



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS- ODONTOLOGÍA
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

TÍTULO:

**“Prevalencia de pérdida de dientes temporales por caries,
niños de 6 - 8 años, Clínica Odontología UCSG, semestre A-
2015.”**

AUTORA:

Nájera Gordillo, Ximena Catalina

TUTORA:

Dr. José Fernando Pino

Guayaquil, Ecuador

2016



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **Ximena Catalina Nájera Gordillo**, como requerimiento parcial para la obtención del Título de **Odontólogo**

TUTOR (A)

Dr. José Fernando Pino

REVISOR(ES)

DIRECTOR DE LA CARRERA

Dr. Juan Carlos Gallardo Bastidas

Guayaquil, a los 15 del mes de Marzo del año 2016



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Ximena Catalina Nájera Gordillo

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación "**Prevalencia de pérdida de dientes temporales por caries en niños de 6 a 8 años en Clínica de Odontología de la UCSG, semestre A-2015.**" previa a la obtención del Título **de Odontólogo**, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 15 del mes de Marzo del año 2016

EL AUTOR (A)

Ximena Catalina Nájera Gordillo



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA ODONTOLOGÍA**

AUTORIZACIÓN

Yo, Ximena Catalina Nájera Gordillo

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: "**Prevalencia de pérdida de dientes temporales por caries en niños de 6 a 8 años en Clínica de Odontología de la UCSG, semestre A-2015.**", cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 15 del mes de Marzo del año 2016

LA AUTORA:

Ximena Catalina Nájera Gordillo

AGRADECIMIENTO

A Dios, porque es mi padre, mi fortaleza, mi creador y a quien le ofrezco mi gratitud en todo momento.

A mi madre y padre, a mis hermanos, que han estado siempre a mi lado apoyándome, dándome ejemplo de perseverancia, disciplina, esfuerzo, son mi soporte.

A Jordi, la persona más generosa que he conocido, por su amor, por su apoyo ante tanta dificultad para culminar esta meta.

A mi hijo, mi ilusión, que da más razón a todo mi esfuerzo.

A Doña Carmen, Don Luis, Montserrat y sus hijos a quienes considero mi nueva familia, me han brindado generosamente todo apoyo para seguir con esta meta.

A mis amigas, mis hermanas de la vida, sin quienes no sería lo que soy, con su presencia, sus consejos, su escuchar, compartir y apoyar siempre en este propósito que emprendí.

A mis profesores, mis compañeros, mis pacientes, al personal de la Universidad que nos prestan su apoyo.

Al Dr. José Fernando Pino, mi tutor, por haberme impartido sus conocimientos, cuando fue mi docente. En todo éste trayecto de elaboración del trabajo de titulación siempre estuvo dispuesta a ayudarme, guiarme, motivarme y escucharme en todo momento y circunstancias.

A la Dra. María Angélica Terreros al guiarme con la parte metodológica del trabajo.

Al Ingeniero Kevin Flores al asesorarme en la parte estadística del estudio.

al Dr. Juan Carlos Gallardo por permitirme realizar el estudio en la Clínica Odontológica de la Universidad.

Ximena Nájera

DEDICATORIA

Con todo mi amor, para todas aquellas personas que estuvieron prestos
ayudarme en todo éste trayecto.

Dedico éste trabajo a Dios, mis padres, hermanos, Jordi, mi hijo, profesores
y amigos.

Ximena Nájera



TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

Dr. José Fernando Pino
PROFESOR GUÍA O TUTOR

PROFESOR DELEGADO



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA ODONTOLOGÍA**

CALIFICACIÓN

**Dr. José Fernando Pino
PROFESOR GUÍA O TUTOR**

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO	V
DEDICATORIA	VI
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	VII
CALIFICACIÓN.....	VIII
ÍNDICE GENERAL.....	IX
ÍNDICE DE FIGURAS	XII
ÍNDICE DE TABLAS	XIII
ÍNDICE DE CUADROS.....	XIV
ÍNDICE DE GRÁFICOS	XV
ÍNDICE DE ANEXOS.....	XVI
RESUMEN	XVII
Abstract.....	XVIII
CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN	19
1.1 JUSTIFICACIÓN	20
1.2 OBJETIVOS	21
1.2.1. OBJETIVO GENERAL.....	21
1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
1.4. DIVISIÓN DE VARIABLES.....	22
Dependientes	22
Independientes.....	22
Interviniente.....	22
1.4.1. CONCEPTUALIZACIÓN O DEFINICIÓN DE LA VARIABLE....	23
Capítulo 2: Marco Teórico.....	25
2.1 Dentición decidua o temporal	25
2.1.1 Cronología de erupción.....	25

2.1.2	Sustitución de la dentición temporal	29
2.1.3	Dentición mixta	30
2.2	Caries	30
2.2.1	Factores etiológicos	32
2.2.2	Epidemiología	34
2.2.3	Etiopatogénia	34
2.2.4	El desbalance de las caries	39
2.2.5	Clasificación de las caries	40
2.3	Pérdida prematura de dientes temporales.....	43
2.3.1	Exodoncia	44
2.3.2	Consideraciones	45
2.3.3	Consecuencias de la pérdida prematura de dientes deciduos....	47
2.3.4	Estrategias de tratamiento	49
CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA		52
3.1	MATERIALES.....	52
3.1.1	LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN	52
3.1.2	PERIODO DE LA INVESTIGACIÓN	52
3.1.3	RECURSOS EMPLEADOS	52
3.1.4	UNIVERSO	53
3.1.5	MUESTRA	53
4.	MÉTODOS.....	54
4.1	TIPO DE INVESTIGACIÓN	54
4.2	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN, SEGÚN EL ANÁLISIS Y ALCANCE DE LOS RESULTADOS	54
4.2.1	Procedimientos	54
5.	RESULTADOS	55
6.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	69

6.1 CONCLUSIONES.....	69
6.2 RECOMENDACIONES.....	69
7. BIBLIOGRAFÍA.....	71
7. ANEXOS.....	75

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Representación esquemática del proceso de calcificación y erupción de la dentición primaria. Martha Torres 2009.....	26
Figura 2 2 Modificación de la cronología de la dentición humana en dientes temporales de Logan y Kronfeld (Lunt y Law 1974). Martha Torres 2009 ...	28
Figura 3 Espacio primate. Espacio entre los caninos y el primer molar primario en el arco inferior y entre incisivo lateral y el canino primario en el arco superior. Martha Torres 2009.....	29
Figura 4 Secuencia de sustitución de la dentición temporal por la permanente, en ambos maxilares. Fuente: Ortiz 2005	30
Figura 5 Presencia de caries en el sector anterior. Tomado de D' Escriván de Saturno. 2010	31
Figura 6 Desmineralización del esmalte Fuente: Hernández J 2010.....	36
Figura 7 Pérdida Prematura múltiple de dientes temporales Tomado de D' Escriván de Saturno 2010.....	43
Figura 8 Pérdida prematura del 85. Tomado de D' Escriván de Saturno. 2010	47
Figura 9 Disminución del espacio del 45 y de la longitud del arco debido a la Pérdida Prematura del 85. Ortíz, 2009	47
Figura 10 Queratinización de la mucosa. Tomado de D' Escriván de Saturno. 2010.....	48

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 *Modificación de la cronología de la dentición humana en dientes temporales de Logan y Kronfeld (Lunt y Law 1974). Martha Torres 2009*

.....

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadros 1 Prevalencia de pérdidas prematuras de dientes temporales en niños de 6 a 8 años que asisten a la Clínica Odontológica de la UCSG, semestre A-2015.....	55
Cuadros 2 Prevalencia por género de pérdidas prematuras de dientes temporales en niños de 6 a 8 años que asisten a la Clínica Odontológica de la UCSG, semestre A-2015	56
Cuadros 3 Distribución de la frecuencia de atención a niños de 6 a 8 años de edad.....	57
Cuadros 4 Distribución de la muestra de pacientes por género	58
Cuadros 5 Distribución de los dientes temporarios perdidos más frecuentemente en los niños de 6 a 8 años de edad	60
Cuadros 6 Distribución de la prevalencia de piezas extraídas entre los niños de 6 a 8 años de edad	63
Cuadros 7 Distribución por género de la prevalencia de extracciones	65
Cuadros 8 8 Distribución y frecuencia del índice ceo de los pacientes de 6 a 8 años.....	67

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Prevalencia de pérdidas prematuras de dientes temporales en niños de 6 a 8 años que asisten a la Clínica Odontológica de la UCSG, semestre A-2015.....	55
Gráfico 2 Prevalencia por género de pérdidas prematuras de dientes temporales en niños de 6 a 8 años que asisten a la Clínica Odontológica de la UCSG, semestre A-2015	56
Gráfico 3 Distribución de la frecuencia de atención a niños de 6 a 8 años de edad.....	58
Gráfico 4 _Distribución de la muestra de pacientes por género	58
.....	59
Gráfico5 Distribución de los dientes temporarios perdidos más frecuentemente en los niños de 6 a 8 años de edad	62
Gráfico 6 Distribución de la prevalencia de piezas extraídas entre los niños de 6 a 8 años de edad	64
Gráfico 7 Distribución por género de la prevalencia de extracciones	66
Gráfico 8 8 Distribución y frecuencia del índice ceo de los pacientes de 6 a 8 años.....	68

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexos N. 1 Hoja de registro de datos	73
Anexos N. 2 Tabla madre	74

RESUMEN

Problema: La caries dental es la enfermedad bucodental más común mundialmente, su origen es multifactorial, y según estudios es la principal causa de pérdida de piezas dentales, causando múltiples trastornos, por tal razón, es preciso quitar de la mente de los padres la idea muy arraigada de que “no vale la pena obturar los dientes temporales, porque después se cambian”.

Propósito: Determinar la Prevalencia de pérdida de dientes temporales por caries en niños de 6 a 8 años.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo en pacientes niños entre 6 a 8 años atendidos en la Clínica odontológica- UCSG durante el semestre A-2015. Se revisan las historias clínicas de los pacientes y se llena la hoja de registro para cada historia clínica, registrando la edad del paciente, su género, el índice ceo y señalando en el odontograma las piezas correspondientes a las exodoncias.

Resultados: Se observó que los niños de 6 años son los que más se han atendido en la clínica, y que las extracciones que con más frecuencia se hacen son de las piezas 75 y 74 con un 13% y 11% por ciento respectivamente, los niños de 8 años son los que tienen el mayor número de piezas extraídas, siendo la pieza 74 la de mayor frecuencia de extracción, en cuanto a la prevalencia de género comparten un 50% iguales.

Conclusión: Existe un alto porcentaje de niños con pérdidas prematuras 41%, en cuanto al género tienen resultados iguales, los dientes que más se pierden son los molares deciduos inferiores (74,75), que a la edad de 8 años tienen la mayoría de las exodoncias.

Recomendaciones: La prevención es muy importante considerando que son los niños de 6 años quienes más acuden a la Clínica, Agotar todos los posibles tratamientos antes de requerir a la extracción, derivación inmediata a los pacientes para ser tratados en ortodoncia si se debió proceder a la extracción.

Palabras Claves: dientes temporales o deciduos, caries, exodoncias, pérdida prematura.

Abstract

Problem: Tooth decay is the most common oral diseases worldwide , its origin is multifactorial , and according to studies is the leading cause of tooth loss , causing multiple disorders, for that reason , it is necessary to remove from the minds of parents deeply rooted notion that " not worth sealing deciduous teeth because then change."

Purpose: To determine the prevalence of loss of deciduous teeth caries in children 6 to 8 years

Materials and methods: A retrospective study was performed in patients' children between 6-8 years seen at the clinic during the semester odontológica- UCSG A- 2015. The medical records of patients are reviewed and the registration form for each medical record is full, recording the patient's age, gender, ceo index and pointing at the dental extractions corresponding to the pieces.

Results: It was observed that children 6 years old are the most were treated at the clinic, and withdrawals that are made more often are parts 75 and 74 with 13% and 11 % percent respectively children 8 are those having the largest number of extracted pieces, piece 74 being the highest extraction rate in the prevalence gender equal share 50 %.

Conclusion: A high percentage of children with premature loss 41%, in terms of gender have equal results, more teeth are lost are lower deciduous molars (74 75), which at the age of 8 years are most extractions.

Recommendations: Prevention is very important considering that they are children of six years who's come to the clinic, exhaust all possible treatments before calling upon extraction, immediate referral patients to be treated in orthodontics whether this was due to extraction.

Key words:

temporary or deciduous teeth , caries, extractions , premature loss

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

La dentición en los seres humanos se desarrolla en dos formas, la temporal, decidua o primaria y la permanente o secundaria. La dentición temporal, debe conservarse íntegra hasta el momento del recambio ya que mantienen el espacio que necesitarán los dientes permanentes para hacer erupción, la pérdida prematura de dientes temporales, es una causa fundamental que ocasiona en el futuro, la pérdida del equilibrio dentario, y hace que se produzca acortamiento de la longitud de arco, tratamientos protésicos tempranos, vicios perniciosos con la lengua y el sistema estomatognático sufre un desequilibrio, reflejado en maloclusiones, migración mesial y distal de los dientes, migración oclusal de los dientes antagonistas, dificultad para masticar y alimentarse, alteraciones foniátricas, una discrepancia en el desarrollo de los maxilares, erupción ectópica de los dientes permanentes, erupción de sus sucedáneos inmaduros, alteración en la secuencia de erupción, apiñamiento, dientes impactados, mordida cruzada, overjet y overbite excesivos, una mala relación molar o trastornos de la articulación temporomandibular.^{1,2}

Ortiz M. Farias M., Godoy S., Mata M., en el trabajo: "Pérdida prematura de dientes temporales en pacientes de 5 a 8 años de edad asistidos en la Clínica de Odontopediatría de la Universidad Gran Mariscal de Ayacucho, 2004-2005." Obtuvieron los siguientes resultados: Del total de dientes extraídos 345 la mayoría con 70,4% se extrajeron de manera prematura, solo el 29,65 reportó exodoncias a tiempo. Los dientes que con mayor frecuencia se extrajeron fueron los primeros y segundos molares temporales inferiores de ambos lados, de los cuales el primer molar inferior derecho obtuvo el mayor porcentaje con 12,5% y en segundo lugar se ubicó el segundo molar inferior derecho con 10,8%. La mayoría de los pacientes de 5 años de edad un 24,3% no presentaron exodoncias, mientras que en los de 6 años con 26,1% y en los de 7 años con 35,7% de edad predominó la exodoncia a tiempo de exfoliación, por el contrario en los de 8 años las exodoncias prematuras obtuvieron el mayor porcentaje 41,1%. Los pacientes sin exodoncia fueron en su mayoría del género femenino

55,5%, por el contrario dentro del grupo de pacientes con exodoncias a tiempo la mayoría fueron del género masculino con un 50,4%. Sin embargo, en los casos de exodoncias prematuras ambos géneros estuvieron casi en la misma proporción con menos de 1% de diferencia a favor del masculino. La causa más frecuente de las exodoncias prematuras en los pacientes de la muestra estudiada fue la caries con un 89,3%.¹

Según los estudios previos las causas más frecuentes que dan lugar a las pérdidas prematuras de dientes temporales son las caries, sus complicaciones pulpares y los traumatismos (3). La caries es una enfermedad de alta prevalencia en nuestro país y también está presente en edad preescolar, con destrucciones severas que provocan complicaciones pulpares, dolor y por esta razón, exodoncias prematuras.³

Siendo la caries una patología tan prevalente en nuestro país, es de gran importancia contribuir, desde distintos frentes, a su prevención. La relación entre caries y pérdida prematura, se debe a que la caries causa destrucción de los tejidos dentarios y en muchos casos la pérdida de piezas dentarias.³

1.1 JUSTIFICACIÓN

Por ser la pérdida prematura de dientes temporarios una de las principales causas de las alteraciones de la oclusión dental, lo que conlleva a futuro problemas disfuncionales tanto de la masticación, fonación y deglución, así como también problemas estéticos.

Por la falta de datos estadísticos respecto del número de pacientes infantiles de edades comprendida entre los 6 y 8 años de edad asistidos en la clínica de Odontología de la UCSG, así como de los tipos de afecciones más prevalentes nos motiva a realizar el siguiente trabajo de investigación.

Los beneficiarios de esta investigación serán en primer lugar la población infantil asistida en la clínica, pues al contar con datos estadísticos se podrá realizar un

seguimiento de su estado de salud, también se beneficiarán los estudiantes del pregrado pues ellos tendrán una base estadística de donde poder empezar a realizar diferentes tipos de investigaciones y podrán utilizar este trabajo como referente de consulta.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de pérdida de dientes temporales por caries en niños de 6 a 8 años en Clínica de Odontología de la UCSG, semestre A-2015.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar el índice ceo en niños de 6 a 8 años que asistieron a la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil en el semestre A-2015.
2. Determinar la frecuencia de atención a niños de 6 a 8 años en la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil en el semestre A-2015.
3. Determinar cuáles son los dientes temporarios más frecuentemente perdidos en los niños de 6 a 8 años que asistieron a la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil en el semestre A-2015.
4. Determinar la edad con mayor prevalencia de pérdida de piezas temporarias en niños de 6 a 8 años que asistieron a la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil en el semestre A-2015.
5. Determinar el género en el que se observa mayor número de piezas extraídas por caries dental en los niños de 6 a 8 años que asistieron a la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil en el semestre A-2015.

6. Determinar el género con menor prevalencia de extracciones de piezas temporarias en niños de 6 a 8 años que asistieron a la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil en el semestre A-2015.

1.4. DIVISIÓN DE VARIABLES

Dependientes

Perdida prematura dientes temporales: Dientes perdidos antes de su exfoliación natural.

Independientes

Caries dental: Enfermedad multifactorial en la que se destruyen los tejidos del diente como consecuencia de la desmineralización provocada por la placa bacteriana.

Interviniente

Género: término técnico específico en ciencias sociales que alude al «conjunto de características diferenciadas que cada sociedad asigna a hombres y mujeres.

Edad: es el tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.

1.4.1. CONCEPTUALIZACIÓN O DEFINICIÓN DE LA VARIABLE

DENOMINACIÓN DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN DE LA VARIABLE	DIMENSIÓN DE LA VARIABLE	INDICADORES						
<u>VARIABLE DEPENDIENTE</u> Perdida prematura dientes temporales	Dientes perdidos antes de su exfoliación natural								
<u>VARIABLE INDEPENDIENTE</u>		Se dimensionará a través de la siguiente medida:							
Caries dental	Enfermedad multifactorial en la que se destruyen los tejidos del diente como consecuencia de la desmineralización provocada por la placa bacteriana.	INDICE CEO ²⁰ Índice en el que se obtiene la sumatoria de los dientes temporales cariados, extraídos y obturados	<table border="1"> <tr> <td>c</td> <td>e</td> <td>o</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	c	e	o			
c	e	o							
<u>VARIABLE INTERVINIENTE</u>									
Género	término técnico	Hoja de registro	Femenino Masculino						

	específico en ciencias sociales que alude al «conjunto de características diferenciadas que cada sociedad <i>signa</i> a hombres y mujeres		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Edad	es el tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo	Historia Clínica de la UCSG	Edad <input type="checkbox"/>

Capítulo 2: Marco Teórico

2.1 Dentición decidua o temporal

La dentición temprana o decidua consta de 20 piezas, las cuales son: 2 incisivos centrales superiores, 2 incisivos centrales inferiores, 2 incisivos laterales superiores, 2 incisivos laterales inferiores, 2 caninos superiores, 2 caninos inferiores, 4 molares inferiores y 4 molares superiores.²²

A los seis meses erupciona el primer diente y el último diente erupciona a los 24 meses, siendo normal que se complete cumplido los 30 meses. Para que los dientes deciduos erupcionen, el diente perfora la encía, esta perforación ocurre para algunos niños sin mayor dificultad; y otros niños presentan síntomas locales de diferente intensidad. El niño presenta inflamación local unos pocos días antes de la erupción, el niño necesita morder con sus encías lo que encuentre. La encía se torna blanquecina en el lugar donde el diente saldrá, después de la erupción se retrae la encía, la corona se hace visible y la irritación desaparece.^{6,22,23}

Los gérmenes de los dientes deciduos en los maxilares forman un arco, que facilita su colocación, en la dentición permanente su colocación depende de varios factores externos, como sería una pérdida de espacio en la longitud de arco debido a una pérdida prematura de un diente deciduo.⁶

2.1.1 Cronología de erupción

La cronología de erupción de dientes temporales o deciduos está más determinada por la genética, que la erupción de los dientes definitivos.²²

La cronología de erupción varía por la influencia de factores como la raza, nutrición, zona geográfica, sexo, entre otros. Por tal razón no se puede precisar fechas para la erupción dentaria, y se debe considerar estos márgenes entre una persona a otra.²³

A los seis meses se inicia la erupción de la dentición primaria o decidua, existen erupciones más tempranas a los 4 meses o tardías después de los 12 meses.²²

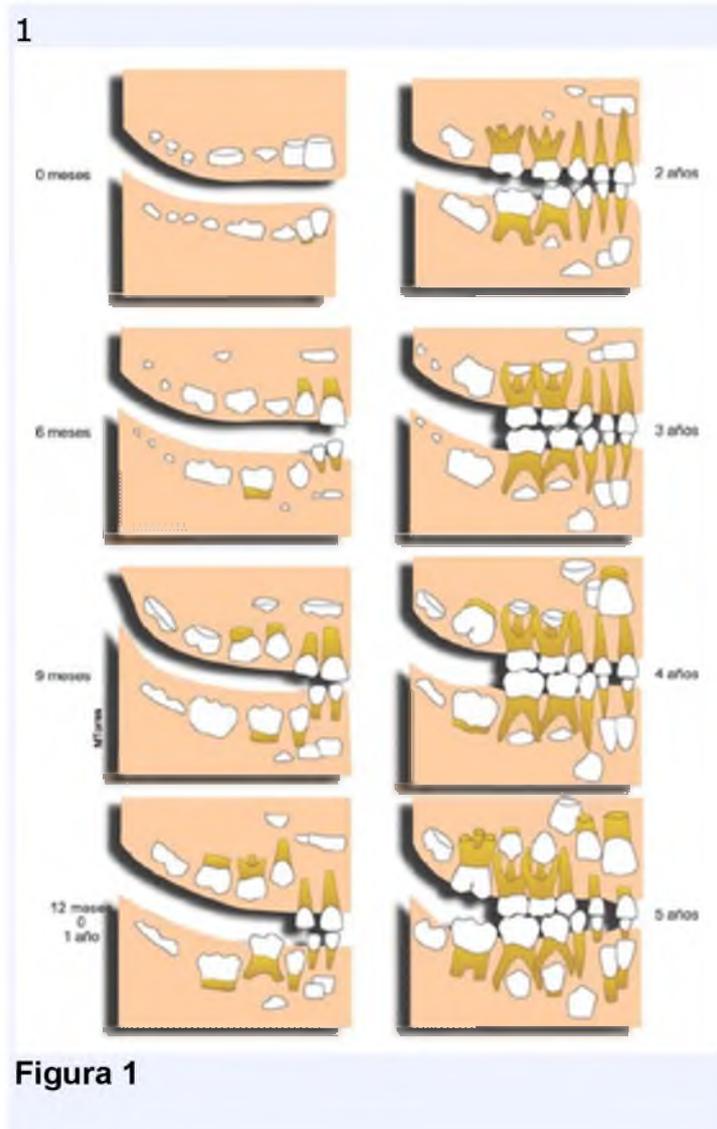


Figura no.1 Representación esquemática del proceso de calcificación y erupción de la dentición primaria. Martha Torres 2009.³

Hay tres etapas ininterrumpidas durante la erupción dental:

Etapa NO. 1:

1. Erupción de los centrales inferiores
2. Erupción de los centrales superiores

Hay un tiempo de dos a tres meses intermedio entre estas dos erupciones, y, posteriormente un tiempo de entre cuatro y seis meses de espera.²²

Etapa NO. 2:

1. Erupción de los primeros molares inferiores
2. Erupción de los primeros molares superiores
3. Erupción de los caninos inferiores
4. Erupción de los caninos superiores.

Esta etapa inicia a los doce meses y, posteriormente hay de cuatro a seis meses de espera.²²

Etapa NO.3:

1. Erupción de los segundos molares inferiores a los 20 meses
2. Erupción de los segundos molares superiores a los 24 meses.

Alrededor de los treinta meses de vida se completa la dentición temporal. ²²

Diente Primario	Comienza formación tej. duro	Cantidad de esmalte al nacimiento	Esmalte terminado	Erupción	Raíz terminada
SUPERIOR					
Incisivo Central	4 meses v.l.	5/6	1 1/2 meses	7 1/2 meses	1 1/2 años
Incisivo Lateral	4 1/2 m.v.l.	2/3	2 1/2	9 m.	2 a.
Canino	5 m.v.l.	1/3	9 m.	18 m.	3 1/4 a.
Primer Molar	5 m.v.l.	Cúspides unidad	6 m.	14 m.	2 1/2 a.
Segundo Molar	6 m.v.l.	Vértices cuspidos aislados	11 m.	24 m.	3 a.
INFERIOR					
Incisivo Central	4 1/2 m.v.l.	3/5	2 1/2	8 m.	1 1/2 a.
Incisivo Lateral	4 1/2 m.v.l.	3/5	3 m.	7 m.	1 1/2 a.
Caninos	5 m.v.l.	1/3	9 m.	18 m.	3 1/4 a.
Prime Molar	5 m.v.l.	Cúspides unidad	5 1/2	12 m.	2 1/4 a.
Segundo Molar	6 m.v.l.	Vértice cuspidos aislados	10 m.	20 m.	3 a.

Figura 2

Figura No. 2 Modificación de la cronología de la dentición humana en dientes temporales de Logan y Kronfeld (Lunt y Law 1974). Martha Torres 2009.³

En la dentición primaria frecuentemente se observa dos tipos de espacios:

- Entre los incisivos laterales y caninos superiores primarios
- Entre los caninos y molares primarios inferiores

Estos espacios o diastemas fueron llamados “espacios primates” en la dentición temporal.²³



Figura 3

Fig. 3 Espacio primate. Espacio entre los caninos y el primer molar primario en el arco inferior y entre incisivo lateral y el canino primario en el arco superior. Martha Torres 2009.³

2.1.2 Sustitución de la dentición temporal

Este proceso es un mecanismo fisiológico que concluye una vez que todos los dientes temporales hayan sido sustituidos con los dientes permanentes o definitivos.

La sustitución se lleva a cabo por la exfoliación de los dientes temporales, es decir la reabsorción progresiva de las raíces.¹



Figura 4

FIGURA N· 4 Secuencia de sustitución de la dentición temporal por la permanente, en ambos maxilares. Fuente: Ortiz 2005.¹

2.1.3 Dentición mixta

Inicia:

Erupción del primer molar permanente inferior a los seis años.

Termina:

Cuando la dentición primaria no está por completo y solo están los dientes permanentes, a los doce años.²²

2.2 Caries



Figura 5

Figura No. 5 Presencia de caries en el sector anterior. Tomado de D' Escriván de Saturno. 2010.³¹

Caries es una palabra que tiene origen latino, y significa “degradación”. Comienza como un reblandecimiento de estos tejidos, ocasionada por la pérdida parcial del tejido mineralizado, y a continuación con el daño total del tejido.⁷

La caries es una enfermedad infecto-contagiosa que ataca a los tejidos duros del diente, enfermedad multifactorial, destructiva, que puede terminar con la destrucción total de un diente y del conjunto de dientes de la cavidad oral.⁷

La Organización Mundial para la Salud la define como "un proceso patológico localizado, post-eruptivo, de origen externo, que produce el reblandecimiento del tejido dentario duro, y que conduce a la formación de una cavidad".⁷

La enfermedad de las caries es un proceso patológico donde cada persona presenta características únicas que le permiten contraer la enfermedad y a su vez que se desarrolle.⁷

Se considera a un paciente que tiene riesgo de caries, cuando presenta características genéticas y ambientales que lo predisponen a contraer la enfermedad.⁷

2.2.1 Factores etiológicos

La caries dental constituye una de las enfermedades más frecuentes del ser humano. Su etiología a través de la historia no tuvo mayor relevancia, hasta que W.D Miller, en 1890, refiere la patogénesis de la caries dental como el resultado esencial de la actividad de ciertos microorganismos capaces de producir ácidos y llegar a la descalcificación del esmalte y la disolución del residuo reblandecido.⁷

J.L Williams, en 1897, describe la presencia de bacterias acumuladas sobre la superficie del esmalte englobadas en una sustancia gelatinosa, reafirmando la teoría químico - parasitaria de Miller y postulando su participación en el desarrollo de la enfermedad.⁷

G.V Black es el primer autor que denomina a esa enfermedad, placa gelatinosa microbiana, sin poder definir su origen ni naturaleza.⁷

J.K. Clarke, en 1924, determina que la caries es originada por un microorganismo, que describe como *Streptococcus mutans*.⁷

P.H Keyes, en 1960, demuestra que la caries dental en animales de experimentación es una enfermedad infecciosa y transmisible.⁷

R.J Fitzgerald y P.H Keyes, en 1965, enuncian que el proceso de caries se debe a la interrelación microorganismo - huésped - dieta.⁷

E. Newbrun, en 1978, propone que, además de estos tres factores, deberá tenerse en cuenta un parámetro más, el tiempo.⁷

W.H. Bowen, en 1981, demuestra una correlación genérica en la cantidad de caries entre hijos y madres, iniciando el criterio actual de los microorganismos productores de caries derivan de la primera persona en contacto más íntimo con el neonato, de modo que, si la madre del recién nacido tiene lesiones cariosas

activas, transmitirá con mayor probabilidad la flora ecológica cariogénica al hijo, que la que se encuentre libre de caries.⁷

De ahí que, para que una caries se inicie, será necesario que existan condiciones favorables en cada uno de los factores, es decir que, exista un huésped susceptible, una flora bucal ecológicamente cariogénica que actúe durante un periodo de tiempo suficiente y determinado, y una dieta que favorezca y que permanezca un tiempo.⁷

La carie dental es una enfermedad de los tejidos calcificados del diente provocada por los ácidos resultantes de la acción de microorganismos sobre los hidratos de carbono. La caries es una enfermedad crónica, infecciosa y multifactorial, e intervienen el factor huésped, los microorganismos y la dieta, más el tiempo.⁷

En los dientes temporales, la carie tiene una secuencia de ataque con un patrón específico: primero los molares inferiores, luego los molares superiores y los dientes antero-superiores. Excepto en los casos con caries fulminante y caries por lactancia.⁷

En dentición mixta, con la erupción del primer molar permanente, la carie ya se encuentra a menudo con fisuras y fosas oclusales afectadas, así como defectos que se deberá restaurar o tapar para prevenir las lesiones extensas de las caries.⁷

Sobre la carie dental fulminante, no existe una definición precisa, ni del cuadro clínico de este proceso. Por lo general, se acepta que ésta es, relativamente reciente. Massler define la carie dental fulminante como "un tipo de caries de aparición brusca, muy extendida y de efectos socavadores, la cual provoca una afectación precoz de la pulpa dental, que altera dientes, en principio, inmunes a la caries habitual".⁷

2.2.2 Epidemiología

Una de las enfermedades con mayor prevalencia es la caries dental. Afecta a personas de cualquier edad, sexo, raza, nivel social, nivel económico, teniendo una mayor prevalencia en la población de bajo nivel social y económico, debido básicamente a su bajo acceso a la educación, que se traduce en mala higiene y dieta cariogénica (alto contenido de sacarosa).⁷

La caries dental afecta a las sociedades por que representa pérdidas económicas y el dolor que provoca puede disminuir y hasta invalidar a una persona en su trabajo diario.⁷

En la actualidad, se observa una tendencia a la disminución de la prevalencia de la enfermedad, en aquellos países que han puesto en práctica, programas preventivos adecuados y gozan de un mayor nivel de desarrollo económico, educativo y socio-sanitario. ⁷

2.2.3 Etiopatogénia

En la formación de la caries intervienen cuatro factores que interactúan entre sí, así tenemos a los microorganismos, dieta, tiempo, huésped.

Los microorganismos:

La placa bacteriana o placa dental

Es una acumulación microbiana rica en bacterias aerobias y anaerobias, que se adhiere a la superficie de los dientes o se localiza en el espacio gingivo-dental.⁷

De consistencia blanda, es un acumulo adherente, mate blanco-amarillento localizada en la superficie de los dientes.⁷

Tarda algunas horas en formarse, y a diferencia de la materia alba no puede eliminarse con agua a presión.⁷

La placa bacteriana es única para cada individuo, y su localización anatómica también varía para cada individuo, suele no aparecer en las superficies de fricción.⁷

Película adquirida exógena. Se forma de manera espontánea en la superficie de los dientes, como una capa insoluble.⁷

Es de origen salival, no contiene elementos celulares, se forma por la absorción de proteínas salivales en la superficie de la hidroxiapatita.⁷

Su función es protectora, oponiéndose a la descalcificación del diente y contradictoriamente tiene una acción destructora por permitir los ácidos en contacto con el esmalte, favoreciendo a la colonización bacteriana.⁷

Matriz su origen fundamentalmente es bacteriano, con restos de lisis de bacterias.

Bacterias Gran variedad. Existen más de 100 especies bacterianas colonizando la cavidad bucal.

Las bacterias cariogénicas principales son las siguientes:

- Streptococcus: mutans, sobrinus, sanguis, salivarius.
- Lactobacillus: acidophilus, casei.
- Actinomyces: viscosus, naeslundii.

Formación de la placa bacteriana

Al entrar en contacto la superficie limpia de un diente con el ambiente de la cavidad oral, a las 4 horas se produce el depósito de la película adquirida exógena, que se coloca de manera desigual sobre el esmalte. Con pocas bacterias, casi todas cocos o cocobacilos, situadas en localidades poco profundas.⁷

Pasadas las 8 horas, el grosor de la película incrementa, y la colonización por las bacterias de la superficie se retrasa. Pocos microorganismos se instalan en su superficie.⁷

Durante las siguientes 12 horas se presenta una monocapa con bacterias esparciéndose sobre la superficie no hay un rápido incremento del número de bacterias observado como resultado de la división celular.⁷

Al final del primer día, están presentes microorganismos cocos, coco-bacilos como una sábana que casi cubre la totalidad de la superficie del diente. A continuación se incrementa el número de las colonias en grosor.⁷

A las dos o tres semanas la estructura es organizada, una capa interna y una externa, la interna con microorganismos apretados y la externa es una estructura menos compacta con numerosos filamentos.⁷

Acidogénesis de la placa dental

El mecanismo etiopatogénico de la caries es la acidogénesis de la placa dental, en el cual participan la combinación de las bacterias especialmente el *Streptococcus mutans*, y la sacarosa.⁷

De manera gráfica sería:

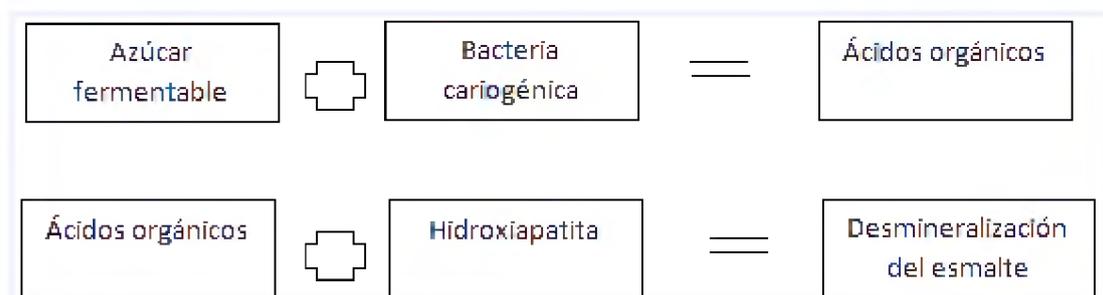


Figura 6

FIGURA N. 6 Desmineralización del esmalte Fuente: Hernández J 2010.⁷

Substrato

Los carbohidratos de absorción rápida, son predisponentes a lesiones cariosas.

El azúcar, es un excelente conservante y está presente en alimentos, los principales son sacarosa, glucosa, fructuosa, maltosa.

La sacarosa tiene importancia en la lesión cariosa.

Los frutos secos tienen alto riesgo de caries.

Los alimentos que contienen almidón tienen bajo potencial cariogénico a menos que sean consumidos con frecuencia.³³

Concentración

El aumento en la concentración de azúcar produce un incremento de la formación de ácidos, por lo que la cariogenicidad aumentará con el incremento de la concentración de azúcares de la dieta.⁷

El mayor incremento en la incidencia de caries se observa cuando la concentración de azúcar en la dieta supera el 20%.⁷

Frecuencia

Entre los factores relacionados con la dieta, la frecuencia es la que presenta mayor importancia.³³

La frecuencia de ingestión de azúcar tiene más influencia en el desarrollo de caries que el total consumido.³³

La disminución del pH de unos 30 minutos de duración, ocurre cuando se consume cualquier dulce. La suma de estos intervalos de tiempo en los que se desmineraliza el esmalte aumenta con la frecuencia de las ingestas.⁷

Huésped

Se refiere a los factores del huésped que afectan fundamentalmente la solubilidad de los componentes duros del diente.⁷

La saliva y su acceso al esmalte del diente son factores importantes para el mantenimiento de la estructura dental.⁷

Saliva

La saliva cumple funciones en la cavidad oral como son la lubricación de boca, ayuda a la digestión de alimentos, ayuda además al habla, protege a los dientes de las caries porque neutraliza los ácidos generados por la fermentación de los hidratos de carbono porque al contener calcio y fosfato contribuyen en la remineralización del esmalte.

La velocidad y cantidad de flujo de saliva favorece la limpieza de sustratos bacterianos.

Se ha considerado que el papel que juega la saliva contra la caries dental es principalmente por su velocidad y cantidad de flujo, favorece la limpieza de sustratos bacterianos y protegiendo las superficies bucales gracias a su capacidad amortiguadora, a las sustancias que incrementan el pH y a los agentes biológicos antimicrobianos presentes en su composición.³⁴

La ruptura del equilibrio puede producirse por:

Saliva con disminución de su poder protector, bien por la reducción de su secreción en las xerostomías.⁷

Aporte excesivo y repetido de azúcares, con formación de ácidos a intervalos tan próximos que exceden la capacidad de los mecanismos de remineralización.⁷

Flúor

El mecanismo de acción del flúor es múltiple:

Si se consume en cantidades adecuadas aumenta mineralización dental, reduciendo el riesgo y la prevalencia de las caries, ayuda al esmalte en todas las etapas de su vida a la remineralización.⁷

El fluoruro, altera la colonización de bacterias, su crecimiento y fermentación al estar presente en la saliva, en el esmalte o en la placa bacteriana.⁷

2.2.4 El desbalance de las caries

Para predecir la ocurrencia de la caries Featherstone y colaboradores, en 2007 propusieron tres categorías de variables: indicadores de riesgo, factores de riesgo y factores protectores.⁷

Indicadores de riesgo

- Cuando presenta lesiones de mancha blanca en superficies lisas
- Caries interproximales que se vean radiográficamente
- Caries que se ven radiográficamente en cavidades con compromiso de dentina
- Restauraciones colocadas en años anteriores que correspondan a enfermedad de caries.⁷

Los factores de riesgo

Se refiere a los indicadores de que estamos próximos a tener lesiones de caries, nos alarman para hacer correcciones y son:

- Malos hábitos relacionados a higiene y a alimentación.
- Presencia de bacterias cariogénicas.
- La saliva, escasa producción o nula.

Tanto los indicadores y factores de riesgo incrementan la posibilidad de la enfermedad de caries.⁷

Los factores protectores

Incluyen todos los posibles productos, hábitos, factores socio-económicos, y tenemos:

- Utilización de pastas dentales con flúor.
- Utilización de aplicaciones tópicas de flúor.
- Utilización de sellantes.
- Cepillado dental efectivo.
- Utilización de enjuaje bucal.⁷

2.2.5 Clasificación de las caries

Las caries se presentan en determinadas zonas de predilección que, descritas como nichos microbiológicos, son las siguientes:

Zonas de retención bacteriana adherentes, y de difícil acceso durante la autolimpieza bucal (fisuras y pequeñas cavidades).⁷

Zonas de retención de volúmenes relativamente grandes de restos alimenticios que contienen azúcares (zonas interproximales).⁷

Zonas cuyas condiciones son especialmente favorables para el desarrollo de las bacterias formadoras de ácidos, y a la vez tolerantes a dichos ácidos (tercio gingival de las superficies libres, y superficies radiculares).⁷

Según las zonas preferentes de ubicación de los nichos microbiológicos, podemos clasificarlas en:

Caries de fosas y fisuras.

Este tipo de caries se encuentran mayormente en los dientes posteriores, se observan como una línea negra, para poder diagnosticarlas se quiere radiografías, la inspección visual y la exploración con la sonda.

A la inspección visual la lesión se manifiesta con cambio de color oscuro o blanquecino. Oscuro se verá en el fondo y blanquecino en las paredes.⁷

Caries Interproximales.

En sus inicios es difícil que puedan detectarse clínicamente, es por ello que la radiografía es una herramienta indispensable. Cuando es más avanzada estas lesiones causan desgaste del esmalte visible y cambio de coloración a oscura o grisácea.⁷

Caries de superficies lisas.

La lesión cariosa puede ser detectada desde los estadios más precoces. La descalcificación al inicio provoca un aumento de la porosidad del esmalte que se puede observar como una pérdida de transparencia y cambios en la textura de la superficie.⁷

Caries de Biberón

Se refiere a las caries que se presentan en los niños que toman biberón, sobre todo de leche, jugos, gaseosas con azúcar fermentable, que son consumidos durante el día o durante la noche y que provocan una destrucción rápida de los dientes deciduos.⁷

En relación con su profundidad, las caries pueden estar en:

Caries de esmalte.

Mancha blanca, que se aprecia clínicamente por la desmineralización inicial.⁷

Si este proceso no es totalmente contrarrestado por los fenómenos de remineralización se produce un aumento de la porosidad del esmalte, que finalmente forma una cavidad.⁷

Caries de Dentina.

El grupo de investigación del Prof. Fusayama describieron que las caries dentinaria está formada por dos capas:³¹

Dentina infectada, es la capa superficial severamente descalcificada y no se puede re mineralizar fisiológicamente.³¹

Dentina afectada, es la capa profunda en la que la descalcificación es moderada, también llamada detenida.³¹

Estos autores describieron que clínicamente por su tinción selectiva con fucsina básica al 0,5% en propilenglicol, la dentina afectada no se tiñe.³¹

Caries de cemento.

Se produce en la superficie de la zona expuesta donde haya encía retraída, como consecuencia de la desmineralización del cemento y posteriormente de la dentina subyacente. Superficialmente tiende a seguir el contorno de la encía.⁷

Como cualquier otra enfermedad infecciosa, la capacidad destructiva dependerá principalmente de:

La capacidad estructural local de los tejidos, para resistir las fuerzas agresoras. Las defensas sistémicas o factores inmunológicos del huésped contra la infección.

La virulencia de los microorganismos.⁷

2.3 Pérdida prematura de dientes temporales



Figura 7

Figura NO. 7 Pérdida Prematura múltiple de dientes temporales Tomado de D' Escriván de Saturno 2010.³¹

Según Moyers la pérdida prematura de dientes primarios se refiere, al estadio de desarrollo del diente permanente que va a reemplazar el diente temporal perdido. Otros autores se refieren a la pérdida prematura de un diente primario cuando esta se realiza antes del tiempo de exfoliación natural.¹

Pérdida prematura. - Cuando los dientes temporales son extraídos antes de su tiempo y causan cambios en la longitud de arco dejando alterado el espacio para la erupción del diente sucedáneo.¹

Pérdida temprana: Cuando los dientes temporales son extraídos antes de su tiempo y causan alteración en la longitud de arco.¹

El procedimiento de extracción de dientes temporales se puede llevar a cabo para aliviar una maloclusión.¹

2.3.1 Exodoncia

Todo diente que constituye un foco infeccioso y no tiene tratamiento es considerado para el procedimiento de extracción o exodoncia.¹

Para proceder a una exodoncia se debe valorar la predisposición de colaboración de los padres a la hora de proponer un tratamiento, será preferible la exodoncia del diente lesionado en caso de no contar con la favorable actitud de los padres.²²

Para considerar la extracción de un diente es indispensable el uso de radiografías, que permiten ver el germen subyacente en desarrollo del diente deciduo a extraer.²²

Importante considerar:

- Presencia y ubicación del permanente,
- Formación y tamaño de la raíz del diente deciduo a extraerse.¹

Si la extracción se hace antes de los dos o tres años de edad el niño tendrá retraso de la erupción permanente.²²

2.3.1.1 Indicaciones para exodoncias de dientes temporales

No se debe realizar extracción de un diente deciduo que este íntegro y sin movilidad en boca. A menos que presente una imagen radiográfica que demuestre la necesidad de exodoncia.¹

La extracción está indicada:

1. En caso de absceso dentoalveolar agudo con celulitis.
2. En presencia de infecciones que no se pueden tratar.
3. Cuando no sea posible restaurarlos, y la destrucción alcanza la furca.

4. Si interfiere con la erupción normal del permanente sucedáneo.
5. Cuando el temporal este impidiendo la erupción del permanente por estar anquilosado.
6. En caso de necesitar tratamiento con radiación para evitar infecciones en el hueso .¹

2.3.1.2 Causas de la pérdida prematura de dientes deciduos

Las causas de la pérdida prematura de un diente temporal son: ¹

- Patologías orales como: **caries**, periodontitis, resorciones radiculares.
- Traumatismos, donde la zona más afectada suele ser la anterosuperior.
- Violencia familiar, asaltos.
- Malos hábitos orales, que producen movilidad dentaria como chuparse el dedo, mordida de labio inferior.
- Macroglosia y micrognatia.
- Raíces demasiadas cortas que favorecen la pérdida.
- Enfermedades sistémicas como: neutropenia, diabetes, síndrome de Páilon.
- Iatrogenias en procedimientos odontológicos.

La mayoría de las pérdidas prematuras de dientes anteriores es por traumatismos mientras que los posteriores es por caries dental.¹

2.3.2 Consideraciones

La extracción de un molar primario:

- en una etapa muy temprana retrasa la erupción del diente permanente.
- en una etapa tardía acelera la erupción del permanente y hace innecesaria la conservación de espacio.

Es indispensable el uso de radiografías panorámicas o periapicales para el análisis del desarrollo radicular y el hueso alveolar que cubre el diente permanente que no ha brotado, nos da una clara imagen de si la erupción dental está retrasada.

El diente permanente empieza a erupcionar cuando ha concluido la primera mitad del desarrollo radicular. En términos de cobertura de hueso alveolar, es preciso prever que pasarán aproximadamente seis meses por cada milímetro de hueso que cubra al permanente. Si hay hueso que recubra la corona, puede predecirse fácilmente que la erupción no se producirá en varios meses, en estos casos es necesario la conservación del espacio, a menos que haya espacio suficiente en el arco para que la reducción de 1 o 2 mm de espacio y no se ponga en riesgo la erupción del permanente.¹

Antes de hacer una exodoncia de dientes deciduos por caries, se debe realizar un estudio minucioso de la longitud de arco para determinar la necesidad del uso del mantenedor de espacio.¹

2.3.2.1 Pérdida prematura del primer molar deciduo

Si la exodoncia de los molares temporales ocurre después de los 5 años de edad habrá disminución en el retardo de la erupción de los premolares.¹

2.3.2.2 Pérdida prematura del segundo molar deciduo

Provoca la mesialización del primer molar permanente y dejará atrapados los segundos premolares en erupción.¹



Figura 8

Figura NO. 8 Pérdida prematura del 85. Tomado de D' Escriván de Saturno. 2010.³¹

2.3.2.3 Pérdida total de dentición temporal

La pérdida total de dientes deciduos va a requerir de un equipo interdisciplinario, no sucede muy a menudo y produce entre otros perjuicios trastornos psicológicos, alteraciones en la cronología de la erupción, cambios en la función masticatoria, digestiva, del habla.¹

2.3.3 Consecuencias de la pérdida prematura de dientes deciduos



Figura 9

Figura NO. 9 Disminución del espacio del 45 y de la longitud del arco debido a la Pérdida Prematura del 85. Ortiz, 2009.

La pérdida prematura de dientes temporales está asociada con la consecuencia de maloclusiones Clase I.¹

Después de la pérdida prematura de los dientes temporales se observa:

- inclinación y migración de los dientes vecinos.
- disminución del espacio para el sucesor permanente.
- disminución del perímetro del arco.
- malposiciones dentarias.
- Apiñamientos.
- diastemas y alteraciones de oclusión.
- alteración en el plano oclusal.
- pérdida de la dimensión vertical.
- cambios en la altura del hueso alveolar.
- queratinización en la mucosa gingival.
- cambios en la función masticatoria.
- cambios en la función estomacal.
- traumas psicológicos.
- hábitos perniciosos (interposición lingual en espacio edéntulo).
- erupciones ectópicas de dientes permanentes.
- alteraciones en el desarrollo fonético.
- desviación de la línea media, y asimetría dental. ¹



Figura 10

Figura No. 10 Queratinización de la mucosa. Tomado de D' Escriván de Saturno. 2010.³¹

2.3.4 Estrategias de tratamiento

Tratamiento preventivo para evitar las exodoncias prematuras de dientes temporales.

Una vez que un diente temporal tiene caries con compromiso de varias superficies o que haya sufrido un traumatismo, que afecte la salud pulpar y mientras no corresponda su normal exfoliación, se debe evitar la extracción del mismo.¹

Diferentes tratamientos pulpares:

- Recubrimiento pulpar indirecto.
- Recubrimiento pulpar directo.
- Pulpotomía.
- Pulpectomía.¹

Coronas en dientes temporales

Se utilizan generalmente después de un tratamiento de endodoncia, en dientes anteriores y posteriores cuando han perdido gran parte de su superficie .¹

Férulas

Son placas que se utilizan para estabilizar un diente traumatizado o con problema periodontal.¹

Tratamiento de la pérdida prematura de los dientes deciduos

A través de los métodos diagnósticos como el examen clínico, radiográfico, modelos de estudio, se evalúa el tipo de tratamiento que se va a realizar.¹

Es importante tener en cuenta que el espacio se cierra durante los primeros 6 meses después de la extracción, en que estadio se encuentra el diente permanente por la variabilidad, el hueso que cubre el diente no erupcionado, es decir si hay hueso sobre la corona de los dientes, esto ayuda a predecir ya que tarda de cuatro a seis meses para moverse un milímetro en el hueso.¹

La cronología de erupción de los dientes: Se debe observar la relación de estos dientes en desarrollo y la erupción de los que se encuentran adyacentes al espacio creado por la pérdida prematura.¹

A veces se observan dientes permanentes retardados en su desarrollo y consecuentemente en su erupción.¹

Decidir entre permitir que el espacio se cierre o colocar una prótesis fija.¹

Mantenedores de espacio

A cada paciente de manera personalizada se le diseñan aparatos intraorales que se realizan con el propósito de evitar la pérdida del espacio disponible en la arcada.

Los mantenedores de espacio pueden ser removibles o fijos.¹

Razones para la utilización de mantenedor de espacio:

- Por estética.
- Para evitar apiñamientos.
- Para evitar hábitos.
- Para Mantener la dimensión vertical
- Para mantener la Oclusión.

- Para Mantener la función.

Se recomienda su uso:

- Cuando el sucesor permanente está presente y es normal su desarrollo.
- Cuando la longitud del arco no se ha acortado.
- Cuando pueden desarrollarse hábitos como lengua protráctil.
- Cuando la articulación molar o canina no ha sido afectada.
- Cuando se pierden los molares primarios prematuramente,
- Cuando hay una erupción favorable del análisis de dentición mixta.
- Por razones estéticas, en casos de ausencias congénitas, en el que se necesite conservar el espacio para una futura prótesis ¹

No se recomienda su uso:

- Cuando el sucesor permanente está ausente congénitamente. ¹

Clasificación de los mantenedores de espacio:

- Incisivos, caninos, molares o múltiples
- Funcionales o no funcionales.
- Fijos: sólo los puede retirar el odontólogo, y removibles: el propio paciente se los puede quitar.
- Activos y pasivos. ¹

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

3.1 MATERIALES

- Historias clínicas
- Lápiz
- Lápiz bicolor
- Borrador
- Hojas A4
- Esferográficas
- Calculadora
- Impresora
- Tinta
- Internet

3.1.1 LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio se realizará en la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

3.1.2 PERIODO DE LA INVESTIGACIÓN

Semestre A- 2015

3.1.3 RECURSOS EMPLEADOS

3.1.3.1 RECURSOS HUMANOS

- Investigador: Ximena Nájera Gordillo.

- Tutora: Doctor José Fernando Pino.
- Tutora Metodológica: Doctora María Angélica Terreros.
- Asesor de Estadística: Ing. Kevin Flores.

3.1.3.2 RECURSOS FÍSICOS

- Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

3.1.4 UNIVERSO

Niños que acudieron a la Clínica de Odontología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil en el semestre A-2015.

3.1.5 MUESTRA

Niños que acudieron a la Clínica de Odontología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil en el semestre A-2015 entre 6 y 8 años.

3.1.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Historia Clínica de niños que acudieron a la clínica de Odontología de la UCSG en el semestre A-2015
- Historia clínica de pacientes entre 6 y 8 años
- Historia clínica de pacientes de ambos sexos

3.1.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Historias clínicas con datos incompletos o poco claros.

4. MÉTODOS

4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Retrospectivo

4.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN, SEGÚN EL ANÁLISIS Y ALCANCE DE LOS RESULTADOS

Descriptivo

4.2.1 Procedimientos

- Recolección de Historias clínicas de pacientes atendidos en el semestre A-2015 de entre 6 y 8 años de edad.
- Se realizará una hoja de registro para cada historia clínica
- Se realizará una revisión a cada historia clínica para determinar el índice ceo
- Se registrará el valor correspondiente a las extracciones indicadas de acuerdo al índice ceo
- Se registrará el número de la pieza ausente señaladas en el odontograma
- Se registrará el número de la pieza señaladas en el odontograma indicadas para extracción
- Se establecerán resultados y conclusiones sobre la prevalencia pérdidas de piezas dentales por caries.

5. RESULTADOS

5.1 Distribución de la **prevalencia de pérdidas prematuras** de dientes temporales por caries en los niños de 6 a 8 años que asistieron a la Clínica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil en el semestre A-2015.

EXODONCIAS PREMATURAS	GENERO		TOTAL
	MASCULINO	FEMENINO	
SI	29	27	56
NO	42	43	85
TOTAL	71	70	141

Cuadros 1

Fuente: Historias clínicas de pacientes de la clínica de la UCSG semestre A-2015.

Gráfico NO. 1 Prevalencia de pérdidas prematuras de dientes temporales en niños de 6 a 8 años que asisten a la Clínica Odontológica de la UCSG, semestre A-2015

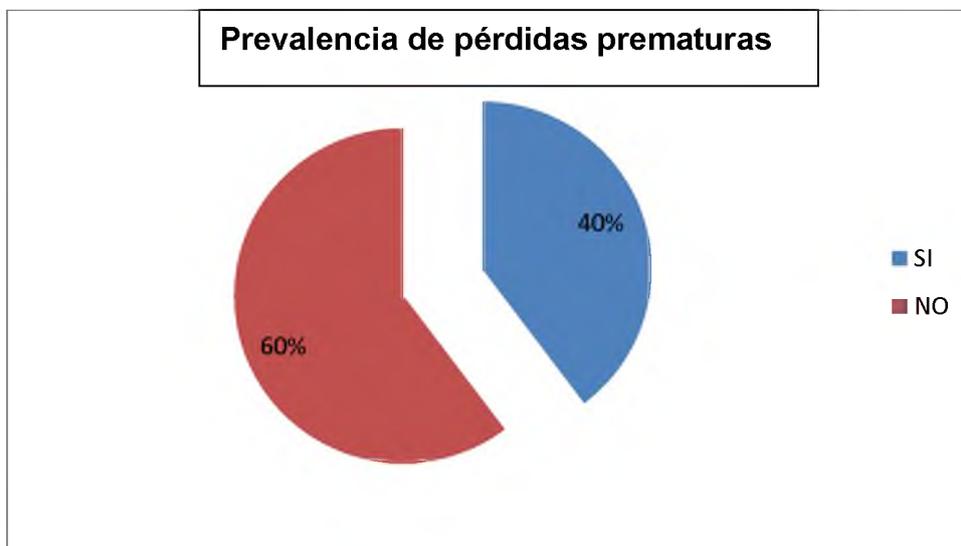


Gráfico 1

Análisis y discusión: Del total de 141 pacientes que representan la muestra, 56 pacientes, que representan el 40% , tuvieron extracciones prematuras y 85, que representan el 60%, no tuvieron extracciones prematuras.

5.2 Distribución **por género de la prevalencia de pérdidas prematuras** de dientes temporales por caries en los niños de 6 a 8 años que asistieron a la Clínica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil en el semestre A-2015.

EXODONCIAS PREMATURAS	GENERO		TOTAL
	MASCULINO	FEMENINO	
SI	21%	19%	40%
NO	30%	30%	60%
TOTAL	50%	50%	100%

Cuadros 2

Fuente: Historias clínicas de pacientes de la clínica de la UCSG semestre A-2015.

Gráfico No. 2 Prevalencia por género de pérdidas prematuras de dientes temporales en niños de 6 a 8 años que asisten a la Clínica Odontológica de la UCSG, semestre A-2015

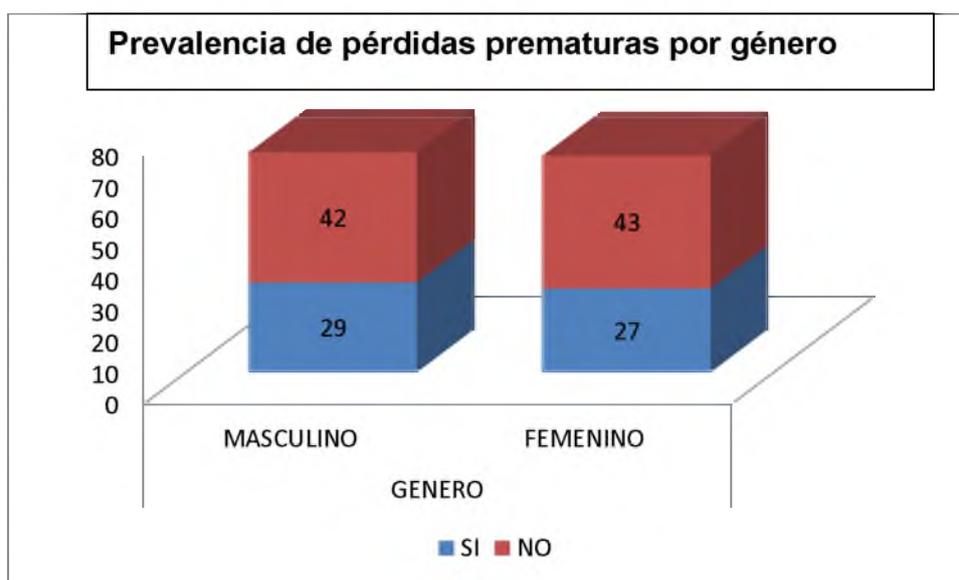
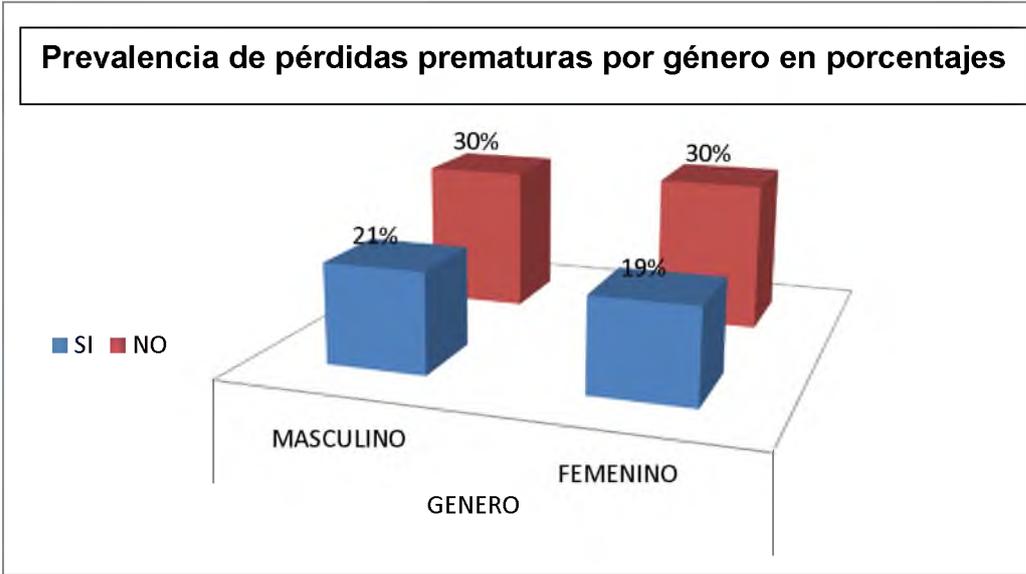


Gráfico 2



Análisis y discusión: Se puede observar que de la muestra de 141 pacientes, la prevalencia de pérdida prematura por género es del 21 % en hombres y del 19% en mujeres siendo un porcentaje muy similar.

5.3 Distribución de la frecuencia de atención a niños de 6 a 8 años de edad viene dada por:

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
6	50	35%
7	42	30%
8	49	35%
Total	141	100%

Cuadros 3

Fuente: Historias clínicas de pacientes de la clínica de la UCSG semestre A-2015.

Gráfico N. 3 Distribución de la frecuencia de atención a niños de 6 a 8 años de edad.

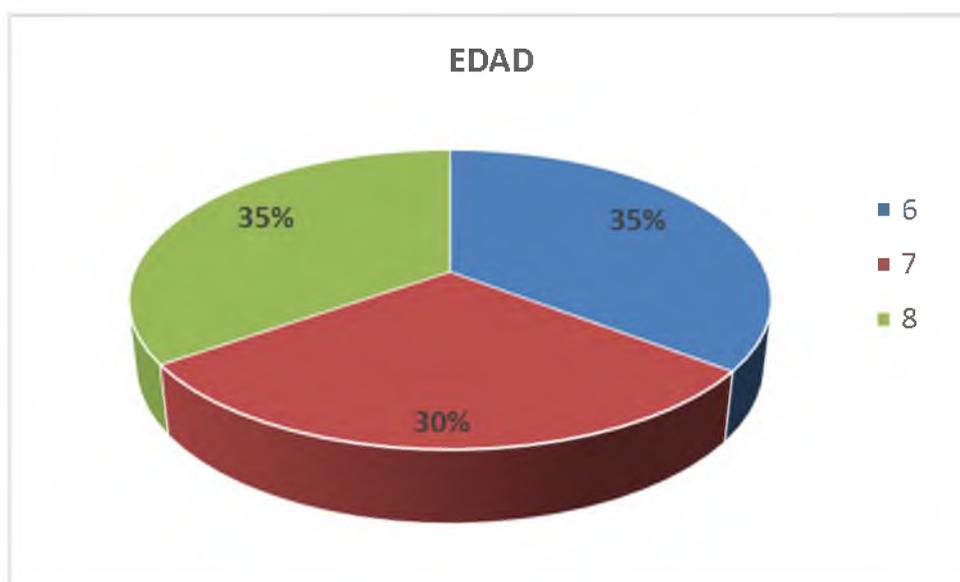


Gráfico 3

Análisis y discusión.- Como se puede observar, se atiende más a niños de 6 años de edad, correspondiendo a un 35% (50 pacientes); seguido muy de cerca por los pacientes de 8 años de edad, correspondiendo a un 35% (49 pacientes); y finalmente los pacientes de 7 años de edad, correspondiendo a un 30% (42 pacientes).

5.4 Distribución de la muestra de pacientes por género

GENERO		TOTAL
MASCULINO	FEMENINO	
29	27	56
42	43	85
71	70	141

Cuadros 4

Fuente: Historias clínicas de pacientes de la clínica de la UCSG semestre A-2015.

Gráfico N. 4 Distribución de la muestra de pacientes por género

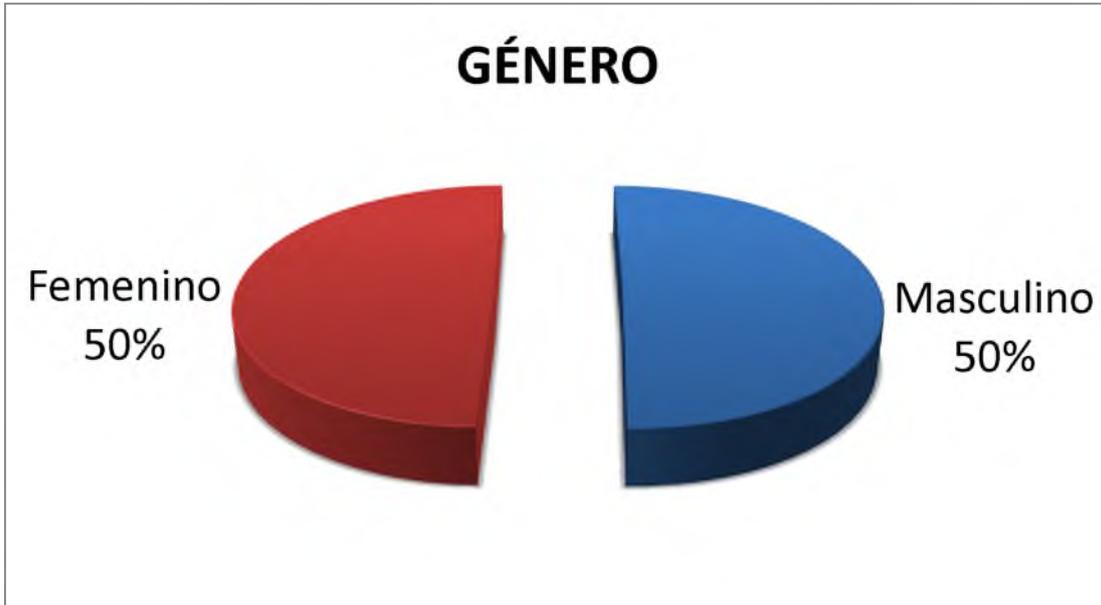


Gráfico 4

Análisis y discusión.- Se puede apreciar que el porcentaje de pacientes tanto en género masculino como femenino es el mismo. En la muestra es igual el número de pacientes que se atendieron de sexo femenino como de sexo masculino.

5.5 Distribución de los dientes temporarios perdidos más frecuentemente en los niños de 6 a 8 años de edad:

N° de PIEZA EXTRAIDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
51	4	4%
52	1	1%
53	1	1%
54	11	10%
55	4	4%
61	6	6%
62	1	1%
63	1	1%
64	11	10%
65	6	6%
71	2	2%
72	3	3%
73	4	4%
74	12	11%
75	14	13%
81	3	3%
82	3	3%
83	0	0%
84	11	10%
85	10	9%
Total	108	100%

Cuadros 5

Fuente.-: Historias clínicas de pacientes de la clínica de la UCSG semestre A-2015.

Análisis y discusión.- Como se puede observar , las piezas dentales que más se han perdido son la 75 y la 74 con un 13% y 11% respectivamente, seguidas por las piezas 54, 64 y 84 con un 10% cada una, la pieza 85 con un 9%, las demás piezas representan el restante 37%.

Gráfico NO. 5 Distribución de los dientes temporarios perdidos más frecuentemente en los niños de 6 a 8 años de edad.

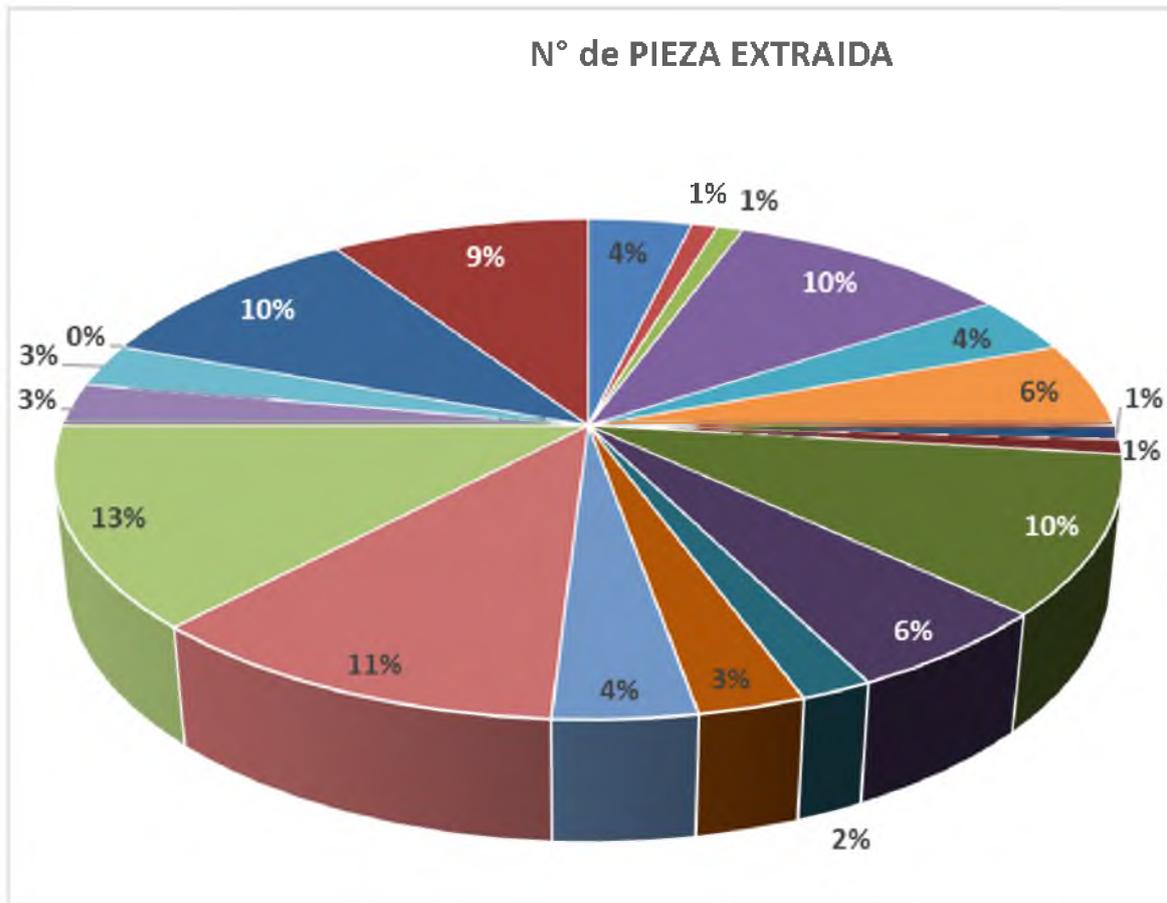


Gráfico 5

5.6 Distribución de la prevalencia de piezas extraídas entre los niños de 6 a 8 años de edad.

N° de PIEZA EXTRAIDA	EDAD			TOTAL
	6	7	8	
51	3%	1%	0%	4%
52	0%	1%	0%	1%
53	0%	0%	1%	1%
54	3%	3%	5%	10%
55	0%	2%	2%	4%
61	4%	0%	2%	6%
62	0%	0%	1%	1%
63	0%	0%	1%	1%
64	5%	2%	4%	10%
65	2%	1%	3%	6%
71	1%	1%	0%	2%
72	2%	1%	0%	3%
73	0%	1%	3%	4%
74	3%	1%	7%	11%
75	4%	6%	4%	13%
81	2%	1%	0%	3%
82	2%	1%	0%	3%
83	0%	0%	0%	0%
84	3%	3%	5%	10%
85	3%	2%	5%	9%
Total	34%	25%	41%	100%

Cuadros 6

Fuente: Historias clínicas de pacientes de la clínica de la UCSG semestre A-2015.

Análisis y discusión.- Se puede apreciar que la edad de mayor prevalencia de piezas extraídas es los 8 años de edad, con un 41%; seguido por los seis

años de edad con un 34% de los casos y finalmente el 25% restante de los casos son niños de 7 años de edad.

En niños de 8 años de edad, la pieza más extraída es la 74, en los de 7 años de edad es la número 75 y finalmente en los de 6 años de edad es la número 64.

Gráfico NO. 6 Distribución de la prevalencia de piezas extraídas entre los niños de 6 a 8 años de edad

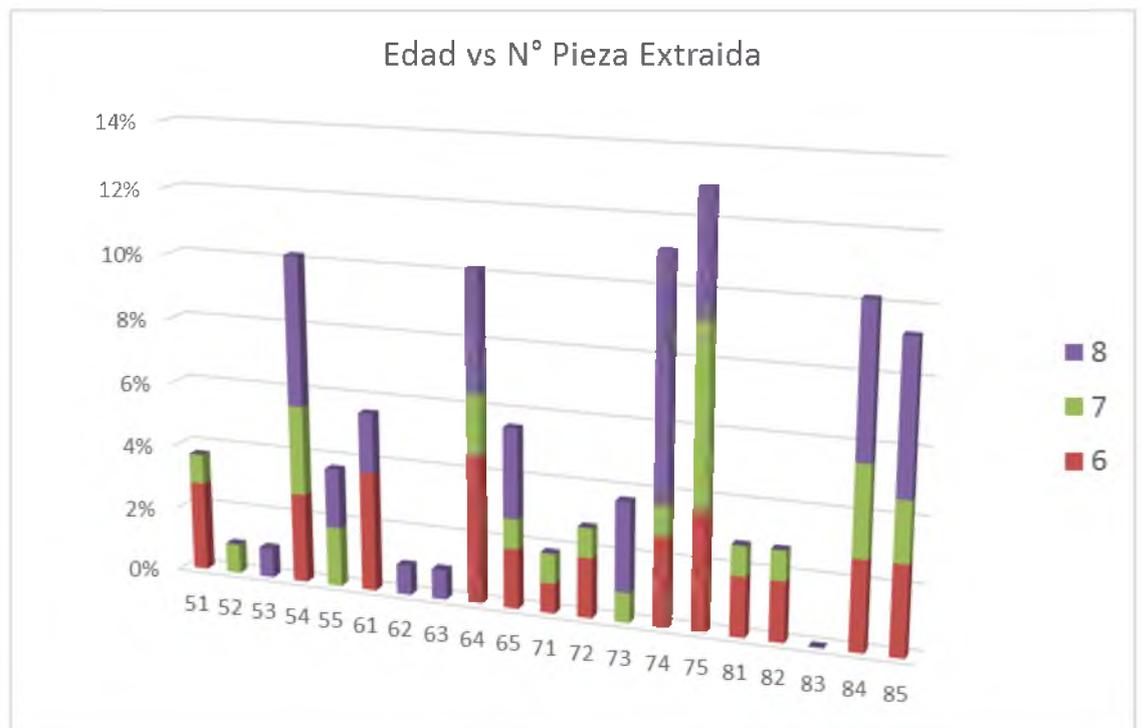


Gráfico 6

5.7 Distribución por género de la prevalencia de extracciones

N° de PIEZA EXTRAIDA	GENERO		TOTAL
	MASCULINO	FEMENINO	
51	1%	3%	4%
52	0%	1%	1%
53	1%	0%	1%
54	6%	5%	10%
55	2%	2%	4%
61	4%	2%	6%
62	1%	0%	1%
63	1%	0%	1%
64	6%	4%	10%
65	1%	5%	6%
71	1%	1%	2%
72	1%	2%	3%
73	1%	3%	4%
74	6%	5%	11%
75	5%	8%	13%
81	1%	2%	3%
82	1%	2%	3%
83	0%	0%	0%
84	7%	3%	10%
85	5%	5%	9%
Total	50%	50%	100%

Cuadros 7

Fuente: Historias clínicas de pacientes de la clínica de la UCSG semestre A-2015.

Análisis y discusión.- Que ambos géneros tienen igual prevalencia, ya que cuentan cada uno con el 50% de las piezas extraídas. La pieza dental más extraída en niños es la pieza número 84 con un 7% de los casos, en tanto que para las niñas es la número 75 con un 8% de los casos.

A través de la pregunta anterior podemos concluir que no hay un género con menor prevalencia en extracción de piezas dentales, debido a que ambos concentran el 50% de los casos de extracción de piezas detectados.

Gráfico No. 7 Distribución por género de la prevalencia de extracciones

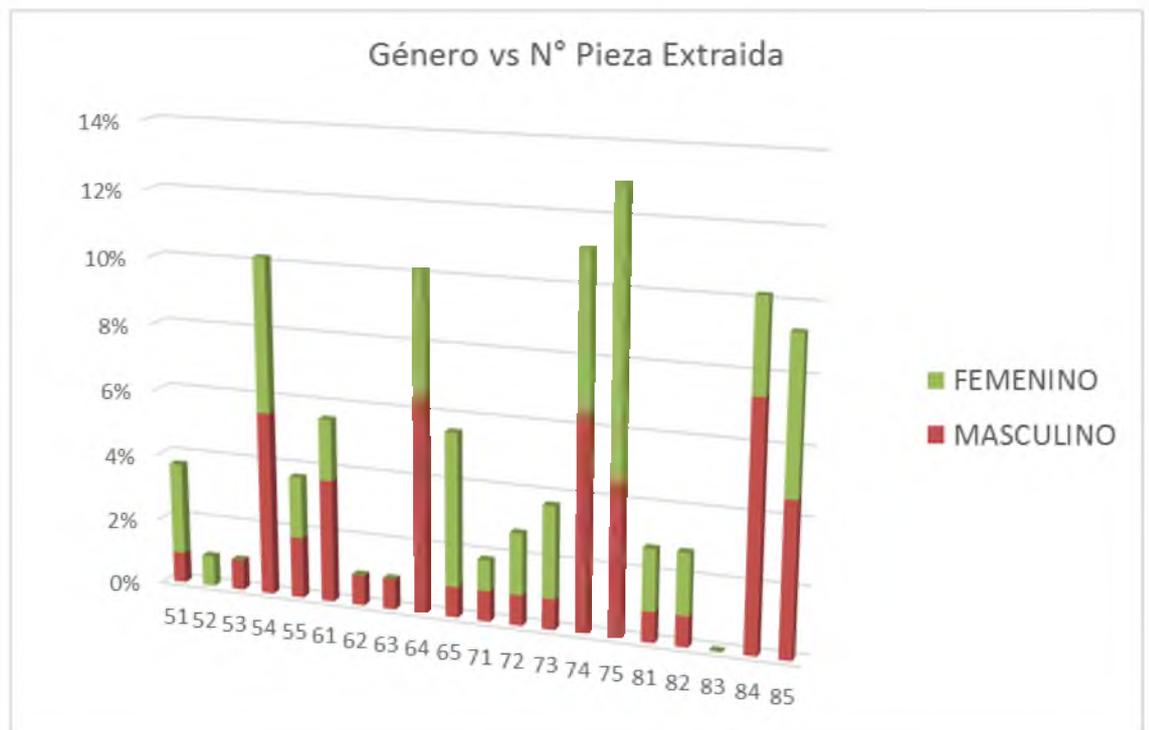


Gráfico 7

5.8 Distribución del índice ceo en los niños de 6 a 8 años que asistieron a la clínica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil:

Cuantificación índice ceo	
Muy Bajo	42
Bajo	11
Moderado	20
Alto	68

Cuadros 8

Fuente: Historias clínicas de pacientes de la clínica de la UCSG semestre A-2015.

Análisis y discusión.- Como se puede apreciar en el gráfico el porcentaje más alto corresponde al índice ceo alto, 48%, lo que significa que existe una alta prevalencia de caries.

Gráfico No. 8 Distribución y frecuencia del índice ceo de los pacientes de 6 a 8 años.

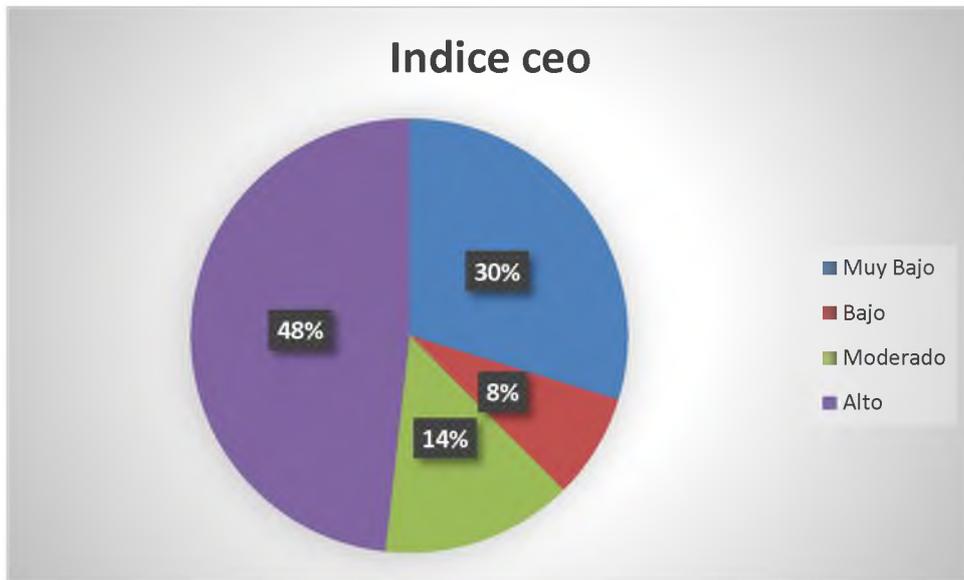


Gráfico 8

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

Se obtuvo las siguientes conclusiones del estudio:

En este estudio se encontró un alto porcentaje (41%) de pacientes con exodoncias prematuras de dientes primarios.

Ambos géneros presentan resultados similares de exodoncias prematuras.

Los molares primarios fueron los dientes extraídos prematuramente con mayor frecuencia.

De la muestra estudiada, los niños de 8 años son los que presentaron mayor número de pérdidas prematuras.

Los niños de 6 años representan la mayoría de los que asisten a la Clínica de la UCSG.

6.2 RECOMENDACIONES

De acuerdo a la investigación realizada se recomienda:

El reforzamiento e implementación de medidas de prevención contra la caries dental, por ser la principal causa de pérdida prematura de dientes temporales, a los pacientes, padres, y representantes que acuden a la Clínica de la UCSG.

Agotar los planes de tratamiento como la utilización de coronas de diversos materiales, para la preservación de los dientes temporales.

Estudios de prevalencia posteriores a campañas de prevención en determinados períodos para analizar el éxito o tomar nuevas decisiones.

El seguimiento de los pacientes para que acudan a el área de ortodoncia una vez que hayan sido sometidos a una extracción prematura para su rehabilitación.

Estudios de utilización de mantenedores de espacio y sus resultados en los pacientes de la clínica de la UCSG.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Ortiz.; Godoy.; Farías.; Mata, M. ""Pérdida prematura de dientes temporales en pacientes de 5 a 8 años de edad asistidos en la clínica de odontopediatría de la universidad gran mariscal de ayacucho, 2004-2005." Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws edición electrónica agosto 2009. Obtenible en: www.ortodoncia.ws. Consultada,.../.../...
2. Medina Solis Carlo Eduardo, Herrera Miriam del Socorro, Rosado Vila Graciela, Minaya Sánchez Mirna, Vallejos Sánchez Ana Alicia, Casanova Rosado Juan Fernando. Pérdida dental y patrones de caries en preescolares de una comunidad suburbana de Campeche., Acta Odontologica venezolana, Ediciones, Volumen 42 NO. 3, 2004.
3. Patrick Ortiz García, Pérdida prematura de caninos y molares temporales en pacientes de 6 años atendidos en el hospital de curanilahue, 2006 - 2010., Rev. Soc. Chil. Odontopediatría. 2011; Vol. 26(1)
4. Dra. Grether Gómez Machín,, Dra. Aída Pérez Alfonso, Dr. Reynaldo Delis Fernández, Pérdida temprana de dientes temporales en niños entre cinco y 12 años de edad, Policlínico Docente "Ramón Pando Ferrer". Santa Clara, Acta Médica del Centro, Vol. 1, No. 2, 2007.
5. Karla Susana Chacón Cobos, John Jairo Correa Roa, Dina Marcela Navarro Corredor, Víctor Gordillo Schmidt, Liliana Carolina Báez Quintero, Perdida temprana de dientes temporales en niños de 0 a 8 años de edad, Revista Colombiana de Investigación en Odontología, Vol. 5, Núm. 13 (2014).
6. Martha Torres Carvajal, "Desarrollo de la dentición. La dentición primaria", Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws edición electrónica octubre 2009. Obtenible en: www.ortodoncia.ws. Consultada,.../.../...
7. Hernandez J., Montiel L., Velasquez J., Alcedo C. D´Jurisic A., Quirós O., Molero L., Tedaldi J. Influencia de la pérdida prematura de dientes primarios por caries dental, como causa de Maloclusiones en los pacientes de 7 a 10 años que acuden al Servicio de Odontología del Centro de Atención Integral de Salud Francisco de Miranda Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws" edición electrónica septiembre 2010. Obtenible en: www.ortodoncia.ws. Consultada,.../.../...
8. Ma r í a f e m a n d a g a r c í a g. 1 / b i a n c a c. A m a y a n. 1 / z a y d a c. B a r r i o s g. 2, Pérdida prematura de dientes primarios y su relación con la

edad y el sexo en preescolares, revista odontológica de los Andes • vol. 2 - nº 2. Julio-diciembre 2007• Mérida-Venezuela

9. Ahamed SS1, Reddy VN, Krishnakumar R, Mohan MG, Sugumaran DK, Rao AP. Prevalence of early loss of primary teeth in 5-10-year-old school children in Chidambaram town., *Contemp Clin Dent.* 2012 Jan;3(1):27-30. doi: 10.4103/0976-237X.94542.
10. Alessandro Leite CAVALCANTI **Catarina Ribeiro Barros de ALENCAR **Priscilla Keljy MEDEIROS BEZERRA *Ana Flavia GRANVILLE-GARCIA, prevalence of early loss of primary molars in school children in campina grande, brazil, *Pakistan Oral & Dental Journal* Vol 28, No. 1, jun 2008.
11. Morenike O Folayan, Kikelomo A Kolawole, Elizabeth O Oziegbe, Titus Oyedele, Olusegun V Oshomoji, Nneka M Chukwumah, and Nneka Onyejaka, Prevalence, and early childhood caries risk indicators in preschool children in suburban Nigeria, *BMC Oral Health.* 2015; 15: 72. Published online 2015 Jun 30.
12. Anne-Marie Rauten1, Catrinel Teodora Georgescu1 , Petra Surlin2 , Madalina Olteanu3 , Camelia Maglaviceanu3 , Madalina Nicoleta Matei4 , Ruxandra Matei5 , Mirela Lucia Opri6 , L. Dragomir7 , M.R. Popescu, prevalence of premature loss of temporary teeth in the korkhaus support area because of dental caries in patients with malocclusion, *analele universităţii “dunărea de jos” din galaţi medicină fascicula XVII, no. 2, 2014*
13. Hayder F. Saloom, Early Loss of Deciduous Teeth and Occlusion, B.D.S., M.Sc.; Lecturer at the Department of Orthodontics, College of Dentistry, University of Baghdad, *Iraqi Orthod J* 1(2) 2005
14. Nahid Ramazani 1, Hamid Reza Poureslami 2, Rahil Ahmadi 3 , Mohsen Ramazani 4, Early Childhood Caries and the Role of Pediatricians in its Prevention, *Iranian Journal of Pediatric Society* Volume 2, Number 2, April-June 2010: 47-52.
15. 1 Hasan Mehdi, Bds, Fcps 2 m. Junaid Lkhani, Bds, Fcps 3 syed muhammad umer hasan, bds, fcps 4 michelle griffin, bds 5 syed muhammad faizan, bds 6 ambreen thobani, bds 7 afroze hassan khan, bds, Pattern of early loss of deciduous molars & a cross sectional study, *Pakistan oral & dental journal* vol 33, no. 3 (december 2013)
16. Clarice S Law, Management of Premature Primary Tooth Loss in the Child Patient, *Journal of the California Dental Association*: August 2013 , Vol 41 NO. 8

17. Santanu Mukhopadhyay¹, Pinaki Roy², Extraction of primary teeth in children: An observational study, *Journal of Cranio-Maxillary Diseases* Year : 2015 | Volume : 4 | Issue : 1 | Page : 57-61
18. Júlia Caldas de Almeida, Heiborn Erika Calvano Kuchler, Tatiana Kelly Silva Fidalgo, Livia Azeredo Alves Antunes, Marcelo Castro Costa, Early primary tooth loss: prevalence, consequence and treatment, *Int J Dent, Recife*, 10(3) :126-130, jul./sept,2011
19. *Angelika Kobylińska¹, Joanna Borawska², Agnieszka Chojnowska², Joanna Janczewska², Anna Turska-Szybka¹, Dorota Olczak-Kowalczyk¹, Frequency and causes of premature extractions of deciduous molar teeth – a retrospective study, *Nowa Stomatol* 2015; 20(1): 3-9 | DOI: 10.5604/14266911.1154071
20. Lucavechi-Alcayaga Tania, Suárez-Ciúa M^a Cruz, Barbería-Leache Elena. Estudio de la prevalencia y causas de las exodoncias en una población infantil española. *RCOE [revista en la Internet]*. 2004 Feb [citado 2016 Feb 07] ; 9(1): 65-72. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2004000100005&lng=es.
21. Luzzi V, Fabbrizi M, Coloni C, et al. Experience of dental caries and its effects on early dental occlusion: a descriptive study. *Annali di Stomatologia*. 2011;2(1-2):13-18.
22. María Emilia Jiménez Romera, *Odontopediatría en atención primaria*, Editorial Vértice, 09-04-2007 pag 49-56, 184,161,198
23. Prof. Martha Torres Carvajal, Desarrollo de la dentición. La dentición primaria, *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws edición electrónica octubre 2009*. Obtenible en: www.ortodoncia.ws. Consultada,.../.../...
24. Méndez D. y Cariote N.: Prevalencia de caries dental en escolares de 6 a 12 años de edad del Municipio Antolín del Campo, Estado Nueva Esparta, Venezuela. *Rev. Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [en línea]* 2003 diciembre [fecha de acceso septiembre 16]; Disponible en: http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2003/caries_dental_escolares.asp. [Consulta 2009, septiembre 16].
25. Bustos A., Zamora E., Ampuero J., Norambuena C., Prevalencia de pérdida prematura de molares temporales en niños y niñas de 2 a 6 años de edad atendidos en CESFAM Cucaco de Vélez durante los meses de abril a julio de 2014.
26. Erika Seabra Martins Bezerra, Antônio José da Silva Nogueira, Prevalência de Perdas Dentárias Precoces em Crianças de População Ribeirinha da Região Amazônica, *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa, 12(1):93-98, jan./mar., 2012.

27. Maria-Antonela Beldiman¹, A. Maxim², Adriana Bllan³, On the frequency and localization of premature loss of temporary teeth in pre-school children from the urban area of Iasi, volume 14 • issue 3 July / September 2010 • pp 234-238.
28. Chacón Cobos, Karla et al. Perdida temprana de dientes temporales en niños de 0 a 8 años de edad. Revista Colombiana de Investigación en Odontología, p. 41-48, apr. 2014.
29. Dra. Marianela Chaves León. Prevalencia de la pérdida prematura de molares temporales y su relación con algunos factores de riesgo en niños y niñas preescolares del Cantón de Montes de Oca. Publicación Científica Facultad de Odontología • UCR • N°12 • 2010 pag 26-39.
30. Dra. Carmen Lilia Sánchez González, Dr. Willebaldo Moreno Méndez, Mtro. Angel Francisco Alvarez Herrera, CD. Leticia Orozco Cuanalo. Principales causas de pérdida prematura de dientes temporales en pacientes de 3 a 10 años. Odontología Actual/ año 9, núm. 110, Junio de 2012. Pag 42-50.
31. Ceballas García L, Adhesión a dentina afectada por caries y dentina esclerótica, AVANCES EN ODONTOESTOMATOLOGÍA Vol. 20 - Núm. 2 – 2004
32. D'Escrivan de Saturno, Ortodoncia en Dentición Mixta, Tapa dura, 562 págs. ISBN: 9789806574472 N° Edición: 1/Reimpresión 2010

7. ANEXOS

Anexos N. 1 Hoja de registro de datos

de participante: _____

Género: Masculino Femenino

Edad : 6 años 7 años 8 años

Odontograma

Indicado para extracción : **X**

Ausente : **X**

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>									
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

Índice ceo

c	e	O

Anexo 2.- Tabla Madre.



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Nájera Gordillo, Ximena con C.C:1600278962 #autor/a del trabajo de titulación: "prevalencia de pérdida de dientes temporales por caries, niños de 6 a 8 años, clínica odontológica UCSG, semestre A-2015" previo a la obtención del título de ODONTOLOGA en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 15 de Marzo 2016

Nájera Gordillo, Ximena

Nombre: Nájera Gordillo, Ximena
C.C: 09411220949

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Prevalencia de pérdida de dientes temporales por caries, niños De 6 a 8 años, Clínica Odontología UCSG, semestre A-2015		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Nájera Gordillo, Ximena Catalina		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Pino, José Fernando		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Medicina		
CARRERA:	Odontología		
TITULO OBTENIDO:	Odontólogo		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	15 de marzo del 2016	No. DE PÁGINAS:	77
ÁREAS TEMÁTICAS:	Odontopediatría		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	PÉRDIDA PREMATURA, EXTRACCIONES, CARIES.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>El presente trabajo está enfocado en realizar una investigación descriptiva retrospectiva acerca de pacientes niños entre 6 a 8 años atendidos en la Clínica odontológica- UCSG durante el semestre A-2015, para determinar la prevalencia de pérdida de dientes temporales por caries, y conocer cuántos niños de esas edades son atendidos usualmente en la clínica, también nos proporcionará información de los dientes que tienen mayor prevalencia de extracción y cuál es la edad, dentro del rango estudiado, en la que se extraen más dientes, en cuanto al género también nos proporcionara información de si son los niños o las niñas quienes presentan mayor número de extracciones. Con el propósito de conocer para implementar medidas de prevención en contra de las caries dental, a los pacientes, padres, y representantes que acuden a la clínica.</p>			
	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-4- 2526633 / 0987380824	E-mail: ximena.najera@cu.ucsg.edu.ec / ximenanajera@yahoo.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN: COORDINADOR DEL PROCESO DE UTE	Nombre: Doctora Gabriela Landivar		
	Teléfono: / 099 719 8402		
	E-mail: gabriela.landivar@cu.ucsg.edu.ec / gabriela_landivar@hotmail.com		

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA

Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	