



CARRERA DE ODONTOLOGÍA.

Tesis de grado.

Previo a la obtención del título de:

Odontóloga.

Tema:

Pérdida prematura de dientes temporales en niños y niñas de 5 a 9 años de la Escuela

Fiscal Mixta 24 de Mayo N°2 período marzo-junio 2015.

Autora:

Karla Cristina Mendoza Macías.

Directora de tesis:

Odo. Yohana Macías Yen Chong Mg. Gs.

Cantón Portoviejo - Provincia de Manabí - República del Ecuador.

2015.

CERTIFICACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS.

Odo. Yohana Macías Yen Chong Mg. Gs., certifica que la tesis de investigación titulada: Pérdida prematura de dientes temporales en niños y niñas de 5 a 9 años de la Escuela Fiscal Mixta 24 de Mayo N°2 período marzo-junio 2015, en la ciudad de Portoviejo. Es trabajo original de Karla Cristina Mendoza Macías, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

Odo. Yohana Macías Yen Chong Mg. Gs.

Directora de tesis.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

Tema:

Pérdida prematura de dientes temporales en niños y niñas de 5 a 9 años de la Escuela Fiscal Mixta 24 de Mayo N°2 período marzo-junio 2015, ha sido presentado y realizado por la egresada Karla Cristina Mendoza Macías, cumpliendo con todo lo señalado en el reglamento interno de graduación, previo a la obtención del título de Odontóloga.

Tribunal:

Dra. Lucía Galarza Santana Mg. Gs.

Directora de la carrera.

Odo. Yohana Macías Yen Chong Mg. Gs.

Directora de tesis.

Odo. Geomara Dueñas Zambrano Mg. Gs.

Miembro del tribunal.

Odo. Jessica García Loor

Miembro del tribunal.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA.

La responsabilidad de las ideas y resultados del presente trabajo investigativo: Pérdida prematura de dientes temporales en niños y niñas de 5 a 9 años de la Escuela Fiscal Mixta 24 de Mayo N°2 período marzo-junio 2015 pertenece exclusivamente a la autora Karla Cristina Mendoza Macías, y el patrimonio intelectual de la tesis de grado corresponderá a la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Karla Cristina Mendoza Macías.

Autora.

AGRADECIMIENTO.

A Dios porque gracias a sus bendiciones hoy me permite cumplir una meta más en mi vida. A Sathya Sai Baba por iluminarme en cada paso que doy. A mi ángel celestial mi abuelita mami Rina por su protección y amor. Le agradezco a mi mamita Alexandra Macías Cedeño por ser mi apoyo incondicional, por haber luchado conmigo todos estos años de estudios. A mí padre Juan Carlos Mendoza porque gracias a su sacrificio diario me permitió cumplir este sueño realidad, y a pesar de la distancia siempre me ha demostrado lo grandioso que es como padre y el amor que siente por mí. A mis hermanos Carlos Andrés y Denisse Alexandra por ser mi impulso para seguir adelante. A mi abuelito, mi papi Carlos por ser mi ejemplo de superación, de esfuerzo, quien sabe darme el amor de un padre. A mi tía Narcisa Macías Cedeño por todo el apoyo que me brindó.

Le agradezco a la persona que siempre ha estado conmigo, quien sabe escucharme, con quien comparto no solo mis experiencias y logros sino también mis problemas, quien siempre está ahí con una palabra positiva ayudándome y apoyándome, con quien he conocido la felicidad de un amor profundo Miguel Ángel Lapo Palacios. A mis amigos Dayan (+), Gema y Marianny porque juntos luchamos por este sueño, que hoy se ve plasmado en los cuatro. A mi directora de tesis Odo. Yohana Macías Yen Chong, por toda su ayuda durante la realización de la misma.

Karla Cristina Mendoza Macías.

DEDICATORIA.

A Dios Todopoderoso por pincelar con su bondad mi vida, por haberme dado más de lo que merecía una gran familia como la que tengo. A mis queridos padres: Juan Carlos Mendoza Álava y Alexandra Jacqueline Macías Cedeño; a mis amados hermanos Carlos Andrés y Denisse Alexandra Mendoza Macías. A toda mi familia en general, este logro no solo es mío, también es de ustedes.

De manera especial quiero dedicársela con todo mi amor a mi abuelita que me protege cada día desde el cielo mi mami Rina, y a mi madre Alexandra por su amor infinito, por haber estado a mi lado a lo largo de estos años, sin dejarme ningún momento sola, por haberme brindado su apoyo para seguir adelante, y hoy poder culminar mi etapa universitaria, y emprender mi vida profesional.

Karla Cristina Mendoza Macías.

RESUMEN.

La pérdida prematura de dientes temporales constituye uno de los principales temas que conlleva al desequilibrio del sistema estomatognático. Sin embargo, dicho en la literatura a nivel mundial, no son muy frecuentes los estudios sobre este tema, he ahí la importancia de este estudio, debido a que en la Escuela Fiscal Mixta 24 de Mayo N°2 no existían estudios en el campo de la Odontología. La caries dental por su origen multifactorial es conocida como la principal causa de pérdida dental prematura, seguida de los traumatismos. En la literatura también se nombran otras causas como erupción precoz del diente permanente, exfoliación por compromiso y las iatrogenias.

Se realizó un estudio a 230 escolares de la Escuela Fiscal Mixta 24 de Mayo N°2, cuyas edades comprendían de 5 a 9 años. Se diagnosticaron 80 escolares con pérdida dental prematura de dientes temporales, con 105 dientes perdidos mediante un examen clínico bucal correspondiente; también se encontraron hallazgos como la prevalencia de caries y extracciones indicadas como factor próximo a la pérdida dental. Se realizó una encuesta dirigida a los padres de familias/representantes para conocer la causa de la pérdida dental prematura. En este estudio se demostró que esta pérdida prevaleció en el sexo femenino, a la edad de 7 años; la pieza dentaria con mayor índice de pérdida prematura fue el N° 75, y la causa principal fue la caries dental.

Palabras claves: Pérdida dental prematura, sexo, edad, causas.

ABSTRACT.

Premature loss of baby teeth is one of the main themes which leads to imbalance of stomatognathic system. However this in the literature worldwide are not as much studies on this subject, here is the importance of this study, because in the public school "24 de Mayo" has not been any study in the Dentistry field. Tooth decay by its multifactorial origin is known as the leading cause of premature loss, followed by trauma. In the literature other causes as early eruption of permanent, exfoliation are also named for commitment and iatrogenic.

A study was conducted at 230 children of the public school "24 de Mayo", whose ages ranged from 5-9 years. 80 students were diagnosed with premature tooth loss of baby teeth, 105 teeth lost by a corresponding oral examination; findings as the prevalence of caries and extractions indicated as next factor to tooth loss were also found. A survey parents/ guardians for the cause of premature tooth loss was performed too. In this study it was shown that this loss is prevalent in females, at the age of seven years, the tooth with the highest rate of premature loss was N° 75, and was the main cause of tooth decay.

Keywords: premature tooth loss, sex, age, causes.

ÍNDICE.

Portada	
Certificación de la directora 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. Preguntas de la investigación.....	6
1.4. Delimitación de la investigación.	6
1.5. Justificación.	7
1.6. Objetivos.....	8
1.6.1. Objetivo general.....	8
1.6.2. Objetivos específicos.	8
Capítulo II.	9
2. Marco Teórico Referencial y Conceptual.....	9
2.1. Dentición.....	9
2.2. Dientes temporales.....	9
Dentición mixta.	10
Dentición permanente.	11
Erupción dentaria.....	11
2.2.1. Cronología de la erupción dentaria.....	12

Exfoliación.....	13
2.2.2. Función de los dientes temporales.....	13
2.2.3. Indicaciones para la extracción de dientes temporales.....	14
2.2.4. Contraindicaciones para la extracción de dientes temporales.....	15
2.3. Pérdida prematura de dientes temporales.....	16
2.4. Causas de la pérdida prematura de dientes temporales.....	18
Causas desconocidas.....	19
2.4.1. Caries.....	19
Etiología de la caries.....	22
Tipos de caries.....	22
Principales factores predisponentes a la caries dental.....	23
Placa bacteriana.....	23
Cálculo dental.....	24
Gingivitis.....	24
Dieta.....	24
Civilización y raza.....	25
Herencia.....	26
Edad.....	26
Sexo.....	26
2.4.2. Erupción precoz del permanente.....	27
2.4.3. Traumatismo.....	27
Definición.....	27
Factores etiológicos de los traumatismo dentales.....	29
Clasificación de los traumatismos.....	29
2.4.4. Exfoliación de compromiso (Discrepancia local).....	30
2.4.5. Iatrogenia.....	30
2.5. Consecuencias de las pérdidas prematuras de dientes temporales.....	31
2.6. Tratamiento de la pérdida prematura de dientes temporales.....	32
Indicaciones para la colocación de mantenedor de espacio.....	33
Alternativas del tratamiento.....	33
Pérdida prematura de dientes anteriores.....	34
Pérdida prematura de molares primarios.....	34
Alternativas de tratamiento.....	35

Medidas de prevención.....	35
Higiene oral.....	35
El cepillado dental.....	35
Uso del hilo dental.....	36
Alimentación.....	37
Visitas al odontólogo.....	37
2.7. Unidades de observación y análisis.....	39
2.8. Variables.....	39
2.8.1. Matriz de operacionalización de las variables.....	39
Capítulo III.....	40
3. Marco Metodológico.....	40
3.1. Modalidad.....	40
3.2. Tipo de investigación.....	40
3.3. Métodos.....	40
3.4. Técnicas.....	41
3.5. Instrumentos.....	41
3.6. Recursos.....	41
3.6.1. Humanos.....	41
3.6.2. Material de oficinas.....	41
3.6.3. Tecnológicos.....	42
3.6.4. Económicos.....	42
3.7. Población y muestra.....	42
Criterios de inclusión.....	43
Criterios de exclusión.....	43
3.8. Proceso de recolección de la información.....	43
3.9. Procesamiento de la investigación.....	43
3.9.1. Ética.....	44
Capítulo IV.....	45
4. Análisis e Interpretación de los Resultados.....	45
4.1. Análisis e interpretación de las fichas de observación realizadas a los escolares ...	45
Cuadro 1.....	45
Población examinada.....	45
Cuadro 2.....	48

	Distribución por sexo con mayor pérdida prematura de dientes temporales.....	48
	Cuadro 3.....	50
	Distribución por edad con mayor pérdida prematura de dientes temporales.....	50
	Cuadro 4.....	52
	Pieza dentaria con mayor índice de pérdida prematura.	52
	Cuadro 5.....	54
	Causas más frecuentes de la pérdida dental prematura.	54
	Hallazgos.	57
	Cuadro 6.....	57
	Prevalencia de caries dental en los escolares.....	57
	Cuadro 7.....	59
	Extracciones indicadas en los escolares.	59
	Capítulo V.....	61
5.	Conclusiones y Recomendaciones.....	61
5.1.	Conclusiones.....	61
5.2.	Recomendaciones.	62
	Capítulo VI.....	63
6.	Propuesta Alternativa.....	63
6.1.	Tema.	63
6.1.1.	Entidad ejecutora.	63
6.1.2.	Clasificación del proyecto.	63
6.1.3.	Localización.....	63
6.2.	Justificación.	63
6.3.	Marco institucional.	64
6.4.	Objetivos.....	65
6.4.1.	Objetivo general.....	65
6.4.2.	Objetivos específicos.....	65
6.5.	Descripción de la propuesta.....	65
6.6.	Responsables.....	66
	Beneficiarios.....	66
6.7.	Diseño metodológico.....	66
	Cronograma.	67
	Presupuesto de la propuesta alternativa.....	67

6.8.	Factibilidad.....	68
6.9.	Sostenibilidad.....	68
	Anexos.....	69
	Bibliografía.....	

INTRODUCCIÓN.

El estudio de pérdida dental es un tema preponderante para los investigadores de salud, debido a que se encuentra asociado a diferentes problemas a nivel bucal, enfermedades sistémicas, así como también en las desigualdades de la salud.

La pérdida prematura de los dientes temporales es la pérdida tan temprana de los dientes primarios, que puede llegar a comprometer el mantenimiento natural del perímetro o longitud de arco y por ende la erupción del diente sucedáneo.

La pérdida prematura ya sea de uno o más dientes temporales en cualquier infante puede ser causado por: la caries dental, traumatismos, erupción precoz del diente permanente, exfoliación por compromiso, iatrogenias o causas desconocidas, independientemente de la causa, las pérdidas dentarias prematuras en niños conducirá en la mayoría de los casos la pérdida de espacio, produciendo alteraciones oclusales y mal posiciones dentarias en los dientes permanentes.

Además pueden dar como resultado otras alteraciones como: deformación ósea, migración mesial de los dientes próximos al espacio edéntulo, deficiencia funcional, desarrollo de hábitos orales, defectos en la fonética. Otra consecuencia de esta pérdida dental puede ser el traumatismo psicológico y alteraciones en la armonía estética del paciente pediátrico.

Este estudio investigativo se realizó con el objetivo de conocer sobre la prevalencia de pérdida prematura de dientes temporales según la edad y sexo en niños y niñas de 5 a 9 años que pertenecen a la Escuela Fiscal Mixta 24 de Mayo N°2, pudiendo concluir que de los 230 escolares examinados, se obtuvo 80 casos de pérdida prematura de dientes temporales, en donde predominó el sexo femenino y la edad a los 7 años, siendo la pieza n°75 la que presentó mayor índice de pérdida dental prematura e identificando que la causa más frecuente fue la caries dental, seguida del traumatismo.

CAPÍTULO I.

1. Problematización.

1.1. Tema:

Pérdida prematura de dientes temporales en niños y niñas de 5 a 9 años de la Escuela Fiscal Mixta 24 de Mayo N°2 período marzo-junio 2015.

1.2. Formulación del problema.

¿Cuál es la prevalencia de pérdida prematura de dientes temporales en niños y niñas de 5 a 9 años de la Escuela Fiscal Mixta 24 de Mayo N°2 período marzo-junio 2015?

1.3. Planteamiento del problema.

Consultando informaciones disponibles acerca de pérdida prematura de dientes temporales a nivel mundial en el sitio web medicacentre¹ (2004), señala que:

«En muchos países en desarrollo, el acceso a la atención sanitaria bucodental es limitado; a menudo los dientes o no se tratan o son extraídos», ha dicho el Dr. Poul Erik Petersen, coordinador del programa mundial de la OMS para la salud bucodental. (párr. 5).

Analizando nuevamente informaciones disponibles en el sitio web de Medicacentre² (2004), menciona que: La reducción de la ingesta de azúcares y una alimentación bien equilibrada previenen la caries dental y la pérdida prematura de

¹Organización Mundial de la Salud. (2004). La OMS publica un nuevo informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales. [En línea]. Consultado: [14, marzo, 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/>

²Organización Mundial de la Salud. (2004). La OMS publica un nuevo informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales. [En línea]. Consultado: [14, marzo, 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/>

dientes”. (Sección cómo pueden reducirse la carga de enfermedades bucodentales. párr. 1).

Indagando informaciones disponibles en el sitio web Medigraphic, en la revista Odontológica Mexicana; en su versión digital, un artículo Esquivel y Jiménez³ (2007), cita que:

En los países desarrollados la caries presenta muy alta incidencia, ya que no cuentan con los servicios para el cuidado bucal debido a su costo elevado. Es frecuente que los dientes afectados no tratados sean extraídos para evitar el dolor y las molestias, de esta forma la pérdida de dientes es vivida como una consecuencia inevitable del envejecimiento. (p. 47).

En Latinoamérica, investigando informaciones disponibles en el sitio web del Correo Científico Médico de Holguín, un artículo de Segura y colaboradores⁴ (2003), indica que:

Del total de examinados se detectaron 89 niños con pérdidas prematuras de dientes temporales (18,54); al distribuirlos por grupos de edad encontramos 12 afectados (7,5%) en el grupo de 5 a 6 años; 35 en el de 7 a 8 años (21,87%) y 42 en el grupo de 9 a 10 años (26,25%).

Los dientes temporales perdidos prematuramente con más frecuencia fueron los primeros molares con un número de 61 para un 46,21%, los segundos molares con 49 lo que representa el 37,12%, seguido de los caninos con 17 (12,88) y solo 5 incisivos, todos centrales (3,79), para un total de 132 dientes perdidos. (Sección de resultados, párr. 1).

³Esquivel, R., y Jiménez, J. (2007). Perfil epidemiológico de salud bucodental de estudiantes de la FES Iztalaca. [En línea]. consultado: [14, marzo, 2015]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2007/uo071g.pdf>

⁴Segura, N., Gutiérrez, M., Ochoa, M., y Díaz, J. (2005) Pérdida prematura de dientes temporales y mal oclusión en escolares Policlínica Pedro Díaz Coello 2003. Correo Científico Médico de Holguín. [En línea]. Consultado: [21, abril, 2015]. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no93/n93ori4.htm>

Siguiendo con esta investigación sobre estudios de las causas de pérdidas de dientes temporales; indagando en informaciones disponibles en sitios web Acta médica del centro, un artículo de Gómez y colaboradores⁵ (2007), se puede exponer que:

La caries dental es la causa más representada (79.3%): 14 niños (60.8) y nueve niñas (39.1) la padecían. Le siguen los traumas, que afectaron a cinco años, para un 17.2% del total de la muestra, y solo en una niña se observa la pérdida por causa desconocida. (párr. 11).

En la República del Ecuador, observando la tesis de Merino⁶ (2012), menciona que:

La causa de pérdida dentaria es la caries con un 74% frente a un 23 % por traumatismo y un 3% por otras causas no determinadas, esto nos indica que una mala higiene bucal y alimentación se encuentran entre las causas principales para la formación de caries con pérdida prematura de los segundos molares temporales. (p. 42).

En la Escuela Fiscal Mixta 24 de Mayo N°2 de la ciudad de Portoviejo no existen estudios investigativos sobre la prevalencia de pérdida prematura de dientes temporales en niños y niñas de 5 a 9 años de edad.

⁵Gómez, G., Pérez, A., y Delis, R. (2007). Pérdida prematura de dientes temporales en niños entre cinco y 12 años de edad. [En línea]. Consultado: [21, abril, 2015]. Disponible en: http://www.actamedica.sld.cu/r2_07/perdida.htm

⁶Merino, L. (2012). Pérdida prematura de los segundos molares temporales y sus consecuencias en el primer molar definitivo en niños de 7 a 12 años de la escuela unión panamericana en el año lectivo 2011-2012. Facultad de Odontología. Universidad Central del Ecuador. República del Ecuador. [En línea]. Consultado: [12, mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1248/1/T-UC-0015-49.pdf>

1.3.1. Preguntas de la investigación.

¿Cuál es la prevalencia de pérdida prematura de dientes temporales según la edad y sexo en los niños de la Escuela Fiscal Mixta 24 de Mayo N°2?

¿Cuál es la pieza dental con mayor índice de pérdida prematura de dientes temporales en niños y niñas de 5 a 9 años de la Escuela Fiscal Mixta 24 de Mayo N°2?

¿Cuáles son las causas más frecuentes que inciden en la pérdida prematura de dientes temporales?

1.4. Delimitación de la investigación.

Campo: Salud.

Área: Odontología.

Aspectos: Pérdida prematura de dientes temporales.

Delimitación espacial: Escuela Fiscal Mixta 24 de Mayo N°2 del cantón

Portoviejo, provincia de Manabí, República del Ecuador.

Delimitación temporal: marzo-junio 2015.

1.5. Justificación.

La dentición temporal establece la guía de erupción para los dientes permanentes y que estos a su vez se coloquen en la posición que les corresponde en el arco dentario. Por este motivo es que cualquier pieza dental requerirá siempre una atención especial, ya que trae consecuencias consigo como la pérdida de espacio en la arcada, por lo que al erupcionar los dientes permanentes producirán alteraciones oclusales y mal posiciones dentarias.

El presente estudio se ejecutó con la finalidad de realizar un diagnóstico de la salud bucal de los niños de la Escuela Fiscal Mixta 24 de Mayo N°2, con el fin de obtener datos actuales y veraces sobre las pérdidas dentales prematuras, y que puedan servir como referencia para nuevas investigaciones acerca de la posible prevalencia de pérdida prematura de dientes temporales en los escolares.

Los beneficiarios de este estudio fueron los alumnos y padres de familia, ya que se les proporcionó información necesaria para evitar en un futuro la pérdida dental prematura.

La importancia que tiene este estudio es que con el resultado que dio se pondrá énfasis en buscar medidas preventivas o curativas, con el fin de solucionar la problemática de los escolares y mejorar en gran parte su salud bucodental.

La ejecución de esta investigación fue factible ya que se contó con el apoyo del director de la escuela, con la colaboración de los profesores, padres de familias y alumnos. Se dispuso del tiempo, recursos económicos y bibliográficos.

1.6. Objetivos.

1.6.1. Objetivo general.

Caracterizar la pérdida prematura de dientes temporales en niños y niñas de 5 a 9 años de la Escuela Fiscal Mixta 24 de Mayo N°2 período marzo-junio 2015.

1.6.2. Objetivos específicos.

Determinar la prevalencia de pérdida prematura de dientes temporales según la edad y sexo de los niños y niñas de 5 a 9 años de la Escuela Fiscal Mixta 24 de Mayo N°2.

Identificar la pieza dental con mayor índice de pérdida prematura de dientes temporales en los niños y niñas de 5 a 9 años de la Escuela Fiscal Mixta 24 de Mayo N°2.

Determinar las causas más frecuentes de la pérdida prematura de dientes temporales según Ustrell y Duran.

CAPÍTULO II.

2. Marco Teórico Referencial y Conceptual.

2.1. Dentición.

Consultando informaciones disponibles en el sitio web del diccionario de la Real Academia Española⁷ (2014), se puede exponer que: “Un diente es cuerpo duro que, engastado en las mandíbulas del hombre y de muchos animales, queda descubierto en parte, para servir como órgano de masticación o de defensa”. (Sección diente, párr. 1).

Investigando informaciones disponibles en el sitio web Unidad Dental, un artículo de la Pontificia Universidad Católica de Chile⁸ (2013), cita que:

Un diente es un órgano que si es cuidado manteniendo una buena higiene y buen control odontológico, puede permanecer sano y durar toda nuestra vida. De este modo, una persona que siempre se ha preocupado por tener buena higiene, controlarse periódicamente con su odontólogo y tratarse oportunamente los problemas o enfermedades de carácter odontológico puede llegar a adulto mayor con sus piezas dentarias en boca en buen estado. (párr. 1).

2.2. Dientes temporales.

Analizando la obra de Gómez y Campos⁹ (2009), señala que: “Los primeros elementos deciduos erupcionan en la cavidad bucal entre el primero y segundo año de vida, completándose dicha dentición hacia los tres años de edad”. (p. 412).

⁷Real Academia Española. (2014). Diente. [En línea]. Consultado: [10, mayo, 2015]. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=diente>

⁸Pontificia Universidad Católica de Chile. (2013). ¿Por qué pueden perderse los dientes?. Unidad dental. [en línea]. Consultado: [10, mayo, 2015]. Disponible en: http://dental.saludestudiantil.uc.cl/index.php/saber-mas?task=verItem&id_item=34&vista=sabermas

⁹Gómez de F, M., y Campos, A. (2009). Histología, Embriología, e Ingeniería Tisular Bucodental. Reino de España: Médica panamericana.

Examinando nuevamente la obra de Gómez y Campos¹⁰ (2009), refiere que:

Los dientes primarios son reemplazados con posterioridad de forma progresiva por la dentición permanente a partir de los seis años, aproximadamente. Este proceso de cambio de una dentición a favor de una nueva se realiza mediante un fenómeno fisiológico denominado exfoliación de los dientes de leche o caducos. (p. 412).

Indagando informaciones disponibles en el sitio web medigraphic, en la Revista Médicas Latinoamericanas, en su versión digital; un artículo de Moreno y colaboradores¹¹ (2010), menciona que:

Los dientes temporales son responsables de conservar el espacio para la alineación de los dientes permanentes. Es importante conservarlos en buen estado el mayor tiempo posible para evitar el desarrollo de patologías asociadas a la pérdida dental prematura. Una de las técnicas preventivas más utilizadas para impedir el cierre del espacio disponible para la erupción de la dentición permanente, es el uso de mantenedores de espacio. (p. 30).

Dentición mixta.

Indagando en la obra de Van y Stockli¹² (2002), cita que: “La erupción de los primeros molares y el recambio que inicia simultáneamente en la zona antero inferior marcan la etapa de dentición mixta. Esta finaliza con la exfoliación de los caninos temporales superiores y los segundos molares temporales”. (p.12).

¹⁰Gómez de F, M., y Campos, A. (2009). Histología, Embriología, e Ingeniería Tisular Bucodental. Reino de España: Médica panamericana.

¹¹Moreno, S., Pedraza, G., y Lara, E. (2010). Mantenedor de espacio en pérdida prematura de órganos dentarios en dentición mixta. [En línea]. consultado [22, mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2011/od1111f.pdf>

¹²Van, H., y Stockli, P. (2002). Atlas de Odontología Pediátrica. Reino de España: Masson.

Dentición permanente.

Analizando la obra de Palsule¹³ (1997), refiere que:

Cuando los dientes permanentes se están desarrollando y van brotando a través de las encías para remplazar a los dientes temporales, las raíces de los dientes de leche son gradualmente absorbidas. Esto ocurre automáticamente, o los dientes temporales pueden ser extraídos fácilmente para dar lugar a los dientes permanentes correspondientes.

Así como los dientes centrales inferiores son los que aparecen primero también son los que se caen primero, y los otros similarmente se caen uno después del otro en el orden en el que fueron apareciendo.

Los dientes permanentes comienzan a salir generalmente a la edad de seis años, puesto que anteriormente alguno de los dientes temporales debe haberse caído. De los dientes permanentes los primeros cuatro en salir son aquellos que se localizan en el centro de cada mandíbula. De esta manera, a los siete años de edad, los dientes centrales temporales son los primeros en perderse para dar lugar a los centrales inferiores permanentes. A la edad de doce años, 28 dientes permanentes han aparecido. Los otros cuatro faltantes, erróneamente denominados “Muelas del Juicio” hacen su aparición a la edad de 20 años o más tarde, éstos se localizan al final de la mandíbula inferior y superior. (pp. 24 y 25).

Erupción dentaria.

Indagando informaciones disponibles en el sitio web de la Biblioteca virtual en salud de

Cuba, Morgado y García¹⁴ (2011), mencionaron lo siguiente:

La erupción dentaria es un proceso fisiológico que puede ser alterado por múltiples causas congénitas o ambientales.

La erupción dentaria es, en el ser humano, un proceso largo en el tiempo e íntimamente relacionado con el crecimiento y desarrollo del resto de las estructuras craneofaciales.

Tradicionalmente, se denomina erupción dentaria al momento eruptivo en que el diente rompe la mucosa bucal y hace su aparición en la boca del niño. Este concepto es erróneo, ya que la erupción dentaria, en el sentido más estricto, dura toda la vida del diente, comprende diversas fases e implica el desarrollo embriológico de los dientes y movimientos de desplazamiento acomodado en las arcadas. La aparición del diente en la boca recibe el nombre de emergencia dentaria y, aunque es llamativo para el niño, solo constituye uno de los

¹³Palsule, S. (1997). Odontología y Homeopático. Republica de la India: B.Jain Publishers.

¹⁴Morgado, D., y García, A. (2011). Cronología y variabilidad de la erupción dentaria. [en Línea]. Consultado: [22, mayo, 2015]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17_supl2_%202011/pdf/T16.pdf

parámetros para la evaluación de la normalidad o no del proceso. (Sección Introducción, párr. 1).

2.2.1. Cronología de la erupción dentaria.

Leyendo la obra de Boj y colaboradores¹⁵ (2004), cita que:

La primera dentición, denominada temporal, decidua, caduca o de leche, está formada por un total de 20 dientes que van emergiendo en la cavidad bucal entre los seis meses y los 2,5 años de edad. Posteriormente, desde los 6 hasta los 12 años de edad, con un cierto margen de variabilidad individual tiene lugar la sucesiva erupción de los dientes permanentes, a excepción de los terceros molares. Algunos dientes permanentes van a sustituir a los temporales, mientras que otros no tienen un predecesor temporal. Con la erupción de los cordales o terceros molares entre los 18 y 25 años de edad se completa la dentición permanente de 32 dientes. (p.27).

Observando la obra de Ash y Nelson¹⁶ (2010), refiere que: “Históricamente, el término erupción se ha empleado para describir la aparición del diente a través de la encía, pero se define mejor como el movimiento continuo del diente desde la fase de germen hasta que se consigue el contacto oclusal” (p.23).

Leyendo nuevamente la obra de Boj y colaboradores¹⁷ (2004), se puede saber que:

Clásicamente se admite que el primer diente definitivo que erupciona es el primer molar permanente. Este molar erupciona a los 6 años. De los 6 años y medio a los 7 erupciona el incisivo central inferior; a continuación y por este orden, erupcionan los centrales superiores, y luego a los 8 años lo hacen los incisivos laterales tanto superiores e inferiores. En esta etapa del recambio nos encontramos en *dentición mixta primera fase*; posteriormente tiene lugar el recambio en los sectores laterales, y desde este momento hasta su finalización constituye el periodo de *dentición mixta segunda fase*.

Alcanzada esta situación, hay que hacer diferenciación entre la arcada superior y la inferior, puesto que la secuencia es diferente en ambas. En la arcada inferior aparecerá en primer lugar el canino, seguidos del primer premolar y segundo

¹⁵Boj, J., Catalá, M., García, C., y Mendoza, A. (2004). Odontopediatría. Reino de España: Masson, S.A.

¹⁶Ash, M., y Nelson, J. (2010). Wheeler Anatomía, Fisiología y oclusión dental. Reino de España: Elsevier.

¹⁷Boj, J., Catalá, M., García, C., y Mendoza, A. (2004). Odontopediatría. Reino de España: Masson, S.A.

premolar (3-4-5), si bien podemos encontrar que aparezca el canino tras el primer premolar y antes de que lo haga el segundo (4-3-5). Cualquier otra situación sería patológica y se vería incrementada cuando el segundo premolar permanente erupcione antes de que esta secuencia ideal (3-4-5) o normal (4-3-5) se haya completado. En la arcada superior sucederá algo similar, siendo siempre el canino el que podría cambiar su cronología. Ya que más frecuente es que este lo haga después de la aparición del primer premolar y antes del segundo (4-3-5). (pp. 63 y 64).

Indagando la obra de Boj y colaboradores¹⁸ (2011), cita las siguientes tablas con el orden cronológico de la erupción dentaria: (Ver anexo 1 y 2).

Exfoliación.

Analizando informaciones disponibles en sitios web de Ortodoncia Ws. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría, en su versión digital; un artículo de Ortiz y colaboradores¹⁹ (2008), transcribe a continuación que:

El mecanismo fisiológico que da por resultado la eliminación de la dentición temporaria se denomina exfoliación; y al reemplazo de la dentificación a la sustitución por los dientes sucedáneos. La exfoliación es el resultado de la reabsorción progresiva de las raíces de los dientes temporales. (Proceso de sustitución de la dentición primaria, párr. 1).

2.2.2. Función de los dientes temporales.

Indagando la obra de Velayos²⁰ (2007) indica que:

La dentición temporal es importante en sí misma y para el futuro de la dentición definitiva. Aparte de la función propia de todo diente, que desempeña durante unos años, mientras son sustituidos por los dientes definitivos, su permanencia en boca es crucial para el correcto crecimiento de la dentición definitiva. (p.124).

¹⁸Boj, J., Catalá, M., García, C., Mendoza, A., y Planells, P. (2011). Odontopediatría la evolución del niño al adulto joven. Reino de España: Ripano, S.A.

¹⁹Ortiz, M., Farías, M., Godoy, S., y Mata, M. (2008). Pérdida prematura de dientes primarios en pacientes de 5 a 8 años de edad en la clínica de Odontopediatría de la Universidad Gran Mariscal de Ayacucho, 2004-2005. [En línea]. Consultado: [22, mayo, 2015]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2008/art2.asp>

²⁰Velayos, J., (2007). Anatomía de la cabeza para Odontólogos. República de Argentina: Médica Panamericana.

Continuando con la investigación sobre el tema de dientes temporales, consultando en la obra de Marín y colaboradores²¹ (2008), se puede referenciar que: “Los dientes temporales son fundamentales para la masticación de los alimentos, el desarrollo del lenguaje, la estética facial y la conservación del espacio para la erupción de los dientes permanentes”. (p. 241).

Consultando en la obra de Ash y Nelson²² (2010), nombra que: “La dentición Temporal tiene una función importante que contribuye a mantener la salud y el bienestar del individuo durante los primeros años, en los que el desarrollo físico y mental es mayor”. (p.29).

Indagando en la obra de Barbería y colaboradores²³ (2002), señala que:

La importancia estética de los dientes temporales es indudable. La normalidad de la forma, el color y la colocación de los dientes da lugar a una armonía que influye positivamente en el desarrollo de la autoestima del niño.

Cada uno de los grupos dentarios tiene una labor diferente en la masticación. Sea cortando, triturando, etc., deberán actuar de forma correcta para desmenuzar los alimentos y favorecer la primera fase de la digestión. (p. 183).

2.2.3. Indicaciones para la extracción de dientes temporales.

Indagando en la obra de Jiménez²⁴ (2007) se puede transcribir que las indicaciones para la exodoncia de dientes temporales son las siguientes:

Dientes con caries no restaurables
Dientes fracturados no restaurables
Dientes destruidos severamente con lesiones peri apicales

²¹Marín, A., Jaramillo, J., y Gómez, J. (2008). Manual de pediatría Ambulatoria. República de Colombia: Médica Panamericana.

²²Ash, M., y Nelson, J. (2010). Wheeler. Anatomía, Fisiología y oclusión dental. Reino de España: Elsevier

²³Barbería, L., Boj, Q., Catalá, P., García, B., y Mendoza, A. (2002). Odontopediatría. Reino de España: Masson.

²⁴Jiménez, M. (2007). Odontopediatría en Atención primaria. Reino de España. Editorial Vértice.

Dientes temporales sobre retenidos y que no permiten la erupción de los sucesores permanentes
Dientes supernumerarios no necesarios en la arcada dental
Dientes temporales anquilosados que tienen sucesores permanentes y no se pueden exfoliar normalmente
Dientes incluidos o impactados
Dientes colocados ectópicamente que no se pueden llevar a una función normal. (pp. 161 y 162).

Investigando informaciones disponibles en el sitio web del Ministerio de Salud de la República de Argentina²⁵ (2013), señala una extracción indicada a: “El diente que presenta solamente raíces o corona parcialmente destruida”. (Sección de Diente con extracción indicada, párr. 1).

2.2.4. Contraindicaciones para la extracción de dientes temporales.

Analizando informaciones disponibles en el sitio web Centro Dental Pedralbes²⁶ (2013), se puede exponer que:

Estomatitis infecciosa aguda o estomatitis herpética, se deberá curar antes de realizar la exodoncia
Discrasias sanguíneas no controladas
Infecciones agudas tales como periodontitis, celulitis, abscesos, etc. En este caso daremos primero cobertura antibiótica y después haremos la exodoncia.
Infecciones sistémicas agudas como septicemias o bacteriemias.
Enfermedades sistémicas no controladas (diabetes y cardiopatías congénitas)
Tumores malignos ya que el trauma podría favorecer la expansión del tumor. (párr. 5).

²⁵Ministerio de Salud de la República de Argentina. (2013). Indicadores epidemiológicos para la caries dental. [En línea]. Consultado: [13, mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000236cnt-protocolo-indice-cpod.pdf>

²⁶Centro Dental Pedralbes. (2013). La exodoncia en Odontopediatría. [En línea]. Consultado: [21, mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.centrodentalpedralbes.com/la-exodoncia-en-odontopediatria/>

2.3. Pérdida prematura de dientes temporales.

Consultando informaciones disponibles en sitios web de Ortodoncia Ws. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría, en su versión digital; un artículo de Ortiz y colaboradores²⁷ (2008), cita que: “Pérdida prematura: se refiere a la pérdida de los dientes primarios antes de tiempo comprometiendo tanto al perímetro como a la longitud del arco dentario y de la misma forma a la erupción del diente sucedáneo”. (Sección pérdida prematura de dientes temporales, párr. 2).

Consultando informaciones disponibles en el sitio web saber.ula.ve, de la revista Odontológica de los Andes; en su versión digital, García y colaboradores²⁸ (2007), transcriben que:

La pérdida prematura de dientes primarios representa una de las principales razones que lleva a alteraciones en el equilibrio del sistema estomatognático, así lo han expresado autores tales como Mc Donald y Avery, (1995), Barbería, Boj, Catalá, García y Mendoza (2001) sin embargo, son pocos los estudios reportados al respecto y que hayan sido descritos en la literatura de manera amplia como se hace con otras patologías. (p. 15).

Indagando en informaciones disponibles en sitios web Acta médica del centro, un artículo de Gómez y colaboradores²⁹ (2007), cita que:

La pérdida dental prematura en cualquier niño puede comprender uno o varios dientes y puede ser por caries, traumatismos, casos de ausencia congénita y otros. Independientemente de la causa, las pérdidas dentarias prematuras en niños dan como resultado la pérdida del equilibrio estructural, de la eficiencia funcional y

²⁷Ortiz, M., Farías, M., Godoy, S., y Mata, M. (2008). Pérdida prematura de dientes primarios en pacientes de 5 a 8 años de edad en la clínica de Odontopediatría de la Universidad Gran Mariscal de Ayacucho, 2004-2005. [En línea]. Consultado: [22, mayo, 2015]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2008/art2.asp>

²⁸García, M., Amaya, B., y Barrios, Z. (2007). Pérdida prematura de dientes primarios y su relación con la edad y el sexo en preescolares. Revista Odontológica de los Andes. [En Línea]. Consultado: [13, mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/24847/1/articulo2.pdf>

²⁹Gómez, G., Pérez, A., y Delis, R. (2007). Pérdida prematura de dientes temporales en niños entre cinco y 12 años de edad. [En línea]. Consultado: [21, abril, 2015]. Disponible en: http://www.actamedica.sld.cu/r2_07/perdida.htm

de la armonía estética. Otra consecuencia de esta pérdida dental puede ser el traumatismo psicológico, especialmente si los dientes afectados son los anteriores. (párr. 2).

Investigando informaciones disponibles en el sitio web del Correo científico médico de Holguín, un artículo de Segura y colaboradores³⁰ (2003), indica que:

Del total de examinados se detectaron 89 niños con pérdidas prematuras de dientes temporales (18,54); al distribuirlos por grupos de edad encontramos 12 afectados (7,5%) en el grupo de 5 a 6 años; 35 en el de 7 a 8 años (21,87%) y 42 en el grupo de 9 a 10 años (26,25%).

Los dientes temporales perdidos prematuramente con más frecuencia fueron los primeros molares con un número de 61 para un 46,21%, los segundos molares con 49 lo que representa el 37,12%, seguido de los caninos con 17 (12,88) y solo 5 incisivos, todos centrales (3,79), para un total de 132 dientes perdidos. (Sección de resultados, párr. 1).

Analizando informaciones disponibles en el sitio web Acta médica del centro, un artículo de Gómez y colaboradores³¹ (2007), señala que:

En nuestra investigación acerca del comportamiento de la pérdida temprana de dientes temporales en los niños de esta área de salud estudiamos una muestra de 239 niños, entre los cinco y 12 años de edad, de ambos sexos, y se pudo observar que la edad más representada fue la de 10 años (20.9%), con predominio del sexo masculino (60%), seguido por la edad de cinco años (16.3%), y predominio también del sexo masculino (58.9%). (párr. 7).

En cuanto a la distribución de los dientes perdidos según su localización podemos observar que el 75 (segundo molar inferior temporal) fue el que más se perdió prematuramente (28,5%), seguido por el 84 (primer molar inferior derecho temporal) con 16.6% y el 85 (segundo molar inferior derecho temporal) con 14.2%. (párr. 10).

³⁰Segura, N., Gutiérrez, M., Ochoa, M., y Díaz, J. (2005) Pérdida prematura de dientes temporales y mal oclusión en escolares Policlínica Pedro Díaz Coello 2003. Correo científico médica de Holguín. [En línea]. Consultado: [21, abril, 2015]. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no93/n93ori4.htm>

³¹Gómez, G., Pérez, A., y Delis, R. (2007). Pérdida prematura de dientes temporales en niños entre cinco y 12 años de edad. [En línea]. Consultado: [21, abril, 2015]. Disponible en: http://www.actamedica.sld.cu/r2_07/perdida.htm

Consultando informaciones disponibles en el sitio web de Asociación Colombiana de facultades de Odontología, en la Revista Colombiana de Investigación en Odontología, en su versión digital, un artículo de Chacón y colaboradores³² (2014), sobre un estudio de pérdida prematura de dientes temporales indica que: “El 43,2% de los niños presentaron pérdida prematura de dientes temporales; entre los niños que presentaron pérdida prematura de dientes el 30% de los niños presentaron pérdida de un solo diente, el 20% dos o tres dientes y el 15% cuatro dientes. El 9% perdió más de cinco dientes”. (Sección resultados, párr. 2).

En cuanto a la simbología de un diente perdido o ausente, investigando en informaciones disponibles del sitio web copcusco.org³³ (2015), se puede transcribir que: “Diente ausente se dibujará un aspa de color azul sobre la figura de la pieza dentaria que no se observa”. (Sección diente ausente, párr. 1).

2.4. Causas de la pérdida prematura de dientes temporales.

Examinando la obra de Ustrell y Duran³⁴ (2002), menciona que: “Las causas más frecuentes de pérdida prematura, por orden de mayor a menor frecuencia, son:

Caries y pérdida de dientes temporales.

Erupción precoz del permanente.

Traumatismo.

³²Chacón, K., Correa, J., Navarro, D., Gordillo, V., y Báez, L. (2014). Pérdida prematura de dientes temporales en niños de 0 a 8 años de edad. Revista Colombiana de Investigación en Odontología. [En línea]. Consultado: [20, abril, 2015]. Disponible en: <http://www.rcio.org/index.php/rcio/article/view/165/301>

³³Copcusco. (s.f.). Odontograma Universal. [En línea]. consultado: [20, abril, 2015]. Disponible en: <http://copcusco.org/descargas/odontograma.pdf>

³⁴Ustrell, J., y Duran, J. (2002). Ortodoncia. Reino de España: Edicions Universitat de Barcelona.

Exfoliación de compromiso (discrepancia local).

Iatrogenia (extracciones inadecuadas)". (p.114).

Causas desconocidas.

Leyendo el diccionario de la (RAE) Real Academia Española³⁵ (2014) en su versión digital; sobre la definición de causa se puede saber que es: “Aquello que se considera como fundamento u origen de algo”. (párr. 1).

Analizando nuevamente el diccionario de la Real Academia Española³⁶ (2014), en su versión digital, sobre la definición de desconocida se puede citar que significa: “Ignorado, no conocido de antes”. (párr. 1).

2.4.1. Caries.

Investigando informaciones disponibles en el sitio web de la revista Odontológica Mexicana, en su versión digital; un artículo de Aguilar y colaboradores³⁷ (2009), menciona que:

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha definido a la caries dental como un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y que evoluciona hasta la formación de una cavidad. También la OMS ha declarado que se estima que cinco mil millones de personas en el planeta han sufrido caries dental. (p. 28).

³⁵Real Academia Española. (2014). Causa. [En línea]. Consultado: [10, mayo, 2015]. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=causa>

³⁶Real Academia Española. (2014). Desconocida. [En línea]. Consultado: [10, mayo, 2015]. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=desconocida>

³⁷Aguilar, N., Navarrete, K., Robles, D., Aguilar, SH., y Rojas, A. (2009). Dientes sanos, cariados, perdidos y obturados en los estudiantes de la unidad académica de odontología de la Universidad Autónoma de Nayarit. [En línea]. consultado: [11, mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.odontologia.uady.mx/revistas/rol/pdf/V01N2p27.pdf>

Indagando en la obra del Ministerio de Salud Pública³⁸ (2014), sobre la definición de la caries dental cita que es: “Enfermedad infectocontagiosa que produce desmineralización de la sustancia inorgánica y desnaturalización de la sustancia orgánica”. (p. 19).

Leyendo en la obra de Negroni³⁹ (2009), cita que:

La caries dental es una enfermedad infecciosa, compleja, transmisible y multifactorial, en la que un amplio grupo de factores biológicos, socioeconómicos y culturales interactúan, directa o indirectamente en el establecimiento y desarrollo de los microorganismos cariogénicos incluidos en la comunidad microbiana de la biopelícula dental. (p. 249).

Indagando en la obra de Cuenca y Baca⁴⁰ (2013), refiere que:

La Caries dental solo se desarrolla en las superficies de los dientes cubiertas de biopelícula, la cual es considerada el principal factor etiológico. Sin embargo, las modificaciones microbianas de la placa que inducen la enfermedad son debidas a cambios ecológicos externos o internos. La dieta la saliva y la propia estructura del diente interactúan para modificar la patogenicidad de la placa. (p.96).

Continuando con esta investigación, leyendo la obra de Barceló⁴¹ (2010), cita que:

La Caries es una enfermedad infectocontagiosa. Algunos estudios han demostrado que existe una relación causal entre caries y alimentos blandos y con alto contenido de azúcar, así como con el tiempo que estos permanecen en boca, la frecuencia de su consumo y, por supuesto con la falta de higiene bucodental. (p.60).

³⁸Ministerio de Salud Pública. (2014). Protocolos Odontológicos. República del Ecuador: Dirección Nacional de Normalización-MSP.

³⁹Negroni, M. (2009). Microbiología Estomatológica fundamentos y prácticas de guía. República de Argentina: Médica Panamericana.

⁴⁰Cuenca, E., y Baca, P. (2013). Odontología preventiva y comunitaria principios métodos y aplicaciones. Reino de España:Masson.

⁴¹Barceló, E. (2010). Odontología para bebés estrategias de prevención. República de México: Trillas.

Investigando informaciones disponibles en el sitio web del acta Venezolana, un artículo de Medina y Colaboradores⁴² (2004), indica que:

La caries dental es una enfermedad crónica, infecciosa y multifactorial transmisible. Es muy prevalente durante la infancia y continua siendo la causa principal de pérdida dental. Se produce durante el periodo pos eruptivo del diente culminando en una desmineralización ácida localizada, pudiendo llegar a la destrucción total del diente si no es restringida. (párr. 1).

Siguiendo con esta investigación sobre estudios de las causas de pérdidas de dientes temporales; indagando en informaciones disponibles en sitios web Acta Médica del Centro, un artículo de Gómez y colaboradores⁴³ (2007), expone que:

La caries dental es la causa más representada (79.3%): 14 niños (60.8) y nueve niñas (39.1) la padecían. Le siguen los traumas, que afectaron a cinco años, para un 17.2% del total de la muestra, y solo en una niña se observa la pérdida por causa desconocida. (párr. 11).

Observando la tesis de Merino⁴⁴ (2012), se puede referenciar que:

La causa de pérdida dentaria es la caries con un 74% frente a un 23 % por traumatismo y un 3% por otras causas no determinadas, esto nos indica que una mala higiene bucal y alimentación se encuentran entre las causas principales para la formación de caries con pérdida prematura de los segundos molares temporales. (p. 42).

⁴²Medina, C., Herrera, M., Rosado, G., Minaya, M., Vallejos, A., y Casanova, J. (2003). Pérdida dental y patrones de caries en preescolares de una comunidad suburbana de Campeche. Acta Odontológica Venezolana. [En línea]. Consultado: [21, abril, 2015]. Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2004/3/perdida_dental_patrones_caries_preescolares.asp

⁴³Gómez, G., Pérez, A., y Delis, R. (2007). Pérdida prematura de dientes temporales en niños entre cinco y 12 años de edad. [En línea]. Consultado: [21, abril, 2015]. Disponible en: http://www.actamedica.sld.cu/r2_07/perdida.htm

⁴⁴Merino, L. (2012). Pérdida prematura de los segundos molares temporales y sus consecuencias en el primer molar definitivo en niños de 7 a 12 años de la escuela unión panamericana en el año lectivo 2011-2012. Facultad de Odontología. Universidad Central del Ecuador. República del Ecuador. [En línea]. Consultado: [12, mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1248/1/T-UCE-0015-49.pdf>

Etiología de la caries.

Leyendo la obra de Lanata⁴⁵ (2008), refiere que:

Paul Reyes sintetizó la etiología de la caries con un esquema de tres conjuntos, que representan los agentes etiológicos denominados primarios: dieta, huésped y microorganismos, cuya intersección- que simboliza su interacción- da origen a la enfermedad. No obstante, además de los factores mencionados, es indispensable considerar la intervención de otros coadyuvantes denominados secundarios o moduladores (tiempo, edad, salud general, grado de instrucción, nivel socioeconómico, antecedentes, variables de comportamiento y otros) cuya acción no fuerza el surgimiento de la caries dental, pero puede hacer variar –a favor o en contra- la aparición y la evolución de la enfermedad. (p. 4.).

Indagando la obra de Cawson y Odell⁴⁶ (2009), cita que:

Pruebas convincentes indican que los estreptococos son esenciales para el desarrollo de la caries, sobre todo en las superficies lisas (intersticiales). Se trata de un grupo heterogéneo de estreptococos *viridans* del que forman parte *Streptococcus mutans*, *S. sobrinus*, *S. salivaris*, *S. mitior* y *S. sanguis*.(p. 40).

Tipos de caries.

Analizando la obra de Boj y colaboradores⁴⁷ (2011), nombra los siguientes tipos de caries:

Caries Insipiente: Esmalte desmineralizado y frágil se daña rápidamente, imagen de mancha blanca.

Caries en Dentina Superficial: Antes de producirse fractura el esmalte. Cambio de coloración de blanco a gris o marroso

Caries en Dentina Profunda: Fractura el esmalte, se produce la cavitación de la lesión. Coloración amarillo oscuro o marrón. Sintomatología dolorosa. (p. 216).

⁴⁵Lanata, E. (2008). Atlas de Operatoria Dental. República de Argentina: Alfaomega grupo editor Argentino.

⁴⁶Cawson, R., y Odell, E. (2009). Cawson fundamentos de Medicina y Patología Oral. Reino de España: Elsevier.

⁴⁷Boj, C., Catalá, M., García, C., Mendoza, A., y Planells, P. (2011). Odontopediatría la evolución del niño al adulto joven. Reino de España: Ripano, S.A.

Principales factores predisponentes a la caries dental.

Placa bacteriana.

Leyendo la obra de Guedes y colaboradores⁴⁸ (2003), cita que:

La placa bacteriana es considerada un factor etiológico determinante de la caries dental y de las enfermedades periodontales; teniendo en cuenta esto, se puede entender la importancia que ocupa la higiene bucodental en la promoción y mantenimiento de la salud bucal. Los métodos para la remoción mecánica de la placa bacteriana sobre las superficies dentarias, obtenidos a través del cepillado, representan ser los medios más eficaces y de mayor conocimiento por la población y tienen la finalidad de reducir acúmulos bacterianos, promoviendo de esta manera la prevención de enfermedades ya mencionadas. (p. 63).

Analizando la obra de Boj y Ferreira⁴⁹ (2010), sobre placa bacteriana indica que:

“se adhiere a las superficies dentarias dando aspecto rugoso, produce lesión gingival que va desde la inflamación papilar hasta la recesión de la misma”. (p.50).

Leyendo la obra de Bascones⁵⁰ (2009), sobre placa dental señala lo siguiente:

Se trata de un material blando que se adhiere al diente, compuesto por microorganismos y sus productos bacterianos, y que no es fácilmente eliminado por enjuagatorios con agua. Las bacterias se encuentran unidas entre sí por una sustancia intermicrobiana. Es el primer agente etiológico de la gingivitis y de la periodontitis. (p. 91).

Continuando con la lectura de la obra de Bascones⁵¹ (2009), menciona que:

Según la localización topográfica de la placa bacteriana podemos hablar de placa supra gingival y placa infra gingival. La primera se deposita sobre el tercio gingival de los dientes y sobre grietas, rugosidades y márgenes de restauraciones

⁴⁸Guedes, A., Ciamponi, A., Duarte, D., Santos, E., Rodrigues, E., Biancalana, H., Miranda, L., Prokopowitsch, I., Martines, J., Imparato, J., Guimaraes, L., y Strazzeri, M., Kalil, S., Chedid, S., y Ferrerira, S. (2003). Rehabilitación Bucal en Odontopediatria. República Bolivariana de Venezuela: Amolca.

⁴⁹Boj, J., y Ferreira, L. (2010). Atlas de Odontopediatria. Reino de España: Ripano S.A.

⁵⁰Bascones, A. (2009). Periodoncia clínica e implantología oral. Reino de España: Ediciones Avances Medico-Dentales, S.L.

⁵¹Ibídem.

dentales. La segunda se deposita en el surco gingival y la bolsa periodontal. (p. 91).

Cálculo dental.

Consultando la obra de Harris y García⁵² (2005), expone que:

Una etapa última en la maduración de algunas placas dentales se caracteriza por la aparición de mineralización en las porciones profundas de la placa dental para formar el cálculo dental. El termino calculo proviene de la palabra latina *calculus* que significa cristal de roca o piedra. El término lego de sarro se refiere a un sedimento o incrustación acumulados a los lados de un barril o tonel. Algunas persona no presentan formación de cálculo, otras solo presentan cantidades moderadas y otras grandes cantidades. (p. 25).

Gingivitis.

Leyendo la obra de Van y Stockli⁵³ (2002), cita que:

La gingivitis es frecuente en los niños debido al descuido de la higiene bucal. La relación de la gingivitis con la acumulación de placas marginales, con lesiones de caries desatendidas y márgenes de restauración insuficientes es evidente. Una vez eliminada la irritación de los bordes, desaparecen el eritema y la tendencia al sangrado en cuestión de días. (p.51).

Dieta.

Continuando con la lectura de la obra de Guedes y colaboradores⁵⁴ (2003), se puede citar que: “Se entiende por dieta a la ingestión rutinaria de alimentos y bebidas realizada por cualquier persona diariamente; y por nutrición a la asimilación de los alimentos y su efecto sobre procesos metabólicos del organismo”. (p. 77).

⁵²Harris, N., y García, F. (2005). Odontología preventiva primaria. Estados Unidos Mexicano: Manual Moderno.

⁵³Van, H., y Stockli, P. (2002). Atlas de Odontopediatría Pediátrica. Reino de España: Masson.

⁵⁴Guedes, A., Ciamponi, A., Duarte, D., Santos, E., Rodrigues, E., Biancalana, H., Miranda, L., Prokopowitsch, I., Martines, J., Imparato, J., Guimaraes, L., y Strazzeri, M., Kalil, S., Chedid, S., y Ferrerira, S. (2003). Rehabilitación Bucal en Odontopediatría. República Bolivariana de Venezuela: Amolca.

Indagando la obra de Cano⁵⁵ (2010), menciona que: “La dieta rica en carbohidratos es el principal sustrato para el metabolismo bacteriano y para la producción de polisacáridos y ácidos que van a ayudar a la maduración de la placa y la desmineralización del diente respectivamente”. (p. 89).

Analizando nuevamente la obra de Guedes y colaboradores⁵⁶ (2003), expone que: “Los carbohidratos comúnmente presentes en la dieta son estimuladores de caries y ejercen su efecto cariogénico en la superficie del diente.” (p. 80).

Leyendo la obra de Koch y Poulsen⁵⁷ (2011) cita lo siguiente:

Para el desarrollo de las caries el alimento debe de contener carbohidratos fermentables, que las bacterias de la placa puedan utilizar en su metabolismo glicolítico para producir los ácidos. Incluso si la sacarosa es el carbohidrato fermentable más frecuentemente implicado en el proceso de la caries se debe de recordar que todos los carbohidratos fermentables pueden causar la producción de ácido. (p.96).

Civilización y raza.

Leyendo la Obra de Barrancos y Barrancos⁵⁸ (2006), indica que: “En ciertos grupos humanos existe mayor predisposición a la caries que en otros, tal vez a causa de la influencia racial en la mineralización, la morfología del diente y la dieta”. (p. 206).

⁵⁵López, J. (2010). Odontología para la higiene oral. República de Colombia: Zamora editores.

⁵⁶Guedes, A., Ciamponi, A., Duarte, D., Santos, E., Rodrigues, E., Biancalana, H., Miranda, L., Prokopowitsch, I., Martines, J., Imparato, J., Guimaraes, L., y Strazzeri, M., Kalil, S., Chedid, S., y Ferrerira, S. (2003). Rehabilitación Bucal en Odontopediatria. República Bolivariana de Venezuela: Amolca.

⁵⁷Koch, G., y Poulsen, S. (2011). Odontopediatria abordaje clínico. República de Colombia: Amolca.

⁵⁸Barrancos, J., y Barrancos, P. (2006). Operatoria Dental: Integración Clínica. República de Argentina: Medica Panamericana.

Herencia.

Continuando con la lectura de la obra de Barrancos y Barrancos⁵⁹ (2006), señala que: “Existen grupos inmunes y otros altamente susceptibles y esta característica es transmisible”. (p. 306).

Edad.

Analizando informaciones disponibles en el sitio web Medellín todos por la vida; un artículo de Rodríguez y colaboradores⁶⁰ (2013), menciona que: “Hay tres grupos de edades en los que existe mayor susceptibilidad a la caries dental: 4-8- para caries de dentición temporal 11-18- para caries de dentición permanente 55-65- para caries de raíz”. (Sección otros factores bio-sociales, párr. 1).

Sexo.

Continuando con la investigación, nuevamente en el artículo de Rodríguez y colaboradores⁶¹ (2013), se puede transcribir que: “Algunos estudios reflejan al sexo femenino más afectado con mayor cantidad de dientes obturados y menor cantidad perdidos”. (Sección otros factores bio-sociales, párr. 2).

⁵⁹Barrancos, J., y Barrancos, P. (2006). *Operatoria Dental: Integración Clínica*. República de Argentina: Medica Panamericana.

⁶⁰Rodríguez, O., Guiardirú, R., Arte, M., Jimenez, V., Echevarria, S., y Calderon, A. (2013). Factores de Riesgo y prevención de caries en la edad temprana (0 a 5 años) en escolares y adolescentes. [En línea]. Consultado: [22, mayo, 2015]. Disponible en: <https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Salud/Secciones/Programas%20y%20Proyectos/Documentos/2013/APS/Factores%20de%20riesgo%20y%20prevenci%C3%B3n%20de%20caries%20en%20la%20edad%20temprana.pdf>

⁶¹Ibídem.

2.4.2. Erupción precoz del permanente.

Leyendo la obra de Duggal y colaboradores⁶² (2014), cita que: “La erupción precoz de la dentición permanente es muy rara, y se vincula con la exfoliación temprana de los dientes primarios”. (Trastornos de la erupción, párr. 1.).

2.4.3. Traumatismo.

Definición.

Investigando sobre traumatismo en páginas disponibles en sitio web, un artículo de la revista Imbiomed de Orozco y colaboradores⁶³ (2014), menciona que: “El traumatismo alveolo-dentario es aquel en el que existen lesiones dentales, paradentales, con integridad o no del diente. Aunque éste pueda quedar parcial o totalmente desplazado de su posición habitual”. (p. 40).

Analizando la obra de Berman y colaboradores⁶⁴ (2008), expone que: “Las lesiones traumáticas son, de forma típica, rápida, repentina e inesperada. Este es el motivo por el que los clínicos deben estar preparados para proporcionar una asistencia de urgencia apropiada en cualquier momento” (p.1).

⁶²Duggal, M., Cameron, A., y Toumba, J. (2014). Odontología Pediátrica. [En línea]. consultado: [12, mayo, 2015]. Disponible en: <https://books.google.es/books?id=uqz-CAAAQBAJ&pg=PT254&dq=que+es+la+erupcion+precoz+del+diente+permanente&hl=es&sa=X&ei=xVUVeGqLcbLsASQh4DQDg&ved=0CEkO6AEwBQ#v=onepage&q&f=false>

⁶³Orozco, N., Ríos, M., Rodríguez, L., Ortiz, F., y Rivera, L. (2014). Prevalencia del traumatismo dental en niños de edad escolar. Imbiomed. [En línea]. consultado: [13, mayo, 2015]. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=306&id_seccion=4703&id_ejemplar=9843&id_articulo=101093

⁶⁴Berman, L., Blanco, L., y Cohen, S. (2008). Manual clínico de traumatología dental. Reino de España: Elsevier.

Examinando nuevamente informaciones disponibles en sitios web de Imbiomed, un artículo de Orozco y colaboradores⁶⁵ (2014), refiere que:

Los traumatismos dentarios perjudican principalmente a la población escolar ya que la tendencia a un mayor suceso de lesiones dentales son comúnmente producidas por caídas, accidentes, prácticas de deportes, etc. Principalmente cuando el niño llega a la edad escolar es que aumentan los traumatismos por incremento de estas actividades. (p. 40).

Leyendo la obra de Tsukiboshi⁶⁶ (2000), cita que:

Uno de los problemas del trauma a la dentición primaria es la posibilidad de dañar a los gérmenes dentarios sucesores permanentes. La edad de los pacientes y el grado y dirección de la mal posición de los dientes primarios son algunos factores. La posible secuela a dientes permanentes después de un trauma que afecta a los dientes primarios influye:
Cambio de coloración e hipoplasia del esmalte
Curvatura y malformación de la corona anatómica y la raíz.
Hipoplasia radicular
Erupción Retardada. (p. 106).

Indagando informaciones disponibles en el sitio web saber.ula.ve, de la revista Odontológica de los Andes; en su versión digital, un artículo de García y colaboradores⁶⁷ (2007), señala lo siguiente:

Son muy pocos los estudios que se han realizado en relación con la pérdida prematura de dientes primarios, sin embargo Vaerla (1999) y Waggoner y Kupietzky (2001) señalan que los traumatismos dentoalveolares a una edad muy temprana, constituyen, después de la caries dental, la segunda causa de pérdidas prematuras de dientes primarios y permanentes. (p. 13).

⁶⁵Orozco, N., Ríos, M., Rodríguez, L., Ortiz, F., y Rivera, L. (2014). Prevalencia del traumatismo dental en niños de edad escolar. Imbiomed. [En línea]. consultado: [13, mayo, 2015]. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=306&id_seccion=4703&id_ejemplar=9843&id_articulo=101093

⁶⁶Tsukiboshi, M. (2000). Plan de tratamiento para dientes traumatizados. Estados Unidos de América: Amolca.

⁶⁷García, M., Amaya, B., y Barrios, Z. (2007). Pérdida prematura de dientes primarios y su relación con la edad y el sexo en preescolares. Revista Odontológica de los Andes. [En Línea]. Consultado: [13, mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/24847/1/articulo2.pdf>

Factores etiológicos de los traumatismo dentales.

Investigando informaciones disponibles en sitios web sobre las causas de los traumatismos dentales en la revista Odontológica de Especialidades (Rode), en su versión digital; un artículo de Teixeira y colaboradores⁶⁸ (2008), indica que: “Existen varios factores etiológicos de los traumatismos dentales en niños. La mayoría de los autores describe como más frecuentes: caídas, accidentes de coche y de bicicleta, las colisiones⁶⁹ y las actividades deportivas”. (párr. 3).

Clasificación de los traumatismos.

Continuando con la lectura de la revista Rode, en su versión digital; un artículo de Teixeira y colaboradores⁷⁰ (2008), menciona que:

Actualmente es prácticamente universal el uso de la clasificación de Andreasen, que es una modificación propuesta por la Organización Mundial de la Salud en su catalogación internacional de enfermedades aplicada a la odontología y a la estomatología, en 1995. La clasificación se refiere tanto a las lesiones de los tejidos duros dentales y de la pulpa, así como los tejidos periodontales, mucosa y hueso. Presenta la ventaja de que se puede aplicar tanto en la dentición temporal como permanente. (párr. 8).

⁶⁸Teixeira, V., Boix, H., Sáez, S., y Bellet, L. (2008). Traumatismos dentales en dentición permanente joven a propósito de un caso. Rode. [En línea]. consultado: [15, mayo, 2015]. Disponible en: http://www.infomed.es/rode/index.php?option=com_content&task=view&id=171&Itemid=28

⁶⁹Rozadura o herida hecha a consecuencia de ludir y rozarse una cosa con otra. Real Academia Española. (2014). Diccionario del estudiante. (23ªed.). Reino de España.

⁷⁰Teixeira, V., Boix, H., Sáez, S., y Bellet, L. (2008). Traumatismos dentales en dentición permanente joven a propósito de un caso. Rode. [En línea]. consultado: [15, mayo, 2015]. Disponible en: http://www.infomed.es/rode/index.php?option=com_content&task=view&id=171&Itemid=28

Siguiendo con la investigación sobre la clasificación de los traumatismos dentales, leyendo nuevamente la revista Rode, en su versión digital; un artículo de Teixeira y colaboradores⁷¹ (2008), refiere que:

Según afectación de tejido dentario:

Fractura incompleta (infracción)- correspondería a una fractura de esmalte no existiendo, por tanto, pérdida de sustancia dentaria.

Fractura no complicada de corona- fractura que afecta al esmalte exclusivamente o que afecta tanto al esmalte como a la dentina, pero sin exponer la pulpa.

Fractura complicada de corona en dientes con pulpa vital o necrótica- fractura que afecta al esmalte y a la dentina con exposición pupar. (párr. 9).

2.4.4. Exfoliación de compromiso (Discrepancia local).

Analizado la obra de Ustrell y Duran⁷² (2002), cita que: “Una intensa discrepancia ósea-dentaria provoca la exfoliación precoz de los caninos temporales, al erupcionar los incisivos permanentes.

Una exfoliación unilateral producirá una asimetría en la arcada dentaria.

Una exfoliación bilateral producirá simetría en la arcada”. (p. 117).

2.4.5. Iatrogenia.

Investigando en el diccionario de la Real Academia Española⁷³ (2012), define que: “iatrogénica es toda alteración del estado del paciente producida por el médico”. (Sección iatrogenia, párr. 1).

⁷¹Teixeira, V., Boix, H., Sáez, S., y Bellet, L. (2008). Traumatismos dentales en dentición permanente joven a propósito de un caso. Rode. [En línea]. consultado: [15, mayo, 2015]. Disponible en: http://www.infomed.es/rode/index.php?option=com_content&task=view&id=171&Itemid=28

⁷²Ustrell, J., y Duran, J. (2002). Ortodoncia. Reino de España: Edicions Universitat de Barcelona.

⁷³Real Academia Española. (2014). Iatrogenia. [En línea]. Consultado: [15, mayo, 2015]. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=iatrogenia>

Investigando sobre iatrogenias en la revista Tamé en su versión digital, un artículo de Castro y colaboradores⁷⁴ (2014), cita que:

Los daños iatrogénicos pueden ser de tres tipos: predecibles o calculados, aleatorios o accidentales y por negligencia o ineptitud. Entre las iatrogenias por especialidades odontológicas que puede encontrar son: En endodoncia: perforaciones radiculares en piso cameral, apical, lateral, fracturas de instrumentos, sub obturación, sobre extensión, sub extensión, fractura vertical y desadaptación de elementos intra radiculares. (p.275).

2.5. Consecuencias de las pérdidas prematuras de dientes temporales.

Analizando informaciones disponibles en el sitio web de Ortodoncia.ws de la revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría, en su versión digital; un artículo de De Sousa y colaboradores⁷⁵ (2013), indica que:

La pérdida temprana de dientes primarios, rompe con el orden natural del proceso, lo que conlleva en la mayoría de los casos una pérdida de espacio, con la consiguiente reducción de la longitud de arcada, ocasionando alteraciones oclusales y mal posiciones dentarias en la dentición permanente. (párr. 5).

Leyendo la obra de D´Escriván⁷⁶ (2007), cita que:

La pérdida prematura de los molares primarios retrasa la erupción de los premolares cuando aquella haya ocurrido entre los 4 y 5 años de edad, lo cual disminuye gradualmente y ya a los 8 a 10 años, se acelera debido a la proximidad de la pérdida normal del diente primario. Generalmente representa un problema severo; en especial si se trata del *segundo molar*, ya que se producen cambios indeseables y a menudo irreversibles: el primer molar permanente maxilar se rota mesiopalatinamente, con eje de rotación en la raíz palatina se reduce el espacio disponible para el segundo premolar y el sitio remanente se presentara en forma trapezoidal, con el lado más grande hacia palatino. En el arco mandibular el molar se inclina mesiolingualmente, y en ocasiones si la pérdida

⁷⁴Castro, M., Vázquez, L., y Garduño, M. (2014). iatrogenias en odontopediatria presentación de un caso clínico. Revisa Tamé.[En línea]. Consultado: [13, mayo, 2015]. Disponible en: http://www.uan.edu.mx/d/a/publicaciones/revista_tame/numero_8/Tam148-6.pdf

⁷⁵De Sousa, J., Mmoronta, N., y Quirós, O. (2013). Prematura Del Primer Molar Permanente En Pacientes Atendidos En El Hospital Luis Razetti Municipio Tucupita, Edo. Delta Amacuro. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. [En línea]. Consultado: [14, mayo, 2015]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/art20.asp>

⁷⁶D´Escriván, L. (2007). Ortodoncia en dentición mixta. República de Colombia: Amolca.

fue muy temprana, puede migrar y ocupar todo el espacio perdiéndose irremediamente el área para la erupción del segundo premolar, el cual tomara una dirección hacia lingual. (Apiñamiento secundario). (p. 344).

Continuando con la lectura de la obra de D´ Escriván⁷⁷ (2007), se puede referenciar que: “En muchos casos se observa además la distalización de los caninos primarios, lo que a su vez puede contribuir más al acortamiento de la longitud del arco por retrusión de los incisivos, más frecuente de presentarse en la arcada mandibular”. (p. 344).

Estudiando nuevamente informaciones disponibles en el sitio web de la de la Biblioteca virtual en salud de Cuba, un artículo de Ricardo⁷⁸ (2009), menciona que:

Los factores que se encuentran relacionados a las alteraciones de longitud del arco y pérdida de espacio son las exodoncias que se hacen antes del tiempo de exfoliación, secuencia de erupción alterada, dientes incluidos, caries interproximales, curva de Spee acentuada, habito de succión digital, traumatismos y las enfermedades sistémicas. (Sección de Introducción, párr. 3).

2.6. Tratamiento de la pérdida prematura de dientes temporales.

Indagando la obra de D´ Escriván⁷⁹ (2007), señala que:

Consideramos la pérdida prematura, total o parcial de los dientes primarios como un problema en el plano sagital, aunque sus consecuencias también pueden ser transversalmente ya que ello, puede llevar a la pérdida de la longitud y del ancho del arco dentario y por tanto debe de ser tratado de inmediato, los dientes migran mesialmente más rápidamente de lo que suponen el clínico. (p. 340).

⁷⁷D´Escriván, L. (2007). Ortodoncia en dentición mixta. República de Colombia: Amolca

⁷⁸Ibíd.

⁷⁹Ibíd.

Continuando con la investigación; analizando nuevamente la obra de D´ Escriván⁸⁰ (2007), indica que:

Ante la pérdida de un diente primario, el estudio debe ser muy cuidadoso a fin de establecer si está o no indicado su mantenimiento o si la conducta debe ser diferente, son ciertos detalles indicativos que deben ser considerados a fin de no realizar terapias innecesarias. (p.340).

Indicaciones para la colocación de mantenedor de espacio.

Estudiando la obra de D´ Escriván⁸¹ (2007), sobre las indicaciones para la colocación de mantenedor de espacio se puede transcribir que:

El mantenimiento del espacio está indicado en los siguientes casos:
Cuando se pierde precozmente uno o más dientes primarios.
Cuando no hay pérdida del perímetro del arco y
Cuando hay una predicción favorable al analizar la disponibilidad de espacio. (p. 340).

Alternativas del tratamiento.

Continuando con la lectura de la obra de D´ Escriván⁸² (2007), menciona que:

Los mantenedores podemos clasificarlos como *estéticos y funcionales*, los primeros son utilizados principalmente en los dientes anteriores para restaurar provisionalmente el espacio del diente perdido de una manera estética evitando así el cierre del espacio y mantenimiento al mismo tiempo la estética dental del paciente, los funcionales son aquellos que mantienen el espacio del diente perdido, pero sin hacer énfasis en el aspecto estético sino más bien en el funcional, por lo general son utilizados en la zona posterior.
En otro aspecto, pueden ser fijos o removibles y su selección estará supeditada al tiempo de usos requerido, a las características propias del paciente como la edad, grado de colaboración, etc. (p. 340).

⁸⁰D´ Escriván, L. (2007). Ortodoncia en dentición mixta. República de Colombia: Amolca

⁸¹Ibídem.

⁸²Ibídem.

Pérdida prematura de dientes anteriores.

Investigando la obra de D´Escriván⁸³ (2007), refiere que:

La pérdida de dientes anteriores maxilares por traumatismos a edades muy tempranas es bastante frecuente durante la dentición primaria, lo cual hace que el tratamiento respectivo sea realizado de inmediato. A esas edades tempranas lo más recomendable es la confección de un aparato estético- funcional.

Sin embargo, la disminución del espacio se produce solamente cuando la pérdida es muy temprana, no obstante en previsión de ello cuando se observa que el diente permanente está muy alto, falta mucho tiempo para su erupción y por tanto es incapaz de mantener su espacio, es recomendable su mantenimiento, de manera inmediata. Para ello podemos confeccionar mantenedores fijos o removibles; pero en caso de necesitar una alternativa rápida, ya sea porque el paciente no puede permanecer mucho tiempo en la localidad, o alguna otra razón que no permita un tratamiento que nos tome mucho tiempo, podremos tomar un trozo de alambre y conformarlo a la medida del espacio edéntulo, para cementarlo con cemento de ionómero de vidrio o con resina fotocurada. (pp. 341 y 342).

Pérdida prematura de molares primarios.

Leyendo la obra de D´Escriván⁸⁴ (2007), señala que:

La pérdida prematura de los molares primarios es el problema más frecuente encontrado, en países donde la caries dental sigue siendo un problema de salud pública, ya que ella puede, eventualmente, conducir a la pérdida prematura total o parcial de los dientes primarios, trayendo como consecuencia el acortamiento de la longitud del arco. Así que, la acción primera debe ser dirigida hacia el cuidado y mantenimiento de la integridad de los dientes.

Ante la pérdida prematura de dientes primarios posteriores, aun cuando tengamos una área apical media suficiente para la colocación de los sucedáneos y para el deslizamiento mesial de los primeros molares, hay la posibilidad de que se altere el orden de erupción de la zona, especialmente si la pérdida fue causada por algún proceso patológico, lo cual produjo pérdida ósea por encima de germen en desarrollo, con la consecuente aceleración de su erupción (aun cuando su raíz no haya alcanzado la longitud apropiada), y además, la sobre erupción del antagonista por la falta del contacto oclusal. (p. 343).

⁸³D´Escriván, L. (2007). Ortodoncia en dentición mixta. República de Colombia: Amolca

⁸⁴Ibíd.

Alternativas de tratamiento.

Consultando la obra de D´Escriván⁸⁵ (2007), indica que:

Cuando se trata de la pérdida en los segmentos posteriores, podemos utilizar tanto mantenedores removibles, como fijos, soldados a bandas y están indicados de manera muy especial, en los casos de pérdida del segundo molar primario, ya que la migración del primer molar permanente puede bloquear la erupción del segundo premolar muy rápidamente.

Mantenedores de espacio fijos, contruidos con bandas metálicas con barras soldadas que se mantienen cementados hasta que inicie la erupción el premolar correspondiente. Cuando se ha usado el molar permanente para su confección deben ser cuidadosamente controlados para evitar posible aparición de caries por filtraciones del cemento.

Cuando la pérdida de un segundo molar primario es inminente, y considerando la facilidad con que el primer molar permanente se mueve hacia mesial se impone el mantenimiento del espacio, de preferencia un arco lingual pasivo o una barra transpalatina, colocada aun antes de realiza la exodoncia del diente afectado. (pp. 346 y 348).

Medidas de prevención.

Higiene oral.

Indagando la obra de Laserna⁸⁶ (2008), cita que: “La correcta higiene dental personal diaria desde la infancia, “cuando todavía no hay enfermedad”, es la mejor forma de prevenir las enfermedades dentales”. (p. 57).

El cepillado dental.

Analizando la obra de Bardoni y colaboradores⁸⁷ (2010), señala que es:

El método de higiene bucal más ampliamente difundido, y cuenta con un alto grado de aceptabilidad social. El objetivo es remover la biopelícula dental o interferir en su formación para prevenir que llegue a ser patogénica pudiendo adicionarse, eventualmente, algún agente terapéutico. (p.250).

⁸⁵D´Escriván, L. (2007). Ortodoncia en dentición mixta. República de Colombia: Amolca

⁸⁶Laserna, V. (2008). Higiene dental personal diaria. Canadá: Trafford Publishing.

⁸⁷Bardoni, N., Escobar, A., y Castillo, R. (2010). Odontología Pediátrica la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. República de Argentina: Médica Panamericana.

Investigando informaciones disponibles en el sitio web El confidencial, un artículo de Ayuso⁸⁸ (2013), menciona que:

Cepillarse los dientes inmediatamente después de comer es uno de los errores más extendidos. Parece lógico pensar que el mejor momento para lavar la dentadura es después de usarla, pero es una idea equivocada. Si hacemos esto **frotaremos el ácido, el mayor enemigo de nuestros dientes, contra éstos**, haciendo que su efecto sea más intenso y duradero. (párr. 4).

Continuando con la investigación en el sitio web El confidencial, un artículo de Ayuso⁸⁹ (2013), se puede referenciar que:

Cepillarse los dientes antes de acostarnos es básico para mantener una correcta higiene bucal, pues es el momento del día en el que el lavado es más necesario. **Por la noche salivamos menos y las sustancias cariogénicas campan a sus anchas nuestra dentadura**, por ello es imprescindible que las eliminemos por completo antes de ir a la cama. El cepillado nocturno, sin embargo, es el que más veces se obvia, sobre todo entre los niños. (párr. 11).

Uso del hilo dental.

Indagando la obra de Nahás y colaboradores⁹⁰ (2009), cita que:

El hilo dental es completamente indispensable para una perfecta limpieza bucal. Es un elemento usado para la limpieza de los espacios interdentes, ya que en esas zonas no se consigue acceso con el cepillo. Es ahí donde los dientes contactan por lo que hay mayor facilidad de retener la placa bacteriana y restos alimenticios.

El hábito de su utilización debe de ser iniciado cuando el niño presenta los cuatro incisivos o algún contacto próximo entre los dientes. Siempre que sea posible, es interesante que el niño vea a los papas utilizándolo, porque eso será de gran estímulo e incentivo para él. (p. 86).

⁸⁸Ayuso, M. (2013). Por qué no debes cepillarte los dientes tras comer y otros consejos de higiene. [En línea]. Consultado: [26, mayo, 2015]. Disponible en: http://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2013-09-18/por-que-no-debes-cepillarte-los-dientes-tras-comer-y-otros-consejos-de-higiene_28912/

⁸⁹Ibíd.

⁹⁰Nahás, M., Schmitt, R., y Kim, S. (2009). Salud Bucal del Bebe al Adolescente. República Federativa del Brasil: Livraria Santos.

Alimentación.

Analizando informaciones disponibles en el sitio web de Contigo Salud, un artículo de Alvarado⁹¹ (2015), expone que:

Es importante que el cuidado de dientes y encías comience desde la infancia. La nutrición para la salud dental comienza desde que el bebé está en gestación y empiezan a formarse sus estructuras bucales y dentales. Es por eso que la madre debe incluir en su dieta fuentes de proteínas, vitaminas C y D, calcio, fósforo y flúor. (párr. 1).

Analizando informaciones disponibles en el sitio web Natursan, un artículo de Pérez⁹² (2014), cita que:

Es cierto que la alimentación diaria es una de las principales causas de la **caries**, sobre todo si no se sigue una correcta higiene bucal, sobretodo minutos después de haber comido.

Esto es vital aún más si cabe cuando consumimos alimentos dulces o ricos en azúcar.

Pero también la alimentación puede ser útil para prevenir la caries, y evitar y reducir su aparición, ya que existen unos auténticos alimentos anti caries que, escogidos sabiamente, pueden ayudar de manera positiva. (párr. 1 y 2).

Visitas al odontólogo.

Leyendo la obra de Guedes y colaboradores⁹³ (2011), refiere que:

Entre las especialidades Odontológicas, la Odontopediatría, es probablemente, aquella que presenta más posibilidades de lograr éxito en la promoción de la salud bucal, ya que abarcan cuidados que se inician aun en la etapa intrauterina, periodo por el cual, por regla general, los responsables tienden a buscar informaciones y a adoptar conductas volcadas a la prevención, y/o mejora de la salud del bebe. (p. 165).

⁹¹Alvarado, A. (2015). Alimentación para unos dientes sanos. [En línea]. Consultado: [26, mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.contigosalud.com/alimentacion-para-unos-dientes-sanos>

⁹²Pérez, C. (2014). Alimentos anticaries. [En línea]. Consultado: [26, mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.natursan.net/alimentos-anticaries/>

⁹³Guedes, A. Bobecker, M., Delgado, C., y Crivello, O. (2011). Fundamento de Odontología: Odontopediatría. República Federativa de Brasil: Santos.

Consultando la obra de Pinkham⁹⁴ (1996), indica que:

La odontología pediátrica es la odontología orientada al tratamiento de los problemas dentales y buco faciales que presentan los niños. Sin duda, el comienzo de la odontología infantil se vincula con el tratamiento de la caries dental, la pulpitis, y la inflamación y el dolor que se asocian con la infección del tejido pulpar y con la supuración en el hueso alveolar. (p.2).

Leyendo la obra de Cárdenas⁹⁵ (2003), expone que:

El objetivo del examen del paciente niño es obtener toda la información posible acerca del estado de salud oral del paciente, así como de la edad general asociada, ya que existen muchas situaciones en las cuales la salud oral afecta la salud general y viceversa. Además el examen oral nos da las bases para el diagnóstico y el pronóstico que va a determinar los requerimientos inmediatos y a largo plazo, ya sean de naturaleza preventiva-correctiva o restauradora. (p. 1).

Continuando con la investigación, en la obra de Pinkham⁹⁶ (1996), menciona que:

Aunque en sus comienzos se orientó a la extracción, más tarde la odontopediatría entro en una era la intercepción de la caries, con énfasis en los procedimientos diagnósticos y en el mantenimiento de la integridad de la arcada, en lugar de la perdida dental a causa de caries o traumatismos. (p.2).

⁹⁴Pinkham, J. (1996). Odontología Pediátrica. Estados Unidos Mexicanos: McGraw-Hill.

⁹⁵Cárdenas, D. (2003). Fundamento de Odontología: Odontología Pediátrica. República de Colombia: Corporación para investigaciones biológicas.

⁹⁶Pinkham, J. (1996). Odontología Pediátrica. Estados Unidos Mexicanos: McGraw-Hill.

2.7. Unidades de observación y análisis.

Los estudiantes de 5 a 9 años de edad de la Escuela Fiscal Mixta 24 de Mayo N°2.

2.8. Variables.

Edad.

Sexo.

Pérdida dental prematura.

Causas de la pérdida dental prematura.

2.8.1. Matriz de operacionalización de las variables.

(Ver anexo 3).

CAPÍTULO III.

3. Marco Metodológico.

3.1. Modalidad.

De campo: Debido a que la problemática surge de una realidad y la información será obtenida de ella.

3.2. Tipo de investigación.

Descriptivo de corte transversal: porque se va a describir la característica o problemática de este grupo, en un determinado lapso de tiempo corto.

3.3. Métodos.

Se procedió a recoger la información de los alumnos de 5 a 9 años de edad de la siguiente manera:

Se utilizó una ficha de observación (odontograma, anexo 7) en la cual se anotó datos del paciente como el sexo y la edad. Para la observación se realizó una exploración clínica de la cavidad bucal de cada paciente pediátrico, con la ayuda de un espejo bucal y explorador identificando las piezas dentarias que han sido pérdidas prematuramente, y colocando sobre las mismas una X azul, sin tomar en consideración a las piezas que fueron extraídas por exfoliación. También se observó cuales presentaron caries y extracción dentaria indicada, como hallazgo en esta población.

Para medir las causas de pérdida dental prematura se utilizó una encuesta (Ver anexo 8), dirigida específicamente a los padres de familia/ representante de los escolares. En donde contestaron sobre la causa o el motivo de la pérdida prematura de los dientes temporales de sus representados, colocando una X a lado de la respuesta que ellos consideraron correcta.

3.4. Técnicas.

Observación: examen clínico bucal, tomando como modelo el odontograma diseñado para este estudio.

Encuesta: cuestionario, para conocer la causa de la pérdida prematura de dientes temporales.

3.5. Instrumentos.

Se utilizó la matriz de observación (odontograma) en la que constaron los datos de los escolares como el sexo y la edad, y el odontograma correspondiente.

Cuestionario sobre las causas de las pérdidas dentales prematuras, dirigida a los padres de familia/ representantes.

3.6. Recursos.

3.6.1. Humanos.

Autora.

Directora de la tesis.

3.6.2. Material de oficinas.

Hojas.

Bolígrafos.

Equipo de diagnóstico.

Espejo.

Explorador.

Pinza algodonera.

Bandeja metálica.

Guantes.

Mascarillas.

Toallas de papel descartable.

Desinfectante de mano.

Fotocopias.

3.6.3. Tecnológicos.

Computadora.

Internet.

Cámara fotográfica.

Pen drive.

Impresora.

Scanner.

Software.

3.6.4. Económicos.

El desarrollo de la investigación tendrá un costo de \$ 434,61.

3.7. Población y muestra.

La muestra constó de 230 niños de 5 a 9 años de edad.

Criterios de inclusión.

Niños y niñas de 5 a 9 años de edad legalmente matriculados.

Que sus padres firmaron el documento de consentimiento informado.

Que hayan asistido a la escuela durante el periodo de investigación.

Criterios de exclusión.

Niños y niñas con menos de 5 años o mayores de 9 años legalmente matriculados.

Cuyos padres no otorgaron el consentimiento informado.

Que no hayan asistido a la escuela durante el periodo de investigación.

3.8. Proceso de recolección de la información.

La recopilación de la información, se obtuvo a través de una ficha de observación (odontograma) a los niños de 5 a 9 años y la encuesta dirigida a los padres de familia/ representante.

3.9. Procesamiento de la investigación.

Para la tabulación de los datos se utilizó el programa Microsoft Excel 2013 los mismos que luego fueron introducidos en tablas para cuyo análisis se calcularon las frecuencias y porcentaje. Los resultados estadísticos fueron representados mediante tablas y gráficos.

3.9.1. Ética.

El presente estudio tuvo como objeto la evaluación de los escolares y determinar las piezas dentarias que han sido perdidas prematuramente de los mismos, con la autorización e información previa del padre/ representante. No se realizó ningún tratamiento invasivo en los escolares pues solo se procedió a realizar un examen clínico bucal mediante un espejo bucal y explorador, lo cual nos brindó un diagnóstico clínico de pérdida dental, caries, y extracciones indicadas.

A todos los padres de familia/ representantes de los escolares se les administró un consentimiento informado (Ver anexo 6) en el cual se explicó su participación de manera voluntaria, el tema del estudio, su objetivo y el tiempo aproximado necesario para completar el examen clínico. En los casos en que los padres de familia/ representante no estuvieron de acuerdo en participar, sus representados fueron excluidos sin ningún inconveniente del estudio.

CAPÍTULO IV.

4. Análisis e Interpretación de los Resultados.

4.1. Análisis e interpretación de las fichas de observación realizadas a los escolares de 5 a 9 años de la Escuela Fiscal Mixta 24 de Mayo N°2 período marzo- junio 2015.

Cuadro 1.

Población examinada.

Población Examinada.	Frecuencia.	Porcentaje.
Escolares con pérdida dental prematura.	80	35
Escolares sin pérdida dental prematura.	150	65
Total.	230	100

Nota: Población Examinada. Realizado por la autora de la tesis. Ficha de observación realizada a los niños y niñas de 5 a 9 años de la Escuela Fiscal Mixta 24 de Mayo N°2. Anexo 7, p. 75.

Gráfico n° 1.

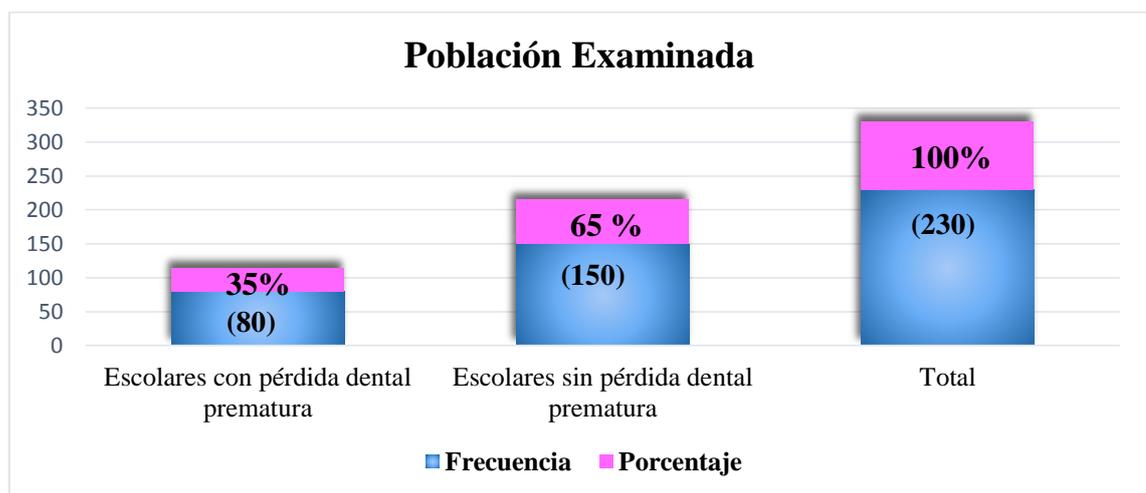


Gráfico No. 1. Población Examinada. Realizado por la autora de esta tesis. Datos obtenidos del cuadro 1. Cap. IV, p. 45.

Análisis e interpretación.

En el cuadro 1, se indica que del total de la muestra de 230, hubo 80 casos de escolares con pérdida dental prematura que corresponde al (35%), y 150 (65%) no tuvieron pérdida dental prematura.

Consultando informaciones disponibles en el sitio web de Asociación Colombiana de facultades de Odontología, en la Revista Colombiana de Investigación en Odontología, en su versión digital, un artículo de Chacón y colaboradores⁹⁷ (2014), sobre un estudio de pérdida prematura de dientes temporales menciona que: “El 43,2% de los niños presentaron pérdida prematura de dientes temporales; entre los niños que presentaron pérdida prematura de dientes el 30% de los niños presentaron pérdida de un solo diente, el 20% dos o tres dientes y el 15% cuatro dientes. El 9% perdió más de cinco dientes”. (cap. II, p. 18).

Investigando informaciones disponibles en el sitio web del Correo científico médico de Holguín, un artículo de Segura y colaboradores⁹⁸ (2003), indica que:

Del total de examinados se detectaron 89 niños con pérdidas prematuras de dientes temporales (18,54); al distribuirlos por grupos de edad encontramos 12 afectados (7,5%) en el grupo de 5 a 6 años; 35 en el de 7 a 8 años (21,87%) y 42 en el grupo de 9 a 10 años (26,25%). (cap. II, p. 17).

⁹⁷Chacón, K., Correa, J., Navarro, D., Gordillo, V., y Báez, L. (2014). Pérdida prematura de dientes temporales en niños de 0 a 8 años de edad. Revista Colombiana de Investigación en Odontología. [En línea]. Consultado: [20, abril, 2015]. Disponible en: <http://www.rcio.org/index.php/rcio/article/view/165/301>

⁹⁸Segura, N., Gutiérrez, M., Ochoa, M., y Díaz, J. (2005) Pérdida prematura de dientes temporales y maloclusión en escolares Policlínica Pedro Díaz Coello 2003. Correo científico médica de Holguín. [En línea]. Consultado: [21, abril, 2015]. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no93/n93ori4.htm>

Analizando las fuentes bibliográficas citadas, se puede concluir que coinciden con este estudio ya que se evidenció que de los 230 escolares examinados, hay 80 casos de prevalencia de pérdida prematura de dientes temporales con un 35%, y en el estudio de Segura y colaboradores se detectaron 89 casos de niños con pérdida prematura de dientes temporales, de la misma forma en el estudio de Chacón y colaboradores existió el 43,2%.

Cuadro 2.

Distribución por sexo con mayor pérdida prematura de dientes temporales.

Sexo.	Frecuencia.	Porcentaje.
Femenino.	44	55
Masculino.	36	45
Total	80	100

Nota: Distribución por sexo con mayor pérdida prematura de dientes temporales. Realizado por la autora de esta tesis. Ficha de observación realizada a los niños y niñas de 5 a 9 años de la Escuela Fiscal Mixta 24 de Mayo N°2. Anexo 7, p. 75.

Gráfico n°2.

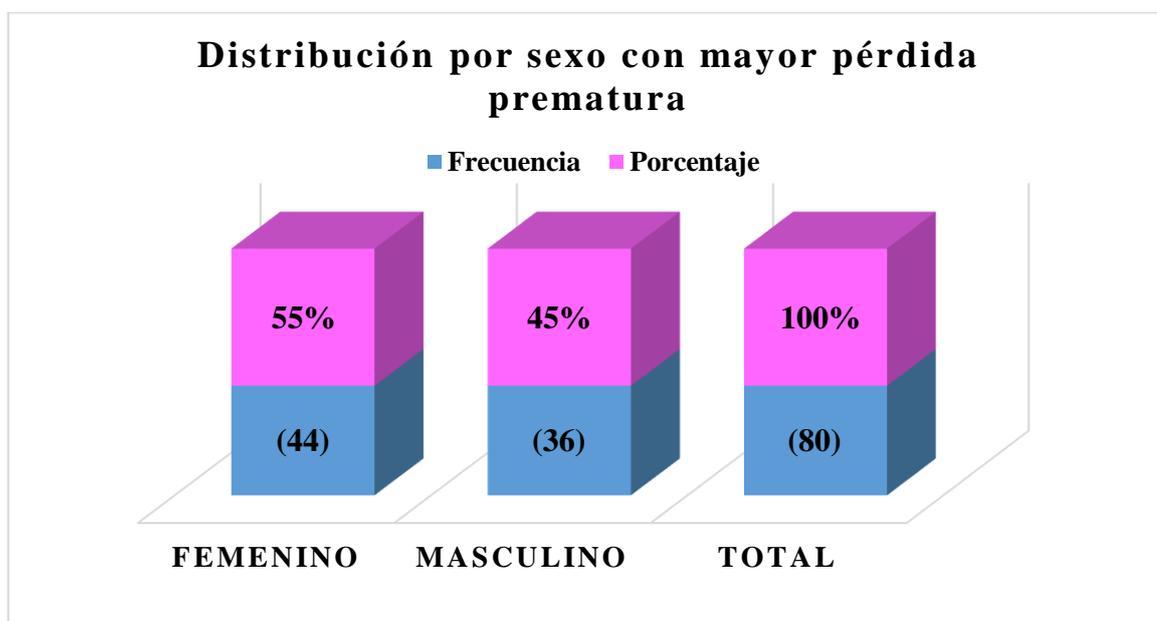


Gráfico No. 2. Distribución por sexo con mayor pérdida prematura de dientes temporales. Realizado por la autora de esta tesis. Datos obtenidos del cuadro 2. Cap. IV, p.48.

Análisis e interpretación.

En el cuadro 2, se indica que de los 80 casos de pérdida dental prematura; el sexo más afectado fue el femenino con un 55% que equivale a 44 niñas, en relación al masculino con un 45% que equivale a 36 niños.

Analizando informaciones disponibles en el sitio web Acta médica del centro, un artículo de Gómez y colaboradores⁹⁹ (2007), expone que:

En nuestra investigación acerca del comportamiento de la pérdida temprana de dientes temporales en los niños de esta área de salud estudiamos una muestra de 239 niños, entre los cinco y 12 años de edad, de ambos sexos, y se pudo observar que la edad más representada fue la de 10 años (20.9%), con predominio del sexo masculino (60%), seguido por la edad de cinco años (16.3%), y predominio también del sexo masculino (58.9%). (cap. II, p. 17).

Analizando los resultados obtenidos en este estudio con los datos citados se puede observar que no coinciden, ya que en esta población de escolares el sexo que predominó fue el femenino, mientras que en el dato citado fue el masculino.

⁹⁹Gómez, G., Pérez, A., y Delis, R. (2007). Pérdida prematura de dientes temporales en niños entre cinco y 12 años de edad. [En línea]. Consultado: [21, abril, 2015]. Disponible en: http://www.actamedica.sld.cu/r2_07/perdida.htm

Cuadro 3.

Distribución por edad con mayor pérdida prematura de dientes temporales.

Edad.	Frecuencia.	Porcentaje.
5 años.	17	21
6 años.	20	25
7 años.	21	26
8 años.	14	18
9 años.	8	10
Total.	80	100

Nota: Edad con mayor pérdida prematura de dientes temporales. Realizado por la autora de la tesis. Ficha de observación realizada a los niños y niñas de 5 a 9 años de la Escuela Fiscal Mixta 24 de Mayo N°2. Anexo 7, p. 75.

Grafico n° 3.

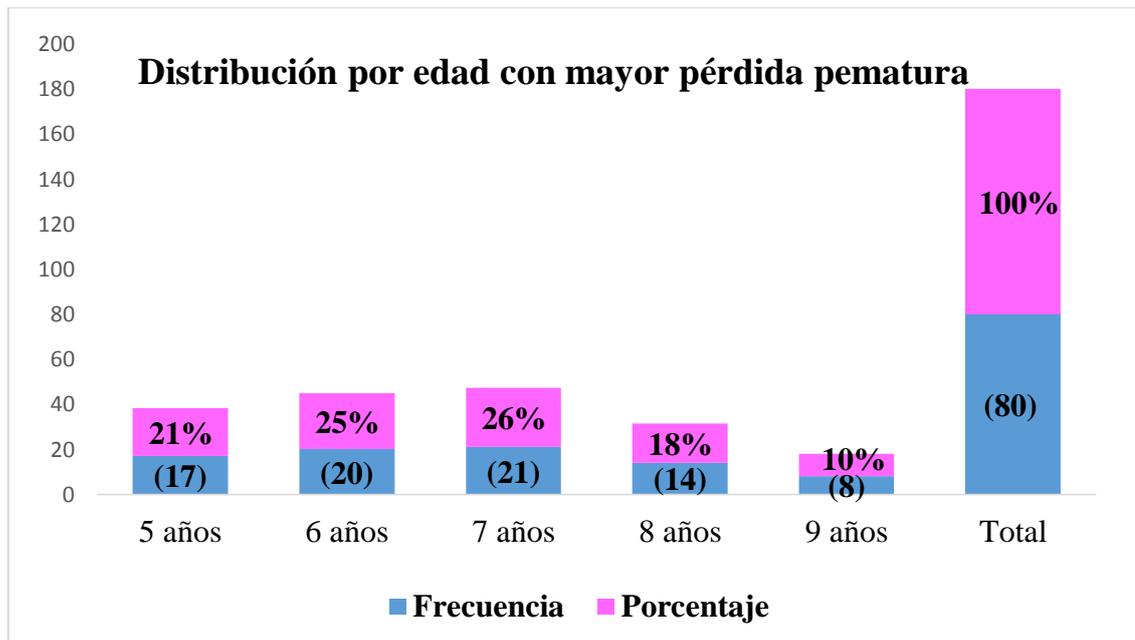


Gráfico No. 3. Distribución por edad con mayor pérdida prematura de dientes temporales. Realizado por la autora de esta tesis. Datos obtenidos del cuadro 3. Cap. IV, p. 50.

Análisis e interpretación.

En el cuadro 3, se indica que de los 80 casos de escolares con pérdida dental prematura, la edad más afectada fue la de 7 años con un 26%, seguido por la edad de 6 años con 25 %.

Consultando nuevamente informaciones disponibles en el sitio web Acta médica del centro, un artículo de Gómez y colaboradores¹⁰⁰ (2007), indica que:

En nuestra investigación acerca del comportamiento de la pérdida temprana de dientes temporales en los niños de esta área de salud estudiamos una muestra de 239 niños, entre los cinco y 12 años de edad, de ambos sexos, y se pudo observar que la edad más representada fue la de 10 años (20.9%), con predominio del sexo masculino (60%), seguido por la edad de cinco años (16.3%), y predominio también del sexo masculino (58.9%). (cap. II, p. 17).

Analizando los resultados de la fuente bibliográfica se evidencian que no coinciden con los encontrados en esta población estudiada, ya que aquí la edad que predominó es a los 7 años, seguido de los 6 años, mientras que en el dato citado fue a los 10 años, seguido de los 5 años.

¹⁰⁰Gómez, G., Pérez, A., y Delis, R. (2007). Pérdida prematura de dientes temporales en niños entre cinco y 12 años de edad. [En línea]. Consultado: [21, abril, 2015]. Disponible en: http://www.actamedica.sld.cu/r2_07/perdida.htm

Cuadro 4.

Pieza dentaria con mayor índice de pérdida prematura.

Piezas dentarias perdidas prematuramente.	Frecuencia.	Porcentaje.
51	2	2
61	1	1
52	3	3
62	1	1
53	2	2
54	10	10
64	9	9
55	7	7
65	4	4
81	1	1
74	19	18
84	14	13
75	22	21
85	10	10
Total	105	100

Nota: Pieza dentaria con mayor índice de pérdida prematura. Realizado por la autora de esta tesis. Ficha de observación realizada a los niños y niñas de 5 a 9 años de la Escuela Fiscal Mixta 24 de Mayo N°2. Anexo 7, p. 75.

Gráfico n° 4.

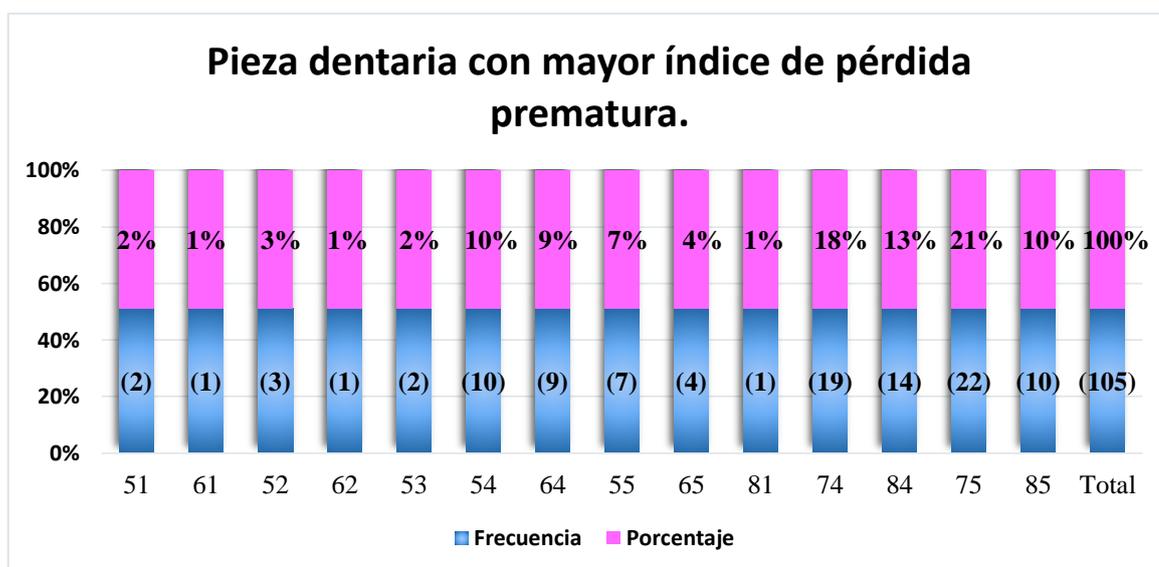


Gráfico No. 4. Pieza dentaria con mayor índice de pérdida prematura. Realizado por la autora de esta tesis. Datos obtenidos del cuadro 4. Cap. IV, p. 52.

Análisis e interpretación.

En el cuadro 4, se indica que de los 80 casos de pérdida dental prematura, 105 fueron los dientes perdidos. La pieza dentaria con mayor índice de pérdida prematura fue la N°75 con un 21% que equivale a 22 molares perdidos; pudiendo observar que le siguen las piezas N° 74 con un 18% que corresponde a 19 molares perdidos y la N° 84 con un 13% que corresponde a 14 molares perdidos.

Indagando en informaciones disponibles en el sitio web Acta médica del centro un artículo de Gómez y colaboradores¹⁰¹ (2007), señala que:

En cuanto a la distribución de los dientes perdidos según su localización podemos observar que el 75 (segundo molar inferior temporal) fue el que más se perdió prematuramente (28,5%), seguido por el 84 (primer molar inferior derecho temporal) con 16.6% y el 85 (segundo molar inferior derecho temporal) con 14.2%. (cap. II, p. 17).

Analizando los resultados se puede evidenciar que el dato citado coincide con los encontrados en la población estudiada, ya que en este estudio el diente con más pérdida prematura es el N° 75 (Segundo molar inferior derecho temporal) al igual que el citado.

¹⁰¹Gómez, G., Pérez, A., y Delis, R. (2007). Pérdida prematura de dientes temporales en niños entre cinco y 12 años de edad. [En línea]. Consultado: [21, abril, 2015]. Disponible en: http://www.actamedica.sld.cu/r2_07/perdida.htm

Cuadro 5.

Causas más frecuentes de la pérdida dental prematura.

Causas.	Frecuencia.	Porcentaje.
Caries.	60	75
Erupción precoz del permanente.	0	0
Traumatismo.	16	20
Exfoliación por compromiso.	0	0
Iatrogenia.	0	0
Desconocida.	4	5
Total.	80	100

Nota: Causas más frecuentes de la pérdida dental prematura. Realizado por la autora de esta tesis. Encuesta dirigida a los padres de familias/representantes. Anexo 8, p. 76.

Gráfico n°5.

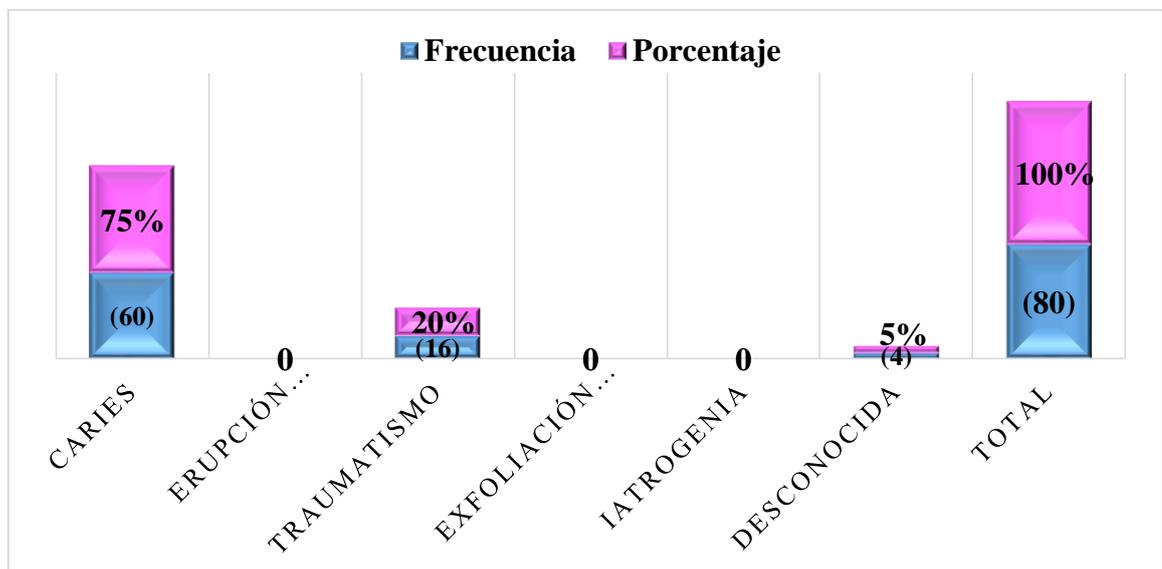


Gráfico N° 5. Causas más frecuentes de la pérdida dental prematura. Realizado por la autora de esta tesis. Datos obtenidos del cuadro 5. Cap. IV, p. 54.

Análisis e interpretación.

En el cuadro 5, se indica que de los 80 casos de escolares, existieron 60 casos de pérdida dental prematura causada por la caries dental que corresponde al 75%, seguido de 16 casos por traumatismos con un 20 % y 4 casos de causas desconocidas con un 5%.

Observando la tesis de Merino¹⁰² (2012), cita que:

La causa de pérdida dentaria es la caries con un 74% frente a un 23 % por traumatismo y un 3% por otras causas no determinadas, esto nos indica que una mala higiene bucal y alimentación se encuentran entre las causas principales para la formación de caries con pérdida prematura de los segundos molares temporales. (cap. II, p. 21).

Indagando informaciones disponibles en el sitio web saber.ula.ve, de la revista Odontológica de los Andes; en su versión digital, un artículo de García y colaboradores¹⁰³ (2007), indica que:

Son muy pocos los estudios que se han realizado en relación con la pérdida prematura de dientes primarios, sin embargo Vaerla (1999) y Waggoner y Kupietzky (2001) señalan que los traumatismos dentoalveolares a una edad muy temprana, constituyen, después de la caries dental, la segunda causa de pérdidas prematuras de dientes primarios y permanentes. (Cap. II, p. 28).

¹⁰²Merino, L. (2012). Pérdida prematura de los segundos molares temporales y sus consecuencias en el primer molar definitivo en niños de 7 a 12 años de la escuela unión panamericana en el año lectivo 2011-2012. Facultad de Odontología. Universidad Central del Ecuador. República del Ecuador. [En línea]. Consultado: [12, mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1248/1/T-UC-0015-49.pdf>

¹⁰³García, M., Amaya, B., y Barrios, Z. (2007). Pérdida prematura de dientes primarios y su relación con la edad y el sexo en preescolares. Revista Odontológica de los Andes. [En Línea]. Consultado: [13, Mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/24847/1/articulo2.pdf>

Analizando los resultados encontrados en esta población estudiada junto a los datos citados tienen concordancia ya que se evidencia que la causa más frecuente de la pérdida prematura de dientes temporales es la caries dental, seguida de los traumatismos.

HALLAZGOS.

Cuadro 6.

Prevalencia de caries dental en los escolares.

Prevalencia de caries dental.	Frecuencia.	Porcentaje.
Escolares con caries.	175	76
Escolares sin caries.	55	24
Total	230	100

Nota: Prevalencia de caries dental en escolares. Realizado por la autora de esta tesis. Ficha de observación realizada a los niños y niñas de 5 a 9 años de la Escuela Fiscal Mixta 24 de Mayo N°2. Anexo 7, p. 75.

Gráfico n° 6.

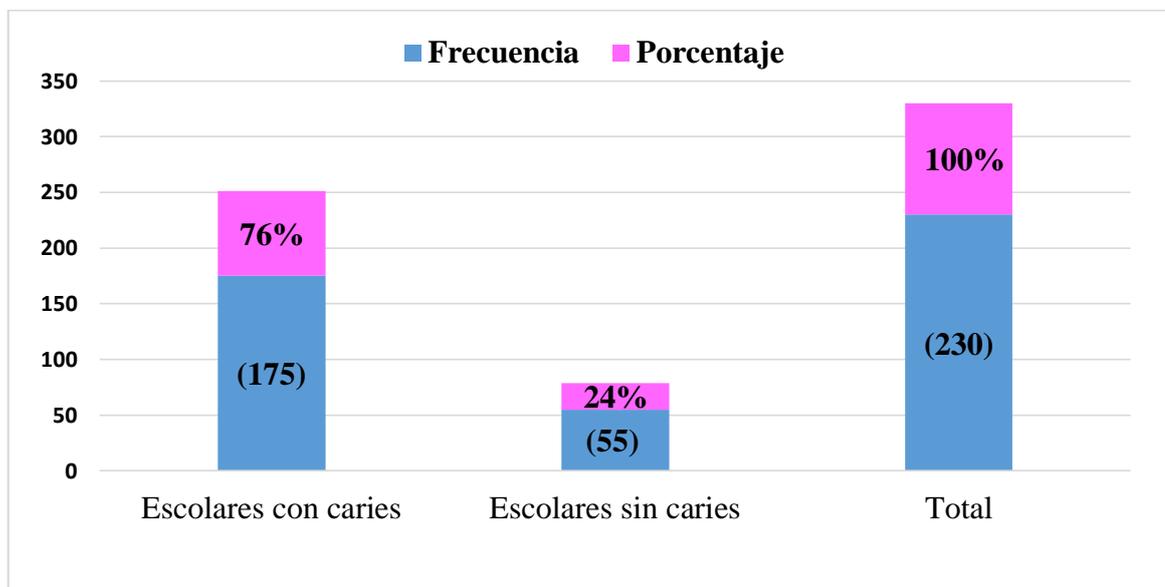


Gráfico N° 6. Prevalencia de caries dental en escolares. Realizado por la autora de esta tesis. Datos obtenidos del cuadro 6. Cap. IV, p. 57.

Análisis e interpretación

En el cuadro 6, se puede evidenciar que de las 230 fichas de observación realizada a los niños y niñas de 5 a 9 de edad de la escuela fiscal mixta 24 de Mayo N°2; 175 escolares presentan caries dental que equivale al 76%, mientras que 55 escolares no presentan caries dental lo que corresponde al 24%.

Continuando con esta investigación, leyendo en la obra de Barceló¹⁰⁴ (2010), señala que:

La Caries es una enfermedad infectocontagiosa. Algunos estudios han demostrado que existe una relación causal entre caries y alimentos blandos y con alto contenido de azúcar, así como con el tiempo que estos permanecen en boca, la frecuencia de su consumo y, por supuesto con la falta de higiene bucodental. (cap. II, p.20).

Analizando el dato citado con los resultados que dieron en este estudio en cuanto a la presencia o no de caries dental; se puede evidenciar que en esta población existe un alto índice y prevalencia de caries en los escolares.

¹⁰⁴Barceló, E. (2010). Odontología para bebés estrategias de prevención. República de México: Trillas.

Cuadro 7.

Extracciones indicadas en los escolares.

Escolares.	Frecuencia.	Porcentaje.
Extracciones indicadas.	33	19
Caries.	142	81
Total.	175	100

Nota: Extracciones indicadas en los escolares. Realizado por la autora de esta tesis. Ficha de observación realizada a los niños y niñas de 5 a 9 años de la Escuela Fiscal Mixta 24 de Mayo N°2. Anexo 7, p. 75.

Grafico n° 7.

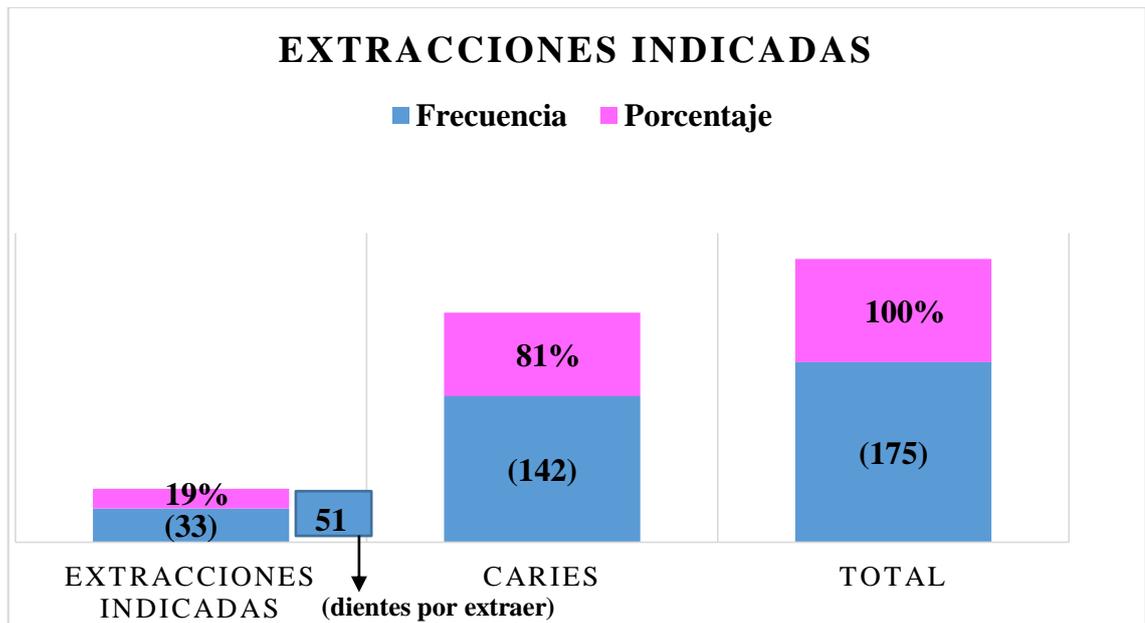


Gráfico N° 7. Extracciones indicadas en los escolares. Realizado por la autora de esta tesis. Datos obtenidos del cuadro 7. Cap. IV, p. 59.

Análisis e interpretación.

En el cuadro 7 se puede observar que de los 175 escolares con caries, existen 33 (19%) escolares con extracciones indicadas, (con 51 número de piezas dentales por ser extraídas), convirtiéndose en un factor evidente de próxima pérdida prematura de dientes temporales.

Investigando informaciones disponibles en el sitio web del Ministerio de Salud de la República de Argentina¹⁰⁵ (2013), señala una extracción indicada a: “El diente que presenta solamente raíces o corona parcialmente destruida”. (Cap. II, p. 15).

Analizando la fuente bibliográfica se coincide con el resultado de este estudio, ya que se pudo observar que en esta población los escolares presentan 51 piezas con extracciones indicadas puesto que estaban completamente destruidas, con caries muy profunda o había restos radiculares, como se menciona en el dato citado.

¹⁰⁵Ministerio de Salud de la República de Argentina. (2013). Indicadores epidemiológicos para la caries dental. [En línea]. Consultado: [13, mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000236cnt-protocolo-indice-cpod.pdf>

CAPÍTULO V.

5. Conclusiones y Recomendaciones.

5.1. Conclusiones.

De la población estudiada que fueron 230 escolares, existieron 80 casos con pérdida prematura de dientes temporales, con un total de 105 dientes perdidos.

Así mismo se encontró que el sexo con mayor prevalencia de pérdida prematura de dientes temporales es el femenino, y la edad predominante es a los 7 años.

Se puede concluir que la pieza dentaria con mayor índice de pérdida dental prematura es el segundo molar inferior derecho (N°75).

De las causas más frecuentes de pérdida prematura de dientes temporales, se determinó que fue significativamente mayor la caries dental, seguida del traumatismo.

Se culmina que los niños y niñas de 5 a 9 años de Escuela Fiscal Mixta 24 de Mayo N°2 se caracterizan por tener una alta prevalencia de caries dental, y extracciones indicadas que serán un indicador de pérdidas dentarias prematuras a corto o largo plazo.

5.2. Recomendaciones.

Planificar un programa de medidas de prevención de caries dental, para evitar las pérdidas prematuras de dientes temporales, dirigido a los padres de familias/representantes, alumnos y docentes de la institución, con el fin de educar a la población acerca de la importancia que se debe de tener en la conservación de la dentición temporal, por el rol significativo que estos cumplen.

CAPÍTULO VI.

6. Propuesta Alternativa.

6.1. Tema.

Prevención de la caries dental, para evitar pérdidas prematuras de dientes temporales en los niños y niñas de la Escuela Fiscal Mixta 24 de Mayo N°2.

6.1.1. Entidad ejecutora.

Escuela Fiscal Mixta 24 de Mayo N°2.

6.1.2. Clasificación del proyecto.

De orden social y tipo educativo.

6.1.3. Localización.

La Escuela Fiscal Mixta 24 de Mayo N°2 se encuentra ubicada en la Cdla. California, calle Chone entre 24 de Mayo y el Carmen; en la parroquia Andrés de Vera del cantón de Portoviejo, provincia de Manabí, República del Ecuador.

6.2. Justificación.

La investigación realizada en la Escuela Fiscal Mixta 24 de Mayo N°2 nos ofreció la información necesaria para poder mostrar que existe una significativa prevalencia de caries dental y extracciones indicadas en los escolares.

Al hallarse una alta prevalencia de caries dental y extracciones indicadas en los escolares examinados, es importante señalar que no se han determinado en su totalidad

todos los factores de riesgo y predisponentes a los que están sometidos y predominan en esta población.

Es fundamental indicar que la prevención es el mejor tratamiento, que se debe cumplir con las correctas prácticas de higiene oral, tener el conocimiento adecuado de los alimentos no cariogénicos y lo importante que es asistir a las consultas odontológicas. Lo cual debe de ser practicados a cabalidad con la ayuda de los padres de familias/representantes y docentes de la Escuela Fiscal Mixta 24 de Mayo N°2.

6.3. Marco institucional.

Analizando la tesis de Delgado y colaboradores¹⁰⁶ (2010) cita que:

En la ciudad de los Reales Tamarindos y capital de los Manabitas, nació una de las reliquias culturales; ella es la escuela femenina. El 12 de enero de 1853 siendo presidente de la República del Ecuador, el señor José María Urbina, proclama la libertad de la enseñanza primaria y apoya el financiamiento educacional femenino creando la Escuela Santa Teresa de Jesús. Por falta de documentos no se conoce quienes fueron sus primeros profesores, pero si se conoce de los grandes éxitos que tuvo la escuela, ya que en ese tiempo sólo estudiaban las niñas con dinero, o aquellas que tenían algún familiar radicado en la ciudad de Portoviejo. (50 años).

Circunstancias de carácter político, histórico, cívico y social fueron factores para que el uno de mayo de 1903, siendo presidente de la República del Ecuador el General Leonidas Plaza Gutiérrez, Gobernador de la provincia de Manabí el Coronel Tomas Larrea y Director de estudios, el señor Antonio Segovia, decidieron cambiar el nombre de la escuela Santa Teresa de Jesús por el de 24 de Mayo.

Los primeros docentes de este centro de estudios en esta época fueron: la Directora Señorita Mercedes Moreno Irigoyen, Sra. Francisca Palomeque y Srtas. Rosa Blanco y Rosaura Moreno. En sus 104 años de vida como institución educativa, siempre ha estado conducida por directores (as), apegados a la Ley, un personal docente con capacidad y responsabilidad que fueron el orgullo de las estudiantes y de la colectividad Manabita. (pp. 5 y 6).

¹⁰⁶Delgado, J., Meneses, M., Vargas, V., y Vergara, E. (2010). Sembrando valores en la comunidad educativa de la Escuela fiscal mixta 24 de Mayo del cantón Portoviejo. [En línea]. Consultado: [1, junio, 2015]. Disponible en: <http://repositorio.utm.edu.ec/bitstream/123456789/2434/1/Tesis%20T.S.%20Sembrando%20valores%20Esc.%2024%20de%20Mayo.pdf>

6.4. Objetivos.

6.4.1. Objetivo general.

Promover la prevención de la caries dental para evitar la pérdida prematura de dientes temporales en los niños y niñas de la Escuela Fiscal Mixta 24 de Mayo N°2.

6.4.2. Objetivos específicos.

Informar mediante charlas cómo prevenir la caries dental para mantener una correcta salud bucal en los estudiantes de la Escuela Fiscal Mixta 24 de Mayo N°2.

Concientizar sobre la importancia que tiene la conservación de los dientes temporales.

6.5. Descripción de la propuesta.

La siguiente propuesta, es de orden social y de tipo educativo, está enfocada en educar y promover cambios de actitud que conlleven a la conservación de las piezas dentales.

Se pretende realizar charlas en la Escuela Fiscal Mixta 24 de Mayo N°2 para contribuir con la importancia que tiene la prevención de la caries dental para evitar las pérdidas prematuras de dientes temporales, y las consecuencias que traen consigo. Enseñarles y recalcarles lo fundamental que es aplicar la correcta práctica de higiene oral, la buena alimentación y visitas al odontólogo; ya que ésta es la base para mantener una salud bucal óptima.

Así mismo se motivará a los infantes para que lleven a cabo la práctica de higiene oral diaria, pero de manera consciente, con el fin de que este hecho sea considerado como un hábito dentro de su vida cotidiana, y no como una obligación.

6.6. Responsables.

Autora de esta tesis: Karla Cristina Mendoza Macías.

Beneficiarios.

Los beneficiarios directos serán los niños y niñas de la Escuela Fiscal Mixta 24 de Mayo N°2.

6.7. Diseño metodológico.

Para la aplicación de la propuesta se debe contar con la colaboración del director de la escuela. Para el cumplimiento de los objetivos se realizarán las siguientes actividades:

Fase I. Organizativa y sensibilización:

Se comenzará por socializar la propuesta con el director, para firmar el acta de compromiso, así mismo se socializarán los resultados que se obtuvieron en la investigación.

Fase II. Promoción de salud bucal:

Para llevar a cabo las charlas de prevención de caries dental se contará con un material didáctico. Se utilizará un *banner*, un fantoma plástico y cepillo didáctico con el fin de captar la atención de los escolares y que su entendimiento sea de una manera clara.

También se entregaran folletos con el propósito de plasmar en ellos los temas principales de medidas de prevención, exponiéndolos de una manera dinámica y práctica.

Cronograma.

El día martes 16 de junio del 2015: Reunión con el director de la escuela para socializar los resultados de la investigación; y firmar el acta de compromiso. Los días miércoles 17, jueves 18 y viernes 19 de junio del 2015: Realización de las charlas, así mismo el día viernes 19 entrega oficial del *banner* al director.

Presupuesto de la propuesta alternativa.

Cuadro 8.

Presupuesto de la propuesta alternativa.

Rubros.	Cantidad	Costo Unitario	Costo Total
<i>Banner.</i>	1	\$18	\$18
Fotocopias de Folletos.	500	\$ 0,02	\$ 10
Fantoma plástico y cepillo dental didácticos.	1	\$ 20	\$ 20
Subtotal.			\$48
Imprevistos (10%)			\$4,8
Total			\$52,8

Nota: Presupuesto de la propuesta alternativa. Realizado por la autora de esta tesis. Fuente: Presupuesto realizado por la autora de esta tesis. Cap. VI, p. 67.

6.8. Factibilidad.

Este proyecto será factible ya que se cuenta con la colaboración del director de la Escuela Fiscal Mixta 24 de Mayo N°2 para realizar estas actividades a beneficio de los escolares y para el mayor conocimiento de los docentes de la institución y los padres de familia/representantes.

6.9. Sostenibilidad.

Este proyecto es sostenible debido a el apoyo del director de la Escuela fiscal mixta 24 de Mayo N°2 para toda actividad realizada. Además se cuenta con el apoyo de la Universidad San Gregorio de Portoviejo para que este proyecto sea llevado a cabo.

ANEXOS.

Anexo 1.

Cuadro 9.

Orden cronológico de la erupción dentaria de dientes temporales.

Dientes temporales.	Erupción (edad en meses).
Inferiores.	
Incisivo central.	10 (8-12).
Incisivo lateral.	11 (9-13).
Canino.	19 (16-22).
Primer molar.	16 (13-19).
Segundo molar.	29 (25-33).
Superiores.	
Incisivo central.	8 (6-10).
Incisivo lateral.	13 (10-16).
Canino.	17 (15-21).
Primer molar.	16 (14-18).
Segundo molar.	27 (23-31).

Nota: Orden cronológico de la erupción dentaria de dientes temporales. Boj y colaboradores (2011). (p.

81).

Anexo 2.

Cuadro 10.

Orden cronológico de la erupción dentaria de dientes permanentes.

Dientes permanentes.	Erupción (años).
Superiores.	
Incisivo central.	7 a 8
Incisivo lateral.	8-9
Canino.	11-12
Primer premolar.	10-11
Segundo premolar.	10-12
Primer molar.	6-7
Segundo molar.	12-13
Inferiores.	
Incisivo central.	6-7
Incisivo lateral.	7-8
Canino.	9-10
Primer premolar.	10-12
Segundo premolar.	11-12
Primer molar.	6-7
Segundo molar.	11-13

Nota: Orden cronológico de la erupción dentaria de dientes permanentes. Boj y colaboradores (2011).

(p.82).

Anexo 3.

Cuadro 11.

Operacionalización de las variables.

Dimensión.	Variable.	Tipo de variable.	Escala.	Definición.	Indicador.
Características Demográficas.	Edad.	Cuantitativa.	5 a 9 años.	Edad Cronológica.	Media y Desviación Estándar.
	Sexo.	Cualitativa. Nominal. Dicotómica.	Masculino. Femenino.	Sexo Biológico.	Frecuencia Absoluta y Porciento.
	Piezas perdidas Prematuramente.	Cualitativo Nominal	P# 51 P#52 P#53 P#54 P#55 P#61 P#62 P#63 P#64 P#65 P#71 P#72 P#73 P#74 P#75 P#81 P#82 P#83 P#84 P#85	Simple inspección y exploración, se contara el número de piezas que han sido pérdidas prematuramente.	Frecuencia Absoluta y Porciento.
	Causas.	Cualitativo. Nominal.	Caries. Traumatismo. Erupción precoz del permanente. Exfoliación por compromiso. Iatrogenia Desconocidas.	Según encuesta dirigida a los padres/representantes de los alumnos.	Frecuencia Absoluta y Porciento.

Nota: Operacionalización de las variables. Realizado por la autora de esta tesis. Fuente: Variables realizadas por la autora de esta tesis. Anexo 3, p.71.

Anexo 4.

Cuadro 12.

Presupuesto de la tesis.

Material.	Cantidad.	Valor unitario.	Total.
Guantes descartables.	2 cajas.	\$15	\$30
Mascarilla.	1 caja.	\$8	\$8
Gorros desechables.	80	\$0.15	\$12
Bandeja metálica.	2	\$10	\$20
Espejo bucales.	30	\$1,80	\$54
Plástico de bioseguridad.	1	\$5	\$5
Gel desinfectante de manos.	2	\$3,50	\$7
Servilletas.	2 paquetes.	\$1	\$2
Fotocopias.		\$0,02	\$70
Resma de papel.	4 paquetes.	\$5	\$20
Pluma, lápiz.	7	\$0,30	\$2,10
Pen drive.	1	\$15	\$15
Transporte.		\$50	\$50
Internet.	4 meses.	\$10	\$40
Cartucho de tinta.	2	\$30	\$60
Subtotal.			395,1
Imprevistos (10%).			39,51
Total.			434,61

Nota: Presupuesto de la tesis. Realizado por la autora de esta tesis. Fuente: Presupuesto realizado por la autora de esta tesis. Anexo 4, p. 72.

Anexo 6.



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL REPRESENTANTE DEL
ALUMNO.**

Yo..... el abajo firmante; padre de familia/ representante del niño (a); acepto que mi representado sea parte de éste estudio titulado “Pérdida prematura de dientes temporales en niños y niñas de 5 a 9 años de la Escuela Fiscal Mixta 24 de Mayo No2 período marzo-junio 2015”.

La estudiante Karla Cristina Mendoza Macías de la carrera de odontología de la Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo a cargo del presente estudio me ha informado de manera exhaustiva las características, objetivos, duración y beneficios de este estudio.

Después de hacer preguntas al investigador sobre todos los aspectos de este estudio, y sabiendo que la identidad de mi representado no será revelada y la información que se realizara será utilizada con absoluta discreción, accedo a cooperar con el investigador y que los datos pasen a formar parte de los registros computarizados.

Acepto a no poner limitaciones en el uso científico de los resultados del estudio.

.....

Firma del representante.

.....

Firma del investigador.

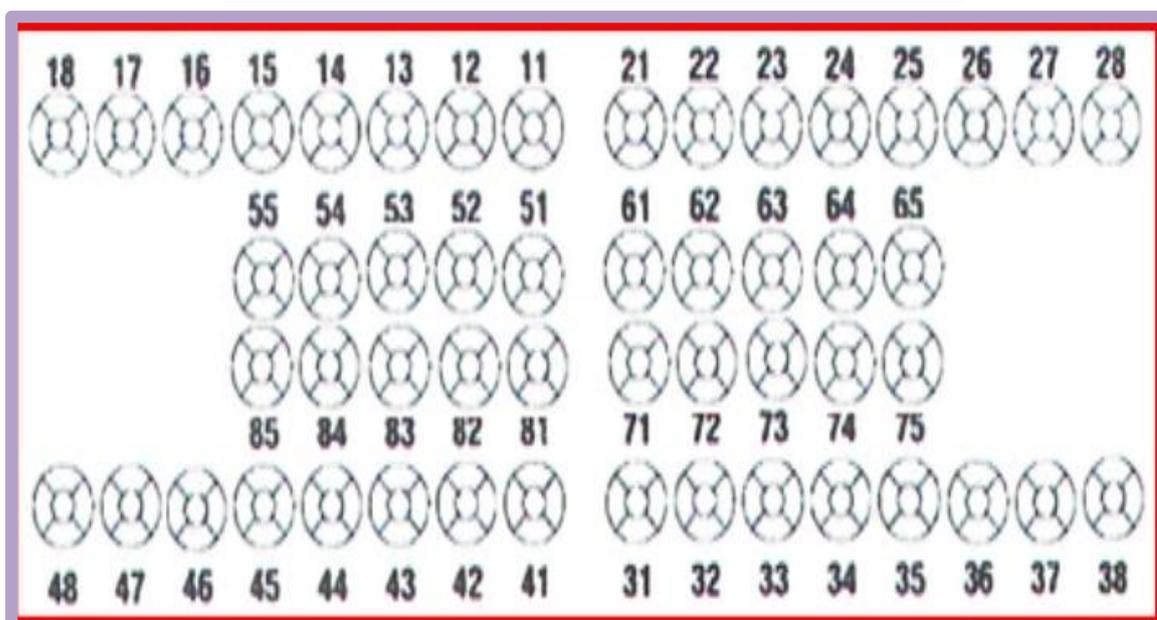
Anexo 7.



Matriz de observación.

PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES TEMPORALES EN NIÑOS Y NIÑAS DE 5 A 9 AÑOS DE LA ESCUELA FISCAL MIXTA 24 DE MAYO N°2 PERÍODO MARZO-JUNIO 2015.

FICHA N°			
SEXO:	Femenino	<input type="checkbox"/>	
	Masculino	<input type="checkbox"/>	
EDAD	5 años	<input type="checkbox"/>	6 años <input type="checkbox"/> 7 años <input type="checkbox"/>
	8 años	<input type="checkbox"/>	9 años <input type="checkbox"/>



SIMBOLOGÍA	
Caries	<input type="checkbox"/> ●
Extracción Indicada	<input type="checkbox"/> ✕
Diente Obturado	<input type="checkbox"/> ●
Diente Perdido	<input type="checkbox"/> ✕

Total de dientes perdidos

Nota: Se marcará con X azul únicamente a los dientes que han sido perdidos prematuramente. No se tomará en consideración a los que han sido perdidos fisiológicamente (exfoliación).

Anexo 8.



Encuesta.

PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES TEMPORALES EN NIÑOS Y NIÑAS DE 5 A 9 AÑOS DE LA ESCUELA FISCAL MIXTA 24 DE MAYO N°2 PERÍODO MARZO-JUNIO 2015.

SEXO DEL NIÑO(A)..... EDAD DEL NIÑO(A).....

Nota: Encuesta dirigida a los padres de familia/ representante de los niños de 5 a 9 años de la Escuela Fiscal Mixta 24 de Mayo N°2, para conocer la causa o el motivo por el cual su hijo/ representado tuvo la pérdida dental prematura.

¿Cuál fue el motivo o la causa de la pérdida dental prematura de los dientes temporales de su hijo /Representado?

Causas.	Marcar con una X.
Caries.	
Erupción precoz del permanente (viene el otro diente).	
Traumatismo (caída o golpe, lesiones por deporte).	
Exfoliación por compromiso.	
Iatrogenia (tratamiento inadecuado).	
Desconocida.	

Anexo 9.

Gráfico n° 8.

Firma del consentimiento informado.



Nota: Gráfico n°8. Firma del consentimiento informado. Realizado por la autora de esta tesis. Anexo 9. p. 77.

Anexo 10.

Gráfico n° 9.

Examen clínico bucal.



Nota: Gráfico n°9. Examen clínico bucal. Realizado por una docente de la escuela. Anexo 10. p. 77.

Anexo 11.

Gráfico n°10.

Pérdida prematura de la pieza n° 75.



Nota: Gráfico n°10. Pérdida prematura de la pieza n° 75. Realizado por la autora de esta tesis. Anexo 11. p. 78.

Anexo 12.

Gráfico n° 11.

Pérdida prematura de la piezas n°74 y n° 84.



Nota: Gráfico n°11. Pérdida prematura de la pieza n°74 y n° 84. Realizado por la autora de esta tesis. Anexo 12. p. 78.

Anexo 13.

Gráfico n° 12.

Pérdida prematura de la pieza n° 64.



Nota: Gráfico n°12. Pérdida prematura de la pieza n°64. Realizado por la autora de esta tesis. Anexo 13. p. 79.

Anexo 14.

Gráfico n° 13.

Pérdida prematura de la pieza n° 53.



Nota: Gráfico n°13. Pérdida prematura de la pieza n°53. Realizado por la autora de esta tesis. Anexo 14. p. 79.

Anexo 15.

Gráfico n° 14.

Caries en la pieza n° 85 y extracción indicada en la pieza n° 75.



Nota: Gráfico n°14. Caries en la pieza n° 85 y extracción indicada en la pieza n° 75. Realizado por la autora de esta tesis. Anexo 15. p. 80.

Anexo 16.

Gráfico n° 15.

Encuesta dirigida a los padres de familias/representantes.

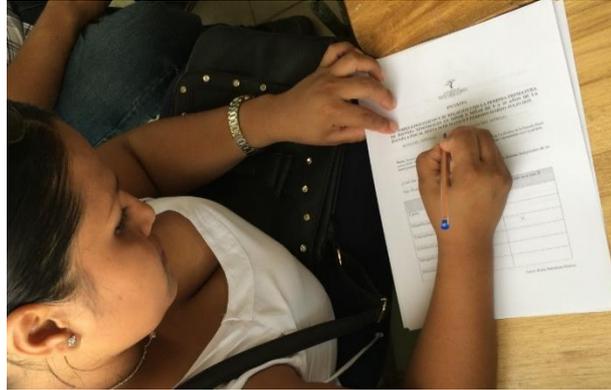


Nota: Gráfico n°15. Encuesta dirigida a los padres de familias/representantes. Realizado por una docente de la escuela. Anexo 16. p. 80.

Anexo 17.

Gráfico n° 16.

Realización de la encuesta por parte de los padres de familia/representantes.



Nota: Gráfico n°16. Realización de la encuesta por parte de los padres de familia/representantes. Realizado por la autora de esta tesis. Anexo 17. p. 81.

Anexo 18.

Gráficos n°17 y 18.

Charlas y entrega de trípticos.



Nota: Gráficos n°17 y 18. Charlas sobre prevención de la caries dental, para evitar las pérdidas prematuras de dientes temporales, y entrega de trípticos. Realizado por una docente de la escuela. Anexo 18. p. 81.

Anexo 19.

Gráfico n°19.

Firma del acta de compromiso.



Nota: Gráfico n°19. Firma del acta de compromiso. Realizado por una docente de la escuela. Anexo 19. p. 82.

Anexo 20.

Gráfico n°20.

Entrega del *banner* al Director de la Escuela Fiscal Mixta 24 de Mayo N°2.



Nota: Gráfico n°20. Entrega del *banner* al Director de la Escuela Fiscal Mixta 24 de Mayo N°2. Realizado por una docente de la escuela. Anexo 20. p. 82.

BIBLIOGRAFÍA.

Aguilar, N., Navarrete, K., Robles, D., Aguilar, SH., y Rojas, A. (2009). Dientes sanos, cariados, perdidos y obturados en los estudiantes de la unidad académica de odontología de la Universidad Autónoma de Nayarit. [En línea]. Consultado: [11, mayo, 2015]. Disponible en:

<http://www.odontologia.uady.mx/revistas/rol/pdf/V01N2p27.pdf>

Alvarado, A. (2015). Alimentación para unos dientes sanos. [En línea]. Consultado: [26, mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.contigosalud.com/alimentacion-para-unos-dientes-sanos>

Ash, M., y Nelson, J. (2010). Wheeler. Anatomía, Fisiología y oclusión dental. Reino de España: Elsevier

Ayuso, M. (2013). Por qué no debes cepillarte los dientes tras comer y otros consejos de higiene. [En línea]. Consultado: [26, mayo, 2015]. Disponible en: http://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2013-09-18/por-que-no-debes-cepillarte-los-dientes-tras-comer-y-otros-consejos-de-higiene_28912/

Barbería, E. (2011). Problemas clínicos en la pérdida prematura de los segundos molares temporales. El mantenedor de extremo libre, como una alternativa. [En línea]. Consultado: [24, mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.gacetadental.com/2011/09/problemas-clnicos-en-la-prdida-prematura-de-los-segundos-molares-temporales-el-mantenedor-de-extremo-libre-como-una-alternativa-25593/>

Barbería, L., Boj, Q., Catalá, P., García, B., y Mendoza, A. (2002). Odontopediatría. Reino de España: Masson.

Barceló, E. (2010). Odontología para bebés estrategias de prevención. República de México: Trillas.

Barrancos, J., y Barrancos, P. (2006). Operatoria Dental: Integración Clínica. República de Argentina: Medica Panamericana.

Bascones, A. (2009). Periodoncia clínica e implantología oral. Reino de España: Ediciones Avances Medico-Dentales, S.L.

Berman, L., Blanco, L., y Cohen, S. (2008). Manual clínico de traumatología dental. Reino de España: Elsevier.

Boj, C., Catalá, M., García, C., Mendoza, A., y Planells, P. (2011). Odontopediatría la evolución del niño al adulto joven. Reino de España: Ripano, S.A.

Boj, J., Catalá, M., García, C., y Mendoza, A. (2004). Odontopediatría. Reino de España: Masson, S.A.

Boj, J., y Ferreira, L. (2010). Atlas de Odontopediatría. Reino de España: Ripano S.A.

Bordoni, N., Escobar, A., y Castillo, R. (2010). Odontología Pediátrica la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. República de Argentina: Médica Panamericana.

Cárdenas, D. (2003). Fundamento de Odontología: Odontología Pediátrica. República de Colombia: Corporación para investigaciones biológicas.

Castro, M., Vázquez, L., y Garduño, M. (2014). Iatrogenias en odontopediatría presentación de un caso clínico. Revisa Tamé. [En línea]. Consultado: [13, mayo, 2015].

Disponible

en:

http://www.uan.edu.mx/d/a/publicaciones/revista_tame/numero_8/Tam148-6.pdf

Cawson, R., y Odell, E. (2009). Cawson fundamentos de Medicina y Patología Oral. Reino de España: Elsevier.

Centro Dental Pedralbes. (2013). La exodoncia en Odontopediatría. [En línea]. Consultado: [21, mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.centrodentalpedralbes.com/la-exodoncia-en-odontopediatria/>

Chacón, K., Correa, J., Navarro, D., Gordillo, V., y Báez, L. (2014). Pérdida prematura de dientes temporales en niños de 0 a 8 años de edad. Revista Colombiana de Investigación en Odontología. [En línea]. Consultado: [20, abril, 2015]. Disponible en: <http://www.rcio.org/index.php/rcio/article/view/165/301>

Copusco. (s.f.). Odontograma Universal. [En línea]. consultado: [20, abril, 2015]. Disponible en: <http://copusco.org/descargas/odontograma.pdf>

Cuenca, E., y Baca, P. (2013). Odontología preventiva y comunitaria principios métodos y aplicaciones. Reino de España: Masson.

D'Escriván, L. (2007). Ortodoncia en dentición mixta. República de Colombia: Amolca.

De Sousa, J., Moronta, N., y Quirós, O. (2013). Prematura Del Primer Molar Permanente En Pacientes Atendidos En El Hospital Luis Razetti Municipio Tucupita, Edo. Delta Amacuro. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. [En línea]. Consultado: [14, mayo, 2015]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/art20.asp>

Delgado, J., Meneses, M., Vargas, V., y Vergara, E. (2010). Sembrando valores en la comunidad educativa de la Escuela fiscal mixta 24 de Mayo del cantón Portoviejo. [En línea]. Consultado: [1, junio, 2015]. Disponible en:

<http://repositorio.utm.edu.ec/bitstream/123456789/2434/1/Tesis%20T.S.%20Sembrando%20valores%20Esc.%2024%20de%20Mayo.pdf>

Duggal, M., Cameron, A., y Toumba, J. (2014). Odontología Pediátrica. [En línea]. Consultado: [12, mayo, 2015]. Disponible en: <https://books.google.es/books?id=uqz-CAAQBAJ&pg=PT254&dq=que+es+la+erupcion+precoz+del+diente+permanente&hl=es&sa=X&ei=xVUVeGqLcbLsASQh4DQDg&ved=0CEkQ6AEwBQ#v=onepage&q&f=false>

Esquivel, R., y Jiménez, J. (2007). Perfil epidemiológico de salud bucodental de estudiantes de la FES Iztalaca. [En línea]. Consultado: [14, marzo, 2015]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2007/uo071g.pdf>

García, M., Amaya, B., y Barrios, Z. (2007). Pérdida prematura de dientes primarios y su relación con la edad y el sexo en preescolares. Revista Odontológica de los Andes. [En Línea]. Consultado: [13, mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/24847/1/articulo2.pdf>

Gómez de F, M., y Campos, A. (2009). Histología, Embriología, e Ingeniería Tisular Bucodental. Reino de España: Médica panamericana.

Gómez, G., Pérez, A., y Delis, R. (2007). Pérdida prematura de dientes temporales en niños entre cinco y 12 años de edad. [En línea]. Consultado: [21, abril, 2015]. Disponible en: http://www.actamedica.sld.cu/r2_07/perdida.htm

Gómez, N., y Morales, M. (2012). Determinación de los índices CPO-D e HIOS en estudiantes de la Universidad Veracruzana, México. Rev Chil Salud Pública. [En línea]. Consultado: [25, mayo, 2015]. Disponible en:

Guedes, A. Bobecker, M., Delgado, C., y Crivello, O. (2011). Fundamento de Odontología: Odontopediatría. República Federativa de Brasil: Santos.

Guedes, A., Ciamponi, A., Duarte, D., Santos, E., Rodrigues, E., Biancalana, H., Miranda, L., Prokopowitsch, I., Martines, J., Imparato, J., Guimaraes, L., y Strazzeri, M., Kalil, S., Chedid, S., y Ferrerira, S. (2003). Rehabilitación Bucal en Odontopediatría. República Bolivariana de Venezuela: Amolca.

Harris, N., y García, F. (2005). Odontología preventiva primaria. Estados Unidos Mexicano: Manual Moderno.

Jiménez, M. (2007). Odontopediatría en Atención primaria. Reino de España. Editorial Vértice.

Koch, G., y Poulsen, S. (2011). Odontopediatría abordaje clínico. República de Colombia: Amolca.

Lanata, E. (2008). Atlas de Operatoria Dental. República de Argentina: Alfaomega grupo editor Argentino.

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

López, J. (2010). Odontología para la higiene oral. República de Colombia: Zamora editores.

Marín, A., Jaramillo, J., y Gómez, J. (2008). Manual de pediatría Ambulatoria. República de Colombia: Médica Panamericana.

Medina, C., Herrera, M., Rosado, G., Minaya, M., Vallejos, A., y Casanova, J. (2003). Pérdida dental y patrones de caries en preescolares de una comunidad suburbana de Campeche. Acta Odontológica Venezolana. [En línea]. Consultado: [21, abril, 2015]. Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2004/3/perdida_dental_patrones_caries_preescolares.asp

Merino, L. (2012). Pérdida prematura de los segundos molares temporales y sus consecuencias en el primer molar definitivo en niños de 7 a 12 años de la escuela unión panamericana en el año lectivo 2011-2012. Facultad de Odontología. Universidad Central del Ecuador. República del Ecuador. [En línea]. Consultado: [12, mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1248/1/T-UC-E-0015-49.pdf>

Ministerio de Salud de la República de Argentina. (2013). Indicadores epidemiológicos para la caries dental. [En línea]. Consultado: [13, mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000236cnt-protocolo-indice-cpod.pdf>

Ministerio de Salud Pública. (2014). Protocolos Odontológicos. República del Ecuador: Dirección Nacional de Normalización-MSP.

Moreno, S., Pedraza, G., y Lara, E. (2010). Mantenedor de espacio en pérdida prematura de órganos dentarios en dentición mixta. [En línea]. Consultado [22, mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2011/od111f.pdf>

Morgado, D., y García, A. (2011). Cronología y variabilidad de la erupción dentaria. [En línea]. Consultado: [22, mayo, 2015]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17_supl2_%202011/pdf/T16.pdf

Nahás, M., Schmitt, R., y Kim, S. (2009). Salud Bucal del bebe al adolescente. República Federativa del Brasil: Livraria Santos.

Negroni, M. (2009). Microbiología Estomatológica fundamentos y prácticas de guía. República de Argentina: Médica Panamericana.

Organización Mundial de la Salud. (2004). La OMS publica un nuevo informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales. [En línea]. Consultado: [14, marzo, 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/>

Orozco, N., Ríos, M., Rodríguez, L., Ortiz, F., y Rivera, L. (2014). Prevalencia del traumatismo dental en niños de edad escolar. Imbiomed. [En línea]. Consultado: [13, mayo, 2015]. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=306&id_seccion=4703&id_ejemplar=9843&id_articulo=101093

Ortiz, M., Farias, M., Godoy, S., y Mata, M. (2008). Pérdida prematura de dientes primarios en pacientes de 5 a 8 años de edad en la clínica de Odontopediatría de la Universidad Gran Mariscal de Ayacucho, 2004-2005. [En línea]. Consultado: [22, mayo, 2015]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2008/art2.asp>

Palsule, S. (1997). Odontología y Homeopático. Republica de la India: B.Jain Publishers.

Pérez, C. (2014). Alimentos anticaries. [En línea]. Consultado: [26, mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.natursan.net/alimentos-anticaries/>

Pinkham, J. (1996). Odontología Pediátrica. Estados Unidos Mexicanos: McGraw-Hill.

Real Academia Española. (2014). causa. [En línea]. Consultado: [10, mayo, 2015].
Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=causa>

Real Academia Española. (2014). Desconocida. [En línea]. Consultado: [10, mayo, 2015]. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=desconocida>

Real Academia Española. (2014). Iatrogenia. [En línea]. Consultado: [15, mayo, 2015].
Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=iatrogenia>

Ricardo, M. (2009). Riesgos asociados a la pérdida de la longitud del arco dentario en la dentición mixta temprana. [En línea]. Consultado: [24, mayo, 2015]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_1_10/san06110.htm

Rodríguez, O., Guiardirú, R., Arte, M., Jimenez, V., Echevarria, S., y Calderon, A. (2013). Factores de Riesgo y prevención de caries en la edad temprana (0 a 5 años) en escolares y adolescentes. [En línea]. Consultado: [22, mayo, 2015]. Disponible en: <https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpcccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Salud/Secciones/Programas%20y%20Proyectos/Documentos/2013/APS/Factores%20de%20riesgo%20y%20prevenci%C3%B3n%20de%20caries%20en%20la%20edad%20temprana.pdf>

Sánchez, C., Moreno, W., Álvarez, A., Orozco, L., Vázquez, L., y Moreno, A. (2012). Principales causas de pérdida prematura de dientes temporales en pacientes de 3 a 10 años. Imbiomed. [En línea]. Consultado: [20, abril, 2015]. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=84614&id_seccion=4703&id_ejemplar=8340&id_revista=306

Segura, N., Gutiérrez, M., Ochoa, M., y Díaz, J. (2005) Pérdida prematura de dientes temporales y maloclusión en escolares Policlínica Pedro Díaz Coello 2003. Correo

científico médica de Holguín. [En línea]. Consultado: [21, abril, 2015]. Disponible en:
<http://www.cocmed.sld.cu/no93/n93ori4.htm>

Teixeira, V., Boix, H., Sáez, S., y Bellet, L. (2008). Traumatismos dentales en dentición permanente joven a propósito de un caso. Rode. [En línea]. Consultado: [15, mayo, 2015]. Disponible en:

http://www.infomed.es/rode/index.php?option=com_content&task=view&id=171&Itemid=28

Tsukiboshi, M. (2000). Plan de tratamiento para dientes traumatizados. Estados Unidos de América: Amolca.

Ustrell, J., y Duran, J. (2002). Ortodoncia. Reino de España: Edicions Universitat de Barcelona.

Van, H., y Stockli, P. (2002). Atlas de Odontología Pediátrica. Reino de España: Masson.

Velayos, J., (2007). Anatomía de la cabeza para Odontólogos. República de Argentina: Médica Panamericana.