



Carrera de Odontología.

Tesis de grado.

Previo a la obtención del título de:

Odontólogo.

Tema:

Patologías bucodentales y factores de riesgo en escolares de 6 a 12 años de edad de la Escuela de Educación Básica Gran Colombia, cantón Portoviejo, 2014.

Autora:

Jéssica Sonia Góngora Alcívar.

Director de Tesis:

Dr. Jorge Mendoza Robles.

Portoviejo - Manabí - República del Ecuador.

2014.

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS.

Dr. Jorge Mendoza Robles, certifico que la tesis de investigación titulada: Patologías bucodentales y factores de riesgo en escolares de 6 a 12 años de edad de la Escuela de Educación Básica Gran Colombia, cantón Portoviejo, 2014. Es trabajo original de Jéssica Sonia Góngora Alcívar, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

Dr. Jorge Mendoza Robles.

Director de tesis.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

Tema:

Patologías bucodentales y factores de riesgo en escolares de 6 a 12 años de edad de la Escuela de Educación Básica Gran Colombia, cantón Portoviejo, 2014. Tesis de grado sometida a consideración del tribunal examinador, como requisito previo a la obtención del título de odontólogo.

Tribunal:

Dra. Lucía Galarza Santana.
Directora de carrera.

Odo. Jorge Mendoza Robles.
Director de tesis.

Dra. Patricia Bravo Cevallos.
Miembro del tribunal.

Odo. Angélica Miranda Arce.
Miembro del tribunal.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA.

Jéssica Sonia Góngora Alcívar, egresada de la Universidad San Gregorio de Portoviejo de la carrera de odontología, tengo a bien declarar que la presente investigación y posterior elaboración de la tesis, previo a la obtención del título de odontólogo, así como las expresiones vertidas en la misma, son de mi autoría. La he realizado a base de investigación bibliográfica y consultas en internet, cuyo tema es: Patologías bucodentales y factores de riesgo en escolares de 6 a 12 años de edad de la Escuela de Educación Básica Gran Colombia, cantón Portoviejo, 2014. Además cedo mi derecho de autoría de la presente tesis, a favor de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Jéssica Góngora Alcívar.

AGRADECIMIENTO.

En primera instancia quiero elevar mi agradecimiento a nuestro Padre Celestial por ser mi amigo, fortaleza, por tanta sabiduría y sobre todo por darme tolo lo que tengo y no dejarme caer nunca. A la virgen de la Merced por ser mi guía en todo momento.

Agradezco también la confianza, el apoyo de mis padres y familiares porque han contribuido positivamente para llevar a cabo esta difícil pero grata jornada. A mis amigos que han estado en las buenas y malas por brindándome consejos.

Expreso mi sincero agradecimiento a la Universidad San Gregorio de Portoviejo por haberme permitido acceder a una formación académica y profesional; a los Docentes de la Carrera de Odontología por compartir sus conocimientos y vivencias a lo largo de nuestra preparación. Al personal administrativo, al personal bibliotecario y a todos aquellos que fueron partícipes del desarrollo de este trabajo.

Jéssica Góngora Alcívar.

DEDICATORIA.

A Dios quien me ha permitido que la sabiduría dirija y guie mis pasos. Ha sido Él quien ha iluminado mi sendero cuando más oscuro ha estado, ha sido el creador de todas las cosas, el que me ha dado fortaleza para continuar cuando he estado a punto de caer, por ello, con toda la humildad que de mi corazón puede emanar dedico en primer lugar mi trabajado a Dios.

Con inmenso cariño a mi madre Mercedes Alcívar por ser mi amiga, por haberme apoyado siempre siendo fuerza y guía en mi camino. También a mi padre Eugenio Góngora por brindarme su ayuda. A mis padres de corazón Antonio por brindarme su amor. A mi madre Marlene que desde el cielo me guía siempre para no decaer jamás.

A mis queridos hermanos de corazón Gissela, Fabricio y Fabián por estar siempre a mi lado brindándome su cariño y ayuda. A mi hija de corazón Dianita Mendoza, una personita muy importante en mi vida la que me alienta con sus travesuras y amor todos los días a seguir adelante. A mis tíos Sonia y Bolívar por apoyarme en todo momento y brindarme sabios consejos. A mis amigos y demás familiares por esos hermosos momentos vividos.

Jéssica Góngora Alcívar.

RESUMEN.

Este estudio tiene como objetivo caracterizar las patologías bucodentales que se presentan en escolares de 6 a 12 años de la Escuela de Educación Básica Gran Colombia de la ciudad de Portoviejo y sus factores de riesgo; se incluyeron a todos los niños de estas edades en esta investigación participaron 399 estudiantes. La modalidad de estudio es bibliográfica y de campo teniendo como nivel de investigación el tipo explorativo que permitirá indagar y explorar los diferentes tipos de patologías bucodentales que se pueden presentar en los escolares, es de tipo descriptivo, analítico, sintética y propositiva ya que al final de la investigación se obtendrán datos reales permitiendo diseñar una propuesta que sirva para dar solución a la problemática la delimitación del problema se desarrolla en la Escuela de Educación Básica Gran Colombia, cuyos niños comprenden edades de 6 a 12 años que serán atendidos en la misma institución la delimitación temporal fué en Marzo-Agosto 2014. En la edad pediátrica es donde hay que poner énfasis para conocer y prevenir estas patologías para que en lo posterior tenga una buena salud bucal.

ABSTRACT.

This study has like objective characterize oral pathologies that present in school student between 6 to 12 years old in Portoviejo city and their risk factors, here were included 399 student. The modality of this study is bibliography and in the camp having that level of investigation a explorative type that allow to investigate and explore the different types oral pathologies that possible present in school students of descriptive type, it is descriptive, analytical, synthetic and purposeful type that in the finish of the investigation will be obtain real data allow design a proposal that serve to give solution to problematic, the problem delimitation be develop in basic education school Gran Colombia, whose children include ages between six and twelve years old that will be attend in the same institution the temporal delimitation was is March to August of 2014. The pediatric age is where there is that put emphasis to know and prevent these pathologies for that in forward has a good oral health.

ÍNDICE.

Certificación del director de tesis	I
Certificación del tribunal examinador	II
Declaración de autoría.....	III
Agradecimiento	IV
Dedicatoria	V
Resumen.	VI
Abstrac.....	VII
Introducción.....	1
Índice.....	VIII
Capítulo I.....	2
1. Tema de la investigación.	2
1.1. Problematización.....	2
1.2. Formulación del problema.....	2
1.3. Planteamiento del problema.	2
1.4. Preguntas de investigación.	4
1.5. Delimitación del problema.	4
1.5.1. Delimitación espacial	4
1.5.2. Delimitación temporal	4
1.6. Justificación.....	5
1.7. Objetivos.....	6
1.7.1. Objetivo general.	6
1.7.2. Objetivos específicos.....	6
Capítulo II.....	7
2. Marco Teórico: Referencial y Conceptual:	7
2.1. Anatomía patológica.....	7
2.1.2. Patología.....	7

2.1.3. Patologías bucodentales.....	8
2.1.4. Cavidad Bucal.	8
Semiología de la mucosa bucal.	9
2.1.5. Patología de los Tejidos blandos.	11
Aftas bucales.	11
Etiología.	12
Frecuencia.....	12
Tratamiento.....	13
Úlcera traumática.....	13
Etiología.	13
Tratamiento.....	14
Herpes labial.....	15
Etiología.	15
Tratamiento.....	15
Queilitis angular.	16
Etiología.	16
Tratamiento.....	17
Enfermedad periodontal.	17
Etiología.	17
Gingivitis.	18
Etiología.	19
Epidemiología.....	19
Tratamiento.....	20
Periodontitis.....	20
2.1.6. Patología Tejidos duros.	20
Caries dental.....	20
Etiología.	21
Tratamiento.....	22
Oclusión.....	22
Maloclusión.	22
Etiología.	23

Clasificación de Angle.	24
Tratamiento.....	24
Hábitos.....	25
Hábitos funcionales.	25
Hábitos perniciosos.	26
Tipos de succión.....	26
Succión digital.....	27
Consecuencias.	27
Tratamiento.....	29
Succión labial.	29
Etiología.	30
Tratamiento.....	30
Ocniofagia.	30
Etiología.	30
Tratamiento.....	31
Otros hábitos.....	31
2.1.7. Factor de riesgo.	31
Higiene bucal.....	32
Recursos para la higiene bucal.	34
Cepillo dental.....	34
Seda dental.....	35
Dentífricos o pastas dentales.	35
Colutorios terapéuticos (enjuagues).	35
Dieta.	36
2.1.8. Equilibrio entre dieta y cepillado dental.....	37
2.2. Unidad de observación.....	38
2.3. Variables.....	38
2.3.1. Variable independiente.....	38
2.3.2. Variable dependiente.....	38
2.4. Matriz de operacionalización de las variables.....	39

Capítulo III	42
3. Marco metodológico.....	42
3.1. Modalidad y tipo de la investigación.....	42
3.2. Método.....	42
3.3. Técnicas.....	43
3.4. Instrumentos.	43
3.5. Recursos.	43
3.5.1. Talento humano.	43
3.5.2. Recursos tecnológicos.	43
3.5.3. Recursos materiales.	44
3.5.4. Recursos económicos:	44
3.6. Población.	44
3.7. Proceso de recolección de información.....	44
3.8. Procesamiento de la información.	45
Capítulo IV	46
4. Resultados de la Investigación:	46
4.1. Análisis e interpretación de los resultados investigados.	46
Capítulo V	74
5. Conclusiones y recomendaciones.....	74
5.1. Conclusiones.....	74
5.2. Recomendaciones.	75
Capítulo VI.....	76
Propuesta.	76
6.1. Datos informativos	76
6.1.2. Periodo de ejecución.....	76
6.1.3. Descripción de los beneficiarios.....	76
6.2. Introducción.....	77
6.3. Jstificación	78

6.4. Objetivos.....	78
6.4.1. Objetivo general.	78
6.4.2. Objetivo específico.....	78
6.5. Fundamentos teóricos.....	79
6.6. Actividades.	79
6.7. Recursos	80
6.7.1. Humanos.....	80
6.7.2. Técnico	80
6.7.3. Materiales.....	80
6.7.4. Financiamiento	80
6.8. Presupuesto.....	81
Bibliografía.....	82
Anexos.....	88
Anexo 1. Presupuesto.....	89
Anexo 2. Consentimiento informado.....	90
Anexo 3. Ficha de observación.....	91
Encuesta a la población de estudio.....	92
Anexo 4. Historia clínica.....	93
Anexo 5. Fotografías.....	94
Anexo 6. Tríptico.....	96

Índice de cuadros y gráficos de los resultados de la Investigación.

Cuadro y Gráfico N° 2.

Distribución de la población por rango de edades.....46

Análisis e interpretación de los resultados de la investigación.....47

Cuadro y Gráfico N° 3.

Distribución porcentual de la población por sexo.....48

Análisis e interpretación de los resultados de la investigación.....49

Cuadro y Gráfico N° 4.

Presencia de aftas en la población por sexo.....50

Análisis e interpretación de los resultados de la investigación.....51

Cuadro y Gráfico N° 5.

Presencia de úlceras aftosas en la población por sexo.....52

Análisis e interpretación de los resultados de la investigación.....53

Cuadro y Gráfico N° 6.

Distribución por sexo de la presencia de úlceras traumáticas.....54

Análisis e interpretación de los resultados de la investigación.....55

Cuadro y Gráfico N° 7.

Distribución por sexo de la queilitis angular56

Análisis e interpretación de los resultados de la investigación.....57

Cuadro y Gráfico N° 8.

Distribución porcentual de la caries de acuerdo al sexo.....58

Análisis e interpretación de los resultados de la investigación.....59

Cuadro y Gráfico N° 9.

Relación entre la placa (como medida de la higiene bucal) y la caries.....60

Análisis e interpretación de los resultados de la investigación.....61

Cuadro 10.	
Análisis de comparación de medias (X^2 Chi cuadrado) entre la presencia de caries y la placa bacteriana.....	62
Cuadro 11.	
Análisis de comparación de medias (X^2 Chi cuadrado) entre la presencia gingivitis y la placa bacteriana.....	63
Cuadro y Gráfico N° 12.	
Distribución por sexo de la gingivitis.....	64
Análisis e interpretación de los resultados de la investigación.....	65
Cuadro y Gráfico N° 13.	
Distribución porcentual de la periodontitis en la población.....	66
Análisis e interpretación de los resultados de la investigación.....	67
Cuadro y Gráfico N° 14.	
Distribución por sexo de grosor de la placa bacteriana.....	68
Análisis e interpretación de los resultados de la investigación.....	69
Cuadro y Gráfico N° 15.	
Distribución de las maloclusiones según hábitos deformantes.....	70
Análisis e interpretación de los resultados de la investigación.....	71
Cuadro y Gráfico N° 16.	
Conocimientos de salud bucal en la población.....	72
Análisis e interpretación de los resultados de la investigación.....	73

INTRODUCCIÓN.

Como he podido aprender a lo largo de mi carrera estudiantil relacionado con la población escolar de niños y niñas necesita una atención especial y particularmente en lo relacionado con la salud bucal; ya que en la edad pediátrica es una etapa de crecimiento rápido, de desarrollo y de personalidad, lo cual hace una edad crucial, que requiere ser atendida eficazmente para prevenir diferentes patologías bucodentales. Por tal motivo es necesario conocer las diferentes enfermedades que se pueden presentar en aquellos niños y sus causas para así poder prevenirlas y no tener consecuencias en edades posteriores.

Se identifican como tejidos blandos de la cavidad bucal a las siguientes estructuras como son la mucosa bucal, labial, gingival, lingual, mientras que los tejidos duros tenemos a las piezas dentarias y maxilares. Estos pueden sufrir alteraciones desde el momento del nacimiento o adquirirlas en cualquier momento de la vida, y esto da como consecuencia la interacción de un conjunto de factores lo que lleva a la formación de un cuadro patológico.

CAPÍTULO I.

1. Problematización.

1.1. Tema de la investigación.

Patologías bucodentales y factores de riesgo en escolares de 6 a 12 años de edad de la Escuela de Educación Básica Gran Colombia del Cantón Portoviejo, 2014.

1.2. Formulación del problema.

¿Cuáles son las patologías bucodentales y factores de riesgo que se manifiestan en escolares de 6 a 12 años de la Unidad Educativa Gran Colombia, cantón Portoviejo?

1.3. Planteamiento del problema.

Considerando en la página del Ministerio de salud de el Salvador en el diagnóstico nacional de salud pública¹ (2012) citamos que:

América Latina, La prevalencia de las enfermedades bucales genera profundas repercusiones en la salud general y en el bienestar de las personas que las padecen, esto a nivel social, psicológico, emocional; afectando además la alimentación, la comunicación, el afecto y la sexualidad, que son funciones vitales para el desarrollo y disfrute de la vida de las personas. Este impacto psicosocial, ha sido medido en función de las restricciones alimentarias y de comunicación, el dolor, el malestar y la insatisfacción estética. (pág. 3)

¹ Ministerio de salud de el Salvador. (2012) Diagnóstico nacional de salud bucal. [En línea]. Consultado: [16, abril, 2014] Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/otrosdoc/diagnostico_nacional_salud_bucal.pdf

En la República de Ecuador, considerando el documento de Ayala, Pinto, Raza, & Herdoíza² (2009) en el Plan Nacional de Salud Bucal pudimos conocer que: “las patologías bucodentales con mayor prevalencia se encuentran la caries dental y la enfermedad periodontal”. (p. 6).

En la Provincia de Manabí, República del Ecuador, consultado en la hora nacional según Miranda³ (2012) podemos citar que:

Señala que nuestra cultura aún nos impide seguir un régimen de prevención, situaciones como estas nos separan de países del primer mundo en donde la salud y la prevención son la prioridad.

Por tal motivo las patologías bucodentales en los escolares sigue siendo problemática ya que aunque existen programas de salud bucal para los estudiantes existe un número significativo de patología como caries dental, gingivitis y maloclusiones. Y con lo que representa a patologías bucales en general no existen estudios realizados. (párr. 3)

En la visita realizada a la Escuela de Educación Básica Gran Colombia la problemática no se aparta de la realidad, por tal motivo nació el interés de llevar a cabo esta investigación, con lo que se podrá determinar las patologías bucodentales y factores de riesgo en escolares de 6 a 12 años de esta institución. Es importante recalcar que al momento no se ha realizado ningún tipo de investigación similar en esta institución y no se conoce las patologías bucodentales ni sus factores de riesgo en escolares de 6 a 12 años de la Escuela de Educación Básica Gran Colombia. Cantón Portoviejo.

² Ayala, E., Pinto, G., Raza, X. & Herdoíza, M. (2009) Plan nacional de salud bucal: proceso de Normatización del SNS. República del Ecuador [en línea]. Consultado [05/24/2014]. Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20BUCAL.pdf>

³ Miranda, A. (2012, enero 22) La salud bucal en los bebés. La Hora nacional. [En línea], Español. Disponible: http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101271514/-1/La_salud_bucal_en_los_beb%C3%A9s.html#U-42oON5Ob8 [16, abril, 2014].

1.4. Preguntas de investigación.

-¿Cuáles son los factores de riesgo de mayor frecuencia entre escolares de 6 a 12 años de la Escuela de Educación Básica Gran Colombia, cantón Portoviejo?

-¿Cuáles son las patologías bucodentales que se presentan con más frecuencia en los niños de 6 a 12 años de edad de la Escuela de Educación Básica Gran Colombia?

1.5. Delimitación del problema.

Campo: Ciencia de la salud.

Área: Odontología.

Aspectos: Salud bucal.

1.5.1. Delimitación espacial:

La presente investigación se desarrollará en los escolares de 6 a 12 años de la Escuela de Educación Básica Gran Colombia, cantón de Portoviejo, Provincia de Manabí.

1.5.2. Delimitación temporal:

El estudio se realizó en la población infantil en el periodo Marzo- Agosto del 2014.

1.6. Justificación.

Como hemos podido conocer a la largo de nuestra etapa estudiantil y en la actualidad la salud bucal es de gran importancia ya que nos indica ausencia de procesos anormales que conllevan a una patología y conociendo que factores las pueden provocar, por tal motivo hay que tener en cuenta que los escolares tengan una buena exploración bucal para detectar y prevenir las patologías bucodentales, ya que con la deserción de estas tendrán un buen desenvolvimiento en sus actividades. Nació el interés de conocer la presencia de varios problemas bucodentales en escolares de esta institución y analizar cuáles son las patologías bucodentales más frecuentes en los niños y conocer las causas o factores que inciden en la formación de estos problemas bucodentales con el fin de proporcionar elementos básicos para dar soluciones, disminuir estos problemas y mejorar así la salud bucal de los escolares.

Esta investigación nos brinda aporte científico, ya que se da a conocer las patologías que se presentan en los escolares con mayor frecuencia, factores de riesgo y así poder prevenirlas o darles posibles soluciones; con beneficio a los lectores.

La investigación fué factible realizarla porque cuenta con la autorización de las autoridades, los mismos que nos permitieron realizar la investigación de la recolección de la información de los pacientes, así mismo me permitirá dar soluciones para prevenir estas patologías. Una vez concluida la investigación se determina que los beneficiados son los niños de 6 a 12 años de la Escuela de Educación Básica Gran Colombia.

1.7. Objetivos.

1.7.1. Objetivo general.

Caracterizar las patologías bucodentales que se presentan en escolares de 6 a 12 años de la Escuela de Educación Básica Gran Colombia de la ciudad de Portoviejo y sus factores de riesgo.

1.7.2. Objetivos específicos.

-Determinar las patologías bucodentales que se presentan con más prevalencia en los niños de 6 a 12 años de edad de la escuela de educación básica Gran Colombia del cantón Portoviejo.

-Identificar los factores de riesgo presentes en las patologías bucales más frecuentes en los niños de 6 a 12 años de edad de la Escuela de educación básica Gran Colombia del cantón Portoviejo.

CAPÍTULO II.

2. Marco Teórico: Referencial y Conceptual:

2.1. Anatomía patológica.

Considerando el texto Bascones⁴ (2009) conocemos que: “La anatomía patológica trata de estudiar el sustrato anatómico. La sintomatología analiza la forma de manifestarse las enfermedades mediante los síntomas (datos subjetivos) y signos (datos objetivos.)”. (p. 60).

2.1.1. Patología.

Considerando el artículo científico publicado por la Universidad Católica de Chile⁵ (s.f.) podemos conocer que: “La patología es el estudio de las enfermedades en su amplio sentido, es decir, como procesos o estados anormales de causas conocidas o desconocidas”. (párr. 1).

Comprendiendo la obra de García⁶ (2006) podemos conocer que:

Existe una gran variedad de lesiones que pueden afectar a los tejidos blandos de la boca: labios, encías, mucosa y lengua. Por fortuna las lesiones de la boca son benignas y se resuelven fácilmente tras ser bien diagnosticadas, pero existen algunas patologías de carácter maligno que pueden ocasionar un grave riesgo para la vida. (p. 34)

⁴ Bascones, A. (2009). Medicina bucal. Reino de España: Ariel. Ediciones Médico dentales, S.L.

⁵ Universidad Católica de Chile (2014). Manual de patología general. Conceptos básicos. [En línea]. Consultado: [16, abril, 2014] Disponible en: http://escuela.med.puc.cl/publ/patologiageneral/patol_004.html

⁶ García, C. (2006). Boca sana. Consejos para el mantenimiento y mejora de la salud buco-dental. (1º ed.) Reino de España: Ripano, S. A.

2.1.2. Patologías bucodentales.

Analizando el artículo de González y cols.⁷ (1996) podemos citar que: “La patología bucodental es un problema con elevada incidencia, principalmente en relación con la caries, maloclusión y malposición dentaria. La caries es la patología oral más importante en la infancia y adolescencia”. (párr. 14).

Considerando el artículo de los autores Jiménez, Villarroel, Pérez, Bauce & Córdova⁸ (2012) pudimos conocer que:

Según la Organización Mundial de la Salud, la correcta exploración de la mucosa bucal puede proporcionar importantes herramientas en el diagnóstico de las alteraciones del desarrollo, como lesiones neoplásicas, infecciosas e inflamatorias. Así mismo, numerosas lesiones bucales observadas en pacientes infantes y adolescentes son el reconocimiento de una enfermedad de fondo o de una enfermedad genética, particularmente cuando la manifestación bucal es el signo primario de una enfermedad sistémica; así Muñiz et al, reportan incidencias de Úlcera aftosa 10,87%; Herpes labial 5,00% y Queilitis angular 3,54%. (párr. 5)

2.1.3. Cavidad Bucal.

Examinando la obra de Gómez & Campos⁹ (2010) podemos citar que:

La cavidad bucal, junto con otros órganos asociados, como los músculos masticadores, los complejos articulares temporomandibulares y las glándulas salivales, forman el sistema estomatognático. La boca es una cavidad de tipo virtual

⁷ González, J. & Cols. (1996) Estudio de hábitos de higiene bucodental en preadolescentes y adolescentes de dos colegios urbanos y dos rurales. *Dialnet* .45. Consultado el 8 de mayo, 2014. En: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4412872>

⁸ Jiménez, C., Villarroel, M., Pérez, C., Bauce, B. & Córdova, M. (2012) Factores que influyen en la prevalencia de patologías bucales de tejidos blandos y duros de niños y adolescentes. Revisión de la literatura. *Acta Odontológica Venezolana* .51. Consultado el 30 de mayo, 2014. En: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/1/art22.asp>

⁹ Gómez, M. & Campos, A. (2009). *Histología, Embriología e Ingeniería Tisular Bucodental*. (3ª ed.) Estados Unidos Mexicanos: Editorial Médica Panamericana.

que está ocupada en su práctica totalidad por el órgano lingual. Sus límites son hacia arriba, la bóveda palatina, hacia abajo, el piso de la boca y la lengua, lateralmente, las mejillas o carrillos y en la parte posterior, el istmo de las fauces. Los labios cierran en la región anterior el orificio bucal. (pp. 6 y 7)

Semiología de la mucosa bucal.

Considerando el texto de Barrancos & Barrancos¹⁰ (2006) podemos conocer que:

Definimos semiología como el acto de interpretar los signos y síntomas que pueden observarse en el área buco-máxilo facial de nuestros pacientes. Esto es a través de esas “pistas o señales” que el organismo nos presenta, poder detectar anormalidades, distinguirlas entre otras similares y orientarnos hacia un diagnóstico, que en primer lugar será presuntiva y más tarde definitivo. Antes de describir las lesiones, es importante que recordemos cómo examinar las mucosas de la boca.

Labios

Las lesiones que pueden verse con frecuencia en los labios suelen ubicarse en la semimucosa, en la mucosa o en ambos.

- Queilitis angulares
- Costras, vesículas y ampollas
- Lesiones ulcerovegetantes

Mucosa labial

-La enfermedad más frecuente en mucosa de labio, y sobre todo en el inferior, es mucocele o quiste.

- Manchas
- Aftas

Carrillos

¹⁰ Barrancos, M. & Barrancos, P. (2008). Operatoria dental. Integración clínica. (4ª ed.) República Argentina: Médica Panamericana.

La mucosa del carrillo, sea en su parte retrocomisural, media o posterior, puede presentar una importante cantidad de enfermedades de diferente etiología. Mencionaremos las más frecuentes.

-Puntos de fordyce

-Manchas

-Lesiones traumáticas

-Virosis

-Cáncer

Lengua

-Estados especiales de la lengua

-Lesiones traumáticas

-Síndrome de ardor bucal

Paladar

-Torus palatino

-Infecciones

-Manchas

-Leucoplasia

-Tumores benignos y malignos

Piso de la boca

-Torus mandibularis

-Sialialitiasis

-Ránula

Encía

Es interesante destacar la cantidad de enfermedades que pueden verse sobre la encía. A las lesiones propias estudiadas y tratadas por Periodoncia se deben agregar infecciones virales, micóticas, bacterianas, traumáticas, de origen autoinmune, metabólicas, tumorales, seudotumorales, cancerizables, pigmentarias, etcétera. (pp. 282 - 287).

2.1.4. Patología de los Tejidos blandos.

Examinando el texto de Gómez & Campos¹¹ (2010) pudimos conocer que: “Los tejidos blandos que tapizan la cavidad bucal constituyen una membrana denominada mucosa. Toda mucosa está compuesta por un epitelio y un tejido conectivo subyacente denominado corion o lámina propia. Ambos tejidos están conectados por la membrana basal”. (p. 7).

Consultando en el artículo de Jiménez, Villarroel, Pérez, Bauce, & Córdova¹² (2012) podemos conocer que:

Se identifican como tejidos blandos de la cavidad bucal a las siguientes estructuras: mucosa bucal, labial, gingival, lingual, músculos y ligamentos. El componente de tejidos blandos del sistema estomatognático puede sufrir alteraciones desde el momento del nacimiento (malformaciones congénitas) o adquirirlas en cualquier momento de la vida, como consecuencia de la interacción de un conjunto de variables causales desencadenantes, moderadoras y de control. (párr. 1)

Aftas bucales.

Considerando el texto de Nahás, Schmitt & Kim¹³ (2009) podemos citar que: “Las aftas son pequeñas heridas en forma de úlceras que pueden aparecer aisladas o en grupo. Aparecen en la mucosa de la boca, labios y lengua”. (p. 118).

¹¹ Gómez, M. & Campos, A. (2009). *Histología, Embriología e Ingeniería Tisular Bucodental*. (3ª ed.) Estados Unidos Mexicanos: Editorial Médica Panamericana.

¹² Jiménez, C., Villarroel, M., Pérez, C., Bauce, B. & Córdova, M. (2012) Factores que influyen en la prevalencia de patologías bucales de tejidos blandos y duros de niños y adolescentes. Revisión de la literatura. *Acta Odontológica Venezolana* .51. Consultado el 30 de mayo, 2014. En: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/1/art22.asp>

¹³ Nahás, M. S., Schmitt, R. M. & Kim, S. Y. (2009). *Salud Bucal del Bebé al Adolescente. Guía de orientación para las embarazadas, los padres, los profesionales de la salud y los educadores*. República Federativa del Brasil: Gen. Editorial Santos.

Examinando la obra de Castillo y cols.¹⁴ (2011) pudimos conocer que:

Es también una úlcera dolorosa, que se clasifica en afta menor, afta mayor, y estomatitis aftosa. La mayoría de los niños que observamos con aftas, tienen el tipo de afta menor, que es una úlcera que mide menos de 10mm, rodeada por un halo rojizo, ovalada, normalmente es una sola, aunque puede haber pacientes que presenten dos o tres y que al cabo de 5 a 7 días ha cicatrizado sin dejar huella. (p. 283)

Etiología.

En el texto de Nahás y cols.¹⁵ (2009) podemos citar que las aftas:

Pueden aparecer por diferentes causas: deficiencia inmunológica (baja resistencia), traumas (agresión del cepillo dental), alimentos ácidos, alergias, infecciones por bacterias, hongos o virus, o reacciones a medicamentos como antiinflamatorios o antibióticos. Si el niño tiene predisposición, los papás deben prestar atención a los factores desencadenantes, como por ejemplo, la falta de higiene bucal y contaminación por alimentos mal lavados. (pp. 118 y 119).

Frecuencia.

Analizando la obra de Bezerra¹⁶ (2008) pudimos conocer que: “Es común luego de los seis años de edad; se considera una enfermedad típica de la infancia y adolescencia. El sexo femenino es el más afectado y su severidad disminuye con la edad”. (p. 44).

¹⁴ Castillo, R., Miguel, G., Kanashiro, C., Perea, M. & Esteves, F. (2011). Estomatología Pediátrica. (1° ed.) Reino de España: Ripano, S. A

¹⁵ Nahás, M. S., Schmitt, R. M. & Kim, S. Y. (2009). Salud Bucal del Bebé al Adolescente. Guía de orientación para las embarazadas, los padres, los profesionales de la salud y los educadores. República Federativa del Brasil: Gen. Editorial Santos.

¹⁶ Bezerra, L. (2008). Tratado de Odontopediatría. República Federativa del Brasil: Amolca.

Tratamiento.

Considerando la obra de Nahás y cols.¹⁷ (2009) pudimos conocer que: “No hay ninguna sustancia aislada que sea completamente eficaz para el tratamiento de las aftas”. (p. 119). Mientras que en la obra de Castillo y cols.¹⁸ (2011) podemos citar que: “El tratamiento que puede utilizarse en estos casos, son los enjuagatorios en base a clorhexidina, 0.1 %, dos veces al día, siempre que el niño sepa ya enjuagarse la boca y no sea peligroso que ingiera el colutorio”. (p. 283).

Úlcera traumática.

Examinando la obra de Castillo y cols.¹⁹ (2011) pudimos conocer que las úlceras traumáticas: “Son quizás las lesiones más frecuente observadas por el odontopediatra en la mucosa oral, debido a la frecuencia de traumatismos en niños en la boca, por caídas, o golpes, y también por mordedura post anestesia del nervio dentario inferior”. (p. 283).

Etiología.

Considerando la obra de Bascones²⁰ (2009) podemos referir que:

Las causas etiológicas de estos traumatismos pueden variar desde un instrumento quirúrgico en una maniobra odontológica inadecuada, hasta una mordedura, lesiones por huesos al comer, etcétera. Su característica más importante, es la

¹⁷ Nahás, M. S., Schmitt, R. M. & Kim, S. Y. (2009). Salud Bucal del Bebé al Adolescente. Guía de orientación para las embarazadas, los padres, los profesionales de la salud y los educadores. República Federativa del Brasil: Gen. Editorial Santos.

¹⁸ Castillo, R., Miguel, G., Kanashiro, C., Perea, M. & Esteves, F. (2011). Estomatología Pediátrica. (1º ed.) Reino de España: Ripano, S. A.

¹⁹ Castillo, R., Miguel, G., Kanashiro, C., Perea, M. & Esteves, F. (2011). Estomatología Pediátrica. (1º ed.) Reino de España: Ripano, S. A.

²⁰ Bascones, A. (2009). Periodoncia clínica e implantología oral. Reino de España: Lexus. Avances médico dentales, S.L.

existencia de una relación causa- efecto, ya que al desaparecer la primera cicatrizan rápidamente. (p. 212).

Mientras que la obra de Guedes y cols.²¹ (2011) podemos citar que:

Tiene como factor etiológico traumatismos voluntarios e involuntarios. Estos traumatismos son causados por mordidas normalmente en el labio inferior, o pueden estar relacionados a restauraciones mal adaptadas, dientes fracturados, traumatismos dentales o caídas, quemaduras, aparatos fijos, objetos introducidos en la boca pueden llevar a la formación de úlceras traumáticas. (p. 122).

Considerando la obra de Bezerra²² (2008) podemos referir que la etiología:

Es el resultado del contacto de agentes químicos, por ejemplo, ácido acetilsalicílico; agentes físicos, como las quemaduras térmicas o eléctricas; o por contusiones mecánicas recurrentes de piezas dentales fracturadas o con bordes iniciales puntiagudos, restauraciones mal adaptadas, aparatos ortodónticos, mordedura accidental posterior a la anestesia, cuerpos extraños, prótesis dental, iatrogénicas o por objetos introducidos advertidamente en la cavidad bucal. (p. 44).

Tratamiento.

Considerando las obras de Boj y cols.²³ (2011) pudimos conocer que el tratamiento se realiza con la: “remoción del agente causal. Limpieza con suero fisiológico” (p. 154).

Mientras Castillo y cols.²⁴ (2011) indican que: “Se puede utilizar enjuagatorios con clorhexidina a fin de evitar que se infecten”. (p. 283).

²¹ Guedes, A., Bonecker, M. y Delgado, C. (2011). Fundamentos de odontología. Odontopediatría. República Federativa del Brasil: Gen. Santos.

²² Bezerra, L. (2008). Tratado de Odontopediatría. República Federativa del Brasil: Amolca.

²³ Boj, J., Catalá, M., García, C., Mendoza, A. y Planes, P. (2011). Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven. (1° ed.) Reino de España: Ripano editorial Médica.

²⁴ Castillo, R., Miguel, G., Kanashiro, C., Perea, M. & Esteves, F. (2011). Estomatología Pediátrica. (1° ed.) Reino de España: Ripano, S. A.

Herpes labial.

Considerando el texto de Bascones²⁵ (2009) pudimos conocer que:

Esta lesión se debe a un virus específico, del grupo de los virus de la ectodermosis neurótropa, filtrante y ultrafiltrante. El herpes simple es el agente etiológico más frecuente en el hombre a excepción de las infecciones víricas de localización en el aparato respiratorio. Pertenecen a la familia de los herpes viridae. Posee dos subtipos: el tipo 1, que suele afectar a la cavidad oral, y el 2, que afecta más frecuente al área genital. (pp. 163, 165 y 166).

Etiología.

Analizando el artículo de Fatahzadeh & Schwartz²⁶ (2008) podemos citar que:

Los herpes virus tienen larga latencia en huéspedes infectados y se reactivan periódicamente. Siguiendo a la infección oral primaria el HSV-1 migra centrípetamente a lo largo del trayecto nervioso de la mucosa oral al ganglio trigémino. Aunque no está claro cómo se establece la latencia, se piensa que se requiere un inóculo viral inicial suficiente para entrar y multiplicarse en los ganglios. El virus se replica y forma un reservorio genómico necesario para la persistencia de latencia en el huésped de por vida. (párr. 6)

Tratamiento.

Considerando el texto Bascones²⁷ (2009) pudimos conocer que:

A pesar que el herpes labial se resuelve espontáneamente en 7-14 días, la sensación de malestar y la existencia de una lesión estéticamente desagradable hace que los pacientes demanden tratamiento. Éste está especialmente cuando hay recurrencias frecuentes o si el paciente se encuentra inmunocomprometido. (p. 169)

²⁵ Bascones, A. (2009). Medicina bucal. Reino de España: Ariel. Ediciones Avances Médico dentales, S.L.

²⁶ Fatahzadeh, M. & Schwartz, R. (2008) Herpes simplex labial Patogénesis, presentaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento. *IntraMed* .32. Consultado el 10 de abril, 2014. En: <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=51812>

²⁷ Bascones, A. (2009). Medicina bucal. Reino de España: Ariel. Ediciones Avances Médico dentales, S.L.

En la obra de Castillo y cols.²⁸ (2011) podemos referir que:

El tratamiento es sintomático. Incluye la administración de analgésicos sistémicos (p. ej., paracetamol) y la aplicación directa de anestésicos tópicos con una torunda de algodón (diclonina líquida al 0,5 % o pomada de benzocaína al 2-20%), se aconseja prescribir enjuagues suaves sin alcohol, dieta blanda, gran ingesta de líquidos y reposo.

Cuando la infección está muy extendida, se puede utilizar lidocaína viscosa al 5% en un enjuague bucal 5 minutos antes de las comidas.

La higiene oral es muy importante, pero debe realizarse con un cepillo de cerdas blandas o con gasa para no causar molestias. (p. 282)

Queilitis angular.

En el texto de Nahás y cols.²⁹ (2009) pudimos conocer que la queilitis angular: “Es una inflamación que ocurre por el acumulo de saliva en la comisura de la boca, con leve inflamación, enrojecimiento y fisuras”. (p. 123).

Etiología.

Considerando la obra de Nahás y cols.³⁰ (2009) pudimos conocer que:

En los niños, las causas más comunes de queilitis angular son la hipersalivación, los agentes infecciosos o micóticos y la deficiencia nutritiva (de hierro y riboflavina). El frío puede ser otro agente causal de esta inflamación, por reseca los labios, causando una fisura en la región. Esta fisura servirá como puerta de entrada para hongos y bacterias. (p. 124).

²⁸ Castillo, R., Miguel, G., Kanashiro, C., Perea, M. & Esteves, F. (2011). Estomatología Pediátrica. (1° ed.) Reino de España: Ripano, S. A.

²⁹ Nahás, M. S., Schmitt, R. M., y Kim, S. Y. (2009). Salud Bucal del Bebé al Adolescente. Guía de orientación para las embarazadas, los padres, los profesionales de la salud y los educadores. República Federativa del Brasil: Gen. Editorial Santos.

³⁰ Nahás, M. S., Schmitt, R. M. y Kim, S. Y. (2009). Salud Bucal del Bebé al Adolescente. Guía de orientación para las embarazadas, los padres, los profesionales de la salud y los educadores. República Federativa del Brasil: Gen. Editorial Santos.

Tratamiento.

Analizando la obra de Bezerra³¹ (2008) podemos citar que: “el tratamiento deberá ser la remoción de la causa. En algunos casos se indican corticoides tópicos, limpieza de la región con antisépticos bucales y aplicación de fucsina acuosa al 2 % con hisopo en el área afectada”. (p. 50).

Enfermedad periodontal.

Considerando la obra de Bascones³² (2009) podemos referir que:

La enfermedad periodontal se divide en dos grandes categorías, una localizada en la encía, llamada gingivitis, y otra, que afecta a los tejidos de soporte periodontal, llamada periodontitis. La inflamación es el proceso patológico predominante, y se deriva del acúmulo de microorganismos cerca del margen gingival en base a la falta de higiene oral, y tanto la incidencia como la severidad de la gingivitis como de la periodontitis se relacionan de forma directa con la falta de higiene. (p. 44)

Etiología.

Analizando la obra de Guedes y cols.³³ (2011) pudimos conocer que:

Los factores etiológicos de las enfermedades periodontales son divididos en factores etiológicos determinantes, predisponentes y modificadores.

-El factor etiológico determinante corresponde al factor indispensable para que ocurra la enfermedad. El factor etiológico determinante principal de las enfermedades periodontales es la placa bacteriana, otro factor determinante para las

³¹ Bezerra, L. (2008). Tratado de Odontopediatría. República Federativa del Brasil: Amolca.

³² Bascones, A. (2009). Periodoncia clínica e implantología oral. Reino de España: Lexus. Avances médico dentales, S.L.

³³ Guedes, A., Bonecker, M. y Delgado, C. (2011). Fundamentos de odontología. Odontopediatría. República Federativa del Brasil: Gen. Santos.

enfermedades periodontales es el cálculo dentario, que es formado por la mineralización de la placa bacteriana.

-Los factores predisponentes son aquellos que proporcionan la presencia de los factores etiológicos determinantes. En el caso de la enfermedad periodontal, son factores que favorecen a un mayor acúmulo de placa, siendo por lo tanto factores locales. La anatomía dentaria, la forma de la arcada dentaria y la posición dentaria actúan como factores etiológicos predisponentes.

-Los factores etiológicos modificadores son aquellos que, actuando en conjunto con los factores etiológicos determinantes, modifican el curso normal de la enfermedad, agravando el cuadro clínico. (pp.150 -154)

Analizando la obra de Bezerra³⁴ (2008) podemos referir que: “el factor etológico de la enfermedad periodontal es el biofilm bacteriano. Todos los pacientes con acúmulo de bacterias en la superficie dental proximal al margen gingival, de manera ineroxable, después de algún tiempo, presentan señales de inflamación gingival”. (p. 858).

Gingivitis.

Analizando la obra de Guedes y cols.³⁵ (2011) pudimos conocer que:

Cuando la higiene oral no es adecuada, la encía se vuelve inflamada y presenta las siguientes señales clínicas: sangrado al sondaje, alteraciones en la forma, textura, color y volumen de la encía marginal, aumento del flujo gingival. Este cuadro es conocido como gingivitis. (p. 155)

Mientras que analizando la obra de Bezerra³⁶ (2008) podemos referir que: “La enfermedad periodontal más común en los niños y adolescentes es la Gingivitis, clasificada como una inflamación gingival sin pérdida ósea, inducida por el acúmulo de placa

³⁴ Bezerra, L. (2008). Tratado de Odontopediatría. República Federativa del Brasil: Amolca.

³⁵ Guedes, A., Bonecker, M. y Delgado, C. (2011). Fundamentos de odontología. Odontopediatría. República Federativa del Brasil: Gen. Santos.

³⁶ Bezerra, L. (2008). Tratado de Odontopediatría. República Federativa del Brasil: Amolca.

bacteriana o modificada por factores sistémicos, utilización de medicamentos o mala nutrición”. (p. 859).

Etiología.

Considerando la obra de Nahás y cols.³⁷(2009) pudimos conocer que:

Siendo la placa o biofilm el principal factor responsable del mal aliento, la gingivitis ocurre por falta de limpieza adecuada de los dientes, encía y lengua. En los niños, si la gingivitis es detectada al inicio, la inflamación retrocederá rápidamente cuando la higiene vuelve a ser realizada adecuadamente. Por eso, cuando se observa sangrado y ligera hinchazón de la encía, la limpieza deberá ser mejorada. (p. 117)

Epidemiología.

En la obra de Bordoni y cols.³⁸ (2010) podemos citar que: “La prevalencia, severidad y extensión de la gingivitis fluctúa a lo largo de las diferentes etapas del desarrollo del individuo. Varios estudios coinciden en señalar que la prevalencia y extensión de la gingivitis se incrementa con la edad”. (p. 432).

Tratamiento.

Comprendiendo la obra de García³⁹ (2006) pudimos conocer que el: “Tratamiento no suele ser complicado y remite cuando, mediante una limpieza de boca en clínica, se elimina el sarro, principal factor etiológico”. (p. 32).

³⁷ Nahás, M. S., Schmitt, R. M. y Kim, S. Y. (2009). Salud Bucal del Bebé al Adolescente. Guía de orientación para las embarazadas, los padres, los profesionales de la salud y los educadores. República Federativa del Brasil: Gen. Editorial Santos.

³⁸ Bordoni, N., Escobar, A. & Castillo, R. (2010). Odontología pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. (1° ed.) República Argentina: Médica Panamericana.

³⁹ García, C. (2006). Boca sana. Consejos para el mantenimiento y mejora de la salud buco-dental. (1° ed.) Reino de España: Ripano, S. A.

Periodontitis.

Considerando la obra de Nahás y cols.⁴⁰ (2009) podemos referir que:

Si la inflamación de la encía sigue, va afectar el hueso, causando una reabsorción de la estructura ósea. La periodontitis generalmente está asociada a la presencia de sarro, que es la placa bacteriana mineralizada, siendo más frecuente en los adultos. No es una enfermedad muy común en la infancia y adolescencia, pero puede ocurrir, en caso de no controlar la gingivitis. (p. 118)

2.1.5. Patología Tejidos duros.

Consultando en el texto de Gómez & Campos⁴¹ (2010) pudimos conocer que los: “tejidos duros, como los elementos dentarios y el hueso alveolar”. (p. 7).

Caries dental.

Comprendiendo la obra de García⁴² (2006) citamos que:

La caries es una enfermedad infecciosa producida por determinadas bacterias que acidifican el medio bucal, produciendo la destrucción de los tejidos duros dentales, esmalte y dentina, hasta alcanzar los vasos y nervios de la pulpa. Afecta a todos los seres humanos, independientemente de su edad, sexo o raza. (p. 29)

⁴⁰ Nahás, M. S., Schmitt, R. M. y Kim, S. Y. (2009). Salud Bucal del Bebé al Adolescente. Guía de orientación para las embarazadas, los padres, los profesionales de la salud y los educadores. República Federativa del Brasil: Gen. Editorial Santos.

⁴¹ Gómez, M. & Campos, A. (2009). Histología, Embriología e Ingeniería Tisular Bucodental. (3ª ed.) Estados Unidos Mexicanos: Editorial Médica Panamericana.

⁴² García, C. (2006). Boca sana. Consejos para el mantenimiento y mejora de la salud buco-dental. (1º ed.) Reino de España: Ripano, S. A.

Analizando la obra de Guedes y cols.⁴³ (2011) pudimos conocer que:

La distinción entre los conceptos de enfermedad caries y lesiones de caries tiene vital importancia. La enfermedad caries es la condición crónica, caracterizada por el desequilibrio entre los constantes cambios minerales que ocurren entre los tejidos dentarios y el medio fluido bucal. Las lesiones de caries son las señales de ese desequilibrio, cuando hay predominancia de la pérdida de minerales del esmalte y de la dentina. (p. 132).

Comprendiendo el artículo de Pardo, Ruano & Feáns⁴⁴ (2012) podemos referir que:

“Hay más caries a medida que aumenta la edad. No se encuentran diferencias en cuanto a sexo y a medida que empeora la higiene hay más”. (párr. 2).

Etiología.

Analizando la obra de Brenna⁴⁵ (2010) pudimos conocer que: “La patología cariosa tiene una etiología multifactorial: flora bacteriana, susceptibilidad al huésped, dieta y factor tiempo”. (p. 679).

Tratamiento.

Considerando el texto de Barrancos⁴⁶ (2008) podemos citar que:

El tratamiento local consiste en la remoción tejido blando con instrumental de mano y la posterior aplicación de una capa de ionómero. El objeto de este tratamiento es aislar el proceso de caries del medio bucal, excavando la dentina afectada y colocando un material con propiedades cariostáticas. (p. 671)

⁴³ Guedes, A., Bonecker, M. y Delgado, C. (2011). Fundamentos de odontología. Odontopediatría. República Federativa del Brasil: Gen. Santos.

⁴⁴ Pardo, N., Ruano, A. & Feáns, L. (2012) Factores de riesgo de la caries un estudio transversal en Galicia, España. *Dialnet* .18. Consultado el 25 de abril, 2014. En: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3998301>

⁴⁵ Brenna, F. (2010). Odontología restauradora. Procedimientos terapéuticos y perspectivas de futuro. Reino de España: Elsevier Masson.

⁴⁶ Barrancos, M. & Barrancos, P. (2008). Operatoria dental. Integración clínica. (4ª ed.) República Argentina: Médica Panamericana.

Oclusión.

Considerando la obra de Manzanares & Bascones⁴⁷ (2010) pudimos conocer que:

Se puede definir la oclusión como la relación de contacto de los dientes en función o para función. Sin embargo, el término se refiere no solamente al contacto en la interfase oclusal, sino que comprende además todos los factores que contribuyen al desarrollo y la estabilidad del sistema masticatorio y a la utilización de los dientes en la cavidad motora oral. Bajo este punto de vista, el concepto de oclusión debe incluir la idea de un sistema integrado por unidades funcionales que comprende los dientes, las articulaciones y los músculos de la cabeza y el cuello. El concepto de oclusión balanceada, que defendía la existencia de contactos bilaterales en todas las excursiones de la mandíbula para evitar el desplazamiento de las dentaduras. La oclusión ideal u óptima en la dentición natural. Estos conceptos basados en grado variables en las características estáticas, funcionales, o ambas, de la oclusión, han constituido la meta teórica en su diagnóstico y tratamiento. (p. 275)

Maloclusión.

Analizando la obra de López⁴⁸ (2010) podemos referenciar que:

Para definir la Maloclusión se debe tener en cuenta el significado de oclusión, entendiéndola en su forma más simple como la manera que hacen contacto los dientes superiores con los inferiores, sin embargo, una definición más apropiada para la oclusión sería la relación funcional entre los componentes del sistema masticatorio incluyendo los dientes, tejidos de soporte, sistema neuromuscular, las articulaciones temporo-mandibulares y esqueleto craneofacial. (p. 133)

Considerando la obra de García⁴⁹ (2006) podemos citar que: “Definimos la maloclusión como la ausencia de una correcta articulación entre la arcada superior y la

⁴⁷ Manzanares, M. & Bascones, A. (2010). Wheeler. Anatomía, fisiología y oclusión dental. (9° ed.) Reino de España: Elsevier Saunders.

⁴⁸ López, J. (2010). Odontología para la higiene oral. República de Colombia: Zamora editores LTDA.

⁴⁹ García, C. (2006). Boca sana. Consejos para el mantenimiento y mejora de la salud buco-dental. (1° ed.) Reino de España: Ripano, S. A.

inferior. Es decir cuando el engranaje o juste entre los dientes superiores e inferiores no es correcto”. (p. 33).

Analizando la obra de Duque y Rodríguez⁵⁰ (2001) podemos conocer que:

Ciertos tipos de maloclusiones producen profundos impactos psicológicos en el niño, y afectan en algunos casos el habla y su manera de comportarse socialmente, ya que su aspecto físico los hace manifestarse tímidos, retraídos, apartados o hasta agresivos. Algunos autores clasifican estas maloclusiones como deformidades dentofaciales incapacitantes o estados que interfieren con el bienestar general del niño, ya que puede afectar la estética dentofacial, las funciones masticatorias o respiratorias, el habla o el equilibrio físico o psicológico de este. (párr. 25).

Etiología.

Comprendiendo la obra de López⁵¹ (2010) en cuanto a la etiología podemos referir que:

Factores generales: estos son herencia, defectos congénitos, alteraciones musculares, traumatismos del parto y en ocasiones la presencia de síndromes o alteraciones sistémicas.

Factores locales o ambientales: algunas causas locales que conducen con más frecuencia a una maloclusión son

- Anomalías de número de dientes
- Anomalías del tamaño y forma de los dientes
- Anomalías de la erupción dentaria
- Presencia de frenillos de implantación anormal
- Caries interproximales
- Hábitos. (p. 135).

⁵⁰ Duque, J. y Rodríguez, A. (2001) Factores de riesgo en la predicción de las principales enfermedades bucales en los niños. *Revista Cubana de Estomatología* .38. Consultado el 28 de mayo, 2014. En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072001000200004&script=sci_arttext

⁵¹ López, J. (2010). *Odontología para la higiene oral*. República de Colombia: Zamora editores LTDA.

Clasificación de Angle.

Comprendiendo la obra de López⁵² (2010) podemos citar que:

La oclusión clase I es considerada como la oclusión ideal. La clase I de Angle consiste en que la cúspide mesio-vestibular del primer molar superior permanente ocluye en el surco bucal de los primeros molares inferiores permanentes. La clase II de Angle se presenta cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior permanente ocluye por delante del surco bucal de los primeros molares inferiores. Y la clase III de Angle, es cuando la cúspide mesiovestibular ocluye por detrás del surco bucal del molar inferior. (p. 139)

Considerando la obra de Boj y Ferreira⁵³ (2010) pudimos conocer que: “Maloclusión clase II en dentición decidua y en dentición mixta caracterizada por excesivo resalte horizontal (overjet). Maloclusión clase III, en dentición decidua y en dentición mixta caracterizada por mordida cruzada a nivel de los incisivos”. (p. 65 y 66).

Tratamiento.

Analizando la obra de López⁵⁴ (2010) podemos citar que:

El tratamiento de las maloclusiones se logra mediante una disciplina llamada Ortodoncia, esta es la especialidad de la Odontología definida en su forma más simple como la disciplina que se relaciona con el diagnóstico y la corrección de las maloclusiones y mal posiciones dentales. Los objetivos de tratamiento de la maloclusión la clasifican en preventiva, interceptiva y correctiva. (p. 155)

2.1.5. Hábitos.

Analizando la obra de Bordoni y cols.⁵⁵ (2010) podemos referir que:

Los hábitos bucales son conductas repetitivas que pueden conducir a trastornos en el desarrollo de los dientes y maxilares.

⁵² López, J. (2010). Odontología para la higiene oral. República de Colombia: Zamora editores LTDA.

⁵³ Boj, J. & Ferreira, L. (2010). Atlas de Odontopediatría. Reino de España: Ripano S. A.

⁵⁴ López, J. (2010). Odontología para la higiene oral. República de Colombia: Zamora editores LTDA.

⁵⁵ Bordoni, N., Escobar, A. & Castillo, R. (2010). Odontología pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. (1° ed.) República Argentina: Médica Panamericana.

Según el diccionario de la Real Academia Española, la palabra hábito significa “modo especial de proceder o conducirse, adquirido por repetición de actos iguales o semejantes, u originado por tendencias iniciativas”. Los hábitos bucales son precisamente actos repetitivos realizados, la mayoría de veces, instintivamente. (p. 657)

Hábitos funcionales.

Analizando el artículo de Reyes, Rosales, Roselló y García⁵⁶ (2006) pudimos conocer que: “Existen hábitos beneficiosos o funcionales como la masticación, deglución y respiración normal”. (párr. 21).

Hábitos perniciosos.

Comprendiendo la obra de Nahás⁵⁷ (2009) podemos citar que: “Hay una infinidad de malos hábitos bucales que generalmente se manifiestan desde la primera infancia y son extremadamente perjudiciales provocando el desequilibrio de las estructuras del sistema estomatognático”. (p. 18).

⁵⁶ Reyes, D., Rosales, K., Roselló, O. & García, D. (2006) Factores de riesgo asociados a hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. Policlínica "René Vallejo Ortiz". Manzanillo. 2004 - 2005. *Acta odontológica Venezolana* .45. Consultado el 10 de abril, 2014. En: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/3/habitos_bucales_deformantes.asp

⁵⁷ Nahás, M. S. (2009). Odontopediatría. En la primera infancia. (1° ed.) República Federativa del Brasil: Santos Editora. Gen Grupo Editorial Nacional.

Comprendiendo el artículo de Reyes, Rosales, Roselló & García⁵⁸ (2006) en cuanto a los hábitos pudimos conocer que:

Incorrectos o deformantes como la respiración bucal, queilofagia, onicofagia, empuje lingual, masticación de objetos y la succión del pulgar u otro dedo (succión digital) y uso de chupetes y biberones después de los 3 años, pues antes de esta edad, estos últimos se consideran normales. Estos hábitos deformantes traen como consecuencia alteraciones de la oclusión si se mantienen por largos períodos de tiempo. Otro efecto negativo de estos hábitos pueden ser los trastornos en el lenguaje y en el desarrollo físico y emocional del niño. (párr. 22)

Tipos de succión.

Analizando la obra de Bordoni y cols.⁵⁹ (2010) podemos citar que:

Nutritivo (amamantamiento, leche en biberón): brinda nutrientes esenciales. No nutritivo: asegura una sensación de sentirse bien, con calor humano y con sentido de seguridad. Es el hábito más temprano, adquirido por el niño en respuesta a una frustración y lo realiza para satisfacer la urgencia y la necesidad de contacto. (p. 658)

Succión digital.

Considerando la obra de Nahás y cols.⁶⁰ (2009) podemos citar que:

La succión del dedo o chupón es extremadamente perjudicial para las arcadas dentarias, causando problemas graves como estrechamiento del maxilar o mordida abierta. El estrechamiento del maxilar lleva al posicionamiento inadecuado (mal

⁵⁸ Reyes, D., Rosales, K., Roselló, O. & García, D. (2006) Factores de riesgo asociados a hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. Policlínica "René Vallejo Ortiz". Manzanillo. 2004 - 2005. *Acta odontológica Venezolana* .45. Consultado el 10 de abril, 2014. En: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/3/habitos_bucales_deformantes.asp

⁵⁹ Bordoni, N., Escobar, A. & Castillo, R. (2010). Odontología pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. (1° ed.) República Argentina: Médica Panamericana.

⁶⁰ Nahás, M. S., Schmitt, R. M. & Kim, S. Y. (2009). Salud Bucal del Bebé al Adolescente. Guía de orientación para las embarazadas, los padres, los profesionales de la salud y los educadores. República Federativa del Brasil: Gen. Editorial Santos.

oclusión) del tipo mordida cruzada. Al mismo tiempo, puede llevar a mordida abierta anterior, en el cual los dientes anteriores no se tocan. (p. 132)

Consecuencias.

Considerando la obra de Nahás y cols.⁶¹ (2009) podemos referir que: “Succión de dedos o chupones: hábito que debe ser evitado, pues causa alteraciones en las arcadas y en la posición dentaria”. (p. 131).

Analizando la obra de Bordoni y cols.⁶² (2010) podemos citar que:

La presencia y severidad de alteraciones en las estructuras dentofaciales dependerá de varios factores:

- Frecuencia
- Intensidad
- Duración
- Posición del dedo dentro de la boca.

Los factores adversos se han dividido en varios grupos.

Efectos físico-bucales

- Incisivos superiores en labioversión
- Incisivos inferior con inclinación anteroposterior alterada
- Aumento de la sobremordida horizontal
- Mordida abierta anterior maloclusión clase II
- Problemas esqueléticos

⁶¹ Nahás, M. S., Schmitt, R. M. & Kim, S. Y. (2009). Salud Bucal del Bebé al Adolescente. Guía de orientación para las embarazadas, los padres, los profesionales de la salud y los educadores. República Federativa del Brasil: Gen. Editorial Santos.

⁶² Bordoni, N., Escobar, A. & Castillo, R. (2010). Odontología pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. (1° ed.) República Argentina: Médica Panamericana.

- Aumento de prognatismo mandibular.
- Aumento de prognatismo relativo
- Aumento de la longitud anteroposterior del maxilar superior
- Rotación del plano maxilar hacia abajo posteriormente y hacia arriba anteriormente.

Otros efectos bucales adversos: paladar ojival profundo, traumatismo en la mucosa, posible aumento en la prevalencia de traumatismos (por incisivos superiores en labioversión), reabsorción radicular atípica, trastornos temporomandibulares.

Otros efectos físicos y funcionales

- Deformación de los dedos
- Eccema o infecciones por hongos en los dedos
- Aumento del riesgo de envenenamiento accidental
- Hábitos paralelos
- Problemas del lenguaje. (pp. 160 - 162)

Tratamiento.

En la obra de Bordoni & Castillo⁶³ (2010) pudimos conocer que:

Tratamientos no invasivos

Hablarles a los padres y a los niños: cuando los padres están cerca de los niños y les repiten que cesen de succionarse el dedo cada vez que los ven hacerlos, éstos disminuyen la frecuencia de succión digital. También se los puede felicitar cada vez que no se succionan el dedo y esto parece ser eficaz.

Tratamientos invasivos

Existen diversos diseños de los aparatos rompehábitos:

- Barra palatina
- Con rejillas

⁶³ Bordoni, N., Escobar, A. & Castillo, R. (2010). Odontología pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. (1° ed.) República Argentina: Médica Panamericana.

-Bluegrass. (pp. 662 - 664)

Succión labial.

Comprendiendo la obra de Nahás⁶⁴ (2009) podemos citar que:

Los hábitos labiales son los que envuelve la manipulación de los labios y de las estructuras peribucales. Lo que se observa como consecuencia de los hábitos de lamer, morder o succionar los labios frecuentemente son los tejidos peribucales enrojecidos, resecaos e inflamados, en especial en épocas de temperatura más fría. Los hábitos labiales también pueden mantener una maloclusión preexistente, dependiendo de su intensidad, duración y frecuencia. (p. 55)

Etiología.

Analizando la obra de Bordoni y cols.⁶⁵ (2010) pudimos conocer que: “Los hábitos de succión de labio no son generalmente causa de maloclusión, sino una consecuencia de ella”. (p. 666).

Tratamiento.

Analizando la obra de Bordoni y cols.⁶⁶ (2010) podemos citar que: “Una vez que se corrige el excesivo overjet que entrapa el labio inferior entre los dientes, éste recupera su posición original y por lo general se elimina la succión”. (p. 666).

⁶⁴ Nahás, M. S. (2009). Odontopediatría. En la primera infancia. (1° ed.) República Federativa del Brasil: Santos Editora. Gen Grupo Editorial Nacional.

⁶⁵ Bordoni, N., Escobar, A. & Castillo, R. (2010). Odontología pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. (1° ed.) República Argentina: Médica Panamericana.

⁶⁶ Bordoni, N., Escobar, A. & Castillo, R. (2010). Odontología pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. (1° ed.) República Argentina: Médica Panamericana.

Ocniofagia.

Considerando la obra de Nahás y cols.⁶⁷ (2009) podemos referir que:

La ocniofagia es considerada una disfunción de masticación, así como el Bruxismo. Ocurre mucho en niños de tres a seis años, más arriba de esa edad, el convivio social con otros niños en la escuela inhibe la relación del mal hábito. Ocurre también con frecuencia en la pre-adolescencia, alrededor de los diez años. (p. 140)

Etiología.

Considerando la obra de Nahás y cols.⁶⁸ (2009) podemos citar que: “las causas de la ocniofagia parecen estar relacionadas con el estrés, tensión y ansiedad”. (p. 140).

Tratamiento.

Considerando la obra de Nahás y cols.⁶⁹ (2009) pudimos conocer que:

El tratamiento debe visualizar las causas del hábito. Generalmente son mucho muy difíciles de ser determinadas, mas todo debe de ser hecho para la remoción del hábito, estimulando al niño a otras actividades con las manos, siempre apuntando a mejorar su autoestima, sin hacer críticas. (p. 141)

⁶⁷ Nahás, M. S., Schmitt, R. M. & Kim, S. Y. (2009). Salud Bucal del Bebé al Adolescente. Guía de orientación para las embarazadas, los padres, los profesionales de la salud y los educadores. República Federativa del Brasil: Gen. Editorial Santos.

⁶⁸ Nahás, M. S., Schmitt, R. M. & Kim, S. Y. (2009). Salud Bucal del Bebé al Adolescente. Guía de orientación para las embarazadas, los padres, los profesionales de la salud y los educadores. República Federativa del Brasil: Gen. Editorial Santos.

⁶⁹ Nahás, M. S., Schmitt, R. M. & Kim, S. Y. (2009). Salud Bucal del Bebé al Adolescente. Guía de orientación para las embarazadas, los padres, los profesionales de la salud y los educadores. República Federativa del Brasil: Gen. Editorial Santos.

Otros hábitos.

Analizando la obra de Bordoni y cols.⁷⁰ (2010) podemos citar que:

Existen otros hábitos orales descrito en la literatura como la mordedura de objetos (p. ej, lapicero), o sostener objetos con la boca. No hay evidencia de que estos hábitos puedan producir algún cambio significativo en las estructuras bucodentales, pero pueden ser nocivos, por ejemplo para el paciente en tratamiento de ortodoncia, ya que hay muchas posibilidades de que se despeguen los brackets con frecuencia, si es que se muerden objetos con fuerza. Además es una conducta no muy aceptada socialmente. (p. 673)

2.1.6. Factor de riesgo.

En la obra de Bordoni y cols.⁷¹ (2010) pudimos conocer que:

El término riesgo, en sentido epidemiológico, es la probabilidad de que uno de los miembros de una población o grupo de personas de una población definida desarrolle lo que es una enfermedad, daño o evento desfavorable en un periodo de tiempo determinado. Se basa sobre la observación de que no todas las personas, las familias y las comunidades tienen la misma probabilidad de enfermar y morir, sino que para algunas esta probabilidad es mayor que otras. El término factor de riesgo no es unívoco. Existe un conjunto de términos tales como indicadores de riesgo, factor de riesgo modificable, marcador de riesgo modificable, determinantes factor de riesgo demográfico, que se usan indistintamente. (pp. 106 y 107)

Analizando la obra de Duque y Rodríguez⁷² (2001) podemos citar que:

Los factores de riesgo pueden ser tanto indicadores de riesgo como causas de daño a la salud.

Los factores de riesgo son eventos o fenómenos de cualquier naturaleza a los cuales se expone el individuo en su ambiente, cuya consecuencia puede ser la producción

⁷⁰ Bordoni, N., Escobar, A. & Castillo, R. (2010). Odontología pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. (1° ed.) República Argentina: Médica Panamericana.

⁷¹ Bordoni, N., Escobar, A. & Castillo, R. (2010). Odontología pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. (1° ed.) República Argentina: Médica Panamericana.

⁷² Duque, J. y Rodríguez, A. (2001) Factores de riesgo en la predicción de las principales enfermedades bucales en los niños. *Revista Cubana de Estomatología* .38. Consultado el 28 de mayo, 2014. En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072001000200004&script=sci_arttext

de una enfermedad o efecto. Se puede considerar el ambiente del individuo como compuesto por 2 dimensiones: una externa o social, y la otra interna o biológica y psicológica. Por lo tanto, se puede hablar de 2 tipos de factores de riesgo: factores de riesgo del ambiente externo y factores de riesgo del ambiente interno.

Los factores de riesgo del ambiente externo pueden ser considerados como asociados con la enfermedad.

Los factores de riesgo del ambiente interno pueden ser considerados como predictores de una enfermedad. (párr. 10)

Higiene bucal.

Analizando el artículo de Soto⁷³ (2011) podemos citar que:

La higiene oral comprende los procesos que mantienen limpios y sanos a nuestras encías, dientes, lengua y la boca en general, permitiéndonos tener un aliento fresco, conservar nuestras piezas dentarias y no sufrir molestias. La higiene dental tiene que formar parte de nuestros hábitos, realizando una limpieza de nuestros dientes al menos dos veces al día. (párr. 2)

Comprendiendo la obra de Romanelli, Adams & Schinini⁷⁴ (2012) podemos citar que:

Se necesita disgregar y barrer el biofilm supragingival de las superficies dentarias. Un apropiado control de biofilm suragingival manifiesta clínicamente con índices de placa más bajos, eliminación del sangrado al sondaje y disminución de la profundidad al sondaje. Los cepillos manuales inicialmente se diseñaron para eliminar biofilm suragingival, aunque algunas técnicas permiten penetrar en el área subgingival. (p. 30)

⁷³ Soto, G. (2011, octubre 29) La importancia de la higiene bucal. Mujer Vivir Salud. [En línea]. Consultado: [20, mayo, 2014] Disponible en: <http://vivirsalud.imujer.com/2011/10/29/la-importancia-de-la-higiene-bucal>

⁷⁴ Romanelli, H., Adams, E. & Schinini, G. (2012). 1001 Tips en Periodoncia del fundamento biológico a la práctica clínica paso a paso. República Bolivariana de Venezuela: Editorial Amolca.

Analizando la obra de Garone & Abreu⁷⁵ (2010) podemos referir que:

El cepillo es la forma más común de higiene bucal que se practica en el mundo entero, aunque resulta muy difícil estandarizarla; consecuentemente, cada paciente tiene su forma particular de cepillarse los dientes, variando el momento en que cada uno se cepilla, la frecuencia y la fuerza que se emplea, así como la técnica y el tipo de cepillado. (p. 19)

Comprendiendo el artículo de Casals⁷⁶ (2005) pudimos conocer que:

La Federación Dental Internacional (FDI) establece el cepillado dental con una pasta dental fluorada dos veces por día como el patrón básico de higiene dental personal, pudiendo ser mejorado con el uso de elementos adicionales de higiene interproximal (como la seda dental o los cepillos interproximales) o de colutorios (antisépticos o fluorados). (p. 389)

En el artículo de Duque, Rodríguez, Coutin & Riveron⁷⁷ (2003) pudimos conocer que:

La higiene bucal es la clave de la prevención de la caries y la base del éxito del tratamiento de la gingivitis. Muchos de los fracasos del control de las 2 grandes enfermedades producidas por la placa bacteriana, pueden atribuirse a la higiene inadecuada. (párr. 38)

⁷⁵ Garone, W. & Abreu, V. (2010). Lesiones no cariosas “El nuevo desafío de la odontología”. República Federativa del Brasil: Santos.

⁷⁶ Casals, E. (2005) Hábitos de higiene oral en la población escolar y adulta española. *Dialnet* .10. Consultado el 18 de mayo, 2014. En: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1429002>

⁷⁷ Duque, J., Rodríguez, A., Coutin, G. & Riveron, F. (2003) Factores de riesgo con la enfermedad caries dental en niños. *Revista Cubana de Estomatología*. 40. Consultado el 30 de mayo, 2014. En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072003000200001&script=sci_arttext

Recursos para la higiene bucal.

Cepillo dental.

Considerando la obra de García⁷⁸ (2006) podemos citar que:

El cepillo dental es el instrumento que utilizamos para limpiar, mediante arrido o arrastre, los restos de alimento y la placa adherida a los dientes. El cepillo usual consta de un mango, un tallo estrecho y una cabeza provista de filamentos formando penachos. (p. 51)

Analizando la obra de Barrancos⁷⁹ (2008) pudimos conocer que:

Los requisitos que deben considerarse para utilización del cepillo dental son:

-Un adecuado tamaño de la cabeza, que debe ser suficientemente pequeña como para permitir una maniobrabilidad en la cavidad bucal.

-El largo de la superficie activa, que es adecuado cubre dos dientes vecinos.

-El número de hileras de penachos, que está en el ancho de la cabeza: muchos permiten tres o cuatro hileras con suficiente espacio entre ellas para una adecuada flexibilidad de las fibras y fácil secado. (p. 376).

Seda dental.

Considerando la obra de García⁸⁰ (2006) podemos citar que: “La seda dental es un instrumento complementario de la higiene bucal que se utiliza para eliminar la placa que se aloja en los espacios interdentes, donde el cepillo no puede penetrar”. (p. 53).

⁷⁸ García, C. (2006). Boca sana. Consejos para el mantenimiento y mejora de la salud buco-dental. (1° ed.) Reino de España: Ripano, S. A.

⁷⁹ Barrancos, M. & Barrancos, P. (2008). Operatoria dental. Integración clínica. (4ª ed.) República Argentina: Médica Panamericana.

⁸⁰ García, C. (2006). Boca sana. Consejos para el mantenimiento y mejora de la salud buco-dental. (1° ed.) Reino de España: Ripano, S. A.

Dentífricos o pastas dentales.

Analizando la obra de García⁸¹ (2006) podemos referir que:

Son preparaciones que tienen por objetivo ayudar los cepillos dentales a remover los residuos de alimentos y la placa dental. Suelen venir en forma de pasta o gel. Todos los dentífricos tienen en su composición componentes comunes: abrasivos, surfactantes, humectantes, espesativos, saporíferos, colorantes, conservantes, agua, componentes terapéuticos para casos especiales. (p. 56)

Colutorios terapéuticos (enjuagues).

Considerando la obra de García⁸² (2006) podemos citar que: “Son agentes químicos destinados a controlar la placa bacteriana y eliminar o disminuir los gérmenes que ésta contiene. Están compuestos por numerosos agentes químicos cuyo fin es el de combatir las diferentes enfermedades de la boca”. (p. 56).

⁸¹ García, C. (2006). Boca sana. Consejos para el mantenimiento y mejora de la salud buco-dental. (1° ed.) Reino de España: Ripano, S. A.

⁸² García, C. (2006). Boca sana. Consejos para el mantenimiento y mejora de la salud buco-dental. (1° ed.) Reino de España: Ripano, S. A.

2.1.7. Dieta.

Considerando la obra de Guedes, Bonecker & Delgado⁸³ (2011) pudimos conocer que:

Es frecuente el uso de términos nutrición y dieta como sinónimos, y su diferenciación es importante para el entendimiento de los efectos locales o sistémicos resultantes de la alimentación. La nutrición está relacionada al efecto sistémico que los nutrientes absorbidos ocasionan en la salud general del individuo, promoviendo crecimiento y desarrollo. La dieta está relacionada al efecto local de los alimentos, afectando al metabolismo del biofilm bacteriano e influenciando en la producción de los ácidos. (p. 186)

Mientras que en la obra de Bordoni y cols.⁸⁴ (2010) podemos citar que la dieta: “Es la combinación de alimentos consumidos y los nutrientes contenidos en ellos. La dieta afecta al proceso de caries dental por ser el sustrato de microorganismos cariogénicos”. (p. 107). Coincidiendo con la obra de Nahás y cols.⁸⁵ (2009) indican que: “La dieta tiene un papel central y determinante en el desarrollo de la caries”. (p. 71).

Analizando el artículo de Barroso y cols.⁸⁶ (1996) pudimos conocer que:

El papel de la dieta como factor clave en la etiología de la caries dental se encuentra bien establecido; la dieta afecta la integridad dental, al producir alteraciones en la cantidad, pH y composición de la saliva. Varios estudios demuestran que una dieta rica en sacarosa aumenta la caries dental, aunque su relación causa-efecto no queda del todo esclarecida. La prevención primaria para reducir el riesgo de caries desde

⁸³ Guedes, A., Bonecker, M. y Delgado, C. (2011). Fundamentos de odontología. Odontopediatría. República Federativa del Brasil: Gen. Santos.

⁸⁴ Bordoni, N., Escobar, A. & Castillo, R. (2010). Odontología pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. (1° ed.) República Argentina: Médica Panamericana.

⁸⁵ Nahás, M. S., Schmitt, R. M. & Kim, S. Y. (2009). Salud Bucal del Bebé al Adolescente. Guía de orientación para las embarazadas, los padres, los profesionales de la salud y los educadores. República Federativa del Brasil: Gen. Editorial Santos.

⁸⁶ Barroso, J. y Cols. (2007) La importancia de la dieta en la prevención de la caries. *Dialnet* .45. Consultado el 24 de mayo, 2014. En: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2353279>

una perspectiva nutricional, se basa en el mantenimiento de una dieta equilibrada al establecer guías dietéticas. (p. 116)

En el artículo de los autores Duque, Rodríguez, Coutin, & Riveron⁸⁷ (2003) pudimos conocer que: “La dieta basada en consumo frecuente de azúcar, miel y otros carbohidratos fermentables, es reiteradamente relacionada con la producción de ácido por los microorganismos acidogénicos, y por consiguiente, con la aparición de caries”. (p. 74).

Comprendiendo la obra de García⁸⁸ (2006) podemos citar que:

Existe mayor peligro en la aparición de caries cuando:

El contenido en azúcar de nuestra alimentación diaria supera los 80 gr al día.

Cuando estos alimentos azucarados son muy pegajosos o muy solubles.

Cuando su frecuencia de consumo es alta.

Si los consumimos entre horas o por la noche antes de dormir. (p. 57).

2.1.8. Equilibrio entre dieta y cepillado dental.

Considerando el texto de Nahás, Schmitt & Kim⁸⁹ (2009) podemos citar que:

Si hay una dieta e higiene inadecuadas, habrá mayor producción de ácidos y consecuentemente, la caries se instalará. Los cuidados deben de ser observados tanto en la dentición de leche como la permanente.

⁸⁷ Duque, J., Rodríguez, A., Coutin, G. & Riveron, F. (2003) Factores de riesgo con la enfermedad caries dental en niños. *Revista Cubana de Estomatología* .40. Consultado el 30 de mayo, 2014. En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072003000200001&script=sci_arttext

⁸⁸ García, C. (2006). Boca sana. Consejos para el mantenimiento y mejora de la salud buco-dental. (1° ed.) Reino de España: Ripano, S. A.

⁸⁹ Nahás, M. S., Schmitt, R. M. & Kim, S. Y. (2009). Salud Bucal del Bebé al Adolescente. Guía de orientación para las embarazadas, los padres, los profesionales de la salud y los educadores. República Federativa del Brasil: Gen. Editorial Santos.

La dentición de leche debe ser mantenida intacta, saludable, sin caries pues es la que guarda el espacio para los dientes permanentes.

Los padres deben tener conciencia de la importancia de la dentadura de leche para el desarrollo de la fonética, estética, deglución y masticación.

Debemos desarrollar buenos hábitos alimenticios y de higiene, de la primera infancia. (p. 104).

2.2. Unidades de observación y análisis.

Niños 6 a 12 años de edad de la Escuela de Educación Básica Gran Colombia.

2.3. Variables.

2.3.1. Variable independiente.

-Patologías bucodentales.

2.3.2. Variable dependiente.

-Higiene bucal.

-Dieta.

-Hábitos perniciosos.

2.4. Matriz de operacionalización de las variables.

Cuadro 1.

Matriz de operacionalización de las variables.

Variable:	Tipo:	Escala:	Descripción:	Indicador:
Edad.	Cualitativa nominal dicotómica.	6– 8 años. 9-12 años.	Años cumplidos.	Frecuencia – porcentaje.
Sexo.	Cualitativa nominal dicotómica.	Masculino. Femenino.	Según sexo biológico.	Frecuencia – porcentaje.
Aftas bucales.	Cualitativa nominal dicotómica.	Si. No.	Presenta lesiones amarillo/blanquecino. Ausencia de lesiones amarillo/blanquecino.	Frecuencia – porcentaje.
Úlcera aftosa.	Cualitativa nominal dicotómica.	Si. No.	Presenta lesión ulcertiva, fondo necrótico, delimitada por halo eritematoso bien definido. Ausencia de lesión ulcertiva, fondo necrótico, delimitada por halo eritematoso bien definido.	Frecuencia – porcentaje.
Úlcera traumática.	Cualitativa nominal dicotómica.	Si. No.	Presenta lesiones ovoides, centros blanquizo, circundado por halo eritematoso. Ausencia lesiones ovoides, centros blanquizo, circundado por halo eritematoso.	Frecuencia – porcentaje.
Queilitis angular.	Cualitativa nominal dicotómica.	Si. No.	Presenta enrojecimiento, descamación, costra. Ausencia de enrojecimiento, descamación, costra.	Frecuencia – porcentaje.

Herpes labial.	Cualitativa nominal dicotómica.	Si. No.	Presenta ampollas. Ausencia de ampollas.	Frecuencia – porcentaje.
Caries.	Cualitativa nominal dicotómica.	Si. No.	Presenta de 1 a mas caries dentales. Presenta 0 caries dentales.	Frecuencia – porcentaje.
Placa.	Cualitativa nominal dicotómica.	Índice de Placa. Se calcula midiendo la placa en valores de 0 a 3 y se divide por 6.	0 si no presenta placa. 0.1 a 3 presenta placa.	Frecuencia – porcentaje.
Cálculo.	Cualitativa nominal dicotómica.	Índice de cálculo. Se calcula midiendo el cálculo en valores de 0 a 3 y se divide por 6.	0 si no presenta cálculo. 0.1 a 3 presenta cálculo.	Frecuencia – porcentaje.
Gingivitis.	Cualitativa nominal dicotómica.	Índice de gingivitis. Se calcula 0 si no presenta y 1 si presenta.	0 si no presenta gingivitis. 1 a 2 presenta gingivitis.	Frecuencia – porcentaje.
Maloclusión.	Cualitativa nominal politómica.	Clase I. Clase II. Clase II.	Clase I la cúspide mesio bucal del primer molar superior ocluye con el surco bucal del primer molar inferior. Clase II cúspide mesio bucal del primer molar superior ocluye anterior al surco bucal del primer molar inferior. Clase III la cúspide mesio bucal del primer molar superior ocluye mas posterior del surco bucal del primer molar inferior.	Frecuencia – porcentaje.

CAPÍTULO III.

3. Marco metodológico.

3.1. Modalidad y tipo de la investigación.

- Corte Transversal Descriptivo.

3.2. Método.

Se realizó la historia clínica y ficha de observación donde se escribió todos los datos de la cavidad oral, tomando en cuenta el índice de higiene bucal ya que este nos ayudó a determinar el grado de higiene bucal; se utilizará el simplificado (IHOS), este procedimiento consiste en revisar seis dientes específicos, para la revisión de los dientes se requiere que se encuentren completamente erupcionados para calcular adecuadamente, en el caso contrario de que los dientes no estén completamente erupcionados, no se revisaran esos dientes.

Luego se procedió hacer las preguntas de la encuesta a la población de estudio, es decir a los niños, para saber el nivel de conocimiento en cuanto a la higiene oral, dieta y hábitos perniciosos, además de esto se tomó en cuenta edad y sexo. A cada unidad de análisis se le hará un examen clínico bucal exhaustivo con la finalidad de identificar y diagnosticar las patologías bucodentales en los niños.

3.3. Técnicas.

-Ficha de Observación e historia clínica para los estudiantes de 6 a 12 años de la Escuela de Educación Básica Gran Colombia.

-Encuestas dirigidas a los estudiantes de 6 a 12 años de la Escuela de Educación Básica Gran Colombia.

3.4. Instrumentos.

-Historia clínica.

-Ficha de observación.

-Cuestionario para encuesta de los niños, serán aplicados.

3.5. Recursos.

3.5.1 Talento humano.

-Investigadora.

-Tutor de tesis.

3.5.2. Recursos tecnológicos.

-Revistas científicas.

-Libros virtuales.

-Computadora.

-Flash memory.

3.5.3. Recursos materiales.

-Materiales de Escritorio.

-Bolígrafos.

-Borrador.

-Lápices.

-Tinta de impresora.

-Papel bond.

3.5.4. Recursos económicos:

La elaboración de la investigación tendrá un costo de 358.60 dólares americanos, que serán financiados por la investigadora.

3.6. Población.

El universo de trabajo está constituido por 399 estudiantes, niños de 6 a 12 años que estudian en la Escuela de Educación Básica Gran Colombia, los cuales serán encuestados.

3.7. Proceso de recolección de información.

La información fué recopilada a través de los resultados de la encuesta que se les realizó a los niños de la escuela de Educación Básica Gran Colombia parroquia Andrés de Vera del cantón Portoviejo y mediante las historias clínicas y ficha de observación que se les realizó a los mismos.

3.8. Procesamiento de la información.

Los datos obtenidos mediante los instrumentos serán integrados en una base de datos, con el paquete estadístico SPSSv.9 procesara en Microsoft Excel 2010.

Se calculara frecuencia de las variables de estudio así como los porcentajes de las mismas.

La información obtenida del procesamiento se mostrara en las tablas y gráficos.

CAPÍTULO IV.

4. Resultados de la Investigación.

4.1. Análisis e interpretación de los resultados investigados.

4.1.1. Análisis e interpretación de los resultados de las fichas de observación, historias clínicas y encuestas realizada a los niños de 6 a 12 años de la Escuela de Educación Básica Gran Colombia.

Cuadro 2.
Distribución de la población por rango de edades.

Edad:	Número de pacientes:	Porcentaje:
Entre 6 y 8 años.	176	44%
Entre 9 y 12 años.	223	56%
	399	100%

Nota: Resultados obtenidos de la ficha de observación.

Fuente: ficha de observación realizada por la autora de esta tesis. Anexo 3. p. 91.

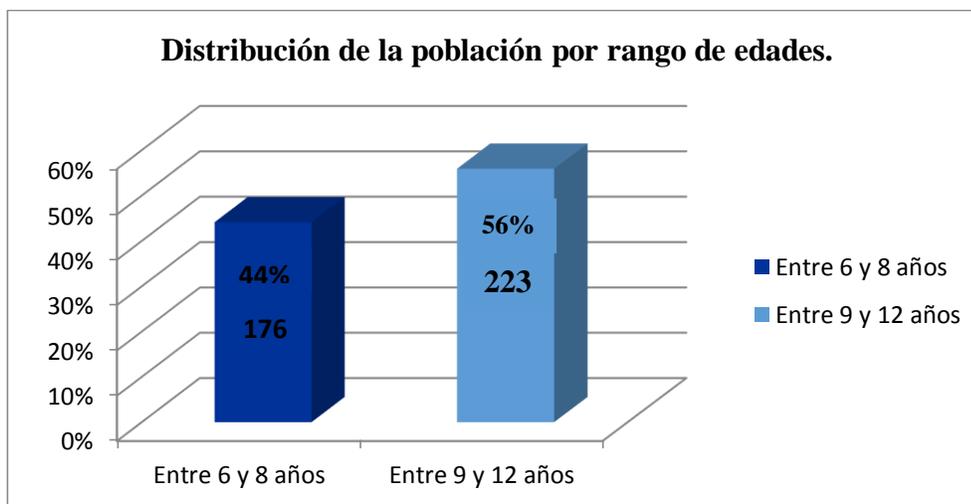


Gráfico n°. 2. Datos obtenidos del cuadro 2.

Fuente: Cuadro realizado por la autora de esta tesis. cap. IV. p. 46.

Análisis e interpretación de resultados.

Según la distribución que se realizó en la presente investigación en la escuela de educación básica Gran Colombia con estudiantes de edades comprendidas entre 6 - 12 años de edad demostró el siguiente resultado: estudiantes de 6 a 8 años se estudian 176 que representan 44%, escolares de 9 a 12 se estudian 223 que equivalen 56%, dando como total de la población total 399 estudiantes. Mostrando como resultado que el número de niños de 9 a 12 años se presentó con porcentajes mayores; por lo que algunas patologías se presentaron en menor porcentaje ya que la edad, sexo y época del año influyen en la formación de las mismas; estando de acuerdo con lo mencionado con Bezerra⁹⁰ (2008): “Es común luego de los seis años de edad; se considera una enfermedad típica de la infancia y adolescencia. El sexo femenino es el más afectado y su severidad disminuye con la edad”. (p. 12).

⁹⁰ Bezerra, L. (2008). Tratado de Odontopediatría. República Federativa del Brasil: Amolca.

Cuadro 3.
Distribución porcentual de la población por sexo.

	Frecuencia:	Porcentaje:
Masculino	225	56%
Femenino	174	44%

Nota: Resultados obtenidos de la ficha de observación.

Fuente: ficha de observación realizada por la autora de esta tesis. Anexo 3. p. 91.

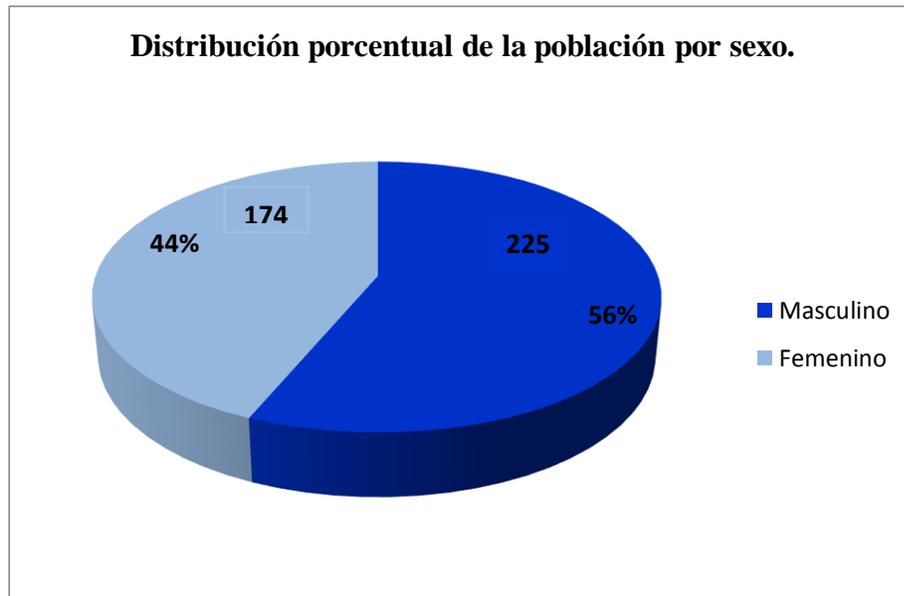


Gráfico n.º 3. Datos obtenidos del cuadro 3.

Fuente: Cuadro realizado por la autora de esta tesis. cap. IV. p. 48.

Análisis e interpretación de resultados.

En la población estudiada predominó el sexo masculino con 225 que representa el (56 %) con respecto al femenino se obtuvo 174 que corresponde al (44%).

En el estudio realizado se pudo recolectar información en la cual se evidencia que el sexo masculino es de mayor prevalencia, esto contrapone al estudio de Ortega, Mota, y López (2007) en el cual manifiesta que el sexo femenino es considerado, por algunos autores, como un factor de riesgo para la aparición caries asociado a la erupción temprana de los dientes en las niñas. Observaron que las mujeres fueron las más afectadas, sin embargo, presentaron mayor número dientes tratados y menor porcentaje de afección por gingivitis; sin embargo en artículo de Pardo, Ruano & Feáns⁹¹ (2012) podemos citar que: “Hay más caries a medida que aumenta la edad. No se encuentran diferencias en cuanto a sexo y a medida que empeora la higiene hay más”. Lo que demuestra en nuestra población estudiada. (p. 21).

⁹¹ Pardo, N., Ruano, A. & Feáns, L. (2012) Factores de riesgo de la caries un estudio transversal en Galicia, España. *Dialnet* .18. Consultado el 25 de abril, 2014. En: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3998301>

Cuadro 4.

Presencia de aftas en la población por sexo.

		Frecuencia:	Porcentaje:
Sí presentan aftas.	Femenino	4	2%
	Masculino	6	3%
No presentan aftas.	Femenino	170	98%
	Masculino	219	97%

Nota: Resultados obtenidos de la ficha de observación.

Fuente: ficha de observación realizada por la autora de esta tesis. Anexo 3. p. 91.

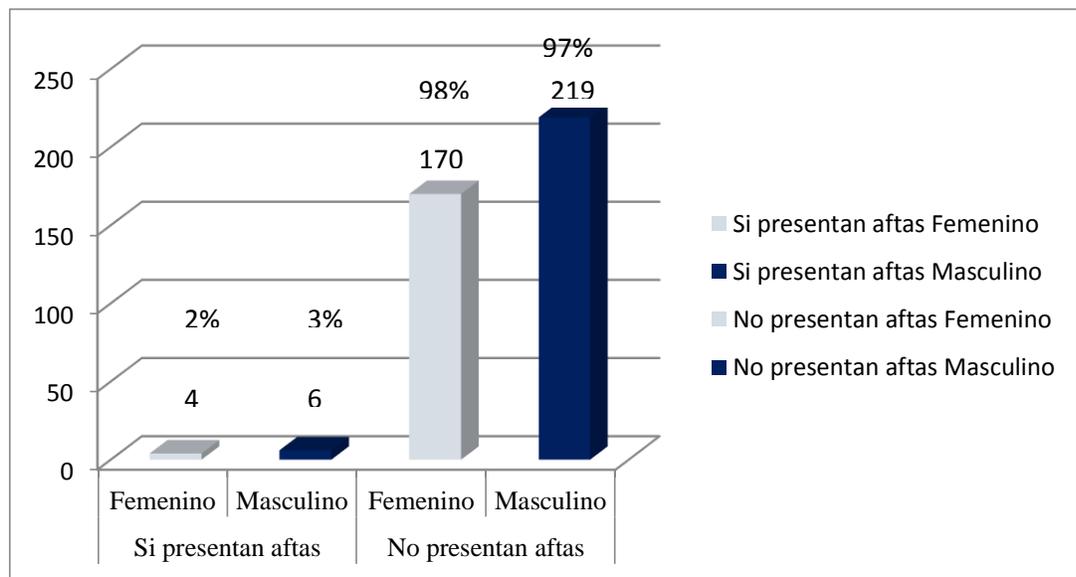


Gráfico n.º 4. Datos obtenidos del cuadro 4.

Fuente: Cuadro realizado por la autora de esta tesis. cap. IV. p. 50.

Análisis e interpretación de resultados.

En la población estudiada solo presentaron aftas 10 pacientes que corresponden al (2.5%) de la población, de los cuales 4 son de sexo femenino que representa el 2% de 174 niñas y en los niños con una frecuencia de 6 que nos indica el 3% de 219 pacientes; dando como resultado que 389 pacientes que representan el (95.5%) no presentaron esta patología bucal, demuestra que aun predominando en el sexo masculino su incidencia en esta población es baja. Siendo mayor el número de escolares del sexo masculino en comparación del femenino por lo que puede existir una disminución de esta patología y también por el grupo de edades, ya que en la obra de Bezerra⁹² (2008) podemos citar que: “Es común luego de los seis años de edad; se considera una enfermedad típica de la infancia y adolescencia. El sexo femenino es el más afectado y su severidad disminuye con la edad”. (p. 12).

⁹² Bezerra, L. (2008). Tratado de Odontopediatría. República Federativa del Brasil: Amolca.

Cuadro 5.

Presencia de úlceras aftosas en la población por sexo.

Presencia de úlceras aftosas en la población por sexo.			
		Frecuencia:	Porcentaje:
Si presentan úlceras aftosas.	Femenino	3	2%
	Masculino	7	3%
No presentan úlceras aftosas.	Femenino	171	98%
	Masculino	218	97%

Nota: Resultados obtenidos de la ficha de observación.

Fuente: ficha de observación realizada por la autora de esta tesis. Anexo3. p. 91.

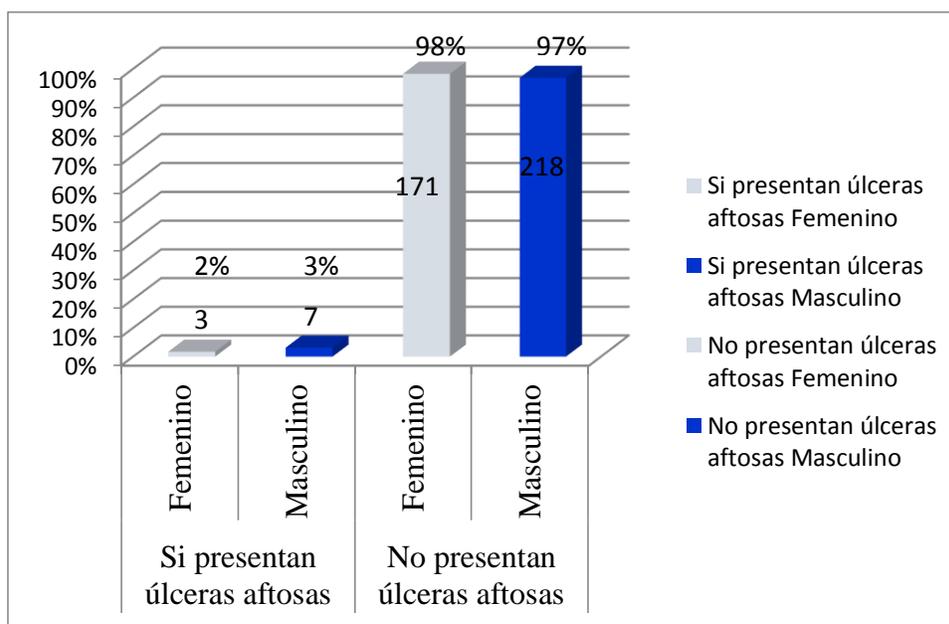


Gráfico n°.5. Datos obtenidos del cuadro 5.

Fuente: Cuadro realizado por la autora de esta tesis. cap. IV. p. 52.

Análisis e interpretación de resultados.

En la población estudiada solo presentaron úlceras aftosas 10 pacientes que representan el (2,5 %), de los cuales 3 son de sexo femenino que representa el 2% y en los niños con un frecuencia de 7 que nos indica el 3%; 389 niños (97,5%) no las presentaron, en el estudio realizado se evidenció que en los niños se presentó un porcentaje elevado en comparación con el sexo femenino sin embargo la incidencia no es elevada, contraponiendo lo mencionado en la obra de Bezerra⁹³ (2008) podemos citar que: “Es común luego de los seis años de edad; se considera una enfermedad típica de la infancia y adolescencia. El sexo femenino es el más afectado y su severidad disminuye con la edad”. (p. 12).

⁹³ Bezerra, L. (2008). Tratado de Odontopediatría. República Federativa del Brasil: Amolca.

Cuadro 6.

Distribución por sexo de la presencia de úlceras traumáticas.

		Frecuencia:	Porcentaje:
Si presentan úlceras traumáticas.	Femenino	12	7%
	Masculino	14	6%
No presentan úlceras traumáticas.	Femenino	162	93%
	Masculino	211	94%

Nota: Resultados obtenidos de la ficha de observación.

Fuente: ficha de observación realizada por la autora de esta tesis. Anexo 3. p. 91.

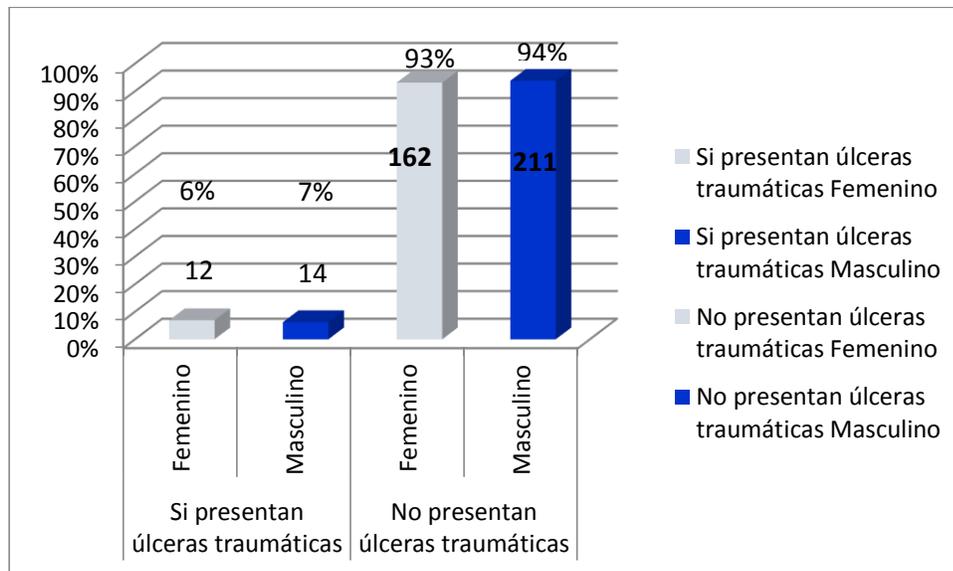


Gráfico n° 6. Datos obtenidos del cuadro 6.

Fuente: Cuadro realizado por la autora de esta tesis. cap. IV. p. 54.

Análisis e interpretación de resultados.

Las úlceras traumáticas se presentaron en 26 casos, lo que representa un 6.51 % de la población estudiada, de los cuales 12 son de sexo femenino que representa el 6% y en el sexo masculino con un frecuencia de 14 que nos indica el 7%; 373 casos que representan (93.49%) no presentaron úlceras. En el estudio realizado se evidenció que en el sexo masculino se presento un porcentaje elevado en comparación con el sexo femenino sin embargo la incidencia no es elevada en lo que se coincide con los hallazgos de Castillo y cols.⁹⁴ (2011) pudimos conocer que las úlceras traumáticas: “Son quizás las lesiones más frecuente observadas por el Odontopediatría en la mucosa oral, debido a la frecuencia de traumatismos en niños en la boca, por caídas, o golpes, y también por mordedura post anestesia del nervio dentario inferior”. (p. 13).

⁹⁴ Castillo, R., Miguel, G., Kanashiro, C., Perea, M. & Esteves, F. (2011). Estomatología Pediátrica. (1° ed.) Reino de España: Ripano, S. A.

Cuadro 7.
Distribución por sexo de la queilitis angular.

		Frecuencia:	Porcentaje:
Si presentan queilitis angular.	Femenino.	6	3%
	Masculino.	10	4%
No presentan queilitis angular.	Femenino.	168	97%
	Masculino.	215	96%

Nota: Resultados obtenidos de la ficha de observación.

Fuente: ficha de observación realizada por la autora de esta tesis. Anexo 3. p. 91.

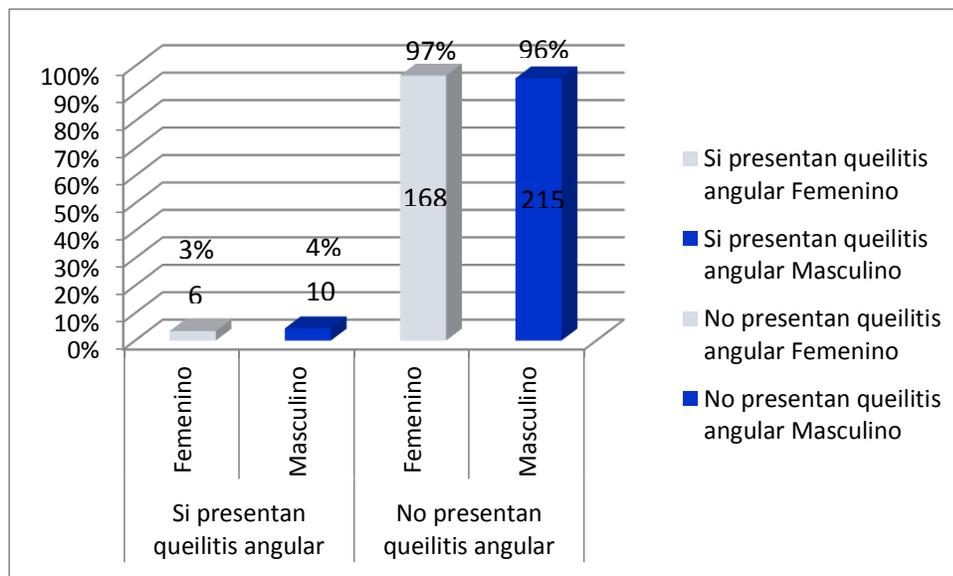


Gráfico n°.7. Datos obtenidos del cuadro 7.

Fuente: Cuadro realizado por la autora de esta tesis. cap. IV. p. 56.

Análisis e interpretación de resultados.

En la población solo se diagnosticaron 16 casos de queilitis angular que representa el (4%), de los cuales 6 son de sexo femenino que representa el 3% y en el sexo masculino con un frecuencia de 10 que nos indica el 4% y 383 que simboliza el (96%) no presentaron queilitis angular. En este estudio realizado se evidenció que en el sexo masculino se presento un porcentaje elevado en comparación con el sexo femenino sin embargo la incidencia no es elevada; ya que el estudio se realizó en la época del año cálido existió la disminución de esta patología, comparando con la obra de Nahás y cols.⁹⁵ (2009) podemos citar que:

En los niños, las causas más comunes de queilitis angular son la hipersalivación, los agentes infecciosos o micóticos y la deficiencia nutritiva (de hierro y riboflavina). El frío puede ser otro agente causal de esta inflamación, por reseca los labios, causando una fisura en la región. Esta fisura servirá como puerta de entrada para hongos y bacterias. (p. 16).

Tampoco se encontró ninguna diferencia en su comportamiento por género.

No se diagnosticó ningún caso de herpes labial lo que se debe, probablemente, a la edad y con las defensas del sistema inmunológico normales de la población estudiada, considerando en el texto de Bascones⁹⁶ (2009) podemos referir que esta patología: “Este está especialmente cuando hay recurrencias frecuentes o si el paciente se encuentra inmunocomprometido”. (p. 15).

⁹⁵ Nahás, M. S., Schmitt, R. M. & Kim, S. Y. (2009). Salud Bucal del Bebé al Adolescente. Guía de orientación para las embarazadas, los padres, los profesionales de la salud y los educadores. República Federativa del Brasil: Gen. Editorial Santos.

⁹⁶ Bascones, A. (2009). Medicina bucal. Reino de España: Ariel. Ediciones Médico dentales, S.L.

Cuadro 8.

Distribución porcentual de la caries de acuerdo al sexo.

Número de piezas cariadas:	Frecuencia Femenino:	Porcentaje:	Frecuencia Masculino:	Porcentaje:
0	70	40%	67	30%
1	17	10%	33	15%
2	23	13%	30	13%
3	15	9%	30	13%
4	16	9%	15	7%
5	11	6%	14	6%
6	9	5%	7	3%
7	6	3%	8	4%
8	4	2%	8	4%
9	0	0%	4	2%
10	0	0%	4	2%
11	2	1%	2	1%
12	0	0%	2	1%

Nota: Resultados obtenidos de la Historia clínica.

Fuente: Historia clínica realizada por la autora de esta tesis. Anexo 4. p. 93.

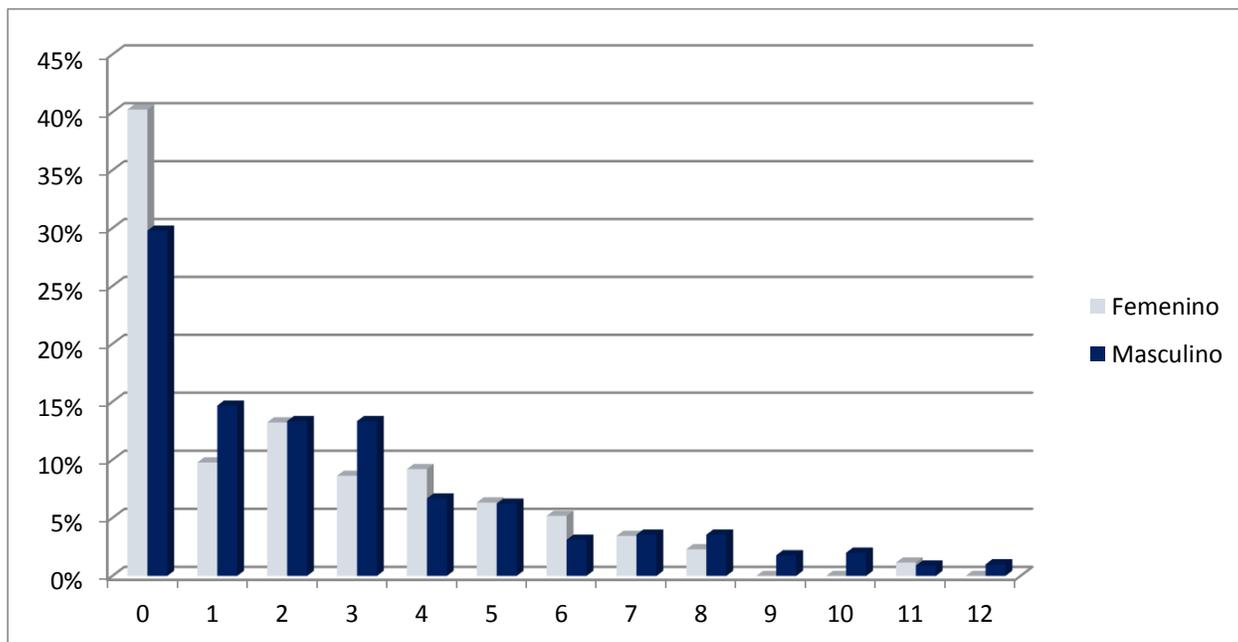


Gráfico n°.8. Datos obtenidos del cuadro 8.

Fuente: Cuadro realizado por la autora de esta tesis. cap. IV. p. 58

Análisis e interpretación de resultados.

En esta población infantil poco menos de la mitad no tenía historial de caries, 40% en el sexo femenino y 30% para el masculino. A lo largo de la carrera estudiantil se pudo conocer que se encontraron mayor prevalencia en el sexo femenino dado que los dientes erupcionan primero en las mujeres. Se considera que este hallazgo se debe a la preocupación, desde edades más tempranas del sexo femenino por la higiene y la estética personal. Como consecuencia, los hábitos de higiene bucal en el sexo femenino previenen mejor la formación de caries. Este resultado coincide con lo expuesto el autor García⁹⁷ (2006) cita que: “Afecta a todos los seres humanos, independientemente de su edad, sexo o raza”. (p. 21).

⁹⁷ García, C. (2006). Boca sana. Consejos para el mantenimiento y mejora de la salud buco-dental. (1º ed.) Reino de España: Ripano, S. A.

A continuación se evidencia lo anterior

Cuadro 9.

Relación entre la placa (como medida de la higiene bucal) y la caries.

	Frecuencia:	Porcentaje:		Frecuencia:	Porcentaje:
Sin caries y sin placa.	5	4%	Con caries y placa igual a 0.	1	0%
Sin caries y con placa entre 0 y 1.	102	74%	Con caries y placa entre 0 y 1.	148	56%
Sin caries y con placa mayor que 1.	30	22%	Con caries y placa mayor que 1.	113	43%
Sin caries.	137			262	

Nota: Resultados obtenidos de la ficha de observación.

Fuente: ficha de observación realizada por la autora de esta tesis. Anexo 3. p. 91.

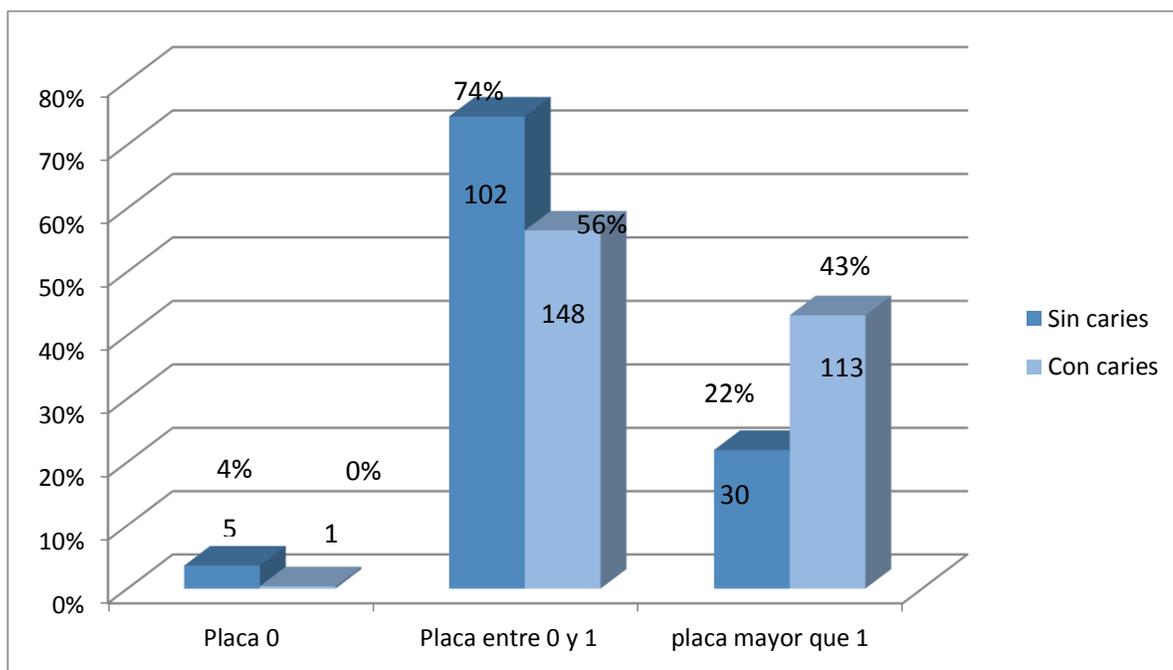


Gráfico n°.9. Datos obtenidos del cuadro 9.

Fuente: Cuadro realizado por la autora de esta tesis. cap. IV. p. 60.

Cuadro 10.
Análisis de comparación de medias (X² Chi cuadrado) entre la presencia de caries y la placa bacteriana.

	Con placa:	Sin placa:	
Sin caries.	132	5	137
Con caries.	261	1	262
	391	6	399

	Con placa:	Sin placa:	
Sin caries.	134.25	2.06	137
Con caries.	158.75	2.44	162
	391	6	399

Prueba de Chi cuadrado 3.67858E-17

Nota: Resultados obtenidos de la ficha de observación.

Fuente: ficha de observación realizada por la autora de esta tesis. Anexo 3. p. 91

En el gráfico se evidencia que, para valores de placa inferiores a uno predomina la ausencia de caries y esta relación se invierte cuando el valor de placa supera la unidad. A pesar de que ha sido ampliamente descrita la relación entre el grosor de la placa bacteriana y la enfermedad cariosa, se decidió realizar un estudio de asociación con la prueba de Chi cuadrado obteniéndose un valor de $p=3.67858E-17$ muy inferior a 0.05 determinándose una fuerte asociación entre ambas condiciones en la población estudiada.

En la obra de Nahás y cols.⁹⁸ (2009) podemos referir que:

Siendo la placa o biofilm el principal factor responsable del mal aliento, la gingivitis ocurre por falta de limpieza adecuada de los dientes, encía y lengua. En los niños, si la gingivitis es detectada al inicio, la inflamación retrocederá rápidamente cuando la higiene vuelve a ser realizada adecuadamente. Por eso, cuando se observa sangrado y ligera hinchazón de la encía, la limpieza deberá ser mejorada. (p. 19)

En relación con la gingivitis y la placa bacteriana también se llevó a cabo una prueba de Chi cuadrado

⁹⁸ Nahás, M. S., Schmitt, R. M. & Kim, S. Y. (2009). Salud Bucal del Bebé al Adolescente. Guía de orientación para las embarazadas, los padres, los profesionales de la salud y los educadores. República Federativa del Brasil: Gen. Editorial Santos.

Cuadro 11.

Análisis de comparación de medias (X^2 Chi cuadrado) entre la presencia gingivitis y la placa bacteriana.

	Con placa	Sin placa	
Sin gingivitis	244	6	250
Con gingivitis	149	0	149
	393	6	399

	Con placa	Sin placa	
Sin gingivitis	246.24	3.76	250
Con gingivitis	146.76	2.24	149
	393	6	399

Prueba de Chi cuadrado 0.05

Nota: Resultados obtenidos de la ficha de observación.

Fuente: ficha de observación realizada por la autora de esta tesis. Anexo 3. p. 91

Obteniéndose un valor de $p= 0.05$ por lo que se determinó que también existe asociación entre la presencia de gingivitis y la placa bacteriana

Cuadro 12.
Distribución por sexo de la gingivitis.

	Masculino:	Femenino:
Sin gingivitis.	144	106
Con gingivitis.	81	68
Porcentaje de gingivitis por sexo.	36%	39%

Nota: Resultados obtenidos de la ficha de observación.

Fuente: ficha de observación realizada por la autora de esta tesis. Anexo 3. p. 91.

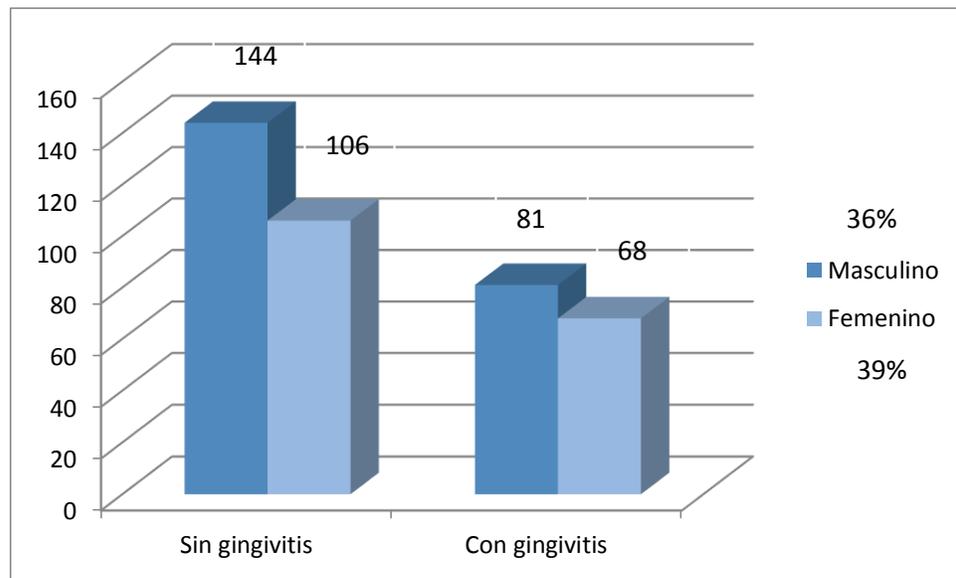


Gráfico n.º.12. Datos obtenidos del cuadro 12.

Fuente: Cuadro realizado por la autora de esta tesis. cap. IV. p. 63.

Análisis e interpretación de resultados.

Sin embargo, en la distribución por sexo no se percibe diferencia significativa en la aparición de gingivitis entre el sexo femenino (36%) y el masculino (39%), por lo que comparando con la obra de Bordoni y cols.⁹⁹ (2010) cita que: “La prevalencia, severidad y extensión de la gingivitis fluctúa a lo largo de las diferentes etapas del desarrollo del individuo. Varios estudios coinciden en señalar que la prevalencia y extensión de la gingivitis se incrementa con la edad”. (p. 19).

⁹⁹ Bordoni, N., Escobar, A. & Castillo, R. (2010). *Odontología pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual.* (1° ed.) República Argentina: Médica Panamericana.

Cuadro 13.
Distribución porcentual de la periodontitis en la población.

	Sin periodontitis.	Leve.	Moderada.	Severa.
Frecuencia:	346	44	9	0
Porcentaje:	87%	11%	2%	0%

Nota: Resultados obtenidos de la ficha de observación.

Fuente: ficha de observación realizada por la autora de esta tesis. Anexo 3. p. 91.

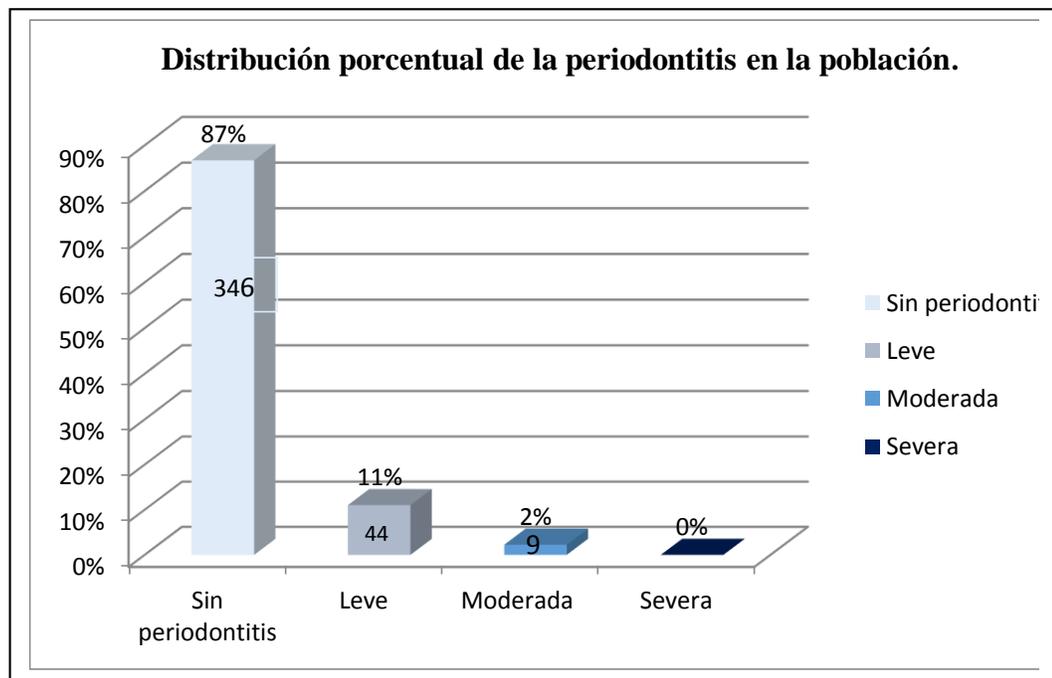


Gráfico n°.13. Datos obtenidos del cuadro 13.

Fuente: Cuadro realizado por la autora de esta tesis. cap. IV. p. 65.

Análisis e interpretación de resultados.

El diagnóstico de periodontitis fue poco frecuente en la población ya que la frecuencia de la población que no presenta periodontitis es de 346 que representa el 87%, lo que puso de manifiesto que la gingivitis no se complica a menudo en estos casos ya que en la obra de Nahás y cols.¹⁰⁰ (2009) pudimos conocer que:

Siendo la placa o biofilm el principal factor responsable del mal aliento, la gingivitis ocurre por falta de limpieza adecuada de los dientes, encía y lengua. En los niños, si la gingivitis es detectada al inicio, la inflamación retrocederá rápidamente cuando la higiene vuelve a ser realizada adecuadamente. Por eso, cuando se observa sangrado y ligera hinchazón de la encía, la limpieza deberá ser mejorada. (p. 19)

¹⁰⁰ Nahás, M. S., Schmitt, R. M. & Kim, S. Y. (2009). Salud Bucal del Bebé al Adolescente. Guía de orientación para las embarazadas, los padres, los profesionales de la salud y los educadores. República Federativa del Brasil: Gen. Editorial Santos.

Cuadro 14.

Distribución por sexo de grosor de la placa bacteriana.

	Masculino	Femenino
Placa <1	145	111
Placa >1	80	63
Porcentaje de presencia de placa por sexo	36%	36%

Nota: Resultados obtenidos de la ficha de observación.

Fuente: ficha de observación realizada por la autora de esta tesis. Anexo 3. p. 91.

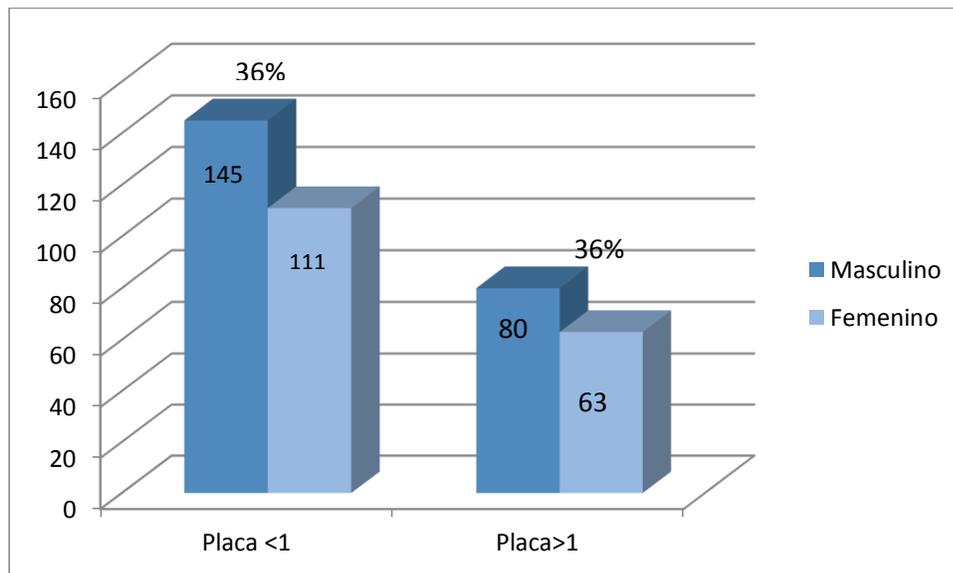


Gráfico n°.14. Datos obtenidos del cuadro 14.

Fuente: Cuadro realizado por la autora de esta tesis. cap. IV. p. 67.

Análisis e interpretación de resultados.

Aunque existe un mayor número del sexo masculino 145 (36%), con mala higiene bucal (dada por el grosor de la placa bacteriana), porcentualmente se comporta igual que en el sexo femenino 111 (36%), por lo que podemos concluir que el predominio de caries encontrado en los varones tampoco se debe a que éstos tenga peores hábitos higiénicos, luego la diferencia de distribución de la enfermedad cariosa por género debe depender de los hábitos dietéticos de los niños estudiados.

Podemos concluir que, aunque existe asociación entre la aparición de caries, la gingivitis y la higiene oral, estas variables no muestran relación alguna con el sexo. Por lo que las diferencias encontradas en la distribución por sexo de la historia de caries se deben, probablemente, a las características de la dieta, concordando con lo que exponen Guedes, Bonecker & Delgado¹⁰¹ (2011) que: “La dieta está relacionada al efecto local de los alimentos, afectando al metabolismo del biofilm bacteriano e influenciando en la producción de los ácidos”. Mientras que en la obra de Duque, Rodríguez, Coutin, & Riveron.¹⁰² (2003) citan que: “La dieta basada en consumo frecuente de azúcar, miel y otros carbohidratos fermentables, es reiteradamente relacionada con la producción de ácido por los microorganismos acidogénicos, y por consiguiente, con la aparición de caries”. (p. 36 y 37).

¹⁰¹ Guedes, A., Bonecker, M. y Delgado, C. (2011). Fundamentos de odontología. Odontopediatría. República Federativa del Brasil: Gen. Santos.

¹⁰² Duque, J., Rodríguez, A., Coutin, G. & Riveron, F. (2003) Factores de riesgo con la enfermedad caries dental en niños. *Revista Cubana de Estomatología*. 40. Consultado el 30 de mayo, 2014. En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072003000200001&script=sci_arttext

Cuadro 15.
Distribución de las maloclusiones según hábitos deformantes.

	Maloclusión tipo I	Maloclusión tipo II	Maloclusión tipo III	Frecuencia total	Porcentaje total
Sin hábitos deformantes	148	58	12	218	55%
Succión digital	24	11	1	36	9%
Succión labial	29	4	1	34	9%
onicofagia	33	8	0	41	10%
mastica el lápiz	35	8	0	43	11%
Succión digital y labial	0	1	0	1	0%
Succión digital y onicofagia	1	0	0	1	0%
Succión digital y muerde el lápiz	2	0	0	2	1%
Succión labial y onicofagia	2	1	0	3	1%
Succión labial y mastica el lápiz	2	0	0	2	1%
Onicofagia y mastica el lápiz	8	2	0	10	3%
Succión digital, onicofagia y mastica el lápiz	1	0	0	1	0%
Succión labial, onicofagia y mastica el lápiz	1	0	1	2	1%

Nota: Resultados obtenidos de la ficha de observación.

Fuente: ficha de observación realizada por la autora de esta tesis. Anexo 3. p. 91.

Distribución de las maloclusiones según hábitos deformantes

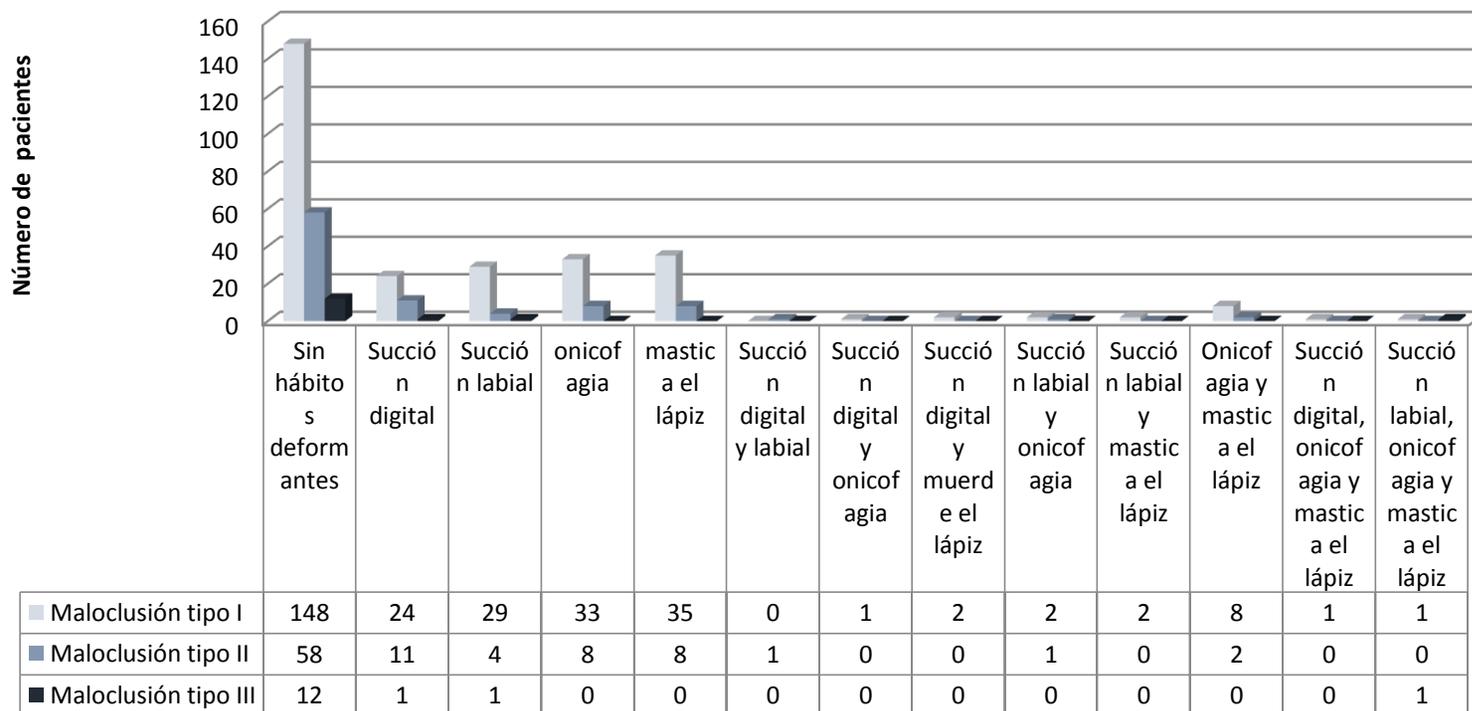


Gráfico n°.15. Datos obtenidos del cuadro 15.

Fuente: Cuadro realizado por la autora de esta tesis. cap. IV. p. 69.

Análisis e interpretación de resultados.

En el estudio se tuvo en cuenta el grado de maloclusión en relación con los hábitos deformantes. El 55 % de la población no tiene hábitos deformantes y predominan la succión digital, labial, la onicofagia y el mal hábito de morder el lápiz, todas ellas presentes en un 9 o 10 % de la población. No ocurrió lo mismo con las combinaciones de estos hábitos que se presentaron escasamente. Tampoco se evidenció una diferencia significativa del grado de maloclusión en relación con los tipos de hábitos deformantes por lo que este diagnóstico tendrá su causa fundamentalmente en rasgos heredados que determinan las características fenotípicas de la población.

Concordando con la obra de Bordoni y cols.¹⁰³ (2010) pudimos conocer que:

No hay evidencia de que estos hábitos puedan producir algún cambio significativo en las estructuras bucodentales, pero pueden ser nocivos, por ejemplo para el paciente en tratamiento de ortodoncia, ya que hay muchas posibilidades de que se despeguen los brackets con frecuencia, si es que se muerden objetos con fuerza. Además es una conducta no muy aceptada socialmente. (p. 31).

También por el grupo de edades del estudio ya que estos se presentan en niños de edades pre-escolar coincidiendo con Nahás y cols.¹⁰⁴ (2009) pudimos conocer que: “Ocurre mucho en niños de tres a seis años, más arriba de esa edad, el convivio social con otros niños en la escuela inhibe la relación del mal hábito”. (p. 30)

¹⁰³ Bordoni, N., Escobar, A. & Castillo, R. (2010). Odontología pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. (1° ed.) República Argentina: Médica Panamericana.

¹⁰⁴ Nahás, M. S., Schmitt, R. M. & Kim, S. Y. (2009). Salud Bucal del Bebé al Adolescente. Guía de orientación para las embarazadas, los padres, los profesionales de la salud y los educadores. República Federativa del Brasil: Gen. Editorial Santos.

Cuadro 16.
Conocimientos de salud bucal y dieta en la población.

	Frecuencia:	Porcentaje:
Buenos.	121	30%
Malos.	278	70%

Nota: Resultados obtenidos de la encuesta realizada a los niños de 6 a 12 años de la escuela de Educación Básica Gran Colombia.

Fuente: encuesta realizada por la autora de esta tesis. Anexo 3. p. 92.

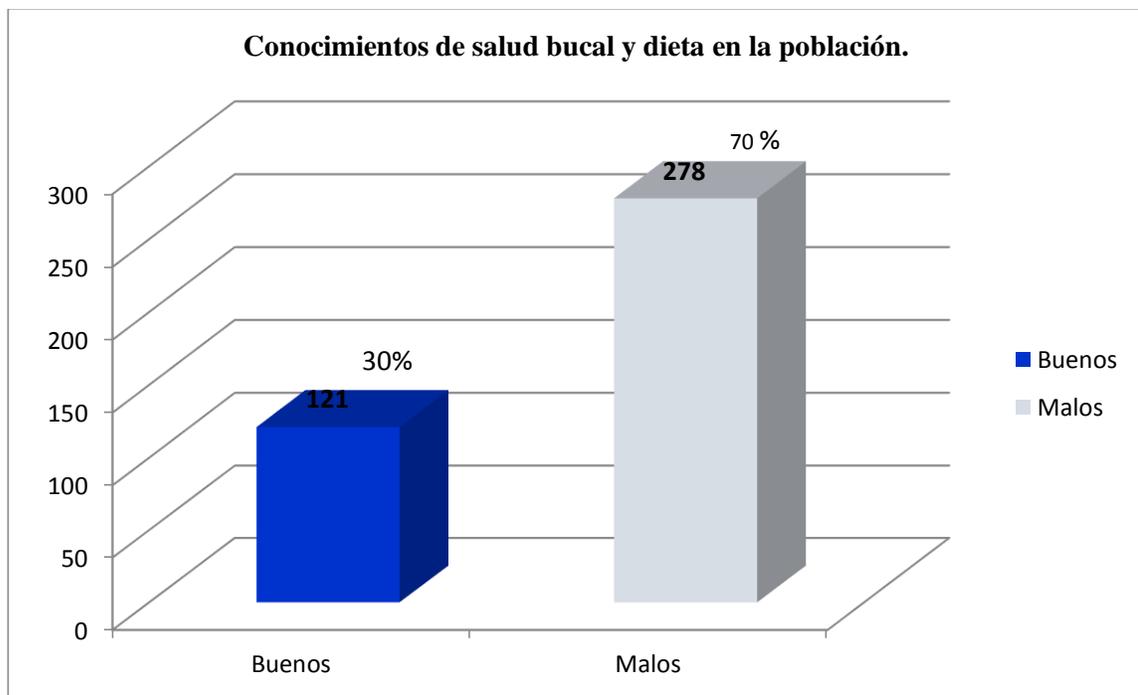


Gráfico n°.16. Datos obtenidos del cuadro 16.

Fuente: Cuadro realizado por la autora de esta tesis. cap. IV. p. 72.

Análisis e interpretación de resultados.

En la población estudiada se pusieron de manifiesto escasos conocimientos de promoción de salud y prevención de las enfermedades bucales, 121 pacientes que representan el 30 % tienen buenos conocimientos, mientras que 278 pacientes que representan el 70 % tienen pobres conocimientos, lo que, como está ampliamente descrito en la literatura científica, debe ser el factor detonante del cuadro epidemiológico previamente descrito, fundamentalmente en el tema de la cariogenicidad de la dieta e higiene. Coincidiendo con lo escrito por Nahás, Schmitt & Kim.¹⁰⁵ (2009) pudimos conocer que: “Si hay una dieta e higiene inadecuadas, habrá mayor producción de ácidos y consecuentemente, la caries se instalará. Los cuidados deben de ser observados tanto en la dentición de leche como la permanente”. Mientras que en la obra de Duque, Rodríguez, Coutin & Riveron¹⁰⁶ (2003) cita que: “La higiene bucal es la clave de la prevención de la caries y la base del éxito del tratamiento de la gingivitis”. (p. 37 y 34).

Por tal motivo se debe desarrollar buenos hábitos alimenticios y de higiene bucal con todos los recursos necesarios como son la pasta, cepillo, seda dental y enjuagues bucal, desde la primera infancia, para así prevenir patologías bucodentales.

¹⁰⁵ Nahás, M. S., Schmitt, R. M. & Kim, S. Y. (2009). Salud Bucal del Bebé al Adolescente. Guía de orientación para las embarazadas, los padres, los profesionales de la salud y los educadores. República Federativa del Brasil: Gen. Editorial Santos.

¹⁰⁶ Duque, J., Rodríguez, A., Coutin, G. & Riveron, F. (2003) Factores de riesgo con la enfermedad caries dental en niños. *Revista Cubana de Estomatología*. 40. Consultado el 30 de mayo, 2014. En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072003000200001&script=sci_arttext

CAPÍTULO V.

5. Conclusiones y recomendaciones.

5.1. Conclusiones.

Según los resultados obtenidos de las historias clínicas, ficha de observación y encuesta de los estudiantes se concluyó que las patologías que se presentaron con más frecuencia fueron la caries dental y gingivitis, el resto en porcentajes no significativos en los escolares de la escuela de educación básica Gran Colombia, en comparación con otros países.

En cuanto a la los factores predomino los deficientes conocimientos en cuanto a higiene bucal y alimentación lo cual provocan la formación de patologías en los tejidos duros y blandos de la boca.

Dada la elevada frecuencia con que se observan factores de riesgo se puede concluir que se trata de una población de riesgo de padecer estas patologías.

5.2. Recomendaciones.

-Capacitar a los estudiantes y tutores sobre las patologías que se presentan en la boca para así poder prevenirlas.

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

-La utilización de todos los recursos de higiene oral.

-Visitas periódicas al odontólogo para prevenir estas patologías a tiempo.

CAPÍTULO VI.

6. Propuesta.

6.1. Datos informativos.

6.1.1. Título de la propuesta.

Charlas educativas sobre la prevención de las enfermedades de la cavidad oral en los escolares de la Escuela de Educación Básica Gran Colombia.

6.1.2. Periodo de ejecución.

Fecha de inicio: 09 de junio del 2014.

Fecha de finalización: 30 de junio 2014.

6.1.3. Descripción de los beneficiarios.

-Los beneficiarios directos son:

Los estudiantes de la Escuela de Educación Básica Gran Colombia.

-Los beneficiarios indirectos son:

Los tutores y profesores de los estudiantes.

6.1.4. Ubicación sectorial y física.

En la entrevista realizada a Zambrano¹⁰⁷ (2014) se conoció que:

La escuela fiscal de educación básica Gran Colombia, ubicada en la ciudad de Portoviejo capital de la provincia de Manabí, se creó el 6 de Mayo del año 1948. Se crea la escuela Gran Colombia por la necesidad que había en ese tiempo de carencia de planteles fiscales, por tal motivo en el año 1987 el Director de educación y su primera directora con la ayuda del Banco Ecuatoriano de la Vivienda donó un terreno en la Cdla. Los Tamarindos para que se construya el Centro Educativo.

6.2. Introducción.

Con el estudio realizado nos hemos podido dar cuenta que las enfermedades bucales en los niños son el resultado de condiciones específicas de la salud de los mismos, ya que es la respuesta a la exposición a determinados agentes bacterianos, dieta rica o carente de carbohidratos, fluoruros, hábitos higiénicos bucales, acceso a la atención estomatológica, adquisición de conocimientos sobre problemas bucodentales; es responsabilidad de los padres o tutores de los niños para así poderlas prevenir a tiempo y dar soluciones a las mismas. La presente propuesta consistirá en dar charlas educativas sobre las enfermedades frecuentes en los niños, también sobre prevención tratamiento y consecuencias, a los estudiantes, tutores y profesores de la institución.

¹⁰⁷ Góngora, Jéssica (2014 abril). [Entrevista con Sra. Nancy Zambrano, directora de la escuela de educación básica Gran Colombia: Historia de la institución]. Grabación de audio.

6.3. Justificación:

La investigación de campo permitió obtener resultados mediante las en ficha de observación, encuestas e historias clínicas realizada a los estudiantes de la Escuela de Educación Básica Gran Colombia, pudiendo notar que existen patologías bucodentales y factores de riesgo como que favorecen a estas patologías. Razón por la cual se debe brindar información oportuna y adecuada a los estudiantes de la Escuela de Educación Básica Gran Colombia para que conozcan de estas patologías, su prevención, tratamiento.

Con lo expuesto en la propuesta implica incentivar a una correcta higiene bucal y alimentación adecuada. Esta propuesta fué factible porque proporciona la información adecuada a los estudiantes, tutores y profesores de la Escuela de Educación Básica Gran Colombia; para mejorar la calidad de la salud bucal.

6.4. Objetivos.

6.4.1. Objetivo general:

Concientizar a través de charlas educativas a los escolares de la Escuela de Educación Básica Gran Colombia sobre las enfermedades de la cavidad oral y su prevención.

6.4.2. Objetivo específicos:

- Capacitar a los estudiantes, tutores y profesores de la Escuela de Educación Básica Gran Colombia sobre las enfermedades de la cavidad oral.
- Promover la salud bucal de los niños con la ayuda de los padres.

6.5. Fundamentos teóricos.

Considerando el artículo de Cuenca, Manau, Serra, Falgás, Tabernerb, Batallab, Abellab, & Sallerasb.¹⁰⁸ (1994) podemos citar que:

Las enfermedades bucodentales (caries y enfermedades periodontales) son uno de los problemas de salud de mayor prevalencia en nuestra comunidad.

En relación a los consejos impartir en materia de alimentación y nutrición.

El odontólogo debe aconsejar firmemente a sus pacientes un cepillo y dentífrico fluorado para la higiene dental diaria

También deben aconsejar que consuman alimentos ricos en azúcares refinados y en especial que eviten la ingestión de azúcares entre comidas.

Por último deben aconsejar a todos sus pacientes que visiten regularmente al odontólogo, con la frecuencia que éste determine en función del riesgo individual apreciado en la primera visita. (pp. 132 y 135).

6.6. Actividades.

Cuadro 17.

Matriz de actividades y fechas de las charlas educativas.

Actividades.	Fecha.
Socialización de la propuesta con la directora de la Escuela de Educación Básica Gran Colombia.	Lunes 09 junio.
Elaboración del material didáctico (tríptico y diapositivas.).	Martes 10 junio.
Charlas y entrega de tríptico.	Miércoles 11 hasta lunes 30 de junio.

Nota: actividades y fechas para la charla educativa realizada a los niños de 6 a 12 años, tutores y profesores de la escuela de Educación Básica Gran Colombia.

Elaboración: por la autora de esta tesis. Anexo 5. p. 101.

¹⁰⁸ Cuenca, E., Manau, C., Serra Majem, LI., Falgàs, J., Tabernerb, JL., Batallab, J., Abellab, X., & Sallerasb, L. (1994) Consejos para la prevención de las enfermedades bucodentales. *Medicina clínica* .102. Consultado el 10 de junio, 2014. En: <http://lbe.uab.es/vm/sp/old/docs/prevencion/caries.pdf>

6.7. Recursos.

6.7.1. Humanos.

Investigadora.

Estudiantes, tutores y profesores de la Escuela de Educación Básica Gran Colombia.

6.7.2. Técnicos.

Diapositivas.

Trípticos.

6.7.3. Materiales.

Hojas, textos, impresiones, copias, fotos, trípticos.

6.7.4. Financiero.

La propuesta fue financiada por la autora de la investigación.

6.8. Presupuesto.

El costo aproximado es de 203,50

Cuadro 18.

Presupuesto para la realización de los trípticos de la charla educativa.

Rubros.	Recursos.	Cuantía.	V. unitario.	V. total.	Fuentes de financiamiento.
Diseño de trípticos.	Diseño gráfico.	1	\$5	\$5	Autogestión.
Elaboración de trípticos.	Impresiones a color.	500	\$0,30	\$130	Autogestión.
Viáticos.	Movilización.			\$ 50	Autogestión.
Subtotal.				\$185	Autogestión.
Imprevistos.				\$18,50	Autogestión.
Total.				\$203,50	Autogestión.

Nota: presupuesto para la elaboración de los trípticos de la charla educativa realizada a los niños de 6 a 12 años, tutores y profesores de la escuela de Educación Básica Gran Colombia.
Realizado por: Autora de esta tesis. Anexo 5. p. 101.

Bibliografía.

1-Barceló, E. (2010). Odontología para bebés. Estrategia de prevención. Estados Unidos Mexicanos: Trillas.

2-Boj, J., Catalá, M., García, C., Mendoza, A., y Planes, P. (2011). Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven. (1° ed.) Reino de España: Ripano editorial Médica.

3-Bordoni, N., Escobar, A. & Castillo, R. (2010). Odontología pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. (1° ed.) República Argentina: Médica Panamericana.

4-Boj, J. & Ferreira, L. (2010). Atlas de Odontopediatría. Reino de España: Ripano S. A.

5-Brenna, F. (2010). Odontología restauradora. Procedimientos terapéuticos y perspectivas de futuro. Reino de España: Elsevier Masson.

6-Bascones, A. (2009). Periodoncia clínica e implantología oral. Reino de España: Lexus. Avances médico dentales, S.L.

7-Bascones, A. (2009). Medicina bucal. Reino de España: Ariel. Ediciones Médico dentales, S.L.

8-Barrancos, M. & Barrancos, P. (2008). Operatoria dental. Integración clínica. (4ª ed.) República Argentina: Médica Panamericana.

9-Bezerra, L. (2008). Tratado de Odontopediatría. República Federativa del Brasil: Amolca.

10-Castillo, R., Miguel, G., Kanashiro, C., Perea, M. & Esteves, F. (2011). Estomatología Pediátrica. (1º ed.) Reino de España: Ripano, S. A.

11-García, C. (2006). Boca sana. Consejos para el mantenimiento y mejora de la salud buco-dental. (1º ed.) Reino de España: Ripano, S. A.

12-Garone, W. & Abreu, V. (2010). Lesiones no cariosas “El nuevo desafío de la odontología”. República Federativa del Brasil: Santos.

13-Gómez, M. & Campos, A. (2009). Histología, Embriología e Ingeniería Tisular Bucodental. (3ª ed.) Estados Unidos Mexicanos: Editorial Médica Panamericana.

14-Góngora, Jéssica (2014 abril). [Entrevista con Sra. Nancy Zambrano, directora de la escuela de educación básica Gran Colombia: Historia de la institución]. Grabación de audio.

15-Guedes, A., Bonecker, M. y Delgado, C. (2011). Fundamentos de odontología. Odontopediatría. República Federativa del Brasil: Gen. Santos.

16-López, J. (2010). Odontología para la higiene oral. República de Colombia: Zamora editores LTDA.

17-Manzanares, M. & Bascones, A. (2010). Wheeler. Anatomía, fisiología y oclusión dental. (9° ed.) Reino de España: Elsevier Saunders.

18-Newman., Takey., Klokkevold. & Carranza. (2010). Carranza Periodontología clínica. (10ª ed.) Estados Unidos Mexicanos: Mc Graw-Hill Interamericana editores, S. A. Saunders Elsevier.

19-Nahás, M. S., Schmitt, R. M. & Kim, S. Y. (2009). Salud Bucal del Bebé al Adolescente. Guía de orientación para las embarazadas, los padres, los profesionales de la salud y los educadores. República Federativa del Brasil: Gen. Editorial Santos.

20-Nahás, M. S. (2009). Odontopediatría. En la primera infancia. (1° ed.) República Federativa del Brasil: Santos Editora. Gen Grupo Editorial Nacional.

21-Romanelli, H., Adams, E. & Schinini, G. (2012). 1001 Tips en Periodoncia del fundamento biológico a la práctica clínica paso a paso. República Bolivariana de Venezuela: Editorial Amolca.

Sito web consultado:

22-Ayala, E., Pinto, G., Raza, X. & Herdoíza, M. (2009). Plan nacional de salud bucal: proceso de Normatización del SNS. República del Ecuador. [En línea]. Consultado [24,

mayo, 2014]. Disponible en:

<https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20BUCAL.pdf>

23-Barroso, J. & Cols. (2007) La importancia de la dieta en la prevención de la caries.

Dialnet .45. Consultado el 24 de mayo, 2014. En:

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2353279>

24-Casals, E. (2005) Hábitos de higiene oral en la población escolar y adulta española.

Dialnet .10. Consultado el 18 de mayo, 2014. En:

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1429002>

25-Cuenca, E., Manau, C., Serra Majem, LI., Falgàs, J., Tabernerb, JL., Batallab, J.,

Abellab, X. & Sallerasb, L. (1994) Consejos para la prevención de las enfermedades

bucodentales. *Medicina clínica* .102. Consultado el 10 de junio, 2014. En:

<http://lbe.uab.es/vm/sp/old/docs/prevencion/caries.pdf>

26-Duque, J. y Rodríguez, A. (2001) Factores de riesgo en la predicción de las principales

enfermedades bucales en los niños. *Revista Cubana de Estomatología* .38. Consultado el

28 de mayo, 2014. En: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034->

[75072001000200004&script=sci_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072001000200004&script=sci_arttext)

27-Duque, J., Rodríguez, A., Coutin, G. & Riveron, F. (2003) Factores de riesgo con la

enfermedad caries dental en niños. *Revista Cubana de Estomatología*. 40. Consultado el 30

de mayo, 2014. En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072003000200001&script=sci_arttext

28-Fatahzadeh, M. y Schwartz, R. (2008) Herpes simplex labial Patogénesis, presentaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento. *IntraMed* .32. Consultado el 10 de abril, 2014. En: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=51812>

29-González, J. & Cols. (1996) Estudio de hábitos de higiene bucodental en preadolescentes y adolescentes de dos colegios urbanos y dos rurales. *Dialnet* .45. Consultado el 8 de mayo, 2014. En: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4412872>

30-Jiménez, C., Villarroel, M., Pérez, C., Bauce, B. y Córdova, M. (2012) Factores que influyen en la prevalencia de patologías bucales de tejidos blandos y duros de niños y adolescentes. Revisión de la literatura. *Acta Odontológica Venezolana* .51. Consultado el 30 de mayo, 2014. En: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/1/art22.asp>

31-Miranda, A. (2012, enero 22) La salud bucal en los bebés. La Hora nacional. [En línea], Español. Disponible:http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101271514/-1/La_salud_bucal_en_los_beb%C3%A9s.html#.U-42oON5Ob8 [16, abril, 2014].

Pardo, N., Ruano, A. & Feáns, L. (2012) Factores de riesgo de la caries un estudio transversal en Galicia, España. *Dialnet* .18. Consultado el 25 de abril, 2014. En:

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3998301>

32-Reyes, D., Rosales, K., Roselló, O. y García, D (2006) Factores de riesgo asociados a hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. Policlínica "René Vallejo Ortiz". Manzanillo. 2004 - 2005. *Acta odontológica Venezolana* .45. Consultado el 10 de abril, 2014. En:

http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/3/habitos_bucales_deformantes.asp

33-Soto, G. (2011, octubre 29) La importancia de la higiene bucal. *Mujer Vivir Salud*. [En línea]. Consultado: [20, mayo, 2014] Disponible en:

<http://vivirsalud.imujer.com/2011/10/29/la-importancia-de-la-higiene-bucal>

34-Universidad Católica de Chile (2014) Manual de patología general. Conceptos básicos. [En línea]. Consultado: [16, abril, 2014] Disponible en:

http://escuela.med.puc.cl/publ/patologiageneral/patol_004.html

Anexos.

Anexo 1.

Presupuesto.

Cuadro 19.
Presupuesto para la realización de la tesis.

Rubros.	Cantidad.	Unidad de medida.	Costo unitario.	Costo total.	Fuentes de financiamiento	
					Autogestión	Aporte Externo
Anillados.	7	Unidad	2	14	14	
Impresiones	10	Unidad	0,10	1,00	1,00	
Fotocopias.	1000	Unidad	0.03	30	30	
Guantes estériles.	8	Caja x 50	8	64	64	
Mascarillas.	8	Caja x 50	4	32	32	
Campos estériles.	150	Unidad	1	15	15	
Viáticos.	70	Dólar	1,50	105	105	
Internet Mes.	50	Horas	1	50	50	
Materiales de oficina.	14	Unidad		15	15	
Subtotal.				326.00	326.00	
Imprevistos.					32.60	
Total.					358.60	

Nota: presupuesto para la elaboración de la tesis.
Elaboración: por la autora de esta tesis.

Anexo 2.

Consentimiento informado.

Yo, el abajo firmante,

Con residencia en

Acepto que mi representado sea parte de este estudio investigativo cuyo nombre es Patologías bucodentales y factores de riesgo en escolares de 6 a 12 años de edad de la Escuela de Educación Gran Colombia. Cantón Portoviejo, 2014.

Yo Srta. Jessica Góngora Alcívar investigadora del presente estudio, me ha informado exhaustivamente acerca de las características, objetivos de la investigación y la duración del mismo. Independientemente de esto, me ha entregado una copia del documento de la información para la participación del estudio.

Después de consultarlo accedo a que mi hijo coopere con la investigadora Jessica Góngora A.; en caso de notar algo inusual durante la investigación, se lo hare saber inmediatamente.

Estoy de acuerdo que la información que brinda, que los datos personales y odontológicos de mi hijo/a, que se deriven de esta investigación, pasen a formar parte de los registros computarizados.

La identidad no será revelada en ningún momento y la información relacionada será utilizada con la mayor discreción.

Accedo a que esta información pueda ser inspeccionada directamente por el investigador. No pondré limitaciones en el uso del resultado del estudio.

Nombre y firma del investigador:

Nombre y firma del padre o tutor:

Jéssica Góngora Alcívar

Anexo 3.

Cuadro 20.
Ficha de observación.

Edad.	6-8 <input type="checkbox"/>	9-12 <input type="checkbox"/>
Sexo.	M. <input type="checkbox"/>	F. <input type="checkbox"/>
Aftas bucales.	Si. <input type="checkbox"/>	No. <input type="checkbox"/>
Úlcera aftosa.	Si. <input type="checkbox"/>	No. <input type="checkbox"/>
Úlcera traumática.	Si. <input type="checkbox"/>	No. <input type="checkbox"/>
Queilitis angular.	Si. <input type="checkbox"/>	No. <input type="checkbox"/>
Herpes labial.	Si. <input type="checkbox"/>	No. <input type="checkbox"/>
Caries.	Si. <input type="checkbox"/>	No. <input type="checkbox"/>
Enfermedad periodontal. Leve. <input type="checkbox"/> Moderada. <input type="checkbox"/> Severa. <input type="checkbox"/>	Mal oclusión. Angle I. <input type="checkbox"/> Angle II. <input type="checkbox"/> Angle III. <input type="checkbox"/>	
Higiene oral simplificada	Perniciosos. <input type="checkbox"/>	No perniciosos. <input type="checkbox"/>
Piezas dentales	placa	calculo
gingivitis		
16	17	55
11	21	51
26	27	65
36	37	75
31	41	71
46	47	85
Totales		

Succión digital si no
 Succión labial si no
 Onicofagia si no
 Morder lápiz si no
 o esferográfico

Nota: ficha de observación.
Elaboración: por la autora de esta tesis.

Cuadro 21.

Encuesta para la población de estudio.

1. ¿las caries son los puntitos negros que se forman en los dientes? Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		
2. Comes todos los días		
a. Chicles Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	b. Papas fritas Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	c. Chocolates Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2
d. Colas Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	e. Jugos Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	f. Ninguno de ellos <input type="checkbox"/> 5
3. Cepillas tus dientes Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	4. Necesitas de ayuda para cepillar tus dientes Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	
5. En caso que te ayuden a cepillar tus dientes es Siempre <input type="checkbox"/> 1 a veces <input type="checkbox"/> 2 nunca <input type="checkbox"/> 3		
6. Con que frecuencia te cepillas los dientes 1 sola vez <input type="checkbox"/> 1 2 veces <input type="checkbox"/> 2 3 veces <input type="checkbox"/> 3 Nunca <input type="checkbox"/> 4		
7. Qué elementos de limpieza para cepillar tus dientes utilizas(Puede marcar más de una respuesta) Cepillo de dientes <input type="checkbox"/> 1 pasta dental <input type="checkbox"/> 2 Enjuague Bucal <input type="checkbox"/> 3 Hilo Dental <input type="checkbox"/> 4		
8. Acostumbas a: chuparte el dedo <input type="checkbox"/> 1 el labio <input type="checkbox"/> 2 te muerdes las uñas <input type="checkbox"/> 3 masticar el lápiz <input type="checkbox"/> 4 ninguno de ellos <input type="checkbox"/> 5		
9. Te han dado charlas sobre el cuidado de tus dientes? Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		
10. En las charlas de que te han hablado?: (puede marcar más de una respuesta)		
a) Limpieza de tus dientes y la lengua <input type="checkbox"/> 1	b) Caries dentales <input type="checkbox"/> 2	c) encía <input type="checkbox"/> 3
d) cuantas veces debes cepillarte los dientes en el día <input type="checkbox"/> 4		
Nivel de conocimiento dieta e higiene oral.	Bueno. <input type="checkbox"/>	Malo. <input type="checkbox"/>

Nota: encuesta para los niños de 6 a 12 años de la escuela de Educación Básica Gran Colombia
Elaboración: por la autora de esta tesis.

Anexo 4.

Historia clínica.

ESTABLECIMIENTO		NOMBRE		APELLIDO		SEXO (M-F)		EDAD		Nº HISTORIA CLÍNICA	

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO								DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA (ANOTANDO EL NÚMERO)			
1. LABIOS	2. REJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. FIBRO	8. CARRILLOS				
9. GLÁNDULAS SALIVALES	10. ORO 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															
18 17 16 15 14 13 12 11								21 22 23 24 25 26 27 28																							
LINGUAL								LINGUAL																							
55 54 53 52 51								61 62 63 64 65																							
85 84 83 82 81								71 72 73 74 75																							
VESTIBULAR								MOVILIDAD								RECESIÓN															
48 47 46 45 44 43 42 41								31 32 33 34 35 36 37 38																							

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL													
HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA					ENFERMEDAD PERIODONTAL		MAL OCCLUSIÓN						
PIEZAS DENTALES					PLACA	CÁLCULO	GINGIVITIS	LEVE	MODERADA	SEVERA	ANGLE I	ANGLE II	ANGLE III
					0-1-2-3	0-1-2-3	0-1						
16	17	55											
11	21	51											
26	27	65											
36	37	75											
31	41	71											
46	47	85											
TOTALES													

8 INDICES CPO-ceo				
D	c	P	O	TOTAL
d	c	e	o	TOTAL

SNS-MSP / HCU-Form 033 / 2008

Nota: historia clínica del ministerio de salud pública de la República del Ecuador, formulario 033. Realizada a los niños de 6 a 12 años de la escuela de Educación Básica Gran Colombia. Elaboración: por la autora de esta tesis.

Anexo 5.

Gráficos.



Realizada por: Autora de esta tesis. Establecimiento educativo. Directora de la escuela.



Realizada por: Autora de esta tesis. Consentimiento informado.



Realizada por autora de esta tesis. Realización de las encuestas a la población de estudio.



Realizada por autora de esta tesis. Exploración de la cavidad oral para la historia clínica y ficha de observación.



Realizada por autora de esta tesis. Charlas educativas y entrega de trípticos a los niños.



Realizada por autora de esta tesis. Con grupos de estudiantes de la escuela.

Anexo 6.

Tríptico.

HIGIENE DENTAL ADECUADA

Utilización de seda dental o cepillos interproximales, que permiten la limpieza de los espacios interdentes, extrayendo los restos de comida. Así mismo, usa colutorios o líquidos de enjuague bucal antes y después del cepillado .

Lavarse los dientes con cepillo pequeño y suave, utilizando un dentífrico especial que deberá ser siempre fluorado.

JÉSSICA GÓNGORA A.

UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTO RICO

Enfermedades de la cavidad oral en los escolares





PREVENCIÓN.

Se pueden prevenir con buenos hábitos higiénicos.

La reducción de la ingesta de azúcares y una alimentación bien equilibrada

Alimentarse bien, comiendo frutas y verduras que ayudan a prevenir infecciones

ENFERMEDADES BUCODENTALES

Las enfermedades de la boca pueden afectar a los dientes y muelas, las encías, las mucosas, la lengua o los labios.

Entre las enfermedades más comunes están: las caries, la gingivitis, la enfermedad periodontal y las aftas.



RECUERDA

- CEPILLARTE LOS DIENTES Y ENCÍAS DESPUES DE CADA COMIDA Y SIEMPRE ANTES DE ACOSTARSE
- USAR PASTA DE DIENTE CON FLÚOR.
- USAR SEDA DENTAR
- USAR ENJUAGUE BUCAL.
- EVITAR ALIMENTOS DULCES JUGOS ENVASADOS, ALIMENTOS PEGAJOSOS.
- VISITAR AL DENTISTA COMO MÍNIMO UNA VEZ AL AÑO.



Realizada por: autora de esta tesis.

Sra. Directora de la Escuela "GRAN COLOMBIA"

Nancy Zambrano Álava

Magister en Gerencia Educativa

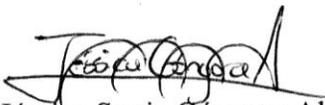
Ciudad.-

Yo, **JÉSSICA SONIA GÓNGORA ALCÍVAR**, egresada de la carrera de Odontología de la universidad San Gregorio de Portoviejo, ante usted con respeto expongo lo siguiente:

En virtud de haber presentad mi proyecto de tesis con el tema **"PATOLOGÍAS BUCODENTALES Y FACTORES DE RIESGO EN ESCOLARES DE 6 A 12 AÑOS DE EDAD DE LA ESCUELA "GRAN COLOMBIA". CANTÓN PORTOVIEJO, 2014."**, solicito a usted se me permita desarrollar el mencionado trabajo investigativo con los niños de esta edad de cada Año Básico respectivo y con los padres de familia de los mismos , la fecha de inicio será Jueves 30 de Enero y finalizara el viernes 28 de febrero del presente año.

Segura de contar con su aprobación me anticipo en agradecerle.

Cordialmente,


Jéssica Sonia Góngora Alcívar
Egresada carrera de Odontología


ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA FISCAL
"GRAN COLOMBIA"
27 PORTOVIEJO 2014



**UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO
CARRERA ODONTOLOGIA**

ODO-OF-N° 354 - 2014
Portoviejo, 02 de Abril de 2014

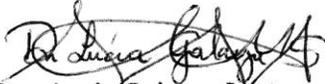
Señorita
Jessica Sonia Góngora Alcívar
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE ODONTOLOGIA
Ciudad

De mi consideración:

Una vez que usted, ha realizado las correcciones a las observaciones señaladas al Proyecto de investigación por los Miembros designados para el efecto, le comunico a usted que se ha designado al Dr. Jorge Mendoza Robles, como su DIRECTOR de la Tesis **“PATOLOGIAS BUCODENTALES Y FACTORES DE RIESGO EN ESCOLARES DE 6 A 12 AÑOS DE EDAD DE LA ESCUELA GRAN COLOMBIA, CANTON PORTOVIEJO, 2014”**, autorizándole que a partir de hoy inicia el trabajo de investigación correspondiente, de acuerdo a lo que dispone el Reglamento de Titulación de la Universidad, aprobado el 15 de septiembre de 2011, por el H. Consejo Universitario.

Lo que informo para los fines correspondientes.

Atentamente,


Dra. Lucia Galarza Santana Mg. Gs.
DIRECTORA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGIA



