UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TÍTULO

“FRECUENCIA DE AGENESIA EN PERSONAS CON CAPACIDADES ESPECIALES EN EL CENTRO DIURNO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA CIUDAD DE LOJA PERIODO OCTUBRE 2017-MARZO 2018”.

Tesis previa a la obtención del título de Odontóloga

AUTORA:

Sonia Jadira Guamán Paqui

DIRECTORA:

Dra. Deisy Patricia Saraguro Ortega, Mg.Sc.

LOJA – ECUADOR
2018

CERTIFICACIÓN

Loja, 07 de Noviembre de 2018

Dra. Deisy Patricia Saraguro Ortega, Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que la presente tesis titulada **"FRECUENCIA DE AGENESIA EN PERSONAS CON CAPACIDADES ESPECIALES EN EL CENTRO DIURNO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA CIUDAD DE LOJA PERIODO OCTUBRE 2017-MARZO 2018"**, elaborada por la Srta. Sonia Jadira Guamán Paqui, ha sido planificada y ejecutada bajo mi dirección y supervisión, por tanto y al hacer cumplido con los requisitos establecidos por la Universidad Nacional de Loja autorizo su presentación, sustentación y defensa ante el tribunal designado para el defecto.

Atentamente,

……

Dra. Deisy Patricia Saraguro Ortega, Mg.Sc.

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, **Sonia Jadira Guamán Paqui,** declaro ser la autora de la tesis, y eximo expresamente a la universidad nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido del mismo.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi tesis en el repositorio institucional a través de su Biblioteca virtual.

Autora: Sonia Jadira Guamán Paqui

Cédula: 1105042558

Firma:…….

Fecha: 07 de Noviembre de 2018

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, **Sonia Jadira Guamán Paqui,** declaro ser la autora de la tesis titulada**: FRECUENCIA DE AGENESIA EN PERSONAS CON CAPACIDADES ESPECIALES EN EL CENTRO DIURNO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIÓDO OCTUBRE 2017-MARZO 2018**, como requisito para optar el grado de odontóloga, autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad del contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional

Los usuarios pueden consultar el contenido de ese trabajo de investigación en el Repositorio Digital Institucional, en las redes del país y del exterior, con las cuales tenga convenio con 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 cuidad de Loja a los 07 días del mes de noviembre del dos mil dieciocho. Firma la Autora.

Firma: ……

Autora: Sonia Jadira Guamán Paqui

Cédula de Identidad: 1105042558

Dirección: Miraflores bajo

Correo Electrónico: jadirag23@gmail.com

Teléfono: 0988617559

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de tesis: Dra. Deisy Patricia Saraguro Ortega, Mg. Sc.

TRIBUNAL DE GRADO

Presidenta: Odt. Esp. Susana Patricia Gonzales Eras

(Vocal): Odt. Esp. Jessica Nathali Calderón Eras

(Vocal): Odt. Esp. Diana Ivanova Gahona Carrión

DEDICATORIA

En primera instancia a Dios porque me dio la sabiduría y fortaleza para continuar con mi crecimiento personal y profesional, permitiéndome alcanzar un sueño más; a mi madre y mi seres queridos por su apoyo incondicional, a mis docentes que hacen parte de esta grandiosa Universidad, quienes cada día confiaron en que todo era posible. “Esto es una muestra que la perseverancia es la clave del éxito”.

La autora

AGRADECIMIENTO

Dedico este trabajo a mis padres, a mis hermanos, por ser un factor fundamental en cada paso de mi vida. Por sus sabios consejos y por su apoyo incondicional.

Estoy plenamente agradecida con Dios por brindarnos la fortaleza, la paciencia, la sabiduría y el compañerismo; a la Universidad por la oportunidad brindada, a nuestras docentes que nos apoyaron incansablemente, a nuestros familiares y amigos por su apoyo incondicional. Porque todo lo que se sueña, se visualiza, se percibe, se materializa.

La autora

ÍNDICE

CARÁTULA i

CERTIFICACIÓN ii

AUTORÍA iii

CARTA DE AUTORIZACIÓN iv

DEDICATORIA v

AGRADECIMIENTO vi

ÍNDICE vii

ÍNDICE DE TABLAS ix

1. TÍTULO 1

2. RESUMEN 2

SUMMARY 3

3. INTRODUCCIÓN 4

4. REVISIÓN DE LITERATURA 6

4.1. Odontogénesis 6

4.1.1. Etapas de desarrollo de la odontogénesis. 6

4.1.1.1. Etapa de iniciación 6

4.1.1.2. Etapa de Morfo diferenciación. 7

4.1.1.3. Etapa de Histodiferenciación. 7

4.2. Alteraciones en el desarrollo dentario 7

4.2.1. Anomalías de número 7

4.2.1.1. Agenesia Dental 7

4.2.1.1.1. Etiología. 8

4.2.1.1.2. Clasificación. 9

4.3. Agenesia en personas con capacidades especiales 10
4.4. Alteraciones bucales en pacientes con capacidades especiales 11
4.4.1. Síndrome de Down. 11
4.4.2. Discapacidad Intelectual. 12
4.4.3. Parálisis cerebral. 13
4.5. Consecuencias de la agenesia dentaria 13
4.5.1. Dentales 13
4.5.2. Oclusales 13
4.5.3. Morfológicos 14
4.6. Tratamientos terapéuticos de la agenesia dentaria 14
5. MATERIALES Y MÉTODOS 16
5.1. Muestra 16
5.2. Criterios de inclusión 16
5.3. Criterios de exclusión 17
5.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos 17
5.5. Procedimiento 17
5.6. Análisis y procesamiento de los datos 18
5.6.1. Registro de la información (Recolección de Datos) 18
6. RESULTADOS 19
7. DISCUSIÓN 25
8. CONCLUSIONES 27
9. RECOMENDACIONES 28
10. BIBLIOGRAFÍA 29
11. ANEXOS 34

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Tipo de Discapacidad más frecuente en el CD del MIES 19

Tabla 2 Población de estudio según sexo 20

Tabla 3 Agenesia dentaria según el sexo 21

Tabla 4 Agenesia dentaria según ubicación ósea 22

Tabla 5 Agenesia dentaria según nomenclatura 23

Tabla 6 Clasificación de Agenesia Dentaria según el diagnóstico Radiográfico 24

1. TÍTULO

“FRECUENCIA DE AGENESIA EN PERSONAS CON CAPACIDADES ESPECIALES EN EL CENTRO DIURNO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA CIUDAD DE LOJA PERIODO OCTUBRE 2017-MARZO 2018.”

2. RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue determinar la frecuencia de agenesia dentaria según su nomenclatura, ubicación ósea y sexo en personas con capacidades especiales en el Centro Diurno de Atención Integral de la Ciudad de Loja, siendo una de las alteraciones más frecuentes en esta población y ocasionando severos problemas en el sistema estomatognático como estéticos, oclusales, funcionales y psicosociales en el individuo. El estudio fue de tipo descriptivo y transversal, en una muestra conformada por 32 personas que integran esta institución, para lo cual se realizó diagnóstico clínico y análisis radiográfico para la recopilación de información relevante. Los resultados obtenidos en el estudio demostraron que existe una mayor frecuencia de agenesia en las mujeres con un 25% y el 22% en hombres; el órgano dental más afectado fue el tercer molar con el 25%; los incisivos laterales con el 16 %; el incisivo central con el 3%; y el segundo premolar el 3%; según la ubicación ósea, la agenesia afecta al maxilar superior con el 28%; y, al maxilar inferior con el 19 %; es más frecuente en la discapacidad intelectual con el 28% de la población de estudio; el 16% en el síndrome de Down; y el 3% en pacientes con parálisis cerebral.

PALABRAS CLAVES: Anomalías dentales del desarrollo, odontogénesis, prevalencia, radiografías panorámicas.

SUMMARY

The purpose of the present research work is to determine the frequency of dental agenesis in people with special abilities, being this one of the most frequent alterations in the studied population, which constitutes a negative factor for the development of dental occlusion, resulting in severe problems in the stomatognathic system; as well as aesthetic, functional and psychological alterations in the person. This is a descriptive and cross-sectional study, for this reason the following objectives were proposed: Identify the frequency of denial agenesis according to its nomenclature and bony location; and the frequency of agenesis according to gender in patients with special abilities in the Integral Attention Day Center of the city of Loja. For which the clinical diagnosis and panoramic radiographs were made to 32 patients from this institution, so as a result 15 people from the studied group presented agenesis according to the inclusion criteria, so that 22% of them are men, 25% women; the most affected dental organ with agenesis is the third molar with 25%; the lateral incisors with 16%; the central incisor with 3%; and the second premolar with the 3%; according to bone location, agenesis affects the maxilla with 28%; and, to the jaw with 19%; Dental agenesis is frequent in 28% of intellectual disability; 16% in Down Syndrome people; and 3% in patients with cerebral palsy.

KEYWORDS: Dental agenesis, Disability, Syndromes, Dental Protocol

3. INTRODUCCIÓN

La agenesia dental es la ausencia de uno o más dientes deciduos o permanentes, resultado de un trastorno de la lámina dental, que impide la formación del germen dental y existe ausencia clínica y radiográfica del diente a una edad que debería estar presente.(Diaz-Perez & Echaverry-Navarrete, 2009).

(Maite Abeleira Pazos, 2017) Menciona que las alteraciones dentarias en la población con capacidades especiales oscilan entre el 90%, y de esto el 50% ocurre pacientes con algún tipo de síndrome, un porcentaje 10 veces superior al observado en la población general.. Por otra parte (Sunjay, Suri 2011) menciona que los dientes más afectados son el incisivo lateral maxilar con el 28%, incisivos mandibulares con el 20%; segundo premolar mandibular con el 24% y segundo premolar maxilar con el 12%, finalmente el segundo molar maxilar con el 4%, y los terceros molares con el 20%. En el estudio realizado por Bailleul-Forestier 2008) las agenesias se presentan en un 69,8% de las mujeres y un 90.7% de los hombres; y con respecto a la ubicación ósea (Sunjay, Suri 2011) observaron que en la región mandibular fue ligeramente más prevalente con un (80%) y en el maxilar con un (76%).

En nuestro país existe hasta el momento un problema social que es la mala salud bucal que presentan los niños y adolescentes con capacidades especiales, debido a que no se ha tomado consciencia de lo que esto representa en el diario vivir de estas personas y sus consecuencias al no poder integrarse a la sociedad. Consecuentemente no se han presentado investigaciones ni soluciones que permitan mejorar esta problemática, siendo que la salud debería ser uno de los pilares fundamentales en la sociedad y particularmente a este grupo vulnerable, donde el diagnóstico temprano juega un papel fundamental, para

la elaboración de un plan de tratamiento oportuno y evitar en el futuro problemas severos a nivel del sistema estomatognático

En razón de los escasos estudios sobre el tema y considerando que la población de personas con capacidades especiales es un grupo vulnerable en la sociedad y el servicio estomatológico a nivel público y privado no brindan la atención integral requerida. Hemos creído conveniente realizar esta investigación la cual pretende lograr el principal objetivo que es determinar la frecuencia de agenesia dentaria según el sexo, nomenclatura y ubicación ósea; así mismo mejorar la comprensión en el tema de la salud bucal y a concientizar a los padres, niños jóvenes y cuidadores, que deben mejorar su salud bucal.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

4.1. Odontogénesis

La formación y desarrollo del diente humano, denominada odontogénesis, es un proceso biológico continuo y complejo que se produce como parte de la embriogénesis del complejo craneal y maxilofacial, en el que están implicadas el ectodermo, mesodermo y células procedentes de la cresta neural (Bashkar S 2000)

4.1.1. Etapas de desarrollo de la odontogénesis. Aunque el desarrollo dentario es un proceso continuo, se puede dividir en varias etapas, con fines descriptivos:

4.1.1.1. Etapa de iniciación. Comienzan entre la cuarta y sexta semana de vida intrauterina y continúa a lo largo de toda la vida dental. En esta etapa aparece la lámina dental primaria, definida como una banda gruesa de epitelio que se va a dirigir hacia atrás y forma dos arcos en forma de herradura en la región de lo que serán los futuros arcos dentarios. (Thesleff, 2012)

Posteriormente, en cada arco dentario se produce otro engrosamiento epitelial independiente y en relación bucal a la lámina dental. Es decir, más cercana a la superficie de la cara y divide los márgenes externos del estomodeo en segmentos bucales que formarán los labios y las mejillas y en segmentos linguales en los que se desarrollarán los dientes y el hueso alveolar. Es lo que conoce como lámina vestibular o banda del surco labial. (Mjör IA, Fejerskov O, 1989).

Entre el segmento bucal y lingual se forma un surco como consecuencia de la desintegración de las células centrales, se conoce como el vestíbulo de la boca. Habitualmente, este surco se encuentra interrumpido por fragmentos de lámina vestibular

sin dividir que permanecen en el adulto como los frenillos. (Barbería E, Boj JR, Catalá M, García C, Mendoza A ,2001).

4.1.1.2. Etapa de Morfo diferenciación. Histológicamente en el órgano del esmalte se pueden distinguir el epitelio externo, retículo estrellado y el epitelio interno compuesto por células cilíndricas bajas que se diferenciarán en ameloblastos. (Revuelta R.2009)

Durante la morfogénesis, el control del tamaño y la forma de cada diente dependerán del nudo primario del esmalte. Esta estructura es responsable de regular el crecimiento y los sitios de pliegue epitelial que corresponden directamente con el patrón de las cúspides en la maduración dental (Caton J, 2009); En los dientes molares multicúspideos existen nudos del esmalte secundarios que regulan la morfogénesis de cada región cuspídea. (Pereira, 2006)

4.1.1.3. Etapa de Histodiferenciación. En este momento se evidencia la fase de campana, en la cual los ameloblastos y odontoblastos se diferencian y comienzan a establecer el esmalte y la dentina. (Fusé 2004). En la etapa de campana avanzada los odontoblastos depositan su primera capa de dentina, para que seguidamente los ameloblastos depositen el esmalte sobre esta. El esmalte inicialmente se deposita en el ápice del diente y luego se extiende hasta el cuello. La formación de la raíz no comienza hasta que la formación del esmalte de la corona haya finalizado. (Revuelta R, .2009)

4.2. Alteraciones en el desarrollo dentario

4.2.1. Anomalías de número

4.2.1.1. Agenesia Dental. La agenesia dental es un término utilizado para describir la ausencia de uno o más dientes deciduos o permanentes. Resultado de un trastorno de la

lámina dental, que impide la formación del germen dental.(Diaz-Perez & Echaverry-Navarrete, 2009)

4.2.1.1.1. Etiología. (Echeverri Escobar, J 2013). Considera que la agenesia es "una condición de origen multifactorial influenciada por factores genéticos, ambientales, patológicos y evolutivos involucrados en los mecanismos normales de la odontogénesis.

- **Ambientales**. Pueden ser de tipo traumático, vascular, trófico u obstructivo (por limitación de espacio), que actúan sobre la lámina dentaria en una determinada zona e impiden su desarrollo.

- **Patológico**. Infecciones, padecidas por la madre durante el embarazo (rubéola) o por el paciente en la infancia, como intoxicaciones o irradiaciones en las fases del desarrollo embriológico de los gérmenes dentarios.

- **Genéticos.** El factor etiológico es primordial en las agenesias dentarias. Ya que regula la señalización e interacción de tejidos durante las etapas tempranas del desarrollo dental y es el responsable de un patrón específico de herencia de agenesia dental autosómica dominante y así mismo, parece ser el responsable de la agenesia de segundos premolares y terceros molares. (Echeverri Escobar, J 2013).

El PAX9, otro de los genes implicados, pertenece a una familia de factores de transcripción presentes en los mamíferos. Es un regulador importante de la organogénesis, puede actuar como desencadenante de la diferenciación celular o como mantenedor de la pluripotencialidad de las poblaciones de células madre durante el desarrollo. Las mutaciones del PAX9 se asocian con la agenesia dental aislada familiar y con defectos en el desarrollo, que principalmente involucran los dientes posteriores más dístales. (Arboleda LÁ, 2009)

4.2.1.1.2. Clasificación. A lo largo de los años se han utilizado muchos términos para referirse a la ausencia de formación de piezas dentarias o agenesia, en la gran mayoría de publicaciones se utilizan los siguientes términos.

- **Hipodoncia.** Falta de 1 a 5 dientes definitivos, excluyendo terceros molares. Es una anomalía órgano genética permanente en que uno o más dientes faltan por ausencia en su formación. (Ramón Herrero, 2015)

- **Oligodoncia**. Falta de 6 o más piezas permanentes, sin contar terceros molares. (Sen, 2011).

Existen dos tipos de oligodoncia: Aislada es cuando no presenta otro síntoma en tejidos ectodérmicos y la oligodoncia sindrómica presenta alteraciones como piel seca, cabello quebradizo, uñas anormales y reducción en la salivación y en la sudoración. (Ramón Herrero, 2015) Se subdivide en:

  - **Oligogenodoncia**. Número de dientes temporales inferior a diez.
  - **Oligoblastodoncia.** Número de dientes permanentes inferior a dieciséis.

- **Anodoncia**: Ausencia total de piezas definitivas. También se la considera como expresión extrema de la oligodoncia que denota ausencia completa de dientes. Es la ausencia total congénita de todos los dientes, afecta a ambas denticiones, y cuando se produce, suele estar asociada con un trastorno más generalizado, como es la displasia ectodérmica hereditaria.

Existen dos tipos:

  - **Anodoncia Verdadera.** Donde están ausentes todos los dientes.

- **Anodoncia Falsa**. Ausencia clínica de todos los dientes como resultado de su extracción. (McDonald, 1990).

4.3. Agenesia en personas con capacidades especiales

Existen pocos estudios acerca de la agenesia en capacidades especiales que definan la causa específica, sin embargo se menciona algunas teorías:

(Shapira, Chaushu, & Becker, 2000) manifiesta que la agenesia dental en pacientes con Síndrome de Down está asociado con el ritmo lento de crecimiento celular y la consiguiente reducción en el número de células odontoblásticas que dan origen a la lámina dental. Otra razón seria la mala vascularización terminal de los brotes de diente en desarrollo, causando degeneración de odontoblastos completa o parcial (Reuland-Bosma, Reuland, Bronkhorst, & Phoa, 2010).Por otra parte (Naeye RL, 1967) manifiesta que existe una disminución en número de células en muchos órganos del cuerpo debido al período más lento de división intermitótica en células trisómicas, esto explicaría por qué ocurren con más frecuencia las agenesias dentarias en pacientes con síndromes u otro tipo de alteración.

Con respecto a la prevalencia (Russell 1995) realizó un estudio en una población Danesa con síndrome de Down, encontrando agenesias en un 69.8% de las mujeres y 90.7% de los hombres, además menciona que los incisivos laterales maxilares, inferior central y los segundos premolares son los dientes que más comúnmente faltan en más del 10% de los pacientes.

Por otra parte (Sunjay, Suri 2011) encontró agenesias en un 100% en mujeres; y el 83.3% en hombres. Así mismo la pieza dentaria más afectada fue tercer molar con el 92% seguido del incisivo lateral maxilar con el 28%, incisivos mandibulares con el 20%;

segundo premolar mandibular con el 24%, segundo premolar maxilar con el 12% y finalmente el segundo molar maxilar con el 4%. En la región mandibular fue ligeramente más prevalente con un 80% y en el maxilar con un 76%.

4.4. Alteraciones bucales en pacientes con capacidades especiales

Paciente especial se designa a aquel individuo que presenta unas características o condiciones que lo hacen singular frente a lo ordinario. (Silvestre y Plaza, 2007)

4.4.1. Síndrome de Down. Según (Sutherland & Gardner, 2004) el Síndrome de Down es una alteración genética en el cual existe un cromosoma extra en el par 21, por lo que también se le conoce como "Trisomía 21".

Fig. 1 Niño con Síndrome de Down
Fuente: Centro Diurno de desarrollo Integral a personas con Discapacidad

Además de la agenesia presentan otras alteraciones bucales tales como protrusión lingual, mordida abierta anterior, mordida cruzada posterior uní o bilateral, mal oclusión tipo II. Tienen también erupción dental retrasada, los dientes son cónicos con taurodontismo y enanismo radicular presentan agenesia principalmente de los incisivos laterales superiores, dientes supernumerarios, transportación de caninos superiores y

apiñamiento dental, lengua fisurada y grande además de otras condiciones a nivel de todo el organismo. (Atienza & Donat, 2012.)

4.4.2. Discapacidad Intelectual. La discapacidad intelectual es un déficit en la funcionalidad cognitiva y limitación para la adaptación en la vida diaria, es decir, que su capacidad intelectual está por debajo del promedio normal, por lo que su condición no les permite su cuidado personal, la comunicación, desenvolverse con la sociedad, en la escuela y el hogar.(Hormigo , 2006).

Hormigo, Tallis y Esterkind (2006) "afirman que la discapacidad intelectual se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, junto con limitaciones en dos o más de las habilidades adaptativas: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales y trabajo".

La salud bucal de los niños con discapacidad intelectual se ve afectada por la caries dental, la enfermedad periodontal y las mal oclusiones, babeo excesivo, mordida abierta, paladar ojival, presentándose con mayor prevalencia y severidad que en niños con un desarrollo normal. Esto se debe a la presencia de determinados atributos que constituyen factores de riesgo, y que en los mismos son más acentuados. Se señalan como los más significativos la presencia de una higiene bucodental deficiente, un elevado índice de placa y sarro, predominio de dieta blanda y cario génica, educación sanitaria insuficiente. (Fernández Carmenate, Sury, Muños Fernández, & Yusimí, 2007) ademas de otras patologias como los dientes supernumerarios, fusión y rotación, hiperplasia gingival, infecciones crónicas, bruxismo, hipersensibilidad.(Pedreira Nelo, Magalhães Gallotini, Cardoso Lopes, Taveira Assis, & Froes, 2007).

4.4.3. Parálisis cerebral. Se define como un grupo de trastornos permanentes del desarrollo de los movimientos y de la postura, causando limitaciones en la actividad, las cuales son atribuidas a perturbaciones no progresivas que ocurren en el desarrollo del feto o en el cerebro del bebé. Además de la disfunción motora, también se aprecian problemas cognitivos y sensoriales unidos a problemas nutricionales y epilepsia.(Maldonado & Read, 2017)

Las alteraciones frecuentes en esta población es la caries dental con un 60%, anomalías estructurales 30%, enfermedad periodontale 73%, Maloclusión 60%, retraso en la erupción, anomalías de tamaño 3,84%, anomalías de número 0,75% (Morales Chávez, 2008)..

4.5. Consecuencias de la agenesia dentaria

La carencia total o parcial de los elementos del sistema dentario provoca alteraciones a nivel estético y funcional misma que conduce a alteraciones oclusales de carácter compensador. (Figún, 2001),

Las consecuencias de la agenesia pueden ser:

4.5.1. Dentales

- Agenesia de otros dientes.
- Retraso generalizado en la formación y la erupción de los dientes presentes.
- Reducción del tamaño dentario. (Odontología, 2015)

4.5.2. Oclusales

- Presencia prolongada de dientes temporales.
- Erupción con espaciamientos.

- Disminución de la dimensión vertical en hipodoncia graves. (Reverón, 2006)

4.5.3. Morfológicos

- Relación esquelética de clase III (incisivos laterales maxilares), causando pseudoprognatismos.
- Retrusión de los incisivos y
- Alteraciones fonéticas, estéticas, masticatorias, digestivas y psicosociales. (Odontología, 2015)

4.6. Tratamientos terapéuticos de la agenesia dentaria

En cuanto a las posibilidades terapéuticas, hoy en día, debido al desarrollo de la Odontología, existen múltiples alternativas; prótesis fija, prótesis removible, tratamiento ortodónticos para el cierre o la apertura de espacios, pero la más importante que podemos destacar es un diagnóstico temprano, que se logra mediante un examen clínico minucioso, además de la toma de una radiografía panorámica, para que en conjunto con la edad del paciente se pueda analizar el proceso de erupción dental, o verificar si existe alguna ausencia de una pieza dental, así mismo se debe contar con la colaboración de un equipo multidisciplinar de odontólogos generales, Odontopediatra, prostodoncistas, cirujanos, ortodoncistas (Morales LF, Puerto L, 2009)

Por otra parte también tenemos los tratamientos preventivos, como su nombre lo indica está dirigido a motivar al niño y concientizar a su familia, cuidadores en la necesidad de mantener una buena actitud preventiva, cuidando la dieta, la higiene y la aplicación de flúor en todas sus formas, buscando retardar la aparición y el progreso de la enfermedad y evitar la aparición de caries dental. Así mismo El tratamiento restaurador será aplicado en todos aquellos dientes donde se haya instaurado el proceso de caries. Consta básicamente

en restaurar las estructuras dentarias deterioradas, y abarca desde cavidades preventivas hasta las incrustaciones en dientes permanentes. (Morales LF, Puerto L, 2009)

El tratamiento endodontico consiste en realizar los tratamientos endodónticos correspondientes, siempre y cuando el diente sea restaurable. Es importante tomar en cuenta esto ya que estamos tratando con un paciente que por su condición debe an algunos casos entrar a quirófano por no existir otra manera de tratarlo y de esta forma debemos conocer que todo diente que presente un diagnóstico dudoso, donde no se pueda garantizar el éxito del tratamiento, el sellado de la restauración, deberemos realizar el tratamiento radical (Exodoncia). (Odontología, 2015)

El tratamiento quirúrgico, básicamente consiste en realizar tratamiento en el área de cirugía bucal, bastante sencillo. Independientemente que los procedimientos a realizar no presenta gran dificultad, es recomendable que sean realizados por el especialista y Odontopediatra , ya que de esta manera se disminuye el tiempo de trabajo, los niveles de complicación y el nivel de ansiedad y trauma del paciente. (Cooper LF, Rahman A, Moriarty J, Chaffee N, Sacco D, 2006)

Finalmente tenemos el tratamiento rehabilitador. Consiste en devolver la funcionalidad a la boca de los pacientes a través de prótesis. Se recomienda el uso única y exclusivamente de prótesis fijas, prótesis totales e incrustaciones a pacientes adultos con retardo mental leve; el uso de coronas de acero inoxidable y o parciales en casos de niños con retardo mental leve. (Pérez Lajarín L, García Ballesta C, López Nicolás M, Pérez Flores D. 2005)

5. MATERIALES Y MÉTODOS

Se solicitó al Centro Diurno de Atención Integral a personas con Capacidades Especiales, permita realizar el presente estudio en el establecimiento a su cargo; sugiriendo se facilite una nómina de los usuarios y se realicen sesiones informativas para que los padres de familia de los alumnos de dicha institución conozcan acerca del proceso que ha de realizarse durante el muestreo, refiriéndonos a la toma de radiografías y diagnóstico clínico y una vez enterados puedan firmar los respectivos consentimientos informados de cada uno de sus representados.

El tipo de estudio de la presente investigación clínica fue descriptivo y de corte transversal ya que se lo realizó durante el periodo de octubre- marzo de 2018.

5.1. Muestra

El presente trabajo de investigación fue realizado con una muestra de 32 personas con Capacidades Especiales que asisten al "Centro Diurno de Atención Integral de la ciudad de Loja"

Los criterios de inclusión y exclusión para la selección de dicha muestra, fueron los siguientes:

5.2. Criterios de inclusión

Para el presente trabajo de investigación se tomó como criterios de inclusión a personas con Capacidades Especiales que asisten al Centro Diurno de Atención Integral de la Ciudad de Loja, personas con capacidades especiales con edades a partir de 14 años en adelante. Personas capacidades especiales que deseen participar del estudio y cuyos padres hayan firmado el consentimiento informado

5.3. Criterios de exclusión

Se excluyeron a las personas con Capacidades Especiales no colaboradores a los que no se les pudiese realizar la exploración bucal o cuyos padres no firmasen el consentimiento informado que asisten al Centro Diurno de Atención Integral de la cuidad de Loja. Y aquellas personas con Capacidades Especiales que par asisten al Centro Diurno de Atención Integral de la cuidad de Loja que no deseen participar de la investigación

5.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

Para el desarrollo de la presente investigación se utilizaron: radiografías panorámicas de buena calidad, equipo de Rx, evaluación de radiografías (ortopantografias), fichas clínicas para la recolección de datos y evaluación clínica de los pacientes, y consentimiento informado. Además también se utilizó set de diagnóstico (espejos, sonda de exploración, mascarillas, guantes, gorro).

5.5. Procedimiento

Se procedió a la revisión clínica de cada uno de los pacientes; registrando los datos en la ficha clínica especificando la presencia de la agenesia según la nomenclatura, sexo, ubicación ósea posterior a esto se llevó a los usuarios a las instalaciones del centro radiológico, donde se realizó las radiográficas panorámicas; la valoración de las radiografías panorámicas u ortopantografias se realizó de manera minuciosa para determinar la existencia de agenesia dentaria. Finalmente se procedió a la tabulación de datos, expresados en una tabla de frecuencia de Excel.

5.6. Análisis y procesamiento de los datos

5.6.1. Registro de la información (Recolección de Datos)

Los hallazgos clínicos y radiográficos de las agenesias dentarias fueron registrados en la ficha clínica respectiva, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, además a los pacientes objetos del estudio se les informó sobre dicha investigación padres/tutores de los pacientes así mismo deberían haber firmado el consentimiento informado con anterioridad.

Los pacientes fueron citados una vez a consulta en grupos de cinco al Centro Diurno de Atención Integral de la Ciudad de Loja durante los meses de enero-febrero de 2018, para realizar una anamnesis y un examen clínico intraoral (fotografías intraorales) y radiográfico, a través de la aplicación de una historia clínica odontológica, (aplicando todos los estándares de bioseguridad guantes, baja lenguas, babero etc.), esta actividad se llevó a cabo en las instalaciones del Centro Diurno de Atención Integral de la Ciudad de Loja.

6. RESULTADOS

Los resultados hallados fueron los siguientes:

Tabla 1.

Tipo de Discapacidad más frecuente en el CD del MIES

Tipo de Discapacidad	f	%
Síndrome de Down	5	16%
Discapacidad Intelectual	25	78%
Parálisis Cerebral	2	6%
Total	32	100%

Autora: *Sonia Jadira Guamán Paqui*
Fuente*: Historias clínicas de personas con capacidades especiales*

Interpretación de resultados

La tabla 1 nos indica que la población de estudio está conformada por el 16% de pacientes con síndrome de Down; 78% con discapacidad intelectual; 6% con parálisis cerebral.

Tabla 2.

Población de estudio según sexo

Sexo	f	%
Hombres	18	56%
Mujeres	14	44%
Total	32	100%

Autora: *Sonia Jadira Guamán Paqui*
Fuente*: Historias clínicas de personas con capacidades especiales*

Interpretación de Resultados

Los datos analizados nos muestra que la población de estudiada está conformada por el 56% de hombres y 44% de mujeres.

Tabla 3.

Agenesia dentaria según el sexo

Sexo	f	%
Hombres	7	22%
Mujeres	8	25%
No presentaron agenesia	17	53%
Total	32	100%

Autora: *Sonia Jadira Guamán Paqui*
Fuente*: Historias clínicas de personas con capacidades especiales*

Interpretación de Resultados

En la tabla 3 observamos que el grupo de pacientes que presentaron agenesia dentaria el 22% corresponde a los hombres, y el 25 % a las mujeres; mientras que el 53 % no presentaron agenesia dentaria

Tabla 4.

Agenesia dentaria según ubicación ósea

Ubicación ósea	f	%
Maxilar Superior	9	28%
Maxilar inferior	6	19%
No presentan agenesia	17	53%
Total	32	100%

Autora: *Sonia Jadira Guamán Paqui*
Fuente*: Historias clínicas de personas con capacidades especiales*

Interpretación de Resultados

Según la ubicación ósea podemos deducir que el 28% de las agenesias dentarias afecta el maxilar superior y el 19 % afecta al maxilar inferior la cual indica que hay un predominio por el maxilar superior. Y el grupo de pacientes que no presentan agenesia dentaria es representado por el 53%.

Tabla 5.

Agenesia dentaria según nomenclatura

Nomenclatura FDI	f	%
Incisivo Central (1.1;2.1;3.1;4.1)	1	3%
Incisivo Lateral (12; 2.2;3.2;4.2)	5	16%
Canino (13,23;33;43)	0	0%
Primer premolar (1.4;2.4;3.4;4.4)	0	0%
Segundo premolar (1.5;2.5;3.5;4.5)	1	3%
Primer Molar (1.6;2.6;3.6;4.6)	0	0%
Segundo Molar (1.7;2.7,3.7;4.7)	0	0%
Tercer Molar (1.8;2.8;3.8;4.8)	8	25%
No Presenta Agenesia Dentaria	17	53%
Total	32	100%

Autora: *Sonia Jadira Guamán Paqui*
Fuente*: Historias clínicas de personas con capacidades especiales*

Interpretación de Resultados

Según la nomenclatura dentaria podemos deducir que el 25% de las agenesias dentarias afecta a tercer molar;16 % corresponde a los incisivos laterales; el 3% al incisivo central y un 3% al segundo premolar la cual indica que hay un predominio por los terceros molares.

Tabla 6.

Agenesia dentaria según el tipo de discapacidad

Tipos de discapacidad	f	%
Síndrome de Down	5	16%
Discapacidad Intelectual	9	28%
Parálisis Cerebral	1	3%
No presentan agenesia	17	53%
Total	32	100%

Autora: *Sonia Jadira Guamán Paqui*
Fuente*: Historias clínicas de personas con capacidades especiales*

Interpretación de resultados

La tabla 6 nos indica que del total de la población estudiada, el 16% de agenesia dentaria está presente en el síndrome de Down lo que indica que hay predominio por el síndrome antes mencionado; el 28% de agenesia dentaria corresponde a la discapacidad intelectual y el 3% corresponde a paciente con parálisis cerebral. Por su parte el resto de la población que no presentan agenesias dentarias está representada por el 53%.

7. DISCUSIÓN

Con respecto a la agenesia según la ubicación ósea, (Zhu 1996) menciona que el maxilar es afectado con el 65,07%; en nuestro estudio la frecuencia encontrada fue de 28% en el maxilar y el 19 % en la mandíbula. Otro estudio realizados por (Sunjay 2011) se contrapones a nuestro resultado, ya que el logro determinar agenesias en el 80% en la mandíbula y el 76% en el maxilar.

En cuanto a la nomenclatura, (Quintero 2002), menciona que la agenesia dental predomina en los incisivos laterales superiores con el 46,1 %, seguido por los terceros molares inferiores el 38,4 % y finalmente los segundos premolares inferiores 7,6 %. De igual manera (Sunjay 2011) también encontró que el incisivo lateral superior es afectado en un 28%. Por otra parte (Dang 2016) encontró que las piezas afectadas con mayor frecuencia son los premolares y los incisivos laterales, mientras que en los caninos y los terceros molares hubo un numero bajo de piezas afectadas. En nuestro estudio encontramos que los terceros molares son afectados en un 25% seguido de los incisivos laterales con el 16 %; incisivo central con el 3% segundo premolar con un 3%, los cuales se ratifican con lo estudiado por Quintero, Sunjay. Estos datos hallados en la bibliografía se relacionan con los resultados obtenidos en nuestra investigación.

En lo que concierne a la agenesia según el tipo de discapacidad. (Reulan Bossma, 2010), en su estudio menciona que el síndrome de Down presentó mayor porcentaje de agenesia con el 59.6%; de igual manera (Moraes et al. 2007) en su estudio encontró que el 66% de pacientes con síndrome de Down presentaron agenesia, en la presente investigación se encontró que el 16% corresponde al síndrome de Down. Con respecto a la discapacidad intelectual (Pedreira E, 2007) menciona que la agenesia en estos pacientes se

presente solo en un 3,7% además de otras patologías con fusión macrodoncia y geminación; mientras que en nuestro estudio fue el 28% discapacidad intelectual; En el caso de los pacientes con parálisis cerebral, (Michael T 2008) destaca como principales alteraciones la agenesia, el taurodontismo y la fusión con un valor del 66,67%. En nuestro estudio se logró determinar la presencia de agenesia en un 3%.

En cuanto al género, los estudios realizados por Bailleul en 2008 se evidenció que la agenesia afecta al 69,8% de las mujeres y un 90.7% de los hombres, por su parte Agurto y cols. 2008, realizaron un estudio para evaluar la prevalencia de agenesias, aportando el siguiente dato; la prevalencia de agenesias es de 8,7% en varones frente a un 10,8% en mujeres. Así mismo (Harris 2010), revelan que se da en el 70% de las mujeres y el 91% de los hombres, en el presente estudio se confirma los resultados obtenidos por los autores ante mencionados ya que encontramos la presencia de agenesia en el 22% de hombres y 25% de mujeres. aunque las diferencias en cuanto al sexo no son demasiado amplias, sí podemos concluir que en nuestro estudio que hay una mayor tendencia de agenesias dentarias en las mujeres. Sin embargo los resultados obtenido por (Sunjay 2011) se contrapone ya que encontró agenesias en el 100% de mujeres y el 83.3% de los hombres.

8. CONCLUSIONES

En base a los objetivos propuestos en la presente investigación concluimos que:

- En cuanto a la presencia de agenesia según la localización ósea se concluye que el 28% de la población de estudio presenta esta alteración en el maxilar superior; y el 19 % en el maxilar inferior; Según la nomenclatura el órgano dentario afectado con mayor frecuencia son los terceros molares con el 28%, seguido los incisivos laterales superiores con un 25%, y los incisivos centrales superiores con un 3%.

- Por otra parte la agenesia según el tipo de discapacidad encontramos que el 16% de la población de estudio con agenesia dentaria corresponde al síndrome de Down; el 28% corresponde a la discapacidad intelectual, y, el 3% corresponde a pacientes con parálisis cerebral.

- La agenesia según el sexo, se concluye que es más frecuente en el género femenino representado por el 25%, y el género masculino con el 22% lo cual indica un mayor predominio en el sexo femenino.

9. RECOMENDACIONES

- En pacientes con capacidades especiales es importante realizar un diagnóstico clínico y radiográfico en vista de evidenciar alteraciones como la agenesia dentaria entre otras.

- Realizar un diagnóstico a temprana edad a partir de los siete años ya que nos permitirá una planificación integral del tratamiento odontológico mismo que debe ir orientado a propiciar un equilibrio en el desarrollo de la oclusión, imterrelaciones sociales, emocionales, además de mantener la estetica, fonética y funcionalidad a nivel estomatognático.

- Se recomienda realizar estudios en poblaciones más grandes de pacientes con capacidades especiales.

10. BIBLIOGRAFÍA

Atienza, E. C., & Donat, F. J. S. (n.d.). Alteraciones odonto-estomatológicas en el niño con síndrome de Down.

Arboleda LA, Echeverri J, Restrepo LÁ, Marín ML, Vásquez G, Gómez JC, et al. Agenesia dental. Revisión bibliográfica y reporte de dos casos clínicos. *Rev Fac Odontol Univ Antioquia* 18 (1): 47-54.

Barbería E, Boj JR, Catalá M, García C, Mendoza A. Anomalías de la dentición:número, tamaño y forma. En: Odontopediatría. 2ª ed. Barcelona: Editorial Masson; 2001. p. 53-84.

Bashkar S. Desarrollo y crecimiento de los dientes. En: Histología y embriologíabucal de Orban. 11ª ed. México: Editorial Prado; 2000. p.28-48.

Boeira Junior, B. R., & Echeverrigaray, S. (2012). Polymorphism in the MSX1 gene in a family with upper lateral incisor agenesis. *Archives of Oral Biology*, *57*(10), 1423–1428. https://doi.org/10.1016/J.ARCHORALBIO.2012.04.008

Catón J1, Tucker AS. Current knowledge of tooth development: patterning and mineralization of the murine dentition. J Anat. 2009 Apr;214(4):502-15. doi: 10.1111/j.1469-7580.2008.01014.x.

Diaz-Perez, R., & Echaverry-Navarrete, R. A. (2009). Agenesia en dentición permanente. *Revista de Salud Pública*, *11*(6), 961–969. https://doi.org/10.1590/S0124-00642009000600012

Echeverri Escobar, J., Restrepo Perdomo, L., Pineda Trujillo, N., Isaza Guzman, D.,

Manco Guzman, H., & Marin Botero, M. (2013). Agenesia dental: Epidemiología, clínica y genética en pacientes antioqueños. *Avances En Odontoestomatología*, *29*(3), 119–130. https://doi.org/10.4321/S0213-12852013000300002

Escribano Hernández, A., Hernández Corral, T., Ruiz-Martín, E., & Porteros Sánchez, J. A. (2007). Results of a dental care protocol for mentally handicapped patients set in a primary health care area in Spain. *Medicina Oral, Patología Oral Y Cirugía Bucal*, *12*(7), 492–495. https://doi.org/10489642 [pii]

Jussila M, Thesleff I. Signaling networks regulating tooth organogenesis and regeneration, and the specification of dental mesenchymal and epithelial cell lineages. Cold Spring Harb Perspect Biol. 2012;. 4(4):1-13.

Fekonja, A. (2005). Hypodontia in orthodontically treated children. *European Journal of Orthodontics*, *27*(5), 457–460. https://doi.org/10.1093/ejo/cji027

Fernández Carmenate, N., Sury, A. H., Muños Fernández, L., & Yusimí, T. G. (2007). Impacto de un programa de comunicación en salud bucal para niños con retraso mental ligero. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, *11*.

Issues, D., & Care, D. D. (2017). Patients with Down syndrome. *Dental Abstracts*, *62*(1), 25–27. https://doi.org/10.1016/j.denabs.2016.09.015

Kolenc F. (2004). Agenesias dentarias: en busca de alteraciones geneticas responsables de la falta de desarrollo. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, *9*(1), 385–395.

Maldonado, Y. A., & Read, J. S. (2017). Diagnosis, Treatment, and Prevention of Congenital Toxoplasmosis in the United States. *Pediatrics*, *139*(2), e20163860. https://doi.org/10.1542/peds.2016-3860

México, D. F., Morales Sánchez, I., & México, M. D. F. (2010). Síndromes vinculados con la anodoncia, *67*(2), 62–64. Retrieved from http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2010/od102c.pdf

Misch CE, Degidi M. Five-year prospective study of immediate/early loading of fixed prostheses in completely edentulous jaws with a bone quality-based implant system. Clin Implant Dent Relat Res. 2005

Mjör IA, Fejerskov O. Embriología e Histología Oral Humana. 1ª ed. Barcelona: Salvat Editores; 1989

Morales LF, Puerto L. Agenesias dentarias. Opciones de tratamiento. Gaceta Dental. Industria y Profesiones. 2009;209: 136-143.

Morales Chávez, M. C. (2008). Patologías bucodentales y alteraciones asociadas prevalentes en una población de pacientes con parálisis cerebral infantil [Oral diseases and prevalent associated alterations in a population of patients with infantile cerebral palsy]. *Acta Odontológica Venezolana*, *46*(1), 52–55.

Muñoz Jiménez, E. M., Garrote Rojas, D., & Sánchez Romero, C. (2017). La práctica deportiva en personas con discapacidad: motivación personal, inclusión y salud. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología.*, *4*(1), 145–152. https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n1.v4.1037

Orban BJ, Sicher H. Desarrollo y crecimiento de los dientes. En: Histología y embriología bucales 11ª ed. México: Editorial La Prensa Médica Mexicana; 1969.p. 18-38.

Of, R., & Cases, T. W. O. (2006). Dental Agenesis . Review of the Literature and Report of Two Cases, *18*(1), 47–54.

Pedreira Nelo, E., Magalhães Gallotini, M., Cardoso Lopes, C., Taveira Assis, L., & de Froes, F. (2007). Radiographic study of dental anomalies in Brazilian patients with neuropsychomotor disorders. *Journal of Applied Oral Science : Revista FOB*, *15*(6), 524.

Pereira TV, Salzano FM, Mostowska A, Trzeciak WH,Ruiz-Linares A, Chies JA, et al. Natural selection and molecular evolution in primate PAX9 gene, a major determinant of tooth development. Proc Natl Acad Sci U S A.2006;103(15):5676-81.

Pinkham J, Casamassimo P, Fields H, McTigue D, Nowak.Anomalías de la dentición en desarrollo. En: A. Odontología Pediátrica. 2ª ed. Interamericana. p. 59-70.

Polder, B. J., Van't Hof, M. A., Van Der Linden, F. P. G. M., & Kuijpers-Jagtman, A. M. (2004). A meta-analysis of the prevalence of dental agenesis of permanent teeth. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, *32*(3), 217–226. https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2004.00158.x

Quintero ME, Restrepo MA, Ordóñez A, Riaño C, Berrocal C. La agenesia dental y su mecanismo de herencia en siete grupos familiares colombianos. Univ Odontol 2002; 22 (49): 27-36.

Reuland-Bosma, W., Reuland, M. C., Bronkhorst, E., & Phoa, K. H. (2010). Patterns of tooth agenesis in patients with Down syndrome in relation to hypothyroidism and congenital heart disease: An aid for treatment planning. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, *137*(5), 584.e1-584.e9. https://doi.org/10.1016/j.ajodo.2009.10.032

Francisco Javier Silvestre Donat, Andrés Plaza Costa. Odontología en pacientes especiales. Universitat de València, Servei de Publicacions. 2007

Sunjay Suri. (2011).Prevalence and patterns of permanent tooth agenesis in Down syndrome and their association with craniofacial morphology, 81(2), 260–269. https://doi.org/10.2319/070910-391.1

Shapira, J., Chaushu, S., & Becker, A. (2000). Prevalence of Tooth Transposition, Third Molar Agenesis, and Maxillary Canine Impaction in Individuals with Down Syndrome. *Angle Orthodontist*, *70*(4), 290–296. https://doi.org/10.1043/0003-3219(2000)070<0290:POTTTM>2.0.CO;2

11. ANEXOS

ANEXO 1

PROTOCOLOS DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Protocolo clínico es el conjunto de recomendaciones sobre los procedimientos utilizables ante un determinado cuadro clínico o sobre la actitud terapéutica más adecuada ante un diagnóstico clínico o un problema de salud.

El tratamiento odontológico en el paciente especial no es diferente al resto de pacientes, sin embargo requiere de más tiempo, paciencia y colaboración, por lo que el profesional debe estar preparado para escuchar, interpretar y en muchos casos usar su intuición. (Krämer 2014)

En este grupo debemos tomas algunas medidas generales:

1. La técnica de desensibilización: decir-mostrar-hacer para disminuir la ansiedad del paciente.
2. Técnica comunicativa de control de voz para lograr atención y comunicación y ejercer autoridad.
3. La utilización de actitudes como cambio de expresión facial, postura y contacto físico, para dirigir y modificar el comportamiento.
4. El uso de recursos fármaco terapéuticos para el control de la conducta del paciente puede ser muy ventajoso, en caso de ser necesario.
5. Se debe estar en constantemente alerta por la posible aspiración de instrumentos y otros materiales. Todo el material que se introduzca en boca debe estar ligado con seda dental.
6. Los abrebocas pueden ser utilizados para proteger al niño y al odontólogo de un rápido cierre de mandíbulas
7. Protección del espejo bucal es particularmente importante, usándose un sólido espejo de metal y no de cristal.

SÍNDROME DE DOWN

Consideraciones en el manejo Odontológico

1. Manejo Conductual

- Una herramienta fundamental es realizar una buena sociografía en el momento de la confección de la ficha clínica para conocer en profundidad al paciente.
- También es de gran importancia buscar la atención y concentración del paciente, ya que con mayor comunicación podremos obtener mejores resultados terapéuticos.
- Se han reportado distintos recursos como la musicoterapia que al generar en ellos mayor concentración y relajación frente a las ondas sonoras, se genera disminución en sus niveles de ansiedad, modificándose el patrón respiratorio y fomentando una actitud receptiva y de mayor cooperación.(Krämer 2014)

2. Cuidado e Higiene bucal

- En la educación en salud oral debe involucrarse tanto al paciente como a sus familiares y cuidadores.
- Las habilidades motoras se debe considerar al momento de la instrucción de higiene y de los logros que se van buscando. Asociado a esto se ha descrito como favorable el uso de cepillo eléctrico. Se ha descrito en la literatura que el revelador de placa tiene alta utilidad en pacientes con Síndrome de Down, porque ayuda a motivar y permite ver al cuidador las zonas donde se debe higienizar de mejor forma.
- A su vez se debe tener en cuenta un tratamiento según el riesgo del paciente y tener controles periódicos cada 3 a 6 meses.

PARÁLISIS CEREBRAL

Consideraciones en el manejo odontológico.

- Acceso: adaptaciones como rampas, puertas anchas, barandas, reclinador de silla de ruedas.
- Comunicación: Conocer lenguaje de cada persona, apoyándose en el acompañante. uso de símbolos, imágenes, Alternativas si / no.
- Movimientos impredecibles: Uso de apoya con mordedores
- Educación: implementos especiales, como por ejemplo: cepillos de 3 caras, enjuagues en spray.
- Dieta: Cariogenicidad generalmente correlacionada con autonomía del individuo en la elección de sus alimentos. Personas con poca autonomía dependen de la dieta entregada por el cuidador y los hábitos en salud de éste. Hay que realizar consejería sobre ingesta de azúcares, especialmente considerando los fármacos y su vía de administración:
- Protección de vía aérea, uso de succión de alta potencia y vigilar posición.
- Atención temprano en las mañana, sesiones cortas.
- Procurar una posición cómoda para el paciente para evitar espasmos musculares.
- Tener presente historia de crisis convulsivas del paciente y riesgo de asfixia por elementos externos en la vía aérea dado las alteraciones a los reflejos protectores de la vía aérea. .(Krämer 2014)

Manejo de los pacientes con retardo mental

Categorías

Según (Menius) "describió seis categorías de conducta de los pacientes que son útiles para determinar el modo apropiado de manejo del paciente."

Clase I.- El paciente acepta muy bien los procedimientos odontológicos y puede ser manejado según la rutina.

Clase II.- Los pacientes de esta categoría son vacilantes ante el tratamiento odontológico, pero a causa de su habilidad para razonar y comunicarse, aceptan los procedimientos odontológicos después de una explicación apropiada.

Clase III.- Estos pacientes no aceptan los procedimientos odontológicos y a causa de su incapacidad para recibir información a través de la comunicación, no pueden ser convencidos para convertirse en buenos pacientes. Exigen restricción física y abre boca.

Clase IV.- Requieren no solo las restricciones físicas sino también pre medicación para controlar su conducta. Estos pacientes suelen estar institucionalizados.

Clase V.- No se pueden tratar los severos problemas de manejo, con eficiencia, dentro del consultorio odontológico. Requieren anestesia general.

Clase VI.- Pacientes que no cooperan, que requieren un mínimo de tratamiento odontológico y por lo tanto no debe ser sometido al riesgo o al gasto económico de un anestésico general. Estos pacientes suelen ser tratables con restricción física leve

ANEXO 2

Guía para tomar decisiones correctas para el manejo en cuanto al tratamiento del paciente es la Escala para la Valoración del Pronóstico y del Riesgo Odontológico de Daniel Jolly. (Silvestre 2007).

ESCALA DE DRAPE

Categoría I	Individuo Sano
Categoría II	Deficiencia de la salud que obliga a consideraciones especiales en la atención odontológica
Categoría III	Deficiencia notable de la salud con repercusiones permanentes en el individuo que exige modificaciones importantes en el tratamiento odontológico.
Categoría IV	Deficiencia importante de la salud que exige modificaciones muy importantes en el tratamiento odontológico
Categoría V	Deficiencia grave de la salud en la que solamente están indicados los cuidados preventivos

CUADRO DE RELACIÓN DE CLASIFICACIONES

ÍNDICE ECOG	ESCALA KARNOFSKY	ESCALA DRAPE	TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO
0	100 – 90 %	Categoría I	Sin restricciones
1	80 – 70 %	Categoría II	Tratamiento con ligeras modificaciones
2	60 – 50 %	Categoría III	Modificaciones importantes
3	40 – 30 %	Categoría IV	Modificaciones muy importantes
4	20 – 10 %	Categoría V	Cuidados paliativos
5		0 %	

ANEXO 3

Ficha clínica para el diagnóstico intraoral

FICHA CLÍNICA

Datos del paciente Fecha: / /
Nombre:……
CI…….

Fecha de Nacimiento……Edad: ……..…….
Sexo:…….....

Tipo de discapacidad……

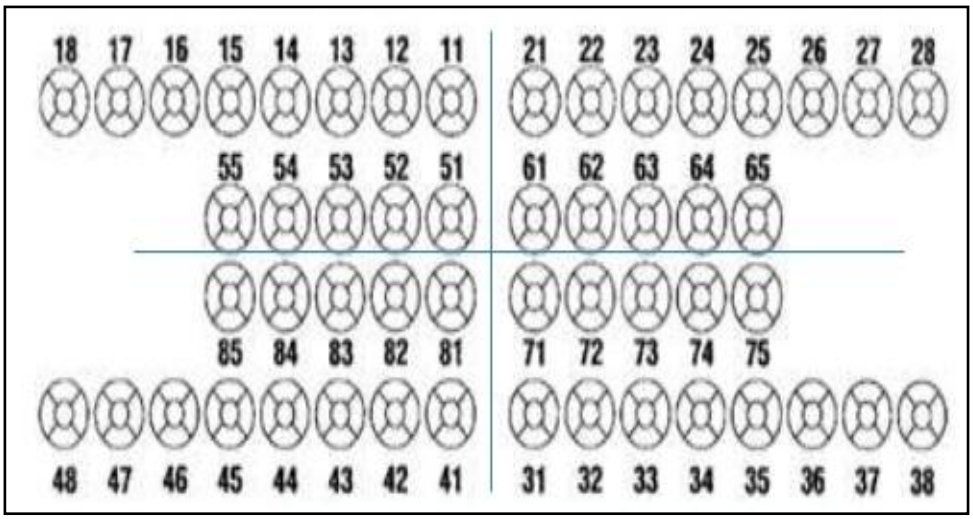
DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Agenesia Dentaria **# de pieza** **Perdida Dentaria** ☐ **# de pieza** ☐

SI ☐ ☐

NO ☐ ☐

ODONTOGRAMA

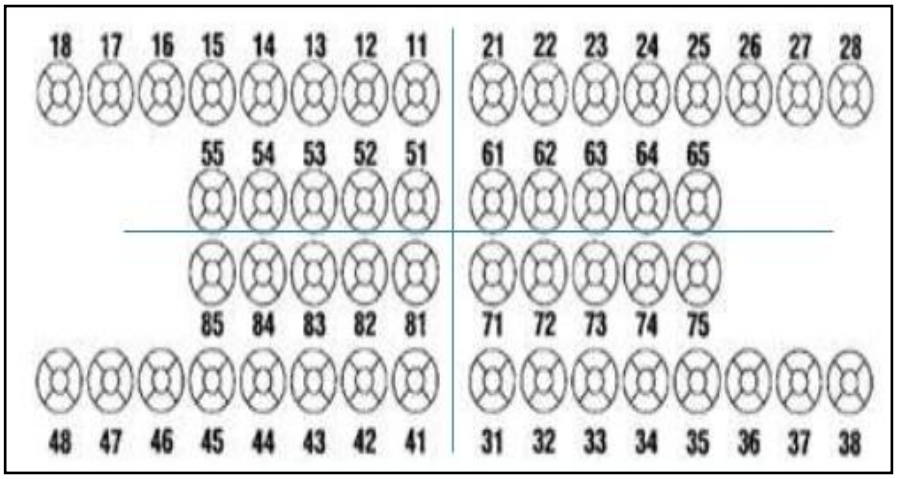


DIAGNÓSTICO RADIOGRÁFICO

Tipos de Agenesia		Rangos	Nomenclatura SEGUN FDI
Hipodoncia		1-5 piezas	
Oligodoncia		6 o mas	
Anodoncia		Ausencia total	

Diente Retenido		Nomenclatura según FDI
SI		
NO		

ODONTOGRAMA



ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FRECUENCIA DE AGENESIA EN PERSONAS CON CAPACIDADES ESPECIALES EN EL CENTRO DIURNO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO OCTUBRE 2017-MARZO 2018.

En el presente estudio queremos determinar frecuencia de agenesia en personas con capacidades especiales lo cual consiste en la realización de exámenes diagnósticos y radiológicos los cuales servirán como herramienta para identificación de la agenesia dentaria.

Yo ---------- representante legal del niño ----------identificado con cedula de ciudadanía ----------estoy de acuerdo con la participación en el estudio Frecuencia de agenesia en personas con capacidades especiales en el centro diurno de atención integral de la ciudad de Loja, periodo octubre 2017-marzo 2018

Se me informo que la participación es completamente voluntaria por lo tanto puedo retirarme de la misma en cualquier momento.

Usted se beneficiara con este estudio, porque en caso de detectarse la presencia de alteraciones dentales las cuales de ser encontradas serán comentadas a usted o su representante legal

La información obtenida en este estudio será confidencial y solo se utilizara para los fines de este estudio

---	---	---
FIRMA DEL ESTUDIANTE	N° DE CEDULA	FECHA

---	---	---
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	N° CEDULA	FECHA

ANEXO 5

FOTOGRAFÍAS INTRAORALES

Foto 1: Fotografía Intrabucal de la Arcada Superior con Agenesia de P# 18-28

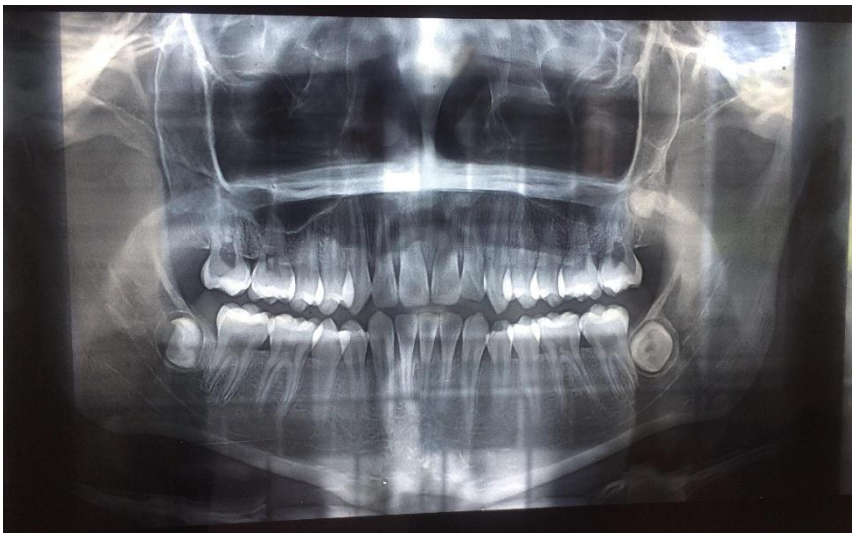


Foto 2: Radiografía Panorámica de la Arcada Superior con Agenesia de P# 18-28

Foto 3: Fotografía intraoral con agenesia p#1.2; 2.2

Foto 4: Radiografía Panorámica con agenesia p#1.2; 2.2

Foto 5: Diagnóstico clínico de paciente con agenesia

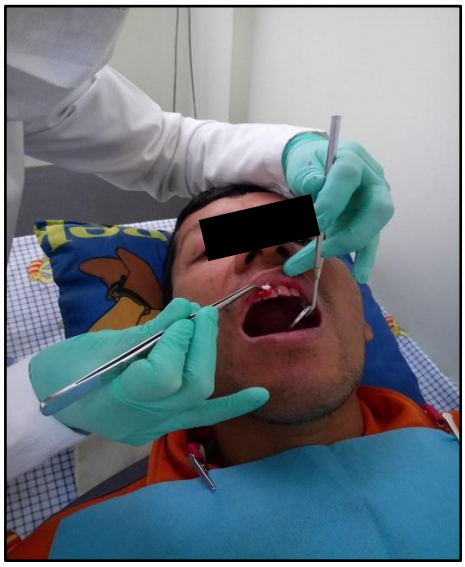


Foto 6: Colocación de revelador de placa y profilaxis

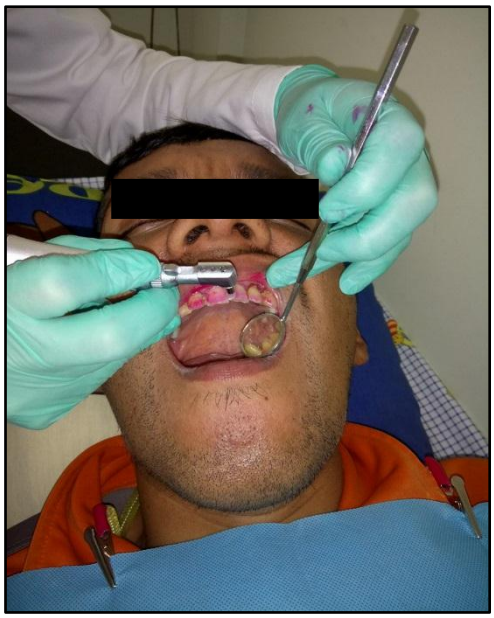


Foto 7: Profilaxis

ANEXO 6. Fichas de Diagnóstico Clínico Intraorales aplicados a los usuarios

FICHA CLÍNICA

Datos del paciente Fecha: / /

Nombre: Diego Oswaldo Zorre Jaramillo CI. 110.569.407-2

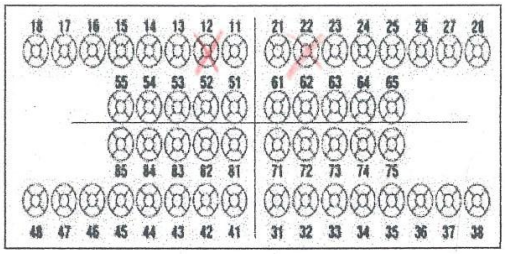
Fecha de Nacimiento 10-9-1998 Edad: 19 Sexo: m

Tipo de discapacidad: intelectual 65%

1.- DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Agenesia Dentaria	# de pieza	Perdida Dentaria	# de pieza
SI ☑	12-22	no	
NO ☐			

ODONTOGRAMA

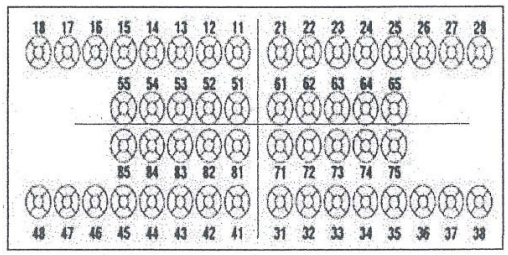


2.- DIAGNÓSTICO RADIOGRÁFICO

Tipos de Agenesia		Rangos	Nomenclatura segun FDI
Hipodoncia	✓	1-5 piezas	12-22
Oligodoncia		6 o mas	
Anodoncia		Ausencia total	

Diente Retenido		Nomenclatura según FDI
SI		
NO	X	

ODONTOGRAMA



0991030721 3

FICHA CLÍNICA

Datos del paciente Fecha: / /

Nombre: Max Roberto Marquez Riofrío CI. 1105060626

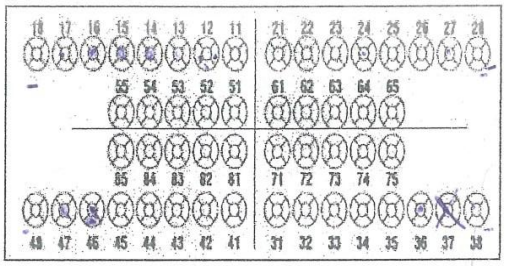
Fecha de Nacimiento: 1994-08-25 Edad: 23 Sexo: M

Tipo de discapacidad: Intelectual 45%

1.- DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Agenesia Dentaria	# de pieza	Perdida Dentaria	# de pieza
SI ✓	18-28 38-48		
NO			

ODONTOGRAMA

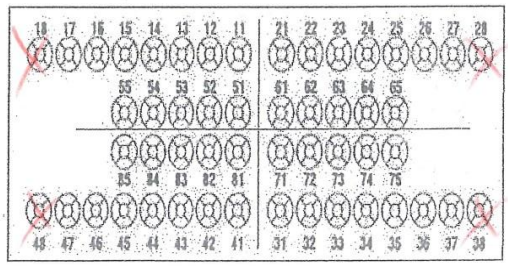


2.- DIAGNÓSTICO RADIOGRÁFICO

Tipos de Agenesia		Rangos	Nomenclatura segun FDI
Hipodoncia	✓	1-5 piezas	18.28.38.48
Oligodoncia		6 o mas	
Anodoncia		Ausencia total	

Diente Retenido		Nomenclatura según FDI
SI		
NO		

ODONTOGRAMA



ANEXO 7

Usuarios del centro diurno de desarrollo integral para personas con discapacidad

ANEXO 8

Certificado del Centro Diurno de Desarrollo integral

República del Ecuador

MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL.

Ministerio de Inclusión Económica y Social

Centro Diurno de Desarrollo Integral para Personas con Discapacidad.

Mgs. Dolores Karina Guzmán González, **COORDINADORA DEL CENTRO DE DESARROLLO INTEGRAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL MIES**

A PETICION DE PARTE INTERESADA:

CERTIFICA:

QUE, LA SRTA. SONIA JADIRA GUAMAN PAQUI portadora de la cédula de identidad Nro.1105042558, realizó sus prácticas en Odontología del 1 de febrero hasta el 31 de marzo de 2018, lapso de tiempo durante el cual demostró mucho profesionalismo y realizó: Diagnóstico clínico , profilaxis y tramite de exámenes de radiografías a los usuarios que lo requirieron.

Es todo cuanto puedo certificar en Honor a la Verdad, autorizando a la Srta. Guamán le de el uso que crea necesario siempre y cuando este enmarcada en lo legal.

Loja, junio 20 de 2018

Mgs. Dolores Karina Guzmán González
COORDINADORA CENTRO DIURNO

Centro Diurno de Desarrollo Integral para Personas con Discapacidad. Calles Manuel Agustín Aguirre y Juan Zenea, frente al parque lineal la Tebaida
Teléfonos: + (593 7) 2 545006
www.inclusion.gob.ec, dolores.guzman@inclusion.gob.ec (0987218017)
Loja - Ecuador

ANEXO 9. Certificado de la traducción del resumen

Lic. Jenny Sanmartín Loarte
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés, del resumen de tesis titulada "**FRECUENCIA DE AGENESIA EN PERSONAS CON CAPACIDADES ESPECIALES EN EL CENTRO DIURNO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA CIUDAD DE LOJA PERIODO OCTUBRE 2017 – MARZO 2018"**, autoría de la Srta. Sonia Jadira Guamán Paqui, con número de cedula 1105042558, egresada de la Carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autorizo a la interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 19 de Junio de 2018

Lic. Jenny Sanmartín Loarte
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.

Líderes en la Enseñanza del Inglés

Fine-Tuned English Cía. Ltda. | Teléfono 2578899 | Email venalfine@finetunedenglish.edu.ec | www.finetunedenglish.edu.ec

LOJA: Fine-Tuned English, Macará entre Miguel Riofrío y Rocafuerte. 2578899, 2563224, 2574702
ZAMORA: Fine-Tuned Zamora, García Moreno y Pasaje 12 de Febrero. Teléfono: 2608169
CATAMAYO: Fine-Tuned Catamayo, Av. 24 de Mayo 08-21 y Juan Montalvo. Teléfono: 2678442

ANEXO 10

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

1. TEMA

“FRECUENCIA DE AGENESIA EN PERSONAS CON CAPACIDADES ESPECIALES EN EL CENTRO DIURNO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO OCTUBRE 2017-MARZO 2018”.

2. PROBLEMÁTICA

Son muchos los autores que han realizado investigaciones en las últimas décadas sobre las agenesias dentarias, y es que, debido a su frecuencia en la población general, constituyen un porcentaje elevado de los pacientes que acuden a las consultas odontológicas, solicitando tratamiento. Son un fenómeno que afecta tanto a la población infantil como a la adulta, de tal forma que pueden generar problemas de tipo estético, funcional, esquelético y/o psicológico. La población incapacitada, ya sea física o psíquicamente, presenta una problemática amplia y variada desde el punto de vista socio sanitario. Uno de los problemas más notorios de estos pacientes es la escasa asistencia odontológica que reciben.

La agenesia dental es la ausencia de uno o más dientes, es una anomalía de desarrollo común en ambas denticiones, resultado de un trastorno de la lámina dental, que impide la formación del germen dental. (Romera, 2012).

Entre las posibles causas de las agenesias se describen las alteraciones del epitelio y de la lámina dental, falta de inducción del mesénquima, la regresión del germen dental por competencia nutricional, factores hereditarios y evolutivos, enfermedades durante el primer mes de embarazo y una serie de síndromes generalizados. (De coster 2009)

Existen algunos Síndromes y anomalías dentales asociados a la agenesia. Dentro de los más relevantes encontramos:

Pacientes con Síndrome de Down tienen una alta frecuencia de agenesia entre el 38,6 y el 63%, siendo el incisivo lateral superior es el diente más afectado. (Según LARMOUR CJ, 2005). Así mismo se da en el 70% de las mujeres y el 91% de los varones con síndrome de Down. El incisivo lateral superior, el central inferior, y los segundos premolares son los más frecuentemente afectados. (Chow & David., 1997).

También las agenesias uni o bilateral de los incisivos laterales superiores se encuentra en más del 10% de los pacientes con síndrome de Down, (López García, 2008)

Otro estudio realizado por (De Coster y Cols, 2009) manifiesta que la agenesia del tercer molar es común entre los niños con síndrome de Down, con una tasa del 74 % en comparación con el 16,4% entre los individuos sanos. (Tirado L, 2015).

Según la mayoría de las investigaciones revisadas, la frecuencia de aparición de esta alteración gira en torno al 6-7% en la población general, con respecto a la población con discapacidad que es del 90% así mismo las piezas afectadas con frecuencia son los terceros molares en un 30% a 60%, premolares inferiores y los incisivos laterales superiores.(Calvo Hernández 2010). Dicho fenómeno puede afectar a ambas denticiones. Aunque los pacientes con agenesias dentales en la dentición temporal tienen una predisposición mayor a que el mismo suceso ocurra en la dentición permanente.

También el estudio realizado por Sunjay y colaboradores en una población con Síndrome de Down los resultados que obtuvieron fue que la agenesia dentaria es frecuente en un 100% en mujeres; y el 83.3% en hombres. En la región mandibular fue ligeramente más prevalente con un (80%) y en el maxilar con un (76%). Este mismo estudio indica que la pieza dentaria con más prevalencia de agenesia dentaria fue el incisivo lateral maxilar con el 28%, incisivos mandibulares con el 20%; segundo premolar mandibular con el 24% y segundo premolar maxilar con el 12% y finalmente el segundo molar maxilar con el 4%.

Las agenesias dentarias en pacientes con discapacidad intelectual se presentan al menos dos veces más frecuentemente en los niños con retraso mental que en los niños control, y con frecuencia también en niños con déficit auditivo sensorio-neural.

La causa como tal es aún desconocida, pero algunos autores como (Levine et al., 1979) mencionan que el germen dental y el esmalte en desarrollo es sensible a una amplia gama de disturbios sistémicos y no se puede recuperar una vez se haya dañado, ya que actúa como un repositorio de información sobre insultos sistémicos que pueden afectar a otras estructuras derivadas ectodérmicamente, incluido el cerebro.

En relación a la prevalencia de agenesia, en un estudio se encontró que la alteración más frecuente en estos pacientes era la agenesia dental con el (3.7%) aunque los porcentajes son menores si comparamos con los pacientes con síndrome de Down, seguida de dientes supernumerarios (0,46%), fusión (0,42%) y rotación (0,34%).(Pedreira Nelo et al., 2007).

Otra de las discapacidades asociada a la agenesia dentaria es parálisis cerebral, aunque la frecuencia de aparición es más baja no está exenta de otras patología como es la caries dental con el 60%, anomalías estructurales 30%, enfermedad periodontale 73%, Maloclusión 60%, retraso en la erupción, anomalías de tamaño 3,84%, anomalías de número 0,75% que son las que predomina, mismas que estarian asociadas a ciertos factores como bajo peso al nacer, infeciones traumatismos antes ,durante y después del parto. (Morales Chávez, 2008).

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVOS GENERAL

Determinar la frecuencia de agenesia en personas con Capacidades Especiales en el Centro Diurno de Atención Integral de la cuidad de Loja, período Octubre 2017-Marzo 2018.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar la frecuencia de agenesia dentaria según su nomenclatura y ubicación ósea (Maxilar o Mandíbula) en personas con capacidades especiales en el Centro Diurno de Atención Integral de la cuidad de Loja, período Octubre 2017-Marzo 2018.

- Determinar la frecuencia de agenesia según el sexo en los pacientes Capacidades Especiales en el Centro Diurno de Atención Integral de la cuidad de Loja, período Octubre 2017-Marzo 2018

4. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo de investigación surge debido ausencia de investigaciones y falta de atención por parte de profesionales de la salud en personas con capacidades especiales ya que son un grupo vulnerable dentro de la sociedad.

Esta investigación nos permitirá profundizar sobre la problemáticas de las agenesias dentarias con el fin de lograr un registro de la situación dental encontrada en la exploración y que nos aporte datos relevantes para la obtención de un buen diagnóstico.

La investigación va enfocada hacia el bienestar de los pacientes con capacidades especiales así como también a los padres, profesionales de la salud, odontólogos, disminuir problemas a nivel, funcional estético y psicológico.

5. MARCO TEÓRICO

1 Odontogénesis

1.1 Etapas de desarrollo de la odontogénesis

1.1.1 Etapa de iniciación

1.1.2 Etapa de Morfo diferenciación

1.1.3 Etapa de Histodiferenciación

2 Alteraciones en el desarrollo dentario

2.1 Anomalías de número

3 Agenesia Dental

3.1 Etiología

3.2 Clasificación

4 Agenesia en personas con capacidades especiales

5 Alteraciones bucales en pacientes con capacidades especiales

5.1 Síndrome de Down

5.2 Discapacidad Intelectual

5.3 Parálisis cerebral

6 Consecuencias de la agenesia dentaria

6.1 Dentales

6.2 Oclusales

6.3 Morfológicos

7 Tratamientos terapéuticos de la agenesia dentaria

6. METODOLOGÍA

6.1 TIPO DE ESTUDIO

En el siguiente estudio se realizará un estudio de tipo descriptivo y de corte transversal.

6.2 POBLACION

6.2.1 UNIVERSO Y MUESTRA

El presente trabajo de investigación fue realizado con una muestra de 32 personas que asisten al "Centro Diurno de Atención Integral a personas con Capacidades Especiales"

6.2.2. MUESTREO

- No probabilístico

6.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

6.3.1 Criterios de inclusión

Para el presente trabajo de investigación se tomó como criterios de inclusión a personas con Capacidades Especiales que asisten al Centro Diurno de Atención Integral de la Ciudad de Loja, personas con capacidades especiales con edades a partir de 14 años en adelante. Personas capacidades especiales que deseen participar del estudio y cuyos padres hayan firmado el consentimiento informado

6.3.2 Criterios de exclusión

- Personas con Capacidades Especiales no colaboradores a los que no se les pudiese realizar la exploración bucal o cuyos padres no firmasen el consentimiento informado que asisten al Centro Diurno de Atención Integral de la cuidad de Loja.

- Personas con Capacidades Especiales que asisten al Centro Diurno de Atención Integral de la cuidad de Loja que no deseen participar de la investigación.

6.4 METODOS E INSTRUMENTO DE RECOLECIÓN DE DATOS

6.4.1 MÉTODOS

Selección de la población de estudio conformada por personas con capacidades especiales que acuden al Centro Diurno de Atención Integral de la Ciudad de Loja.

Se utilizara un instrumento clínico representado por un formato de historia clínica odontológica donde se registrara datos de identificación, sexo, edad,tipo de discapacidad . Y para la valoración de agenesia dentaria se tomaran fotografías intraorales y radiografías panorámicas.

6.4.2 INSTRUMENTOS DE RECOLECIÓN DE DATOS

Para la elaboración de la presente investigación, se utilizará los siguientes equipos y materiales:

- Equipo Rx
- Historias clínicas
- Equipo de diagnóstico (espejo, sonda de exploración, guantes, mascarillas y gorro)
- Cámara fotográfica profesional
- Espejos Intraorales
- Abrebocas
- Propgard(Mordedor)

6.4.3. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Una vez recolectada toda la información, se depositara los datos en tablas de base de datos Excel y se ingresara en el programa estadístico, donde se identificara la Frecuencia de agenesia según su nomenclatura y ubicación ósea, según el sexo en las personas capacidades especiales al Centro Diurno de Atención Integral de la Ciudad de Loja.

6.4.4. PROCEDIMIENTO

Teniendo en cuenta los criterios de inclusión se seleccionarán los pacientes objetos del estudio a quienes se les informará sobre dicha investigación a los padres/tutores de los pacientes que desean participar del estudio.

Los pacientes serán citados una vez a consulta en grupos de cinco al Centro Diurno de Atención Integral de la Ciudad de Loja durante los meses de diciembre 2017 y enero de 2018, para realizar una breve anamnesis y un examen clínico intraoral a través de la aplicación de una historia clínica odontológica, (con todas los estándares de bioseguridad guantes, baja lenguas, babero etc.), esta actividad se llevara a cabo en las instalaciones del Centro Diurno de Atención Integral de la Ciudad de Loja. También se realizaran fotografías intraorales con la ayuda de una cámara fotografía intraoral.

Posteriormente se dividirán a los pacientes en grupos de cinco, donde se les efectuara bajo los mismos estándares de bioseguridad la toma de radiografía panorámica para determinar la presencia o ausencia de dientes (agenesia) y piezas retenidas, todo lo anterior con firma de consentimiento informado.

7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
AGENESIA DENTARIA	Es la ausencia congénita de uno o más dientes, pudiéndose presentar en dentición permanente y decidua	Biológico	Nomenclatura según (FDI) Federación Dental Internacional TIPOS DE AGENESIA SEGÚN TALLÓN Y COLS	Clínicamente • Está presente • No está presente Radiográficamente • Presente • Ausente • Retenido **Hipodoncia:** ausencia 1-5 dientes **Oligodoncia**: Ausencia , 6 o más dientes **Anodoncia**: ausencia total.

8. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO			
Aprobación del Proyecto de investigación				X	X	X	X	X																
Organización logística de la investigación									X	X														
Reconocimiento De Campo											X	X	X	X										
Trabajo De Campo															X	X	X	X						
Sistematización De La Información/Análisis E Interpretación De Datos																			X	X				
Elaboración De Conclusiones																					X			
Levantamiento De Texto De Informe Final																						X	X	
Primero Borrador																								X

9. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

DETALLE	CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	COSTO	TOTAL	FINANCIAMIENTO
GUANTES	1	CAJA	8,75	8,75	TESISTA
COPIAS	300		0.02	6	TESISTA
ESFEROS	3		0.45	1.35	TESISTA
LIBRETA DE NOTAS	1		1	2	TESISTA
INTERNET	150	HORAS	1	150	TESISTA
TRANSPORTE	30		0.3	9	TESISTA
IMPREVISTOS	20		1	20	TESISTA
SET DE DIAGNOSTICO	45		22	990	TESISTA
COMPUTADORA	1		800	800	TESISTA
IMPRESORA	1		400	400	TESISTA
TOTAL				2297,1	

10. BIBLIOGRAFÍA

Calvo Hernández I, Paz Cortés M, Mourelle Martínez MR, Gallardo López NE. Estudio clínico de las agenesias en una población infantil. Gaceta Dental 2010;211:116-25

Chow, k., & david. (1997). Concomitant occurrence of hypodontia and supernumerary teeth in a patient with Down Syndrome. Special Care in Dentistry, p. 54-57.

De Coster, P. J. (2009;). Dental agenesis: genetic and clinical perspectives. Journal of Oral Pathology & , P.1-17.

E. Culebras Atienza, J. S.-R. (2012;). Alteraciones odonto-estomatológicas en el niño con síndrome de Down. Revista española de pediatria , 434-439.

Hennekam, R., Allanson, J. E., & Krantz, I. (2001). Syndromes Of The Head And Neck. En R. Hennekam, J. E. Allanson, & I. Krantz, Gorlin's Syndromes of the Head and Neck (pág. 1520). New York: Oxford university press.

Hernández, D. I. (2001). Estudio clínico de las agenesias dentarias en una población infantil".

J.R. Pinkham, 2. (2001). ODONTOLOGIA PEDIATRICA . Mexico: MCGRAW-HILL / .

Jernvall J1, T. I. (2000 Mar 15;92(1)). Reiterative signaling and patterning during mammalian tooth morphogenesis. PUBMED, 19-29.

Larmour Cj, M. P. (2005). Hypodontia- a retrospective review of prevalence . Quintessence , 263-270 .

Maldonado, Y. A., & Read, J. S. (2017). Diagnosis, Treatment, and Prevention of Congenital Toxoplasmosis in the United States. Pediatrics, 139(2), e20163860. https://doi.org/10.1542/peds.2016-3860

Morales Chávez, M. C. (2008). Patologías bucodentales y alteraciones asociadas prevalentes en una población de pacientes con parálisis cerebral infantil [Oral diseases and prevalent associated alterations in a population of patients with infantile cerebral palsy]. Acta Odontológica Venezo lana, 46(1), 52–55

López García, J. M. (2008). lteraciones del desarrollo dentario en una muestra de pa. Odontología Pediátrica, p,76-85.

Polder, B. J. (2004,). A metaanalysis of the prevalence of dental agenesis of permanent teeth. Community dentistry and oral epidemiology, 217-226.

Revuelta R. La cavidad bucal del nacimiento a la infancia: Desarrollo, patologías y cuidados. Perinatol Reprod Hum. 2009;23(2):82-89.

Romera, M. E. (2012). odontopediatria en atencion primaria . Malaga : Vertice .

.

ANEXOS

FICHA CLÍNICA

Datos del paciente Fecha: / /
Nombre:……
CI…….

Fecha de Nacimiento……Edad: …… …….
Sexo:…….....

Tipo de discapacidad……

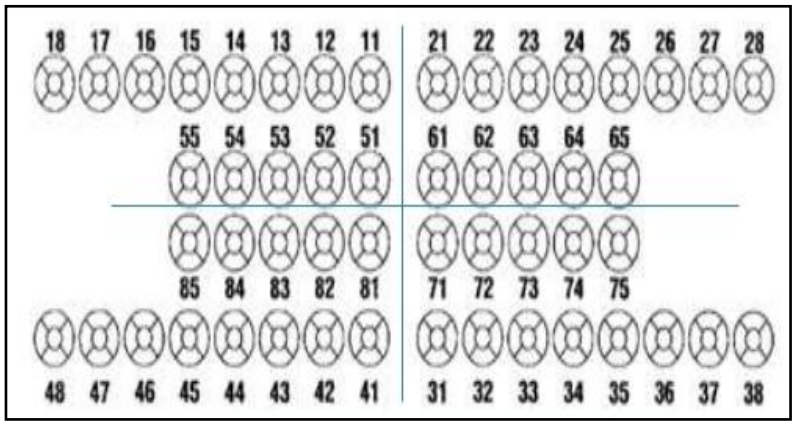
DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Agenesia Dentaria **# de pieza** **Perdida Dentaria** ☐ **# de pieza** ☐

SI ☐ ☐

NO ☐ ☐

ODONTOGRAMA

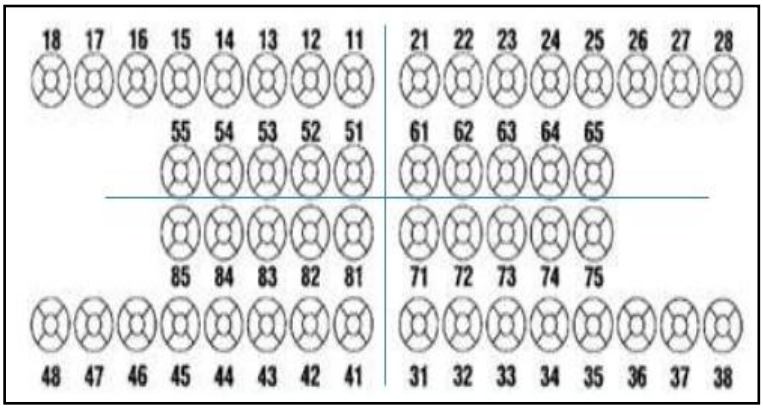


DIAGNÓSTICO RADIOGRÁFICO

Tipos de Agenesia		Rangos	Nomenclatura SEGUN FDI
Hipodoncia		1-5 piezas	
Oligodoncia		6 o mas	
Anodoncia		Ausencia total	

Diente Retenido		Nomenclatura según FDI
SI		
NO		

ODONTOGRAMA



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FRECUENCIA DE AGENESIA EN PERSONAS CON CAPACIDADES ESPECIALES EN EL CENTRO DIURNO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO OCTUBRE 2017-MARZO 2018.

En el presente estudio queremos determinar frecuencia de agenesia en personas con capacidades especiales lo cual consiste en la realización de exámenes diagnósticos y radiológicos los cuales servirán como herramienta para identificación de la agenesia dentaria.

Yo ---------- representante legal del niño ---------- ----------identificado con cedula de ciudadanía ----------estoy de acuerdo con la participación en el estudio Frecuencia de agenesia en personas con capacidades especiales en el centro diurno de atención integral de la ciudad de Loja, periodo octubre 2017-marzo 2018

Se me informo que la participación es completamente voluntaria por lo tanto puedo retirarme de la misma en cualquier momento.

Usted se beneficiara con este estudio, porque en caso de detectarse la presencia de alteraciones dentales las cuales de ser encontradas serán comentadas a usted o su representante legal

La información obtenida en este estudio será confidencial y solo se utilizara para los fines de este estudio

---	---	---
FIRMA DEL ESTUDIANTE	N° DE CEDULA	FECHA

---	---	---
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	N° CEDULA	FECHA