Carabobo. Revista la pasión del saber, de la Universidad José Antonio Páez (UJAP) [En línea]. Consultado: [05, Noviembre, 2014].
En:http://www.ujap.edu.ve/pasion/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=141

1.4. Preguntas de la investigación.

¿Cuáles son las lesiones más frecuentes en la cavidad oral en los niños y niñas?

¿Cuál es el estado nutricional en la población estudiada?

¿Existe relación de asociación entre la presencia de lesiones bucales y el estado nutricional de estos niños y niñas?

1.5. Delimitación del problema.

Campo: salud.

Área: odontología.

Aspecto: lesiones bucales.

Delimitación espacial: Centro Comunitario XICS Fe y Alegría Portoviejo.

Delimitación temporal: marzo- junio 2015.

1.6. Justificación.

Las lesiones bucales son patologías que se manifiestan tanto en la mucosa oral como en las estructuras duras. Siendo estas últimas las que según la OMS prevalecen en la infancia pudiendo llegar en muchos casos a la pérdida de las piezas dentarias y que además comprometen el estado de salud general de quienes la padece.

Los niños y niñas que asistieron al Centro Comunitario XICS Fe y Alegría Portoviejo son de elevada vulnerabilidad social, muchos de ellos pueden tener alteraciones en su estado nutricional por lo que surgió la inquietud de conocer si existe relación entre estado nutricional y las lesiones bucodentales que presentan. No se han realizado estudios de la problemática expuesta por lo tanto es una temática inédita, es por esto , que los resultados de este estudio serán aportes importantes en el

área odontológica y de la nutrición infantil, beneficiando principalmente a la población estudiada ya que se podrá aplicar estrategias direccionadas a mejorar o solucionar la problemática detectada.

Los directivos del Centro Comunitario XICS Fe y Alegría Portoviejo mostraron interés en el tema, apoyando en todo momento a la realización de la investigación permitiendo la factibilidad de la misma.

1.7. Objetivos.

1.7.1. Objetivo general.

Determinar la relación entre las lesiones bucales y estado nutricional en niños y niñas del Centro Comunitario XICS Fe y Alegría Portoviejo en el periodo marzo-junio del año 2015.

1.7.2. Objetivos específicos.

Identificar las lesiones bucales frecuentes en la cavidad oral.

Determinar el estado nutricional en los niños y niñas.

CAPÍTULO II.

2. Marco Teórico Referencial y Conceptual.

2.1. Lesiones bucales.

Indagando informaciones disponibles en el sitio web de OMS³ (2007) cita que:

La salud bucodental puede definirse como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales (de las encías), caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal. (párr. 1).

Analizando la obra de Wood y Goaz⁴(1998) conoce que: “el diagnóstico de las lesiones orales consiste básicamente en un ejercicio de anatomopatología clínica que, a su vez, es un estudio de los cambios. Estos cambios se deben, por lo general, a agentes patogénicos o productores de enfermedad”. (p. 14).

Leyendo la obra de Gutiérrez e Iglesias⁵ expone que:

Podemos clasificar las enfermedades y lesiones de la boca en dos grandes apartados: enfermedades bucales específicas y patología general que repercute en el ámbito de la boca.

Al referirnos a la patología bucal es habitual el empleo de ciertas expresiones específicas.

Así cuando se habla de boca séptica nos referimos a una cavidad bucal que presenta dientes en mal estado, afectados por caries, y que tiene patología gingival, con gran acumulo de sarro. (p. 98).

³Organización Mundial de la Salud (2007) salud bucodental [En línea].Consultado: [20, junio, 2015] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>

⁴Wood, N., Y Goaz, P. (1998).Diagnóstico diferencial de las Lesiones Orales y Maxilofaciales. Madrid, Reino de España: Harcourt Brace.

⁵Gutiérrez, E., y Iglesias, P. (2009). Técnicas de ayuda odontológica/estomatológica. Madrid, Reino de España: Editex.

Comparando la obra de García y Mendoza⁶ cita que: “las lesiones que se producen en el esmalte secundarias a una infección bacteriana, es la caries y las lesiones que se producen son irreversibles. Tan solo se pueden observar áreas de remineralización en los estadios iniciales de la lesión. (p. 8).

Caries.

Observando investigaciones disponibles en el sitio web de la dirección general de epidemiología (DGE)⁷(2012) indican que:

La caries dental es un proceso multifactorial mediado por la presencia de una biopelícula que puede alojar bacterias cariogénicas cuyo metabolismo produce ácidos, los cuales disminuyen el pH de la biopelícula y afecta el esmalte causando la pérdida de mineral en la estructura dental. La caries dental en la población infantil y adolescente ha disminuido significativamente en las últimas décadas, de acuerdo con la última encuesta en nuestro país aproximadamente el 60% de los escolares de seis años tienen caries dental. La prevalencia de la caries dental se muestra como el porcentaje de personas con uno o más dientes afectados por caries dental. En el total de la población examinada la prevalencia de caries dental fue de 90.0%. Así mismo se aplicó esta medida en relación con la edad, encontrándose que en todos los grupos de edad ésta fue elevada, superior al 68%. (p. 19).

Examinando la obra de Castillo y Colaboradores⁸(2011) cita que:

En el desarrollo de la caries dental se consideran una triada de factores indispensables, básicos o primarios: las bacterias de la placa dental, los carbohidratos de la dieta y la susceptibilidad de los dientes o el huésped. El proceso esencial involucra la desmineralización del esmalte del diente y también de las superficies radiculares, por la alta concentración de los ácidos orgánicos producidos por las bacterias en la placa dental provenientes de los carbohidratos de la dieta. Se conoce que la microbiota va produciendo en la placa una variedad de organismos acidogénicos, no acidogénicos y base, que

⁶García, C., y Mendoza, A. (2003). Traumatología oral en odontopediatría diagnóstico y tratamiento integral. Reino de España :Ergon

⁷Dirección General de Epidemiología (2012).Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de las Patologías Bucales. [En línea]. Consultado: [11, junio, 2015] Disponible en:
http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig_epid_manuales/20_2012_Manual_PatBuc_ales_vFinal.pdf

⁸Castillo, R., Perona, G., Kanashiro, C., Perea, M., y Silva- Esteves, F. (2011). Estomatología pediátrica. Madrid, Reino de España: Ripano.

difieren en composición en las diferentes superficies de la dentición. El punto más crucial es donde se induce o no, a la desmineralización y se refleja en la actividad de cierta placa acidogénicos. (pp. 95 y 96).

Estudiando la obra de Nocchi⁹ (2008) conoce que:

Las lesiones activas en esmalte y en dentina podrán interrumpirse cuando el factor etiológico sea removido. Para esto es de gran importancia el control de la placa, la dieta y la presencia de flúor, principalmente con el objetivo de mantener el pH de la placa en un valor superior a nivel crítico (4,5 - 5,5), según la presencia o ausencia de flúor en la cavidad oral. (p.16).

Analizando la obra de Boj y Colaboradores¹⁰(2011) referencia que “la caries es el mayor problema de salud bucal en la mayoría de los países industrializados afectando al 60-90% de la población escolar y a la inmensa mayoría de la población adulta” (p. 835).

Leyendo la obra de Guedes¹¹ (2003) cita que:

Desde el punto de vista subclínico ocurre la destrucción progresiva de los cristales de apatita en el interior del prisma, lo que atrae como resultado un ensanchamiento de los espacios interprismáticos. La lesión de caries es factible de ser diagnosticada apenas a partir del estadio de la mancha blanca. (p. 33).

Observando la obra de Barceló¹²(2010) conoce que:

La caries es una enfermedad infectocontagiosa. Algunos estudios han demostrado que existe una relación causal entre la caries y los alimentos blandos y con alto contenido de azúcar, así con el tiempo que estos permanecen

⁹Nocchi, C. (2008). Odontología restauradora salud y estética. Santa Catarina, República Federativa del Brasil: Medica Panamericana.

¹⁰Boj, J. R., Catalá, M., García, C., Mendoza, A., y Planells, P. (2011). Odontopediatría. la evolución del niño al adulto joven. Reino de España: Ripano

¹¹Guedes, A., Ciamponi, A., Duarte, D., Santos, E., Rodrigues, E., Biancalana, H., Miranda, I., Prokopowitsch, I., Martines, J., Imparato, J., Guimaraes, L., Strazzeri, M., Bussadori, S., Chedid, S., y Ferreira, S. (2003) Rehabilitación Bucal en Odontopediatría Atención Integral. República De Colombia: Amolca.

¹²Barceló Canto, E. B. (2010). Odontología para bebés. México D. F., Estados Unidos Mexicanos: Trillas editorial.

en la boca, la frecuencia de consumo y, por supuesto, con la falta de higiene bucodental. (p.60).

Indagando informaciones disponibles en el sitio web de acta odontológica venezolana en un artículo de Castillo y García¹³ (2011) expone que:

En 1990 la organización mundial de la salud informó que solo una de cada diez personas tiene la totalidad de sus dientes sanos y obturados. La caries dental constituye una enfermedad de carácter universal, manifiesta su ataque desde el primer año de vida, afecta aproximadamente a 95% de la población mundial mayor de 5 años y es más frecuente entre las personas de 5 a 14 años de edad.(párr. 7).

Formas de presentación clínica de la caries.

Examinando la obra de Boj y Colaboradores¹⁴ (2011) indica que:

Si bien el desarrollo histopatológicos de la caries es el mismo en todas las ocasiones. La presentación clínica varía según varios condicionantes: su actividad: caries activa, caries detenida; su grado de evolución: caries incipiente en esmalte, caries en dentina superficial o profunda; su localización anatómica: caries de superficies lisas, caries de superficies oclusales, también llamada de fosas y fisuras y caries radicular; la edad: caries del niño pequeño (p. 216).

Examinando la obra de Castillo y Colaboradores¹⁵(2011) muestra que:

Uno de los factores etiológicos de la caries dental está relacionado con la dieta, la frecuencia de consumo de carbohidratos y los hábitos de higiene. Las bacterias que causan la caries dental dependen de los azúcares o carbohidratos simples monosacáridos que sirve de sustrato a los S. Mutans. (p.467).

¹³Castillo, D., y García, M. (2011). Prevalencia de caries dental en la población infantil que acuden al ambulatorio urbano la haciendita en el municipio Mariara, estado Carabobo.[En línea]. Consultado: [11, junio, 2015] Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2011/4/art11.asp>

¹⁴Boj, J. R., Catalá, M., García, C., Mendoza, A., y Planells, P. (2011). Odontopediatría. la evolución del niño al adulto joven. Reino de España: Ripano

¹⁵Castillo, R., Perona, G., Kanashiro, C., Perea, M., y Silva- Esteves, F. (2011). Estomatología pediátrica. Madrid, Reino de España: Ripano.

Hipoplasia del esmalte.

Observando la obra de Barrancos¹⁶ (2006) cita que:

La hipoplasia adamantina es el resultado de una amelogénesis defectuosa en la que se produce una alteración del depósito de la matriz orgánica del esmalte.

Según su origen se considera como:

Hipoplasia adamantina hereditaria (junto con la hipocalcificación y la hipomaduración adamantina constituyen los trastornos o anomalías estructurales del esmalte denominado amelogénesis imperfecta.

Hipoplasias causadas por factores locales entre los que se han descrito numerosos factores capaces de ejercer acciones deletéreas o tóxicas. (p.295).

Analizando la obra de Nahàs y Colaboradores¹⁷(2009) indica que: “es un defecto del esmalte del diente, que presentan manchas blancas – acastañadas o blanco-perlado. Ocurre en consecuencia de problemas sistémicos, locales y hereditarios, pudiendo afectar tanto a la dentición decidua como la permanente”. (p. 121).

Estudiando la obra de Nahàs y Colaboradores¹⁸(2009) muestra que:

La región hipoplásica del esmalte del diente es un área más susceptible a la caries. Se presenta en la región de surcos y fisuras de los dientes posteriores, debe hacerse un control preventivo intenso, con aplicaciones de flúor en ese mismo instante (p. 121).

Características clínicas.

Comparando la obra de Santana¹⁹(2010) cita que: “las alteraciones hipoplásticas varían desde manchas opacas hasta estrías o bandas profundas que provocan discontinuidad de la superficie del esmalte. El tamaño de estas estrías depende de la duración del efecto nocivo del metabolismo”. (p. 37).

¹⁶Barrancos, M. (2006). Operatoria dental. Buenos Aires, República de Argentina: Panamericana.

¹⁷Nahàs, M., Schmitt, R., y Kim, S. (2009). Salud bucal del bebé al adolescente. Guía de orientación para las embarazadas, los padres, los profesionales de salud y los educadores. República Federativa de Brasil: Santos.

¹⁸Ibídem.

¹⁹Santana, J. (2010). Atlas de patología del complejo bucal. Habana, República de Cuba: Ciencias Médicas

Fluorosis.

Estudiando la obra de Echeverría y Colaboradores²⁰ (2002) conoce que:

La fluorosis dental es una hipoplasia del esmalte del diente causada por una ingestión excesiva de flúor durante el periodo de calcificación del diente. Dependiendo de la cantidad de flúor ingerido durante este periodo, esta alteración puede variar desde un discreto moteado hasta una hipoplasia grave, con su esmalte marrón y de consistencia friable. (p. 29).

Analizando la obra de Sala y Baca²¹(2013) indica que:

La fluorosis dental tiende a ser mayor en los dientes definitivos. Esta disparidad puede relacionarse con el hecho de que la mineralización de los dientes temporales ocurre antes del nacimiento y la placenta sirve de barrera pasiva a la transferencia de altas concentraciones de fluoruros al plasma del feto. (p. 142).

Indagando la obra de Echeverría y Colaboradores²² (2002) expone que:

El índice de fluorosis (IF) más utilizado es el establecido por Dean en 1935.

Este índice clasifica el esmalte moteado por fluorosis en un margen entre 0 y 5 de acuerdo con los siguientes criterios:

Normal (0): el esmalte presenta su translucidez habitual, y su superficie es lisa y pulida.

Cuestionable (1): el esmalte presenta ligeras diferencias en cuanto a su translucidez normal, en ocasiones con pequeñas manchas blanquecinas. Este código debe usarse cuando no se justifica el normal.

Muy leve (2): el esmalte presenta pequeñas áreas blanquecinas, opacas, irregularmente distribuidas por la superficie del esmalte, pero sin alcanzar el 25% de toda la superficie del esmalte. Se incluyen en esta clasificación los dientes que muestran manchas blancas opacas, de menos de 1-2 mm, en los vértices de las cúspides de premolares o segundos molares.

Leve (3): las opacidades son más extensas, pero no superan el 50% de la superficie del diente.

Moderada (4): todo el esmalte dental está afectado y las superficies sujetas a la atrición aparecen desgastadas. Hay manchas de color marrón.

Severa (5): toda la superficie del esmalte está afectada por la hipoplasia, que puede afectar de la misma forma al esmalte. Las señales más evidentes son las depresiones en el esmalte, que aparece corroído. (p. 29).

²⁰Echeverría, J., y Pumarola, J. (2002). El manual de Odontología. Barcelona, Reino de España: Masson.

²¹Sala, E., y Baca, P. (2013). Odontología preventiva y comunitaria principios, métodos y aplicaciones. Barcelona, Reino de España: Masson.

²²Echeverría, J., y Pumarola, J. (2002). El manual de Odontología. Barcelona, Reino de España: Masson.

Placa bacteriana.

Leyendo informaciones disponibles en el sitio web de Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social (BINASSS) en un artículo de Montes²³ conoce que:

La placa bacteriana es una entidad o masa estructurada específica, adhesiva, altamente variable, que se forma por el crecimiento y colonización de microorganismos sobre la superficie de los dientes, de las restauraciones y de los aparatos protésicos. A medida que los microorganismos se organizan en colonias, crecen y producen sustancias destructivas en los tejidos subyacentes. (p. 35).

Estudiando la obra de Lindhe y Colaboradores²⁴ (2009) expone que:

La placa dental como depósito microbiano natural representa una *verdadera biopelícula* compuestas por bacterias en una matriz constituida principalmente por polímeros bacterianos extracelulares y productos salivales o del exudado gingival. (p. 187).

Examinando la obra de Bordoni y Colaboradores²⁵(2010) cita que:

La placa dentobacteriana es una película transparente e incolora, adherida al diente, compuesta por distintos tipos bacterias y células descamadas, leucocitos y macrófagos, dentro de una matriz de proteínas y polisacáridos, agua y sus componentes inorgánicos son principalmente el calcio el fosfato y el flúor. En sus estadios iniciales no es detectable a simple vista, por lo que es necesario el uso de sustancias reveladoras, las mismas que actúan luego de su aplicación coloreando el área con acumulación de placa. (p. 151).

Investigando la obra de Eley y Colaboradores²⁶(2012) conoce que:

La placa dental puede dividirse en placa supragingival o subgingival. La placa supragingival se encuentran en el margen gingival o sobre este y puede estar en contacto directo con el mismo y puede estar en contacto directo con el mismo. La placa subgingival se encuentra por debajo del margen gingival, entre el diente y el tejido del surco gingival. (p.20).

²³Montes, A. (2015). Placa bacteriana. Revista Rccm. [En línea]. Consultado: [27, mayo, 2015] Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rccm/v10n1/art5.pdf>

²⁴Lindhe, J., Lang, N y Karring, T. (2009) Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. Buenos Aires, República de Argentina: Médica Panamericana.

²⁵Bordoni, N., Escobar, A., y Castillo, R. (2010). Odontología Pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. República de Argentina: Panamericana Médica.

²⁶Eley, B., Soory, M., y Manson, J., (2012) Periodoncia. Reino de España: Elsevier.

Placa supragingival.

Indagando la obra de Bascones²⁷(2010) referencia que:

La placa supragingival consiste en microorganismos, células epiteliales, leucocitos y macrófagos.

Las bacterias constituyen el 70 por 100 y el resto en matriz intercelular. La matriz orgánica está formada por un complejo de polisacáridos y proteínas.

El carbohidrato más frecuente en la matriz de la placa es el dextrano, que tiene origen bacteriano.

La placa se forma con mayor rapidez en el sueño, cuando no se ingieren alimentos, y esto podrá explicarse por la acción mecánica de la alimentación y el flujo salivar de la masticación. Las dietas blandas favorecen la formación de la placa con más rapidez y la alimentación dura la retarda. (p. 92).

Placa subgingival.

Continuando la lectura de la obra de Bascones²⁸ (2010) indica que “la placa subgingival es la que se deposita sobre el surco gingival y la bolsa periodontal. La naturaleza de las bacterias que se depositan en estas zonas topográficas varía de las que se corresponden en la placa supragingival.” (p. 92).

Hiperplasia Gingival.

Analizando la obra de Carranza²⁹ (2010) Expone que “El agrandamiento gingival inflamatorio crónico se produce por la exposición prolongada a la placa dental. Los factores que favorecen la acumulación y retención de placa incluyen la mala higiene bucal, la irritación por anomalías anatómicas y los aparatos de prótesis y ortodoncia inadecuados”. (p. 2991).

²⁷Bascones, A. (2010) Periodoncia Clínica e Implantología Oral. Reino de España: Ediciones Avances.

²⁸Ibíd.

²⁹Carranza, F. C. (2010). Periodontología clínica. México D.F, Estados Unidos Mexicanos: MC Graw Hill.

Gingivitis.

Indagando la obra de la Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración³⁰

(2009) cita que:

Respuesta inflamatoria de la encía a los irritantes locales (placa dental).
Sin embargo, la nueva clasificación publicada en 1999 por la academia de periodoncia introduce el concepto de enfermedad gingival inducida por placa, que unifica todas las lesiones que presente las siguientes características:
Signos y síntomas limitados a la encía
Presencia de placa bacteriana para iniciar y/o exacerbar la lesión.
Signos clínicos de inflamación (agrandamiento de control gingival debido a edema o fibrosis, cambio de color a rojo o rojo-azulado, aumento de la temperatura sulcular, hemorragia tras estimulación, aumento del exudado gingival). (p. 10).

Analizando informaciones disponibles en el sitio web de la revista odontológica mexicana en un artículo de Silva y Colaboradores³¹ (2013) expone que:

Se considera que la gingivitis es el segundo principio de morbilidades bucales. Además se desarrolla con la edad e inicia a los 5 años alcanzando el punto máximo en la pubertad para después disminuir, pero permaneciendo a través de la vida. (p.222).

Investigando la obra de García³² (2006) conoce que: “Es la inflamación que ocasiona molestias en la boca y sangrado, espontáneo o tras el cepillado de dientes. Generalmente está producida por un acumulo de sarro, alrededor o dentro de la encía, que ocasiona la inflamación de la misma”. (p. 32).

³⁰Sociedad Española De Periodoncia y Osteointegración. (2009). Manual de higiene bucal. Madrid, Reino de España: Médica Panamericana.

³¹Silva, X., Ruiz, R., Cornejo, J., y Llanas, J. (2013). Prevalencia de caries, gingivitis y maloclusiones en escolares de Ciudad Victoria, Tamaulipas y su relación con el estado nutricional. [En línea]. Consultado: [11, junio, 2015] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2013/uo134d.pdf>

³²García, C. (2006). Boca sana consejos para el mantenimiento y mejora de la salud buco – dental. Madrid Reino de España: Editorial Ripano, S.A.

Indagando la obra de Laserna³³ (2008) cita que:

Es una reacción inflamatoria de la encía que representa el estadio inicial de la enfermedad periodontal. Las bacterias responsables localizadas en la interfase dentogingival, provocan una reacción inflamatoria en el tejido gingival denominada gingivitis, y representa el estadio inicial clínicamente demostrable de la enfermedad. (p. 63).

Estudiando la obra de Guedes y Colaboradores³⁴(2011) referencia que:

Las características clínicas de la gingivitis difieren un poco de la gingivitis en el adulto. Mientras que en el adulto la primera característica de la gingivitis es el sangrado al sondaje, en el niño la primera manifestación clínica está representada por edema y alteración del color. Solo con el avance de la enfermedad surge el sangrado gingival al sondaje y después el espontáneo. En el caso de una gingivitis, aun mayor, ocurre aumento de la profundidad. (pp. 155 y 156).

Analizando informaciones disponibles en el sitio web de la revista odontológica mexicana en un artículo de Silva y Colaboradores³⁵ (2013) expone que: “La inflamación gingival en la infancia temprana es menor que en niños de mayor edad o en adultos en presencia de cantidades similares de biopelícula, lo cual está relacionado principalmente con factores inmunológicos, microbiológicos y diferencias histológicas locales”. (p.80).

Comparando la obra de Bordoni y Colaboradores³⁶(2010) indica que: “La prevalencia, severidad y extensión de la gingivitis fluctúa a lo largo de los diferentes

³³Laserna, V. (2008). Higiene dental personal diaria. América del Norte Canadá: Trafford Publishing

³⁴Guedes, A., Bonecker, M., y Delgado, C. (2011). Fundamentos de Odontología. Pediatría.Sao Paulo, República Federativa de Brasil: Santos.

³⁵Silva, X., Ruiz, R., Cornejo, J., y Llanas, J. (2013). Prevalencia de caries, gingivitis y maloclusiones en escolares de Ciudad Victoria, Tamaulipas y su relación con el estado nutricional. Revista Odontológica Mexicana [En línea].Consultado: [11, junio, 2015] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2013/uo134d.pdf>

³⁶Bordoni, N., Escobar, A., y Castillo, R. (2010).Odontología Pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. República de Argentina: Panamericana Medica

etapas del desarrollo del individuo. Varios estudios coinciden en señalar que la prevalencia y extensión de la gingivitis se incrementa con la edad”. (p. 19).

Diferencias de la encía normal y la encía con gingivitis.

Véase diferencias de la encía normal y la encía con gingivitis. Ver anexo 1, cuadro 17.

Índice Gingival.

Estudiando informaciones disponibles del sitio web de la Universidad de Valencia en un artículo de Aguilar³⁷ (2003) indican que: “índice de Loe y Silness (IG), 1967 mide la gravedad de la respuesta inflamatoria alrededor de todos los dientes presentes en la boca ya que determina la cantidad, la calidad, la severidad y la localización”. (p. 237). Véase índice de Loe y Silness (IG), 1967. Ver anexo 2, cuadro 18.

Fibromatosis gingival hereditaria. (FGH).

Indagando la obra de Guedes y Colaboradores³⁸(2011) expone que:

La fibromatosis gingival hereditaria (FHG) es caracterizada por una lenta y progresiva ampliación benigna de la encía. Son conocidas formas genéticas y farmacológicamente inducidas de la ampliación gingival. La forma genética más común, la FHG, por lo general tiene un modo de herencia autosómico dominante. (p.376 y 377).

³⁷Aguilar, M., Cañamas, M., Ibañez, P., y Loscos, F. (2003). Periodoncia para el higienista dental.[En línea].Consultado: [23, mayo, 2015] Disponible en: http://www.uv.es/periodoncia/media/IndicesMariaJose_1.pdfhttp://www.uv.es/periodoncia/media/IndicesMariaJose_1.pdf

³⁸Guedes, A., Bonecker, M., y Delgado, C. (2011). Fundamentos de Odontología. Pediatría.Sao Paulo, República Federativa de Brasil: Santos.

Indagando la obra de Cameron y Widmer³⁹(2010) cita que: “varios síndromes producen hipertrofia gingival, y los hay que incluyen incapacidades en el aprendizaje. Estos síndromes pueden presentarse espontáneamente o tratarse de un rasgo autosómico dominante o autosómico recesivo”. (p. 199).

Estomatitis Aftosas Recurrentes. (Aftas Bucal).

Analizando la Obra de McDonald y Colaboradores⁴⁰ (2011) sabe que:

La ulcera aftosa recurrente (UAR) también conocida como estomatitis aftosa recurrente (EAR) es una ulceración dolorosa en la membrana mucosa no adherida que ocurre en niños escolar y adultos. La edad pico para la UAR está entre 10 y 19 años de edad. Se ha reportado ser la enfermedad de la mucosa más común en personas de todas las edades y razas del mundo. (p. 371).

Analizando informaciones disponibles en el sitio web Acta Odontológica Venezolana en un artículo de Salinas y Colaboradores⁴¹ (2008) expone que:

Fue Hipócrates (460-370 AC) el que usó por primera vez el término aftas (del griego arder, quemar) en relación con enfermedades de la cavidad bucal. La primera descripción clínica científica de la EAR fue publicada el 1898 por von Mikulicz y Kummel. El afta es una lesión muy antigua, cuya prevalencia se observa en casi todas las edades, en diferentes clases sociales, razas, sexo; en suma, es una lesión que se registra mundialmente y sus causas, en la actualidad, no están del todo definidas, por lo que se le considera multifactorial.

³⁹Cameron, A., y Widmer, R. (2010). Manual de odontología pediátrica. Madrid, Reino de España: Elsevier.

⁴⁰McDonald, R., Avery, D., y Deán, J. (2011). Odontología para el niño el adolescente. República Bolivariana de Venezuela: Amolca.

⁴¹Salinas, Y., Millán, R., y León, J. (2008). Estomatitis aftosa recidivante. Conducta odontológica.[En línea]. Consultado: [11, junio, 2015] Disponible en:
http://www.actaodontologica.com/ediciones/2008/2/estomatitis_aftosa_recidivante.asp

Leyendo la obra de Ceccoti y Sforza⁴²(2007) cita que: “pueden definirse como la pérdida de sustancia de las mucosas, úlceras necróticas, de aparición aguda, dolorosa y recidivante que evolucionan en una semana hacia la curación”. (p.261).

Analizando la obra de McDonald y Colaboradores⁴³ (2011) puedo saber que: “la causa de la UAR es desconocida. Las condiciones locales y sistémicas junto con predisposición genética, así como los factores inmunológicos y microbianos infecciosos, han sido identificados como posibles causas. La condición puede ser causado por una hipersensibilidad tardía a la forma I de *streptococcus sanguis*, que es un componente común de la microflora oral normal”. (p. 442).

Indagando la obra de Guedes y Colaboradores⁴⁴ (2011) establece que: “se caracteriza por la sintomatología dolorosa intensa. El tratamiento es solo sintomático. La regresión espontánea ocurre entre 12 y 14 días”. (p. 123).

Causa.

Comparando informaciones disponibles en el sitio web Salud y Síntomas en un artículo de Pinheiro⁴⁵ (2009) cita que:

- Traumas locales, como mordidas accidentales.
- Estrés psicológico.
- Pocas horas de sueño.
- Helicobacter pylori*, la misma bacteria que causa úlcera gástrica.
- Algunas pastas dentales (dentífrico) que contienen sodio-lauril-sulfato.
- Reflujo gastroesofágico.

⁴²Ceccoti, E., y Sforza, R. (2007). Diagnóstico en la clínica estomatológica. Buenos Aires, República de Argentina: Médica Panamericana.

⁴³McDonald, R., Avery, D., y Deán, J. (2011). Odontología para el niño el adolescente. República Bolivariana de Venezuela: Amolca.

⁴⁴Guedes, A., Bonecker, M., y Delgado, C. (2011). Fundamentos de Odontología. Pediatría. Sao Paulo, República Federativa de Brasil: Santos.

⁴⁵Pinheiro, P. (2008). Aftas bucales causas y tratamiento. [En línea]. Consultado: [11, junio, 2015] Disponible en: <http://www.saludysintomas.com/2009/10/afta.html>

Comidas como chocolate, café y bebidas ácidas.
Tabaco.
Alteraciones hormonales durante el ciclo menstrual.
Deficiencia de algunas vitaminas y minerales como vitamina B12, vitamina C, zinc, hierro y ácido fólico.
Drogas como antiinflamatorios, Rapamicinas, Metotrexate, Aspirina y Atenolol. (párr.7).

Clasificación según su tamaño.

Leyendo la obra de Langlais y Colaboradores⁴⁶ (2011) señala que:

El trastorno se clasifica en tres categorías, de acuerdo al tamaño: aftas menores, aftas mayores y úlceras herpetiformes. Alrededor de 20% de la población está afectada por aftas menores, o aftas de la boca, como se llaman por lo común. Pueden verse en cualquier persona, aunque en las mujeres y los adultos jóvenes son más susceptibles. (p. 172).

Clasificación según Gravedad.

Indagando páginas disponibles en el sitio web MEDwav en un artículo de Marinovic⁴⁷ (2009) cita que:

Aftas simples, que son aquellas que presentan escasa recurrencia (dos a cuatro veces al año) y no se asocian a factores sistémicos; y aftas complejas, que además de la cavidad oral pueden comprometer los genitales y se caracterizan por una actividad continua de la enfermedad, con aparición de nuevas lesiones a medida que curan las antiguas. También son complejas las aftas que se asocian a enfermedad sistémica. (párr. 7).

En un estudio publicado en el sitio web Scielo, un artículo científico en versión digital de Rioboo y Bascones⁴⁸(2004) citan que:

FORMAS CLÍNICAS ESTOMATITIS AFTOSA RECURRENTE (RAS)

⁴⁶Langlais, R., Miller, C., y Nield, J. (2011). Atlas color de enfermedades bucales. Estados Unidos Mexicanos: Manual Moderno.

⁴⁷Marinovic, M. (2009) Aftas Orales Recurrentes: Diagnóstico diferencial y manejo. [en línea].consultado: [2, junio, 2015] disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/medwave/reuniones/3773>

⁴⁸Rioboo, M., y Bascones, A. (2009) Aftas de la mucosa oral. Revista Scielo .[En línea].Consultado: [05, junio, 2015] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v27n2/original1.pdf>

La aparición del RAS suele darse durante la infancia. La frecuencia de aparición y severidad disminuye con la edad. Alrededor del 80% de la población que la sufre la desarrollan antes de los 30 años. (p.67). Véase formas clínicas estomatitis aftosa recurrente (RAS). Ver anexo 3, cuadro 19.

Queilitis.

Comparando la obra de Bascones⁴⁹(2010) transcribe que:

Etimológicamente queilitis significa inflamación del labio (queilopatía inflamatoria). Sin embargo, se entienden en la práctica clínica diaria como queilitis todas aquellas lesiones inflamatorias que cursan con inespecificidad y que tienen una semiología común, como es la descamación, erosión y fisuración. (p.282).

Investigando la obra Echeverría y Pumarola⁵⁰(2002) expone que: “es la entidad más común que afecta los labios y con frecuencia nunca se identifica la etiología específica, denominándose simplemente queilitis aguda o crónica según el tiempo de evolución de la afección”. (p. 95).

Examinando la obra de Bordoni y Colaboradores⁵¹(2010) indica que:

Las queilitis son procesos inflamatorios inespecíficos, localizados en los labios. Se clasifican en glandulares y no glandulares. Las queilitis no glandulares agudas son frecuentes de observar en el niño. Las provocan agentes fundamentalmente externo contactos (alimentos, bebidas, dentífricos), agentes físicos (luz solar intensa, frío, radiación), medicaciones, etc. (p. 618 y 619).

Queilitis Angular

Indagando la obra de Nahàs y Colaboradores⁵² (2009) cita que:

⁴⁹Bascones Martínez, A. (2010). Medicina Bucal. Barcelona. Reino de España: ediciones Avances.

⁵⁰Echeverría, J., y Pumarola, J. (2002).Manual de Odontología. Barcelona, Reino de España: Masson.

⁵¹Bordoni, N., Escobar, A., y Castillo, R. (2010).Odontología Pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. República de Argentina: Panamericana Medica

⁵²Pires, M., Schmitt, R., y Kim, S. (2009). Salud bucal del bebe al adolescente. Guía de orientación para las embarazadas, los padres, los profesionales de salud y los educadores. República Federativa de Brasil: Santos.

Es una inflamación que ocurre por el acumulo de saliva en la comisura de la boca, con leve inflamación, enrojecimiento y fisuras. Puede estar relacionada con la candidiasis.

En los niños, las causas más comunes de queilitis angular son la hipersalivación, los agentes infecciosos o micóticos y la deficiencia nutritiva (de hierro y riboflavina). (pp. 123 y 124).

Labios Resecos

Analizando la obra de Nahàs y Colaboradores⁵³(2009) expone que:

No es propiamente una lesión de los labios, más cuando no es tratada o prevenida se puede transformar en fisuras, causando sangrado y dolor.

Muchos niños son sensibles a exposición solar y al frío, generando esas fisuras. Otra causa es el contaste habito de mojar o morder los labios, muy frecuentes en los niños que respiran por la boca.

El resecamiento lleva al niño a mojar los labios con la lengua, y a su vez, la saliva lleva a mayor deshidratación del labio cuando este se seca, empeorando la situación. (p. 125).

2.2. Estado Nutricional.

Indagando informaciones disponibles en el sitio web de la OMS⁵⁴(2014) establece que “La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición se considera el completo desarrollo mental y físico basado en una alimentación proporcionada combinada con entrenamiento físico”. (párr. 1).

Investigando informaciones disponibles en el sitio web [Alimentacionynutricion.org](http://www.alimentacionynutricion.org)⁵⁵(2005), determina que: “Es la situación en la que se

⁵³Pires, M., Schmitt, R., y Kim, S. (2009). Salud bucal del bebe al adolescente. Guía de orientación para las embarazadas, los padres, los profesionales de salud y los educadores. República Federativa de Brasil: Santos.

⁵⁴Organización Mundial de la Salud (2011) *Nutrición*. [En línea]. Consultado: [20, agosto, 2014] Disponible en: <http://www.who.int/topics/nutrition/es/>.

⁵⁵Alimentacionynutricion.Org. (2005) *Estado nutricional*. [En línea]. Consultado: [05, agosto, 2014] Disponible en: http://www.alimentacionynutricion.org/es/index.php?mod=content_detail&id=114.

encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes”. (párr.1).

Estudiando la obra de Suverza y Haua⁵⁶(2010) cita que Lee, la define como: “La evaluación del estado de nutrición de los individuos o poblaciones a partir de la medición de su consumo de alimentos y nutrimentos y la valoración de los indicadores de nutrición relacionados con el estado de salud”. (p. 4).

Considerando la obra de Salas y Colaboradores⁵⁷(2008) conoce que:

Es importante determinar el estado de nutrición de un individuo, ya que los trastornos de la nutrición se acompañan de complicaciones tan diversas como un retraso en la cicatrización de las heridas o una menor resistencia a las infecciones. (p. 96).

Investigando la obra de Ortega y Colaboradores⁵⁸(2007) cita que:

La infancia y la adolescencia componen una etapa de indudable interés para la nutrición del individuo por diversas razones: se trata de una etapa de promoción y consolidación de los hábitos alimentarios y, por tanto, es potencialmente influenciable; constituye una etapa de riesgo dado el incremento de necesidades nutricionales durante el crecimiento y desarrollo. (p. 21).

Composición Corporal.

Investigando la obra de Ross y Colaboradores⁵⁹ (2014) indica que:

La composición de una persona refleja su acumulación neta de nutrimentos y otros sustratos en el curso de la vida, adquiridos desde el medio ambiente y

⁵⁶Suverza, A., y Haua, K. (2010). El abcd de la evaluación del estado nutricional. México, D. F. Estados Unidos Mexicanos: McGraw-Hill.

⁵⁷Salas, J., Bonada, A., Trallero, R., Salo, M., y Burgos, R. (2008). Nutrición y dietética clínica. Barcelona, reino de España: Masson.

⁵⁸Ortega, R., Requejo, A., y Martínez, R. (2007). Nutrición y alimentación en la promoción de la salud. Reino de España: UIMP.

⁵⁹Ross, A., Caballero, B., Cousins, R., Tucker, K., y Ziegler, T. (2014). Nutrición en la salud y la enfermedad. Barcelona, Reino de España: Wloters Kluwer.

retenidos en el cuerpo. Estos componentes, que oscilan desde los elementos a los tejidos y órganos, son los pilares que brindan masa y forma y confieren funciones a todos los seres vivos. (p. 639).

Analizando la obra de consejo superior de deportes⁶⁰(2003) establece que:

El ser humano necesita un mínimo de grasa corporal para realizar con normalidad sus funciones vitales. La mayor parte se acumula en los adipocitos, y el número de los mismos presentes en cada organismo viene determinado antes de alcanzar la edad adulta. (p.29).

Comparando la obra de Ross y Colaboradores⁶¹ (2014) conoce que: “existe un considerable interés en la definición de los cambios normales en la composición del cuerpo humano durante el crecimiento, maduración y senectud. La definición normal es vital para entender anómalo, que se asocia con la enfermedad”. (p. 639).

Antropometría.

Leyendo informaciones disponibles en el sitio web de la OMS⁶²(2014) expone que:

La antropometría es una técnica incruenta y poco costosa, portátil y aplicable en todo el mundo para evaluar el tamaño, las proporciones y la composición del cuerpo humano. Refleja el estado nutricional y de salud y permite predecir el rendimiento, la salud y la supervivencia. (párr.1).

Estudiando la obra de Berdanier y Feldman⁶³ (2010) cita que: “las mediciones y los índices antropométricos describen las dimensiones, forma y la composición

⁶⁰Consejo superior de deportes. (2003).Método de estudio de composición corporal en deportistas. [En línea].Madrid, Reino de España: Ministerio de Educación, Cultura y Deportes.

⁶¹Ross, A., Caballero, B., Cousins, R., Tucker, K., y Ziegler, T. (2014). Nutrición en la salud y la enfermedad. Barcelona, Reino de España: Wloters Kluwer.

⁶²Organización Mundial de la Salud (2014). El estado físico: uso e interpretación de la antropometría. [En línea].Consultado: [20, agosto, 2014] Disponible en:http://www.who.int/childgrowth/publications/physical_status/es/

⁶³Berdanier, C. Dwyer, y J. Feldman, E. (2010) Nutrición Y Alimentos. México Df, Estados Unidos Mexicanos: McGraw-Hill Interamericana Editores.

corporales. Deducen información acerca del cuerpo en el nivel de los tejidos; además reflejan los cambios por el envejecimiento y la enfermedad”. (p. 518).

Peso-Talla.

Indagando informaciones disponibles en el sitio de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile en un artículo de Hodgson⁶⁴(2000), referencia que:

Peso:

El peso como parámetro solo no representa valor, se debe desarrollar junto con la talla y la edad.

Talla:

Se establece con la edad y el proceso puberal, el indicador del crecimiento lineal se basa en una dieta adecuada y la valoración del estado nutricional a largo plazo. Además se lo considera como una medida fácil a errores de medición por lo que se debe hacerse en una segunda ocasión cediendo a un parámetro menor a 5mm. (párr.16).

Investigando la obra de Ross y Colaboradores⁶⁵(2014) cita que: “el peso (p) corporal se utiliza como una medida indirecta del estado nutricional, ya que es representativo de las reservas de energía del cuerpo”. (p. 642).

Comparando la obra de Hernández y Colaboradores⁶⁶(2011) indica que:

Se coloca al sujeto en el centro de la báscula y se le deja unos minutos hasta que esté tranquilo y sin movimientos. Puede permitírsele al sujeto prendas ligeras o ropa interior; sin embargo, deben excluirse zapatos, pantalones pesados, suéteres o chamarras. Es recomendable que se utilicen batas desechables para estandarizar el uso de ropa.

El peso se registra en kilos y hasta los 100 g más cercanos. (p. 27).

⁶⁴Hodgson, M.I., (2000).Evaluación Nutricional. . [En línea].Consultado: [20, agosto, 2014] Disponible: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/Leccion06/M2L6Leccion.html>

⁶⁵ Ross, A., Caballero, B., Cousins, R., Tucker, K., y Ziegler, T. (2014). Nutrición en la salud y la enfermedad. Barcelona, Reino de España: Wolters Kluwer.

⁶⁶Hernández, A., Serralde, A., Olguín, G., Meléndez, G., y Amarante, M. (2011). Medicina y nutrición nutrición comunitaria y clínica. México, D.F. Estados Unidos Mexicanos: McGraw-Hill.

Indagando la obra de Gil y Colaboradores⁶⁷ (2010) referencia que:

Los resultados del peso se comparan con las tablas que existen en función de la talla, la edad y el sexo, que habitualmente, delimitan los rangos de normalidad en percentiles entre el 5% y el 95% de la población para la que se hayan desarrollado. (p. 124).

Considerando la obra de Salas y Colaboradores⁶⁸(2008) establece que:

La talla se determina con el individuo descalzo. La posición de la cabeza ha de ser la correspondiente a aquella en la que el meato auditivo y el borde inferior de la órbita de los ojos estén en un plano horizontal. El sujeto ha de estar con los brazos relajados, y de espaldas al vástago vertical del tallímetro. (p. 97).

Índice de Masa Corporal (IMC).

Observando informaciones disponibles en el sitio web de OMS⁶⁹(2014) determina que: “es una medición estadística que relaciona el peso y la estatura de una persona. El índice de masa corporal se calcula dividiendo el peso en kilogramos entre el cuadrado de la estatura en metros”. (párr.2).

Estudiando la obra de salas y colaboradores⁷⁰(2008) cita que:

Este índice es una medición simple que sigue teniendo gran valor epidemiológico. La comparación del peso de un sujeto con el peso ideal puede proporcionar información útil pero limitada, ya que es una información global, en función del tipo morfológico y del esqueleto del individuo. (p. 98).

⁶⁷Gil, A., Maldonado, J., y Martínez, E. (2010). Tratado de nutrición. Nutrición humana en el estado de salud Madrid, Reino de España: Médica Panamericana.

⁶⁸Salas, J., Bonada, A., Trallero, R., Salo, M., y Burgos, R. (2008). Nutrición y Dietética Clínica. Barcelona, Reino de España: Masson.

⁶⁹ Organización Mundial de la Salud (2014). Obesidad y sobrepeso. [En línea]. Consultado: [20, agosto, 2014] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

⁷⁰Salas, J., Bonada, A., Trallero, R., Salo, M., y Burgos, R. (2008). Nutrición y Dietética Clínica. Barcelona, Reino de España: Masson.

Indagando informaciones disponibles del sitio web de Scielo, en la revista medicina consulte un artículo en su versión digital de Puche⁷¹ (2005) conoce que: “el índice aparece por primera vez en la obra de Alphonse Quetelet, sur l'homme et le développement de ses facultés. Essai d'une physique sociale (1835) que resume sus investigaciones en estadística aplicada a variables antropométricas y del comportamiento social”. (párr. 4).

Leyendo informaciones disponibles en el sitio web de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile⁷² (2008) expone que:

El índice de masa corporal se determina con el peso actual en kg, dividido por la estatura en metros al cuadrado:
IMC = peso (kg) / talla (m²)
Se considera: desnutrido < 18,5
Normal 18,5 - 24,9
Sobrepeso 25 – 29,9
Obeso ≥ 30. (párr.7).

Examinando informaciones disponibles del centro para el control y la prevención de enfermedades (CDC)⁷³(2014) menciona que:

Los parámetros para definir los rangos del peso corporal son "bajo peso", "normal", "sobrepeso" y "obesidad". Para definir el bajo peso corporal es aquel valor inferior al peso normal. Mientras que la obesidad y el sobrepeso describen rangos superiores al peso saludable para la estatura establecida. (Sección como evaluar su peso. párr. 4).

⁷¹Puche, R., (2005). El índice de masa corporal y los razonamientos de un astrónomo. Revista Scielo. [En línea]. Consultado: [20, agosto, 2014] En: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802005000400016

⁷²Escuela.med.puc.cl (2006).Evaluación del estado nutricional. [En línea] Consultado: [20, agosto, 2014] Disponible en: <https://escuela.med.puc.cl/paginas/cursos/tercero/integradotercero/ApFisiopSist/nutricion/NutricionPDF/EvaluacionEstado.pdf>

⁷³Centro para el control y la prevención de enfermedades (CDC). (2015). Peso saludable: ¡No es una dieta, es un estilo de vida! [En línea]. Consultado: [20, agosto, 2014] Disponible en: http://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/bmi/childrens_bmi/acerca_indice_masa_corporal_ninos_adolescentes.html

Percentil del IMC.

Examinando informaciones disponibles del centro para el control y la prevención de enfermedades (CDC)⁷⁴(2014) señala que: “El percentil indica la posición relativa del número del IMC del niño con la edad y el género.” (pàrr.2.). Véase Matriz de categorías del nivel del peso Anexo 4, cuadro 20.

Bajo Peso.

Analizando informaciones disponibles en el sitio web fondo de Las Naciones Unidas Para La Infancia. (UNICEF)⁷⁵(2011) cita que “la desnutrición infantil es el resultado de la ingesta insuficiente de alimentos (en cantidad y calidad), la falta de una atención adecuada y la aparición de enfermedades infecciosas”. (p. 7).

Indagando informaciones disponibles del sitio web de Avantmed en un artículo de Chinizaca y Colaboradores⁷⁶ (2015) establece que:

Galeno, (200 años AC) consideró que las insuficiencias nutricionales era la causa de la aparición de la caries y manifestaba que causarían que los dientes se vuelvan débiles.

Y que además que los trastornos metabólico o sistémico que se presente durante la formación del diente, así se ha reportado que el 50% de los niños que padecen de raquitismo también presentan datos de hipoplasia de esmalte. (Sección desnutrición crónica y caries párr. 1).

⁷⁴Centro para el control y la prevención de enfermedades (CDC). (2015). Peso saludable: ¡No es una dieta, es un estilo de vida! [En línea]. Consultado: [20, agosto, 2014] Disponible en: [http:// www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/bmi/childrens_bmi/acerca_indice_masa_corporal_ninos_adolescentes.html](http://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/bmi/childrens_bmi/acerca_indice_masa_corporal_ninos_adolescentes.html)

⁷⁵Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (UNICEF). (2011). La desnutrición infantil. [En línea]. Consultado: [26, mayo, 2015] Disponible en: <https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/Dossierdesnutricion.pdf>

⁷⁶Chinizaca, W., Nicolalde, M., y Defranc, J. (2015). Relación entre caries y Desnutrición crónica, en niños de 1 a5 años. Centros de atención infantil Riobamba. Consultado: [05, junio, 2015]. Disponible en: <http://www.avantmed.net/avantmed/wpcontent/uploads/2015/03/RelacionEntreCariesyDesnutricionCronica.pdf>

Enfermedades gingivales asociadas con desnutrición.

Estudiando la obra de Jan Lindhe⁷⁷ (2009) referencia que:

Aunque algunas deficiencias nutricionales pueden exarbar de manera significativa la respuesta de la encía a la presencia de placa bacteriana, el papel preciso de la nutrición en la iniciación o la progresión de las enfermedades periodontales no se ha dilucidado todavía. (p.412).

Continuando la lectura de la obra de Jan Lindhe⁷⁸ (2009) cita que:

Si bien existe una escasez de información disponible respecto de los efectos de una deficiencia nutricional aislada específica sobre los tejidos periodontales humanos, la deficiencia grave de vitamina c o escorbuto fue una de las primeras deficiencias nutricionales observada en la cavidad oral. (p.412).

Indagando informaciones disponibles en el sitio web de Scielo en la revista de avances en periodoncia e Implantología oral en un artículo de Matesanz y Colaboradores⁷⁹ (2008) conoce que:

La gingivitis del escorbuto, se asocia con el escorbuto es caracterizada por la aparición de una gingivitis de tipo ulceroso clínicamente la encía aparece con sangrado, ulcerada y de color brillante permitiendo estímulos mínimos y alteración hacia una consistencia esponjosa), que se relaciona con un rápido desarrollo de bolsas periodontales y pérdida dentaria, consecuencia de la alteración que se deriva del déficit vitamínico en la formación del colágeno, la movilidad de los neutrófilos y la respuesta inmune (sección enfermedades gingivales modificadas por nutrición. párr. 1).

Analizando informaciones disponibles en el sitio web odontología preventiva de Stifano y colaboradores⁸⁰(2008) referencia que: “* *Enfermedades de la mucosa oral*. La deficiencia de vitaminas B, demuestra la prevalencia en la aparición de algunas lesiones en la mucosa oral como estomatitis angular, y queilitis”. (p. 66).

⁷⁷Lindhe, J., Lang, N y Karring, T. (2009) Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. Buenos Aires, República de Argentina: Médica Panamericana.

⁷⁸Ibídem.

⁷⁹Matesanz, P., Matos, R., y Bascones, A. (2008). Enfermedades gingivales: una revisión de la literatura. Revista Scielo. [En línea]. Consultado: [11, junio, 2015].

En:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852008000100002

⁸⁰Stifano, M., Chimenos, E., López, J., y Lozano, V. (2008). Nutrición prevención de las enfermedades de la mucosa oral. [En línea]. Consultado: [05, agosto, 2014] Disponible en:http://www.cvc.uab.es/~jalvarez/JLL/website/Nutricion_prevenccion.pdf

Analizando informaciones disponibles en el sitio web en la revista cubana de estomatología presenta un artículo científico en versión digital de Quiñones y Colaboradores⁸¹(2008) los resultados indican “La desnutrición es un factor de riesgo biológico de caries.La acidez en el medio bucal es una consecuencia de las erosiones adamantinas que se establecen en las piezas dentarias en pacientes desnutridos”. (p. 3).

Observando informaciones disponibles en el sitio web de Scielo presenta un artículo científico en versión digital de Quiñones y Colaboradores⁸²(2004) muestran que:

El presente análisis nos demuestra que la desnutrición se comportó como un factor de riesgo que influyó significativamente en el incremento del índice coe-d, el retardo del brote dentario, la presencia de lesiones de esmalte, maloclusión y gingivitis, mientras que el bajo peso al nacer estuvo asociado con el retardo del brote dentario, la presencia de maloclusión y de gingivitis, no así con la aparición de la caries dental y las lesiones de esmalte. (Sección discusión. párr. 9).

Peso Saludable.

Investigando la Obra de Moreno y Colaboradores⁸³(2000) sabe que:

El concepto de peso saludable se definió inicialmente como el peso habitual o normal en una población de referencia, considerando como rango de normalidad los valores comprendidos entre los percentiles 15 y 85 para determinado grupo de edad y sexo.(p. 125).

⁸¹Quiñónez, M., Pérez, L., Ferro, P., Martínez, H., y Santana, S. (2008). [En línea]. Estado de salud bucal: su relación con el estado nutricional en niños de 2 a 5 años. Revista. Scielo. Consultado: [05, agosto, 2014] En: http://http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072008000200004&script=sci_arttext

⁸²Quiñónez, M.E., Rodríguez, C.A., González, C.B. y Padilla, G.C. (2004). Morbilidad bucal. Su relación con el estado nutricional en niños de 2 a 5 años de la Consulta de Nutrición del Hospital Pediátrico Docente de Centro Habana. Revista. Scielo. [En línea]. Consultado: [05, agosto, 2014].En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003475072004000100001&script=sci_arttext.

⁸³Moreno, E., Monereo, S., y Álvarez, J. (2000). Obesidad epidemia del siglo XXI. Madrid, Reino de España: Diaz de Santos

Indagando la obra de Roquejo y Ortega⁸⁴(2006) expone que: “el peso ideal es aquel que permite a una persona estar más sana, sentirse mejor y tener la máxima esperanza y calidad de vida. Son admisibles ciertas variaciones de peso con respecto al ideal”. (p. 117).

Sobrepeso.

Analizando la obra de Weineck⁸⁵ (2001) indica que: “el sobrepeso por sí mismo no es una enfermedad, sino solamente un factor de riesgo que influye negativamente sobre una serie de enfermedades diferentes. Por ejemplo, el sobrepeso empeora el pronóstico de determinadas enfermedades metabólicas”. (p. 60).

Investigando la obra de Porti⁸⁶ (2006) establece que:

Puede definirse al sobrepeso como el exceso de peso con riesgo de obesidad. En el caso de los adultos, se ha clasificado como obeso al individuo cuyo índice de masa corporal (IMC) es mayor a 30. Presenta sobrepeso, por su parte, el individuo cuyo índice de masa corporal oscila entre 25 y 30. (p. 14).

Obeso.

Indagando la obra de Roquejo y Ortega⁸⁷ (2006) refiere que:

La obesidad se define como un exceso de grasa, general o localizada, que se manifiesta en un valor de peso elevado comparado con el de personas de la misma edad y sexo. Este término suele confundirse con el de sobrepeso, que solo es indicador de que una persona tiene más peso del que corresponde con su talla. (p.117).

⁸⁴Roquejo, A. y Ortega, R. (2006). Nutriguia manual de nutrición clínica en atención primaria. Reino de España: complutense.

⁸⁵Weineck, J. (2001). Salud, ejercicios y deporte. Madrid, Reino de España: Paidotribo

⁸⁶Porti, M. (2006). Obesidad Infantil todo lo que necesita saber. Buenos Aires, Republica de Argentina: Imaginador.

⁸⁷Roquejo, A. y Ortega, R. (2006). Nutriguia manual de nutrición clínica en atención primaria. Reino de España: complutense.

Investigando la obra de Alpers⁸⁸ (2003) señala que:

La obesidad consiste en una acumulación excesiva de grasa en el organismo. Aunque desde hace décadas se han utilizado diversos métodos para calcular la grasa corporal, *no existe una definición aceptada de modo uniforme que determine cuál es su cantidad normal y, por tanto, hay diversas definiciones de obesidad basadas en el aumento excesivo de la grasa corporal*. Esta confusión viene provocada por el hecho de que la presencia de una cantidad anómala de grasa corporal asociada a complicaciones médicas tiene un origen multifactorial, en que se pueden incluir el sexo, la edad, la distribución de la grasa, el aumento de peso (grasa) desde el inicio de la edad adulta, la actividad física, los factores genéticos y otros factores de riesgo. (p. 669).

Leyendo informaciones publicadas del sitio web Scielo, la revista chilena de pediatría en un artículo en versión digital de Cereceda y Colaboradores⁸⁹(2010), menciona que:

La malnutrición por exceso no se asocia a la prevalencia de caries en escolares. Estos resultados apuntan a que las medidas y decisiones de políticas públicas relacionadas a combatir la alta prevalencia de caries no debieran pasar por el control del sobrepeso y obesidad infantil, por lo que se debiera seguir poniendo énfasis en educar a los padres y niños acerca de la importancia de la higiene oral, el rol de los azúcares y carbohidratos refinados, el papel del flúor, así como también en el fomento de aquellas intervenciones contempladas en el plan auge y que están dirigidas a la prevención de esta importante enfermedad.(p.35).

2.3. Unidad de observación y análisis.

Niños y niñas de 5 a 12 años que acudieron al Centro Comunitario XICS Fe y Alegría Portoviejo.

2.4. Variables.

2.4.1. Variables dependientes:

Lesiones bucales.

⁸⁸Alpers, D., Stenson, W., y Bier, D. (2003). Nutrición. Madrid, Reino de España.

⁸⁹Cereceda, M., Faleiros, S., Ormeño, A., Pinto, M., Tapia, R., Díaz, C., y García, H. (2010). Prevalencia de Caries en Alumnos de Educación Básica y su asociación con el estado nutricional. Revista Scielo. [En línea]. Consultado: [20, agosto, 2014]. En: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062010000100004

2.4.2. Variables independientes:

Estado nutricional.

2.5. Operacionalización de las variables.

Véase operacionalización. Ver Anexo 6, cuadro 22.

CAPÍTULO III.

3. Marco Metodológico.

3.1. Modalidad.

Campo: se realizó donde se presentó la problemática, en los niños y niñas de 5 a 12 años que asistieron al Centro Comunitario XICS Fe y Alegría Portoviejo.

3.2. Tipo de investigación.

Estudio descriptivo de corte transversal.

3.3. Métodos.

La investigación se realizó en un universo de 93 niños que asistieron al Centro Comunitario XICS Fe y Alegría Portoviejo, permitiendo la recolección de información mediante los instrumentos planteados.

Para identificar las lesiones bucales se realizó un examen mediante observación directa de la cavidad oral de cada uno de los niños y niñas, las lesiones caries, gingivitis y aftas se las registro si están presente o ausentes en el formulario 033 del MSP; para evaluar el estado nutricional se utilizó el criterio del IMC para lo cual se tomó el peso corporal mediante una balanza de peso y talla.

Este resultado se confrontó, junto a la edad, en una tabla de percentiles para determinar el estado nutricional.

3.4. Técnicas.

Técnica de observación: observación de la cavidad oral de los niños y niñas para identificar las lesiones bucales, la talla y el peso corporal para establecer el índice de masa corporal o índice de Quételet.

3.5. Instrumentos.

Registro de observación: historia clínica odontológica. (Anexo 7 Cuadro 23.)

Tablas de percentiles para la evaluación del índice de masa corporal en niños y niñas. (Anexo 8 y 9 Cuadro 24 y 25.).

3.6. Recursos.

3.6.1. Recursos humanos.

Investigadora.

Tutor de tesis.

3.6.2. Recursos materiales.

Instrumentos de exploración odontológica.

Espejos bucales.

Explorador bucal.

Pinza algodонера.

Guantes.

Mascarillas.

Gorros desechables.

Fotocopias.

Fotografías.

Materiales de oficina.

Suministros de impresión.

3.6.3. Recursos tecnológicos.

Cámara Digital.

Computadora.

Flash memory.

Impresora.

Internet.

Scanner.

3.7. Población y muestra.

Para esta investigación, se trabajó con universo de 93 niños y niñas de 5 a 12 años que asistan al Centro Comunitario XICS Fe y Alegría Portoviejo.

3.8. Recolección de la información

Para la recolección de la información de campo se utilizó historia clínica odontológica 033 del MSP y la tabla de percentiles de peso y talla para la evaluación del índice de masa corporal en niños y niñas.

3.9. Procesamiento de la información.

Los datos recogidos en la planilla de recolección de datos fueron procesados con la aplicación de cálculo Microsoft Excel del paquete ofimático Microsoft office 2013.

Los resultados serán representados mediante tablas y gráficos estadísticos. El análisis de estudio de relación se lo realizo con la prueba estadística de Pearson.

3.10. Ética.

A los representantes de los niños y niñas incluidos en la investigación, se les ofreció información precisa y confidencial sobre los objetivos de la misma. Se contó con el consentimiento oral y escrito de los padres, para lo cual se confecciono una planilla de consentimiento informado.

CAPÍTULO IV.

4. Análisis e Interpretación de los Resultados.

4.1. Análisis de interpretación de los resultados de la historia clínica-odontológica, formulario 033 del Msp.

Cuadro y gráfico 1.
Distribución de los niños y niñas por género.

Sexo		
Opciones.	Frecuencia.	Porcentaje.
Masculino.	39	42%
Femenino.	54	58%
Totales.	93	100%

Fuente: historia clínica-odontológica, formulario 033 del Msp.
Anexo n° 7. Elaboración: autora de esta tesis. Cap. IV, p. 37.

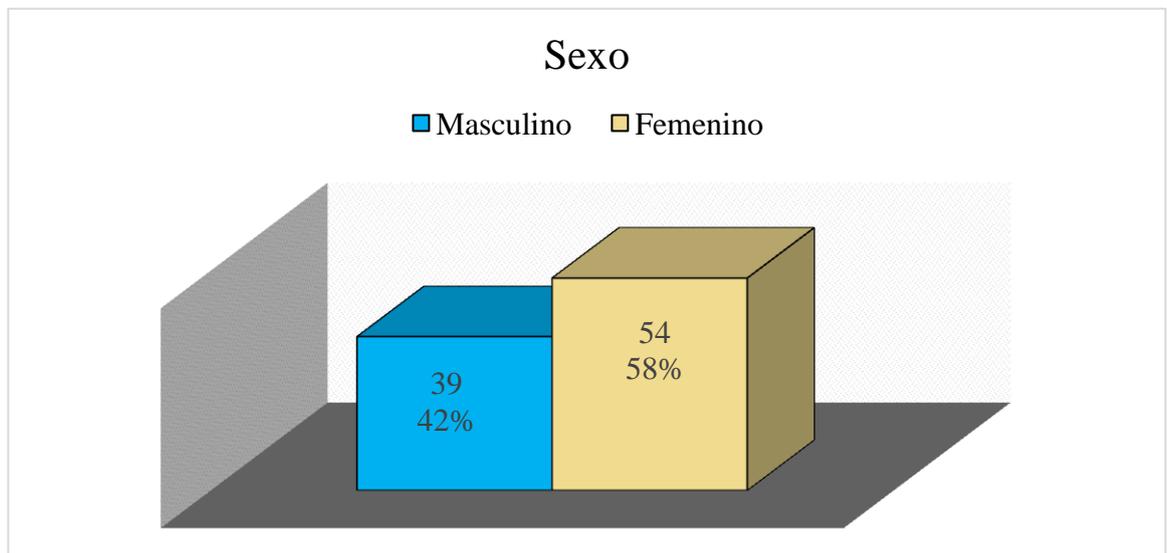


Gráfico n°. 1. Datos obtenidos del cuadro 1. Fuente: historia clínica-odontológica, formulario 033 del Msp. Anexo n° 7. Elaboración: autora de esta tesis. Cap. IV, p. 37.

Análisis e interpretación.

El cuadro y gráfico n° 1, indica que de los 93 niños y niñas examinados, 54 que corresponde al 58% son mujeres y 39 que corresponde al 42% son hombres. De acuerdo a estos resultados, el grupo femenino tuvo predominio.

Cuadro y gráfico 2.
Distribución de niños y niñas por edad.

Edad.	Frecuencia.	Porcentaje.
5	10	11%
6	10	11%
7	14	15%
8	17	18%
9	17	18%
10	15	16%
11	9	10%
12	1	1%
Totales.	93	100%

Fuente: historia clínica-odontológica, formulario 033 del Msp. Anexo n° 7.
 Elaboración: autora de esta tesis. Cap. IV, p. 39.

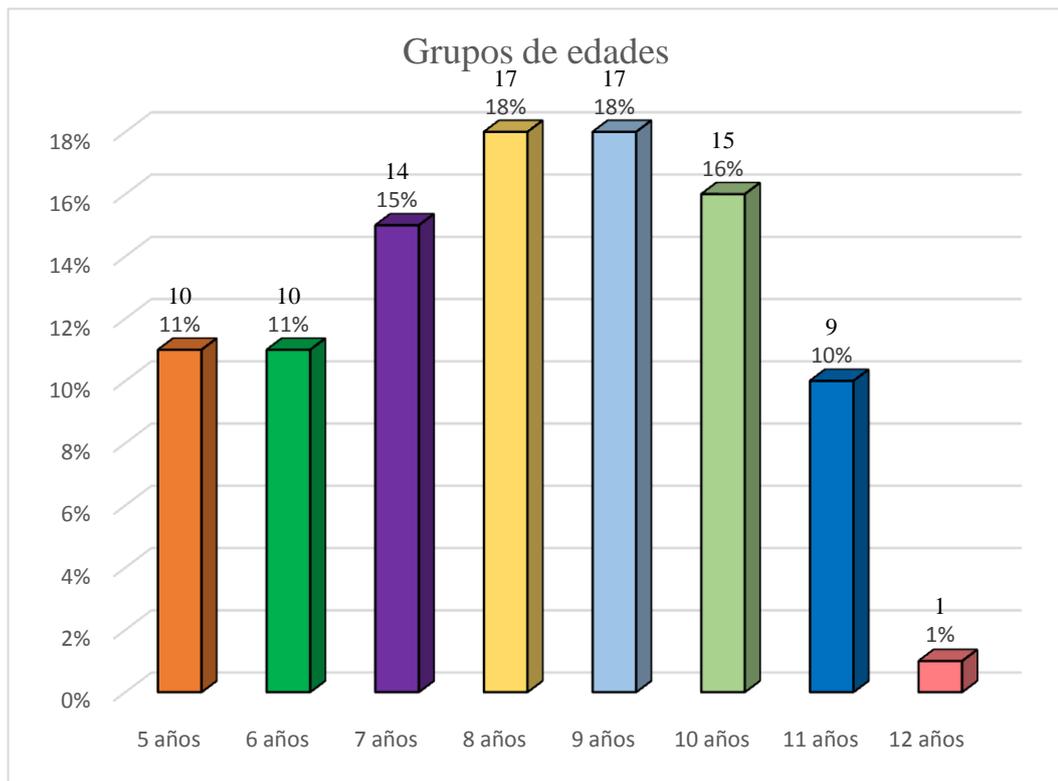


Gráfico N°. 2. Datos obtenidos del cuadro 2. Fuente: historia clínica-odontológica, formulario 033 del Msp. Anexo n° 7. Elaboración: autora de esta tesis. Cap. IV, p. 39.

Análisis e interpretación.

De acuerdo a la distribución por edad que se muestra en el cuadro y gráfico n° 2, se observa que del total de la muestra de 93 niños y niñas examinados, el grupo comprendido en edades de 8 y 9 años, con 17 casos corresponde al 18%, siguiéndole el de 10 años, con 15 casos corresponde al 16%, los niños y niñas de 7 años, con 14 casos corresponde al 15% .los grupos de edades 5 y 6 años con 10 casos corresponde al 11%, los niños y niñas de 11 años con 9 casos, corresponde al 10% y los de 12 años con 1 caso corresponde al 1%.

**Cuadro y gráfico 3.
Caries.**

Caries.		
Opciones.	Frecuencia	Porcentaje
Presencia	87	94%
Ausencia	6	6%
Totales	93	100%

Fuente: historia clínica-odontológica, formulario 033 del Msp. Anexo n° 7.
Elaboración: autora de esta tesis. Cap. IV, p. 41.

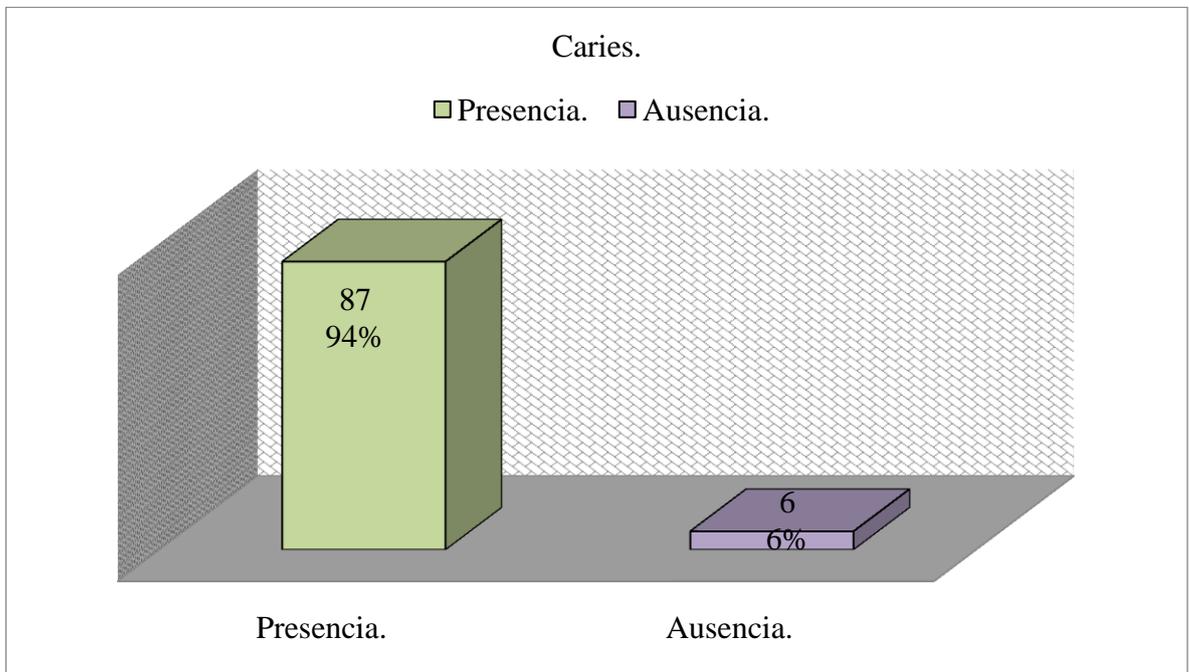


Gráfico N°. 3. Datos obtenidos del cuadro 3. Fuente: historia clínica-odontológica, formulario 033 del Msp. Anexo n°7. Elaboración: autora de esta tesis. Cap. IV, p. 41.

Análisis e interpretación

En el cuadro y gráfico nº3, se indica que del total de la muestra de 93 niños y niñas examinados; 87 que representa al 94% tiene caries, mientras que 6 infantes que representa al 6% no presenta caries. Lo que muestra que en la población estudiada alrededor de 2 de cada 3 pacientes sufre de caries.

Analizando la obra de Boj y colaboradores⁹⁰(2011) referencia que: “la caries es el mayor problema de salud bucal en la mayoría de los países industrializados afectando al 60-90% de la población escolar y a la inmensa mayoría de la población adulta”. (p. 835).

⁹⁰Boj, J. R., Catalá, M., García, C., Mendoza, A., y Planells, P. (2011). Odontopediatría. la evolución del niño al adulto joven. Reino de España: Ripano.

Cuadro y gráfico 4.
Gingivitis.

Gingivitis.		
Opciones.	Frecuencia.	Porcentaje.
Presencia.	11	12%
Ausencia.	82	88%
Totales.	93	100%

Fuente: historia clínica-odontológica, formulario 033 del Msp. Anexo n° 7

Elaboración: autora de esta tesis. Cap. IV, p. 43.

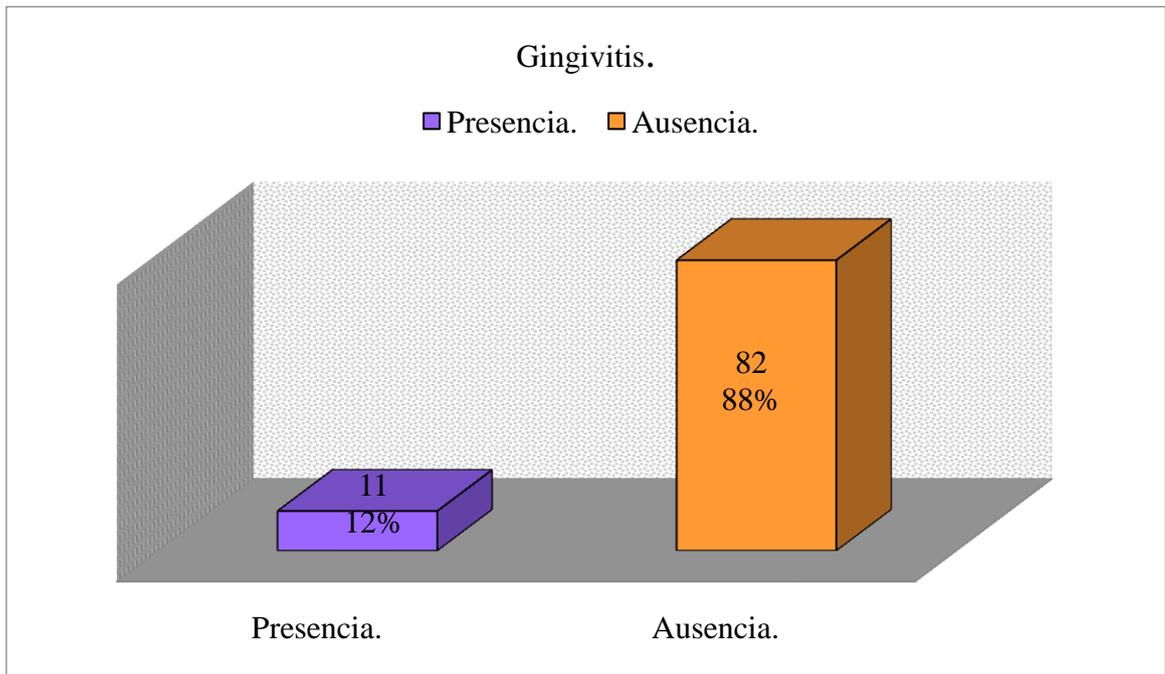


Gráfico N°. 4. Datos obtenidos del cuadro 4. Fuente: historia clínica-odontológica, formulario 033 del Msp. Anexo n° 7. Elaboración: autora de esta tesis. Cap. IV, p. 43.

Análisis e interpretación.

En el cuadro y gráfico nº4, se indica que del total de la muestra de 93 niños y niñas examinados, se evidenció que: 11 infantes representa al 12% tienen gingivitis, mientras que 82 niños que representa al 88% no presentan gingivitis. Lo que muestra es que la prevalencia de la gingivitis no es significativo.

Analizando la obra de Bordoni y Colaboradores⁹¹(2010) cita que: “la prevalencia, severidad y extensión de la gingivitis fluctúa a lo largo de los diferentes etapas del desarrollo del individuo. Varios estudios coinciden en señalar que la prevalencia y extensión de la gingivitis se incrementa con la edad”. (p. 19).

⁹¹Bordoni, N., Escobar, A., y Castillo, R. (2010).Odontología Pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. República de Argentina: Panamericana Médica.

Cuadro y gráfico 5.
Aftas.

Aftas.		
Opciones.	Frecuencia.	Porcentaje.
Presencia.	5	5%
Ausencia.	88	95%
Totales.	93	100%

Fuente: historia clínica-odontológica, formulario 033 del Msp. Anexo n° 7
 Elaboración: autora de esta tesis. Cap. IV, p. 45.

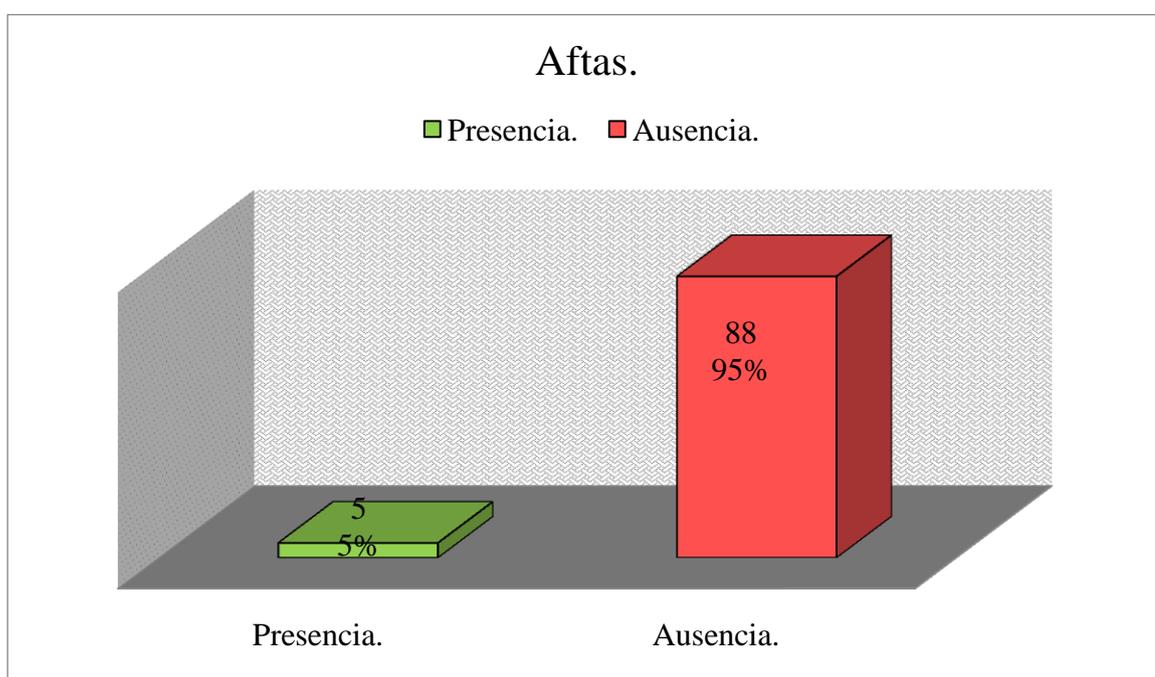


Gráfico N°. 5. Datos obtenidos del cuadro 5. Fuente: historia clínica-odontológica, formulario 033 del Msp. Anexo n° 7. Elaboración: autora de esta tesis. Cap. IV, p. 45.

Análisis e interpretación.

En el cuadro y gráfico n°5, se indica que del total de la muestra de 93 niños y niñas examinados; 5 niños representan al 5 % que tienen aftas, mientras que 88 niños que representan al 95% no presentan aftas. Lo que muestra que en la población estudiada la prevalencia de las aftas es insignificante en la población estudiada.

Comparando la obra de Langlais y Colaboradores⁹² (2011) expone que: “alrededor de 20% de la población está afectada por aftas menores, o aftas de la boca, como se llaman por lo común. Pueden verse en cualquier persona, aunque en las mujeres y los adultos jóvenes son más susceptibles”. (p. 172).

⁹²Langlais, R., Miller, C., y Nield, J. (2011). Atlas color de enfermedades bucales. Estados Unidos Mexicanos: Manual Moderno.

Cuadro y gráfico 6.
Lesiones frecuentes en la cavidad oral.

Lesiones frecuentes en la cavidad oral.		
Opciones.	Totales.	Porcentaje.
Caries.	87	94%
Gingivitis.	11	12%
Aftas.	5	5%
Totales.	93	100%

Fuente: historia clínica-odontológica, formulario 033 del Msp. Anexo n° 7.
 Elaboración: autora de esta tesis. Cap. IV, p. 47.

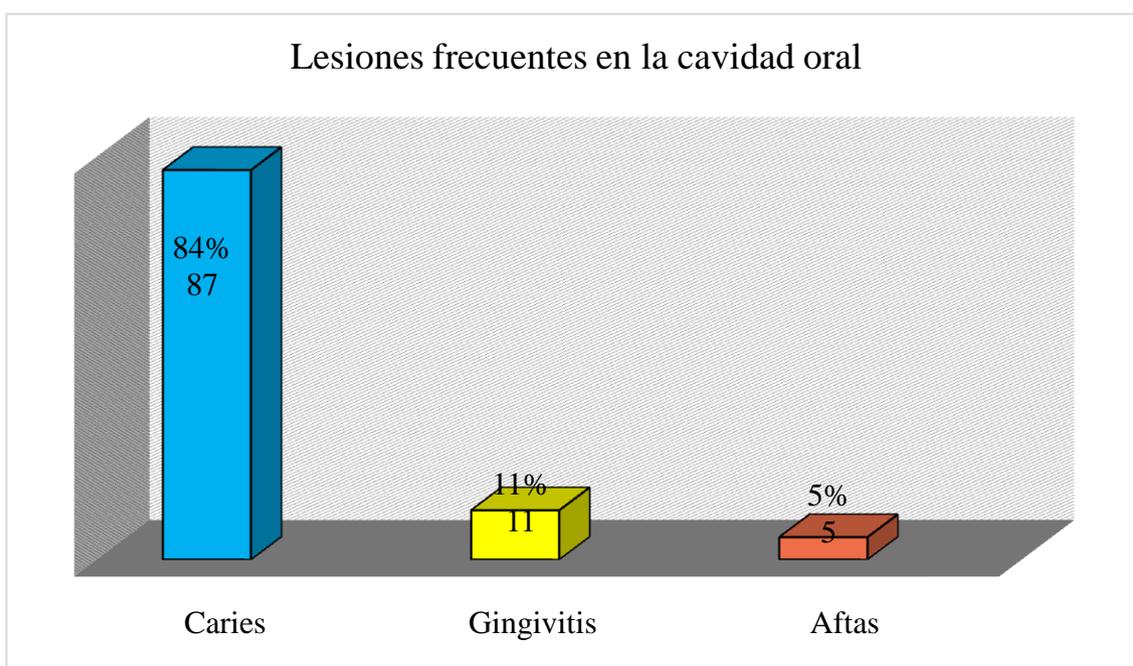


Gráfico N°. 6. Datos obtenidos del cuadro 6. Fuente: historia clínica-odontológica, formulario 033 del Msp. Anexo n° 7. Elaboración: autora de esta tesis. Cap. IV, p.47.

Análisis e interpretación.

En el cuadro y gráfico nº6, se indica que del total de la muestra de 93 niñas y niños examinados; 87 que representa al 84% tienen caries, mientras que 11 niñas y niños que presenta al 11% tienen gingivitis, además 5 niñas y niños que representa al 5% tienen aftas. El resultado de esta investigación muestra que en la población estudiada, la caries y la gingivitis son lesiones frecuentes en los niños y niñas estudiados.

Analizando la obra de Gutiérrez e Iglesias⁹³ indica que:

Al referirnos a la patología bucal es habitual el empleo de ciertas expresiones específicas.

Así cuando se habla de boca séptica nos referimos a una cavidad bucal que presenta dientes en mal estado, afectados por caries, y que tiene patología gingival, con gran acumulo de sarro. (p. 98).

⁹³Gutiérrez, E., e Iglesias, P. (2009). Técnicas de ayuda odontológica/estomatológica. Madrid, Reino de España: Editex.

Cuadro y gráfico 7.

Distribución por edad y su relación con las lesiones bucales.

Edad	Lesiones Bucles.			Totales.	Porcentaje.
	Caries.	Gingivitis.	Aftas		
5	9	0	1	10	10%
6	1	0	1	11	11%
7	1	0	2	15	15%
8	1	2	1	21	20%
9	1	4	0	19	18%
1	1	3	0	17	17%
1	7	1	0	8	8%
1	1	1	0	2	2%
Totales.	8	11	5		

Fuente: historia clínica-odontológica, formulario 033 del Msp. Anexo n° 7.

Elaboración: autora de esta tesis. Cap. IV, p. 49.

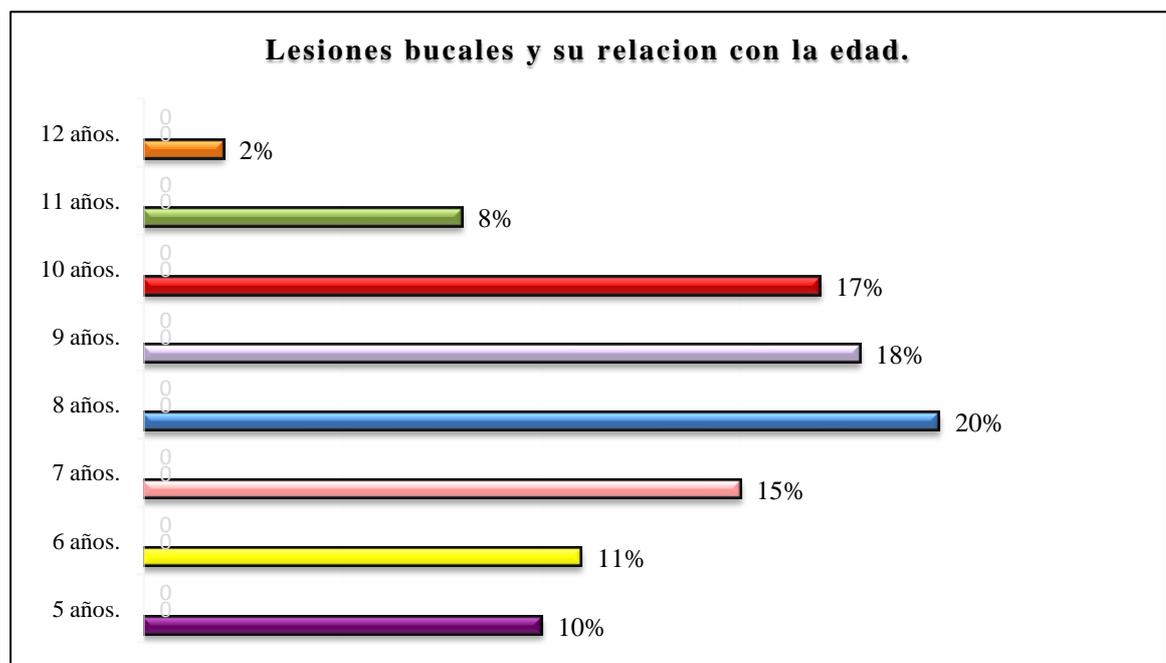


Gráfico N°. 7. Datos obtenidos del cuadro 7. Fuente: historia clínica-odontológica, formulario 033 del Msp. Anexo n° 5. Elaboración: autora de esta tesis. Cap. IV, p. 49.

Análisis e interpretación.

En el cuadro y gráfico n°7, de acuerdo a la distribución por edad y su relación con las lesiones bucales, indica que del total de la muestra de 93 niños y niñas examinados, el grupo mayormente fue representado el de 8 años, con 21 lesiones que corresponde al 20% , siguiéndole el de 9 años, con 19 lesiones que corresponde al 18%, los niños de 10 años, con 17 lesiones que corresponde al 17%, los niños de 7 años de edad se evidenció 15 lesiones, que corresponde al 15% siguiendo los niños de 6 años con 11 lesiones, que corresponde al 11%, los de 5 años constan de 10 lesiones y corresponde al 10% los niños de 11 años mostraron 8 lesiones que corresponde el 8 % , por último los de 12 años se evidenció 2 lesiones, y que corresponde el 2% respectivamente.

Indagando informaciones disponibles en el sitio web de acta odontológica venezolana en un artículo de Castillo y García⁹⁴ (2011) expone que:

En 1990 la organización mundial de la salud informó que solo una de cada diez personas tiene la totalidad de sus dientes sanos y obturados. La caries dental constituye una enfermedad de carácter universal, manifiesta su ataque desde el primer año de vida, afecta aproximadamente a 95% de la población mundial mayor de 5 años y es más frecuente entre las personas de 5 a 14 años de edad.(párr. 7).

Analizando informaciones disponibles en el sitio web de la revista odontológica mexicana en un artículo de Silva y Colaboradores⁹⁵ (2013) indica que:

La gingivitis es la segunda causa de morbilidad bucal. La prevalencia de la gingivitis aumenta con la edad, comienza en promedio a los 5 años y alcanza el punto máximo en la pubertad para después disminuir. (p.222).

⁹⁴Castillo, D., y García, M. (2011). Prevalencia de caries dental en la población infantil que acuden al ambulatorio urbano La haciendita en el Municipio Mariara, Estado Carabobo.[En línea].Consultado: [11, junio, 2015] Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2011/4/art11.asp>

⁹⁵Silva, X., Ruiz, R., Cornejo, J., y Llanas, J. (2013). Prevalencia de caries, gingivitis y maloclusiones en escolares de Ciudad Victoria, Tamaulipas y su relación con el estado nutricional. revista odontológica mexicana. [En línea].Consultado: [11, junio, 2015] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2013/uo134d.pdf>

Cuadro y gráfico 8.

Distribución de género y su relación con las lesiones bucales.

Sexo.	Lesiones Bucles.					
	Caries.		Gingivitis.		Aftas.	
Masculino.	39	45%	3	38%	2	40%
Femenino.	48	55%	8	73%	3	60%
Totales.	87		11		5	

Fuente: historia clínica-odontológica, formulario 033 del Msp. Anexo n° 7.
Elaboración: autora de esta tesis. Cap. IV, p. 51.

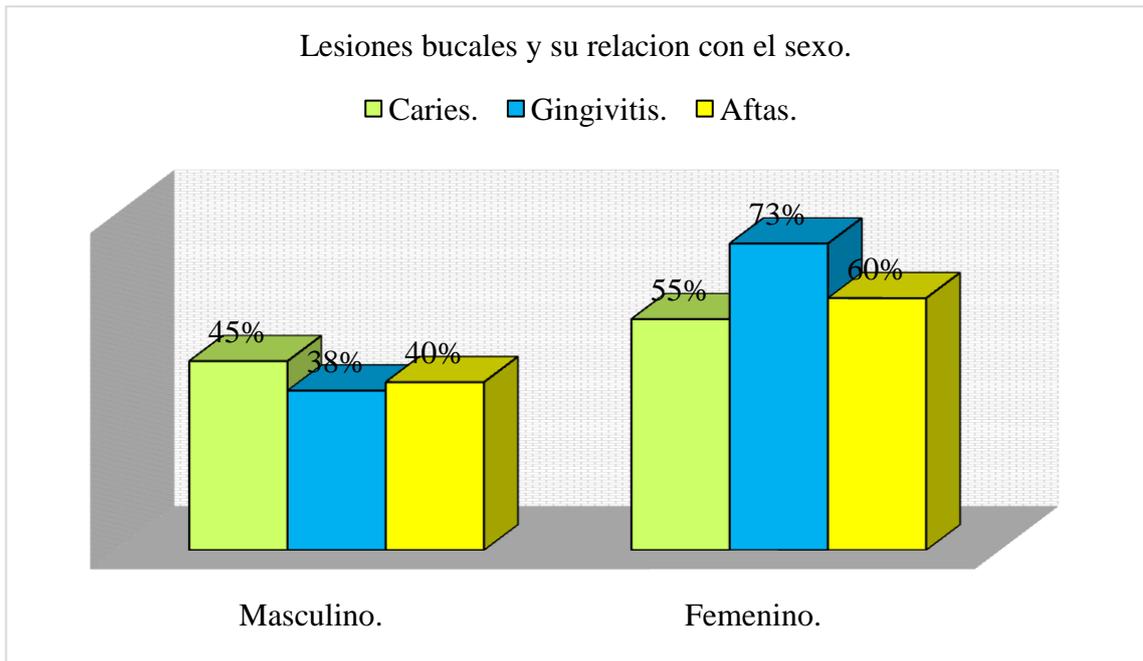


Gráfico n°. 8. Datos obtenidos del cuadro 8. Fuente: historia clínica-odontológica, formulario 033 del Msp. Anexo n° 7. Elaboración: autora de esta tesis. Cap. IV, p. 51.

Análisis e interpretación.

En el cuadro y gráfico nº8, se enuncia el porcentaje de pacientes que presentan en relación con el sexo. En la muestra realizada a los 93 niños, la caries se muestra con mayor presencia en el sexo femenino con 39 casos de 87 pacientes con caries en la cual representa al 45%, mientras que en el sexo masculino con 48 casos de 87 pacientes, lo que representa al 55%. La gingivitis se muestra en 11 casos, con 8 casos dando como resultado el 73% que corresponde al sexo femenino, y el 38% con 3 casos al sexo masculino. Las aftas presentan 5 casos con un 40% con 2 casos en el sexo masculino, y el 60% con 3 casos en el sexo femenino; esta muestra nos indica una alta presencia de lesiones bucales en el sexo femenino.

4.1. Análisis de interpretación de los resultados de la tabla de percentiles para la evaluación del índice de masa corporal de niños y niñas.

**Cuadro y gráfico 9.
Estado Nutricional.**

Estado nutricional.	Frecuencia.	Porcentajes.
Bajo peso. < 5	40	43%
Peso saludable. 5 -85	34	37%
Sobrepeso. 85-95	16	17%
Obeso. ≥ 95	3	3%
Totales.	93	100%

Fuente: tabla de percentiles para la evaluación del índice de masa corporal de niños y niñas. Anexo nº8 y 9. Elaboración: autora de esta tesis. Cap. IV, p. 53.

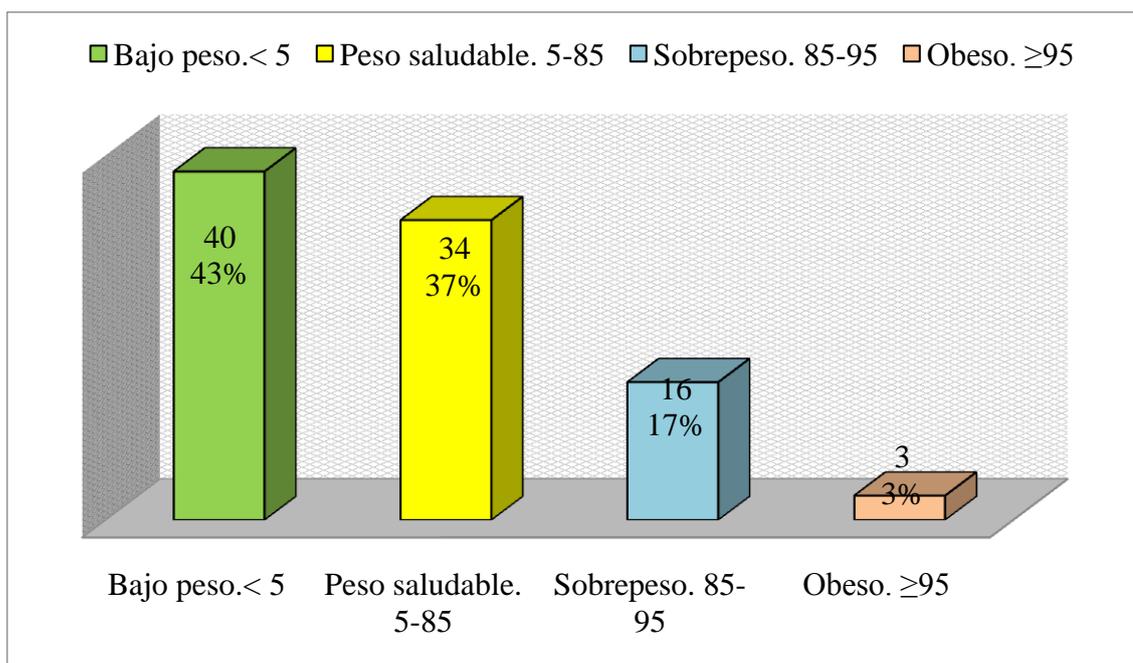


Gráfico N°. 9. Datos obtenidos del cuadro 9. Fuente: tabla de percentiles para la evaluación del índice de masa corporal de niños y niñas. Anexo nº nº8 y 9.. Elaboración: autora de esta tesis. Cap. IV, p. 53.

Análisis e interpretación.

En el cuadro y gráfico nº 9, se presenta que el total de la muestra de 93 niñas y niños examinados, 40 casos de niños con bajo peso muestra el 43%, mientras que 34 casos de niños con peso saludable muestra el 37%, 16 casos de niños con sobrepeso muestra el 17%, por último 3 casos de obesidad muestra el 3%. Lo que indica que en la población estudiada, hay alto índice de bajo peso.

Examinando informaciones disponibles del centro para el control y la prevención de enfermedades (CDC)⁹⁶(2014) menciona que:

Los parámetros para definir los rangos del peso corporal son “bajo peso”, “normal”, “sobrepeso” y “obesidad”. Para definir el bajo peso corporal es aquel valor inferior al peso normal. Mientras que la obesidad y el sobrepeso describen rangos superiores al peso saludable para la estatura establecida. (Sección como evaluar su peso. párr.4).

⁹⁶Centro para el control y la prevención de enfermedades (CDC). (2015). Peso saludable: ¡No es una dieta, es un estilo de vida! [En línea]. Consultado: [20, agosto, 2014] Disponible en: <http://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/>

Cuadro y gráfico 10.
Distribución de la edad con relación al estado nutricional.

Edad.	Estado Nutricional.								Totales.	Porcentaje.
	Bajo peso.	Porcentaje.	Peso saludable.	Porcentaje.	Sobrepeso.	Porcentaje.	Obeso.	Porcentaje.		
5	6	15%	4	12%	0	0%	0	0%	10	11%
6	7	18%	2	6%	1	6%	0	0%	10	11%
7	4	10%	7	21%	2	13%	1	33%	14	15%
8	6	15%	6	18%	3	19%	2	67%	17	18%
9	9	23%	7	21%	2	13%	0	0%	18	19%
10	6	15%	4	12%	4	25%	0	0%	14	15%
11	2	5%	3	9%	4	25%	0	0%	9	10%
12	0	0%	1	3%	0	0%	0	0%	1	1%
Totales.	40		34		16		3		93	100

Fuente: tabla de percentiles para la evaluación del índice de masa corporal de niños y niñas. Anexo n° n°8 y 9. Elaboración: autora de esta tesis. Cap. IV, p. 55.

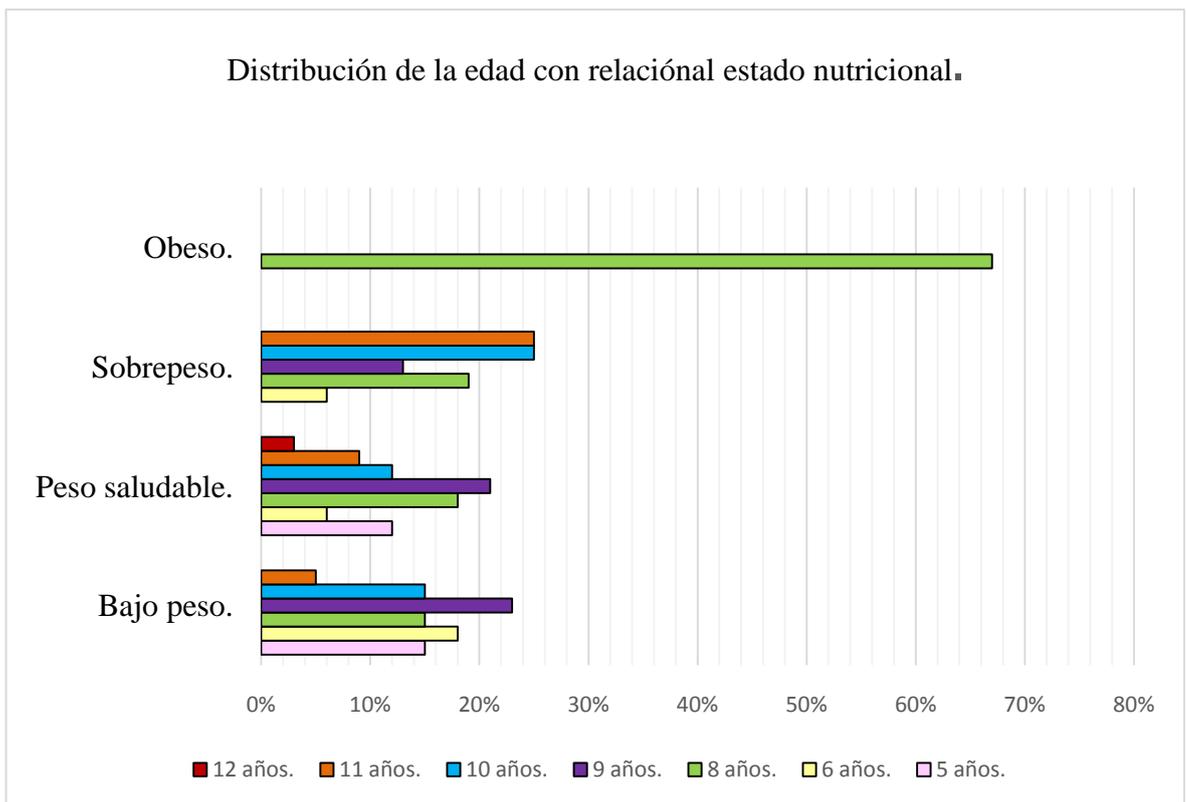


Gráfico N°. 10. Datos obtenidos del cuadro 10. Fuente: tabla de percentiles para la evaluación del índice de masa corporal de niños y niñas. Anexo n° n°8 y 9.. Elaboración: autora de esta tesis. Cap. IV, p. 55.

Análisis e interpretación.

En el cuadro y gráfico n°10, de acuerdo a la distribución por edad y su relación con el estado nutricional , indica que del total de la muestra de 93 niños y niñas examinados, el grupo que mayormente fue representado el de 9 años, con 18 casos que corresponden el 19%.

Siguiéndole el de 8 años, con 17 casos, que corresponde el 18% , en las edades de 7 y 10 años, con 14 casos corresponde al 15% , los grupos de edades de 5 y 6 años existe con 10 casos corresponden el 11%. Los niños y niñas de 11 años mostraron proporciones bajas con 9 casos que corresponde al 10%, en los niños de 12 años se evidenciaron 1 caso, que corresponde 1%.

Cuadro y gráfico 11.
Distribución del sexo con relación con el estado nutricional.

Sexo.	Estado Nutricional								Totales	Porcentaj e.
	Bajo Peso.	Porcen taje.	Peso Salu dabl e.	Porcen taje.	Sobr epes o.	Porcent aje.	Obeso	Porce ntaje.		
Masculin o.	21	53%	9	26%	7	44%	2	67%	39	42%
Femenino	19	48%	25	74%	9	56%	1	33%	54	58%
Totales.	40		34		16		3		93	100%

Fuente: tabla de percentiles para la evaluación del índice de masa corporal de niños y niñas. Anexo nº 8 y 9. Elaboración: autora de esta tesis. Cap. IV, p. 57.

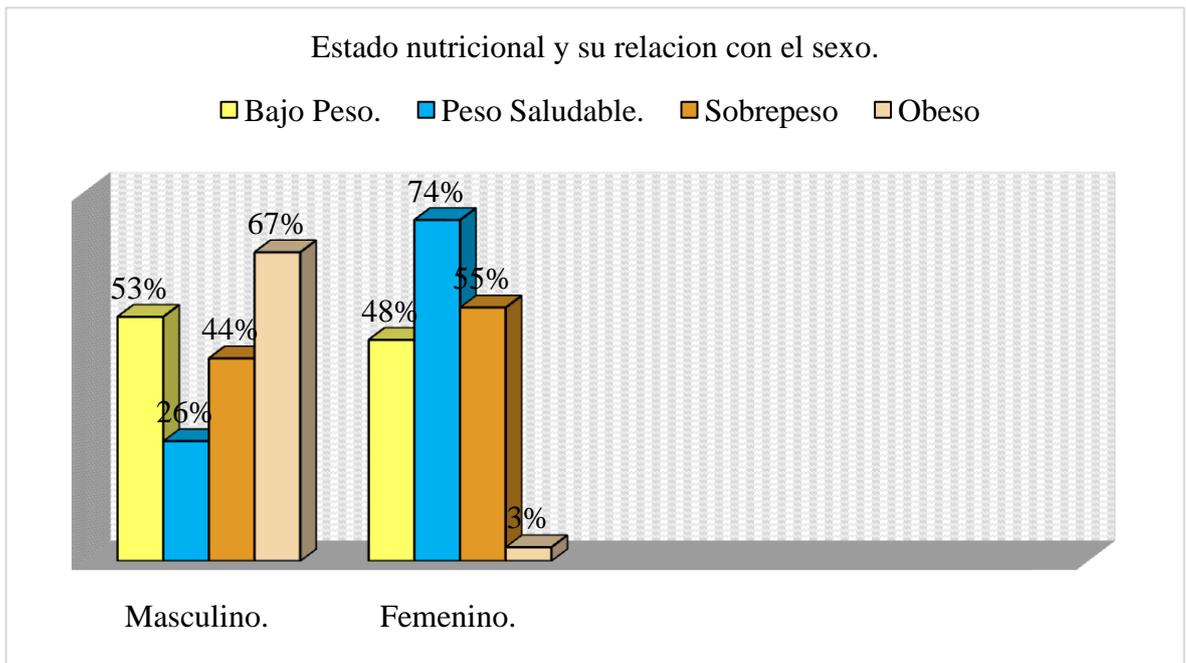


Gráfico n.º. 11. Datos obtenidos del cuadro 14. Fuente: tabla de percentiles para la evaluación del índice de masa corporal de niños y niñas. Anexo nº 8 y 9. Elaboración: autor de esta tesis. Cap. IV, p. 57.

Análisis e interpretación.

En el cuadro y gráfico n°11, se enuncia el porcentaje de pacientes que presenta el estado nutricional en relación con el sexo. En la muestra realizada a los 93 niños, el bajo peso se muestra con mayor presencia en el sexo masculino con 21 casos que corresponde al 53%, mientras que en el sexo femenino con 19 casos que corresponde al 48%, en el peso saludable, el sexo femenino hubo mayor prevalencia con 25 casos, que corresponde al 74% mientras que en el sexo masculino con 9 casos que representa al 26%.

En sobrepeso hubo mayor prevalencia en el sexo femenino con 9 casos que corresponden al 56%, mientras que en el sexo masculino con 7 casos corresponde al 44%, en obesidad hubo mayor prevalencia en el sexo masculino con 2 casos que corresponde al 67%, mientras que en el sexo femenino con 1 caso, que corresponde el 33%. Lo que se evidencia es que existe un porcentaje mayoritario de bajo peso con predilección al sexo masculino.

4.3. Análisis de variables mediante Chi Cuadrado de Pearson.

Cuadro 12.
Caries y su relación con el estado nutricional.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,700 ^a	3	,637
Razón de verosimilitudes	2,890	3	,409
N° de casos válidos	93		

Fuente: historia clínica-odontológica, formulario 033 del Msp. Anexo n° 7 y Tabla de percentiles para la evaluación del índice de masa corporal de niños y niñas. Anexo n° 8 y 9. Elaboración: autora de esta tesis. Cap. IV, p. 59.

El análisis entre el estado nutricional y la presencia de caries muestra un nivel de significancia o p mayor a 0,637 por lo tanto:

El resultado del X² entre las variables caries y del estado nutricional que incluye a los niños con bajo peso, peso saludable, sobrepeso y obeso, muestra un nivel de significación o “p” superior a 0,05, por lo tanto hay independencia para estas dos variables, no existe relación entre la caries dental y el estado nutricional.

Cabe resaltar que en la población estudiada los niños de bajo peso tuvieron un estándar cercano al parámetro del peso saludable por ello considero que no semejo lo que expone Quiñones y Colaboradores⁹⁷(2008) indican que: “La desnutrición es un factor de riesgo biológico de caries. La acidez en el medio bucal es una consecuencia de las erosiones adamantinas que se establecen en las piezas dentarias en pacientes desnutridos”. (p. 3).

⁹⁷Quiñónez, M., Pérez, L., Ferro, P., Martínez, H., y Santana, S. (2008). Estado de salud bucal: su relación con el estado nutricional en niños de 2 a 5 años. Revista Scielo. [En línea]. Consultado: [05, agosto, 2014] En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003475072008000200004&script=sci_arttex

Cuadro 13.
Gingivitis y su relación con el estado nutricional.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,266 ^a	3	,737
Razón de verosimilitudes	1,528	3	,676
Nº de casos válidos	93		

Fuente: historia clínica-odontológica, formulario 033 del Msp. Anexo nº 7 y Tabla de percentiles para la evaluación del índice de masa corporal de niños y niñas. Anexo nº 8 y 9. Elaboración: autora de esta tesis. Cap. IV, p. 60.

El análisis entre el estado nutricional y la presencia de gingivitis muestra un nivel de significancia o p mayor a 0,737 por lo tanto:

El resultado del X² entre las variables gingivitis y del estado nutricional que incluye a los niños con bajo peso, peso saludables, sobrepeso y obeso, muestra un nivel de significación o “p” superior a 0,05, por tal motivo hay independencia para estas dos variables, es decir, que la presencia de gingivitis en los niños no depende del estado nutricional, o no se relacionan.

Cabe resaltar que en la población estudiada los niños de bajo peso tuvieron un estándar cercano al parámetro del peso saludable por ello considero que no se iguala a la que expone Quiñones y Colaboradores⁹⁸(2004) expone que:

El presente análisis nos demuestra que la desnutrición se comportó como un factor de riesgo que influyó significativamente en el incremento del índice coe-d, el retardo del brote dentario, la presencia de lesiones de esmalte, maloclusión y gingivitis, mientras que el bajo peso al nacer estuvo asociado con el retardo del brote dentario, la presencia de maloclusión y de gingivitis, no así con la aparición de la caries dental y las lesiones de esmalte. (Sección discusión. párr. 9).

⁹⁸Quiñónez, M.E., Rodríguez, C.A., González, C.B. y Padilla, G.C. (2004). Morbilidad bucal. Su relación con el estado nutricional en niños de 2 a 5 años de la Consulta de Nutrición del Hospital Pediátrico Docente de Centro Habana. Revista Scielo. [En línea]. Consultado: [05, agosto, 2014] En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003475072004000100001&script=sci_arttext.

Cuadro 14.
Aftas y su relación con el estado nutricional.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,885 ^a	3	,597
Razón de verosimilitudes	2,783	3	,426
N de casos válidos	93		

Fuente: historia clínica-odontológica, formulario 033 del Msp. Anexo n° 7 y Tabla de percentiles para la evaluación del índice de masa corporal de niños y niñas. Anexo n° n°8 y 9. Elaboración: autora de esta tesis. Cap. IV, p. 61.

El análisis entre el estado nutricional y la presencia de aftas muestra un nivel de significancia o p mayor a 0,595, por lo tanto:

El resultado del X² entre las variables aftas y del estado nutricional que incluye a los niños con bajo peso, peso saludables, sobrepeso y obeso. Muestra un nivel de significación o “p” superior a 0,05, por lo tanto por tal motivo hay independencia para estas dos variables, es decir, no existe relación entre las aftas y el estado nutricional.

Analizando la obra de McDonald y Colaboradores⁹⁹ (2011) indica que: “las deficiencias nutricionales son encontradas en el 20% de las personas con úlceras aftosas. Las deficiencias clínicamente detectables incluyen deficiencias de hierro, de vitamina b₁₂ y ácido fólico”. (p. 372).

⁹⁹McDonald, R., Avery, D., y Deán, J. (2011). Odontología para el niño el adolescente. República Bolivariana de Venezuela: Amolca.

CAPÍTULO V.

5. Conclusiones y Recomendaciones.

5.1.1. Conclusiones.

Del análisis de los resultados de la investigación realizado a los niños y niñas con edades comprendidas de 5 a 12 años del Centro Comunitario XICS Fe Y Alegría Portoviejo concluyó que:

La lesión más frecuente fue la caries, Gingivitis y aftas, se obtuvieron resultados poco significativos en los escolares del Centro Comunitario XICS Fe y Alegría Portoviejo.

El parámetro de bajo peso tiene una alta incidencia en la población estudiada, en cuanto al peso saludable es el segundo con mayor frecuencia. En sobrepeso y obesidad se obtuvieron porcentajes mínimos.

En los niños y niñas de 5 a 12 años de edad del Centro Comunitario XICS Fe y Alegría Portoviejo, no existe relación de asociación entre la presencia de lesiones bucales y el estado nutricional.

5.1.2. Recomendaciones.

Promover la prevención de la salud bucal.

Educar a los niños y niñas y tutores sobre el estado nutricional y como inciden en la aparición de las lesiones bucales.

Recomendar a los padres sobre el cuidado de sus hijos en cuanto a la higiene oral y la nutrición diaria.

CAPÍTULO VI.

6. Propuesta.

6.1. Datos Informativos.

6.1.1. Título de la propuesta.

Educación en salud bucal a los niños y niñas que asisten del Centro Comunitario XICS Fe y Alegría Portoviejo en al año 2015.

6.2. Periodo de ejecución.

La ejecución de la propuesta se realizara desde el 19 al 26 de junio del 2015.

6.2.1. Descripción de los beneficiarios.

Beneficiarios directos. Niños y niñas del Centro Comunitario XICS Fe y Alegría Portoviejo.

Beneficiarios indirectos. Padres de familia y personal de trabajo del Centro Comunitario XICS Fe Y Alegría Portoviejo.

6.2.2. Ubicación sectorial y física.

El Centro Comunitario XICS Fe y Alegría Portoviejo se encuentra ubicado en la parroquia San Pablo, en la calle 20 de julio, del cantón Portoviejo, de la provincia de Manabí.

6.3. Introducción.

Se ejecutó una propuesta a la población investigada, con el objetivo de fomentar la higiene bucal y promover la visita del odontólogo, de manera que se realizó talleres educativos acerca de la salud bucal.

Se realizó interacciones con los niños y niñas sobre sus interrogantes a base de preguntas que durante el taller fueron dialogadas y los infantes salieron de cualquier incógnita que tenían en ese momento.

6.4. Justificación.

Según la investigación que se realizó a los infantes investigados, se puede indicar que hay poco conocimiento acerca de la higiene dental y lo que puede provocar la falta de ella en al aparecieron de lesiones bucodentales.

Por la alta frecuencia de alteraciones bucales en los niños y niñas, se propone realizar un taller de salud bucal para disminuir y prevenir la presencia de ellas y mejorar en el futuro la salud bucal del infante.

6.5. Marco Institucional.

Es una propuesta de desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes y sus familias. Se proponen actividades de refuerzo escolar, deportes, fomento de la cultura, acompañamiento familiar, prevención en salud, alimentación y nutrición. Adicionalmente, apoya el desarrollo de las habilidades emprendedoras de las familias.

El proyecto está ubicado en Portoviejo, en el sector Las Cumbres, de la parroquia San Pablo. Se presenta como una respuesta a la difícil situación de pobreza,

trabajo infantil y riesgo de desescolarización en que viven numerosos niños y niñas del sector. El proyecto se ha podido llevar a cabo gracias a la alianza entre Fe y Alegría y la Fundación del Fútbol Club Barcelona (FFCB, España), que promovió y financió el centro Xics, como parte de la Red Internacional de centros Xics de la FFCB. A este trabajo desarrollado en los últimos años, viene a sumarse recientemente la Fundación Intervida (España), garantizando la continuidad del proyecto.

6.6. Objetivos.

6.6.1. Objetivo general.

Mejorar la salud bucodental en los niños y niñas del Centro Comunitario XICS Fe y Alegría Portoviejo.

6.6.2. Objetivos específicos.

Fomentar hábitos de higiene dental.

Promover la visita al odontólogo para realizarse tratamientos preventivos y restauradores.

6.7. Descripción de la propuesta.

La propuesta consiste en desarrollar talleres educativos sobre la salud bucal capacitando a los niños y niñas, los colaboradores del Centro Comunitario XICS Fe y Alegría Portoviejo sobre las lesiones bucales que pueden encontrarse en la cavidad bucal.

Para la ejecución de esta propuesta se utilizarán varios recursos, como la elaboración y entrega de tríptico educativos los cuales deben tener datos importantes sobre la salud bucal, videos didácticos los cuales servirán como guía didáctica para los infantes, además entregar cepillos dentales para iniciar el hábito de higiene oral.

6.8. Diseño Metodológico.

Para el proceso de la propuesta, se considera 2 etapas:

Primera etapa. Reunión con los directivos de la institución y socialización de los resultados de la investigación realizados en el Centro Comunitario XICS Fe y Alegría Portoviejo, para proponer una estrategia de mejoramiento.

Segunda etapa. Desarrollar talleres educativos a los niños y niñas, padres y personal que labora en el centro comunitario XICS Fe y Alegría Portoviejo, abordando sobre educación en salud bucal conjuntamente con la entrega de material educativo mediante tríptico y videos didácticos.

6.9. Sostenibilidad.

La propuesta es sostenible porque se cuenta con la colaboración de la directora y profesores quienes van a continuar posteriormente con la enseñanza realizada ayudando a la difusión de los conocimientos aprendidos. La propuesta es sustentable pues utilizando los recursos adecuados, va mejorar la calidad de vida y desde el punto de vista económico va hacer mínimo puesto se reducirá el índice de las lesiones bucales en los niños y niñas.

6.10. Actividades.

Cuadro 15.
Cronograma de propuesta.

Cronograma de la propuesta.				
Actividades.	Junio.			
	19	23	24	26
Reunión con la directora del Centro Comunitario XICS Fe Y Alegría Portoviejo.	x			
Talleres sobre la salud bucal.		x	x	
Promoción, medidas preventivas sobre las lesiones bucales.				x
Entrega de tríptico que contienen información sobre la salud bucal.				x

Nota: Cronograma de Propuesta. Fuente: Realizado por la autora de este tesis.

6.11. Recursos.

6.11.1. Humanos.

Autora de tesis.

Directora de la tesis.

6.11.2. Técnicos.

Computadora.

Impresora.

Pen Drive.

6.11.3. Materiales.

Trípticos.

6.12. **Financieros.**

La propuesta tiene un valor de \$52.80 fue financiada en su totalidad por el autora de la investigación.

6.13. **Presupuesto.**

Cuadro 16.
Presupuesto de propuesta.

Rubros.	Recursos.	Cantidad.	Valor unitario	Costo total.	Fuente de financiamiento.
Diseño de trípticos.	Ingeniero Gráfico.	1	\$5.00	\$5.00	Autora.
Copias de trípticos	Impresiones a color	100	\$0.03	\$3.00	Autora.
Viáticos por taller	Movilización		\$40.00	\$40.00	Autora.
Subtotal				\$48.00	Autora.
Imprevistos				\$4.80	Autora.
Total				52.80	Autora.

Nota: Presupuesto de propuesta. Fuente: Realizado por la autora de esta tesis.

ANEXOS.

Anexo 1.

Cuadro 17.

Diferencias de la encía normal y la encía con gingivitis.

	Encía normal.	Gingivitis.
Color.	Rosa pálido (con pigmentaciones melánicas en ciertos casos).	Roja /azul violáceo.
Tamaño.	La encía se adapta a los cuellos de los dientes; sin bolsas.	Pseudobolsas; crecimiento hacia las coronas.
Forma.	Festoneado, con papilas en espacios interproximales.	Falta de adaptación a los cuellos; pérdida del festón.
Consist.	Firme.	Blanda o edematosa
Sangrado.	No sangra al sondar normalmente.	Sangrado al sondaje.

Nota: Diferencias de la encía normal y la encía con gingivitis. Boj, J. R., Catalá, M., García, C., Mendoza, A., y Planells, P. (2011). Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven. Reino de España: Ripano (P. 473).

Anexo 2.

Cuadro 18.

Matriz de Códigos y Criterios del Índice de Loe y Silness (Ig), 1967.

Código.	Criterio.
0	Encía normal, no inflamación, no cambio de color, no hemorragia.
1	Inflamación leve, ligero cambio de color, ligero edema, no sangra al sondar.
2	Inflamación moderada, enrojecimiento, edema y lisura. Sangra al sondar y a la presión.
3	Inflamación marcada, marcado enrojecimiento, edema, ulceración, tendencia a la hemorragia espontanea, eventualmente ulceración.

Nota: Códigos y Criterios del Índice de Loe y Silness (IG), 1967. Aguilar, M., Cañamas, M., Ibañez, P., Y Loscos, F. (2003). (P. 237).

Anexo 3.

Cuadro 19.

Matriz de formas clínicas del RAS.

FORMAS CLÍNICAS DEL RAS (SCULLY, CONSENSO DEL 2003).			
CARACTERÍSTICAS DE LAS PRESENTACIONES CLÍNICAS DE LAS AFTAS.			
Características.	Manifestación clínica.		
	Afta menor.	Afta mayor.	Úlceras herpetiformes.
Tamaño (mm).	5-10	>10	<5
Duración (días).	10-14	> 2 semanas	10-14
Dolor.	No	Si	No
Prevalencia.	75-85	10-15	5-10

Nota: formas clínicas del Ras (Scully, consenso del 2003). Rioboo, M., y Bascones, A. (2009). (p. 67).

Anexo 4.

Cuadro 20

Matriz de categorías del nivel del peso del IMC por edad y sus percentiles.

Categoría de nivel de peso.	Rango del percentil.
Bajo peso.	Menos del percentil 5.
Peso saludable.	Percentil 5 hasta por debajo del percentil 85.
Sobrepeso.	Percentil 85 Hasta Por Debajo Del Percentil 95.
Obeso.	Igual O Mayor Al Percentil 95.

Nota: categorías del nivel del peso del IMC por edad y sus percentiles. Centro para el Control y la prevención de enfermedades (CDC). 2014. (párr.4).

Anexo 5.

**Cuadro 21.
Cronograma.**

Décimo octava promoción																														
Actividades	2014												2015																	
	Sep		Nov				Dic		Ene		Feb		Marz		Abril		Mayo		Jun		Jul		Agosto							
	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elaboración de proyecto	■	■	■	■	■																									
Presentación de proyectos						■	■																							
Aprobación de proyectos								■	■	■	■	■	■																	
Preparación de instrumentos recolectores de información												■	■	■	■	■														
Aplicación de instrumentos de investigación															■	■	■	■												
Sistematización de la información																			■											
Análisis e interpretación																				■										
Elaboración de conclusiones																					■									
Elaboración de propuesta																						■								
Redacción del borrador																							■							
Revisión del borrador																								■	■	■	■			
Presentación de informe final																												■		

Nota: Cronograma de tesis.

Fuente: Universidad San Gregorio de Portoviejo Carrera de Odontología.

Anexo 6.

Cuadro 22.
Matriz de operacionalización de las variables.

Dimensión	Variable	Tipo	Escala	Descripción	Indicador
Variables Demográficas	Edad	Cuantitativa Discreta	5 -12	Edad Biológica	Frecuencias Absolutas y Relativas
	Sexo	Cualitativa Nominal Dicotómica	Femenino Masculino	Sexo Biológico	Frecuencias Absolutas y Relativas.
Lesiones Bucales	Caries	Cualitativa Nominal Dicotómica	Presente Ausente	Mediante Examen Clínico	Frecuencias Absolutas y Relativas.
	Gingivitis	Cualitativa Nominal Dicotómica	Ausentes Presentes	Mediante Examen Clínico	Frecuencias Absolutas y Relativas.
	Aftas	Cualitativa Nominal Dicotómica	Ausentes Presentes	Mediante Examen Clínico	Frecuencias Absolutas y Relativas.
Estado Nutricional	IMC	Cualitativa Ordinal Politómica	1. Desnutrido 2. Normal 3. Sobrepeso 4. Obeso	1. Desnutrido : < 18,5 2. Normal: 18,5 - 24,9 3. Sobrepeso: 25 –29,9 4. Obeso >30	Frecuencias Absolutas y Relativas.

Nota: Operacionalización de variables.

Fuente: Realizada por autora de esta tesis.

Anexo 7.

Cuadro 23
Historia Clínica-Odontológica, Formulario 033.



ÁREA DE SALUD N° 1
PORTOVIEJO

ESTABLECIMIENTO		NOMBRE		APELLIDO		SEXO (M/F)		EDAD		N° HISTORIA CLÍNICA			
MENOR DE 1 AÑO		1 - 4 AÑOS		5 - 9 AÑOS (PROGRAMADO)		10 - 14 AÑOS (PROGRAMADO)		15 - 19 AÑOS		MAYOR DE 20 AÑOS		EMBARAZADA	

1 MOTIVO DE CONSULTA INDICAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORME

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL REGISTRAR ENTRENAMIENTO, COORDINACIÓN, CONDUCTAS, TÉCNICAS, APRENDIZAJE, CALIDAD, APTITUD, DIFERENCIAS, SÍNTOMAS, ACCIONES, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIA ALÉRGICA	2. ALERGIA ANESTÉSICA	3. HEMO. REVISADA	4. VIRSIDA	5. TUBER. CULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPER. TENSION	9. ENF. CARDIACA	10. OTRO
---------------------	-----------------------	-------------------	------------	-------------------	---------	-------------	-------------------	------------------	----------

4 SIGNOS VITALES

PRESIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDÍACA /min	TEMPERATURA °C	F. RESPIRAT. /min
------------------	--------------------------	----------------	-------------------

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO DESCRIBIR BAJO LA PATOLOGÍA DE LA BOCA: INFECCIÓN, HIGIENE, HÉRMET.

1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MANDÍBUL. SUPERIOR	4. MANDÍBUL. INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. FRENIL	8. GARRILLOS
9. GUMAS DENTALES	10. ORO FARNING	11. A. T. M.	12. GANGLIOS				

6 ODONTOGRAMA MARCAR CON X ABIL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGÍA ACTUAL. MOVILIDAD Y RECESIÓN MARCAR X-1, 2 ó 3. SE APLICA.

RECESIÓN	<input type="checkbox"/>														
MOVILIDAD	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
VESTIBULAR	<input type="checkbox"/>														
LINGUAL	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49
VESTIBULAR	<input type="checkbox"/>														
MOVILIDAD	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
RECESIÓN	<input type="checkbox"/>														

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCLUSIÓN	FLUOROSIS
PIEZAS DENTALES				LEVE	ANGULO I	LEVE
PLACA				MODERADA	ANGULO II	MODERADA
CÁLCULO				SEVERA	ANGULO III	SEVERA
GINGIVITIS						
0-1-2-3						
0-1						
16	17	55				
11	21	51				
26	27	65				
36	37	75				
31	41	71				
46	47	85				

8 ÍNDICES CPO-CEO

	C	P	O	TOTAL
D				
d				

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

* (rojo) SELLANTE NEGATIVO	⊗ (rojo) PERDIDA (OTRA CAUSA)	≡ PRÓTESIS TOTAL
* (rojo) SELLANTE POSITIVO	△ (rojo) INFERIODONAL	⊠ DORONA
X (rojo) EXTRACCIÓN INDICADA	□ (rojo) PRÓTESIS FIJA	○ (rojo) DEFECTO

Nota. Historia clínica y Odontograma.

Fuente: Ministerio de Salud Pública de la República del Ecuador.

Anexo 10.

**Cuadro 26.
Presupuesto.**

Nombre de rubros.	Cantidad.	Unidad de medida.	Precio unitario.	Precio total.
Fotocopias.	800	Hojas	\$0.03	\$24,00
Papel.	2	Resmas	\$6.00	\$12,00
Tinta negra y de color.	2	Cartuchos	\$38.00	\$76,00
Caja de mascarillas.	3	Cajas	\$3,50	\$7,00
Caja de guantes.	2	Cajas	\$9.00	\$18,00
Exploradores bucales.	15	Unidad	\$1,50	\$22,50
Espejos bucales.	15	Unidad	\$1,50	\$22,50
Bascula.	1	Unidad	\$20.00	\$20.00
Cinta métrica.	1	Unidad	\$0,50	\$0,50
Calculadora.	1	Unidad	\$10.00	\$10.00
Movilización.			\$20.00	\$20.00
Subtotal.				\$232.50
Imprevistos.				\$23.00
Total.				255.50

Nota: Presupuesto de la tesis.

Fuente: Realizada por autora de esta tesis.

Anexo 11.

Consentimiento Informado.

Yo, el abajo firmante, _____

Acepto dar la autorización para que mí representado forme parte en este estudio titulado:

Lesiones bucales y estado nutricional en niños y niñas perteneciente al Centro Comunitario Xics Fe y Alegría Portoviejo en el año 2015.

La egresada Nathaly Pico Coronel, de la Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo, del presente estudio, me ha informado exhaustivamente acerca de las características, objetivos y aproximada duración de la exploración bucal de mi representado.

Estoy de acuerdo que los datos personales y odontológicos, que se deriven de esta investigación, pasen a formar parte de los registros computadorizados de la autora de la investigación.

La identidad del menor de edad no será revelada en ningún momento y la información relacionada conmigo será utilizada con la mayor discreción. Accedo a que esta información pueda ser inspeccionada directamente por los representantes de las autoridades odontológicas. Accedo a no poner limitaciones en el uso de los resultados del estudio.

Nathaly Pico Coronel.

Egresada de la carrera de odontología.

Firma del participante.

Nota. Consentimiento informado
Fuente: Ministerio de Salud Pública de la República del Ecuador.

Anexo 12.



Grafico No. 15. Investigación de campo. Realizando exploración clínica a los niños.
Fuente: Fotografía realizada por auxiliar de autor de esta tesis.

Anexo 13.



Grafico No. 16. Investigación de campo.
Realizando exploración clínica a las niñas.
Fuente: Fotografía realizada por auxiliar de autor de esta tesis.

Anexo 14.



Grafico No. 17. Investigación de campo. Valorando peso y talla a las niños y niñas.
Fuente: Fotografía realizada por auxiliar de autor de esta tesis.

Anexo 15.



Grafico No. 17. Investigación de campo. Valorando peso y talla a las niños y niñas.
Fuente: Fotografía realizada por auxiliar de autor de esta tesis.

Anexo 16.



Gráfico No. 19. Investigación de campo. Talleres con los niños y niñas.
Fuente: Fotografía realizada por auxiliar de autor de esta tesis.

Anexo 17.



Gráfico No. 20. Investigación de campo. Talleres con los asistentes.
Fuente: Fotografía realizada por auxiliar de autor de esta tesis.

Anexo 18.



Gráfico No. 21. Investigación de campo.entrega de tríptico.
Fuente: Fotografía realizada por auxiliar de autor de esta tesis.

Anexo 19.



Grafico No. 22. Investigación de campo.entrega de cepillo.
Fuente: Fotografía realizada por auxiliar de autor de esta tesis.

Anexo 20.

SALUD BUCAL			
	<p>un tiempo a los dientes laterales y a la cara interna de todos ellos. No te cepilles los omóla.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dedica tiempo a lavarte los dientes, por lo menos tres minutos cada vez. Si te cuesta calcular el tiempo, útilas un cronómetro o ponte una canción que te guste para ayudar a pasar el tiempo. • Pregúntale a tu dentista si un enjuague bucal antibacteriano de base iónica rasán para la prevención de que tu cepillo de dientes sea de cerdas suaves (en el envoltorio pondrá si es suave, medio o duro). Pide a tu pediatra que te cambie el cepillo de dientes cada tres meses. Las cerdas de algunos cepillos cambian de color cuando toca cambiar de cepillo. • Aprende a utilizar ácido dental. 	<p>lo que es muy importante para mantener los dientes sanos. La primera vez que utilices ácido dental (al vez te resulte extraño, pero en poco tiempo te hará un experto en su uso). Realiza la acé dental entre cada par de dientes adyacentes y a lo largo de la línea de las omóla. La acé dental permite eliminar los restos de alimentos pegajosa y llegar adonde no puede llegar el cepillo de dientes por muy bien que uno se lave los dientes. También puede cepillar la lengua para ayudar a mantener el aliento fresco!</p>	<p>SALUD BUCAL DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL MONICA CORREA JUNON 2 TUNJUNÁ PDC TELÉFONO 0412 220000 CDM 1200000</p>
<p>Cómo puedes tener unos dientes sanos?</p> <p>Los niños pueden cuidar los dientes siguiendo los siguientes pasos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lávvelos por lo menos dos veces al día (después de desayunar y antes de acostarte por la noche. Si puedes, lávvelos también después de la comida y después de tomar un tentempié dulce. Lavarse bien los dientes ayuda a descomponer la placa dental. • Cepíllate todos los dientes, no solamente los que están delante y ac vos más. Dedica 			

<p>POR QUE CUIDAR LOS DIENTES</p>		<p>SALUD BUCAL</p>
<p>Si te cuidas los dientes, ayudarás a prevenir la formación de la placa dental, que es una capa muy fina que se pega a los dientes. Tal vez no te preocupe demasiado el hecho de tener placa dental, pero el problema es que es muy pegajosa y actúa como un imán para las bacterias y el azúcar.</p>	<p>SALUD BUCAL</p>	<p>SALUD BUCAL</p>
	<p>DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL MONICA CORREA JUNON 2 TUNJUNÁ PDC TELÉFONO 0412 220000 CDM 1200000</p>	  <p>AUTORA: MONICA CORREA</p>

Grafico No. 23. Tríptico sobre la salud bucal.
 Fuente: Fotografía realizada por auxiliar de autor de esta tesis.

BIBLIOGRAFÍA.

Aguilar, M., Cañamas, M., Ibañez, P., y Loscos, F. (2003). Periodoncia para el higienista dental. [En línea]. Consultado: [23, mayo, 2015] Disponible en: http://www.uv.es/periodoncia/media/IndicesMariaJose_1.pdf
http://www.uv.es/periodoncia/media/IndicesMariaJose_1.pdf

Alimentacionynutricion.Org. (2005) Estado nutricional. [En línea]. Consultado: [05, agosto, 2014] Disponible en: http://www.alimentacionynutricion.org/es/index.php?mod=content_detail&id=114.

Alpers, D., Stenson, W., y Bier, D. (2003). Nutrición. Madrid, Reino de España.

Barceló Canto, E. B. (2010). Odontología para bebés. México D. F., Estados Unidos Mexicanos: Trillas editorial.

Barrancos, M. (2006). Operatoria dental. Buenos Aires, República de Argentina: Panamericana.

Bascones Martínez, A. (2010). Medicina Bucal. Barcelona. Reino de España: ediciones Avances.

Bascones, A. (2010) Periodoncia Clínica e Implantología Oral. Reino de España: Ediciones Avances.

Berdanier, C. Dwyer, y J. Feldman, E. (2010) Nutrición y Alimentos. México Df, Estados Unidos Mexicanos: McGraw-Hill Interamericana Editores.

Boj, J. R., Catalá, M., García, C., Mendoza, A., y Planells, P. (2011). Odontopediatría. la evolución del niño al adulto joven. Reino de España: Ripano

Bordoni, N., Escobar, A., y Castillo, R. (2010). Odontología Pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. República de Argentina: Panamericana Médica.

Cameron, A., y Widmer, R. (2010). Manual de odontología pediátrica. Madrid, Reino de España: Elsevier.

Carranza, F. C. (2010). Periodontología clínica. México D.F, Estados Unidos Mexicanos: MC Graw Hill.

Castillo, D., y García, M. (2011). Prevalencia de caries dental en la población infantil que acuden al ambulatorio urbano la haciendita en el municipio Mariara, estado Carabobo. [En línea]. Consultado: [11, junio, 2015] Disponible en: <http://http://www.actaodontologica.com/ediciones/2011/4/art11.asp>

Castillo, R., Perona, G., Kanashiro, C., Perea, M., y Silva- Esteves, F. (2011). Estomatología pediátrica. Madrid, Reino de España: Ripano.

Ceccoti, E., y Sforza, R. (2007). Diagnostico en la clinica estomatologica. Buenos Aires, República de Argentina: Médica Panamericana.

Centro para el control y la prevención de enfermedades (CDC). (2015). Peso saludable: ¡No es una dieta, es un estilo de vida! [En línea]. Consultado: [20, agosto, 2014] Disponible en: <http://http://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/>

Cereceda, M., Faleiros, S., Ormeño, A., Pinto, M., Tapia, R., Díaz, C., y García, H. (2010). Prevalencia de Caries en Alumnos de Educación Básica y su Asociación con el Estado Nutricional. Revista Scielo. [En línea]. Consultado: [20, agosto, 2014] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062010000100004

Chinizaca, W., Nicolalde, M., y Defranc, J. (2015). Relación entre caries y Desnutrición crónica, en niños de 1 a 5 años. Centros de atención infantil Riobamba. Consultado: [05, junio, 2015]. Disponible en: <http://www.avantmed.net/avantmed/wpcontent/uploads/2015/03/RelacionEntreCariesyDesnutricionCronica.pdf>

Consejo superior de deportes. (2003).Método de estudio de composición corporal en deportistas. [En línea].Madrid, Reino de España: Ministerio de Educación, Cultura y Deportes.

Dirección General de Epidemiología (2012).Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de las Patologías Bucales. [En línea]. Consultado: [11, junio, 2015] Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig_epid_manuales/20_2012_Manual_PatBucales_vFinal.pdf

Echeverría, J., y Pumarola, J. (2002). El manual de Odontología. Barcelona, Reino de España: Masson.

Eley, B., Soory, M., y Manson, J., (2012) Periodoncia. Reino de España: Elsevier.

Escuela.med.puc.cl (2006).Evaluación del estado nutricional [En línea] Consultado: [20, agosto, 2014] Disponible en: <https://http://escuela.med.puc.cl/paginas/cursos/tercero/integradotercero/ApFisiopSist/nutricion/NutricionPDF/EvaluacionEstado.pdf>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (UNICEF). (2011). La desnutrición infantil. [En línea]. Consultado: [26, mayo, 2015] Disponible en:<https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/Dossierdesnutricion.pdf>

García, C. (2006). Boca sana consejos para el mantenimiento y mejora de la salud buco – dental. Madrid Reino de España: Editorial Ripano, S.A.

García, C., y Mendoza, A. (2003). Traumatología Oral en Odontopediatría Diagnóstico y Tratamiento Integral. Reino De España: Ergon

Gil, A., Maldonado, J., y Martínez, E. (2010). Tratado de nutrición. Nutrición humana en el estado de salud Madrid, Reino de España: Médica Panamericana.

Guedes, A., Bonecker, M., y Delgado, C. (2011). Fundamentos de Odontología. Pediatría. Sao Paulo, República Federativa de Brasil: Santos.

Guedes, A., Ciamponi, A., Duarte, D., Santos, E., Rodrigues, E., Biancalana, H., Miranda, I., Prokopowitsch, I., Martines, J., Imparato, J., Guimaraes, L., Strazzeri, M., Bussadori, S., Chedid, S., y Ferreira, S. (2003) Rehabilitación Bucal en Odontopediatría Atención Integral. República De Colombia: Amolca.

Gutiérrez, E., y Iglesias, P. (2009). Técnicas de ayuda odontológica/estomatológica. Madrid, Reino de España: Editex.

Hernández, A., Serralde, A., Olgúin, G., Meléndez, G., y Amarante, M. (2011). Medicina y nutrición nutrición comunitaria y clínica. México, D.F. Estados Unidos Mexicanos: McGraw-Hill.

Hodgson, M.I., (2000). Evaluación Nutricional. . [En línea]. Consultado: [20, agosto, 2014] Disponible:

<http://escuela.med.puc.cl/paginas/cursos/tercero/integradotercero/ApFisiopSist/nutricion/NutricionPDF/EvaluacionEstado.pdf>

Langlais, R., Miller, C., y Nield, J. (2011). Atlas color de enfermedades bucales. Estados Unidos Mexicanos: Manual Moderno.

Laserna, V. (2008). Higiene dental personal diaria. América del Norte Canadá: Trafford Publishing

Lindhe, J., Lang, N y Karring, T. (2009) Periodontología clínica e Implantología Odontológica. Buenos Aires, República de Argentina: Médica Panamericana.

Marinovic, M. (2009) Aftas Orales Recurrentes: Diagnóstico diferencial y manejo. [En línea]. consultado: [2, junio, 2015] disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/medwave/reuniones/3773>

Matesanz, P., Matos, R., y Bascones, A. (2008). Enfermedades gingivales: una revisión de la literatura. Revista Scielo. [En línea]. Consultado: [11, junio, 2015] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852008000100002

McDonald, R., Avery, D., y Deán, J. (2011). Odontología para el niño el adolescente. República Bolivariana de Venezuela: Amolca.

Mendoza, K., y Sánchez, R. (2012). Manifestaciones bucales en relación a los grados de desnutrición de la población pediátrica de la comunidad boca de río, municipio libertador, estado Carabobo. Revista la pasión del saber, de la Universidad José Antonio Páez (UJAP) [En línea]. Consultado: [05, Noviembre, 2014] Disponible en: http://www.ujap.edu.ve/pasion/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=141

Montes, A. (2015). Placa bacteriana. Revista Rcm. [En línea]. Consultado: [27, mayo, 2015] Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rccm/v10n1/art5.pdf>

Moreno, E., Monereo, S., y Álvarez, J. (2000). Obesidad epidemia del siglo XXI. Madrid, Reino de España: Diaz de Santos

Nahàs, M., Schmitt, R., y Kim, S. (2009). Salud bucal del bebe al adolescente. Guía de orientación para las embarazadas, los padres, los profesionales de salud y los educadores. República Federativa de Brasil: Santos.

Nocchi, C. (2008). Odontología Restauradora Salud y Estética. Santa Catarina, República Federativa del Brasil: Medica Panamericana.

Organización Mundial de la Salud (2007) salud bucodental [En línea]. Consultado: [20, junio, 2015] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>

Organización Mundial de la Salud (2011) Nutrición. [En línea]. Consultado: [20, agosto, 2014] Disponible en: <http://www.who.int/topics/nutrition/es/>

Organización Mundial de la Salud (2014). El estado físico: uso e interpretación de la antropometría. [En línea]. Consultado: [20, agosto, 2014] Disponible en: http://www.who.int/childgrowth/publications/physical_status/es/

Organización Mundial de la Salud (2014). Obesidad y sobrepeso. [En línea]. Consultado: [20, agosto, 2014] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

Ortega, R., Requejo, A., y Martínez, R. (2007). Nutrición y alimentación en la promoción de la salud. Reino de España: UIMP.

Pinheiro, P. (2008). Aftas bucales causas y tratamiento. [En línea]. Consultado: [11, junio, 2015] Disponible en: <http://www.saludysintomas.com/2009/10/afta.html>

Pires, M., Schmitt, R., y Kim, S. (2009). Salud bucal del bebe al adolescente. Guía de orientación para las embarazadas, los padres, los profesionales de salud y los educadores. República Federativa de Brasil: Santos.

Porti, M. (2006). Obesidad Infantil todo lo que necesita saber. Buenos Aires, Republica de Argentina: Imaginador.

Puche, R., (2005). El índice de masa corporal y los razonamientos de un astrónomo. Revista Scielo. [En línea]. Consultado: [20, agosto, 2014] Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802005000400016

Quiñónez, M., Pérez, L., Ferro, P., Martínez, H., y Santana, S. (2008). Estado de salud bucal: su relación con el estado nutricional en niños de 2 a 5 años. [En línea]. Revista. Scielo. Consultado: [05, agosto, 2014] Disponible en: http://http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072008000200004&script=sci_arttext

Quiñónez, M.E., Rodríguez, C.A., González, C.B. y Padilla, G.C. (2004). Morbilidad bucal. Su relación con el estado nutricional en niños de 2 a 5 años de la Consulta de Nutrición del Hospital Pediátrico Docente de Centro Habana. [En línea]. Revista. Scielo. Consultado: [05, agosto, 2014] En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003475072004000100001&script=sci_arttext.

Rioboo, M., y Bascones, A. (2009) Aftas de la mucosa oral. Revista Scielo. [En línea]. Consultado: [05, junio, 2015] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v27n2/original1.pdf>

Roquejo, A. y Ortega, R. (2006). Nutriguia manual de nutrición clínica en atención primaria. Reino de España: Complutense.

Ross, A., Caballero, B., Cousins, R., Tucker, K., y Ziegler, T. (2014). Nutrición en la salud y la enfermedad. Barcelona, Reino de España: Wolters Kluwer.

Sala, E., y Baca, P. (2013). Odontología preventiva y comunitaria principios, métodos y aplicaciones. Barcelona, Reino de España: Masson.

Salas, J., Bonada, A., Trallero, R., Salo, M., y Burgos, R. (2008). Nutrición y dietética clínica. Barcelona, reino de España: Masson.

Salinas, Y., Millán, R., y León, J. (2008). Estomatitis aftosa recidivante. Conducta odontológica. [En línea]. Consultado: [11, junio, 2015] Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2008/2/estomatitis_aftosa_recidivante.asp

Santana, J. (2010). Atlas de patología del complejo bucal. Habana, Republica de Cuba: Ciencias Médicas

Silva, X., Ruiz, R., Cornejo, J., y Llanas, J. (2013). Prevalencia de caries, gingivitis y maloclusiones en escolares de Ciudad Victoria, Tamaulipas y su relación con el estado nutricional. Revista Odontológica Mexicana. [En línea]. Consultado: [11, junio, 2015] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2013/uo134d.pdf>

Sociedad Española De Periodoncia y Osteointegración. (2009). Manual de higiene bucal. Madrid, Reino de España: Médica Panamericana.

Stifano, M., Chimenos, E., López, J., y Lozano, V. (2008). Nutrición prevención de las enfermedades de la mucosa oral. [En línea]. Consultado: [05, agosto, 2014] Disponible en:http://www.cvc.uab.es/~jalvarez/JLL/website/Nutricion_preencion.pdf

Suverza, A., y Haua, K. (2010). El abcd de la evaluación del estado nutricional. México, D. F. Estados Unidos Mexicanos: McGraw-Hill.

Weineck, J. (2001). Salud, ejercicios y deporte. Madrid, Reino de España: Paidotribo

Wood, N., Y Goaz, P. (1998). Diagnóstico diferencial de las Lesiones Orales y Maxilofaciales. Madrid, Reino de España: Harcourt Brace.