



CARRERA DE ODONTOLOGÍA.

Tema.

Estado de salud bucodental de los niños de 7 a 11 años de edad de la Escuela Fiscal Mixta Daniel Villacreses Aguilar, de la parroquia Andrés de Vera del cantón Portoviejo, en el periodo marzo-julio 2015.

Autora:

Valeria Virginia Álava Mendoza.

Directora de tesis:

Dra. Bernardita Navarrete Menéndez. Mg.Gs.

Cantón Portoviejo – Provincia de Manabí – República del Ecuador.

2015.

CERTIFICACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS.

Certifico que la egresada, Valeria Virginia Álava Mendoza, ha culminado su tesis de grado, titulada: Estado de salud bucodental de los niños de 7 a 11 años de edad de la Escuela Fiscal Mixta Daniel Villacreses Aguilar, de la parroquia Andrés de Vera del cantón Portoviejo, en el periodo marzo- julio 2015. La misma ha sido realizada bajo mi dirección y asesoramiento.

Dra. Bernardita Navarrete M. Mg. Gs.

Directora de tesis.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

Los suscritos miembros del tribunal de revisión y sustentación de la tesis titulada: Estado de salud bucodental de los niños de 7 a 11 años de edad de la Escuela Fiscal Mixta Daniel Villacreses Aguilar, de la parroquia Andrés de Vera del cantón Portoviejo en el periodo marzo- julio 2015, certificamos que el trabajo presentado y realizado por la egresada Valeria Virginia Álava Mendoza, ha cumplido con todo lo señalado en el reglamento interno de graduación, previo a la obtención del título de Odontóloga.

Tribunal.

Dra. Lucía Galarza Santana Mg.Gs.

Coordinadora de la carrera.

Dra. Bernardita Navarrete Menéndez Mg.Gs.

Directora de tesis.

Dra. Nelly San Andrés Plúa Mg.Gs.

Miembro del tribunal.

Dr. Fabricio Loor Alarcón Mg. Ge.

Miembro del tribunal.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA.

La abajo firmante, en calidad de estudiante de la carrera de Odontología, declara que el contenido de esta tesis de investigación científica, requisito previo a la obtención del título de Odontóloga, es absolutamente original, auténtica, personal y de exclusiva responsabilidad legal y académica de la autora. Además, cedo mis derechos de autora de la presente tesis, a favor de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Valeria Virginia Álava Mendoza.

Autora.

AGRADECIMIENTO.

En primer lugar a Dios por haberme guiado en el camino de la sabiduría, paciencia, amor, pero sobre todo por mantenerme con vida y poder disfrutar de este logro alcanzado. En segundo lugar a mi familia, a cada uno de ellos que formó parte de este logro, mi padre Wilson Álava Briones, por el apoyo económico que me brindó y porque a pesar de las circunstancias nunca dejó de hacerlo; a mi madre Sandra Mendoza Delgado, por el amor y apoyo incondicional que siempre me dio sin dejarme caer ni vencer en cada obstáculo que se me presentó, gracias a ellos, a mis padres, soy lo que hoy en día ellos quisieron que fuera, una profesional. Al amor de mi vida el Dr. Dario Cevallos Loor, por estar conmigo en la buenas y malas apoyándome, aconsejándome para seguir siendo mejor cada día.

Muy agradecida también con cada uno de los docentes que me impartieron sus conocimientos para lograr ser una buena profesional; a la Dra. Bernardita Navarrete Menéndez que con su experiencia y su sabiduría pude lograr la culminación de la presente tesis.

Valeria Virginia Álava Mendoza.

DEDICATORIA.

Dedico la presente tesis a Dios porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar; a mis padres, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento, depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad. Al amor de mi vida, Dr. Darío Cevallos Loor que durante estos 5 años ha sido mi compañero, mi amigo un hombre muy leal que me ha llenado mi vida de amor. Y a la luz de mis ojos, mi vida entera, mi hija Danna Cevallos Álava, ella que ha sido mi motor a seguir luchando cada día para lograr mis metas. Los amo con mi vida.

Valeria Virginia Álava Mendoza.

RESUMEN.

La presente investigación tiene como objetivo caracterizar el estado de salud bucodental de los niños de 7 a 11 años de la escuela Daniel Villacreses Aguilar de la parroquia Andrés de Vera del cantón Portoviejo.

Se realizó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, con una muestra de 165 niños (80 niños y 85 niñas), en el que se utilizó la historia clínica odontológica, formulario 033 del MSP. Lo que dio como resultado un CPO de 295 de piezas afectada, el ceo dio 569 de piezas afectadas, 85 pacientes presentaron placa bacteriana, los 165 niños no presentaron cálculo, 5 pacientes tuvieron inflamación gingival, 116 niños se les diagnosticó clases I y 49 niños clases II de Angle y 6 pacientes presentaron lesión en los tejidos blandos.

Los resultados de la investigación se describen por medio de cuadros y gráficos los cuales tienen su respectivo análisis e interpretación de los resultados obtenidos en los diagnósticos realizados a los alumnos de la escuela Daniel Villacreses Aguilar de la parroquia Andrés de Vera.

Se elaboró una propuesta con el fin de beneficiar de manera directa a los escolares del plantel educativo, informándoles sobre la importancia de la salud oral y así incentivarlos a mejorar el hábito de higiene bucal.

Palabras claves: salud oral, caries, placa bacteriana, inflamación gingival, tejidos blandos, higiene bucal.

ABSTRACT.

This study aims to determine the state of dental health of children of 7-11 years of school Daniel Villacreses Aguilar of the parish Andres Vera canton Portoviejo.

A study of descriptive cross-sectional was conducted with a sample of 165 children (80 boys and 85 girls), in which the dental history was used 033 MSP form. The obtained results showed a CPO of 295 parts affected, the CEO gave 569 parts affected, 85 patients had bacterial plaque, the calculation showed 165 children, 5 patients had gingival inflammation, 116 children were diagnosed with class I and 49 children Angle class II, and 6 patients had soft tissue injury.

The results of the research are described through charts and graphs which have their respective analysis and interpretation of the results of the diagnoses made to school students Daniel Villacreses Aguilar the parish Andres Vera.

A proposal was developed in order to directly benefit the students of the educational institution, informing them of the importance of oral health and thus encourage them to improve oral hygiene habit.

Keywords: oral health, tooth decay, plaque, gingival inflammation, soft tissue, oral hygiene.

ÍNDICE.

Portada.	
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
Introducción.....	1
Capítulo I.	
1. Problematización.....	3
1.1. Tema.....	3
1.2. Formulación del problema.....	3
1.3. Planteamiento del problema.....	3
1.3.1. Preguntas de la problemática.....	5
1.4. Delimitación del problema.....	5
1.5. Justificación.....	5

1.6. Objetivos.....	7
1.6.1. Objetivo general.....	7
1.6.2. Objetivos específicos.....	7
Capítulo II.	
2. Marco Teórico, Referencial y Conceptual.....	8
2.1. La salud oral.....	8
2.1.1. Descripción de la salud oral.....	8
2.1.2. Importancia de la salud oral.....	8
2.2. Factores que alteran la salud oral.....	9
2.2.1. Caries dental.....	9
Clasificación de la caries dental.....	9
2.2.2. Índice de CPO y ceo.....	11
2.2.3. Placa bacteriana.....	12
2.2.4. Cálculo dental.....	13
2.2.5. Gingivitis.....	13
Gingivitis inducida por placa.....	14
Características clínicas de la gingivitis.....	14
2.2.6. Índice de higiene oral simplificada (IHOS).....	16
2.2.7. Mal oclusión.....	17

2.2.8. Lesiones de los tejidos blandos de la cavidad oral.....	18
Tipos de lesiones en los tejidos blandos de la cavidad oral.....	19
2.3. Unidades de observación y análisis.....	21
2.4. Variables.....	20
Capítulo III.	
3. Marco Metodológico.....	22
3.1. Modalidad de la investigación.....	22
3.2. Tipo de la investigación.....	22
3.3. Métodos.....	22
3.4. Técnicas.....	22
3.5. Instrumentos.....	22
3.6. Población y muestra.....	22
3.7. Recolección de la información.....	23
3.8. Procesamiento de la información.....	23
Capítulo IV.	
4. Análisis e Interpretación de Resultados.....	24
4.1. Análisis e interpretación de los resultados de las historias clínicas realizadas a los niños de 7 a 11 años de edad de la escuela fiscal mixta Daniel Villacreses Aguilar.....	24

Capítulo V.

5. Conclusiones y Recomendaciones.....	44
5.1. Conclusiones.....	44
5.2. Recomendaciones.....	44

Capítulo VI.

6. Propuesta.....	45
6.1. Datos informativos.....	45
6.1.1. Título de la propuesta.....	45
6.1.2. Periodo de ejecución.....	45
6.2. Entidad ejecutiva.....	45
6.3. Clasificación.....	45
6.4. Localización geográfica.....	45
6.5. Justificación.....	45
6.6. Marco institucional.....	46
6.7. Objetivos.....	47
6.7.1. Objetivo general.....	47
6.7.2. Objetivos específicos.....	47
6.8. Descripción de la propuesta.....	48
6.8.1. Responsables.....	48
6.8.2. Beneficiarios.....	48

6.8.3. Diseño metodológico.....	48
6.8.4. Factibilidad.....	49
6.8.5. Sostenibilidad.....	49
6.9. Recursos.....	49
6.9.1. Humanos.....	49
6.9.2. Materiales.....	49
6.9.3. Tecnológicos.....	50
6.9.4 Presupuesto.....	50
6.9.5. Cronograma de ejecución de propuesta.....	50
Anexos.....	52

Bibliografía.

ÍNDICE DE LOS CUADROS Y GRÁFICOS.

Cuadro y gráfico 1.Según sexo.....	24
Análisis e interpretación.....	25
Cuadro y gráfico 2.Según edad promedio.....	26
Análisis e interpretación.....	27
Cuadro y gráfico 3.Según índice CPO.....	28
Análisis e interpretación.....	29
Cuadro y gráfico 4.Según índice ceo.....	30
Análisis e interpretación.....	31
Cuadro y gráfico 5.HOS-placa.....	32
Análisis e interpretación.....	33
Cuadro y gráfico 6.HOS-cálculo.....	34
Análisis e interpretación.....	35
Cuadro y gráfico 7.Inflamación gingival.....	36
Análisis e interpretación.....	37
Cuadro y gráfico 8.Maloclusión.....	38
Análisis e interpretación.....	39
Cuadro y gráfico 9.Lesiones de los tejidos blandos.....	40
Análisis e interpretación.....	41
Cuadro y gráfico 10.Según localización de las lesiones de los tejidos blandos.....	42
Análisis e interpretación.....	43

INTRODUCCIÓN.

A nivel mundial son muchos los estudios realizados para determinar el estado de salud oral de las poblaciones, por esta razón las entidades de salud han realizado campañas e implementado programas de promoción y prevención en salud oral. La investigación se desarrolló en la Escuela Fiscal Mixta Daniel Villacreses Aguilar de la parroquia Andrés de Vera del cantón Portoviejo en el periodo marzo- julio 2015, la cual dio las facilidades para que se lleve a efecto el presente trabajo. La población objeto de estudio estuvo conformada por 165 niños y niñas de entre 7 a 11 años de edad.

El presente trabajo está enfocado en la importancia de la salud bucodental, el cual es un componente indispensable de la salud general influyendo de manera positiva en el bienestar físico, psicológico y social de las personas. También indica los factores como caries, placa bacteriana, gingivitis, mal oclusión y lesiones en los tejidos blandos como herpes y ulceraciones aftosas, entre otras que se pueden presentar y alterar de manera negativa la salud bucal.

El estudio investigativo es práctico, de observación y análisis, por lo que se realizó examen clínico odontológico a los escolares de tercer año básico hasta 7mo año básico, en el que se utilizó la ficha clínica odontológica formulario 033 del MSP.

Los resultados que se obtuvieron en este estudio de campo fueron un CPO de 295 piezas afectadas, un ceo de 569 piezas afectadas, 85 alumnos presentaron placa bacteriana, ningún niño presentó cálculo dental, 116 niños resultaron con clases I y los 49 restantes con clases II según Angle y 6 pacientes presentaron lesión en los tejidos

blandos. Dichos resultados fueron planteados mediante cuadros y gráficos con su respectivo análisis e interpretación.

Como propuesta alternativa se brindó capacitaciones de tipo educativas sobre salud oral, dándoles a conocer al grupo de estudio la importancia que tiene practicar una buena higiene oral, disminuyendo de esta manera enfermedades frecuentes como caries y gingivitis.

CAPÍTULO I.

1. Problemática.

1.1. Tema.

Estado de salud bucodental de los niños de 7 a 11 años de edad de la escuela Fiscal Mixta Daniel Villacreses.

1.2. Formulación de problema.

¿Cuál es el estado de salud oral que tienen los niños de edades de 7 a 11 años?

1.3. Planteamiento del problema.

En investigación realizada en el sitio web gacetadental consulté un artículo de Menéndez¹ (2011) puedo conocer que:

En abril de 2008 la Sociedad de Prevención de Ibermutuamur puso en marcha el Plan de Investigación de Salud Bucodental. Este proyecto, realizado en colaboración con la Universidad Complutense de Madrid y la Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración, pretende realizar un análisis epidemiológico de la cavidad oral de la población laboral española, aprovechando las visitas periódicas de los trabajadores para realizarse un reconocimiento médico, dentro de las actividades de vigilancia de la salud. Cabe destacar la relevancia y el enorme potencial que representan los reconocimientos médicos periódicos desde el punto de vista de la detección precoz de problemas de salud y de la prevención de riesgos laborales.

Así pues, los objetivos principales del presente estudio consistieron en describir la salud bucodental autoinformada de los trabajadores de la Comunidad de Madrid y aportar evidencia preliminar acerca de las variables demográficas asociadas con el nivel de salud bucodental percibida y los hábitos de higiene, así como de las

¹ Menéndez, G.(2011).*La salud bucodental de los trabajadores de la comunidad de Madrid*. [En línea]. Consultado: [25, noviembre, 2014].

Disponible en:

<http://www.gacetadental.com/2011/06/la-salud-bucodental-de-los-trabajadores-de-la-comunidad-de-madrid-26263>

consecuencias de tales problemas en términos de su repercusión sobre la actividad normal del individuo. (párr.2 y 4).

Analizando información disponible en el sitio web Repositorio Universidad Católica de Manizales consulte un artículo de Martínez y colaboradores² (2014) puedo citar:

En Colombia la creciente incidencia y prevalencia de la caries rampante; es decir, la caries en los niños menores de 5 años, tanto en este país como en los países de la región de las Américas; consideramos necesaria la revisión de éste tema, desde la administración de la salud, para determinar si las Políticas de Salud de los Países, la Legislación, la Academia, y la madurez del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en las IPS; han sido suficientes garantías de atención integral con calidad, o presentan brechas importantes que no han permitido el control efectivo para la reducción y erradicación de dicha patología. Las entidades de salud han realizado campañas e implementado programas de promoción y prevención en salud oral, pero no se evidencia suficiente impacto; lo que nos indica que puede haber fallas de calidad en los programas implementados para el control de ésta patología, relacionada entre otras causas, con una dieta cariogénica que incluye el uso de tetero y deficiencia en hábitos higiénicos, como cultura desde la concepción y el nacimiento, cuando nos referimos específicamente a la caries rampante.(párr.1).

Analizando información disponible en el sitio web de la (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 2013)³ puedo referenciar que:

En el Ecuador en el 2009 la prevalencia de caries dental en escolares de 6 a 15 años de edad se estimó en 75,6%. El indicador CPOD (cariados, perdidos y obturados en piezas definitivas) a los 12 años de edad se redujo 2,9 en 2009. Los datos reflejan mejora en la salud bucal de los escolares de 6 a 15 años de edad, debido principalmente a la fluoración de la sal y al desarrollo de otras acciones preventivas. El Ministerio de Salud ha iniciado la aplicación de la Iniciativa Comunidades Libres de Caries y ampliará los programas de promoción de salud bucal y educación a escolares. (párra.54).

²Martínez, M., Marín, M., Ceballos, P., y Osorio, S. [En línea]. Consultado: [24,noviembre,2014] Disponible en :

<http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/handle/10839/751>

³ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. 2013). salud en las Américas. [En línea]. Consultado: [22,noviembre,2014]. Disponible en:

http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?id=40:ecuador&option=com_content

1.3.1. Preguntas de la Problemática.

¿Cuáles son las alteraciones bucodentales que con mayor frecuencia presentan los niños de 7 a 11 años de la Escuela Fiscal Mixta Daniel Villacreses Aguilar?

¿Cuál es el índice e CPO y ceo de los alumnos de 7 a 11 años de edad años de la Escuela Fiscal Mixta Daniel Villacreses Aguilar?

¿Cuál es el índice de higiene oral simplificada (IHOS) de los escolares de 7 a 11 años de edad?

1.4. Delimitación del problema.

Campo: salud.

Área: odontología.

Aspectos: salud oral.

Delimitación espacial: la presente investigación se desarrollará en la Escuela Fiscal Mixtas Daniel Villacreses Aguilar.

Delimitación temporal: marzo –julio 2015.

1.5. Justificación.

La salud bucal hace referencia al funcionamiento de los dientes y las encías que deben carecer de infecciones que puedan causar caries, inflamación de la encía, pérdida de los dientes y mal aliento. La capacidad de masticar e ingerir los alimentos es esencial

para obtener los nutrientes necesarios que permiten disfrutar de un buen estado de salud. Una mala salud oral puede afectar de manera negativa a la capacidad de comunicación y autoestima.

El principal objetivo de éste estudio es caracterizar el estado de salud bucodental de los niños de 7 a 11 años de la Escuela Fiscal Mixta Daniel Villacreses Aguilar, de la parroquia Andrés de Vera del cantón Portoviejo. Los resultados de esta investigación son un aporte a las ciencias de la salud pública y la prevención.

Los niños de la escuela fueron beneficiados de manera directa y según los resultados que se obtuvieron en la investigación se pudo adoptar medidas que permitieron mejorar la problemática que se detectó. Indirectamente se beneficiaron los padres y la institución educativa al tener visión clara del estado de salud bucal de los estudiantes.

Es factible la investigación pues hubo interés y predisposición para colaborar con el estudio tanto de los padres como de los directivos de la escuela, los recursos económicos y materiales fueron financiados por la investigadora.

1.6. Objetivos.

1.6.1. Objetivo general.

Caracterizar el estado de salud bucodental de los niños de 7 a 11 años de la escuela Daniel Villacreses Aguilar, de la parroquia Andrés de Vera del cantón Portoviejo.

1.6.2. Objetivos Específicos.

Establecer los niveles de caries de acuerdo al índice CPO y ceo de los niños de 7 a 11 años de la escuela Daniel Villacreses Aguilar.

Determinar el índice de higiene oral simplificada (IHOS) de los escolares.

Identificar los tipos de mal oclusión en los escolares de acuerdo a la clase de Angle.

Identificar las lesiones de los tejidos blandos en los alumnos de 7 a 11 años de edad.

CAPÍTULO II.

2. Marco Teórico, Referencial y Conceptual.

2.1. La salud oral.

2.1.1. Descripción de salud oral.

Leyendo informaciones disponibles en el sitio web de la organización mundial de la salud⁴ (2014) puedo citar que:

Salud bucodental como la ausencia de enfermedades y trastornos que afectan boca, cavidad bucal y dientes, como cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental, dolor orofacial crónico, entre otros.

Por tanto, este concepto se refiere al estado de normalidad y funcionalidad eficiente de los dientes, estructuras de soporte y de los huesos, articulares, mucosas, músculos, todas las partes de la boca y cavidad bucal, relacionadas con la masticación, comunicación oral y músculo facial. (párr.1, 2)

2.1.2. Importancia de la salud bucal.

Investigando informaciones disponibles en el sitio web Salud y Medicinas en su versión digital consulté un artículo de Peñuela⁵ (2009) puedo conocer que:

El cuidado dental es un hábito que se aprende desde la infancia y que perdura toda la vida. Los dientes y encías bien cuidados ayudan a los niños a mantener una buena salud a nivel general, no sólo dental. Cuando los niños presentan caries, infecciones u otro tipo de enfermedad oral, los resultados pueden ser negativos, generando deficiencias en la nutrición, desarrollo del lenguaje, dolor y en muchas ocasiones problemas con su autoestima.

Por estas razones es tan importante cuidar y enseñarles a sus hijos los hábitos de higiene bucal. Estos deben ser enseñados y reforzados por los padres durante su

⁴ La Organización Mundial de la Salud.(2014).*Salud bucodental*. [En línea]. Consultado: [11,noviembre,2014] Disponible en :

<http://www.saludymedicinas.com/centros-de-salud/bucodental/definicion/salud-bucodental.html>

⁵ Peñuelas, J.*Importancia de la salud bucal en niños*. [En línea]. Consultado: [23,noviembre,2014] Disponible en:

<http://www.revistabuenasalud.cl/la-importancia-de-la-salud-bucal-en-ninos/>

crecimiento inclusive con los recién nacidos. Se recomienda limpiar las encías con un paño suave y húmedo después de cada comida y antes de dormir, además de regular las dietas de alimentación de biberón y lactancia materna. (párr.1, 2)

2.2. Factores que alteran la salud oral.

2.2.1. Caries dental.

Leyendo el libro de Bordoni y colaboradores⁶ (2010) puedo citar que:

La caries dental es una enfermedad crónica, multifactorial, casi siempre de progreso lento. No es una enfermedad auto limitante, ocasionalmente se detiene (inactiva) y de no intervenir oportunamente, destruye por completo los dientes. La presencia de bacterias cariogénicas como *S. mutans*, *Lactobacillus spp* y de sacarosa en la dieta son factores que individualmente se consideran como necesarios, pero no suficientes, para explicar la enfermedad. Hoy se concibe como una enfermedad psicobiosocial, que afecta al esmalte, la dentina y el cemento.

Para su inicio es necesario la presencia localizada de microorganismos sobre la superficie del diente. Los signos clínicos de la lesión se pueden organizar de manera progresiva, abarcan un lapso que se inicia con la pérdida de minerales a nivel ultra estructural y termina con la cavidad clínicamente visible o con la destrucción completa del diente. De la mancha blanca a la lesión cavitada puede transcurrir meses o años, de ahí la importancia de inactivar el proceso antes de restaurar la lesión. (p. 167)

2.2.1.1. Clasificación de la caries dental.

Investigando la obra de Escobar y Castillo⁷ (2010), puedo conocer que:

La caries dental se puede clasificar de muchas maneras, una, desde el punto de vista de localización anatómica; otra, desde el punto de vista de la actividad de la enfermedad.

Localización anatómica.

Superficie lisa del esmalte, mancha blanca y lesión cavitada.

Superficie oclusal, en fosas y en fisuras.

⁶ Bordoni, N., Escobar, A., y Catillo, R. (2010). *Odontología Pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. República de Argentina: Panamericana.

⁷ Escobar, A., Escobar, A., y Castillo, R. (2010). *Odontología Pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. República de Argentina: Panamericana.

Caries dental radicular, en cemento o en dentina expuesta.

Caries dental de la niñez temprana.

Caries rampante.

Actividad.

Caries dental activa, en esmalte o en dentina.

Caries dental detenida, en esmalte o en dentina.

Tipos de lesiones.

Lesión primaria de caries dental.

Es la lesión que aparece sobre una superficie previamente sana, sin restauraciones. Se presenta sobre las superficies lisas o en el sistema de fosas y fisuras.

Lesión secundaria o caries dental recurrente.

Es la lesión que aparece en la interfase esmalte-restauración. Para algunos investigadores los dos términos son sinónimos.

Caries dental residual.

Describe tejidos afectados por caries dental cuya remoción fue incompleta y por encima del cual se ha colocado el material de restauración.

Caries dental oculta.

Lesión localizada en dentina por debajo de un esmalte intacto. Son lesiones que no se detectan fácilmente en la inspección visual pero que son evidentes en el examen radiológico.

Caries dental de la niñez temprana.

Descrita como caries dental de biberón o de la alimentación. Son lesiones inicialmente localizadas sobre la superficie vestibular de los incisivos centrales superiores, primarios, en niños entre los 6 meses y los dos años de vida. En el tiempo puede afectar los cuatros incisivos primarios superiores y los primeros molares primarios superiores.

Caries dental rampante o irrestricta.

Afecta a casi todas las superficies de todos los dientes primarios, a partir de los dos años de vida. Ataca superficies que relativamente se encuentran libres de caries dental. Ocasionalmente no ataca a los cuatro incisivos primarios inferiores, pero si el resto de la dentición decidua muestra lesiones de caries dental cabe en la en la definición de caries rampante.

Caries dental activa.

Es la lesión que muestra señales de actividad por cambios de dureza, la textura, el color, y respuesta dolorosa ante estímulos como el frio, el calor o los alimentos dulces.

Caries dental detenida.

Lesión activa, que se desarrolló meses o años atrás, cuyo progreso, por alguna razón se detuvo, permitiendo la esclerosis de los túbulos dentinales de la dentina infectada. Pueden coexistir lesiones detenidas rodeadas por lesiones activas. Existen lesiones detenidas de esmalte, dentina y cemento.

Caries dental asociada con radiación. (pp.168-169)

2.2.2. Índice de CPO y ceo.

Analizando información disponible en el sitio web de red estomatología social consulté un documento de Fernández y colaboradores⁸ (s.f.) puedo referenciar que:

Fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson durante un estudio del estado dental y la necesidad de tratamiento de niños asistentes a escuelas primarias en Hagerstown, Maryland, EE. UU., en 1935. Se ha convertido en el índice fundamental de los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de la caries dental. Señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados.

Se obtiene de la sumatoria de los dientes permanentes cariados, perdidos y obturados, incluidas las extracciones indicadas, entre el total de individuos examinados, por lo que es un promedio. Se consideran solo 28 dientes. Para su mejor análisis e interpretación se debe descomponer en cada una de sus partes y expresarse en porcentaje o promedio. Esto es muy importante al comparar poblaciones. Se debe obtener por edades, las recomendadas por la OMS son: 5-6, 12, 15, 18, 35-44, 60-74 años. El índice CPO-D a los 12 años es el usado para comparar el estado de salud bucal de los países.

Signos:

C = caries

O = obturaciones

P = perdido

Es el índice CPO adoptado por Gruebbel para dentición temporal en 1944. Se obtiene de igual manera pero considerando solo los dientes temporales cariados, extraídos y obturados, se consideran 20 dientes.

⁸ Fernández, M., González, M., Castro C., Vallard, E., Lezama G., Carrasco R. (s.f.). *Índices epidemiológicos para medir la caries dental*. [En línea]. Consultado: [24, noviembre, 2014] Disponible en. <http://estsocial.sld.cu/docs/Publicaciones/Indices%20epidemiologicos%20para%20medir%20la%20caries%20dental.pdf>

En los niños se utiliza el ceo-d (dientes temporales) en minúscula, las excepciones principales son, los dientes extraídos en niños por tratamiento de ortodoncia o perdidos por accidentes así como coronas restauradas por fracturas.

El índice para dientes temporales es una adaptación del índice COP a la dentición temporal, fue propuesto por Gruebbel y representa también la media del total de dientes temporales cariados (c) con extracciones indicadas (e) y obturaciones (o).

La principal diferencia entre el índice COP y el ceo, es que en este último no se incluyen los dientes extraídos con anterioridad, sino solamente aquellos que están presentes en la boca el (e) son extracciones indicadas por caries solamente, no por otra causa. (párr.1-6)

2.2.3. Placa bacteriana.

Examinado información disponible en el sitio web Clínica Dental Dr. Juan Balboa consulté un artículo de Balboa⁹(2014) puedo transcribir que:

La placa bacteriana es una delgada película invisible (no la podemos ver a simple vista, sólo con microscopio), muy pegajosa, que se adhiere a la superficie de todas y cada una de las paredes de cada pieza dental, albergándose en las fosas y fisuras de las muelas y en la superficie de los dientes. Se acumula debajo del surco de las encías en el cuello de cada diente o muela y aún más en las muelas más posteriores, al fondo de la boca.

Está formada sobre todo por bacterias propias de la boca, compuestos químicos varios de la saliva y restos de comida metabolizados. La placa bacteriana alberga más de 200 especies de bacterias distintas y son estas bacterias, las responsables de la gingivitis, periodontitis, caries y halitosis Después de un correcto cepillado y de haber pasado la cinta dental a conciencia, se puede eliminar la placa bacteriana. Pero debes saber, que antes de que transcurran 24 h se habrá vuelto a formar placa Bacteriana, y estará lista para atacar las encías y los tejidos duros de los dientes. Por eso se recomienda dos cepillados al día. La placa bacteriana es la responsable de que tengamos caries y que nuestras encías sangren al cepillar. También interviene en la formación del cálculo dental (sarro), y todo ello genera mal aliento de origen bucal (halitosis). (Párr.3-6)

Leyendo la obra de Chérrez¹⁰ (2011), puedo referenciar que:

⁹ Balboa,J. (2014). *Placa bacteriana, placa dental o biofilm*. [En línea]. Consultado: [20, noviembre, 2014] Disponible en:

<http://www.juanbalboa.com/placa-bacteriana/>

¹⁰ Chérrez, C. (2011). Prevalencia de placa bacteriana y cálculos en estudiantes de 14 a 19 años del instituto tecnológico Benito Juárez de la ciudad de Quito. Población a investigar 300 estudiantes. [En

En relación a la presencia de placa bacteriana según sexo, no se obtuvo diferencias significativas. Sin embargo, estratificando por niveles de presencia de placa bacteriana en los dientes existen diferencias significativas entre el grupo de varones y mujeres, siendo el grupo de niños el que tuvo los mayores porcentajes de placa bacteriana en los tercios medio y gingival de los dientes. (p. 25)

2.2.4. Cálculo dental.

Analizando la obra de Negroni¹¹ (2009) puedo conocer que:

El cálculo es esencialmente biopelícula mineralizada, cubierta por otra mineralizada muy adherente. Puede ser supra gingival o subgingival, según se encuentre por encima o por debajo del margen gingival.

Cálculo supra gingival: las glándulas salivales son la fuente principal de las sales minerales; el cálculo supra gingival es prevalente sobre las superficies linguales de los dientes antero inferiores próximos a la desembocadura del conducto de Wharton de las glándulas submaxilares y sobre las superficies vestibulares de los molares superiores cercanos a la desembocadura del conducto de Stensen. No obstante, pueden observarse cálculos supra gingivales sobre otras superficies. Son de color blanco amarillento y pueden ser coloreados por sustancias como tabaco, café, etc.

Cálculo subgingival: formados por debajo del margen gingival y dentro de la bolsa periodontal son denominados cálculo subgingival; no son la causa de la formación de bolsa, pero posibilitan mayor adherencia de microorganismo. Los cálculos subgingivales son duros; por lo general, de color oscuro, negro o verdoso, aunque a veces pueden ser blanquecinos; no se forman por extensión directa del cálculo supra gingival, sino por mineralización de la biopelícula subgingival.(pág. 292)

2.2.5. Gingivitis.

Analizando la obra de de Bordoni y sus colaboradores¹² (2010) puedo referir que:

La gingivitis es una lesión inflamatoria que aparece 10 a 20 días después de permitir acumulación biopelícula dentobacteriana en la unidad dentogingival. Se

línea]. Consultado: [20,junio,2015]. Disponible en:
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/564/4/T-UCE-0015-6.pdf>

¹¹ Negroni, M. (2009). *Microbiología Estomatológica:fundamentos y guía práctica*. República de Argentina: Médica Panamericana.

¹² Bordoni, N., Escobar, A., y Catillo, R. (2010). *Odontología Pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. República de Argentina: Panamericana.

manifiesta como un enrojecimiento de la encía, inflamación o agrandamiento, cambio de forma a menos festoneada, menor firmeza y tendencia incrementada del tejido blando a sangrar con un sondaje suave sin tener evidencia de pérdida de inserción clínica al sondaje. (p.434)

2.2.5.1. Gingivitis inducida por placa.

Examinado la obra de Lindhe y sus colaboradores¹³ (2009) puedo conocer que:

La gingivitis inducida por la placa bacteriana es la inflamación de la encía como resultado de la actividad de bacterias localizadas a la altura del margen gingival. La relación entre la placa bacteriana y la inflamación gingival ha sido postulada con frecuencia como la causa de la gingivitis pero su papel en la etiología recién pudo confirmarse en los estudios de gingivitis experimental realizados en seres humanos. Los datos epidemiológicos han demostrado que la gingivitis inducida por la placa bacteriana es prevalente a todas las edades en las poblaciones dentadas y como consecuencia esta enfermedad ha sido considerada la forma más común de patología periodontal. La prevalencia de la gingivitis inducida por placa en los niños continúa aumentando hasta alcanzar el cenit de la pubertad. Los cambios iniciales desde la salud hasta llegar a la gingivitis inducida por placa no siempre son detectables clínicamente pero a medida que esta patología progresa a formas más avanzadas los signos y los síntomas clínicos se vuelven más obvios.

La gingivitis inducida por placa comienza en el margen gingival y se puede extender a todo el resto de los tejidos gingivales. Los signos clínicos de inflamación, que incluyen cambios en el contorno, color y la consistencia de la encía, se asocian con un tejido periodontal con nivel de inserción estable (sin pérdida de inserción periodontal ni de hueso alveolar). En los niños la gingivitis no es tan intensa como la que se observa en los adultos jóvenes con la misma cantidad de placa bacteriana. Esta diferencia relacionada con la edad en el desarrollo y la gravedad de la gingivitis pueden asociarse con la calidad y la cantidad de placa bacteriana, con la respuesta del sistema inmunitario o con diferencias morfológicas en el periodonto entre los niños y los adultos. Más específicamente, la placa bacteriana de los niños usualmente contiene concentraciones menores de patógenos periodontales putativos y la mayor delgadez del epitelio de unión se encuentra compensada por una mayor vascularización del tejido conjuntivo y el desarrollo del sistema inmunitario. (pp.407, 408)

2.2.5.2. Características clínicas de la gingivitis.

¹³ Lindhe, J., Lang, N., y Karring, T. (2009). *Periodontología Clínica e Implantología Odontológica*. Buenos Aires, República de Argentina: Médica Panamericana.

Indagando en la obra Carranza y colaboradores¹⁴ (2014) puedo referenciar que:

Cambio de color en la encía.

El color de la encía está determinado por muchos factores, como el número y tamaño de los vasos sanguíneos, el grosor epitelial, la cantidad de queratinización y pigmentos dentro del epitelio.

Cambio de color en la gingivitis. El cambio de color es un signo clínico importante de la enfermedad gingival. El color normal de la encía “rosa coral”, es producido por la vascularidad del tejido y es modificado por las capas epiteliales superyacentes. Por esta razón, a encía se vuelve roja cuando aumenta la vascularización o se reduce o desaparece el grado de queratinización. El color se vuelve pálido cuando se reduce la vascularización (en relación con la fibrosis de la dermis) o aumenta la queratinización epitelial.

Por tanto, la inflamación crónica intensifica el color rojo o rojo azulado debido a la proliferación vascular y la reducción de la queratinización. Además, la estasis venosa contribuye al matiz azulado.

El color gingival cambia conforme aumenta la cronicidad del proceso inflamatorio. Los cambios empiezan en las papilas interdentes y el margen gingival, y se extienden a la encía insertada.

Cambio de consistencia.

La inflamación crónica y aguda produce cambios en la consistencia normal, firme y resistente de la encía. Como ya se mencionó, en la gingivitis crónica coexisten cambios destructivos (edematosos) y reparativos (fibróticos), y la consistencia de la encía está determinada por su predominancia relativa. (pp.118, 119)

Analizando la obra Carranza y colaboradores¹⁵ (2014) puedo citar que:

Cambio de la textura de la superficie de la encía

La superficie de la encía normal suele presentar varias depresiones y elevaciones pequeñas, lo que da al tejido una apariencia tipo cascara de naranja a la que se le denomina graneado. El graneado se restringe a la insertada y se localiza sobre todo en el área subpapilar, pero se extiende en grado variable hacia la papila interdental. Aunque se desconoce la importancia biológica del graneado gingival, algunos investigadores concluyen que la pérdida de graneado es un signo temprano de gingivitis. Sin embargo, los periodoncista deben tomar en cuenta que su patrón y extensión varía en diferentes áreas de la boca, entre pacientes y con la edad.

¹⁴ Carranza,F., Newman,M.,Takei,H., y Klokkevold,P.(2014).*Periodontología Clínica de Carranza*. Venezuela: Amolca.

¹⁵ Carranza,F., Newman,M.,Takei,H., y Klokkevold,P.(2014).*Periodontología Clínica de Carranza*. Venezuela: Amolca.

En la inflamación crónica, la superficie gingival es blanda y brillante o firme y nodular, si los cambios dominantes son exudativos o fibróticos. La textura blanda de la superficie también es producida por la atrofia epitelial en la gingivitis atrófica, y la gingivitis descamativa crónica produce una exfoliación superficial. La hiperqueratosis produce una textura correosa, y el agrandamiento gingival inducidos por fármacos produce una superficie nodular.

Cambio en el contorno gingival.

Los cambios en el contorno gingival se relacionan, sobre todo, con el agrandamiento gingival, pero también pueden darse estos cambios en otras enfermedades. Las descripciones de indentaciones del margen gingival denominadas grietas de Stillman y festones de McCall, tienen interés histórico. El término “grietas de Stillman” se ha usado para describir un tipo específico de recesión gingival que consta de una recesión gingival estrecha con forma triangular. Conforme progresa apicalmente la recesión, la grieta se hace más ancha, lo que expone el cemento de la superficie radicular. Cuando la lesión llega a la unión mucogingival, el borde apical de la mucosa bucal suele estar inflamado debido a la dificultad para mantener un control adecuado de la placa en este sitio. (pp. 120,121)

Carranza¹⁶ (2014) señaló que “El tamaño de la encía corresponde con la suma total del volumen de los elementos celulares e intercelulares y su suministro vascular.

La alteración en el tamaño es una característica común de la enfermedad gingival” (p.95).

Examinando la obra Carranza y colaboradores¹⁷ (2014) puedo conocer que:

Hemorragia gingival al sondaje

Los dos signos iniciales de la inflamación gingival que preceden la gingivitis establecida son: (1) un mayor índice de producción de líquido crevicular gingival y (2) hemorragia del surco gingival al sondaje delicado.

La hemorragia gingival presenta variaciones en gravedad, duración y facilidad para inducirla. La hemorragia al sondaje es fácil de detectar clínicamente y, por tanto, tiene valor en el diagnóstico temprano y la prevención de la gingivitis más avanzada. Se ha demostrado que la hemorragia al sondaje aparece de forma más temprana que un cambio en el color u otros signos visuales de la inflamación, además el uso de la hemorragia más que los cambios de color para diagnosticar la

¹⁶ Carranza,F., Newman,M.,Takei,H., y Klokkevold,P.(2014).*Periodontología Clínica de Carranza*. Venezuela: Amolca.

¹⁷ Carranza,F., Newman,M.,Takei,H., y Klokkevold,P.(2014).*Periodontología Clínica de Carranza*. Venezuela: Amolca.

inflamación gingival temprana tiene ventaja, porque la hemorragia es un signo más objetivo que requiere menos estimación subjetiva por parte del examinador. (pp. 115,116)

2.2.6. Índice de higiene oral simplificada (IHOS).

Examinado información disponible en el sitio web de revista salud pública consulté un artículo de Gómez y Morales¹⁸ (2012) puedo citar que:

En el Índice Simplificado de Higiene Bucal (IHO-S) (Green y Ver millón), se examinan 6 piezas dentarias según la metodología de este índice: 1° molar permanente superior derecho (superficie vestibular); incisivo central superior permanente derecho (superficie vestibular); 1° molar permanente superior izquierdo (superficie vestibular), 1° molar permanente inferior izquierdo (superficie lingual); incisivo central inferior permanente izquierdo (superficie vestibular) y 1° molar permanente inferior derecho (superficie lingual). Asimismo, el índice IHO-S consta de dos componentes:

El índice de residuos simplificado (DIS) y el índice de cálculo (CI-S), cada componente se evalúa en una escala de 0 a 3.

Los criterios para medir el componente de residuos (DI-S) de higiene oral simplificada

(IHO-S) fueron los siguientes:

0– No hay residuos o manchas.

1– Los residuos o placa no cubre más de un tercio de la superficie dentaria.

2– Los residuos o placa cubren más de un tercio de la superficie pero no más de dos tercios de la superficie dentaria expuesta.

3– Los residuos blandos cubren más de 2 tercios de la superficie dentaria expuesta.

Para obtener el índice individual de IHO-S por individuo se requiere sumar la puntuación para cada diente señalado y dividirla entre el número de superficies analizadas, una vez ya establecido, se procede a determinar el grado clínico de higiene bucal:

Excelente: 0,0

Bueno: 0,1 - 1,2

¹⁸ Gomez,n. y Morales,m. (2012). Determinacion de los indice CPO-D e IHOS en estudiantes de la Univeesidad Veracruzana, Mexico. [En línea]. Consultado: [25, noviembre, 2014] Disponible en: <http://revistaderechopublico.uchile.cl/index.php/RCSP/article/.../19665>

Regular: 1,3 - 3,0. (p.3)

2.2.7. Mal oclusión.

Indagando en el sitio web prótesis dental Sevilla consulté un artículo de Bruno¹⁹ (2011) puedo transcribir que:

La oclusión hace referencia a las relaciones que se establecen al poner los arcos dentarios en contacto.

Oclusión máxima (máxima oclusión): Aquella en la que se producen mayor número de contactos dentarios.

Oclusión céntrica: Aquella que se produce en relación céntrica condilar, es decir, en la que los cóndilos están en la posición más posterior dentro de la cavidad glenoidea, con la mandíbula centrada.

Oclusión excéntrica: Relación de contacto entre los dientes en las excursiones mandibulares de protusión y lateralidades. (párr.3)

Examinando el libro de Cano²⁰(2010) puedo referenciar que:

La Clasificación del Angle Molar: tomaremos como referencia la relación entre la cúspide mesiobucal del primer molar superior y el surco mesiobucal del primer molar inferior.

Clase I: la cúspide mesiobucal superior está a nivel del surco inferior.

Clase II: la cúspide mesiobucal superior está por delante del surco inferior.

Clase III: la cúspide mesiobucal superior esta por detrás del surco inferior.

La clase II de Angle presenta dos divisiones:

Clase II división 1: existe clase II a nivel molar, pero los incisivos superiores se encuentran dirigidos hacia vestibular.

Clase II división 2: existe clase II a nivel molar, pero los incisivos superiores se encuentran rectos o se dirigen hacia palatino. (p.78)

¹⁹ Bruno, S. (2011). Concepto de Ortodoncia, Oclusión y Mal oclusión. [En línea]. Consultado: [3, febrero, 2015] Disponible en:

http://www.protesidentalsevilla.com/index.php?option=com_content&view=article&id=97:concepto-de-ortodoncia-oclusion-y-maloclusion&catid=105:protesis-dental-ortodoncia&Itemid=194

²⁰ Cano, M. (2010). *Practica ortodoncia*. España: Universidad Salamanca.

2.2.8. Lesiones de los tejidos blandos de la cavidad oral.

Indagando en el sitio web de Patología consulté un artículo de Granados²¹ (2012). puedo citar que:

El tejido blando que conforma la boca permite que se puedan diferenciar unas paredes que la determinan y las glándulas salivares. Estas paredes bucales o límites de la cavidad bucal son las siguientes:

1. pared anterior: formada por los labios, son dos repliegues músculos membranosos, uno superior y otro inferior, adaptados a la convexidad de los arcos dentarios. En los labios se insertan gran cantidad de músculos faciales responsables de la mímica: buccinador, risorio, etc.

2. pared posterior: formada por el velo del paladar y el istmo de las fauces, en su parte central, es visible la úvula o campanilla y a los lados las amígdalas palatinas.

3. pared superior: está formada por el paladar duro y el paladar blando:

3.1. Paladar duro: formado por la bóveda palatina, es cóncavo y está limitado por los arcos dentarios del maxilar superior, está recubierto de una mucosa fibrosa y resistente

3.2. Paladar blando: no tiene soporte óseo y está formado por el velo del paladar.

4. Pared inferior: está formada por la lengua y el suelo de la boca. (párr.5, 6)

Analizando información disponible en el sitio web de scielo consulté un artículo de

Jiménez y colaboradores²² (2009) puedo transcribir que:

La epidemiología de las enfermedades de la cavidad bucal ha estado ubicada en un plano secundario, sin recibir la atención apropiada en la planificación del servicio de salud bucal. Por tal motivo existen pocas referencias sobre la incidencia y tipos de lesiones en los tejidos blandos que se presentan en niños y adolescentes, considerando que algunos trabajos extranjeros han reportado específicamente al padecimiento y frecuencia de algunas lesiones patológicas en pacientes pediátricos. (párr.10).

²¹ Granados, D. (2012). *Tejidos Blandos*. [En línea]. Consultado: [3, febrero, 2014] Disponible en: <http://patologia11.blogspot.com/2012/11/tejidos-blandos.html>

²² Cecilia Jiménez, C., Ramírez, R., Ortiz, V., Virgüez, Y., y Benítez, A. (2009). *Identificación de lesiones en los tejidos blandos de la cavidad bucal en adolescentes con privación de libertad en el odontopediátrico de carapa*. [En línea]. Consultado: [27, noviembre, 2014].

Disponible en:

http://www.scielo.org/ve/scielo.php?pid=S0001-63652009000200007&script=sci_arttext

2.2.8.1. Tipo de lesiones en los tejidos blando.

Lesiones virales.

En investigación realizada en el sitio web kidshealth consulté un artículo de Dowshen²³ (2010) puedo referenciar que:

Herpes labial: El herpes labial, coloquialmente conocido como “calentura” o “pupa labial” es una ampollita de color rojizo o morado. Suele aparecer en la parte más externa del labio, solamente en un lado. Los herpes labiales pueden aparecer uno cada vez o a racimos y a veces están llenos de líquido. Generalmente acaban reventándose y se forma una costra sobre ellos antes de desaparecer. Duran una o dos semanas y no suelen requerir ningún tratamiento adicional.

Aunque también se llaman calenturas, no hace falta que tengas fiebre para que te salga una. No se deben confundir con las aftas o úlceras bucales, que son pupas pequeñas y blanquecinas que siempre salen en el interior de la boca. (párr.3, 4)

Lesiones bacterianas.

Indagando en el sitio web de Dfarmacia consulté un artículo de Bonet y sus colaboradores²⁴ (2011) puedo conocer que:

Ulceración aftosa recurrente: es una entidad clínica cuya manifestación principal es la aparición de aftas bucales (conocidas coloquialmente como llagas de la boca): lesiones únicas o múltiples -pequeñas (diámetro inferior a 5 mm), superficiales, en forma de cráter y que implican una solución de continuidad de la superficie epitelial y la pérdida parcial de la mucosa bucal. Aunque son muy dolorosas, tienen carácter benigno y aparecen preferentemente en las mucosas de revestimiento (no queratinizadas) de: superficie interna de mejillas y labios, bordes y dorso de la lengua, paladar blando y base de las encías.

Su localización (en zonas móviles de la cavidad oral) y la frecuente e inevitable utilización de la boca para hablar, bostezar pero especialmente comer, hace que su impacto sobre la calidad de vida de la persona que las presenta sea muy importante. (párr.1, 2)

²³ Dowshen, S. (2010). *Herpes labial*. [En línea]. Consultado: [3, febrero, 2015] Disponible en: http://kidshealth.org/kid/en_espanol/comunes/cold_sores_esp.html

²⁴ Bonet, R., y Garrote, A. (2011). *Estomatitis aftosa recidivante. Tratamiento*. [En línea]. Consultado: [3, febrero, 2015]. Disponible en: http://www.dfarmacia.com/farma/ctl_servlet?_f=13&idContenido=13191138&idCategoria=1

Lesiones por hongo:

Leyendo el libro de Fitzpatrick²⁵ (2009) puedo citar que:

Candidiasis Bucal: la candidiasis oral se presenta como unos parches blanquecinos aislados que pueden confluír sobre la mucosa bucal, de la lengua, paladar y las encías. Esta pseudomembrana friable es similar al requesón de la leche y está formada por células epiteliales descamadas, elementos micóticos, células inflamatorias, fibrina y restos de alimentos. (p.1823)

2.3. Unidades de observación y análisis.

165 escolares de entre 7 y 11 años de edad de la escuela Daniel Villacreses Aguilar.

2.4. Variables.

Edad.

Sexo.

Caries dental.

Placa.

Cálculo.

Gingivitis.

Mal oclusión.

Lesiones de tejidos blandos.

²⁵ Fitzpatrick, T. B. (2009). *Dermatología en Medicina General*. República de Argentina: Medica Panamericana.

CAPÍTULO III.

3. Marco Metodológico.

3.1. Modalidad de la investigación.

Estudio de campo.

3.2. Tipo de investigación.

Descriptiva.

Corte transversal.

3.3. Métodos.

En el estudio realizado a los escolares de entre 7 y 11 años de edad de la escuela Daniel Villacreses Aguilar se hizo una investigación de campo. Los datos se recogieron por medio de fichas de observación en este caso se utilizó la ficha clínica 033, incluyendo un cuadro para evaluar los tejidos blandos, un odontograma para determinar índice CPO y ceo, un cuadro para evaluar el IHOS y otro para diagnosticar los tipos de mal oclusión según la clase de Angle.

3.4. Técnicas.

Observación: Inspección de la cavidad oral.

3.5. Instrumentos.

Matriz de observación.

3.6. Población y muestra.

La población que se escogió para la investigación fueron los niños de tercer año básico hasta séptimo año básico que abarcan las edades de 7 a 11 años, un total de 165 alumnos de la escuela Fiscal Mixta Daniel Villacreses Aguilar.

3.7. Recolección de la información.

La información se recogió mediante la Ficha Clínica Odontológica 033.

3.8. Procesamiento de la información.

La información estadística se la procesó con el software de cálculo Microsoft office Excel 2010 del paquete informático Microsoft Office 2010, los valores se obtuvieron de las fichas clínicas 033 y de las variables estudiadas. Los resultados se expresaron en tablas y gráficos estadísticos con su respectivo análisis y fundamento científico.

CAPÍTULO IV.

4. Análisis e Interpretación de Resultados.

4.1. Análisis e interpretación de los resultados de las historias clínicas realizadas a los niños de 7 a 11 años de edad de la Escuela Fiscal Mixta Daniel Villacreses Aguilar.

Cuadro 1.

Según sexo.

Sexo.		
Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.
Masculino.	80	48%
Femenino.	85	52%
Total.	165	100%

Nota: Según el sexo. Realizado por la autora de esta tesis. Ficha clínica odontológica, formulario 033 del MSP realizada a los pacientes de 7 a 11 años de edad de la escuela Fiscal Mixta Daniel Villacreses Aguilar. Anexo 2, p.53.

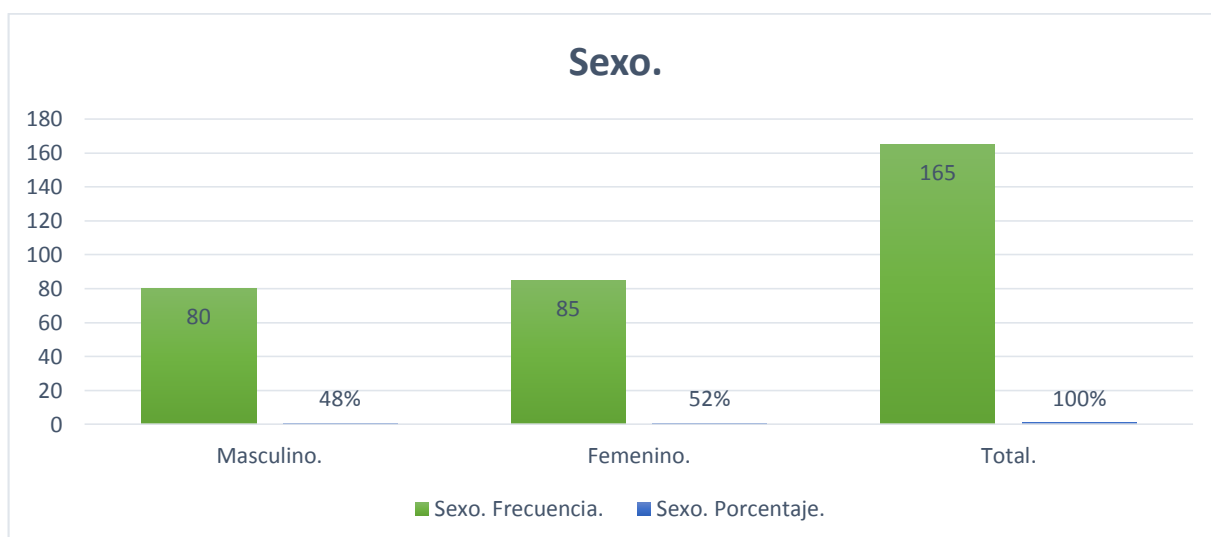


Gráfico N°.1. Según el sexo. Realizado por la autora de esta tesis. Datos obtenidos del cuadro 1.Cap. IV, p.24.

Análisis e interpretación.

En el cuadro n° 1, indica que el diagnóstico a los 165 niños de la escuela Fiscal Mixta Daniel Villacreses Aguilar, vierte un total de 80 pacientes que corresponde a un 48% del sexo masculino, y un total de 85 pacientes que corresponde a un 52% del sexo femenino.

En base a los resultados del cuadro n° 1, se observó una gran mayoría en niñas alcanzando el 52% de su totalidad que asisten al plantel educativo.

Cuadro 2.

Según edad promedio.

Edad.		
Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.
7 años.	336	23%
8 años.	166	11%
9 años.	288	19%
10 años.	260	18%
11 años.	429	29%
Total.	9	100%

Nota: según la edad promedio. Realizado por la autora de esta tesis. Fichas clínica odontológica, formulario 033 del MSP, realizada a los niños de 7 a 11 años de la escuela fiscal mixta Daniel Villacreses Aguilar. Anexo 2, p.53.

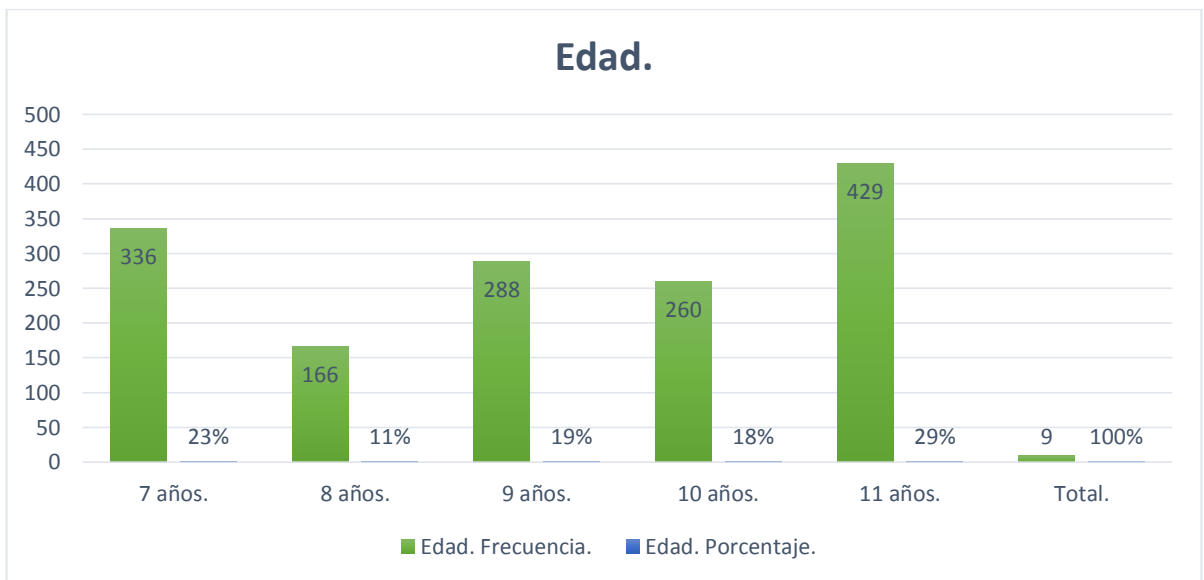


Gráfico N°. 2. Según la edad promedio. Realizado por la autora de esta tesis. Datos obtenidos del cuadro 2. Cap. IV, p.26.

Análisis e interpretación.

En el cuadro n° 2 se observó que de los 165 alumnos que participaron en la investigación el 23% corresponde a las edades de 7 años, 19% a los niños de edades de 8 años, un 18% corresponde a los de 10 años y el 29% corresponde a los niños de edades de 11 años.

En base a los resultados del cuadro n°2, la edad promedio es 9 de su totalidad.

Cuadro n° 3.

Según el índice de CPO en dientes permanentes.

Dientes permanentes.			
Alternativas.	Frecuencia.	Índice.	Porcentaje.
C	276	1,7	94%
P	2	0	0%
O	17	0,1	6%
Total.	295	1,8	100%

Nota: según el índice de CPO en dientes permanentes. Realizado por la autora de esta tesis. Ficha clínica odontológica, formulario 033, realizada a los niños de 7 a 11 años de la escuela fiscal mixta Daniel Villacreses Aguilar. Anexo 2, p.53.

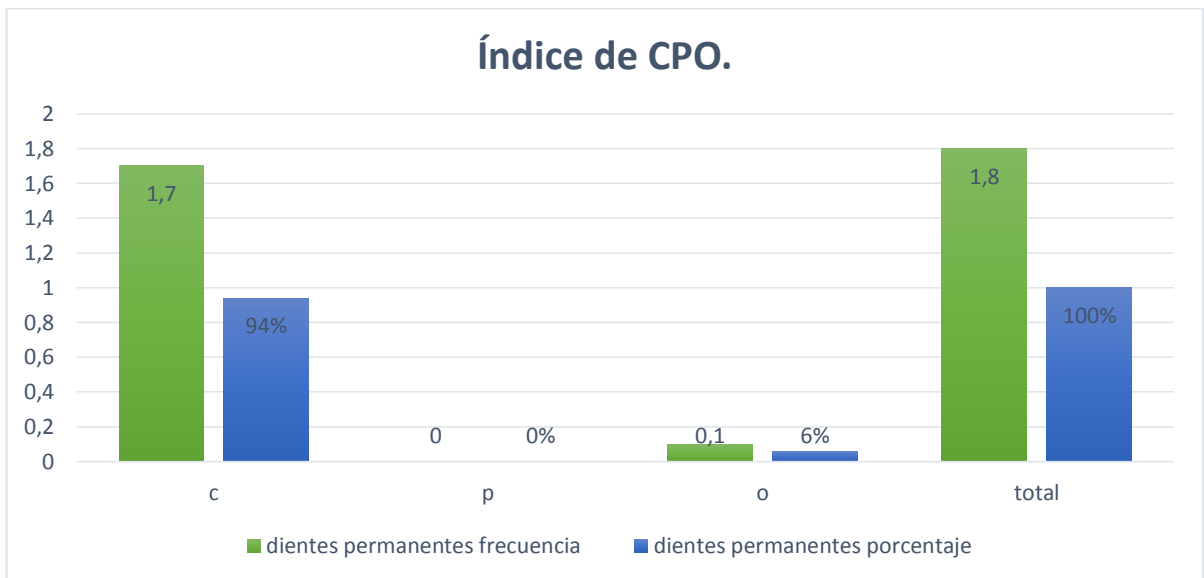


Gráfico N°. 3. Según el índice de CPO en dientes permanentes Realizado por la autora de esta tesis. Datos obtenidos del cuadro n° 3. Cap. IV, p.28.

Análisis e interpretación.

En el cuadro n° 3 los datos obtenidos de los 165 niños, refiere a un promedio de 1,7 piezas cariadas el cual es el 94%, las piezas perdidas un promedio de 0 q es el 0% y por ultimo un promedio de 0,1 que corresponde al 6% de las piezas obturadas.

Examinado información disponible en el sitio web de red estomatología social consulté un documento de Fernández y colaboradores²⁶ (s.f.) puedo referenciar que:

Se obtiene de la sumatoria de los dientes permanentes cariados, perdidos y obturados, incluidas las extracciones indicadas, entre el total de individuos examinados, por lo que es un promedio. Se consideran solo 28 dientes. Para su mejor análisis e interpretación se debe descomponer en cada una de sus partes y expresarse en porcentaje o promedio. Esto es muy importante al comparar poblaciones. Se debe obtener por edades, las recomendadas por la OMS son: 5-6, 12, 15, 18, 35-44, 60-74 años. El índice CPO-D a los 12 años es el usado para comparar el estado de salud bucal de los países. (p.4)

Los resultados del cuadro n° 3, nos indica que existe un 94% de la totalidad de piezas cariadas.

²⁶ Fernández,M., González,M., Castro C. ,Vallard,E.,Lezama G.,Carrasco R. (s.f.). *índices epidemiológicos para medir la caries dental*. [En línea]. Consultado: [24, noviembre, 2014] Disponible en. <http://estsocial.sld.cu/docs/Publicaciones/Indices%20epidemiologicos%20para%20medir%20la%20caries%20dental.pdf>

Cuadro n° 4.

Según el índice de ceo en dientes temporales.

Dientes temporales.			
Alternativas.	Frecuencia.	Índice.	Porcentaje.
c	369	2,1	65%
e	96	0,7	17%
o	104	0,6	18%
total	569	3,4	100%

Nota: según promedio del índice de ceo en dientes deciduos. Realizado por la autora de esta tesis. Ficha clínica odontológica, formulario 033, realizada a los niños de 7 a 11 años de la escuela fiscal mixta Daniel Villacreses Aguilar. Anexo 2, p.53.

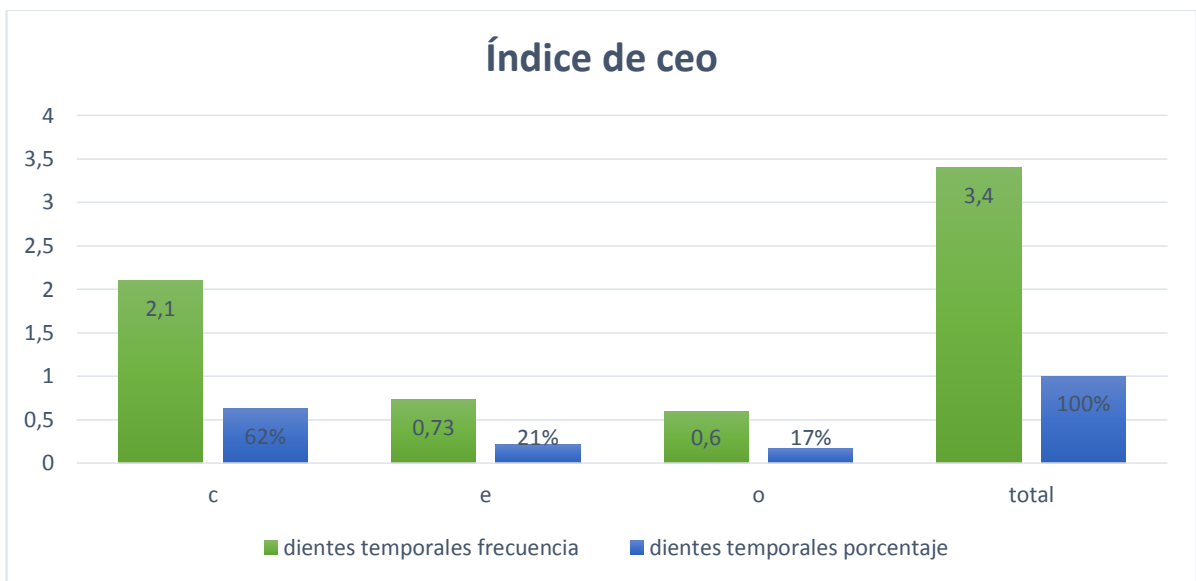


Gráfico N°. 4. Según el índice de ceo de los dientes deciduos. Realizado por la autora de esta tesis. Datos obtenidos del cuadro 4. Cap. IV, p.30.

Análisis e interpretación.

En el cuadro n° 4 refiere a los dientes temporales de los 165 niños, en el cual se promedió sus valores, dando el 2,1 de las piezas cariadas que corresponde al 62%, de las piezas con extracción indicada el 0,73 correspondiendo al 21% y un promedio de 0,6 de las piezas obturadas q corresponde al 17%.

Analizando información disponible en el sitio web de red estomatología social consulté un documento de Fernández y colaboradores²⁷ (s.f.) puedo referenciar que:

En los niños se utiliza el ceo-d (dientes temporales) en minúscula, las excepciones principales son, los dientes extraídos en niños por tratamiento de ortodoncia o perdidos por accidentes así como coronas restauradas por fracturas.

El índice para dientes temporales es una adaptación del índice COP a la dentición temporal, fue propuesto por Gruebbel y representa también la media del total de dientes temporales cariados (c) con extracciones indicadas (e) y obturaciones (o).

La principal diferencia entre el índice COP y el ceo, es que en este último no se incluyen los dientes extraídos con anterioridad, sino solamente aquellos que están presentes en la boca el (e) son extracciones indicadas por caries solamente, no por otra causa.(p.4)

Los resultados del cuadro n° 4, nos indica que hay un bajo índice de caries en las piezas deciduas, el cual es de un promedio de 2,1 de su totalidad.

²⁷ Fernández,M., González,M., Castro C. ,Vallard,E.,Lezama G.,Carrasco R. (s.f.). *índices epidemiológicos para medir la caries dental*. [En línea]. Consultado: [24, noviembre, 2014] Disponible en. <http://estsocial.sld.cu/docs/Publicaciones/Indices%20epidemiologicos%20para%20medir%20la%20caries%20dental.pdf>

Cuadro N°5.

Distribución por índice de higiene oral simplificada-placa.

Placa.		
Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.
0	80	48%
1	81	49%
2	4	3%
3	0	0%
total	165	100%

Nota: según el índice de Higiene oral simplificada-placa. Realizado por la autora de esta tesis. Ficha clínica odontológica, formulario 033, realizada a los niños de 7 a 11 años de la escuela fiscal mixta Daniel Villacreses Aguilar. Anexo 2, p.53.

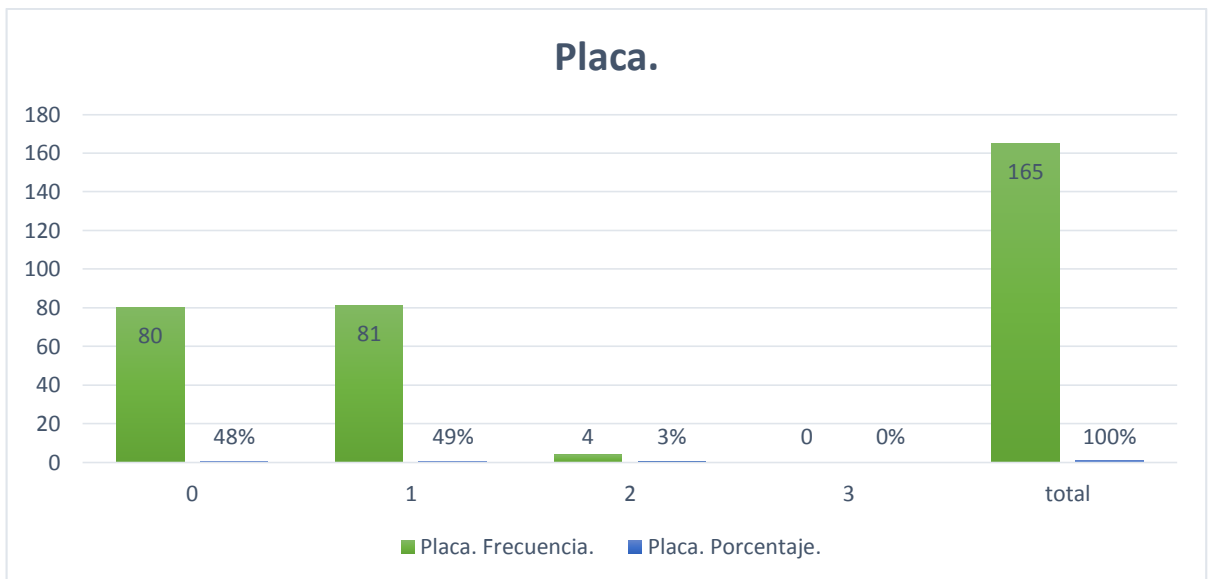


Gráfico N°. 5. Según el índice de higiene oral simplificada en dientes-placa. Realizado por la autora de esta tesis. Datos obtenidos del cuadro 5. Cap. IV, p.32.

Análisis e interpretación.

En el cuadro n° 5 podemos observar un total de 80 niños que no presentan placa con un porcentaje del 48%, otros 81 niños con placa que cubre un tercio de la superficie con un porcentaje del 49%, por ultimo 4 pacientes con placa bacteriana que cubre más de un tercio de la superficie con un porcentaje de 3% y 0 pacientes con un 0% que presentan placa de más de dos tercios de la superficie dentaria.

Examinado información disponible en el sitio web de revista derecho público consulté un artículo de Gómez y Morales²⁸ (2012) puedo citar que:

Los criterios para medir el componente de residuos (DI-S) de higiene oral simplificada

(IHO-S) fueron los siguientes:

0– No hay residuos o manchas.

1– Los residuos o placa no cubre más de un tercio de la superficie dentaria.

2– Los residuos o placa cubren más de un tercio de la superficie pero no más de dos tercios de la superficie dentaria expuesta.

3– Los residuos blandos cubren más de 2 tercios de la superficie dentaria expuesta.
(p.28)

Los resultados obtenidos del cuadro n° 5, nos indica que existe un 49% de nivel 1 de placa.

²⁸ Gomez,n. y Morales,m. (2012). Determinacion de los indice CPO-D e IHOS en estudiantes de la Univeesidad Veracruzana, Mexico. [En línea]. Consultado: [25, noviembre, 2014] Disponible en: <http://revistaderechopublico.uchile.cl/index.php/RCSP/article/.../19665>

Cuadro N° 6.

Distribución por índice de higiene oral simplificada-cálculo.

Cálculo.		
Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.
0	165	100%
1	0	0%
2	0	0%
3	0	0%
Total.	165	100%

Nota: según el índice de higiene oral simplificada-cálculo. Realizado por la autora de esta tesis. Ficha clínica odontológica, formulario 033, realizada a los niños de 7 a 11 años de la escuela fiscal mixta Daniel Villacreses Aguilar. Anexo 2, p.53.

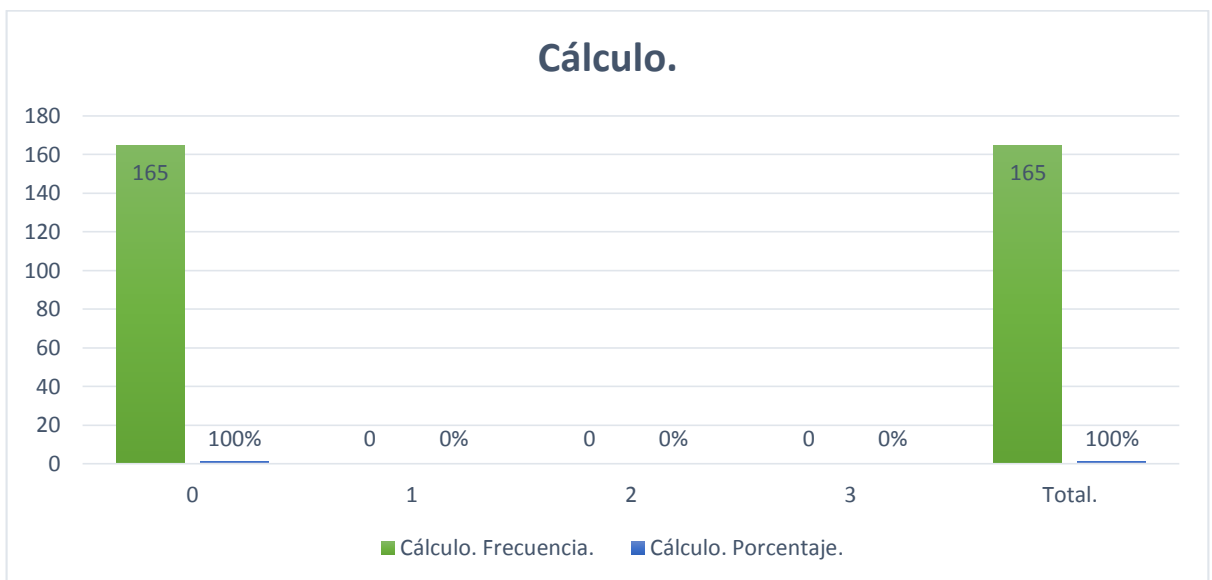


Gráfico N°. 6. Según el índice de higiene oral simplificada-cálculo. Realizado por la autora de esta tesis. Datos obtenidos del cuadro 6. Cap. IV, p.34.

Análisis e interpretación.

En el cuadro nº 6 observamos que un total de 165 niños no presentan cálculo lo que corresponde al 100% de la totalidad de los niños escogidos para la investigación.

Averiguando la obra de Eley y sus colaboradores²⁹ (2012) puedo citar que: “El cálculo casi nunca se encuentra en los dientes temporales y no es frecuente en los dientes permanentes de los niños pequeños. Sin embargo, se encuentra con frecuencia hacia los 9 años de edad y prácticamente en todos los adultos” (p.22).

Resultados del cuadro nº 6, indicaron que no hubo presencia de cálculo dental en los niños.

²⁹ Eley, B., Soory, M., y Manson, J. (2012). *Periodoncia*. España: Elsevier España.

Cuadro N° 7.

Según inflamación gingival.

Inflamación gingival.		
Alternativas.	Frecuencia.	Porcentaje.
0	160	96%
1	5	4%
2	0	0%
3	0	0%
total	165	100%

Nota: Según inflamación gingival. Realizado por la autora de esta tesis. Ficha clínica odontológica, formulario 033, realizada a los niños de 7 a 11 años de la escuela fiscal mixta Daniel Villacreses Aguilar. Anexo 2. p.53.

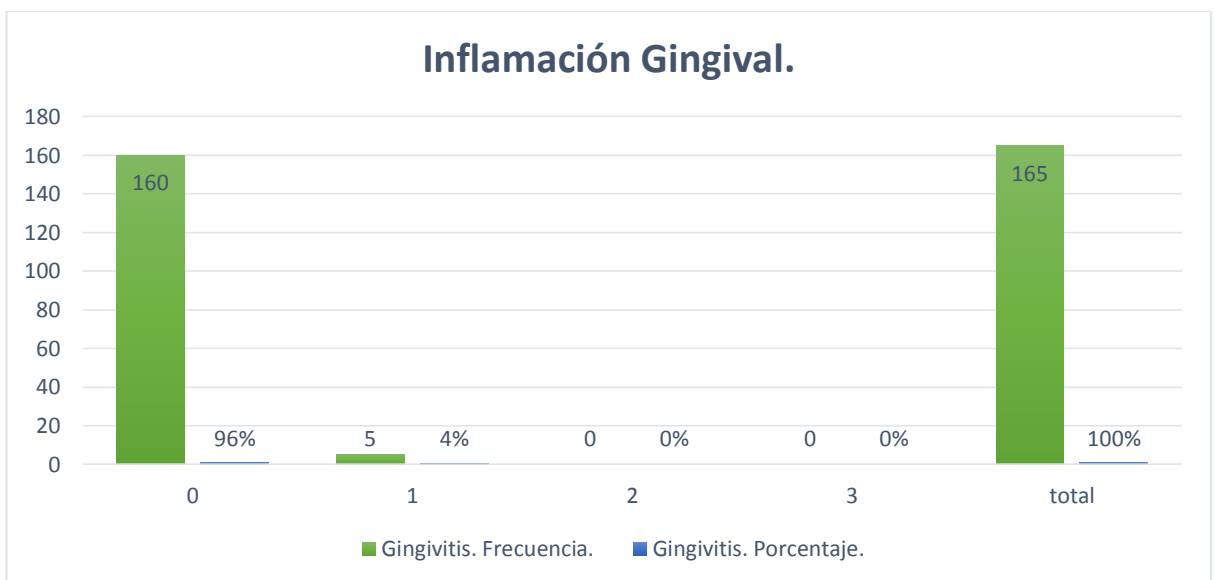


Gráfico N°. 7. Según inflamación gingival. Realizado por la autora de esta tesis. Datos obtenidos del cuadro 7. Cap. IV, p.36.

Análisis e interpretación.

En el cuadro nº 7, podemos observar que 160 niños no presentan gingivitis o inflamación visible correspondiendo al 96%, 5 pacientes presentan una inflamación leve, cambio de color, edema sin sangrado correspondiendo al 4%, y ningún niño presentó alguna inflamación moderada ni severa.

Examinado la obra de Lindhe y sus colaboradores³⁰ (2009) puedo conocer que:

La gingivitis inducida por placa comienza en el margen gingival y se puede extender a todo el resto de los tejidos gingivales. Los signos clínicos de inflamación, que incluyen cambios en el contorno, color y la consistencia de la encía, se asocian con un tejido periodontal con nivel de inserción estable (sin pérdida de inserción periodontal ni de hueso alveolar). En los niños la gingivitis no es tan intensa como la que se observa en los adultos jóvenes con la misma cantidad de placa bacteriana. Esta diferencia relacionada con la edad en el desarrollo y la gravedad de la gingivitis pueden asociarse con la calidad y la cantidad de placa bacteriana, con la respuesta del sistema inmunitario o con diferencias morfológicas en el periodonto entre los niños y los adultos. Más específicamente, la placa bacteriana de los niños usualmente contiene concentraciones menores de patógenos periodontales putativos y la mayor delgadez del epitelio de unión se encuentra compensada por una mayor vascularización del tejido conjuntivo y el desarrollo del sistema inmunitario. (pp.407, 408)

Los resultados del cuadro nº 7, el 4% de la totalidad presenta gingivitis leve.

³⁰ Lindhe,J., Lang,N., y Karring,T.(2009). *Periodontología Clínica e Implantología Odontológica*. Buenos Aires, República de Argentina: Médica Panamericana.

Cuadro N° 8.

Distribución de mal oclusión según la clase de Angle.

Mal oclusión.		
Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.
I	116	70%
II	49	30%
III	0	0%
Total.	165	100%

Nota: según la clase Angle. Realizado por la autora de esta tesis. Ficha clínica odontológica, formulario 033, realizada a los niños de 7 a 11 años de la escuela fiscal mixta Daniel Villacreses Aguilar. Anexo 2, p.53.

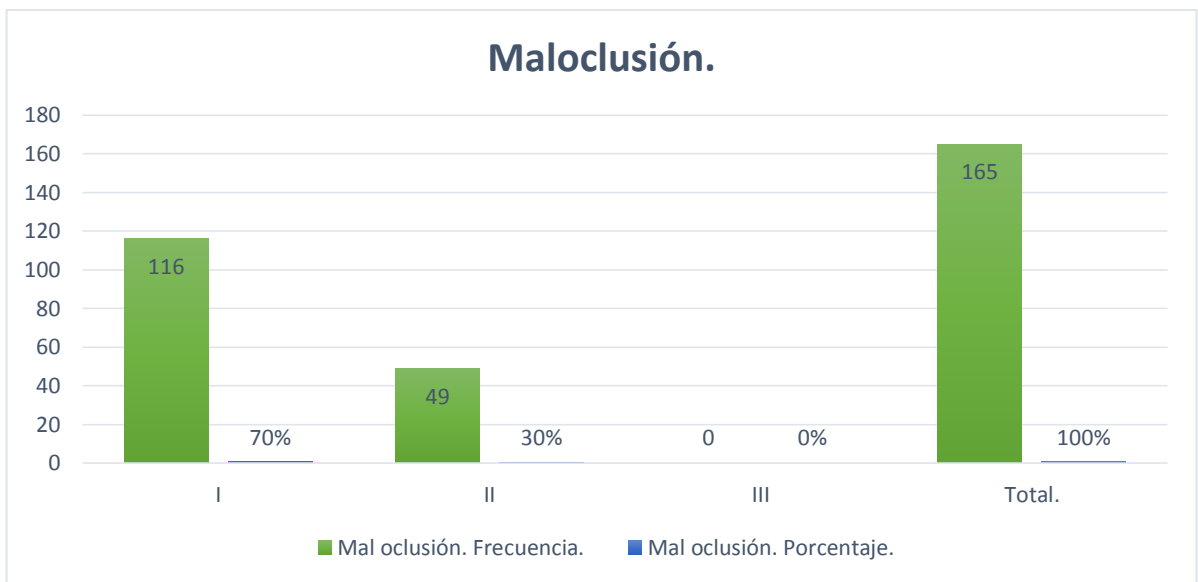


Gráfico N°. 8. Según la clase de Angle. Realizado por la autora de esta tesis. Datos obtenidos del cuadro 8. Cap. IV, p.38.

Análisis e interpretación.

En el cuadro N° 8 indica que 116 niños presenta mal oclusión clases I según Angle que corresponde al 70%, 49 pacientes con mal oclusión II correspondiendo al 30% y por ultimo nos indica que ningún niño presento clase III de Angle.

Examinando el libro de Cano³¹(2010) puedo referenciar que:

La Clasificación del Angle Molar: tomaremos como referencia la relación entre la cúspide mesiobucal del primer molar superior y el surco mesiobucal del primer molar inferior.

Clase I: la cúspide mesiobucal superior está a nivel del surco inferior.

Clase II: la cúspide mesiobucal superior está por delante del surco inferior.

Clase III: la cúspide mesiobucal superior esta por detrás del surco inferior.

La clase II de Angle presenta dos divisiones:

Clase II división 1: existe clase II a nivel molar, pero los incisivos superiores se encuentran dirigidos hacia vestibular.

Clase II división 2: existe clase II a nivel molar, pero los incisivos superiores se encuentran rectos o se dirigen hacia palatino. (p.78)

Los resultados del cuadro n° 8, indican que la clases I obtuvo el 70% lo que corresponde a 116 niños.

³¹ Cano, M. (2010). *Practica ortodoncia*. España: Universidad Salamanca.

Cuadro N° 9.

Distribución de las lesiones de los tejidos blandos.

Lesiones de los tejidos blandos.		
Alternativas.	Frecuencia.	Porcentaje.
Herpes labial.	1	1%
Ulceración aftosa.	5	3%
Candidiasis bucal.	0	0%
Sin patología aparente.	159	96%
Total.	165	100%

Nota: lesiones de los tejidos blandos. Realizado por la autora de esta tesis. Fichas clínica odontológica, formulario 033, realizada a los niños de 7 a 11 años de la escuela fiscal mixta Daniel Villacreses Aguilar. Anexo 2, p.53.

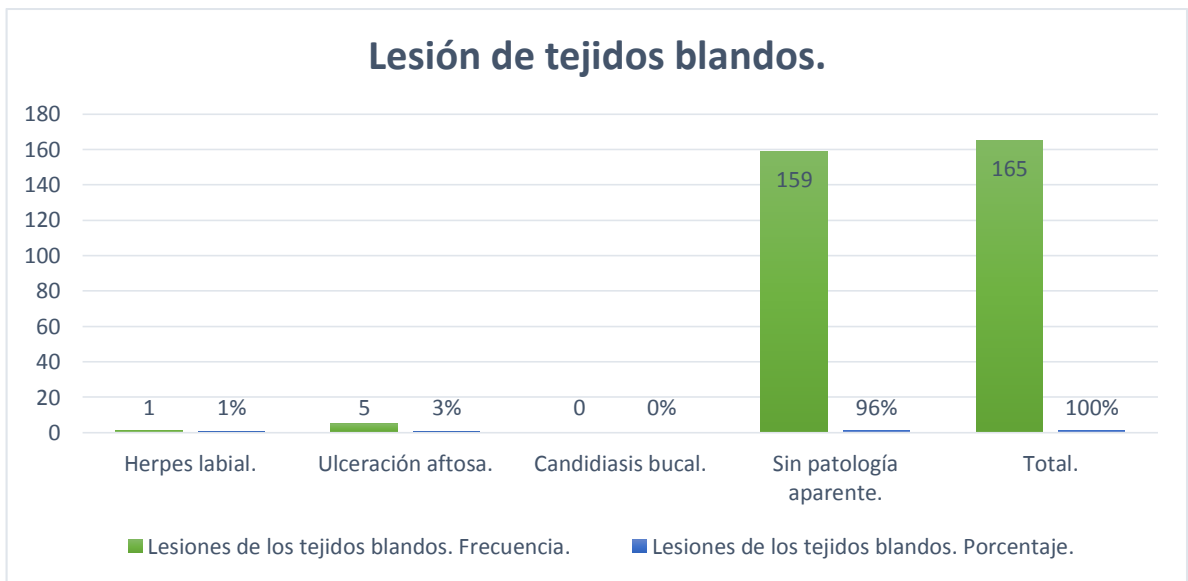


Gráfico N° 9. Lesiones de los tejidos blandos. Realizado por la autora de esta tesis. Datos obtenidos del cuadro 9. Cap. IV, p.40.

Análisis e interpretación.

El cuadro n° 9 indica que de los 165 niños que fueron escogidos para la investigación 1 presenta herpes labial que corresponde al 1%, 5 niños presentan ulceración aftosa correspondiendo el 3 %, ningún paciente presenta candidiasis bucal y 159 pacientes sin patología Parente que corresponde el 96%.

Analizando información disponible en el sitio web de scielo consulté un artículo de Jiménez y colaboradores³² (2009) puedo transcribir que:

La epidemiología de las enfermedades de la cavidad bucal ha estado ubicada en un plano secundario, sin recibir la atención apropiada en la planificación del servicio de salud bucal. Por tal motivo existen pocas referencias sobre la incidencia y tipos de lesiones en los tejidos blandos que se presentan en niños y adolescentes, considerando que algunos trabajos extranjeros han reportado específicamente al padecimiento y frecuencia de algunas lesiones patológicas en pacientes pediátricos. (párr.10)

Se observó en el cuadro n°9, que el 3% de la totalidad presentan ulceración aftosa que corresponde a 5 niños de los 165 que participaron en la investigación.

³²Jiménez, C., Ramírez, R., Ortiz, V., Virgüez, Y., y Benítez, A.(2009). *Identificación de lesiones en los tejidos blandos de la cavidad bucal en adolescentes con privación de libertad en el odontopediátrico de carapa*. [En línea]. Consultado: [27, noviembre, 2014].

Disponible en:

http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001-63652009000200007&script=sci_arttext

Cuadro N° 10.

Según su localización de las lesiones de los tejidos blandos.

Localización de las lesiones de los tejidos blandos y duros.		
Alternativas.	Frecuencia.	Porcentaje.
labios	6	4%
mejillas	0	0%
lengua	0	0%
paladar	0	0%
piso	0	0%
carrillos	0	0%
ninguno	159	96%
Total.	165	100%

Nota: según su localización. Realizado por la autora de esta tesis. Ficha clínica odontológica, formulario 033, realizada a los niños de 7 a 11 años de la escuela fiscal mixta Daniel Villacreses Aguilar. Anexo 2, p.53.

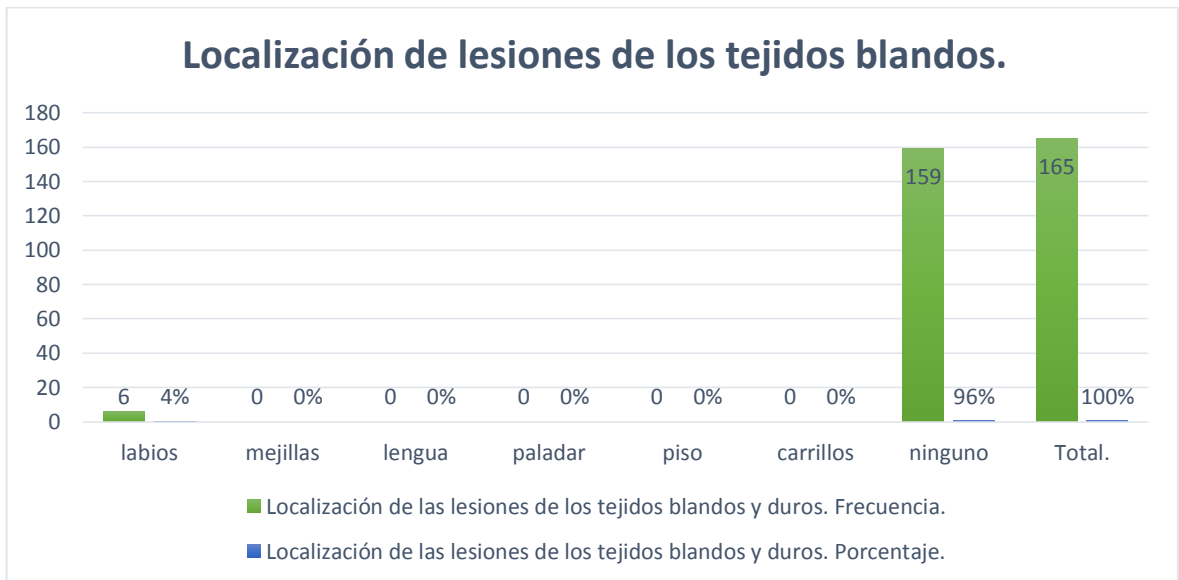


Gráfico N°. 10. Según su localización. Realizado por la autora de esta tesis. Datos obtenidos del cuadro 10. Cap. IV, p. 42.

Análisis e interpretación.

El cuadro n° 10 indica que se observó 6 niños con lesiones en los labios correspondiendo al 4 %, y 159 niños no presentaron ninguna lesión el cual corresponde al 96%.

Indagando en el libro de Green y colaboradores³³ (2000), puedo conocer que:” Las lesiones en los tejidos blandos pueden incluir magulladuras o ronchas en cualquier parte del cuerpo. Las áreas más expuestas son: cara, cabeza y cuello, incluidos los labios, la boca, las orejas y los ojos.”(p.571).

Se observó en el cuadro n° 10, que el labio fue el sitio de mayor frecuencia que presento lesión con un 4% que corresponde a 6 niños.

³³ Green, N., y Swiontkowski, M. (2000). Traumatismo Esquelético en niños. República de Argentina: Médica Panamericana.

CAPÍTULO V.

5. Conclusiones y Recomendaciones.

5.1. Conclusiones.

En la presente investigación, los resultados obtenidos del índice de CPO dieron un promedio de 1,8 lo que significa un bajo nivel de índice de piezas afectadas. En relación al ceo dio como resultado un promedio de 3,4 lo que significa que es un nivel moderado de índice de piezas afectadas.

Dentro del índice de higiene oral simplificada se determinó un 49% de placa leve, 48% que no presentó placa bacteriana y 3% de placa moderada. El 100% de los pacientes registraron sin cálculos. Y los resultados en cuanto a la inflamación gingival, 96% no presentaron inflamación gingival y 4% tuvo inflamación leve, cambio de color, edema leve y sin presencia de sangrado espontáneo.

Los datos obtenidos de mal oclusión se identificaron el 70% con la clase I de Angle y 30% de la población estudiada con clase II de Angle. Las lesiones en los tejidos blandos se identificaron el 96% sin ningún tipo de lesión, 3% con ulceración aftosa y 1% con herpes labial.

5.2. Recomendaciones.

Se sugiere que a los niños que participaron en la investigación, les siga fomentando los hábitos de higiene oral para que mejoren su salud bucal.

CAPÍTULO VI.

6. Propuesta.

6.1. Datos informativos.

6.1.1. Título de la propuesta.

Charla educativa sobre salud oral a los niños de 7 a 11 años de edad de la Escuela Fiscal Mixta Daniel Villacreses Aguilar de la parroquia Andrés d vera del cantón Portoviejo.

6.1.2. Periodo de ejecución.

Martes 23 de junio- viernes 26 de junio del 2015.

6.2. Entidad ejecutiva.

Escuela Fiscal Mixta Daniel Villacreses.

6.3. Clasificación.

Intervención social y educativa.

6.4. Localización geográfica.

En la ciudad de Portoviejo, ciudadela libertad 1.

6.5. Justificación.

En la investigación se detectó un déficit de salud oral, por lo que se propone estrategias de tipo educativas, que permitan informales sobre la importancia de la salud bucal y las causas que conllevan la mala higiene, para que se pueda incentivar a los niños a llevar correctamente las medidas preventivas y de esta manera mejorar la problemática existente sobre la salud bucodental en los niños.

6.6. Marco institucional.

Hace 75 años nace la institución educativa Daniel Villacreses, por la preocupación de los habitantes del sector que antes era el recinto El Salto que hoy es la ciudadela Libertad, ellos preocupados por tener un centro educativo donde sus hijos pudieran estudiar y prepararse para tener un mejor futuro. Se reunieron y resolvieron solicitar a las autoridades de Educación, les designe un profesor, llenos de entusiasmo se dirigieron en comisión ante el señor presidente del consejo municipal de ese entonces don Daniel Villacreses Aguilar, hombre de ideas claras, sensible por su condición humana, maestro por vocación, con un amor desbordante por los niños el que valoró la decidida gestión desplegada por este grupo de moradores y resolvió crear esta escuela un 3 de mayo de 1940, enviando como profesora a la Srta. Raquel Cuenca Pinargote. En reciprocidad por tan noble gesto al ver cristalizados sus anhelos al tener un lugar donde educar a sus hijos deciden que la escuela lleve el mismo nombre de su fundador.

A partir de ese entonces, profesores, padres de familia hemos unido esfuerzo físico, económico en busca de mejores días para este plantel, desplegando gestiones y actividades muchas veces sin horario, compartiendo sin sabores, alegrías y triunfos propios de nuestra labor y como las dificultades son para vencerlas y no para dejarse dominar por ellas, continuamos en esta misión, planteándonos nuevas metas porque en

educación siempre queda algo por hacer; es así como avanzamos unidos a los señores padres de familia instituciones públicas como Municipio-Consejo Provincial, FISE y ahora DINSE.

A través de sus 75 años de vida institucional al servicio de varias generaciones, muchos profesores y profesoras han dejado sus huellas y recuerdos, entregando todo de sí para lograr el progreso de este plantel.

Quienes consideraron los inicios de este plantel que fue hasta el año 1988 municipal y que por convenio adquirido con el Ministerio de Educación a través de la dirección Provincial de Educación pasó a ser dependencia del Fisco es decir escuela Fiscal y lo observan actualmente tienen la idea exacta de cuanto se ha avanzado, no solo en su estructura física, sino también en el pedagógico. Ahora es una de las escuelas más amplias y bonitas no solo de la ciudad, si no de la provincia. Pues tiene patio amplio, adoquinado y con sus respectivos graderíos, aulas cómodas y acogedoras para que nuestros niños y niñas tengan un ambiente agradable y puedan recibir una enseñanza adecuada. Además el haber tenido la visión de incrementar el primer año de Educación Básica desde el año 1997 primero con profesora particular y en el año 2004 con profesora fiscal es un objetivo más cumplido puesto al servicio de la comunidad. Sin embargo no todo está hecho aún queda mucho camino por recorrer, debemos estar unidos, demostrar con acciones que queremos a la escuela y mantener muy en alto el nombre de nuestro patrono que siempre será recordado por su rectitud moral, su calidad humana y su brillante hoja de servicio a la Patria.

6.7. Objetivos.

6.7.1. Objetivo general.

Mejorar la salud de la cavidad oral.

6.7.2. Objetivos específicos.

Informar a los niños y niñas sobre de la importancia de la salud oral.

Motivar e incentivar a los niños a que realicen con frecuencia la visita al odontólogo.

Indicar a los niños y niñas de las consecuencias por un mal hábito de higiene.

6.8. Descripción de la propuesta.

Esta propuesta es educativa y fue dirigida a los niños y niñas de la Escuela Fiscal Mixta Daniel Villacreses Aguilar de la parroquia Andrés de Vera del cantón Portoviejo.

Su finalidad es de incentivar a los alumnos a llevar un mejor hábito de higiene oral para que así puedan prevenir enfermedades como la caries y la gingivitis.

6.8.1. Responsables.

Responsable de la tesis y la directora de la escuela.

6.8.2. Beneficiarios.

Beneficiarios directos. Son los niños y niñas de la escuela Daniel Villacreses.

Beneficiarios indirectos. Los padres y el personal de la institución educativa.

6.8.3. Diseño metodológico.

Con la colaboración de la directora y maestros de la Escuela Fiscal Mixta Daniel Villacreses Aguilar. Para la realización de los objetivos se ejecutó las siguientes actividades:

Primera fase.

Socialización con la directora y maestro de la escuela informándole sobre las charlas educativas que se realizaron.

Elaboración de un cronograma para la ejecución de la propuesta.

Elaboración de la gigantografía y trípticos que se utilizaron para la realización de la propuesta.

Segunda fase.

Charlas educativas.

Entrega de trípticos a los alumnos de la escuela Daniel Villacreses Aguilar.

6.8.4. Factibilidad

Es factible porque se cuenta con la colaboración de las autoridades de la institución educativa y la predisposición de los escolares.

6.8.5. Sostenibilidad.

Sí es sostenible porque se les informó a los niños y niñas las medidas preventivas para mejorar la salud oral y sobre todo porque existe un acta de compromiso en donde la Sra. Directora del plantel se responsabiliza sobre la continuidad de educación e incentivación a los niños y niñas a mejorar el hábito de higiene oral junto a los maestro.

6.9. Recursos.

6.9.1. Humanos.

Autora.

Maestras.

Niños y niñas de la Escuela Fiscal Mixta Daniel Villacreses Aguilar.

6.9.2. Materiales.

Gigantografía.

Trípticos.

6.9.3. Tecnológico.

Cámara fotográfica.

Computador.

Pendrives.

6.9.4 Presupuesto.

Cuadro N° 11.

Rubros.	Cantidad.	Unidad de medidas.	Costo unitario	Costo total
Gigantografía	1	unidad	\$30	\$30
Trípticos	166	unidad	\$0,50	\$83
Subtotal				\$113
Imprevistos			10%	\$11.30
Total	167			\$124.30

Nota: presupuesto de la propuesta de esta tesis. Realizado por la autora de esta tesis. Cap. VI, p.50.

6.9.5. Cronograma de ejecución de propuesta.

Cuadro N° 12.

	Martes 23 de junio	Miércoles 24 de junio	Jueves 25 de junio	Viernes 26 de junio	Lunes 29 de junio
Socialización.	x				
Elaboración de gigantografía y trípticos		x			
Charlas y entrega de trípticos				x	
Firma de acta de compromiso					x

Nota: Cronograma de la propuesta de esta tesis. Realizado por la autora de esta tesis. Cap. VI, p.51.

ANEXOS.

Anexos 1.

VARIABLES	TIPO	ESCALAS	DESCRIPCIÓN	INDICADORES
Edad	Cuantitativo ordinal	7 a 11 años	Edad cronológica	Frecuencia y porcentaje
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Femenino y masculino	Sexo biológico	Frecuencia y porcentajes
Caries dental	Cuantitativa Politómica	Muy bajo 0.0 – 1.1 Bajo 1.2 – 2.6 Moderado 2.7 – 4.4 Alto 4.5 – 6.5. Muy alto +6.6	Según el índice se CPO y ceo	Frecuencia y porcentajes
placa	Cualitativa nominal politómica	0= normal 1: leve 2: moderada 3: severo	Según Biopelícula bacteriana de consistencia blanda que cubre las superficies dentarias	Frecuencia y porcentajes
cálculo	Cualitativa nominal politómica	0= normal 1= leve 2= moderada 3= severo	Según Biopelícula bacteriana de consistencia dura que cubre el diente supra o subgingival.	Frecuencia y porcentajes
gingivitis	Cualitativa nominal dicotómica	0:ninguna 1: presencia de inflamación	Según la presencia de inflamación gingival.	Frecuencias y porcentajes
Mal oclusión	Cualitativa nominal politómica	Clase I Clase II Clase III	Relación entre la cúspide mesiobucal del primer molar superior y el surco mesiobucal del primer molar inferior según Angle.	Frecuencia y porcentajes
Lesiones de tejidos blandos	Cualitativa nominal dicotómica	Presencia ausencia	Examen visual en las zonas de los tejidos blandos de la cavidad oral.	Frecuencia y pocentaje

Anexo 2.

Ficha clínica 033.

Ministerio de Salud Pública PORTOVIEJO - MANABI

ESTABLECIMIENTO		NOMBRE		APELLIDO		SEXO (M-F)		EDAD		N° HISTORIA CLINICA	
MENOR DE 1 AÑO		1 - 4 AÑOS		5 - 9 AÑOS PROGRAMADO		5-14 AÑOS NO PROGRAMADO		15-19 AÑOS		MAYOR DE 20 AÑOS	
EMBARAZADA											

1 MOTIVO DE CONSULTA NOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL REGISTRAR ENFERMAS: CRONOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CALIBRA APARENTE, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIA ANTIBIÓTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HERIDA BRASAS	4. VISUSIDA	5. TUBERCULOSIS	6. ADMA	7. DIABETES	8. HIPERTENSIÓN	9. ENF. CARDIACA	10. OTRO
------------------------	----------------------	------------------	-------------	-----------------	---------	-------------	-----------------	------------------	----------

4 SIGNOS VITALES

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

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO DESCRIBIR ANEXO LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA ANOTANDO EL NÚMERO

1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. PISO	8. CARPÍLOS
9. GLÁNDULAS SALIVALES	10. ORG. FARINGE	11. A. T. M.	12. GANGLIOS				

6 ODONTOGRAMA PINTAR CON AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGÍA ACTUAL. MOVILIDAD Y RECESIÓN MARCAR 'X' (1, 2 ó 3). SI APLICA

RECESIÓN	MOVILIDAD	VESTIBULAR	LINGUAL	VESTIBULAR	MOVILIDAD	RECESIÓN
18	17	16	15	14	13	12
11	10	9	8	7	6	5
35	34	33	32	31	30	29
22	21	20	19	18	17	16
48	47	46	45	44	43	42
31	30	29	28	27	26	25

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCLUSIÓN	FLUOROSIS
PIEZAS DENTALES				LEVE	ÁNGULO I	LEVE
PLACA				MODERADA	ÁNGULO II	MODERADA
CÁLCULO				SEVERA	ÁNGULO III	SEVERA
GINGIVITIS						
16	17	55				
11	21	51				
28	27	65				
36	37	75				
31	41	71				
46	47	85				
TOTALES						

8 ÍNDICES CPO-ceo

	C	P	O	TOTAL
D				
d	c	e	o	TOTAL

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

* _{neg}	BELLANTE NECESARIO	⊙	PERDIDA (OTRA CAUSA)	≡	PRÓTESIS TOTAL
* _{pos}	BELLANTE REALIZADO	△	ENDODANCIA	◻	CORONA
X _{neg}	EXTRACCIÓN PENDIENTE	○	PRÓTESIS Fija	○ _{act}	DESTRUIDO
X _{pos}	PERDIDA POR CARGES	(---)	PRÓTESIS REMOVIBLE	○ _{rojo}	CARGES

ODONTOLOGÍA (1)

SNS-MSP / HCU-form.033/ 2008

Anexo 3.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo VALERIA VIRGINIA ALAVA MENDOZA estudiante de la carrera de odontología de la UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO, solicito a usted su colaboración en la investigación cuyo objetivo es Determinar el estado de salud bucodental de los niños de 7 a 11 años de la escuela “Daniel Villacreses” de la parroquia Andrés de vera del cantón Portoviejo. Durante el estudio, a su representado se le realizará:

- Examen de la cavidad bucal de su hijo(a)
- Durante la investigación no se realizará ningún tratamiento invasivo ni mínimamente invasivo.
- Los datos obtenidos serán manejados con reserva y ética, no serán publicados los nombres de los pacientes que intervengan en el estudio.

Usted es libre de aceptar o rechazar la participación de su hijo(a) en esta investigación.

Habiendo entendido los términos y objetivos de la investigación;

Yo _____ de C.I.: _____ permito que mi hijo(a) sea parte del estudio.

FIRMA DEL REPRESENTANTE

Valeria V. Álava Mendoza

FIRMA DEL INVESTIGADOR

Anexo 4.

RUBROS	CANTIDAD	VALOR UNITARI O	VALOR TOTAL
Resma de papel	5	\$0.02	\$20.00
fotocopias	1000	\$0.02	\$20.00
lapicero	3	\$0.50	\$1.50
anillado	4	\$1.50	\$6.00
impresiones	1000	\$0.10	\$100.00
guantes	2 cajas	\$8.00	\$16.00
mascarilla	2 cajas	\$8.00	\$16.00
espejos	10	\$2.00	\$20.00
explorador	10	\$1.50	\$15.00
transporte	20	\$2.00	\$ 40.00
subtotal		\$254.50	
Imprevisto 10%		\$ 25.45	
total		\$279.95	

Anexo 5.

DECIMO OCTAVA PROMOCION																																					
ACTIVIDADES	2014												2015																								
	sep		nov				dic		enero				feb				marzo				abril			mayo				jun			jul						
	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	1	2	3	4	1	2	3
ELABORACION DE PROYECTO	■	■	■	■	■	■																															
PRESENTACION DE PROYECTOS						■	■																														
APROBACION DE PROYECTOS								■	■	■	■	■	■	■																							
PREPARACION DE INSTRUMENTOS RECOLECTORES DE INFORMACION																	■	■	■	■	■																
APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION																						■	■	■													
SISTEMATIZACION DE LA INFORMACION																							■														
ANALISIS E INTERPRETACION																							■														
ELABORACION DE CONCLUSIONES																								■													
ELABORACION DE PROPUESTA																									■												
REDACCION DEL BORRADOR																											■										
REVISION DEL BORRADOR																												■	■	■	■						
PRESENTACION DE INFORME FINAL																																				■	

Anexo 6.

ACTA DE COMPROMISO

Siendo las 10H30 de la mañana del día lunes 29 de junio del 2015 en la dirección del plantel, la Directora de la Escuela Fiscal Mixta Daniel Villacreses de la parroquia Andrés de Vera del Cantón Portoviejo Sra. Huberta Arteaga Romero se compromete con todos los maestros que la conforman, en apoyo a la investigadora y estudiante de la Universidad San Gregorio de Portoviejo la Sra. Valeria Álava Mendoza, cuyo tema es: *“Estado de salud bucodental de los niños de 7 a 11 años de edad de la escuela fiscal mixta Daniel Villacreses de la parroquia Andrés de Vera del cantón Portoviejo.”* A fomentar la higiene oral y contribuir a la disminución de los factores de riesgo de enfermedades bucales, a través de la motivación e incentivación a los niños a llevar mejores hábitos de higiene y concientizarlos sobre las causas que conllevan una mala higiene bucal y de esta manera llevar a cabo con la propuesta de mejorar la salud oral de los niños y niñas de la escuela Daniel Villacreses.

Lcda. Huberta Arteaga R. Mg.Ge.

DIRECTORA DE LA ESCUELA DANIEL VILLACRESES AGUILAR.

Valeria Álava Mendoza.

TESISTA DE LA UNIVERSIDAD SAN GREGORIO.

Anexo 7.



Gráfico N° 11. Realización del examen clínico a los alumnos de la escuela Daniel Villacreses de la parroquia Andrés de vera del cantón Portoviejo con la historia clínica odontología, formulario 033 del MSP. Foto realizada por el auxiliar de la autora de tesis. Anexo 7, p.58.



Gráfico N° 12. Recolección de datos de los alumnos de la escuela Daniel Villacreses de la parroquia Andrés de vera del cantón Portoviejo con la historia clínica odontología, formulario 033 del MSP. Foto realizada por el auxiliar de la autora de tesis. Anexo 7, p.58.



Gráfico N° 13. Charla educativa a los alumnos de la escuela Daniel Villacreses de la parroquia Andrés de vera del cantón. Foto realizada por el auxiliar de la autora de tesis. Anexo 7, p.59.



Gráfico N° 14. Entrega de trípticos a los alumnos de la escuela Daniel Villacreses de la parroquia Andrés de vera del cantón. Foto realizada por el auxiliar de la autora de tesis. Anexo 7, p.59.



Gráfico N° 15. Entrega de Gigantografía a la Sra. Directora de la escuela Daniel Villacreses de la parroquia Andrés de vera del cantón. Foto realizada por el auxiliar de la autora de tesis. Anexo 7, p.60.



Gráfico N° 16. Maestras y alumnos de la escuela Daniel Villacreses de la parroquia Andrés de vera del cantón. Foto realizada por el auxiliar de la autora de tesis. Anexo 7, p.60.



Gráfico N° 17. Niños y niñas de 4to años básico de la escuela Daniel Villacreses de la parroquia Andrés de vera del cantón. Foto realizada por el auxiliar de la autora de tesis. Anexo 7, p.61.



Gráfico N° 18. Escuela Daniel Villacreses de la parroquia Andrés de vera del cantón. Foto realizada por el auxiliar de la autora de tesis. Anexo 7, p.61.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Balboa, J. (2014). *Placa bacteriana, placa dental o biofilm*. [En línea]. Consultado: [20, noviembre, 2014] Disponible en: <http://www.juanbalboa.com/placa-bacteriana/>
2. Bonet, R., y Garrote, A. (2011). *Estomatitis aftosa recidivante. Tratamiento*. [En línea]. Consultado: [3, febrero, 2015]. Disponible en: http://www.dfarmacia.com/farma/ctl_servlet?_f=13&idContenido=13191138&idCategoria=1
3. Bordoni, N., Escobar, A., y Catillo, R. (2010). *Odontología Pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. República de Argentina: Panamericana.
4. Bruno, S. (2011). Concepto de Ortodoncia, Oclusión y Mal oclusión. [En línea]. Consultado: [3, febrero, 2015] Disponible en: http://www.protesidentalsevilla.com/index.php?option=com_content&view=article&id=97:concepto-de-ortodoncia-oclusion-y-maloclusion&catid=105:protesis-dental-ortodoncia&Itemid=194
5. Carranza, F., Newman, M., Takei, H., y Klokkevold, P. (2014). *Periodontología Clínica de Carranza*. Venezuela: Amolca.
6. Cano, M. (2010). *Práctica ortodoncia*. España: Universidad Salamanca.
7. Cecilia Jiménez, C., Ramírez, R., Ortiz, V., Virgüez, Y., y Benítez, A. (2009). *Identificación de lesiones en los tejidos blandos de la cavidad bucal en adolescentes con privación de libertad en el odontopediátrico de carapa*. [En línea]. Consultado: [27, noviembre, 2014].

Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001-63652009000200007&script=sci_arttext

8. Chérrez, C. (2011). *Prevalencia de placa bacteriana y cálculos en estudiantes de 14 a 19 años del instituto tecnológico Benito Juárez de la ciudad de Quito. Población a investigar 300 estudiantes.* [En línea]. Consultado: [20, junio, 2015]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/564/4/T-UCE-0015-6.pdf>
9. Dowshen, S. (2010). *Herpes labial.* [En línea]. Consultado: [3, febrero, 2015] Disponible en: http://kidshealth.org/kid/en_espanol/comunes/cold_sores_esp.html
10. Fernández, M., González, M., Castro C., Vallard, E., Lezama G., Carrasco R. (s.f.). *Índices epidemiológicos para medir la caries dental.* [En línea]. Consultado: [24, noviembre, 2014] Disponible en: <http://estsocial.sld.cu/docs/Publicaciones/Indices%20epidemiologicos%20para%20medir%20la%20caries%20dental.pdf>
11. Fitzpatrick, T. B. (2009). *Dermatología en Medicina General.* República de Argentina: Medica Panamericana.
12. Granados, D. (2012). *Tejidos Blandos.* [En línea]. Consultado: [3, febrero, 2014] Disponible en: <http://patologia11.blogspot.com/2012/11/tejidos-blandos.html>
13. Gomez, N. y Morales, M. (2012). *Determinación de los índices CPO-D e IHOS en estudiantes de la Universidad Veracruzana, México.* [En línea]. Consultado: [25, noviembre, 2014] Disponible en: <http://revistaderechopublico.uchile.cl/index.php/RCSP/article/.../19665>

14. Harris, N., y García, F. (2005). *Odontología preventiva primaria. México: El Manual Moderno.*
15. La Organización Mundial de la Salud.(2014). *Salud bucodental.* [En línea].
Consultado: [11, noviembre,2014] Disponible en:
<http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/bucodental/definicion/salud-bucodental.html>
16. Lindhe,J., Lang,N., y Karring,T.(2009). *Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. Buenos Aires, República de Argentina: Médica Panamericana.*
17. Menéndez, G.(2011). *La salud bucodental de los trabajadores de la comunidad de Madrid.* [En línea]. Consultado: [25, noviembre, 2014]. Disponible en:
<http://www.gacetadental.com/2011/06/la-salud-bucodental-de-los-trabajadores-de-la-comunidad-de-madrid-26263>
18. Martínez, M., Marín, M., Ceballos, P., y Osorio, S. *Impacto de la calidad en salud oral y caries de la primera infancia.* [En línea]. Consultado: [24, noviembre, 2014] Disponible en:
<http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/handle/10839/751>
19. Meza, J. (2004). *Cavidad Oral: Torus palatinus y Torus mandibularis.* . [En línea]. Consultado: [20, junio,2015]. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S102251292004000400007&script=sci_arttext
20. Negroni, M. (2009). *Microbiología Estomatológica: fundamentos y guía práctica.* República de Argentina: Médica Panamericana.
21. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2013). *salud en las Américas.*[En línea]. Consultado: [22, noviembre,2014].
Disponible en:

http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?id=40:ecuador&option=com_content

22. Osorio, M. R., Alvarado, H., y Díaz, A. (2008). *Cirugía de Torus Mandibular*. [En línea]. Consultado: [9, febrero, 2015] Disponible en:
http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=53972&id_seccion=2054&id_ejemplar=5470&id_revista=127
23. Peñuelas, J. *Importancia de la salud bucal en niños*. [En línea]. Consultado: [23, noviembre, 2014] Disponible en:
<http://www.revistabuena salud.cl/la-importancia-de-la-salud-bucal-en-ninos/>
24. <http://www.revistabuena salud.cl/la-importancia-de-la-salud-bucal-en-ninos/>
25. Rodríguez, L., Santos, M., y Medina, A. (2015). *Torus y exóstosis óseas. revisión de la literatura*. [En línea]. Consultado: [9, febrero, 2014] Disponible en:
http://www.actaodontologica.com/ediciones/1999/2/torus_exost%C3%B2sis_oseas.asp
26. Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración. (2009). *Manual de Higiene Bucal*. España: Médica Panamericana.