

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARIA DE AREQUIPA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



**PREVALENCIA DE PERDIDA PREMATURA DE DIENTES DECIDUOS EN
RELACION DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES DE
FAMILIA DE LOS ALUMNOS DE LA I.E. 40081 MIGUEL CESAR
AUGUSTO MAZEYRA ACOSTA. AREQUIPA 2015**

Tesis presentada por la bachiller:

MARIA ELENA GONZALES PALOMINO

Para optar el Título Profesional de:

CIRUJANO DENTISTA

AREQUIPA - PERÚ

2016

DEDICATORIA

A Dios que me dio sabiduría y perseverancia para seguir adelante con mis propósitos establecidos.

A mi familia que nunca dejó de confiar en mí.

A mis padres, Zenón y Maria Elena, quienes me apoyaron incondicionalmente.

A mis hermanas, Nadia y Gianella que siempre me brindaron su afecto y nunca se cansaron de demostrármelo.

A mis docentes que desde el primer día de clases me inculcaron sus conocimientos para desarrollarme como una buena profesional.

A todos los que me apoyaron en realizar mi tesis, muchas gracias.

ÍNDICE

RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO I:	6
PLANTEAMIENTO TEÓRICO	6
I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	6
1. DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA	6
2. ENUNCIADO	6
3. DESCRIPCIÓN	7
3.1. AREA DEL CONOCIMIENTO	7
3.2. ANALISIS U OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	7
3.3. INTERROGANTES BÁSICAS	8
3.4. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	8
4. JUSTIFICACION	8
II. OBJETIVOS	10
III. MARCO TEÓRICO	11
1. DENTICION DECIDUA	11
1.1. DEFINICIÓN DE DENTICION DECIDUA	11
1.2 CRONOLOGÍA DE LA DENTICIÓN DECIDUA y PERMANENTE	12

1.3 MORFOLOGIA DE LOS DIENTES DECIDUOS	15
1.3.1 CORONA	15
1.3.2 RAIZ.....	17
1.3.3 PULPA	17
1.4 FUNCIÓN DE LOS DIENTES DECIDUOS	18
2. PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES DECIDUOS.....	18
2.1.1. CARIES DENTAL	19
□ ETIOLOGÍA.....	22
□ CAUSAS	23
2.1.2. TRAUMATISMOS.....	25
2.2. CONSECUENCIAS DE LA PÉRDIDA PREMATURA DE LOS DIENTES DECIDUOS	30
2.2.1. Inclínación y migración	30
2.2.2. Maloclusiones.....	31
3. MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EL CUIDADO DE LA DENTICIÓN.....	32
3.1 FLÚOR	32
3.2. SELLADORES DE FOSAS Y FISURAS	35
3.2.1. Concepto.....	35
3.3. CEPILLADO DENTAL	39
3.3.1. TECNICAS DEL CEPILLADO.....	45
3.4. USO DEL HILO DENTAL.....	46
3.4.1. TECNICA DEL HILO DENTAL.....	47
3.5. ENJUAGUES BUCALES.....	51
3.6. VISITAS ODONTOLÓGICAS.....	55
3.7. LA DIETA.....	56

4. CONOCIMIENTO.....	58
4.1. DEFINICIÓN.....	58
4.2. MEDICIÓN DEL CONOCIMIENTO	59
4.3. NIVEL DE CONOCIMIENTO.....	59
4.4. TIPOS DE CONOCIMIENTO	59
4.5. ESCALA VIGESIMAL.....	61
5. DEFINICION DE ALGUNOS TÉRMINOS.....	62
5.1. PREVALENCIA	62
5.2. INCIDENCIA.....	62
6. REVISION DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	62
7. HIPOTESIS	65
CAPITULO II.....	65
I. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	66
1. TECNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACION	66
1.1.TECNICA.....	66
1.2.INSTRUMENTOS.....	66
1.3.MATERIALES.....	66
1.4.MÉTODOS.....	67
1.4.1. RECOLECCIÓN DE DATOS	67
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	68
2.1.ámbito de localización	68
2.2.unidades de estudio	68
3. PROCEDIMIENTO.....	69

4. ESTRATEGIAS DE RECOLECCION	70
4.1.ORGANIZACIÓN.....	70
4.1.1. coordinación.....	70
4.2.PREPARACIÓN DE LAS UNIDADES DE ESTUDIO.....	72
4.2.1. ORGANIZACIÓN	72
5. MANEJO DE DATOS.....	72
CAPÍTULO III	74
RESULTADOS.....	74
CONCLUSIONES.....	92
RECOMENDACIONES.....	93
BIBLIOGRAFÍA.....	94
BIBLIOGRAFÍA VIRTUAL.....	96
ANEXOS.....	97

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo Determinar la prevalencia de pérdida prematura de dientes deciduos en alumnos y medir el nivel de conocimiento de los padres sobre pérdida prematura de dientes deciduos en la I.E. 40081 Miguel César Augusto Mazeyra Acosta. Arequipa 2015

Dado que la caries dental es una de las causas de pérdida dental prematura, es probable que la prevalencia de pérdida prematura de dientes deciduos en alumnos de la I.E. 40081 Miguel César Augusto Mazeyra Acosta sea alta.

Lo cual no coincide con esta investigación realizada.

Los resultados más importantes son:

- Del total de los alumnos, el 65.5% cumplió con los criterios de inclusión para formar parte de la muestra.
- La prevalencia de pérdida prematura de dientes deciduos en dichos escolares fue de 27.3 %
- La principal causa de pérdida prematura de dientes deciduos fue por Caries dental (93.3 %), seguida de traumatismo con un 6.7 %
- El nivel de conocimiento (acerca de pérdida prematura) de los padres de familia de los alumnos que presentaron pérdida fue deficiente 86.7 %, mientras que de los padres de familia de los alumnos que no presentaron pérdida prematura fue de 50%.

- Existe una relación significativa entre los alumnos de la I.E 40081 “Miguel César Augusto Mazeyra Acosta” que presentaron pérdida prematura de dientes deciduos (30%) con el nivel de conocimiento de los padres sobre este tema (86.7% deficiente).

Palabras claves: pérdida prematura, caries dental, traumatismo, nivel de conocimiento



ABSTRACT

This research aims to determine the prevalence of premature loss of deciduous teeth in students and measure the level of awareness of parents of premature loss of deciduous teeth in the S.I. 40081 César Augusto Miguel Acosta Mazeyra. Arequipa 2015.

Since tooth decay is one of the causes of premature tooth loss, it is likely that the prevalence of premature loss of deciduous teeth in students of the S.I. 40081 César Augusto Miguel Acosta Mazeyra is high.

Which does not coincide with this investigation.

The most important results are:

- Of all students, 65.5 % met the criteria for inclusion to be part of the sample.
- The prevalence of premature loss of deciduous teeth in such school was 27.3%.
- The leading cause of premature loss of deciduous teeth by dental caries was (93.3 %), followed by trauma with 6.7%.
- The level of knowledge (about premature loss) from parents of students who had lost was poor 86.7 %, while the parents of students who did not show premature loss was 50 %.

- a significant relation Exists between the pupils of the I.E 40081 " Michael César Augusto Mazeyra Acosta " who presented premature loss of teeth deciduos (30 %) with the level of knowledge of the parents on this topic (86.7 deficient %).

Keywords: premature loss, tooth decay, trauma, level of knowledge



INTRODUCCIÓN

La tesis que se presenta lleva por título: PREVALENCIA DE PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES DECIDUOS EN RELACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES DE FAMILIA EN LOS ALUMNOS DE LA I.E. 40081 MIGUEL CÉSAR AUGUSTO MAZEYRA ACOSTA. AREQUIPA 2015

Tiene como objetivo central: Determinar la prevalencia de pérdida prematura de dientes deciduos según su género, edad, causas en alumnos de dicha institución educativa, ya que en nuestro país la Salud Bucal es un problema frecuente en Salud Pública, estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) han puesto de relieve que la enfermedad bucal, y de manera específica la Caries dental, afecta a más del 95% de la población.

La tesis contiene 3 capítulos:

El Capítulo I denominado PLANTEAMIENTO TEÓRICO está dedicado a presentar los componentes: determinación del problema, enunciado, descripción, justificación, objetivos, marco teórico, revisión de antecedentes investigativos, hipótesis.

El Capítulo II denominado PLANTEAMIENTO OPERACIONAL está dedicado a presentar los componentes: técnica, instrumentos y materiales, campo de verificación, procedimiento, estrategias y manejo de datos.

El Capítulo III denominado RESULTADOS está dedicado a presentar las tablas y gráficos con sus respectivas interpretaciones.

Al final se presentan las conclusiones, las recomendaciones, la bibliografía y los anexos.



CAPÍTULO I:

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1. DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

El presente trabajo va dirigido a investigar la prevalencia de caries de nuestra población, ya que ésta es una enfermedad crónica, infecciosa y multifactorial, siendo la causa principal de la pérdida prematura de piezas dentarias deciduas, llegando así a un problema de salud pública de la población infantil.

Motivándome así a investigar las causas de la posible pérdida prematura de dientes deciduos, ya que la falta de éstos juega un papel importante en el desarrollo del sistema estomatológico de los niños.

2. ENUNCIADO

Prevalencia de perdida prematura de dientes deciduos en relación del nivel de conocimiento de los padres de familia en los alumnos de la I.E. 40081 Miguel Cesar Augusto Mazeyra Acosta. Arequipa 2015.

3. DESCRIPCION

3.1. AREA DEL CONOCIMIENTO

Área General: Ciencias de la Salud

Área Específica: Odontología

Especialidad: preventiva

Línea o Tópico: Pérdida prematura de dientes deciduos

3.2. ANALISIS U OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADOR	SUBINDICADOR
Prevalencia de pérdida prematura de dientes deciduos	1. Edad	1.1 De 6 a 10 años de edad
	2. Genero	2.1. Masculino 2.2. Femenino
	3. Tipo de diente	3.1 incisivo 3.2 canino 3.3 molares
	4. Causas de perdida	4.1. Caries 4.2. Traumatismos
Grado de conocimiento de los padres de la I.E Miguel Cesar Augusto Mazeyra sobre la perdida prematura de los dientes deciduos.	Cuestionario	Encuesta

3.3. INTERROGANTES BÁSICAS

- ¿Cuál será la prevalencia de pérdida prematura de dientes deciduos en alumnos de la I.E. 40081 Miguel Cesar Augusto Mazeyra Acosta? Arequipa 2015?
- ¿Cuál será el grado de conocimiento de los padres de familia sobre la pérdida prematura de los dientes deciduos en alumnos de la I.E. 40081 Miguel Cesar Augusto Mazeyra Acosta? Arequipa 2015?
- ¿Cuál será la relación entre la pérdida prematura de dientes deciduos en alumnos de la I.E. 40081 Miguel Cesar Augusto Mazeyra Acosta? Arequipa 2015 y el nivel de conocimiento de los padres sobre este tema?

3.4. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Comparativo y descriptivo

4. JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

Actualidad

Esta es una investigación de importancia en la actualidad ya que hoy en día en nuestra población la enfermedad bucal más frecuente es la caries dental, la cual trae como consecuencia principalmente la pérdida prematura de dientes deciduos; siendo actualmente de desconocimiento por parte de los padres de familia, donde se descuida la atención dental durante esta dentición.

Relevancia personal

Este proyecto se realiza en el presente para contribuir con la prevención de la salud bucal y además optar el título profesional de cirujano dentista.

Relevancia social

Debido a que la pérdida prematura de dientes deciduos produce pérdidas del espacio libre de Nance, lo cual ocasionan una serie de migraciones dentarias hacia el espacio edéntulo, evitando que se dé una adecuada erupción dentaria de los dientes permanentes, produciendo anomalías de posición y principalmente apiñamiento dentario.

Utilidad

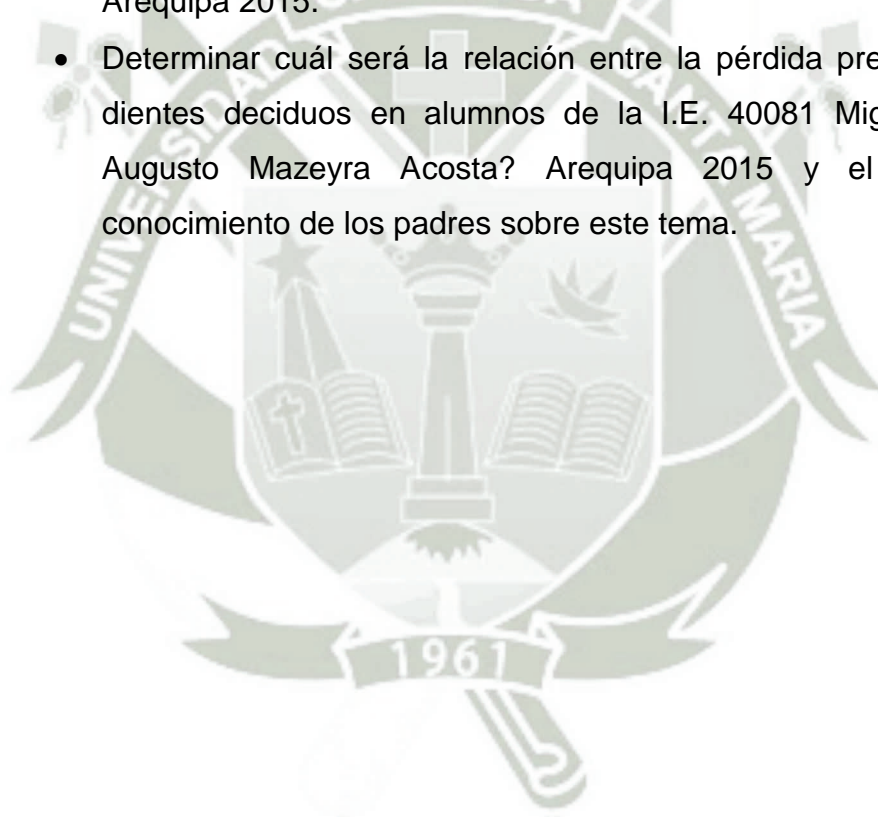
El presente trabajo me permitirá informar sobre el estado bucal en el que se encuentra la dentición en escolares de dicha institución y de esta manera orientar con programas preventivos-promocionales para evitar pérdida dental prematura y sus consecuentes patologías.

Viabilidad

Se cuenta con la disponibilidad de tiempo para ejecutar esta investigación, además, con el apoyo de la directora, profesores, padres de familia y alumnos de dicha institución en la realización de la investigación.

II. OBJETIVOS

- Determinar la prevalencia de pérdida prematura de dientes deciduos en alumnos de la I.E. 40081 Miguel Cesar Augusto Mazeyra Acosta. Arequipa 2015.
- Determinar cuál es el nivel de conocimiento de los padres de familia sobre pérdida prematura de dientes deciduos en alumnos de la I.E. 40081 Miguel Cesar Augusto Mazeyra Acosta. Arequipa 2015.
- Determinar cuál será la relación entre la pérdida prematura de dientes deciduos en alumnos de la I.E. 40081 Miguel Cesar Augusto Mazeyra Acosta? Arequipa 2015 y el nivel de conocimiento de los padres sobre este tema.



III. MARCO TEÓRICO

1. DENTICION DECIDUA

1.1. DEFINICIÓN DE DENTICION DECIDUA

La especie humana, como todos los mamíferos, es bifiodonta, es decir, posee dos series completas de dientes que erupcionan en dos procesos separados en el tiempo.

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 6 meses y 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.

Con fines descriptivos, se puede dividir la dentición en cuatro cuadrantes respecto a dos planos de referencia; uno vertical: plano medio sagital, divide la boca en dos mitades simétricas derecha e izquierda, y otro horizontal o plano horizontal interdentario, que separa la arcada superior de la inferior.

La dentición temporal se compone de 10 dientes superiores o maxilares y otros 10 dientes inferiores o mandibulares (cinco por hemiarcada).

La fórmula dentaria para la dentición temporal es de 2 incisivos, 1 canino y 2 molares por cuadrante¹.

Es importante destacar que los dientes temporales son más pequeños, más achatados y más blancos que los dientes definitivos. Los dientes temporales no sólo cumplen una función masticatoria, sino también estética (influye en el desarrollo correcto de la autoestima del niño) y fonética (la correcta pronunciación de algunos fonemas puede alterarse en caso de alteración de dientes temporales)².

1.2 CRONOLOGÍA DE LA DENTICIÓN DECIDUA y PERMANENTE

La época de inicio de la formación, calcificación, erupción y cambio de los dientes deciduos están sujetos, como todo proceso biológico, a innumerables variaciones individuales. Sin embargo, en condiciones normales la secuencia y cronología de los hechos siguen un ciclo evolutivo regular. Este ciclo se inicia cerca de la sexta semana de vida intrauterina con la expansión de la capa basal de las células del epitelio bucal. El inicio de la calcificación de los dientes deciduos ocurre cerca del cuarto mes de la vida intrauterina, y en el sexto mes de vida fetal aproximadamente todos los dientes deciduos ya iniciaron su calcificación, finalizándola cuando el niño está con casi 1 año de vida.

¹ García- Ballesta, Carlos, Catalá, Juan, Mendoza A. Odontopediatría. Consideraciones Morfológicas de la Dentición Temporal (capítulo 4) MASSON pág. 27

² Dr. Javier Vidal Ramón licenciado en medicina y licenciado en odontología
<http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/denticion-temporal.shtml>

La calcificación de los dientes permanentes tiene inicio al nacimiento del niño, con el primer molar. La etapa eruptiva de la dentición decidua se extiende, en promedio, del sexto al trigésimo mes de vida del año.

La cronología de erupción corresponde a la fecha que el diente irrumpe en la cavidad bucal. La secuencia de erupción es el orden en que los dientes van irrumpiendo en la boca. Hay ciertos intervalos normales en la secuencia de erupción, pero la cronología obedece a un cierto patrón genético y está sujeta a alteraciones por razones previamente expuestas³.

CRONOLOGIA Y SECUENCIA DE ERUPCION EN DENTICION DECIDUA⁴

DIENTES DE MAXILAR INFERIOR	TIEMPO EN MESES AL NACIMIENTO
Incisivo central	6 meses
Incisivo lateral	12 meses
Primera molar	16 meses
Canino	18 meses
Segunda molar	28 meses

³Maria Salette Nahás P. Correa, Odontopediatría en la primera infancia- erupción dentaria pág. 80

⁴ Dra. Zaida Moya de Calderón, Manual de procedimientos clínicos en Odontopediatría pág. 44

DIENTES DE MAXILAR SUPERIOR	TIEMPO EN MESES AL NACIMIENTO
Incisivo central	10 meses
Incisivo lateral	11 meses
Primera molar	16 meses
Canino	18 meses
Segunda molar	30 meses

CRONOLOGIA Y SECUENCIA DE ERUPCION EN DENTICION PERMANENTE⁵

DIENTES DE MAXILAR INFERIOR	TIEMPO EN AÑOS AL NACIMIENTO
Primera molar	6-7 años
Incisivo central	6-7 años
Incisivo lateral	7-8 años
Canino	9-10 años
Primer premolar	10-12 años
Segundo premolar	11-12 años
Segunda molar	11-13 años
Tercera molar	18-25 años

⁵Ibid.pág.45

DIENTES DE MAXILAR SUPERIOR	TIEMPO EN AÑOS AL NACIMIENTO
Primera molar	6-7 años
Incisivo central	7-8 años
Incisivo lateral	8-9 años
Primer premolar	10-11 años
Segundo premolar	10-12 años
Canino	11-12 años
Segunda molar	12-13 años
Tercera molar	18-25 años

1.3 MORFOLOGIA DE LOS DIENTES DECIDUOS

1.3.1 CORONA

- El diámetro mesiodistal es mayor que el cervicoincisal, lo cual le da un aspecto aplastado
- La superficie vestibular y lingual o palatina converge hacia oclusal

El mayor diámetro de los molares está a nivel de la zona media.

- El cuello es más estrecho que en los dientes permanentes
- Los surcos cervicales son muy pronunciados a nivel del primer molar temporal principalmente.
- Las capas de esmalte y dentina son más delgadas y la pulpa es mayor que en dientes permanentes.

- Los prismas del esmalte en el tercio gingival se dirigen hacia oclusal.
- El esmalte termina en un borde definido y tiene un espesor más o menos 1 milímetro.
- El color de los dientes es más blanco, de ahí su nombre común dientes de leche, porque al tener un tiempo de maduración menor, la capa de dentina es menor, que es lo que le da el color más amarillo al diente.

- **ESMALTE**⁶

- Las piezas temporales presentan con mayor frecuencia una capa aprismática, factor que junto a un mayor volumen de poros y mayor contenido orgánico ayuda a explicar resultados diferentes en las técnicas de grabado ácido; en realidad se encuentra en todas sus superficies zonas libres de prismas, de una profundidad de 20-80 um. Las cuales aparecen en las últimas etapas de la amelogénesis. Después de la erupción, las superficies sufren abrasión, pero quedan zonas libres de prismas en áreas protegidas cervical- proximales, lo cual puede tener importancia en odontología restauradora adhesiva.
- El espesor del esmalte temporal es de un milímetro, como promedio, la mitad del espesor en las piezas permanentes.
- El esmalte que se forma después del nacimiento es más pigmentado y de una calidad más irregular que el formado

⁶ Odontología pediátrica, anatomía e histología de la dentición temporal pág. 60

intrauterino, aun así, su color es más blanco que el esmalte permanente.

○ **DENTINA**⁷

- La estructura básica de la dentina es también similar a la dentina de la fórmula permanente.
- Menor espesor tanto en la corona como en la raíz, es más blanda, sobre todo en su masa media.
- La permeabilidad de la dentina temporales menor que la permanente con una densidad y diámetro de túbulos menor.

1.3.2 RAIZ

- Las raíces de los molares temporales son más estrechas mesiodistalmente y más anchas en sentido vestibulolingual.
- Son más largas en relación a la corona
- Los dientes uniradiculares sufren una desviación a vestibular en su tercio apical, esto es porque justo debajo está el diente permanente.
- Las raíces de los molares permanentes se bifurcan muy cerca del cuello (cinodoncia).
- Son más divergentes en los molares temporales, para soportar las fuerzas del bruxismo fisiológico.

1.3.3 PULPA

- La cámara de la pulpa es mayor en la dentición temporal.
- Sigue la morfología externa del diente, por lo tanto, en los molares habrá un cuerno pulpar debajo de cada cúspide; los

⁷Ibid pág. 61

cuernos de la pulpa están mucho más marcados en la dentición temporal que en la dentición permanente.

- Los molares mandibulares tienen cámaras de la pulpa más grande que los maxilares.
- En los dientes anteriores, incisivos y caninos, no hay separación entre el conducto radicular y la cámara pulpar.

1.4 FUNCIÓN DE LOS DIENTES DECIDUOS

- Preparar el alimento para su digestión y asimilación en etapas en las que el niño está en máximo crecimiento.
- Sirve de guía de erupción: mantienen el espacio para la dentición permanente.
- Estimula el crecimiento de los maxilares con la masticación
- Fonación: los dientes anteriores intervienen en la creación de ciertos sonidos
- Estética

2. PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES DECIDUOS

Según Moyers la pérdida prematura de dientes primarios se refiere, al estadio de desarrollo del diente permanente que va a reemplazar el diente temporal perdido. Otros autores se refieren a la pérdida prematura de un diente primario cuando esta se realiza antes del tiempo de exfoliación natural.

Pérdida prematura: se refiere a la pérdida tan temprana de los dientes primarios que puede llegar a comprometer el mantenimiento natural del

perímetro o longitud de arco y por ende la erupción del diente sucedáneo.

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

2.1. CAUSAS DE LA PÉRDIDA PREMATURA DE LOS DIENTES DECIDUOS

Existen múltiples razones por las cuales se pueden perder estos dientes, pero las más frecuentes son:

2.1.1. CARIES DENTAL

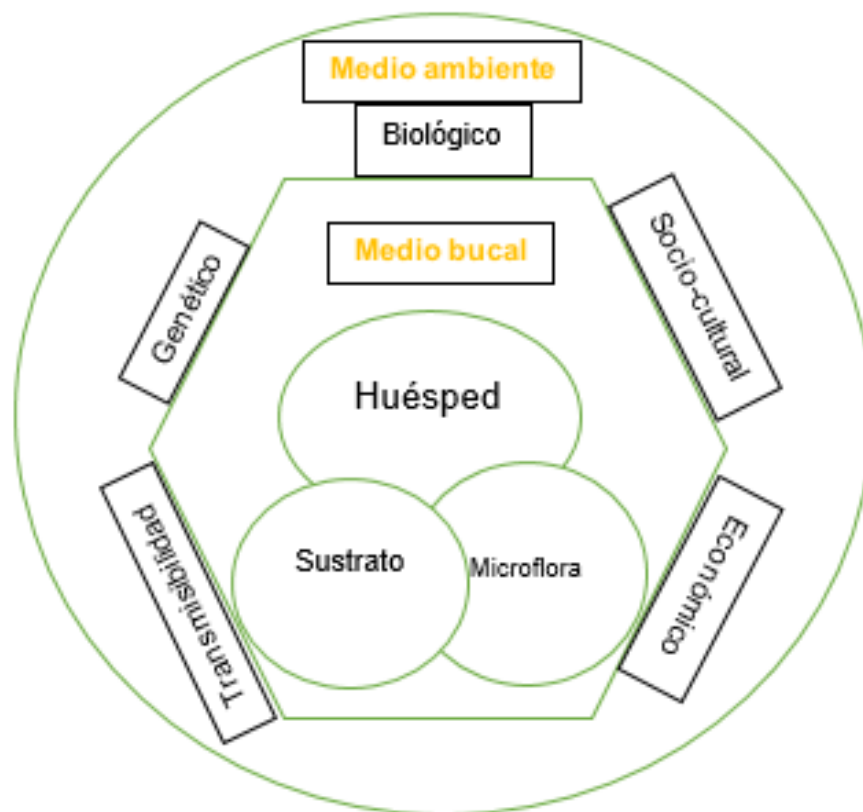
▪ DEFINICIÓN⁸

La caries dental ha sido definida, tradicionalmente, como una enfermedad multifactorial, que comprende la interacción de factores del huésped (por ejemplo, la superficie dental y la saliva), la dieta y la placa dental. Es considerada también como una enfermedad dieto-bacteriana, ya que en la ausencia de placa o de carbohidratos en la dieta, la caries dental no se desarrolla.

Hay diversos términos para definir la caries dental y su utilización depende del nivel al cual se refieren, es decir, etiológico, estructural o bioquímico. Así, se tiene las siguientes definiciones:

⁸Caries Dental en Dientes Deciduos y Permanentes Jóvenes- diagnóstico y tratamiento conservador – Ada Pérez Luyo- Universidad Peruana Cayetano Heredia, caries Dental pág. 31

- ✓ Se produce por la interacción de factores genéticos y medioambientales, en donde los componentes biológicos, sociales, conductuales y psicológicos se relacionan de forma altamente compleja.
- ✓ Es de naturaleza multifactorial, porque comprende la interacción de una microflora acidógena-acidúrica sobre una superficie susceptible en un medio propicio, y la ingestión frecuente de alimentos que contienen carbohidratos rápidamente fermentables.
- ✓ Es la destrucción localizada de los tejidos de los dientes, por la acción de ácidos, particularmente el ácido láctico, producidos por la fermentación bacteriana de los carbohidratos.
- ✓ Es una enfermedad crónica que consiste en la destrucción de la estructura dentaria, que lleva a la pérdida de la función masticatoria y a una apariencia antiestética de los dientes afectados.



Esquema que representa la interacción entre los factores medioambientales y bucales

Fuente: Caries Dental en Dientes Deciduos y Permanentes Jóvenes- diagnóstico y tratamiento conservador – Ada Pérez Luyo- Universidad Peruana Cayetano Heredia, caries Dental pág. 31

▪ **ETIOLOGÍA**

Existen numerosas evidencias que han permitido demostrar que la placa dental es un prerequisite indispensable para la iniciación de caries dental y la enfermedad periodontal. El grado de la cariogenicidad de la placa dental es dependiente de una serie de factores que incluyen:

1. La localización de la masa de microorganismos en zonas específicas del diente como en las superficies lisas, fosas, fisuras y superficies radiculares.
2. El gran número de microorganismo concentrados en áreas no accesibles a la higiene bucal o la autolimpieza.
3. La producción de gran variedad de ácidos (ácido láctico, acético, propiónico, etc.) capaces de disolver las sales cálcicas del diente.
4. La naturaleza gelatinosa de la placa favorece la retención de los compuestos formados en ella y disminuye la difusión de elementos neutralizantes hacia su interior.

La caries dental es una enfermedad multifactorial asociada a la interrelación de varios factores, imprescindible para que se inicie la lesión.

Dichos factores son el huésped, las bacterias y la dieta. Posteriormente fue adicionado un nuevo factor: el tiempo, que permitió esclarecer de una forma más precisa la formación de la caries dental.

- **CAUSAS**

Los dientes están recubiertos de un esmalte especial que los protege de cualquier agresión externa. Cuando esta capa va desapareciendo progresivamente por su descalcificación, deja de protegerlos y permite a los gérmenes presentes en la boca que puedan atacarlos.

El *Streptococcus mutans* es considerado el principal agente etiológico de la caries dental en humanos y animales experimentados.

Esta bacteria se transmite mayormente por la saliva, por ejemplo: de la saliva de la madre o cuidadora al niño durante sus 30 primeros meses de vida y reside en la dentición, por lo que al menos el niño debe tener un diente para que se produzca la transmisión efectiva. La bacteria se alimenta de sacarosa y produce ácido como subproducto, degradando como ello el esmalte dentario.

- **TRATAMIENTOS⁹**

El tratamiento puede ayudar a impedir que el daño a los dientes lleve a caries dentales.

⁹MedlinePlus - información de salud para usted

El tratamiento puede involucrar:

- Obturaciones
- Coronas
- Tratamiento de conductos

Los odontólogos obturan los dientes eliminando el material dental cariado con el uso de una fresa dental y reemplazándolo con un material como las aleaciones de plata, oro, porcelana o resina compuesta. Estos dos últimos materiales son los que más se asemejan a la apariencia natural del diente y son los preferidos para los dientes frontales. Muchos odontólogos consideran que las amalgamas (aleaciones) de plata y de oro son más resistentes y suelen usarlas para los dientes posteriores. También hay una tendencia a utilizar la resina compuesta altamente resistente en los dientes posteriores.

Las coronas o "fundas dentales" se usan si la caries es extensa y hay una estructura dental limitada, la cual puede ocasionar dientes debilitados. Las obturaciones grandes y los dientes débiles aumentan el riesgo de ruptura de estos. El área cariada o debilitada se elimina y se repara. Se coloca una corona sobre la parte del diente que queda. Dichas coronas suelen estar hechas de oro, porcelana o porcelana pegada a metal.

Un tratamiento de conductos se recomienda si el nervio del diente muere como consecuencia de una caries o de

una lesión. Se extrae el centro del diente, incluidos el nervio y el tejido (pulpa) vascular, junto con las porciones cariadas del diente y las raíces se rellenan con un material sellante. El diente se rellena y por lo regular se necesita una corona.

2.1.2. TRAUMATISMOS

En el tratamiento de los traumatismos de los dientes temporales no hay que olvidar la relación entre el ápice del diente temporal y el germen del diente permanente. Los traumatismos pueden provocar malformaciones, alteraciones en la erupción e impactación de los dientes permanentes por lo que hemos de ser muy cuidadosos para no añadir daños adicionales con nuestros tratamientos.

Factores a tener en cuenta en el tratamiento:

1. Grado de cooperación.
2. Tiempo de permanencia en boca.
3. Interferencias en la oclusión¹⁰.

En la mayoría de los casos, los traumatismos pueden producir heridas en la cara y/o labios que deben tratarse correctamente. Además, se deben adoptar las medidas higiénicas pertinentes y prescribir antibióticos y analgésicos, aparte de la recomendación de dieta blanda

¹⁰asociación internacional de traumatología dental.- protocolo

durante los días posteriores al golpe. Es importante igualmente la observación del calendario vacunal del niño.

Clasificación de los traumatismos¹¹:

- o Fractura

Se define como la rotura de un fragmento del diente, que puede ser de distinto grado. Según la extensión de la parte fracturada, afectarán al esmalte o al esmalte y la dentina; estas últimas se consideran complicadas cuando afectan al nervio y no complicadas cuando éste no se ve afectado.

En dentición temporal no se debe reconstruir el fragmento roto, bastará con suavizar los bordes de la fractura para que no dañen los tejidos blandos circundantes. Puede producirse una serie de secuelas, como el cambio de color desde el amarillo hasta el negro, la movilidad del diente y/o la formación de un flemón, que pueden aparecer inmediatamente tras el traumatismo o mucho tiempo después, de lo que se debe advertir a los padres. En estas ocasiones el tratamiento indicado es la extracción del diente temporal. Los traumatismos en dentición temporal pueden

¹¹artículo científico- asociación española de pediatría- anales de pediatría continuada, traumatismos dentarios en la infancia González s.

afectar al diente permanente en formación, íntimamente unido al temporal desde el nacimiento. En este caso las secuelas, como cambio de color, adelgazamiento, pérdida del esmalte o posición anómala del diente permanente o retraso en la erupción, aparecerán en el momento de la salida del diente permanente (alrededor de los 6-7 años).



Figura. Fractura de un fragmento de un incisivo central superior temporal.

- Luxación

Consiste en el desplazamiento del diente dentro de su propio alveolo, con aumento de su movilidad sin que se produzca su salida. Según la dirección del desplazamiento será intrusiva, extrusiva o lateral.

En las luxaciones pueden aparecer las mismas secuelas que en las fracturas dentarias sobre el diente temporal y sobre el permanente, mientras

que en dentición permanente se debe fijar el diente luxado a los dientes vecinos para disminuir su movilidad) y examinarlo periódicamente mediante radiografías de control. Con posterioridad se puede recolocar mediante fuerzas ortodóncicas si ha quedado desplazado.



Figura. Luxación en el incisivo central deciduo

- Avulsión

Se define como la salida completa del diente de su alveolo con una fractura completa del paquete vasculonervioso.

En dentición temporal no se debe reimplantar o recolocar el diente en su alveolo para no dañar el diente definitivo en la maniobra, pero, como en ocasiones estos traumatismos ocurren en edades tempranas, en estos casos se debe reponer mediante una prótesis el diente o dientes perdidos con el objetivo de que el niño recupere las funciones de fonación, masticación y la estética adecuada a su edad, así como mantener el

espacio para la erupción del diente permanente más tarde. En dentición permanente sí se debe reimplantar, y es crucial el tiempo transcurrido entre el traumatismo y el reimplante, así como el medio de transporte del diente avulsionado. El diente debe transportarse en un recipiente con leche, solución salina, agua e incluso saliva del traumatizado. Lo ideal es reemplazarlo inmediatamente en su alveolo en un plazo de 30 min, ya que la exposición al aire seca las fibras del ligamento alveolodental y de la pulpa o nervio; de ahí que haya que introducirlo en un medio fisiológico húmedo adaptado. Incluso 2 o 3 h después del accidente, la reimplantación puede continuar siendo útil si el diente ha estado bien conservado, aunque el pronóstico siempre será menos favorable.



Figura. Avulsión del incisivo central

2.2. CONSECUENCIAS DE LA PÉRDIDA PREMATURA DE LOS DIENTES DECIDUOS

2.2.1. Inclínación y migración¹²

La inclinación y migración de los dientes vecinos ya que disponen de mayor tiempo para moverse de su posición original, lo que trae consigo la disminución del espacio para el sucesor permanente, el acortamiento del perímetro del arco, malposiciones dentarias, apiñamiento, diastemas y alteraciones de oclusión; que dependen del sitio, del maxilar y del número de dientes afectados.

Al perderse un diente su antagonista continúa el proceso de erupción hasta extruirse y producir alteración en el plano oclusal, y pérdida de la dimensión vertical.

La pérdida prematura de un incisivo primario compromete la estética que puede producir alteraciones en el desarrollo fonético cuando el niño esta comenzado a desarrollar el habla, debido a que hay muchos sonidos que requieren la lengua toque la cara palatina de los incisivos superiores.

En los casos de la pérdida unilateral de un canino primario, los incisivos tienden a desplazarse lateralmente hacia su espacio produciendo desviaciones de la línea media y asimetría dental.

El perímetro del arco mandibular puede acostarse desde el frente debido a la presión que ejercen los labios o una actividad anormal del musculo mentoniano se pueden inclinar los

¹²www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art22.asp
Revista latinoamericana de ortodoncia y Odontopediatría pág. 8

incisivos permanentes hacia lingual, haciéndoles perder sus topes y aumentando el resalte y la sobremordida.

En la pérdida del primer molar primario es poco probable que se pierda el espacio, debido al movimiento mesial de los posteriores, pero especialmente en la mandíbula los caninos temporales e incisivos temporales o permanentes se pueden desplazar distalmente para producir asimetría en el arco dental.

2.2.2. Maloclusiones

Una maloclusión se refiere al mal alineamiento de los dientes o a la forma en que los dientes superiores e inferiores encajan entre sí. La mayoría de las personas tiene algún grado de maloclusión, si bien normalmente no es lo suficientemente seria para requerir tratamiento. Aquellas que tienen maloclusiones más severas pueden requerir tratamiento de ortodoncia para corregir el problema. La corrección de maloclusiones reduce el riesgo de la pérdida de piezas y puede ayudar a aliviar presiones excesivas en la articulación temporomandibular.

La oclusión se refiere al alineamiento de los dientes y la forma en que encajan los dientes superiores e inferiores (mordida). Una oclusión ideal se presenta cuando todos los dientes superiores encajan levemente sobre los inferiores. Es decir, las puntas de los molares se encajan en los surcos de los molares opuestos y todos los dientes están alineados, derechos y espaciados de manera proporcional. Así mismo, los dientes superiores no permiten que las mejillas y los labios sean mordidos y los inferiores protegen la lengua. Sin embargo, se

puede considerar que muy pocas personas presentan una oclusión perfecta, lo que implica la remisión a especialistas.

3. MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EL CUIDADO DE LA DENTICIÓN

3.1 FLÚOR

La utilización del flúor es sinónimo de “fortalecimiento del huésped”. Mantener el flúor siempre constante en la boca proporciona al paciente una mejor remineralización cuando hay un desafío cariogénico. El agua de abastecimiento fluorada sabiamente protege al esmalte dentario, y los dentífricos fluorados están indicados (en niños pequeños bajo supervisión). Podemos utilizar también los barnices de fluoruro para estacionar la evolución de manchas blancas antes que desencadenen cavitaciones y utilizar aplicaciones tópicas profesionales.

En fin, el flúor en cualquiera de sus formas ofrece diferentes opciones de protección, objetivo más que deseado para permitir si no es la erradicación por lo menos la sensible disminución de la caries, principal objetivo de la odontología.

Consiguiendo éxito en esas tres medidas con los pacientes, asociado a una dentística restauradora adecuada, estará controlada la caries dentaria¹³.

¹³MariaSaletteNahás P. Correa, Op. Cit capítulo 13 pág. 174

3.1.1. Tipos de flúor terapia en niños¹⁴

▪ Fluoruros tópicos

a) Dentríficos Fluorados

Han reducido en un 25 % la prevalencia de caries. El mayor efecto es en superficies lisas e interproximales y en dientes recién erupcionados. Contiene entre 1 y 1.1 p.p.m. de fluoruro (1 mg F/g de dentífrico).

Casi todos los dentífricos contienen fluoruro al 0.1 % en consecuencia 1g. de pasta dental tiene 1 mg de fluoruro. La cantidad promedio de pasta usada por los niños menores de 7 años de edad varía de 0.4 a 1.4 gr.

La preocupación radica en la posibilidad de producir manchas en el esmalte en desarrollo porque un niño que ingiere diariamente 0.04 mg. De fluoruro por Kg. De peso corporal puede padecer fluorosis de los dientes permanentes.

b) Enjuagues Bucales Fluorados

Si el programa es supervisado, reduce la caries en un 20-25%. La medida ideal de salud pública son enjuagues semanales con FNa al 0.2% y enjuagues diarios con FNa al 0.05%

Indicaciones:

- Pacientes sometidos a tratamiento ortodóntico
- Pacientes con xerostomía posradiación
- Niños que no se pueden cepillar correctamente los dientes.

¹⁴ Odontología preventiva, Dra. Elsa, capítulo I, pág. 35-41

Pasos:

1. Limpiar escrupulosamente los dientes en la manera habitual.
2. Colocar unos 10 ml de solución en la boca y pasarla cuidadosamente entre los dientes durante por lo menos 1 minuto.
3. Escupir la solución en un recipiente después de 1 minuto sin deglutirla.
4. No comer o beber durante por lo menos media hora.
5. Recomendar elegir una hora específica cada día, o semana de tal manera que no lo olviden.

El enjuague bucal se puede introducir cuando el niño tiene seis o siete años de edad y puede utilizarlo correctamente, beneficiando a molares primarios, incisivos y primeros molares permanentes que han erupcionado recientemente.

c) Barnices Fluorados (duraphat, flúor protector)

Se diseñaron para prolongar el tiempo de contacto entre los fluoruros y el esmalte y así incrementar la formación de fluorapatita. Los barnices fluorados se unen firmemente a esmalte, pero la reducción de caries es muy parecida a otros preparados fluorados tópicos.

Indicaciones:

- Zonas hipersensibles (bordes cervicales)
- Dientes erupcionados recientemente
- Detención de caries precoz (niño pequeño)

d) Fluoruros sistémicos

Los suplementos de fluoruro tienen una aplicación limitada como medida de salud pública, pero resultan beneficios en personas de riesgo de caries elevada. El uso excesivo de suplementos puede provocar fluorosis dental. Si se prescriben comprimidos de fluoruro, se deben masticar, mejor que tragar enteros. De este modo se potencia el efecto tópico de los fluoruros. No hay indicación para comenzar la administración de fluoruro antes de nacimiento.

3.2. SELLADORES DE FOSAS Y FISURAS¹⁵**3.2.1. Concepto**

Los sellantes de fosas y fisuras son sustancias plásticas (resinas adhesivas) que se aplican a las fosas y fisuras de los dientes formando una capa protectora sobre el diente que impide la entrada de bacterias y la acumulación de partículas de comida que favorecen la aparición de caries dental;

¹⁵ Odontología preventiva, Dra. Elsa, capítulo I, pág. 47,53-61

constituyendo verdaderas barreras físicas. Es una forma muy efectiva para prevenir la caries.

3.2.2. Objetivo de los sellantes

- Aislar mecánicamente surcos y fisuras del medio bucal
- Eliminar nichos ecológicos para microorganismos
- Rellenar zonas retentivas en esmalte sano
- Contribuye efectivamente a disminuir la incidencia de caries

3.2.3. Indicaciones de los Sellantes

- Molares definitivos y premolares con surcos y fisuras profundas y sanas
- Dientes anteriores con fosas profundas en palatino
- Molares temporales sanos
- Indicaciones especiales de acuerdo a la actividad de caries y riesgo estomatológico del paciente

3.2.4. Contraindicaciones de los Sellantes

- Fosas y fisuras amplias con buena coalescencia y adecuada autolimpieza
- Molares en erupción parcial
- Molares con caries fisurales

3.2.5. Factores del fracaso de los Sellantes

- Surcos sin sellar
- Por presencia de burbujas
- Presencia de caries
- Aislamiento incorrecto

- Contaminación con saliva
- Grabado ácido incorrecto
- Material en mal estado
- Polimerización inadecuada

3.2.6. Clasificación de los Sellantes

❖ Sellantes Preventivos

Los sellantes preventivos se aplicarán sobre dientes libres de caries y obturaciones. Los dientes a sellar serán seleccionados en función del riesgo de caries del individuo.

Aplicación:

- ✓ Los sellantes se aplicarán sobre dientes libres de caries y obturaciones. Y seleccionados en función del riesgo de caries del individuo.
- ✓ Limpiar a fondo las superficies de esmalte a sellar. Lavar y secar.
- ✓ Aislar el campo operatorio:
Relativo: con rollos de algodón
Absoluto: con goma dique
- ✓ Aplicar el gel o líquido grabador, dejar actuar durante 15-30" o 30-60" para piezas temporales.
- ✓ Enjuagar bien durante 20 segundos o más, con chorro de agua suave.
- ✓ Secar con chorro de aire, observar aspecto blanco mate del esmalte.
- ✓ Aplicación de resina: evitar la formación de burbujas que podrían poner en peligro la retención del sellante. Se

puede utilizar pincel o aplicador de resina o también curetas de dentina o portadical.

- ✓ fotopolimerización durante 20° 40" con lámpara de luz halógena de longitud de onda e intensidad adecuada según las indicaciones del fabricante.
- ✓ Comprobación de la retención del sellado con el explorador y verificar la oclusión mediante el papel de articular.

❖ **Sellantes Terapéuticos o Invasivos**

El fundamento del empleo de la técnica invasiva de sellado oclusal es: remover la capa de esmalte aprismático, para favorecer la acción del ácido fosfórico, aumentando la adhesión y disminuyendo la filtración marginal.

Las fisuras pueden ampliarse ligeramente con una fresa redonda pequeña o con aire abrasivo. El objetivo es eliminar el esmalte desmineralizado y dar un área sólida para el grabado ácido.

El desarrollo de las técnicas adhesivas nos permite sellar aquellas fisuras susceptibles a la caries sin incluirlas en la preparación cavitaria.

Aplicación:

- ✓ Se utiliza una fresa redonda de 1/8 para abrir la fisura y examinar la extensión de la caries (es esta la diferencia con los sellantes convencionales).
- ✓ Limpiar a fondo las superficies de esmalte a sellar. Lavar y secar.
- ✓ Aislar el campo operatorio:
Aislamiento relativo: con rollos de algodón
Aislamiento absoluto: con goma dique

- ✓ Aplicar el gel o líquido grabador, dejar actuar durante 15–30” ó 30-60” para piezas temporales.
- ✓ Enjuagar bien durante 20 segundos o más, con chorro de agua suave.
- ✓ Secar con chorro de aire, observar aspecto blanco mate del esmalte.
- ✓ Se obtura con resina fluida. Evitar la formación de burbujas que podrían poner en peligro la retención del sellante. Se puede utilizar pincel o aplicador de resina o también curetas de dentina ó portadical. O la misma jeringa de la resina fluida.
- ✓ Fotopolimerización durante 20 o 40” con lámpara de luz halógena de longitud de onda e intensidad adecuada según las indicaciones del fabricante.
- ✓ Comprobación de la retención del sellado con el explorador y verificar la oclusión mediante el papel de articular.

3.3. CEPILLADO DENTAL¹⁶

Los cepillos dentales son los instrumentos más comunes y económicos utilizados por el individuo para la remoción mecánica de la biopelícula.

Los cepillos dentales son constituidos por cuatro componentes básicos: mango, vasta o intermediario, cabeza y cerdas. A cada uno de estos componentes son designados determinadas funciones y especificaciones que ayudaran a la mejor remoción de la biopelícula dental.

¹⁶MariaSaletteNahás P. Correa, Odontopediatría en la primera infancia-control mecanico de la biopelícula dental, pág. 257-260

Según la asociación dental americana (ADA)¹⁷, el cepillo ideal debería tener las siguientes características:

- Penachos de cerda con la misma longitud
- Cabeza y vasta situadas en un mismo eje
- Leves y de fácil limpieza
- Impermeables a la humedad
- Cerdas de nylon
 - Bajo costo, durables y eficientes
- Cabeza pequeña

A pesar de que estas características sean recomendables para cepillos de adultos, determinadas adaptaciones o modificaciones en estas directrices deben ser hechas para la elección de cepillos infantiles.

▪ MANGO

La importancia del mango en la elección de un cepillo dental se justifica debido a que este es el componente responsable por la sujeción de la cabeza y manipulación del cepillo. Por esta razón, indicamos el uso de mangos largos (aproximadamente 10 a 13 cm.) y que proporcionen una buena empuñadura por parte del responsable, pues facilitan la limpieza de las superficies dentales incluso en las caras distales de los últimos dientes posteriores. Con relación al material, se debe optar por el uso de materiales no tóxicos y de fácil limpieza.

Debe ser dada una atención especial a la forma de los mangos infantiles, los cuales deben ser lo más anatómicos posibles con

¹⁷ HALLA, D. A propósito das escovas dentarias. Rev Paul Odont 1982; 4(2): 40-7

el fin de proporcionar una buena detención. A pesar de la constante insistencia de los fabricantes para el uso de mangos con diversos dibujos y formas, la mayoría de estos no poseen una anatomía ideal, lo que dificulta la empuñadura del cepillo, debiendo ser utilizados apenas como un utensilio de motivación para el niño.

- **VASTA O INTERMEDIARIO**

El asta es el componente que une el mango con la cabeza de los cepillos. Pueden ser rectos o angulados. Durante mucho tiempo se creía que había una mayor remoción de la biopelícula con un ángulo de 45° formado entre las superficies dentales y cepillo con asta angulada. Sin embargo, todavía no hay en la literatura estudios definitivos referentes a esta hipótesis.

Según la ADA, se debe preferir el uso de cepillos con astas rectas, pues permiten un contacto regular de las cerdas en todas las superficies de limpieza.

- **CABEZA**

La cabeza es la parte del cepillo donde están sustentados los penachos de cerdas. Para niños, se debe optar por un cepillo de cabeza pequeña, aproximadamente de 1 a 1.5 cm, lo suficiente para cubrir 2 a 3 dientes adyacentes.

Con relación al número de cerdas, esta debe de preferencia contener en promedio 2 a 3 filas de tubos en sentido horizontal, y 6 a 8 filas de penachos en sentido vertical.

Las cabezas de los cepillos dentales infantiles son fabricadas en diversas formas y sin un patrón predefinido, ya que aún no

existen trabajos demostrando cual es el formato más efectivo en la remoción de la biopelícula dental.

- CERDAS

Las cerdas constituyen el componente más importante de los cepillos dentales. Es básicamente a través de las cerdas, que tendremos las principales características de un cepillo, como rigidez, durabilidad y eficacia, pues este es el componente que entra en contacto directo con los tejidos duros y gingivales.

Las cerdas de un cepillo deben poseer las siguientes características: durabilidad, flexibilidad para penetrar al máximo en los aspectos interdetales; elasticidad para que no se deformen fácilmente en la saliva; y suficiente rigidez para permitir una buena limpieza sin provocar alteraciones en los tejidos bucales¹⁸.

¿PERO CUÁNDO DEBEMOS INDICAR EL CAMBIO DEL CEPILLO DENTAL?

La indicación del cambio del cepillo dental aun es un mito odontológico. La mayoría de los trabajos científicos referentes al asunto relatan la necesidad de sustituciones periódicas, pero no son definitivos con relación al mejor momento para hacerlo.

En realidad, la sustitución de cepillos dentales debe llevar en consideración una serie de otros factores (lugar en que este cepillo es almacenado, si el niño utiliza el cepillo

¹⁸ HALLA, D. A propósito das escovas dentarias. Rev Paul Odont 1982; 4(2): 40-7

frecuentemente, como el cepillo es aseado, etc.) además del tiempo de uso y estado de salud del niño.

Otro aspecto que puede ser considerado para la sustitución de cepillos dentales es el deterioro de las cerdas. A partir del momento en que estas cerdas muestran una tendencia de perder su verticalidad entre sí (se abren como si fuera un abanico) deberán ser cambiadas.



Figura: Cepillo dental con deterioro de las cerdas

Fuente: MariaSaletteNahás P. Correa, Odontopediatría en la primera infancia- control mecánico de la biopelícula dental, pág. 262

¿CUÁL CEPILLO DEBE SER INDICADO PARA NIÑOS?

Esta tal vez sea una duda más frecuente, tanto por parte de los responsables por el paciente, como por parte de los profesionales.

Una estrategia que puede ser adoptada es la indicación de cepillos dentales infantiles de acuerdo con la edad de los niños.



Figura: Adaptación de las cerdas del cepillo para la utilización del niño

Fuente: MariaSaletteNahás P. Correa, Odontopediatría en la primera infancia- control mecánico de la biopelícula dental, pág. 262

3.3.1. TÉCNICAS DEL CEPILLADO

Implementar un programa o técnica de cepillado al paciente infantil y su responsable debe, antes de todo, traducir al máximo la realidad de este paciente.

Del mismo modo, el responsable por el paciente debe ser orientado e informado respecto al papel del cepillado como un requisito fundamental para la introducción de hábitos saludables en el niño.

- Técnica de Bass- en esta técnica, las cerdas del cepillo son posicionadas en un ángulo de 45° en relación al largo eje del diente, realizando movimientos circulares y vibratorios en el sentido horizontal, englobando de dos en dos dientes, dándose énfasis a la limpieza de las áreas cervicales, vestibulares y surcos gingivales. También deben ser realizados movimientos antero-posteriores en las caras oclusales e incisales. Un problema de la técnica es la complejidad de su ejecución por el niño.
- Técnica de Starkey- movimientos circulares en las caras lisas y antero-posteriores en las caras oclusales., son realizados con el niño de por, al frente y de espaldas de la madre, apoyando la cabeza contra ella. La limpieza es hecha con la mano izquierda de la madre separando los tejidos bucales, mientras la mano derecha sujeta el cepillo y realiza los movimientos de limpieza.

- Técnica de Fones- en la técnica de Fones, son realizados movimientos circulares en todas las caras dentarias con excepción de las caras oclusales e incisales, donde son hechos movimientos antero-posteriores. Por ser simple y de fácil ejecución, esta técnica se vuelve bastante recomendada para bebés.

3.4. USO DEL HILO DENTAL¹⁹

A pesar de que el hilo dental es considerado como un avance contemporáneo en la odontología preventiva, éste ya era utilizado para la limpieza de la superficie interproximal desde el inicio del siglo XIX.

El hilo dental es utilizado para la limpieza de los espacios interdentes, siendo completamente indispensable para la perfecta limpieza bucal.

Al contrario de lo que muchos piensan, la biopelícula dental no se acumula en el área interproximal de contacto, pero sí cervicalmente a ella, a lo largo del margen gingival. Para poder remover la biopelícula dental evitando posibles desmineralizaciones, se vuelve por lo tanto necesario hacer que el hilo dental se adapte a la curvatura de la superficie del diente.

¹⁹MariaSaletteNahás P. Correa, Op. Cit, pág. 265 y 267

La limpieza del espacio interdental debe abarcar los siguientes objetivos:

- ✓ Reducir la acumulación de la biopelícula en los dientes y en las encías adyacentes.
- ✓ Promover la circulación y autolimpieza, manutención morfológica del epitelio gingival, queratinización del epitelio del surco gingival.
- ✓ Permitir del acceso del flúor
- ✓ Facilitar la remineralización a través del contacto con la saliva de las superficies dentarias adyacentes.

La mayoría de las veces, el niño de 3 a 6 años no presenta habilidad para usar el hilo dental, siendo así una responsabilidad de los padres la realización de esta actividad. La higiene oral con el cepillo y hilo dental deben ser supervisadas por los padres hasta los 9 años de edad.

3.4.1. TECNICA DEL HILO DENTAL

El hilo dental debe tener aproximadamente 25 cm, este debe ser enrollado en los dedos medios de ambas manos.

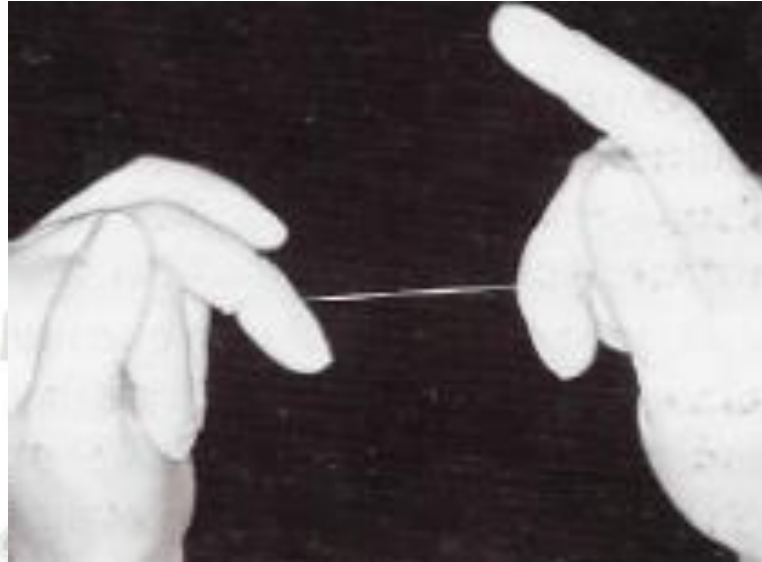


Figura: Enrollando el hilo dental en los dedos

Fuente: MariaSaleteNahás P. Correa, Odontopediatría en la primera infancia- control mecánico de la biopelícula dental, pág. 268

En uno de los dedos, enrollar un pedazo pequeño y en el otro el resto.

El espacio contenido entre los dedos índices (3cm) será usado para limpiar las áreas de contacto de dientes inferiores, sin forzarlo para no lastimar la encía y manteniéndolo bien estirado para que pueda actuar mejor.

Curvar el hilo o cinta dental formando una “C” sobre la superficie de cada diente y deslizarlo entre el diente y la encía.

Ese movimiento debe ser repetido varias veces en todos los dientes, desenrollando el hilo sin uso del dedo con mayor cantidad de hilo y enrollando en el otro, conforme la limpieza va

siendo hecha. En los dientes superiores se utilizan dedos pulgares.

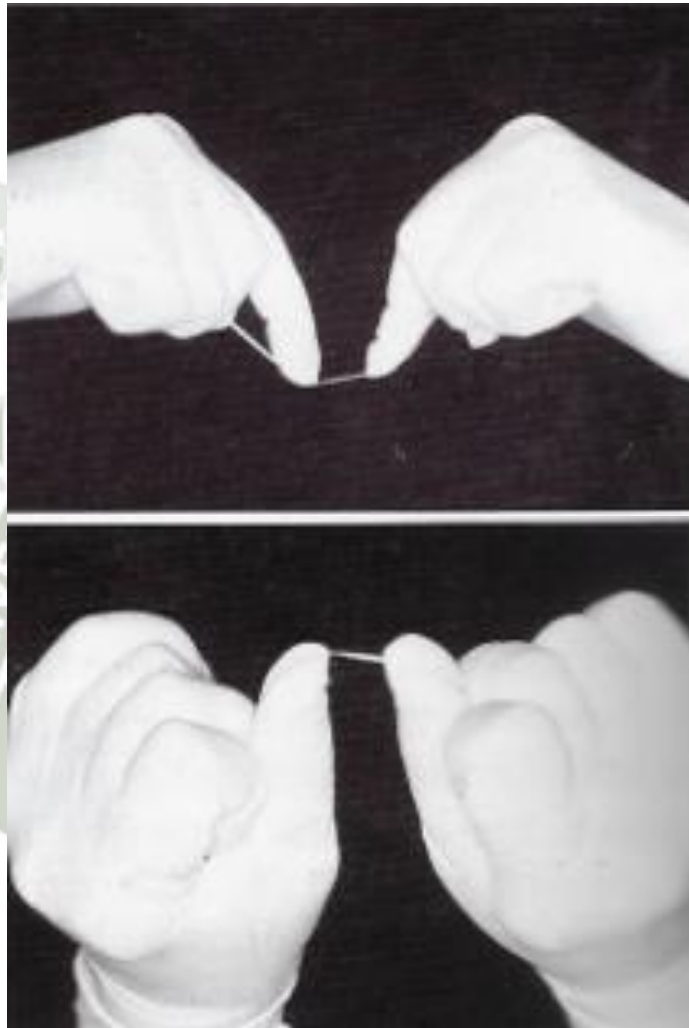


Figura: Para la higiene de los dientes inferiores utilizar los índices

Figura: Para la higiene de los dientes superiores utilizar los pulgares

Fuente: MariaSaletteNahás P. Correa, Odontopediatría en la primera infancia-
control mecánico de la biopelícula dental, pág. 268

Otra técnica utilizada, es la técnica de Loop o método de la cuerda. Un pedazo de hilo de más o menos 50 cm es amarrado en la forma de un círculo. Todos los dedos, excepto los pulgares, son colocados dentro del círculo y los índices o pulgares son usados para guiar el hilo entre los dientes. En la mandíbula, el hilo es guiado por los dos índices y en el maxilar con los dedos pulgares o un pulgar y un índice. Se gira el círculo para que cada espacio proximal reciba un pedazo limpio del hilo dental.

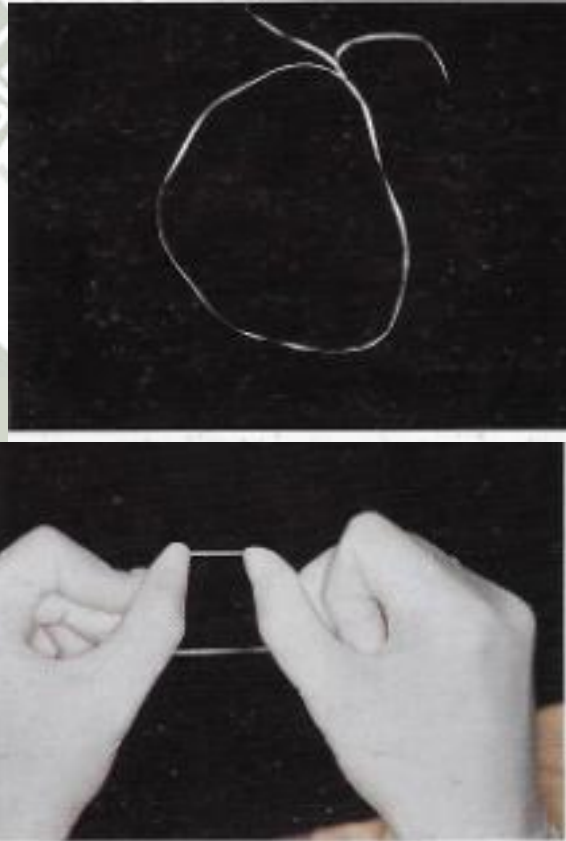


Figura : Técnica de Loop o método de la cuerda

Figura : Método de utilización de la técnica de Loop

Fuente: MariaSaleteNahás P. Correa, Odontopediatría en la primera infancia- control mecánico de la biopelícula dental, pág. 268

Pacientes con deficiencias físicas, con ausencia de la habilidad manual o algún otro motivo que lo imposibilite de utilizar la técnica convencional pueden emplear métodos auxiliares como por ejemplo las horquillas, que permiten la utilización de una extensión de hilo dental directamente en los espacios interdentales.



Figura: Ejemplos de horquillas

Fuente: MariaSaletteNahás P. Correa, Odontopediatría en la primera infancia- control mecánico de la biopelícula dental, pág. 268

3.5. ENJUAGUES BUCALES

- **Los enjuagues bucales se utilizan por distintos motivos:**
 - Refrescar el aliento
 - Ayudar a impedir o controlar la caries dental
 - Reducir la placa (una capa fina de bacterias que se forma en los dientes)

- Prevenir o reducir la gingivitis (una fase temprana de la enfermedad de las encías)
- Reducir la velocidad a la que se forma el sarro (la placa endurecida) en los dientes o producir una combinación de estos efectos.

La mayoría de los enjuagues bucales está disponible sin receta. El dentista le aconsejará si usted necesita un enjuague bucal y qué clase utilizar, en función de sus necesidades de salud bucal.

➤ **Existen dos tipos de enjuagues bucales:**

- **Los enjuagues bucales terapéuticos** pueden ayudar a reducir la placa, la gingivitis, la caries y el mal aliento. Los que contienen flúor contribuyen a prevenir o reducir la caries dental.
- **Los enjuagues cosméticos** pueden controlar o reducir temporalmente el mal aliento y dejar la boca con un sabor agradable, pero no solucionan las causas del mal aliento, ni eliminan las bacterias causantes del mismo, ni reducen la placa, la gingivitis o la caries.

Si tiene dificultad para cepillarse y utilizar la seda dental, un enjuague bucal puede ofrecer una protección adicional contra la caries y la enfermedad de las encías. A la hora de seleccionar un enjuague bucal, busque productos que lleven el Sello de Aceptación de la ADA, que han sido sometidos a pruebas de seguridad y eficacia.

²⁰Los enjuagues bucales en niños están indicados principalmente cuando se les consideradas pacientes de alto o muy alto riesgo de padecer caries dental, gingivitis o enfermedad periodontal.

Dentro de los pacientes de alto riesgo estamos incluyendo a los pacientes con aparatología ortodóncica, donde es más fácil que se presenten zonas en las que se acumula la placa bacteriana y sean más complicadas de limpiar. Otro grupo importante de pacientes de alto riesgo comprende a pacientes discapacitados, los niños con determinadas medicaciones crónicas que pueden producir una reducción del flujo salivar o niños con malos hábitos alimenticios.

Los colutorios, por tanto, juegan un papel fundamental en cualquier programa de prevención destinado a la disminución de los efectos adversos que la placa bacteriana puede producir en la cavidad oral.

El uso de enjuagues bucales en niños es útil, pero siempre entendido como un complemento del cepillado dental. El control químico de los agentes bacterianos es beneficioso, pero no sustituye al control mecánico.

²⁰Dra. Gloria Saavedra / Madrid Día 16/06/2014 - 17.43h Abc.Es Sociedad

Los componentes principales para lograr estos efectos preventivos son el flúor y la clorhexidina fundamentalmente. Los enjuagues bucales más utilizados en los niños llevan en su composición fluoruro sódico al 0,05% para uso diario, o al 0,2% para uso semanal. Y los enjuagues de digluconato de clorhexidina en su concentración al 0,12% son útiles para obtener resultados clínicos satisfactorios sin que aparezcan efectos secundarios.

Es muy importante que sea el odontopediatra quien aconseje la cantidad y la frecuencia de uso de estos enjuagues dentro de un programa preventivo, según el riesgo de caries de forma individualizada en cada paciente.

La utilización de colutorios está indicada cuando un niño es capaz de realizar un enjuague sin tragar el producto. Esto suele suceder a partir de los seis años, que es cuando se alcanza una maduración neuromuscular suficiente para controlar la deglución del enjuague.

En niños con un elevado riesgo de caries, en los que está indicado el uso de enjuagues como medida preventiva, pero que no tienen capacidad de controlar el enjuague (normalmente menores de 6 años), hay otras formas de aplicación tópica con ayuda de un bastoncillo por parte de los padres.

3.6. VISITAS ODONTOLÓGICAS

I. Primera visita

Es importante que el niño acuda a la consulta dental desde muy temprana edad. Muchas instituciones de Odontopediatría en el mundo recomiendan que la primera visita se realice poco después de la erupción dental de los primeros dientes. Esto con el fin de educar al paciente y dar una guía anticipatoria para la prevención de la enfermedad dental.

II. Dicha primera visita comprende:

- Examen bucal completo con pruebas diagnósticas apropiadas para determinar el crecimiento y desarrollo bucal, patologías y/o injurias.
- Brindar consejo de higiene bucal a los padres, apoderados, incluyendo las implicancias de la salud bucal del niño.
- Remover los elementos o depósitos supragingivales y subgingivales.
- Determinar el status de fluorización sistémica y tópica.
- Brindar consejo dietético relacionado a salud bucal.
- Brindar tratamiento requerido y/o referencia apropiada para cualquier enfermedad bucal o traumatismos²¹.

²¹Hisashida Bertha (2009) Odontopediatría pág. 1728

III. Visitas periódicas

La periodicidad con la que un niño debe asistir a su cita al Odontopediatra ha sido determinada clásicamente cada 6 meses, con poco fundamento científico. En la actualidad, se cree que la visita periódica debe ser espaciada de acuerdo al riesgo de caries del paciente. Niños con altos niveles de caries tendrán que ser examinados cada 1 o 2 meses, para realizar limpiezas profesionales con más frecuencia además de otros procedimientos preventivos²².

3.7. LA DIETA²³

Lo más importante característica de la dieta asociada al riesgo, está en la frecuencia de ingestión de carbohidratos, principalmente sacarosa.

Este asunto ya fue referido en la parte referente a la dieta.

Acrecentamos, en lo que se refiere a la identificación de los grupos, un factor fundamental: la educación en salud recibida por la familia. Debemos informarnos, por medio de la entrevista inicial o hasta por medio de una conversación informal, si la madre recibió o no consejo pre o post-natal sobre salud bucal. Si la respuesta fuera positiva debemos reforzar la instrucción, y si fuera negativa es fundamental introducir un programa de educación en salud bucal del niño.

²²Henostroza Haro (2010) Diagnóstico de caries dental pág. 28

²³MariaSaletaNahás P. Correa, Op.cit., pág. 172 Y 174

EDUCAR CON RELACION AL CONSUMO DE AZUCAR

La manutención de una palca no cariogénica va a depender, después del tratamiento inicial, del control del consumo de carbohidratos. La alta frecuencia de ingestión de carbohidratos fermentables facilita la reconocolización por el *S. mutans*, colocando en riesgo todo el planeamiento terapéutico del paciente, si el niño no recibiera acompañamiento después del “alta”, por lo menos cada tres meses, todo el tratamiento puede ser perdido. La restricción del uso de azúcar debe ser hecha con cuidado, pues el principal objetivo es establecer horarios para la alimentación y asociarlos a los horarios de la higiene bucal, sin suprimir el uso radicalmente. La indicación de edulcorantes alternativos para niños debe ser decidido en asociación con el pediatra, pues la simple sustitución del azúcar no corrige hábitos de alimentación incorrectos. La utilización de alimentos detergentes y sólidos debe ser motivada, por los motivos ya expuestos.

CONSIDERACIONES²⁴

La ruptura de los hábitos dietéticos es muy difícil por lo que la explicación a los responsables el niño deberá abarcar el riesgo de ciertos alimentos, la frecuencia recomendada, y como pueden llegar a causar algún problema de salud oral para el niño.

El profesional también deberá tener empatía con el niño y explicarle de forma simple los beneficios de tener buenos hábitos dietéticos. Los adolescentes deberán ser entrevistados por separado de los responsables, ya que, es importante que el adolescente tenga un papel activo en su salud bucal así como

²⁴MariaSaletaNahás P. CorreaOp.Cit. pág. 2779

asumir responsabilidades. Una cavidad oral libre de enfermedades traerá satisfacción no solo a los padres del niño, sino principalmente al profesional.

Debe ser considerado que además del consejo dietético el profesional deberá dar énfasis en la aplicación de hábitos de higiene bucal, ya que aunque la dieta sea uno de los factores principales para el desarrollo de la caries temprana de la infancia, existen otros factores como la higiene bucal que estaría contribuyendo para preservar la salud en el paciente infantil.

4. CONOCIMIENTO

4.1. DEFINICIÓN

El conocimiento requiere saber, es decir tener claro la evidencia de la cual se menciona en el “conocimiento”; el conocimiento es una creencia basada en la experiencia y la memoria; algo que se da de forma natural en los humanos; cuando ya nos estamos refiriendo al conocimiento profundo, se requiere una mayor justificación de esa creencia mencionada; ingresando ya a un sistema integrado de significado y sentido, fundado en lo real.

Al momento de referirnos a conocimiento existen muchas diferencias, pero aquí no es el estado mental del que habla, sino la actividad en la que están comprometidos²⁵.

De forma general entendemos que el conocimiento es un activo intangible que forma parte de los distintos elementos y procesos en un grupo u organización y que puede adoptar distintas formas. El conocimiento se puede someter a diferentes actividades de

²⁵ Klein, P.D (1971)..TheJournal of Philosophy, 68(16), 471-482

gestión y manejo, siendo posible su movilidad, además de la posibilidad de ser transformado, almacenado, interpretado según el medio en el cual se haya adquirido.

Cuando el conocimiento puede ser transmitido de un sujeto a otro mediante una comunicación formal, se habla de conocimiento explícito. En cambio, si el conocimiento es difícil de comunicar y se relaciona a experiencias personales o modelos mentales, se trata de conocimiento implícito²⁶.

4.2. MEDICIÓN DEL CONOCIMIENTO

La mayoría de métodos de evaluación del conocimiento se realiza a través de respuestas escritas a cuestionarios o escalas de estimación.

El conocimiento es el aprendizaje adquirido que se puede estimar en una escala que puede ser cualitativa y cuantitativa.

4.3. NIVEL DE CONOCIMIENTO

Aprendizaje adquirido estimado en una escala que puede ser cualitativa (bueno, regular, malo) o cuantitativa (del 0 al 20).

4.4. TIPOS DE CONOCIMIENTO

El sistema que vamos a utilizar para dividir al conocimiento es de 4 tipos: lógico, semántico, sistémico y empírico²⁷.

²⁶Trussell, James (May 2011). Contraceptive failure in the United States. *Contraception* 83 (5): 397-404

²⁷ De Jong, T., y Ferguson-Hessler, M. G. (1996). *Education Psychologist*, 31(2), 105- 113

✓ Conocimiento lógico

Hay un conocimiento que es el resultado de la comprensión de la relación de las ideas entre sí. Hay las reglas o leyes de la lógica que permiten pretensiones de conocimiento que son más declaraciones de las ideas coherentes con las normas y las ideas ya aceptadas.

✓ Conocimiento semántico

Hay un conocimiento que es el resultado de aprender el significado de las palabras. El conocimiento de las palabras es el conocimiento de las definiciones. Tales definiciones se establecen en los diccionarios. Así que los solteros son hombres no casados. Tú sabes esto. Las personas reconocen esto. Usted puede mirar para arriba.

✓ Conocimiento sistémico

No es el conocimiento de las matemáticas y geometría, que es el resultado del aprendizaje de un sistema de palabras o símbolos y como se relacionan entre si y las reglas de funcionamiento de ese sistema y luego todas las reclamaciones formuladas que son consistentes con aquellas definiciones y normas se ofrecen llamado conocimiento.

✓ Conocimiento empírico

Hay un conocimiento que viene a través de nuestros sentidos. Este conocimiento es el conocimiento empírico. La ciencia es el mejor ejemplo de un método para determinar la exactitud de tal conocimiento.

El conocimiento científico es el resultado de la práctica del método: observación, el secuestro de una hipótesis, la observación cuidadosa, el refinamiento de la hipótesis, deducción de prueba para la hipótesis, las pruebas y la experimentación, la confirmación o falsificación de la hipótesis.

4.5. ESCALA VIGESIMAL

La escala de calificación vigesimal, es aquella escala que comprende un listado de notas, que van desde la nota mínima 00 hasta la nota máxima 20, dicho sistema de calificación es deficiente puesto que no permite comparar de manera adecuada los resultados obtenidos por el padre de familia, ya que, cuanto mayor sea el rango de calificativos posibles menos precisa será la diferencia entre dos calificativos cercanos. Por ejemplo, es difícil establecer la diferencia entre un padre de familia que obtuvo 13 y el otro sacó 14.

- a. Escala muy buena: 20 y 18 puntos
- b. Escala bueno: 17 y 14 puntos
- c. Escala regular: 13 y 11 puntos
- d. Escala muy mal: 10 y 00 puntos

5. DEFINICION DE ALGUNOS TÉRMINOS²⁸

5.1. PREVALENCIA

Es el número de casos de una enfermedad que se presenta en una población determinada, durante un tiempo determinado.

5.2. INCIDENCIA

Es el número de casos **nuevos** de una enfermedad que se presenta en una población determinada, durante un tiempo determinado.

6. REVISION DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

❖ ANTECEDENTES REGIONALES

Pérdida de dientes primarios por caries y maloclusión en pacientes de 7 a 10 años del centro de salud de 15 de agosto. Arequipa 2011

Realizado por: C.D. Yesenia Gloria Flores Vilca

Llegan a la siguiente conclusión:

- La mayor frecuencia de pérdida prematura de las piezas dentarias es debido a la caries dental, trayendo como consecuencia la maloclusión.

²⁸ Hernández Chavarría, Francisco (2002). Fundamentos de Epidemiología. Primera Edición. Costa Rica. Editorial Universidad Estatal a distancia. p.240-241

- La pérdida prematura es más frecuente en el género femenino con 54.6%, mientras que en el género masculino con un 45.4%
- La hipótesis planteada fue confirmada, debido a que la frecuencia de pérdida prematura de dientes primarios por caries dental se relacione directamente con el grado de maloclusión en los pacientes de 7 a 10 años atendidos en el consultorio dental.

❖ ANTECEDENTES NACIONALES

Prevalencia de pérdida prematura de dientes deciduos en escolares de 6 a 9 años del distrito de Salaverry en el año 2010.

Realizado por: Idrugo Yopla Natali Gissela

- Se observó una prevalencia de 7.8% de pérdida prematura de piezas dentarias deciduas, encontrándose una pérdida prematura de 537 piezas dentarias deciduas en 253 escolares que representa al 44.2% del total de la población
- La pieza 7.5 fue la que presentó mayor frecuencia de pérdida prematura (16.8%)
- Se encontró que los 9 años existió mayor pérdida prematura de piezas dentarias deciduas.

❖ ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Perdida prematura de dientes temporales en pacientes de 5 a 8 años de edad asistidos en la clínica de Odontopediatría de la universidad Gran Mariscal de Ayacucho 2004-2005

Realizado por: Ortiz.; Godoy.; Farías.; Mata, M.

Llegan a la siguiente conclusión:

- Del total de dientes extraídos 345 la mayoría con 70.4 % se extrajeron de manera prematura, sólo 29.65% reporto exodoncias a tiempo.
- Los dientes que con mayor frecuencia se extrajeron fueron los primeros y segundos molares temporales inferiores de ambos lados, y el diente menos extraído fue el canino
- La causa más frecuente de la exodoncia prematura en los pacientes de la muestra estudiada fue la caries con 89.3%

Influencia de la perdida prematura de dientes primarios por caries dental, como causas de maloclusiones en los pacientes de 7 a 10 años que acuden al servicio de Odontología del Centro de Atención Integral de Salud Francisco de Miranda

Realizado por: Hernandez J., Montiel L., Velasquez J., Alcedo C.D
Jurisic

Llegan a la siguiente conclusión:

- Del total de pérdidas prematuras el porcentaje más alto se encontró en los pacientes de 8 años de edad con un 45% y los de 10 años con solo 12%.
- La frecuencia de extracción de piezas dentarias, la pieza 5.3 fue el diente con más frecuencia con un 13% seguido del 6.3 y 7.5 con un 12% cada uno.

7. HIPOTESIS

Dado que la prevalencia de pérdida prematura de dientes deciduos es multifactorial, prevaleciendo la caries en otros trabajos de investigación es probable que la pérdida prematura de dientes deciduos en los alumnos de la I.E. 40081 Miguel Cesar Augusto Mazeyra Acosta tenga una relación directa con el grado de conocimiento sobre este tema.

CAPITULO II

I. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TECNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACION

1.1. TECNICA

Se usó la técnica de Observación directa

1.2. INSTRUMENTOS

1.2.1. Instrumentos de evaluación

Odontograma

1.2.2. Instrumentos mecánicos

- Espejos bucales
- Bajalenguas
- Cámara fotográfica
- Computadora
- Impresora

1.3. MATERIALES

- Guantes
- Barbijos
- Campos de trabajo
- Odontogramas
- 01 folder
- Lápiz
- Lapiceros

- Borrador
- Corrector líquido
- 500gr. de algodón

1.4. MÉTODOS

1.4.1. RECOLECCIÓN DE DATOS

Se solicitó permiso a las autoridades de I.E 40081 “MIGUEL CÉSAR AUGUSTO MAZEYRA ACOSTA” para la ejecución del proyecto de tesis en escolares, además del permiso por parte de los padres de los alumnos. (Ver anexo 1)

Luego de instalar y acondicionar el ambiente, materiales e instrumental necesario para realizar las evaluaciones respectivas, se procedió a realizar la revisión dental en el horario de educación física, para evitar la pérdida de clases de los alumnos.

A los niños que formaron parte de la muestra se les realizó la revisión dental, primero se llenó los datos personales y luego el odontograma.

El tiempo estipulado por revisión a cada escolar fue de 10 a 15 minutos aproximadamente.

Se envió a los niños revisados en sus agendas escolares un cuestionario para sus padres.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Taxonomía

abordaje	Tipo de estudio					diseño	nivel
	Por la técnica de recolección	Por el tipo de datos	Por el N° de mediciones de las variables	Por el N° de muestras o población	Por el ámbito de recolección		
cuantitativo	Observacional comunicacional	prospectivo	transversal	descriptivo	De campo	Prospectivo descriptivo	relacional

2.2. Ámbito de localización

La investigación se realizará en la I.E 40081 “Miguel César Augusto Mazeyra Acosta” en el distrito de Cayma.

2.3. Unidades de estudio

Está constituido por la totalidad de 160 alumnos de 6 a 10 años de la I.E 40081 “Miguel César Augusto Mazeyra Acosta” Arequipa que equivalen al universo del total de estudio que

reúnen los criterios de inclusión, siendo 110 la cantidad de alumnos que reúnen los criterios de inclusión, transformándose en mi población de estudio de ambos géneros.

3. PROCEDIMIENTO

Se obtuvo el permiso de la directora de la I.E 40081 “MIGUEL CÉSAR AUGUSTO MAZEYRA ACOSTA”, después se requirió de la autorización de los padres de familia para que formen parte de la investigación.

Luego se programó los alumnos, únicamente los que cumplan con los criterios de inclusión, se inició la revisión dental, la cual se llevó a cabo en el horario de Educación física.

Se formaron grupos de acuerdo a la edad, se comenzó a llenar los datos personales y el odontograma. Una vez terminada la revisión se realizó el conteo, notando la prevalencia de pérdida prematura de dientes deciduos según la edad, según la pieza dentaria, según la causa que produjo dicha pérdida.

A los padres de familia se les repartió un cuestionario de 10 preguntas las cuales fueron evaluadas por el 100% vigesimal.

4. ESTRATEGIAS DE RECOLECCION

4.1. ORGANIZACIÓN

4.1.1. Coordinación

Coordinación con la directora de la I.E 40081 “Miguel César Augusto Mazeyra Acosta”, con los profesores de las diferentes aulas para llevar a cabo el ingreso a dicha institución, principalmente con el profesor de Educación Física.

Recursos humanos

Investigadora: María Elena Gonzales Palomino

Asesor: Dr. Luis Arenas Vélez

Recursos físicos

Ambiente particular de trabajo personal.

Recursos institucionales

I.E 40081 “Miguel César Augusto Mazeyra Acosta”

Recursos financieros

Propios del investigador.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Ser alumno matriculado de la I.E 40081 “Miguel César Augusto Mazeyra Acosta”. Arequipa
- Contar con el consentimiento informado firmado por sus padres o apoderados.
- Estar aparentemente sano física y psíquicamente
- Alumnos que asistan regularmente al centro educativo
- Alumnos de ambos géneros
- Alumnos de 6 a 10 años de edad
- Alumnos matriculados en el turno mañana.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- No ser alumno de la I.E 40081 “Miguel César Augusto Mazeyra Acosta”. Arequipa
- No contar con el consentimiento informado firmado por sus padres o apoderados
- No tener entre 6 y 10 años de edad
- No desear colaborar
- Ser alumno irregular
- Ser del sexto año de primaria

4.2. Preparación de las unidades de estudio

Se conformarán 7 grupos según las edades (entre 6 y 10 años de edad) y género (masculino, femenino)

4.2.1. Organización

Después de haber sido aprobado el plan de tesis se realizará una prueba piloto con 20 alumnos del centro educativo que cumplan con los criterios de inclusión.

5. MANEJO DE DATOS

CUADRO DE TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

INDICADOR	SUBINDICADOR	ESCALAS DE MEDICIÓN	ANÁLISIS Y MEDICIÓN
1. Edad	1.1 de 6 a 10 años de edad	Conteo	Apreciación crítica
2. Genero	2.1 masculino 2.2 femenino		

<p>3. Tipo de diente</p>	<p>3.1 Incisivo 3.2 Canino 3.3 Molar</p>		
<p>4. causas de pérdida prematura</p>	<p>4.1 caries 4.2 traumatismo</p>		
<p>5. Grado de conocimiento de los padres de la I.E Miguel Cesar Augusto Mazeyra sobre las pérdidas prematuras de los dientes deciduos</p>	<p>Cuestionario</p>	<p>Vigesimal</p>	

CAPÍTULO III

RESULTADOS

TABLA 1
DISTRIBUCIÓN DEL TOTAL DE LA POBLACIÓN ESCOLAR SEGÚN LOS
CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA EN LA I.E 40081 “MIGUEL
CÉSAR AUGUSTO MAZEYRA ACOSTA”. AREQUIPA 2015

Criterio de selección de la muestra	Total	
	Nº	%
Total de alumnos	168	100.0
Alumnos Incluidos en el estudio	110	65.5
Alumnos Excluidos del estudio	58	34.5

Fuente: Matriz de datos

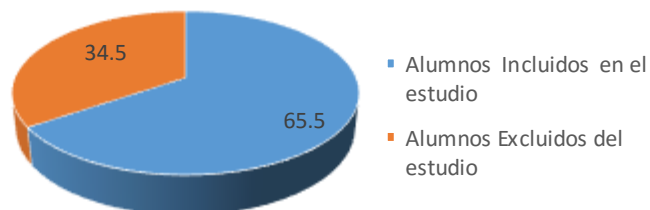
INTERPRETACIÓN

En la tabla 1, de los 168 escolares que corresponden al total de estudiantes de dicha institución; el 65.5% cumplen con los criterios de inclusión para la muestra, quedando fuera del estudio de investigación el 34.5%

GRÁFICO 1

DISTRIBUCIÓN DEL TOTAL DE LA POBLACIÓN ESCOLAR SEGÚN LOS CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA EN LA I.E 40081 “MIGUEL CÉSAR AUGUSTO MAZEYRA ACOSTA”. AREQUIPA 2015

DISTRIBUCIÓN DEL TOTAL DE LA POBLACIÓN ESCOLAR SEGÚN
LOS CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA EN LA I.E 40081
“MIGUEL CÉSAR AUGUSTO MAZEYRA ACOSTA”. AREQUIPA
2015



Fuente: Matriz de datos

TABLA 2
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA SEGÚN LA EDAD Y
GÉNERO EN LA I.E 40081 “MIGUEL CÉSAR AUGUSTO MAZEYRA
ACOSTA”. AREQUIPA 2015

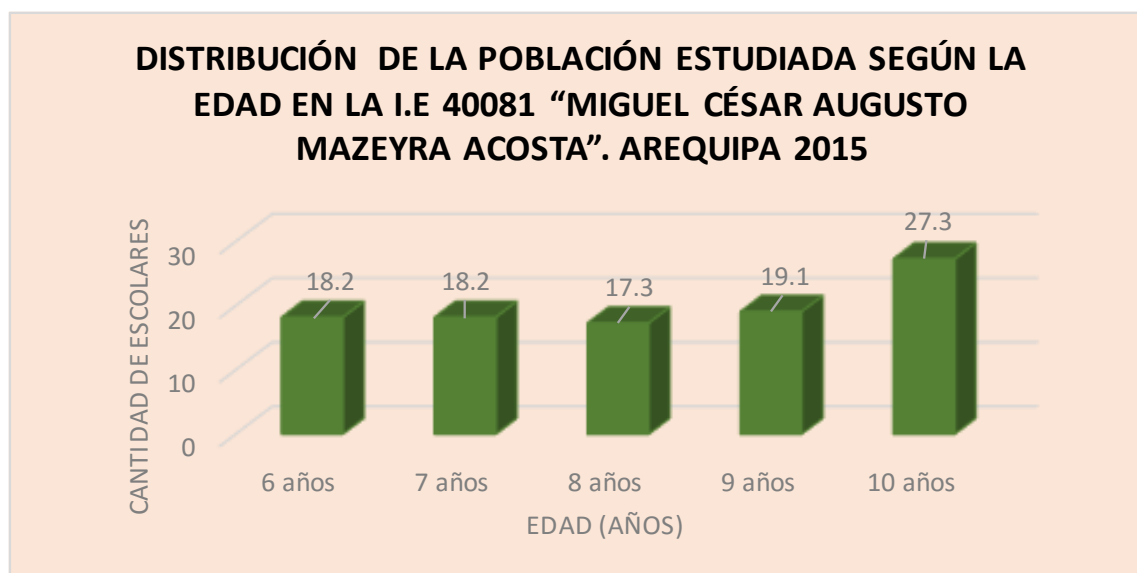
Edad	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total:	67	60.9	43	39.1	110	100.0
6 años	12	10.9	8	7.3	20	18.2
7 años	8	7.3	12	10.9	20	18.2
8 años	13	11.8	6	5.5	19	17.3
9 años	12	10.9	9	8.2	21	19.1
10 años	22	20.0	8	7.3	30	27.3

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN

Se observa que del total de estudiantes, el 60.9% son varones y el 39.1% mujeres. Por otro lado, el 27.3% tiene 10 años de edad; el 19.1%, 9 años; el 18.2%, 6 y 7 años.

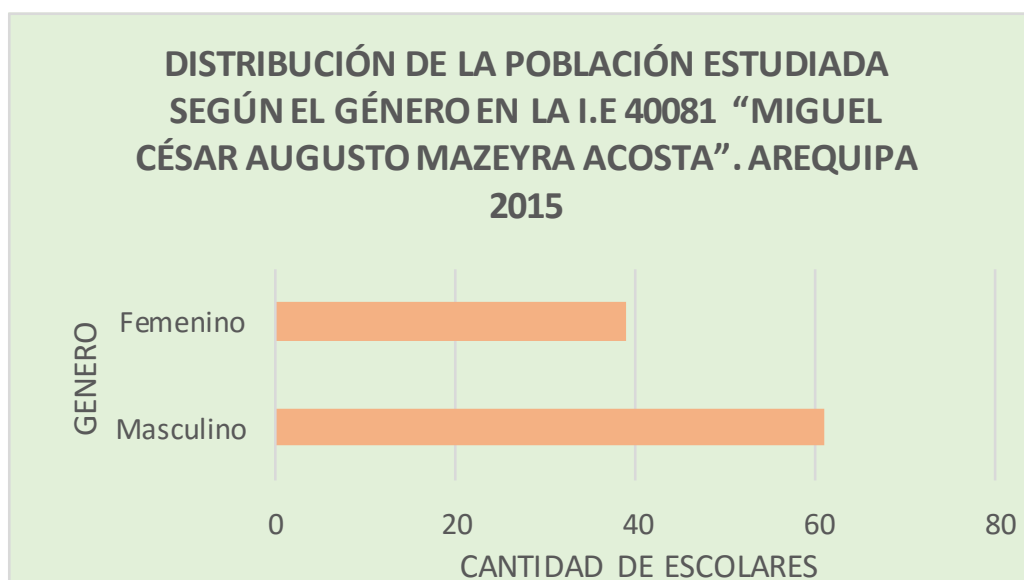
GRÁFICO 2 A



INTERPRETACIÓN

En el gráfico 2 A el 27.3% tiene 10 años de edad; el 19.1%, 9 años; el 18.2%, 6 y 7 años y sólo 17.3% tiene 8 años de edad.

GRÁFICO 2 B



INTERPRETACIÓN

En el gráfico 2 B se observa que del total de estudiantes, el 60.9% son varones y el 39.1% mujeres.

TABLA 3
PREVALENCIA DE LA PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES DECIDUOS
SEGÚN LA EDAD EN LA I.E 40081 “MIGUEL CÉSAR AUGUSTO
MAZEYRA ACOSTA”. AREQUIPA 2015

Edad	Total de estudiantes	Estudiantes con Perdida Prematura de Dientes	Prevalencia por 100 Estudiantes
Total:	110	29	26.4
6 años	20	12	60.0
7 años	20	8	40.0
8 años	19	3	15.8
9 años	21	3	14.3
10 años	30	3	10.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN

En la tabla 3, se observa que la mayor prevalencia de pérdida prematura de dientes deciduos fue en escolares de 6 años (60 %), seguida de 7 años con 40 %, y en menor cantidad en escolares de 10 años con un 10%.

GRÁFICO 3

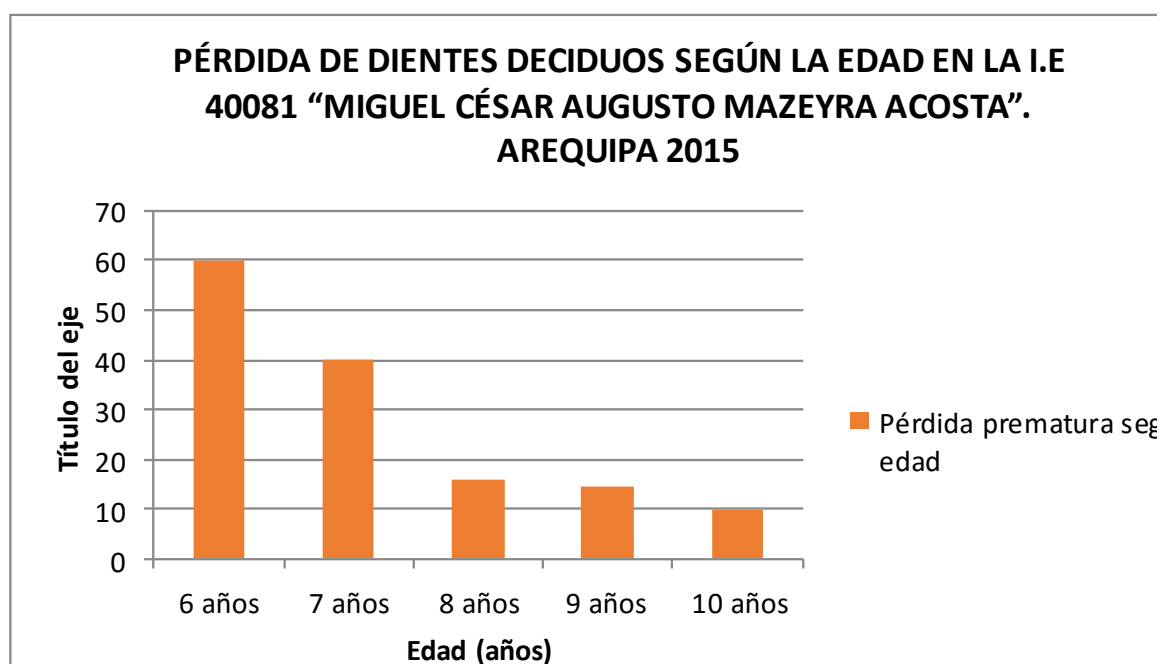


TABLA 4
PREVALENCIA DE LA PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES DECIDUOS
SEGÚN EL GÉNERO EN LA I.E 40081 “MIGUEL CÉSAR AUGUSTO
MAZEYRA ACOSTA”. AREQUIPA 2015

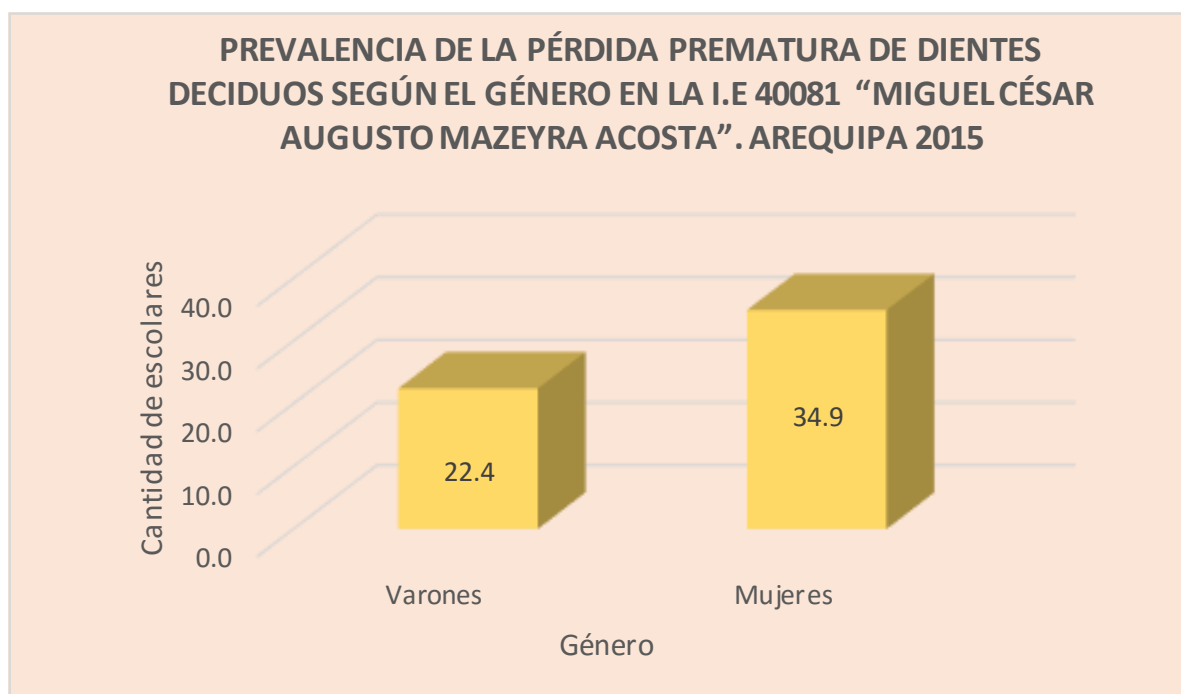
Género	Total de estudiantes	Estudiantes con Perdida Prematura de Dientes	Prevalencia por 100 Estudiantes
Total:	110	30	27.3
Varones	67	15	22.4
Mujeres	43	15	34.9

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN

Se observa, que la prevalencia es mayor en estudiantes mujeres, siendo un 34.9 % por cada 100 estudiantes, mientras que en varones 22.4 % por cada 100 varones

GRÁFICO 4



Fuente: Matriz de datos

TABLA 5

CAUSAS DE LA PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES POR GÉNERO EN LA I.E 40081 “MIGUEL CÉSAR AUGUSTO MAZEYRA ACOSTA”. AREQUIPA 2015

Causas	Caries		Traumatismo		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total:	28	93.3	2	6.7	30	100.0
Varones	14	93.3	1	6.7	15	100.0
Mujeres	14	93.3	1	6.7	15	100.0

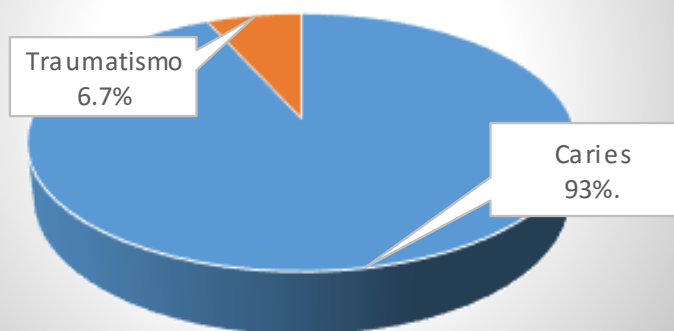
Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN

Se aprecia que la caries es la primera causa de pérdida prematura de caries 93.3% y los traumatismos el 6.7%. Por género se aprecia que en ambos la caries, es la principal causa

GRÁFICO 5

**CAUSAS DE LA PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES
POR GÉNERO EN LA I.E 40081 "MIGUEL CÉSAR
AUGUSTO MAZEYRA ACOSTA". AREQUIPA 2015**



Fuente: Matriz de datos

TABLA 6

**TIPO DE DIENTE DECIDUO QUE SE PIERDE CON MAYOR FRECUENCIA
SEGÚN EL GÉNERO EN LA I.E 40081 “MIGUEL CÉSAR AUGUSTO MAZEYRA
ACOSTA”. AREQUIPA 2015**

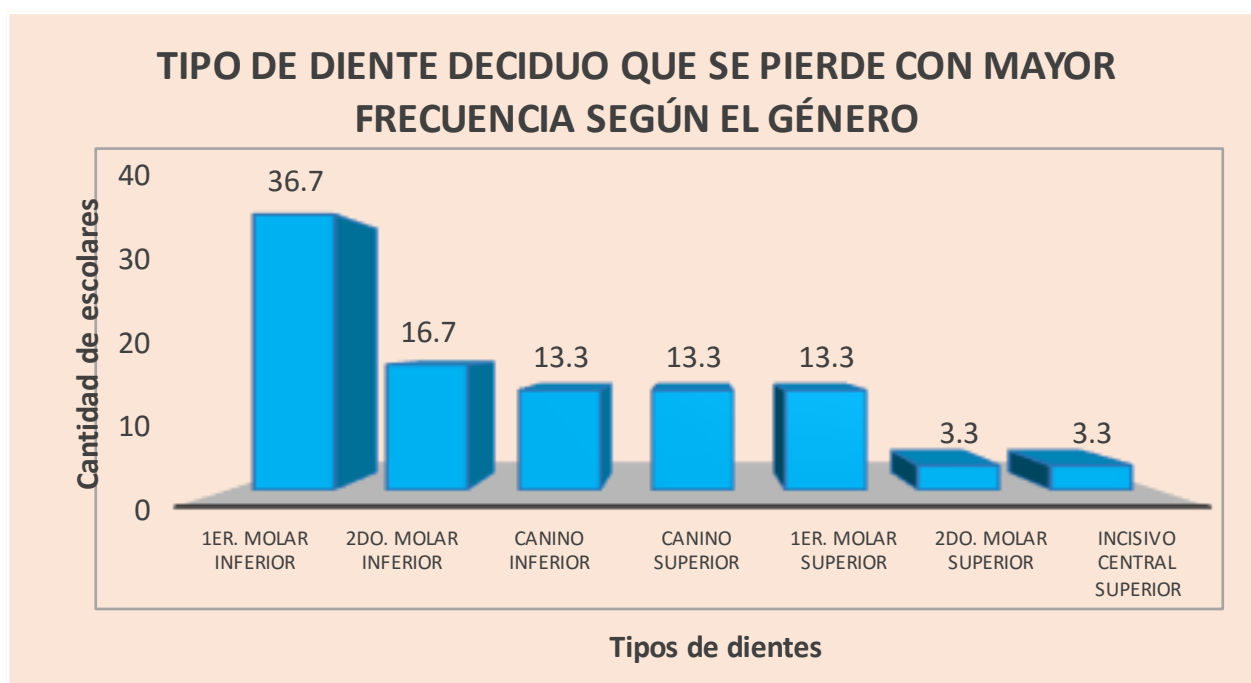
Género	Mujeres		Varones		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tipo de diente						
Total:	15	100.0	15	100.0	30	100.0
1er. Molar inferior	5	33.3	6	40.0	11	36.7
2do. Molar inferior	3	20.0	2	13.3	5	16.7
Canino inferior	2	13.3	2	13.3	4	13.3
Canino superior	3	20.0	1	6.7	4	13.3
1er. Molar superior	2	13.3	2	13.3	4	13.3
2do. Molar superior	0	0.0	1	6.7	1	3.3
Incisivo Central superior	0	0.0	1	6.7	1	3.3

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN

Se observa que en estudiantes mujeres, la mayor frecuencia de dientes perdidos, es el 1er. Molar inferior seguido del 2do. Molar inferior y canino superior. En varones, el 1er. Molar inferior, 1er molar superior, canino inferior y 2do molar inferior. En forma general, los dientes que se pierden con mayor frecuencia son 1er. Molar inferior y 2do. Molar inferior.

GRÁFICO 6



Fuente: Matriz de datos

TABLA 7

CONOCIMIENTOS SOBRE PÉRDIDA PREMATURAS DE DIENTES EN LA I.E 40081 “MIGUEL CÉSAR AUGUSTO MAZEYRA ACOSTA”. AREQUIPA 2015

Conocimientos	Padres con Hijos con que presentaron Pérdida Prematura de Dientes		Padres con Hijos que no presentaron Pérdida Prematura de Dientes	
	Nº	%	Nº	%
Total:	30	100.0	80	100.0
Deficientes	26	86.7	40	50.0
Regulares	4	13.3	33	41.3
Buenos	0	0.0	6	7.5
Muy buenos	0	0.0	1	1.3
Fuente: Matriz de datos				
Ji-cuadrado: 12.57 > 7.82 (p < 0.05)				

INTERPRETACIÓN

Observamos que en el grupo de padres de familia, con hijos que presentaron pérdida prematura de dientes el 86.7% tiene conocimientos deficientes y el 13.3% conocimientos regulares.

En contra posición los padres cuyos hijos no presentaron pérdida prematura de dientes, el 50.0% tiene conocimientos deficientes; el 41.3% conocimientos regulares, el 7.5% buenos y el 1.3% muy buenos conocimientos. De acuerdo a la prueba estadística de Ji-cuadrado, se encontraron diferencias significativas en el nivel de conocimientos de padres con y sin hijos con pérdida prematura de dientes.

Leyenda

- ✓ Escala muy bueno: 20 y 18 puntos
- ✓ Escala bueno: 17 y 14 puntos
- ✓ Escala regular: 13 y 11 puntos
- ✓ Escala muy mal: 10 y 00 puntos

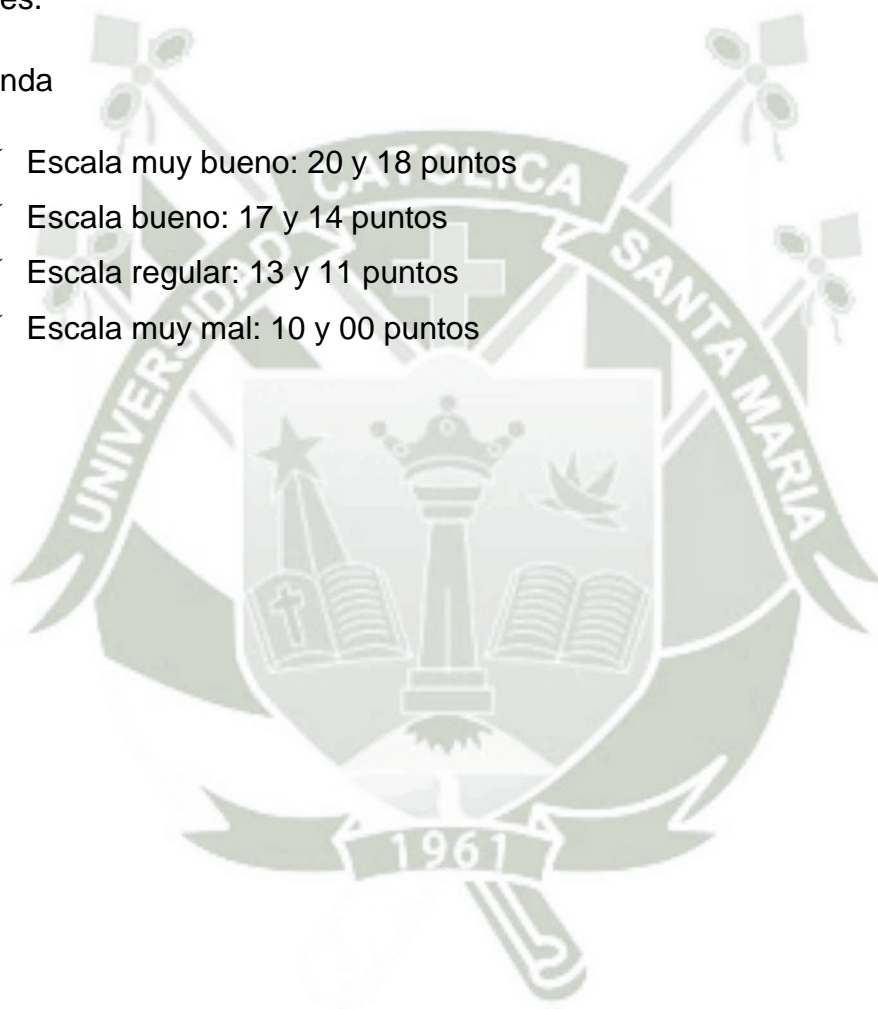
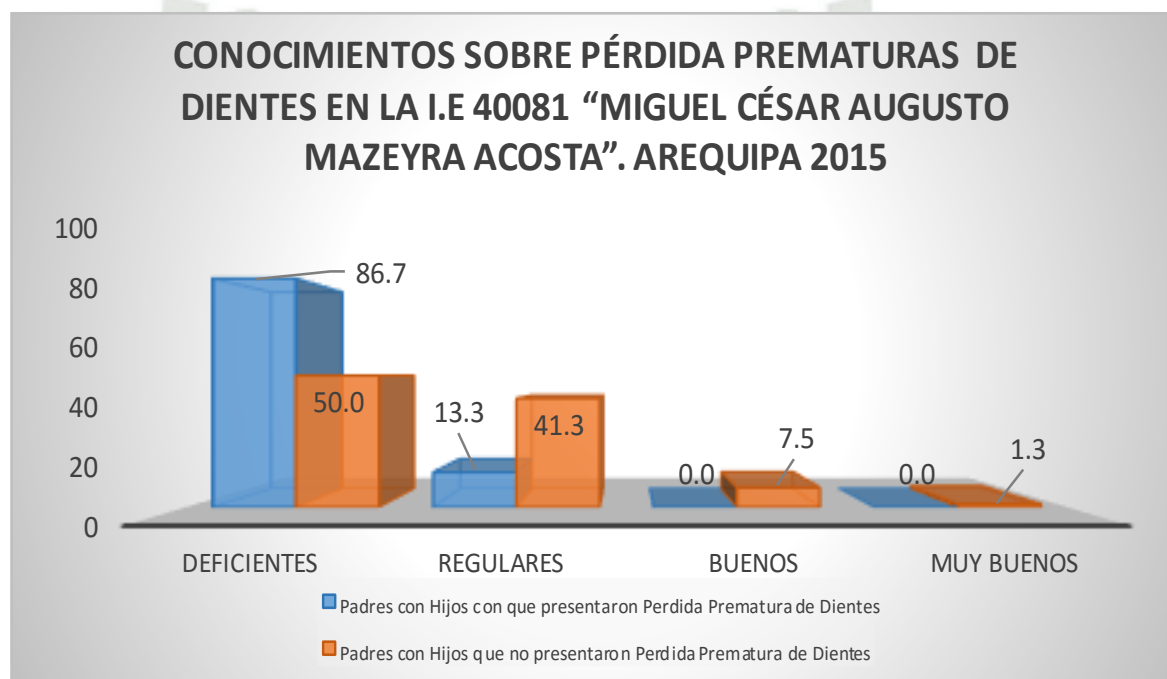


GRÁFICO 7



Fuente: Matriz de datos

TABLA 8
CONOCIMIENTO DE LOS PADRES SOBRE PERDIDA PREMATURA DE
DIENTES EN LA I.E 40081 “MIGUEL CÉSAR AUGUSTO MAZEYRA ACOSTA”.
AREQUIPA 2015

Conocimientos	Padres con Hijos con que presentaron Perdida Prematura de Dientes		Padres con Hijos que no presentaron Perdida Prematura de Dientes	
	Nº	%	Nº	%
¿Sabe usted sobre erupción dental?	30	100.0	80	100.0
Conoce	15	50.0	54	67.5
No Conoce	15	50.0	26	32.5
Edad de la erupción de los dientes permanentes	30	100.0	80	100.0
Conoce	1	3.3	16	20.0
No Conoce	29	96.7	64	80.0
Causas de la pérdida prematura de los dientes	30	100.0	80	100.0
Conoce	13	43.3	47	58.8
No Conoce	17	56.7	33	41.3
Sabe prevenir la pérdida prematura de los dientes	30	100.0	80	100.0
Conoce	13	43.3	58	72.5
No Conoce	17	56.7	22	27.5
Los buenos hábitos de salud bucal ayudan a prevenir la pérdida prematura de los dientes	30	100.0	80	100.0
Conoce	22	73.3	59	73.8
No Conoce	8	26.7	21	26.3
La pérdida dental varía según el género	30	100.0	80	100.0
Conoce	6	20.0	39	48.8
No Conoce	24	80.0	41	51.3
La pérdida dental prematura influye en la masticación de su niño	30	100.0	80	100.0
Conoce	16	53.3	46	57.5
No Conoce	14	46.7	34	42.5
Sabe que hacer después de la pérdida dentaria	30	100.0	80	100.0
Conoce	13	43.3	42	52.5
No Conoce	17	56.7	38	47.5
Consecuencias de la pérdida dentaria prematura?	30	100.0	80	100.0
Conoce	16	53.3	50	62.5
No Conoce	14	46.7	30	37.5
Primer diente permanente en erupción?	30	100.0	80	100.0
Conoce	12	40.0	29	36.3
No Conoce	18	60.0	51	63.8

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN

Como se observa en ambos grupos de padres, la gran mayoría no conoce la edad de la erupción de los dientes permanentes. Por otro lado, se evidencia un mayor conocimiento en el grupo de padres con hijos sin pérdida prematura de dientes.



CONCLUSIONES

Una vez terminado el presente trabajo de investigación y sometida la hipótesis a la comprobación se puede formular las siguientes conclusiones:

Primera. - La prevalencia de pérdida prematura de dientes deciduos en alumnos de la I.E 40081 “Miguel César Augusto Mazeyra Acosta” de Arequipa 2015 es baja (27.3%).

Segunda. – El nivel de conocimiento de los padres de familia de alumnos con pérdida prematura de dientes deciduos fue deficiente (86.7 %), regular (13.3 %), mientras que los padres de familia de alumnos sin pérdida prematura de dientes deciduos fue deficiente en un 50%, regular 41.3 %, bueno 7.5 % y muy bueno 1.3 %

Tercera. – Si existe una relación significativa entre los alumnos de la I.E 40081 “Miguel César Augusto Mazeyra Acosta” que presentaron pérdida prematura de dientes deciduos (30%) con el nivel de conocimiento de los padres sobre este tema (86.7% deficiente).

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a la directora de la I.E 40081 “Miguel César Augusto Mazeyra Acosta” que convoque a odontólogos del Ministerio de Salud para que se realicen campañas de prevención de salud bucal.
2. Se recomienda a la dirección educativa que se realice un convenio con la Universidad para que se atiendan a los niños que ya presenten caries dental.
3. Se recomienda a la dirección del plantel gestione con el ministerio de salud realizar programas preventivos promocional de la salud bucal dirigido a los niños, padres de familia y maestros de la institución educativa.

BIBLIOGRAFÍA

- Bordoni, Noemí (2010) Odontología Pediátrica, La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual(1ra Edición). Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana
- García Ballesta, Carlos (2001) Odontopediatría (2da Edición). Barcelona. Editorial MASSON
- Henostroza Haro, Gilberto (2007) caries dental: Principios y Procedimientos para el Diagnostico (Primera Edición) Lima. Universidad Peruana Cayetano Heredia
- Hernández Chavarría, Francisco (2002). Fundamentos de Epidemiología. Primera Edición. Costa Rica. Editorial Universidad Estatal a distancia.
- Higashida, Bertha (2009) Odontología Preventiva (Segunda Edición).México editorial Mc Graw Hill
- Mendoza Mendoza, Asunción (2003), Traumatología Oral en Odontopediatría: diagnóstico y tratamiento integral (Primera Edición). Barcelona. Editorial Masson
- Moya de Calderón, Zaida. (Primera Edición). Manual de Procedimientos clínicos en Odontopediatría Arequipa
- Nahás, Maria Salete (2005) Odontopediatría en la primera infancia (2da Edición). Brasil. Editorial Santos

- Pérez Luyo, Ada (2000) Caries Dental en Dientes Deciduos y Permanentes Jóvenes: diagnóstico y tratamiento conservador (Primera Edición). Lima. Universidad Peruana Cayetano Heredia
- Van Waes, Hubertus (2002) Atlas de Odontología Pediátrica (Primera Edición). Editorial Masson
- Dra. Vásquez, Elsa Odontología preventiva, (Primera Edición).



BIBLIOGRAFÍA VIRTUAL

- González s. Artículo científico- asociación española de pediatría-
anales de pediatría continuada, traumatismos dentarios en la infancia
- Hernández J., Montiel L., Velásquez J., Alcedo C.D Jurisic A. “
Influencia de la Pérdida prematura de dientes primarios por caries
dental, como causa de maloclusiones en los pacienets de 7 a 10 años
que acuden al servicio de odontología del Centro de Atención Integral
de Salud Francisco de Miranda” [en línea] 2010.
<>www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art22.asp [Consulta: 24 de
junio 2016].
- Saavedra, Gloria “Enjuagues Bucales para Niños ¿son necesarios?”
[en línea] 2014
<>[www.abc.es/sociedad/20140616/rc-enjuagues-bucales-para-ninos-
201406161743.html](http://www.abc.es/sociedad/20140616/rc-enjuagues-bucales-para-ninos-201406161743.html) [Consulta: 24 de junio 2016].
- Vidal Ramón, Xavier “Denticion Temporal” [en línea].
<><http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/denticion-temporal.shtml>
[Consulta: 24 de junio 2016].

ANEXOS

ANEXO N°1

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PODER INGRESAR A COLEGIO Y RECABAR INFORMACION PARA REALIZACIÓN DE TESIS

**SOLICITO: AUTORIZACION PARA
PODER INGRESAR A COLEGIO Y
RECABAR INFORMACION PARA
REALIZACION DE TESIS.**

**SEÑOR DECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE
LA UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARÍA**

**MARIA ELENA GONZALES
PALOMINO**, estudiante del Programa
Profesional de Odontología, con Código
de Matricula 2011150202, a usted con el
debido respeto me presento y digo:

Que, deseando realizar mi trabajo de
investigación en la Institución Educativa N° 40081 "Miguel Cesar Augusto Mazeyra
Acosta", es que recorro a usted a fin 'de SOLICITAR UNA CARTA DE
PRESENTACIÓN dirigida a dicha institución educativa y acceder a información.

POR LO EXPUESTO:

Agradeciendo por su atención ruego a usted acceder a mi solicitud.

Arequipa, 1 de octubre de 2015

María Elena Gonzales Palomino
Código de Matricula 2011150202

ANEXO N°2

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr padre de familia le saluda María Elena Gonzales Palomino, alumna del IX semestre del Programa Profesional de Odontología de la Universidad Católica de Santa María de Arequipa. Me es grato dirigirme a Ud. para invitar a su menor hijo a participar en la revisión dental que se está realizando en la I.E 40081 "Miguel César Augusto Mazeyra Acosta" Arequipa.

El fin de esta revisión es determinar la prevalencia de pérdida prematura de dientes deciduos, donde sólo se realizará la observación directa que se efectuará en las mismas instalaciones del plantel en la hora de Educación Física, para evitar la pérdida de clases.

La información que se obtendrá será confidencial y personal, donde se le informará acerca de su salud oral de su menor hijo, esto favorecerá ya que podemos diagnosticar tempranamente alguna alteración en la cavidad bucal.

Se cuenta con el permiso respectivo de la directora y del personal académico.

Su participación es voluntaria.

De antemano agradecemos su gentil participación.

Si usted está de acuerdo con que su menor hijo participe en la presente investigación, firme y deje sus datos personales

Nombre del alumno:

Nombre del padre de familia y/o apoderado / DNI

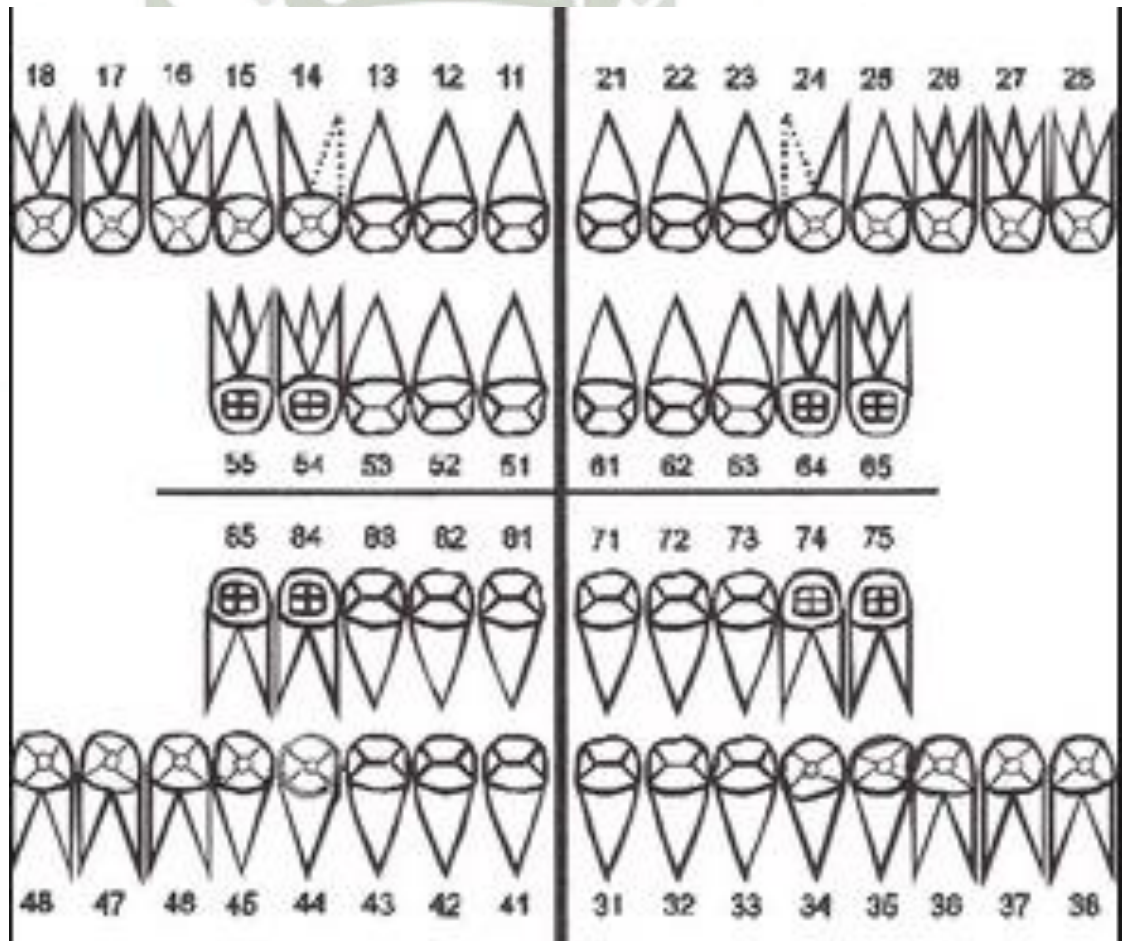
FIRMA:

ANEXO N° 3

NOMBRES Y APELLIDOS: _____

EDAD: _____ SEXO: _____

ODONTOGRAMA



ANEXO 4

CUESTIONARIO

Relación del nivel de conocimiento de los padres sobre la pérdida prematura de los dientes deciduos en niños de la I.E.P CESAR AUGUSTO MAZEYRA de Arequipa

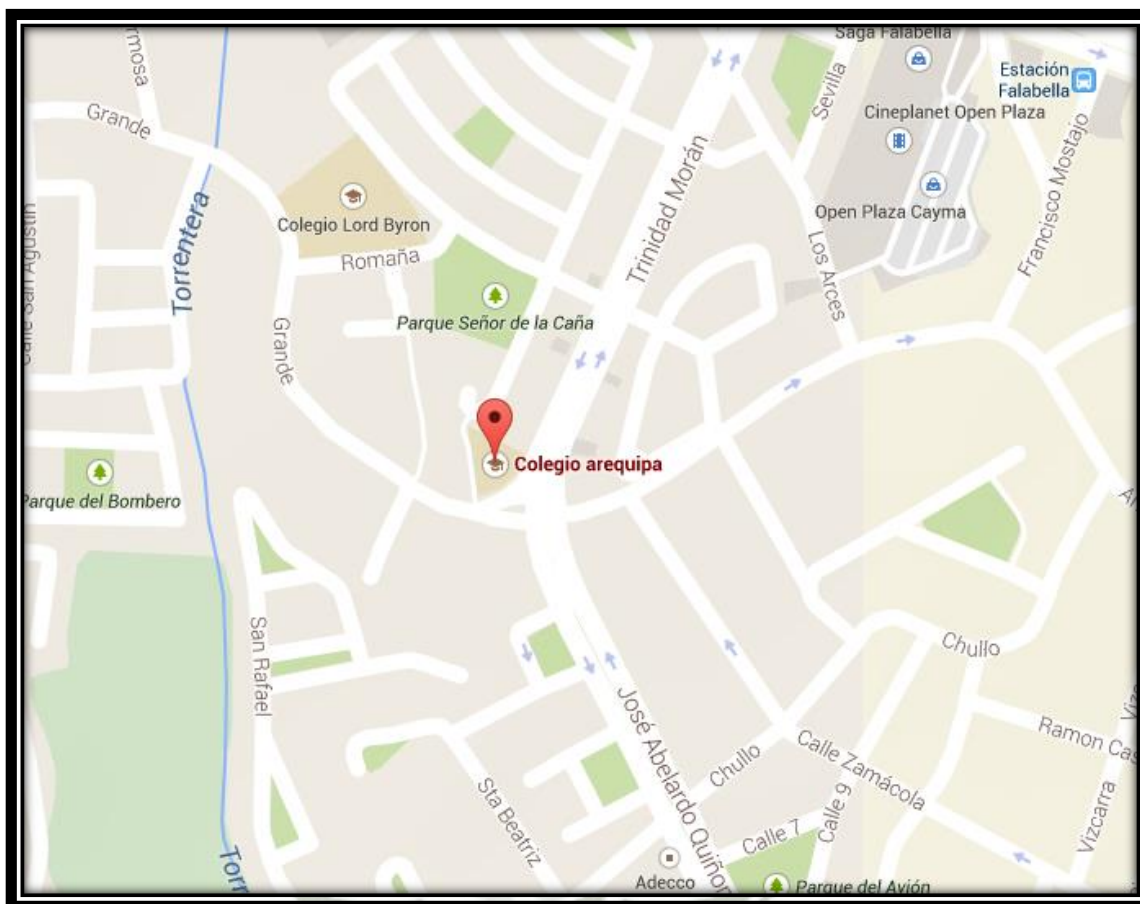
1. ¿Sabe usted sobre la erupción dental?
 - a. Si
 - b. no
2. ¿A qué edad comienza la erupción de los dientes permanentes?
 - a. 5
 - b. 6
 - c. 7
 - d. 8
3. ¿Sabe cuáles son las causas de la pérdida prematura de los dientes?
 - a. Si
 - b. no
4. ¿Sabe cómo prevenir la pérdida prematura de los dientes?
 - a. Si
 - b. no
5. ¿Cree usted que los buenos hábitos de salud bucal ayudan a prevenir la pérdida prematura de los dientes?
 - a. Si
 - b. no
6. ¿Cree que la pérdida dental varía según el género?
 - a. Si
 - b. no
7. ¿La pérdida dental prematura influye en la masticación de su niño?
 - a. Si
 - b. no
8. ¿Sabe qué hacer después de la pérdida dentaria?
 - a. Si
 - b. no
9. ¿Sabe cuáles son las consecuencias de la pérdida prematura dentaria?
 - a. Si
 - b. no
10. ¿Cuál cree usted que es el primer diente en erupcionar?
 - a. Incisivo
 - b. Canino
 - c. primer molar
 - d. segundo molar

*Dicho cuestionario fue hecho para evaluar el conocimiento de los padres de familia de la **I.E. 40081 Miguel Cesar Augusto Mazeyra Acosta** avalado por un docente del curso de preventiva y social

Firma del docente

Anexo 5

**Ubicación del colegio: I.E. 40081 MIGUEL CESAR AUGUSTO MAZEYRA
ACOSTA. AREQUIPA 2015**

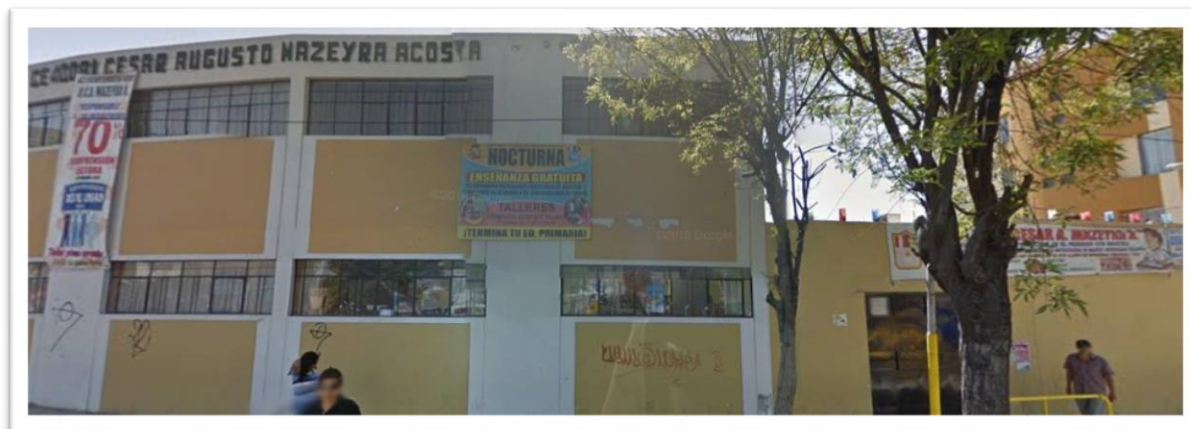


Ubicado en la esquina de la av. Trinidad Morán, Urb. León XIII, Cayma

ANEXO 6

FOTOGRAFÍAS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.

FOTOGRAFIA 1



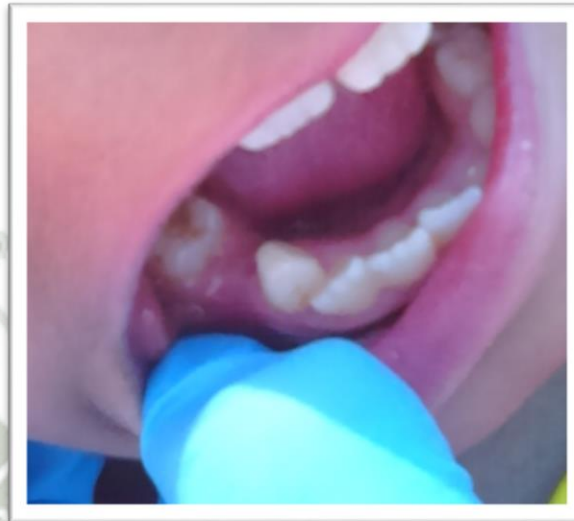
Puerta de ingreso de la I.E 40081 "Miguel César Augusto Mazeyra Acosta"

FOTOGRAFÍA 2



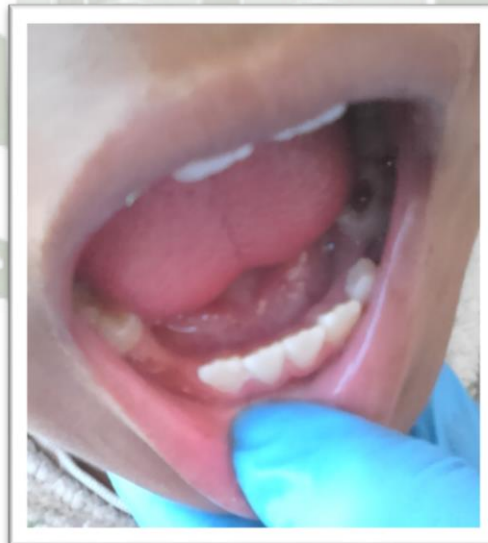
Revisión a un alumno de 8 años de edad

FOTOGRAFÍA 3



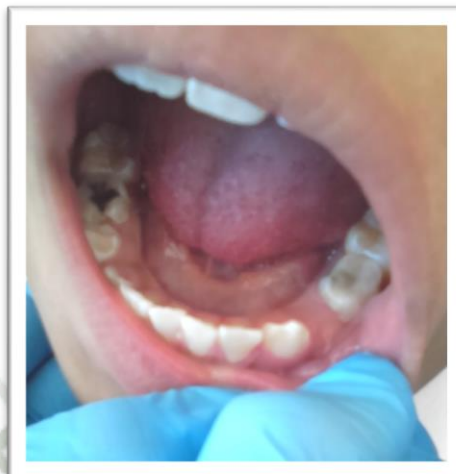
Pérdida prematura de diente deciduo pieza 8.4 en escolar de 7 años de edad

FOTOGRAFÍA 4



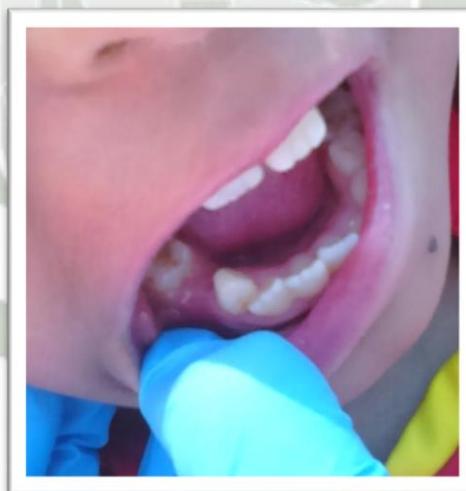
Pérdida prematura de diente deciduo en escolar de 8 años

FOTOGRAFÍA 5



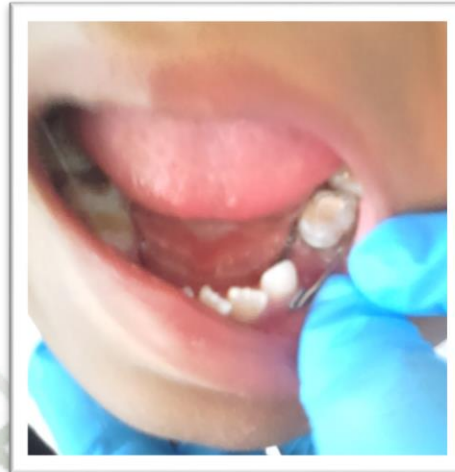
Pérdida de diente deciduo primer molar inferior izquierdo

FOTOGRAFÍA 6



Pérdida prematura de primer molar inferior escolar de 7 años

FOTOGRAFÍA 7



Pérdida prematura de diente deciduo molar inferior en escolar de 8 años, el cual es portador de un mantenedor de espacio fijo

FOTOGRAFÍA 8



Grupo de alumnos de 10 años de edad

ANEXO 7

MATRIZ DE DATOS

EDAD	GENERO	PÉRDIDA PREMATU RA	CAUSA	PIEZAS	NIVEL DE CONOCIMIEN TO
6	M	NO			14
6	M	SI	CARIES	PRIMER MOLAR SUPERIOR	10
6	M	SI	CARIES	PRIMER MOLAR INFERIOR	6
6	M	SI	CARIES	PRIMER MOLAR INFERIOR	14
6	M	NO			16
6	M	SI	TRAUMATIS MO	INCISIVOS CENTRALE S SUPERIOR ES	10
6	M	NO			12
6	M	SI	CARIES	PRIMER MOLAR INFERIOR	8
6	M	SI	CARIES	PRIMER MOLAR INFERIOR	10
6	M	NO			12
6	M	SI	CARIES	PRIMER MOLAR SUPERIOR	8
6	M	NO			14
6	F	SI	CARIES	PRIMER MOLAR SUPERIOR	8
6	F	NO			10

6	F	SI		CARIES	PRIMER MOLAR INFERIOR	14
6	F	SI		CARIES	PRIMER MOLAR INFERIOR	10
6	F	SI		CARIES	PRIMER MOLAR INFERIOR	12
6	F	NO				14
6	F	NO				12
6	F	SI		CARIES	PRIMER MOLAR INFERIOR	12
7	M	NO				14
7	M	NO				16
7	M	SI		CARIES	PRIMER MOLAR SUPERIOR PRIMER MOLAR INFERIOR	8
7	M	NO				12
7	M	SI		CARIES	PRIMER MOLAR INFERIOR	10
7	M	SI		CARIES	CANINO INFERIOR	10
7	M	NO				12
7	M	SI		CARIES	PRIMER MOLAR INFERIOR	4
7	F	NO				12
7	F	NO				12
7	F	NO				8
7	F	NO				8
7	F	SI		CARIES	CANINO INFERIOR	8
7	F	NO				14

7	F	SI	CARIES	PRIMER MOLAR SUPERIOR	8
7	F	NO			14
7	F	NO			12
7	F	SI	CARIES	CANINO INFERIOR	8
7	F	NO			14
7	F	SI	CARIES	PRIMER MOLAR INFERIOR	8
8	M	NO			12
8	M	NO			8
8	M	NO			18
8	M	SI	CARIES	CANINO INFERIOR	8
8	M	NO			8
8	M	NO			12
8	M	NO			8
8	M	NO			16
8	M	NO			8
8	M	NO			12
8	M	NO			8
8	M	NO			16
8	F	NO			12
8	F	SI	CARIES	SEGUNDO MOLAR INFERIOR	2
8	M	NO			8
8	F	SI	CARIES	SEGUNDO MOLAR INFERIOR	8
8	F	NO			8
8	F	NO			14
8	F	NO			8
9	M	SI	CARIES	CANINO SUPERIOR	10
9	M	NO			16
9	M	NO			8
9	M	NO			8

9	M	NO			8
9	M	NO			10
9	M	NO			8
9	M	NO			12
9	M	SI	CARIES	SEGUNDO MOLAR INFERIOR	8
9	M	NO			14
9	M	NO			8
9	M	NO			12
9	F	SI	CARIES	CANINO SUPERIOR	6
9	F	NO			12
9	F	NO			10
9	F	SI	CARIES	CANINO SUPERIOR	4
9	F	NO			10
9	F	SI	CARIES	SEGUNDO MOLAR INFERIOR	8
9	F	SI	TRAUMATISMO	CANINO SUPERIOR	8
9	F	NO			8
9	F	NO			14
10	M	NO			8
10	M	NO			4
10	M	NO			8
10	M	NO			8
10	M	SI	CARIES	SEGUNDO MOLAR INFERIOR	6
10	M	NO			16
10	M	NO			12
10	M	NO			8
10	M	NO			8
10	M	NO			12
10	M	NO			14
10	M	NO			10
10	M	NO			8

10	M	NO			12
10	M	NO			10
10	M	NO			10
10	M	NO			18
10	M	NO			6
10	M	NO			12
10	M	NO			10
10	M	NO			10
10	M	NO			12
10	F	NO			8
10	F	NO			8
10	F	NO			12
10	F	NO			6
10	F	NO			12
10	F	NO			8
10	F	NO			10
10	F	NO			8

