



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**TRABAJO DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE ODONTÓLOGA**

TEMA DE INVESTIGACIÓN:

“Prevalencia de caries dental en primeros molares permanentes de escolares
atendidos en la Clínica Integral de Odontopediatría de la Facultad de
Odontología de la Universidad de Guayaquil”

AUTORA:

RUEDA MENDOZA ANDREA NATHALY

TUTORA:

DRA. INGRID ORDOÑEZ ROMERO ESP.

Guayaquil, mayo, 2018

Ecuador



CERTIFICACION DE APROBACION

Los abajo firmantes certifican que el trabajo de Grado previo a la obtención del Título de Odontóloga, es original y cumple con las exigencias académicas de la Facultad de Odontología, por consiguiente se aprueba.

.....

Esp. Miguel Álvarez Avilés, Msc.

Decano

.....

Esp. Julio Rosero Mendoza, Msc.

Gestor de Titulación



APROBACIÓN DEL TUTOR/A

Por la presente certifico que he revisado y aprobado el trabajo de titulación cuyo tema es “Prevalencia de caries dental en primeros molares permanentes de escolares atendidos en la Clínica Integral de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Guayaquil”, presentado por la Srta Rueda Mendoza Andrea Nathaly, del cual he sido su tutora, para su evaluación y sustentación, como requisito previo para la obtención del título de Odontóloga.

Guayaquil, mayo del 2018.

.....

Dra. Ingrid Ordoñez Romero Esp.

CC. 0704174465



DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Yo, Andrea Nathaly Rueda Mendoza, con cédula de identidad N° 092931755-0, declaro ante el decano y autoridades de la Facultad de Odontología de la Universidad de Guayaquil, que el trabajo realizado es de mi autoría y no contiene material que haya sido tomado de otros autores sin que este se encuentre referenciado.

Guayaquil, mayo del 2018.

.....

Andrea Nathaly Rueda Mendoza

CC 092931755-0



DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico principalmente a Dios, pues gracias a sus bendiciones he logrado completar los objetivos propuestos a lo largo de mi vida universitaria; a mis padres Natalia y Fernando, quienes son las personas más preciadas para mí, que me alentaron a seguir adelante y no rendirme, entregaron todo lo que estaba a su alcance y gracias a ellos mi desarrollo académico ha sido posible; a mi familia en general, que sé que estarán muy orgullosos de tener una Odontóloga en la familia; a mi enamorado Kevin, quien ha estado a mi lado en buenos y malos momentos ayudándome en lo que he necesitado, a pesar de tener poco conocimiento en esta área.



AGRADECIMIENTO

Le agradezco a Dios en primer lugar, quien ha otorgado infinitas bendiciones en mi vida universitaria; a mis padres ya que gracias a ellos he logrado mis triunfos a nivel académico por su apoyo incondicional; a mi tutora de tesis, Dra. Ingrid Ordoñez, quien me supo guiar con sus conocimientos a lo largo de la realización de este trabajo, al profesor José Apolo quien me orientó en el desarrollo de cada punto de mi tesis; a mis mejores amigos de la universidad quienes hicieron que estudiar sea menos difícil, por la ayuda mutua y lindas anécdotas que recordaremos y llevaremos en nuestros corazones; a mis pacientes de cada semestre, por confiar en mi trabajo.



CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Dr.

Esp. Miguel Álvarez Avilés, Msc.

DECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Presente.

A través de este medio indico a Ud. que procedo a realizar la entrega de la Cesión de Derechos de autor en forma libre y voluntaria del trabajo “Prevalencia de caries dental en primeros molares permanentes de escolares atendidos en la Clínica Integral de Odontopediatria de la Facultad de Odontología de la Universidad de Guayaquil”, realizado como requisito previo para la obtención del título de Odontólogo/a, a la Universidad de Guayaquil.

Guayaquil, mayo del 2018.

Andrea Nathaly Rueda Mendoza

CC: 092931755-0

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	2
EL PROBLEMA	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1.1 Delimitación del problema	4
1.1.2 Formulación del problema.....	4
1.1.3 Preguntas de investigación	4
Justificación	5
1.2 Objetivos.....	6
1.2.1 Objetivo general	6
1.2.2 Objetivos específicos.....	6
1.3 Hipótesis	6
1.3.1 Variables de la Investigación.....	6
1.3.1.1 Variable Independiente:.....	6
1.3.1.2 Variable Dependiente:	6
1.3.1.3 Variable Interviniente:	6
1.3.1 Operacionalización de las variables	7
CAPÍTULO II.....	8
MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes.....	8
2.2 Fundamentación científica o teórica.....	10
2.2.1 Factores que convierten al primer molar permanente en predisponente a la caries	11
2.2.1.1 Edad	11
2.2.1.2 Dieta	11
¿Qué alimentos son peligrosos para las caries?	12
2.2.1.3 Factor socioeconómico	12
2.2.1.4 Higiene Oral	12
2.2.1.5 Uso de aparatos de Ortodoncia	13
2.2.1.6 Frecuencia de visitas al Odontólogo.....	14
2.2.1.7 Morfología y anatomía	14
2.2.1.8 Ley de gravedad.....	15

2.2.1.9 Tiempo de erupción.....	15
2.2.1.10 Mayor frecuencia de caries en el lado derecho.....	15
2.2.2 CONSECUENCIAS DE LA DESTRUCCIÓN Y PÉRDIDA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE.....	16
2.2.2.1 Problemas funcionales	16
2.2.2.2 Desviación de las piezas adyacentes.....	16
2.2.2.3 Desviación de la línea media	16
2.2.2.4 Extrusión de la pieza antagonista.....	17
2.2.2.5 Alteraciones de la articulación temporomandibular	17
2.2.2.6 Tratamientos exhaustivos para el niño.....	17
2.2.2.7 Trastornos del desarrollo y crecimiento maxilofacial.....	17
2.2.2.8 Problemas de oclusión	18
2.2.2.9 Pérdida ósea y periodontopatías.....	18
CAPÍTULO III	19
MARCO METODOLÓGICO	19
3.1 Diseño y tipo de investigación.....	19
3.2 Población y muestra	20
3.3 Métodos, técnicas e instrumentos	20
3.4 Procedimiento de la investigación.....	20
3.5 Análisis de Resultados.....	21
3.4 Discusión de los resultados.....	25
CAPÍTULO IV	28
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	28
4.1 Conclusiones.....	28
4.2 Recomendaciones	29
BIBLIOGRAFÍA	31
ANEXOS.....	32

RESUMEN

El primer molar permanente es la pieza más importante en la arcada dentaria, pues su destrucción y posterior pérdida, genera problemas funcionales, desviación de las piezas adyacentes, extrusión de la pieza antagonista, alteraciones de la articulación temporomandibular, trastornos del desarrollo y crecimiento maxilofacial y la oclusión, entre otros. Los padres tienen desconocimiento de estas consecuencias, porque al erupcionar este a temprana edad y no exfoliar un diente primario antes de esto, piensan que no se trata de un diente permanente y que no es de gran relevancia su conservación. El objetivo es determinar la prevalencia de caries dental en primeros molares permanentes de escolares atendidos en la Clínica Integral de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Guayaquil. Se lo realizó mediante el estudio y observación de historias clínicas y odontogramas, Los resultados demuestran que El resultado fue de 64% escolares con primer molar permanente afectados con caries y 53% primeros molares permanentes afectados en total, en niños entre 6 y 11 años. Con respecto al género predominante con caries en el primer molar permanente, el resultado obtenido en este estudio fue del 59% del sexo femenino. Según la arcada más afectada, se obtuvo como resultado que el 63% de los primeros molares permanentes de escolares presentaron caries en la arcada inferior. En cuanto a la pieza más afectada, se encontró que la número 36 fue la más afectada de los escolares analizados, con el 30% a diferencia de los otros cuatro primeros molares permanentes. Con relación a los primeros molares permanentes que recibieron o no tratamiento restaurador, se encontró que el 89% no había recibido tratamiento, lo cual es una cifra considerable.

Palabras clave: Primer molar permanente, caries dental, alteraciones, prevalencia.

ABSTRACT

The first permanent molar is the most important piece in the dental arch, because its destruction and subsequent loss, generates functional problems, deviation of the adjacent pieces, extrusion of the antagonist piece, temporomandibular joint alterations, development disorders and maxillofacial growth and the occlusion, among others. Parents do not know about these consequences, because when they erupt at an early age and do not exfoliate a primary tooth before this, they think that it is not a permanent tooth and that conservation is not of great importance. The objective is to determine the prevalence of dental caries in permanent first molars of schoolchildren attended in the Integral Clinic of Pediatric Dentistry of the Faculty of Dentistry of the University of Guayaquil. It was done through the study and observation of medical records and odontograms. The results show that the result was 64% schoolchildren with permanent first molars affected with caries and 53% permanent first molars affected in total, in children between 6 and 11 years. With respect to the predominant gender with caries in the first permanent molar, the result obtained in this study was 59% of the female sex. According to the most affected arch, it was obtained that 63% of the first permanent molars of schoolchildren presented caries in the lower arch. As for the most affected piece, it was found that the number 36 was the most affected of the students analyzed, with 30% unlike the other four first permanent molars. Regarding the first permanent molars that received or not restorative treatment, it was found that 89% had not received treatment, which is a considerable figure.

Key words: Permanent first molar, dental caries, alterations, prevalence.

INTRODUCCIÓN

La caries dental es una enfermedad multifactorial, infecciosa, la bacteria gram positiva principal causante de esta es el *Streptococcus mutans*, que actúa desmineralizando el esmalte y en su progresión, desgastando los demás tejidos dentarios internos como son la dentina, hasta llegar a la pulpa, en donde si no se trata a tiempo, habrá una pérdida de la pieza afectada. (M, 2008). Esta enfermedad es de gran conocimiento, pues es muy común en cualquier edad, género o raza y es la causa principal de enfermedad pulpar y pérdidas dentales, lo que repercute en la función de la masticación y calidad de vida.

El primer molar permanente es el primer diente de este tipo de dentición en erupcionar y a su vez el más predisponente a la caries. Morfológicamente posee cinco caras en su corona, cúspides, surcos y fosas. (Capote, 2015). Aparece a temprana edad, aproximadamente a los 6 años y su presencia en arcada, transforma a la dentición decidua en mixta. Su aparición puede ser silenciosa o estar acompañada de inflamación pericoronaria, y no necesita exfoliar a otro diente para erupcionar. El hecho de su aparición a temprana edad crea confusión en los padres de familia, quienes piensan que forman parte de la dentición temporal y que no es de gran importancia su conservación, por lo que según estadísticas, sufre mayor afectación por caries en relación a los demás dientes. (Alfonso, 2013)

El primer molar permanente es la pieza más importante y clave del proceso de masticación, pues es el encargado junto a los demás molares de la trituración de alimentos para posteriormente digerirlos. El primer molar permanente superior es considerado como “llave de la oclusión”, ya que la cúspide mesio-vestibular del primer molar superior se correspondiera anteroposteriormente con el surco vestibular principal del primer molar inferior. (Santos Povis, 2007)

Es importante que los padres conozcan las consecuencias de la destrucción o pérdida, como son genera problemas funcionales, desviación de las piezas adyacentes, desviación de la línea media, mesialización de los segundos molares permanentes adyacentes a la pieza ausente,

extrusión de la pieza antagonista, alteraciones de la articulación temporomandibular, trastornos del desarrollo y crecimiento maxilofacial, oclusión, sobre erupción, contactos prematuros, problemas de guías dentarias, pérdida ósea, periodontopatías, entre otros.

Mediante programas de enseñanza no solo de higiene oral sino también de prevención de caries, de una dieta equilibrada, factores de riesgo de caries y posibles consecuencias de la pérdida dental; lograremos disminuir la prevalencia de caries y mejorar la salud oral de la población y evitar la pérdida de esta pieza tan importante funcionalmente, así como también del resto de piezas dentales, que en conjunto se complementan para desempeñar las funciones.

El propósito de este trabajo de investigación es determinar la prevalencia de caries en el primer molar permanente de los escolares atendidos en la Clínica Integral de Odontopediatría del décimo semestre paralelo 1, mediante revisión de historias clínicas para establecer su distribución en la cavidad bucal.

Se tomarán diversas variables como escolares afectados, arcada dentaria afectada, pieza dentaria afectada, intervención terapéutica, cantidad de molares cariados, género, para llegar a la determinación de la prevalencia de caries y con los resultados obtenidos, sería factible planear charlas de prevención para la comunidad y poder disminuir las cifras de prevalencia de la lesión que además podría desencadenar a otras patologías más severas.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La caries dental es una enfermedad prevalente en la población infantil, de acuerdo con la información publicada por la OMS (Organización Mundial de la Salud), aproximadamente del 60% al 90% de los escolares tienen caries dental. Los resultados del Estudio Epidemiológico Nacional de Salud Bucal en escolares menores de 15 años del Ecuador, en el año 2009, muestran que, a los 6 años de edad, existe un promedio de 79,4% en el ceod (promedio de piezas temporales cariadas, extraídas y obturadas) y a los 12 años, de 13, 5 %. (Ecuador, 2015)

La erupción del primer molar permanente inicia entre los 6 y 7 años de edad cronológica y tarda aproximadamente 2 años en tener contacto con el primer molar permanente antagonista, al no tener contacto, contribuye a la acumulación de placa bacteriana, en las profundas fosas que suelen poseer esta pieza.

Además existe factores que elevan el riesgo de presentar la enfermedad, como lo son: nivel socioeconómico, motricidad fina del niño para el cepillado dental, morfología del primer molar, etapa post eruptiva, número de cepillado por día, consumo de azúcar por día (dieta), mal posición dentaria, uso de aparatos de ortodoncia, defectos en el esmalte y la frecuencia de visita al Odontólogo.

Los factores de riesgo contribuyen a elevar el índice de caries y es evidente en la destrucción de las piezas dentales antes de tiempo. En referencia al primer molar permanente, que tiene una funcionalidad importante, es primordial su conservación.

1.1.1 Delimitación del problema

Tema: “Prevalencia de caries dental en primeros molares permanentes de escolares atendidos en la Clínica Integral de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Guayaquil”

Objeto de estudio: Caries en primeros molares permanentes.

Campos de acción: Escolares atendidos en la Clínica de Odontopediatría del décimo semestre paralelo 1 de la Facultad de Odontología de la Universidad de Guayaquil.

Área: Pregrado.

Periodo: Ciclo II 2017 – 2018.

Líneas de investigación: Salud oral, prevención, tratamiento, servicio en salud.

Sublínea de investigación: Prevención, epidemiología.

1.1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la prevalencia de la caries dental en el primer molar permanente en escolares atendidos en la Clínica Integral de Odontopediatría del décimo semestre paralelo 1 del Ciclo II 2017- 2018 de la Facultad de Odontología de la Universidad de Guayaquil?

1.1.3 Preguntas de investigación

¿Cuál es el género con mayor prevalencia de caries dental en el primer molar permanente?

¿Cuál es la arcada dentaria más afectada por caries dental en el primer molar permanente?

¿Cuál es el primer molar permanente más afectado por caries dental según su hemiarcada?

¿Cuál es el porcentaje de primeros molares permanentes con y sin tratamiento por caries dental?

Justificación

La caries dental es una enfermedad multifactorial y progresiva, que genera destrucción mediante la desmineralización de los tejidos duros del diente. Se manifiesta clínicamente como un cambio de coloración del diente que puede ser una mancha oscura o mancha blanca que en su progresión se convierte en una cavidad en el esmalte dental, posteriormente profundizándose a dentina y pulpa dental cuando no hay un tratamiento a tiempo, generando dolor y consecuencias severas.

Gran parte de la población ecuatoriana, no tiene conocimiento sobre la higiene oral y dieta que deben tener sus hijos. Determinar la prevalencia de caries dental en escolares considero que es de gran importancia porque permitiría tener una idea de la gravedad de este problema en la sociedad actual y de esta manera desarrollar proyectos de prevención de caries, en donde se instruirá a los padres e hijos acerca de cuáles son las consecuencias que podría significar la destrucción y ausencia principalmente del primer molar en la arcada dentaria, no solo estéticamente sino funcionalmente a corto y largo plazo, los diversos métodos de higiene oral y los tratamientos restaurativos en relación a la progresión de la lesión. Se mencionará también el tipo de ortopedia que se puede utilizar para evitar migración de la pieza y los tipos de prótesis fija que pueden reemplazar la pieza ausente y evitar problemas funcionales.

Gracias a este plan, se podría disminuir el riesgo de caries dental tanto del primer molar permanente, así como también de todas las piezas dentarias presentes en boca, proporcionando un mejor estilo de vida para los niños de nuestra sociedad actual y que se extienda a futuras generaciones.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

Determinar la prevalencia de caries dental en primeros molares permanentes de escolares atendidos en la Clínica Integral de Odontopediatría del décimo semestre paralelo 1 de la Facultad de Odontología de la Universidad de Guayaquil.

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar los escolares con primeros molares permanentes afectados por caries dental.
- Establecer la distribución de caries dental en los primeros molares permanentes según la arcada y hemiarcada dentaria.
- Registrar los primeros molares permanentes con o sin tratamiento por caries dental.

1.3 Hipótesis

La prevalencia de la caries dental en el primer molar permanente es alta en escolares atendidos en la Clínica Integral de Odontopediatría del décimo semestre paralelo 1 del Ciclo II 2017- 2018 de la Facultad de Odontología de la Universidad de Guayaquil.

1.3.1 Variables de la Investigación

1.3.1.1 Variable Independiente:

No hay.

1.3.1.2 Variable Dependiente:

Caries dental en el primer molar permanente.

1.3.1.3 Variable Interviniente:

Edad y género de escolares con caries dental en primeros molares permanentes.

- Identificar los escolares con primeros molares permanentes afectados por caries dental.
- Establecer la distribución de caries dental en los primeros molares permanentes según la arcada y hemiarcada dentaria.

- Registrar los primeros molares permanentes intervenidos terapéuticamente por caries dental.

1.3.2 Operacionalización de las variables

Variables	Variables Intermedias	Indicadores	Metodología
Caries dental en el primer molar permanente	Escolares afectados	Sin caries Con caries	Revisión de la Historia Clínica
	Arcada dentaria afectada	Superior Inferior	
	Pieza dentaria afectada	16 26 36 46	
	Intervención terapéutica	Con tratamiento Sin tratamiento	
	Cantidad de molares cariados	Uno Dos Tres Cuatro	
	Género	Masculino Femenino	

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Al- MohammediSM, Rug- Gunn AJ, Butler TJ describieron a la caries dental como “una enfermedad propia de las primeras etapas de la vida”. (Galindo, 2005). Las costumbres alimenticias han hecho que aumente la prevalencia de caries en diversas poblaciones. Es producida por la interacción del huésped y agente en condiciones del ambiente bucal, que son influidas por factores del entorno en el que el individuo se desenvuelve.

La caries dental es una de las enfermedades más frecuentes del ser humanos, desde tiempos remotos, antes su incidencia era menor, pero debido al cambio del estilo de vida, alimentación, cambio del consumo de animales producto de la caza, se comenzó a implementar a los cereales, alimentos y bebidas procesadas con altos niveles de azúcar lo que ha favorecido al aumento de esta enfermedad en la población. Esto se llevó a cabo por la Revolución Industrial, poco a poco fue cambiando los hábitos alimenticios de la población, fue beneficioso a nivel social pero significó una desventaja en el campo de la salud oral. (Borda, 2016)

No se debe olvidar que la dieta no es el único factor causante de la caries, sino también la herencia, que puede modificarse también de generación en generación; la composición del esmalte; la forma dentaria que también ha variado con el transcurso de los años; las mal

posiciones dentarias que favorecen al acumulo de placa y posterior formación de caries; entre otros factores.

En décadas pasadas, en Ecuador, había un difícil acceso a los servicios de salud, por su elevado precio, lo que perjudicaba a la población de escasos recursos económicos, mucho más aún a aquellos que habitaban en zonas rurales. Con la implementación de Centros de Salud en las zonas urbanas y rurales, donde la atención es gratuita, hay mayor facilidad de acceso a la salud oral, donde no solo se brindan métodos restaurativos para la caries sino también métodos de prevención y sobre todo enseñanza de higiene bucal.

Sin embargo el problema de caries dental en el primer molar permanente, ha persistido a lo largo de los años, hay factores inmodificables como su tiempo temprano de erupción, su tardanza en hacer contacto con su antagonista, ser el principal diente encargado de la trituración de alimentos, su morfología con profundas fosas y fisuras que promueven la acumulación de placa bacteriana, su esmalte poco mineralizado y cuernos pulpares prominentes; estos factores morfológicos e histológicos lo hacen más vulnerable a la aparición de lesión de caries. (Quevedo, 2017)

En edad escolar, especialmente luego de los siete años donde ya esta pieza tiene aproximadamente un año desde su erupción, y cuando los cuatros primeros molares permanentes ya se encuentran en boca, es probable observar la presencia de caries si no se han tomado las medidas para evitarla.

Cumple con funciones tan importantes, que siempre ha sido fundamental su conservación en las arcadas dentarias tanto superiores como inferiores. Si desde tiempos pasados, se hubiese brindado más información a nivel mundial sobre los diversos problemas que conllevan la caries y futura pérdida del primer molar permanente, talvez su incidencia sería menor en la actualidad.

2.2 Fundamentación científica o teórica

La caries dental es una enfermedad multifactorial muy común en donde se observa la desmineralización de los tejidos duros del diente provocando su destrucción desde su capa más superficial como lo es el esmalte dental y en los peores casos llegar hasta la pulpa dental.

Esta enfermedad es la tercera calamidad sanitaria después de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, es una enfermedad ampliamente extendida en el mundo. Ha sido y todavía sigue siendo la enfermedad crónica más frecuente del hombre moderno, es considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una de las principales enfermedades bucales de mayor prevalencia. Es la causa principal de enfermedad pulpar y pérdidas dentales, lo que repercute en la función de la masticación y calidad de vida. Su detección a tiempo, ayuda a una rehabilitación más fácil y menos costosa. (JOAQUIN, 2015)

El primer molar permanente, también denominado número seis por su ubicación en la arcada dentaria, son cuatros, dos superiores y dos inferiores, es el primer diente permanente en erupcionar, no sustituye a ningún diente temporal por lo que su aparición muchas veces es desapercibida, ya que no se exfolia ninguna pieza antes de su aparición. Se puede constatar su aparición cuando se observa inflamación pericoronaria. Con este damos inicio a la dentición mixta, fase I.

Es muy susceptible a la caries desde su erupción por ser el primer diente presente en boca y por ende estar por más tiempo expuesto al medio bucal y ácido, por el hecho de que los niños aún no tienen el debido conocimiento sobre higiene oral ni la motricidad para realizarlo, por sus profundas fosas y fisuras que es un factor retentivo de placa bacteriana y por la ingesta de azúcares propios de la edad escolar cuando no hay un control de la dieta e higiene por parte de los padres. (Od. Martín P. Dopico* D. C., 2015)

A diferencia de las demás piezas dentales es importante por las funciones que desempeña como son:

- La masticación por la gran superficie oclusal que posee, al perderlo, habría una disminución del 50% de la eficiencia masticatoria.
- Es un pilar para la adecuada ubicación de las demás piezas dentales permanentes.
- Proporciona dimensión vertical.
- Sagitalmente, desempeña el papel de llave de la oclusión, pues la cúspide mesio-vestibular del primer molar superior se correspondiera anteroposteriormente con el surco vestibular principal del primer molar inferior.
- Participa en el segundo levante de la oclusión.

2.2.1 Factores que convierten al primer molar permanente en predisponente a la caries

Los primeros molares permanentes son vulnerables a la aparición de caries por factores histológicos, morfológicos, entre otros, como son:

2.2.1.1 Edad

Los niños en edad escolar padecen mayor cantidad de caries que las personas de edad mayor.

De 4 a 8 años. Hay una falta de higiene por la pronta edad del individuo. Las piezas más afectadas por caries, en la dentición de leche o decidua, son los segundos molares superiores e inferiores. En la dentición definitiva hay una prevalencia de caries en el primer premolar. (Roca, 2013)

2.2.1.2 Dieta

Los productos refinados como azúcares, pasteles, alimentos muy procesados facilitan la aparición de caries. Se produce un proceso de desmineralización del esmalte por la producción de ácidos por parte de los microorganismos, hay un descenso del pH. Hay varios factores que influyen en el descenso del pH, como la placa bacteriana acumulada, la cantidad de saliva producida, efecto buffer (capacidad de mantener el pH en valores normales y brinda

protección contra la acidez, promueve también el desarrollo de cristales de hidroxiapatita, elemento principal del esmalte dental).

Este proceso se inicia cuando a partir de la ingestión de sacarosa en la dieta, los microorganismos metabolizan glucosa y liberan ácidos orgánicos. (L.P, 2002)

¿Qué alimentos son peligrosos para las caries?

- Sustancias que contienen azúcar como caramelos, galletas, frutos secos, bebidas gaseosas y helados.
 - Sustancias ingeridas durante las comidas.
 - Productos naturales como leche y frutas frescas.
 - Productos con almidón como pan, corn flakes, palomitas de maíz y papas chips.
 - Productos que contienen ácidos, como frutas y jugo de frutas.
 - Alcoholes de azúcar: xilitol, sorbitol, lycasina, así como los edulcorantes no calóricos.
- (Vieira, 2013)

2.2.1.3 Factor socioeconómico

Los individuos de escasos recursos económicos y baja clase social, tienen menos acceso a Salud Oral, hábitos y productos de higiene y prevención de caries dental. En ciertos países, incluso, los individuos de mejor posición económica, tienen acceso al agua fluorada, que actúa en la remineralización del esmalte. (Sanabria-Castellanos, 2015)

Las personas que habitan en las zonas rurales tienen menos facilidades de transportarse a la ciudad para recibir una mejor atención, pues es de conocimiento que en los subcentros de salud rurales, hay menos recursos y materiales odontológicos.

2.2.1.4 Higiene Oral

Lo recomendado por el profesional de la Odontología, es realizar el cepillado dental tres veces al día (después de cada comida), con una pasta dental que sea adecuada a las necesidades y edad del paciente. Hay niños que apenas lo hacen una vez por día y en el peor

de los casos una o tres veces por semana, es probable por esto que sea propenso no solo a caries sino también a enfermedades periodontales a pesar de la corta edad

El uso de colutorios también es necesario, son una solución acuosa que contiene un compuesto gelatinoso para que la solución con propiedades antibacterianas, cicatrizantes y reguladoras del pH permanezca más tiempo en la boca. (Ccdcanarias). Sin embargo, el paciente debe comprender que no sustituye al cepillado dental, solo es un complemento.

Otro implemento que se debe utilizar para la limpieza diaria, son los cepillos interdetales, su función es eliminar los residuos de alimentos entre cada diente, donde es claro que un cepillo convencional, no podrá acceder. Evita principalmente las caries en las caras interproximales.

El hilo dental cumple una función parecida a los cepillos interdetales pero entre espacios más reducidos.

El usar todos estos implementos en conjunto, proporcionará la salud bucal del niño, por el contrario, su mal uso o falta de uso, será un factor predisponente para la caries dental.

Más que el uso de los implementos e higiene bucal, es relevante conocer las técnicas de uso, porque al hacerlo de una manera incorrecta, o por un escaso tiempo, no beneficiará a la salud bucal como se requiere. Es necesario también la constancia de su uso, que sea este todos los días y luego de cada comida. Los padres deben encargarse que esto sea un hábito y brindar total motivación, haciéndolo de una manera en que al niño le resulte divertido y conozca que es por el beneficio de su salud

2.2.1.5 Uso de aparatos de Ortodoncia

Los aparatos de Ortodoncia no son causantes de caries pero facilitan su formación, al permitir que los restos de alimentos se queden atrapados en los dientes y ellos, además de que la higiene se complica. Posteriormente se transformará en biofilm, provocando caries y gingivitis.

A pesar de los recientes adelantos en los materiales ortodóncicos y de las técnicas de aplicación de los mismos, el desarrollo de la desmineralización alrededor de los brackets durante el tratamiento ortodóncico no se ha superado, ya que estos proporciona un ambiente adecuado para el desarrollo de la caries dental. (Martín, 2010)

Existen elementos de higiene diseñados específicamente para pacientes que usan ortodoncia, estos deben ser recomendados por el profesional Ortodoncista.

2.2.1.6 Frecuencia de visitas al Odontólogo

La Academia Americana de Odontología Pediátrica recomienda un chequeo dental por lo menos dos veces al año para la mayoría de los niños. Algunos niños necesitan visitas al dentista con más frecuencia debido a un mayor riesgo de caries en los dientes, patrones de crecimiento inusuales o mala higiene oral. (Maroto, 2013)

El Odontólogo revisará el estado de salud bucal, en caso de presencia de caries, procederá a realizar el tratamiento adecuado, y en caso de gozar de total salud, enseñará al niño las diversas técnicas de higiene oral, más una profilaxis y aplicación de flúor que beneficiará remineralizando el esmalte dental, ayudando a prevenir la caries. Se le hará conocer también al padre de familia, los implementos que debe comprarle a su hijo.

Por el contrario los niños que nunca han ido al Odontólogo, o que no lo han hecho en un lapso largo de tiempo, tendrán más probabilidades de desarrollar caries que a veces también es de poco conocimiento para los padres.

2.2.1.7 Morfología y anatomía

Gran superficie oclusal, posee cinco cúspides separadas por surcos profundos que facilitan la acumulación de placa bacteriana y el cepillado dental es más difícil. En estos casos por eso es recomendable la aplicación de sellantes de fosas y fisurar, que va a actuar como barrera de protección del esmalte dental, evitando que los microorganismos causantes de la caries dental penetren.

Además su posición en la arcada, están ubicados hacia distal de la línea media, hace que sea menos cercano a la llegada del cepillo, especialmente en la edad infantil, en donde no se tiene la destreza total, por eso los niños de edad temprana deben recibir la ayuda de un adulto hasta que tenga la total motricidad para desarrollar el cepillado por sí mismo. (Hernández, 2010)

2.2.1.8 Ley de gravedad

El alimento cae sobre los dientes inferiores por lo que permanecen más tiempo en este sitio. En ocasiones solo es posible eliminarlos con las técnicas de cepillado y mientras no se realice, va a estar mucho más tiempo alojado en los surcos del diente. (Od. Martín P. Dopico* D. C., 2015)

2.2.1.9 Tiempo de erupción

Al ser los primeros dientes permanentes en erupcionar, están más tiempo expuestos al medio bucal y ácido. (González, 2016).

Además se ha analizado que desde la aparición del primer molar, toma un tiempo de aproximadamente dos años en hacer contacto con el primer molar antagonista, esto aumenta el riesgo de que los alimentos se queden atrapados en los surcos, al no haber los movimientos de oclusión donde las cúspides se alojan en los surcos y puede así triturar los alimentos con más facilidad y desalojarlos.

Este factor también se relaciona con el género más prevalente con caries dental en el primer molar permanente, ya que algunos estudios señalan que el sexo femenino tiene mayor riesgo debido a que el primer molar permanente aparece primero en las niñas que en los niños. (Angarita, 2009)

2.2.1.10 Mayor frecuencia de caries en el lado derecho

Debido a la falta de destreza de los niños en el manejo del cepillo dental. Aquellos que lo toman con la mano derecha olvidan cepillar dicho lado de las arcadas dentarias. (Od. Martín P. Dopico* D. C., 2015).

También la caries es frecuente en el lado derecho porque es este lado el primero en donde aparece el primer molar permanente en la arcada inferior.

2.2.2 CONSECUENCIAS DE LA DESTRUCCIÓN Y PÉRDIDA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE

Si bien estas son algunas de los factores causantes de la caries, es importante mencionar las consecuencias de la destrucción y pérdida del primer molar permanente. Entre esas tenemos:

2.2.2.1 Problemas funcionales

A la presencia de una cavidad cariogénica en el primer molar permanente, se evidenciará empaquetamiento de alimentos en esta zona; si se produce su pérdida, la masticación será llevada a cabo por el primer molar del lado contrario, lo que disminuirá aproximadamente el 50% de la eficacia masticatoria, al no poder cumplir con su función adecuadamente. (V, 2017)

2.2.2.2 Desviación de las piezas adyacentes

Al haber un espacio vacío por la ausencia del primer molar permanente, es probable que los demás dientes y los próximos a erupcionar se inclinen hacia distal, provocando acúmulo de placa bacteriana en interproximal del segundo molar y segundo premolar, lo que causa caries o enfermedad periodontal. (Angarita, 2009)

Este problema se puede evitar usando aparatos ortodopédicos como los mantenedores de espacio, que mantendrán a las piezas en su lugar hasta la implantación de algún elemento de rehabilitación oral, ya se implantes, puentes o coronas.

2.2.2.3 Desviación de la línea media

La línea media suele desplazarse hacia el lado donde hay una pieza ausente.

2.2.2.4 Extrusión de la pieza antagonista

Por las parafunciones o desgastes fisiológicos del plano oclusal, las piezas antagonistas quedan extruidas, sobrepasando el plano de oclusión. En este caso, la implementación de prótesis fija se dificulta por el limitado espacio interoclusal. (Silva, 2010)

2.2.2.5 Alteraciones de la articulación temporomandibular

Se puede producir interferencia protusiva por mesialización del segundo molar, pérdida de dimensión vertical (distancia que separa dos puntos cutáneos, es decir, de la piel, uno en el macizo facial y el otro en el cuerpo de la mandíbula. Además, esta se puede dividir en dos tipos, en oclusión y en reposo (Vieria, 2013)) y pasar de ser Clase I molar a ser Clase II molar de Angle.

2.2.2.6 Tratamientos exhaustivos para el niño

Cuando hay destrucción del primer molar permanente, el niño para salvar su pieza dental, tendrá que someterse a tratamientos dentales que en algunos casos no será una experiencia muy agradable, dependiendo del tipo de comportamiento que posea. El tratamiento a seguir dependerá del grado de destrucción del diente; si se ve solo afectado el esmalte podría tratarse con solo restauración con ionómero o resina compuesta; si compromete al esmalte y dentina; el niño deberá ser anestesiado para no sentir dolor al momento de la restauración, y se colocara ionómero de vidrio; si la caries llega a la pulpa; se someterá a una terapia pulpar, en donde también se tomarán radiografías de cada paso y será cansado para el pequeño. Por estas razones es muy importante la prevención.

2.2.2.7 Trastornos del desarrollo y crecimiento maxilofacial

Cuando hay dolor por una lesión cariosa que ha llegado a la pulpa dental o pérdida de la pieza, por lo general, el individuo que padezca esto tiende a realizar el proceso de masticación utilizando solo un lado de la arcada dentaria (el lado no afectado), esto provoca un aumento de tamaño del cóndilo del lado de trabajo, la mandíbula

crece longitudinalmente y se produce desplazamiento de la línea media y asimetría, por lo que el lado de trabajo queda de tamaño menor a diferencia del otro.

2.2.2.8 Problemas de oclusión

Se desarrolla una oclusión traumática por la rotación y desviación de piezas adyacentes anteriormente, al presentar movimientos. (De Sousa, 2013)

2.2.2.9 Pérdida ósea y periodontopatías

La falta de dientes en las arcadas dentarias hace que el hueso maxilar y mandibular tiendan a reabsorberse con mayor facilidad, pues el proceso de masticación provee estímulos gracias las tensiones y cargas que proporciona. La falta de actividad, ocasiona su reabsorción. (Uriarte, 2016)

Tomando en cuenta las causas o factores de riesgo que dan lugar a la aparición de caries dental y las consecuencias de su pérdida y destrucción, es eminente que esta información llegue a los representantes legales y por qué no también los niños. La educación puede llevarse a cabo en programas de salud del gobierno, también organizados por las facultades de Odontología del país; llegando a medios de comunicación y trabajar arduamente en campañas de prevención. La salud bucal gratuita también sería eficaz para combatir este gran problema.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Diseño y tipo de investigación

El diseño de la investigación es cuantitativa porque se presentarán los resultados estadísticos acerca de la prevalencia de caries dental en el primer molar permanente de escolares atendidos en la Clínica Integral de Odontopediatría del décimo semestre Ciclo II 2017 -2018.

Es de tipo descriptivo debido a que se detallarán las variables de investigación caracterizando la presencia de caries dental en el primer molar permanente de los escolares objeto de estudio.

Es de tipo documental porque se efectuará la revisión de las historias clínicas de los escolares objeto de estudio.

Es de tipo retrospectivo debido a que evaluarán las historias clínicas de la Clínica Integral de Odontopediatría del décimo semestre durante el ciclo II 2017- 2018.

3.2 Población y muestra

El presente trabajo de investigación se realiza a partir de la revisión de historias clínicas de escolares de 6 a 11 años de edad atendidos en la Clínica Integral de Odontopediatría del décimo semestre durante el ciclo II 2017- 2018, motivo por el cual no se plantea una muestra, ni una población específica para el levantamiento de información.

3.3 Métodos, técnicas e instrumentos

El presente trabajo de investigación es Científico ya que se planteó un problema, objetivos y una hipótesis en el proceso de levantamiento de información.

Como técnica para el levantamiento de información se utilizó una ficha de observación elaborada por la autora donde constan los elementos a observar en pacientes a partir de 6 años de edad que presenten caries en primer molar permanente atendidos en la Clínica Integral de Odontopediatría del décimo semestre durante el ciclo II 2017- 2018.

3.4 Procedimiento de la investigación

El proceso se realizó mediante la revisión de las historias clínicas de los niños atendidos en la Clínica Integral de Odontopediatría del décimo semestre durante el ciclo II 2017- 2018, cuyas edades son a partir de los 6 años de edad cronológica.

3.5 Análisis de Resultados

La muestra está conformada por 45 niños de 6 a 11 años de edad, todos atendidos en la Clínica Integral de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Guayaquil, distribuyéndose en 22 (49%) escolares de sexo femenino y 23 (51%) escolares de sexo masculino. El 100% de los escolares analizados tienen sus cuatro primeros molares permanentes presentes en las arcadas dentarias, lo que equivale a un total de 180 primeros molares permanentes. (Tabla N.1)

La prevalencia de primeros molares permanentes con caries dental fue del 53%, en total 72 piezas afectadas. La prevalencia de niños con primeros molares permanentes afectados fue del 64% entre ambos sexos, donde se observa 17 (59%) escolares de sexo femenino con un total de 46 primeros molares permanentes afectados y 12 (41%) escolares de sexo masculino con un total de 26 piezas afectadas; el 36%. Por el contrario, no presentaban la lesión, observamos aquí 5 (31%) escolares de sexo femenino con un total de 20 piezas no afectadas y 11 (69%) escolares de sexo masculino con 44 piezas no afectadas. Podemos determinar mediante éste análisis que más de la mitad de los escolares atendidos, presentaron caries en al menos un primer molar permanente y que el sexo con mayor prevalencia de caries es el femenino. (Tabla N.2)

Según la arcada afectada, definimos que el 63% de los primeros molares permanentes de escolares presentaron caries en la arcada inferior. De ellos 25 (64%) primeros molares permanentes de escolares de sexo femenino se vieron afectados por caries y 14 (26%) primeros molares permanentes de sexo masculino. Mientras que el 37% de los escolares presentaron caries en la arcada superior, de ellos 18 (62%) de los primeros molares permanentes de escolares de sexo femenino estaban afectados por caries y 11 (38%) primeros molares permanentes de escolares de sexo masculino. Determinamos así, que la arcada que se vió más afectada por caries en el primer molar permanente fue la arcada inferior. (Tabla N.3)

Con respecto a la hemiarcada afectada por caries en primer molar permanente, los resultados fueron que en la pieza 16 tenían caries 11 (73%) escolares de sexo femenino y 4 (27%) escolares de sexo masculino. En la pieza 26, presentaron caries 10 (59%) escolares de sexo femenino y 7 (41%) de sexo masculino. En la pieza 36, 14 (61%) escolares de sexo femenino y 9 (39%) escolares de sexo masculino presentaron caries. Y en la pieza 46, 14 (67%) escolares de sexo femenino presentaron caries y 9 (21%) de sexo masculino. Los porcentajes nos indican que la hemiarcada más afectada fue la inferior y la pieza 36 fue la más prevalente en verse afectada por caries. (Tabla N.4)

De los niños afectados con caries dental en primer molar permanente, tenemos que 74 (89%) piezas afectadas no recibieron un tratamiento restaurador, mientras que 9 (11%) de las piezas afectadas, si recibieron restauraciones. Estamos hablando entonces que en mayor porcentaje, los primeros molares permanentes afectados por caries, no recibieron un tratamiento restaurador. (Tabla N.5)

En el análisis de la cantidad de primeros molares permanentes afectados por niño, se obtuvo el resultado de que el 40% (13) de ellos tenían los cuatro primeros molares permanentes con caries, el 24% (8) tenían tres primeros molares permanentes con caries y el 18% tenían dos y un primer molar permanente con caries. En mayor porcentaje los escolares manifestaron tener los cuatro molares permanentes afectados y sin tratamiento restaurador realizado. (Tabla 6).

Tabla N.1
Niños con primeros molares permanentes presentes en la cavidad bucal
según el género

GÉNERO	1MP PRESENTES	
	#	%
FEMENINO	22	49%
MASCULINO	23	51%
TOTAL	180	100%

Tabla N.2

Niños que presentaron y que presentaron caries dental en el primer molar permanente según el género

GÉNERO	NIÑOS CON CARIES DENTAL 1MP			
	NO		SI	
	#	%	#	%
FEMENINO	5	31%	17	59%
MASCULINO	11	69%	12	41%
TOTAL	16	36%	29	64%

Tabla N.3

Primeros molares permanentes de escolares que presentaron caries dental según la arcada afectada

MAXILAR	FEMENINO		MASCULINO	
	#	%	#	%
SUPERIOR	18	62%	11	38%
INFERIOR	25	64%	14	36%
TOTAL	43	100%	25	100%

Tabla N.4

Primeros molares permanentes de escolares que presentaron caries dental según la hemiarcada afectada

PIEZA DENTARIA	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%
16	11	73%	4	27%	15	100%
26	10	59%	7	41%	17	100%
36	14	61%	9	39%	23	100%
46	14	67%	7	33%	21	100%
TOTAL	49	100%	27	100%	76	100%

Tabla N.5

Primeros molares permanentes de escolares con y sin tratamiento restaurador

	SIN TRATAMIENTO		CON TRATAMIENTO	
GÉNERO	#	%	#	%
FEMENINO	48	91%	5	9%
MASCULINO	26	87%	4	13%
TOTAL	74	89%	9	11%

Tabla N.6

Niños con primeros molares permanentes afectados con caries dental y la cantidad de piezas dentales afectadas

MOLARES CON CARIES	UNO		DOS		TRES		CUATRO	
GENERO	#	%	#	%	#	%	#	%
FEMENINO	2	12%	3	18%	7	41%	5	29%
MASCULINO	4	23%	3	18%	2	12%	8	47%

3.4 Discusión de los resultados

A partir de los hallazgos encontrados mediante la observación y análisis de las historias clínicas, tiene concordancia con la hipótesis establecida que es que la prevalencia de la caries dental en el primer molar permanente es alta en escolares atendidos en la Clínica Integral de Odontopediatría. El resultado fue de 64% escolares con primer molar permanente afectados con caries y 53% primeros molares permanentes afectados en total, en niños entre 6 y 11 años.

Estos resultados tienen relación con otros estudios realizados por Morales y Cols, de la Universidad de Santa María de Venezuela, en cuánto a la prevalencia de pacientes con caries en el primer molar permanente, encontraron que el 55% de los pacientes presentaron caries en esta pieza, es decir más de la mitad de los pacientes, similar a los resultados de este estudio. (MORALES-CHÁVEZ, 2010). Otras investigaciones, como la de Anastacio Orporeza y Cols. De la revista ADM de México en el 2011, determinaron que la prevalencia de caries en el primer molar permanente fue del 58.6%, siendo de igual manera mayor a la mitad de la población examinada. (Cols., 2011). Por otro lado, un estudio realizado por la Dra. Indira Gómez Capote y Cols, en el 2015 en La Habana, Cuba, se obtuvo la prevalencia de caries en primer molar permanente del 40.3%, lo que demuestra que fue menos del 50%. Se asume que este resultado de prevalencia es bajo porque se lo realizó en Cuba, un país en donde los servicios salud gratuita son más accesibles.

Con respecto al género predominante con caries en el primer molar permanente, el resultado obtenido en este estudio fue del 59% del sexo femenino, coincidiendo con estudios de Anastacio Orporeza y Cols. De la revista ADM de México en el 2011 que el sexo femenino tuvo una prevalencia del 52.9% con afectación de caries en primer molar permanente. (Cols., 2011). Otro estudio realizado en la Universidad Cooperativa de Colombia por la Od. Nathaly Chavarria y Cols. En el 2011 se determinó que de las 800 HC analizadas, 61,5 % pertenecían al sexo femenino, relacionándose también. La razón de la prevalencia del sexo femenino, puede ser porque el primer molar permanente aparece en el sexo femenino, antes que en el masculino por lo que está más tiempo expuesto al medio bucal. (Cols, 2011)

Según la arcada más afectada, se obtuvo como resultado que el 63% de los primeros molares permanentes de escolares presentaron caries en la arcada inferior. Otros estudios como el de Anastacio Orporeza y Cols. De la revista ADM de México en el 2011, obtuvo que el 60.63% de los primeros molares permanentes inferiores estaban afectados por caries en relación a los superiores, dicho resultado tienen similitud con el obtenido en este estudio. (Cols., 2011). En el estudio de la Universidad Cooperativa de Colombia por la Od. Nathaly Chavarria y Cols. En el 2011, observó que el primer molar permanente más perdido por caries fue el inferior izquierdo, aunque los porcentajes de población afectada pueden variar. (Cols, 2011). Sin embargo, otros estudios han mostrado que el diente más perdido es el primer molar inferior derecho. En todos los casos, son los dientes inferiores los más afectados. Este resultado podría darse debido a la morfología de los primeros molares inferiores y por aparecer en boca antes que los superiores.

En cuanto a la pieza más afectada, se encontró que la número 36 fue la más afectada de los escolares analizados, con el 30% a diferencia de los otros cuatro primeros molares permanentes. Este resultado tuvo coincidencia con el analizado por Anastacio Orporeza y Cols. De la revista ADM de México en el 2011, donde se encuentra la afectación en los diferentes primeros molares permanentes por género, observando que las piezas dentarias más afectadas en ambos sexos son los órganos dentarios 36 y 46, destacando una mayor afectación en el 36. (Cols., 2011). Por el contrario hay estudios como el Dra. Indira Gómez Capote de la Facultad de Estomatología Raúl González Sánchez de La Habana, Cuba, de donde se indicó que los molares con mayor afectación por caries fueron el 46 y 26. (Capote, 2015) En un estudio de Bermúdez en la población venezolana de Río Chico se encontró que el primer molar permanente más afectado se corresponde con el primer molar superior derecho (34%), es decir la pieza 16. (Bermúdez, 2013)

Con relación a los primeros molares permanentes que recibieron o no tratamiento restaurador, se encontró que el 89% no había recibido tratamiento, lo cual es una cifra considerable. Así mismo, Anastacio Orporeza y Cols. De la revista ADM de México en el

2011, obtuvo como resultado que el 72.1% de las piezas analizadas, no recibieron tratamiento, cifra también considerable. Se podría asumir de acuerdo a los resultados, que no hay una estricta vigilancia la salud oral en niños, ni preventivo ni restaurativo.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

De acuerdo a los resultados obtenidos en este análisis, se concluye que:

- La prevalencia de primeros molares permanentes afectados por caries en niños de 6 a 11 años es mayor a diferencia de las piezas no afectadas por esta lesión.
- Los escolares de sexo femenino presentan mayor número de caries en el primer molar permanente, que los escolares de sexo masculino.
- La arcada inferior es la más afectada por caries en el primer molar permanente.
- El primer molar permanente con mayor prevalencia de caries es la pieza 36.
- De los primeros molares permanentes afectados por caries, el mayor porcentaje, no posee ningún tipo de tratamiento restaurador.
- En mayor porcentaje los escolares manifestaron tener los cuatro molares permanentes afectados y sin tratamiento restaurador realizado.

Con estas conclusiones, es evidente que para los representantes legales de los niños, no es de prioridad el cuidado de la dentición temporal, ya que se piensa en el recambio dentario, sin tener el conocimiento de cómo se lleva a cabo la aparición del primer molar permanente. Esta población tiene la necesidad de tratamientos tanto preventivos como restauradores para evitar futuros problemas estéticos y funcionales.

4.2 Recomendaciones

Al ser el primer molar permanente una pieza importante dentro de la oclusión dentaria y perteneciendo a la dentición permanente, se considera fundamental su presencia en boca. Al observar la prevalencia elevada de caries en los primeros molares permanentes de escolares atendidos en la Clínica Integral de Odontopediatría, que sin duda se relaciona con la falta de conocimiento de los padres, se recomendaría reforzar la educación en salud que se ejecuta actualmente, que incluya la orientación de conocer los factores de riesgo para la aparición de caries dental y la cronología de erupción de los primeros molares permanentes a partir de los 6 años de edad para que los representantes legales de los niños estén al tanto que esta pieza se trata de uno de los pilares de la oclusión y no tiene recambio posterior a su pérdida.

Es de gran relevancia enfocarse en la prevención como primera recomendación para disminuir la prevalencia de caries en el primer molar permanente. Se sugiere empezar el seguimiento de su estado, desde su aparición. Si la atención a las lesiones por caries, se da en un estadio tardío, las consecuencias podrían ser peores y los tratamientos mucho más costosos y exhaustivos. En caso de que posea fosas profundas, es factible el uso de sellantes de fosas y fisuras, siendo su función actuar como barrera, evitando que los microorganismos causantes de la caries, afecten al esmalte dental.

Existen otros factores causante de caries que deben ser estrictamente tomados en cuenta para prevenir esta lesión, tales como la dieta, modificándola al disminuir el consumo de azúcares y carbohidratos; el uso de productos de higiene bucal como pasta dental, hilo dental, enjuague bucal y cepillos interdetales para los cuales es necesario conocer la respectiva técnica de uso y ser constantes en la práctica de estos. Los padres deben ayudar a sus hijos desde edad temprana, guiándolos a seguir correctos hábitos de higiene, esto beneficiará a que en un futuro, los niños gocen de total salud bucal y tenga un satisfactorio estilo de vida, sin padecer daños estéticos o funcionales por causa de la caries dental.

El gobierno del Ecuador en conjunto con el Ministerio de Salud Pública, podrían implementar programas de Salud Bucal, en donde se hable de prevención y tratamientos restaurativos, motivar a los ciudadanos sobre lo importante que es el seguimiento de la salud desde temprana edad. La proporción de kits de limpieza bucal y la baja de precios de estos implementos, facilitaría la accesibilidad a estos elementos, para personas con escasos recursos económicos.

Me parece que también las facultades de Odontología del país podrían elaborar campañas para disminuir el problema de caries dental, especialmente en las zonas de escasos recursos y zonas rurales, donde es menos accesible y se tiene menos conocimiento sobre las diversas patologías que pueden producirse en boca.

Llegar a la población mediante medios de comunicación como diarios, televisión, radio, redes sociales, vallas publicitarias, sería también de gran beneficio para que tengan conocimiento de las medidas a seguir.

BIBLIOGRAFÍA

- Alfonso, A. (2013). Nivel de conocimiento de las madres sobre la importancia y el cuidado de la dentición temporal. *Acta Médica Centro*.
- Angarita, N. (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). *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*.
- Bermúdez. (2013). Prevalencia de Caries y tratamientos realizados en el primer molar permanente en la población de Río Chico. Estado Miranda, Venezuela. *Acta Odontológica Venezolana*.
- Borda, A. (2016). La alimentación en la Revolución Industrial. *Universidad Distrital Francisco José de Caldas*.
- Capote, D. I. (2015). Caries dental en los primeros molares permanentes en escolares. *Revista Médica Electrónica*.
- Ccdcanarias. (s.f.). Colutorios que son y para que sirven. *Centros de Calidad Dental Canarias*.
- Cols, O. N. (2011). Prevalencia de caries en el primer molar permanente en pacientes de la Universidad Cooperativa de Colombia .
- Cols., C. D.-O. (2011). Caries dental en primeros molares permanentes de escolares de la delegación Tláhuac. *Revista ADM*.
- De Sousa, J. G. (2013). Causas y Consecuencias De La Pérdida Prematura Del Primer Molar Permanente En Pacientes Atendidos En El Hospital Luis Razetti Municipio Tucupita, Edo. Delta Amacuro. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*.
- Ecuador, M. d. (Abril de 2015). *Guías de Práctica Clínica*.
- Galindo, K. R. (2005). Prevalencia de caries dental en niños de edad preescolar. Estudio comparativo realizado en las ciudades de Monterrey y Apodaca, N.L.
- González, O. B. (2016). La pérdida de primeros molares permanentes, una derrota de la Estomatología. *Correo Científico Médico*.
- Hernández, J. (2010). 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*.
- JOAQUIN. (2015). Caries dental y el primer molar permanente. *Gaceta Médica Espirituana*.
- L.P, S. P. (2002). Prevalencia de canes dental en niños de edad preescolar. Estudio comparativo realizado en las Ciudades de Monterrey y Apodaca, N.L.

- M, F.-G. (2008). Microorganismos presentes en las diferentes etapas de la progresión de la lesión de caries dental. *Acta Odontológica Venezolana*.
- Maroto, M. R. (2013). El día a día de una clínica infantil. *Clínica Dental Dr. Martin Romero Maroto*.
- Martín, D. I. (2010). Factores de riesgo a caries en pacientes con aparatos ortodónticos fijos. *Revista Archivo Médico de Camaguey*.
- MORALES-CHÁVEZ, M. C. (2010). Prevalencia de caries y pérdida de primeros molares. *ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA*.
- Od. Martín P. Dopico*, D. C. (2015). IMPORTANCIA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE y CONSECUENCIAS CLÍNICAS DE Su PÉRDIDA EN EDADES TEMPRANAS DEL DESARROLLO . *Ateneo*.
- Od. Martín P. Dopico*, D. C. (2015). Importancia del primer molar permanente y consecuencias clínicas de su pérdida en edades tempranas del desarrollo. *Ateneo*.
- Quevedo, D. Y. (2017). Caries en los primeros molares permanentes de estudiantes de la enseñanza secundaria. *Medisan*.
- Roca, I. (2013). Índice de caries y susceptibilidad con la edad. *Propdental*.
- Sanabria-Castellanos, C. M. (2015). Relación entre determinantes socioeconómicos, cobertura en salud y caries dental en veinte países. *Gerencia y Políticas de Salud*.
- Santos Povis, J. F. (2007). Estudio comparativo de la oclusión, entre un grupo de niños respiradores bucales y un grupo control .
- Silva, T. (2010). Reperusión del primer molar permanente en la oclusión dental en niños de 7 a 11 años. *Universidad Regional Autónoma de los aN*.
- Uriarte, O. (2016). Las claves de la pérdida ósea dental. *El Mundo*.
- V, C. R. (2017). Ausencia del primer molar en la eficacia masticatoria, test Nakamura. *Avances en Odontoestomatología*.
- Vieira, D. D. (2013). Relación entre la dieta y la caries dental. *Propdental*.
- Vieria, D. D. (31 de julio de 2013). *Propdental*.
- Vilvey, D. L. (2015). Dental caries and the first permanent molar . *Gaceta Médica*.

ANEXOS

Escolar con caries en todos los primeros molares permanentes

25 OCT 2017

Korte

 Universidad de Guayaquil Facultad Piloto de Odontología Departamento de Diagnóstico									
ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO M-F	EDAD AÑOS	N. HISTORIA CLINICA				
Fdo O.	José	Chang	M	8	3470				
MEJOR DE 1 AÑO	1-4 AÑOS	5-9 AÑOS PROGRAM	10-14 AÑOS PROGRAM	15-19 AÑOS	MAYOR DE 20 AÑOS		EMBARAZADA		
		☒							
1. MOTIVO DE CONSULTA									
ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE									
<i>Carieses las caries</i>									
2. ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL									
REGISTRAR SINTOMAS: CRONOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL									
<i>Antontico</i>									
3. ANTECEDENTES PERSONALES									
1. ALERGIA ANTIBIOTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMORRAGIAS	4. VIH/ SIDA	5. TUBERCULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPERTENSIÓN	9. ENF. CARDIACA	10. OTROS
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>No refiere antecedentes</i>									
4. SIGNOS VITALES									
PRESIÓN RTERIAL	110/70	FRECUENCIA CARDIACA /minuto	74	TEMPERATURA °C	37.2	FRECUENCIA RESPIRATORIA /minuto	20		
5. EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO									
DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA ANTONADO EL NI									
1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADA	7. PISO	8. CARILOS	9. GLAND. SALIVALES	10. ORO FARINGE
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Sin patología aparente</i>									

PINTAR: AZUL - TRATAMIENTO REALIZADO, ROJO PARA PATOLOGIA ACTUAL.
MOVILIDAD Y RECESIÓN: MARCAR "X" (1, 2 ó 3), SI APLICA

6. ODONTOGRAMA

RECESIÓN	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
MOVILIDAD	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
VESTIBULAR	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28
Lingual	55	54	53	52	51					61	62	63	64	65			
VESTIBULAR	48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38
MOVILIDAD	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
RECESIÓN	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

7. INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA

PIEZAS DENTALES				PLACA 0-1-2-3	CALCULO 0-1-2-3	GINGIVITIS 0-1
16	17	55	X	1	0	0
11	21	51	X	1	0	0
26	27	65	X	1	0	0
36	37	75		1	0	0
31	41	71	X	1	0	0
46	47	86	X	1	0	0
TOTALES	TOTALES	TOTALES		10/10		

ENFERMEDAD PERIODONTAL		MALOCCLUSIÓN		FLUOROSIS	
LEVE	MODERADA	ANG. I	ANG. II	ANG. III	SEVERA

8. INDICES CPO-ceo

	C	P	O	TOTAL
d	9	1	0	10
d				

9. SIMBOLOS DEL ODONTOGRAMA

X AZUL SELL. NECESAR.	⊗ AZUL PERD. (OTRA CAUSA)	≡ NO. PROT. TOT
* AZUL SELL. REALIZAD.	△ NO. ENDODONCIA	◻ NO. CORC
X AZUL EXTRAC. INDICADA	□ NO. PROT. FUJA	○ AZUL. OBTURA
X AZUL PERD. POR CARIES	— — — NO. PROT. REMOV.	○ NO. CAF

Escolar sin ninguna caries en primeros molares permanentes

Declaro

Universidad de Guayaquil
Facultad Piloto de Odontología
Departamento de Diagnóstico

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO M-F	EDAD AÑOS	N. HISTORIA CLINICA
H. de O	Saul	Saul	M	8	4200 N

1-4 AÑOS	5-9 AÑOS PROGRAM	10-14 AÑOS PROGRAM	15-19 AÑOS	20 AÑOS	EMBARAZA DA
		X			

1. MOTIVO DE CONSULTA

ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE

"Quiero sacarme un diente"

2. ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

REGISTRAR SÍNTOMAS: CRONOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL

Asintomático

3. ANTECEDENTES PERSONALES

1. ALERGIA ANTIBIOTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMORRAGIAS	4. VIH/ SIDA	5. TUBERCULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPERTENSION	9. ENF. CARDIACA	10. OTROS
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

No he fore Antecedente

4. SIGNOS VITALES

Presión Arterial	Frecuencia Cardíaca / minuto	Temperatura °C	Frecuencia Respiratoria / minuto
12/8/116	70	36.5	18

EXAMEN DEL SISTEMA ODONTOLÓGICO

DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA ANTONADO EL NUM

2. MEJILLA S.	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADA R.	7. PISO	8. GOMILLOS	9. GLAND. SALIVALES	10. ORO FARINGE	11. A.T.M.
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Ortopedia

6. ODONTOGRAMA

PINTAR: AZUL - TRATAMIENTO REALIZADO, ROJO PARA C. MOVILIDAD Y RECESIÓN: MARCAR "X" (1, 2 ó 3). SI APLICA

RECESIÓN	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
MOVILIDAD	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
VESTIBULAR	18	17	16	15	14	13	12	21	22	23	24	25	26	27	28
	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
	55	54	53	52	51			61	62	63	64	65			
	☒	☒	☒	☒	☒			☒	☒	☒	☒	☒			
Lingual	85	84	83	82	81			71	72	73	74	75			
	☒	☒	☒	☒	☒			☒	☒	☒	☒	☒			
VESTIBULAR	48	47	46	45	44	43	42	31	32	33	34	35	36	37	38
	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
MOVILIDAD	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
RECESIÓN	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

INDICADORES DE SALUD BUCAL

8. INDICES CPO-ceo

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA						ENFERMEDAD PERIODONTAL			MALOCCLUSIÓN			FLUOROSIS		
PIEZAS DENTALES		PLACA 0-1-2-3	CÁLCULO 0-1-2-3	GINGIVITIS 0-1		LEVE	MODERADA	SEVERA	ANG. I	ANG. II	ANG. III	LEVE	MODERADA	SEVERA
17	55	X	1	0	0									
21	51	-	-	-	-									
27	65	✓	1	0	0									
37	75	✓	-	-	-									
41	71	-	-	-	-									
47	86													
TOTALES	TOTALES													

9 SÍMBOLOS DEL ODONTOGRAMA					
X	NO SELL. NECESAR.	⊗	ATUL PERD. (OTRA CAUSA)	≡	NO PROT. TOTAL
*	NO SELL. REALIZAD.	△	NO ENDODONCIA	◻	NO CORONA
X	EXTRAC. INDICADA	□	NO PROT. FLU	○	NO OBTURADO
X	PERD. POR CARIES	- - -	NO PROT. REMOV.	○	NO CARIES

Escolar con caries en el primer molar permanente de la arcada superior

25 OCT 2017

Orlando

Universidad de Guayaquil
Facultad Piloto de Odontología
Departamento de Diagnóstico

ESTABLECIMIENTO		NOMBRE		APELLIDO		SEXO M-F		EDAD AÑOS		N. HISTORIA CLÍNICA	
FDOO		Orlando		Sbarva		F		9		266	
MENOR DE 1 AÑO	1-4 AÑOS	5-9 AÑOS PROGRAM	10-14 AÑOS PROGRAM	15-19 AÑOS	MAYOR DE 20 AÑOS	EMBARAZADA					

1. MOTIVO DE CONSULTA

ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE

"Sacar un diente"

2. ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

REGISTRAR SINTOMAS: CRONOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL

Asintomático.

3. ANTECEDENTES PERSONALES

1. ALERGIA ANTIBIOTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMORRAGIAS	4. VIH/ SIDA	5. TUBERCULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPERTENSIÓN	9. ENF. CARDIACA	10. OTROS

No refiere antecedentes.

4. SIGNOS VITALES

PRESIÓN ARTERIAL	110/70	FRECUENCIA CARDIACA /minuto	180	TEMPERATURA °C	37°C	FRECUENCIA RESPIRATORIA /minuto	18
------------------	--------	-----------------------------	-----	----------------	------	---------------------------------	----

5. EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA ANTONADO EL NI

1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADA	7. FISO	8. CARRILLOS	9. GLAND. SALIVALES	10. ORO FARINGE	11. A.T.M.

Sin patología aparente.

7. INDICADORES DE SALUD BUCAL					8. INDICES CPO-cro								
HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA					ENFERMEDAD PERIODONTAL	MALOCCLUSIÓN	FLUOROSIS	D	C	P	O	TOTAL	
PIEZAS DENTALES				PLACA 0-1-2-3									CALCULO 0-1-2-3
16	✓	17	55	1	0	0	LEVE	ANG. I	✓	LEVE			1
11	✓	21	51	1	0	0	MODERADA	ANG. II		MODERADA			
26	✓	27	65	1	0	0	SEVERA	ANG. III		SEVERA			
36	✓	37	75	1	0	0							
31		41	71	0	0	0							
46	✓	47	86	1	0	0							
TOTALES		TOTALES	TOTALES	5	0	0							

9 SIMBOLOS DEL ODONTOGRAMA			
* RELAJ. SELL. NECESAR.	⊗ ATUL. PERD. (OTRA CAUSA)	RELAJ. PROT. TOTAL	
* RELAJ. SELL. REALIZAD.	△ RELAJ. ENODOONCA	RELAJ. CORON	
X RELAJ. EXTRAC. INDICADA	RELAJ. PROT. FLUJ.	RELAJ. OBTURAD	
X RELAJ. PERD. POR CARIES	RELAJ. PROT. REMOV.	RELAJ. CARE	

Escolar con caries en el primer molar permanente de la arcada inferior

2016

 Universidad de Guayaquil Facultad Piloto de Odontología Departamento de Diagnóstico											
ESTABLECIMIENTO		NOMBRE		APELLIDO		SEXO M-F		EDAD AÑOS		N. HISTORIA CLINICA	
Edo.		Chris		Yumbi		M		19		3481	
MENOR DE 1 AÑO		1-4 AÑOS		5-9 AÑOS PROGRAM		10-14 AÑOS PROGRAM		15-19 AÑOS		MAYOR DE 20 AÑOS	
1. MOTIVO DE CONSULTA						ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE					
"Quiero mejorar los dientes"											
2. ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL						REGISTRAR SÍNTOMAS: CRONOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL					
Asintomático											
3. ANTECEDENTES PERSONALES											
1. ALERGIA ANTIBIOTICO		2. ALERGIA ANESTESIA		3. HEMORRAGIAS		4. VIH/ SIDA		5. TUBERCULOSIS		6. ASMA	
-		-		-		-		-		-	
7. DIABETES		8. HIPERTENSIÓN		9. ENF. CARDIACA		10. OTROS					
-		-		-		-					
Sin antecedentes personales											
4. SIGNOS VITALES											
PRESIÓN ARTERIAL		FRECUENCIA CARDIACA / minuto		TEMPERATURA °C		FRECUENCIA RESPIRATORIA / minu					
110/70		20		37°C		20					
EXAMEN DEL SISTEMA ODONTOLÓGICO						DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA ANOTANDO EL NÚMERO					

[illegible]

7. INDICADORES DE SALUD BUCAL										8. INDICES CPO-cdo													
HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA										ENFERMEDAD PERIODONTAL		MALOCCLUSIÓN		FLUOROSIS		C		P		O		TOTAL	
PIEZAS DENTALES					PLACA 0-1-2-3	CALCULO 0-1-2-3	GINGIVITIS 0-1	LEVE	ANG. I	LEVE													
16	X	17	55	3	2	0	MODERADA	ANG. II	MODERADA														
11	X	21	51	3	0	0	SEVERA	ANG. III	SEVERA														
26	X	27	65	3	0	0	9 SIMBOLOS DEL ODONTOGRAMA																
36	X	37	75	1	0	0	* ☒ SELL. NECESAR. ☒ ATUL. PERD. (OTRA CAUSA) ☒ PROT. TOTAL * ☒ SELL. REALIZAD. ☒ ENDODONCIA ☒ CORONA X ☒ EXTRAC. INDICADA ☒ PROT. FUA ☒ OBTURADO X ☒ PERD. POR CARIES ☒ PROT. REMOV. ☒ CARIES																
31	X	41	71	2	0	0																	
46	X	47	86	1	1	0																	
TOTALES		TOTALES	TOTALES																				

o	c	p	o	TOTAL
	2	0	0	2
d	c	e	o	TOTAL
	1	0	0	1

* NO.02 SELL. NECESAR.		NO.03 AZUL. PERD. (OTRA CAUSA)		NO.05 PROT. TOTAL
* NO.04 SELL. REALIZAD.		NO.05 ENDODONCIA		NO.06 CORONA
* NO.05 EXTRAC. INDICADA		NO.06 PROT. FUA		NO.07 OBTURADO
* NO.06 PERD. POR CARIES		NO.07 PROT. REMOV.		NO.08 CARIES

Escolar con tratamiento restaurativo en algún primer molar permanente

26 OCT 2017

Cecilia

Universidad de Guayaquil
Facultad Piloto de Odontología
Departamento de Diagnóstico

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO M-F	EDAD AÑOS	N. HISTORIA CLINICA
FDO.	Pouja	Carvajal	M	10	3521

1-4 AÑOS	5-9 AÑOS	10-14 AÑOS	15-19 AÑOS	20 AÑOS	EMBARAZA O.A.
			X		

1. MOTIVO DE CONSULTA

ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE

"Carole (un molar) dental al bebé"

2. ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

REGISTRAR SÍNTOMAS: CRONOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL

Aparición

3. ANTECEDENTES PERSONALES

1. ALERGIA ANTIBIOT ICC	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMORRAGIA	4. VIH/ SIDA	5. TUBERCULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPERTENSIÓN	9. ENF. CARDIACA	10. OTROS
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

No refiere antecedentes

4. SIGNOS VITALES

PRESIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA / minuto	TEMPERATURA °C	FRECUENCIA RESPIRATORIA / minuto
118/80	98	37	16

5. EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA ANOTANDO EL NÚMERO

1. LABIOS	2. MAXILAR SUPERIOR	3. MAXILAR INFERIOR	4. LENGUA	5. PALADA	6. PISO	7. CARIOS	8. GLAND. SALIVALES	9. ORO FARINGE	10. L.A.T.M.	11. Sin
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Sin patología aparente

6. ODONTOGRAMA

PINTAR; AZUL - TRATAMIENTO REALIZADO, ROJO PARA PATOLOGIA ACTUAL, MOVILIDAD Y RECESIÓN: MARCAR "X" (1, 2 ó 3), SI APLICA

RECESIÓN	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
MOVILIDAD	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
VESTIBULAR	18	17	16	15	14	13	12	21	22	23	24	25	26	27	28
	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
	55	54	53	52	51			61	62	63	64	65			
	☒	☒	☒	☒	☒			☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
Lingual	85	84	83	82	81			71	72	73	74	75			
	☒	☒	☒	☒	☒			☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
VESTIBULAR	48	47	46	45	44	43	42	31	32	33	34	35	36	37	38
	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
MOVILIDAD	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
RECESIÓN	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

7. INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA

PIEZAS DENTALES				PLAQUE	CALCULO	GINGIVITIS
				0-1-2-3	0-1-2-3	0-1
16	X	17	55	3	0	0
11	X	21	51	3	0	0
26	X	27	65	3	0	0
36	X	37	75	3	0	0
31	X	41	71	3	0	0
46	X	47	86	3	0	0
TOTALES		TOTALES		18	0	0

8. INDICES CPO-ceo

ENFERMEDAD PERIODONTAL	MALOCCLUSIÓN	FLUOROSIS	C	O	TOTAL
LEVE	ANG. I	LEVE	2	0	4
MODERADA	ANG. II	MODERADA	0	0	0
SEVERA	ANG. III	SEVERA	0	0	0

9. SIMBOLOS DEL ODONTOGRAMA

X _{BLD} SELL. NECESAR.	⊗ AZUL PERD. (OTRA CAUSA)	≡ BLD _{BL} PROT. TOTAL
X _{BLD} SELL. REALIZAD.	△ BLD _{BL} ENDODONCIA	◻ BLD _{BL} CORONA
X _{BLD} EXTRAC. INDICADA	□ BLD _{BL} PROT. FJA	◌ BLD _{BL} CBTURADO
X _{BLD} PERD. POR CARIES	--- BLD _{BL} PROT. REMOV.	○ BLD _{BL} CARIES

# HC	Sexo	Edad	1MP CON CARIES	CANTIDAD PIEZAS	CARIES 16	CARIES 26	CARIES 36	CARIES 46	MAX SUPERIOR	MAX INFERIOR	# 1MP CON TRATAMIENTO
1	M	10	SI	2	NO	NO	SI	SI	0	2	0
2	M	7	NO	0	NO	NO	NO	NO	0	0	0
3	F	9	SI	3	SI	NO	SI	SI	1	2	0
4	M	7	NO	0	NO	NO	NO	NO	0	0	0
5	F	8	SI	3	SI	SI	SI	NO	2	1	0
6	M	9	NO	0	NO	NO	NO	NO	0	0	0
7	F	6	SI	2	NO	NO	SI	SI	0	2	0
8	F	9	SI	3	SI	NO	SI	SI	1	2	0
9	M	11	SI	3	SI	SI	NO	NO	2	0	0
10	M	7	NO	0	NO	NO	NO	NO	0	0	0
11	F	7	NO	0	NO	NO	NO	NO	0	0	0
12	M	10	SI	1	NO	NO	SI	NO	0	1	0
13	M	8	SI	4	SI	SI	SI	SI	2	2	0
14	M	7	SI	3	NO	SI	SI	SI	1	2	0
15	M	6	NO	0	NO	NO	NO	NO	0	0	0
16	M	6	NO	0	NO	NO	NO	NO	0	0	0
17	M	9	NO	0	NO	NO	NO	NO	0	0	0
18	M	10	NO	0	NO	NO	NO	NO	0	0	0
19	F	9	SI	2	NO	SI	NO	SI	1	1	0
20	F	9	SI	1	SI	NO	NO	NO	1	0	0
21	F	7	SI	3	NO	SI	SI	SI	1	2	1
22	F	8	NO	0	NO	NO	NO	NO	0	0	0
23	M	10	SI	4	SI	SI	SI	SI	2	2	0
24	F	10	SI	4	SI	SI	SI	SI	2	2	0
25	F	9	NO	0	NO	NO	NO	NO	0	0	4
26	F	8	SI	3	NO	SI	SI	SI	1	2	0
27	M	11	SI	1	NO	SI	NO	NO	1	0	0
28	M	8	SI	4	SI	SI	SI	SI	2	2	0
29	M	9	SI	1	NO	NO	SI	NO	0	1	0
30	M	7	NO	0	NO	NO	NO	NO	0	0	2
31	F	10	SI	3	SI	NO	SI	SI	1	2	0
32	M	7	SI	1	NO	SI	NO	NO	1	0	0
33	F	11	NO	0	NO	NO	NO	NO	0	0	0
34	F	11	SI	4	SI	SI	SI	SI	2	2	0
35	M	8	NO	0	NO	NO	NO	NO	0	0	0
36	F	7	SI	2	NO	NO	SI	SI	0	2	0

37	F	10	SI	4	SI	SI	SI	SI	2	2	0
38	F	7	SI	4	SI	SI	SI	SI	2	2	0
39	F	10	SI	4	SI	SI	SI	SI	2	2	0
40	M	11	SI	2	NO	NO	SI	SI	0	2	0
41	F	9	SI	1	SI	NO	NO	NO	1	0	0
42	F	10	NO	0	NO	NO	NO	NO	0	0	0
43	M	8	SI	2	NO	NO	SI	SI	0	2	0
44	F	8	SI	3	NO	SI	SI	SI	1	2	0
45	M	9	NO	0	NO	NO	NO	NO	0	0	0