



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

TÍTULO:

"Pérdida dental prematura y sus principales causas en los y las estudiantes de la Universidad Nacional de Loja en la modalidad de estudios presencial en edades comprendidas de 18 a 30 años en el periodo Mayo julio de 2014".

TESIS PREVIA A LA OBTENCION DEL
TITULO DE ODONTOLOGA

AUTORA:

María José Silva Chase.

DIRECTORA:

Odont. Esp. Maritza Juliana Manzanillas Cueva

Loja - Ecuador

2014

CERTIFICACIÓN



Odont. Esp.

Maritza Juliana Manzanillas Cueva.

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Haber asesorado y orientado durante todo su desarrollo la tesis titulada **“PERDIDA DENTAL PREMATURA Y SUS PRINCIPALES CAUSAS EN LOS Y LAS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA EN LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL EN EDADES COMPRENDIDAS DE 18 A 30 AÑOS EN EL PERIODO MAYO JULIO DE 2014”**, autoría de María José Silva Chase , egresada de la Carrera de Odontología: ha sido revisado y asesorado en todo su proceso por lo tanto autorizo su presentación para que continúe con los trámites legales para su sustentación y defensa

Loja, Octubre del 2014

Odont. Esp. Maritza Juliana Manzanillas Cueva.

DIRECTORA DE TESIS

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

Yo, María José Silva Chase , declaro ser autora de la tesis titulada: **“Pérdida dental prematura y sus principales causas en los y las estudiantes de la Universidad Nacional de Loja en la modalidad de estudios presencial en edades comprendidas de 18 a 30 años en el periodo Mayo julio de 2014”**, Como requisito para optar al título de **Odontóloga**; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para confines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

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

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 27 días del mes de Octubre del dos mil catorce, firma el autor.

Firma.....

AUTORA: María José Silva Chase

Cédula: 1104658370

Dirección: Ciudadela Colinas del Norte: Calles: Tarqui y Boyacá # casa 23-04

Correo Electrónico: majo22_9@hotmail.com

Teléfono Celular: 0992912047

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Odont.Esp. Maritza Juliana Manzanillas Cueva.

Tribunal de Grado: **PRESIDENTA:** Odont.Esp. Tanya Valarezo Bravo.

PRIMER VOCAL: Dr. Mgs. Richard Orlando Jiménez.

SEGUNDO VOCAL: Dra. Deysi Patricia Saraguro.

AUTORIA

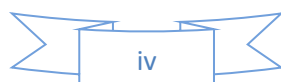
Yo María José Silva Chase, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autor: María José Silva Chase.

Firma:


Cédula: 1104658370

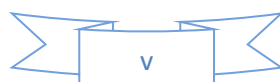


DEDICATORIA

Dedico este proyecto a Dios por ser el inspirador de cada uno de mis pasos dados en mi convivir diario; a mi madre por ser mi guía en el sendero de cada acto que realice hoy mañana y siempre; a mi hermano, por ser el incentivo para seguir adelante con este objetivo, a mi tutora Odont. Esp. Juliana Manzanillas de manera especial por entregarme sus conocimientos para realizar los propósitos que tengo en mente.

A mis familiares y amigos por enseñarme que no existen obstáculos que me impidan alcanzar el éxito.

María José.



AGRADECIMIENTO

Primero y antes que nada quiero dar gracias a Dios por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente, por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

Para mí este trabajo significa la continuación de mi gran proyecto de vida y de las innumerables experiencias que me han hecho crecer aceleradamente y por otro lado, el comienzo de una nueva etapa como profesional.

Agradecer hoy y siempre a mi madre y demás familiares que me brindaron el apoyo y me dan la fortaleza necesaria para seguir adelante.

A todos los docentes de la Carrera de Odontología de la UNL, por su dedicación y su esfuerzo, quienes me han aportado todos los conocimientos profesionales y personales para llegar a finalizar con éxito esta gran meta.

Un agradecimiento especial a la Odont. Esp. Juliana Manzanillas, por impartir sus conocimientos, paciencia, apoyo y sobre todo por esa gran amistad que me brindó y me brinda, por escucharme y aconsejarme siempre, de todo corazón muchas gracias

LA AUTORA

a. TITULO

“PERDIDA DENTAL PREMATURA Y SUS PRINCIPALES CAUSAS EN LOS Y LAS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA EN LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL EN EDADES COMPRENDIDAS DE 18 A 30 AÑOS EN EL PERIODO MAYO JULIO DE 2014”.

b. RESUMEN

En la actualidad las enfermedades bucales son consideradas como las patologías crónicas más comunes del mundo, con un alta prevalencia en los individuos y de la comunidad, afectando la calidad de vida y salud general siendo un importante problema de salud pública. La presente investigación pretende identificar las principales causas que ocasionan la pérdida dental prematura en los estudiantes de la Universidad Nacional en la modalidad de estudios presencial, en los casos identificados se procedió a determinar las principales causas que ocasionan la pérdida dental prematura. Los resultados obtenidos fueron recolectados mediante la aplicación de la historia clínica odontológica la misma que me permitió constatar que casi todo el grupo examinado presenta alguna pérdida dentaria ya sea por caries o traumatismos, dentro de las principales causas encontradas fueron caries dental y traumatismos, la población general en la cual se realizó el estudio fue de 894 estudiantes de los cuales se encontró que un 45% (398 alumnos) presentan pérdida dental, siendo que un 76% presenta pérdida dental a causa de caries, mientras que un 24% presenta pérdida por traumatismos.

Palabras Claves: Perdida Dentaria, Caries dental, Traumatismos

ABSTRACT

At the present time the buccal diseases are considered like the more common chronic pathologies of the world, with a high prevalence, great impact in the individuals and the community, affecting the quality of life and general health being an important problem of public health. The present investigation tries to identify the main causes that cause lost dental the premature one in the students of the National University in the actual modality of studies, in the identified cases it was come to determine the main causes that cause lost dental the premature one. The obtained results were collected by means of the application the odontológica clinical history the same one that allowed me to state that almost all the examined group presents some lost dental or by traumatisms. within the main found causes were dental decay and traumatisms, the general population in which the study was made was of 894 students of who it was that a 45% (398 students) present/display lost dental, being that a 76% present/display lost dental because of decay, whereas a 24% present/display lost by traumatisms.

Keywords: Tooth Loss, Dental Caries, Trauma.

c. INTRODUCCIÓN

La pérdida dental prematura es un problema común en la práctica odontológica, esto debido a la falta de conocimiento sobre la importancia de mantener todos los dientes en boca y a la falta de medidas preventivas en los estamentos de salud, causando de esta forma problemas estéticos y funcionales en los pacientes.

En un estudio realizado en Chile, en una población de 25 años, sobre la frecuencia de pérdida dental se observa que el índice de dientes perdidos en los estudiantes fue de 75% (Medina-Solís Carlo Eduardo, 2008)

Herrera en el 2008 realizó un estudio en Cuba sobre la pérdida del primer molar permanente en jóvenes de 17 a 23 años, obtuvo como resultados que el 37,2% del total de jóvenes estudiados habían perdido el primer molar inferior. Otro estudio realizado en la ciudad de Quito (Ecuador) por Cando en el 2008, sobre prevalencia de pérdida dental prematura del primer molar permanente en adultos jóvenes de 18 a 25 años, encontró que el 22% de 216 estudiados habían perdido el primer molar permanente inferior derecho. (Condori Cruz, 2010)

“Cando considera que la pérdida es una realidad que se presenta diario por el alto índice de caries a edades tempranas, causando consigo alteraciones en la oclusión, cambios faciales y alteraciones en la articulación temporomandibular”.

En cuanto a la revisión de la literatura se profundizó en el análisis e investigación científica de las causas de pérdida dental como: Caries Dental y Traumatismos, su etiología, tipos, y posibles consecuencias que puedan desencadenar.

La investigación fue de tipo, descriptiva, analítica, y cuantitativa, Se utilizó la historia clínica odontológica, como instrumento para la recopilación de datos informativos.

Los resultados obtenidos en el estudio demostraron que de los 894 estudiantes, 398 presentaron pérdida dental en un 45%; siendo el 76% por caries dental y el 24% por traumatismos. Con estos resultados se concluye, que un porcentaje considerable de estudiantes de la Universidad Nacional de Loja presentan pérdida dental, siendo su principal causa la caries dental y traumatismos.

Es por lo señalado anteriormente que me he visto motivada a realizar el presente trabajo investigativo en una muestra de 894 estudiantes de género femenino y masculino de la Universidad Nacional de Loja, de la modalidad de estudios presencial; siendo el objetivo primordial conocer las principales causas que ocasionan la pérdida dental, así como su distribución según edad y género, para de esta manera brindar a los pacientes medidas eficaces de prevención y el tratamiento adecuado y sobretodo acorde a la situación individual de cada paciente.

d. REVISIÓN DE LA LITERATURA

1. PERDIDA DENTAL

1.1 DEFINICION

“La pérdida de piezas dentales puede ocurrir por diversas razones: ausencia congénita, traumatismo, caries y enfermedades periodontales, causando problemas estéticos y funcionales”.(Shillingburg, 2002)



Fig. 1 Perdida Dental (Valverde, 2005)

1.2 CAUSAS QUE OCASIONAN LA PERDIDA PREMATURA DE DIENTES

1.2.1 ENFERMEDADES DENTALES

“Dentro de las enfermedades dentales la caries es el motivo más común de la pérdida de piezas, debido a su alto índice en edades tempranas, además la pérdida dental puede ser la consecuencia final de las enfermedades periodontales.”(Lindhe, 2009, pág. 141)

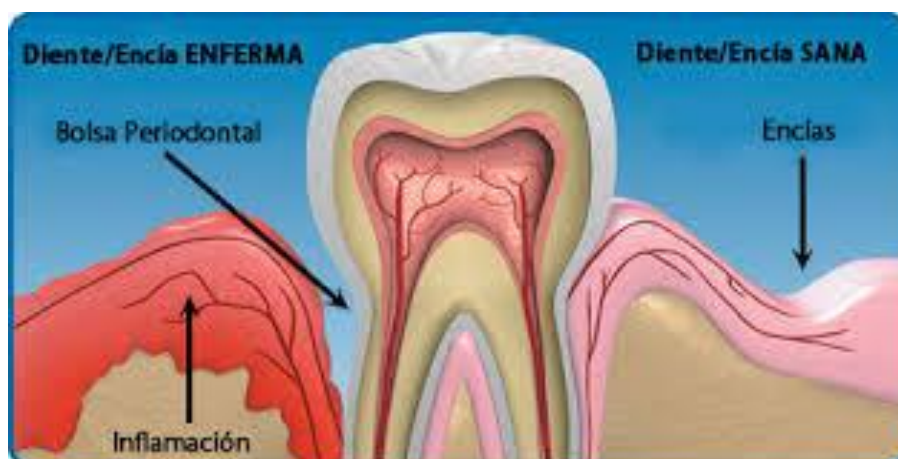


Fig.2 Enfermedades Dentales (ARENA, 2009)

1.2.2 TRAUMATISMOS

“Las caídas durante el juego ocasionan la mayor parte de las lesiones permanentes, los jóvenes que practican deportes de contacto enfrentan un mayor riesgo de sufrir lesiones, en la adolescencia los accidentes automovilísticos causan una proporción considerable de lesiones dentales, debido a que los ocupantes no utilizan el cinturón de seguridad, siendo los incisivos centrales superiores los más afectados por traumatismos.”(Pinkham, 2008, pág. 515)



Fig. 3 Traumatismos Dentales (Andreasen, 2009)

2. CARIES DENTAL

2.1 DEFINICION:

Es la disolución progresiva del componente mineral del esmalte, dentina o cemento. Enfermedad bacteriana de origen multifactorial, los acidos producidos a partir de la placa bacteriana causan desmineralizacion de la superficie dentaria, seguida por una invacion bacteriana y posterior desmineralizacion, cuando el PH del medio oral permanece por debajo de 5.5 durante periodos extensos la desmineralizacion puede progresar hasta originar la caries. (Gomez, 2008, pág. 34)

Jonh, Ingrahan en el año 2009, afirma que la caries Dental es causada por los Streptococs Mutans los cuales se adhieren firmemente en el esmalte dental, el mismo que posee dos propiedades la primera que lo convierte como agente iniciador de la caries,sintetizando glucanos y la segunda produciendo acido lactico que daña el esmalte dental.

“Otros factores como la edad del huesped,la edad, sexo, respuesta inmune y habitos de higiene oral van a influir en la aparicion de la caries dental”. (Martinez, 2007, pág. 91)

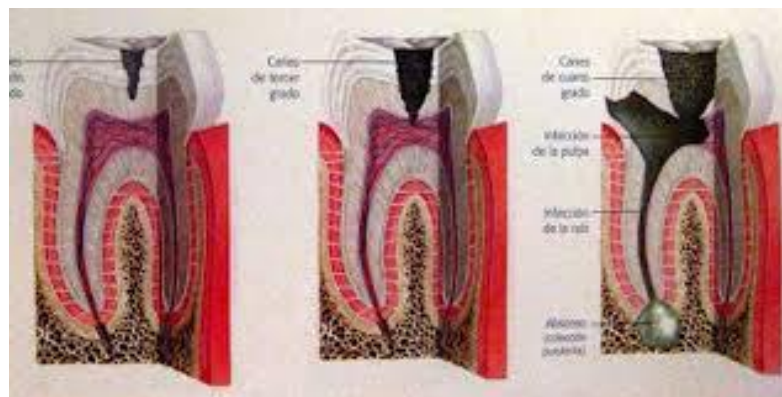


Fig.4 Caries Dental (Gendelman, 2014)

2.3. MECANISMO DE ACCIÓN DE LA CARIES:

Paul Keyes en 1960, representó de modo gráfico los tres factores principales necesarios para el desarrollo de la caries como tres círculos parcialmente superpuestos (microorganismos, sustrato y huésped), Newbrun añadió un cuarto círculo (el tiempo), para expresar la necesidad de la persistencia de la agresión de los factores en la producción de la caries.(Cawson, 2009, pág. 40)

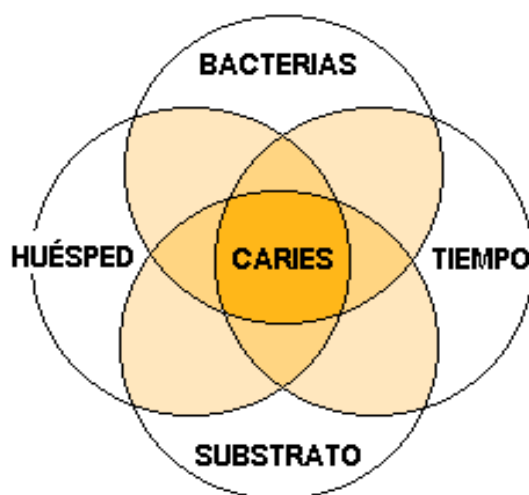


Fig. 5 Mecanismo de acción de la caries (Cawson, 2009)

Dentro de los principales factores implicados en la caries encontramos: microorganismos, azúcares y susceptibilidad del huésped.

a) Microorganismos

La placa dental es una masa blanda, adherente de colonias bacterianas que se desarrolla sobre la superficie de los dientes, encías y otras superficies bucales cuando no se practican métodos de higiene bucal adecuados. Las cepas bacterianas cariogénicas son capaces de fermentar hidratos de carbono, produciendo ácidos como subproductos metabólicos, así como de crecer y reproducirse en dicho medio ácido, dentro de los principales microorganismos productores de la caries tenemos algunas cepas de *Streptococcus mutans*, interviniendo posteriormente otros estreptococos (*S. sanguis*, *S. salivarius* y lactobacilos).(Cawson, 2009, pág. 43)

b) Azúcares

La presencia de azúcares en la dieta es el factor más importante en el proceso de iniciación de la caries, múltiples estudios epidemiológicos indican que sin hidratos de carbono fermentables en la dieta la caries dental no se desarrolla. Los hidratos de carbono a través de acciones enzimáticas bacterianas, metabolitos ácidos (láctico, butírico y acético) actuarán sobre la hidroxiapatita, provocando la descalcificación dental, siendo más importante la frecuencia con la que se ingiere sacarosa que la cantidad total ingerida. (Cawson, 2009, pág. 45)



Fig. 6 Microorganismos (Rogelio, 2009)

c) Susceptibilidad del huésped

Dentro de los factores que vuelven al huésped vulnerable a la caries encontramos:

- Composición de la saliva.
- Morfología del diente.
- **Saliva:** la capacidad amortiguadora de la saliva, ayuda a neutralizar los ácidos producidos por las bacterias, además contiene calcio y fosfato que ayudan en el proceso de remineralización.

- **Morfología del diente:** Las irregularidades en la superficie dental favorecen el desarrollo de lesiones cariosas.



Fig.7 Huesped Susceptible(Andreasen, 2009)

d) Tiempo

Para iniciar el proceso carioso la presencia de carbohidratos fermentables en la dieta no es suficiente, sino que además estos deben permanecer durante un tiempo determinado en la boca, el tiempo de desmineralización del esmalte por ingesta de soluciones azucaradas se estima por veinte minutos.(Negroni, 2009, pág. 248)

2.4. CLASIFICACION DE CARIES

2.4.1 DE ACUERDO A LA LOCALIZACION DE LA CARIES EN LA SUPERFICIE DEL DIENTE

Caries en puntos o fisuras: De color negro parduzco, que se localiza sobre las fosas y fisuras profundas de molares y premolares.

Caries en superficies lisas: Superficies proximales de los dientes o del tercio gingival de color marrón parduzco. (García L. , 2009, pág. 54)

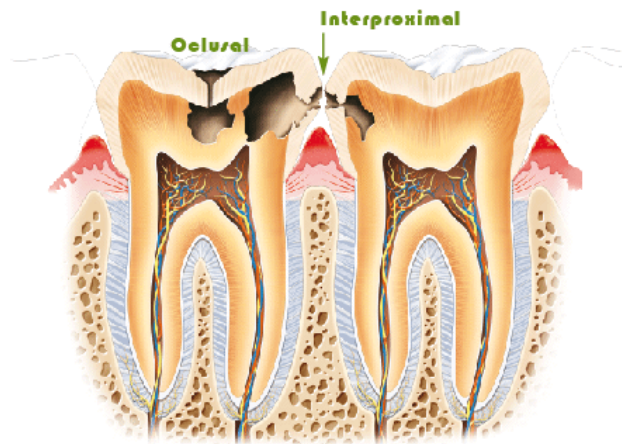


Fig. 8 Caries de acuerdo a la Localización (Monzó, 2014)

2.4.2. DE ACUERDO AL CURSO CLINICO

Caries dental aguda: De curso clínico rápido y que da como resultado afecciones de la pulpa dental.

Caries dental crónica: De curso lento y prolongado. (Aguilera, 2010, pág. 29)



Fig. 9 Caries Dental de acuerdo al curso clínico (Andreasen, 2009)

2.4.3. DE ACUERDO A SI LA LESION ES NUEVA

Caries Primaria: Constituye el ataque inicial a la superficie dental.

Caries secundaria o recidivante: Caracterizada por recidivas de la cavidad de una pieza restaurada.

2.4.4. SEGÚN SU PROFUNDIDAD

Superficiales: Caries de primer grado, en esta no hay dolor, compromete esmalte.

Intermedias: Llegan hasta la mitad del espesor de la dentina, se le considera también como de segundo grado, compromete dentina.

Profundas: Abarca todo el espesor de la dentina, compromete pulpa, se le considera también como caries de tercer grado. (Nocchi C. , 2008, pág. 16)

2.4.5. SEGÚN EL GRADO

Caries de primer grado: Esta caries es asintomática, por lo general es extensa y poco profunda, esta se localiza al hacer una inspección y exploración. Normalmente el esmalte se ve de un brillo y color uniforme, pero cuando falta la cutícula de Nashmith o una porción de prismas han sido destruidas, este presenta manchas blanquecinas granulosas. En otros casos se ven surcos transversales y oblicuos de color opaco, blanco, amarillo, café.

Caries de segundo grado: Aquí la caries ya atravesó la línea amelodentinaria y se ha implantado en la dentina, el proceso carioso evoluciona con mayor rapidez, ya que las vías de entrada son más amplias, pues los túbulos dentinarios se encuentran en mayor número y su diámetro es más grande que el de la estructura del esmalte. En general, la constitución de la dentina facilita la proliferación de gérmenes y toxinas, debido a que es un tejido poco calcificado y esto ofrece menor resistencia a la caries.(Nocchi C. , 2008, pág. 18)

Caries de tercer grado: La caries ha llegado a la pulpa produciendo inflamación en este órgano pero conserva su vitalidad, presentan dolor espontáneo y provocado: Espontáneo porque no es producido por una causa externa directa sino por la congestión del órgano pulpar que hace presión sobre los nervios pulpares, los cuales quedan comprimidos contra la pared de la cámara pulpar, este dolor aumenta por las noches, debido a la posición

horizontal de la cabeza, causada por la mayor afluencia de sangre. El dolor provocado se debe agentes físicos, químicos o mecánicos, también es característico de esta caries, que al quitar alguno de estos estímulos el dolor persista.(Nocchi C. , 2008, pág. 18)

Caries de cuarto grado: La pulpa ha sido destruida totalmente, por lo tanto no hay dolor, ni dolor espontáneo, pero las complicaciones sí son dolorosas y pueden ser desde una monoartritis apical hasta una Osteomielitis.



Fig.10caries según el grado (Garcia O. S., 2014)

2.4.6. SEGÚN BLACK

Black padre de la Operatoria Dental clasifico a las cavidades en cinco grandes grupos, según su localización siendo estas las siguientes:

Clase I: De puntos y fisuras en caras oclusales de premolares y molares, de cara vestibular y palatina en incisivos a nivel del cíngulo.

Clase II: De caras proximales de molares y premolares.

Clase III: De caras proximales de dientes anteriores que no afectan el ángulo.

Clase IV: Afecta el ángulo incisal de los incisivos.

Clase V: Afecta el tercio gingival en anteriores o posteriores.

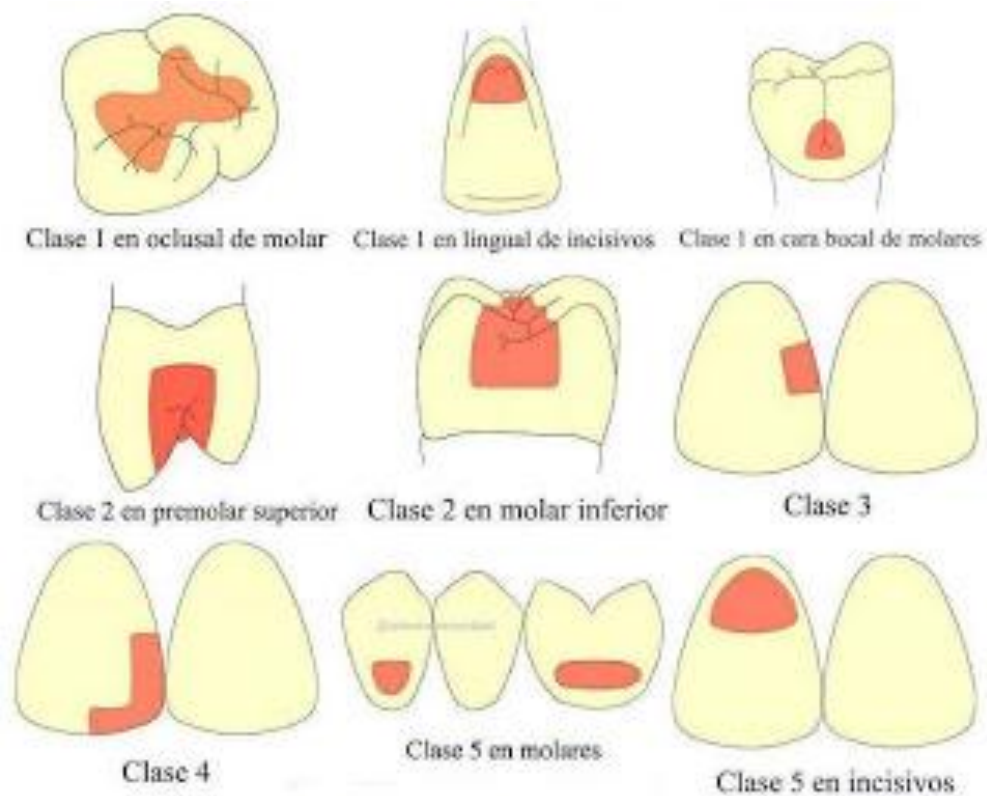


Fig. 11 clases de Black (OdontoInformato, 2012)

2.4.7. DESDE EL PUNTO DE VISTA HISTOLOGICO

Caries de esmalte: Comienza como una mancha blanca que se distingue en el esmalte sano, se inicia en superficies lisas de molares y en dientes anteriores. Así mismo en puntos de contacto, superficies mesio distales de todos los dientes. (Nocchi C. , 2008)

Caries de la dentina: Cuando la caries llega al límite amelodentinario se produce la difusión lateral del proceso formando una base amplia a partir de allí la infección es guiada por la curvatura primaria de los túbulos. (ARENA, 2009)

Caries del cemento: Resulta de la retracción de la encía marginal, quedando expuesta la superficie radicular. Esto determina la presencia de áreas de

retención de placa especialmente en las zonas proximales y en la unión cemento-esmalte. (BARRANCOS, 2006)

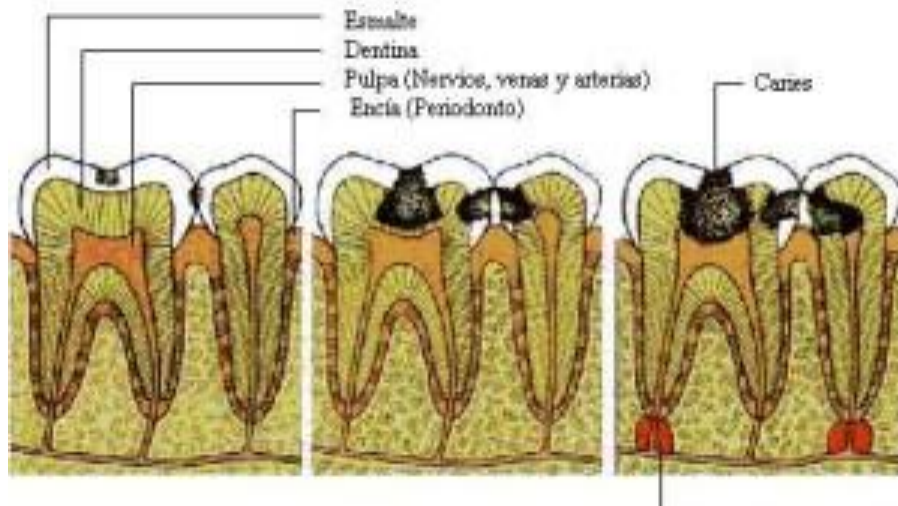


Fig.12 Caries según tejidos Histológicos (Arena, 2009)

2.4.8. OTROS TIPOS DE CARIES:

Caries residual: Material descompuesto que queda en una cavidad preparada.

Caries incipiente: Caries dental en una etapa inicial de su desarrollo.

3. TRAUMATISMOS

3.1. DEFINICION

“Los traumatismos dentales son eventos que suceden frecuentemente. Los datos reunidos por las estadísticas, revelan cifras considerablemente significantes en cuanto a la incidencia y prevalencia de estos accidentes, por lo tanto se los ha llegado a considerar como un problema de Salud Pública Global”. (Pinkham, 2008, pág. 504)

El término traumatismo define aquellas lesiones externas e internas provocadas por una violencia exterior, siendo quizá uno de los accidentes más dramáticos que le suceden a un individuo, y su frecuencia en las clínicas

dentales es aún más evidente. Un diagnóstico correcto y una adecuada actitud terapéutica pueden resolver definitivamente un caso.(García Ballesta, 2007)



Fig. 13 Traumatismos Dentales (Andrade, 2014)

Etiología

Entre los factores predisponentes que aumentan significativamente la susceptibilidad a las lesiones dentales encontramos la oclusión clase II (incisivos superiores hacia fuera), labio superior corto, incompetencia labial, respiración bucal y los defectos estructurales como la amelogénesis o dentinogénesis imperfecta.(Andreasen, 2009, pág. 25)

3.2 CLASIFICACION

LESIONES DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES

Concusión: lesión de las estructuras de soporte, es la menos severa de las lesiones traumáticas sin movilidad ni desplazamiento del diente dentro de su alveolo, pero si el ligamento periodontal está inflamado, existiendo dolor a la percusión (Escobar, 2010, pág. 534).

Subluxación: aflojamiento del diente, lesión de las estructuras de sostén en las que el diente está flojo, pero no se mueve en el alvéolo. (Berman, 2008, pág. 10)

Luxación: Es un traumatismo dental agudo, se presenta una lesión de los tejidos dentarios duros en el periodonto y la pulpa dental, las lesiones del periodonto que implica una luxación pueden ser:

1. **Luxación intrusiva:** Se produce cuando el diente sufre un impacto que origina movilidad sin desplazamiento en el hueso alveolar, acompañado de fractura de la pared alveolar.
2. **Luxación extrusiva:** Existe desplazamiento parcial de un diente en su alvéolo.
3. **Luxación lateral:** desplazamiento del diente en una dirección lateral, suele existir fractura del alvéolo.(Escobar, 2010, pág. 535)

Avulsión: salida del diente fuera del alvéolo, es importante reimplantar el diente inmediatamente dentro de los cinco primeros minutos, con el fin de permitir la regeneración del ligamento periodontal y el regreso a su función normal.

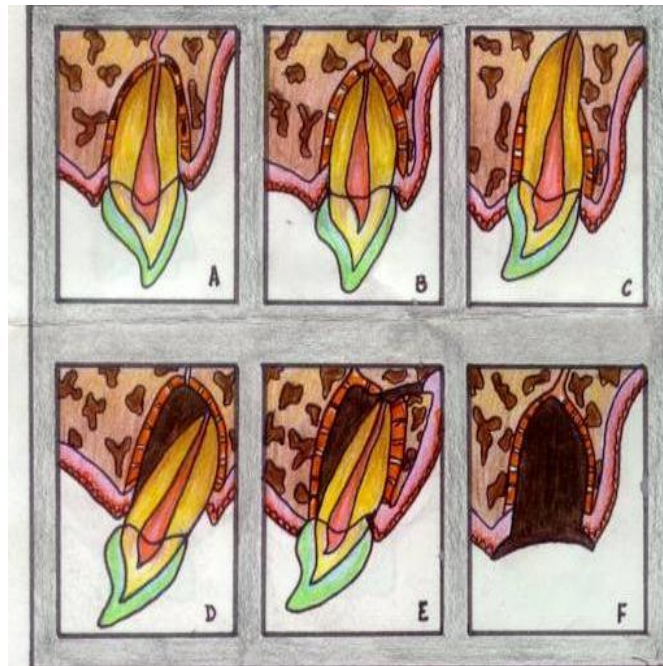


Fig. 14 Lesiones tejidos Periodontales (a. concusión, b. subluxación, c. luxación intrusiva, d. luxación extrusiva, e. luxación lateral, avulsión) (Andreasen, 2009)

LESIONES DEL HUESO DE SOSTEN

Comunicación de la cavidad alveolar: frecuentemente se presenta junto a una luxación lateral o intrusiva.

Fractura de la pared alveolar: se limita a las paredes vestibular o lingual.

Fractura del proceso alveolar: puede afectar cavidad alveolar. (Tsukiboshi, 2008, pág. 46)

Fractura del Maxilar y Mandíbula

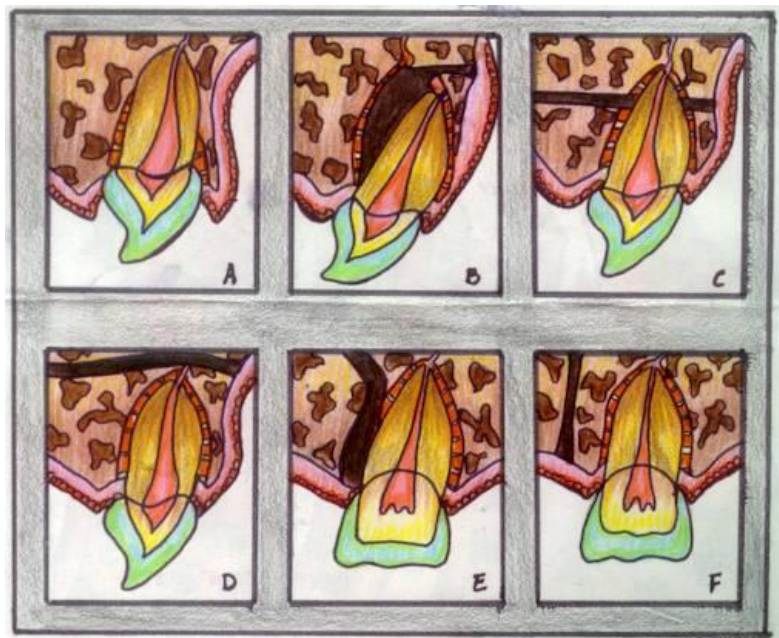


Fig. 15 Lesiones del hueso de Sostén (a. fractura múltiple de la pared alveolar, b. fractura simple de la pared alveolar, c.d. Fractura proceso alveolar, e. f. fractura del maxilar y mandíbula) (Andreasen, 2009)

4. CONSECUENCIAS DE LA PÉRDIDA DENTAL

Las consecuencias de la pérdida de dientes se producen a distintos niveles afectando al paciente tanto en su estética dental como en la capacidad

funcional. Podemos agrupar las principales consecuencias de la falta de dientes en alteraciones faciales, alteraciones funcionales, intra orales. (Carvajal, 2008)

Alteraciones faciales

Las consecuencias faciales son:

1. Disminución de la dimensión vertical.
2. Pérdida de soporte óseo para los tejidos periorales; labios distorsionados.
3. Pseudoprogнатismo debido a que la mandíbula rotará en sentido anti horario sobre el eje intercondilar buscando la estabilidad que aportaban los dientes. Asimismo los distintos mecanismos de reabsorción en ambos maxilares acentúan la discrepancia entre las dos arcadas (en el maxilar superior predomina la reabsorción en cara vestibular, mientras que en la mandíbula predomina la reabsorción en la zona lingual).

Alteraciones Intra orales

Las consecuencias intra orales son:

1. Disminución del área de la mucosa adherida, con una menor zona de soporte.
2. Reabsorción del proceso alveolar, en la mandíbula es más intensa que en el maxilar superior. Cuando esta reabsorción es muy intensa provoca la aparición en superficie de irregularidades o alteraciones de la mandíbula como las apófisis geni o exóstosis, dificultando aún más el asentamiento de una prótesis dental removible.
3. controlan la intensidad de Pérdida de propioceptores del ligamento periodontal que as fuerzas masticatorias. Disminución de la sensibilidad epicrítica.
4. Macroglosia relativa debido a que la lengua invade el espacio.

Alteraciones funcionales

Las consecuencias funcionales son:

1. Trituración insuficiente de los alimentos necesitando mecanismos compensatorios para su digestión.
2. La pérdida de propiocepción y las diferencias morfológicas entre la prótesis y los propios dientes producen problemas dinámicos durante la masticación que obligan al paciente a aprender nuevos patrones de movimientos masticatorios.
3. Problemas de fonación, debido a que el paciente edentulo parcial pronuncia mal los fonemas o sonidos lingu dentales y labio dentales. (Almoyna, 2014, pág. 25)

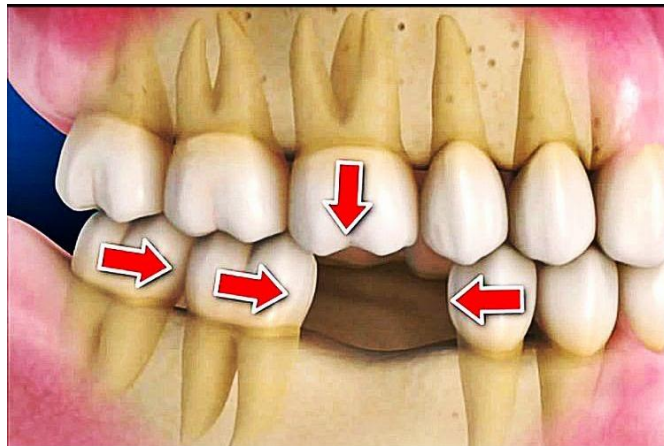


Fig. 16 Consecuencias perdida dental (Almoyna, 2014)

e. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio fue de tipo Descriptivo ya que determinó la situación de las variables que se estudiaron, Por su carácter es Cuantitativa debido a que nos ayudó a determinar porcentualmente el estado de salud bucal de los estudiantes de la Universidad Nacional de Loja, modalidad de estudios presencial y por su alcance temporal es transversal puesto que la recolección de los datos se la realizó durante una cantidad de tiempo limitada, tiempo comprendido entre los meses de mayo y julio del año 2014.

El área de estudio en la que se realizó la investigación fue la Universidad Nacional de Loja, el universo corresponde a 8228 estudiantes de la modalidad de estudios presencial; de forma aleatoria se tomó una muestra correspondiente a 894 estudiantes, siendo 442 de género masculino y 452 de género femenino, la presente investigación tomo como muestra a la población estudiantil de género femenino y masculino de las cuales 398 estudiantes presentaron perdida dental.

Los criterios de inclusión lo conformaron: los estudiantes legalmente matriculados en la UNL en cualquiera de las carreras; estudiantes en edades de 18-30 años de edad cumplidos al 1 de Mayo de 2014; estudiantes de género femenino y masculino; estudiantes que deseen participar y expresen su consentimiento por escrito; estudiantes que presentaban perdida dental. Mientras que los criterios de exclusión lo conformaron: los estudiantes que no se encuentren legalmente matriculados; estudiantes menores de 18 años y mayores de 30 años; cumplidos al 1 de Mayo de 2014; estudiantes que habiendo sido seleccionados aleatoriamente no deseen o no puedan participar en la investigación; estudiantes que están incapacitados de realizarse el examen odontológico.

Las técnicas utilizadas fueron la Observación clínica de patologías propias de la cavidad oral y características extra orales de cada estudiante, la aplicación de la Historia Clínica odontológica para la recopilación de datos generales de

los estudiantes que intervinieron en el estudio y el respectivo diagnóstico clínico estomatognático.

El instrumento utilizado para la recolección de la información fue la Historia Clínica Odontológica, siendo esta un documento médico legal, en la revisión odontológica se pudo observar la pérdida dental, procediendo posteriormente a realizar el interrogatorio respectivo el mismo que permitió identificar las causas que provocaron la pérdida dental prematura de los pacientes estudiados.

Con ello los resultados obtenidos se presentaron en porcentajes, utilizando el programa Microsoft Excel y Microsoft power point para realizar la socialización del trabajo investigativo.

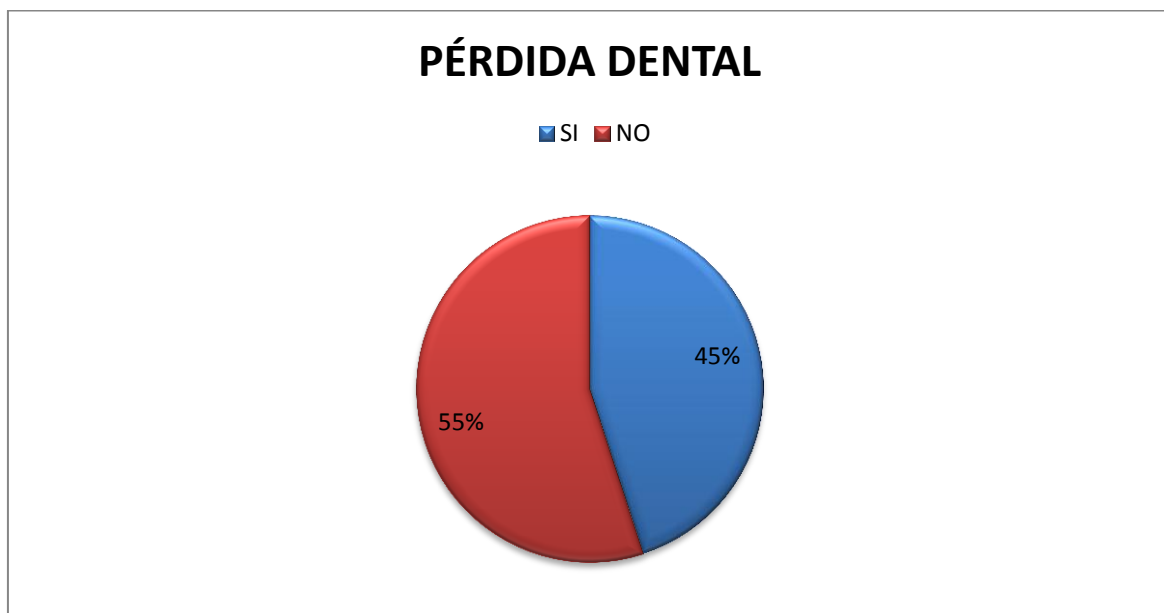
f. RESULTADOS

TABLA 1
FRECUENCIA DE PERDIDA DENTAL

PERDIDA DENTAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	398	45
No	496	55
TOTAL	894	100%

FUENTE Historia Clínica aplicada a los Estudiantes de la "UNL" (Base de Datos Epinfo)

Elaborado por: María José Silva Ch.



INTERPRETACION:

La presente tabla indica que el 45% de la muestra estudiada presenta pérdida Dental, mientras que el 55% restante no presenta pérdida dental.

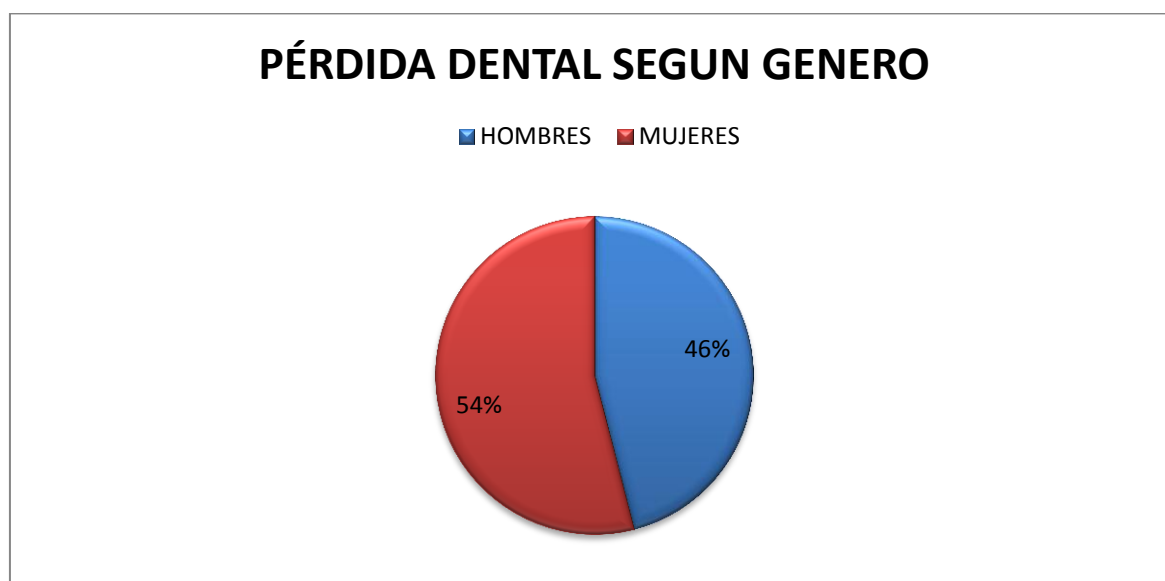
TABLA 2

FRECUENCIA DE PERIDA DENTAL SEGÚN EL GÉNERO

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOMBRES	184	46
MUJERES	214	54
TOTAL	398	100%

FUENTE Historia Clínica aplicada a los Estudiantes de la "UNL" (Base de Datos Epinfo)

Elaborado por María José Silva Ch.



INTERPRETACION:

La Pérdida Dental se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino con el 54%, mientras que en el sexo masculino se presenta en menor porcentaje en un 46%.

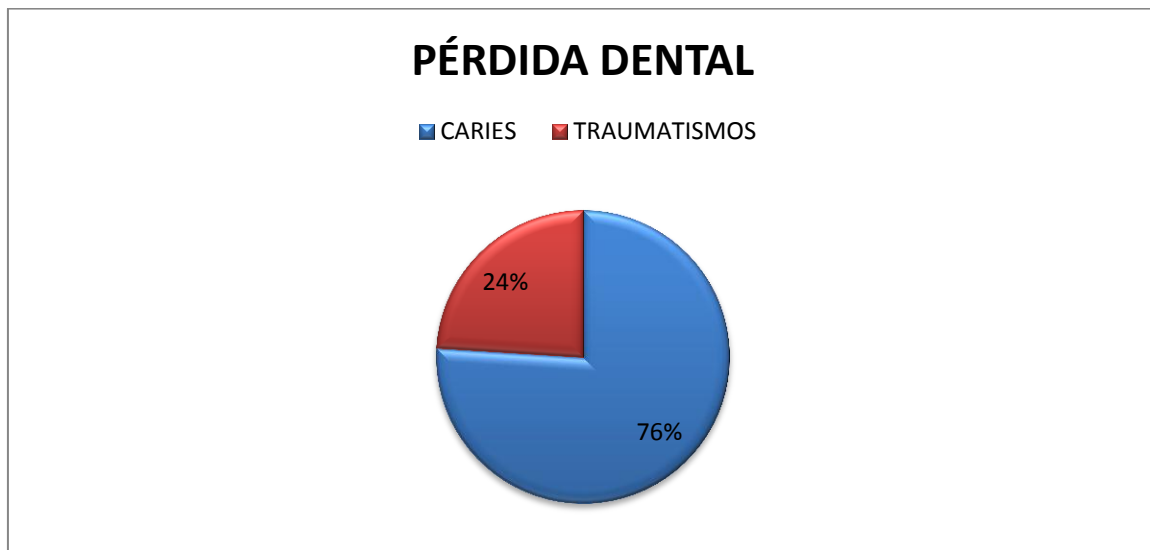
TABLA 3

FRECUENCIA DE PERDIDA DENTAL POR CARIES Y TRAUMATISMOS

PERDIDOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CARIES DENTAL	303	76
TRAUMATISMOS	95	24
TOTAL	398	100%

FUENTE Historia Clínica aplicada a los Estudiantes de la "UNL"(Base De Datos Epinfo)

Elaborado por María José Silva Ch.



INTERPRETACION:

El 76% de la muestra estudiada presenta pérdida dental asociada a Caries Dental, mientras que 24% está relacionada con Traumatismos.

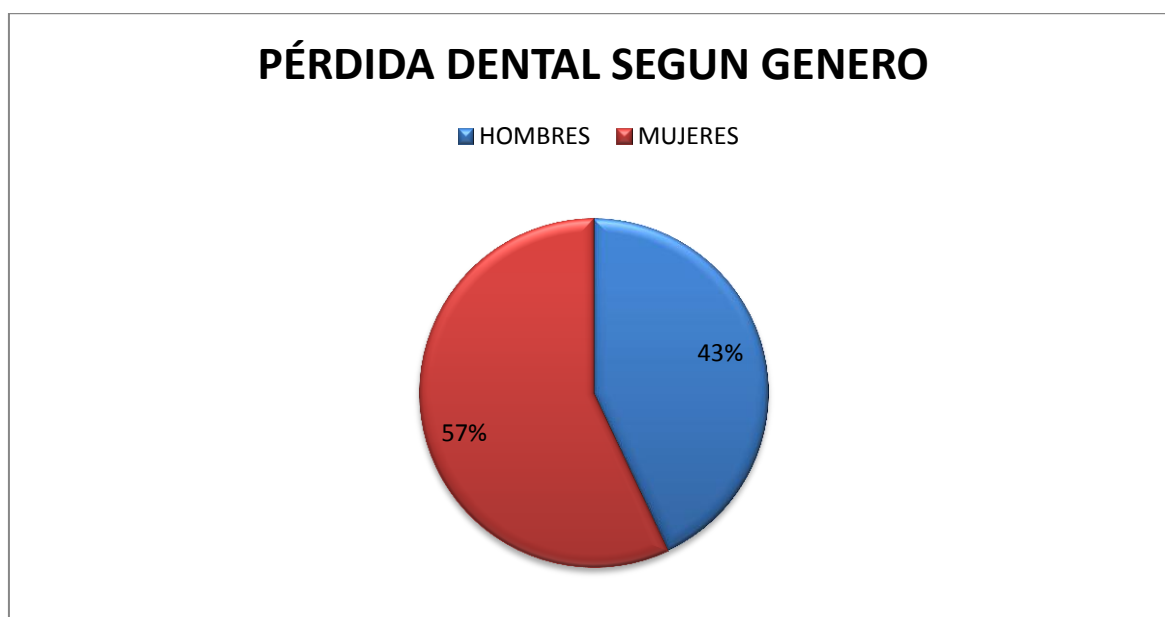
TABLA 4

FRECUENCIA DE PERDIDA DENTAL POR CARIES DENTAL SEGÚN GÉNERO

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOMBRES	150	43
MUJERES	195	57
TOTAL	345	100%

FUENTE Historia Clínica aplicada a los Estudiantes de la "UNL" (Base de Datos Epinfo)

Elaborado por María José Silva Ch.



INTERPRETACION:

El 57% de la muestra estudiada presenta pérdida dental por Caries dental correspondiente al género femenino, mientras que el 43% corresponde al género masculino.

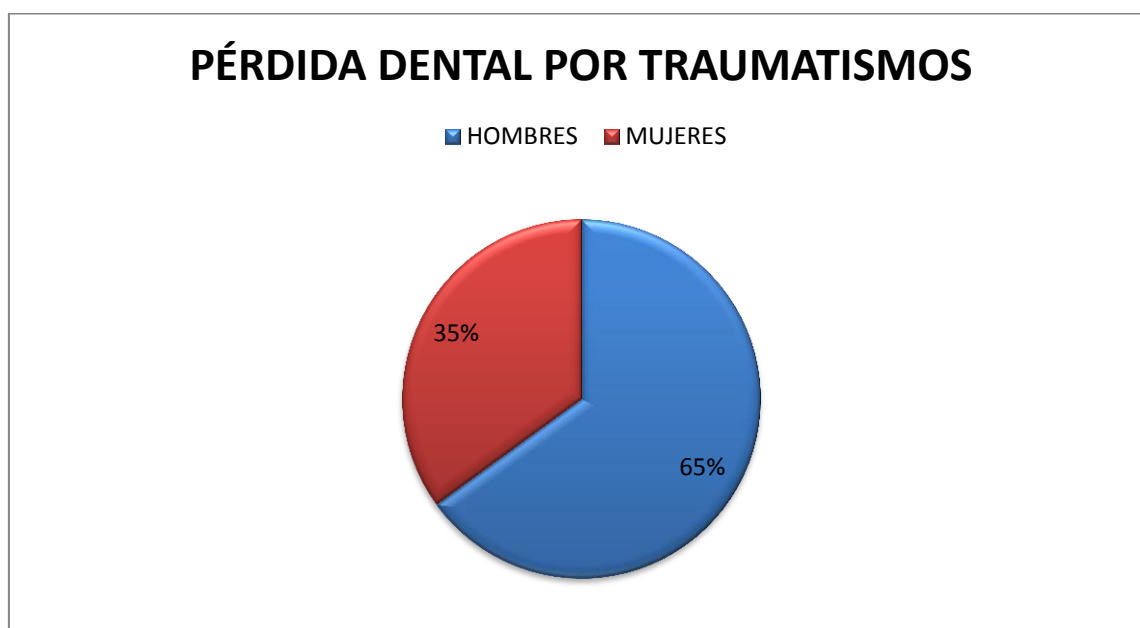
TABLA 5

FRECUENCIA DE PÉRDIDA DENTAL POR TRAUMATISMO SEGÚN GÉNERO

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOMBRES	34	65
MUJERES	19	35
TOTAL	53	100%

FUENTE Historia Clínica aplicada a los Estudiantes de la "UNL" (Base de Datos Epinfo)

Elaborado por María José Silva Ch.



INTERPRETACION:

La Pérdida Dental por traumatismo se presenta con mayor frecuencia en el género masculino en un 65%, mientras que en el género femenino se presenta en menor porcentaje en un 35%.

g. DISCUSIÓN

La pérdida dental produce alteraciones estéticas y funcionales, dentro de sus principales causas encontramos a la caries, enfermedad periodontal y traumatismos dentales.(Agurto, 2010)

El presente estudio tiene como finalidad identificar las principales causas que ocasionan la pérdida dental prematura en estudiantes de 18 a 30 años de la Universidad Nacional de Loja. Así se pudo determinar que la frecuencia de pérdida dental en dicha población fue del 45%. Los resultados son diferentes al estudio publicado a la revista sCielo en un estudio en Venezuela en el 2009, donde se demostró que la frecuencia de pérdida dental fue en un 19 % en estudiantes de 15 a 25 años.

En un estudio realizado en Chile, en una población de 25 años, se observa que el índice de dientes Perdidos a consecuencia de la caries es de 13,04% (Medina-Solís Carlo Eduardo, 2008). Siendo los resultados diferentes al presente estudio debido a que se encontró una frecuencia de pérdida dental por caries correspondiente al 76%.

El estudio realizado en México encontró frecuencia de pérdida dental por caries dental con un porcentaje de 52% en hombres (Eduardo Pérez-Campos, 2011). Estos resultados fueron similares a los resultados obtenidos en el presente estudio, pues la pérdida dental por caries en el género masculino es 54%.

Consecuentemente en un estudio realizado por Cando en Medellín (Colombia) en el 2010 respecto a las patologías que ocasionan la pérdida dental en un grupo de estudiantes de 25 a 30 años encontró que el 59% de las mujeres perdieron sus dientes por caries y el 41% de hombres, siendo los resultados similares con el presente estudio ya el 57% de mujeres perdieron sus dientes por caries, mientras que el 43% restante fue en hombres.

En un estudio realizado en la Universidad Central de Venezuela (Carolina Rodríguez, 2011), encontró que existe una frecuencia de pérdida dental a

causa de traumatismos en un 26%, de la misma forma en un estudio publicado por la Revista Latinoamericana de Ortodoncia, acerca de la relación de pérdida dental y traumatismos en adolescentes determino que una de las causas de pérdida son los traumatismos por diversos motivos, este estudio se lo realizó en 520 estudiantes con una edad promedio de 24 años (Cecilia Garbarino, 2011). Estos resultados concuerdan con los resultados del presente estudio, pues los traumatismos dentales son la segunda causa más frecuente de pérdida dental en un 24%.

El presente estudio realizado en la Universidad Nacional de Loja en 894 estudiantes en edades comprendidas de 18 a 30 años, en ambos géneros, los resultados obtenidos fueron similares a los resultados presentados en los estudios expuestos anteriormente, ya que la Caries fue el factor predominante para la Pérdida Dental, siendo más frecuente en sexo Masculino.

h. CONCLUSIONES

- ✦ El 45% de la muestra estudiada presenta Pérdida Dental, mientras que el 55% restante no presenta pérdida dental.
- ✦ La pérdida dental se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino con un 57 % y en el sexo masculino con un 43 % de los 894 pacientes estudiados.
- ✦ Las principales causas de pérdida dental fueron las caries y los traumatismos.
- ✦ De los estudiantes que presentaron pérdida dental, el 76% se encuentra asociada a Caries Dental, mientras que 24% está relacionada con Traumatismos.
- ✦ Existe mayor pérdida dental por traumatismos en el género masculino representado en un 65%, mientras que en el género femenino en menor porcentaje correspondiente al 35%.

i. RECOMENDACIONES

Al finalizar el presente trabajo de investigación se recomienda lo siguiente:

1. A la Universidad Nacional de Loja, para que se impartan charlas educativas, las mismos que permitan que los estudiantes conozcan la importancia del cuidado de los dientes, con el objetivo de minimizar la pérdida de piezas dentarias permanentes de manera prematura y la aparición de cualquier otra patología bucal.
2. A la Carrera de Odontología, para que realice programas de salud bucal los mismos que permitan impulsar el cuidado de la cavidad oral en la comunidad Universitaria.
3. Al ministerio de salud, para que fomente programas de prevención en salud oral, los mismos que permitan concientizar a la ciudadanía sobre la importancia del cuidado de sus piezas dentales.
4. Sensibilizar a los estudiantes de la Universidad Nacional de Loja que participaron en la realización del macro-proyecto **“Pérdida dental prematura y sus principales causas en los y las estudiantes de la Universidad Nacional de Loja en la modalidad de estudios presencial en edades comprendidas de 18 a 30 años en el periodo Mayo julio de 2014”**, sobre la importancia de mantener todos sus dientes en boca.

j. BIBLIOGRAFIA

1. Aguilera, F. (2010). Tecnicas de ayuda odontologica y estomatologica. España : Rogar.
2. Almoyna, P. (septiembre de 2014). perdida dental. Al Aire, 25.
3. Andreasen, J. (2009). Lesiones traumaticas de los dientes. Barcelona: Labor.
4. ARENA, M. (2009). Caries dental. Guías de Practica Clínica Basada en Evidencia. Colombia: ACFO.
5. Autores, C. d. (2007). Guías prácticas clínicas de caries dental. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
6. BARRANCOS, M. (2006). Operatoria dental. Buenos Aires – Argentina: Editorial Médica Panamericana.
7. Berman, L. (2008). Manual clinico de Traumatologia Dental. España: Elsevier.
8. Carrascoz A., F. C. (2009). Epidemiología e etiología do traumatismo dental em dientes permanentes. venezuela: Editorial Disinlimed.
9. Carvajal, J. C. (2008). Protesis Fija. España: Amolca.
10. Cawson, R. (2009). Medicina y patologia oral. españa: Elseiver.
11. Condori Cruz, Y. (2000). Perdida Dental. UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MONAGAS(VENEZUELA), 45,50.
12. Dra. Romero, A. (2014). Odontologos Ecuador.
13. Escobar, A. (2010). Odontologia Pediatrica. Buenos Aires: Panamericana.
14. García Ballesta, L. (2007). Nuevas Tendencias en tratamientos de Traumatismos Dentales. Madrid: RCOE.

15. Garcia, L. (2009). Higienistas Dentales. Mexico: amolca.
16. do el 11 de Octubre de 2014, de www.monografias.com.
17. Gomez, A. (2008). Fundamentos de ciencias basicas aplicadas a la odontologia. Bogota.
18. HERNANDEZ, J. (2008). Caries y pérdida dental en estudiantes preuniversitarios mexicanos. SCielo México.
19. Javier de la Fuente-Hernández. (2008). Caries y pérdida dental en estudiantes preuniversitarios mexicanos. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), 124,135.
20. Lindhe, L. (2009). Odontologica, Peridontologia Clinica e Implantologia. España: Medica Panamericana.
21. Martinez, F. (2007). Temas practicos en geriatria y gerentologia. Argentina : Euned.
22. Negronni, M. (2009). Microbiologia estomatologica. Buenos Aires: Panamericana.
23. Nocchi, N. C. (2008). Odontologia Restauradora y Estetica. Barcelona-España: Medica Panamericana.
24. Pinkham. (2008). Odontologia Pediatrica. Mexico: interamericana.
25. Rodríguez, C. (2008). traumatismos dentales en niños y adolescentes. Revista Latinoamericana de Ortodoncia.
26. Shillingburg, J. (2002). Fundamentos Esenciales en Protesis Fija.
27. Tsukiboshi, M. (2008). Plan de tratamiento para Dientes Traumatizados. España: Amolca.
28. Valverde, R. (2007). Perddia Dental. Revista estomatologica Heredia.

K. ANEXOS



PIEZAS DENTALES PERDIDAS













UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOLOGIA



UNIVERSIDAD

MACROPROYECTO: "VALORACIÓN INTEGRAL DEL ESTADO DE SALUD BUCODENTAL DE LOS y LAS ESTUDIANTES DE LA NACIONAL DE LOJA DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL"

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

DATOS DE FILIACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS

GENERO:F

M

CI.

ESTADO CIVIL: SOLTERO

CASADO

DIVORCIADO

UNIÓN LIBRE

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

LUGAR DE NACIMIENTO

LUGAR DE PROCEDENCIA:

LUGAR DE RESIDENCIA:

CARRERA:

CICLO:

TELÉFONO:

TRABAJA:

SI

NO

ANTECEDENTES PERSONALES:

EN EL ULTIMO AÑO HA SIDO DIAGNOSTICADO CON ALGUNA ENFERMEDAD SI NO QUE ENFERMEDAD?

ESTA UD. EN TRATAMIENTO FARMACOLOGICO? SI NO QUE FARMACO?

ALERGIAS SI NO CUAL?

EMBARAZO: SI NO

GASTRITIS SI NO REFLUJO GASTRICO SI NO

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

Señale en el casillero correspondiente si tiene familiares con las siguientes patologías y su parentesco

DIABETES MELLITUS SI Parentesco NO

HTA SI Parentesco NO

CANCER SI Parentesco NO

OTROS

HÁBITOS

CONSUMO DE ALCOHOL: una vez a la semana más de dos veces al mes ocasionalmente nunca

CONSUMO DE CIGARRILLO: muy frecuente poco frecuente nunca

REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA: SI NO QUE ACTIVIDAD

OTROS:

HABITOS DE HIGIENE BUCAL

Óptimo Cepilla 1 vez Utiliza hilo dental SI NO
 Regular Cepilla 2 veces Utiliza enjuague bucal SI NO
 Malo Cepilla 3 veces
 Otros

CONTROL ODONTOLÓGICO

Óptimo visitas al Odontologo 1 vez al año
 regular visitas al Odontologo 2 veces al año
 malo visitas al Odontologo 3 veces al año

PUNTOS DOLOROSOS

NEURALGIA DEL TRIGEMINO SI NO
 FRONTAL POSITIVO NEGATIVO LEVE MODERADO INTENSO UNI O BILATERAL
 MAXILAR POSITIVO NEGATIVO LEVE MODERADO INTENSO UNI O BILATERAL
 MANDIBULAR POSITIVO NEGATIVO LEVE MODERADO INTENSO UNI O BILATERAL

GANGLIOS LINFÁTICOS:

TUMEFACIOS SI
 NORMAL SI

ATM:

Función de ATM RUIDO (click/crépito) DESVIACIÓN DEFLEXIÓN NORMAL

Dolor en la ATM SI NO UNILATERAL BILATERAL

Limitación en apertura SI NO

Desviación mandibular a la apertura. SI NO DERECHA IZQUIERDA

Pérdida de soporte Oclusal Posterior SI NO UNILATERAL BILATERAL

LABIOS:

Pigmentaciones SI NO
 Labio fisurado SI NO

Queilitis angular SI NO
 Color cianótico: SI NO
 Otros Cuáles

Tonicidad labial
 Hipertónico SI NO
 Hipotónico SI NO
 Normal SI NO

FORMA DE ROSTRO
 Cuadrado
 Triangular
 Ovalado

BIOTIPO FACIAL:
 Braquicéfalo
 Normocéfalo
 Dolicocefalo

ASIMETRÍA FACIAL:
 FOTOGRAFÍA SI NO
 DERECHA SI NO
 IZQUIERDA SI NO
 LINEA MEDIA FACIAL recta desviada

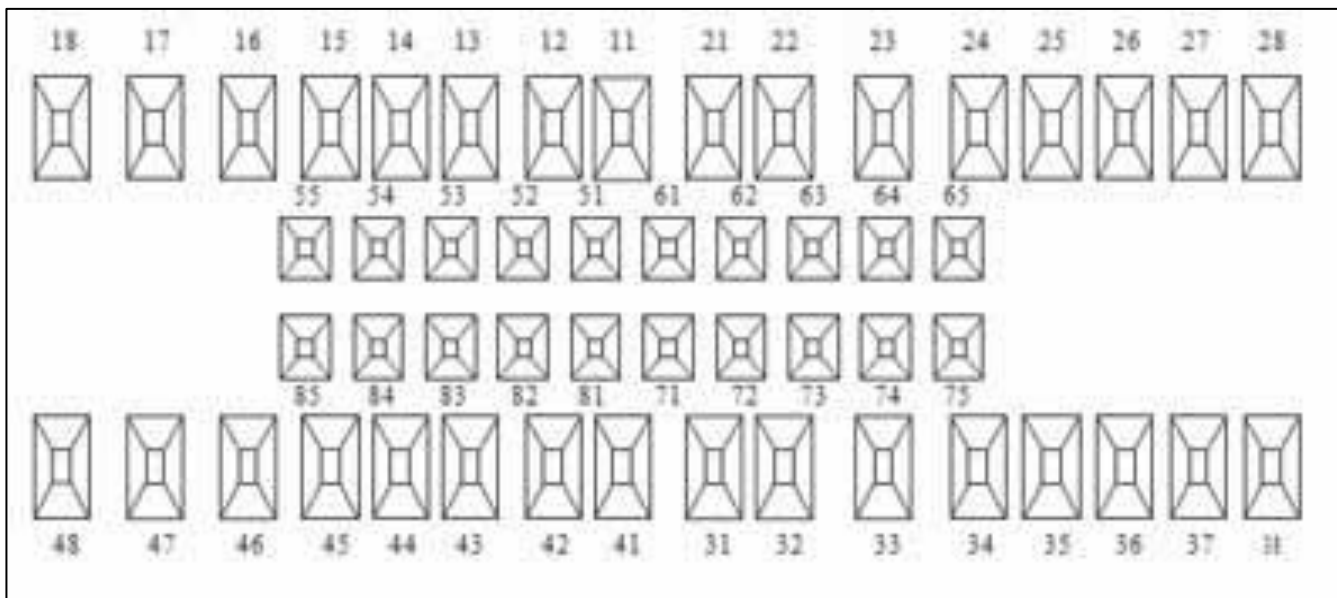
HABITOS
 MORDEDURA DE OBJETOS SI NO CUAL
 CONSUMO DE SUSTANCIAS ACIDAS SI NO CUAL
 INTERPOSICION LINGUAL SI NO
 DESTAPA BOTELLAS CON LOS DIENTES SI NO
 ONICOFAGIA SI NO
 BRUXISMO SI NO

RESPIRADOR BUCAL
SUCCION DIGITAL

SI NO
SI NO

Localizacion

ODONTOGRAMA:



C
P
O

Porta ortodoncia fija

SI

NO

Tuvo tratamiento ortodoncico SI NO

TAMAÑO DE ESPACIO EDENTULO

CUADRANTE 1

1	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>

CUADRANTE 2

1	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>

CUADRANTE 3

1	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>

CUADRANTE 4

1	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>

CLASE DE KENNEDY

CLASE I	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>	MODIFICACION	<input type="text"/>
CLASE II	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>	MODIFICACION	<input type="text"/>
CLASE III	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>	MODIFICACION	<input type="text"/>
CLASE IV	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>		

PORTADOR DE PROTESIS

P. FIJA	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>	Tipo	<input type="text"/>
P.REMOVIBLE	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>	MATERIAL	<input type="text"/>
P. TOTAL	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>	UNI/ BIMAXILAR	<input type="text"/>

LESIONES NO CARIOSAS SI NO

Erosión	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>	Clase I	<input type="text"/>	clase II	<input type="text"/>	clase III	<input type="text"/>
Abrasión	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>						
Atrición	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>	Leve	<input type="text"/>	Moderado	<input type="text"/>	Severo	<input type="text"/>

Abfracción SI NO
 Fluorosis dental SI NO Cuestionable Muy leve ve rado Severo

ALTERACIONES DE NÚMERO DE LOS DIENTES

Supernumerarios SI NO Pieza:
 Agenesia SI NO Pieza:

PERDIDA POR PATOLOGIAS

Traumatismos SI NO Pieza:
 Caries SI NO Pieza:

OCLUSIÓN

RELACIÓN MOLAR:

Clase I SI Derecha Izquierda
 Clase II SI Derecha Izquierda
 Clase III SI Derecha Izquierda
 No aplicable Derecha Izquierda

RELACIÓN CANINA:

Clase I SI Derecha Izquierda
 Clase II SI Derecha Izquierda
 Clase III SI Derecha Izquierda
 No aplicable Derecha Izquierda

OVERJET MEDIDA POSITIVO NEGATIVO
 OVERBITE MEDIDA POSITIVO NEGATIVO

MALOCLUSIONES

Mordida abierta Anterior SI NO
 Mordida Abierta Posterior SI NO UNILATERAL BILATERAL

Mordida profunda SI NO
Mordida cruzada anterior SI NO
Mordida cruzada posterior SI NO UNILATERAL BILATERAL
Mordida bis a bis SI NO

APIÑAMIENTO DENTAL

Anterior SI NO Leve Moderado Severo
Posterior SI NO Leve Moderado Severo

FORMA DE DIENTES

Triangular
Ovalados
Cuadrados

PIEZAS FUERA DEL PLANO OCLUSAL

MESIALIZADAS Pieza **DISTALIZADAS** Pieza
LINGUALIZADAS Pieza **VESTIBULARIZADAS** Pieza
EXTRUIDAS Pieza **INTRUIDAS** Pieza

MAXILAR:

Forma de arcada
Cuadrado
Triangular
Ovoidal

PALADAR DURO

Torus palatino SI NO
Comunicación bucosinusal SI NO
Atresis maxilar SI NO
Micrognatismo maxilar SI NO
Macrognatismo Maxilar SI NO

Petequias SI NO

PALADAR BLANDO

Lesiones Ulcerosas Aftas mayores Aftas menores Lesiones Herpéticas

MANDIBULA

Forma de arcada
Cuadrado
Triangular
Ovoidal

MUCOSA ORAL

Lesiones Blancas SI NO Localizacion
Lesiones Rojas SI NO Localizacion
Lesiones Ulcerosas SI NO Localizacion

EPULIS TRAUMATICO SI NO Localizado Carrillos Localizado Reborde

PISO DE LA BOCA:

Ránula SI NO Localizacion
Hipertrofia de frenillo lingual SI NO
Torus lingual SI NO

CARRILLOS:

Aftas o estomatitis SI NO

GLÁNDULAS SALIVALES:

Tumefacción G. Parótida G. Submaxilar G. Sublingual
Dolor

Secreción Purulenta
Fluidez Salival
Obstrucción de conductos salivales

PH SALIVAL
ÁCIDO(ROJO)
BÁSICO(AZUL)
NORMAL(NO HAY CAMBIO)

FRENILLO LABIAL
NORMAL
INSERCIÓN BAJA
APÉNDICE DE FRENILLO
Produce diastemas a nivel incisivos
NECESIDAD DE TRATAMIENTO

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

FRENILLO LINGUAL
NORMAL
ANQUILOGLOSIA
PRODUCE PROBLEMAS FONÉTICOS
NECESIDAD DE TRATAMIENTO

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

LENGUA:
FISURADA
GEOGRÁFICA
MACROGLOSIA
PATOLOGÍA PULPAR:

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

1. Inspección

Cambio de color

Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Piezas: <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Caries penetrante	Si		No		Piezas:	<input type="text"/>
Exposicionpulpal	Si		No		Piezas:	<input type="text"/>
Lineas de fisura	Si	<input type="text"/>	No	<input type="text"/>	Piezas:	<input type="text"/>
Fistula	Si	<input type="text"/>	No	<input type="text"/>	Piezas:	<input type="text"/>
Microfiltración	Si	<input type="text"/>	No	<input type="text"/>	Piezas:	<input type="text"/>

Fractura	Si	<input type="text"/>	No	<input type="text"/>	Piezas:	<input type="text"/>
----------	----	----------------------	----	----------------------	---------	----------------------

Tejidos Dentales

Coronaria	<input type="text"/>
Radicular	<input type="text"/>
Corono-radicular	<input type="text"/>

Tejidos de Soporte

Contusión	<input type="text"/>
Subluxación	<input type="text"/>
Luxación	<input type="text"/>
Intrusión	<input type="text"/>
Avulsión	<input type="text"/>

2. Análisis del fenómeno doloroso

§ Provocado	<input type="text"/>
§ Localizado	<input type="text"/>
§ Corto	<input type="text"/>
§ Intermitente	<input type="text"/>
§ Espontaneo	<input type="text"/>
§ Difuso	<input type="text"/>
§ Prolongado	<input type="text"/>
§ Continuo	<input type="text"/>

§ Sordo	<input type="text"/>
§ Expansivo	<input type="text"/>
§ Pulsátil	<input type="text"/>
§ Irradiado	<input type="text"/>
§ Ocasional	<input type="text"/>
§ Constante	<input type="text"/>
§ Agudo	<input type="text"/>
Otros	<input type="text"/>

3. Palpación

Coronaria	Sintomática	Si	<input type="text"/>	No	<input type="text"/>
Apical	Sintomático	Si	<input type="text"/>	No	<input type="text"/>

Tumefacción firme
Tumefacción Blanda
Asintomático

4. Percusión

Horizontal Positivo Negativo
Vertical Positivo Negativo

5. Pruebas térmicas

frío Positivo Negativo Cede despues del estimulo
calor Positivo Negativo Al retirarlo persiste

6. Movilidad

Grado I Pieza
Grado II Pieza
Grado III Pieza

7. Sondaje periodontal

MV MeV DV
MP-L MeP-L DP-L

8. Diagnóstico Radiográfico

Cámara pulpar Normal
Modificada

Conductos radiculares Calcificación

Resorción interna
Resorción externa
Otros

Periapice

Lesión periapical

Presente

Ausente

Ligamento periodontal

Normal

Denso

Roto

9. DIAGNÓSTICO

NECROSIS PULPAR

PULPITIS IRREVERSIBLE

PERIODONTITIS APICAL CRÓNICA

PULPITIS REVERSIBLE

ABSCESO DENTOALVEOLAR CRÓNICO

ABCESODENTO ALVEOLAR CON FISTULA

ABCESODENTO ALVEOLAR SIN FISTULA

DESPULPADO / RETRATAMIENTO

OTRO:

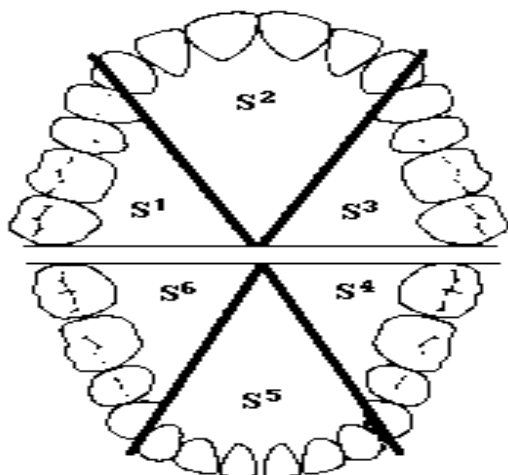
PATOLOGIA PERIODONTAL

EVALUACIÓN PERIODONTAL:

Índice de Necesidad de Tratamiento Periodontal de la Comunidad

NECESIDAD DE TRATAMIENTO PERIODONTAL

0 Tejidos sanos



- 1 Sangrado gingival
- 2 Presencia de cálculo y/o obturaciones defectuosas
- 3-4 Bolsa patológica de 3,5 a 5,5mm

S 1:	S2:	S3:
S4:	S5:	S6:
FECHA:		
Código 0: Mantener las medidas de prevención.		
Código 1: Instrucción de higiene bucal		
Código 2: Instrucción de higiene bucal Detartraje Eliminar obturaciones con desajustes		
Código 3 y 4: Instrucción de higiene bucal Detartraje supragingival y subgingival Pulido radicular		
DIAGNOSTICO		
OBSERVACIONES		

VALORACIÓN DE RAMFJORD

- | | | | |
|----|--|----|---|
| G0 | | G0 | AUSENCIA DE INFLAMACION |
| G1 | | G1 | Zona enrojada de encia que rodea diente |
| G2 | | G2 | Gingivitis alrededor del diente |

G3

G3 Enrojecimiento intenso, hemorragia, ulceraciones

PERIODONTITIS

Perdida de insercion de 3 mm - LEVE

SI NO

Perdida de insercion de 3 - 6 mm - MODERADO

SI NO

Perdida de insercion mayor 6 mm - SEVERO

SI NO

CÁLCULO SUPRAGINGIVAL

PIEZA #16 ó 15	1/3 corona	<input type="checkbox"/>	2/3 corona
PIEZA #11 ó 21	1/3 corona	<input type="checkbox"/>	2/3 corona
PIEZA #24 ó 25	1/3 corona	<input type="checkbox"/>	2/3 corona
PIEZA #34 ó 35	1/3 corona	<input type="checkbox"/>	2/3 corona
PIEZA #31 ó 41	1/3 corona	<input type="checkbox"/>	2/3 corona
PIEZA #46 ó 45	1/3 corona	<input type="checkbox"/>	2/3 corona

<input type="checkbox"/>	3/3 corona
<input type="checkbox"/>	3/3 corona
<input type="checkbox"/>	3/3 corona
<input type="checkbox"/>	3/3 corona
<input type="checkbox"/>	3/3 corona
<input type="checkbox"/>	3/3 corona

CÁLCULO SUBGINGIVAL

PIEZA #16 ó 15	1/3 raíz	<input type="checkbox"/>	2/3 raíz
PIEZA #11 ó 21	1/3 raíz	<input type="checkbox"/>	2/3 raíz
PIEZA #24 ó 25	1/3 raíz	<input type="checkbox"/>	2/3 raíz
PIEZA #34 ó 35	1/3 raíz	<input type="checkbox"/>	2/3 raíz
PIEZA #31 ó 41	1/3 raíz	<input type="checkbox"/>	2/3 raíz
PIEZA #46 ó 45	1/3 raíz	<input type="checkbox"/>	2/3 raíz

<input type="checkbox"/>	3/3 raíz
<input type="checkbox"/>	3/3 raíz
<input type="checkbox"/>	3/3 raíz
<input type="checkbox"/>	3/3 raíz
<input type="checkbox"/>	3/3 raíz
<input type="checkbox"/>	3/3 raíz

INDICE IHOS

Placa Bacteriana

PIEZA #16 ó 15	1/3 corona	<input type="checkbox"/>	2/3 corona
PIEZA #11 ó 21	1/3 corona	<input type="checkbox"/>	2/3 corona
PIEZA #24 ó 25	1/3 corona	<input type="checkbox"/>	2/3 corona
PIEZA #34 ó 35	1/3 corona	<input type="checkbox"/>	2/3 corona
PIEZA #31 ó 41	1/3 corona	<input type="checkbox"/>	2/3 corona
PIEZA #46 ó 45	1/3 corona	<input type="checkbox"/>	2/3 corona

<input type="checkbox"/>	3/3 corona
<input type="checkbox"/>	3/3 corona
<input type="checkbox"/>	3/3 corona
<input type="checkbox"/>	3/3 corona
<input type="checkbox"/>	3/3 corona
<input type="checkbox"/>	3/3 corona

PRESENCIA DE CÁLCULO DENTAL

SI NO

NECESIDAD DE TRATAMIENTO

Le gustaria recibir tratamiento odontologico	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Que tipo de tratamiento	<input type="text"/>
Que tipo de atencion prefiere			Publica		Privada	
Conoce los servicios que ofrece la clinicaodontologica de la UNL	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>		
Le gustaria ser atendido en la clinicaodontologica de la UNL	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>		
Esta Ud. en posibilidades de costear un Tx. Odontologico	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Porque	<input type="text"/>

RESPONSABLE:

INDICE

Portada	
Certificación	ii
Autoría	iii
Agradecimiento	iv
Dedicatoria	v
a. Título	1
b. Resumen en castellano y traducido en inglés	2
c. Introducción	4
d. Revisión de literatura	6
e. Materiales y métodos	23
f. Resultados	25
g. Discusión	30
h. Conclusiones	31
i. Recomendaciones	32
j. Bibliografía	33
k. Anexos	36

Índice de Gráficos

Figura 1 Pérdida Dental	6
Figura 2 Enfermedades Dentales	7
Figura 3 Traumatismos Dental	7
Figura 4 Caries Dental	8
Figura 5 Mecanismo de Acción	9
Figura 6 Microorganismos	10
Figura 7 Huesped Susceptible	11
Figura 8 Caries según la superficie	12
Figura 9 Caries según el Cuadro Clínico	12
Figura 10 Caries según el Grado	14
Figura 11 Clases de Black	15
Figura 12 Caries según los tejidos	16
Figura 13 Traumatismos Dentales	17
Figura 14 Lesiones de los Tejidos Periodontales	19
Figura 15 Lesiones del Hueso de Sonten	20
Figura 16 Consecuencias P. Dental	22