UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

"CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LA PÉRDIDA PREMATURA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE EN NIÑOS DE LA ESCUELA "LUIS PASTEUR" DE LA PARROQUIA SANTIAGO – LOJA. PERÍODO MARZO-JULIO 2016".

Tesis previa a la obtención del título de Odontólogo.

AUTOR:

WILLLAM MARCELO TAPIA ORDOÑEZ

DIRECTOR DE TESIS:

Odont. Esp. TANNYA LUCILA VALAREZO BRAVO.

LOJA-ECUADOR

2016

CERTIFICACIÓN

Loja, 26 de Septiembre del 2016

Odont. Esp. Tannya Lucila Valarezo Bravo.

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que la presente tesis titulada: **"CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LA PERDIDA PREMATURA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE EN NIÑOS DE LA ESCUELA "LUIS PASTEUR" DE LA PARROQUIA SANTIAGO – LOJA. PERIODO MARZO – JULIO 2016",** elaborada por el **Sr. Willam Marcelo Tapia Ordoñez,** ha sido planificada y ejecutada bajo mi dirección y supervisión, por tanto y al haber cumplido con los requisitos establecidos por la Universidad Nacional de Loja, autorizo su presentación, sustentación y defensa ante el tribunal designado para el efecto.

Atentamente,

Odont. Esp. Tannya Lucila Valarezo Bravo.

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo **Willam Marcelo Tapia Ordoñez**, declaro ser autor del presente trabajo de Tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes Jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Firma: ……..

Cédula: 1104818404

Fecha: 26/Sep./2016

…….

Willam Marcelo Tapia Ordoñez

AUTOR

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo Willam Marcelo Tapia Ordoñez, declaro ser autor de la tesis titulada: "CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LA PÉRDIDA PREMATURA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE EN NIÑOS DE LA ESCUELA "LUIS PASTEUR" DE LA PARROQUIA SANTIAGO – LOJA. PERIODO MARZO- JULIO 2016"**;** como requisito para optar el grado de Odontólogo, autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Depositario Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual (RDI), en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización en la ciudad de Loja, mes de Septiembre del 2016, firma el autor.

Firma:

Autor: Willam Marcelo Tapia Ordoñez

Cedula: 1104818404

Dirección: Consacola

Correo Electrónico: willamtapiaos@hotmail.com

Celular: 0993845776

DATOS COMPLEMENTARIOS

DIRECTOR DE TESIS: Odont. Esp. Tannya Lucila Valarezo Bravo.

TRIBUNAL DE GRADO:

Odont. Esp. González Eras Susana Patricia.

Dr. Serrano Ortega Byron Efrén.

Odont. Esp. Jiménez Ramírez Andrea María.

DEDICATORIA.

Este trabajo está dedicado primero a Dios, por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos.

A mi madre Rosa por haber sido perseverante con su dedicación, apoyo incondicional y poder darme aliento para alcanzar mis metas, a mi padre Jorge por haberme aconsejado y apoyado en todo el transcurso de mi crecimiento personal y profesional. Agradecido con ustedes por todos los valores que han inculcado en mí y me siento bendecido por tenerlos con vida celebrando mis triunfos que son muy suyos.

A ustedes hermanos Vinicio, Esperanza, Jorge y María por estar siempre en todos los momentos en que necesitaba, por ser un ejemplo de triunfo y dedicación en todo lo que me propongo, muchas gracias por todo, las quiero.

A mis queridos amigos, es gratificante contar con su amistad, han sido tantos momentos bonitos que prometo llevarlos siempre en mi corazón.

Finalmente a una persona muy especial que me enseñó a no rendirme y buscar una solución en los momentos difíciles tanto personales como profesionales, muchas gracias, te amo Andrea

Willam Marcelo Tapia Ordoñez.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad Nacional de Loja en especial a la carrera de Odontología por brindarme la dicha de aprender esta profesión de la mano de excelentes docentes, y permitirme ser parte de ella.

A mi directora de tesis Dra. Tannya Valarezo, por el gran interés, colaboración, enseñanza, paciencia y tiempo, y excelentes orientaciones las mismas que me ayudaron al cumplimiento de la presente tesis; me siento en deuda con Usted por todo lo recibido durante el tiempo que ha durado el desarrollo de esta tesis.

A las Autoridades y comunidad educativa de la Escuela Luis Pasteur por su apertura y colaboración en el desarrollo de la investigación.

Gracias a todos.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CONTENIDO	**Pág.**
PORTADA	i
CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA	iii
CARTA DE AUTORIZACIÒN	iv
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	viii
INDICE DE TABLAS	xi
INDICE DE ANEXOS	xii
1. TÍTULO	1
2. RESUMEN	2
ABSTRACT	3
3. INTRODUCCIÓN	4
4. REVISIÓN DE LA LITERATURA	7
CAPÍTULO 1	
1. BASES TEÓRICAS	7
1.1 Formación del primer molar permanente	7
1.2 Importancia del Primer Molar Permanente	8
1.3 Secuelas de la pérdida Prematura del primer Molar Permanente	9
1.4 Caries del primer molar permanente	10
1.4.1 Concepto de Caries Según la OMS	11

1.4.2 Causas de la caries dental 11

CAPÍTULO 2

2. CAUSAS DE LA PERDIDA PREMATURA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE 15

2.1 Caries 16

2.2 Enfermedad periodontal 17

2.3 Traumatismos 18

2.4 Ausencia 19

CAPÍTULO 3

3. CONSECUENCIAS DE LA PERDIDA PREMATURA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE 20

3.1 Disminución de la función local 20

3.2 Erupción continuada de los dientes antagonistas 21

3.3 Desviación de los dientes 21

3.4 Extrusión Dental 22

3.5 Inclinación Dental 22

3.6 Pérdida de la oclusión 22

CAPÍTULO 4

4. TRATAMIENTO 23

4.1 Ausencia del primer molar permanente antes de la erupción del segundo molar permanente 23

4.2 Ausencia del primer molar permanente después de la erupción del segundo molar permanente 24

CAPÍTULO 5

5. MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EL CUIDADO DEL PRIMER MOLAR 25

5.1 Técnica correcta del cepillado de los dientes 25

5.2 Técnica del uso del hilo dental 27

CAPÍTULO 6

6. EXODONCIA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE EN NIÑOS 27

6.1 Indicaciones de la Exodoncia en niños 29

6.2 Contraindicaciones de la Exodoncia en niños 30

6.2.1 Contraindicaciones Locales 30

6.2.2 Contraindicaciones Sistémicas 31

5. MATERIALES Y MÉTODOS 33

6. RESULTADOS 36

7. DISCUSIÓN 46

8. CONCLUSIONES 50

9. RECOMENDACIONES 52

10. BIBLIOGRAFÍA 53

11. ANEXOS 59

ÍNDICE DE TABLAS

CONTENIDO

Tabla 1.- Niños de la escuela "Luis Pasteur" de la parroquia Santiago según la Edad 36

Tabla 2.- Niños de la escuela "Luis Pasteur" de la parroquia Santiago según el Género 37

Tabla 3.- Prevalencia de la pérdida del primer molar permanente en los niños de la escuela “Luis Pasteur” de la parroquia Santiago. 38

Tabla 4.- Pérdida total del primer molar permanente y pérdida según el Criterio de Magnitud de la Lesión Cariosa (CMLC) propuesto por Gutiérrez & Morales (1987). Cuando un primer molar permanente presentó la lesión grado 4, fue considerado pérdida dental. En los niños de la escuela “Luis Pasteur” de la parroquia Santiago. 39

Tabla 5.- Pérdida del primer molar permanente según el Criterio de Magnitud de la Lesión Cariosa (CMLC) propuesto por Gutiérrez & Morales (1987). Cuando un primer molar permanente presentó la lesión grado 4, fue considerado pérdida dental. En los niños de la escuela “Luis Pasteur” de la parroquia Santiago.
40

Tabla 6.- Prevalencia de la pérdida del primer molar permanente en los niños de la escuela “Luis Pasteur” de la parroquia Santiago según grupos etáreos. 41

Tabla 7.- Prevalencia de la pérdida del primer molar permanente en los niños de la escuela “Luis Pasteur” de la parroquia Santiago en relación al Género. 42

Tabla 8.- Prevalencia del primer molar permanente con más pérdida en los niños de la escuela “Luis Pasteur” de la parroquia Santiago. 43

Tabla 9.- Causas de la pérdida del primer molar permanente en los niños de la escuela “Luis Pasteur” de la parroquia Santiago. 44

Tabla 10.- Consecuencias de la pérdida del primer molar permanente en los niños de la escuela “Luis Pasteur” de la parroquia Santiago. 45

ÍNDICE DE ANEXOS

CONTENIDO

Anexo 1. Fotografías 59

Anexo 2. Autorización de la Escuela "Luis Pasteur" 71

Anexo 3. Certificado de realización de la investigación de campo 72

Anexo 4. Consentimiento Informado 73

Anexo 5. Ficha guía de observación 74

Anexo 6. Encuesta 75

Anexo 7. Certificado de traducción de resumen 78

Anexo 8. Objetivos 79

Anexo 9. Proyecto de investigación 80

1. TITULO

CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LA PÉRDIDA PREMATURA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE EN NIÑOS DE LA ESCUELA “LUIS PASTEUR” DE LA PARROQUIA SANTIAGO – LOJA. PERIODO MARZO- JULIO 2016

2. RESUMEN

El primer molar permanente tiene gran importancia ya que determina el patrón de masticación durante toda la vida, este es un diente muy susceptible a la caries dental después de su erupción alrededor de los 6 años. La frecuencia de pérdida está dada en menores de edad y las secuelas potenciales de esta situación incluyen en: Migración mesial, pérdida de oclusión, alteraciones en la actividad muscular, disminución en el patrón de masticación, extrusión y rotación de los dientes próximos a la zona. El objetivo de esta investigación fue determinar las causas y consecuencias de la pérdida prematura del primer molar permanente en los niños de la Escuela "Luis Pasteur" de la Parroquia Santiago – Loja 2016; y establecer la prevalencia de pérdida prematura del primer molar permanente, según edad y género. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, cuantitativo, transversal y de campo en niños de 6 a 12 años, se aplicó una ficha de observación y encuesta formulada por el autor a los padres de familia para determinar las causas de dicha pérdida y se tomó modelos de estudio para establecer las consecuencias. La muestra estuvo constituida por 98 escolares, entre niños y niñas. Las variables estudiadas fueron: edad, género y primer molar permanente. En los resultados se encontró mayor predominio de la pérdida en el grupo etáreo de 10 a 12 años con un 65.63%, La causa principal de la pérdida fue la caries dental con un 75%. Las consecuencias de la pérdida del primer molar permanente en la cual se observó mayoritariamente la pérdida de oclusión con porcentaje de 31.25%. En conclusión de la población evaluada fue de 98 niños(as) se determinó que el 32.65% presentaron pérdida del primer molar permanente, siendo una prevalencia elevada.

Palabras Claves: Caries, Causas, Consecuencias, Escolares, Pérdida Prematura, Pérdida de oclusión.

ABSTRACT

The first undeviating molar plays a crucial role since it determines the mastication pattern for life. It is a very vulnerable tooth to dental cavity, once it flares-up by the age of 6. It is frequently lost in children and the potential sequels of this situation include: overbite, occlusion loss, muscular activity variation; decrease in the mastication pattern, extrusion and tooth rotation in the proximal areas. The aim of this research work was to determine the causes and consequences of prematurely losing the first undeviating molar in children from "Luis Pasteur" School located in Santiago, a small parish sited in Loja; and establish the prevalence of prematurely losing the first undeviating molar. An observational, descriptive, quantitative, transversal and field study was carried out in children from 6 to 12 years, using an observation format and a survey applies to parents to determine the causes of such loss and study models took to establish the consequences. The sample was constituted by 98 students, boys and girls. The studied variables were: age, gender and first undeviating molar. The results showed a high incidence of molar loss in kids from 10 to 12 years with a 65.63%. The main cause was dental cavity with a 75%. Regarding the consequences of molar loss, for the most part was occlusion loss with a 31.25%. As a final point, from the sample under investigation, that is 98 children (boys and girls), it was determined that a 32.65% presented undeviating molar loss, being a very high prevalence rate.

Key Words: decay, causes, consequences, school, premature loss, occlusion loss.

3. INTRODUCCIÓN

Los primeros molares son los que inician el proceso eruptivo de la dentición permanente en la cavidad bucal. Éstos comienzan a calcificarse durante el primer mes de vida. Es una pieza dentaria muy susceptible a la caries, debido a que después de su erupción (a los 6 años de edad), se encuentra expuesta al medio ácido bucal antes que otras piezas dentarias y por las características anatómicas que presenta.

Los dientes permanentes son piezas fundamentales porque determinan el patrón de masticación durante toda la vida; tales el caso de los primeros molares permanentes que dan la llamada, "llave de la oclusión" o "llave de Angle", o También los incisivos y caninos que dan la guía incisal o guía canina respectivamente (Coronado, y otros, 2011).

La frecuencia de pérdida del primer molar permanente está dada en sujetos menores de edad y las secuelas potenciales de esta situación incluyen en: Migración mesial, sobre erupción, contactos prematuros, pérdida de oclusión, periodontopatías y desórdenes de la Articulación temporomandibular.

Investigaciones a nivel mundial sobre la pérdida del primer molar por caries dental revelan: en Venezuela Antelo Vázquez L, Vázquez LM, León Pujalte Y, plantean en su estudio que la prevalencia de la pérdida del primer molar permanente es de un 40,2 % (Vásquez, Amoroso, & Pujalte, 2012).

Morales Chávez MC, Arias Pardo Y, Bocaranda Núñez S, Fernández Da Silva V. en su trabajo Prevalencia de caries y pérdida de primeros molares permanentes en una muestra de niños venezolanos muestran que un 55 % de los pacientes presentan caries en alguno de los primeros molares y el 3 % tiene pérdida al menos un molar permanente.

Carolina Barreiro A, en un estudio realizado en la Universidad Autónoma de Asunción. Paraguay. Refiere que el 100 % de los niños presentan caries activa en sus primeros molares permanentes y encuentra, además ausentes un total de 23 piezas molares permanentes, en un total de 21 pacientes.

Un estudio realizado por Rivera E. 2014, en la ciudad de Quito (Ecuador), sobre prevalencia de pérdida dental prematura del primer molar permanente en escolares de 7 a 12 años, encontró que el 22% de 216 escolares estudiados, habían perdido el primer molar permanente inferior derecho (Rivera, 2014).

Por la importancia que tienen los primeros molares permanentes en la oclusión dentaria y en la adecuada función masticatoria; y además, la existencia de pocos estudios sobre el tema en la región sur del Ecuador, se hace necesario investigar sobre el mismo, teniendo en cuenta esta problemática. Lo que le permitirá a los estomatólogos implementar estrategias que favorezcan la calidad de vida de los niños.

Con los resultados de esta investigación se ayudará a los padres de familia y a la población en general, que conozcan sobre las complicaciones que puede producir este problema en los niños. Además se aportará con datos a la parroquia, dando información a

nivel sur del país y puede ser tomada en cuenta para la formulación de políticas y programas de salud odontológica, cuya principal herramienta es la prevención, que permita sensibilizar sobre la importancia de las medidas de cuidado para evitar la pérdida de los primeros molares permanentes y que mantienen la salud oral,

4. REVISIÓN DE LA LITERATURA

CAPÍTULO 1

1. BASES TEÓRICAS

1.1 Formación del primer molar permanente

Los primeros molares son los que inician el proceso eruptivo de la dentición permanente en la cavidad bucal. Éstos comienzan a calcificarse durante el primer mes de vida; en las etapas iníciales del desarrollo, el germen del primer molar permanente superior se ubica en la tuberosidad del maxilar y su superficie oclusal se orienta hacia abajo y hacia atrás. El germen del primer molar permanente inferior está localizado a nivel del ángulo del Gonion de la mandíbula y la orientación de su superficie oclusal es hacia arriba y hacia delante.

Es una pieza dentaria muy susceptible a la caries, debido a que después de su erupción (a los 6 años de edad), se encuentra expuesta al medio ácido bucal antes que otras piezas dentarias y por las características anatómicas que presenta (Silvero, 2013).

Los Primeros Molares Permanentes, son generalmente las primeras piezas permanentes que acompañan a la dentición primaria en la boca de un niño, transformando con su presencia la oclusión primaria, en mixta. Erupcionan generalmente a los 6 años de edad cronológica, por lo que se lo llama "molar de los 6 años", es aquí donde hay que informar a los padres que estos dientes, no reemplazan a ningún otro diente, sino que erupcionan por detrás de todos lo temporarios.

Hasta la edad de los 9 o 10 años, el primer molar juega un papel importante en el mantenimiento del diámetro espinomentoniano, distancia que existe entre la punta de la nariz y el mentón lo cual da una simetría facial muy importante (De Sousa, Moronta, & Oscar, 2013).

1.2 Importancia del Primer Molar Permanente

Los Molares permanentes deben ser considerados como las perlas más preciosas y es así como se las debe cuidar, ya que sirven para edificar la salud del individuo, desde los 6 años que estos erupcionan, hasta los 12 años, constituyen la base de la estructura bucal, siendo al mismo tiempo el instrumento principal de la masticación, ya que todas las demás piezas dentarias entran en una fase de transición o recambio en el que bajan su utilidad como piezas de masticación, recluyendo toda esta función sobre los primeros molares permanentes.

Angarita sostiene que hasta los 9 o 10 años de edad, el primer molar permanente, desempeña un papel importante en el mantenimiento del diámetro espinomentoniano, que existe entre la punta de la nariz y el mentón, proporcionando una simetría facial importante (Acosta, Álvarez, & Valdez, 2013).

Estas piezas son el cimiento sobre la cual los demás dientes deben tomar su posición en la arcada dentaria y la perdida de las mismas producirá marcadas consecuencias:

- Forma parte importante de la llave de la oclusión.

- Es el pilar de la correcta ubicación de las otras piezas dentales permanentes.
- Guía para el mantenimiento de la línea media.
- Relación con la ATM y el overbite y overjet (Garcia Martinez, 2011).

Los dientes permanentes son piezas fundamentales porque determinan el patrón de masticación durante toda la vida; tales el caso de los primeros molares permanentes que dan la llamada, “llave de la oclusión” o “llave de Angle”, o También los incisivos y caninos que dan la guía incisal o guía canina respectivamente (Coronado, y otros, 2011).

1.3 Secuelas de la pérdida prematura del primer molar permanente

La corona de los primeros molares presenta una formación de surcos, fosas o fisuras fácilmente atacables por la caries, que destruye rápidamente el esmalte dentario, haciendo que nos encontremos a menudo con que el diente es insalvable odontológicamente con las siguientes consecuencias:

1. La extracción prematura ocasiona trastornos en el crecimiento óseo de los maxilares haciendo que este se detenga.

2. La línea media recorre hacia el lado de la pieza extraída, esto quiere decir que la línea que hace que hace coincidir la unión de incisivos superiores con los inferiores recorre, produciendo trastornos en la mordida del paciente, además de disfunción masticatoria.

3. Se producen migraciones y rotaciones ya que los dientes vecinos al primer molar ausente, tienden a ocupar el espacio vacío creado por la ausencia de este diente.

4. Los dientes antagonistas, es decir, aquellos que tomaban contacto con el primer molar ausente, sobre erupcionan "aflojándose" y perdiendo su soporte óseo y periodontal, produciendo movilidad y la consecuente pérdida.

5. Al no existir uno de los primero molares, toda la masticación recaerá sobre los dientes del lado opuesto sobrecargando la función de los mismos y produciendo daños las estructuras dentarias y de soporte.

6. La pérdida temprana del primer molar, antes de la erupción del segundo molar, hace que este último erupciones inclinado hacia el espacio vacío, favoreciendo la retención de alimentos y la consiguiente aparición de caries dental entre el segundo molar y el segundo premolar (De Sousa, Moronta, & Oscar, 2013).

1.4 Caries del primer molar permanente

Caries dental es una enfermedad multifactorial que se caracteriza por desmineralización localizada y progresiva de las porciones inorgánicas del diente y el deterioro posterior de su parte orgánica.

Este proceso destructivo se origina por la acción de los microorganismos que forman parte de la placa dentobacteriana y por el efecto enzimático que estos gérmenes ejercen

sobre los carbohidratos fermentables generando la producción de ácido láctico y pirúvico seguida de la invasión bacteriana de los túbulos dentales.

La lesión cariosa requiere un diente susceptible y un tiempo suficiente de exposición que permita la desmineralización del tejido duro del diente. Todos los órganos dentarios son susceptibles de padecer caries dental; en la edad escolar el diente permanente más afectado por caries es el primer molar, debido a que este es el primer diente de la dentición permanente en erupcionar y el más susceptible al ataque de la caries, también influye su estructura y a que está más tiempo expuesto a los factores causantes de la caries (Oropeza, Molina, Castañeda, & Zaragoza, 2012).

1.4.1 Concepto de Caries Según la OMS

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la caries dental se puede definir como un proceso patológico, localizado, de origen externo, que se inicia tras la erupción y que determina un reblandecimiento del tejido duro del diente, evolucionando hacia la formación de una cavidad. (World Health, 2013).

1.4.2 Causas de la caries dental

La caries dental se considera una enfermedad multifactorial, resultado de tres factores principales: microorganismos, azúcares y susceptibilidad del huésped.

a) Microorganismos

Para comprender la acción de los microorganismos en la producción de la caries, se debe tener muy en cuenta el concepto de placa dental.

La placa dental es una masa blanda y adherente de colonias bacterianas que se desarrolla sobre la superficie de los dientes, de las encías y de otras superficies bucales cuando no se practican métodos de higiene bucal adecuados. Consta de dos elementos básicos:

- Matriz intercelular. Compuesta fundamentalmente por proteínas, que parecen tener poca importancia en la patogénesis de la caries, y polisacáridos (glucanos, fructanos y heteroglucanos). Estos son sintetizados por las bacterias y favorecen la cariogénesis por constituir reservas energéticas, contener sustancias favorecedoras de la inflamación y facilitar la adherencia bacteriana.

- Microorganismos. Las cepas bacterianas cariógenas deben ser capaces de fermentar hidratos de carbono, produciendo ácidos como subproductos metabólicos, así como de crecer y reproducirse en dicho medio ácido.

En el inicio de la cariogénesis El principal microorganismo patógeno en la cavidad bucal causante de Caries es el Streptococcus mutans, aunado al acúmulo de S. sobrinus, siendo éste una especie más agresiva y más acidogénica que el grupo mutans y lactobacilos, interviniendo posteriormente otros estreptococos (S. sanguis, S. salivarius y lactobacilos (Montero Canseco, Morales, & Castrejon, 2011).

b) Azúcares

La presencia de azúcares en la dieta parece ser el factor ambiental más importante de la caries, habiendo múltiples estudios en animales, así como epidemiológicos, que indican que sin hidratos de carbono fermentables en la dieta, la caries dental no se desarrolla.

Los glucanos pueden ser, a su vez, de dos tipos en función del enlace de glucosa (1-3 o 1-6): dextranos y mutanos. Los dextranos son insolubles en agua, muy pegajosos y sirven como componentes de la matriz de la placa, literalmente "pegando" bacterias al diente.

Los hidratos de carbono dan lugar, a través de las acciones enzimáticas bacterianas, a metabolitos ácidos (láctico, butírico y acético) que actuarán sobre la hidroxiapatita, provocando la descalcificación dental.

Parece ser más importante la frecuencia de la ingesta de sacarosa que la cantidad total ingerida, siendo, además, más cariógenas las formas pegajosas o adhesivas que las sólidas y éstas más que las líquidas.

c) Susceptibilidad del huésped

Los factores que determinan una distinta susceptibilidad ante la cariogénesis se dividen en locales y generales:

Factores Locales:

- Composición del esmalte dental.- Las diferentes proporciones de los componentes del esmalte determinan la resistencia ya sea mayor o menor del esmalte y por consiguiente la velocidad en la cual avanzara la caries

- Presencia de hendiduras y fisuras en su superficie.

- Saliva. Su acción protectora reside en la capacidad amortiguadora, que contribuye a minimizar los cambios de pH ácido de la placa, y en la acción mecánica que ejerce el flujo salival. Hay varios factores antibacterianos en la saliva (lisozima, lactoperoxidasa e inmunoglobulinas), aunque no está claro hasta qué punto contribuyen a la acción preventiva de la caries. Las situaciones que conducen a la xerostomía (sueño, respiración bucal, antihistamínicos) favorecen, por tanto, la caries.

- Morfología del diente.- las irregularidades en la forma del arco dental y la sobre posición (Maloclusión dental) favorecen el desarrollo de lesiones cariosas (Miñana, 2011).

Factores generales

- Nutrición.- los hidratos de carbono de cadena corta y absorción rápida, como los monosacáridos son más cariogénicos. La incidencia de caries aumenta a medida que se ingiere más cantidad de hidratos de carbono.

- Estrés, El estrés disminuye la resistencia a las infecciones y la secreción de saliva.

- Enfermedades intercurrentes, el tratamiento de enfermedades intercurrentes disminuye el flujo salival cuando aquel incluye los siguientes medicamentos: anticolinérgicos (trastornos Gastrointestinales), sedantes; antihistamínicos (afecciones alérgicas); neurolépticos (alteraciones neurológicas); antihipertensores y diuréticos.

- La radioterapia aumenta el riesgo de caries en el paciente

- Factores socioeconómicos, estos se refieren a la calidad de vida (vivienda, estabilidad laboral, ingresos, cobertura asistencial), la cual se relaciona con el desarrollo de caries en cada persona.

- Factores culturales, la higiene bucal se vincula con la escolaridad, los hábitos, las creencias y costumbres e incluso experiencias odontológicas previas (Luna, 2012)

CAPÍTULO 2

2. CAUSAS DE LA PERDIDA PREMATURA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE

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

- Enfermedades tales como: caries dental, periodontitis (periodontitis juvenil)

- Involuntarias, más del 50% de los traumatismos se observan en cabeza y cuello (caídas, accidentes automovilísticos).

- Intencionales las cuáles son: lesiones personales culposas, eventos de hechos dolorosos, fenómenos de maltrato (violencia intrafamiliar), actividades deportivas, asaltos, riñas.

- Iatrogénia en el procedimiento odontológico: por perforación del piso pulpar, perforación de la furca, fractura de la raíz durante la endodoncia por lo fino de sus raíces.

- Por impericia del profesional o del estudiante de odontología.

Entre las causas por las que los dientes son perdidos prematuramente, se podría decir que los dientes anteriores son perdidos generalmente a causa de traumatismos y los molares en su mayoría por la caries dental (Ortiz M. Farias M., 2010).

2.1 Caries

La caries es una de las enfermedades más prevalentes de la infancia, y sus consecuencias para el individuo van desde una zona alterada de esmalte dentario hasta la perdida, comprometiendo por lo general numerosos dientes, y produciendo una rápida destrucción e infección subsiguiente del tejido dentario.

A consecuencia de este daño oral, los niños pueden causar dolor, dificultades funcionales, desordenes de salud general, problemas psicológicos, hospitalizaciones y atenciones de urgencia, lo que conlleva a una menor calidad de vida (Sánchez, Toledo, & Orellana, 2011).

Adicionalmente, se reconoce que la presencia de caries tiene repercusiones no solo biológicas, sino sociales y económicas. Es así como la caries dental avanzada se ha asociado con malnutrición (Guarnizo Herreño, 2012).

Se reportó que niños con caries de infancia temprana grave presentaban malnutrición, específicamente anemia por deficiencia de hierro (Núñez, Sanz, & Mejía, 2015).

También se ha reportado que una vez tratada la caries dental y eliminado el dolor que esta produce hay recuperación y aumento de peso y talla, al igual que mejoras en la calidad de vida (Benzian, y otros, 2011).

2.2 Enfermedad periodontal

Las afecciones bucales constituyen un importante problema de salud por su alta prevalencia, impactando fuertemente sobre las personas y la sociedad en términos de dolor, molestias, limitaciones y discapacidad social y funcional, así como también por su efecto sobre la calidad de vida de la población.

Es la gingivitis el tipo de enfermedad periodontal que se observa con más frecuencia en los niños y adolescentes, y es un proceso inmunoinflamatorio reversible de los tejidos blandos que rodean al diente que se caracteriza por enrojecimiento, edema y sangrado gingival. Si esta afección no es precozmente diagnosticada y tratada, puede evolucionar hacia una lesión más compleja como: la periodontitis, caracterizada por la pérdida del sostén óseo, presencia de bolsas periodontales y movilidad dentaria y pérdida dental (Hernández, Cándano, Ayala, Puentes, & Díaz, 2011).

Se han identificado numerosos factores de riesgo para las enfermedades gingivales y periodontales. La placa dentobacteriana (PDB) y la microbiota del surco gingival están fuertemente relacionadas con el origen y ulterior desarrollo de la gingivitis y la periodontitis.

Otros factores de riesgo asociados con las periodontopatías son el estrés, bruxismo, factor socioeconómico, nivel de instrucción, sexo, edad. También influyen los factores sociales, ambientales, enfermedades generales y particularmente de la situación de la higiene bucal individual (Bandomo & Castillo Betancourt, 2011).

2.3 Traumatismos

Los traumatismos bucodentales son lesiones que se producen en los dientes, hueso y demás tejidos de sostén, como consecuencia de un impacto físico contra estos; la conservación de los tejidos dentarios constituye el objetivo primordial en este caso. Una seria amenaza a este objetivo significa la frecuencia cada vez mayor de niños, adolescentes afectados que llega a constituir un problema estomatológico común que siempre debe ser considerado como una situación de urgencia a diagnosticar y tratar de inmediato por el Estomatólogo General Integral. Los peligrosos efectos de estos traumatismos a menudo terminaron con la pérdida de los tejidos dentarios, causando problemas de estética y de función en los pacientes (Mesa, Vento Tejera, & Gómez Muñiz, 2013).

En estas lesiones traumáticas se presentan generalmente factores predisponentes importantes, como una mordida abierta anterior, la vestibuloversión de los incisivos

superiores y la incompetencia bilabial; por lo que se puede inferir que los traumatismos de dientes anteriores son más frecuentes en los niños con protrusión dentaria que en los niños con oclusión normal, mientras que en la parte posterior si existe perdida de molares permanentes se cerrara el espacio, migración vecina y extrusión de piezas antagonistas (Soto, Cordero, & Fernández Collazo, 2011)

2.4 Ausencia

Las anomalías dentarias se producen como consecuencia de alteraciones que afectan el proceso normal de odontogénesis.

Representan un factor negativo para el desarrollo de la oclusión, produciendo retardo de la erupción normal de la dentición o erupción ectópica de dientes adyacentes, alteraciones en la línea media, transposiciones, rotaciones, espaciamientos anormales, disminución en la longitud de arco, apiñamientos, falta de desarrollo del hueso alveolar (casos de agenesias), entre otros.

Entre las posibles causas que pueden originar estas alteraciones, encontramos la herencia, trastornos endocrinos y del desarrollo (síndromes), patologías sistémicas, y factores locales como infecciones localizadas, traumatismos severos en la dentición primaria e infecciones localizadas. Las ausencias congénitas puede ocurrir tanto en dentición temporal como en la permanente; esta anomalía se produce por alteraciones durante el proceso de formación de la lámina dental, que comienza entre el quinto mes de vida intrauterina y el nacimiento (Pineda, Fuentes, & Sanhueza, 2011).

CAPÍTULO 3

3. CONSECUENCIAS DE LA PÉRDIDA PREMATURA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE

La ausencia del primer molar permanente trae como consecuencia la disminución de hasta el 50% en la eficacia de la masticación, en donde el bolo alimenticio se desplaza hacia el lado de la boca que no está afectado, acompañada de inflamación gingival y periodontopatías (Chiguala, 2015).

Produce migraciones y rotaciones, ya que los dientes vecinos tienden a ocupar el espacio vacío creado y los antagonistas sobreerupcionan, buscando contacto dentario (Idrugo, 2010).

3.1 Disminución de la función local

La ausencia del primer molar inferior permanente trae como consecuencia la disminución de hasta el 50% en la eficacia de la masticación, ya que hay un desequilibrio de la función masticatoria, en donde el bolo alimenticio se desplaza hacia el lado de la boca que no está afectado, acompañada de inflamación gingival y periodontopatías Igualmente hay un desgaste oclusal desigual que va asociado al hábito de masticar de un solo lado de la boca.

3.2 Erupción continuada de los dientes antagonistas

Los primeros molares permanentes inferiores tienen mayor susceptibilidad al deterioro presentando por tal motivo un mayor índice de pérdida. En consecuencia a la ausencia de uno de estos molares, su antagonista va erupcionando con mayor velocidad que los dientes adyacentes y a medida que continua su erupción queda extruido.

El proceso alveolar también se mueve junto a los molares y pueden causar inconveniente al momento de restaurar protésicamente al paciente por la disminución del espacio interoclusal (De Sousa, Moronta, & Oscar, 2013).

3.3 Desviación de los dientes

Con la pérdida del primer molar permanente se desarrollará una oclusión traumática como resultado de la rotación y desviación de algunos dientes de la zona; ya que todos los dientes que se encuentran anteriores al espacio, pueden presentar movimientos, inclusive los incisivos laterales y centrales del mismo lado que se produjo la ausencia.

Como consecuencia del movimiento dental producido por la pérdida de alguno de los 1º molares permanentes podemos mencionar también la desviación de la línea media (Vásquez, Amoroso, & Pujalte, 2012).

3.4 Extrusión Dental

Es el movimiento del diente antagonista en bloque hacia el exterior del hueso. En el examen clínico es visible el borde incisal del diente traumatizado, bastante desplazado de la línea del nivel de los dientes vecinos además existe ruptura de gran cantidad de fibras y de vasos del ligamento periodontal, por consiguiente, movilidad exagerada (Baldivieso Pérez & Huaynoca, 2012)

3.5 Inclinación Dental

La inclinación mesial de molares que sigue a la pérdida de dientes vecinos es un problema común en niños y adultos. A menudo, esta inclinación es acompañada por defectos óseos verticales, bolsas periodontales, migración distal de premolares y extrusión del molar antagonista (Montalva & Talavera, 2011)

3.6 Pérdida de la oclusión

Las consecuencias de las pérdidas prematuras incluyen cambios en el plano sagital, pérdida de perímetro y longitud de arco, con la consecuente pérdida de espacio disponible para la alineación de los dientes permanentes que produce apiñamiento, erupción ectópica o impactación de los mismos. Esto ocurre por migración mesial de los molares permanentes, y por distoinclinación o retrusión de los dientes del segmento anterior.

Se ha descrito alteración en las relaciones molar y canina debido a estas migraciones dentarias. También se han descrito cambios en el plano vertical, como profundización de la sobremordidas y en el plano transversal se han observado mordidas cruzadas por el sentido de la migración dental (García, Carballo, & Medina, 2011).

CAPÍTULO 4

4. TRATAMIENTO

4.1 Ausencia del primer molar permanente antes de la erupción del segundo molar permanente

Si los primeros molares permanentes se extraen varios años antes de la erupción del segundo molar permanente es posible que éste se desvíe mesialmente y tenemos la posibilidad de que erupcionen en una posición aceptable, aunque la inclinación de estos puede ser mayor de lo normal, especialmente los inferiores. Sin embargo al erupcionar se puede realizar la recolocación ortodóntica del mismo, pero debemos considerar la posibilidad de mantener ese espacio hasta que se pueda llevar a cabo algún tratamiento dental.

No obstante la presencia de un tercer molar de tamaño normal puede influir o no en la desviación mesial del segundo molar para guiarlo hacia delante y en posición recta.

Pero cuando existan dudas del desarrollo del tercer molar en el lado afectado el tratamiento de elección es la recolocación ortodóntica o el mantenimiento del espacio para la colocación de una prótesis en su momento (De Sousa, Moronta, & Oscar, 2013).

4.2 Ausencia del primer molar permanente después de la erupción del segundo molar permanente

En estos casos está indicada la evaluación ortodóntica tomando en cuenta algunos factores como:

- Si el niño necesita o no, tratamiento corrector en otra zona.
- Si debemos mantener el espacio para colocar una prótesis.
- Si desplazamos mesialmente el segundo molar hacia el espacio que ocupaba el primer molar permanente.

Este último sería el factor más importante que debemos considerar ya que en cuestión de semanas el segundo molar se inclinaría hacia adelante incluso en los casos en que sea diferente el número de molares en la arcada opuesta (Romo, Hernández, De Jesús, & J., 2010).

CAPÍTULO 5

5. MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EL CUIDADO DEL PRIMER MOLAR

- Cuidar los dientes del niño con una buena dieta, compuesta principalmente por hidratos de carbono, proteínas, grasas, minerales, flúor, mucho agua y visitas a su dentista.
- Evitar que el niño entre los cinco y los seis años coma alimentos muy blandos que no requieren de ningún esfuerzo masticatorio, por lo tanto, la alimentación deberá ser más dura a partir de esta edad.
- La educación en higiene, tanto por los padres como por el odontólogo es de mucha importancia.
- Aplicación del flúor cada seis meses.
- Utilización de hilo dental

5.1 Técnica correcta del cepillado de los dientes

El cepillado correcto lleva al menos dos minutos. La mayoría de los adultos no se cepillan durante tanto tiempo. A fin de tener una idea del tiempo involucrado, utilice un cronómetro. Para cepillarse correctamente los dientes, use movimientos cortos y suaves, prestando especial atención a la línea de la encía, los dientes posteriores de difícil acceso y

las zonas alrededor de obturaciones, coronas y otras reparaciones. Concéntrese en limpiar bien cada sección de la siguiente manera:

1) Cepille los dientes anteriores colocando las cerdas sobre la encía en un ángulo de 45 grados. Las cerdas deben estar en contacto con la superficie dental y la encía.

2) Cepille suavemente la superficie dental externa de 2 o 3 dientes por vez con un movimiento rotatorio de adelante hacia atrás. Mueva el cepillo al próximo grupo de 2 o 3 dientes y repita la operación.

3) Mantenga un ángulo de 45 grados con las fibras en contacto con la superficie dental y la encía. Para el cepillado de los molares, cepille suavemente con un movimiento circular al mismo tiempo realice un movimiento de adelante hacia atrás sobre toda la superficie interna.

4) Incline el cepillo verticalmente detrás de los dientes frontales. Haga varios movimientos de arriba hacia abajo usando la parte delantera del cepillo.

5) Ponga el cepillo sobre la superficie masticatoria y haga un movimiento suave de adelante hacia atrás. Cepille la lengua de adelante hacia atrás para eliminar las bacterias que producen el mal aliento (De los Santos, 2011).

5.2 Técnica del uso del hilo dental

1) Tomando unos 45 cm (18") de hilo dental, enrolle la mayor parte del mismo alrededor del dedo anular, dejando 3 o 5 cm (1 o 2") de hilo para trabajar.

2) Sostenga el hilo dental tirante entre los dedos pulgares e índices, y deslícelo suavemente hacia arriba y hacia abajo entre los dientes.

3) Curve el hilo dental suavemente alrededor de la base de cada diente, asegurándose que pase por debajo de la encía. Nunca golpee ni forcé el hilo, ya que puede cortar o lastimar el delicado tejido gingival.

4) Utilice secciones de hilo limpio a medida que avanza de diente en diente.

5) Para extraer el hilo, utilice el mismo movimiento hacia atrás y hacia adelante, sacándolo hacia arriba y alejándolo de los dientes (De los Santos, 2011).

CAPÍTULO 6

6. EXODONCIA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE EN NIÑOS

Es una acción rutinaria de odontopediatría, que consiste en la extracción de piezas dentales temporales o piezas dentales permanentes jóvenes que hayan sufrido alguna alteración incapaz de ser remediada por maniobras comunes.

Esta acción, debe ser realizada por odontólogos que conozcan la psicología, terapéutica médica y quirúrgica, y técnicas quirúrgicas adecuadas para el grupo etáreo a ser intervenido, generando inter relación de confianza, para dar seguridad y disminuir el temor consiguiente a la ejecución del proceso (Koch & Poulsen, 2011)

Rutinariamente se menciona que la evaluación integral del niño incluye el aspecto psicológico y biológico, por lo que la orientación actitudinal del odontólogo, derivará en un manejo ético y responsable. Así tenemos:

a) Desde un punto biológico: Es función primordial del profesional delimitar las características propias de este grupo de edad, entre las cuales se tienen:

- Un *tejido óseo,* con amplios espacios medulares y escasas espículas óseas, donde el porcentaje de sustancia inorgánica es menor, dando consiguientemente un hueso más resiliente.
- La presencia de los *gérmenes dentarios* permanentes en los maxilares, cuya integridad puede ser afectada por una iatrogenia odontológica en el momento de la maniobra exodontica.
- Apertura bucal pequeña, relacionada con la dificultad el acceso.
- Diferencia de la respuesta a fármacos en relación a los adultos.

b) Desde un punto psicológico:

La evaluación general de los niños estará orientada a la generación de una relación comunicacional fluida, estableciendo vínculos de amistad, orientada a juegos recreativos y explicativos, donde el operador manifestará con claridad el procedimiento a realizar, utilizando un lenguaje acorde a la edad del paciente, explicándole que el procedimiento no representa una pérdida, sino un aspecto positivo, para su salud y la de sus dientes.

Esta explicación debe ser coadyuvada por los responsables parentales del mismo, quienes en vez de infundir temor, apoyaran las expresiones del profesional, creando un clima favorable para el menor

6.1 Indicaciones de la Exodoncia en niños

Regularmente la exodoncia no es un procedimiento que sea indicado rutinariamente en los niños, por lo que las indicaciones para su realización se refieren a:

- Extracción inmediata en dientes intruidos por trauma; cuando el impacto se dirige hacia la cara palatina, la corona se desplaza hacia vestibular y la raíz a palatino en dirección del germen dentario permanente sucesor en desarrollo, generando contacto entre el ápice del diente temporal y el germen dentario permanente, lo que lleva a un proceso inflamatorio cercano, que ocasiona injurias adicionales al germen dental en desarrollo.

- Presencia de enfermedades sistémicas que contraindiquen la conservación del órgano dental afectado, como ocurre en el caso de la enfermedad de Still, con caries múltiple, que provoca empeoramiento de enfermedad de base.

- Alteración en la secuencia eruptiva por persistencia del diente deciduo.

- Lesiones pulpares incapaces de ser resueltas (Maquera Pérez, 2012).

6.2 Contraindicaciones de la Exodoncia en niños

La extracción de dientes temporales debe ser demorada todo lo posible, debiendo esperar hasta la época en que cronológicamente deben ser reemplazados, en cuyo caso se propone la exodoncia. Así mismo la extracción de dientes permanentes prematuramente producirá cierre de espacio y puede ser un factor significativo que determina la aparición de mal oclusiones futuras.

6.2.1 Contraindicaciones Locales

- Infecciones agudas odontógenas, sin indicación del uso de antibióticos 24 horas antes de realizar la extracción: Periodontitis, Abscesos, Celulitis.

- Infecciones agudas gingivales o de la mucosa bucal: en caso de gingivitis ulcero necrotizante aguda (GUNA), por el riesgo de diseminación de la infección que presenta esta entidad.

- Infecciones agudas del seno maxilar: Sinusitis
- Maxilares irradiados o dientes localizados en zona de tumores malignos sin criterio aún de tratamiento oncológico a realizar.
- Dientes cariados que permiten de tratamiento conservador.

6.2.2 Contraindicaciones Sistémicas:

- Estas son causadas por enfermedades o estados que no permiten realizar la exodoncia sin previo y obligatorio control médico, como:
- Cardiopatías isquémicas o congestivas: infarto agudo miocardio
- Cardiopatías reumáticas: fiebre reumática
- Discrasias sanguíneas: hemofilia, coagulopatías, leucemias y anemias.
- Enfermedades infecciosas: hepatitis, sida
- Enfermedades psiquíatricas: psicosis y neurosis
- Enfermedades neurológicas: epilepsia.
- Retraso mental severo o profundo (López Díaz, 2012)

Del mismo modo se pueden mencionar varios cuadros que limitan el uso de esta técnicas, debido al riesgo general que puede llevar dicho manejo, como ocurre en la leucemia, hemofilia, purpura trombocitopenia, diabetes juvenil descompensada, etc. (Maquera Pérez, 2012).

5. MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Es de tipo Prospectivo, Cuantitativo, Descriptivo, Observacional, Transversal y de Campo.

Área de estudio

Se realizó en la escuela "Luis Pasteur", que está ubicada a 40 minutos hacia el norte de la ciudad de Loja, en la parroquia Santiago.

Universo y muestra

Estuvo constituido por 98 escolares de ambos géneros de la escuela "Luis Pasteur", dividido en dos grupos: Grupo 1 constituido por 32 niños con pérdida de al menos uno de sus primeros molares permanentes; Grupo 2 conformado por 66 niños con presencia de todas sus piezas, en edades comprendidas entre 6 y 12 años que asisten a la Escuela "Luis Pasteur" de la parroquia Santiago – Loja.

Criterios de inclusión:

Escolares de 6 a 12 años matriculados en el centro escolar y que asisten durante el periodo de investigación. Y que los representantes que firmaron el consentimiento informado y aceptaron la participación de sus representados en el estudio.

Criterios de exclusión:

Aquellos escolares que no deseen participar.

Que los padres no otorguen el consentimiento informado.

Procedimiento

Para la realización de este trabajo se les explicó mediante una charla a los padres y niños las características del trabajo para el logro del consentimiento de los mismos. Las variables utilizadas fueron edad, género, y pérdida del primer molar.

Para recolectar la información se construyó una guía de observación clínica y la técnica de encuesta elaborada por el investigador (Anexo 5 y 6). El examen clínico se realizó a todos niños en la escuela sentados en una silla de frente al observador y con buena iluminación, auxiliado del instrumental de clasificación, se observaron las arcadas dentarias independientes una de otra, para identificar la pérdida del primer molar permanente. En el caso de existir pérdida se procedió a la toma de fotografía intrabucal del niño e impresión de la cavidad bucal.

Para saber sus causas se procedió a aplicar la encuesta solo a los que presentaron pérdida total o ausencia del primer molar permanente, y las consecuencias se las consiguió analizando los modelos obtenidos de la cavidad bucal de cada niño.

Además se utilizó el criterio diagnóstico para caries dental propuesto por Gutiérrez y Morales, el cual con base en la gravedad de la lesión asigna al diente a uno de cuatro niveles (tabla 1). La pérdida total, así como el nivel 4 de este criterio (destrucción de 2/3

partes o más de la corona clínica dental) fue considerada también como pérdida de diente. Criterio ya empleado en otras investigaciones. (Vallejos Sánchez AA, 2015)

Tabla 1. Criterio de Magnitud de la Lesión Cariosa (CMLC) propuesto por Gutiérrez & Morales (1987). Cuando un primer molar permanente presentó la lesión grado 4, fue considerado pérdida dental.

Código	Magnitud de la lesión
0	Si el diente está libre de caries clínicamente observable.
Lesión grado 1	Si el diente presenta pigmentación oscura en fosas y fisuras sin presencia de tejido reblandecido.
Lesión grado 2	Si el diente presenta caries limitada a surcos y fisuras con presencia de tejido reblandecido.
Lesión grado 3	Si el diente presenta pérdida evidente de tejido coronal, debida a caries, menor a dos terceras partes de la corona clínica.
Lesión grado 4	Si el diente presenta pérdida evidente de tejido coronal, debida a caries, mayor a dos terceras partes de la corona clínica o presencia de restos radiculares.
$\bar{2}$	Si el diente presenta una obturación clase I con material definitivo y en buen estado.
$\bar{3}$	Si el diente presenta una obturación clase II con material definitivo y en buen estado.
$\bar{4}$	Si el diente presenta una obturación de 3 o más superficies con material definitivo y en buen estado o bien una corona.
Los dientes ausentes se clasifican con N, los extraídos por caries con E y los ausentes congénitamente o extraídos por traumatismo con una a.	

Los datos obtenidos se procesaron en cuadros estadísticos y gráficos en barras, usando el programa Excel 2010, ingresando los datos obteniendo de la tabulación; proceso que posibilitó el análisis de los resultados y comparaciones con las distintas literaturas.

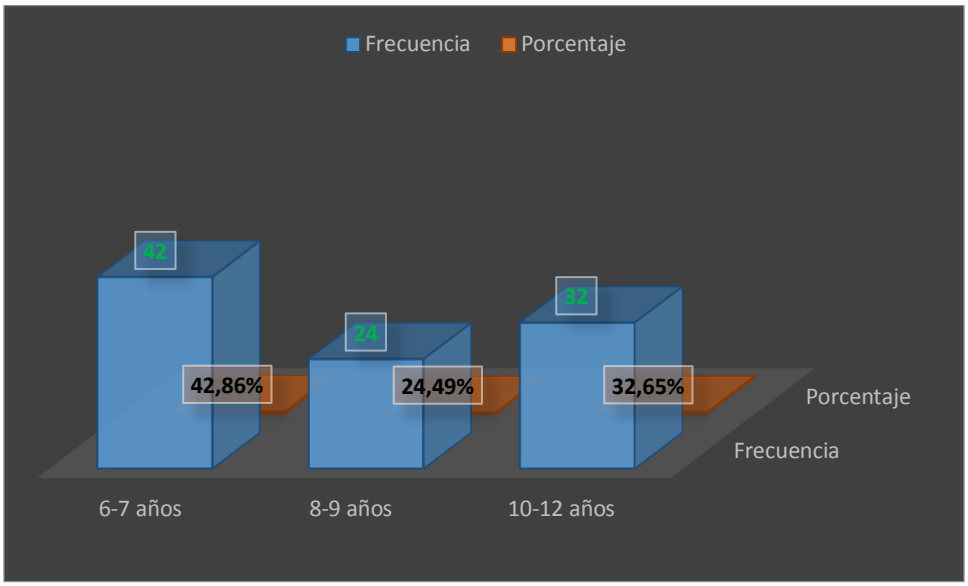
6. RESULTADOS

Tabla 1.- Niños de la escuela "Luis Pasteur" de la parroquia Santiago según la Edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
6-7 años	42	42,86%
8-9 años	24	24,49%
10-12 años	32	32,65%
Total	98	100,00%

Fuente: Escuela Luis Pasteur.
Elaboración: Tapia Willam, 2016

Grafico 1.-



Fuente: Escuela Luis Pasteur.
Elaboración: Tapia Willam, 2016

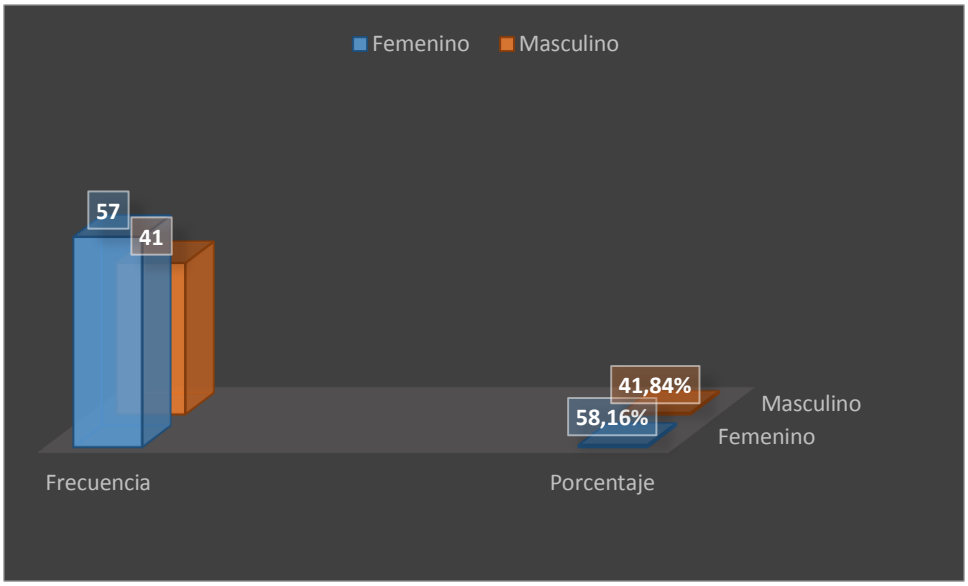
INTERPRETACION: De 98 escolares; el 42.86% (n=42) corresponde a la edad de entre 6 a 7 años, el 24.49% (n=24) a la edad entre 8 a 9 años, y el 32.65% entre 10 a 12 años.

Tabla 2.- Niños de la escuela "Luis Pasteur" de la parroquia Santiago según el Género

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	57	58,16%
Masculino	41	41,84%
Total	98	100,00%

Fuente: Escuela Luis Pasteur.
Elaboración: Tapia Willam, 2016

Grafico 2. -



Fuente: Escuela Luis Pasteur.
Elaboración: Tapia Willam, 2016

INTERPRETACION:

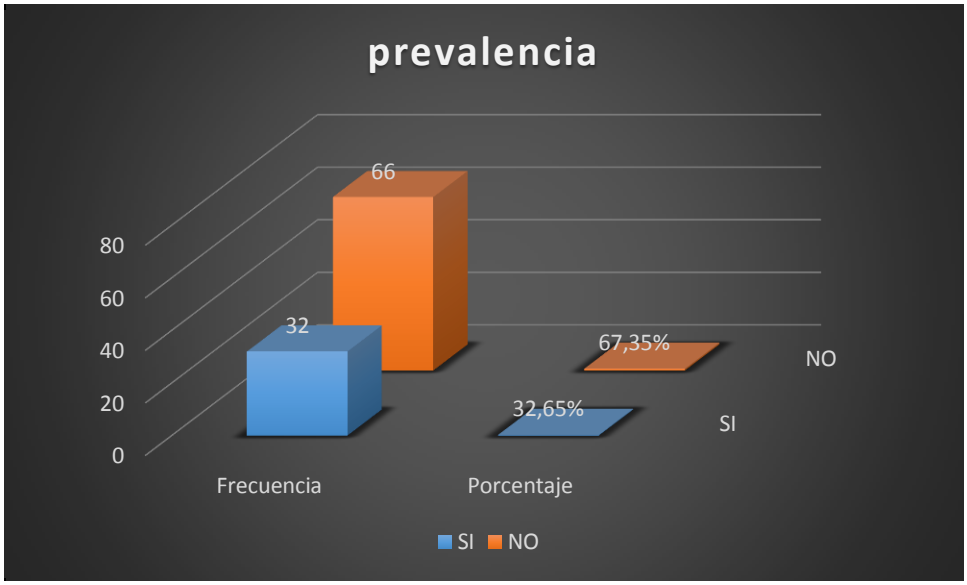
El 58.16% (n=57) son de género femenino y el 41,84% (n=41) pertenecen al masculino.

Tabla 3.- Prevalencia de la pérdida del primer molar permanente en los niños de la escuela "Luis Pasteur" de la parroquia Santiago.

PERDIDA DENTAL		FRECUENCIA	PORCENTAJE
GRUPO 1	SI	32	32,65%
GRUPO 2	NO	66	67,35%
TOTAL		98	100,00%

Fuente: Escuela Luis Pasteur.
Elaboración: Tapia Willam, 2016

Grafico 3.-



Fuente: Escuela Luis Pasteur.
Elaboración: Tapia Willam, 2016

Interpretación:

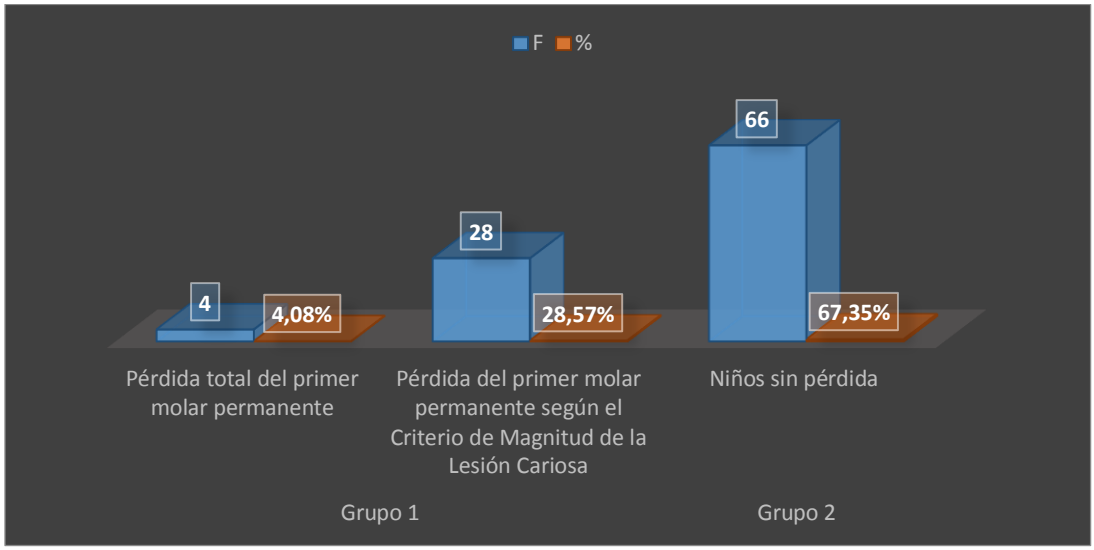
La pérdida del primer molar en el grupo 1 corresponde al 32.65% (n=32); mientras que el 67.35% (n=66) en el grupo 2 no presentaron pérdida del primer molar permanente.

Tabla 4.- Pérdida total del primer molar permanente y pérdida según el Criterio de Magnitud de la Lesión Cariosa (CMLC) propuesto por Gutiérrez & Morales (1987). Cuando un primer molar permanente presentó la lesión grado 4, fue considerado pérdida dental. En los niños de la escuela "Luis Pasteur" de la parroquia Santiago.

		F	%
Grupo 1	Pérdida total del primer molar permanente	4	4,08%
	Pérdida del primer molar permanente según el Criterio de Magnitud de la Lesión Cariosa	28	28,57%
Grupo 2	Niños sin pérdida	66	67,35%
Total		98	100,00%

Fuente: Escuela Luis Pasteur.
Elaboración: Tapia Willam, 2016

Grafico 4.-



Fuente: Escuela Luis Pasteur.
Elaboración: Tapia Willam, 2016

Interpretación:

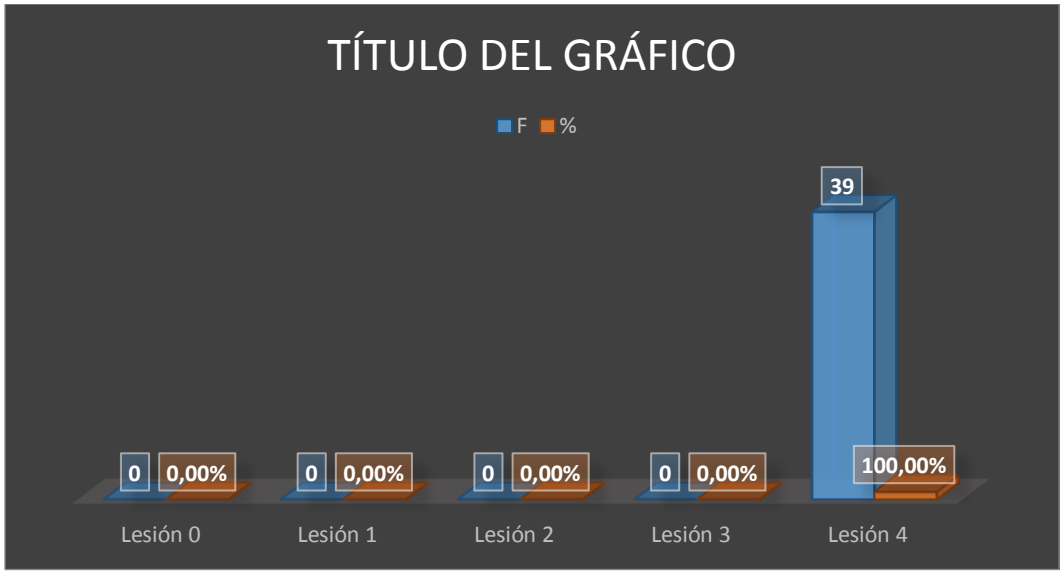
En el GRUPO 1, la pérdida total del primer molar corresponde al 4.08% (n=4) en los cuales se aplicó encuesta a los padres de familia para determinar el porqué de la misma; mientras que el 28.57% (n=28) presenta pérdida de acuerdo al Criterio de Magnitud de la Lesión Cariosa observada clínicamente; en el GRUPO 2 se halló un 67.35% (n=66) sin pérdida del primer molar permanente.

Tabla 5.- Pérdida del primer molar permanente según el Criterio de Magnitud de la Lesión Cariosa (CMLC) propuesto por Gutiérrez & Morales (1987). Cuando un primer molar permanente presentó la lesión grado 4, fue considerado pérdida dental. En los niños de la escuela "Luis Pasteur" de la parroquia Santiago.

GRUPO 1		
GRADO DE LESIÓN CARIOSA	**F**	**%**
Lesión 0	5	9.80%
Lesión 1	3	5.88%
Lesión 2	2	3.92%
Lesión 3	2	3.92%
Lesión 4	39	76.48%
TOTAL	51	100,00%

Fuente: Escuela Luis Pasteur.
Elaboración: Tapia Willam, 2016

Grafico 5.-



Fuente: Escuela Luis Pasteur.
Elaboración: Tapia Willam, 2016

Interpretación:

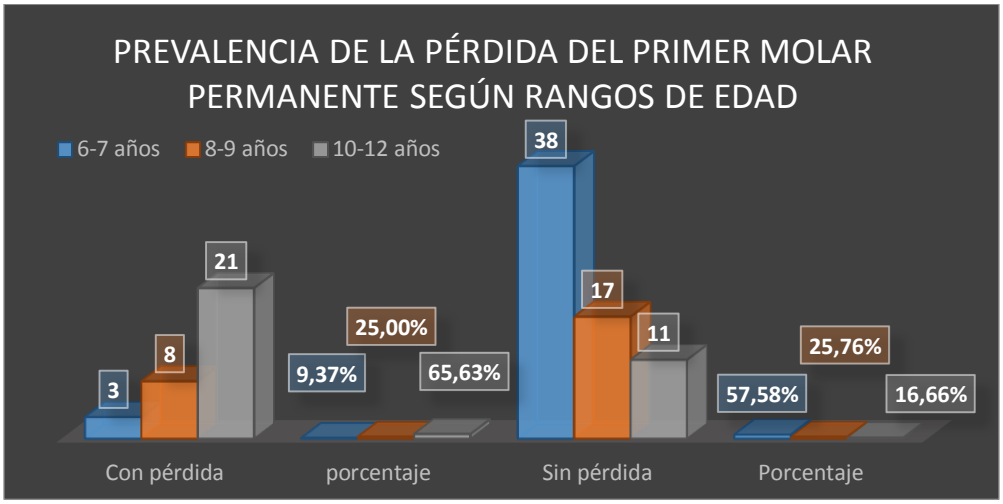
En el GRUPO 1, presenta pérdida de acuerdo al Criterio de Magnitud de la Lesión Cariosa en un 76.48% (n=39) dada por la lesión grado 4 que considera como pérdida dental a dichas piezas. Y las demás lesiones presentan un mínimo porcentaje.

Tabla 6.- Prevalencia de la pérdida del primer molar permanente en los niños de la escuela "Luis Pasteur" de la parroquia Santiago según grupos etáreos.

GRUPO 1				
Edad	**Con pérdida**	**porcentaje**	**Sin pérdida**	**Porcentaje**
6-7 años	3	9,37%	38	57,58%
8-9 años	8	25,00%	17	25,76%
10-12 años	21	65,63%	11	16,66%
TOTAL	32	100,00%	66	100,00%

Fuente: Escuela Luis Pasteur.
Elaboración: Tapia Willam, 2016

Grafico 6. –



Fuente: Escuela Luis Pasteur.
Elaboración: Tapia Willam, 2016

INTERPRETACION:

En el grupo de 6-7 años presentaron 9.37% (n=3) y el 57.58% (n=38) no la presentaron.

En el grupo de 8 – 9 años presentaron perdida en un 21.87% (n=7) y 25.76% (n=17) no la presentaron;

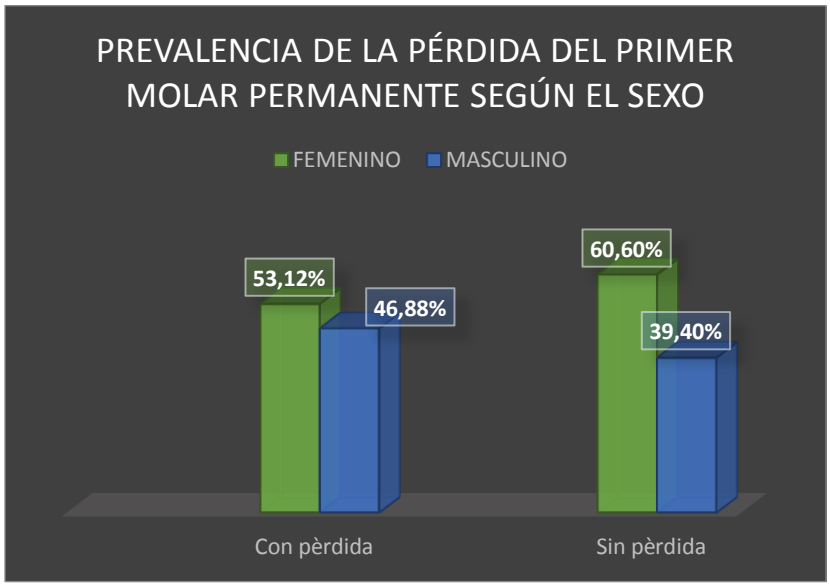
Y en el grupo de 10– 12 años presentaron perdida en un 65.63% (n=21) y el 16.66% (n=11) no la presentaron. Evidenciando así que a mayor edad hay mayor pérdida del primer molar.

Tabla 7.- Prevalencia de la pérdida del primer molar permanente en los niños de la escuela "Luis Pasteur" de la parroquia Santiago en relación al Género.

GRUPO 1				
Genero	**Con pérdida**	**porcentaje**	**Sin pérdida**	**Porcentaje**
FEMENINO	17	53,12%	40	60,60%
MASCULINO	15	46,88%	26	39,40%
Total	32	100,00%	66	100,00%

Fuente: Escuela Luis Pasteur.
Elaboración: Tapia Willam, 2016

Grafico 7.-



Fuente: Escuela Luis Pasteur.
Elaboración: Tapia Willam, 2016

Interpretación:

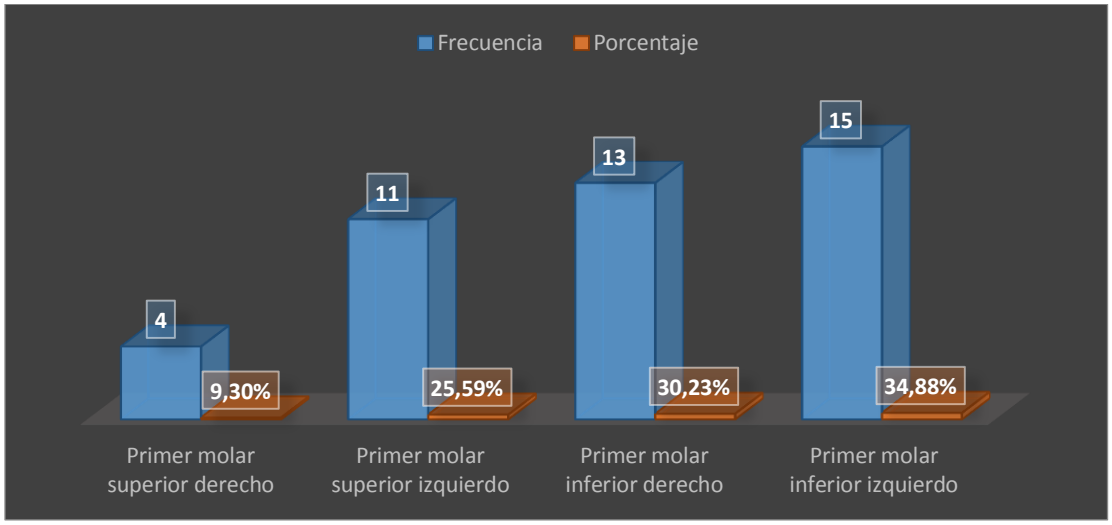
Prevalencia del 53.12% (n=17) En el género femenino.

Tabla 8.- Prevalencia del primer molar permanente con más pérdida en los niños de la escuela "Luis Pasteur" de la parroquia Santiago.

GRUPO 1		
Pérdida	**Frecuencia**	**Porcentaje**
Primer molar superior derecho	4	9,30%
Primer molar superior izquierdo	11	25,59%
Primer molar inferior derecho	13	30,23%
Primer molar inferior izquierdo	15	34,88%
Total	43	100,00%

Fuente: Escuela Luis Pasteur.
Elaboración: Tapia Willam, 2016

Grafico 8.-



Fuente: Escuela Luis Pasteur.
Elaboración: Tapia Willam, 2016

INTERPRETACION:

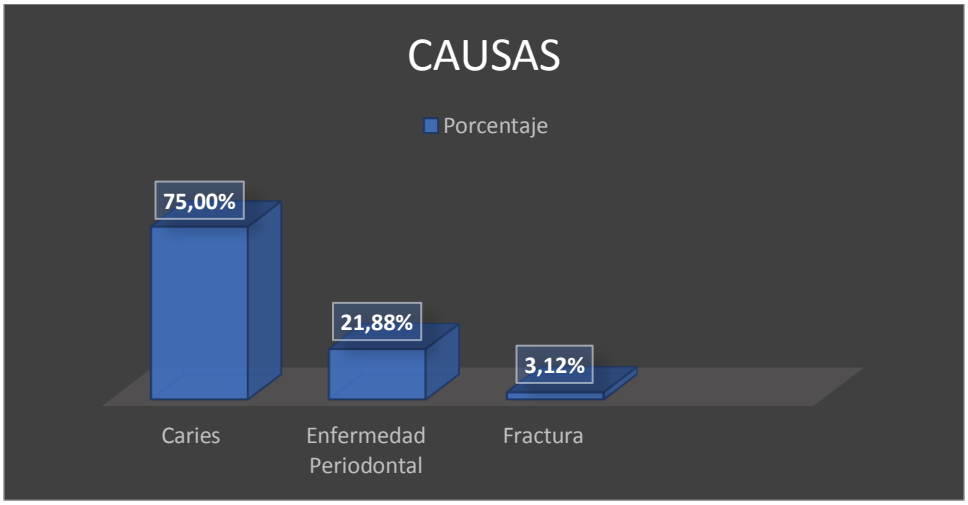
El 34,88 % (n=15); presento pérdida del primer molar permanente inferior izquierdo. Mientras que los menos perdidos son los primeros molares superiores derechos.

Tabla 9.- Causas de la pérdida del primer molar permanente en los niños de la escuela "Luis Pasteur" de la parroquia Santiago.

GRUPO 1		
CAUSAS	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
Caries	**23**	**75%**
Enfermedad Periodontal	**7**	**21,88%**
Fractura dental	**1**	**3,12%**
Total	**32**	**100,00%**

Fuente: Escuela Luis Pasteur.
Elaboración: Tapia Willam, 2016

Grafico 9.-



Fuente: Escuela Luis Pasteur.
Elaboración: Tapia Willam, 2016

INTERPRETACION:

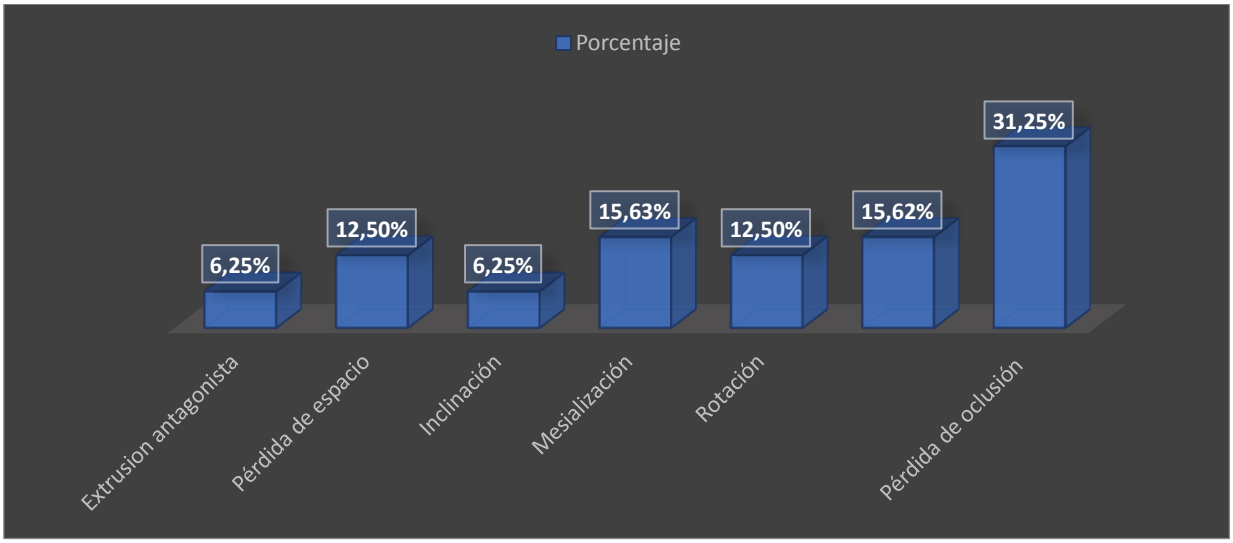
Las Causas de la pérdida del primer molar permanente es la caries con el 75 % (n=23).

Tabla 10.- Consecuencias de la pérdida del primer molar permanente en los niños de la escuela "Luis Pasteur" de la parroquia Santiago.

GRUPO 1		
CONSECUENCIA	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
Extrusión antagonista	2	6,25%
Pérdida de espacio	4	12,50%
Inclinación	2	6,25%
Mesialización	5	15,63%
Rotación	4	12,50%
Mesialización y pérdida de oclusión	5	15,62%
Pérdida de oclusión	10	31,25%
Total	32	100,00%

Fuente: Escuela Luis Pasteur.
Elaboración: Tapia Willam, 2016

Grafico 10.-



Fuente: Escuela Luis Pasteur.
Elaboración: Tapia Willam, 2016

INTERPRETACION:

Se evidencio principalmente la perdida de oclusión con 31.25% (n=10); la Mesialización con 15.63% (n=5); la combinación entre Mesialización y pérdida de oclusión igual presento un 15.63% (n=5),

7. DISCUSIÓN

Los Primeros Molares Permanentes constituyen la base de la estructura bucal, son el instrumento principal de la masticación. Estas piezas son el cimiento sobre la cual los demás dientes deben tomar su posición en la arcada dentaria y la pérdida de las mismas producirá marcadas consecuencias debido a su importancia en el mantenimiento de la longitud del arco.

Es bien conocido que la caries dental es una enfermedad infecto-contagiosa crónica y multifactorial, es muy frecuente en la infancia y constituye la principal causa de la pérdida dental, y para el desarrollo de caries no sólo interesa la presencia de los agentes patógenos (Streptococcus Mutans, entre otros), huésped (paciente) y sustrato cariogénico (carbohidratos), sino que influyen factores sociales y demográficos.

El Primer Molar Permanente es una pieza muy susceptible a la caries después de su erupción, ya sea por su anatomía o porque ha estado expuesto al ambiente ácido bucal mucho antes que otras piezas dentarias permanentes; por tal motivo, es importante que al comenzar la erupción de los dientes y aún antes, el cepillado sea un hábito insustituible. (Garbarino, Lurati, & Nannini, 2012).

Terminado el presente estudio sobre la pérdida del primer molar permanente se determinó que existe una elevada prevalencia con un 32.65%, comparándolo con otro

estudio este es un porcentaje menor al que demostró De Sousa J, Moronta Neyla (2013),en que la pérdida de primer molar permanente fue de 39% de un total de 70 pacientes.

De acuerdo a la prevalencia de pérdida del primer molar permanente en el género femenino presentaron un 53.12% mientras que en el masculino presentaron perdida el 46.88%. El sexo en este estudio, se comportó similar a estudios realizados por Antelo Vázquez L, Vázquez Amoroso LM, León Pujalte Y (2012), los cuales expresan que la mayor prevalencia de la afectación se evidencia en el sexo femenino con un 52 %, además difiere de las informaciones obtenidas por Silvero Maier FR, que reflejan que en el sexo femenino la edad con mayor prevalencia de pérdida del primer molar permanente se ve a los 10 años con un 13 %, a la edad de los 6 años no se observan pérdida por la erupción reciente de los mismos, mientras que en el sexo masculino las edades con mayor prevalencia de pérdidas del primer molar permanente también fue a los 10 años con el 14 %, por ultimo no se observan perdidas a los 6 y 7 años de edad.

En este estudio se utilizó el criterio diagnóstico para caries dental propuesto por Gutiérrez y Morales, el cual con base en la gravedad de la lesión asigna al diente a uno de cuatro niveles. La pérdida total, así como el nivel 4 de este criterio (destrucción de 2/3 partes o más de la corona clínica dental) fue considerada también como pérdida de diente. Criterio y se obtuvo que el 76.48% (n=39) presenta pérdida observada clínicamente que al compararlo con el estudio realizado por Cheng RB,Tao W, Zhang (2010) , este en cambio solo nos indica que empleando el Criterio de Magnitud de Lesión Cariosa relacionamos la

presencia de caries en la dentición temporal con la aparición de caries en el primer molar permanente, donde encontramos que el porcentaje de lesiones cariosas en el primer molar permanente aumenta, cuando el segundo molar temporal, es el afectado por caries, y aumenta el porcentaje de PMP sanos si el afectado es el primer molar temporal, también se encontró que son más susceptibles los primeros molares permanentes inferiores en comparación con los superiores

Se evidenció entre los resultados que la causa más común de las pérdidas prematuras del primer molar permanente encontrada en los 98 niños en estudio, resultó ser la caries dental con un 75 %; seguido de la enfermedad periodontal con 21.88%; y finalmente la fractura dental con un 3.12%. Las causas en este estudio, se comportó similar a estudios realizados por Antelo Vázquez L, Vázquez Amoroso LM, León Pujalte Y (2012), los cuales expresan que la causa fundamental de las pérdidas prematuras del primer molar permanente encontrada en los 399 niños en estudio, resultó ser la caries dental con una manifestación del 98.7%; las enfermedades periodontales y traumatismo fueron de 0.5% y 0.8% respectivamente.

De las consecuencias más comunes provocadas por la pérdida del primer molar permanente se evidencio en mayor porcentaje la pérdida de oclusión con un 31.25%; seguido de la Mesialización con un 15.63%; mientras que la extrusión antagonista con un 6.25 % en un menor porcentaje. Comparándose con un investigación por parte de la Dra. Discacciati reporta en la misma que la extrusión del antagonista como la consecuencia más

frecuente encontrada en los pacientes examinados en Argentina. De acuerdo con estudios realizados por otros autores esto se debe a que la destrucción parcial o total de los PMP repercute de manera importante en el desarrollo y crecimiento maxilofacial y por tanto en la función masticatoria y trae aparejado la erupción continuada de los antagonistas, en consecuencia existe una disminución en la función local, se crea el hábito perjudicial en el niño al desplazar el bolo alimenticio hacia el lado de la boca no afectado.

Se encontró que los dientes con mayor incidencia de pérdida fueron los primeros molares inferiores con 65.11% Lados derecho e izquierdo. En nuestro estudio la pieza dentaria con mayor frecuencia de pérdida, fue el primer molar inferior izquierdo representando el 34,88% de los primeros molares permanentes perdidos. Comparado con un estudio realizado por Rivera E. 2014, en la ciudad de Quito (Ecuador), sobre prevalencia de pérdida dental prematura del primer molar permanente en escolares de 7 a 12 años, encontró que el 22% de 216 escolares estudiados, habían perdido el primer molar permanente inferior derecho.

8. CONCLUSIONES

- Las causas de la pérdida prematura del primer molar permanente fueron la caries dental, producida por desmineralización de los tejidos duros. Seguido de la enfermedad periodontal, producto de una inadecuada higiene bucal.

- Las consecuencias de la pérdida del primer molar permanente se observó mayoritariamente la pérdida de oclusión y la extrusión de la pieza dentaria antagonista. Lo que conlleva a problemas de masticación, digestión y fonación y con posteriores repercusiones sistémicas.

- De los 98 niños examinados, 32 de ellos presentaron pérdida prematura del primer molar permanente.

- Al comparar la pérdida del primer molar permanente según el género, se encontró mayor prevalencia en las niñas.

- El mayor predominio de la pérdida del primer molar permanente en el grupo etáreo de 10 a 12 años.

- El primer molar permanente que se pierde en mayor frecuencia fue el primer molar inferior izquierdo.

- Con los resultados de esta investigación se ayudó a los padres de familia y a la población en general, que conozcan sobre las complicaciones que puede producir este problema en los niños.

9. RECOMENDACIONES

- Promover a los padres de familia llevar a sus hijos al odontólogo para controles periódicos y así poder detectar alguna patología o evitar alteraciones desde su inicio.

- Incentivar a los pacientes que eviten el consumo excesivo de carbohidratos y azucares, mejorar la higiene bucal, cepillándose después de cada comida con una buena técnica de cepillado implementando el uso de hilo dental y enjuague bucal como auxiliares.

- Promover e implementar a los diferentes grupos etáreos y grupos poblacionales programas de higiene, prevención y control, dando educación a la población mediante charlas educativas, en la cual participen padres de familia, maestros, y profesional de salud, buscando así disminuir la pérdida de piezas dentarias permanentes de manera prematura.

- Esta investigación puede ser utilizada para que los programas de salud pública tengan mayor visión sobre los problemas que afecta a esta población, y posteriormente se puedan elaborar programas de salud odontológica que ayuden a la población.

- Hacer estudios comparativos, y con muestras ampliadas y así conocer más sobre ésta problemática que afecta a escolares en distintos lugares del país.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Acosta, G., Álvarez, M., & Valdez, A. (2013). *erspectiva sobre el primer molar permanente y la salud bucal general de los adolescentes del colegio experimental de la Universidad católica de Encarnación.* asuncion. Obtenido de http://www.uci.edu.py/wp-content/uploads/2013/11/Perspectiva-sobre-el-primer-molar.pdf

2. Alaluusua, S. (2008). Desarollo dental relacionado con la toxicidad de las dioxinas y sus compuestos relacionados. *Scielo*, 30-58.

3. Aminobadi NA, O. S. (2010). Displasias dentales. *Clinic Pediatria DENTAL* , 323-355.

4. Angarita, N., Cedeño, C., Pomonty, D., Quilarque, L., O, Q., Maza, P., . . . Fuenmayor, D. (2009). *Consecuencias de la pérdida prematura del primer molar permanente en un grupo de alumnos de la Escuela Básica San José de Cacahual con edades comprendidas entre los 10 y 15 años (San Félix - Estado Bolívar).*

5. Arias, D. P., Zaldívar, X. B., González, I. d., & Pérez, O. R. (2008). Pérdida del primer molar permanente en niños de 7 a 13 años. *Articulos Originales*, 1-2.

6. Avery, K. (2011). *Desarrollo del diente. Es: Fundamentos de la histología y embriología bucal , un enfoque clínico.* USA: Mosby.

7. Ayala, D. E., pinto, D. G., Raza, D. X., & Herdoiza, D. M. (junio de 2009). *PLAN NACIONAL DE SALUD BUCAL*. Recuperado el 25 de octubre de 2015, de https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20BUCAL.pdf

8. Baldivieso Pérez, Á., & Huaynoca, N. (2012). Traumatismos Dentales. *Scielo - Revistas Bolivianas*. Obtenido de http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/raci/v23/v23_a03.pdf

9. Bandomo, A. C., & Castillo Betancourt, E. M. (2011). Comportamiento de la enfermedad periodontal en niños y adolescentes diabéticos de Cienfuegos en el año 2008. *Scielo*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2011000100005

10. Barregard L, N. (2013). Prevalencia demarcada con opacidades de los primeros molares . *Acta Venezolana Odontógica*, 39-55.

11. Benzian, B, M., R, H.-W., M, H., J, M., & W, H. (2011). Untreated severe dental decay: a neglected determinant of low Body Mass Index in 12-year old Filipino children. *BMC Public Health*. Obtenido de http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-558

12. Bezerra da Silva, L. (2012). *Tratado de odontopediatría. Tomo I.* Colombia: AMOLCA.

13. Boj, J., Catalá, M., & García, C. M. (2010). *Odontopediatría: La evolución del niño al adulto jóven.* Madrid: MASSON .

14. Campos, M., & Ferraris, G. d. (2011). *histologia y embriologia bucodental.* Madrid: Panamericana.

15. Chiguala, C. (2015). *PREVALENCIA DE CARIES DENTAL EN LA PRIMERA MOLAR PERMANENTE MANDINULARES EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS DE EDAD EN LOS CENTROS DE SALUD DEL DISTRITO DEL PROVENIR 2015.* Trujillo - Peru. Obtenido de http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1070/1/CHIGUALA_C%C3%89SAR_PREVALENCIA_CARIES_DENTAL.pdf

16. Coronado, G., Fernandez, G., Martinez, S., Ortega, A., Robles, V., & Salas, S. (2011). *Pérdida prematura de dientes temporales en niños de 4 a 12 años de edad de la clínica Odontológica Iztacala.".* Obtenido de http://odontologia.iztacala.unam.mx.

17. Davideau JL, B. A. (2011). Hueso alveolar y con defectos de esmalte relacionado con la vitamina D y calcio. *Steroid Biomech Dental*, 89-92.

18. De los Santos, M. M. (2011). *Manual de Tecnicas de Higiene Oral.* Veracruz. Obtenido de http://www.uv.mx/personal/abarranca/files/2011/06/Manual-de-tecnicas-de-Hiegiene-Oral.pdf

19. De Sousa, J., Moronta, N., & Oscar, Q. (2013). *revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatria*. Obtenido de Causas y Consecuencias De La Pérdida Prematura Del Primer Molar Permanente En Pacientes Atendidos En El Hospital Luis Razetti Municipio Tucupita, Edo. Delta Amacuro : https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/art20.asp

20. DELGADO, R. C. (2013-2017). *BUEN VIVIR PLAN NACIONAL.*

21. Ecuador, Ministerio de Salud Pública. (2012). Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS. Quito, Quito, Ecuador.

22. (4 de noviembre de 2015). *ENFERMEDAD PULPAR Y PERIAPICAL.*

23. Fajardo, M. P. (2009). *Comportamiento de las patologías pulpares y periapicales en los pacientes mayores* .

24. Figueroa, Y., & G, E. (2015). *Odontologia pediatrica actual*. Mexico : Master Book, SA.

25. Garbarino, C., Lurati, A., & Nannini, A. (2012). Factores de riesgo asociados a la pérdida del Primer Molar Permanente en Niños entre 7 y 13 años de edad. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria*. Obtenido de https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art34.asp

26. Garcia Martinez, G. S. (2011). *"Prevalencia de caries dental en el primer molar Inferior permanente en niños de 6 a 12 años de edad de la escuela primria federal ignacio ramirez"*. Obtenido de http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/30910/1/GarciaMtz.pdf

27. Garcia, B. (2013). *Patologia terapeútica dental* . Madrid: Mosby.

28. García, B. P. (2001). Anomalias de la dentición: estructura y color. Barcelona : Masson.

29. García, Y., Carballo, L., & Medina, C. (2011). Efecto de la pérdida prematura de molares primarios sobre la relación horizontal incisiva. *Revista de Odontopediatría Latinoamericana*. Obtenido de http://adep.org.mx/pdf/revista1_1.pdf#page=49

30. Gónzalez, J. M. (2001). *PROYECTO ANACO-U.C.V. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE LA PÉRDIDA PREMATURA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE EN NIÑOS CON EDADES COMPRENDIDAS ENTRE 6 Y 10 AÑOS*. caracas. Obtenido de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001-63652001000200007&script=sci_arttext

31. Gónzalez, J. M. (2006). *PROYECTO ANACO-U.C.V. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE LA PÉRDIDA PREMATURA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE EN NIÑOS CON EDADES COMPRENDIDAS ENTRE 6 Y 10 AÑOS*. caracas. Obtenido de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001-63652001000200007&script=sci_arttext

32. Guarnizo Herreño, C. (2012). Children's Dental Health, School Performance, and Psychosocial Well-Being. *The Journal of Pediatrics*, 1153-1159. Obtenido de http://www.jpeds.com/article/S0022-3476(12)00542-2/pdf

33. Guergolette. (2009). La prevalencia de defectos de desarrollo del esmalte en niños y adolescentes con asma. *Scielo*, 295-300.

34. Hernández, L. P., Cándano, A. d., Ayala, E. F., Puentes, F. R., & Díaz, D. U. (2011). Prevalencia de enfermedad periodontal y factores de riesgo asociados. Policlínico Pedro Borrás, Pinar del Río. *Scielo - Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942011000200006&script=sci_arttext&tlng=en

35. Idrugo, N. (2010). *Prevalencia de pérdida prematura de dientes deciduos en escolares de 6 a 9 años del distrito de Salaverry*. Trujillo. Obtenido de http://www.cop.org.pe/bib/tesis/NATALIGISSELAIDRUGOYOPLA.pdf

36. Koch, G., & Poulsen, S. (2011). Lesiones de la mucosa bucal y cirugía bucal menor. *Scielo revistas bolivianas*, 303-304.

37. Koch, G., & Sven, P. (2011). *Odontopediatria: abordaje clinico* . Venezuela : Amolca.

38. León, D. A. (2006 -2007). *Caracterizar las patologias pulpares inflamatorias*, 11.

39. Leroy, R., Bogaerts, K., Lesaffre, E., & Declerck, D. (2013). Impact of caries experience in the deciduous molars on the emergence of the successors. *Eur J Oral Sci*, 106-110. Obtenido de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12648261

40. López Díaz, Z. d. (2012). GENERALIDADES DE LA EXODONCIA. *Universidad Virtual de Salud Manuel Fajardo*. Obtenido de http://uvsfajardo.sld.cu/unidad-iii-generalidades-de-la-exodoncia

41. Luna, G. (2012). *PREVALENCIA DE CARIES EN EL PRIMER MOLAR INFERIOR EN NIÑOS DE 8 A 10 AÑOS DE LA ESCUELA PRIMARIA NIÑOS HEROES DE COATZIN VER*. ZONA POZA RICA - TUXPAN. Obtenido de http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/30955/1/LunaRomo.pdf

42. Maquera Pérez, G. A. (2012). Exodoncia en niños. *Revista de Actualización Clínica Investiga - Revista Boliviana* . Obtenido de http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682012000800009&script=sci_arttext

43. Medina-Peralta, S. (2015). *Prevalencia de enfermedades pulpares y periapicales*.

44. Mesa, E., Vento Tejera, M. N., & Gómez Muñiz, M. I. (2013). Comportamiento clínico epidemiológico de los traumatismos dentales en escuelas urbanas de San Juan y Martínez. *Scielo* -. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942013000200009&script=sci_arttext&tlng=en

45. Miñana, I. V. (19 de mayo de 2011). *PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCODENTAL* . Obtenido de https://www.aepap.org/previnfad/Dental.htm

46. Montalva, R. V., & Talavera, C. J. (2011). Verticalización de molares - Preparación ortodóncica del paciente protésico. *revista estomatologica Herediana*. Obtenido de http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/viewFile/1952/1958

47. Montero Canseco, D., Morales, P., & Castrejon, R. (2011). Prevalencia de caries de la infancia temprana y nivel socioeconmico familiar. *Revista Odontológica mexicana*, 96 - 102. Obtenido de http://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2011/uo112d.pdf

48. Núñez, L., Sanz, J., & Mejía, G. (2015). Caries dental y desarrollo infantil temprano. Estudio piloto. *Scielo - Revista chilena de pediatría*. Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062015000100007&lng=es&nrm=iso

49. O M S. (Septiembre de 2005). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 25 de Octubre de 2015, de Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/bulletin/volumes/83/9/petersen0905abstract/es/

50. Organización Mundial de la Salud. (Septiembre de 2005). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 25 de Octubre de 2015, de Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/bulletin/volumes/83/9/petersen0905abstract/es/

51. Oropeza, A., Molina, N., Castañeda, E., & Zaragoza, Y. (2012). Caries dental en primeros molares permanetes de escolares de la delegación tlahuac. *revista ADM*. Obtenido de http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2012/od122e.pdf

52. Ortiz M. Farias M., G. S. (2010). "Pérdida prematura de dientes temporales en pacientes de 5 a 8 años de edad asistidos en la clinica de odontopediatria de la Universidad Gran Mariscal de Ayacucho, 2004-2005.". *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria*. Obtenido de https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2008/art2.asp

53. Pineda, P., Fuentes, R., & Sanhueza, A. (2011). Prevalencia de Agenesia Dental en Niños con Dentición Mixta de las Clínicas Odontológicas Docente Asistencial de la Universidad de La Frontera. *Scielo*. Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022011000400002

54. Riascos, D. N. (2010). *IDENTIFICACIÓN DE AGENTES PATÓGENOS* , 3.

55. Rivera, L. E. (2014). *PREVALENCIA DE PERDIDA DENTAL PREMATURA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE*. Cuenca.

56. Romo, M., Hernández, M., De Jesús, M., & J., C. (2010). *"Perfiles de erupción dental en población escolar en un municipio del estado México."*. Obtenido de http://www.imbiomed.com.mx.

57. Sánchez, C. Z., Toledo, P. P., & Orellana, J. J. (2011). Prevalencia de Caries Temprana de la Infancia y sus Factores Asociados en Niños Chilenos de 2 y 4 Años. *Scielo*, 171-177. Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2011000200010

58. Silvero, M. F. (2013). *"PERDIDA PREMATURA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE*. encarnacion- paraguay. Obtenido de http://www.uci.edu.py/wp-content/uploads/2013/11/Perdida-Prematura-del-Primer-Molar-Permanente.pdf

59. Soto, A. R., Cordero, Y. P., & Fernández Collazo, M. E. (2011). Traumas dentoalveolares relacionados con maloclusiones en menores de 15 años. *Scielo*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072011000300006

60. Vallejos Sánchez AA, M.-S. M.-R.-R. (2015). Gravedad de caries empleando un criterio del tamaño de la lesión y variables. *Rev Univ Ind Santander Salud*, 291-299. Obtenido de http://www.redalyc.org/html/3438/343842287005/

61. Vásquez, L., Amoroso, V. L., & Pujalte, Y. (2012). La perdida del primer molar permanente en niños de 12 a 14 años de edad. *MEDICIEGO*. Obtenido de http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol18_supl2_2012/pdf/T7.pdf

62. World Health, O. (2013). *Oral health surveys: basic methods - 5th edition.* Geneve, Suiza: World Health Organization. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97035/1/9789241548649_eng.pdf?ua=1

11. ANEXOS

Anexo 1: Fotografías

ESCUELA

TOMA DE IMPRESIONES

APLICACIÓN DE ENCUESTAS A LOS PADRES DE FAMILIA

FOTOGRAFIAS DE CASOS DE PERDIDA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE

EDAD: 7 AÑOS

SEXO: Masculino

DIENTES PERDIDOS: Se encuentran pérdidas las piezas 3.6, según el Criterio de Magnitud de la Lesión Cariosa (CMLC) debido a que hay la lesión grado 4, considerándolo así como pérdida dental.

EDAD: 7 AÑOS

SEXO: Femenino

DIENTES PERDIDOS: Se encuentran pérdidas las piezas 1.6, según el Criterio de Magnitud de la Lesión Cariosa (CMLC) debido a que hay la lesión grado 4, considerándolo así como pérdida dental.

EDAD: 9 AÑOS

SEXO: Masculino

DIENTES PERDIDOS: Se encuentran pérdidas las piezas 3.6, según el Criterio de Magnitud de la Lesión Cariosa (CMLC) debido a que hay la lesión grado 4, considerándolo así como pérdida dental.

EDAD: 11 AÑOS

SEXO: Femenino

DIENTES PERDIDOS: Se encuentran pérdidas las piezas 1.6, según el Criterio de Magnitud de la Lesión Cariosa (CMLC) debido a que hay la lesión grado 4, considerándolo así como pérdida dental.

EDAD: 11 AÑOS

SEXO: Femenino

DIENTES PERDIDOS: Se encuentran pérdidas las piezas 1.6, 4.6 según el Criterio de Magnitud de la Lesión Cariosa (CMLC) debido a que hay la lesión grado 4, considerándolo así como pérdida dental. Y se observa una restauración en la pieza 3.6.

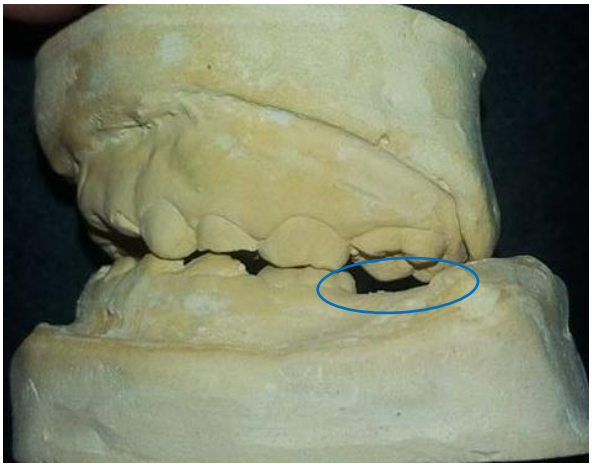
EDAD: 9 AÑOS

SEXO: Femenino

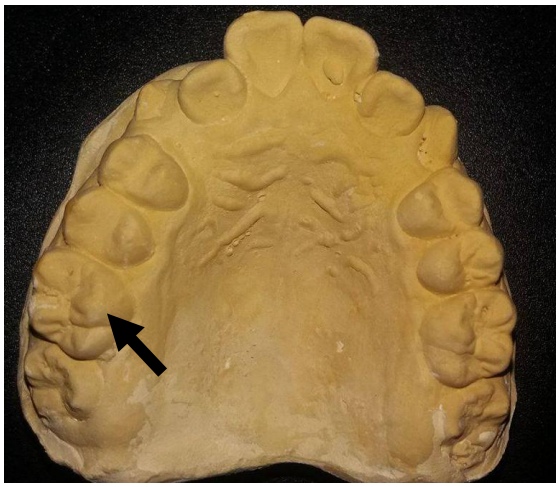
DIENTES PERDIDOS: Se encuentran pérdidas las piezas 2.6 se la extrajeron por caries y dolor.

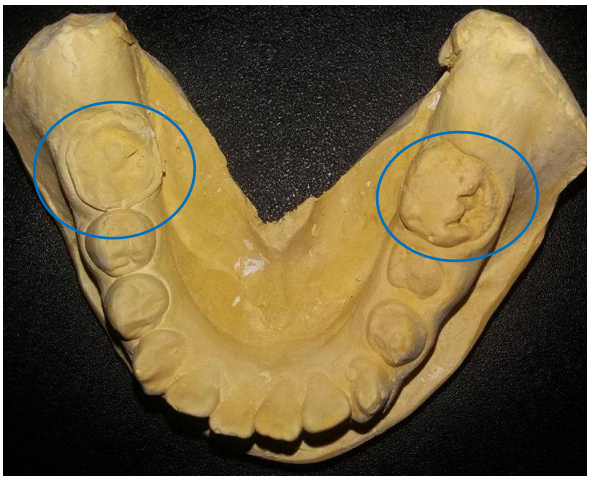
Modelos de estudio

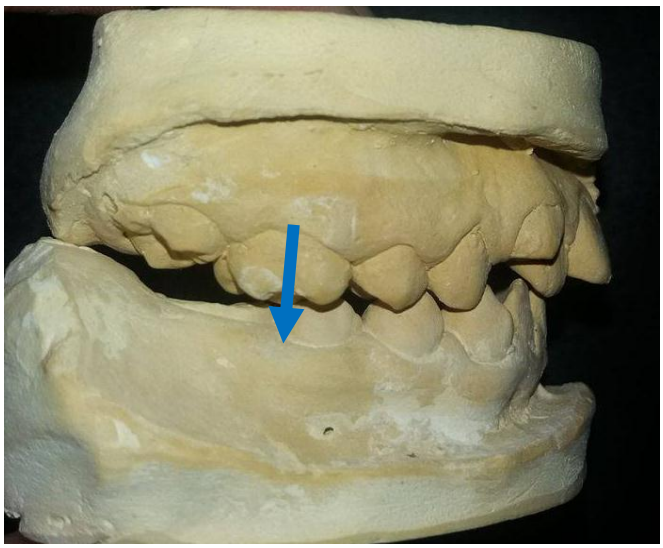
Pérdida del primer molar permanente superior derecho

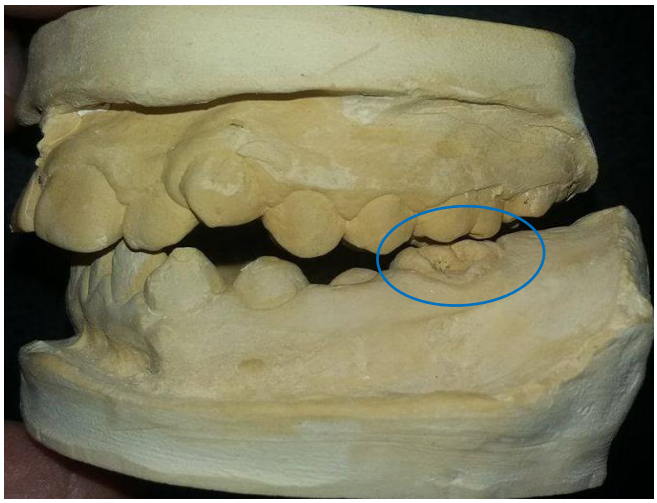


Extrusión de la pieza 1.6 por pérdida de su antagonista 3.6



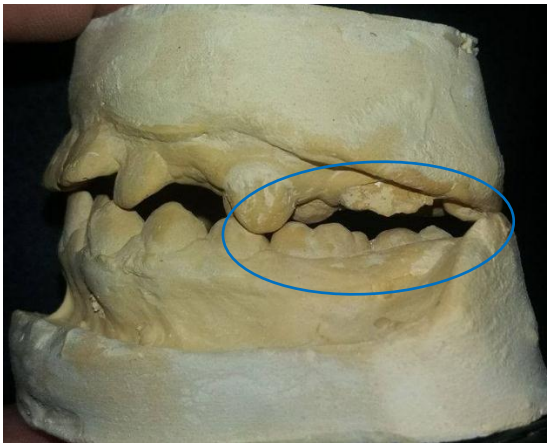


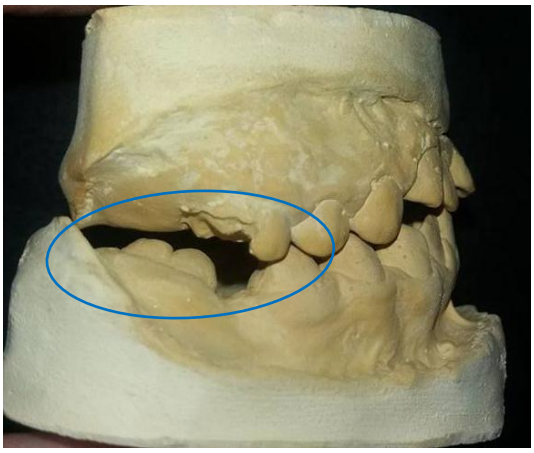




Pieza con lesión grado 4 según el criterio de magnitud de lesión cariosa.

Rotación y pérdida de oclusión





ANEXO 2. Autorización de la Escuela "Luis Pasteur"

ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA "LUIS PASTEUR"
Santiago – Loja – Ecuador

CERTIFICADO DE AUTORIZACION

Cecilia Rocio Calderón Ordoñez, en calidad de líder encargada de la institución, ubicada en la parroquia Santiago, cantón y provincia de Loja.

CERTIFICA

La autorización para que el Sr. Tapia Ordoñez William Marcelo alumno de la UNL, pueda realizar sus prácticas Pre-profesionales en la escuela de educación básica "LUIS PASTEUR" de la parroquia Santiago cantón y provincia de Loja, en el tiempo y espacio que la interesada lo estime conveniente.

Particular que pongo en conocimiento para los fines pertinentes.

Santiago, 26 de mayo de 2015

Lic. Cecilia Calderón
LIDER (E)

ANEXO 3. Certificado de realización de la investigación de campo

ESCUELA DE EDUCACION BASICA
"LUIS PASTEUR"

CERTIFICACION DE PRACTICAS PRE-PROFESIONALES

Cecilia Roció Calderón Ordoñez, Lider institucional encargada de la escuela de Educación Básica "Luis Pasteur", de la parroquia Santiago, cantón y provincia de Loja.

CERTIFICA:

Que, el estudiante **TAPIA ORDOÑEZ WILLAM MARCELO** alumno de la Universidad Nacional de Loja de la Carrera de Odontología, realizó sus prácticas pre-profesionales en la institución que presido; actividades que realizó desde el 13 de junio hasta el 11 de julio del presente año.

Las actividades realizadas en la institución fueron:

- Socialización del tema con los estudiantes y maestros.
- Aplicación de la ficha de observación.
- Toma de impresiones.
- Registro de fotografías.
- Encuesta aplicada a padres de familia.

Es todo lo que puedo certificar en honor a la verdad y autorizando al interesado hacer uso del presente documento en lo que estime pertinente.

Santiago, 20 de julio de 2016

Atentamente,

ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA "LUIS PASTEUR" Telf 3029739 Santiago - Loja - Ecuador

Lic. Cecilia Calderón
LIDER (E)

ANEXO 4. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

Fecha: / /

Sr. Padre de Familia / Representante Legal del niño/a

Soy estudiante del último año, de la Carrera de Odontología de la Universidad de Loja. Estoy realizando un proyecto investigativo previo a la obtención del título como Odontólogo y deseamos que usted, nos permita incluir a su hijo/a dentro de la investigación que se realizara, sobre **"CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LA PERDIDA PREMATURA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE EN NIÑOS DE LA ESCUELA "LUIS PASTEUR" DE LA PARROQUIA SANTIAGO – LOJA"** con este estudio se pretende mejorar toda la información sobre cómo prevenir la pérdida dental prematura, las medidas a seguir para el adecuado cuidado dental, etc. La pérdida dental prematura es muy común, sobre todo del primer molar permanente que se da en entre las edades de 6 a 12 años y nuestro objetivo es explicar sobre la importancia de preservar la dentición permanente y en particular del primer molar permanente. Si usted no desea participar no hay ningún problema, desde ya le agradezco su colaboración.

Atentamente.

WILLAM TAPIA

Nombre del Responsable del paciente…….. C.I:……

…….…… …….

Firma del representante Firma del estudiante responsable

ANEXO 5: Ficha guía de observación

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
ODONTOLOGIA

Soy estudiante del último año, de la Carrera de Odontología de la Universidad de Loja. Estoy realizando un proyecto investigativo previo a la obtención del título como Odontólogo. La investigación trata sobre **"CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LA PERDIDA PREMATURA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE EN NIÑOS DE LA ESCUELA "LUIS PASTEUR" DE LA PARROQUIA SANTIAGO – LOJA"** con este estudio se pretende mejorar toda la información sobre cómo prevenir la pérdida dental prematura, las medidas a seguir para el adecuado cuidado dental, etc.

NOMBRE Y APELLIDOS:				**EDAD:**	**NUMERO DE DIENTES:**
PIEZA PERDIDA					**FOTOGRAFÍA :**
16	**26**	**36**	**46**		

OBSERVACIÓN:

Elaborado por "Willam Tapia" 2016

ANEXO 6: Encuesta

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

ODONTOLOGIA

Soy estudiante del último año, de la Carrera de Odontología de la Universidad de Loja. Estoy realizando un proyecto investigativo previo a la obtención del título como Odontólogo. La investigación trata sobre **"CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LA PERDIDA PREMATURA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE EN NIÑOS DE LA ESCUELA "LUIS PASTEUR" DE LA PARROQUIA SANTIAGO – LOJA"** con este estudio se pretende mejorar toda la información sobre cómo prevenir la pérdida dental prematura, las medidas a seguir para el adecuado cuidado dental, etc. Con el fin de obtener la información, es necesario aplicar la siguiente encuesta:

Dígnese contestar las siguientes preguntas:

Datos informativos:

Nombre:

Edad: Sexo:

ENCUESTA

1) ¿Por qué motivo el niño no tiene el diente en su boca?

- Caries
- Fractura
- Traumatismos
- Ausencia
- Otros

2) ¿Hace que tiempo perdió el niño su diente?

- 1 mes
- 6 meses
- 1 año
- Más

3) ¿Cuántas veces al día, el niño se cepilla los dientes?

- Una vez
- Dos veces
- Tres veces
- Higiene bucal Adecuada
- Higiene bucal Inadecuada

4) ¿Qué implementos utiliza para el aseo de su boca?

- Pasta y cepillo
- Hilo dental
- Enjuague bucal
- Todos

5) ¿Cuántos momentos de azúcar consume al día?

- Una
- Dos
- Tres
- Cuatro
- Mas

6) ¿Con qué frecuencia visita usted al odontólogo?

- 1 vez por mes
- 2 veces por año
- 1 vez por año
- Nunca

7) ¿Cuál fue el motivo de la consulta al odontólogo?

- Prevención
- Caries
- Dolor dental
- Sensibilidad
- Traumatismos

Gracias por su colaboración

ANEXO 7. Certificado de traducción de resumen

BRENTWOOD LANGUAGE CENTER
Making a difference

Lic. Milton Ramos Correa
DIRECTOR DE "BRENTWOOD LANGUAGE CENTER"

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen para el trabajo de titulación denominado: **"CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LA PÉRDIDA PREMATURA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE EN NIÑOS DE LA ESCUELA "LUIS PASTEUR" DE LA PARROQUIA SANTIAGO-LOJA PERÍODO MARZO-JULIO 2016"**, del estudiante WILLAM MARCELO TAPIA ORDÓÑEZ, egresado de la carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autoriza al interesado hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 17 de Agosto de 2016

Lic. Milton Ramos Correa
DIRECTOR DE B.L.C.

BLC BRENTWOOD LANGUAGE CENTER

Dirección: Macará 12-27 entre Lourdes y Mercadillo (frente a las oficinas de Fedeliba
Teléfono: 2566 002 • Loja - Ecuador

ANEXO 8. Objetivos

OBJETIVOS

General

Determinar las Causas y consecuencias de la pérdida prematura del primer molar permanente en los niños de la escuela “Luis Pasteur” de la parroquia Santiago – Loja 2016.

Específicos

- ✓ Establecer la prevalencia de pérdida prematura del primer molar permanente en los niños de la escuela “Luis Pasteur” de la parroquia Santiago en relación a la Edad y Género.
- ✓ Identificar las causas de la pérdida del primer molar permanente en los niños de la escuela “Luis Pasteur” de la parroquia Santiago.
- ✓ Señalar las consecuencias de la pérdida del primer molar permanente en los niños de la escuela “Luis Pasteur” de la parroquia Santiago.

ANEXO 9. Proyecto de investigación

Universidad Nacional de Loja

Área de la Salud Humana

Carrera de Odontología

Módulo X

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Tema:

"CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LA PÉRDIDA PREMATURA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE EN NIÑOS DE LA ESCUELA "LUIS PASTEUR" DE LA PARROQUIA SANTIAGO–LOJA. PERIODO MARZO-JULIO 2016. "

Autor:

- Willam Marcelo Tapia Ordoñez

Docente:

- Lcda. Magdalena Villacís

Tutor:

- Dra. Tannya Valarezo.

LOJA-ECUADOR

2016

A. TEMA

CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LA PÉRDIDA PREMATURA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE EN NIÑOS DE LA ESCUELA "LUIS PASTEUR" DE LA PARROQUIA SANTIAGO – LOJA. PERIODO MARZO- JULIO 2016

B. PROBLEMATIZACIÓN

La Constitución, en el artículo 66, establece "el derecho a una vida digna, que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, vivienda, saneamiento ambiental, educación, trabajo, empleo, descanso y ocio, cultura física, vestido, seguridad social y otros servicios sociales necesarios". Por ello, mejorar la calidad de vida de la población es un proceso multidimensional y complejo. La calidad de vida se enmarca en el régimen del Buen Vivir, establecido en la Constitución, dentro del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social (art. 340), para la garantía de servicios sociales de calidad en los ámbitos de salud, cultura física y tiempo libre, hábitat y vivienda, transporte y gestión de riesgos.

En el país el Sistema Nacional de Salud se ha caracterizado por estar fragmentado, centralizado y desarticulado en la provisión de servicios de salud, otra de sus características ha sido la preminencia del enfoque biologista - curativo en la atención; centrado en la enfermedad y la atención hospitalaria; con programas de salud pública de corte vertical que limitan la posibilidad de una atención integral e integrada a la población. Desde esta perspectiva en una primera etapa se dieron pasos importantes orientados al fortalecimiento de las unidades de salud del MSP en cuanto a: infraestructura, equipamiento, recursos humanos; esto sumado a la política de gratuidad progresiva de los servicios públicos, incidieron en un incremento significativo de la demanda hacia esta institución (Ecuador, Ministerio de Salud Pública, 2012).

El Ministerio de Salud Pública asegurará el acceso universal y solidario a servicios de salud con atención integral de calidad para todas las personas, familias y comunidades, especialmente a las de condiciones más vulnerables, para garantizar una población y

ambientes saludables, consolidando su rectoría en el sector e impulsando la participación de la comunidad y del personal de salud en la formulación y aplicación desconcentrada y descentralizada de las políticas sanitarias.

La carga mundial de morbilidad bucodental y se describe la influencia de los principales factores de riesgo comportamentales en la salud bucodental. La carga de enfermedades bucodentales es particularmente alta en los grupos de población desfavorecidos y pobres, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados. La diversidad de las pautas de morbilidad bucodental y las distintas tendencias según el país y la región reflejan los diferentes perfiles de riesgo y la influencia de los programas preventivos de atención bucodental (O M S, 2005) .

Caries dental y enfermedad periodontal históricamente se han considerado las cargas más importantes de la salud oral global. Caries dental sigue siendo un importante problema de salud en los países más industrializados que afecta a 60 – 90% de los niños en edad escolar y la gran mayoría de los adultos. La caries dental en los niños es relativamente alta en las Américas (CPO-d = 3.0) y en la región europea (CPO-d = 2.6) mientras que el índice es menor en la mayoría de países africanos (CPO-d = 1.7) Pérdida de los dientes en la vida adulta también puede atribuirse a mala salud periodontal. Periodontitis severa, que puede resultar en la pérdida del diente, se encuentra en 5-20% de la población más adulta en todo el mundo. La mayoría niños y adolescentes en todo el mundo presentan signos de gingivitis. Periodontitis agresiva, una condición periodontal severa que afecta a individuos durante la pubertad y que puede conducir a la pérdida prematura del diente, afecta a alrededor del 2% de la juventud (O M S, 2005).

Las enfermedades bucodentales más comunes son la caries dental y las periodontopatías. El 60%-90% de los escolares de todo el mundo tienen caries dental. Las enfermedades periodontales graves, que pueden desembocar en la pérdida de dientes, afectan a un 5%-20% de los adultos de edad madura; la incidencia varía según la región geográfica. La incidencia de cáncer bucodental es de entre 1 y 10 casos por 100 000 habitantes en la mayoría de los países. Los defectos congénitos, como el labio leporino y el paladar hendido, se dan en uno de cada 500-700 nacimientos; la prevalencia de nacimiento varía sustancialmente entre los distintos grupos étnicos y zonas geográficas. Un 40%-50% de las personas VIH-positivas sufren infecciones fúngicas, bacterianas o víricas, que suelen aparecer al principio de la infección. La atención odontológica curativa tradicional representa una importante carga económica para muchos países de ingresos altos, donde el 5%-10% del gasto sanitario público guarda relación con la salud bucodental.

Las patologías bucales de mayor prevalencia en nuestro país son la caries dental y la enfermedad periodontal de acuerdo al último estudio epidemiológico (1996), el que reveló además que el 88,2% de los escolares menores de 15 años tienen caries dental; el 84% tiene presencia de placa bacteriana y el 53% está afectado con gingivitis, se evidenció también que de los niños examinados el 35% presentaba algún tipo de mal oclusión, lo que continua siendo un problema de salud pública que afecta considerablemente a la población (Ayala, pinto, Raza, & Herdoiza, 2009).

Los primeros molares son los que inician el proceso eruptivo de la dentición permanente en la cavidad bucal. Éstos comienzan a calcificarse durante el primer mes de vida; en las etapas iníciales del desarrollo. Es una pieza dentaria muy susceptible a la caries, debido a que después de su erupción (a los 6 años de edad), se encuentra expuesta al medio ácido

bucal antes que otras piezas dentarias y por las características anatómicas que presenta. La frecuencia de pérdida del primer molar permanente está dada en sujetos menores de edad y las secuelas potenciales de esta situación incluyen en: Migración mesial, sobre erupción, contactos prematuros, problemas de guías dentarias, pérdida ósea, periodontopatías y desórdenes de la Articulación temporomandibular (Silvero, 2013).

La pérdida dental prematura en dentición permanente; específicamente del primer molar permanente, Según un estudio realizado en Cuba, sobre la pérdida de primer molar permanente en niños de 7 a 13 años, obtuvo como resultados que el 37,2% del total de niños estudiados habían perdido el primer molar inferior derecho. En orden de frecuencia en segundo lugar el inferior izquierdo 34,9%, seguido por el primer molar superior derecho con 21% y por último, tres primeros molares superiores izquierdos para el 6,9%. De las afecciones bucales más comunes provocadas por la pérdida del primer molar permanente, se encontró que 17 niños presentaron extrusión del antagonista y 13 masticación unilateral. Al analizar la higiene en los niños estudiados se observó que solo en 11 pacientes (39,2%) fue aceptable y en el 60,8 % (17 de los pacientes) fueron evaluados de no aceptable (Arias, Zaldívar, González, & Pérez, 2008).

Un estudio realizado en la ciudad de Quito (Ecuador), sobre prevalencia de pérdida dental prematura del primer molar permanente en escolares de 7 a 12 años, encontró que el 22% de 216 escolares estudiados, habían perdido el primer molar permanente inferior derecho (Rivera, 2014).

Los primeros molares permanentes, inician el proceso eruptivo de la dentición definitiva en la cavidad bucal, comenzando a calcificarse durante los primeros meses de vida. Los

dientes permanentes son piezas fundamentales porque determinan el patrón de masticación durante toda la vida; tales el caso de los primeros molares permanentes que dan la llamada, “llave de la oclusión” o “llave de Angle”, o También los incisivos y caninos que dan la guía incisal o guía canina respectivamente (Angarita, y otros, 2009).

La edad promedio de erupción de los primeros molares permanentes varía entre los 5 y 7 años de edad.

El área de estudio seleccionado para desarrollar el proyecto es la Parroquia Santiago; la población cuenta con un SubCentro, perteneciente al Ministerio de Salud Pública, cuenta con terreno propio, el mismo que se encuentra ubicado fuera del límite urbano, en la vía que conduce a Las Juntas en el Barrio San José. El personal que labora en la institución es 1 Médico General, 1 Enfermera y 1 Auxiliar de Enfermería, quienes no se mantienen permanentemente en el lugar. En referencia al equipamiento el sub centro cuenta con equipos adecuados para dar buena atención a la población; Sin embargo al conversar con los lugareños expresan que ellos prefieren ir a Loja a hacerse atender en el Hospital Regional Isidro Ayora y que únicamente asisten al Sub centro para beneficiarse de campañas de vacunación y desparasitación.

Es necesario resaltar que en este sub centro cuentan con un equipo de Odontología apto para dar servicio a los moradores, la atención de la salud bucal dado hace poco estuvo en manos de comadronas y parteras. Además en el diagnostico se determinó que las parteras o comadronas ya no dan ese servicio.

Las enfermedades más frecuentes de la población son problemas respiratorios y problemas estomacales. Así mismo dentro del diagnóstico participativo se determinó las

causas de morbilidad y mortalidad de los pobladores de parroquia durante el último año. Según el reporte del Coberturas Anuales del Estado Nutricional de los Niños del Ministerio de Salud Pública del Ecuador a través de la Dirección Provincial de Salud de Loja presenta los resultados de la Parroquia Santiago:

- 74 % de los niños menores a un año presentan un estado normal de nutrición.
- 7 % de los niños comprendidos entre edades de 1 a 5 años presentan un estado nutricional norma, mientras que 3 % presentan desnutrición.

El Subcentro de salud, está ubicado en el barrio San José y se atiende de lunes a viernes de 8:00 am. 16:00 pm. Y está conformado por un médico general (rural) Dra. Gabriela Valdivieso, 2 auxiliares de enfermería Lic. Mireya Lara y el aux. Carlos Villamagua, un odontólogo (labora 2 días a la semana) Dr. Fausto Castillo, carece de un laboratorio, sus instalaciones están en mal estado, cubierta, instalaciones eléctricas –sanitarias y no cuenta con una planificación integral además si poseen escritura pública y línea convencional de teléfono y su número es 3023595.

Algunos moradores indican que es importante que este tipo de pobladores estén organizados para poder solicitar proyectos de apoyo para mayores y proyectos de recreación para menores y además contar con apoyo psicológico para niños y jóvenes.

En la Parroquia, existe el servicio de seguro social campesino, que atiende los días miércoles de 7.30 am a 16:00 pm, por 3 días al mes y está ubicado en el barrio paquisha.

El grupo de estudio, estará constituido por los niños que asisten regularmente a la escuela “Luis Pasteur”.

Este trabajo de investigación es viable por la facilidad brindada por las autoridades de la escuela “Luis Pasteur” de la parroquia Santiago y con el apoyo de los docentes de la

escuela y padres de familias. Los equipos que se necesitaran para el diagnóstico serán proporcionados por el subcentro de salud de Santiago, por ello no se necesita de un presupuesto elevado para poder realizar dicho estudio y por lo tanto es necesario establecer. **¿Cuáles son las causas y consecuencias de la pérdida prematura del primer molar permanente en niños escolares de la escuela "Luis Pasteur" de la parroquia Santiago?**

P	Niños de la escuela "Luis Pasteur" de la Parroquia Santiago
I	Pérdida del primer molar permanente
C	Causas y Consecuencias
O	Determinar las Causas y consecuencias de Perdida dental en niños escolares por edad y sexo

VARIABLES

Dependiente	**Independiente**
✓ Causas y consecuencias	perdida del primer molar permanente Niños escolares

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DEL PROYECTO "Causas y consecuencias de la Perdida prematura del primer molar permanente en niños de la escuela "Luis Pasteur" de la parroquia Santiago – Loja"

Variables **Definición conceptual**	**Dimensiones**	**Indicador**		**Escala**
Primer molar permanente Una de las estructuras dentarias más importantes para el desarrollo de una oclusión fisiológica y una adecuada función masticatoria, constituye primer molar permanente, por lo que estos dientes desempeñan un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de una oclusión dentaria apropiada.	Primer Molar Superior Derecho.	Causas	Caries Fractura Traumatismos Ausencia	Si No
		Consecuencias	Extruccion Inclinación Rotación Mesializacion perdida de la oclusión	
	Primer Molar Superior Izquierdo.	Causas	Caries Fractura Traumatismos Ausencia	Si No
		Consecuencias	Extruccion Inclinación Rotación Mesializacion perdida de la	

			oclusión	
	Primer Molar Inferior Derecho.	Causas	Caries Fractura Traumatismos Ausencia	Si No
		Consecuencias	Extruccion Inclinación Rotación Mesializacion perdida de la oclusión	
	Primer Molar Inferior Izquierdo.	Causas	Caries Fractura Traumatismos Ausencia	Si No
		Consecuencias	Extruccion Inclinación Rotación Mesializacion perdida de la oclusión	

Elaborado por “Willam Tapia” 2016

C. JUSTIFICACIÓN

A los seis años comienza la erupción de los primeros dientes permanente que son los primeros molares , casi todas los padres no conocen de su importancia; y trae como consecuencia la perdida de manera temprana, ya que no se le da el valor que merece por creer que es un diente temporario o deciduo. En la actualidad constituye un total problema ya que en las poblaciones lejanas no existe control sobre el consumo de alimentos cariogénicos en los niños.

La pérdida dental prematura en dentición permanente; específicamente del primer molar permanente, Según un estudio realizado en Cuba, sobre la pérdida de primer molar permanente en niños de 7 a 13 años, obtuvo como resultados que el 37,2% del total de niños estudiados habían perdido el primer molar inferior derecho. En orden de frecuencia en segundo lugar el inferior izquierdo 34,9%, seguido por el primer molar superior derecho con 21% y por último, tres primeros molares superiores izquierdos para el 6,9%. De las afecciones bucales más comunes provocadas por la pérdida del primer molar permanente, se encontró que 17 niños presentaron extrusión del antagonista y 13 masticación unilateral. Al analizar la higiene en los niños estudiados se observó que solo en 11 pacientes (39,2%) fue aceptable y en el 60,8 % (17 de los pacientes) fueron evaluados de no aceptable (Arias, Zaldívar, González, & Pérez, 2008).

Este trabajo de investigación es viable y factible por la facilidad brindada por las autoridades de la escuela “Luis Pasteur” de la parroquia Santiago y con el apoyo de los docentes de la escuela y padres de familias. Los equipos que se necesitaran para el

diagnóstico serán proporcionados por el subcentro de salud de Santiago. Y por ello no se necesita de un presupuesto elevado para poder realizar dicho estudio.

Con la presente investigación se aportará con datos a la parroquia, dando información a nivel sur del país y puede ser tomada en cuenta para la formulación de políticas y programas de salud odontológica, cuya principal herramienta es la prevención, que permita sensibilizar sobre la importancia de las medidas de cuidado para evitar la pérdida de los primeros molares permanentes y que mantienen la salud oral. Es por ello, que los molares permanentes deben cuidarse, ya que sirven para proyectar la salud del individuo, constituyen la base de la estructura bucal, siendo al mismo tiempo el instrumento principal de la masticación, Estas piezas son el cimiento sobre la cual los demás dientes deben tomar su posición en la arcada dentaria y la pérdida de las mismas producirá marcadas consecuencias.

Por tal motivo, es de importancia que al comenzar la erupción de los dientes en los niños y aun antes, la higiene sea una costumbre insustituible, la visita al odontólogo y el seguimiento de sus indicaciones sean los determinantes en el mantenimiento de una buena salud bucal.

D. OBJETIVOS

General

Determinar las Causas y consecuencias de la pérdida prematura del primer molar permanente en los niños de la escuela “Luis Pasteur” de la parroquia Santiago – Loja 2016.

Específicos

- ✓ Establecer la prevalencia de pérdida prematura del primer molar permanente en los niños de la escuela “Luis Pasteur” de la parroquia Santiago en relación a la Edad y Sexo.
- ✓ Identificar las causas de la pérdida del primer molar permanente en los niños de la escuela “Luis Pasteur” de la parroquia Santiago.
- ✓ Señalar las consecuencias de la pérdida del primer molar permanente en los niños de la escuela “Luis Pasteur” de la parroquia Santiago.

E. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

CAPÍTULO 1

7. BASES TEÓRICAS

7.1 Formación del primer molar permanente

7.2 Importancia del Primer Molar Permanente

7.3 Secuelas de la pérdida Prematura del primer Molar Permanente

7.4 Caries del primer molar permanente

7.4.1 Concepto de Caries Según la OMS

7.4.2 Causas de la caries dental

CAPÍTULO 2

8. CAUSAS DE LA PERDIDA PREMATURA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE

8.1 Caries

8.2 Enfermedad periodontal

8.3 Traumatismos

8.4 Ausencia

CAPÍTULO 3

9. CONSECUENCIAS DE LA PERDIDA PREMATURA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE

9.1 Disminución de la función local

9.2 Erupción continuada de los dientes antagonistas

9.3 Desviación de los dientes

9.4 Extrusión Dental

9.5 Inclinación Dental

9.6 Pérdida de la oclusión

CAPÍTULO 4

10. TRATAMIENTO

10.1 Ausencia del primer molar permanente antes de la erupción del segundo molar permanente

10.2 Ausencia del primer molar permanente después de la erupción del segundo molar permanente

CAPÍTULO 5

11. MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EL CUIDADO DEL PRIMER MOLAR

11.1 Técnica correcta del cepillado de los dientes

11.2 Técnica del uso del hilo dental

CAPÍTULO 6

12. EXODONCIA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE EN NIÑOS

12.1 Indicaciones de la Exodoncia en niños

12.2 Contraindicaciones de la Exodoncia en niños

12.2.1 Contraindicaciones Locales

12.2.2 Contraindicaciones Sistémicas

F. DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

El trabajo de investigación será de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal. **Cuantitativo:** se determinará la cantidad de escolares que presenten la pérdida dental prematura. **Descriptivo:** se observará como está la situación de las variables en la población. **Transversal:** se estudian las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.

ÁREA DE ESTUDIO

El presente trabajo de investigación se realizará en la escuela "Luis Pasteur". Dicha escuela está ubicada a 40 minutos de la ciudad de Loja, en la parroquia Santiago. Todos los escolares serán de suma importancia para realizar la investigación.

UNIVERSO

La investigación estará constituida aproximadamente por 100 escolares de la escuela "Luis Pasteur", de la parroquia Santiago del cantón Loja.

Criterios de inclusión:

Escolares de 6 a 12 años con pérdida del primer molar permanente matriculados en el centro escolar y que asisten durante el periodo de investigación.

MÉTODO E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En el proceso de investigación, se utilizará el método observacional y el instrumento será una ficha de observación, lo que permitirá observar la prevalencia de pérdida dental prematura del primer molar permanente, y a la vez conocer en que sexo y edad se presenta (Anexo 1 y 2).

El criterio diagnóstico para caries dental fue el propuesto por Gutiérrez y Morales, el cual con base en la gravedad de la lesión asigna al diente a uno de cuatro niveles (tabla 1). La pérdida total, así como el nivel 4 de este criterio (destrucción de 2/3 partes o más de la corona clínica dental) fue considerada también como pérdida de diente. Criterio ya empleado en otras investigaciones. (Vallejos Sánchez AA, 2015)

Tabla 1. Criterio de Magnitud de la Lesión Cariosa (CMLC) propuesto por Gutiérrez & Morales (1987). Cuando un primer molar permanente presentó la lesión grado 4, fue considerado pérdida dental.

Código	Magnitud de la lesión
0	Si el diente está libre de caries clínicamente observable.
Lesión grado 1	Si el diente presenta pigmentación oscura en fosas y fisuras sin presencia de tejido reblandecido.
Lesión grado 2	Si el diente presenta caries limitada a surcos y fisuras con presencia de tejido reblandecido.
Lesión grado 3	Si el diente presenta pérdida evidente de tejido coronal, debida a caries, menor a dos terceras partes de la corona clínica.
Lesión grado 4	Si el diente presenta pérdida evidente de tejido coronal, debida a caries, mayor a dos terceras partes de la corona clínica o presencia de restos radiculares.
$\bar{2}$	Si el diente presenta una obturación clase I con material definitivo y en buen estado.
$\bar{3}$	Si el diente presenta una obturación clase II con material definitivo y en buen estado.
$\bar{4}$	Si el diente presenta una obturación de 3 o más superficies con material definitivo y en buen estado o bien una corona.

Método "protocolo de examen clínico"

Concepto: Un examen clínico permite observar mediante visión directa y con utilización de instrumentos la salud bucal de una persona y así poder dar un diagnóstico. Este examen nos permite examinar los tejidos suaves intra orales como: Mejillas, Paladar Duro y Blando, Úvula, Gingiva, Mucosa Labial, Glándulas Salivales y sus conductos excretores, Garganta, Lengua, Piso de Boca y dientes.

Objetivo:

Determinar la pérdida prematura del primer molar permanente.

Materiales

- Baja lenguas
- Guantes
- Mascarilla
- Mangas
- Mandil
- Gafas protectoras
- Alginato
- Yeso piedra
- Cubetas pediátricas.

Procedimiento

- Solicitar los permisos necesarios al director de la escuela y a los representantes de los niños (Anexos 3 y 4) [1] .
- Requerir las listas de los niños a cada uno de los maestros de la escuela[2].
- Realizar una reunión con los escolares[3].
- Llenar la ficha de observación.

Protocolo de examen clínico

- Lavado de manos
- Identificar a los niños según número de lista
- Sentar al niño en el sillón dental portátil.
- Explicar el procedimiento a realizar al niño.
- Colocar los guantes
- Contar los dientes de la cavidad bucal
- Valorar la pérdida/s de molares
- Tomar la fotografía
- Tomar impresión de la cavidad bucal
- Clasificar los desechos
- Retirar los guantes

[1] Mediante el uso de oficio se pedirá permiso al director de la escuela para realizar la investigación. Explicando en que consiste la misma. Y a los padres de los escolares se les enviara un consentimiento pidiendo dar permiso a sus hijos que entren en la investigación, asi mismo explicando claramente lo que realizare.
[2] Es necesario para saber el número de escolares con los que se trabajara.
[3] Formando un solo grupo, para proceder explicar en qué consistirá la investigación.

- Registrar los datos en la hoja de recolección de datos[4].

- La tabulación de datos se realizar en el programa Excel, posteriormente se realizará su respectivo análisis (Anexo 1).

FUENTE DE INFORMACIÓN

Será de forma directa. Se obtendrá la información, mediante la aplicación del examen clínico y llenado de las fichas de recolección de datos (Anexo 1 y 2).

PLAN DE ANÁLISIS

Se procesará la información recopilada mediante el uso de una ficha de recolección de datos , que fue elaborada para la evaluación de cada escolar, posteriormente se elaborara una base de datos colocados en cuadros estadísticos y gráficos en barras, usando el programa Excel, posteriormente se realizara la tabulación de datos obteniendo así los resultados propuestos de la investigación.

USO DE RESULTADOS

Con los resultados que se obtengan de esta investigación se va ayudar a los padres de familia y a la población en general, que conozcan sobre las complicaciones que puede

[4] Este instrumento será llenado por el investigador. Mediante visión directa del investigador hacia el niño:

- Con ayuda de un espejo bucal o con un baja lenguas fácil se podrá realizar el conteo y así mismo observar la pérdida o no del primer molar permanente:
- Contaremos el número de piezas que presenta cada escolar.
- Coloremos si presenta pérdida del primer molar permanente según el número de pieza: 1.6- 2.6-3.6-4.6.
- Se verificar si existe perdida por ausencia – caries – o traumas.
- Se añadirá una foto de la cavidad bucal, para confirmar la información.
- Al final se tomara la impresión de la cavidad bucal con Alginato, para corroborar más la información.

producir este problema en los niños. Así mismo esta investigación puede ser utilizada para que los programas de salud pública tengan mayor visión sobre los problemas que afecta a esta población, y posteriormente se puedan elaborar programas de salud odontológica que ayuden a la población. Este estudio a su vez podrá ser comparado, ya que existen estudios similares en otras ciudades del país. Y así saber más sobre la problemática que afecta a escolares en distintos lugares del país.

RIESGOS

En la investigación, si existen riesgo, ya que al realizar el examen clínico puede que el niño muerda y produzca daños.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para empezar la investigación, se elaborará un oficio dirigido al director de la escuela Luis Pasteur, pidiendo el permiso respectivo para ingresar y verificar los escolares con los que se trabajará. Hecho lo anterior, se realizará un consentimiento informado el cual será entregado a los niños y ellos a su vez les darán a sus padres, dando el respectivo permiso a sus hijos de participar en la investigación o no.

G. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Proyecto: "Causas y consecuencias de la Pérdida prematura del primer molar permanente en niños de la escuela "Luis Pasteur" de la parroquia Santiago – Loja".

ACTIVIDAD	Marzo 2016				Abril 2016				Mayo 2016				Junio 2016				Julio 2016				Agosto 2016				Septiembre 2016			
SEMANA	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**
Presentación y aprobación del proyecto.	x	x																										
Designación del director del proyecto.			x	x																								
Construcción del Marco Teórico				x	x	x	x	x																				
Recolección de la información					x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x												
Tabulación de datos																	x	x										
Informe Final del trabajo de investigación (borrador)																			x	x								
Correcciones																				x	x	x						
Presentación de la tesis																						x	x	x				
Sustentación privada de tesis																									x			
Sustentación pública de tesis																									x	x	x	x

Elaborado por "Willam Tapia" 2016

H. MATERIALES, PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

Recursos / Actividad	Humanos	Materiales	Técnicos	Financieros
1. Elaboración y ejecución del proyecto	Investigador	Papel Esferográficos Computadora Cámara fotográfica Impresiones Copias	Programa de Word	815.00
2. Recolección de datos	Investigador Ficha de observación	Movilización Espejo bucal descartable Baja lenguas Porta desechos Porta algodón Alginato Yeso piedra Cubetas pediátricas Espátulas para yeso	Programa de Excel	300.00
Total				**$ 1115**

Elaborado por "Willam Tapia" 2016

I. ANEXOS

Ficha de recolección de datos

ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
ODONTOLOGIA

Soy estudiante del último año, de la Carrera de Odontología de la Universidad de Loja. Estoy realizando un proyecto investigativo previo a la obtención del título como Odontólogo. La investigación trata sobre **"CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LA PERDIDA PREMATURA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE EN NIÑOS DE LA ESCUELA "LUIS PASTEUR" DE LA PARROQUIA SANTIAGO – LOJA"** con este estudio se pretende mejorar toda la información sobre cómo prevenir la pérdida dental prematura, las medidas a seguir para el adecuado cuidado dental, etc.

NOMBRE Y APELLIDOS:				**EDAD:**	**NUMERO DE DIENTES:**
PIEZA PERDIDA					**FOTOGRAFÍA :**
16	**26**	**36**	**46**		
OBSERVACIÓN:					

Elaborado por "Willam Tapia" 2016

ANEXO 2

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

ODONTOLOGIA

Soy estudiante del último año, de la Carrera de Odontología de la Universidad de Loja. Estoy realizando un proyecto investigativo previo a la obtención del título como Odontólogo. La investigación trata sobre **"CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LA PERDIDA PREMATURA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE EN NIÑOS DE LA ESCUELA "LUIS PASTEUR" DE LA PARROQUIA SANTIAGO – LOJA"** con este estudio se pretende mejorar toda la información sobre cómo prevenir la pérdida dental prematura, las medidas a seguir para el adecuado cuidado dental, etc. Con el fin de obtener la información, es necesario aplicar la siguiente encuesta:

Dígnese contestar las siguientes preguntas:

Datos informativos:

Nombre:

Edad: Sexo:

ENCUESTA

8) ¿Por qué motivo el niño no tiene el diente en su boca?

- Caries
- Fractura
- Traumatismos
- Ausencia
- Otros

9) ¿Hace que tiempo perdió el niño su diente?

- 1 mes
- 6 meses
- 1 año
- Más

10) ¿Cuántas veces al día, el niño se cepilla los dientes?

- Una vez
- Dos veces
- Tres veces
- Higiene bucal Adecuada
- Higiene bucal Inadecuada

11) ¿Qué implementos utiliza para el aseo de su boca?

- Pasta y cepillo
- Hilo dental
- Enjuague bucal
- Todos

12) ¿Cuántos momentos de azúcar consume al día?

- Una
- Dos
- Tres
- Cuatro
- Mas

13) ¿Con qué frecuencia visita usted al odontólogo?

- 1 vez por mes
- 2 veces por año
- 1 vez por año
- Nunca

14) ¿Cuál fue el motivo de la consulta al odontólogo?

- Prevención
- Caries
- Dolor dental
- Sensibilidad
- Traumatismos

Gracias por su colaboración

ANEXO 3

Loja Marzo del 2016

Lic.

Cecilia Calderón

DIRECTORA DE LA ESCUELA "LUIS PASTEUR"

Ciudad.

De mis consideraciones:

Soy estudiante del último año de la Carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja., ante usted comedidamente le solicito lo siguiente:

Que se me autorice la entrada a la escuela Abdón Calderón, con el objeto de realizar un proyecto investigativo en los escolares del prestigioso establecimiento cuyo tema que se tratara es **"CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LA PERDIDA PREMATURA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE EN NIÑOS DE LA ESCUELA "LUIS PASTEUR" DE LA PARROQUIA SANTIAGO – LOJA"** el mismo que servirá como trabajo previo a la obtención del título como Odontólogo.

Por la favorable acogida que se dé a la siguiente solicitud, desde ya le anticipo las debidas gracias.

ATENTAMENTE;

Dra. ---------- Willam Tapia

DOCENTE ESTUDIANTE

ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

Fecha: / /

Sr. Padre de Familia / Representante Legal del niño/a

Soy estudiante del último año, de la Carrera de Odontología de la Universidad de Loja. Estoy realizando un proyecto investigativo previo a la obtención del título como Odontólogo y deseamos que usted, nos permita incluir a su hijo/a dentro de la investigación que se realizara, sobre **"CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LA PERDIDA PREMATURA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE EN NIÑOS DE LA ESCUELA "LUIS PASTEUR" DE LA PARROQUIA SANTIAGO – LOJA"** con este estudio se pretende mejorar toda la información sobre cómo prevenir la pérdida dental prematura, las medidas a seguir para el adecuado cuidado dental, etc. La pérdida dental prematura es muy común, sobre todo del primer molar permanente que se da en entre las edades de 6 a 12 años y nuestro objetivo es explicar sobre la importancia de preservar la dentición permanente y en particular del primer molar permanente. Si usted no desea participar no hay ningún problema, desde ya le agradezco su colaboración.

Atentamente.

WILLAM TAPIA

Nombre del Responsable del paciente…….. C.I:……

…….…… …….

Firma del representante Firma del estudiante responsable

J. BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía

Angarita, N., Cedeño, C., Pomonty, D., Quilarque, L., O, Q., Maza, P., . . . Fuenmayor, D. (2009). *revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatria*. Obtenido de Consecuencias de la pérdida prematura del primer molar permanente en un grupo de alumnos de la Escuela Básica San José de Cacahual con edades comprendidas entre los 10 y 15 años (San Félix - Estado Bolívar) : http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art19.asp

Angarita, N., Cedeño, C., Pomonty, D., Quilarque, L., O, Q., Maza, P., . . . Fuenmayor, D. (2009). *Consecuencias de la pérdida prematura del primer molar permanente en un grupo de alumnos de la Escuela Básica San José de Cacahual con edades comprendidas entre los 10 y 15 años (San Félix - Estado Bolívar).*

Arias, D. P., Zaldívar, X. B., González, I. d., & Pérez, O. R. (2008). Pérdida del primer molar permanente en niños de 7 a 13 años. *Articulos Originales*, 1-2.

Ayala, D. E., pinto, D. G., Raza, D. X., & Herdoiza, D. M. (junio de 2009). *PLAN NACIONAL DE SALUD BUCAL*. Recuperado el 25 de octubre de 2015, de https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20BUCAL.pdf

DELGADO, R. C. (2013-2017). *BUEN VIVIR PLAN NACIONAL.*

Ecuador, Ministerio de Salud Pública. (2012). Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS. Quito, Quito, Ecuador.

(4 de noviembre de 2015). *ENFERMEDAD PULPAR Y PERIAPICAL.*

Fajardo, M. P. (2009). *Comportamiento de las patologías pulpares y periapicales en los pacientes mayores* .

Gónzalez, J. M. (2001). *PROYECTO ANACO-U.C.V. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE LA PÉRDIDA PREMATURA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE EN NIÑOS CON EDADES COMPRENDIDAS ENTRE 6 Y 10 AÑOS.* caracas. Obtenido de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001-63652001000200007&script=sci_arttext

Gónzalez, J. M. (2006). *PROYECTO ANACO-U.C.V. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE LA PÉRDIDA PREMATURA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE EN NIÑOS CON EDADES COMPRENDIDAS ENTRE 6 Y 10 AÑOS.* caracas. Obtenido de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001-63652001000200007&script=sci_arttext

León, D. A. (2006 -2007). *Caracterizar las patologias pulpares inflamatorias*, 11.

Maquera Pérez, G. A. (2012). Exodoncia en niños. *Revista de Actualización Clínica Investiga - Revista Boliviana* . Obtenido de http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682012000800009&script=sci_arttext

Medina-Peralta, S. (2015). *Prevalencia de enfermedades pulpares y periapicales*.

Miñana, I. V. (19 de mayo de 2011). *PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCODENTAL .* Obtenido de https://www.aepap.org/previnfad/Dental.htm

O M S. (Septiembre de 2005). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 25 de Octubre de 2015, de Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/bulletin/volumes/83/9/petersen0905abstract/es/

Odontored. (12 de agosto de 2011). *wordpress.com* . Obtenido de https://odontored.wordpress.com/2011/08/12/medidas-preventivas-para-el-cuidado-del-primer-molar/

OMS. (2007). *ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.*

Organización Mundial de la Salud. (Septiembre de 2005). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 25 de Octubre de 2015, de Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/bulletin/volumes/83/9/petersen0905abstract/es/

Oropeza, A., Molina, N., Castañeda, E., & Zaragoza, Y. (2012). Caries dental en primeros molares permanetes de escolares de la delegación tlahuac. *revista ADM*. Obtenido de http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2012/od122e.pdf

Ortiz M. Farias M., G. S. (2008). "Pérdida prematura de dientes temporales en pacientes de 5 a 8 años de edad asistidos en la clinica de odontopediatria de la Universidad Gran Mariscal de Ayacucho, 2004-2005.". *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria*. Obtenido de https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2008/art2.asp

Riascos, D. N. (2010). *IDENTIFICACIÓN DE AGENTES PATÓGENOS* , 3.

Rivera, L. E. (2014). *PREVALENCIA DE PERDIDA DENTAL PREMATURA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE.* Cuenca.

Silvero, M. F. (2013). *"PERDIDA PREMATURA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE.* encarnacion-paraguay. Obtenido de http://www.uci.edu.py/wp-content/uploads/2013/11/Perdida-Prematura-del-Primer-Molar-Permanente.pdf

Vallejos Sánchez AA, M.-S. M.-R.-R. (2015). Gravedad de caries empleando un criterio del tamaño de la lesión y variables. *Rev Univ Ind Santander Salud*, 291-299. Obtenido de http://www.redalyc.org/html/3438/343842287005/

Vásquez, L., Amoroso, V. L., & Pujalte, Y. (2012). La perdida del primer molar permanente en niños de 12 a 14 años de edad. *MEDICIEGO*. Obtenido de http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol18_supl2_2012/pdf/T7.pdf