



1859

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

TITULO:

**DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS
CENTROS EDUCATIVOS: UNIDAD EDUCATIVA "CORAZÓN DE MARÍA",
ESCUELA HERNANDO DE BENAVENTE; ESCUELA MANUEL DE JESÚS
AUQUILLA CAMBIZACA; COLEGIO NACIONAL MIXTO EL CISNE DE LA
PARROQUIA EL CISNE DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013.**

TESIS PREVIA AL GRADO PARA LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ODONTÓLOGO

AUTOR:

Hernán Felipe Torres Encalada

DIRECTORA:

Dra. Maricela López

Loja - Ecuador

2013


Dra. Maricela López

**DOCENTE DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA.**

CERTIFICA :

Haber dirigido y revisado oportunamente el presente trabajo denominado "DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS: UNIDAD EDUCATIVA "CORAZÓN DE MARÍA"; ESCUELA HERNANDO DE BENAVENTE; ESCUELA MANUEL DE JESÚS AUQUILLA CAMBIZACA; COLEGIO NACIONAL MIXTO EL CISNE DE LA PARROQUIA EL CISNE DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013.

Elaborado por el Sr. Egresado Hernán Felipe Torres Encalada. El presente trabajo cumple con los requisitos metodológicos y científicos lo que autorizo para su presentación, defensa y sustentación.


Dra. Maricela López
DOCENTE-TUTOR

AUTORÍA


Yo, Hernán Felipe Torres Encalada, con cédula de Identidad número 1104572886, declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo de responsabilidad a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por este contenido.

Concomitantemente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación y reposo de este trabajo en la Institucional-biblioteca Virtual.

AUTOR: HERNÁN FELIPE TORRES ENCALADA

CÉDULA: 1104572886

FIRMA:



CORREO ELECTRÓNICO: felipetorres1111@hotmail.com

FECHA: Loja, Noviembre de 2013

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

Yo, Hernán Felipe Torres Encalada, declaro ser autor de la tesis titulada DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS: UNIDAD EDUCATIVA "CORAZÓN DE MARÍA", ESCUELA HERNANDO DE BENAVENTE; ESCUELA MANUEL DE JESÚS AUQUILLA CAMBIZACA; COLEGIO NACIONAL MIXTO EL CISNE DE LA PARROQUIA EL CISNE DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013. Como requisito para optar al grado de Odontólogo General; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de Información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la universidad.

La universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 07 días del mes de Noviembre del dos mil trece, firma el autor.


Autor: Hernán Felipe Torres Encalada
Cédula: 1104572886
Dirección: Colón E/ B. Valdivieso y Olmedo
Correo Electrónico: felipetorres1111@hotmail.com
Teléfono: 0984853730

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Dra. Maricela López

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

AGRADECIMIENTO

Expreso mi sincero agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja de manera especial a la planta docente de la Carrera de Odontología, quienes con su capacidad profesional y ética, me formaron para ser un profesional útil a la sociedad, encaminándome hacia el éxito.

Agradezco también al Doctor José Procel, Director general del Macroproyecto y a la Dra. Maricela López, Directora de Tesis, quienes con dedicación, esfuerzo y experiencia supieron llevar a cabo de la manera más oportuna la realización de este trabajo.

Hernán Felipe Torres Encalada

DEDICATORIA

Con toda mi consideración y respeto para las personas que contribuyeron a mi superación personal y que mostraron su apoyo para que yo pudiera alcanzar este logro, por motivarme y extenderme su mano en cada momento, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

Mamá, Papá, Hermanos y Abuelitos.

TÍTULO

DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS: UNIDAD EDUCATIVA “CORAZÓN DE MARÍA”; ESCUELA HERNANDO DE BENAVENTE; ESCUELA MANUEL DE JESÚS AUQUILLA CAMBIZACA; COLEGIO NACIONAL MIXTO EL CISNE DE LA PARROQUIA EL CISNE DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013.

2. RESUMEN.

La presente investigación tuvo como objetivo realizar un diagnóstico de salud bucodental así como identificar factores de riesgo; y; determinar patologías bucodentales que se presentaron con más frecuencia en alumnos de los centros educativos: Corazón de María, Hernando de Benavente, Manuel de Jesús Auquilla Cambizaca, Colegio Nacional Mixto El Cisne.

Enfermedades como caries dental e inflamación gingival fueron las más prevalentes, determinando que la caries es la enfermedad con mayor incidencia en la población estudiada con un 87,75%, de la misma forma la inflamación gingival con un 23,8% demuestra que es una patología no predominante, pero es significativa en el sector. Las alteraciones de forma con 3,4 % y número 0,68% también se observaron. Dentro de relaciones molares prevaleció en la dentición temporal el plano terminal recto con un 83,33%; en la maloclusión en dentición permanente se impuso la clase I con sus variantes sin apiñamiento 24,16% y con apiñamiento el 17,24 %; De la misma manera los índices de ceo y CPOD, prevalecieron niveles moderados; en cuanto al IHOS, 35,37% comprendido entre edades de 12 a 14 años presentó el mayor índice de higiene bueno.

Con los resultados obtenidos se determinó que los factores responsables de estos índices de patologías se deban a frecuencia de cepillado, tipo de alimentación, escasas visitas al odontólogo, falta de educación, factor económico, entre otros. La mayor parte de estudiantes examinados presentaron alteraciones durante la inspección en sus cavidades bucales. Aunque un número reducido de alumnos presentaron cavidades orales completamente sanas.

Palabras claves: caries, alteración, inflamación gingival, apiñamiento.

ABSTRACT

This investigative work which aimed to make a diagnosis of oral health as well as to identify risk factors; and; determine pathologies oral which arose more frequently in educational centers: Corazón de María, school Hernando de Benavente School, Manuel de Jesús Auquilla Cambizaca school.

National El Cisne High school.

Diseases like dental caries and gingival inflammation were the most prevalent, determining that dental caries is a disease with greater incidence in the population studied with 87,95%, in the same way the gingival inflammation with a 23.8% shows that it is an non predominant pathology, but if it is significant in the town. Form with 3.4% and 0.68% number alterations were also observed. Within malocclusions prevailed in the flat straight terminal with an 83.33% temporary dentition; on malocclusion in the permanent dentition class I took with its variants without crowding 24.16% and crowding the 17.24%; In the same way as dif (decayed, indicated extraction, filled) and DMFT (Decayed, Missing, Filled, Teeth) indices prevailed moderate levels; as simplified oral hygiene index the risk, 35, 37% between the ages of 12 years a14 presented the highest good hygiene.

With the obtained results, it was determined that the factors responsible for that there are these rates of pathologies is due to the frequency of brushing, diet, few visits dentist, lack of education, economic factor, among others. Well as most test takers presented some alteration during the inspection in their buccal cavities. Although a number reduced from students they presented completely healthy oral cavities.

Key words: caries, gingival inflammation, alteration, crowding.

3. INTRODUCCIÓN.

“La caries dental es una enfermedad crónica, infecciosa y multifactorial transmisible, muy prevalente durante la infancia; constituye en su magnitud y trascendencia un importante problema de salud pública. Según (OMS-WORLD Health Report 2003), 5 mil millones de personas padecen caries dental, lo que equivale aproximadamente a un 80 % de la población mundial; otros estudios plantean que la caries dental la padece aproximadamente el 99 % de la población de América Latina y un 96 % del mundo.”¹

Con los datos expuestos, fue necesario realizar el diagnóstico de salud bucodental de los alumnos de los centros educativos: Unidad Educativa “Corazón de María”; Escuela Hernando de Benavente; Escuela Manuel de Jesús Auquilla Cambizaca; Colegio Nacional Mixto El Cisne, de la Parroquia El Cisne, Identificando los factores de riesgo, presentes, así como también determinando la prevalencia de las patologías bucodentales en los niños y adolescentes.

En esta investigación, se demostró que la caries es la enfermedad de mayor prevalencia con un 87,95%, seguida de la inflamación gingival con un 23,8%.

Las alteraciones de forma y número, con el 3,4 % y el 0,68% respectivamente, fueron significativas pero no dominantes. Dentro de las maloclusiones en dentición temporal el plano terminal recto con un 83,33% fue la más prevalente; en la maloclusión en dentición permanente la clase I con el 32,65 % fue la que mayor número de casos reportó.

Expuesto lo anterior se pudo determinar que los factores responsables de que existan estos índices de patologías se deba a la frecuencia de cepillado,

¹ Revista Cubana de Estomatología. Amílcar Gonzales Sánchez.

tipo de alimentación, escasas visitas al odontólogo, falta de educación, factor económico, entre otros. Así también la mayor parte los estudiantes examinados presentaron alguna alteración durante la inspección en sus cavidades bucales. Aunque un número reducido de alumnos presentaron cavidades orales completamente sanas; ya sea por asistencia oportuna donde el odontólogo o por no tener susceptibilidad a la misma.

MARCO CONCEPTUAL

1. SALUD ORAL

1.1 Definición de Diagnóstico de salud

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

2. PATOLOGÍAS

2.1. Lesiones de los Tejidos Duros

2.1.1. Caries dental



“La caries dental es el resultado de una disolución química localizada en la superficie del diente causada por eventos metabólicos que tienen lugar en el biofilm que cubre la zona afectada, destruyendo de esta manera al esmalte, dentina y cemento; generalmente la lesión cariosa se desarrolla en sitios como fosas, fisuras superficies oclusales y puntos de contacto.”²

Caries dental, jpg. Source

² Montesinos Daniela. Resumen capítulo 1 libro “Dental Caries”

- **Factores de riesgo de la caries dental**

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

2.1.2. Alteraciones dentales

- **De Forma:**

- **Taurodontismo**

“El taurodontismo, que significa «dientes de toro», es un trastorno del desarrollo que afecta principalmente a los molares, aunque también se afectan a veces los premolares. Pueden afectarse tanto los dientes temporales como los permanentes, pero la afectación de éstos parece ser más frecuente. El trastorno se identifica fácilmente en la radiografía y se caracteriza por dientes que presentan una forma aproximadamente rectangular, mínima constricción y definición del borde cervical, y una bifurcación desplazada hacia el ápice que origina una cavidad pulpar extremadamente grande que muestra una altura apical-oclusal exagerada y canales cortos de la pulpa radicular. La rara forma de la raíz es probablemente el resultado de la invaginación tardía de la vaina radicular de Hertwig, mecanismo que determina la forma de las raíces del diente. El taurodontismo también puede presentarse en pacientes con amelogénesis imperfecta, síndrome de Klinefelter y síndrome de Down.

³ Dra. Hidalgo E. La caries dental. Algunos de los factores relacionados con su formación en niños.

➤ **Diente Invaginado**

El diente invaginado, también llamado «dens in dente», es una anomalía del desarrollo que afecta principalmente a los incisivos laterales permanentes del maxilar superior. Una forma más leve de esta anomalía es relativamente frecuente y se caracteriza por la presencia de una fosita lingual profundamente invaginada que se extiende a distancias variables en la sustancia del diente durante el desarrollo. La magnitud de la invaginación no siempre es visible clínicamente; el orificio externo en la superficie lingual es a menudo insignificante a la exploración clínica, pero puede ser visible en una radiografía periapical. El dens in dente, que se presenta clínicamente como un diente de forma cónica, constituye una forma intermedia del trastorno. Una radiografía es útil para establecer el diagnóstico. La base de la fosita o invaginación profunda está formada por una delgada capa, a menudo ausente, de esmalte y dentina que es sumamente vulnerable a la destrucción por caries poco después de la erupción del diente en la cavidad oral.

➤ **Cúspides supernumerarias**

Los dientes presentan a veces cúspides adicionales o supernumerarias. El ejemplo más común de este fenómeno es la cúspide de Carabelli, la cual aparece típicamente sobre la superficie mesiolingual de los primeros molares permanentes del maxilar superior. Esta cúspide supernumeraria particular no suele presentar problemas clínicos y por ello se considera que representa sencillamente una variante de la normalidad.

➤ **Diente Evaginado**

El diente Evaginado (cúspides en garra), es una anomalía del desarrollo que afecta principalmente a los premolares. Se caracteriza por el desarrollo de una proyección anormal, en forma de globo, que tiene el aspecto de una cúspide adicional localizada en el centro, sobre la superficie oclusal entre las cúspides bucal y lingual de los premolares, aunque puede estar afectado

cualquier diente. Se presenta comúnmente en pacientes chinos, japoneses, filipinos, nativos del norte e indios americanos, y se observa a veces en pacientes de raza blanca. La importancia clínica del diente evaginado consiste en que puede interferir en la erupción de dicho diente llevando a una erupción incompleta o desplazamiento del diente. Dado que esta cúspide adicional contiene un cuerno pulpar, el desgaste o la fractura pueden conducir a exposición de la pulpa con inflamación pulpar y sus secuelas.

➤ **Cúspide en garra**

Se denomina cúspide en garra a una forma rara, pero clínicamente importante, de cúspide supernumeraria, que se observa típicamente sobre la cara lingual de los incisivos centrales del maxilar superior, debido a que su extraña forma se asemeja a la garra del águila. Esta cúspide anormal se origina en la porción del cíngulo del diente y suele extenderse hasta el borde incisivo como una proyección prominente de esmalte que le da una forma de T. A veces aparecen fositas linguales a ambos lados de la cúspide en garra, donde se une a la superficie lingual del diente. Si se presentan fositas linguales deben ser restauradas para prevenir la caries dental.

➤ **Geminación**

La geminación es una anomalía del desarrollo que afecta principalmente a los dientes anteriores y que clínicamente se parece a otra anomalía conocida como fusión. Aun cuando son clínica y microscópicamente similares, se deben a dos procesos de desarrollo diferentes. La geminación se caracteriza por la división parcial o «desdoblamiento» de un solo primordio dental, produciéndose un diente que muestra dos coronas independientes o separadas parcialmente, una sola raíz y un solo conducto radicular. La geminación puede afectar a las denticiones temporales ya las permanentes.”⁴

⁴ J. Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wossocki. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea,

De número

- **Anodoncia:**

“La anodoncia se caracteriza por la falta de formación de una o más piezas dentarias de la dentición primaria y/o permanente normal. Esta puede deberse a la falta de iniciación del germen dentario o a la detención del desarrollo en sus fases iniciales. En los casos de anodoncia de piezas dentales primarias, se esperaría también que ocurriera en la dentición permanente.

La etiología de la anodoncia es variable y en muchos casos imposible de establecer. Se han mencionado como factores causales los siguientes:

- Factores locales: infecciones, tumores, traumatismos, radiaciones.
- Factores sistémicos: Herencia, deficiencias nutricionales, alteraciones endocrinas, evolución de la especie humana.

Existen anodoncias parciales en el que se ve afectado uno o varios dientes; este tipo de anodoncia es común en dentición permanente. Por otra parte, la ausencia total o casi total de piezas dentarias es rara.

La anodoncia total raramente se manifiesta, pero suele presentarse como parte del Síndrome de Displasia Ectodérmica Hereditaria, que se trasmite a menudo como una enfermedad recesiva vinculada al cromosoma X.

Las piezas dentales que presentan anodoncia frecuentemente son los terceros molares, seguido de los segundos premolares e incisivos laterales superiores.

Existe una anomalía llamada pseudo-anodoncia o falsa anodoncia en la que las piezas dentales se desarrollan y no erupcionan a causa de una obstrucción física, como por ejemplo apiñamiento dental provocado por falta

de espacio, como en el caso de los molares inferiores y caninos superiores. También en algunas oportunidades es producto de la anquilosis dental, la cual consiste en la fusión de las piezas dentales con el hueso alveolar.

- **Supernumerarios:**

Llamadas también “tercera dentición”, “hiperplasia dentaria”, “hiperodoncia”, “dientes aberrantes”, “dientes suplementarios”, “superdentición”, “polidontismo”, “dientes conoidales y dientes accesorios”.

Esta anomalía se caracteriza por la formación de piezas dentales en número mayor que lo normal, a consecuencia de la proliferación continua de la lámina dentaria permanente o primaria para formar un tercer germen. Los supernumerarios pueden tener forma y tamaño normal o bien ser deformes o de tamaño reducido en comparación a las piezas dentales normales.

Pueden ser únicos o múltiples, unilaterales y bilaterales y afectan a cualquiera de los maxilares o ambos a la vez, siendo en el maxilar superior con más frecuencia.

Pueden ocurrir distalmente a los terceros molares, recibiendo el nombre de “cuartos molares”. Cuando se presentan en posición bucal o lingual a los molares se les conoce como “paramolares”. A los incisivos centrales superiores supernumerarios y que se encuentran en la línea media se llaman “mesiodens”.

Las piezas dentales supernumerarias presentes desde el nacimiento son conocidas como dientes natales y a la aparición de supernumerarios posterior a la pérdida de los dientes permanentes se conoce como dentición Post-permanente o dientes neonatales.”⁵

⁵ Patología Oral y Maxilofacial. Alteraciones de número (Anodoncia Total y Parcial)

- **De estructura**

Alteraciones de la estructura del esmalte

- **Alteraciones adquiridas**

- **Hipoplasia focal del esmalte**

“La hipoplasia focal (o localizada) del esmalte que implica sólo uno o dos dientes es relativamente frecuente. Aunque la etiología suele ser oscura (idiopática), en algunos casos es evidente. Una forma común de hipoplasia focal del esmalte de etiología conocida es el «diente de Turner», que es consecuencia de inflamación o traumatismo localizados durante el desarrollo del diente. Según la gravedad de la lesión, la corona afectada puede tener un área de hipoplasia del esmalte relativamente lisa con áreas foveales o estar visiblemente deformada y presentar coloración amarillenta o marrón.

- **Hipoplasia generalizada del esmalte**

Los factores ambientales sistémicos de duración breve inhiben a los ameloblastos funcionantes en un período específico durante el desarrollo del diente y se manifiestan clínicamente como una línea horizontal de pequeñas fositas o surcos sobre la superficie del esmalte que corresponden a la etapa del desarrollo y a la duración de la agresión. Si la duración de la agresión ambiental es corta, la línea de hipoplasia es estrecha, mientras que una agresión prolongada produce una zona de hipoplasia más ancha y puede afectar a más dientes. Los dientes que se afectan más a menudo son los incisivos permanentes, los caninos y los primeros molares.

La hipoplasia del esmalte resultante de sífilis congénita afecta a los bordes cortantes de los incisivos permanentes ya las superficies masticatorias de los primeros molares permanentes. Los incisivos con muescas, «con forma de destornillador, se denominan «incisivos de Hutchinson», mientras que las superficies masticatorias globulosas de los primeros molares se denominan «molares en mora».

La hipoplasia del esmalte que es consecuencia de hipocalcemia secundaria a deficiencia de vitamina D suele ser del tipo foveal. Clínicamente es indistinguible de la hipoplasia del esmalte causada por enfermedades exantemáticas tales como sarampión, varicela y escarlatina, y por deficiencias de las vitaminas A y C.

Un ejemplo bien identificado de hipoplasia generalizada del esmalte inducida químicamente es la resultante de la ingestión de flúor. La hipoplasia del esmalte inducida por el flúor (moteado de flúor) suele ser apenas visible a niveles inferiores a 1,0 ppm en el agua de bebida. Con cantidades de flúor más altas en el agua de bebida, la hipoplasia del esmalte resultante se hace cada vez más evidente. El aumento de nivel de flúor interfiere con la función ameloblástica, lo cual afecta desfavorablemente tanto a la formación de la matriz del esmalte como a su calcificación. Clínicamente, el moteado mínimo por el flúor se manifiesta por una superficie del esmalte lisa con algunas manchas blanquecinas poco perceptibles; el moteado leve presenta una superficie del esmalte lisa con áreas blancas opacas; el moteado moderado a intenso muestra grados variables de formación de fositas evidentes y coloración marrón de la superficie del esmalte. En el moteado por fluoruro grave el esmalte es considerablemente más blando y más débil que el normal, con un consiguiente desgaste excesivo y rotura de las superficies incisivas y masticatorias; por ello las reparaciones convencionales son difíciles de conservar.

Independientemente del grado de moteado por flúor, los dientes afectados son en gran parte resistentes a la caries dental.

- **Amelogénesis imperfecta**

La amelogénesis imperfecta es un grupo heterogéneo de trastornos hereditarios de la formación de esmalte que afectan a las denticiones primaria y permanente. Estos trastornos se limitan al esmalte; los demás componentes de los dientes son normales.

La formación de esmalte normal evoluciona a través de tres etapas:

1. Formación de la matriz del esmalte
2. Mineralización de la matriz de esmalte (mineralización primaria).
3. Maduración del esmalte (mineralización secundaria).

Los tipos fundamentales de amelogenesis imperfecta se correlacionan con defectos en esas etapas:

1. **El tipo hipoplásico (focal o generalizado)**, el cual presenta una reducción de la formación de matriz del esmalte causada por interferencia en la función de los ameloblastos;
2. **El tipo hipocalcificado**, que constituye una forma gravemente defectuosa de mineralización de la matriz del esmalte, y
3. **El tipo con hipomaduración**, que presenta una mineralización menos intensa con áreas focales o generalizadas de cristales de esmalte inmaduro. Haciendo uso de este esquema básico en conjunción con criterios clínicos, histológicos y genéticos, Witkop y Sauk clasificaron los diversos tipos de amelogenesis imperfecta. Las características clínicas que siguen son útiles para diferenciar los tres tipos fundamentales de amelogenesis imperfecta.

- **Fluorosis dental**

“La fluorosis dental consiste en un defecto del desarrollo del esmalte provocado por la ingestión de una cantidad excesiva de fluoruro durante la formación del esmalte.”⁶

Aparición clínica y subclínica de la fluorosis dental

⁶ Harris. N; García. F. (2005). Odontología preventiva primaria.

“El contenido de flúor en los tejidos de los dientes, refleja el flúor biológicamente disponible en la formación dental. La fluorosis dental se caracteriza clínicamente por esmalte de aspecto moteado causado por la hipomineralización de éste o de la dentina, siendo los cambios de perceptibles a severos. Por lo general, la fluorosis se diferencia de otros defectos del desarrollo del esmalte por el color del mismo, la distribución del estado en las superficies dentales y en los dientes afectados, así como la integridad o apariencia de la superficie del esmalte.”⁷

“Existen grados clínicos diferentes de fluorosis del esmalte. En la variante más leve el color blanco mate afecta los bordes incisales o las cúspides de los dientes posteriores como gorro de nieve, las mismas que pueden variar desde unas cuantas vetas hasta manchas blancas ocasionadas. En algunos casos se observan estrías, o venas, delgadas e irregulares de color blanco opaco, especialmente en los incisivos maxilares. El grado siguiente de la afección consiste en manchas en forma de manojos de color desde café oscuro combinadas algunas de las coloraciones blancas y opacas ya mencionadas. En las variantes más intensas, las manchas van de un color café chocolate hasta casi negras. En el momento de la erupción los dientes no presentan decoloración. En las variantes entre moderadas y graves de la fluorosis pueden presentarse cavidades discretas con un diámetro de 1 a 2 mm, o concluir varias. En la variante más intensa el contorno de la superficie del esmalte se altera por las fracturas del esmalte quebradizo y presenta una apariencia corroída. Las cavidades y demás irregularidades de la superficie se deben a las roturas posteruptivas del esmalte poroso.”⁸

Factores de riesgo de fluorosis

“Los factores asociados a la fluorosis dental podemos mencionar los complementos de fluoruros excesivos, tales como la sal de mesa y agua potable. Consumo de pasta dental fluorada, como sucede con los niños

⁷ Cárdenas.D.(2003) Fundamentos de odontología. Odontología Pediátrica.

⁸ Harris. N; García. F. (2005). Odontología preventiva primaria.

menores de cinco años que la ingieren durante el cepillado dental, y que contienen concentraciones más altas a las recomendadas por la Organización Mundial de la Salud. Alto contenido de fluoruro en bebidas embotelladas, como jugos y bebidas gaseosas, así como consumo excesivo de té, el cual tiene 100a 300 partes por millón cuando proviene de hoja seca. Consumo de agua hervida, que provoca que se concentre la cantidad de fluoruro de dicho líquido en 66 %.El flúor en niveles óptimos evita 30 a 39 % la caries dental en la dentición temporal, 11 a 38 %en la mixta y 35 % en la permanente.”⁹

Alteraciones de la estructura de la dentina

➤ Alteraciones hereditarias de la dentina

Hay dos tipos fundamentales de alteraciones hereditarias de la dentina:

- **Dentinogénesis imperfecta**

“Defecto hereditario que consiste en dientes opalescentes por dentina formada irregularmente e hipomineralizada.

La dentinogénesis imperfecta (DI) es un trastorno heredado de la formación de dentina, que presenta generalmente una forma de transmisión autosómica dominante. Este trastorno se ha dividido en tres tipos:

Tipo I: Dentinogénesis imperfecta que se presenta en pacientes que sufren osteogénesis imperfecta (OI), aunque no todos los pacientes con OI presentan DI. Aunque los dientes tienen el mismo color opalescente que el tipo II, los pacientes presentan a menudo otras características de la osteogénesis imperfecta, como cierto tono azulado en la esclerótica de los ojos.

⁹ Azpeitia.L; Valadez. M. (2009) Factores de riesgo para fluorosis dental en escolares de 6 a 15 años de edad.

Tipo II: Dentinogénesis imperfecta que no está asociada a osteogénesis imperfecta. Es dentina opalescente hereditaria.

Tipo III: Dentinogénesis imperfecta (tipo Brandywine), que es rara y se hereda como rasgo autosómico dominante, que aparece en un área racial aislada en el estado de Maryland. Clínicamente es la misma que el tipo I y el tipo II salvo que los pacientes presentan muchas exposiciones pulpares en la dentición temporal.

Clínicamente:

En los tres tipos se afectan los dientes de ambas denticiones y presentan un aspecto clínico variable. Los dientes son opalescentes, con un color que oscila desde gris azulado a amarillento, pasando por tonos pardos. La dentina es anormalmente blanda, lo que proporciona un soporte funcional insuficiente al esmalte suprayacente. Aunque el esmalte es normal, se rompe o descascarilla con facilidad exponiendo la dentina masticatoria e incisiva. La dentina blanda expuesta suele sufrir un rápido e intenso desgaste funcional. A pesar de la exposición de la dentina, los dientes no son especialmente propensos a la caries dental.

- **Odontodisplasia Regional**

La odontodisplasia regional (ODR) o «dientes fantasma» es una alteración no hereditaria del desarrollo del diente, que aparece en forma esporádica. Aunque no se ha aclarado totalmente su etiología, la evidencia experimental señala hacia una causa isquémica.

Clínicamente

El trastorno se presenta con mayor frecuencia en el maxilar superior que en la mandíbula; es «regional» en el sentido de que suele afectar a varios dientes contiguos situados en un solo cuadrante. Este trastorno se observa

más comúnmente en la dentición permanente. Los dientes afectados muestran un retraso o un fracaso total de la erupción. Los dientes están considerablemente deformados, presentan una superficie blanda con consistencia similar a la del cuero y son de color pardo amarillento.”¹⁰

2.2 Lesiones de los Tejidos Blandos

2.2.1 Enfermedades Gingivales

- **Enfermedad Gingival Inducida Únicamente por placa**

“La gingivitis es la enfermedad gingival más común en niños, y se caracteriza por la presencia de inflamación sin pérdida de inserción o hueso alveolar. El inicio de este proceso es multifactorial, más de 40 componentes del fluido crevicular se han estudiado por su papel en la patogenia. Conforme empeora la situación, el tejido gingival enrojece, se inflama y sangra con el cepillado. La gingivitis responde ante la eliminación de depósitos bacterianos y la mejoría en las técnicas de higiene oral diarias.

- **Enfermedad gingival modificada por factores sistémicos**

Estos procesos se caracterizan por una marcada respuesta inflamatoria con inflamación y eritemas graves. La gingivitis de la pubertad es la exacerbación de la inflamación gingival por fluctuaciones hormonales, en presencia de poca o nula placa bacteriana. Se suele estabilizar en una etapa tardía de la adolescencia. Cualquier factor local, como placa acumulada, caries, apiñamiento, respiración oral, erupción dental y/o aparatología ortodóncica, tienden a combinarse para agravar la gingivitis.”¹¹

- **Enfermedad gingival inducida por fármacos**

“El agrandamiento gingival que provoca desfiguración estética es un efecto adverso importante asociado con diversos fármacos asociados con diversos fármacos: anticonvulsivos (p.ej. fenitoína, valproato, etc),

¹⁰ Sapp, P., Eversole, L., Wysocki. (2005). Patología Oral y Maxiofacial Contemporánea

¹¹ Boj. J., Catalá. M. (2004). Odontopediatría.

inmunosupresores (pj. ciclosporina, etc), bloqueadores de los canales de calcio (pj. nifedipina, verapamilo, etc). La hiperplasia gingival depende de factores predisponentes genéticos. El agrandamiento gingival suele comenzar después de los tres meses de medicación, y alcanza su intensidad máxima a los 12 -18 meses de tratamiento.”¹²

2.3. Maloclusión

2.3.1 Temporal

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

- PLANO TERMINAL RECTO: Cuando los primeros molares erupcionan en relación borde a borde.
- ESCALON MESIAL: cuando la superficie distal del segundo molar primario inferior esta mesial a la superficie distal del segundo molar superior primario.
- ESCALON DISTAL: cuando la superficie del segundo molar inferior se encuentra distal a la superficie distal del segundo molar superior primario.

2.3.2. Dentición Permanente

Clase I

El autor denomino llave molar a la oclusión correcta entre los molares permanentes superior e inferior, en la cual la cúspide mesio-vestibular del primer molar superior ocluye en el surco mesio-vestibular del primer molar inferior.

Clase II

Son clasificadas como clase II las maloclusiones en las cuales el primer molar inferior se sitúa distalmente con relación al primer molar superior,

¹² Lindhe, J. (2009) Periodontología clínica e implantología

siendo, por eso, también denominada distoclusión. Su característica determinante es que el surco mesio-vestibular del primer molar permanente inferior se encuentra distalizado con relación a la cúspide mesio-vestibular del primer molar superior.

Clase II Subdivisión I

Angle situó esta división las maloclusiones Clase II con inclinación vestibular de los incisivos superiores. Son frecuentes en estos pacientes los problemas de desequilibrio de la musculatura facial, causado por el distanciamiento vestibulo-lingual entre los incisivos superiores y los inferiores. El perfil facial de estos pacientes es, en general, convexo.

Clase II Subdivisión II

Esta clase engloba las maloclusiones que presentan relación molar clase II sin resalte de los incisivos superiores, estando ellos palatinizados o verticalizados. Los perfiles faciales más comunes a esta maloclusión son el perfil recto, levemente convexo y asociado, respectivamente, a la musculatura equilibrada o a ésta con una leve alteración.

Clase III

El primer molar permanente inferior y, por tanto, su surco mesio-vestibular se encuentra mesializado en relación a la cúspide mesio-vestibular del primer molar permanente superior. El perfil facial es predominantemente cóncavo y la musculatura, en general, desequilibrada.”¹³

2.3.2 Tipos de Mordidas

- **Mordida abierta**

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

¹³ FLAVIO VELLINI, Ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica. (2009).

persona con mordida abierta anterior puede que no haya contacto de los dientes anteriores durante el movimiento mandibular.”¹⁴

- **Mordida Profunda**

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

- **Mordida cruzada anterior**

En la mordida cruzada anterior los incisivos y/o caninos del maxilar superior se encuentran en posición lingual con respecto a sus homólogos de la mandíbula.”¹⁵

- **Mordida cruzada posterior**

“La mordida cruzada posterior se caracteriza por la alteración en la relación transversal entre los arcos superior e inferior, la interferencia dentaria durante el movimiento mandibular en máxima intercuspidad habitual, puede causar desplazamiento lateral de la mandíbula estableciéndose una mordida cruzada posterior unilateral funcional.”¹⁶

- **Bis a bis**

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

2.4. Pérdida prematura de dentición decidua

¹⁴ G. Vajdi, Geeti 2011. Manual Ilustrado de Cirugía Oral y Maxilofacial

¹⁵ Gabriela González, Laura Marrera, 2012 Mordida Cruzada Anterior. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría

¹⁶ Aparecido, O. (2011). Mordida cruzada posterior. Corrección y consideraciones. Caso clínico con 7 años de seguimiento.

“Según Moyers la pérdida prematura de dientes primarios se refiere, al estadio de desarrollo del diente permanente que va a reemplazar el diente temporal perdido.

Pérdida prematura: Se refiere a la pérdida tan temprana de los dientes primarios que puede llegar a comprometer el mantenimiento natural del perímetro o longitud de arco y por ende la erupción del diente sucedáneo.

Perdida temprana: Se refiere a la pérdida de dientes primarios antes de la época esperada pero sin llegar a comprometer el mantenimiento natural del perímetro o longitud de arco.

Causas de la Pérdida Prematura de Dientes Deciduos

- Enfermedades tales como: caries dental, periodontitis (periodontitis juvenil), resorciones radiculares atípicas.
- Malos hábitos orales entre los cuales se encuentran: sacar la lengua, chupeteo del dedo gordo, mordida del labio inferior, que producen movilidad dentaria y rizólisis temprana de sus raíces y por lo tanto su pérdida antes de la fecha esperada.
- También existen las enfermedades que provocan cambios a nivel de la cavidad oral en el futuro como la macroglosia y micrognatia.
- Alteraciones congénitas, donde los dientes se presentan con poca o nada de raíz lo que favorece sus pérdidas.
- Iatrogenia en el procedimiento odontológico: por perforación del piso pulpar, perforación de la furca, fractura de la raíz durante la endodoncia por lo fino de sus raíces.
- Por impericia del profesional o del estudiante de odontología.”¹⁷

¹⁷ Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria.2004-2005.

3. RIESGO

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

3.1 Factores de Riesgo

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

Los factores de riesgo pueden ser: Biológicos; Ambientales; Comportamiento; Relacionados con la atención a la salud; Socioculturales; Económicos: bajos ingresos.”¹⁸

3.1.1 Factores de riesgo que inciden en la salud-enfermedad

- **De riesgo locales**

Hábito de higiene bucal

“El propósito de la higiene oral es evitar la enfermedad dental mediante la disminución de la acumulación de placa bacteriana que se encuentra sobre los tejidos duros; para una buena higiene oral depende del tamaño de los espacios interdientales, posición y morfología dental; así como también el

¹⁸ Higashida Berta, (2000) Odontología Preventiva.

estado periodontal, la presencia de prótesis, como la habilidad y motivación de cada paciente.

Cepillado:



Saludalia.com images. jpg

Técnica mecánica utilizada para el control de placa supragingival de las superficies dentarias, con el objetivo de retirar la placa dental de la superficie dental, incluso del curvo gingival evitando así la menor lesión del

diente y de sus estructuras vecinas”.¹⁹

Técnica de cepillado:

“Dentro de los métodos de cepillado más recomendados para niños y adolescentes encontramos la técnica de barrido horizontal, debido a su fácil uso, en cuanto a los menores de 7 – 8 años es aconsejable que el cepillado sea realizado por los padres una vez al día. En los adultos la técnica más adecuada es la de Bass, debido a que el cepillo se lo coloca en un ángulo de 45° con el eje vertical de los dientes, introduciendo suavemente las cerdas en el surco gingival y realizando cortos movimientos vibratorios para conseguir así la higiene del surco gingival”²⁰.

Frecuencia y duración del cepillado:

¹⁹ Emili Cuenca y Pilar Baca; (2005). Odontología Preventiva y Comunitaria.

²⁰ Barrancos Mooney, Operatoria Dental

“Un cepillado de dos veces al día con un dentífrico fluorado es indudablemente eficaz para la prevención de caries dental, en cuanto a su duración se recomienda por lo menos tres minutos, para de esta manera abarcar todas las zonas que se debe limpiar y evitar así las caries dental y enfermedad periodontal por el acumulo de placa bacteriana.”²¹

4. HÁBITOS



Propdental.es

Un hábito bucal se refiere a la repetición frecuente de un mismo acto, que en un inicio se realiza de forma consciente y luego se torna de manera inconsciente.

Succión digital

El hábito de succión digital suele terminar a los 3 o 4 años de edad, lo más frecuente es la succión del pulgar, que es succionado apoyando la yema del dedo sobre la zona retroincisiva superior mientras la parte ungueal se apoya sobre los incisivos inferiores. Los efectos de este apoyo dependerán de la posición intensidad, frecuencia y duración del hábito de succión.”²²

“Efectos bucales:

- Protrusión de los incisivos superiores (con o sin diastemas).
- Retroinclinación de los incisivos inferiores.
- Mordida abierta anterior.
- Prognatismo alveolar superior.

²¹ Emili Cuenca y Pilar Baca; (2005). Odontología Preventiva y Comunitaria. Barrancos Mooney, Operatoria Dental

²² Boj, J., Catalá M. y Col. (2005). Odontopediatría.

- Estrechamiento, de la arcada superior (debido principalmente a la acción del musculo buccinador).
- Mordida cruzada posterior.
- Dimensión vertical aumentada”²³

Respiración bucal

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

En la respiración bucal los labios quedan entreabiertos y la lengua baja, perdiendo con ello su capacidad morfo-funcional, que permitiría un desarrollo transversal correcto del maxilar superior, produciendo mordidas cruzadas posteriores unilaterales o bilaterales.”²⁴

Deglución atípica

“Se presenta debido a la interposición de la lengua entre las arcadas dentarias en el acto de deglutir, esto es lo que se denomina lengua protráctil, el individuo para deglutir necesita hacer un vacío que en conjunción con los movimientos de la lengua impulsa el alimento hacia la faringe. Cuando existe lengua protráctil el sellado periférico anterior para producir el vacío necesario, se hace al contactar la lengua con los labios directamente, suele ser una postura adaptativa para lograr un correcto cerrado oral en los casos donde no hay contacto inter incisivo.”²⁵

“Consecuencias de la deglución atípica:

²³ González, M., Gianfranco, G., Herrera, D., Quirós, O. (2012). Maloclusiones asociadas a: Hábito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura.

²⁴ Boj, J., Catalá M. y Col. (2005). Odontopediatría.

²⁵ Lugo, C., Toyo, I. Hábitos Orales no Fisiológicos más comunes y cómo influyen en las Maloclusiones.

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

Interposición lingual

La interposición lingual consiste en la ubicación de la lengua entre las piezas dentarias, ya sea en la zona anterior (a nivel de incisivos) o entre los sectores laterales (a nivel de molares) observada en reposo y/o durante las funciones de deglución y fonarticulación. La lengua durante la deglución ejerce presión sobre los dientes anteriores por lingual o entre ellos. Las deformaciones son: Mordida abierta anterior, vestibuloversión mordida cruzada posterior.²⁶

²⁶ Agurto, P., Díaz, R., Cádiz, O., Bobenrieth, F. (1999). Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago.

5. MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio.

El presente estudio fue de tipo cuantitativo porque se determinó de forma porcentual el estado de salud buco dental de los estudiantes, así mismo fue de tipo descriptivo porque se pudo determinar la situación de las variables estudiadas; fue también un estudio prospectivo porque se pudo registrar la información según se presentaron los fenómenos y transversal porque se estudiaron las variables a lo largo de un periodo determinado.

Área de estudio

Centros educativos Corazón de María, Hernando de Benavente, Manuel de Jesús Auquilla Cambizaca y Colegio Nacional Mixto el Cisne de la parroquia El Cisne.

Universo

El universo estuvo conformado por 147 estudiantes.

EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
3-5 AÑOS	0	4	4
6-8 AÑOS	4	3	7
9-11 AÑOS	3	4	7
12-14 AÑOS	28	30	58
15-17 AÑOS	29	31	60
18 A MAS	8	3	11
TOTAL	72	75	147

Criterios de Inclusión

Estudiantes que colaboraron en la recolección de los datos.

Criterios de exclusión

Estudiantes que no colaboraron en la recolección de los datos.

Fuentes de Información

Como referente informativo se tomó en consideración los criterios emitidos por cada representante de las instituciones estudiadas y la participación activa de los estudiantes.

Procedimiento para recolección de datos

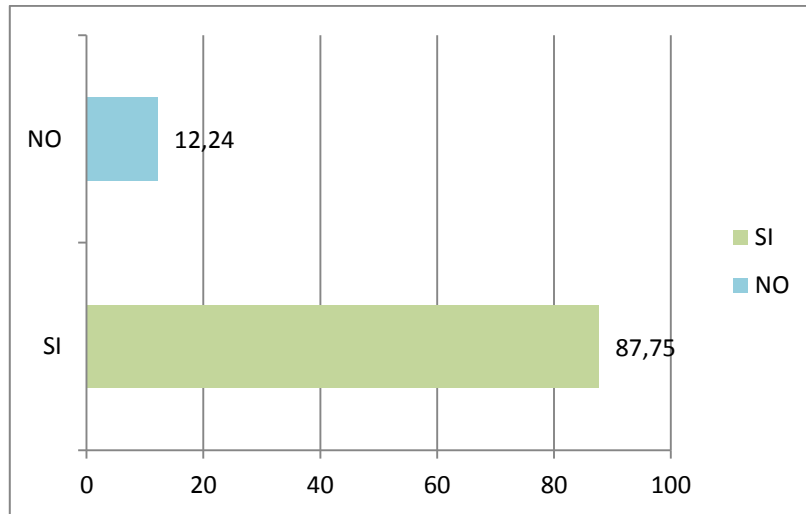
Las técnicas utilizadas fueron la observación que es una técnica fundamental, que permitió tener una visión clara, real y actual del problema, a través de la percepción directa de los sujetos investigados, estableciendo así como se encontraron las variables, la entrevista la que fue utilizada para recolectar la información de manera verbal, a través de preguntas planteadas por el investigador.

Dentro de los instrumentos se elaboró la recolección de datos; basado en la Historia Clínica Odontológica, (Odontograma), así como el examen físico bucodental. La encuesta facilitó la obtención de información necesaria para la elaborar este proyecto.

Para poder desarrollar el presente tema de investigación, se aplicó un proceso de problematización, del cual partieron una serie de análisis y discusiones acerca de los problemas que se presentan en nuestro medio, por ello se consideró viable el desarrollo de este trabajo.

6. RESULTADOS.

GRÁFICA 1: PRESENCIA DE CARIES DENTAL



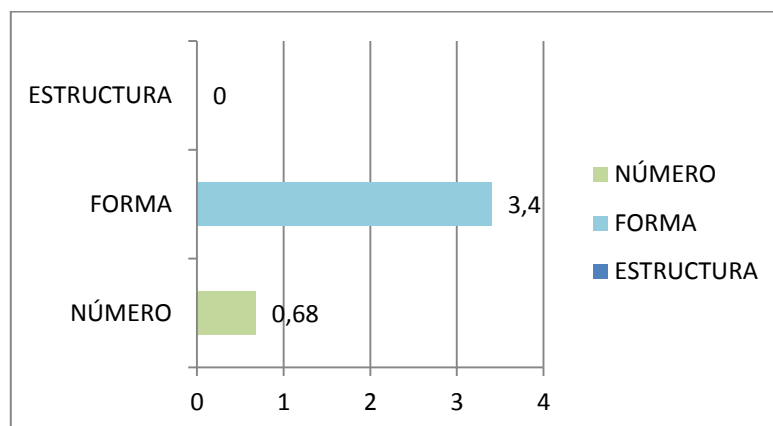
Fuente: Historia Clínica realizada a los alumnos de los centros educativos Corazón de María, Hernando de Benavente, Manuel de Jesús Auquilla Cambizaca, Colegio El Cisne.

Autor: Felipe Torres E.

Interpretación:

El 87, 75% de estudiantes examinados presentan caries, mientras que el 12,24% no presentan esta enfermedad.

GRÁFICA 2: ALTERACIONES DENTALES



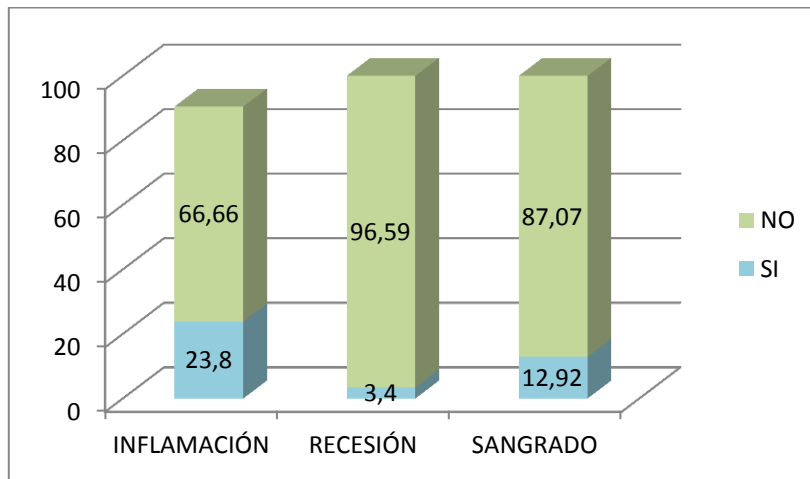
Fuente: Historia Clínica realizada a los alumnos de los centros educativos Corazón de María, Hernando de Benavente, Manuel de Jesús Auquilla Cambizaca, Colegio El Cisne.

Autor: Felipe Torres E.

Interpretación:

Las alteraciones de forma dentaria son las más prevalentes con un 3,4%, mientras que el 0,68% corresponden a alteraciones de número dentario. Sin alteraciones de estructura dentaria.

GRÁFICA 3: ALTERACIONES GINGIVALES



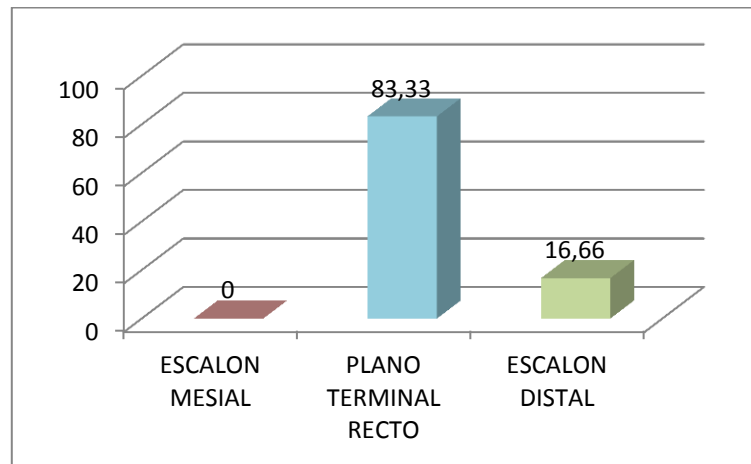
Fuente: Historia Clínica realizada a los alumnos de los centros educativos Corazón de María, Hernando de Benavente, Manuel de Jesús Auquilla Cambizaca, Colegio El Cisne.

Autor: Felipe Torres E.

Interpretación:

La patología más prevalente es inflamación gingival con el 23,8%, seguida por el sangrado gingival con un 12,92%, mientras que la de menor prevalencia es la recesión gingival con un 3,4 %.

GRÁFICA 4: RELACIÓN MOLAR TEMPORAL



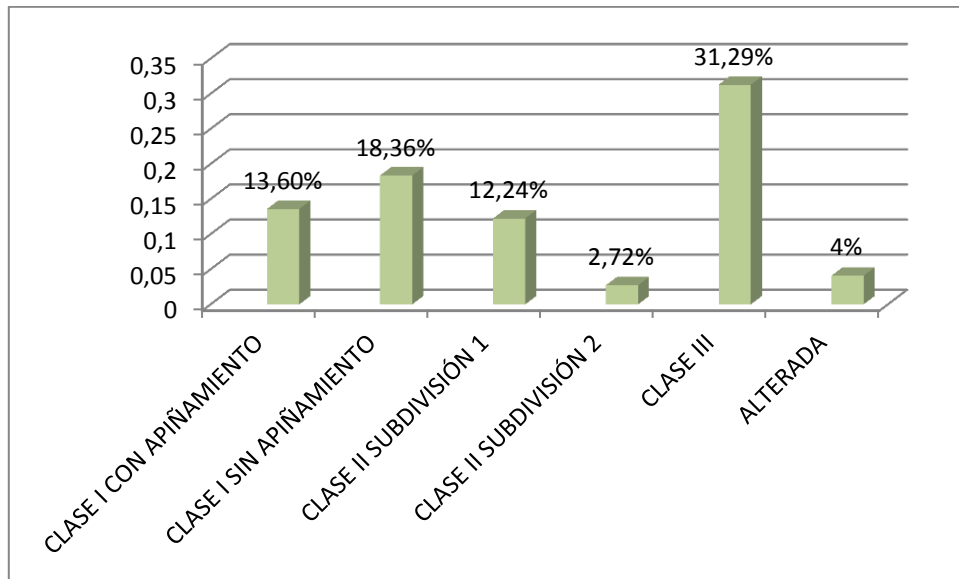
Fuente: Historia Clínica realizada a los alumnos de los centros educativos Corazón de María, Hernando de Benavente, Manuel de Jesús Auquilla Cambizaca, Colegio El Cisne.

Autor: Felipe Torres E.

Interpretación:

El plano terminal recto tiene mayor prevalencia en los niños con dentición decidua examinados con un 83,33%, seguido del escalón distal que reportó únicamente el 16,66%, no haciéndose presentes casos con escalón mesial.

GRÁFICA 5: MALOCLUSIÓN EN DENTICIÓN PERMANENTE



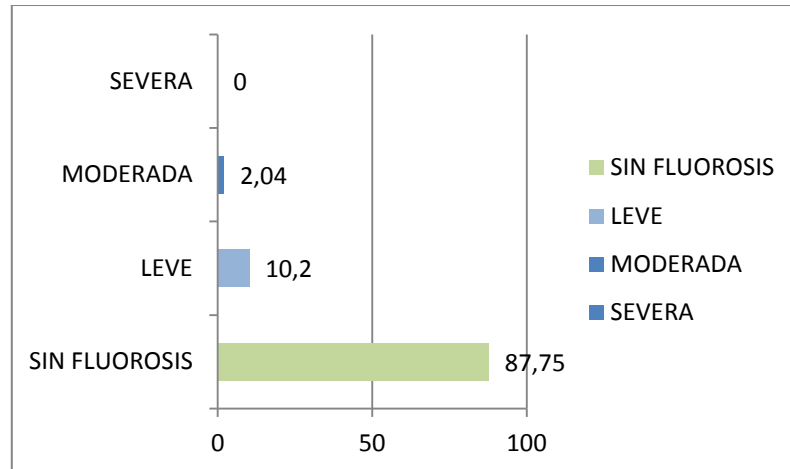
Fuente: Historia Clínica realizada a los alumnos de los centros educativos Corazón de María, Hernando de Benavente, Manuel de Jesús Auquilla Cambizaca, Colegio El Cisne.

Autor: Felipe Torres E.

Interpretación:

La maloclusión clase I sin apiñamiento muestra un 24,16% y con apiñamiento el 17,24% siendo el tipo de oclusión más prevalente. La clase III se ubica segunda con el 39,65%, siendo la clase II la de menor prevalencia en la subdivisión I con un 15,51% y en la subdivisión II con el 3,44%.

GRÁFICA 6: FLUOROSIS DENTAL



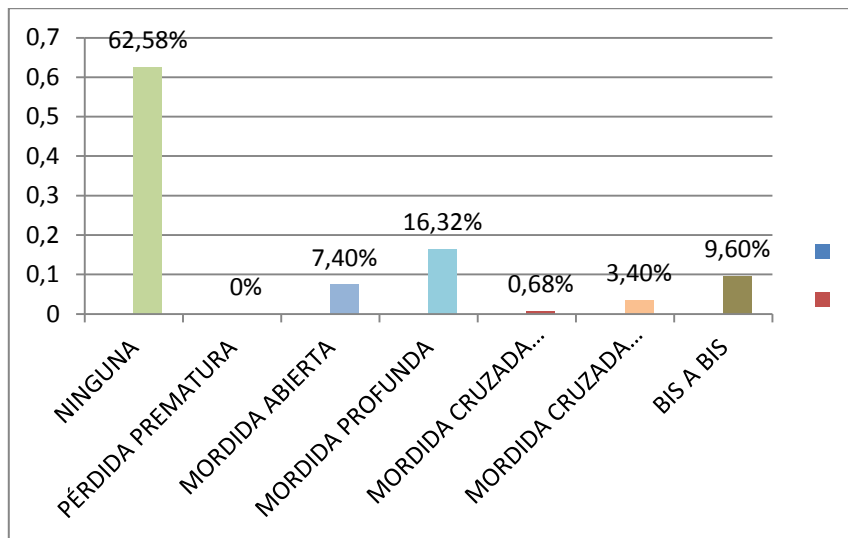
Fuente: Historia Clínica realizada a los alumnos de los centros educativos Corazón de María, Hernando de Benavente, Manuel de Jesús Auquilla Cambizaca, Colegio El Cisne.

Autor: Felipe Torres E.

Interpretación:

De los estudiantes examinados, el 87,75% no presentan fluorosis, seguido de la fluorosis leve con un 10,2%; no se encontraron casos de fluorosis severa y la fluorosis moderada tuvo menor prevalencia con un 2,08%.

GRÁFICA 7: ALTERACIONES DE OCLUSIÓN



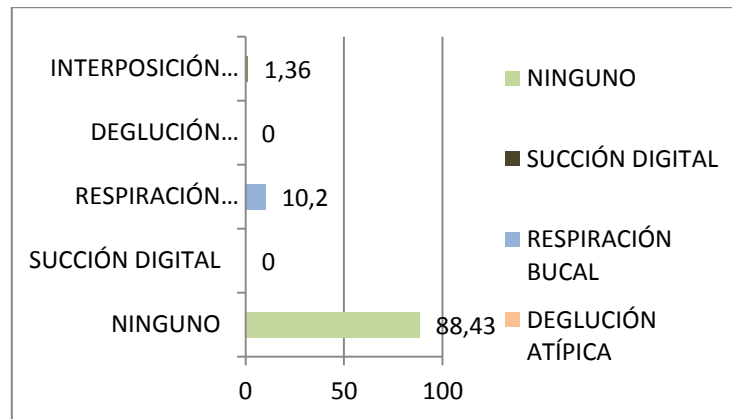
Fuente: Historia Clínica realizada a los alumnos de los centros educativos Corazón de María, Hernando de Benavente, Manuel de Jesús Auquilla Cambizaca, Colegio El Cisne.

Autor: Felipe Torres E.

Interpretación:

Mordida abierta con 17% y mordida profunda con 16,32% son las patologías que se presentaron con mayor frecuencia en los estudiantes examinados, mientras que la de menor prevalencia fue la mordida cruzada anterior con un 0,68%.

GRÁFICA 8: HÁBITOS



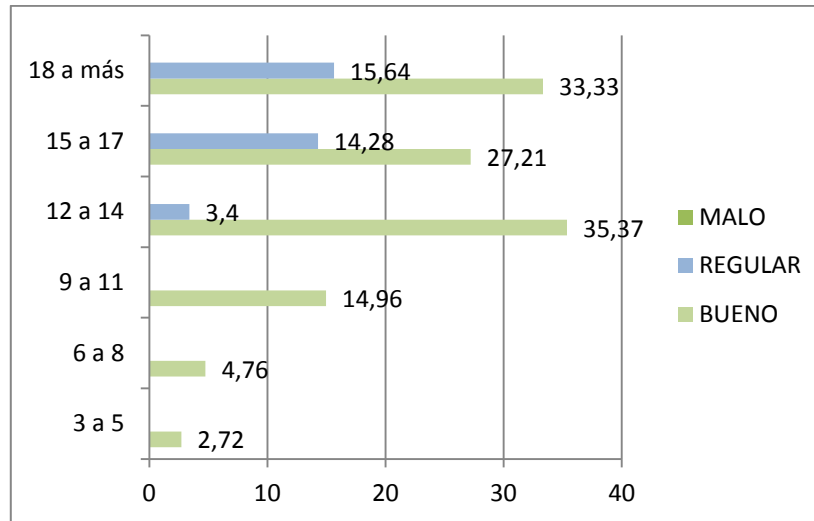
Fuente: Historia Clínica realizada a los alumnos de los centros educativos Corazón de María, Hernando de Benavente, Manuel de Jesús Auquilla Cambizaca, Colegio El Cisne.

Autor: Felipe Torres E.

Interpretación:

El hábito que presentó mayor prevalencia es la respiración bucal con un 10,2%, mientras que el de menor prevalencia fue la interposición lingual con un 1,36%. No se presentaron hábitos de succión digital y deglución atípica.

GRÁFICA 9: ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO



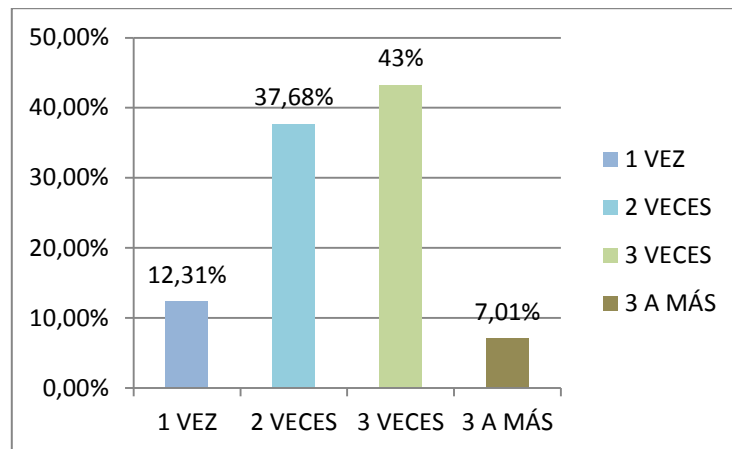
Fuente: Historia Clínica realizada a los alumnos de los centros educativos Corazón de María, Hernando de Benavente, Manuel de Jesús Auquilla Cambizaca, Colegio El Cisne.

Autor: Felipe Torres E.

Interpretación:

Los alumnos de edades comprendidas entre los 12 a 14 años presentaron una buena higiene oral correspondiente 35,37%, seguido de los estudiantes de 18 años a más con un 33,33%. Concomitantemente en este grupo se encontró la mayor cantidad de personas con higiene oral regular con un 15,64%. No se encontraron casos de mala higiene oral.

GRÁFICA 10: FRECUENCIA DE CEPILLADO



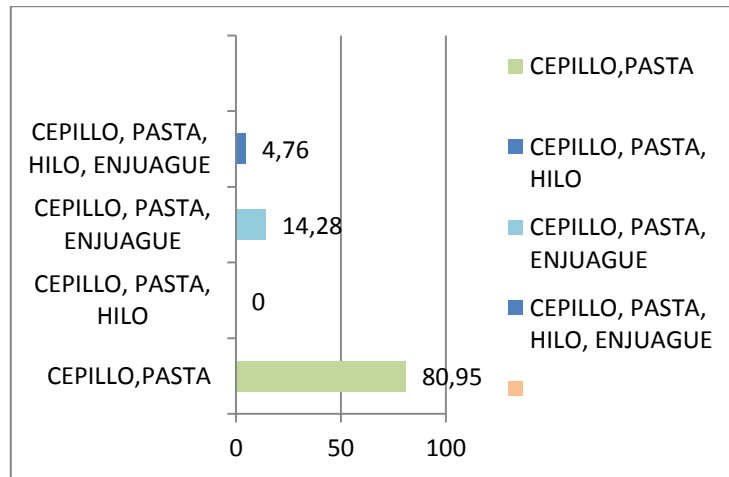
Fuente: Historia Clínica realizada a los alumnos de los centros educativos Corazón de María, Hernando de Benavente, Manuel de Jesús Auquilla Cambizaca, Colegio El Cisne.

Autor: Felipe Torres E.

Interpretación:

Los estudiantes refirieron en mayor cantidad que cepillan sus dientes 3 veces al día con un 43%, mientras que la menor parte de encuestados cepillan sus dientes una sola vez al día correspondiente a 7,01%.

GRÁFICA 11: ELEMENTOS UTILIZADOS EN HIGIENE ORAL



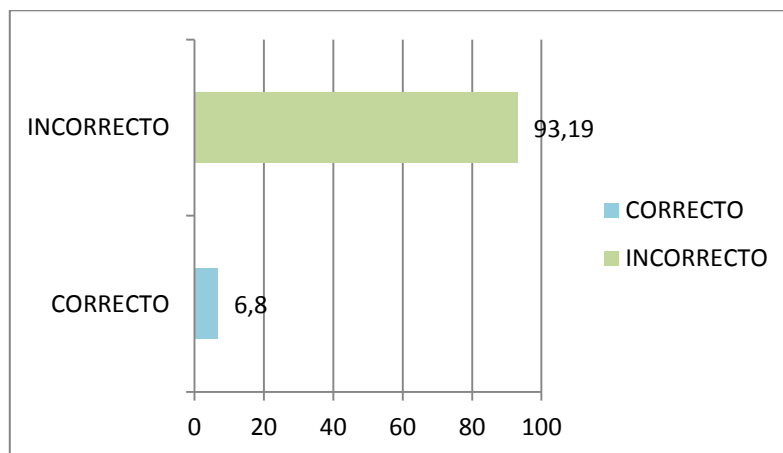
Fuente: Historia Clínica realizada a los alumnos de los centros educativos Corazón de María, Hernando de Benavente, Manuel de Jesús Auquilla Cambizaca, Colegio El Cisne.

Autor: Felipe Torres E.

Interpretación:

Predominantemente los estudiantes encuestados utilizan cepillo y pasta dental para su higiene oral correspondiente al 80,95, mientras que una mínima cantidad utiliza todos los elementos de aseo oral con un 4,76%.

GRÁFICA 12: TÉCNICA DE CEPILLADO



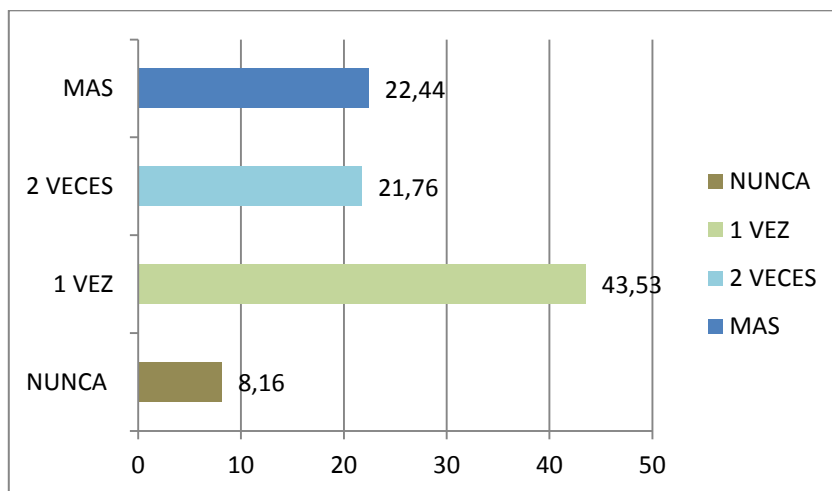
Fuente: Historia Clínica realizada a los alumnos de los centros educativos Corazón de María, Hernando de Benavente, Manuel de Jesús Auquilla Cambizaca, Colegio El Cisne.

Autor: Felipe Torres E.

Interpretación

La gran mayoría de encuestados cepillan sus dientes de manera incorrecta, con un 93,19%, mientras que una mínima cantidad cepilla sus dientes de forma correcta con un 6,8%.

TABLA 13: FRECUENCIA DE VISITA AL ODONTÓLOGO



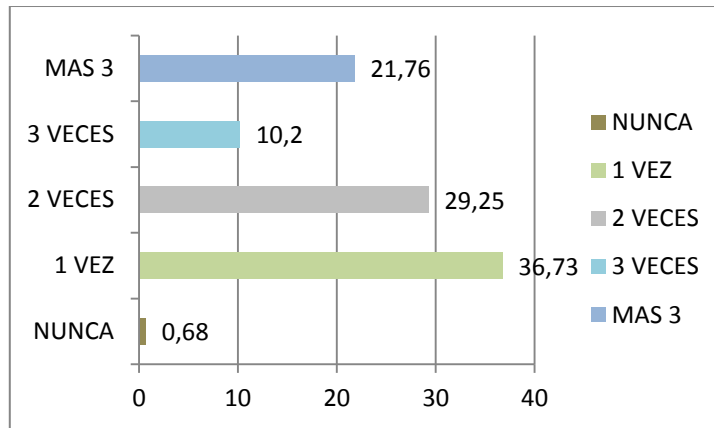
Fuente: Historia Clínica realizada a los alumnos de los centros educativos Corazón de María, Hernando de Benavente, Manuel de Jesús Auquilla Cambizaca, Colegio El Cisne.

Autor: Felipe Torres E.

Interpretación:

La mayor parte de encuestados acuden una sola vez al año al odontólogo correspondiente al 43,53%, mientras que una pequeña cantidad perteneciente al 8,16% nunca acude.

GRÁFICA 14: FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS CARIOGÉNICOS



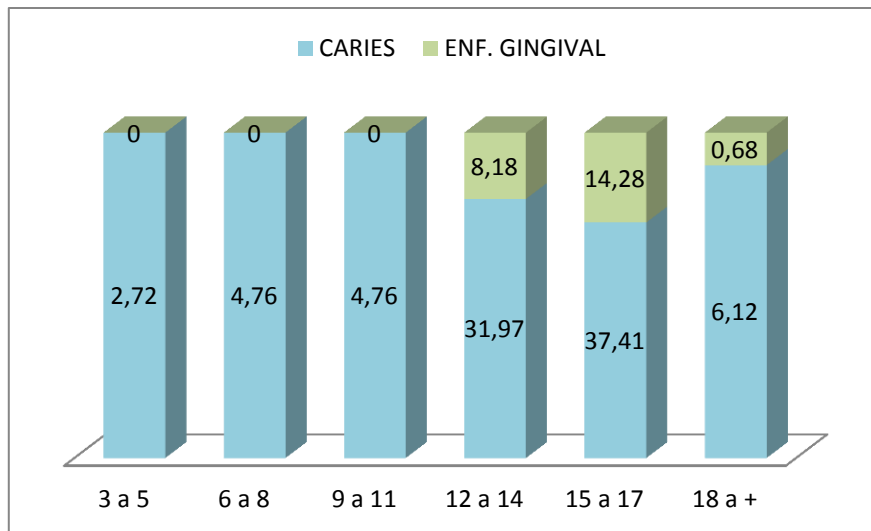
Fuente: Historia Clínica realizada a los alumnos de los centros educativos Corazón de María, Hernando de Benavente, Manuel de Jesús Auquilla Cambizaca, Colegio El Cisne.

Autor: Felipe Torres E.

Interpretación:

De los alimentos cariogénicos la mayor prevalencia se registró en los estudiantes que consumen esta dieta una vez al día con 36,73%, mientras que la menor cantidad se registró en los que nunca la consumen correspondiente a 0,68%.

GRÁFICA 15: RELACIÓN EDAD – CARIES – INFLAMACIÓN



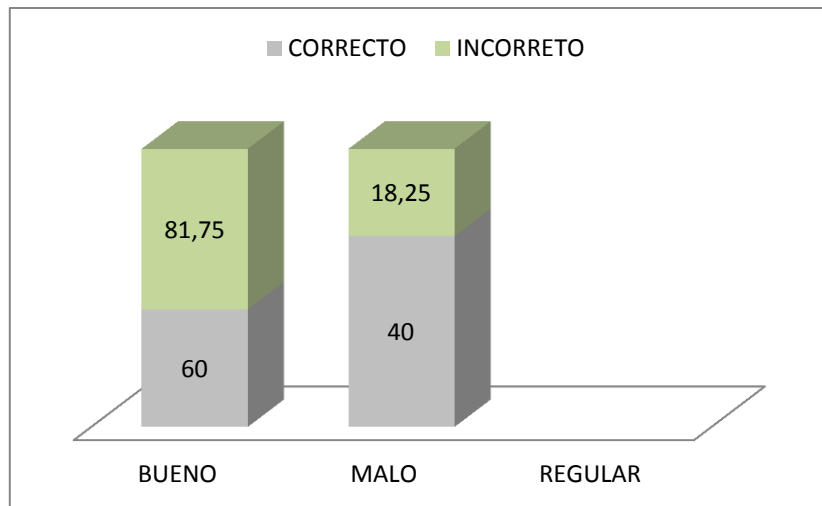
Fuente: Historia Clínica realizada a los alumnos de los centros educativos Corazón de María, Hernando de Benavente, Manuel de Jesús Auquilla Cambizaca, Colegio El Cisne.

Autor: Felipe Torres E.

Interpretación:

Tanto la caries como la enfermedad gingival se impuso en el rango de edad comprendido entre los 12 a 14 años con un 31, 97% y 14,28% respectivamente; en el rango de edad comprendido entre los 3 a 5 años se evidenció un mínimo porcentaje de 2,72.

GRÁFICA 16: RELACIÓN CEPILLADO – IHOS



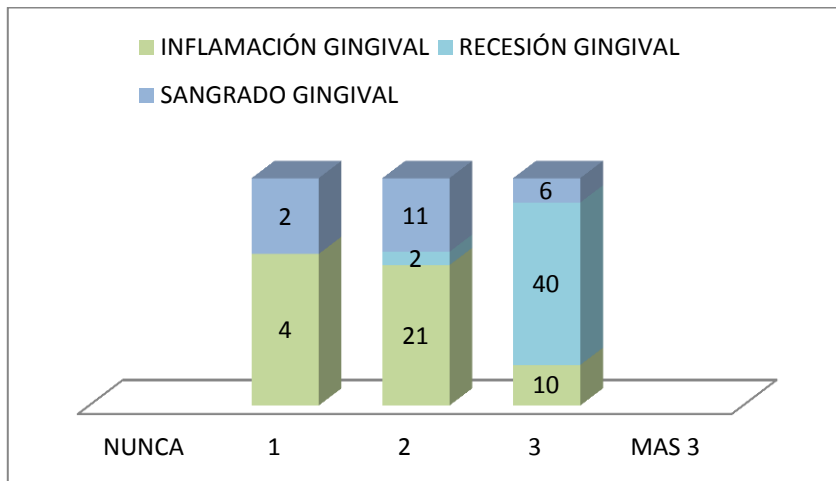
Fuente: Historia Clínica realizada a los alumnos de los centros educativos Corazón de María, Hernando de Benavente, Manuel de Jesús Auquilla Cambizaca, Colegio El Cisne.

Autor: Felipe Torres E.

Interpretación:

Dentro de las personas que presentaron un IHOS bueno, el 81,75% cepillan sus dientes de forma incorrecta, mientras que el 60% realizan una técnica correcta de cepillado. En el IHOS malo, se observó que el 40% de personas cepillan sus dientes de forma correcta al contrario del 18,25 cepillan sus dientes de manera incorrecta.

GRÁFICA 18: RELACIÓN CEPILLADO – SIGNOS DE INFLAMACIÓN



Fuente: Historia Clínica realizada a los alumnos de los centros educativos Corazón de María, Hernando de Benavente, Manuel de Jesús Auquilla Cambizaca, Colegio El Cisne.

Autor: Felipe Torres E.

Interpretación:

De los alumnos examinados que se cepillan una vez, 4 presentaron inflamación gingival y dos presentaron sangrado gingival; de los estudiantes que se cepillan dos veces al día, 21 presentan inflamación gingival, 2 presentan recesión gingival y 11 presentaron sangrado gingival. Los estudiantes que se cepillan sus dientes 3 veces al día presentaron 10 inflamación gingival, 40 presentaron recesión gingival y 6 sangrado gingival.

GRÁFICA 19: RELACIÓN EDAD- CEO

EDAD	C	E	O	CEO	RIESGO
3-5 AÑOS	15	0	0	3,75	MODERADO
6-8 AÑOS	29	1	0	4,28	MODERADO
9-11 AÑOS	6	0	6	1,71	BAJO
12-14 AÑOS	7	0	5	0.70	MUY BAJO

Fuente: Historia Clínica realizada a los alumnos de los centros educativos Corazón de María, Hernando de Benavente, Manuel de Jesús Auquilla Cambizaca, Colegio El Cisne.

Autor: Felipe Torres E.

MUY BAJO (0,0 A 1,1)
BAJO (1,2 a 2,6)
MODERADO (2,7A 4,4)
ALTO (4,5 a 6,5)

Interpretación:

De los niños examinados la mayor parte presentó un índice CEO moderado correspondiente a las edades comprendidas entre 3-5 y 6-8 años, mientras que índice bajo fue el que menor número de estudiantes obtuvo, con un 0.70% comprendido entre las edades de 12 -14 años.

GRÁFICAS 20: RELACIÓN EDAD – CPOD

EDAD	C	P	O	CPOD	RIESGO
6-8 AÑOS	6	0	0	0,85	MUY BAJO
9-11 AÑOS	21	0	17	5,42	ALTO
12-14 AÑOS	202	8	103	5,49	ALTO
15-17 AÑOS	322	12	69	6,71	ALTO
18 A MAS	44	6	21	6,45	ALTO
TOTAL	595	26	210	5,65	ALTO

Fuente: Historia Clínica realizada a los alumnos de los centros educativos Corazón de María, Hernando de Benavente, Manuel de Jesús Auquilla Cambizaca, Colegio El Cisne.

Autor: Felipe Torres E.

MUY BAJO (0,0 A 1,1)
BAJO (1,2 a 2,6)
MODERADO (2,7A 4,4)
ALTO (4,5 a 6,5)

Interpretación:

La mayor parte de estudiantes presentaron un nivel de CPOD alto comprendidas entre las edades desde 9 a 18 años, mientras que las edades comprendidas entre 6 a 8 años presentaron un CPOD muy bajo.

7. DISCUSION

Se realizó un estudio por parte del servicio odontológico de la II zona naval en Galápagos cuya población fue de un 98% proveniente de Ecuador continental, con el propósito de conocer la situación bucal de la comunidad. Los resultados obtenidos señalaron a la caries dental como la primera patología presente en el 65% de los casos registrados.²⁷ En otro estudio realizado por parte de la Secretaría de Salud Municipal de Cali, planteó la necesidad de conocer la situación bucodental en la población escolar del sector público, mediante el perfil epidemiológico bucodental. Los autores examinaron 784 niños de 5 a 13 años de las 47 instituciones educativas seleccionadas que luego de ser examinados presentaron una historia de caries con el 77%, siendo la más prevalente entre las demás patologías.²⁸ Esta investigación presentó a la caries como primera patología con un 87,75%, mientras que el 12,24% no la presentó. Por lo que se determina que los dos estudios anteriores son similares a los datos de esta investigación.

Un Estudio Epidemiológico de Salud Bucal en Escolares, en Ecuador (1996), menciona que al 88,2% de los escolares menores de 15 años tienen caries, el 84% tiene presencia de placa bacteriana y el 53% está afectado con gingivitis. Además, se evidenció que de los niños examinados el 35% presentaba algún tipo de mal oclusión. (MSP, 2009). Realizando la

²⁷ Diego Abdón Sánchez Riofrío. Gaceta dental: Industrias y profesiones.

²⁸ Giraldo Sonia Julieth, Mossos Rosenberg. Universidad del Valle. Prevalencia de caries y enfermedad periodontal en escolares del sector público de Cali, 2005

verificación de datos se puede constatar que el estudio concuerda con esta investigación.

La población estudiantil diagnosticada en su gran mayoría presentó caries dental con el 87,75% , en cuanto a signos de enfermedad periodontal un 23,8%, y en lo que respecta a maloclusión, la Clase I es la que mayores casos registró con sus variantes sin apiñamiento y con apiñamiento el 24,16% y 17,24% respectivamente, la segunda opción que se registró fue la clase III con 39,65% y la clase II se ubicó en tercer lugar con sus variantes subdivisión I con el 15,51% y la subdivisión II con el 3,44%.

“Un estudio a nivel de Latinoamérica, en Chile, titulado “Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago”, el 66% presentó malos hábitos. Se observaron un total de 1 878 casos, siendo los más frecuentes la succión (62%), respiración bucal (23%) e interposición lingual (15%, es decir 283 casos). Del grupo de 732 niños con malos hábitos el 57% (417) presentaron anomalías dentomaxilares. Con respecto a esta investigación los hábitos como la respiración bucal se presentaron en mayor cantidad con el 10,2%, seguido de la interposición lingual con un 1,36%. De los 378 niños sin malos hábitos solo 10% (37) presentaron anomalías.”²⁹ Con los datos expuestos puede denotarse que los estudios con esta investigación son altamente discrepantes. En cuanto a Anomalías dentomaxilares existentes el

²⁹ Agurto Pamela, Díaz Rodrigo. Frecuencia de malos Hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares.

estudio, en cada grupo se comprobó que la mayor frecuencia se evidencia en niños que presentan malos hábitos. De los niños con malos hábitos y anomalías dentomaxilares (417 niños) el total de casos de maloclusión fue de 668 con un promedio de 1,6 maloclusiones por niño. Las anomalías más frecuentes fueron la mordida abierta con 38%, mordida cruzada 28% y en tercer lugar la distoclusión canina 16%. En los casos de maloclusión de pacientes examinados en esta investigación y el estudio realizado, concuerdan la mordida abierta con los más altos índices con 17% y 38% respectivamente. A diferencia del resto de patologías que demuestran lo contrario porque la mordida cruzada posterior no es la segunda patología más relevante sino la mordida profunda con el 16,32%, seguido la relación bis a bis con un 9,6%; mordida cruzada posterior con el 3,4% y finalmente mordida cruzada anterior con 0,68%.

8. CONCLUSIONES:

- Se evidenció que la caries es la enfermedad más prevalente entre todas las patologías bucales, por ello los estudiantes examinados la presentaron en un 87,75%; aquellos que no presentaron esta enfermedad, sumaron un porcentaje mínimo de 12,24%, pudiéndose observar que recibieron atención odontológica oportuna. Concomitantemente se concluyó que las caries presentes en la mayoría de alumnos eran caries de fosas y fisuras.
- De las patologías gingivales expuestas, se pudo concluir que la de mayor prevalencia fue la inflamación gingival con un 3,75%, con mínimos casos de recesión y sangrado. Cabe recalcar que la presencia de patologías gingivales en este sector no se presentan en cantidades significativas.
- Con respecto a la oclusión en dientes temporales se pudo observar que el plano terminal recto tuvo mayor prevalencia en los niños examinados con un 83,33%, no así el escalón distal que presentó un reducido grupo con el 16,66%; sin observarse de escalón mesial. De igual manera la población examinada con dentición permanente presentó en mayor grado la oclusión clase I que registró con sus variantes sin apiñamiento y con apiñamiento el 24,16% y 17,24%

respectivamente, la segunda opción que se registró fue la clase III con 39,65% y la clase II se ubicó en tercer lugar con sus variantes subdivisión I con el 15,51% y la subdivisión II con el 3,44%.

- La fluorosis dental no tuvo una mayor relevancia dentro de la población examinada, puesto que el 87,75% de personas no presentaron esta patología; la fluorosis leve fue la más prevalente dentro de las personas que padecen esta enfermedad con un 12,2%.
- Un 88,43% de encuestados no presentaron ningún tipo de hábitos, mientras que el más prevalente dentro de los que presentaron, fue la respiración bucal con un 10,2%. Dentro de las patologías, las que se impusieron fueron la mordida abierta y la mordida profunda.
- El ceo se presentó mayoritariamente en un índice bajo , pero debe resaltarse que el índice alto también presentó un número considerable, por lo que se puede concluir que existen niños con adecuada salud oral sobre todo en los barrios céntricos de la Parroquia El Cisne y también existen niños con salud oral deficiente.
- Con respecto al CPOD, un gran porcentaje de alumnos examinados presentaron un índice alto, recalcando que este valor es elevado

debido a la significativa presencia de caries, pero también se debe acotar que dentro de este índice se sumó una gran presencia de dientes obturados.

- En lo que corresponde a la frecuencia de cepillado una gran parte de encuestados refirieron que cepillan sus dientes tres veces al día correspondiente al 43%, mientras que un reducido porcentaje explicaron que se cepillan una vez. De la población encuestada se pudo concluir que la gran mayoría utilizan cepillo y pasta dental como elementos para su higiene oral correspondiente al 80, 95% y que una minoría utilizan todos los implementos de aseo bucal con un 4,76%.
- Con respecto a la técnica de cepillado pudo concluir que casi en su totalidad las personas encuestadas cepillan sus dientes de manera incorrecta sumando un porcentaje de 93,19. También se pudo observar que la mayor parte de estudiantes visitan al odontólogo tres veces al año con un 4,3%, seguido de cerca los que acuden dos veces por año, resaltando que un número reducido nunca han visitado al odontólogo correspondiente al 8,10%.
- La dieta cariogénica es la principal responsable de la aparición de caries y otras patologías es por ello que la mayor prevalencia de

consumo se registró en los estudiantes que consumen esta dieta una vez al día con un 36,73%, mientras que la menor cantidad se registró en los que nunca la consumen con un 0,68%.

9. RECOMENDACIONES

El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud Pública del Ecuador como principal ente encargado de velar por el bienestar de la población Ecuatoriana, debe poner énfasis en la cobertura de servicios de salud en los sectores rurales, puesto que en la actualidad la atención en la gran mayoría de pueblos es insuficiente, debido a la distribución dispersa que existe en estos sectores y que dificulta la atención oportuna.

Que los profesionales de la rama Odontológica implementen acciones que vayan en pro de las personas, para que con programas de prevención y tratamiento, logren mejorar la calidad de salud oral en la población.

La UNL a través de su gestión y en convenio con el Ministerio de Educación, puedan aplicar programas que permitan llegar con los estudiantes de la Carrera de Odontología para brindar atención pertinente a los centros educativos de los sectores rurales con la finalidad de reducir el nivel de enfermedad bucodental y fomentar la prevención.

Es de vital importancia que los docentes y padres de familia creen conciencia en sus alumnos e hijos/hijas, para que desde sus hogares

y centros educativos, los niños y adolescentes conozcan sobre la importancia de tener una adecuada salud oral.

10. BIBLIOGRAFIA

1. Cárdenas Darío. Fundamentos de Odontología. Odontología Pediátrica. Corporación para Investigaciones Biológicas. Tercera Edición. Fondo Editorial: 2003
2. SAPP Philip, EVERSOLE Lewis, WYSOCKI George. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. Segunda Edición. Mosby: Elsevier España: 2004.
3. Cuenca Emili y Baca Pilar. Odontología Preventiva y Comunitaria. 3ra Edición. Editorial Masson: Elsevier España: 2005.
4. Higashida Bertha. Odontología Preventiva. Editorial. Mac Graw-Hill Interamericana.
5. Cobos Juan Manuel, García Juna José. Manual Técnico Superior en Higiene Bucodental. Editorial. Mad.: España; 2005.
6. Sapp,P.Eversole,L.Wysocki..Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea 2da Edición. Editorial: ELSEVIER;2002
7. J. Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wysocki. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea, Segunda Edición 2005: Elsevier 2002
8. NEGRONI, Marta. Microbiología Estomatológica, Fundamentos y Guía Práctica. Segunda Edición, 2009. Editorial Panamericana: Argentina 2009.

9. G.Vajdi, Geeti Vajdi Mitra. Manual Ilustrado de Cirugía Oral y Maxilofacial. 11va Edición. Jaypee- Highlights, Medical Publishers: Panamá 2011.

10. Sánchez Riofrío Diego Abdón. Estudio de la Prevalencia de Enfermedades Odontológicas registradas en el Servicio de Odontología, II Zona Naval, San Cristóbal, Galápagos. Gaceta dental: Industrias y profesiones. [revista en línea]. España 2013. Disponible en: <http://www.gacetadental.com/>

11. Giraldo Sonia Julieth, Mossos Rosemberg. Universidad del Valle. Prevalencia de Caries y Enfermedad Periodontal en escolares del sector público de Cali: [serie en línea] Colombia; 2005. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-95342008000500005&script=sci_arttext.

12. Ana Beatriz Paltín Chimbo, Relación de Afecciones Bucales con el Estado Nutricional en escolares de la escuela “El Lago” de la parroquia Santiago de Quito del cantón Colta. 2010-2011 [Tesis doctoral]. Chimborazo: Facultad de Salud Pública. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo; 2011.

13. Patología Oral y Maxilofacial. Alteraciones de número (Anodoncia Total y Parcial) [sin categoría] Rss.

14. González Amílcar. Revista Cubana de Estomatología. [Revista en línea] Cuba 2009. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072009000300004&script=sci_arttext

15. Montesinos Daniela. Resumen capítulo 1 libro “Dental Caries”/Portafolio [serie en internet]. No.3 [CICB2011.05/12/2011]. Disponible en: <https://sites.google.com/site/portafolio3cicb2011/3-resumen-capitulo-1-libro-dental-caries>
16. Guzmán F. y Arias A. La Historia Clínica: elemento fundamental del acto médico. Artículo especial. [serie en internet]. Colombia 2012. Disponible en: <http://www.ascolcirugiaorg/revista/revistaenero-marzo2012/6%20Historia%20clinica.pdf>
17. Dra. Hidalgo E. La Caries Dental. Algunos de los factores relacionados con su formación en niños. Revista Cubana de Estomatología. [revista en línea] 2011. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003475072008000100004&script=sci_arttext.
18. HECHAVARRIA Bárbara, Carbonell Gonsalves Cristina. Salud Bucal en la Adolescencia. [revista en línea] Cuba 2013. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102930192013000100015&script=sci_arttext.
19. GONZÁLEZ Farith y col. Indicadores de Riesgo para la Caries Dental en Niños Preescolares de La Boquilla, Cartagena. Ustasalud. [revista en línea] Rev. salud pública vol.11 no.4 Bogotá July/Aug. 2009. Disponible en: http://200.21.227.151/inicio/publicaciones/div_salud/pdf/ustasalud_v7_2.pdf
20. Tascón Jorge Eduardo, Cabrera Gustavo Alonso. Algunas Creencias sobre Susceptibilidad y Severidad de la Caries en adolescentes del Valle del Cauca [serie en línea], Colombia 2005. Disponible en: trabajos904/susceptibilidad-severidad-caries/susceptibilidad-severidad-caries2.shtml.

- 21.** RUIZ, Oswaldo y colaboradores. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE SALUD BUCAL EN ESCOLARES FISCALES MENORES DE 15 AÑOS DEL ECUADOR. [serie en línea] Quito Ecuador 1995 1996. Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OH_ECU_EpidemEscolDesc1996.pdf
- 22.** Agurto Pamela, Díaz Rodrigo. Frecuencia de los malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares. [serie en línea] Santiago, Chile 2013.

11. ANEXOS

**“UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA”
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
NIVEL DE PRE-GRADO
CARRERA DE ODONTOLÓGIA**

DATOS GENERALES:

Nombres y Apellidos.....
Sexo.....
Edad.....

Parroquia.....
Grado o curso.....
Establecimiento.....

PATOLOGÍAS

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

OTRAS PATOLOGÍAS DENTALES

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

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

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

3. **MALOCCLUSIÓN**

Dentición temporal

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

Dentición permanente

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

4. **FLUOROSIS DENTAL**

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

ALTERADA ()

ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO IHO-S

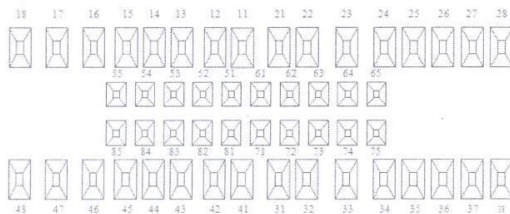
5. **HÁBITOS**

Ninguno ()
Succión digital ()
Respiración bucal ()
Deglución atípica ()
Interposición lingual ()

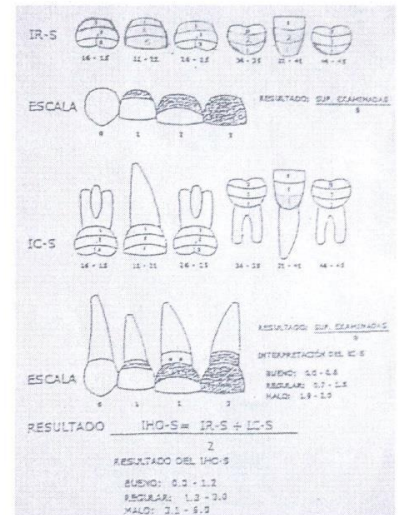
Ninguna ()
Pérdida prematura de dentición decidua ()
Mordida abierta anterior ()
Mordida abierta posterior ()
Mordida profunda ()
Mordida cruzada anterior ()
Mordida cruzada posterior ()
Mordida bis a bis

6. **PATOLOGÍAS**

ODONTOGRAMA



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



Validación de la Historia Clínica por el Especialista TannyValarezo
COORDINADOR DE LA CARRERA DE ODONTOLÓGIA

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA



Foto N° 1: elaboración de diagnósticos



Foto N°2: Charla sobre salud oral



Foto N°3: Alteración de número (agenesia)



Foto N°4: Alteración de número (mesio dens)



Foto N° 5: Mesio dens



Foto N° 6: Alteración de forma (dientes conoides)



Foto N° 7: Fluorosis Moderada



Foto N° 8: Alteraciones gingivales

ÍNDICE

Contenido

C E R T I F I C A	ii
AUTORÍA	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS	iv
AGRADECIMIENTO	v
DEDICATORIA	vi
TÍTULO	7
2. RESUMEN	8
ABSTRACT	10
3. INTRODUCCIÓN	11
MARCO CONCEPTUAL	13
1. SALUD ORAL.....	14
2. PATOLOGÍAS	14
3. RIESGO	31
4. HÁBITOS.....	33
5. MATERIALES Y MÉTODOS	36
6. RESULTADOS	39
7. DISCUSION	58
8. CONCLUSIONES:	61
9.RECOMENDACIONES	65
10.BIBLIOGRAFIA	67
11.ANEXOS	71