



CARRERA DE ODONTOLOGÍA.

Tesis de grado previo a la obtención del título de:

Odontólogo.

Tema.

Enfermedades bucodentales más comunes en escolares de 7 a 12 años de edad de la Escuela León de Febres Cordero del cantón Rocafuerte durante el periodo marzo – julio de 2015.

Autor:

Héctor Antonio Montilla Muñoz.

Director de tesis.

Dr. César Burgos Morán. Mg.Ge.

Cantón Portoviejo - Provincia Manabí - República del Ecuador.

2015.

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS.

Dr. César Burgos Morán. Mg. Ge., certifica que la tesis de investigación titulada: Enfermedades bucodentales más comunes en escolares de 7 a 12 años de edad de la Escuela León de Febres Cordero del cantón Rocafuerte durante el periodo marzo – julio de 2015, es trabajo original del estudiante Héctor Antonio Montilla Muñoz, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

Dr. César Burgos Morán. Mg.Ge.

Director de tesis.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

Tema.

Enfermedades bucodentales más comunes en escolares de 7 a 12 años de edad de la Escuela León de Febres Cordero del cantón Rocafuerte durante el periodo marzo – julio de 2015. Tesis de grado sometida a consideración del tribunal examinador, como requisito previo a la obtención del título de odontólogo.

Tribunal.

Dra. Lucía Galarza Santana. Mg.Gs.

Directora de la carrera.

Dr. César Burgos Morán. Mg.Ge.

Director de tesis.

Dra. Julia Cárdenas Sancan. Mg.Gs.

Miembro del tribunal.

Dr. Abel García Cheda. Esp. I Grado. EGI.

Miembro del tribunal.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA.

La responsabilidad de las ideas, resultados y conclusiones del presente trabajo investigativo sobre: Enfermedades bucodentales más comunes en escolares de 7 a 12 años de edad de la Escuela León de Febres Cordero del cantón Rocafuerte durante el periodo marzo – julio de 2015, pertenece exclusivamente a el autor. Además, cedo mi derecho de autor de la presente tesis, a favor de la Universidad Gregorio de Portoviejo.

Héctor Antonio Montilla Muñoz.

Autor de tesis.

AGRADECIMIENTO.

Quiero empezar agradeciéndoles a mi padre de corazón, Giovanni Ugalde Intriago y a mi madre querida Alexandra Muñoz Cruzatty, por darme todo el apoyo necesario en todos estos años de estudio universitario, a mis hermanos Miguel y Luis Montilla porque de una u otra manera también han hecho que este logro se haga realidad, y a mi sobrino Mijaíl porque todos los días me llenaba de alegría y me motivaba a salir adelante.

A mi novia Jocelyn Llaguno, por haber compartido y ser mi guía en mi carrera universitaria. Por haberme ayudado a ser un hombre de bien y una excelente persona, por siempre haber tenido buenas intenciones sobre mí. Por quererme tanto y brindarme ese cariño y amor necesario hacia un ser humano para ser feliz.

A la Universidad San Gregorio de Portoviejo, por brindarme sabiduría, aprendizaje siendo formadora de profesionales de excelencia. A mi director de tesis, a cada uno de los docentes que sabiamente impartieron sus conocimientos con mucho aprecio, cariño y que de una u otra manera son parte de mi formación como profesional.

Héctor Antonio Montilla Muñoz.

DEDICATORIA.

A mi padre de corazón, Giovanni Ugalde Intriago y a mi madre, Alexandra Muñoz Cruzatty por ser los que han guiado mi vida, por haber compartido su sabiduría, su amor, comprensión y sobre todo por lo más importante haberme brindado la oportunidad de estudiar, por siempre haberme enseñado desde pequeño ser una persona de bien en la sociedad, que presenta valores, y poder así ser un ejemplo de persona hacia los demás.

A mis hermanos Miguel y Luis Montilla, mi sobrino Mijaíl Montilla, mi novia Jocelyn Llaguno y mi tutor de tesis Dr. César Burgos Morán, quienes me ayudaron en todo momento y me brindaron su apoyo de una u otra manera.

Héctor Antonio Montilla Muñoz.

RESUMEN.

La salud bucodental es la ausencia de enfermedades o anomalías patógenas que afectan a la estructura bucal y todas las partes que la conforman, entre estas anomalías encontramos: caries dentales, gingivitis, mal oclusión.

La investigación fue de campo, de corte transversal; con una población de estudio de 100 niños de 7 a 12 años de la escuela León de Febres Cordero del cantón Rocafuerte. El propósito de la investigación fue determinar cuál eran las enfermedades bucodentales más comunes en los niños escolares de 7 a 12 años de edad, así como identificar el índice de caries, incidencia de la enfermedad gingival, determinar las lesiones de la mucosa oral, en que grupos de edades son más frecuentes (7 a 9 años) (10 a 12 años), y por ultimo lograr saber en qué sexo se presenta mayor porcentaje de enfermedades bucodentales.

La metodología fue bibliográfica, de campo; y se aplicó instrumentos que fueron la ficha clínica 033 del Ministerio de Salud Pública de Ecuador y la ficha de observación. Los datos analizados determinan que las enfermedades más comunes que presentan los niños escolares de 7 a 12 años son la caries, luego la pulpitis y por consiguiente la gingivitis.

Palabras claves: caries, gingivitis, pulpitis, maloclusión, microdoncia, macrodoncia, abrasión, erosión, gingivostomatitis herpética aguda, queilitis angular.

ABSTRACT.

Oral health is the absence of disease or pathogenic abnormalities affecting the oral structure and all its parts. These anomalies are: dental caries, gingivitis, malocclusions.

The field research was done, in cross-section; with a study population of 100 children of ages (7-12 years old) from “Leon Febres Cordero School” in Rocafuerte canton.

The purpose of the research was to determine which were the most common oral diseases for children in elementary school (7-12 years old), and to identify the rate of tooth decay, gum disease incidence, identify oral mucosal lesions, in which age groups are more common (7-9 years) (10-12 years), and finally to disclose the gender that represents a higher percentage with oral diseases.

The methodology used was bibliographic and field. The instruments applied were clinical record 033 of Health Department of Ecuador and observation sheet. The analyzed data determined that the most common diseases children aged 7-12 are caries, pulpitis and therefore gingivitis.

Key words: caries, gingivitis, pulpitis, malocclusion, microdontia, macrodontia, dental abrasion, erosion, intense herpetic gingivostomatitis, angular cheilitis

ÍNDICE.

Portada.	
Certificación de director de tesis	II
Certificación del tribunal examinador	III
Declaración de autoría	IV
Agradecimiento	V
Dedicatoria	VI
Resumen	VII
Abstract	VIII
Índice	IX
Introducción	1
Capítulo I.	3
1. Problematización.	3
1.1. Tema.	3
1.2. Formulación del problema.	3
1.3. Planteamiento del problema.	3
1.3.1. Pregunta de investigación.	5
1.4. Delimitación de la investigación.	5
1.5. Justificación.	6
1.6. Objetivo.	6
1.6.1. Objetivo general.	6
1.6.2. Objetivos específicos.	6

Capítulo II.	8
2. Marco Teórico Referencial y Conceptual.	8
2.1. Definición Salud bucal.	8
2.2. Definición enfermedad bucodental.	8
2.3. Enfermedades dentales.	9
2.3.1. Caries dental.	9
Definición.	9
Clasificación según el lugar de asiento.	9
Causas.	10
Exploración Clínica.	11
Tratamiento.	12
Índice C P O – C e o.	12
2.3.2. Pulpitis.	13
Definición.	13
Clasificación.	13
Causas.	14
Diagnóstico clínico.	14
Síntomas.	15
Tratamiento.	15
2.3.3. Mal oclusión dentaria.	15
Definición Oclusión.	16
Definición de mal oclusión.	16
Factores que intervienen en la mal oclusión.	16
Clasificación de Angle.	17
Causas.	17
	x

Diagnóstico de la Oclusión.	18
Tratamiento.	18
2.3.4. Lesiones cervicales no cariosas.	19
Definición de Erosión.	19
Causas de la erosión.	19
Características clínicas de la erosión.	20
Tratamiento.	20
Definición de la Abrasión.	21
Características clínicas de la abrasión.	22
Localización de la abrasión.	22
Tratamiento.	22
Diferencia entre abrasión y erosión.	23
2.3.5. Alteraciones dentarias (según tamaño).	23
Definición.	23
Clasificación según el tamaño.	24
Microdoncia.	24
Macrodoncia.	25
Diagnóstico Clínico.	26
Método Mayoral.	26
Análisis de Sanín y Sarara.	26
Tratamiento.	26
2.3.6. Fluorosis.	27
Definición.	27
Causas.	27
Características Clínicas.	28

Tipos de Fluorosis.	28
Diagnóstico clínico (índice Dean).	28
Tratamiento.	29
2.4. Enfermedad Gingival.	29
Definición.	29
2.4.1. Gingivitis.	29
Características clínicas.	30
Signos y síntomas.	30
Tipos de gingivitis.	30
Causas.	31
Factores que pueden desencadenar gingivitis.	32
Índice de Loe y Silness.	32
Tratamiento.	33
2.5. Enfermedad de la mucosa.	33
2.5.1. Gingivoestomatitis herpética aguda.	34
Definición.	34
Fases.	34
Síntomas.	34
Causas.	35
2.5.2. Queilitis angular.	36
Definición.	36
Signos y síntomas.	36
Causas.	36
Tratamiento.	37

Unidades de observación y análisis.	38
2.6. Hipótesis.	38
2.7. Variables.	38
2.7.1. Matriz de operacionalización de las variables.	38
Capítulo III.	39
3. Marco Metodológico.	39
3.1. Modalidad de la investigación.	39
3.2. Tipo de investigación.	39
3.3. Métodos.	39
3.4. Técnicas.	40
3.5. Instrumentos.	40
3.6. Población y muestra.	40
3.7. Recolección de la información.	40
3.8. Procesamiento de la información.	41
3.9. Consideraciones éticas.	41
Capítulo IV.	42
4. Análisis e Interpretación de Resultados.	42
4.1. Análisis e interpretación de resultados de la ficha de observación.	42
Capítulo V.	63
5. Conclusiones y Recomendaciones.	63
5.1. Conclusiones.	63
5.2. Recomendaciones.	64

Capítulo VI.	65
6. Propuesta.	65
6.1. Datos informativos.	65
6.1.1. Título de la propuesta.	65
6.1.2. Período de ejecución.	65
6.1.3. Descripción de los beneficiarios.	65
6.1.4. Ubicación sectorial y física.	65
6.2. Introducción.	66
6.3. Justificación.	66
6.4. Objetivos.	67
6.4.1. Objetivo general.	67
6.4.2. Objetivos específicos.	67
6.5. Fundamentos teóricos.	68
6.6. Actividades.	69
6.7. Recursos.	69
6.7.1. Humanos.	69
6.7.2. Técnicos.	69
6.7.3. Materiales.	69
6.7.4. Financiero.	69
6.8. Presupuesto.	69
 Anexos.	 70
 Bibliografía.	

ÍNDICE DE LOS CUADROS Y GRÁFICOS.

Cuadro y gráfico 1. Caries, pulpitis. Gingivitis.	42
Cuadro y gráfico 2. Maloclusión y fluorosis.	44
Cuadro y gráfico 3. Macrodoncia, queilitis angular, microdoncia.	46
Cuadro y gráfico 4. Erosión, abrasión, gingivoestomatitis.	48
Cuadro y gráfico 5. Índice CPO.	50
Cuadro y gráfico 6. Índice Ceo.	52
Cuadro y gráfico 7. Prevalencia enfermedad gingival.	54
Cuadro y gráfico 8. Prevalencia enfermedades de la mucosa.	56
Cuadro y gráfico 9. Prevalencia por edades.	58
Cuadro y gráfico 10. Prevalencia por Sexo.	61

INTRODUCCIÓN.

Analizando informaciones disponibles en el sitio web de la Organización Mundial de la Salud¹ (2014) referencia que:

Enfermedades bucodentales como la caries dental, las periodontopatías, la pérdida de dientes, las lesiones de la mucosa y los cánceres orofaríngeos, las enfermedades bucodentales relacionadas con el virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) y los traumatismos orodentales son importantes problemas de salud pública en todo el mundo, y una mala salud bucodental tiene profundos efectos en la salud y calidad de vida general. (párr. 1).

El presente trabajo tiene como finalidad identificar cuáles son las enfermedades bucodentales más comunes en los niños escolares de 7 a 12 años de edad de la Escuela León de Febres cordero del cantón Rocafuerte.

Esta investigación concilia la aportación de los campos teóricos como es la enfermedad bucodental, enfermedades dentales (pulpitis, lesiones cervicales no cariosas, malformaciones dentarias de acuerdo al tamaño, mal oclusiones y fluorosis), enfermedad gingival (gingivitis), enfermedades de la mucosa (gingivo estomatitis herpética aguda y la queilitis angular), veremos su clasificaciones, causas, sus signos, síntomas, diagnósticos; es bibliográfica y de campo ya que se recopiló información de distintos medios, entre los que constaron libros, páginas web, revistas, artículos, entre otras fuentes para realizar el marco teórico, llevándola al escenario donde se presentó el problema con la presencia del mismo, mediante la ficha clínica 033 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador y la ficha de observación realizada por el

¹ Organización Mundial de la Salud. (2014). Carga mundial de enfermedades bucodentales y riesgos para la salud bucodental. [En Línea]. Consultado: [17, noviembre, 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/83/9/petersen0905abstract/es/>

autor de esta tesis, para lograr alcanzar los objetivos planteados. La población de estudio fueron 100 niños y niñas de manera aleatoria de 7 a 12 años de edad de la escuela León de Febres cordero del cantón Rocafuerte.

Dentro de las conclusiones se encontró que las enfermedades bucodentales más comunes fueron las caries, pulpitis, gingivitis, mal oclusión clase II y fluorosis. Entre el grupo de edades más susceptibles son los niños de 10 a 12 años, y dentro del sexo son los niños por presentar mayor número de enfermedades bucodentales.

CAPÍTULO I.

1. Problematización.

1.1. Tema.

Enfermedades bucodentales más comunes en escolares de 7 a 12 años de la escuela León de Febres Cordero del cantón Rocafuerte durante el periodo marzo – julio de 2015.

1.2. Formulación del problema.

¿Cuáles son las enfermedades bucodentales más comunes en los escolares de 7 a 12 años de la escuela León de Febres Cordero del cantón Rocafuerte?

1.3. Planteamiento del problema.

Analizando informaciones disponibles en el sitio web de la OMS² (2014) referencia que:

El alto nivel de patologías bucales es común en los grupos de población de clase baja, de igual manera en los países en desarrollados como subdesarrollados. Las anomalías como la caries, gingivitis, la pérdida de dientes, las lesiones de la mucosa y los cánceres orofaríngeos, las enfermedad bucal relacionada con el virus del sida y traumas son problemas de salud pública, y la mala salud bucal tiene profundos efectos en el vivir diario de cada persona. (párr. 1).

² Organización Mundial de la Salud. (2014). Carga mundial de enfermedades bucodentales y riesgos para la salud bucodental. [En Línea]. Consultado: [17, noviembre, 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/83/9/petersen0905abstract/es/>

Estudiando informaciones disponibles en el sitio web escrito por Zacca, Sosa y Mojáiber³ (2001) indica que:

Para que exista la salud general, no debe existir alteración bucal alguna, una persona no puede creerse sana si existe alguna enfermedad dentro de su cuerpo por más mínima que sea. Las enfermedades bucales, en particular la caries dental, las periodontopatías y las maloclusiones, no le prestan la debida importancia por no ocasionar muerte directamente, en realidad su elevada frecuencia, molestias locales, estéticas y la repercusión en la salud general que ocasionan, justifica plenamente su atención como problema de salud pública. De las enfermedades bucales, las más frecuentes en todas las poblaciones son la caries dental y las periodontopatías, que solo varían en su gravedad, prevalencia, y también entre diversos grupos de edades, y es más alta en las poblaciones con situación económica desventajosa. (pp. 90 y 91).

Examinando informaciones disponibles en la web del Plan Nacional de Salud Bucal del Ecuador⁴ (2009) transcribe que:

Las patologías de mayor prevalencia en nuestra población sobre todo en niños son las caries dentales y la enfermedad periodontal de acuerdo al último estudio epidemiológico (1996), el que revelo además que el 88,2% de los escolares menores de 15 años tienen caries dental; el 84% tiene presencia de placa bacteriana y el 53% está afectado con gingivitis, se evidencio también que los niños examinados el 35% presentaba algún tipo de mala oclusión, lo que continua siendo un problema de salud pública que afecta considerablemente la población infantil. (p. 8).

En el cantón Rocafuerte no se habían realizado estudios sobre las enfermedades bucodentales más comunes en los niños escolares, lo cual no permitía informar a los padres de familia y autoridades de las instituciones sobre esta problemática de salud oral.

³ Zacca, G., Soza, M., Mojaibe, A. (2001). Situación de la Salud Bucal de la Población Cubana. [En línea]. Consultado: [22, Octubre, 2014]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/est/v38n2/est03201.pdf>

⁴ Plan Nacional de Salud Bucal del Ecuador. (2009). Proceso de normatización del SNS área de Salud Bucal Junio del 2009. [En línea]. Consultado: [22, Octubre, 2014]. Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20BUCAL.pdf>

La Escuela León de Febres Cordero no contaba con datos investigativos que revelaban la realidad de este problema, por lo que requirió ser estudiada.

1.3.1. Preguntas de la Investigación.

¿Cuáles son las enfermedades bucodentales más frecuentes que presentan los niños escolares?

¿Qué grupo de edades son más susceptibles las enfermedades bucodentales en los escolares?

¿En qué sexo se presenta mayor porcentaje de enfermedades bucodentales?

1.4. Delimitación de la investigación.

Campo: Salud.

Área: Odontología.

Aspectos: Enfermedades bucodentales.

1.4.1. Delimitación espacial. La investigación se realizará en la escuela León de Febres Cordero del cantón Rocafuerte en la provincia de Manabí.

1.4.2. Delimitación temporal. La presente investigación se desarrollará durante el periodo marzo-julio de 2015.

1.5. Justificación.

Las enfermedades bucodentales son la alteración del estado fisiológico normal de la boca, de las estructuras que la conforman como la mucosa y dientes. Ante la realidad de esta problemática, surgió llevar a cabo esta investigación, habiendo tomado en cuenta que no existía ninguna investigación realizada con anterioridad en la Escuela León de Febres Cordero del Cantón Rocafuerte.

La investigación dio un aporte adicional en el campo de la salud bucal y tuvo como finalidad lograr determinar cuáles eran las enfermedades bucodentales más comunes en los niños de siete a doce años de la institución León de Febres Cordero del cantón Rocafuerte, servirá como un aporte a la prevención y disminución de los factores que provocan estas enfermedades bucodentales, lo más importante se dio a identificar cuáles eran esas enfermedades que estaban afectando a los niños escolares, para darle a conocer a las autoridades del plantel y a los padres de familia para que se preocupen un poco más, por la salud bucal de sus hijos.

Este estudio resultó novedoso sobre todo porque no hay datos precisos concluyentes sobre las enfermedades bucodentales más comunes en los niños en esta institución. Por otro lado la contribución científica de esta investigación está dada por los hallazgos que se constituyen en fuente importante para el asesoramiento de este problema tanto para los profesionales como para los pacientes que en este caso serían los niños.

La investigación tuvo la factibilidad ya que se contó con la predisposición y colaboración de la institución como lo fue su directora, los padres de familia, y los niños investigados, así también contó de una amplia información científica, bibliográfica que

aportó a la investigación de campo, y por último y no menos importante el interés consistente del investigador para realizar el estudio y establecer resultados que conduzcan a la realidad de la investigación.

1.6. Objetivos.

1.6.1. Objetivo general.

Identificar las enfermedades bucodentales más comunes en los escolares de 7 a 12 años de la escuela León de Febres Cordero del cantón Rocafuerte.

1.6.2. Objetivos específicos.

Determinar el índice de la caries dental de los niños escolares.

Identificar la prevalencia de la enfermedad gingival de los niños escolares.

Determinar las alteraciones más frecuentes de la mucosa bucal de los niños escolares.

Establecer en qué grupo de edades y en que sexo es más susceptible a sufrir las enfermedades bucodentales más frecuentes.

CAPÍTULO II.

2. Marco Teórico Referencial y Conceptual.

2.1. Salud bucodental.

Investigando informaciones disponibles en el sitio web de la Organización Mundial de la Salud⁵ (2007) cita que:

La salud bucodental puede definirse como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales (de las encías), caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal. (párr. 1).

2.2. Enfermedad bucodental.

Analizando informaciones disponibles en el sitio web imbiomed escrito por García⁶ (2006) indica que:

Se denomina enfermedad a toda alteración o desviación del estado fisiológico normal de un organismo. Si la desviación está producida por la acción de un microorganismo capaz de multiplicarse en el hospedador, recibe el nombre de enfermedad infecciosa o transmisible porque puede pasar de un sujeto a otro. (párr.1).

⁵ Organización Mundial de la Salud. (2007). Salud Bucodental. [En Línea]. Consultado: [23, octubre, 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>

⁶ García, C. (2006). Conceptos Básicos de la Cavidad Infecciosa de la Cavidad bucal. [En Línea]. Consultado: [23, octubre, 2014]. Disponible en: http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=36442&id_seccion=2368&id_ejemplar=3765&id_revista=144

2.3. Enfermedades dentales.

2.3.1. Caries Dental.

Indagando la obra de Villafranca y colaboradores⁷ (2006) referencian que:

Las enfermedades dentales, por su alta prevalencia, son una de las principales causas sanitarias de sufrimiento de la población. Afectan a la salud general de cada persona, ocasionando dolor, ansiedad y molestias, pero también afectan su relación social autoestima y en definitiva, a su calidad de vida. (p. 12).

Estudiando la obra de Barbería⁸ (2002) indica que: “La caries Dental es una enfermedad infecciosa cuyo riesgo de padecerla es variable a lo largo de la vida de la persona y no tiene que coexistir, necesariamente, con cavitaciones o lesiones de caries”. (p. 173).

Analizando la obra de Boj y colaboradores⁹ (2011) señalan que: “El proceso biológico que se produce es dinámico: desmineralización-rem mineralización, lo que implica que es posible controlar la progresión de la enfermedad y hacerla reversible en los primeros estadios”. (p. 211).

Clasificación de las caries según el lugar de asiento.

Analizando la obra de Barrancos¹⁰ (2006) puedo referenciar que:

Doods MW (1993) ha clasificado las caries dentales según el sitio afectado en:

Caries oclusal.

Caries proximal.

⁷ Villafranca, F., Díaz, B., Fernández, M., López, B., García, A., Álvarez, C., Hernández, L., Hernández, N., López, L., Mansilla, O., Perillán, C., Cobo, M. (2006). Higienistas dentales. Reino de España: Editorial MAD, S.L

⁸ Barbería, E., & col. (2002). Odontopediatría. Barcelona-Reino de España: Editorial Masson.

⁹ Boj, J., Catalá, M., García, C., Mendoza, A., Planells, P. (2011). Odontopediatría. La evolución del niño al joven adulto. Madrid, Reino de España: Editorial Ripano.

¹⁰ Barrancos, J., Barrancos, J. (2006). Operatoria Dental Integral Clínica. Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Caries de superficies libres

Caries radicular.

Caries de la cara oclusal.

Se debe realizar un examen clínico observacional en especial a las caries primarias. El servicio de salud pública de los EEUU realizó estudios para lograr determinar la presencia de caries y determino que en la zona el instrumental de diagnóstico se queda al colocarlo en el hoyo o fisura además podemos encontrar:

Tejido dentario debilitado o fisurado.

Cambio de color.

Esmalte reblandecido adyacente al área que se está explorando y que puede ser removido.

Pérdida de traslucidez del esmalte.

Caries proximal.

Este tipo de caries ha demostrado ser observable con visualización directa, transiluminación con fibra óptica y radiografías.

Caries de superficies libres.

El examen de las superficies vestibular, lingual o paladar no presenta mayores dificultades. Estos sitios se visualizan con facilidad cuando en forma previa se elimina la placa dental y el cálculo, se seca la superficie dentaria, se tiene buena iluminación y se ayuda con el espejo bucal.

Caries Radicular.

La caries radicular puede ocurrir solo en la raíz del diente o bien extenderse a la corona raíz. También puede ser observada alrededor de las restauraciones existentes. La caries de la raíz ocurre más a menudo en la unión amelocementaria. (pp. 349 y 350).

Hay que recalcar que el estudio se realizó por medio de la visualización clínica, solo por el método de la observación. Donde no existió exámenes radiográficos alguno.

Causas:

Examinando informaciones disponibles en la página web Crianza natural¹¹ (2006) referencia que:

Varios factores pueden producir la caries dental. La principal causa es una alimentación rica en azúcares que ayudan a las bacterias a corroer el esmalte, aunque, dependiendo del tipo de azúcar, su incidencia varía. Otras causas son una mala higiene dental, la ausencia de flúor en el agua y la propia genética, que como se ha demostrado provoca la aparición de caries en algunos niños

¹¹ Crianza Natural S.L. (2006). La Caries Dental. [En Línea]. Consultado: [23, octubre, 2014]. Disponible en: <http://www.crianzanatural.com/art/art10.html>

especialmente sensibles a pesar de seguir unos hábitos profilácticos correctos. (párr. 6).

Examinando nuevamente la obra de Boj y colaboradores¹² (2011), referencian que: “La caries se la considera una enfermedad multifactorial en la que interaccionan factores dependientes del huésped, la placa dental y el tiempo”. (p. 212).

Estudiando informaciones disponibles en el boletín de la sociedad de pediatría de Asturias escrito por Rubio y colaboradores¹³ (2006), indican que:

Exploración Clínica. El Examen podrá incluir:

Inspección visual: debe realizarse con los dientes limpios y secos. Podrá hacerse directamente o, si se precisa, se podrán utilizar espejos, lentes de aumento e incluso microscopio.

Inspección visual tras su separación dental: se pretende visualizar así las caries interproximales. Es un método muy limitado puesto que en muchas ocasiones la separación que se obtiene no es suficiente y puede resultar molesto para el paciente.

Exploración táctil con sonda: intenta detectar cavitación o reblandecimiento del esmalte al quedar atrapada la punta del explorador. No es un método muy recomendable porque pueden producirse roturas del esmalte intacto.

Seda dental: cuando la utilizamos entre los dientes y se deshícala es muy probable que exista una cavitación con bordes cortantes. Su uso está indicado para ayudar al diagnóstico de caries cavitadas en las superficies interproximales de los dientes, pero no resulta útil para detectar lesiones incipientes. (p. 25).

¹² Boj, J., Catalá, M., García, C., Mendoza, A., Planells, P. (2011). Odontopediatría. La evolución del niño al joven adulto. Madrid, Reino de España: Editorial Ripano.

¹³ Rubio, E., Cueto, M., Suarez, R., Frieyro, J. (2006). Técnicas de diagnóstico de caries dental, descripción, indicaciones y valoración de su rendimiento. [En línea]. Consultado: [19, mayo, 2014] Disponible en: http://www.sccalp.org/boletin/195/BolPediatr2006_46_023-031.pdf

Analizando informaciones disponibles en el sitio web MedlinePlus¹⁴ (2014) cita que:

Terapia.

Puede involucrar:

Restauraciones.

Fundas.

Endodoncias.

Los odontólogos lo que más utilizan son las restauraciones con resina.. Hoy en día se utiliza a diario resinas de mayor calidad en los molares.

Las coronas dentarias se usan si la caries a afectado la maor parte del tedido, la cual puede ocasionar dientes debilitados. siempre en la zona afectada se elimina la parte enferma y se restaura.

Un tratamiento radicular se lo realiza si el nervio se encuentra en estado necrotico o se ve afectado. Se elimina la pulpa y se la extrae, junto con la parte infectada y las raíces se obtura. (párr. 4).

Indagando la obra de Laserna¹⁵ (2008) referencia que:

INDICADORES DE SALUD. Los indicadores de salud son de interés para la realización de estudios epidemiológicos, para ver la prevalencia de la enfermedad dental, como son el Índice CO (o de mortalidad recuperable), el Índice CAO (o de morbilidad definida), etc. (p. 51).

Analizando informaciones disponibles en el sitio web Mi portafolio de la Universidad

San Sebastian¹⁶ (2014) referencia que:

Indices en Odontología

Índice COP-D:

Se obtiene de la sumatoria de los dientes permanentes Cariados, Perdidos y Obturados, incluyendo las extracciones indicadas, entre el total de individuos examinados, por lo cual es un promedio. Se consideran sólo 28 dientes.

Se debe obtener por edades, siendo las recomendadas por la OMS, 5-6, 12, 15, 18, 35-44, 60-74 años.

El Índice CPO-D a los 12 años es el usado para comparar el estado de salud bucal de los países.

Cuantificación de la OMS para índice COPD:

0,0 - 1,1 = muy bajo

1,2 - 2,6 = bajo

2,7 - 4,4 = moderado

¹⁴ MedlinePlus. (2014). Caries dentales. [En línea]. Consultado: [10, Junio, 2015]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001055.htm>

¹⁵ Laserna, V. (2008). Higiene dental personal diaria. Canadá: Editorial Trafford Publishing.

¹⁶ Mi portafolio de la Universidad San Sebastian. (2011). Indices en Odontología. [En línea]. Consultado: [8, mayo, 2014]. Disponible en: <http://odontomoya.webnode.cl/desarrollo-caso-clinico-n%C2%B02/desarrollo-de-temas-y-conceptos/indices-en-odontologia/>

4,5 - 6,5 = Alto

> 6,6 =muy alto

¿Cómo se calcula?

COP-D = Total de dientes cariados, perdidos y obturados en población examinada / Total de personas examinadas. (párr. 1).

Analizando un estudio realizado en la página web de Scielo en un artículo de Medina y colaboradores¹⁷ (2006) referencian que:

Existen maneras de poder lograr analizar el estado bucal en las personas. Para estudiar el predominio de caries dental; Los índices más usados son el C.e.o y C.P.O.D. El ceod (suma de dientes primarios cariados, extraídos/indicados para extracción y obturados) se lo utiliza para dientes temporales. (párr. 8)

2.3.2. Pulpitis.

La pulpitis dental se la considera como un estado de inflamación, producida por la presencia de un irritante pulpar de tipo bacteriana, traumática, físico, químico, si mismo pudiendo causar mucho dolor al paciente y afectándolo en su salud en general.

Entre las clasificaciones del estado pulpar en niños encontramos: La pulpitis reversible e irreversible.

Pulpitis o también llamada hiperemia pulpar.

1. Existe inflamación de la pulpa localizada.
2. Hay sensibilidad al frío y al dulce.
3. No existen abscesos.
4. El dolor desaparece cuando se quita el estímulo.

¹⁷ Medina, E., Maupome, G., Pelcastre, B., Ávila, L., Vallejos, A., Casanova, A. (2006). Desigualdades socioeconómicas en salud bucal: caries dental en niños de seis a 12 años de edad. Revista Scielo. [En línea]. Consultado: [17, junio, 2014]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0034-83762006000400005&script=sci_arttext

Pulpitis Reversible.

1. Existe inflamación aguda o crónica.
2. Existe más sensibilidad al calor y calma con lo frío.
3. Existen abscesos intrapulpares.
4. Si está afectado el periápice el dolor persiste.

Causas:

Caries.

Infecciones.

Fracturas de la corona o raíz del diente.

La acción de algunos materiales (resinas, cementos, etc.). Que se utilizan en los tratamientos dentales.

Examinando nuevamente en la obra de Bordoni y colaboradores¹⁸ (2010) citan que:

Diagnóstico Clínico.

El diagnóstico clínico se basa fundamentalmente en los signos y síntomas. Una observación minuciosa de los tejidos blandos en cuanto a textura, color y rubor será de gran valor. Asimismo, la reacción al estímulo mecánico o térmico constituye una gran ayuda.

Hay ciertos factores que deben de considerarse para obtener un diagnóstico clínico:

Dolor.

Sensibilidad.

Mal aliento.

Traumatismo reciente.

Edema, fístula.

Dolor a la palpación o percusión.

Aumento de movilidad dentaria.

Fracturas de las restauraciones.

Exposición pulpar. (pp.468- 469).

¹⁸ Bordoni, N., Escobar, A., Castillo, R. (2010). Odontología Pediátrica. La Salud Bucal del niño y el adolescente en el Mundo actual. Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Panamericana.

La Prueba de vitalidad pulpar más utilizada es de percusión, que frente a un edema o infección que se encuentra en el ligamento periodontal se produce una respuesta de dolor.

Entre los síntomas encontramos el aumento de sensibilidad a los estímulos fríos y calientes pudiendo provocar dolor. La pulpitis puede ser reversible o irreversible.

Tratamiento.

Analizando informaciones disponibles en el sitio web Pulpitis¹⁹ (2015) exponen que: Los antibióticos como la amoxicilina se administran para reducir la intensidad de la infección. Si la pulpitis es reversible, la pulpa puede ser mantenida por la eliminación de la caries. (párr. 1).

2.3.3. Mal oclusión dentaria.

Indagando en la obra de Rothhammer y Llop²⁰ (2004) citan que: “Maloclusión es cualquier desviación del patrón normal de oclusión. Las causas de estas maloclusiones pueden ser de origen genético (faltas en el crecimiento y desarrollo de uno o ambos maxilares) o de origen medioambiental o malos hábitos”. (p. 125).

¹⁹ Pulpitis. (2015). Pulpitis tratamiento. [En línea]. Consultado: [14, junio, 2015]. Disponible en: <http://pulpitis.info/tratamiento/>

²⁰ Rothhammer, F., Llop, E. (2004). Poblaciones Chilenas cuatro décadas de investigaciones bianropológicas. República de Chile: Editorial Universitaria, S.A.

Analizando informaciones disponibles en la revista de la asociación dental mexicana en el artículo escrito por Montiel²¹ (2004) citar que:

La oclusión se refiere a la manera en que los dientes maxilares y mandibulares se ensamblan, tanto en una mordida típica, como en una gran variedad de contactos entre los dientes durante la masticación, deglución, presión con fuerza o hábitos de trituración y otros movimientos normales de la mandíbula. (p. 209).

Indagando informaciones disponibles en el artículo Ventana a otras especialidades escrito por Sadan y Girón²² (2006) definen que:

La maloclusión se define como cualquier alteración de crecimiento óseo del maxilar o la mandíbula y/o de las posiciones dentarias que impidan una correcta función del aparato masticatorio, con las consecuencias posteriores que esta defunción tiene sobre los propios dientes, las encías y los huesos que lo soportan, la articulación temporomandibular y la estética dental. (p. 66).

Analizando informaciones disponibles en la web en la publicación escrita por Nievas²³ (2013) cita que: “La maloclusión dentaria (o malposición de los dientes) consiste en una desviación de la correcta oclusión (o cierre) dental.” (párr.1).

Estudiando la obra de Daljit y Farhad²⁴ (2013) indica que:

La maloclusión puede ser definida como una desviación importante de la llamada oclusión normal o ideal. Muchos factores están involucrados en el desarrollo de esta. Los más importantes son:
El tamaño del maxilar.

²¹ Montiel., M. (2004). Frecuencia de maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos en una población de niños mexicanos de 6 a 12 años de edad. Revista de la asociación dental mexicana. [En línea]. Consultado: [22, noviembre, 2014]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2004/od046c.pdf>

²² Sadan, M., Girón, J. (2006). Mal Oclusiones en la Dentición Temporal o Mixta. Artículo ventana a otras especialidades. [En línea]. Consultado: [27, noviembre. 2014]. Disponible En: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=80000171&pident_usuario=0&pc_ontactid=&pident_revista=51&ty=44&accion=L&origen=apccontinuada&web=www.apcontinuada.com&lan=es&fichero=v4n1a171pdf001.pdf

²³ Nievas, B. (2013). No todo es Pediatría. [En línea]. Consultado: [29, Noviembre, 2014]. Disponible en: <http://notodoespediatria.com/2013/05/14/malposicion-de-los-dientes-maloclusion-dentaria/>

²⁴ Daljit, S., Farhad, B. (2013). Ortodoncia y Principios y Práctica. Estados Unidos Mexicanos: Editorial Manual moderno.

El tamaño de la mandíbula, tanto de la rama como del cuerno.
Los factores que determinan la relación entre las dos bases esqueléticas, tal como la base del cráneo y los factores ambientales.
La forma de la Arcada.
El tamaño y la morfología de los dientes.
El número de dientes presentes.
La morfología de los tejidos duros y blandos. (p. 29).

Considerando la obra de Langlais y colaboradores²⁵ (2011) referencian que:

Clasificación de Angle en las relaciones de oclusión de los primeros molares permanentes.

Oclusión clase I. La clase I se considera la oclusión ideal (normal) y la relación anteroposterior normal de los maxilares. En la oclusión clase I, la cúspide mesiovestibular de los primeros molares maxilares permanentes ocluye el surco del carrillo del primer molar mandibular permanente. Además, el canino maxilar ocluye al interior del espacio interproximal entre el canino y el primer premolar mandibular.

Oclusión clase II. Ocurre cuando los dientes maxilares son anteriores a la relación normal con los dientes mandibulares. En oclusión clase II la cúspide mesiovestibular del primer molar maxilar permanente, ocluye mesialmente (de forma anterior) al surco del carrillo del primer molar mandibular permanente.

Oclusión clase III. Estos pacientes tienen de manera típica un perfil prognático (la mandíbula se proyecta hacia adelante). La cúspide mesiovestibular del primer molar maxilar permanente ocluye de forma distal (posterior) al surco del carrillo del primer molar mandibular permanente. (p. 8).

Causas:

Herencia, se hereda el tamaño del maxilar y los dientes.

Hábitos, como la succión digital, succión lingual.

Perdida de piezas a temprana edad.

Enfermedades infecciosas.

Enfermedades nutricionales.

Traumas.

²⁵ Langlais, R., Miller, C., Nield-Gehrig, J. (2011). Atlas a color de enfermedades bucales. Estados Unidos Mexicanos: Editorial Manual moderno.

Diagnóstico de la oclusión.

Considerando la obra de Nakata y Wei²⁶ (1997) citan que:

Línea Dental.

El examen de la línea debe de realizarse con los maxilares en posiciones abiertas y cerrada. Es muy importante cuando existe presencia de contactos prematuros.

Oclusión.

El examen de las relaciones oclusales debe de realizarse cuidadosamente y separadamente en las regiones de los incisivos, caninos y molares, En la región incisiva, la extensión de la sobremordida horizontal y vertical debe examinarse cuidadosamente. En la del canino coincide con el punto medio interproximal entre el canino inferior y el primer molar primario. El promedio de exámenes en la región molar es usar la clasificación de Angle del primer molar permanente y el plano terminal de los segundos molares primarios.

Tamaño del diente.

Las medidas de los anchos mesio-distal para cada diente individual. (p.31).

Tratamiento.

En la sociedad por lo general la mayoría de personas no requieren tratamiento.

Pero si no existe una oclusión armónica encontramos:

Ortodoncia.

Extracciones indicadas.

Cirugías Maxilares.

Reparación de dientes irregulares con desgaste.

²⁶ Nakata, M., Wei, S. (1997). Guía oclusal en Odontopediatría. Caracas, República Bolivariana de Venezuela. Editorial: Actualidades medico odontológicas Latinoamericanas, C.A.

2.3.4. Lesiones cervicales no cariosas:

Las patologías dentales cervicales no cariosas se pueden dividir en dos grupos:
Erosión y Abrasión.

Erosión.

Analizando la obra de Silvestre y Plaza²⁷ (2007) citan que: “La erosión dental se define como la pérdida de estructura dental por un proceso químico sin la intervención de la flora bacteriana”. (p. 118).

Analizando un estudio realizado en la página web de Scielo en un artículo escrito por Fajardo y Mafla²⁸ (2011) referencian que:

La erosión dental es la pérdida localizada, crónica y patológica de tejido duro dental. Ésta es causada por soluciones químicas las cuales entran en contacto con los dientes. La apariencia de los dientes erosionados es suave, sedosa y brillante, a veces mate, la superficie del esmalte tiene una ausencia de periquimatías y esmalte intacto en el margen gingival. (párr. 1).

Causas.

Son varios los factores que pueden producir erosión dental, entre el primordial encontramos el consumo de bebida y comida ácida, lo que hace que el esmalte se desmineralice y se vuelva más suave y frágil. Las personas que consumen en su dieta diaria un alto porcentaje de acidez tienen tendencia a sufrir mayormente esta enfermedad dentaria.

²⁷ Silvestre, F., Plaza, A. (2007). Odontología en pacientes especiales. Reino de España: Editorial Maite Simón.

²⁸ Fajardo, M., Mafla, A. (2011). Diagnóstico y Epidemiología de la erosión dental. Revista Scielo. [En línea] consultado: [16, junio, 2014]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-08072011000200009&script=sci_arttext

Existen otras razones por lo cual se puede presentar, como el exceso de la acidez estomacal por causa de la gastritis, así mismo en la bulimia y otras enfermedades que se caracterizan por los vómitos frecuentes lo cual afecta y causa erosión.

Considerando nuevamente la obra de Cuniberti y Rossi²⁹ (2013) referencian que:

Características Clínicas

La erosión posee un área deficiente y lisa. Posee la forma de una superficie aplanada como lo demuestra su perfil en impresiones con compuestos elásticos. El esmalte se ve liso, opaco, sin decoloración, con periquematis ausentes y la matriz inorgánica desmineralizada.

En la dentina los ácidos débiles actúan sobre el tejido intertubular.

Hay que analizar otras caras del diente, ante la presencia del ácido las cúspides dentarias pueden aparecer erosionadas en forma de copa o cúspides invertida o redondeada, y donde existen restauraciones se presentan por encima de la estructura dentaria, a diferencia de otros continentes donde la atrición es considerada como la causa más predisponente. (pp. 30 - 31).

Tratamiento.

Para contrarrestar la erosión dental, debemos evitar al mínimo la ingesta de alimentos ácidos y bebidas. Se recomienda, así como el cuidado adecuado y diligente de los dientes para fortalecer el esmalte y disminuir la exposición a los consumidos los alimentos ácidos y bebidas (desde bebidas de fruta también puede tener beneficios para la salud).

Cambio de dieta.

Evitar alimentos ácidos y bebidas es la principal forma de prevenir la erosión de los dientes se convierta en un problema importante.

²⁹ Cuniberti, N., Rossi, G. (2009). Lesiones cervicales no cariosas, la lesión cervical del futuro. República de Argentina: Médica Panamericana.

Restauraciones.

La erosión debe ser tratada por un dentista con un plan de reparación. Grandes áreas de esmalte perdido puede ser cubierto con un enlace dental. Este enlace es una resina de tipo plástico que está fijado en el exterior del diente.

Coronas.

Con una corona, un diente con erosión dental, bajo un tratamiento muy cuidadoso puede solucionar este problema, la corona puede ser de metal porcelana, porcelana o zirconio.

Consulta dental.

Consultar siempre con su dentista de confianza para ver si se trata de una situación que puede remediarse a través de un tratamiento preventivo de fluoruro, el cambio de dieta y un régimen de mejora de dientes cuidados.

Abrasión.

Examinando la obra de Graham y colaboradores³⁰ (1999) referencian que: “El desgaste de sustancia dental como resultado de la fricción de un material exógeno sobre la superficie debido a las funciones incisivas, masticatorias, y de prensión”. (p. 28).

Estudiando nuevamente la obra de Langlais y colaboradores³¹ (2011) citan que: “La abrasión es la pérdida patológica de la estructura del diente, causada por desgaste

³⁰ Graham, J., Mount, W., Hume, W. (1999). Conservación y restauración de la estructura dental. Reino de España: Editorial Diorki servicios integrales de edición.

³¹ Langlais, R., Miller, C., Nield-Gehrig, J. (2011). Atlas a color de enfermedades bucales. Estados Unidos Mexicanos: Editorial Manual moderno.

mecánico anormal y repetitivo. Varios agentes pueden causar abrasión, pero la forma más común es la abrasión por el cepillado dental". (p. 56).

Considerando nuevamente la obra de Cuniberti y Rossi³² (2013) exponen que:

Características clínicas

No existe presencia de acumulo de restos de alimentos ni cambio de coloración.

El esmalte es plano, brilla y es liso.

Su forma es de plato amplio con márgenes no definidos y se acompaña con recesión gingival.

Localización.

Se localiza en el límite amelocementario (LAC), más frecuente por vestibular y desde el C. S. hasta el 1M.S. Los más afectados son los premolares del maxilar superior.

El desgaste va a depender de:

La abrasividad y la cantidad de pasta.

La longitud del mango (cuanto más próxima es la toma a la arte activa más fuerza se generará).

La presión ejercida.

El tipo de cerdas (duras o blandas).

La terminación de las cerdas (las redondeadas son menos lesivas).

Flexibilidad de las cerdas.

El flujo salival. (pp.3 y 12).

Tratamiento.

Lo primero que el paciente debe saber es como obtener una buena higiene dental, tener una correcta técnica de cepillado, sin realizar una excesiva fuerza, obtener cepillos de cerdas suaves, también se puede realizar tratamientos preventivos como es la fluorización para evitar la sensibilidad dentaria, y por último la más importante lograr establecer en donde ha perdido el tejido dentario una obturación de resina.

¿Cómo podemos diferenciar ambas lesiones según lo investigado?

Estudiando las características clínicas en cuanto a la erosión y abrasión debemos de tener en cuenta los siguientes parámetros.

³² Cuniberti, N., Rossi, G. (2009). Lesiones cervicales no cariosas, la lesión cervical del futuro. República de Argentina: Médica Panamericana.

La Abrasión: el desgaste siempre será en la parte cervical de la pieza dentaria.

La Erosión: su presencia se podrá dar en las caras oclusales o lesiones en forma de copa en incisal, también puede existir pérdida de estructura dentaria en palatino de incisivos superiores, cambios en la cara vestibular de los incisivos superiores.

Según lo estudiado e investigado en esta tesis puedo señalar que las causas de la abrasión se dan por frotado, raspado o pulido proveniente de objetos extraños o sustancias introducidas a la boca que al contactar con los dientes generan pérdida de tejidos duros a nivel del límite amelocementario.

2.3.5. Malformaciones dentarias (según el tamaño).

Estudiando la obra realizada por López³³ (2011) referencia que: “Constituye una desviación de la normalidad; dicha observación puede ocurrir por las condiciones locales, surgir de tendencias dentarias heredadas o ser manifestaciones de alteraciones sistémicas”. (p.5).

Analizando informaciones disponibles en el artículo de revisión escrito por Morales y Guevara³⁴ (2010) citan que: “Durante el proceso del germen dental pueden suceder cambios que modifiquen la normal formación de la pieza dental. Los agentes que modifican el desarrollo normal del diente pueden ser ambientales o hereditarios”. (p.81).

³³ López, A. (2011). Anomalías Dentarias Según su forma. Estados Unidos Mexicanos: Editorial Universidad de Puebla.

³⁴ Morales, R., Guevara., J. (2010). Alteraciones Estructurales de los Dientes. Artículo de revisión. [En línea]. Consultado: [20, noviembre, 2014] Disponible en: <http://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2010/Kiru2010v7n2/Kiru2010v7n2art6.pdf>

Las anomalías que se producen en los dientes son malformaciones congénitas, estas se pueden presentar por su forma, su tamaño, de estructura, y de posición. En esta tesis solo vamos a estudiar las malformaciones dentarias por su tamaño que abarcan la microdoncia y macrodoncia, la cual la detectaremos mediante un examen clínico al paciente estudiado.

Analizando la obra de Botero y colaboradores³⁵ (2007) citan que: “Para que una persona pueda tener una buena oclusión el tamaño de los dientes superiores debe guardar proporción con los inferiores. De lo contrario no se podrá lograr una buena intercuspidadación, ni una sobremordida horizontal adecuada”. (p. 81).

Analizando en la publicación de la página web PropDental³⁶ (2013) expone que:

Tipos de alteraciones en el tamaño de los Dientes

Hay 2 tipos de alteraciones de acuerdo al tamaño:

La microdoncia es cuando los dientes son más pequeños de lo normal.

La macrodoncia la corona es de mayor tamaño que un diente normal.

La Alteración Microdoncia

Es una anomalía se ha relacionado que puede o no ser hereditario autosómico dominante. Cuando existen estas piezas presentan un diámetro más pequeño de las longitudes normales.

Por lo general la raíz tiene un tamaño normal, aunque puede tener formas extrañas, y que es la parte de la corona, que tiene un tamaño inferior.

La microdoncia se la clasifica como parcial y total. La alteración parcial se da cuando existe presencia de una o más piezas. Se observa más en I L S ya sea a 1 o los 2.

La alteración generalizada cuando todos los dientes presentan un tamaño inferior.

Macrodoncia dental.

La macrodoncia puede ser de origen genético aunque su causa es desconocida.

Se clasifica en: parcial y Generalizada. En la alteración parcial el diente presenta longitudes mayores al tamaño normal de una pieza dentaria. Los 3eros

³⁵ Botero, P., Pedroza, A., Vélez, N., Ortiz, A., Calao, E., Barboza, D. (2007). Manual para la realización de historia clínica odontología escolar. República de Colombia: Editorial Educc

³⁶ PropDental (2013). Alteraciones en el Tamaño de los dientes. [En línea]. Consultado: [21, mayo, 2015] Disponible en: <https://www.propdental.es/blog/odontologia/alteraciones-en-el-tamano-de-los-dientes/>

M.I son los principales afectados, y la alteración total se da cuando los dientes tienen aspectos mayores en toda la arcada, sucede en el gigantismo. (párr.1).

Estudiando en la obra de Villafranca & col³⁷ (2005) expone que:

La macrodoncia, puede afectar uno o más diente de forma simétrica, a todos los dientes de una arcada o a toda la dentadura. Puede tener origen genético y se asocia a alteraciones endocrinas. Afecta preferentemente a los incisivos centrales superiores, caninos y molares.

La microdoncia, parece que se produce por debilitación funcional del esmalte. La microdoncia generalizada y suele estar asociada a síndromes congénitos. (p. 282).

Estudiando en la obra de Ustrell y Dural³⁸ (2002) citan que: “Macrodoncia: afecta frecuentemente a los incisivos centrales superiores”. (p. 121).

Estudiando la obra de Jiménez³⁹ (2013) referencia que:

Clasificación

Macrodoncia generalizada verdadera: son casos raros, se pueden dar en gigantismo hipofisiario, en hipertrofia hemifacial, y en hiperpituitarismo congénito.

Macrodoncia generalizada relativa: el tamaño de los dientes es proporcionalmente mayor que el tamaño de los maxilares.

Macrodoncia localizada: es rara, suele afectar a los dientes simétricos, sobre todo a los incisivos centrales superiores.

Macrodoncia parcial, coronal o radicular: cuando afecta a la raíz se denomina rizomegalia, no tiene importancia clínica, es muy frecuente en caninos y molares inferiores. (pp. 84 y 85).

³⁷ Villafranca, F., Díaz, B., Fernández, M., López, B., García, A., Álvarez, C., Hernández, L., Hernández, N., López, L., Mansilla, O., Perillán, C., Cobo, M. (2006). Higienistas dentales. Reino de España: Editorial MAD, S.L

³⁸ Ustrell, J., Dural, J. (2002). Ortodoncia. Reino de España: Editorial Universidad de España

³⁹ Jiménez, A. (2013). Odontopediatría en atención primaria. Reino de España: Editorial Vértice.

Diagnóstico de la Microdoncia y Macrodoncia.

Estudiando la obra de Botero y colaboradores⁴⁰ (2007) citan que:

El análisis del tamaño dental depende del tipo de dentición:

Dentición mixta y permanente

En dentición mixta y permanente hay varios análisis para diagnosticar alteraciones de tamaño dental.

Método Mayoral: Mayoral realizó un estudio de treientos casos en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia y encontró que cuando la suma de los cuatro incisivos superiores está entre 28 y 32mm se considera normodoncia. Si los valores son mayores, de macrodoncia.

Análisis de Sanín y Sarara: si el examen clínico de un paciente en dentición mixta se detecta alguna posible alteración de tamaño dentario, se sugiere simplemente comparar el tamaño del diente que se sospecha tiene la alteración con el tamaño promedio que se reporta para ese tipo de diente y determinar si el tamaño del diente a analizar está por encima o por debajo de ese promedio. (pp. 81 y 82).

Según lo estudiado en mi carrera universitaria los diámetros mesiodistales de las piezas anteriores son: Incisivo central: 8,8mm, Incisiva lateral: 6,5mm, Canino 7,5mm.

Tratamiento.

Para el tratamiento de la macrodoncia se recomienda realizar un tratamiento estético en el cual se realiza un desgaste selectivo del tejido dentario en sus caras respectivas, para luego proceder al tratamiento más adecuado que requiera el paciente como el profesional, como carillas de porcelanas, de resinas, coronas de porcelana de zirconio.

Para el tratamiento de la microdoncia también requiere tratamiento estético como carillas de resinas compuestas, reconstrucciones o una alineación ortodóncica.

⁴⁰ Botero, P., Pedroza, A., Vélez, N., Ortiz, A., Calao, E., Barboza, D. (2007). Manual para la realización de historia clínica odontología escolar. República de Colombia: Editorial Educc.

2.3.6. Fluorosis.

Analizando la obra de Gómez y colaboradores⁴¹ (2002) referencian que:

La fluorosis dental es una imperfección en la formación del esmalte. Recordemos que el esmalte es la capa dura externa que cubre la corona del diente. El flúor aportado en altas concentraciones a lo largo del periodo de desarrollo de diente provoca un defecto en la estructura y mineralización de la superficie ofreciendo éste un aspecto poroso. (p. 21).

Analizando un estudio realizado en la página web de Scielo en un artículo escrito por

Beltrán y colaboradores⁴² (2005) exponen que:

La fluorosis dental es una deficiencia en el crecimiento del esmalte que resulta de la ingestión excesiva de fluoruros durante el desarrollo del diente. La ingestión de fluoruros antes de los tres o cuatro años de edad es crítico para el desarrollo de fluorosis en los dientes permanentes estéticamente importantes. (párr. 9).

Analizando la obra de la Organización Panamericana de la Salud⁴³ (2002) puedo citar que:

La prevalencia de la fluorosis del esmalte en las Américas fluctúa desde 2% en Honduras hasta 26% en Valparaíso y Viña del Mar, en Chile (Valparaíso) y los estados Unidos hay que considerar que la alta prevalencia de fluorosis del esmalte se puede deber no solo al consumo de agua fluorada a niveles óptimos, sino también a la ingestión de pasta dental fluorada. (p. 204).

Causas.

Estudiando la obra de Melo y Cuamatzi⁴⁴ (2007) referencian que:

Él flúor se considera no como un nutrimento pero sí como un elemento benéfico esencial. No se han reportado signos de deficiencia de flúor en

⁴¹ Gómez, G., Gómez, D., Martín, M. (2002). Flúor y Fluorosis Dental. Reino de España: Abiss Publicidad

⁴² Beltrán, P., Cocom, H., Casanova, J., Vallejos, A., Medina, C., y Maupomé, G. (2005). Prevalencia de fluorosis dental y fuentes adicionales de exposición a fluoruro como factores de riesgo a fluorosis dental en escolares de Campeche, México. Revista Scielo. [En línea]. Consultado: [24, noviembre, 2014]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762005000400006

⁴³ Organización Panamericana de la Salud. (2002). La Salud en las Américas volumen II. Estados Unidos de América: Editorial Organización Panamericana de la Salud.

⁴⁴ Melo, V., Cuamatzi, O. (2007). Bioquímica de los procesos metabólicos. Reino de España: Reverté

humanos, pero el consumo en exceso causa fluorosis dental que se manifiesta como manchas oscuras en el esmalte del diente y fluorosis esquelética que se caracteriza por un ligero incremento de la masa ósea, cuyos síntomas varían desde rigidez o dolor en las articulaciones hasta osteoporosis de los huesos. (p. 365).

Analizando en la obra de Montaña⁴⁵ (2008) cita que:

Características clínicas

Se caracteriza porque existe cambio de coloración dental. Cuando es más severo, afecta a todo el esmalte. Sin embargo, debemos señalar que el fluoruro no es la única causa de defectos del esmalte dental. Podemos observar opacidades de esmalte similares a las que aparecen en la fluorosis dental, pero este aspecto está asociado con otras condiciones, como la desnutrición, la deficiencia de vitaminas D, así como una dieta pobre en proteínas. Resulta importante señalar que la ingestión de fluoruro después de los 6 años de edad no causará fluorosis dental.

Tipos de fluorosis

En la fluorosis dental leve: existen líneas en la superficie. Se caracteriza normalmente por la aparición de pequeñas manchas blancas en el esmalte.

En la fluorosis dental moderada: el tejido dental es resistente a la caries, existe manchas opacas blancas.

En la fluorosis dental severa: el esmalte es quebradizo son visibles manchas marrones, presenta bastante destrucción en el esmalte del diente. (pp. 19 y 20).

Según el índice de Dean puede clasificarse en:

Normal: el tejido brilla y es de color blanco – crema pálida.

Dudoso: Existe ligeras anomalías de traslucidez, pueden ser entre puntos blancos y manchas dispersas.

Muy leve: afecta el 25% de la superficie, pequeñas manchas blancas.

Leve: perjudica más del 25%, opacidad blanca mayor.

Moderada: muestra un desgaste marcado con un tinte pardo.

Severa: existe hipoplasia de esmalte, con aspecto corroído.

⁴⁵ Montaña, M. (2008). Guía de fluorosis dental, Normas técnicas de fluorosis dental. República de Colombia: Gobierno de Huila.

Tratamiento.

Veneer de composite directo.

Veneer de composite indirecto.

Restauraciones ceramometálicas.

Restauración totalmente de porcelana.

Veneer laminado de porcelana.

Blanqueamiento dentario.

2.4. Enfermedad gingival.

Analizando la obra de Ferro y Gómez⁴⁶ (2007) transcriben que:

Enfermedad gingival.

Se refiere a entidades que comprometen la unidad dentogingival. Agrupa a enfermedades gingivales (gingivitis) inducidas por placa bacteriana (biopelícula) y lesiones gingivales no inducidas por biopelícula, éstas últimas pueden ser manifestaciones orales de enfermedades sistémicas que comprometen al tejido gingival o reacciones locales derivadas de diferentes causas (alérgicas, traumáticas, fúngicas, virales, etc.). (p.169).

Estudiando la obra de Valera⁴⁷ (2010) referencia que:

Cuando las encías están inflamadas, sensibles y sangrantes (a veces hay úlceras) tenemos un problema de los niños, se llama gingivitis, La gingivitis es un malestar. Está asociada principalmente a una defectuosa o incorrecta higiene bucal, que facilita la formación de la denominada placa dental, la cual se forma por la acumulación de restos alimenticios, células epiteliales muertas y mucina. (p. 66).

Gingivitis.

Estudiando en la obra de Bordoni y colaboradores⁴⁸ (2010) citan que:

Es una lesión inflamatoria que aparece de 10 a 20 días de permitir acumulación de biopelícula dentobacteriana en la unidad dentogingival. Se caracteriza por el enrojecimiento de la encía, inflamación o agrandamiento, cambio de forma a menos festoneada, menor firmeza y tendencia incrementada de tejido blando a sangrar con un sondaje suave, no existe pérdida de inserción. (p. 449).

⁴⁶ Ferro, M., Gómez, M. (2007). Fundamentos de la Odontología. República de Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.

⁴⁷ Valera, J. (2010). Niños sanos 108 enfermedades infantiles alimentación para bebés y niños. República del Perú: Jorge Valera.

⁴⁸ Bordoni, N., Escobar, A., Castillo, R. (2010). Odontología Pediátrica. La Salud Bucal del niño y el adolescente en el Mundo actual. República de Argentina: Editorial Panamericana.

Investigando la obra de Eley y colaboradores⁴⁹ (2012) expresan que: “La inflamación gingival tiende a empezar en la papila interdental y desde allí se extiende alrededor del cuello del diente, porque la acumulación de la placa bacteriana es máxima en la región interdental.” (p.131).

Estudiando la obra de la Sociedad española de periodoncia y osteointegración⁵⁰ (2009) cita que: “Se refiere a la respuesta inflamatoria de la encía a los irritantes locales (placa dental)”. (p.10).

Indagando la obra de Lindhe y colaboradores⁵¹ (2009) mencionan que:

La inflamación gingival que se presenta clínicamente como la gingivitis no siempre se debe a la acumulación de placa bacteriana y las reacciones gingivales inflamatorias no inducidas por placa suelen presentar características clínicas especiales. Pueden deberse a varias causas, como por ejemplo infecciones de origen específicamente bacteriano, viral o micótico sin una reacción inflamatoria gingival asociada con placa. Las lesiones gingivales de origen genético se observan en la fibromatosis gingival hereditaria y en diversos trastornos mucocutáneos que se manifiestan como inflamación gingival. (p. 376).

Analizando la obra de Wolf y colaboradores⁵² (2005) citan que:

Características Clínicas.

La gingivitis se caracteriza por la inflamación -provocada por la placa- de las regiones papilares y marginales de la encía; los síntomas clínicos son hemorragia al sondaje, enrojecimiento y, eventualmente, hinchazón. La gingivitis puede mostrar diversos grados de intensidad en función de la placa (cantidad/calidad) y la reacción del huésped. La gingivitis puede evolucionar – aunque no tiene por qué hacerlo necesariamente- hacia una periodontitis.

Retención de la placa: factores naturales

Los factores de retención por un lado favorecen la formación de una biopelícula sobre la placa y por el otro dificultan su eliminación mediante la higiene oral. Estos factores de retención son:

⁴⁹ Eley, B., Soory, M., Manson, J. (2012). Periodoncia. Reino de España: Elsevier España.

⁵⁰ Sociedad española de periodoncia y osteointegración. (2009). Manual de higiene bucal. Reino de España: Editorial Panamericana.

⁵¹ Lang, J., Land, N., Karring, T. (2009). Periodontología clínica e implantología odontológica tomo I. Reino de España: Panamericana.

⁵² Wolf, H., Ratitschak, E., Ratitschak, K. (2005). Periodoncia. Reino de España: MASSON, S.A.

Cálculos supragingivales y subgingivales.
Límite amelocementario, proyecciones del esmalte.
Fisuras y fosas dentarias.
Caries de cuello dentario y de raíz.
Apiñamiento, falta de espacio.
Síntomas Clínicos
Hemorragia.
Rubefacción
Tumefacción edematosa e hiperplásica.
Ulceración.
Encía sana.
La encía es de color rosa pálido y presentamoteado. El margen gingival, estrecho, resalta claramente en la encía.
Gingivitis leve.
Rubefacción localizada y apenas apreciable, ligera tumefacción, pérdida parcial del moteado, pequeña hemorragia al sondaje.
Gingivitis de mediana intensidad.
Rubefacción acusada, tumefacción edematosa, pérdida del moteado, hemorragia al sondaje.
Gingivitis grave.
Rubefacción intensa, tumefacción edematosa e hiperplásica, ausencia de moteado, ulceración interdental, hemorragia intensa al sondaje y hemorragias espontáneas. (pp. 3,26,81 y 82).

Causas:

Analizando informaciones disponibles en la página web Guiainfantil.com⁵³ (2013)

expone que:

La principal causa de la aparición de problemas de encías generalmente es la mala higiene en etapas de infantiles. Si el sarro no se excluye, existirá una inflamación en el tejido gingival, y se puede extraer la encía. Es necesario que los niños tengan buenos y adecuados hábitos de higiene dental. (párr. 2).

Entre otras causas comunes encontramos:

- a) Lesión en las encías.
- b) Mala higiene dental.
- c) Desequilibrios hormonales.

⁵³ Guiainfantil.com. La gingivitis en los niños. [En línea]. Consultado: [22, mayo, 2015] Disponible en: <http://www.guiainfantil.com/articulos/salud/dientes/la-gingivitis-en-los-ninos/>

- d) La diabetes no controlada, la osteoporosis y las enfermedades en general.
- e) Dientes mal alineados.
- f) Medicamentos como antibióticos o anticoagulantes, así como las pastillas anticonceptivas.

Estudiando la obra de Eley y colaboradores⁵⁴ (2012) referencian que: “Los factores locales para pueden desencadenar una enfermedad gingival son:

Restauraciones defectuosas.
Lesiones de caries.
Irritación por comida.
Aparatología ortodóntica.
Dientes mal alineados.
Falta de sellado labial o respiración oral”. (p. 38).

Analizando un estudio realizado en la página web de Scielo en un artículo escrito por Zorrilla y Vallecillo⁵⁵ (2002) puedo referenciar que:

ÍNDICE DE GINGIVITIS DE LÖE Y SILNESS

Este índice se basa en la concepción de la hemorragia como un criterio importante de inflamación; para determinarlo se aplica una sonda periodontal de punta redonda (sonda de la OMS) en el surco gingival. Existen 4 grados:

Grado 0. Encía normal, ninguna inflamación, ningún cambio de color, ninguna hemorragia.

Grado 1. Inflamación leve, ligero cambio de color, pequeña alteración de la superficie, ninguna hemorragia.

Grado 2. Inflamación moderada, enrojecimiento, hinchazón, hemorragia al sondear y a la presión.

Grado 3. Fuerte inflamación, enrojecimiento intenso, hinchazón, tendencia a las hemorragias, eventualmente ulceración. (párr. 8).

⁵⁴ Eley, B., Soory, M., Manson, J. (2012). Periodoncia. Reino de España: Elsevier España.

⁵⁵ Zorrilla, C., Vallecillo, M. (2002). Importancia de los índices periodontales en la evaluación de los implantes osteointegrados. Artículo Scielo. [En línea]. Consultado: [22, mayo, 2015]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852002000200005

Tratamiento.

Estudiando la obra Navarro⁵⁶ (2008) referencia que:

Los objetivos del tratamiento periodontal son: eliminar o alterar la etiología microbiana y los factores de riesgo de la periodontitis, frenar la progresión de la enfermedad y preservar la dentición en estado de salud, confort y función con una estética apropiada, así como prevenir la recidiva de la periodontitis. Además, en algunos casos puede estar indicado intentar la regeneración del aparato de inserción previo dental. (p. 70).

2.5. Enfermedades de las mucosas.

Estudiando informaciones disponibles en la página web teCuidamos/CanalSALUD⁵⁷ (2015) puedo referenciar que:

La mucosa oral forma parte del tracto digestivo superior y en ella pueden producirse enfermedades de origen local o sistémico. Cualquier alteración de la boca precisa de un examen minucioso de toda la cavidad oral: mucosa oral, encías, paladar y lengua. No sólo recurrimos a la inspección, también la palpación y el estudio anatomopatológico suelen ser herramientas imprescindibles para la confirmación diagnóstica. (párr. 1).

Examinando informaciones disponibles en un Artículo de revisión realizado por Pacho y Piñol⁵⁸ (2006) transcriben que:

Muchas de las lesiones de la mucosa en la cavidad bucal están relacionadas con trastornos anatómicos y funcionales de los órganos del aparato digestivo; algunas forman parte del cuadro clínico de la entidad y otras aparecen como complicaciones de estas. Generalmente son de orígenes inmunológicos, nutricionales o carenciales.

Las lesiones de la mucosa bucal son multifactoriales. Pueden ser de origen primario o secundario, según sean propias de enfermedades bucales o como parte del cuadro clínico de diversas enfermedades del sistema nervioso, cardiovascular, endocrino, dermatológico y digestivo. (párr. 1y2).

⁵⁶ Navarro, C. (2008). Cirugía Oral. Reino de España: Editorial Arán ediciones, S.L.

⁵⁷ teCuidamos/CanalSALUD. (2015). Enfermedades Bucodentales. [En Línea]. Consultado: [23, mayo, 2015] Disponible en: <http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/alteraciones-mucosa-bucal.shtml>

⁵⁸ Pacho, J., Piñol, F.. (2006). Lesiones bucales relacionadas con las enfermedades digestivas. Artículo de revisión. [En línea] Consultado: [23, mayo, 2014]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol43_3_06/est08306.htm

En la realización de esta tesis el autor quiso tomar en cuenta dos enfermedades de las mucosas que son las gingivo estomatitis herpética aguda y la queilitis angular.

2.5.1 Gingivo estomatitis herpética aguda.

Examinando en el sitio web de la revista Acta odontológica venezolana se consultó un artículo de Salinas y Millán⁵⁹ (2007) exponen que:

Se define la gingivoestomatitis herpética primaria como una infección primaria de la cavidad bucal, originada por el VHS, el cual es más frecuente en recién nacidos y menores de seis años de edad, siendo este más frecuente pero también se registran en adolescentes y adultos lo que constituye una urgencia en la odontología.(párr.7).

Estudiando en la obra de Hubertus y Van Waes⁶⁰ (2002) citan que:

Esta enfermedad puede aparecer a cualquier edad, está causada por un virus neutropo, el virus del herpes simple tipo 1, y se transmite a través de gotitas infectantes de saliva por contacto directo.

Se distinguen dos fases:

Fase inicial (gingivo estomatitis herpética aguda).

Fase recurrente (herpes labial).

Síntomas generales: comienzo de la enfermedad aguda con temperaturas muy altas, malestar general y gran inflamación de los ganglios regionales linfáticos. Por lo general se forman vesículas en la región perioral y también en los labios. Típicamente afecta la parte anterior de la mucosa bucal. Las erupciones cutáneas son blanquecinas, inicialmente vesiculares apenas son visibles, aunque son extremadamente dolorosas. (p.38).

Examinando nuevamente en la publicación de la revista acta odontológica venezolana escrita por Salinas y Millán⁶¹ (2007) referencian que:

La gingivoestomatitis es un cuadro febril con odinofagia y vesículas dolorosas en labios, encías, mucosa oral y porción anterior de lengua y paladar duro. Las lesiones son friables, se ulceran y pueden sangrar con facilidad. Pueden

⁵⁹ Salinas, Y., Millán R. (2008). Gingivo Estomatitis Herpética Primaria. Revista ata odontológica venezolana. [En línea] Consultado: [15, noviembre, 2014] Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2008/2/gingivoestomatitis_herpetica_primaria.asp

⁶⁰ Hubertus, J., Van Waes, P. (2002). Atlas de Odontología Pediátrica. Reino de España: Masson S.A.

⁶¹ Salinas, Y., Millán R. (2008). Gingivo Estomatitis Herpética Primaria. Revista acta dontologica venezolana. [En línea] Consultado: [15, noviembre, 2014]. Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2008/2/gingivoestomatitis_herpetica_primaria.asp

presentarse adenopatías cervicales o submentonianas. La duración de la gingivoestomatitis es de 10 a 14 días y la excreción viral persiste hasta la resolución de las lesiones. Los signos y síntomas bucales se presentan como una gingivitis severa con afección difusa, eritematosa y brillante en la encía y la mucosa bucal adyacente, con grados cambiantes de edema, hemorragia gingival. En su etapa inicial se distingue por la presencia de vesículas discretas y esféricas, en la encía, mucosas labial y vestibular, paladar blando, faringe, mucosa sublingual y lengua. (Parr.13).

Causas

Puede ser causa por hongos, candida albicans, u otras agentes patógenos. Algunos autores la han relacionado con otras enfermedades como por ejemplo la deficiencia nutricional de vitamina B2 y la anemia por falta de hierro. Puede ser un síntoma de la glositis, o Queilosis. También puede darse como factor de exposición crónica solar.

Así mismo puede ser causada por bacterias, pero es más común por hongos. También puede producirla diferentes tipos de medicamentos como la isotretinoína, un análogo de la vitamina A. Los niños cuando la presentan pueden lamer sus comisuras lo cual en el momento produce alivio temporal, y esto solo empeora la lesión.

Queilitis Angular

Considerando la obra de Wood y Goaz⁶² (1998) referencia que:

La queilitis angular suele ser un trastorno proliferativo o ulcerado, rojizo y marcado por una o varias fisuras profundas que se extienden desde los ángulos de la boca. Por lo general las lesiones son bilaterales, no sangran y se limitan al bermellón y la superficie cutánea. (p. 64).

Analizando la obra de Ruiz de Adana⁶³ (2001) cita que:

Se trata de una entidad que cursa con inflamación de tipo agudo o crónico de las comisuras bucales, en forma de lesiones eritematosas, ocasionalmente fisuradas. Pueden identificarse patógenos como el virus del herpes simple, candidas o estafilococos.

Existen diversos factores predisponentes, como la hipovitaminosis B, la ferropenia, alteraciones inmunológicas y radio o quimioterapia entre otras. El tratamiento consiste en eliminar dichas causas, higiene de la zona procurando mantenerla seca y tratamiento antibiótico si se sospecha de una infección. (p.327).

Considerando la obra de Wood y Goaz⁶⁴ (1998) referencian que:

La queilitis angular suele ser un trastorno proliferativo o ulcerado, rojizo y marcado por una o varias fisuras profundas que se extienden desde los ángulos de la boca. Por lo general las lesiones son bilaterales, no sangran y se limitan al bermellón y la superficie cutánea. (p. 64).

Causas

Puede ser causa por hongos, candida albicans, u otras agentes patógenos.

Algunos autores la han relacionado con otras enfermedades como por ejemplo la deficiencia nutricional de vitamina B2 y la anemia por falta de hierro. Puede ser un

⁶² Wood, N., Goaz, P. (1998). Diagnóstico diferencial de las lesiones orales y maxilofaciales. Reino de España: Editorial Harcourt Brace.

⁶³ Ruiz de Adana, R. (2001). Manual de diagnóstico y terapéutica médica en atención primaria. Reino de España: Editorial Diaz de Santos.

⁶⁴ Wood, N., Goaz, P. (1998). Diagnóstico diferencial de las lesiones orales y maxilofaciales. Reino de España: Editorial Harcourt Brace.

síntoma de la glositis, o Queilosis. También puede darse como factor de exposición crónica solar.

Así mismo puede ser causada por bacterias, pero es más común por hongos. También puede producirla diferentes tipos de medicamentos como la isotretinoína, un análogo de la vitamina A. Los niños cuando la presentan pueden lamer sus comisuras lo cual en el momento produce alivio temporal, y esto solo empeora la lesión.

Diagnóstico Clínico.

Se presenta como una inflamación dolorosa, enrojecida con descamación y formación de costras en las comisuras labiales. Cuando recién se forma aparece una mancha roja en la comisura labial, donde la piel se agrieta, si son superficiales se forman erosiones, si son profundas se pueden presentar úlceras.

Tratamiento.

Depende del factor causal. Para los casos leves por infección bacteriana, se aplica cremas antisépticas de forma tópica. Casos de menor gravedad causadas por hongos se utilizan cremas antimicóticas. Ya en los casos graves es necesario la intervención de un odontólogo.

Unidades de observación y análisis.

Niños escolares de 7 a 12 años de la escuela León de Febres Cordero del cantón Rocafuerte.

2.6. Hipótesis.

2.6.1 Hipótesis General.

Las enfermedades bucodentales más comunes en los niños escolares son la caries dental y la gingivitis.

2.7. Variables.

Variables dependientes.

Enfermedades bucodentales: Enfermedades dentales, enfermedad gingival, enfermedades de la mucosa.

Variables independientes.

Edad.

Sexo.

2.7.1. Matriz de operacionalización de las variables. (Ver anexo 1).

CAPÍTULO III.

3. Marco Metodológico.

3.1. Modalidad de la investigación.

Estudio de campo descriptivo.

3.2. Tipo de investigación.

Estudio observacional transversal.

3.3. Métodos.

Para el estudio se utilizó una ficha clínica odontológica 033 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (anexo 3) y una ficha de observación y recolección de datos (anexo 4).

En la ficha de observación y recolección de datos se describió el sexo y la edad de los escolares (muestra de estudio). Se realizará la exploración clínica de la cavidad bucal para identificar la presencia o no de las enfermedades bucodentales más comunes. Aquí mencionamos las enfermedades bucodentales como pulpitis, abrasión, erosión, microdoncia, macrodoncia, gingivostomatitis herpética aguda y la queilitis angular.

En la ficha clínica odontológica 033 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador se diagnosticará la presencia de caries dental en el odontograma para

determinar los índices de caries, además de las enfermedades como mala oclusión, gingivitis y fluorosis dental.

3.4. Técnicas.

Observación: Se desarrollo un exámen clínico por cada niño escolar, para observar toda la cavidad oral y demostrar si existe o no una enfermedad bucodental, en este exámen se utilizó espejos y exploradores bucales.

Se utilizó una ficha clínica odontológica la 033 y la ficha de observación por cada estudiante, anotando en ella todos los datos y diagnósticos clínico encontrados en cada uno de los escolares.

3.5. Instrumentos.

Para desarrollar esta investigación se utilizó una ficha clínica odontológica 033 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (Anexo 3) y una ficha de observación y recolección de datos. (Anexo 4).

3.6. Población y Muestra.

3.6.1 Población: El universo de estudio se encuentra constituido por 420 niños de 7 a 12 años en la escuela León de Febres Cordero del cantón Rocafuerte.

3.6.2. Muestra: Se tomó de manera aleatoria 100 muestras del universo de estudio de niños de 7 a 12 años de edad de ambos sexos, masculinos y femeninos.

3.7. Recolección de la Información.

La información se recolectó a través de una ficha clínica odontológica 033 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (anexo 3) y en la ficha de observación (anexo 4) aplicada a cada niño escolar.

3.8. Procesamiento de la Información.

La información recolectada se integró en una base de datos del programa Microsoft Excel 2010. Una vez recolectados los datos necesarios y requeridos se procesó la información para obtener los correspondientes estadígrafos expresados. Los resultados del análisis se expresaron en tablas y gráficos por edades y por las enfermedades bucodentales requeridas como son: dentales, gingival y mucosas.

3.9. Consideraciones éticas.

A todas las personas que intervinieron en este estudio, se les consultó su participación voluntaria, se les informó en qué consistía el trabajo que se realizó, para ello se hizo un consentimiento informado dirigido a los padres de familia para que permitieran realizar el estudio a sus hijos, y poder lograr realizar este estudio de cuáles son las enfermedades bucales más comunes que presentan los escolares. (Ver anexo 6).

CAPÍTULO IV.

1. Análisis e Interpretación de Resultados.

4.1. Análisis e interpretación de resultados de las fichas clínicas realizadas a los niños escolares de 7 a 12 años de edad de la escuela León de Febres Cordero del cantón Rocafuerte durante el periodo de marzo a julio de 2015.

Cuadro 1.

Enfermedad.	Frecuencia.	Porcentaje.
Caries.	61	61%
Pulpitis.	19	19%
Gingivitis.	13	13%

Nota: Resultados obtenidos de las fichas clínicas y de observación aplicadas a los niños escolares de 7 a 12 años de edad de la escuela León de Febres Cordero del cantón Rocafuerte. Realizado por: Autor de esta tesis. Anexo 3 y 4, p. 73 y 74.

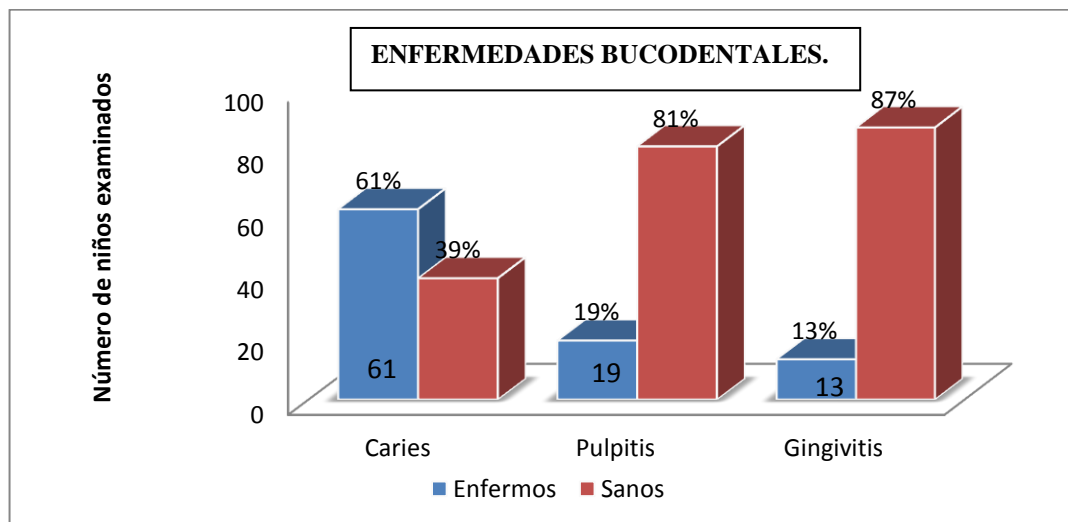


Gráfico No. 1. Resultados obtenidos de la ficha clínica y de observación aplicada a los niños escolares de 7 a 12 años de edad de la escuela León de Febres Cordero del cantón Rocafuerte. Realizado por: Autor de esta tesis. Cap. IV, p. 42.

Análisis e interpretación de los resultados.

En el gráfico No. 1 de un total de 100 niños examinados, 61 niños presentaron caries dental lo que representa al 61%, 19 presentaron pulpitis que equivale al 19%, mientras que 13 niños presentaron gingivitis lo que corresponde al 13%.

Analizando informaciones disponibles en el sitio web de la Organización Mundial de la Salud⁶⁵ (2014) puedo citar que:

Enfermedades bucodentales como la caries dental, las periodontopatías, la pérdida de dientes, las lesiones de la mucosa y los cánceres orofaríngeos, la enfermedad bucodental asociada con el sida y los traumas dentales, se presentan con gran frecuencia a nivel global, siendo una gran preocupación pudiendo ocasionar secuelas en la salud y en su vivir diario. (párr. 1).

Según los resultados logrados de las fichas de observación, puedo sacar como conclusión que las tres enfermedades más frecuentes en niños escolares de la escuela León de Febres Cordero es la caries dental, pulpitis, y la gingivitis. Siendo la más relevante con un 61 % la caries dental.

⁶⁵ Organización Mundial de la Salud. (2014). Carga mundial de enfermedades bucodentales y riesgos para la salud bucodental. [En Línea]. Consultado: [17, noviembre, 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/83/9/petersen0905abstract/es/>

Cuadro2.

Enfermedades más comunes que se presentaron en los niños escolares de 7 a 12 años de edad de la escuela León de Febres Cordero.

Enfermedad.	Frecuencia.	Porcentaje.
Mal oclusión de Angle II.	8	8%
Fluorosis.	7	7%
Mal oclusión de Angle III.	2	2%

Nota: Resultados obtenidos de las fichas clínicas y de observación aplicadas a los niños escolares de 7 a 12 años de edad de la escuela León de Febres Cordero del cantón Rocafuerte. Realizado por: Autor de esta tesis. Anexo 3 y 4, p. 73 y 74.

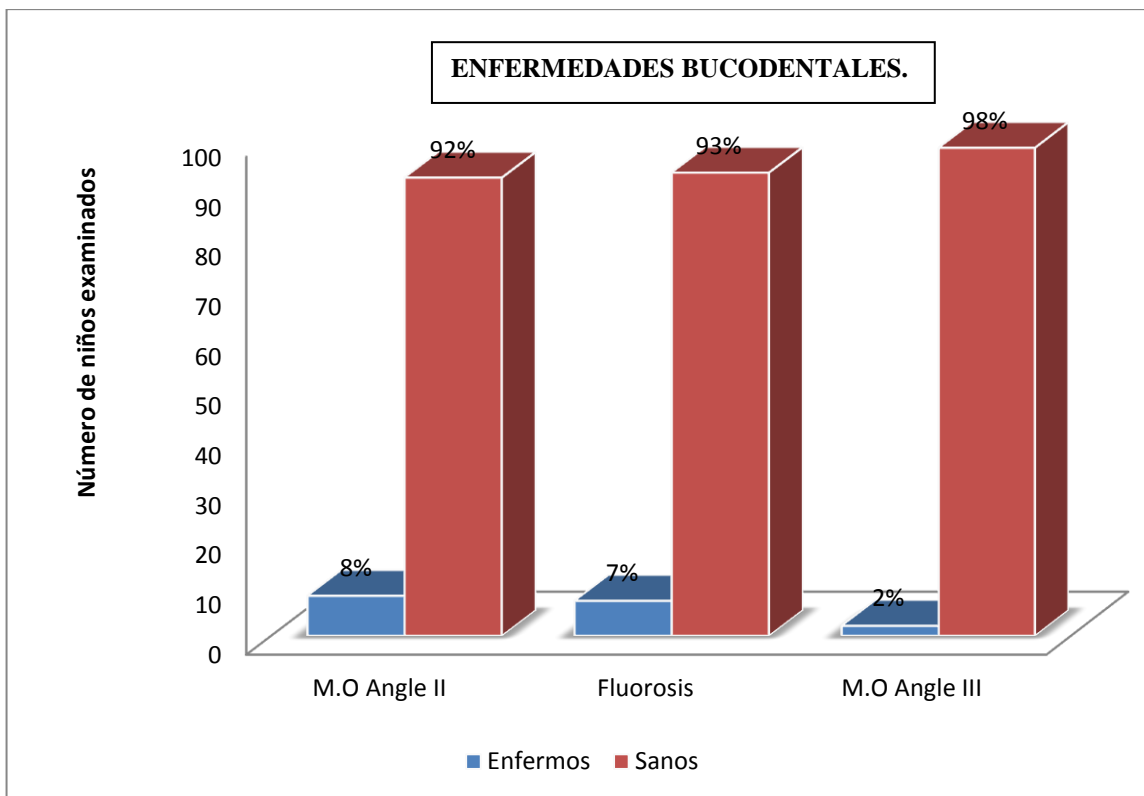


Gráfico No. 2. Resultados obtenidos de la ficha clínica y de observación aplicada a los niños escolares de 7 a 12 años de edad de la escuela León de Febres Cordero del cantón Rocafuerte. Realizado por: Autor de esta tesis. Cap. IV, p. 44.

Análisis e interpretación de los resultados.

En el gráfico No. 2 de un total de 100 niños examinados, 8 niños presentaron mal oclusión de Angle clase II lo que corresponde al 8%, 7 niños presentaron fluorosis lo que equivale 7%, 2 niños presentaron mal oclusión de Angle tipo III lo que es igual al 2%.

Indagando la obra de Rothhammer y Llop⁶⁶ (2004) citan que: “Maloclusión es cualquier desviación del patrón normal de oclusión. Las causas de estas maloclusiones pueden ser de origen genético (faltas en el crecimiento y desarrollo de uno o ambos maxilares) o de origen medioambiental o malos hábitos”. (p. 125).

Analizando la obra de la Organización Panamericana de la Salud⁶⁷ (2002) citan que:

La prevalencia de la fluorosis del esmalte en las Américas fluctúa desde 2% en Honduras hasta 26% en Valparaíso y Viña del Mar, en Chile (Valparaíso) y los estados Unidos hay que considerar que la alta prevalencia de fluorosis del esmalte se puede deber no solo al consumo de agua fluorada a niveles óptimos, sino también a la ingestión de pasta dental fluorada. (p. 204).

Según los resultados logrados de las ficha de observación y clínica, como conclusión me demuestra que la cuarta, quinta y sexta de las enfermedades bucodentales más comunes en niños escolares de la escuela León de Febres Cordero son: mal oclusión de Angle tipo II, la fluorosis, y la mal oclusión de Angle tipo III.

⁶⁶ Rothhammer, F., Llop, E. (2004). Poblaciones Chilenas cuatro décadas de investigaciones biantropológicas. República de Chile: Editorial Universitaria, S.A.

⁶⁷ Organización Panamericana de la Salud. (2002). La Salud en las Américas volumen II. Estados Unidos de América: Editorial Organización Panamericana de la Salud.

Cuadro3.

Enfermedades bucodentales y alteraciones más comunes que se presentaron en los niños escolares de 7 a 12 años de edad de la escuela León de Febres Cordero.

Enfermedad.	Frecuencia.	Porcentaje.
Macrodoncia	2	2%
Queilitis Angular	1	1%
Microdoncia	1	1%

Nota: Resultados obtenidos de las fichas clínicas y de observación aplicadas a los niños escolares de 7 a 12 años de edad de la escuela León de Febres Cordero del cantón Rocafuerte. Realizado por: Autor de esta tesis. Anexo 3 y 4, p. 73 y 74.

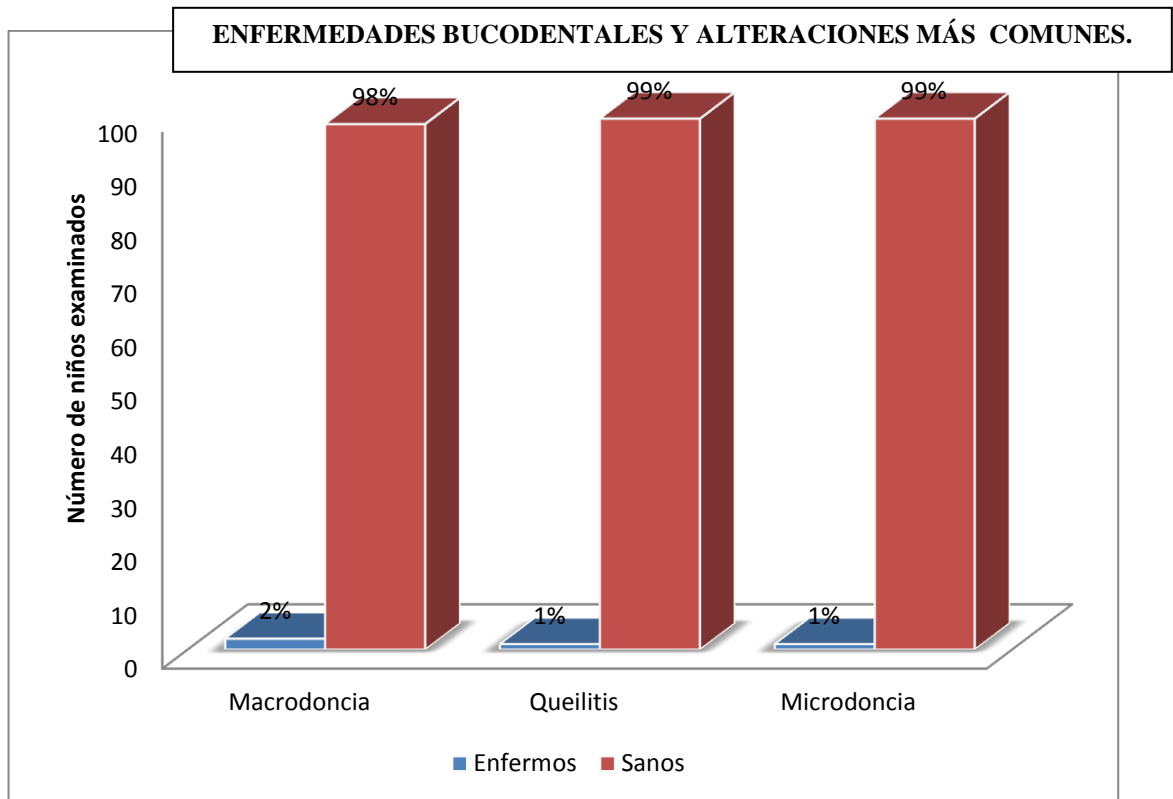


Gráfico No. 3. Resultados obtenidos de la ficha clínica y de observación aplicada a los niños escolares de 7 a 12 años de edad de la escuela León de Febres Cordero del cantón Rocafuerte. Realizado por: Autor de esta tesis. Cap. IV, p. 46.

Análisis e interpretación de los resultados.

En el gráfico No. 3 de un total de 100 niños examinados, 2 niños presentaron macrodoncia lo que nos representa el 2%, 1 niño presentó queilitis angular lo que equivale al 1%, y 1 niño presentó microdoncia lo que es igual al 1%.

Estudiando la obra de Villafranca y colaboradores⁶⁸ (2005) citan que:

La macrodoncia, puede afectar uno o más diente de forma simétrica. Generalmente es hereditaria. Por lo común se presenta a los ICS, C y morales. La microdoncia, parece que se produce por debilitación funcional del esmalte. La microdoncia generalizada y suele estar asociada a síndromes congénitos. (p. 282).

Considerando en la obra de Wood y Goaz⁶⁹ (1998) puedo referenciar que:

La queilitis angular suele ser un trastorno proliferativo o ulcerado, rojizo y marcado por una o varias fisuras profundas que se extienden desde los ángulos de la boca. Por lo general las lesiones son bilaterales, no sangran y se limitan al bermellón y la superficie cutánea. (p. 64).

Según los resultados obtenidos de las fichas de observación y clínica, concluyo que la séptima, octava y novena enfermedad más comunes en niños escolares de la escuela León de Febres cordero son, macrodoncia, la queilitis angular, y la microdoncia. Siendo, la que más predomina la macrodoncia.

⁶⁸ Villafranca, F., Díaz, B., Fernández, M., López, B., García, A., Álvarez, C., Hernández, L., Hernández, N., López, L., Mansilla, O., Perillán, C., Cobo, M. (2006). Higienistas dentales. Reino de España: Editorial MAD, S.L

⁶⁹ Wood, N., Goaz, P. (1998). Diagnóstico diferencial de las lesiones orales y maxilofaciales. Reino de España: Editorial Harcourt Brace.

Cuadro 4.

Enfermedades bucodentales más comunes que se presentaron en los niños escolares de 7 a 12 años de edad de la escuela León de Febres Cordero.

Enfermedad.	Frecuencia.	Porcentaje.
Erosión.	1	1%
Abrasión.	0	0
Gingivostomatitis herpética aguda.	0	0

Nota: Resultados obtenidos de las fichas clínicas y de observación aplicadas a los niños escolares de 7 a 12 años de edad de la escuela León de Febres Cordero del cantón Rocafuerte. Realizado por: Autor de esta tesis. Anexo 3 y 4, p. 73 y 74.

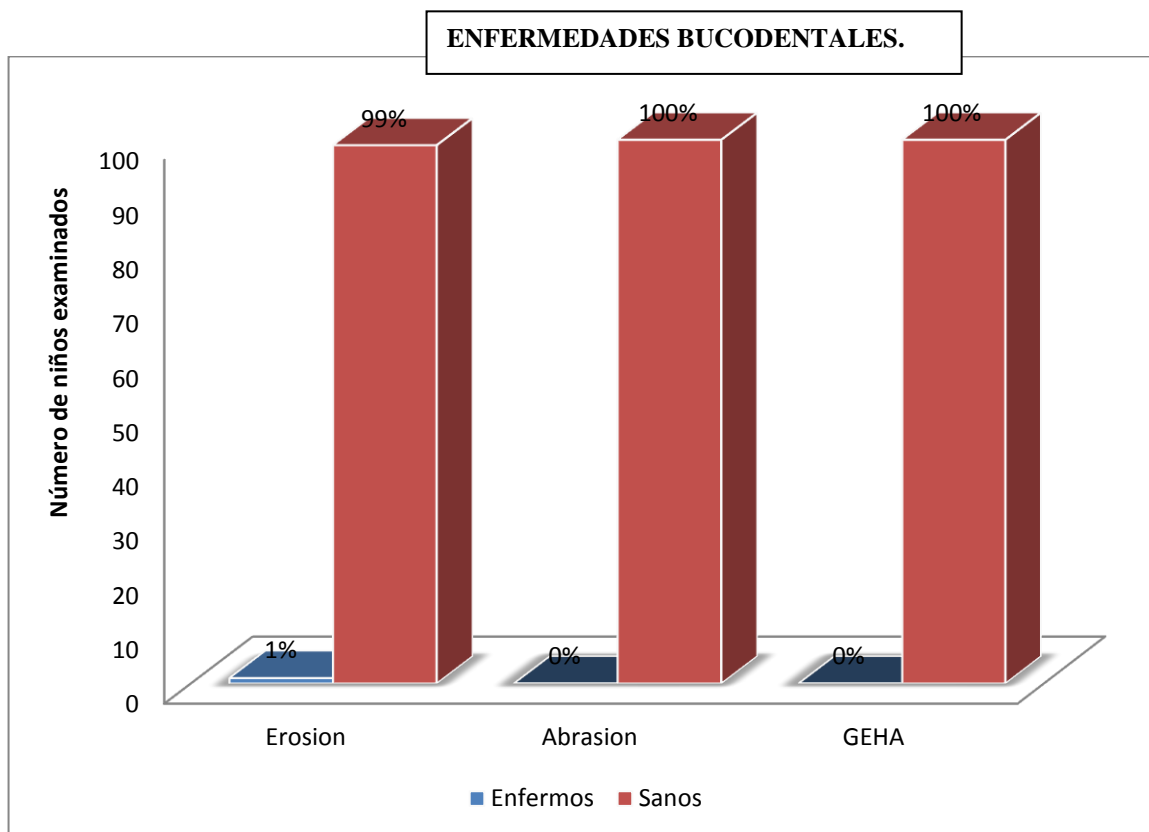


Gráfico No. 4. Resultados obtenidos de la ficha clínica y de observación aplicada a los niños escolares de 7 a 12 años de edad de la escuela León de Febres Cordero del cantón Rocafuerte. Realizado por: Autor de esta tesis. Cap. IV, p. 48.

Análisis e interpretación de los resultados.

En el gráfico No. 4 de un total de 100 niños examinados, 1 niño presentó erosión dental lo que nos equivale al 1%, 0 niños presentaron abrasión lo que corresponde al 0%, y 0 niños presentaron gingivostomatitis herpética aguda lo que es igual al 0%.

Investigando informaciones disponibles en la Revista Scielo en la publicación realizada por Fajardo y Mafla⁷⁰ (2011) referencian que: “La erosión dental es la pérdida localizada, crónica y patológica de tejido duro dental. Ésta es causada por soluciones químicas”. (párr.1).

Según los resultados logrados de las fichas de observación y clínica, saque como conclusión que la décima enfermedad más común es la erosión dental que correspondió al 1% mientras que la abrasión y la estomatitis herpética aguda no puedo considerar como enfermedad bucodental más común en los niños de la escuela León de Febres Cordero.

⁷⁰ Fajardo, M., Mafla, A. (2011). Diagnóstico y Epidemiología de la erosión dental. Revista Scielo. [En línea] consultado: [16, junio, 2014]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-08072011000200009&script=sci_arttext

Cuadro 5.

Índice de Caries, CPO en dientes permanentes.

Índice C P O – D.				
Cariados.	Perdidos.	Obturados.	Total.	Índice Grupal.
69	0	1	70	0,7

Nota: Resultados obtenidos de las fichas clínicas aplicadas a los niños escolares de 7 a 12 años de edad de la escuela León de Febres Cordero del cantón Rocafuerte. Realizado por: Autor de esta tesis. Anexo 3 y 4, p. 73 y 74.

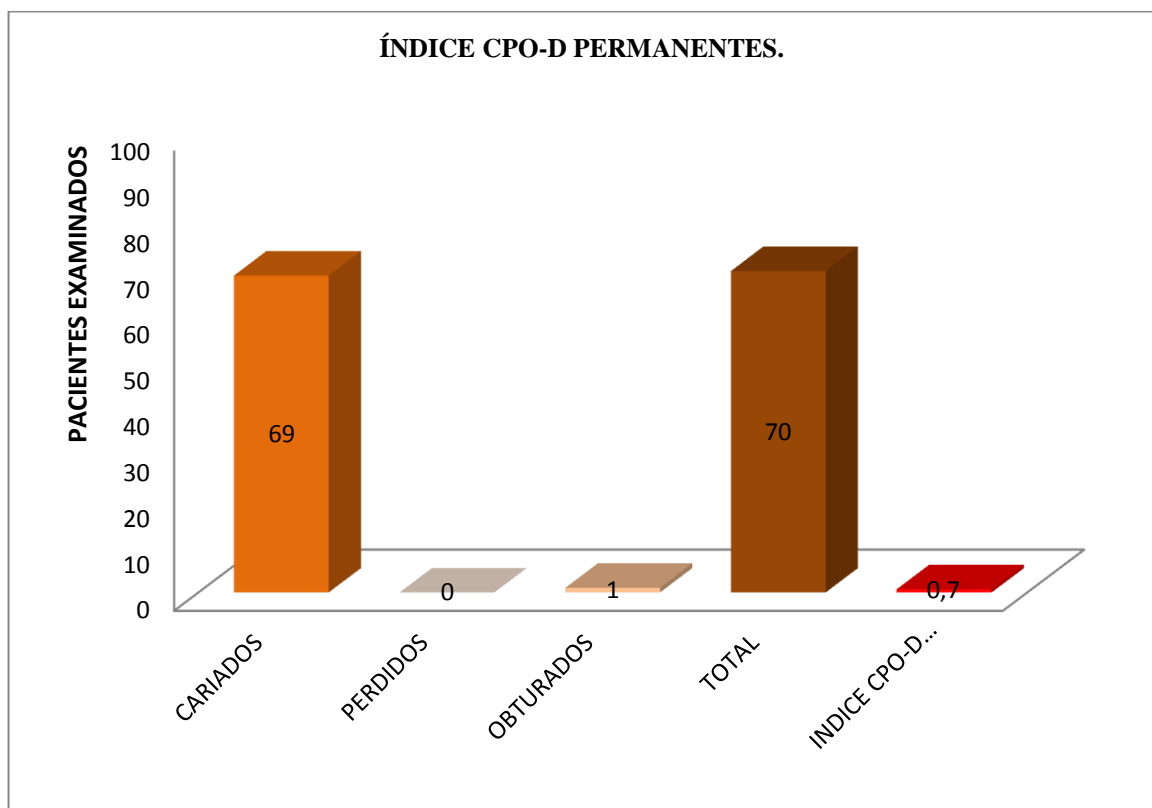


Gráfico No. 5. Resultados obtenidos de la ficha clínica y de observación aplicada a los niños escolares de 7 a 12 años de edad de la escuela León de Febres Cordero del cantón Rocafuerte. Realizado por: Autor de esta tesis. Cap. IV, p. 50.

Análisis e interpretación de los resultados.

En el gráfico No. 5. De un total de 100 niños y niñas examinados, el resultado del C P O de dientes permanentes nos expresó que: 69 piezas permanentes estuvieron cariadas, no hubieron piezas perdidas, y una pieza dentaria estaba obturada lo que representa una sumatoria total de 70.

Indagando la obra de Laserna⁷¹ (2008) cita que:

INDICADORES DE SALUD. Los indicadores de salud son de interés para la realización de estudios epidemiológicos, para ver la prevalencia de la enfermedad dental, como son el Índice CO (o de mortalidad recuperable), el Índice CAO (o de morbilidad definida), etc. (p. 51).

Como conclusión, el indicador epidemiológico para la caries dental se lo realizo con el índice C P O, el cual se determinó un Total de 70 y teniendo un índice grupal de 0,7 lo cual nos da a conocer que es un porcentaje muy bajo tomando como comparación los niveles de índice de caries de la Organización Mundial de la Salud.

⁷¹ Laserna, V. (2008). Higiene dental personal diaria. Canadá: Editorial Trafford Publishing.

Cuadro 6.

Índice de Caries, C e o en dientes temporarios.

Índice C e o en Dientes Temporarios				
Cariados	Extraídos	Obturados	Total	Índice grupal
200	12	19	231	2,31

Nota: Resultados obtenidos de las fichas clínicas aplicadas a los niños escolares de 7 a 12 años de edad de la escuela León de Febres Cordero del cantón Rocafuerte. Realizado por: Autor de esta tesis. Anexo 3 y 4, p. 73y 74.

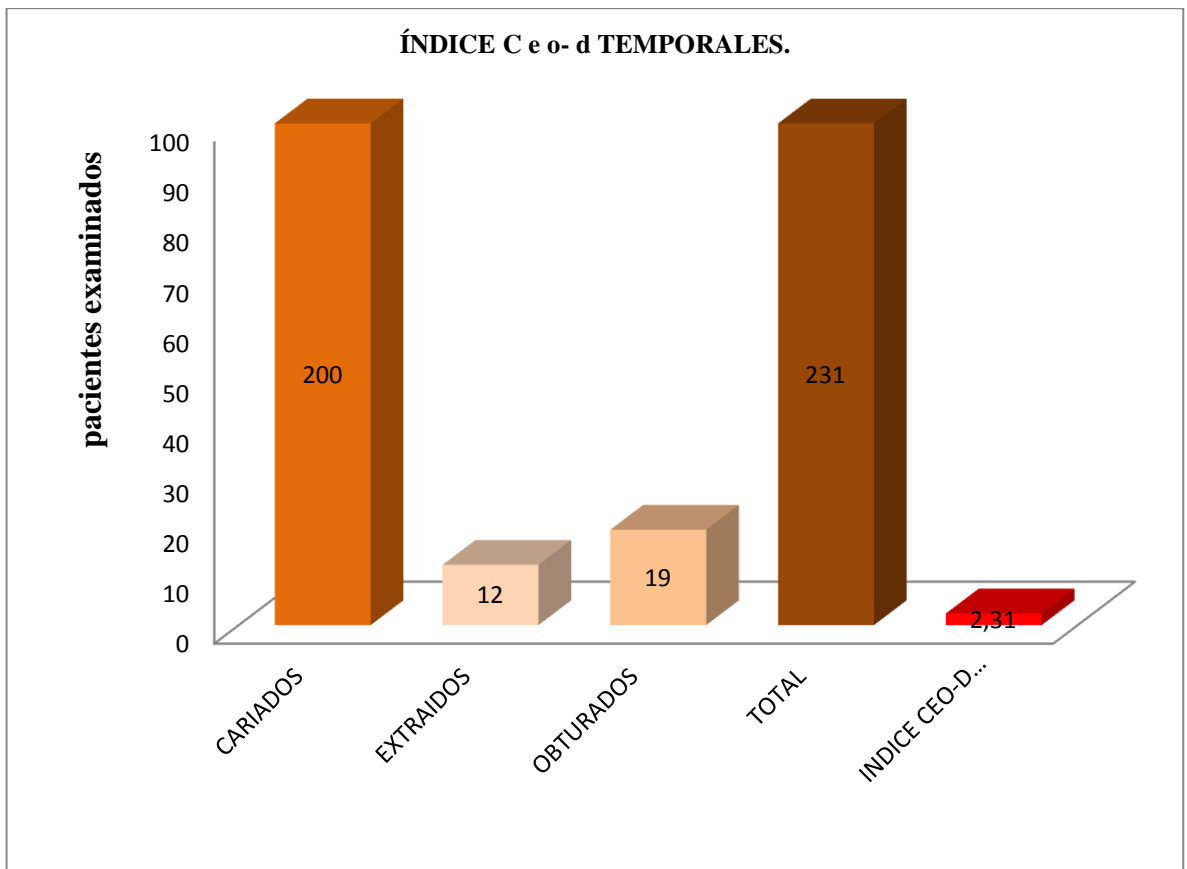


Gráfico No. 6. Resultados obtenidos de las fichas de observación aplicada a los niños escolares de 7 a 12 años de edad de la escuela León de Febres Cordero del cantón Rocafuerte. Realizado por: Autora de esta tesis. Cap. IV, p. 52.

Análisis e interpretación de los resultados.

En el gráfico No. 6. De un total de 100 niños y niñas examinados, el resultado del C e o de dientes temporarios nos expresó que: 200 piezas dentales temporarias estuvieron cariadas, dientes extraídos por caries 12, y las piezas dentarias que estaban obturadas fueron 19, lo que representa una sumatoria total de 231.

Analizando informaciones disponibles en revista Scielo en la publicación realizada por Medina y colaboradores⁷² (2006) referencian que:

Existen varias formas de expresar el estado de salud bucal en los individuos, en cuanto a la prevalencia y la intensidad o severidad de caries dental; los índices mundialmente utilizados son el ceod y CPOD. El índice ceod (suma de dientes primarios cariados, extraídos/indicados para extracción y obturados) es el comúnmente utilizado en los estudios sobre caries dental en la dentición temporal. (párr. 8).

Como conclusión, el indicador epidemiológico para la caries dental en la dentición temporaria fue 231, y su índice grupal fue de 2,31. Lo cual nos determina según la OMS que están dentro de los porcentajes bajos.

⁷² Medina, E., Maupome, G., Pelcastre, B., Ávila, L., Vallejos, A., Casanova, A. (2006). Desigualdades socioeconómicas en salud bucal: caries dental en niños de seis a 12 años de edad. Revista Scielo. [En línea]. Consultado: [17, junio, 2014]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0034-83762006000400005&script=sci_arttext

Cuadro 7.

Prevalencia de la enfermedad Gingival (Gingivitis).

Gingivitis.		
	Frecuencia.	Porcentaje.
Leve	10	10%
Moderada	2	2%
Grave	1	1%
No presentan.	87	87%
Total.	100	100

Nota: Resultados obtenidos de las fichas clínicas aplicadas a los niños escolares de 7 a 12 años de edad de la escuela León de Febres Cordero del cantón Rocafuerte. Realizado por: Autor de esta tesis. Anexo 3 y 4, p. 73 y 74.

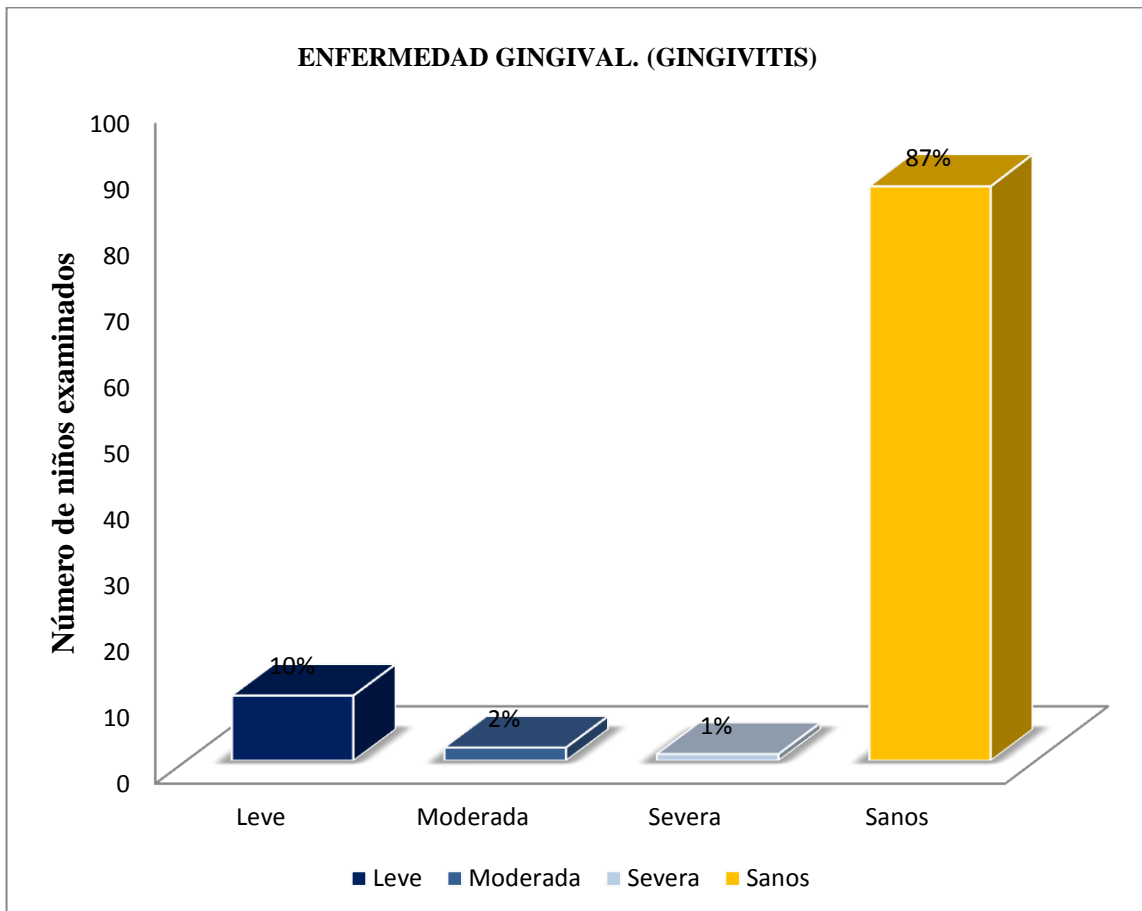


Gráfico No. 7. Resultados obtenidos de la ficha clínica y de observación aplicada a los niños escolares de 7 a 12 años de edad de la escuela León de Febres Cordero del cantón Rocafuerte. Realizado por: Autor de esta tesis. Cap. IV, p. 54.

Análisis e interpretación de los resultados.

En el gráfico No. 7 de un total de 100 niños y niñas examinados, el resultado de la prevalencia de la gingivitis fue de 13 niños, en el cual 10 presentaron gingivitis leve lo que nos representa el 10%, 2 gingivitis moderadas lo que equivale al 2%, 1 gingivitis grave lo que es igual al 1%.

Estudiando la obra de Valera⁷³ (2010) referencia que:

Cuando las encías están inflamadas, sensibles y sangrantes (a veces hay úlceras) tenemos un problema de los niños, se llama gingivitis, La gingivitis es un malestar. Está asociada principalmente a una defectuosa o incorrecta higiene bucal, que facilita la formación de la denominada placa dental, la cual se forma por la acumulación de restos alimenticios, células epiteliales muertas y mucina. (p. 66).

Como conclusión, de los resultados logrados de las fichas de observación y clínica, logre a determinar que la gingivitis es una de las principales enfermedades bucodentales más comunes en los escolares de la escuela León de Febres Cordero, ocupando el tercer lugar después de la caries dental y la pulpitis.

⁷³ Valera, J. (2010). Niños sanos 108 enfermedades infantiles alimentación para bebés y niños. República del Perú: Jorge Valera.

Cuadro 8.

Enfermedades de la mucosa (Gingivostomatitis herpética aguda – Queilitis angular).

Enfermedades de la Mucosa		
	Frecuencia	Porcentaje
Gingivostomatitis herpética aguda.	0	0
Queilitis angular.	1	1%
No presentan.	99	99%
Total.	100	100%

Nota: Resultados obtenidos de las fichas clínicas aplicadas a los niños escolares de 7 a 12 años de edad de la escuela León de Febres Cordero del cantón Rocafuerte. Realizado por: Autor de esta tesis. Anexo 3 y 4, p. 73 y 74.

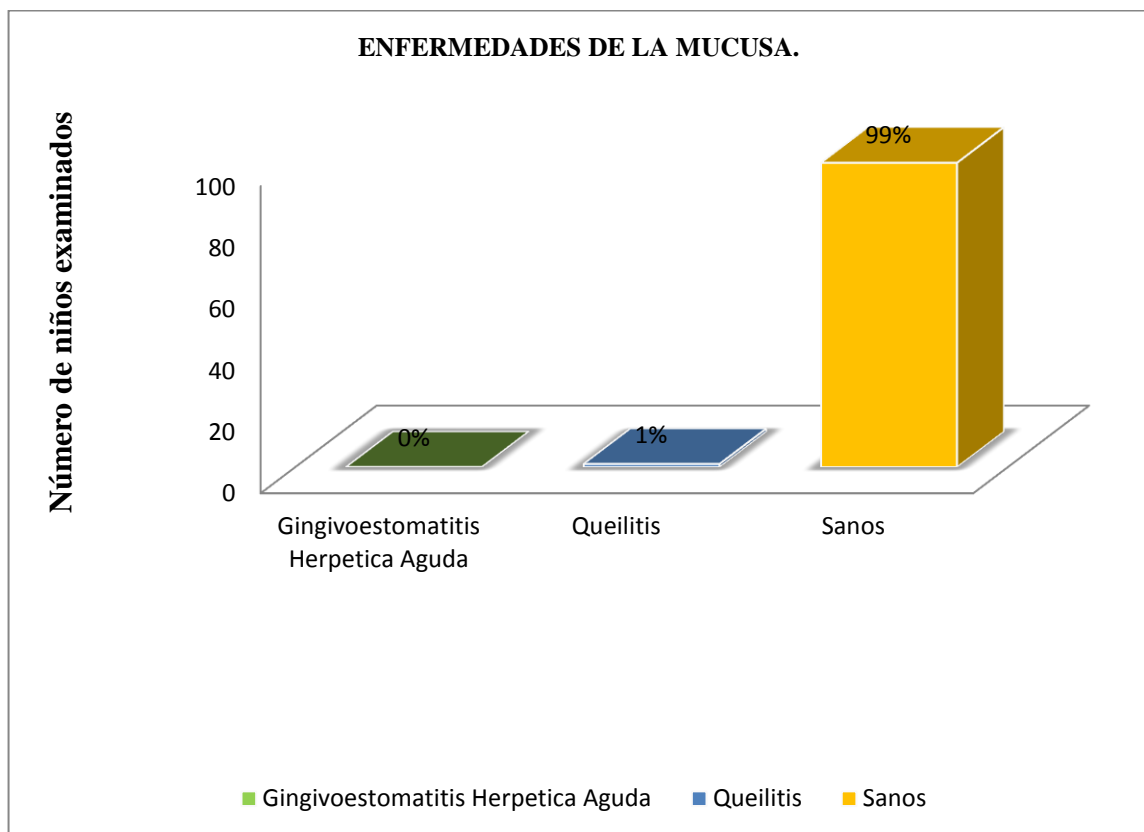


Gráfico No. 8. Resultados obtenidos de la ficha clínica y de observación aplicada a los niños escolares de 7 a 12 años de edad de la escuela León de Febres Cordero del cantón Rocafuerte. Realizado por: Autor de esta tesis. Cap. IV, p. 56.

Análisis e interpretación de los resultados.

En el gráfico No. 8 de un total de 100 niños y niñas examinados, el resultado de cuantos presentan enfermedades de la mucosa bucal fueron: La queilitis angular de 1 niño lo que equivale al 1% y de la gingivostomatitis herpética aguda ningún niños presento lo que corresponde al 0%.

Analizando la obra de Gómez y Campos⁷⁴ (2009) referencian que: “Las enfermedades que afectan a la mucosa bucal pueden presentar úlceras, ulceraciones y erosiones en las que existe solución de continuidad e epitelio”. (p. 173).

Según los resultados logrados de las fichas de observación y clínica concluyo que las enfermedades examinadas en este trabajo investigativo de la mucosa bucal son poco comunes en el caso de la queilitis angular porque solo presento un niño escolar de 100 niños examinados, y la gingivostomatitis se logró determinar que no fue una enfermedad bucodental más común ya que ningún niño la presento.

⁷⁴ Gómez, M., Campos, A. Histología, Embriología e Ingeniería Tisular Bucodental. Reino de España: Editorial Panamericana.

Cuadro 9.

En qué grupo de edades es más susceptible de (7- 9 años) o (10- 12 años).

Enfermedades	Frecuencia	Porcentaje (7 – 9 años)	Frecuencia	Porcentaje (10 a 12 años)
Caries	41	27%	20	57%
Pulpitis	16	10%	3	9%
Gingivitis	7	5%	6	17%
M.O Angle II	3	2%	5	14%
Fluorosis	5	3%	2	6%
M.O Angle III	2	1%	0	0%
Macrodoncia	1	1%	1	3%
Microdoncia	0	0%	1	3%
Queilitis	1	1%	0	0%
Erosión	0	0%	1	3%
Abrasión	0	0%	0	0%
GEHA	0	0%	0	0%
Niños examinados	65		35	

Nota: Resultados obtenidos de las fichas clínicas aplicadas a los niños escolares de 7 a 12 años de edad de la escuela León de Febres Cordero del cantón Rocafuerte. Realizado por: Autor de esta tesis. Anexo 3 y 4, p. 73 y 74.

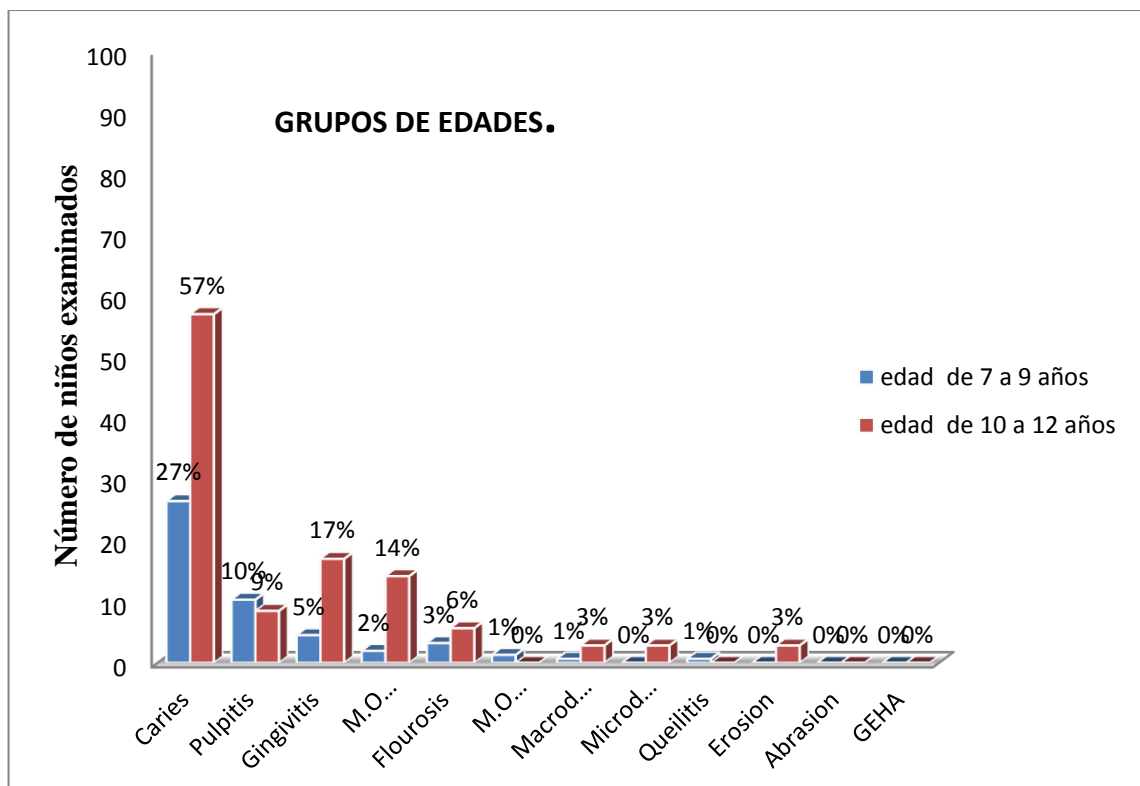


Gráfico No. 9. Resultados obtenidos de la ficha clínica y de observación aplicada a los niños escolares de 7 a 12 años de edad de la escuela León de Febres Cordero del cantón Rocafuerte. Realizado por: Autor de esta tesis. Cap. IV, p. 58.

Análisis e interpretación de los resultados.

En el gráfico No. 9 de un total de 100 niños y niñas examinados (65 niños de 7 a 10 años) (35 niños de 10 a 12 años), sobre qué grupo de edades es más susceptible a sufrir las enfermedades bucodentales más comunes nos dio como resultado esta comparación: Caries de (7 a 9 años) 27%, de (10 a 12 años) 57%; Pulpitis de (7 a 9 años) 10%, de (10 a 12 años) 9%; Gingivitis de (7 a 9 años) 5%, de (10 a 12 años) 17%; Mal oclusión de Angle II de (7 a 9 años) 2%, de (10 a 12 años) 14%; Fluorosis de (7 a 9 años) 3%, de (10 a 12 años) 6%; Mal oclusión de Angle III de (7 a 9 años) 1%, de (10 a 12 años) 0%; Macrodoncia de (7 a 9 años) 1%, de (10 a 12 años) 3%; Microdoncia de (7 a 9 años) 0%, de (10 a 12 años) 1%; Queilitis angular de (7 a 9 años) 1%, de (10 a 12 años) 0%; Erosión dental de (7 a 9 años) 0%, de (10 a 12 años) 1%.; Y por último las enfermedades como lo son abrasión y la gingivostomatitis herpética aguda salieron con un porcentaje de 0% en ambos grupos de edades.

Podemos determinar que solo en la pulpitis y queilitis predominaron el grupo de 7 a 9 años, y en el grupo de 10 a 12 años predominaron la caries dental, mal oclusión, gingivitis, erosión, fluorosis, la microdoncia y macrodoncia.

Investigando informaciones disponibles en la publicación realizada por García⁷⁵ (2009) referencia que:

En 1990 la Organización Mundial de la Salud informó que 1 de cada 10 individuo no tiene presencia cariosa. La caries es una de la enfermedad más común de la sociedad, puede encontrarse desde la niñez hasta la vejez, afecta alrededor del 95% de la población mundial superior de cinco años y es más usual en las personas de 5 a 14 años de edad. (párr. 6).

⁷⁵ García, M. (2009). Prevalencia de caries dental en la población infantil que acuden al ambulatorio urbano "la haciendita" en el municipio mariara, estado Carabobo. [En línea]. Consultado: [27, julio, del 2015] Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2011/4/art11.asp>

Como conclusión logre identificar que el grupo de 10 a 12 años es más susceptible a sufrir las enfermedades bucodentales más comunes por presentar mayor número de enfermedades que el grupo de 7 a 9 años.

Cuadro 10.

En qué sexo predominan las enfermedades bucodentales?

Enfermedades	Niños frecuencia	Porcentaje	Niñas frecuencia	Porcentaje
Caries	36	62%	25	60%
Pulpitis	10	17%	9	21%
Gingivitis	10	17%	3	7%
M.O Angle II	4	7%	4	10%
Fluorosis	5	9%	2	5%
M.O Angle III	2	3%	0	0%
Macrodoncia	1	2%	1	2%
Microdoncia	1	2%	0	0%
Queilitis	1	2%	0	0%
Erosión	1	2%	0	0%
Abrasión	0	0%	0	0%
GEHA	0	0%	0	0%
Personas examinadas.	58 hombres		42 mujeres	

Nota: Resultados obtenidos de las fichas clínicas aplicadas a los niños escolares de 7 a 12 años de edad de la escuela León de Febres Cordero del cantón Rocafuerte. Realizado por: Autor de esta tesis. Anexo 3 y 4, p. 73 y 74.

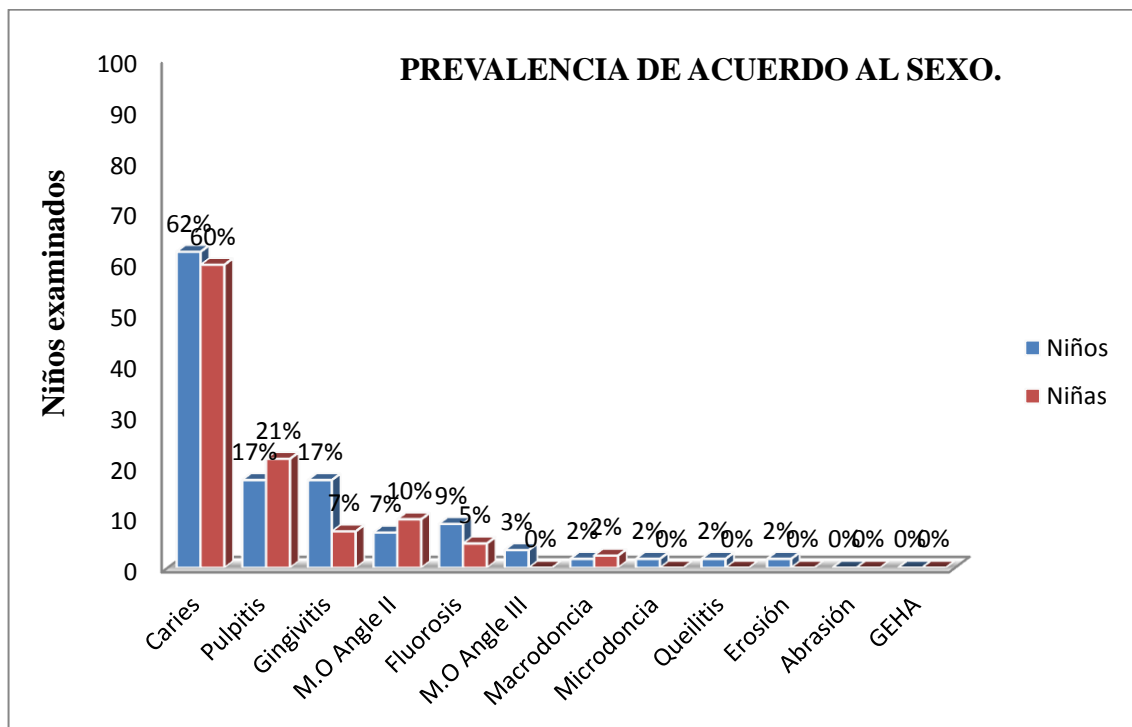


Gráfico No. 10. Resultados obtenidos de la ficha clínica y de observación aplicada a los niños escolares de 7 a 12 años de edad de la escuela León de Febres Cordero del cantón Rocafuerte. Realizado por: Autor de esta tesis. Cap. IV, p. 61.

Análisis e interpretación de los resultados.

En el gráfico No. 11 de un total de 100 niños y niñas examinados (58 hombres) (42 mujeres), sobre qué sexo son más susceptible a sufrir las enfermedades bucodentales más comunes nos dio como resultado esta comparación: Caries hombres 62% mujeres 60%; Pulpitis hombres 17% mujeres 21%; Gingivitis hombres 17% mujeres 7%; Mal oclusión de Angle tipo II hombres 3% mujeres 0%,; Fluorosis hombres 9% mujeres 5%; Mal oclusión tipo III hombres 3% mujeres 0%,; Macrodoncia hombres 2% mujeres 2%; Microdoncia hombres 2% mujeres 0%; Queilitis angular hombres 2% mujeres 0%; Erosión dental hombres 2% mujeres 0%; La abrasión y la gingivostomatitis herpética aguda no presentaron los niños estudiados los cuales tiene ambos sexos porcentajes de 0%.

Examinando informaciones disponibles en la web del Plan Nacional de Salud Bucal del Ecuador⁷⁶ (2009) exponen que:

Las patologías de mayor prevalencia en nuestra población sobre todo en niños son las caries dentales y la enfermedad periodontal de acuerdo al último estudio epidemiológico (1996), el que revelo además que el 88,2% de los escolares menores de 15 años tienen caries dental; el 84% tiene presencia de placa bacteriana y el 53% está afectado con gingivitis, se evidencio también que los niños examinados el 35% presentaba algún tipo de mala oclusión, lo que continua siendo un problema de salud pública que afecta considerablemente la población infantil. (p. 8).

Concluyo que el sexo masculino es más susceptible a sufrir las enfermedades bucodentales por presentar mayor número de enfermedades.

⁷⁶ Plan Nacional de Salud Bucal del Ecuador. (2009). Proceso de normatización del SNS área de Salud Bucal Junio del 2009. [En línea]. Consultado: [22, Octubre, 2014]. Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20BUCAL.pdf>

CAPÍTULO V.

2. Conclusiones y Recomendaciones.

5.1. Conclusiones.

En base a la investigación sobre las enfermedades más comunes en los escolares de 7 a 12 años de edad de la escuela León de Febres Cordero del cantón Rocafuerte durante el periodo de marzo a julio de 20015, se puede concluir que:

Las enfermedades bucodentales más comunes que predominaron en los niños de 7 a 12 años de la escuela León de Febres Cordero fueron: la caries dental, la pulpitis dentaria, gingivitis, mal oclusión de Angle tipo II, y la fluorosis.

El índice de caries dental en la dentición permanente C P O fue de un total de 70, teniendo un índice grupal de 0,7. Y el índice de caries de la dentición temporal C e o fue de un total de 231, con un índice grupal fue de 2,31.

La prevalencia de la enfermedad gingival, fueron de 13 casos de 100 niños estudiados, de las cuales fueron 10 con presencia de gingivitis leve, 2 con gingivitis moderada y 1 con gingivitis grave.

Entre la frecuencia de las lesiones mucosas como son queilitis angular se presentó en un niño de 100 estudiados que representaría el 1%, y la gingivoestomatitis herpética aguda obtuvo el 0%.

Como conclusión logre a conocer que en el grupo de edades más susceptible a sufrir las enfermedades bucodentales son el grupo 10 a 12 años, ya que presentaron mayor número y porcentaje de enfermedades.

Logre a concluir que las enfermedades bucodentales más frecuentes de acuerdo al sexo son los niños, por presentar mayor número y porcentajes de enfermedades.

5.2. Recomendaciones.

Que exista mayor interés por parte de los padres de familia y las autoridades de la institución sobre esta problemática que están sufriendo los niños y niñas, para poder así exigir un mayor control de estas enfermedades bucodentales, poder evitarlas y al mismo tiempo tratarlas.

Que el Ministerio de Salud Pública, realice campañas de salud en donde se hable y mantenga informada a toda la institución y a los padres de familia de que son estas enfermedades bucodentales más comunes, como evitarlas, y como tratarlas.

CAPÍTULO VI.

6. Propuesta.

6.1. Datos informativos.

6.1.1. Título de la propuesta.

Concientización a los padres de familia, autoridades del plantel educativo, y niños escolares de 7 a 12 años de edad sobre las enfermedades bucodentales más comunes, cuales son y sus consecuencias.

6.1.2. Período de ejecución.

Fecha de inicio: 18 de junio del 2014.

Fecha de finalización: 19 de junio 2014.

6.1.3. Descripción de los beneficiarios.

Beneficiarios directos: Niños y niñas escolares de 7 a 12 años de la escuela León de Febres Cordero del cantón Rocafuerte.

Beneficiarios indirectos: Padres de familia, autoridades del plantel educativo.

6.1.4. Ubicación sectorial y física.

Cantón Rocafuerte, Parroquia Rocafuerte, Calle Rocafuerte y Atahualpa.

6.2. Introducción.

Las enfermedades bucodentales es toda desviación anormal del estado fisiológico del ser humano, en el cual puede afectar desde todo el cuerpo o solo la zona afectada, como lo son las mucosas o las piezas dentarias.

Es por esto recalcar que la salud bucodental es muy importante debería estar siempre presente en los niños escolares para un mejor desempeño y desenvolvimiento escolar, para que no exista ausencia de dolor crónico, cánceres de boca, llagas bucales, enfermedades gingivales, caries dentales, pérdida de dientes prematuro, por este motivo es importante saber evitar a tiempo y como tratar estas enfermedades en caso que la presenten.

La presente propuesta consistirá en dar charlas educativas sobre las enfermedades bucodentales más comunes, cuales son, como evitarlas, sus consecuencias, tratamientos, a los niños de 7 a 12 años de edad de la escuela León de Febres Cordero del cantón Rocafuerte.

6.3. Justificación.

La investigación de campo permitió obtener resultados mediante las fichas de observación y ficha clínica 033 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador realizada a los niños escolares de 7 a 12 años de edad de la escuela León de Febres Cordero, pudiendo notar que las enfermedades bucodentales más comunes fueron: Las caries dentales, la pulpitis dental, la gingivitis, la mal oclusión de Angle II y la fluorosis dental. Razón por la cual se debe brindar información oportuna y adecuada a los niños escolares, autoridades del plantel educativo, y a los padres de familia para que

apliquen los diferentes tipos de tratamientos de las enfermedades bucodentales más comunes que fueron estudiadas.

Con lo expuesto, la propuesta implica incentivar a la prevención de las enfermedades, así mismo en caso que presentarían a tratarse dichas enfermedades con el profesional de salud en este caso el odontólogo.

Esta propuesta es factible porque proporciona la información adecuada a los niños escolares de 7 a 12 años de la escuela León de Febres Cordero del cantón Rocafuerte.

6.4. Objetivos.

6.4.1 Objetivo general.

Concientizar a través de charlas educativas a los niños escolares de 7 a 12 años de edad, a las autoridades del plantel educativo y a los padres de familia, sobre las enfermedades bucodentales más comunes y sus consecuencias.

6.4.2. Objetivo específico.

Explicar los diferentes tipos de tratamientos de las enfermedades bucodentales.

Incentivar el manejo de la prevención de estas enfermedades bucodentales, por medio de la adecuada higiene bucal.

6.5. Fundamentos teóricos.

Las enfermedades bucodentales se presentan en las sociedades desfavorecidas, en países con o sin desarrollo, entre las que más se observan son la caries, gingivitis, lesiones de las mucosas. Estas patologías por muy inofensivas que se vean pueden producir daño en la salud general y afectar el vivir diario.

Entre los tratamientos de las enfermedades bucodentales más comunes encontramos: Tratamientos restauradores como obturaciones, tratamientos endodonticos para la pulpitis, profilaxis dentales, ortodoncias para las mal oclusiones, tratamientos estéticos para la fluorosis dentales como carillas de porcelanas o de resinas así mismo blanqueamiento dentario y así un numero de tratamientos más que se describen en el desarrollo de esta tesis.

Examinando informaciones disponibles en la web del Plan Nacional de Salud Bucal del Ecuador⁷⁷ (2009) referencia que:

Las patologías de mayor prevalencia en nuestra población sobre todo en niños son las caries dentales y la enfermedad periodontal de acuerdo al último estudio epidemiológico (1996), el que revelo además que el 88,2% de los escolares menores de 15 años tienen caries dental; el 84% tiene presencia de placa bacteriana y el 53% está afectado con gingivitis, se evidencio también que los niños examinados el 35% presentaba algún tipo de mala oclusión, lo que continua siendo un problema de salud pública que afecta considerablemente la población infantil. (p.8).

⁷⁷ Plan Nacional de Salud Bucal del Ecuador. (2009). Proceso de normatización del SNS área de Salud Bucal Junio del 2009. [En línea]. Consultado: [22, Octubre, 2014]. Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20BUCAL.pdf>

6.6. Actividades

Cuadro 11.

Actividades.	Fecha.
Socialización de la propuesta con la directora de la institución educativa.	Jueves 18 junio.
Elaboración del material didáctico (tríptico y diapositivas.)	Jueves 18 junio.
Charlas y entrega de tríptico a los niños escolares de 7 a 12 años de edad.	Viernes 19 junio.

Nota: Actividades realizadas en la propuesta de la tesis. Elaborado por el autor de tesis. Cap. VI, p.71.

6.7. Recursos.

6.7.1. Humanos.

Investigador.

6.7.2. Técnicos.

Carteles.

Trípticos.

6.7.3. Materiales.

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

6.7.4. Financiero.

La propuesta fue financiada por el autor de la investigación.

6.8. Presupuesto.

Cuadro 12.

Rubros.	Cantidad.	Costo unitario.	Costo total.
Trípticos	120	\$0.18	\$21.60
Viáticos	6	\$5.00	\$30.00
Subtotal			\$51.60
Imprevistos			\$10.00
Total			\$61.60

Nota: Presupuesto de la propuesta de tesis. Realizado por: autor de tesis Cap. VI, p.70.

El costo aproximado es de \$61.60

Anexo 1.

Cuadro 13.

Matriz de operacionalización de las variables.

VARIABLES	TIPO	ESCALA	DESCRIPCION	INDICADOR
Edad.	Cuantitativa Continua Dicotómica.	(7 – 9) (10- 12)	Según años cumplidos hasta el momento de estudio.	Frecuencia absoluta. Porcentaje.
Sexo.	Cualitativa Nominal Dicotómica.	Masculino. Femenino.	Según su sexo biológico de pertenencia.	Frecuencia absoluta. Porcentaje.
Enfermedades Dentales y alteraciones.	Cualitativa Nominal Politómica.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Caries ✓ Pulpitis ✓ Malposición dentaria ✓ Lesiones cervicales no cariosas (erosión – abrasión) ✓ Macrodoncia y Microdoncia. ✓ Fluorosis 	Si presenta. No presenta.	Frecuencia absoluta. Porcentaje.
Enfermedad Periodontal.	Cualitativa Nominal.	<ul style="list-style-type: none"> • Gingivitis. 	Si presenta. No presenta.	Frecuencia absoluta. Porcentaje.
Enfermedades Mucosas.	Cualitativa Nominal Dicotómica.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Gingivo estomatitis Herpética Aguda. ○ Queilitis Angular. 	Si presenta. No presenta.	Frecuencia absoluta. Porcentaje.

Nota: matriz de operacionalización de las variables. Realizado por: Autor de tesis. p. 71.

Anexo 2.

Cuadro 14.

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

Nota: Cronograma de la décima octava promoción. Realizado por: la Universidad San Gregorio de Portoviejo. p. 72.

Anexo 3.

PORTOVIEJO - MANABI

ESTABLECIMIENTO		NOMBRE		APELLIDO		SEXO (M-F)		EDAD		N° HISTORIA CLINICA	

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL REGISTRAR SINTOMAS, CRONOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SINTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIA ANTIBIÓTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMO RRIAGAS	4. VIREMIA	5. TUBER CULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPER TENSION	9. ENF. CARDIACA	10. OTRO
------------------------	----------------------	-----------------	------------	------------------	---------	-------------	------------------	------------------	----------

4 SIGNOS VITALES

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

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO DESCRIBIR ANEXO LA PATOLOGIA DE LA REGION AFECTADA ANOTANDO EL NUMERO

1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MANDIBUL SUPERIOR	4. MANDIBUL INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. PISO	8. CARRILLOS
9. GLANDULAS SALIVALES	10. ORO FARINGE	11. A. T. M.	12. GANGLIOS				

6 ODONTOGRAMA PINTAR CON AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGIA ACTUAL
MOVILIDAD Y RECESION MARCAR "0" (1, 2 O 3), SI APLICA

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCCLUSION	FLUOROSIS
PIEZAS DENTALES				LEVE	ANGULO I	LEVE
PLACA				MODERADA	ANGULO II	MODERADA
CALCULO				SEVERA	ANGULO III	SEVERA
GINGIVITIS						
0-1, 2-3	0-1, 2-3	0-1				
16	17	55				
11	21	51				
26	27	65				
36	37	75				
31	41	71				
46	47	85				
TOTALES						

8 INDICES CPO-ceo

D	C	P	O	TOTAL
d	c	e	o	TOTAL

9 SIMBOLOGIA DEL ODONTOGRAMA

* H_2O_2 BELLANTE NECESARIO	⊗ PERDIDA (OTRA CAUSA)	≡ PRÓTESIS TOTAL
* H_2O_2 BELLANTE REALIZADO	△ ENERODONCIA	■ CORONA
X H_2O_2 EXTRACCIÓN PERICADA	○ PRÓTESIS Fija	○ H_2O_2 OBTURADO
X H_2O_2 PERDIDA POR CARIES	— PRÓTESIS REMOVIBLE	○ H_2O_2 CARIES

ODONTOLOGÍA (1)

SNS-MSP / HCU-form.033/ 2008

Grafico No. 11. Historia clínica 033 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Realizado por MSP del Ecuador. Anexo 3. p. 73.



FICHA DE OBSERVACIÓN

- Nombre Del Paciente:
- Edad:
- Grado:

Marcar con una X la Enfermedad Bucodental más común en caso que presente el paciente mediante su examen clínico.

ENFERMEDADES DENTALES

PULPITIS.

Presenta. No presenta. Piezas # _____

LESION CERVICAL NO CARIOSAS.

>ABRASIÓN

Presenta. No presenta.

Piezas # _____

>EROSIÓN

Presenta. No presenta.

Piezas # _____

MALFORMACIÓN DENTARIA DE ACUERDO AL TAMAÑO.

> MICRODONCIA

Presenta. No presenta.

Piezas # _____

> MACRODONCIA

Presenta. No presenta.

Pieza# _____

ENFERMEDADES DE LA MUCOSA.

>GINGIVO ESTOMATITIS HERPÉTICA AGUDA

Presenta. No presenta.

>QUEILITIS

Presenta. No presenta

Anexo N.- 5

Cuadro. 15

Presupuesto.

Nombre de Rubros	Cantidad	Unidad de Medida	Precio Unitario	Precio total
Fotocopia	800	Hojas	\$0.03	\$24,00
Especies Valoradas	35	Unidad	\$2,50	\$87,50
Papel	2	Resma	\$6,00	\$12,00
Tinta negra y de color de guantes	3	Cartuchos	\$38,00	\$76,00
Cajas de mascarillas	2	Cajas	\$3,50	\$7,00
Caja de guantes	2	Cajas	\$9,00	\$18,00
Exploradores bucales	60	Unidad	\$1,50	\$90
Espejos bucales	60	Unidad	\$1,50	\$90
Empastados	4	unidad	\$12	\$48
Movilización			\$50	\$50
Anillados	3	unidad	\$20	\$6,00
Subtotal				&508,50
Imprevistos				\$40,00
Total				\$548,50

Nota: Presupuesto de tesis. Realizado por: Autor de tesis. p. 75.

Anexo 6.

PLANILLA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,

Con residencia

En

Acepto que mi representado escolar forme parte en este estudio titulado: "Enfermedades Bucodentales más frecuentes en los escolares de 7 a 12 años de edad de la Escuela león de Febres cordero". Dicho estudio servirá para demostrar a la institución y a los padres de familia cuales son las enfermedades bucales más comunes que están padeciendo sus hijos y/o representados escolares.

El Egresado Héctor Antonio Montilla Muñoz investigador del presente estudio, me ha informado exhaustivamente acerca de las características, objetivos.

Accedo a dar el permiso al investigador y estoy de acuerdo con que los datos personales y médicos, que se deriven de esta investigación, pasen a formar parte de los registros computadorizados de la autor de la investigación.

Nombre y firma del investigador:

Héctor Antonio Montilla Muñoz

Nombre y firma del Representante Escolar.

CHARLAS EDUCATIVAS DE ENFERMEDADES BUCODENTALES



CAUSAS:

- = MALA HIGIENE ORAL.
- = HEREDITARIA.
- = MALOS HABITOS.
- = VIRAL.

COMO PREVENIR:

- BUENA HIGIENE ORAL
- VISITANDO AL ODONTOLOGO POR LO MENOS DOS VECES AL AÑO.





Enfermedades Bucodentales



RESPONSABLE
HÉCTOR ANTONIO
MONTELAMUNOZ

Que es la salud?

LA SALUD BUCCODENTAL PUEDE DEFINIRSE COMO LA AUSENCIA DE DOLOR OROFACIAL CRÓNICO, CÁNCER DE BOCA O GARGANTA, LLAGAS BUCALES, DEFECTOS CONGÉNITOS COMO LABIO LEPORINO O PALADAR HENDIDO, ENFERMEDADES PERIODONTALES (DE LAS ENCÍAS), CARIES DENTAL

Que es la Enfermedad Bucodental?

Enfermedades bucodentales como la caries dental, las periodontopatías, la pérdida de dientes, las lesiones de la mucosa y los cánceres orofaríngeos, las enfermedades bucodentales relacionadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)) y los traumatismos orodentales son importantes problemas de salud pública en todo el mundo, y una mala salud bucodental tiene profundos efectos en la salud y calidad de vida general.

Enfermedades más comunes:



CARIES



MACRODONCIA



FLUOROSIS



GINGIVITIS

TRATAMIENTOS:

- OBTURACIONES
- PROFILAXIS
- TRATAMIENTOS DE CONDUCTOS
- ORTODOCIA
- TRATAMIENTOS ESTÉTICOS.




Grafico No. 12. Tríptico realizado para las charlas educativas a los niños de 7 a 12 de la escuela León de Febres Cordero. Realizado por la autor de la tesis. Anexo 7. p. 77.

Anexo 8.



Grafico No.13. Realizando la ficha clínica a los niños escolares. Realizado por: el autor de la tesis. Anexo 8. p. 78.



Grafico No.14. Realizando la observación clínica bucodental a los niños escolares. Realizado por: el autor de la tesis. Anexo 8. p. 78.



Grafico No.15. Caso clínico de una gingivitis moderada. Realizado por: el autor de la tesis. Anexo 8. p. 79.



Grafico No.16. Caso clínico de una fluorosis en combinación de una gingivitis grave. Realizado por: el autor de la tesis. Anexo 8. p. 79.



Grafico No.17. Caso clínico de una macrodoncia dental. Realizado por: el autor de la tesis. Anexo 8. p. 80.

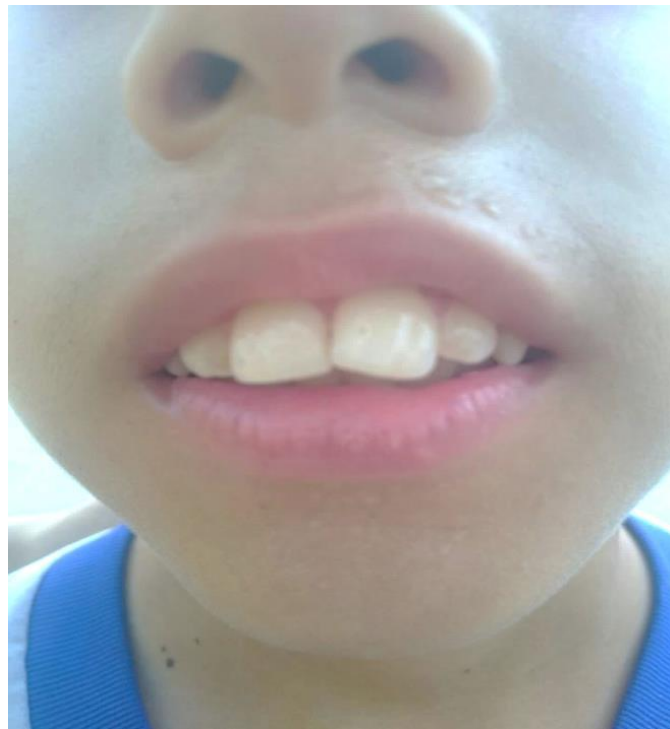


Grafico No.18. Caso clínico de una macrodoncia dental. Realizado por: el autor de la tesis. Anexo 8. p. 80.



Grafico No.19. Caso clínico de caries dental en combinación con pulpitis dentaria. Realizado por: el autor de la tesis. Anexo 8. p. 81.



Grafico No.20. Realizando charlas educativas sobre la prevención y tratamiento de las enfermedades bucodentales más comunes. Realizado por: el autor de la tesis. Anexo 8. p. 81.

BIBLIOGRAFÍA.

Azpeita, M., Rodríguez, M., Sánchez., M. (2008). Prevalencia de fluorosis dental en escolares de 6 a 12 años de edad. Revista mediagraphic. [En línea]. Consultado: [21, mayo, 2014]. Disponible en: <http://www.mediagraphic.com/pdfs/imss/im-2008/im081k.pdf>

Barbería, E. & col. (2002). Odontopediatría. Barcelona-Reino de España: Editorial Masson.

Barrancos, J., Barrancos, J. (2006). Operatoria Dental Integral Clínica. Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Beltrán, P., Cocom, H., Casanova, j., Vallejos, A., Medina, C., y Maupomé, G. (2005). Prevalencia de fluorosis dental y fuentes adicionales de exposición a fluoruro como factores de riesgo a fluorosis dental en escolares de Campeche, México. Revista Scielo. [En línea]. Consultado: [24, noviembre, 2014]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762005000400006

Boj, J., Catalá, M., García. C., Mendoza, A., Planells, P. (2011). Odontopediatría. La evolucion del niño al joven adulto. Madrid, Reino de España: Editorial Ripano.

Bordoni, N., Escobar, A., Castillo, R, (2010). Odontología Pediátrica. La Salud Bucal del niño y el adolescente en el Mundo actual. Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Panamericana.

Botero, P., Pedroza, A., Vélez, N., Ortiz, A., Calao, E., Barboza, D. (2007). Manual para la realización de historia clínica odontología escolar. República de Colombia: Editorial Educ.

Crianza Natural S.L. (2006). La Caries Dental. [En Línea]. Consultado: [23, octubre, 2014]. Disponible en: <http://www.crianzanatural.com/art/art10.html>

Cuniberti, N., Rossi, G. (2009). Lesiones cervicales no cariosas, la lesión cervical del futuro. República de Argentina: Médica Panamericana.

Daljit, S., Farhad, B. (2013). Ortodoncia y Principios y Práctica. Estados Unidos Mexicanos: Editorial Manual moderno.

Eley, B., Soory, M., Manson, J. (2012). Periodoncia. Reino de España: Elsevier España.

Fajardo, M., Mafla, A. (2011). Diagnóstico y Epidemiología de la erosión dental. Revista Scielo. [En línea] consultado: [16, junio, 2014]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-08072011000200009&script=sci_arttext

Ferro, M., Gómez, M. (2007). Fundamentos de la Odontología. República de Colombia: Pontifica Universidad Javeriana.

García, C. (2000). Tratado de Pediatría social. Reino de España: Editorial Díaz de Santos, S.A.

García, C. (2006). Conceptos Básicos de la Cavidad Infecciosa de la Cavidad bucal. [En Línea]. Consultado: [23, octubre, 2014]. Disponible en: http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=36442&id_seccion=2368&id_ejemplar=3765&id_revista=144

García, E., Blanco, A., Rodríguez, L., Reyes, D., Sotres, J. (2004). Queilitis revisión bibliográfica. Revista Scielo. [En línea]. Consultado: [20, mayo, 2015]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072004000200009&script=sci_arttext

García, M. (2009). Prevalencia de caries dental en la población infantil que acuden al ambulatorio urbano "la haciendita" en el municipio mariara, estado Carabobo. [En línea]. Consultado: [27, julio, del 2015]. Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2011/4/art11.asp>

Gómez, G., Gómez, D., Martín, M. (2002). Flúor y Fluorosis Dental. Reino de España: Abiss Publicidad.

Gómez, M., Campos, A. Histología, Embriología e Ingeniería Tisular Bucodental. Reino de España: Editorial Panamericana.

Graham, J., Mount, W., Hume, W. (1999). Conservación y restauración de la estructura dental. Reino de España: Editorial Diorki servicios integrales de edición.

Guiainfantil.com. La gingivitis en los niños. [En línea]. Consultado: [22, mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.guiainfantil.com/articulos/salud/dientes/la-gingivitis-en-los-ninos/>

Hubertus, J., Van Waes, P. (2002). Atlas de Odontología Pediátrica. Reino de España: Masson S.A.

Jiménez, A. (2013). Odontopediatría en atención primaria. Reino de España: Editorial Vértice.

Lang, J., Land, N., Karring, T. (2009). Periodontología clínica e implantología odontológica tomo I. Reino de España: Panamericana.

Langlais, R., Miller, C., Nield-Gehrig, J, (2011). Atlas a color de enfermedades bucales. Estados Unidos Mexicanos: Editorial Manual moderno.

Laserna, V. (2008). Higiene dental personal diaria. Canadá: Editorial Trafford Publishing.

López, A. (2011). Anomalías Dentarias Según su forma. Estados Unidos Mexicanos: Editorial Universidad de Puebla.

Medina, E., Maupome, G., Pelcastre, B., Ávila, L., Vallejos, A., Casanova, A. (2006). Desigualdades socioeconómicas en salud bucal: caries dental en niños de seis a 12 años de edad. Revista Scielo. [En línea]. Consultado: [17, junio, 2014]. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0034-83762006000400005&script=sci_arttext

MedLinePlus (2013). Gingivoestomatitis. [En línea]. Consultado: [23, mayo, 2015].

Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001052.htm>

MedlinePlus. (2014). Caries dentales. [En línea]. Consultado: [10, Junio, 2015].

Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001055.htm>

MedlinePlus. (2014). Oclusión dental defectuosa. [En línea]. Consultado: [15, junio, 2014]. Disponible en:

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001058.htm>

Melo, V., Cuamatzi, O. (2007). Bioquímica de los procesos metabólicos. Reino de España: Reverté

Mi portafolio de la Universidad San Sebastian. (2011). Indices en Odontología. [En línea]. Consultado: [8, mayo, 2014]. Disponible en:

<http://odontomoya.webnode.cl/desarrollo-caso-clinico-n%C2%B02/desarrollo-de-temas-y-conceptos/indices-en-odontologia/>

Montaña, M. (2008). Guía de fluorosis dental, Normas técnicas de fluorosis dental. República de Colombia: Gobierno de Huila.

Montiel., M. (2004). Frecuencia de maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos en una población de niños mexicanos de 6 a 12 años de edad. [En línea].

Consultado: [22, noviembre, 2014]. Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2004/od046c.pdf>

Morales, R., Guevara., J. (2010). Alteraciones Estructurales de los Dientes. [En línea].

Consultado: [20, noviembre, 2014]. Disponible en:

<http://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2010/Kiru2010v7n2/Kiru2010v7n2art6.pdf>

Nakata, M., Wei, S. (1997). Guía oclusal en Odontopediatría. Caracas, República Bolivariana de Venezuela. Editorial: Actualidades medico odontológicas Latinoamericanas, C.A.

Navarro, C. (2008). Cirugía Oral. Reino de España: Editorial Arán ediciones, S.L.

Nievas, B. (2013). No todo es Pediatría. [En línea]. Consultado: [29, Noviembre, 2014]. Disponible en: <http://notodoespediatria.com/2013/05/14/malposicion-de-los-dientes-maloclusion-dentaria/>

Organización Panamericana de la Salud. (2002). La Salud en las Américas volumen II. Estados Unidos de América: Editorial Organización Panamericana de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2007). Salud Bucodental. [En Línea]. Consultado: [23, octubre, 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>

Organización mundial de la salud. (2014). Carga mundial de enfermedades bucodentales y riesgos para la salud bucodental. [En Línea]. Consultado: [17, noviembre, 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/83/9/petersen0905abstract/es/>

Organización mundial de la salud. (2014). Carga mundial de enfermedades bucodentales y riesgos para la salud bucodental. [En Línea]. Consultado: [17, noviembre, 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/83/9/petersen0905abstract/es/>

Pacho, J., Piñol, F.. (2006). Lesiones bucales relacionadas con las enfermedades digestivas. Artículo de revisión. [En línea]. Consultado: [23, mayo, 2014]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol43_3_06/est08306.htm

Plan Nacional de Salud Bucal del Ecuador. (2009). Proceso de normatización del SNS área de Salud Bucal Junio del 2009. [En línea]. Consultado: [22, Octubre, 2014].

Disponible en:

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

PropDental (2013). Alteraciones en el Tamaño de los dientes. [En línea]. Consultado: [21, mayo, 2015]. Disponible en:

<https://www.propdental.es/blog/odontologia/alteraciones-en-el-tamano-de-los-dientes/>

PropDental. (2013). Causas de la erosión dental. [En línea]. Consultado: [20, mayo, 2015]. Disponible en: <https://www.propdental.es/blog/odontologia/causas-de-la-erosion-dental/>

Pulpitis. (2015). Pulpitis tratamiento. [En línea]. Consultado: [14, junio, 2015]. Disponible en: <http://pulpitis.info/tratamiento/>

Rothhammer, F., Llop, E. (2004). Poblaciones Chilenas cuatro décadas de investigaciones bianropológicas. República de Chile: Editorial Universitaria, S.A.

Rubio, E., Cueto, M., Suarez, R., Frieyro, J. (2006). Técnicas de diagnóstico de caries dental, descripción, indicaciones y valoración de su rendimiento. [En línea]. Consultado: [19, mayo, 2014]. Disponible en:

http://www.sccalp.org/boletin/195/BolPediatr2006_46_023-031.pdf

Ruiz de Adana, R. (2001). Manual de diagnóstico y terapéutica médica en atención primaria. Reino de España: Editorial Díaz de Santos.

Sada, M., Girón, J. (2006). Mal Oclusiones en la Dentición Temporal o Mixta. Artículo ventana a otras especialidades. [En línea]. Consultado: [27, noviembre, 2014]. Disponible En:

http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=80000171&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=51&ty=44&accion=L&origen=apcontinuada&web=www.apcontinuada.com&lan=es&fichero=v4n1a171pdf001.pdf

Salinas, Y., Millán R. (2008). Gingivo Estomatitis Herpética Primaria. [En línea]

Consultado: [15, noviembre, 2014]. Disponible en:

[http://www.actaodontologica.com/ediciones/2008/2/gingivoestomatitis_herpetica_pri
maria.asp](http://www.actaodontologica.com/ediciones/2008/2/gingivoestomatitis_herpetica_pri
maria.asp)

Salinas, Y., Millán R. (2008). Gingivo Estomatitis Herpética Primaria. [En línea]

Consultado: [15, noviembre, 2014]. Disponible en:

[http://www.actaodontologica.com/ediciones/2008/2/gingivoestomatitis_herpetica_pri
maria.asp](http://www.actaodontologica.com/ediciones/2008/2/gingivoestomatitis_herpetica_pri
maria.asp)

Silvestre, F., Plaza, A. (2007). Odontología en pacientes especiales. Reino de España: Editorial Maite Simón.

Sociedad española de periodoncia y osteointegración. (2009). Manual de higiene bucal. Reino de España: Editorial Panamericana.

TeCuidamos/CanalSALUD. (2015). Enfermedades Bucodentales. [En Línea].

Consultado: [23, mayo, 2015]. Disponible en:

<http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/alteraciones-mucosa-bucal.shtml>

Ustrell, J., Dural, J. (2002). Ortodoncia. Reino de España: Editorial Universidad de España.

Valera, J. (2010). Niños sanos 108 enfermedades infantiles alimentación para bebés y niños. República del Perú: Jorge Valera.

Villafranca, F., & col. (2005). Manual Técnico Superior de Higiene Bucal. Reino de España: Editorial MAD, S.L.

Villafranca, F., Díaz, B., Fernández, M., López, B., García, A., Álvarez, C., Hernández, L., Hernández, N., López, L., Mansilla, O., Perillán, C., Cobo, M. (2006). Higienistas dentales. Reino de España: Editorial MAD, S.L.

Wolf, H., Ratitschak, E., Ratitschak, K. (2005). Periodoncia. Reino de España: MASSON, S.

Wood, N., Goaz, P. (1998). Diagnóstico diferencial de las lesiones orales y maxilofaciales. Reino de España: Editorial Harcourt Brace.

Zacca, G., Soza, M y Mojaibe, A. (2001). Situación de la Salud Bucal de la Población Cubana. Revista Scielo. [En línea]. Consultado: [22, Octubre, 2014]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/est/v38n2/est03201.pdf>

Zorrilla, C., Vallecillo, M. (2002). Importancia de los índices periodontales en a evaluación de los implantes osteointegrados. Revista Scielo. [En línea]. Consultado: [22, mayo, 2015]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852002000200005