

Universidad Católica De Santa María
Facultad de Odontología
Escuela Profesional de Odontología



**PERMANENCIA Y ESTADO DE LOS PRIMEROS MOLARES EN PACIENTES
DE 21 A 45 AÑOS, ATENDIDOS EN CENTRO DE SALUD VÍCTOR RAUL
HINOJOSA, JLB Y R, AREQUIPA 2019.**

Tesis Presentada por la Bachiller:

Tume Olivares, Gaby Sheila

Para optar por el Título Profesional de:

Cirujano Dentista

Asesor:

Dr. Pacheco Baldarrago, Elmer

Arequipa – Perú

2019



Universidad Católica de Santa María

☎ (51 54) 382038 Fax:(51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado:1350

AREQUIPA - PERÚ

DR. HERBERT GALLEGOS VARGAS

BOLETA DE DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS Nro 023

Vista la solicitud que presenta don (ña GABY SHEILA TUME OLIVARES sobre el dictamen de la Tesis titulada "PERMANENCIA Y ESTADO DE LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES EN PACIENTES DE 21 A 45 AÑOS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD VICTOR RAUL HINOJOSA DE SIMON BOLIVAR, JOSE LUIS BUSTAMANTE Y RIVERO, AREQUIPA 2019 y en concordancia con la Ley Universitaria 30220, y el Art. 13 del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Odontología, se nombra el JURADO DICTAMINADOR para que en el lapso de ocho a diez días, se sirvan evaluar el dictamen correspondiente

DR. HERBERT GALLEGOS VARGAS
DR. HUGO TEJADA PRADELL
DRA. MARIA DEL SOCORRO BARRIGA FLORES

Arequipa, 20 DE MAYO del 2019

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
H. Gallegos
DR. HERBERT GALLEGOS VARGAS
Decano de la Facultad de Odontología

INFORME

Revisado el pte borrador de tesis es necesario
realizar los ptes cambios.
- Introducción (Faltan ortografía)
- Variables - Formato - Hipótesis 3-6-19.
Realizadas las correcciones el presente
Trabajo de Investigación, se encuentra en condiciones
de ser sustentado.

Arequipa, 2019 Junio 06 *H. Gallegos*



Universidad Católica de Santa María

☎ (51 54) 382038 Fax: (51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado: 1350

AREQUIPA - PERÚ

DR. HUGO TEJADA PRADELL

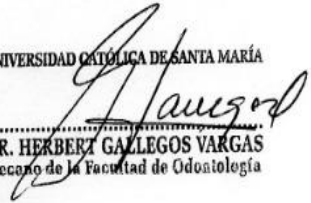
BOLETA DE DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS Nro 023

Vista la solicitud que presenta don (ña GABY SHEILA TUME OLIVARES sobre el dictamen de la Tesis titulada "PERMANENCIA Y ESTADO DE LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES EN PACIENTES DE 21 A 45 AÑOS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD VICTOR RAUL HINOJOSA DE SIMON BOLIVAR, JOSE LUIS BUSTAMANTE Y RIVERO, AREQUIPA 2019 y en concordancia con la Ley Universitaria 30220, y el Art. 13 del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Odontología, se nombra el JURADO DICTAMINADOR para que en el lapso de ocho a diez días, se sirvan evaluar el dictamen correspondiente

DR. HERBERT GALLEGOS VARGAS
DR. HUGO TEJADA PRADELL
DRA. MARIA DEL SOCORRO BARRIGA FLORES

Arequipa, 20 DE MAYO del 2019

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA


DR. HERBERT GALLEGOS VARGAS
Decano de la Facultad de Odontología

INFORME

Dr. Decano :

*Cuerpo con emitir dictamen favorable
al presente trabajo de investigación a fin de promover
con su título para obtener el título profesional
de "Cirujano Dentista"*

Sin otro particular

Atentamente:

D. Hugo Tejada Pradell

Arequipa, 2019 _____



Universidad Católica de Santa María

(51 54) 382038 Fax: (51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado: 1350

AREQUIPA - PERÚ

DRA. MARIA DEL SOCORRO BARRIGA FLORES

BOLETA DE DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS Nro 023

Vista la solicitud que presenta don (ña GABY SHEILA TUME OLIVARES sobre el dictamen de la Tesis titulada "PERMANENCIA Y ESTADO DE LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES EN PACIENTES DE 21 A 45 AÑOS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD VICTOR RAUL HINOJOSA DE SIMON BOLIVAR, JOSE LUIS BUSTAMANTE Y RIVERO, AREQUIPA 2019 y en concordancia con la Ley Universitaria 30220, y el Art. 13 del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Odontología, se nombra el JURADO DICTAMINADOR para que en el lapso de ocho a diez días, se sirvan evaluar el dictamen correspondiente

DR. HERBERT GALLEGOS VARGAS
DR. HUGO TEJADA PRADELL
DRA. MARIA DEL SOCORRO BARRIGA FLORES

Arequipa, 20 DE MAYO del 2019

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

DR. HERBERT GALLEGOS VARGAS
Decano de la Facultad de Odontología

INFORME

Sr. Decano de la Facultad de Odontología:

Previo saludo, procedo a informar acerca del presente borrador de tesis el cual de la misma se realizaron las siguientes correcciones: * Revisar formato y ortografía del borrador. * Tener presente la hipótesis y las conclusiones.

Atte
24/05/19

Sr. Decano de la Facultad de Odontología:

Previo saludo procedo a informar acerca del presente borrador de tesis el cual realizó las correcciones sugeridas, por lo cual doy por concluido con el trámite correspondiente.

Atte
25/05/19

Arequipa, 2019

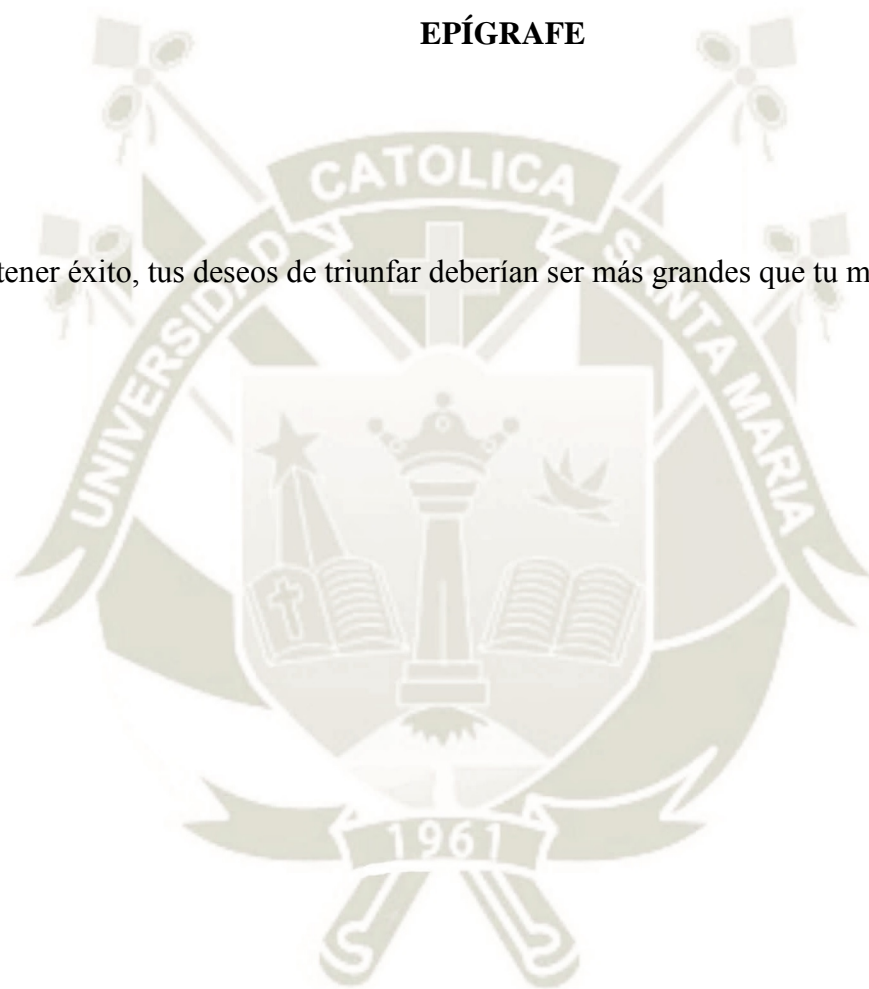
DEDICATORIA

A Dios por haberme dado fortaleza y permitido llegar hasta aquí
A mi papá Alberto, que siempre me ha dado los mejores consejos para seguir adelante, mi mayor modelo a seguir.
A mi mamá Gladys, que siempre ha estado a mi lado, en los buenos y malos momentos, durante estos años, apoyándome día a día.
A Dario y mis mejores amigas, por el apoyo y ayuda incondicional en momentos difíciles y estar presentes en mis logros.

EPÍGRAFE

“Para tener éxito, tus deseos de triunfar deberían ser más grandes que tu miedo de fracasar”

Bill Cosby



INTRODUCCIÓN

La permanencia y el estado de los primeros molares permanentes es de gran importancia para mantener una armonía funcional en las arcadas y la pérdida de estas piezas dentarias, desenvolvería una serie cambios a lo largo de la vida, afectando la salud bucal de cada persona.

Existe una gran preocupación, ya que muchos pacientes, a temprana edad presentan estas piezas con lesión cariosa o muchos de ellos la perdieron a temprana edad.

Existen antecedentes investigativos que han abordado el estudio profundo sobre la gran importancia de esta pieza, como artículos científicos.

El objeto de esta investigación es realizar un examen clínico, por el método de observación y exploración, a los cuatro primeros molares permanentes, observando su presencia o no, el estado en el que se encuentren, si hay presencia de enfermedad de caries, presencia o no de extrusión y si presenta algún tipo de mal posición dentaria.

El rasgo inédito del presente estudio radica básicamente en la importancia de los primeros molares permanentes, lo que pocos reconocen o no le dan la importancia que amerita en nuestro medio, entonces se evidenciará el protagonismo de primeros molares permanentes y observará su estado en pacientes de diferentes edades o la ausencia de la misma, viendo también que cambios han podido ocurrir a partir de su extracción.

La tesis consta de 3 capítulos. El Capítulo I, está referido el Planteamiento Teórico, se incluye el problema, los objetivos, el marco teórico y las hipótesis.

En el Capítulo II, se aborda el Planteamiento Operacional, consiste en la técnica, instrumentos y materiales, así como el campo de verificación y las estrategias de recolección y manejo de resultados.

En el Capítulo III, se presentan los Resultados de la investigación consistentes en procesamiento y análisis estadísticos de la información a través de tablas, interpretaciones y gráficas, así como la Discusión, las Conclusiones y las Recomendaciones.

Finalmente, se incluye la Bibliografía y la Hemerografía consultadas y citadas, así como los Anexos correspondientes.

RESUMEN

El siguiente trabajo de investigación tiene como propósito, determinar la permanencia de primeros molares permanentes y el estado de los mismos en pacientes de 21 a 45 años, del Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa y la hipótesis nos sostiene que dado que los primeros molares permanentes superiores e inferiores, son las primeras piezas en erupcionar, estos son los que estarán expuestos a todas las patologías que pueden presentar las piezas dentarias, por lo tanto es posible que estas piezas padezcan distintas patologías en un porcentaje más elevado.

Al ser una investigación observacional y de campo, es que se ha utilizado instrumentos documentales de evaluación, como la historia o ficha clínica para cada paciente, donde se recopiló algunos datos personales, la presencia o no de primeros molares permanentes y el estado de los mismos, en un universo de 200 pacientes, entre los 21 a 45 años de edad.

Se concluyó que en la permanencia de los primeros molares permanentes está representado por el 82%, dando como resultado que su permanencia es menor a mayor edad; y en referencia al estado de las piezas dentarias, se encontró que el 40.7% fueron piezas dentarias con enfermedad de caries; el 6.85% fueron piezas que presentaron mal posición dentaria y el 3.5% fueron piezas que presentaron extrusión dentaria.

Palabras clave: permanencia, estado, enfermedad de caries, obturación, mal posición dentaria individual, extrusión dentaria.

ABSTRACT

The purpose of the following research work is to determine the permanence of permanent first molars and their status in patients aged 21 to 45 years, of the Víctor Raúl Hinojosa Health Center and the hypothesis sustains us that since the first upper and lower permanent molars are the first pieces to erupt, These are the ones that will be exposed to all the pathologies that can present the dental pieces, therefore it is possible that these pieces suffer different pathologies in a higher percentage.

Being an observational and field research, it is that documentary instruments of evaluation have been used, such as the history or clinical record for each patient, where some personal data was collected, the presence or absence of permanent first molars and their status, in a universe of 200 patients, between 21 to 45 years of age.

It was concluded that in the permanence of the first permanent molars is represented by 82%, resulting in that their permanence is lower at older age; and in reference to the state of the dental pieces, it was found that 40.7% were dental pieces with caries disease; 6.85% were pieces that presented poor dental position and 3.5% were pieces that presented tooth extrusion.

Key words: permanence, state, caries disease, obturation, poor dental position, tooth extrusion.

ÍNDICE

DEDICATORIA	
EPÍGRAFE	
INTRODUCCIÓN	
RESUMEN	
ABSTRACT	
CAPÍTULO I	1
PLANTEAMIENTO TEÓRICO	1
I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO	2
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	2
1.1 Determinación del Problema	2
1.2 Enunciado del problema	2
1.3 Descripción del problema	2
1.3.1 Área del conocimiento	2
1.3.2 Análisis de variables	3
1.3.3 Interrogantes Básicas	3
1.3.4 Tipo de investigación y nivel del problema	3
1.4 Justificación	4
2. OBJETIVOS	5
3. MARCO TEÓRICO	5
3.1 CONCEPTOS BÁSICOS	5
3.1.1 Dentición Permanente	5
3.1.2 Desarrollo de la oclusión Permanente	9
3.1.3 Enfermedad de Caries	10
3.1.6 Mal Posición Dentaria	13
3.1.7 Extrusión Dentaria	15
4. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	17
CAPÍTULO II	22
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	22
II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	23
1. Técnicas de Instrumento y Materiales de Verificación	23
1.1 Técnicas	23
1.1.1 Precisión de la técnica	23
1.1.2 Esquematización: cuadro de coherencias	23

1.1.3 Descripción de la técnica	24
1.2 Instrumentos	24
2. Campo de verificación	24
2.1 Ubicación Espacial.....	24
2.2 Ubicación Temporal.....	24
2.3 Unidades de Estudio.....	24
2.3.1 Unidades de análisis	24
2.3.2 Características de los casos	25
2.3.3 Cuantificación de casos	25
3. Estrategia de Recolección	25
3.1 Organización	25
3.2 Recursos	26
3.3 Validación del instrumento	26
4. Estrategia para manejar los resultados	26
4.1 A nivel de sistematización.....	26
4.2 A nivel del estudio de los datos.....	27
4.3 A nivel de conclusiones.....	27
CAPITULO III	29
RESULTADOS	29
CONCLUSIONES	54
RECOMENDACIONES	55
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
ANEXOS.....	57
ANEXO 1	58
FICHA DE OBSERVACIÓN	58
ANEXO 2	60
AUTORIZACIÓN DE GERENTE DEL CENTRO DE SALUD.....	60
ANEXO 3.....	62
CONSENTIMIENTO INFORMADO	62
ANEXO 4.....	64
MATRIZ DE DATOS.....	64

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1	MUESTRA DEL UNIVERSO DE ESTUDIO POR EDAD Y GÉNERO DEL CENTRO DE SALUD VÍCTOR RAÚL HINOJOSA, AREQUIPA 2019	30
TABLA N° 2	INCIDENCIA DE LA PERMANENCIA Y AUSENCIA DE LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES	32
TABLA N° 3	INCIDENCIA DE LA ENFERMEDAD DE CARIES EN LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES	34
TABLA N° 4	INCIDENCIA DE LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES OBTURADOS	36
TABLA N° 5	INCIDENCIA DE LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES SANOS	38
TABLA N° 6	INCIDENCIA DE LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES QUE HAN SIDO EXTRAÍDOS.....	40
TABLA N° 7	INCIDENCIA DE LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES QUE PRESENTAN EXTRUSIÓN DENTARIA	42
TABLA N° 8	INCIDENCIA DE LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES QUE PRESENTAN MAL POSICIÓN DENTARIA	44
TABLA N° 9	PERMANENCIA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE EN RELACIÓN CON EL GRUPO ETÁRIO.....	46
TABLA N° 10	PRESENCIA DE ENFERMEDAD DE CARIES EN PRIMEROS MOLARES PERMANENTES EN RELACIÓN CON EL GRUPO ETÁRIO	48
TABLA N° 11	PRESENCIA DE PRIMEROS MOLARES PERMANENTES OBTURADOS EN RELACIÓN CON EL GRUPO ETÁRIO.....	50
TABLA N° 12	ESTADO DE PRIMEROS MOLARES PERMANENTES EN MUJERES.....	52
TABLA N° 13	ESTADO DE PRIMEROS MOLARES PERMANENTES EN VARONES.....	53

ÍNDICE DE GRÁFICO

GRÁFICO N° 1: MUESTRA DEL UNIVERSO DE ESTUDIO POR EDAD Y GÉNERO DEL CENTRO DE SALUD VÍCTOR RAÚL HINOJOSA, AREQUIPA 2019	31
GRÁFICO N° 2: INCIDENCIA DE LA PERMANENCIA Y AUSENCIA DE LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES	33
GRÁFICO N° 3: INCIDENCIA DE LA ENFERMEDAD DE CARIES EN LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES	35
GRÁFICO N° 4: INCIDENCIA DE LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES OBTURADOS	37
GRÁFICO N° 5: INCIDENCIA DE LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES SANOS	39
GRÁFICO N° 6: INCIDENCIA DE LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES QUE HAN SIDO EXTRAÍDOS.....	41
GRÁFICO N° 7: INCIDENCIA DE LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES QUE PRESENTAN EXTRUSIÓN DENTARIA	43
GRÁFICO N° 8: INCIDENCIA DE LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES QUE PRESENTAN MAL POSICIÓN DENTARIA	45
GRÁFICO N° 9: PERMANENCIA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE EN RELACIÓN CON EL GRUPO ETÁRIO.....	47
GRÁFICO N° 10 PRESENCIA DE ENFERMEDAD DE CARIES EN PRIMEROS MOLARES PERMANENTES EN RELACIÓN CON EL GRUPO ETÁRIO	49
GRÁFICO N° 11 PRESENCIA DE PRIMEROS MOLARES PERMANENTES OBTURADOS EN RELACIÓN CON EL GRUPO ETÁRIO	51



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Determinación del Problema

La permanencia y el estado de los primeros molares permanentes es de gran importancia para mantener una armonía funcional en las arcadas y la pérdida de estas piezas dentarias, desenvolvería una serie cambios a lo largo de la vida, afectando la salud bucal de cada persona.

Existe una gran preocupación, ya que muchos pacientes, a temprana edad presentan estas piezas con lesión cariosa o muchos de ellos la perdieron a temprana edad; todo esto ocurre por no tener un buen conocimiento sobre la importancia de la salud bucal, que concierne también al odontólogo tratante.

El objeto de esta investigación es realizar un examen clínico, por el método de observación y exploración, a los cuatro primeros molares permanentes, observando su presencia o no, el estado en el que se encuentren, si hay presencia de enfermedad de caries, presencia o no de extrusión y si presenta algún tipo de mal posición dentaria.

1.2 Enunciado del problema

“PERMANENCIA Y ESTADO DE PRIMEROS MOLARES EN PACIENTES DE 21 A 45 AÑOS, ATENDIDOS EN Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa, JLB y R, Arequipa 2019.

1.3 Descripción del problema

1.3.1 Área del conocimiento

1. Área general : Ciencias de la salud
2. Área Específica : Odontología
3. Especialidad : Preventiva
4. Línea : Perfil Epidemiológico

1.3.2 Análisis de variables

CUADRO DE ANÁLISIS DE VARIABLES

VARIABLES CUALITATIVAS	INDICADORES	SUB-INDICADORES
Permanencia de Primer Molar Permanente	• Presente	
	• Ausente	
Estado de Primer Molar Permanente	• Según enfermedad de caries	<ul style="list-style-type: none"> • Cariada • Sana • Obturada
	• Según mal posición dentaria, clasificación de Lischer	<ul style="list-style-type: none"> • Mesioversión • Distoversión • Vestibuloversión • Linguoversión • Infraversión • Giroversión • Axiversión • Transversión • Perversión
	• Según extrusión dentaria	<ul style="list-style-type: none"> • Leve • Moderado • Severo

1.3.3 Interrogantes Básicas

A. ¿Cómo será la permanencia de los primeros molares permanentes en los pacientes de 21 a 45 años, atendidos en el Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa?

B. ¿Cómo será el estado de los primeros molares permanentes en los pacientes de 21 a 45 años, atendidos en el Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa?

1.3.4 Tipo de investigación y nivel del problema

Tipo: Observacional

Nivel: Descriptivo

Taxonomía de la investigación

ABORDAJE	TIPO DE ESTUDIO					DISEÑO	NIVEL
	Por la técnica de recolección	Por los datos que se planifica recoger	Por el número de mediciones de la variable	Por el número de muestras o poblaciones	Por el ámbito de recolección		
Cuantitativo	Observacional	Prospectivo	Transversal	Descriptivo	De campo	Descriptivo Prospectivo	Descriptivo

1.4 Justificación

El tema se justifica por las siguientes razones:

a. Originalidad

El rasgo inédito del presente estudio radica básicamente en la importancia de los primeros molares permanentes, lo que pocos reconocen o no le dan la importancia que amerita en nuestro medio.

Existen antecedentes investigativos que han abordado el estudio profundo sobre la gran importancia de esta pieza, como artículos científicos.

b. Relevancia

La presente investigación tiene relevancia científica representada por los nuevos conocimientos que pueden derivarse en torno a la gran importancia de la presencia de los primeros molares como inductores a la formación de la oclusión, que viene a ser la llave de Angle.

c. Factibilidad

La investigación es realizable ya que se cuenta con los pacientes en número y en proporción estadística requeridos, disponibilidad de permisos de los pacientes con las características requeridas, se cuenta con presupuesto, tiempo, recursos y conocimiento metodológico para la adecuada orientación de la investigación.

d. Otras razones

Además de la motivación individual para la obtención del Título Profesional de Cirujano Dentista, se considera la concordancia del tema con las líneas de investigación de la Facultad de Odontología.

2. OBJETIVOS

2.1 Determinar la permanencia de primeros molares permanentes en pacientes de 21 a 45 años, del Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa.

2.2 Determinar el estado de primeros molares permanentes en pacientes de 21 a 45 años, del Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 CONCEPTOS BÁSICOS

3.1.1 Dentición Permanente

Los dientes del adulto son de mayor volumen que los de la primera dentición, sus diámetros son más grandes en todos los sentidos; toman un color que va desde un blanco amarillento, pasando por tonos marrones o grisáceos; la superficie del esmalte es menos lisa y brillante que en los dientes infantiles, sus contornos dan idea de mayor poder y resistencia al impacto de la masticación. La dentadura del adulto comienza a aparecer a partir de los seis años de edad (1).

La dentición permanente consta de 32 dientes y se completa hacia los 18-25 años al aparecer el tercer molar.

Existen cuatro, y a veces, más, centros de formación o tubérculos de desarrollo para cada diente. La formación de cada centro se mantiene hasta que se crea una coalescencia entre ellos.

El incisivo central es el segundo diente permanente que emerge en la cavidad oral. El momento de la erupción es parecido al del primer molar (6 a 7 años) y en el 50% de individuos es coincidente. Los dientes permanentes mandibulares tienden a aparecer antes que los maxilares (2).

Los molares: Son el segundo grupo de los dientes posteriores (son doce, tres en cada cuadrante). Son dientes con cara oclusal en la corona y 3, 4 o más cúspides; son multirradiculares teniendo la superficie masticatoria más amplia; su función es estética (10%) y masticatoria (90%). Trituran los alimentos en partículas suficientemente pequeñas para ser digeridas (1).

3.1.1.1 Molares Maxilares Permanentes

Estos dientes colaboran con los molares mandibulares, y juntos realizan la mayor parte del trabajo requerido para la masticación y trituración del alimento. Son los dientes maxilares más grandes y fuertes en virtud de su voluntad y de su anclaje en la arcada. Aunque las coronas de los molares pueden ser más cortas que la de los premolares, en general sus dimensiones son mayores en todos los aspectos. La porción radicular puede no ser tan grande como en los premolares, pero excepto en los unirradiculares o con raíz bifurcada, la base de la raíz del molar maxilar es más ancha en todas las direcciones y esta trifurcada en tres ramas, que, en realidad, son tres raíces completas que arrancan de una amplia base común por encima de la corona.

En general los molares maxilares tienen una gran corona con cuatro cúspides bien formadas. Tienen tres raíces, dos vestibulares y una lingual, y la raíz lingual es más larga. Las coronas tienen dos cúspides vestibulares y dos linguales. Los perfiles y las curvaturas de todos los molares maxilares son semejantes.

Los primeros molares permanentes aparecen en la cavidad bucal generalmente cuando el niño tiene 6 años. Los molares mandibulares preceden a los maxilares. El primer molar (mandibular o maxilar) permanente erupciona por detrás del segundo molar temporal, en contacto con éste. Por tanto, el primero molar no es un diente de su sucesión puesto que no tiene predecesor.

Cuando aparece el primero molar, todos los dientes temporales están en la boca y funcionando. Como el desarrollo de los huesos de la cara se produce hacia abajo y hacia atrás, alrededor de los 6 años acostumbra a haber espacio suficiente para la acomodación de este diente.

La situación normal del primero molar permanente está en el centro de la arcada adulta completamente desarrollada, en sentido anteroposterior. Por la importancia de su colocación y por las circunstancias que rodean su erupción, los primeros molares se consideran las “piedras angulares” de las arcadas dentales. El significado de estos dientes como unidades dentro de las arcadas, su función y la posición relativa a los otros dientes, se comprenderá perfectamente al estudiar la oclusión y la articulación temporomandibular (2).

A. Primer Molar Maxilar

Normalmente, el primer molar maxilar es el diente más grande de la arcada maxilar. Tiene cuatro cúspides funcionales bien desarrolladas y una cúspide suplementaria de escasa importancia práctica. Las cuatro cúspides principales de mayor importancia fisiológica son las vestibulares, la distovestibular, la mesiolingual y la distolingual. La cúspide suplementaria se denomina cúspide o tubérculo de carabelli.

Esta estructura morfológica puede presentarse como una quinta cúspide bien desarrollada, o limitarse a una serie de surco, depresiones y fosas en la parte mesial de la cara lingual. Este carácter se ha utilizado para distinguir poblaciones.

La cúspide suplementaria está situada lingualmente a la cúspide mesiolingual, que es la mayor de las cúspides que están bien desarrolladas. Normalmente, contienen un surco de desarrollo como testimonio de la existencia de la cúspide, a no ser que haya desaparecido por desgaste friccional. La cúspide desarrollo, o en su caso, el surco en esta zona, sirven para identificar el primer molar maxilar. Es raro encontrar un ejemplar de este diente que no presente ninguna de estas características.

Las tres raíces, de considerables proporciones, son: mesiovestibular, distovestibular y lingual. Todas ellas están bien desarrolladas y separadas entre sí, lo cual da a este diente un anclaje y resistencia máximos contra las fuerzas que puedan desplazarlo. Las raíces tienen su mayor grosor paralelo a la línea mayor de fuerza que actúa contra la corona diagonalmente y en dirección vestibulolingual. La raíz lingual es la más larga, tiene forma cónica y está suavemente redondeada.

La raíz mesiovestibular no es tan larga, pero es más ancha vestibulolingualmente, y en una sección transversal se observa que su forma presenta una resistencia a la torsión mayor que la raíz lingual. La raíz distovestibular es la más pequeña de las tres y está suavemente redondeada (2).

3.1.1.2 Molares Mandibulares Permanentes

Los molares mandibulares son los dientes más grandes de la mandíbula. Son los 3 en total y están a cada lado de la mandibular. Se denominan primero, segundo y tercer molar mandibular. Se parecen entre sí en la forma funcional, aunque al compararlos aparecen variaciones en el número de cúspides, el

tamaño, el diseño oclusal y en la longitud relativa de las raíces, así como en su colocación.

El perfil de la corona mantiene similitudes en todas sus caras y cada molar mandibular tiene dos raíces, una mesial y otra distal. Las coronas de los molares mandibulares tienen su mayor dimensión en sentido vestibulolingual.

Los molares mandibulares soportan la mayor parte del trabajo de la arcada inferior a la masticación y trituración al alimento. Son los dientes mandibulares más grandes y más fuertes, tanto por su volumen y por su anclaje.

Las coronas de los molares son más cortas en sentido cervicooclusal que la de los dientes situados por delante de ellos, pero sus dimensiones generales son mayores en todas sus caras. Las porciones radiculares no son tan largas como la de los otros dientes mandibulares, pero las combinaciones de las medidas de sus múltiples raíces con sus troncos radiculares anchas y bifurcadas proporcionan un anclaje superior y una mayor eficacia.

Normalmente, las sumas de las medidas mesiodistales de los molares mandibulares es igual o mayor que la de las medidas mesiodistales de todos los dientes anteriores, desde el primero molar hasta la línea media.

Las coronas de estos molares son más anchas en sentido mesiodistal que vestibulolingual. Sin embargo, los molares maxilares ocurren exactamente lo contrario (2).

A. Primer Molar Mandibular

Normalmente, es el diente más grande de la arcada inferior. Tiene cinco cúspides bien desarrolladas, dos vestibulares, dos linguales y una distal. Tiene dos raíces, una mesial y otra distal bien desarrolladas, muy anchas vestibulolingualmente, y considerablemente separadas en los ápices.

A pesar de ser relativamente corta cervicooclusalmente, la corona tiene unas medidas en sentido mesiodistal y vestibulolingual, que le proporcionan un perímetro oclusal amplio y voluminoso.

La raíz mesial es ancha y está curvada distalmente, con un canal mesial y otro distal que favorecen el anclaje de las dos raíces. La raíz distal es redondeada, ancha en la

porción cervical y afinada en dirección distal. El desarrollo y la posición de estas raíces sirven para afianzar la corona del diente contra las líneas de fuerza que tienen que soportar (2).

3.1.2 Desarrollo de la oclusión Permanente

A partir de los 6 años, la dentición temporal va siendo sustituida por la permanente; salen, además, como dientes adicionales los molares permanentes, que ocupan el extremo distal de los arcos dentarios sin reemplazar a ningún diente de leche.

Por la coincidencia de las denticiones en la boca, se denomina a este período dentición mixta, que alcanza desde los 6 hasta los 12 años. Está dividida en tres fases:

- Dentición mixta inicial, o primer período transicional, en que salen los incisivos y primeros molares.
- Período intertransicional, o silente, que dura un año y medio y en el que no hay recambio dentario; la dentición está compuesta por doce dientes temporales y doce permanentes.
- Dentición mixta final, o segundo período transicional, en el que cambian los cuatro caninos y los ocho molares y hacen erupción los segundos molares permanentes (3).

A. Erupción de los molares

Los primeros molares superiores hacen erupción hacia los 6 años, con una inclinación coronal hacia distal y vestibular. Situados en la zona posterior de los segundos molares temporales, se forman en un área ligeramente superior a la cara distal de los molares de leche. De ahí esa inclinación de la corona que tiende a dirigirse hacia distal y bucal para buscar el lugar de erupción. También los segundos y terceros molares permanentes mostrarán, en su momento, idéntico patrón eruptivo.

Los molares mandibulares salen antes que los superiores y con inclinación opuesta. La corona se inclina hacia mesial y hacia lingual buscando el contacto con el molar antagonista. Una vez en oclusión ambos molares, reenderezarán la posición sagital y

transversal y quedan con el eje axial (raíz/corona) correctamente situados sobre la base ósea maxilar.

Desde el punto de vista oclusal, la relación anteroposterior de los primeros molares permanentes viene guiada por la cara distal de los molares de leche. Si el plano terminal es recto, las cúspides mesiovestibulares superior e inferior quedan enfrentadas; tendrá que producirse una mesialización del molar inferior para que la cúspide mesial del molar superior se sitúe sobre el surco vestibular inferior (3).

3.1.3 Enfermedad de Caries

La caries es una de las enfermedades cuyos índices la ubican entre las de más alta frecuencia; al punto de haberse constituido en el más grave y constante problema para los programas de salud oral en el mundo.

3.1.5.1 Concepto

La caries es una enfermedad infecciosa y transmisible de los dientes, que se caracteriza por la desintegración progresiva de sus tejidos calcificados, debido a la acción de microorganismos sobre los carbohidratos fermentables provenientes de la dieta. Como resultado, se produce la desmineralización de la porción mineral y la subsecuente disgregación de la parte orgánica, fenómenos distintivos de la dolencia. Etimológicamente se deriva del latín caries, que implica putrefacción (4).

3.1.5.2 Etiología de Caries

Como toda enfermedad de etiología multifactorial, la búsqueda del consenso respecto a los agentes que la ocasionan vienen demandado un lapso sumamente extenso que aún no ha sido agotado al iniciar el año 2007, momento en que se edita esta obra (4).

3.1.5.3 Teorías:

A. Teorías Endógenas: Sostiene que la caries es provocada por agentes provenientes del interior de los dientes.

- **Éstasis de fluidos nocivos:** Formulada por Hipócrates en 456 a.C. quien fue uno de los primeros en pretender explicar las causas de la caries dental. Su hipótesis partía del concepto que la salud y la enfermedad estaban determinadas por el funcionamiento adecuado de los humores internos (sangre, bilis, flema y linfa). En esta perspectiva, consideraba que la caries dental era producto de una disfunción orgánica que condicionaba la acumulación de fluidos perjudiciales en el interior de los dientes.
 - **Inflamatoria endógena:** Galeno (130 d.C.) también compartía la visión de Hipócrates acerca de los humores, no obstante, difería en su interpretación en cuanto a la etiología de la caries dental, afirmando que: “Los trastornos cefálicos determinan una corrupción en los humores, que fácilmente pueden pasar a la boca y producir úlceras, gingivitis, piorrea y caries”.
 - **Inflamación del odontoblasto:** El médico y dentista francés Jourdain (siglo XVII) atribuía a ciertas perturbaciones metabólicas la inflamación del odontoblasto, la que a su vez promovía la descalcificación de la dentina y la posterior destrucción del esmalte.
 - **Teoría enzimática de las fosfatasas:** Las fosfatasas son enzimas que participan en el metabolismo del fósforo y del calcio, que está relacionado con la calcificación y descalcificación de los tejidos. En 1951, CSERNYEI sostuvo que el proceso carioso era causado por un trastorno bioquímico que determina que las fosfatasas de la pulpa actúen sobre los glicerofosfatos, estimulando la producción de ácido fosfórico, el cual disuelve los tejidos calcificados (4).
- B. Teorías Exógenas: Atribuyen el origen de la caries dental a causas externas.
- **Vermicular:** En una de las tablillas de la Biblioteca Real de Babilonia, aparece registrada por primera vez una teoría acerca del origen de la caries dental, la cual responsabiliza a los “gusanos dentales” de la descomposición de los dientes
 - **Quimioparasitaria:** En 1890, Willoughby D. Miller publicó su libro “Los microorganismos de la boca humana”, en el que afirmaba que las bacterias orales producen ácidos al fermentar los carbohidratos de la dieta (específicamente el azúcar) y que tales ácidos (particularmente el láctico) disuelven el esmalte, ocasionando su deterioro.

- **Proteolítica:** GOTTLIEB, en 1944, sugirió que la matriz orgánica que recubre las superficies de los cristales de apatita del esmalte, a modo de red, era atacada antes que la porción mineral del esmalte. Sostenía que los microorganismos hidrolizan las proteínas, dejando a la sustancia inorgánica desprovista de la estructura mecánica proteica que la soporta, lo que ocasiona el desmoronamiento de los tejidos dentales.
- **Proteólisis-Quelación:** Schatz y Martin, en 1955, partiendo de la teoría proteolítica, propusieron que luego del proceso de proteólisis ocurriría una quelación. Sostenían que los microorganismos causantes de la caries dental empiezan el proceso degradando enzimáticamente a las proteínas (proteólisis), derivando en sustancias que disuelven la porción mineral del esmalte mediante un proceso denominado quelación, el cual se desarrolla por acción de moléculas orgánicas en forma de anillo. Denominadas quelantes; las que, al unirse a un ión, por medio de enlaces covalentes, forman una sal soluble.
- Empero, Jenkis y Dawes, en 1964, refutaron esta teoría al intentar reproducir infructuosamente la caries dental in vitro, con agentes quelantes. Concluyeron que la saliva y los microorganismos no contienen sustancias quelantes suficientes como para producir la quelación del calcio adamantino (4).

3.1.5.4 Factores Etiológicos

En experiencias de laboratorio se consiguió producir in vitro caries dental en dientes humanos extraídos y, asimismo, en animales de experimentación, alcanzándose importantes hallazgos. Se lograron identificar los microorganismo o bacterias consustanciales al origen de la caries dental: los Streptococcus mutans, aislándolos a partir de lesiones cariosas activas. Sobre la base de la triada formulada por Gordon, para la elaboración del modelo causal en Epidemiología (FREITAS, 2001), en 1960, Paul Keyes estableció que la etiología de la caries dental obedecía a un esquema compuesto por tres agentes (Huésped, Microorganismos y Dieta) que deben interactuar entre sí, denominada triada de Keyes.

La aparición de caries dental no depende de manera exclusiva de los llamados factores etiológicos primarios, sino que la generación de la enfermedad requiere de la intervención adicional de otros concurrentes, llamados factores etiológicos

moduladores, los cuales contribuyen e influyen decisivamente en el surgimiento y evolución de las lesiones cariosas. Entre ellos se encuentran: tiempo, edad, salud general, fluoruros, grado de instrucción, nivel socioeconómico, experiencia pasada de caries, grupo epidemiológico y variable de comportamiento).

- Factores etiológicos primarios: Microorganismos, dieta, huésped (saliva, diente, inmunización y genética).
- Factores etiológicos modulares: tiempo, edad, salud general, fluoruros, grado de instrucción, nivel socioeconómico, experiencia pasada de caries, grupo epidemiológico y variable de comportamiento (4).

3.1.6 Mal Posición Dentaria

3.1.6.1 Concepto

La malposición dentaria es un término frecuentemente utilizado en ortodoncia para referirse más que a las anomalías de sitio a las anomalías de dirección de los dientes en los arcos mandibular y maxilar.

Las anomalías de posición involucran la inclinación axial anómala del eje coronario o del eje longitudinal del diente, así como las variaciones posicionales regidas por el plano oclusal y las rotaciones dentarias.

Las anomalías de sitio se llaman también ectópicas o heterotópicas dentarias. Ectopia significa fuera de la posición normal o mal ubicación, y se refiere a la erupción de un diente en un área que no le corresponde, comúnmente fuera o dentro del reborde alveolar.

Los dientes pueden ocupar una posición anormal en los límites del arco dental o situarse fuera del mismo. La disposición atípica de los dientes, en más de las veces, indica desarrollo insuficiente de los huesos maxilar o mandibular (5).

3.1.6.2 Etiología de la mal Posición Dentaria

A. Factores extrínsecos

- Hereditarietà
- Molestias o deformidades congénitas
- Medio ambiente (influencia prenatal y posnatal)
- Ambiente metabólico y enfermedades predisponentes
- Hábitos y presiones anormales
- Postura
- Accidentes y traumatismos (3).

B. Factores intrínsecos

- Anomalías de número
- Anomalías de tamaño
- Anomalías de forma
- Frenillo labiales y bridas mucosas
- Pérdida prematura de dientes deciduos
- Erupción tardía de los dientes permanentes
- Vía de erupción anormal
- Anquilosis
- Caries dental
- Restauraciones dentales inadecuadas (3).

3.1.6.3 Clasificación de Lischer

En 1911, Lischer sugiere una manera de clasificar el malposicionamiento dental de forma individualizada, es decir, el autor hace uso de un nombre que define la alteración de un diente en relación a su posición normal. Añadió el sufijo “versión” al término indicativo de la dirección del desvío (3).

- A. Mesioversión: el diente está mesializado en relación a su posición normal.
- B. Distoversión: distalización del diente con relación a su posición normal.
- C. Vestibuloversión o Labioversión: el diente presenta su corona vestibularizada en relación a su posición normal.

- D. Linguoversión: la corona dentaria está lingualizada en relación a su posición ideal.
- E. Infraversión: el diente presenta su cara oclusal o borde incisal sin alcanzar el plano oclusal.
- F. Supraversión: el diente está con la cara oclusal o borde incisal por encima del plano oclusal.
- G. Giroversión: indica una rotación del diente sobre su eje longitudinal.
- H. Axioversión: hay una alteración de la inclinación del eje longitudinal dentario.
- I. Transversión: el diente sufrió una transposición, es decir, cambió su posicionamiento en el arco dentario con otro elemento dentario.
- J. Perversión: indica la impactación del diente en general, por falta de espacio en el arco.

Los términos creados por Lischer pueden ser combinados para denominar un diente que reúna dos o más alteraciones, como inframesioversión, axigiroversión o, incluso, mesiolinguosupraversión (3).

3.1.7 Extrusión Dentaria

3.1.7.1 Concepto

La extrusión dentaria, llamada también, extraversión o sobreoclusión, es una malposición dentaria mayormente individual y a la vez una forma de migración patológica dentaria, consistente en la sobreerupción del diente, producto de la erupción continua activa del diente, sobrepasando el plano oclusal, por falta de una fuerza, de la misma dirección, pero de sentido opuesto, que contrarresta dicho movimiento (5).

3.1.7.2 Factores que producen extrusión

Pueden producir extrusión dentaria, las siguientes condiciones:

- Falta del diente o dientes antagonistas por exodoncia o agenesia, y su no reposición protésica oportuna.
- Retención parcial o total del diente antagonista.

- Morfología coronaria anómala del diente antagonista (dientes conoides, moriformes atípicos, geminados, etc.) comprometido críticamente en la relación oclusal.
- Diferentes paosis periapicales como abscesos, quistes, granulomas y periodontitis apicales, pueden “empujar” hacia oclusal el diente afectado.
- Deficiente reconstrucción oclusal en el diente antagonista, que no permita una oclusión céntrica.
- Pérdida de sustancia coronaria oclusal en el diente antagonista por caries, atricción, abrasión, erosión o traumatismo (6).

3.1.7.3 Mecanismo etiopatogénico de la extrusión dentaria

Cuando existe falta o insuficiente antagonismo, el diente agonista va emergiendo de su alvéolo por un mecanismo de erupción continua activa hasta encontrar alguna fuerza que lo impida. La oclusión es simplemente un proceso de contacto múltiple y de contraposición de fuerzas agonistas y antagonistas, en recíproco engranaje (6).

3.1.7.4 Tipo de extrusión dentaria

A. Por la inclinación de ésta:

- Extrusión vertical o axial

Es aquella en que el diente se extruye de manera que su cara oclusal o borde incisal o cuspídeo sea perpendicular con la prolongación del plano oclusal de los dientes vecinos a la zona edéntula agonista.

- Extrusión inclinada u oblicua

Corresponde a una extrusión en que la cara oclusal, borde incisal o cuspídeo del diente elongado formarían un ángulo mayor o menor a los 90° respecto al plano oclusal extendido sobre el espacio edéntulo.

B. Por el grado de extrusión:

- Extrusión leve

Es aquella en que la parte más oclusal del diente extruído sobrepasa el plano oclusal antagónico hasta un tercio coronario (tercio oclusal).

- Extrusión moderada

Es aquella en que la parte más oclusal del diente extruido sobrepasa el plano oclusal antagónico hasta en dos tercios (oclusal y medio coronario)

- Extrusión severa

Corresponde a aquella en que la parte más oclusal del diente extruído sobrepasa el plano oclusal antagónico en más de $2/3$ (oclusal, medio y cervical), llegando en los casos más graves a contactar con la cima del reborde mucoso alveolar residual (6).

3.1.7.5 Complicaciones de la extrusión dentaria

Cuando la extrusión no es tratada oportunamente puede generar las siguientes complicaciones:

- Esquemas oclusales anormales.
- Ruptura del equilibrio de Godón.
- En situaciones más graves colapso de la oclusión.
- Recesión gingival severa.
- Sobreacumulación de placa en las zonas de denudación, radicular, con impregnación endotóxica del cemento.
- Caries cementarias y pulpitis.
- Movilidad dentaria (6).

4. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A. Antecedente Internacional (Chile)

TÍTULO: EVALUACIÓN CLÍNICA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE EN NIÑOS ESCOLARES DE 6 A 8 AÑOS DE EDAD DE LA REGIÓN METROPOLIATANA, AÑO 2005.

Autor: LARRONDA PIÑA, CAROLINA SUSANA

RESUMEN

Los Primeros molares permanentes (PMP) son considerados dientes importantes en la dentición permanente. Cumpliendo un rol determinante en una serie de funciones, para un correcto desarrollo del funcionamiento del macizo maxilofacial. La caries dental es el principal problema que afecta a estos dientes provocando daño hasta llegar a su pérdida. Los estudios epidemiológicos existentes en nuestro país son escasos y poco representativos y reportan prevalencias de caries que van desde el 6% al 53%. Sin embargo, no existen estudios epidemiológicos y con datos precisos acerca de la prevalencia de esta patología en estos dientes.

Se realizó un estudio de prevalencia en una muestra de 1.681 niños escolares de 6 a 8 años de edad de la Región Metropolitana. El estado del primer molar permanente (n: 6163) fue evaluado utilizando los Criterios de la OMS según su historia de caries, junto con la observación Hipoplasia y cúspides de aspecto nevado.

La prevalencia de caries en el PMP fue 22,78%. Esta aumentó al aumentar la edad y fue similar en ambos sexos, sin diferencia estadísticamente significativa ($P=0,79$). La prevalencia tuvo diferencias en los tres niveles socio-económicos, aumentando a medida que disminuía el nivel socioeconómico.

La prevalencia de alteraciones de esmalte fue de alrededor de un 14%, La prevalencia de cúspides nevadas del total de la muestra fue de 17,5% y de hipoplasia un 1,5%. Se hace necesario realizar futuros estudios que permitan comparar, a la luz de las medidas preventivas ya realizadas en el ámbito de la salud oral en niños, el estado según la historia de caries de los PMP y evalúa en la actualidad, luego de 13 años de fluoración del agua potable y de 4 años de la inclusión en los Programas GES, la atención de los niños de 6 años.

B. Antecedente Internacional (Buenos Aires)

TÍTULO: “Importancia del primer molar permanente y consecuencias clínicas de su pérdida en edades tempranas del desarrollo, Buenos Aires, 2015.”

Autor: Od. Martín P. Dopico, Dr. Carlos Castro

RESUMEN

El primer molar permanente es la unidad más importante de la masticación y es esencial en el desarrollo de una oclusión funcionalmente deseable. La pérdida de este molar en un niño puede conducir a cambios en las arcadas dentarias que se perpetúan a lo largo del tiempo. Si no se toman medidas preventivas o correctivas apropiadas podrán encontrarse disminución en la función local, desviaciones de las piezas dentarias, extrusión de la pieza antagonista y trastornos de las articulaciones temporomandibulares, entre otras alteraciones. El presente artículo pretende evidenciar el protagonismo del primer molar permanente en la cavidad oral y las consecuencias negativas que derivan de su ausencia. Además, deja entrever las necesidades de conocimiento por parte del odontólogo en los cuidados preventivos de dichas piezas dentarias y sobre la existencia de posibles tratamientos al momento de una pérdida inminente. Palabras clave: primer molar permanente - dentición mixta - extrusión - prevención - autotransplante.

C. Antecedente Nacional (Lima)

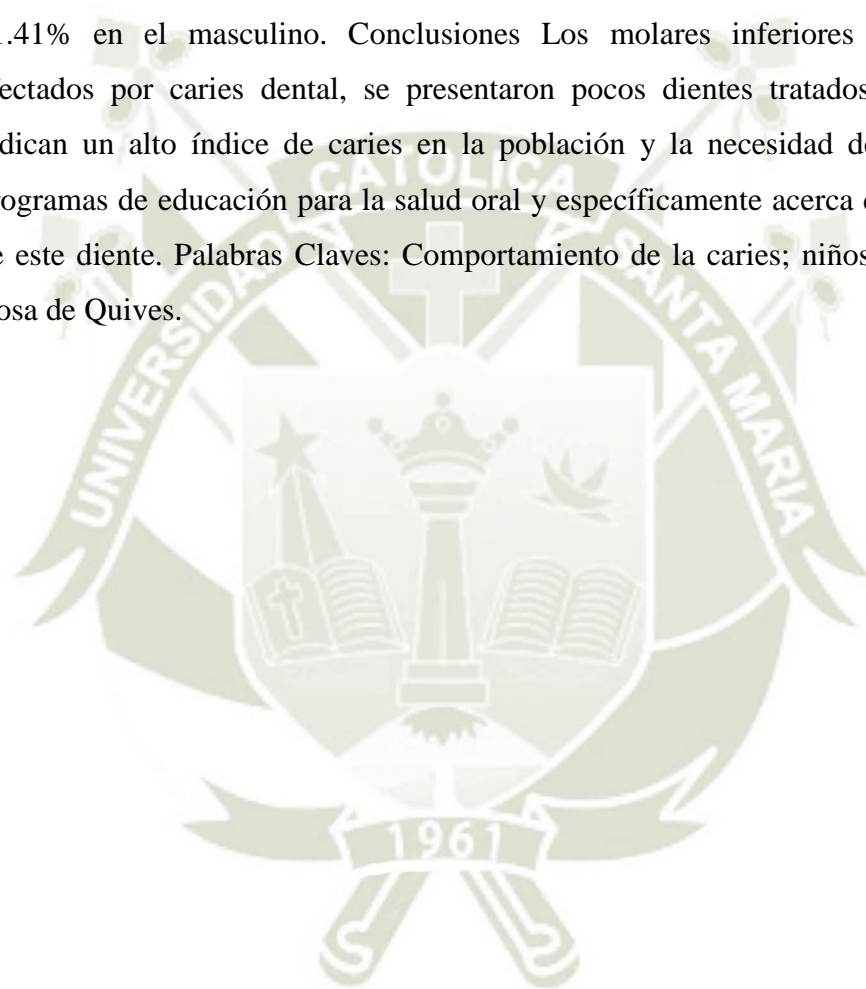
TÍTULO: CARIES DENTAL EN PRIMERAS MOLARES PERMANENTES Y FACTORES ASOCIADOS EN LOS ESCOLARES DE SANTA ROSA DE YANGAS, LIMA 2015

Autor: JESÚS NATIVIDAD SURCO LAOS

RESUMEN

La caries dental constituye un problema de salud pública y los primeros molares permanentes son los dientes más afectados por este padecimiento por su alta susceptibilidad, siendo este órgano dentario pieza clave en la función masticatoria. Objetivo Determinar el comportamiento de la caries dental en el primer molar permanente y los factores asociados en los escolares de Santa Rosa de Yangas Materiales y métodos Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en 888 primeras molares permanentes de 222 escolares de entre 7 a 12 años. El instrumento fue un formato para el registro de la morbilidad dentaria (CPO) e índice de higiene oral (IHO-S). Y un cuestionario con alternativas de respuestas para determinar el tipo de dieta y los hábitos de higiene oral. Resultados. Los resultados estadísticos

determinaron que el 90.4% del total de los escolares examinados presentaban caries dental o tenían historia de ésta, observándose la siguiente distribución: 58.78% piezas con caries, 3.4% piezas obturadas y 0.9% piezas perdidas. La dieta cariogénica y la mala higiene bucal actúan como factores de riesgo de aparición caries dental. El promedio CPOD en los escolares, se incrementa a medida que aumenta la edad. Destacándose las edades críticas entre 11 y 12 años con un CPOD de 3 y 4. Se evidencia mayor afectación de los molares inferiores 33.33 % en el sexo femenino y 31.41% en el masculino. Conclusiones Los molares inferiores fueron los más afectados por caries dental, se presentaron pocos dientes tratados. Los resultados indican un alto índice de caries en la población y la necesidad de intensificar los programas de educación para la salud oral y específicamente acerca de la importancia de este diente. Palabras Claves: Comportamiento de la caries; niños; escuelas, Santa Rosa de Quives.



5. HIPÓTESIS

Dado que los primeros molares permanentes superiores e inferiores, son piezas transcendentales e importantes para el desarrollo de una oclusión funcionalmente deseable.

Es posible que su permanencia, en la cavidad bucal, sea fundamental.





II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas de Instrumento y Materiales de Verificación

1.1 Técnicas

1.1.1 Precisión de la técnica

Por ser una investigación observacional y de campo, es que se ha utilizado instrumentos documentales (historia o ficha clínica para cada paciente), donde se colocó la filiación, la presencia o no de primeros molares permanentes y el estado de los mismos.

1.1.2 Esquematización: cuadro de coherencias

VARIABLES	INDICADOR	SUB-INDICADOR	Técnica	Instrumento
Permanencia de Primer Molar Permanente	• Presente		Observación clínica	Ficha de registro
	• Ausente		Observación clínica	Ficha de registro
Estado de Primer Molar Permanente	• Según enfermedad de caries	<ul style="list-style-type: none"> • Cariada • Sana • Obturada 	Observación clínica	Ficha de registro
	• Según mal posición dentaria, clasificación de Lischer	<ul style="list-style-type: none"> • Mesioversión • Distoversión • Vestibuloversión • Linguoversión • Infraversión • Giroversión • Axiversión • Transversión • Perversión 	Observación clínica	Ficha de registro
	• Según extrusión dentaria	<ul style="list-style-type: none"> • Leve • Moderado • Severo 	Observación clínica	Ficha de registro

1.1.3 Descripción de la técnica

La observación será clínica, directamente a la cavidad bucal, para poder realizar la recopilación de datos, específicamente de los primeros molares permanentes, tanto los maxilares como los mandibulares; observando su presencia o ausencia. Si está presente, observar en qué estado se encuentra, si está con enfermedad de caries, está en mala posición dentaria según la clasificación de lischer o se encuentra con extrusión dentaria.

1.2 Instrumentos

A. Documentales: ficha o historia clínica, instrumento de evaluación para cada paciente según modelo.

Modelo del instrumento: anexo 1.

B. Instrumento Mecánicos: sillón dental; espejo, explorador y pinza de algodón esterilizados, autoclave, vaso de agua, suctor, cámara, útiles de escritorio.

C. Materiales: campos, guantes, algodón.

2. Campo de verificación

2.1 Ubicación Espacial

En el consultorio dental que será brindado por el Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa, Simón Bolívar, José Luis Bustamante y Rivero.

2.2 Ubicación Temporal

La presente investigación se realizó en el año 2019, es un estudio de tipo transversal, ya que se tomó la muestra en un solo período de tiempo, durante los meses de Marzo, Abril y Mayo.

2.3 Unidades de Estudio

2.3.1 Unidades de análisis

Estuvo conformado por la totalidad de pacientes atendidos en el Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa en los meses de marzo, Abril y Mayo entre 21 a 45 años de edad y que cumplieron los criterios de inclusión.

2.3.2 Características de los casos

A. Criterios de inclusión

Las unidades para poder ser incluidas en la investigación deberán reunir las siguientes características:

- Pacientes que asisten al consultorio dental del Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa, entre 21 a 45 años.
- Pacientes que asisten al consultorio dental del Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa de ambos géneros de 21 a 45 años.
- Pacientes que asisten al consultorio dental del Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa que firmen el consentimiento informado.

B. Criterios de exclusión

No serán incluidas en la investigación las unidades de estudio que presenten las siguientes características:

- Pacientes que asisten al consultorio dental del Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa, que sean menores de 21 años y mayores a 45 años.
- Pacientes que asisten al consultorio dental del Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa, que presenten agenesia en cualquier primer molar permanente.

2.3.3 Cuantificación de casos

El universo estuvo conformado con un total de 200 pacientes.

3. Estrategia de Recolección

3.1 Organización

Se enviaron los respectivos permisos, dirigidos a la gerenta del Centro de Salud, para poder ingresar al mismo, con el proyecto aprobado (anexo 2) y consentimiento informado para cada paciente (anexo 3). También se coordinó con el asistente del Centro y con el odontólogo de mayor cargo, para poder acceder al ingreso diario.

Se asistirá todos los días por las mañanas al Centro de Salud para la recolección de datos.

3.2 Recursos

A. Recursos humanos

- Investigadora: Gaby Sheila Tume Olivares
- Asesor: Dr. Elmer Pacheco Baldarrago

B. Recursos físicos

Consultorio odontológico proporcionado por el Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa, Simón Bolívar, José Luis Bustamante y Rivero.

C. Recursos económicos

El presupuesto de la investigación será solventado por el investigador.

D. Recursos institucionales

- Universidad Católica de Santa María.
- Centro de Salud Víctor R. Hinojosa.

3.3 Validación del instrumento

Se realizó con un aproximado del 10% del Universo a estudiar la prueba piloto, aplicando todas las técnicas, estadísticas, para poder realizar la investigación.

4. Estrategia para manejar los resultados

4.1 A nivel de sistematización

A. Tipo de procesamiento

El ordenamiento de los datos fue, electrónico mediante el uso del programa Microsoft Excel.

B. Codificación

- Fue digital.

C. Análisis

Se utilizó la matriz de recuento (Anexo 4).

D. Presentación

- Se utilizó tablas de datos.
- Se utilizó gráficos de barras.

4.2 A nivel del estudio de los datos

• METODOLOGÍA DE INTERPRETACIÓN DE DATOS:

La interpretación se realizará con matrices de tabulación, luego un análisis crítico, después se explicará las tendencias.

• MODALIDADES INTERPRETATIVAS:

La interpretación se hará seguida a cada cuadro. Se hará una breve discusión.

• NIVELES DE INTERPRETACIÓN:

Se utilizará los niveles analíticos, de síntesis, de inducción y de deducción.

4.3 A nivel de conclusiones

- Forma: se sugerirá en base a los datos y las conclusiones del trabajo de investigación.
- Orientación a nivel de:
- Ejercicio profesional
- De la línea de investigación
- De la formación profesional
- De la aplicación práctica.

UNIVERSO Y MUESTRA

El universo está constituido por 955 pacientes entre 21 a 45 años que acuden al establecimiento de salud entre los meses de febrero, marzo abril del año 2018. La muestra seleccionada con 95% de confiabilidad y 5% de error corresponde a 200 pacientes, que representa el 20.9% del universo.

Formula:

Formula del Tamaño de Muestra para Poblaciones Finitas

$$n = \frac{Np(1-p)}{E^2} + \frac{p(1-p)}{Z^2} = \frac{955(0.207)(1-0.207)}{(0.05)^2} + \frac{0.207(1-0.207)}{(1.96)^2} = 200$$

Cronograma de Actividades

Actividades	Mes				Marzo				Abril				Mayo			
	Semanas				Semanas				Semanas				Semanas			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Plan de trabajo	X	X	X													
Recopilación del material				X	X	X	X									
Análisis y ordenamiento de datos								X	X							
Redacción y presentación del trabajo													X	X		



CAPITULO III

RESULTADOS

TABLA N° 1

**MUESTRA DEL UNIVERSO DE ESTUDIO POR EDAD Y GÉNERO DEL
CENTRO DE SALUD VÍCTOR RAÚL HINOJOSA, AREQUIPA 2019**

Edad	FEMENINO		MASCULINO		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Total general	116	58.0	84	42.0	200	100.0
21 - 28 años	64	32.0	28	14.0	92	46.0
29 - 36 años	33	16.5	25	12.5	58	29.0
37 - 45 años	19	9.5	31	15.5	50	25.0

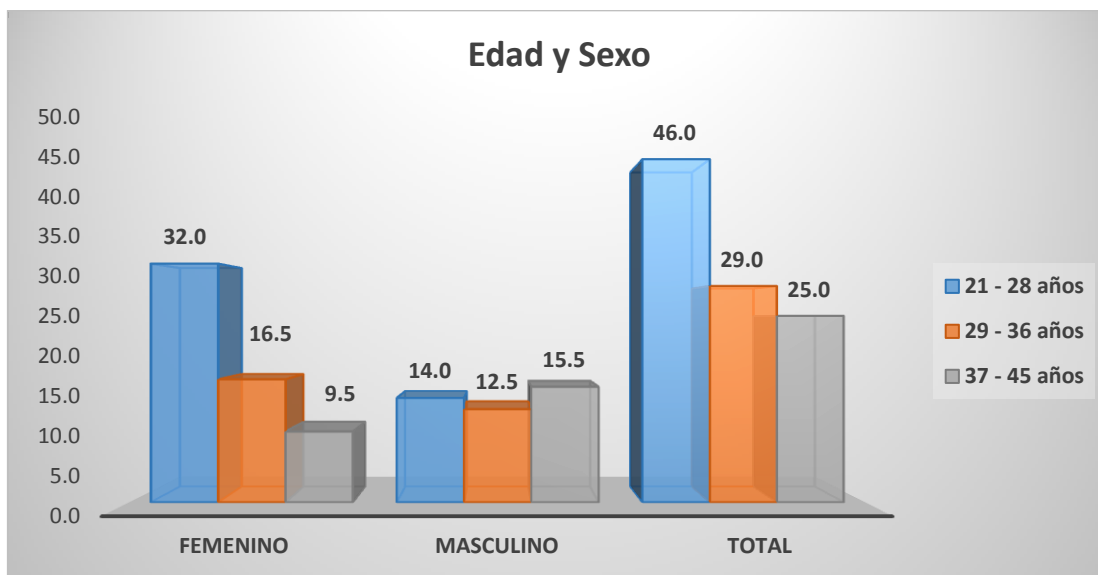
Fuente: Elaboración propia, Matriz de recolección de datos

Interpretación:

La Tabla N°1 Muestra que en los pacientes del Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa, se observó que el 58.0% de los estudiados son mujeres y el 42.0% varones y que el 46.0% tienen entre 21 a 28 años, el 29.0% tienen entre 29 a 36 años y el 25.0% tienen 37 a 45 años.

GRÁFICO N° 1

MUESTRA DEL UNIVERSO DE ESTUDIO POR EDAD Y GÉNERO DEL CENTRO DE SALUD VÍCTOR RAÚL HINOJOSA, AREQUIPA 2019



Fuente: Elaboración propia, Matriz de recolección de datos

TABLA N° 2

**INCIDENCIA DE LA PERMANENCIA Y AUSENCIA DE LOS PRIMEROS
MOLARES PERMANENTES**

Pieza	Presente		Ausente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Pieza 1.6	172	86.0	28	14.0	200	100.0
Pieza 2.6	169	84.5	31	15.5	200	100.0
Pieza 3.6	159	79.5	41	20.5	200	100.0
Pieza 4.6	156	78.0	44	22.0	200	100.0

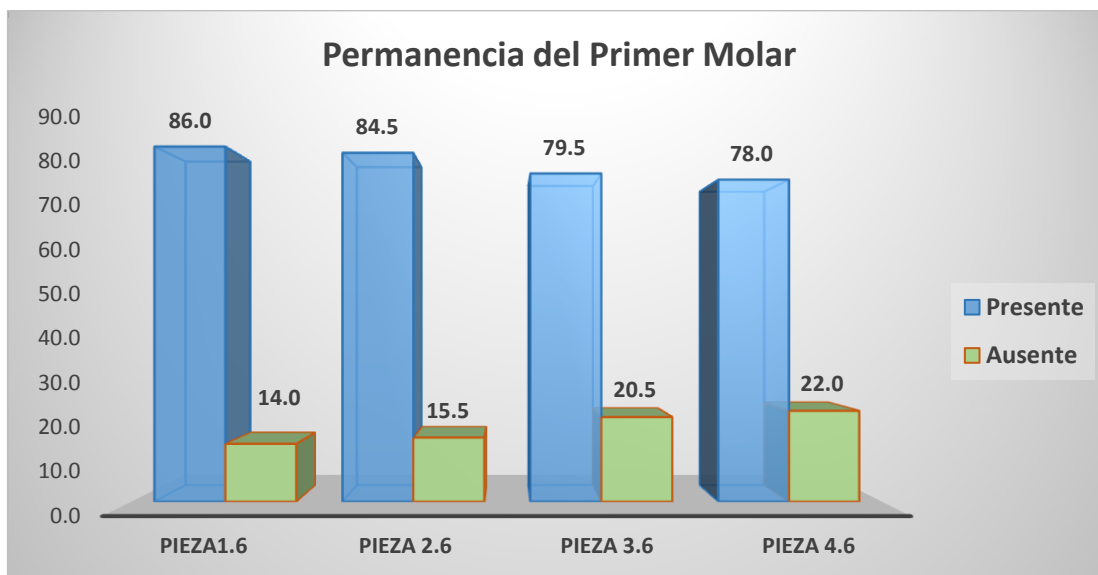
Fuente: Elaboración propia, Matriz de recolección de datos

Interpretación:

La Tabla N° 2 Muestra que en los pacientes del Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa, se observó que la pieza dentaria 1.6 está presente en un 86.0% de los pacientes, la pieza dentaria 2.6 en un 84.5%, la pieza dentaria 3.6 se encontró en el 79.5% y la pieza dentaria 4.6, en el 78.0% de los pacientes.

GRÁFICO N° 2

INCIDENCIA DE LA PERMANENCIA Y AUSENCIA DE LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES



Fuente: Elaboración propia, Matriz de recolección de datos

TABLA N° 3

**INCIDENCIA DE LA ENFERMEDAD DE CARIES EN LOS PRIMEROS
MOLARES PERMANENTES**

Piezas Careadas	SI		NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Pieza 1.6	69	40.1	103	59.9	172	100.0
Pieza 2.6	60	35.5	109	64.5	169	100.0
Pieza 3.6	62	39.0	97	61.0	159	100.0
Pieza 4.6	76	48.7	80	51.3	156	100.0

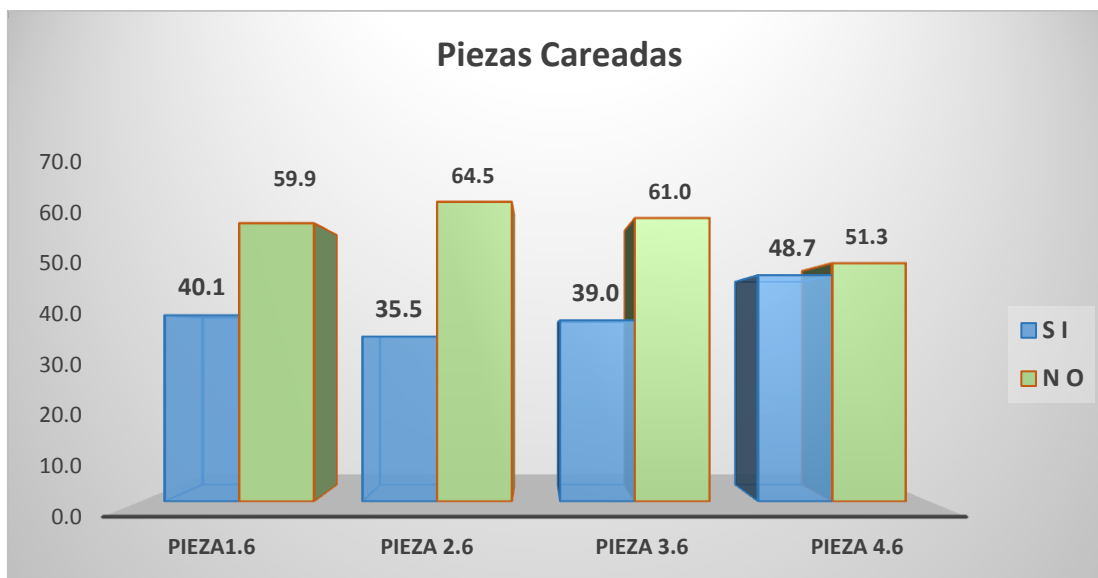
Fuente: Elaboración propia, Matriz de recolección de datos

Interpretación:

La Tabla N° 3. Muestra que en los pacientes del Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa, se observó que, en los primeros molares permanentes presentes, el 40.1% tiene enfermedad de caries en la pieza dentaria 1.6; el 35.5% en la pieza dentaria 2.6; el 39.0% en la pieza dentaria 3.6 y el 48.7% en la pieza dentaria 4.6.

GRÁFICO N° 3

INCIDENCIA DE LA ENFERMEDAD DE CARIES EN LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES



Fuente: Elaboración propia, Matriz de recolección de datos

TABLA N° 4

INCIDENCIA DE LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES OBTURADOS

Piezas Obturadas	SI		NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Pieza 1.6	72	41.9	100	58.1	172	100.0
Pieza 2.6	86	50.9	83	49.1	169	100.0
Pieza 3.6	85	53.5	74	46.5	159	100.0
Pieza 4.6	73	46.8	83	53.2	156	100.0

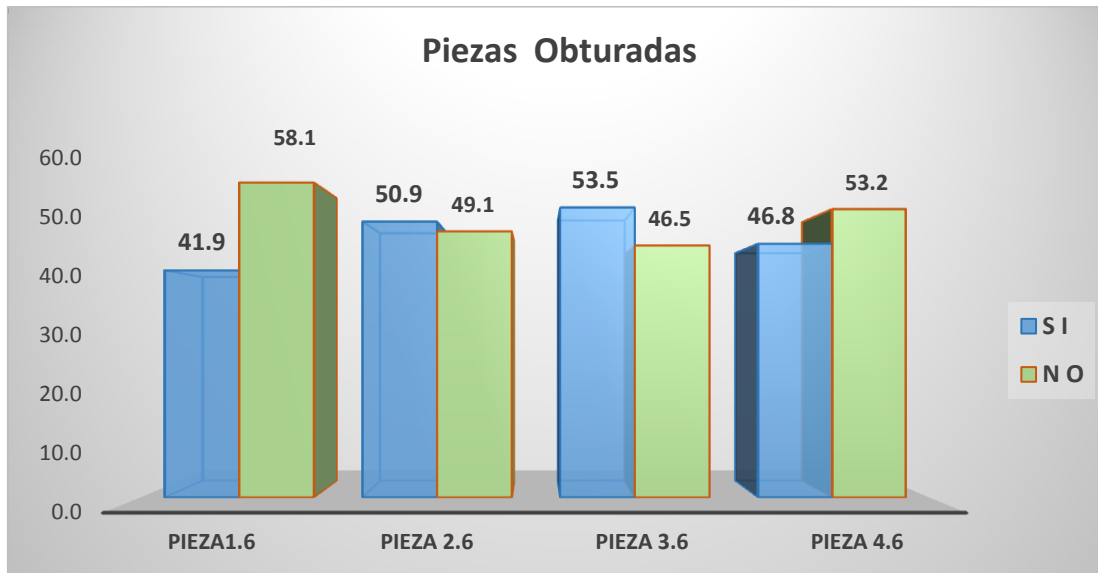
Fuente: Elaboración propia, Matriz de recolección de datos

Interpretación:

La Tabla N° 4 Muestra que en los pacientes del Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa, se observó que en un 41.9% se encuentra la pieza dentaria 1.6 obturada, en un 50.9% la pieza dentaria 2.6 obturada, en un 53.5% la pieza dentaria 3.6 obturada y en un 46.8% la pieza dentaria 4.6 obturada.

GRÁFICO N° 4

INCIDENCIA DE LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES OBTURADOS



Fuente: Elaboración propia, Matriz de recolección de datos

TABLA N° 5

INCIDENCIA DE LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES SANOS

Piezas Sanas	SI		NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Pieza 1.6	31	18.0	141	82.0	172	100.0
Pieza 2.6	23	13.6	146	86.4	169	100.0
Pieza 3.6	12	7.5	147	92.5	159	100.0
Pieza 4.6	8	5.1	148	94.9	156	100.0

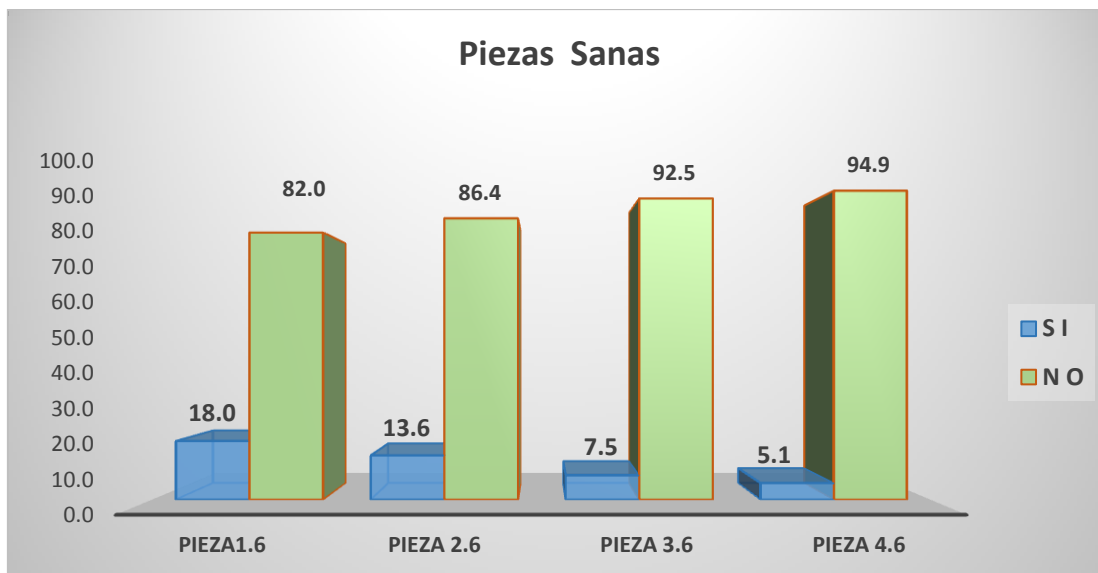
Fuente: Elaboración propia, Matriz de recolección de datos

Interpretación:

La Tabla N° 5. Muestra que en los pacientes del Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa, se observó que en la pieza dentaria 1.6, el 18.0% resultaron ser piezas dentarias sanas; en la pieza dentaria 2.6, el 13.6% son sanas; en la pieza dentaria 3.6, el 7.5% son sanas y en la pieza dentaria 4.6, sólo el 5.1% son piezas dentarias sanas.

GRÁFICO N° 5

INCIDENCIA DE LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES SANOS



Fuente: Elaboración propia, Matriz de recolección de datos

TABLA N° 6

**INCIDENCIA DE LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES QUE HAN SIDO
EXTRAÍDOS**

Piezas Extraídas	SI		NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Pieza 1.6	28	14.0	172	86.0	200	100.0
Pieza 2.6	31	15.5	169	84.5	200	100.0
Pieza 3.6	41	20.5	159	79.5	200	100.0
Pieza 4.6	44	22.0	156	78.0	200	100.0

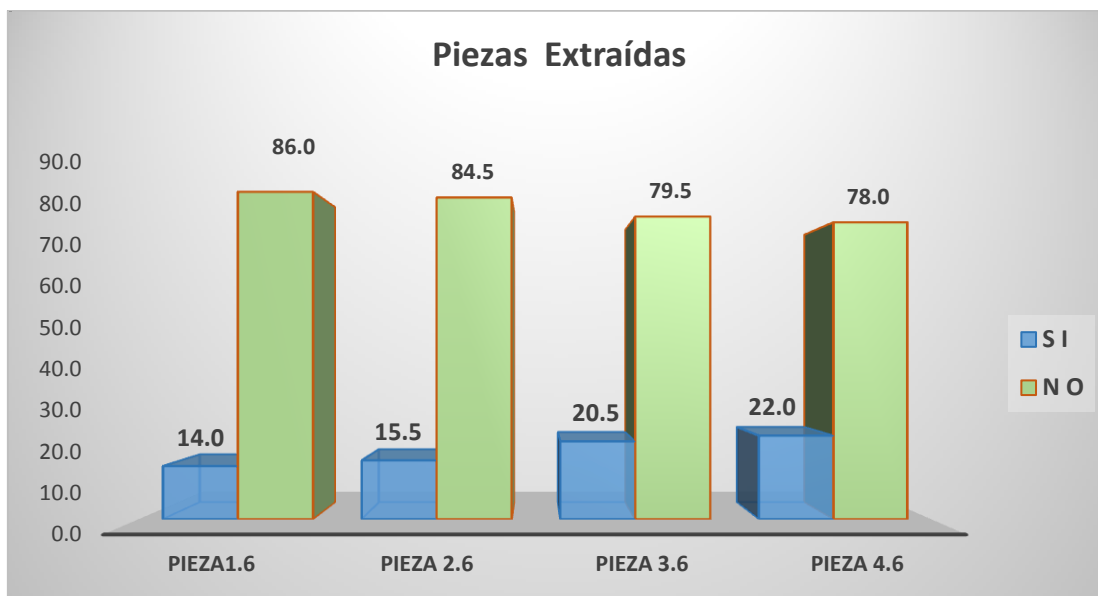
Fuente: Elaboración propia, Matriz de recolección de datos

Interpretación:

La Tabla N° 6. Muestra que en los pacientes del Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa, se observó que el 14.0% de las piezas dentarias 1.6, fueron extraídas; el 15.5% de las piezas dentarias 2.6; el 20.5% de las piezas dentarias 3.6 y el 22.0% de la pieza dentaria 4.6.

GRÁFICO N° 6

INCIDENCIA DE LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES QUE HAN SIDO EXTRAÍDOS



Fuente: Elaboración propia, Matriz de recolección de datos

TABLA N° 7

**INCIDENCIA DE LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES QUE
PRESENTAN EXTRUSIÓN DENTARIA**

Extrusión	SI		NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Pieza 1.6	9	5.2	163	94.8	172	100.0
Pieza 2.6	12	7.1	157	92.9	169	100.0
Pieza 3.6	1	0.6	158	99.4	159	100.0
Pieza 4.6	1	0.6	155	99.4	156	100.0

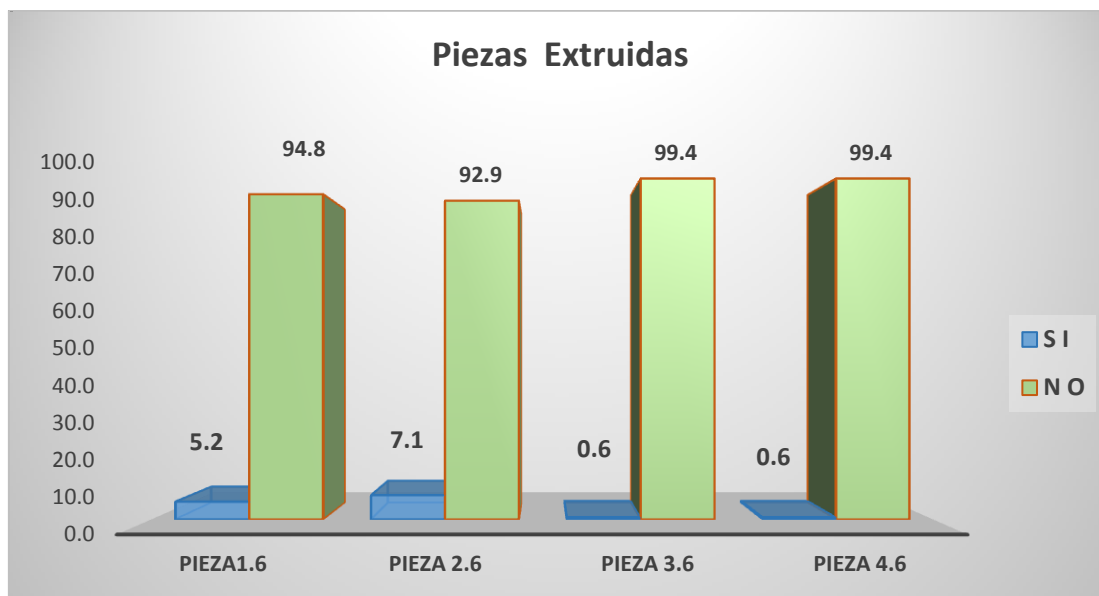
Fuente: Elaboración propia, Matriz de recolección de datos

Interpretación:

La Tabla N° 7 Muestra que en los pacientes del Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa, se observó que en la pieza dentaria 1.6, el 5.2% presentó extrusión dentaria; en la pieza dentaria 2.6 el 7.1%, en la pieza dentaria 3.6, el 0.6% y en la pieza dentaria 4.6, el 0.6%.

GRÁFICO N° 7

INCIDENCIA DE LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES QUE PRESENTAN EXTRUSIÓN DENTARIA



Fuente: Elaboración propia, Matriz de recolección de datos

TABLA N° 8

**INCIDENCIA DE LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES QUE
PRESENTAN MAL POSICIÓN DENTARIA**

Mal Posición	SI		NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Pieza 1.6	7	4.1	165	95.9	172	100.0
Pieza 2.6	12	7.1	157	92.9	169	100.0
Pieza 3.6	13	8.2	146	91.8	159	100.0
Pieza 4.6	13	8.3	143	91.7	156	100.0

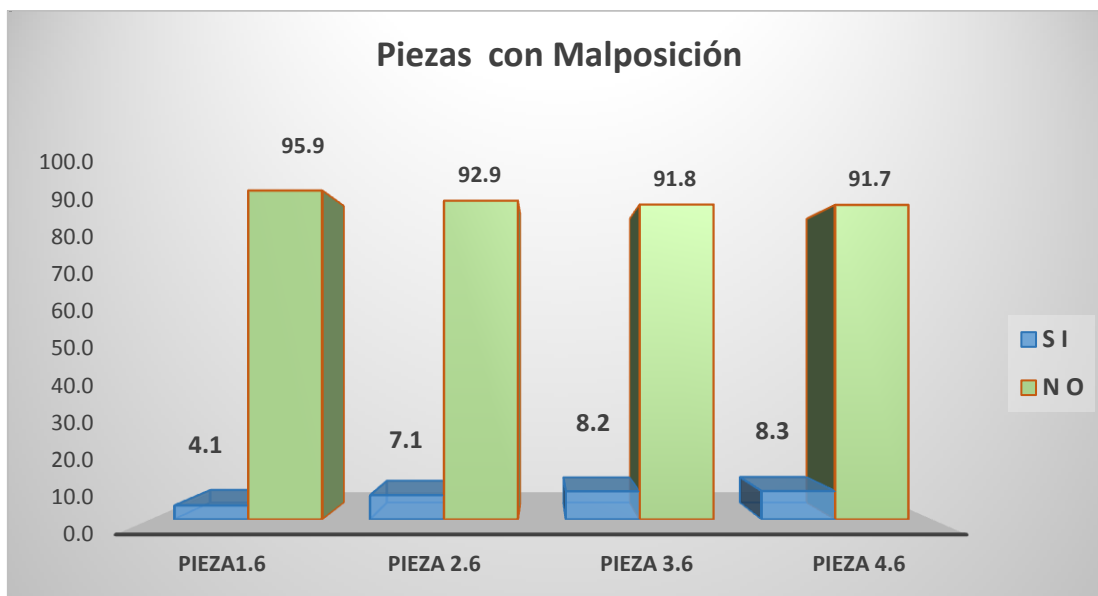
Fuente: Elaboración propia, Matriz de recolección de datos

Interpretación:

La Tabla N° 8 Muestra que en los pacientes del Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa, se observó que la pieza dentaria 1.6, padece de mal posición dentaria en un 4.1%; la pieza dentaria 2.6 en un 7.1%, la pieza dentaria 3.6 en un 8.2% y la pieza dentaria 4.6 en un 8.3%.

GRÁFICO N° 8

INCIDENCIA DE LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES QUE PRESENTAN MAL POSICIÓN DENTARIA



Fuente: Elaboración propia, Matriz de recolección de datos

TABLA N° 9

**PERMANENCIA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE EN RELACIÓN CON
EL GRUPO ETÁRIO**

Primer molar	1.6		2.6		3.6		4.6	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total general	200	100.0	200	100.0	200	100.0	200	100.0
No	28	14.0	31	15.5	41	20.5	44	22.0
Si	172	86.0	169	84.5	159	79.5	156	78.0
21 - 28 a	88	44.0	89	44.5	85	42.5	85	42.5
29 - 36 a	48	24.0	47	23.5	48	24.0	44	22.0
37 - 45 a	36	18.0	33	16.5	26	13.0	27	13.5

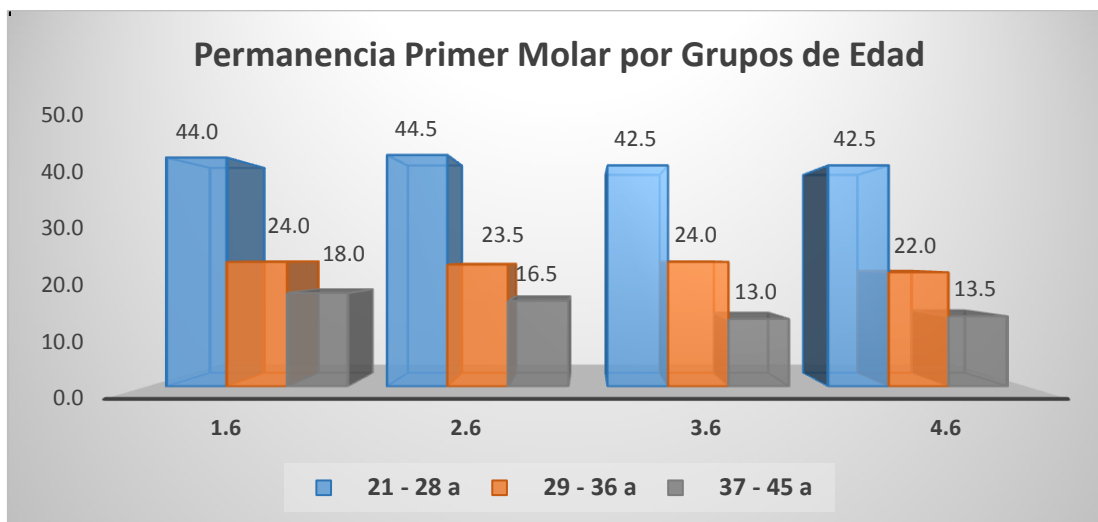
Fuente: Elaboración propia, Matriz de recolección de datos

Interpretación:

La Tabla N° 9 Muestra que en los pacientes del Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa, se observó que la permanencia del primer molar, es menor a mayor edad, siendo así que en el grupo etario de 37 a 45 años resultó que la pieza dentaria 1.6 se encuentra presente en un 18.0%, la pieza dentaria 2.6 en un 16.5%, la pieza 3.6 en un 13.0% y en la pieza dentaria 4.6 sólo en un 13.5%.

GRÁFICO N° 9

PERMANENCIA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE EN RELACIÓN CON EL GRUPO ETÁRIO



Fuente: Elaboración propia, Matriz de recolección de datos

TABLA N° 10

**PRESENCIA DE ENFERMEDAD DE CARIES EN PRIMEROS MOLARES
PERMANENTES EN RELACIÓN CON EL GRUPO ETÁRIO**

Piezas Dentarias Edad	Pieza 1.6		Pieza 2.6		Pieza 3.6		Pieza 4.6	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	69	34.5	60	30.0	62	31.0	76	38.0
21 - 28 años	31	33.7	27	29.3	30	32.6	38	41.3
29 - 36 años	20	34.5	17	29.3	19	32.8	21	36.2
37 - 45 años	18	36.0	16	32.0	13	26.0	17	34.0

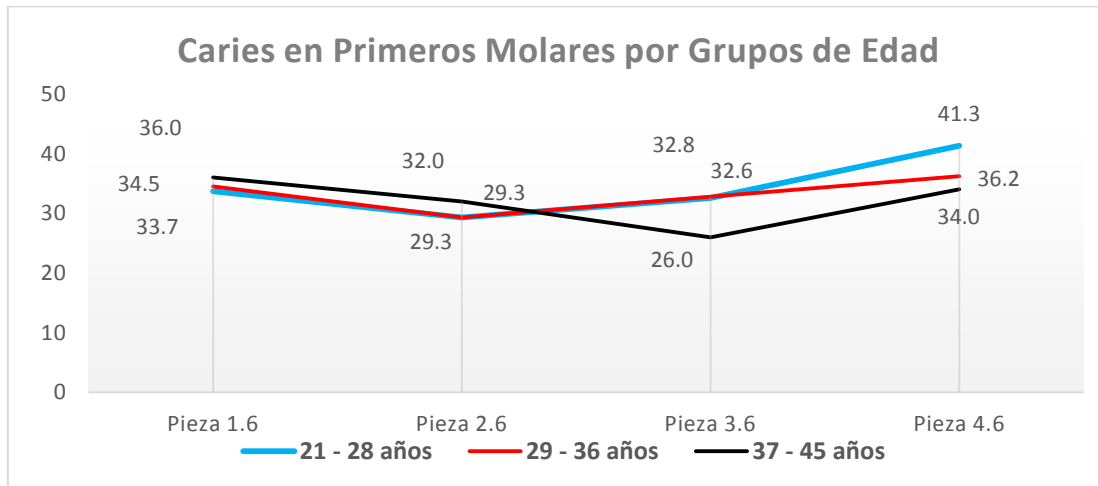
Fuente: Elaboración propia, Matriz de recolección de datos

Interpretación:

La Tabla N° 10 Muestra que en los pacientes del Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa, se observó que en la edad de 21 a 28 años la presencia de enfermedad de caries más frecuente fue en la pieza dentaria 4.6 en 41.3%., en la edad de 29 a 36 años, fue en la pieza dentaria 4.6, en un 36.2% y en la edad de 37 a 45 años, en la pieza dentaria 1.6 en un 36.0%.

GRÁFICO N° 10

**PRESENCIA DE ENFERMEDAD DE CARIES EN PRIMEROS MOLARES
PERMANENTES EN RELACIÓN CON EL GRUPO ETÁRIO**



Fuente: Elaboración propia, Matriz de recolección de datos



TABLA N° 11

**PRESENCIA DE PRIMEROS MOLARES PERMANENTES OBTURADOS EN
RELACIÓN CON EL GRUPO ETÁRIO**

Pieza Dentaria	Pieza 1.6		Pieza 2.6		Pieza 3.6		Pieza 4.6	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	72	36.0	86	43.0	85	42.5	73	36.5
21 - 28 años	36	39.1	43	46.7	43	46.7	42	45.7
29 - 36 años	20	34.5	27	46.6	29	50.0	21	36.2
37 - 45 años	16	32.0	16	32.0	13	26.0	10	20.0

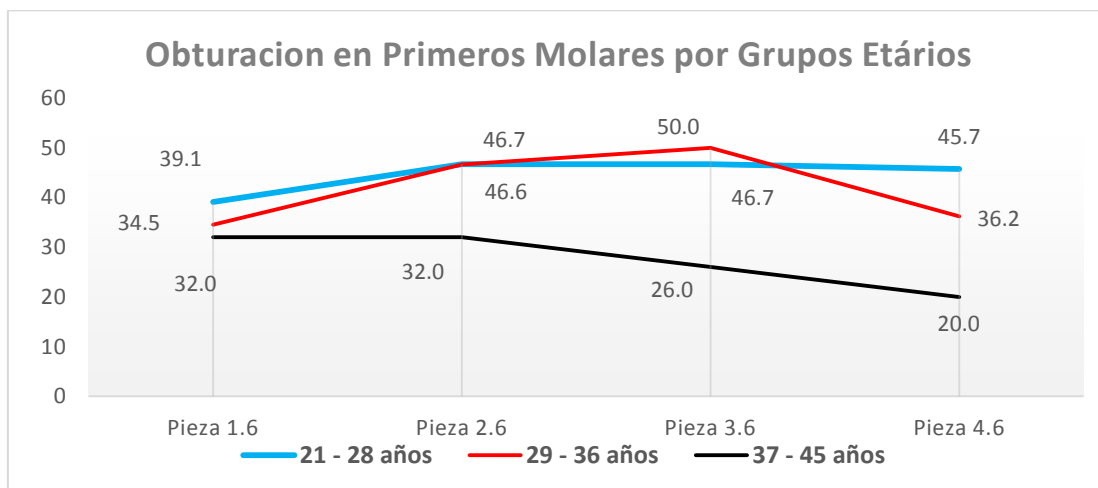
Fuente: Elaboración propia, Matriz de recolección de datos

Interpretación:

La Tabla N° 11 Muestra que en los pacientes del Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa, se observó que entre los 21 a 28 años, la presencia de obturaciones más frecuente fue en la pieza 2.6 y 3.6 con 46.7%., entre los 29 a 36 años fue en la pieza 3.6 en 50.0% y entre los 37 a 45 años, fue en la pieza 1.6 y 2.6 con 32.0%.

GRÁFICO N° 11

**PRESENCIA DE PRIMEROS MOLARES PERMANENTES OBTURADOS EN
RELACIÓN CON EL GRUPO ETÁRIO**



Fuente: Elaboración propia, Matriz de recolección de datos

TABLA N° 12

ESTADO DE PRIMEROS MOLARES PERMANENTES EN MUJERES

Pieza Dentaria	Pieza 1.6		Pieza 2.6		Pieza 3.6		Pieza 4.6	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Según Enfermedad								
Caries	41	35.3	34	29.3	35	30.2	38	32.8
Obturado	40	34.5	52	44.8	51	44.0	46	39.7
Extraído	15	12.9	16	13.8	22	19.0	28	24.1
Extrusión	7	6.0	7	6.0	1	0.9	1	0.9
Mal Posición	6	5.2	8	6.9	9	7.8	7	6.0

Fuente: Elaboración propia, Matriz de recolección de datos

Interpretación:

La enfermedad mas frecuente fue:

Enfermedad de caries en la pieza dentaria 1.6, en 35.3%.

Presencia de obturaciones en la pieza dentaria 2.6, en 44.8%.

Piezas extraídas, siendo la más frecuente, la pieza 4.6, en 24.1%.

Presencia de extrusión en las piezas dentarias 3.6 y 4.6, en 0.9%.

Presencia de mal posición en la pieza 3.6, en 7.8%.

TABLA N° 13

ESTADO DE PRIMEROS MOLARES PERMANENTES EN VARONES

Estado	Pieza 1.6		Pieza 2.6		Pieza 3.6		Pieza 4.6	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Según Enfermedad								
Caries	28	33.3	26	31.0	27	32.1	38	45.2
Obturado	32	38.1	34	40.5	34	40.5	27	32.1
Extraído	13	15.5	15	17.9	19	22.6	15	17.9
Extrusion	2	2.4	5	6.0	0		0	
Mal Posicion	1	1.2	4	4.8	4	4.8	6	7.1

Fuente: Elaboración propia, Matriz de recolección de datos

Interpretación:

La enfermedad mas frecuente fue:

Enfermedad de caries en la pieza dentaria 4.6 en 45.2%.

Presencia de obturaciones en las piezas dentarias 2.6 y 3.6 en 40.5%.

Piezas extraídas, siendo la más frecuente, la pieza 3.6 en 22.6%.

Presencia de extrusión en la pieza dentaria 2.6 en 6.0%.

Presencia de mal posición en la pieza 4.6 en 7.1%.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Se determinó que, en los pacientes atendidos en el Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa, la permanencia de los primeros molares permanentes es del 81.8%.

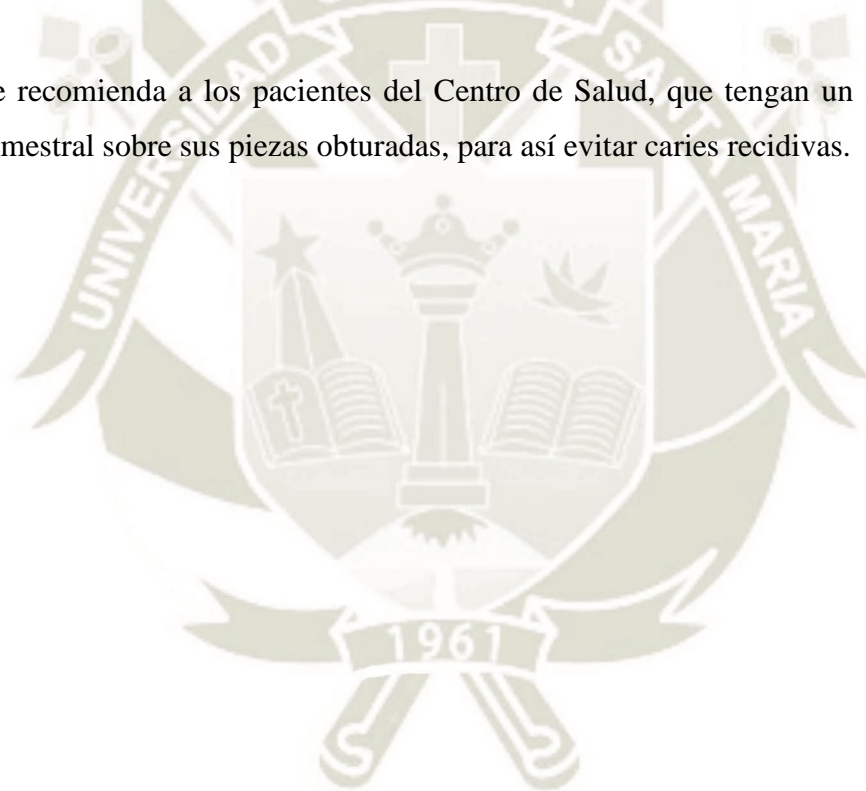
SEGUNDA: Se determinó que, en los pacientes atendidos en el Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa, dentro del estado de los primeros molares permanentes, se encontró que las piezas careadas están representadas por el 40.8%; las piezas con mal posición dentaria por el 6.9%; y las piezas que presentan extrusión dentaria por el 3.3 %.

TERCERA: Se determinó que la permanencia de los primeros molares permanentes, es menor a mayor edad; que la enfermedad de caries es mayor a más edad en las piezas superiores y en las inferiores es mayor a menor edad; y que la presencia de piezas obturadas fue mayor en el grupo etario de menor edad.

CUARTA: Se determinó que la presencia de enfermedad de caries es mayor en el género masculino que en el femenino, la presencia de piezas obturadas, extraídas, extruidas y con mal posición, es mayor en el género femenino que en el masculino.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al Centro de Salud que realice programas de educación sobre la importancia, higiene y salud de las piezas dentarias permanentes y que tengan una observación mayor en el estado de los molares.
2. Se recomienda a los pacientes del Centro de Salud, que el primer molar permanente, al ser importante, deben ser las que deberíamos tener más cuidados y hacer el máximo esfuerzo de rehabilitarlas, ya que son los pilares de la arcada dentaria y así evitar alguna mal posición o extrusión de piezas vecinas o antagonistas.
3. Se recomienda a los pacientes del Centro de Salud, que tengan un adecuado control semestral sobre sus piezas obturadas, para así evitar caries recidivas.



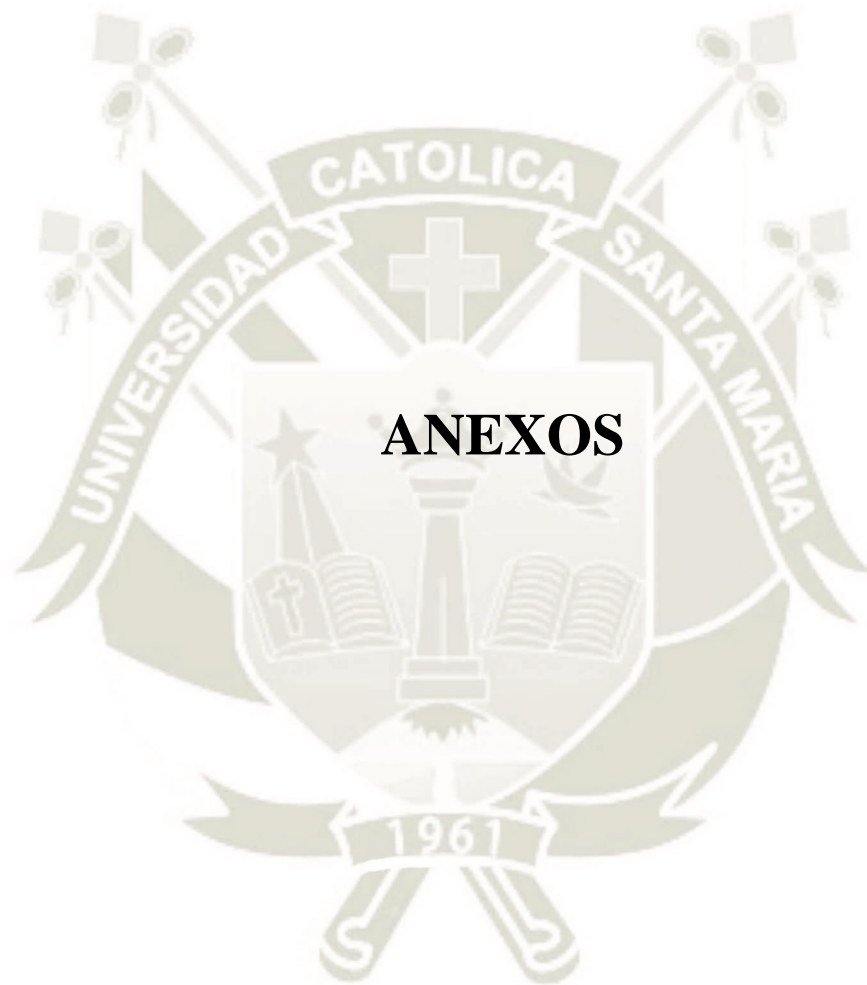
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. RIOJAS GARZA, María Teresa. Anatomía Dental. Editorial El Manual Moderno
2. STANLEY J. Nelson, MAJOR M. Ash. WHEELER Anatomía, Fisiología y Oclusión Dental, 8va Edición de la obra original en inglés.
3. VELLINI FERREIRA, Flavio. Ortodoncia. Diagnóstico y Planificación Clínica, 2da Edición, 2004.
4. HENOSTROZA HARO, Gilberto; Caries Dental, Principios y procedimientos para el diagnóstico, 1ra edición. Editorial Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima 2007.
5. MOYERS E. Robert. Manual de Ortodoncia, 4ta edición. Editorial Panamericana. España 2009.
6. GRABER, J. Manual de Ortodoncia. 10ma edición. Edit. Interamericana. México. D.F. 2010.
7. LARRONDA PINA, Carolina. Evaluación clínica del primer molar permanente en niños escolares de 6 a 8 años de edad de la Región Metropolitana, Chile 2005.
8. P. DOPICO, Martín; CASTRO, Carlos. Importancia del primer molar permanente y consecuencias clínicas de su pérdida en edades tempranas del desarrollo, Buenos Aires, 2015.
9. SURCO LAOS, Jesús. Caries dental en primeras molares permanentes y factores asociados en los escolares de Santa Rosa de Yangas, Lima 2015.

<https://www.odontologiavirtual.com/2009/02/clasificacion-de-lisher-en-las.html>

<https://www.ateneo-odontologia.org.ar/articulos/liv02/articulo4.pdf>

<http://pesquisa.bvsalud.org/oncologiauy/resource/es/lil-776102?lang=es>





ANEXO 1
FICHA DE OBSERVACIÓN

FICHA DE EVALUACIÓN QUE SE USARÁ PARA EL REGISTRO DE DATOS.

FILIACIÓN

Paciente N°: _____

Fecha: ____/____/____

Edad: _____


Género: _____

Número: _____


OBSERVACIÓN CLÍNICA:

	Pieza 16		Pieza 26		Pieza 36		Pieza 46	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Permanencia								
Enfermedad de caries								
Obturado								

Pieza	Pieza 16	Pieza 26	Pieza 36	Pieza 46
Extrusión				
No presenta				
Extrusión Leve				
Extrusión Moderada				
Extrusión Severa				
Pieza	Pieza 16	Pieza 26	Pieza 36	Pieza 46
Mal Posición				
No presenta				
Mesioversión				
Distoversión				
Vestibuloversión				
Linguoversión				
Infraversión				
Giroversión				
Axioversión				
Transversión				
Perversión				
Otro				



ANEXO 2
AUTORIZACIÓN DE GERENTE DEL
CENTRO DE SALUD


Universidad Católica de Santa María
AREQUIPA - PERU
☎ (51 54) 382038 Fax: (51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado: 1350

IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA
(En la Ciencia y en la Fe está nuestra fortaleza)

Arequipa, 17 de abril de 2019

Carta No.001-FO-2019

SEÑORA DOCTORA
ADA CORNEJO PORTUGAL
GERENTE DE LA MICRO RED VICTOR RAUL HINOJOSA
PRESENTE.-


De mi consideración:


Tengo el agrado de dirigirme a usted, para hacerle llegar un cordial saludo y a vez presentarle a la Srta GABY TUME OLIVARES, bachiller de la Facultad de Odontología, quien está desarrollando su proyecto de investigación: "PERMANENCIA Y ESTADO DE LOS PRIMEROS MOLARES PARMANENTES EN PACIENTES DE 21 A 45 AÑOS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD VICTOR RAUL HINOJOSA DE SIMON BOLIVAR JOSE LUIS BUSTAMANTE RIVERO AREQUIPA 2019; motivo por el cual solicitamos a usted, tenga a bien autorizar el ingreso de nuestra alumna para que pueda realizar la recolección de datos, para el desarrollo de su trabajo de investigación .

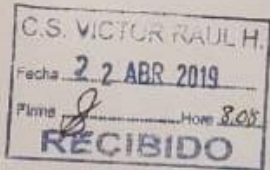
Por la atención que le merezca la presente y por las facilidades que otorgue, desde ya le manifiesto mi agradecimiento y hago propicia la ocasión para expresar le los sentimientos de mi especial deferencia personal.

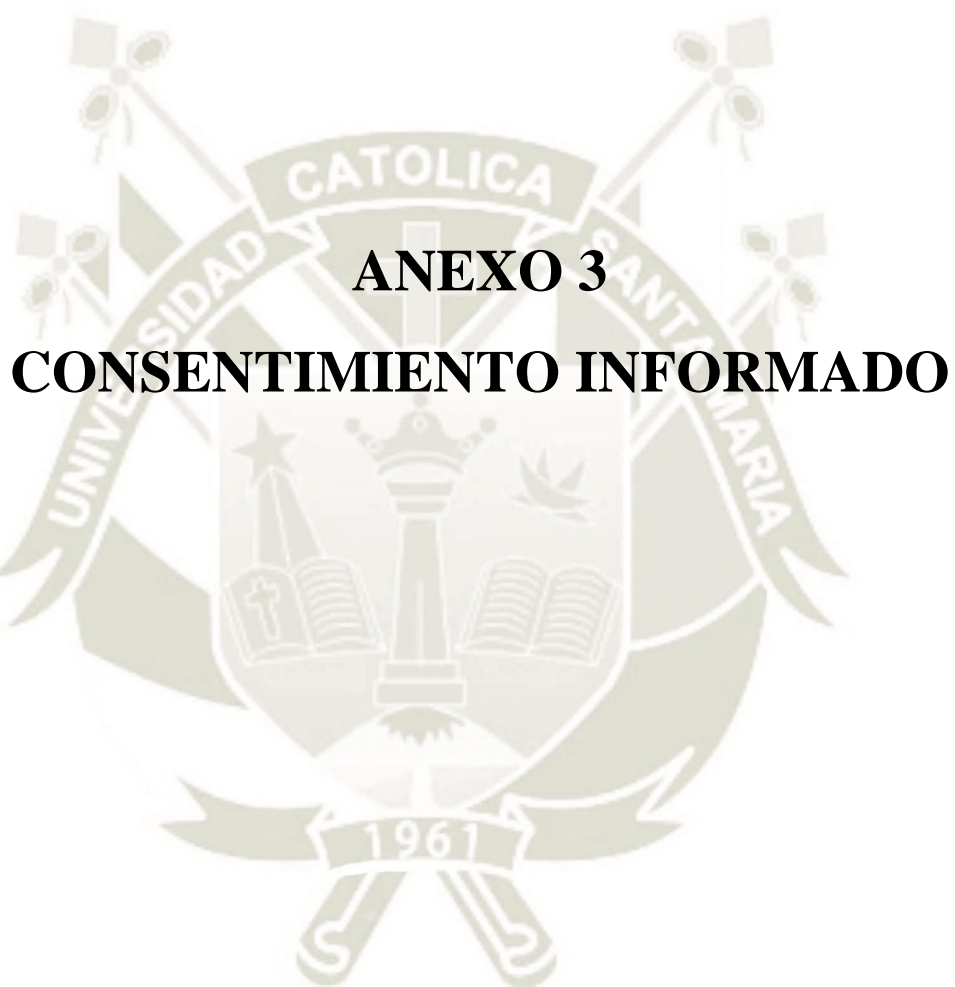
Atentamente,

HGV/Dec.
Mrg.


UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
DR. HERBERT SALLEGOS VARGAS
Decano de la Facultad de Odontología


GERENCIA REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
DIRECCION RED DE SALUD AREQUIPA CAJALOMA
MICRORED RED DE SALUD VICTOR R. HINOJOSA
Dra. Ada Cornejo Portugal
C.M.P. 34870
JEFE DE MICRORED


C.S. VICTOR RAUL H.
Fecha 22 ABR 2019
Firma [Signature] Hora 8:08
RECIBIDO
Tel. 980968743



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CADA PACIENTE QUE SERÁ EVALUADO

Yo, _____ identificado con DNI _____, otorgo mi consentimiento expreso para ser unidad de estudio en la investigación que presenta la Srta. TUME OLIVARES GABY SHEILA, de la Facultad de Odontología titulada: PERMANENCIA Y ESTADO DE LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES EN PACIENTES DE 21 A 45 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD VÍCTOR RAÚL HINOJOSA, JOSÉ LUIS BUSTAMANTE Y RIVERO AREQUIPA-2019, con fines de obtención del Título Profesional de Cirujano Dentista.

Declaro que, como sujeto de investigación, he sido informado exhaustiva y objetivamente sobre la naturaleza, los objetivos, los alcances, fines y resultados de dicho estudio.

Asimismo, he sido informado convenientemente sobre los derechos que como unidad de estudio me asisten, teniendo en cuenta de que no existe riesgo alguno, es que deseo participar en dicha investigación otorgando la libertad de usar los datos obtenidos de mi persona con fines de investigación según ella vea por conveniente.

En fe de lo expresado anteriormente y como prueba de la aceptación consciente y voluntaria de lo establecido, firmamos:

Investigadora

Investigado

Arequipa,



ANEXO 4

MATRIZ DE DATOS

44	21	F	X	X					X	X					X	X			
45	22	F	X	X					X	X					X	X			
46	21	F	X	X					X	X					X	X			
47	24	M	X	X					X		X				X		X		
48	21	M	X	X					X	X					X	X			
49	24	F	X	X					X	X		MV			X	X			
50	30	F	X	X			VV		X	X			VV				X		X
51	45	M	X	X					X	X					X	X			X
52	37	M	X	X					X	X					X	X			
53	29	M	X		X				X	X		L					X		X
54	34	M			X						X				X	X		DV	
55	45	M	X	X						X					X				X
56	45	M			X					X	X				X	X			
57	36	M	X		X				X	X					X		X		
58	45	M	X	X					X	X					X	X			
59	45	M	X	X					X	X					X	X			
60	45	M	X	X		L			X	X					X	X			
61	26	M	X	X					X	X							X		X
62	39	M	X	X					X	X		L			X	X			
63	35	M	X	X					X	X					X	X			
64	26	M	X		X				X		X				X		X		
65	44	M	X	X					X	X					X	X			
66	45	M	X	X							X				X	X			
67	33	M	X	X						X					X	X			
68	31	M	X	X			GV		X	X		L			X	X			
69	42	M	X	X					X	X					X	X			
70	29	M	X	X					X		X				X	X			
71	45	M			X						X						X		X
72	33	M	X		X				X	X		LV			X	X			
73	37	M	X	X					X	X							X		X
74	41	M			X						X				X				X
75	31	M	X	X					X	X					X	X			X
76	37	M			X						X						X		X
77	34	M			X						X				X				X
78	26	M	X	X					X		X				X		X		
79	21	M			X						X				X	X			
80	45	M	X	X					X	X					X				X
81	45	M	X	X					X	X					X		X		
82	21	M	X	X					X	X					X	X			
83	36	M			X				X	X					X	X			
84	25	M	X	X					X	X					X		X		
85	27	M	X	X					X	X					X	X			
86	39	M	X	X					X	X					X	X		GV	GV
87	44	M	X		X				X	X					X	X		VV	VV
88	45	M			X						X				X				X

