

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**INCIDENCIA DE MALOCLUSIÓN EN PACIENTES QUE
ACUDIERON AL CENTRO DE SALUD HUANCARAMA,
ANDAHUAYLAS - APURÍMAC 2014 – 2016**

TRABAJO ACADÉMICO
**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA**

ROCÍO QUISPE SOTOMAYOR

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Rocío Quispe Sotomayor", is positioned to the right of the author's name.

Callao, 2017
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|--------------------------------------|------------|
| ➤ DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ Y ROJAS | PRESIDENTA |
| ➤ DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN | SECRETARIA |
| ➤ MG. WILLIAM HOLDEN HORNA PÍZARRO | VOCAL |

ASESORA: MG. JOSÉ LUIS SALAZAR HUAROTE

Nº de Libro: 04

Nº de Acta de Sustentación: 529

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 10/11/2017

Resolución Decanato N° 3120-2017-D/FCS de fecha 07 de Noviembre del 2017 donde se designan Jurado Examinador del Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialización Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	6
1.3 Justificación	6
II. MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Marco Conceptual	9
2.3 Definición de Términos	26
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	27
3.1 Recolección de Datos	27
3.2 Experiencia Profesional	27
3.3 Procesos Realizados del Informe	28
IV. RESULTADOS	30
V. CONCLUSIONES	40
VI. RECOMENDACIONES	41
VII. REFERENCIALES	42
ANEXOS	43

INTRODUCCIÓN

Los dientes supernumerarios ocupan un lugar muy destacado en el campo de la odontología debido a su alta frecuencia, la patología que provocan y la importancia de su clínica ya lo que supone una gran parte de la actividad terapéutica del cirujano bucal.³⁰

El término diente supernumerario, se utiliza para describir a los dientes que están de más en denticiones infantiles o permanentes; cuando hay múltiples dientes supernumerarios generalmente están asociados a una displasia cleidocraneal y al síndrome de Gardner; es raro encontrar individuos con varios dientes supernumerarios sin estar asociado a algún síndrome, en estos casos, la región anterior del maxilar superior es el lugar más frecuente en donde se presentan los dientes supernumerarios no asociados a síndrome.³⁰

Los dientes supernumerarios o hiperdoncia, han sido descritos también como un exceso en el número de dientes comparados con la fórmula dental normal, ya sea durante la dentición decidua o la permanente.

Se han asociado más de 20 síndromes o alteraciones como la displasia cleidocraneal, síndrome Down, síndrome Gardner, síndrome Leopard, síndrome trico-rino-falángico, síndrome Ellis van Creveld entre otros.

La etiología de los dientes supernumerarios es desconocida, pero existen varias teorías basadas en estudios epidemiológicos.²⁸

La teoría más aceptada es la que habla de una anomalía de la lámina dental pero en los estadios iniciales del desarrollo, asociada a una excesiva proliferación de la lámina dental degenerada y anomalías de la proliferación de la lámina epitelial externa o del esmalte dental.

Para los genetistas del humano, la condición se presenta a sí misma tanto en formas sindrómica y no sindrómica, y ofrece la oportunidad de descubrir mutaciones en genes conocidos o nuevos.²

Para los clínicos es enfrentarse con el tratamiento de las complicaciones dentales como las Maloclusiones que se presenten por la presencia de los dientes supernumerarios, así que el conocimiento básico de los mecanismos involucrados es esencial.

Los dientes supernumerarios pueden presentarse en cualquier región de las arcadas dentales, y es raro encontrar supernumerarios en la región canina sin estar asociado a síndrome. Por lo tanto, es motivo de investigación y de preocupación el estudio para determinar cuál es su prevalencia, así como los mecanismos y/o tratamientos que pueden ser empleados para disminuir su incidencia en el Centro de Salud Huancarama Andahuaylas – Apurímac 2014 - 2016, diremos que existe un número importante de pacientes con Maloclusiones en relación a dientes supernumerarios que se pueden diagnosticar.

El presente informe laboral se realizará con la finalidad de determinar la incidencia de Maloclusiones en relación a dientes supernumerarios en pacientes que acudieron al Centro de Salud Huancarama, Andahuaylas - Apurímac 2014- 2016.

En tanto es importante plantear la siguiente interrogante ¿Cuál es la incidencia de Maloclusiones en relación a dientes supernumerarios en pacientes que acudieron al Centro de Salud Huancarama Andahuaylas - Apurímac 2014 – 2016?

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

I.1. Descripción de la situación problemática.

Los dientes supernumerarios ocupan un lugar muy destacado en el campo de la odontología debido a su alta frecuencia, la patología que provocan y la importancia de su clínica ya lo que supone una gran parte de la actividad terapéutica del cirujano bucal.¹

El término diente supernumerario, se utiliza para describir a los dientes que están de más en denticiones infantiles o permanentes; cuando hay múltiples dientes supernumerarios generalmente están asociados a una displasia cleidocraneal y al síndrome de Gardner; es raro encontrar individuos con varios dientes supernumerarios sin estar asociado a algún síndrome, en estos casos, la región anterior del maxilar superior es el lugar más frecuente en donde se presentan los dientes supernumerarios no asociados a síndrome²

Los dientes supernumerarios o hiperdoncia, han sido descritos también como un exceso en el número de dientes comparados con la fórmula dental normal, ya sea durante la dentición decidua o la permanente.

Se han asociado más de 20 síndromes o alteraciones como la displasia cleidocraneal, síndrome Down, síndrome Gardner, síndrome Leopard, síndrome trico-rino-falángico, síndrome Ellis van Creveld entre otros.

La etiología de los dientes supernumerarios es desconocida, pero existen varias teorías basadas en estudios epidemiológicos.

La teoría más aceptada es la que habla de una anomalía de la lámina dental pero en los estadios iniciales del desarrollo, asociada a una excesiva proliferación de la lámina dental degenerada y anomalías de la proliferación de la lámina epitelial externa o del esmalte dental.

Para los genetistas del humano, la condición se presenta a sí misma tanto en formas sindrómica y no sindrómica, y ofrece la oportunidad de descubrir mutaciones en genes conocidos o nuevos.

Para los clínicos es enfrentarse con el tratamiento de las complicaciones dentales como las Maloclusiones que se presenten por la presencia de los dientes supernumerarios, así que el conocimiento básico de los mecanismos involucrados es esencial.

Los dientes supernumerarios pueden presentarse en cualquier región de las arcadas dentales, y es raro encontrar supernumerarios en la región canina sin estar asociado a síndrome. Por lo tanto, es motivo de investigación y de preocupación el estudio para determinar cuál es su prevalencia, así como los mecanismos y/o tratamientos que pueden ser empleados para disminuir su incidencia en el Centro de Salud Huancarama, Andahuaylas – Apurímac 2014 - 2016, diremos que existe un número importante de pacientes con Maloclusiones en relación a dientes supernumerarios que se pueden diagnosticar.

La presente investigación se realizará con la finalidad de determinar la incidencia de maloclusiones en relación a dientes supernumerarios en pacientes que acudieron al Centro de Salud Huancarama, Andahuaylas - Apurímac 2014 - 2016.

En tanto es importante plantear la siguiente interrogante ¿Cuál es la incidencia de maloclusiones en relación a dientes supernumerarios en pacientes que acudieron al Centro de Salud Huancarama, Andahuaylas - Apurímac 2014 - 2016?

1.2. Objetivos

Incidencia de maloclusiones en relación a dientes supernumerarios en pacientes que acudieron al Centro de Salud Huancarama, Andahuaylas - Apurímac 2014 - 2016.

1.3. Justificación.

La presente investigación se justifica por lo que la de determinar la incidencia de maloclusiones en relación a dientes supernumerarios en pacientes que acudieron al Centro de Salud Huancarama, Andahuaylas - Apurímac 2014 - 2016 y así de manera que se pueda establecer un diagnóstico certero. Para restaurar sus condiciones de salud para garantizarles una vida mucho más amena y libre de compromisos en los aspectos bucal y general.

Finalmente, esta investigación pretende convertirse en un aporte significativo desde el punto de vista de la salud, ya que los dientes supernumerarios pueda demostrar su prevalencia e incidencia, y se podrán establecer tratamientos exitosos, lo cual se traducirá en personas sanas y seguras de sí mismas, lo que propenderá en el mejoramiento de su calidad de vida.

El diagnóstico y tratamiento de los dientes supernumerarios es multidisciplinario y quirúrgico casi en la totalidad de los casos.

II. MARCO TEORICO.

2.1 Antecedentes

El estudio epidemiológico de las retenciones dentarias en una muestra de 2.000 pacientes”, teniendo como conclusiones; Una vez analizados los resultados y de acuerdo a los objetivos planteados, las conclusiones del presente estudio son: 1. La frecuencia de las retenciones del sector de la población analizada en este estudio alcanzó el valor de 36,5%. 2. El intervalo de edad donde se observaron mayor número de retenciones fue de 15 a 25 años. 3. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre el sexo y el número de retenciones. 4. Los dientes retenidos que se presentaron más frecuentemente en nuestro estudio fueron los terceros molares inferiores, seguidos de los superiores y caninos. 5. Los terceros molares retenidos se encontraron con mayor frecuencia enclavados. 6. La posición vertical fue la más frecuente en ambos sexos. 7. La presencia de lesión periodontal en el segundo molar seguido de una imagen radiotransparente compatible con quiste dentígero fueron las patologías más habituales asociadas al tercer molar.(1)

En Lima el 2013 presenta la tesis Prevalencia de hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años en el colegio los educadores, teniendo como resumen Objetivo: Relacionar la prevalencia de los hábitos bucales con maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años en el colegio Educadores. Material y Método: Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, transversal y clínico. Se seleccionó por muestreo aleatorio sistemático a 154 niños de 06 a 12 años con criterios de inclusión y exclusión. En coordinación con la autoridad del colegio, se informó a los padres de familia el fin de la investigación y se les pidió su consentimiento para permitir que sus hijos fueran incluidos en el estudio, considerando los aspectos éticos

y legales de la investigación. Se registraron los datos en una ficha clínica previamente validada. La detección de los diferentes hábitos bucales parafuncionales en los escolares se realizó en dos etapas: en la primera etapa se aplicó una encuesta al padre de familia; en la segunda etapa se realizó la valoración clínica del niño. Se consideró como hábito parafuncional presente cuando la información del padre y el diagnóstico clínico coincidían positivamente. El procesamiento y análisis estadístico de la información se realizó a través del programa estadístico SPSS versión. Resultado: La maloclusión que predomina es la clase I con un 71,4%; seguida por la clase II división 1 con un 20,1%, la clase II división 2 con un 0.6% y la clase III con un 7.8%. La mordida abierta anterior es más frecuente en la deglución atípica ($p < 0.01$) y hay diferencia estadísticamente significativa relacionando succión digital con mordida abierta anterior ($p < 0.05$) Conclusión: Si existe relación entre los hábitos bucales y la presencia de maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años en el colegio Los Educadores. Palabras clave: hábitos bucales, maloclusión dentaria, oclusión dentaria.(2).

El año 2013 en México, presente el estudio de Dientes supernumerarios. Reporte de un caso clínico, teniendo como resumen Los dientes supernumerarios son anomalías en el desarrollo dental que pueden estar o no asociadas a algún síndrome; su prevalencia oscila entre 0.3 y 3.8% y su incidencia entre 0.1 y 3.8% de acuerdo a la población de estudio. Estos dientes pueden presentarse en la línea media (mesiodens) en un 48.6%, siendo el más común de los dientes; le siguen los premolares con un 26.4%, los laterales con 11.1% y los molares en un 9.7%. Su diagnóstico se realiza mediante un estudio radiológico (radiografía panorámica). Los dientes supernumerarios tienen una morfología variada, pueden ser dismórficos o cónicos, eumórficos o suplementarios; son una duplicación de los dientes de la serie normal y molariforme que suelen presentar una forma molar.

irregular. Los dientes supernumerarios suplementarios se encuentran en la dentición caduca, no poseen ninguna variedad anatómica; los dientes supernumerarios rudimentarios se presentan en la dentición permanente y tienen variedad anatómica. Después del diagnóstico radiológico de los dientes supernumerarios se procede a realizar el tratamiento quirúrgico. El objetivo de este artículo es reportar un caso clínico de dos dientes supernumerarios, en una paciente de 9 años de edad que no presenta ningún síndrome, en este artículo se discute su relevancia e implicaciones en la práctica clínica. (3).

2.2. Marco Teórico.

a) Definición de oclusión.

La oclusión ha sido correctamente definida como el medio que reúne todas las ramas de la odontología por Ramford y Ash. El diccionario médico Ricketts Dorlands define la oclusión como “el acto de cierre o el proceso de estar cerrado”. En odontología, la oclusión, se refiere a la relación de los dientes superiores e inferiores cuando están en contacto funcional durante la actividad de la mandíbula”. El estudio de la oclusión involucra el sistema estomatognático entero, la comprensión de la interrelación entre los tejidos periodontales, huesos, articulaciones, músculos y el sistema nervioso durante el recorrido completo de los movimientos de la mandíbula, así como los movimientos funcionales normales. El estudio de la oclusión es esencial para la comprensión apropiada, y para alcanzar los objetivos del tratamiento ortodóntico.

Términos usados frecuentemente:

Gnatología: es la ciencia del movimiento de la mandíbula y de los contactos oclusales resultantes.

Oclusión dental: Shaw definió la oclusión dental, "como la posición de contacto estética y cerrada de los dientes superiores con los dientes inferiores".

Desoclusion de los dientes: Harvey Stallard definió la desoclusion, "como la separación de los dientes desde la oclusión; lo contrario de la oclusión.

b) DIFERENTES TIPOS DE OCLUSIÓN

Oclusión normal

Es una oclusión de clase I de Angle. Los dientes claves para esta clasificación son los primeros molares permanentes. Las cúspides mesiobucal del primer molar debe ocluir en el surco mesiobucal del primer molar permanente de la mandíbula. Sin embargo, aun con esta relación, cuando los dientes están en el cierre completo puede haber una discrepancia significativa entre la relación de las articulaciones temporomandibulares y el maxilar. La oclusión normal generalmente implica el contacto oclusal de los dientes, con las estructuras óseas. Esto implica ausencia de enfermedad. Debe incluir no solamente una gama de valores anatómicamente aceptables, sino también la adaptabilidad fisiológica.³

Oclusión ideal

Este concepto se refiere a un ideal estético y funcional, óptimo de la oclusión con respecto a los componentes del sistema estomatognatico, es decir, oclusión, periodonto, sistema estomatognatico). En este tipo de oclusión los órganos dentarios ocupan una posición articular correcta con las piezas dentarias vecinas y los antagonistas.

Oclusión balanceada

Se dice que hay una oclusión balanceada cuando existe un contacto simultáneo de los dientes del maxilar y la mandíbula, a la derecha y a la izquierda, en las áreas oclusales anteriores y posteriores cuando los maxilares están en oclusión céntrica o excéntrica.

Oclusión orgánica.

Es la máxima intercuspidad cuando los cóndilos están en su posición más superior, anterior y media en las cavidades glenoideas (relación céntrica) y, cuando comienza cualquier movimiento excéntrico, los contactos dentarios estarán relegados a los dientes anteriores, fuera del ciclo.

Oclusión patológica

Cerrado mandibular, que no es lo suficientemente armonioso con los controles anatómicos y fisiológicos de la mandíbula para prevenir cambios patológicos en los tejidos del sistema estomatognático.

Oclusión de grupo

Cierre oclusal cuyos lados del arco dentario están en contacto con oponentes en el lado de trabajo (laterotrusión), durante el movimiento de lateralidad. Llamada también "balance oclusal unilateral" de grupo.

Oclusión mutilada.

Es cuando existe la desarmonía oclusal por causas de extracciones o por defectos de la reconstrucción odontológica.

Oclusión fisiológica

Esta oclusión existe cuando un individuo no tiene signos de patología alguna, es una oclusión fisiológica. Puede no ser una oclusión ideal, pero esta desprovista de cualquier manifestación patológica.

Oclusión traumática

Es una oclusión considerada a ser un factor causal en la formación de lesiones traumáticas o trastornos en las estructuras de soporte de los dientes, músculos y la articulación temporomandibular. Sin embargo el criterio que determina si una oclusión es o no traumática, no es la manera como los dientes ocluyen sino si produce cualquier tipo de lesión.

Oclusión terapéutica

Es una oclusión tratada empleada para contrarrestar la correlación estructural relacionada con la oclusión traumática.

Oclusión de grupo

Cierre oclusal cuyos lados del arco dentario están en contacto con sus oponentes en el lado de trabajo, durante el movimiento de lateridad. Llamada también balance oclusal unilateral.

Oclusión céntrica

Es la oclusión de los dientes cuando la mandíbula está en relación céntrica.

Oclusión céntrica larga

Es el cierre dentario en que existe un deslizamiento desde relación céntrica hacia delante. También llamada corta protusiva. En gnatología se le considera como sinónimo de maloclusión.

Relación céntrica

Se define como la relación de maxilo-mandibular, en la cual los cóndilos articulan con la posición a vascular más delgada de sus discos respectivos, con el complejo en la posición anterosuperior contra la forma de la eminencia articular.³

c) ALOCLUSIONES DENTARIAS:

Definición de maloclusión:

La maloclusión se refiere a cualquier grado de contacto irregular de los dientes del maxilar superior con los del maxilar inferior, lo que incluye sobremordidas, submordidas y mordidas cruzadas, lo que indica una desproporción entre el tamaño de los maxilares superiores e inferiores o entre el tamaño del maxilar y el diente, provocando un apiñamiento de los dientes o en patrones de mordida anormales, así mismo los dientes extras, malformados, incluidos o perdidos y los dientes que erupcionan en una dirección anormal pueden contribuir a la mala oclusión.

La maloclusión, según Angle es la perversión del crecimiento y desarrollo normal de la dentadura.

GRUPO DE MALOCLUSIONES.

Las maloclusiones pueden afectar a cuatro sistemas tisulares como son: los dientes, huesos, músculos y nervios. En algunos casos solo existen irregularidades en los dientes y la relación y la función muscular y neural puede ser normal en cuanto a la relación del maxilar. En algunos otros casos los dientes pueden estar bien alineados, pero puede llegar a existir una relación maxilar normal, de manera que los dientes no hagan contacto correcto durante la función de estos.

Las maloclusiones pueden afectar a estos cuatro sistemas con malposiciones individuales de dientes, su relación anormal de los maxilares y la función muscular y neural normal.⁴

Dependiendo de en qué parte se encuentre la maloclusión se dividen en:

Malposiciones dentarias individuales.

Mala relación de los arcos dentarios o de los segmentos alveolares.

Malas relaciones esqueléticas.

Etiología de la maloclusión: ⁴

De acuerdo a Graber, los factores etiológicos de la maloclusión se dividen en:

Factores generales:

- * Herencia
- * Defectos congénitos
- * Medio ambiente
- * Problemas nutricionales
- * Hábitos de presión anormales y aberraciones funcionales
- * Postura
- * Trauma y accidentes

Factores locales:

- * Anomalías de número de dientes, dientes supernumerarios, ausencias congénitas
- * Anomalías en el tamaño de dientes
- * Anomalías en la forma de los dientes
- * Frenillo labial anormal, barreras mucosas
- * Pérdida prematura de dientes
- * Retención prolongada de dientes
- * Brote tardío de los dientes
- * Vía de brote anormal
- * Anquilosis
- * Caries dental
- * Restauraciones dentales inadecuadas.

Clasificación: ⁴

La clasificación de la maloclusión es una herramienta importante en el diagnóstico, pues nos lleva a elaborar una lista de problemas del paciente y el plan de tratamiento. Es importante clasificar la maloclusión en los tres planos del espacio: anteroposterior, vertical y transversal ya que la

maloclusión no sólo afecta a dientes, sino a todo el aparato estomatológico en general (sistema neuromuscular, periodontal y óseo), que constituye el sistema craneofacial tridimensional.

Maloclusión anteroposterior:

Clasificación de Angle:

Dividió las maloclusiones en tres categorías básicas que se distinguen de la oclusión normal. Las clases de maloclusión fueron divididas en I, II y III.

Clase I:

Están incluidas en este grupo las maloclusiones en las que hay una relación anteroposterior normal entre los arcos superior e inferior, evidenciada por la llave molar (la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar inferior). Estos pacientes presentan un perfil facial recto y equilibrio en las funciones de la musculatura peribucal, masticatoria y de la lengua.

Clase II:

Son las maloclusiones en las cuales el surco mesiovestibular del primer molar permanente inferior se encuentra distalizado con la relación a la cúspide mesiovestibular del primer molar superior. Estos pacientes presentan el perfil convexo.

Clase II división 1:

Tiene como característica la inclinación vestibular de los incisivos superiores. Son comunes los desequilibrios de la musculatura facial, causada por el distanciamiento vestibulo lingual entre los incisivos superiores e inferiores, el perfil es convexo.

Clase II división 2:

Se caracteriza por presentar incisivos superiores verticalizados o palatinizados. Los perfiles son rectos o ligeramente convexos.

Clase III:

En esta maloclusión el surco mesiovestibular de la primera molar inferior se encuentra mesializado con respecto a la cúspide mesiovestibular de la primera molar superior. El perfil facial es cóncavo, la musculatura está desequilibrada. Es común la mordida cruzada anterior y posterior.

Maloclusiones Verticales:

Las maloclusiones como la mordida abierta y profunda son producidas por una alteración en la dimensión vertical.

Mordida abierta:

Es la maloclusión en que uno o más dientes no alcanzan la línea de oclusión y no establecen contacto con los antagonistas. Se clasifica en mordida abierta dental y mordida abierta esquelética. Si el desequilibrio óseo es la causa de la falta de contacto dentario, la mordida abierta es esquelética; si son los dientes o un factor ambiental los responsables y no afecta las bases óseas, la mordida abierta es dental.

Se refiere a un estado de sobremordida vertical aumentada, en donde la dimensión entre los márgenes incisales dentales superiores e inferiores es excesiva. Las características faciales son: hipodivergente, cara amplia y cuadrada, competencia labial, tercio inferior disminuido, retrusión de ambos labios.

Maloclusiones Transversales:

Son aquellas alteraciones de la oclusión que se presentan en el plano horizontal o transversal, en la cual las cúspides palatinas de los molares y

premolares superiores ocluyen en las fosas principales y triangulares de los molares superiores e inferiores.

Mordida cruzada posterior:

Se habla de mordida cruzada posterior cuando son las cúspides vestibulares de los premolares y molares inferiores. Los dientes inferiores desbordan lateralmente a los superiores. Este tipo de mordida cruzada la podemos encontrar en: ambas hemiar cadas, una sola hemiar cada y en un solo diente en mordida cruzada (molar, premolar o canino).

Mordida en Tijera:

Cuando las caras palatinas de los molares y premolares superiores contactan con las caras vestibulares de los dientes inferiores. Son mucho menos frecuente que las mordidas cruzadas. Pueden ser de ambas hemiar cadas o una sola hemiar cada.

APIÑAMIENTO DENTAL.³

El apiñamiento dental es una característica muy frecuente de la maloclusion y comúnmente se presenta en el área de los incisivos centrales inferiores o superiores, y se da después de los 12 o 13 años tanto en hombres como mujeres sin importar el estrato socioeconómico. Puede definirse como una discrepancia entre la suma de los diámetros mesiodistales de un grupo de dientes y la longitud clínica de la arcada disponible, en la que la primera, supera a la segunda.

Esta discrepancia conduce a dos formas básicas de apiñamiento. Una en la que todos los dientes hacen erupción pero se solapan en lugar de coincidir en las zonas de contacto y la segunda en la que uno o varios dientes están incapacitados para hacer erupción.

d) LOS DIENTES SUPERNUMERARIOS

La presencia de elementos supernumerarios en ambos maxilares es sumamente frecuente, pudiendo adoptar diversas ubicaciones y provocar una amplia gama de trastornos, compatibles con los que puede ocasionar cualquier pieza dentaria en retención. Justifican su extracción, razones ortodóncicas, protésicas o patológicas.⁴

Un diente supernumerario es un germen dentario más o menos dismórfico o eumórfico (diente suplementario) en número excesivo sobre la arcada dentaria maxilar o mandibular. Conocido también como hiperdoncia, dientes adicionales, extra, múltiples, tercera dentición, hiperplasia de la dentición y polidontismo.⁴

CLASIFICACIÓN:

Según el número de dientes supernumerarios

Se puede clasificar un diente supernumerario según su cantidad o número en aislado o múltiples (más de 1-5 dientes). La frecuencia de un supernumerario aislado es del 76% a 86% mientras que los múltiples supernumerarios se encuentran en menos del 1%, quienes pueden o no estar asociado a síndromes, sin embargo, la presencia de múltiples dientes supernumerarios en la mayoría de los casos se asocia a síndromes como la displasia cleido-craneal, labio y paladar fisurado y el síndrome de Gardner.⁵

Según su ubicación

Según la ubicación respecto la línea media, los supernumerarios pueden clasificarse como unilaterales o bilaterales, encontrando en un 71% la presencia de diente supernumerario unilateral principalmente en zona de caninos y premolares. De hecho, los supernumerarios en zona de premolares han sido encontrados en un 75% de los casos en la mandíbula. A su vez, los supernumerarios han sido clasificados como mesiodens, cuando son encontrados cerca de la línea media en el

maxilar. De hecho, los dientes supernumerarios más frecuentemente encontrados son los mesiodens; paramolares, ubicados entre el primer y segundo molar; distomolares, localizados posterior al tercer molar.

Según su erupción

Los supernumerarios según su capacidad de erupcionar; se pueden clasificar como:

- a) Erupcionados, ya que realizaron su proceso de erupción activa y pasiva;
- b) incluidos, ya que no realizaron proceso de erupción activa ni pasiva; y
- c) impactados, por causa de una obstrucción mecánica (dientes vecinos), factores hereditarios, anomalías endocrinas, déficit de vitamina D. De hecho, la frecuencia de erupción reportada se encuentra entre el 15% al 34% en la dentición permanente y entre el 60% en la dentición temporal.

Según su morfología

Estudios en animales han asociado la presencia de dientes supernumerarios como resultado de un retroceso en la evolución, por esta razón, se podría entender la morfología variada encontrada. Los dientes supernumerarios en la dentición decidua usualmente son de forma normal o de forma cónica, mientras que los dientes supernumerarios en la dentición decidua pueden exhibir varios tipos de formas. Por tanto, basados en su morfología se ha clasificado los dientes supernumerarios en seis formas:

- 1) Forma cónica;
- 2) tuberculado;
- 3) forma de incisivo;
- 4) suplementarios (forma similar a los dientes cercanos);
- 5) odontoma;

6) rudimentarios (forma es cónica y pequeña).

Los dientes supernumerarios más comunes son pequeños de forma cónica con desarrollo radicular similar a los dientes adyacentes y usualmente son encontrados en la línea media como mesiodens. Los dientes supernumerarios de forma tubérculo presentan una forma alargada de barril con múltiples cúspides o tubérculos. Su desarrollo radicular es retardado comparado con los dientes adyacentes y son frecuentemente encontrados sin erupcionar adyacentes a la superficie palatina de los incisivos centrales superiores, provocando, en algunas ocasiones, impactación dental de dichos incisivos. Los dientes suplementarios emulan los dientes adyacentes de la dentición permanente, presentando la misma forma y tamaño; son usualmente encontrados al final de la serie dental. El diente suplementario más comúnmente encontrado es el incisivo lateral superior suplementario, sin embargo, también se ha reportado premolares y molares suplementarios. La mayoría de los dientes supernumerarios encontrados en la dentición decidua son de tipo suplementario. Usualmente erupcionan con una morfología y alineación normal a los dientes adyacentes, y a menudo se asemejan a incisivos laterales superiores suplementarios. Los dientes supernumerarios tipo Odontoma contienen una masa de tejido dental compuesta por esmalte, dentina, cemento y tejido pulpar, y son considerados como un hamartoma.

CLASIFICACIÓN

Según su desarrollo radicular.⁵

Según el desarrollo radicular de un diente supernumerario sin erupcionar, se ha clasificado en cinco grupos:⁶

Grupo 1 supernumerario que presenta raíces divergentes y no pasan más de la mitad de la longitud total estimada.

Grupo 2 supernumerarios cuyas raíces se han desarrollado entre la mitad y dos tercios de la longitud total estimada.

Grupo 3 supernumerarios con desarrollo radicular de dos tercios de la longitud final.

Grupo 4 supernumerarios cuyas raíces tienen ápice abierto y

Grupo 5 supernumerarios con formación radicular completa.

Según ubicación en el paladar

Liu et al en 2007, realizaron una clasificación para dientes supernumerarios no erupcionados según su ubicación en el paladar duro, su posición sagital, orientación y asociación con mal oclusión, así:

Tipo I, el diente supernumerario se ubica en posición palatina, sobre el eje longitudinal del incisivo e inferior a su ápice radicular.

Tipo II, diente supernumerario ubicado superior y palatino a los dientes incisivos.

Tipo III, diente supernumerario ubicado en medio de los incisivos centrales superiores a nivel de la unión amelocementaria, en forma transversal con la corona orientada hacia vestibular.

Tipo IV, diente supernumerario ubicado superior al ápice radicular de los incisivos (invertido o normalmente orientado), u oblicuo a través del ápice radicular de los incisivos.

Tipo V diente supernumerario ubicado delante de las raíces de los incisivos adyacentes.

Tipo VI, diente supernumerario ubicado palatino de los incisivos, con posición vertical entre una posición de tipo I y Tipo II.

ETIOLOGÍA

SUPERNUMERARIOS

Suele ser multifactorial, involucrando factores genéticos y ambientales. No han sido reportados claramente los mecanismos por los cuales se da esta

anomalía, sin embargo, existen las siguientes teorías para explicar esta entidad:

HERENCIA: existen genes mutantes que proporcionan la salida de dientes supernumerarios, uni o bilaterales; la importancia de esta teoría radica en el aumento de la aparición de la entidad en los familiares de los afectados.

ATAVISMO: sugiere que son una regresión a la dentición encontrada en nuestros antepasados, precursora de la actual en la evolución filogenética.

ABERRACIONES EMBRIONALES: interrupciones en el proceso de formación embrionaria dental.

HIPERACTIVIDAD LOCALIZADA DE LA LÁMINA DENTAL: sugiere una excesiva proliferación en las células que constituyen la lámina dental.

RETENIDOS

Son múltiples las causas asociadas a esta anomalía, entre ellas tenemos las vinculadas a factores locales y a factores generales.

Dentro de los factores locales se encuentran causas embriológicas (determina una posición alejada del diente, época tardía de su erupción y origen embrionario del mismo) y mecánicas (falta de espacio, obstáculos mecánicos)

Dentro de los factores generales tenemos el retraso fisiológico de la erupción y el retraso patológico asociado a alteraciones endocrinas, metabólicas, hereditarias y síndromes.

EPIDEMIOLOGÍA

Supernumerarios. Tiene una prevalencia del 90% en maxilar y 10% en mandíbula, en la cual son más frecuentes los premolares 6, con una prevalencia estimada de 0,09% a 0,64% en la población general, representando un 7-9% de todos los dientes supernumerarios⁷. Posee predilección por el sexo masculino, aunque puede presentarse en

personas de sexo femenino. Son más comunes en la dentición permanente que en la decidua, en una proporción de 5.²

Retenidos. Las estadísticas revelan que las retenciones pueden darse en el siguiente orden: dientes permanentes con preferencia a terceros molares de ambas arcadas, canino superior, dientes temporales y supernumerarios. Los dientes supernumerarios retenidos pueden encontrarse en cualquier lugar de los rebordes alveolares, sin embargo los más comunes aparecen en el sector anterior del maxilar.

MANEJO CLÍNICO DE LOS DIENTES SUPERNUMERARIOS

Los dientes supernumerarios pueden ser identificados por medio de un examen clínico inspeccionando el número total de dientes de acuerdo al tipo de dentición (temporal o permanente), morfología dental, presencia de apiñamiento, diastemas. Se recomienda confirmar su diagnóstico por medio de la utilización de radiografías panorámica, periapical, oclusal, lateral de cráneo. Sin embargo, la radiografía oclusal ha sido la más utilizada seguida de la panorámica, debido a que permiten visualizar de manera global la ubicación de los dientes supernumerarios respecto las estructuras anatómicas vecinas. Debido a que las radiografías proporcionan una imagen unidimensional de estructuras anatómicas tridimensionales, algunos investigadores sugieren utilizar la tomografía computarizada, ya que provee la reconstrucción de imágenes en tres dimensiones. Además, permite localizar el diente supernumerario y determinar su relación con los dientes adyacentes y estructuras vecinas con mayor exactitud, minimizando el riesgo de causar daño a las raíces, o trauma a los tejidos cercanos. La exodoncia de un diente supernumerario está indicada en situaciones donde obstaculiza la erupción de un diente permanente, provoca apiñamiento dental severo desplazando dientes adyacentes, cuando impide el movimiento ortodóncicos de dientes, cuando permite la

acumulación de placa bacteriana, y cuando afecta la estética. El mejor momento para realizar la exodoncia de dientes supernumerarios aún está en discusión. La exodoncia temprana (antes de 9 años) evita tanto problemas ortodóncicos como procedimientos quirúrgicos futuros, sin embargo, se corre el riesgo de lesionar el germen dental del diente permanente. Por su parte, la exodoncia tardía (después de 9 años) evita la lesión de un diente permanente ya que éste se ha desarrollado completamente, el paciente es más colaborador para la realización del tratamiento. No obstante, al realizar una exodoncia tardía, el diente permanente puede haber perdido su potencial de erupción, requiriendo procedimientos quirúrgicos para su exposición y así como tratamiento ortodóncicos para su tracción hasta el plano oclusal; o bien puede ubicarse en mal posición al erupcionar. En pacientes con labio y paladar fisurado, la exodoncia de dientes supernumerarios hace necesaria la realización de procedimientos de regeneración ósea guiada, para corregir los defectos óseos que existiesen junto con la fisura. Sin embargo, la exodoncia debe realizarse bajo el consentimiento del grupo interdisciplinario. Adicionalmente, se indica la exodoncia de un supernumerario cuando este se encuentra en un sitio donde se instalará quirúrgicamente un implante dental. La exodoncia puede realizarse en el mismo acto quirúrgico para disminuir la morbilidad del paciente. No obstante, en algunos casos es necesario realizar procedimientos de regeneración ósea guiada para rellenar el espacio entre el implante y la pared del alvéolo. Un diente supernumerario puede ser mantenido in situ cuando no impide con la erupción de los dientes permanentes, no se va a realizar tratamiento ortodóncico, no se asocia con patologías o síndromes y cuando su remoción perjudicaría la vitalidad de los dientes adyacentes. En este caso, el tratamiento puede integrar ortodoncia y rehabilitación oral con el objetivo de corregir la mal posición dental, mejorar oclusión y caracterizar

estéticamente el diente, emulando la morfología de un diente adyacente por medio de obturaciones en resina, carillas o coronas.²

PRONÓSTICO

Tanto para los dientes supernumerarios como los retenidos, el pronóstico se verá influenciado por cantidad y tipo de dientes involucrados, distancia entre el diente permanente y el diente no erupcionados y la localización del mismo; sin embargo, debido a que el tratamiento es relativamente sencillo se puede considerar de buen pronóstico.²

TRATAMIENTO

La justificación del tratamiento de esta anomalía radica en la posibilidad de que se presenten patologías mayores secundarias a la presencia de supernumerarios y retenidos, u otras complicaciones como sensibilidad en la zona por compresión del algún nervio adyacente, retención de un diente permanente por traba mecánica ejercida por el supernumerario.

En base a esto, el tratamiento indicado o de elección será la eliminación quirúrgica de las estructuras dentaras implicadas.²

Maloclusión: Es el desarrollo anormal de las estructuras de la cavidad bucal, ya sean los dientes o los maxilares.

Maloclusión anteroposterior: es la clasificación de Angle; nos da la posición del primer molar superior permanente como punto fijo de referencia. También se incluyen aquí el resalte aumentado y la mordida cruzada anterior.

Maloclusión vertical: este término se utiliza para describir mordida abierta y mordida profunda.

Maloclusión transversal: El término tipo se utiliza para describir diversos tipos de mordidas cruzadas y de mordida en tijera.

2.3. Definición de Términos Básicos

MALOCCLUSIÓN: Es el desarrollo anormal de las estructuras de la cavidad bucal, ya sean los dientes o los maxilares.

DIENTE SUPERNUMERARIO: Un diente supernumerario es un germen dentario más o menos dismórfico o eumórfico (diente suplementario) en número excesivo sobre la arcada dentaria maxilar o mandibular. Conocido también como hiperdoncia, dientes adicionales, extra, múltiples, tercera dentición, hiperplasia de la dentición y polidontismo.

INCIDENCIA: La incidencia refleja el número de nuevos "casos" en un periodo de tiempo. Es un índice dinámico que requiere seguimiento en el tiempo de la población de interés. Cuando la enfermedad es recurrente se suele referir a la primera aparición.

PREVALENCIA: Es el número de casos de una enfermedad o evento en una población y en un momento dado.

II. EXPERIENCIA PROFECIONAL.

3.1. RECOLECCION DE DATOS.

Para la realización del presente informe de experiencia profesional se llevó a cabo la recolección de datos utilizando la técnica de revisión de documentaria, para lo cual se hizo la revisión de registros del servicio de odontología como los odontograma, como historias clínicas, de las cuales se recabaron los datos coherentes a la temática de estudio.

Asimismo, para la obtención de datos que contiene este informe, se llevó a cabo las siguientes acciones.

- Autorización: se solicitó la autorización a la jefatura respectiva, para tener acceso a los registros anteriores e historias clínicas.
- Recolección de datos: la técnica que se utilizó fue el análisis documental y como instrumento guías, historias clínicas y registros de odontogramas de los años 2014, 2015, 2016.
- Procesamiento de datos: se realizó mediante el programa de Excel.
- Resultados serán presentados en tablas, cuadros y gráficos.

3.2. EXPERIENCIA PROFECIONAL.

- Recuento de Experiencia Profesional.

El desarrollo de la carrera profesional de Cirujano Dentista fue a partir del inicio de SERUNS en el año del 2009 realizado en el Centro de Salud de Tamburco de la provincia de Abancay departamento de Apurímac, desarrollándome en el área de salud bucal como odontóloga asistencial en la atención primaria.

Trabajo como docente universitaria desde el marzo del 2011 hasta la actualidad como docente del área de odontopediatría clínica I y II

de la Universidad Alas Peruanas Filial Abancay y Universidad Tecnológica de los Andes Apurímac.

En el año de 2013 me presento al concurso público para cubrir la plaza de odontólogo en el Aclás Huancarama – Andahuaylas – Red de Salud Abancay – Apurímac, siendo responsable de la Estrategia Sanitaria de Salud Bucal de la Micro Red Huancarama que cuenta con 16 establecimientos de Salud de menor categoría los pacientes son referidos al centro de salud Huancarama que es de nivel I-4.

El 2015 se me realizó una rotación a la Red de Salud Abancay para ocupar el cargo de Coordinadora de la Estrategia de Enfermedades No Transmisibles de la Red de Salud Abancay (EE.SS. Salud Ocular, Salud Bucal, Enfermedades No Transmisibles y Metales Pesados).

3.3. FUNCIONES DESARROLLADAS EN LA ACTUALIDAD

a) Área Asistencial:

Prevención, recuperación y especializada de las enfermedades Bucales en niños, adolescentes, joven, adulto, adulto mayor y gestantes donde se realizan:

- Odontología Recuperativa: restauraciones, exodoncias debridación de abscesos, destartaje y PRAT.
- Odontología Preventiva: fluorizaciones, sellantes, Profilaxis.
- Odontología Especializada: Pulpotomias, endodoncias uniradiculares, exodoncias complejas y rehabilitación oral.

b) Área Administrativa:

Hacer las coordinaciones con los otros servicios como es área niño y área mujer para la atención de gestante y niños ya que esto es grupos don los indicadores tanto del SIS y FED, la recepción y consolidación de los informes de los diferentes establecimientos de Micro Red Huancarama que cuenta con el servicio de Salud bucal para posteriormente remitir dicha información consolidada a la Coordinación de Red de Salud Abancay.

d) Área Docente:

La actividad docente desarrollo actividad con los estudiantes de del 8^{vo}, 9^{no} y internos de odontología donde se les supervisa y guía a los alumnos para realizar los tratamientos en las diferentes especialidades de la odontología en el área niño

e) Limitaciones para el Desempeño Laboral.

- Una de las limitaciones son la sobre carga laboral y la falta de personal de odontología.
- Falta de insumos para realizar tratamientos especializados como ortodoncia, prótesis y endodoncias.

IV. RESULTADOS

Terminada la recolección de datos presentados estos fueron procesados en un formato Excel y así presentados en cuadros y gráficos para su respectivo análisis.

CUADRO N° 4.1

DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE MALOCLUSIÓN SEGÚN GÉNERO DE LOS PACIENTES QUE ACUDIERON AL CENTRO DE SALUD HUANCARAMA, ANDAHUAYLAS – APURÍMAC 2014 -2016

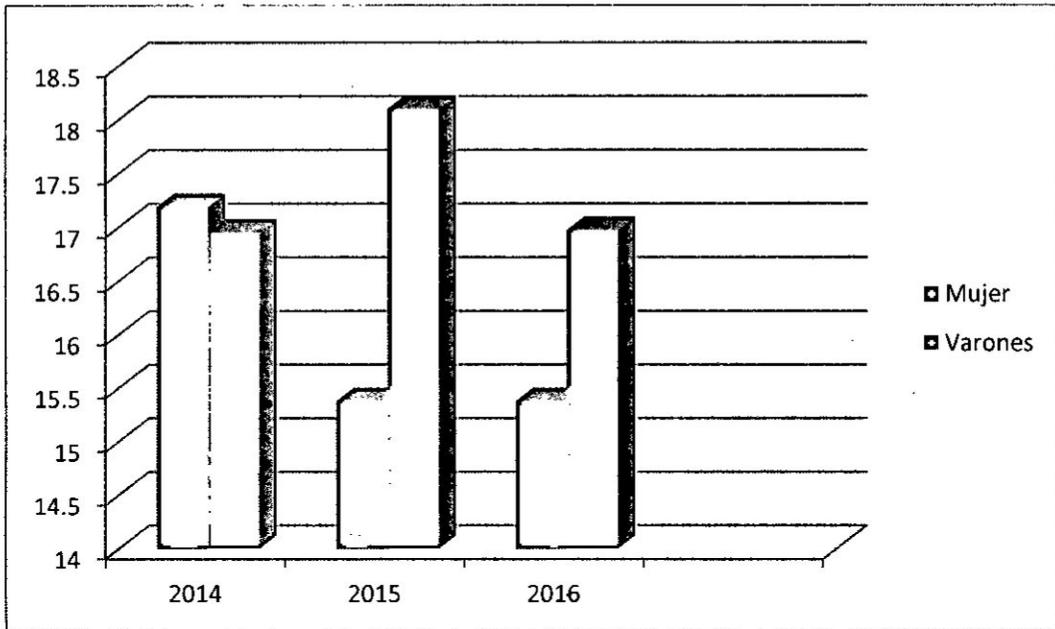
Tipo de Maloclusion	Género				Total	
	Masculino		Femenino			
	N°	%	N°	%	N°	%
2014	75	16.95	76	17.19	151	34.16
2015	80	18.10	68	15.38	148	33.48
2016	75	16.97	68	15.38	143	32.35
Total	230	52.04	212	47.96	442	100

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

COMENTARIO N° 01: En el presente cuadro estadístico cuadro donde se presenta la distribución del tipo de maloclusión anteroposteriores; según el género; podemos observar que el 2014 de es de 34.16 (151) , de los cuales el 17.19% (76) corresponde al género femenino y el 16.95% (75) al masculino; el 2015, es de 33.48 (148) de los cuales el 18.10% (80) corresponde al género masculino y el 15.38% (68) al femenino; por último el 2016 es de 32.35% (143) presenta maloclusión , de los cuales el 16.97% (75) corresponde al género masculino y el 15.38% (68) al femenino.

GRÁFICO N° 4.1

DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE MALOCLUSIÓN SEGÚN GÉNERO DE LOS PACIENTES QUE ACUDIERON AL CENTRO DE SALUD HUANCARAMA, ANDAHUYLAS PURÍMAC 2014 – 2016



Fuente cuadro 1

CUADRO N° 4.2
DISTRIBUCIÓN DE LOS DIENTES SUPERNUMERARIOS SEGÚN TIPO
DE MALOCLUSIÓN DE LOS PACIENTES QUE ACUDIERON AL
CENTRO DE SALUD HUANCARAMA, ANDAHUAYLAS – APURÍMAC
2014 - 2016

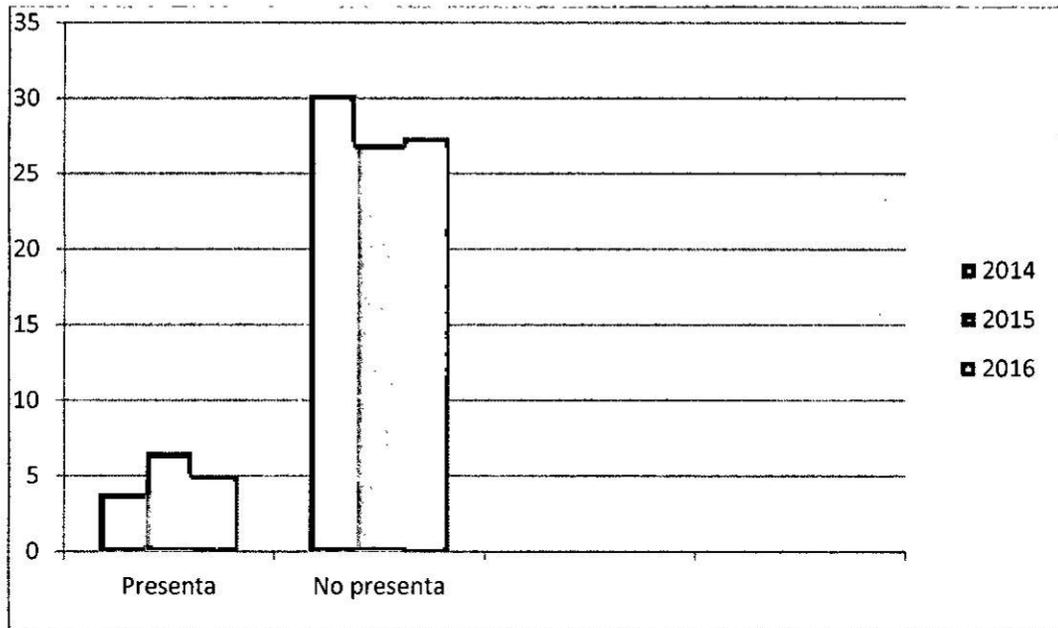
Dientes Supernumerarios	Años						Total	
	2014		2015		2016			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Presenta	17	3.85	29	6.56	22	4.98	68	15.38
No Presenta	134	30.32	119	26.92	121	27.38	374	84.62
Total	151	34.16	148	33.48	143	32.35	442	100

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

COMENTARIO N° 02: En el presente cuadro estadístico de La variable dientes supernumerarios el cuadro donde se presenta la distribución de los dientes supernumerarios, con sus indicadores presenta y no presenta; según el tipo de maloclusión, podemos observar que del 84.62% (374) que no presenta dientes supernumerarios, el 2014 es de 30.32% (134) tiene no tienen maloclusión, el 2015 es de 26.92% (121) maloclusión y el 2016 es de, 27.38% (121) ; no presenta maloclusión del 15.38% (68) que presenta dientes supernumerarios, el 2014 es de 3.85% (17) tiene maloclusión, el 2015 es de 6.56% (29) tiene maloclusión y el 2016 es de 4.98% (22) tiene maloclusión.

GRÁFICO N° 4.2

DISTRIBUCIÓN DE LOS DIENTES SUPERNUMERARIOS SEGÚN TIPO DE MALOCLUSIÓN DE LOS PACIENTES QUE ACUDIERON AL CENTRO DE SALUD HUANCARAMA, ANDAHUAYLAS – APURÍMAC 2014 – 2016



Fuente: Cuadro N° 4.

CUADRO N° 4.3

**DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE APIÑAMIENTO SEGÚN TIPO DE
MALOCLUSIÓN DE LOS PACIENTES CON DIENTES
SUPERNUMERARIOS QUE ACUDIERON AL CENTRO DE SALUD
HUANCARAMA, ANDAHUAYLAS – APURÍMAC 2014 – 2016**

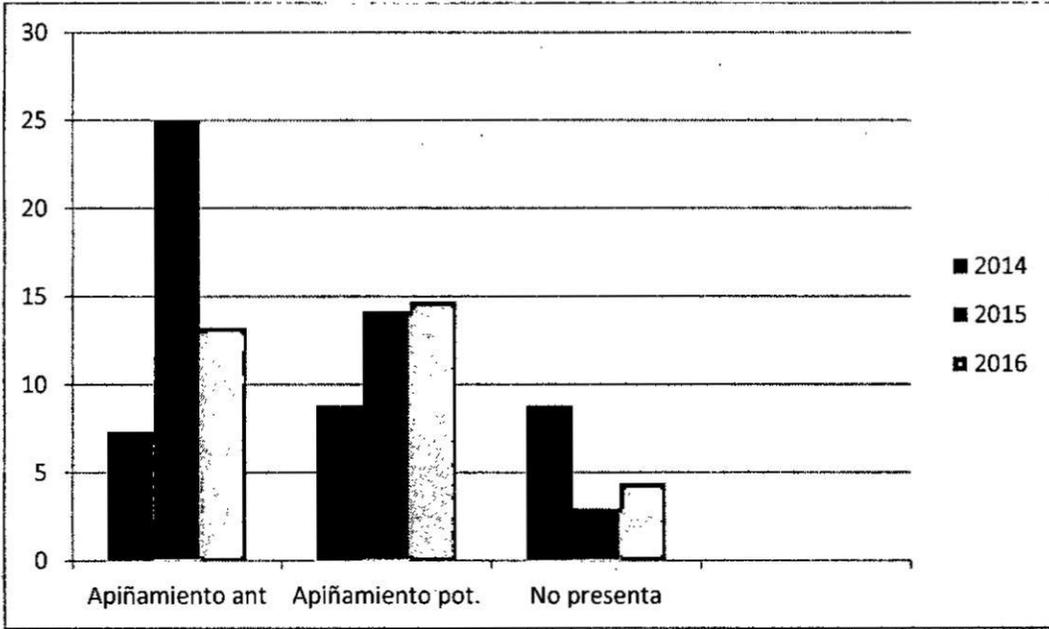
Tipo de Apiñamiento	Tipo de Maloclusión						Total	
	2014		2015		2016			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Apiñamiento Anterior	5	7.35	17	25	9	13.24	31	45.59
Apiñamiento Posterior	6	8.82	10	14.71	10	14.71	26	38.24
No Presenta	6	8.82	2	2.94	3	4.41	11	16.18
Total	17	25	29	42.65	22	32.35	68	100

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

COMENTARIO N° 03: En el presente cuadro estadístico de apiñamiento anterior, apiñamiento posterior y no presenta; según; podemos observar que el 45.59% (31) presenta apiñamiento anterior, el 2014 es de 7.35% (5) tiene maloclusión, el 2015 es de 25% (17) maloclusión, y el 2016 es de 13.24% (9) maloclusión; el 38.24% (26) presenta apiñamiento posterior, de los cuales en 2014 es de 8.82% (6) tiene maloclusión, el 2015 es de 14.71% (10) tiene maloclusión; por último el 2016 es de 17.71% (10) presenta apiñamiento posterior, y no presenta apiñamiento, de los cuales el 2014 es de 8.82% (6), el 2015 es de 2.97% (2) y el 2016 es de 4.41% (3) no presenta apiñamiento.

GRÁFICO N° 4.3

DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE APIÑAMIENTO SEGÚN TIPO DE MALOCLUSIÓN DE LOS PACIENTES CON DIENTES SUPERNUMERARIOS QUE ACUDIERON AL CENTRO DE SALUD HUANCARAMA, ANDAHUAYLAS – APURÍMAC 2014 – 2016



Fuente: Cuadro N° 4.3

CUADRO N° 4.4

DISTRIBUCIÓN DE DIENTES SUPERNUMERARIOS EN PACIENTES QUE ACUDIERON AL CENTRO DE SALUD HUANCARAMA, ANDAHUAYLAS – APURÍMAC 2014 - 2016

AÑOS	Tipo de Dientes Supernumerarios				Total	
	Incisivos		Caninos			
	N°	%	N°	%	N°	%
2014	22	32.35	15	22.06	37	54.41
2015	11	16.18	9	13.24	20	29.41
2016	3	4.41	8	11.76	11	16.18
Total	36	52.94	32	47.06	68	100

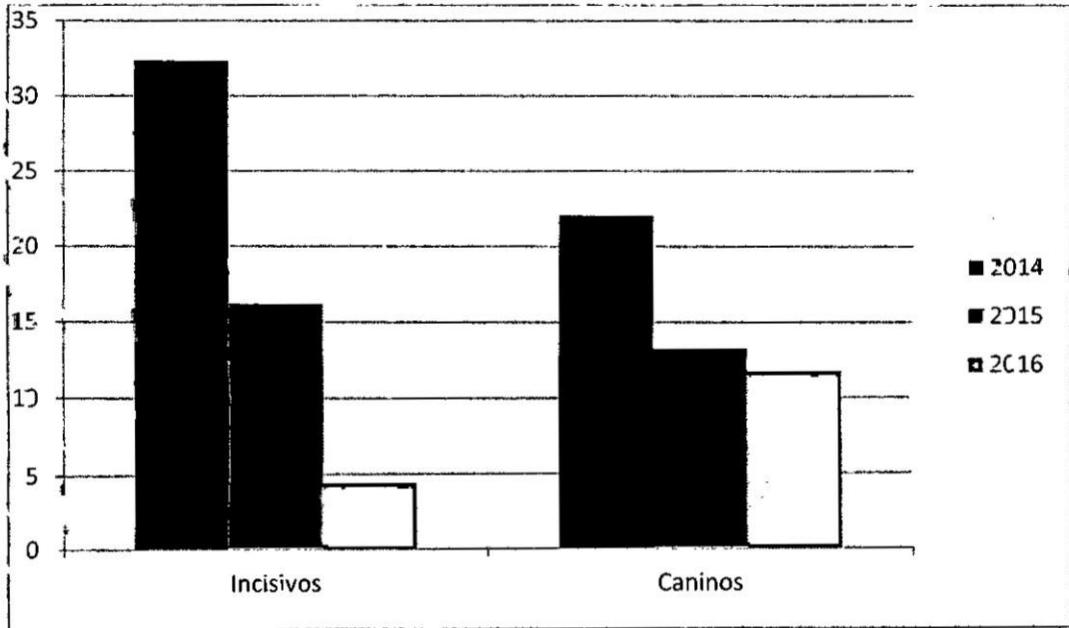
Fuente: Ficha de Recolección de Dato

COMENTARIO N° 04

En el presente cuadro estadístico cuadro donde se presenta la distribución del tipo de dientes supernumerarios; podemos observar que el 54.41% (37) son incisivos, de los cuales el 32.35% (22) de los cuales corresponde el 2014 es de 22.06% (15) en los caninos; el 2015 es de 13.24% (9) son caninos y el 2016 es de 11.76% (8) son el los caninos el 2014 es de 32.35% (22) en los incisivos en el 2015 es de 16.18(11) y el 2016 es de 4.41% (3)en los incisivos

GRAFICO N° 04

**DISTRIBUCIÓN DE DIENTES SUPERNUMERARIOS EN PACIENTES
QUE ACUDIERON AL CENTRO DE SALUD HUANCARAMA,
ANDAHUAYLAS – APURÍMAC 2014 – 2016.**



Fuente: Cuadro N° 04

CUADRO N° 4.5

DISTRIBUCIÓN DE LA FORMA DE DIENTES SUPERNUMERARIOS PACIENTES QUE ACUDIERON AL CENTRO DE SALUD HUANCARAMA, ANDAHUAYLAS – APURÍMAC 2014 - 2016

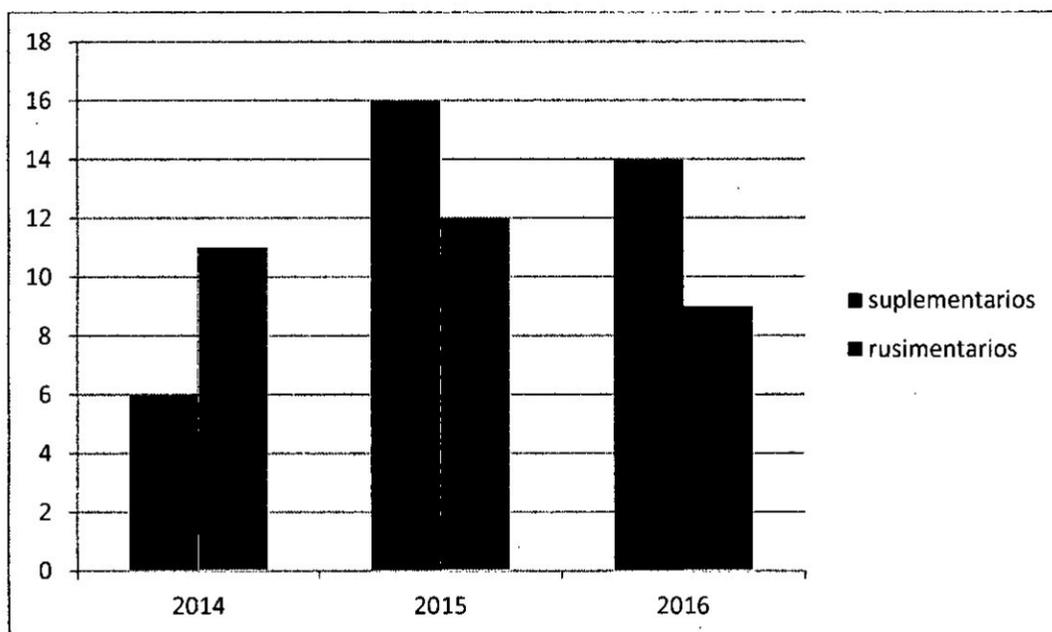
	Forma de Dientes Supernumerarios				Total	
	Suplementario		Rudimentario			
	N°	%	N°	%	N°	%
2013	6	8.82	11	16.18	17	25
2014	16	23.53	12	17.65	28	41.18
2015	14	20.59	9	13.24	23	33.82
Total	36	52.94	32	47.06	68	100

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

COMENTARIO N° 05: En el presente cuadro estadístico donde se presenta la distribución de la forma de los dientes supernumerarios, con sus indicadores suplementario y rudimentario; podemos observar que el 41.18% (28) son de forma suplementaria, de los cuales el 23.53% (16) corresponde el 2014 es de 8.82 (6) es suplementario, el 2015 es de 23.53% (16) es suplementario y 2016 es de 20.59 (14) es de suplementario y la forma de rudimentarios; el 2014 es de 16.18% (11), el 2015 es de 17.65% de (12) y el 2016 es de 7.06% (9) son de forma rudimentaria.

GRAFICO N° 4.5

**DISTRIBUCIÓN DE LA FORMA DE DIENTES SUPERNUMERARIOS EN
PACIENTES QUE ACUDIERON AL CENTRO DE SALUD
HUANCARAMA, ANDAHUAYLAS – APURÍMAC 2014 – 2016**



V. CONCLUSIONES

Después de recogido y analizado los datos, el estudio arriba a las siguientes conclusiones:

1. Distribución del tipo de maloclusión según género de los pacientes que acudieron al centro de salud Huancarama, Andahuaylas Apurímac es de 18.10% (80) corresponde al sexo masculino.
2. Distribución de los dientes supernumerarios según tipo de maloclusión de los pacientes que acudieron al centro de salud Huancarama, Andahuaylas – Apurímac es de 34.16% (15) presentan dientes supernumerarios.
3. Distribución del tipo de apiñamiento según tipo de maloclusión de los pacientes con dientes supernumerarios que acudieron al centro de salud Huancarama, Andahuaylas – Apurímac es de 45.59% (31) presentan apiñamiento anterior.
4. Distribución¹ de dientes supernumerarios en pacientes que acudieron al centro de salud Huancarama, Andahuaylas – Apurímac es de 54.41% (37) presentan apiñamiento anterior.
5. Distribución de la forma de dientes supernumerarios pacientes que acudieron al centro de salud Huancarama, Andahuaylas – Apurímac es de 23,53% (16) son de forma suplementaria.

VI. RECOMENDACIONES.

- 1) A la Unidades Ejecutoras garantizar y dotar insumos para el tratamiento de estos pacientes que presentan mal oclusiones ya que en los establecimientos cuentan con profesionales capacitados.
- 2) Se recomienda al cirujano dentista, hacer una historia clínica completa, para hacer el seguimiento de los pacientes y poder tener accesos a más variables; esto nos permitirá crear protocolos minuciosos, en cuanto a la atención del niño y el adolescente.

VI. REFERENCIALES

1. ALEJANDRA DM. ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE LAS RETENCIONES DENTARIAS. 2012..
2. JOSEFINA ZDM. PREVALENCIA DE HABITOS BUCALES Y SU RELACION CON MALOCLUSIONES DENTARIA EN NIÑOS 6 - 12 AÑOS. 2013..
3. PATRICIO OMM. LOS DIENTES EL SUPERNUMERARIOS SON ANOMALIAS DESARROLLO DENTAL. 2013..
4. RICKETT DORLANDS. EN ODONTOLOGIA DE LA OCLUSION

ANEXOS

Anexo 1: Odontograma

DIRECCION REGIONAL DE SALUD
AREQUIFA

COMPONENTE DE SALUD BUCAL

FICHA DE CONTROL ESTOMATOLOGICO DEL NIÑO

H.C.

APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ NOMBRE (S) _____

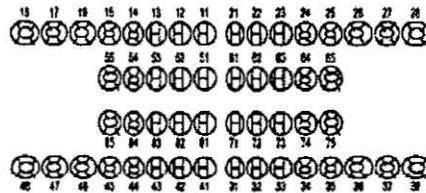
FECHA DE NACIMIENTO EDAD

CENTRO EDUCATIVO _____ GRADO / SECCION _____

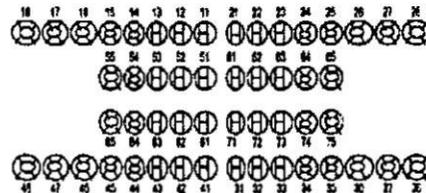
DOMICILIO _____
(Localidad, Distrito y Provincia)

FECHA	EXAMEN N° 1		EXAMEN N° 2			
	Sano	Enf.	Sano	Enf.		
Encía						
Labios	Sano	Enf.	Sano	Enf.		
Carrillos	Sano	Enf.	Sano	Enf.		
Paladar	Sano	Enf.	Sano	Enf.		
Lengua	Sano	Enf.	Sano	Enf.		
ATM	Normal	Alterada	Normal	Alterada		
Oclusión	Normal	Alterada	Normal	Alterada		
Cariadas						
Pérdidas						
Erroc. Indc.						
Oclusadas						
Indice de Caries	DPO-D		DPO-D			
	cep-4	cep-4	cep-4	cep-4		
Uso del cepillo	Hab.	Cost.	Nunca	Hab.	Cost.	Nunca
Detección de Placa blanda y calcificada	DI-6	Pocos	CI-6	DI-6	Pocos	CI-6
		17-16			17-16	
		19-21			19-21	
		23-27			23-27	
		28-37			28-37	
	31-41			31-41		
	48-47			48-47		
Indice DI y CI - 6						
Indice de HO - 6						
Estado de Higiene	Bueno	Regular	Mala	Bueno	Regular	Mala

EXAMEN N° 1



EXAMEN N° 2



C = Caries
 P = Pulpitis
 X = Faltante
 O = Ortodoncia
 R = Restauración

DIAGNOSTICO (S) _____

OBSERVACIONES: _____

ANTECEDENTES:

Alergias: SI NO Anestesia SI NO Pulpitis: SI NO

Hemorragias: SI NO

Anexo 2: Norma Técnica.



Anexo 4: Programa Excel.

