



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA

**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE ODONTOLOGO.**

TEMA:

**“PERDIDA PREMATURA DE DIENTES PRIMARIOS EN PACIENTES
DE 6 A 8 AÑOS ATENDIDOS EN LA CLINICA DE ODONTOPEDIATRIA
DE LA FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA DE GUAYAQUIL
DURANTE EL AÑO 2012”**

AUTOR:

Carla Denisse Juez Medina

Tutor:

Dr. Patricio Proaño Yela.

Guayaquil, junio 2013

CERTIFICACION DE TUTORES

En calidad de tutor del trabajo de investigación:

Nombrados por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

CERTIFICAMOS

Que hemos analizado el trabajo de graduación como requisito previo para optar por el Título de tercer nivel de Odontólogo.

El trabajo de graduación se refiere a:

“Perdida prematura de dientes primarios en pacientes de 6 a 8 años atendidos en la clínica de odontología de la Facultad Piloto de Odontología de Guayaquil durante el año 2012”

Presentado por:

Carla Denisse Juez Medina

CI1204830036

TUTOR

Dr. Patricio Proaño Yela.

DR. Washiington Escudero Doltz
DECANO

Guayaquil, junio 2013

AUTORIA

Los criterios y hallazgos de este trabajo responden a propiedad intelectual de la Srta.

CARLA DENISSE JUEZ MEDINA
CI. 1204830036

AGRADECIMIENTO

Agradezco infinitamente a todas las personas que me han apoyado en este largo y duro camino de llegar a ser una profesional.

A mi querido tutor, Dr. Patricio Proaño que con paciencia y dedicación supo asesorarme y guiarme en la culminación de mi tesina, convirtiéndose a más de ser un excelente maestro, un modelo a seguir.

DEDICATORIA

Dedicada a Dios, mi Padre Celestial, por iluminarme y llenarme de salud e inteligencia.

A mis padres, familiares y amigos y estuvieron a mi lado con el apoyo incondicional.

Pero sobretodo a mi abuelito Arnaldo Medina que me cuida y guía desde el cielo.

INDICE GENERAL

Contenidos	pág.
Carátula	I
Carta de Aceptación de los tutores	II
Autoría	III
Agradecimiento	IV
Dedicatoria	V
Índice General	VI
Introducción	1
CAPITULO I	
1 EL PROBLEMA	
1.1 Planteamiento del problema.	2
1.2 Preguntas de investigación.	3
1.3 Objetivos	3
1.3.1 objetivo general.	3
1.3.2 objetivos específicos.	3
1.4 Justificación de la investigación	4
1.5 Viabilidad.	4
CAPITULO II	
2 MARCO TEORICO	
Antecedentes	
2.1 Fundamentos teóricos.	8
2.1.1 Caries dental	8
2.1.2 Factores etiológicos	9
2.1.2.1 Placa bacteriana	10
2.1.2.2 Factores del huésped	10
2.1.2.3 Higiene dental	12
2.1.3 Características clínicas de la carie dental	12
2.1.4 Carie de esmalte	13
2.1.5 Carie de dentina	14
2.1.6 Dentición decidua	14
2.1.5.1 Generalidades	14
2.1.6.2 Secuencia de erupción de piezas caducas	15
2.1.6.3 Cronología de erupción de dientes temporales	15
2.1.6.4 Pérdida prematura de dientes primarios	16
2.1.6.5 Causas pérdida prematura dientes deciduos	16
2.1.7 Tratamiento de pérdida prematura dientes primarios	17
2.1.7.1 Mantenedores de espacio	17
2.2 Elaboración de hipótesis.	17

2.3 Identificación de las variables	17
2.3.1 Variable independiente	17
2.3.2 Variable dependiente	17
2.4 Operacionalización de las variables	18

CAPITULO III 3 METODOLOGÍA.

3.1 Lugar de la investigación	18
3.2 Periodo de la investigación	18
3.3 Recursos empleados	19
3.3.1 Recursos humanos	19
3.3.2 Recursos materiales	19
3.4 Universo y muestra	19
3.5 Tipo de investigación	20
3.6 Diseño de la investigación	20
3.7 Análisis de los resultados	21

CAPITULO IV 4 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones	37
4.2 Recomendaciones	38

Bibliografía

INTRODUCCION

Una de las patologías bucales más prevalentes a nivel nacional y mundial es la caries dental, y muy en especial en los escolares de las zonas urbano marginales y rurales, razón por la cual se la considera un verdadero problema de salud no solo por su prevalencia, sino por la demanda pública y por su relación directa con la calidad de vida de los pacientes.

La falta de conocimiento de parte de los padres de familia y de los propios pacientes sobre la importancia de la presencia de los dientes primarios hasta el momento real de su debida exfoliación, es lo que ha ocasionado en gran parte, una indiscriminada mutilación de estos dientes cada vez que lo consideran erróneamente como un ente sin importancia, teniendo en cuenta que después erupcionará el diente permanente en su reemplazo.

Este criterio por demás equivocado y producto de la ignorancia de la población, trae como resultado un sinnúmero de problemas en la cavidad bucal que terminaran con la presencia de alteraciones dentomaxilares que no solo afectaran la funcionalidad sino también la autoestima de estos pacientes ya que su apariencia no será del todo estética.

El propósito del presente trabajo de investigación es determinar la relación que tienen las pérdidas prematuras de los dientes temporarios y la caries dental, para así conocer la frecuencia de los dientes más afectados por caries y cuál es la causa principal de que se produzcan pérdidas prematuras.

Durante el desarrollo del presente trabajo de investigación abordaremos contenidos en el marco teórico que nos servirán de respaldo para responder todas las interrogantes planteadas y para lograr los objetivos denunciados.

Dentro de la metodología desarrollada se utilizó la técnica de recolección de datos a partir de la historia clínica de los pacientes atendidos en la Clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología la cual incluye además de los datos personales, el Odontograma, el cual va a determinar el porcentaje de caries de la población estudiada, logrando identificar la relación de la misma con la pérdida prematura de los dientes temporales y la causante de una maloclusión dental.

Se desarrolló un diseño de campo de tipo descriptivo donde se comprobó la relación que existe entre la caries y la pérdida prematura de los dientes temporales.

Para la realización de este estudio se tomó como bases teóricas los libros y publicaciones concernientes al tema, procedentes de la biblioteca de nuestra unidad académica, revistas, y páginas electrónicas.

CAPITULO I

1. EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La dentición temporal es muy importante para la salud y desarrollo del niño o niña, ya que además de ayudar a tener una buena función masticatoria, sirve como guía de erupción de la dentición permanente, estimula el crecimiento de los maxilares, ayuda en la fonación y a la digestión. Su pérdida prematura tiene como consecuencia, entre otros, la disminución del perímetro de los arcos, la alteración de la función masticatoria y digestiva, pudiendo inclusive desarrollar hábitos nocivos que pueden alterar la secuencia en la cronología de la erupción.

De igual modo, la pérdida prematura de los dientes temporales dado que se presenta en etapas tempranas del crecimiento, puede repercutir no sólo en aspectos de función, como ya se mencionó, sino que presenta problemas relacionados con la estética, lo cual en un momento dado puede ocasionar problemas de tipo psicológico, específicamente aquellos relacionados con la personalidad y la autoestima.

En nuestro país no contamos con datos estadísticos actualizados de incidencia y prevalencia de caries dental y pérdida prematura de dientes deciduos en población infantil, lo que no permite conocer la realidad de la salud bucal infantil, ni valorar los programas de prevención existentes.

Una de las causas directamente relacionada con la pérdida prematura de la dentición decidua es la falta de conocimiento por parte de los padres de familia, docentes y escolares de la importancia del papel que desempeñan los dientes primarios y además el hecho de pensar que como estos dientes van a ser restituidos por los dientes permanentes no importa su cuidado.

En la clínica de Odontopediatría de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad Estatal de Guayaquil, se observa a diario niños con dientes primarios con extracción indicada especialmente por caries dental, los mismos que son atendidos no solo para aliviar el dolor que manifiestan sino también para corregir las posibles consecuencias que presenten como resultado de estas mutilaciones y evitar así futuras maloclusiones dentales.

La permanencia de los dientes temporales hasta el momento indicado de recambio, les permite actuar como mantenedores de espacio naturales y

guía de erupción de la dentición permanente. En tal virtud se plantea el siguiente problema de investigación:

¿Cuál es la frecuencia de dientes primarios perdidos prematuramente y que medidas terapéuticas se pueden aplicar en los pacientes de 6 a 8 años atendidos en la clínica de Odontopediatría de la Facultad Piloto de Odontología de Guayaquil durante el año 2012?

1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACION

¿Qué se entiende por pérdida prematura?

¿Cuáles son las consecuencias de pérdidas prematuras de piezas temporales?

¿Cuál es el diente que se pierde con mayor frecuencia?

¿Cuáles son las causas de las pérdidas prematuras?

¿Cuáles son las medidas preventivas para evitar la pérdida prematura de piezas?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia de pérdidas prematuras de piezas caducas por caries dental en pacientes de 6 a 8 años de edad atendidos en la clínica de Odontopediatría de la Facultad Piloto de Odontología de Guayaquil durante el año 2012.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar la frecuencia de niños con pérdidas prematuras según la edad y sexo.
- Establecer los dientes primarios con mayor frecuencia de pérdida prematura.
- Identificar las causas de pérdida prematura de piezas primarias.

1.4 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION

Siendo la pérdida prematura de dientes temporarios una de las principales causa 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.

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 Odontopediatría, así como de los tipos de afecciones más prevalentes y de los diferentes tipos de tratamientos, nos motiva a realizar el siguiente trabajo de investigación.

La presente investigación es de gran relevancia ya que se podrá establecer que tipos de tratamientos se realizan en estos pacientes y si el tipo de asistencia es integral, ya que de otra manera no cumpliría con los objetivos planteados.

Los beneficiarios de esta investigación serán en primer lugar la población infantil asistida en la clínicas de Odontopediatría, 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.

1.5 VIABILIDAD

Este trabajo de investigación es viable por cuanto se dispone de toda la información estadística de las historias clínicas de Odontopediatría, así como de suficiente información bibliográfica y los recursos materiales y económicos.

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO

ANTECEDENTES

La caries dental es una de las enfermedades bucales más comunes en el mundo, la cual con frecuencia conduce a la pérdida prematura de las piezas dentarias primarias. La Organización Mundial de la Salud (WHO 2003) estima que 5 billones de personas en todo el mundo sufren de caries dental.

Marín y Pacheco, realizaron un estudio en Nicaragua, titulado: Frecuencia de extracciones prematuras de molares temporales en niños de 5 a 9 años, atendidos en la clínica UAM, 1998-2000. Los objetivos de esta investigación fueron: determinar la frecuencia de extracciones prematuras de los molares temporales según edad y sexo; y según la causa por edad y sexo, por último conocer los molares extraídos más frecuentemente de forma prematura, donde obtuvieron unos resultados del 86.96% en comparación con 13,04% de extracciones a tiempo, con referencia a la edad donde predominó la extracción prematura fue a los 9 años con 40%, seguido de los 8 años con 27,50%, 7 años con 17,50%, 6 años con 10% y 5 años con 5%. Con relación al sexo el mayor porcentaje fue para el masculino con 55%, mientras que el femenino obtuvo 45%, la causa más frecuente de las extracciones prematuras fue la caries con un 55% (17)

Clemente K y col. En su trabajo "Pérdida prematura de dientes primarios y su relación con las tipo mal oclusiones", realizado en Venezuela el período octubre 2000 y julio 2001, investigación de documental donde se presentan 3 casos clínicos; se plantearon como objetivos determinar causa, identificar consecuencias y medidas terapéuticas de la pérdida prematura de dientes primarios, y llegaron a las siguientes conclusiones: el cuidado de los dientes primarios debe comenzar tempranamente, cuando se presenta una pérdida prematura se debe tomar en cuenta ciertos factores como lo son: diente perdido, cronología de la erupción de dientes permanentes, presencia de dientes sucesores, influencia muscular, condiciones oclusales, apiñamientos, hábitos en el momento de la pérdida, así como grado de discrepancia en el arco. El mantenimiento de espacio debe ser realizado cuando este indicado, utilizando el aparato correcto.(5)

Medina-Solís y col,(2005) en su investigación, titulado: Pérdida dental y patrones de caries en preescolares de una comunidad suburbana de Campeche, realizado en México en el año 2001, fue un estudio

transversal en 109 preescolares. Se plantearon como objetivo determinar la prevalencia de la pérdida de dientes y los patrones de caries en niños preescolares de una comunidad suburbana de Campeche, México. Obtuvieron los siguientes resultados: 13 (11.9%) de los 109 sujetos tuvieron 34 (1.7%) dientes perdidos de un total de 2041 piezas temporales examinadas. Los dientes perdidos con mayor frecuencia fueron los segundos molares inferiores.(19)

Ulloa R y col. En su investigación "Pérdida prematura de dientes primarios en el Centro Odontopediátrico Carapa, mayo-octubre 2001", realizado en Venezuela, la muestra estudiada fue de 363 pacientes y se plantearon conocer la distribución según el sexo, la cantidad de exodoncias prematuras y no prematuras, el número de extracciones realizadas según el grupo dentario y tipo de diente, encontraron los siguientes resultados: 184 pacientes fueron del sexo masculino y representan la mayoría en comparación con 179 del sexo femenino, de 439 dientes primarios extraídos la mayoría 363 fueron extracciones prematuras y 76 no prematuras; según el grupo dentario, molares fueron los que más se extrajeron de forma prematura y no prematura; según el tipo de diente fue el 2 molar el más extraído prematuramente, el 1 molar fue el más extraído de forma no prematura, resultado similar al del canino temporal (27).

Aristizabal y col. En su trabajo titulado "Frecuencia de la pérdida de espacio por exodoncia de molares temporales, en la Unidad Materno-Infantil de la Policía Nacional" realizado en Colombia en el año 2003; se revisó cada una de las historias clínicas para relacionar género, edad, dientes perdidos y tratamiento recibido, se estudiaron una muestra de 393 niños y niñas de los cuales el 52,4% fueron del sexo femenino y 47,5% masculino, todos presentaron pérdida prematura de 1 ó más dientes. Resultados: en cuanto al género, se encontró que los dientes perdidos correspondían en mayor proporción al femenino (52 por ciento). Los dientes que se perdieron prematuramente fueron el primer molar (59 por ciento) y el segundo molar (41 por ciento). Respecto de la pérdida en los maxilares, se halló un 53 por ciento en el superior y un 47 por ciento en el inferior. El 82 por ciento de las pérdidas prematuras se encontró en el grupo de niños mayores de 5 años y el 18 por ciento restante en los menores de 5 años. Se encontró que un 67 por ciento de los dientes perdidos no recibió ningún tratamiento, contra un 33 por ciento que sí lo recibió; al aplicar la prueba de Chi² se obtuvo una asociación significativa entre el número de pacientes con molares temporales perdidos y la falta de tratamiento ($p < 0.05$). (1)

Coronado y col, en México 2005 en su trabajo sobre Pérdida prematura de dientes temporales en niños de 4 a 12 años de edad de la Clínica Odontológica Iztacala, los objetivos fueron determinar los órganos dentales de primera dentición que se pierden con mayor frecuencia. Los resultados obtenidos de la Pérdida Prematura de la Primera Dentición indicaron que de las 175 historias clínicas revisadas se presentaban sin pérdida de dientes temporales en el 57.14%, mientras que, el 20% de las historias clínicas refieren la pérdida de algún órgano dental temporal y el 2.86% de las historias fueron excluidas. En cuanto a los órganos dentales temporales perdidos se encontró que el órgano dental que con el 17.14% se pierde fue el 51, siguiéndole el 53, 65, 74 y 85 con un porcentaje de 14.28%; inmediatamente después se encuentran el 52, 61, 64 y 83 con el 11.42%; seguidos del 55, 63, 75 con el 8.57%; prosiguiéndole los órganos dentales 62, 73 y 82 con el 5.71%; luego el 54, 71, 81, 84 con el 2.85%; por último se encuentra el 72 del cual en ninguno de los expedientes revisados presento pérdida. De acuerdo al sexo los niños presentan el 15.42% si presenta pérdida y el 29.71% no presenta pérdida de algún órgano dental temporal; y en niñas presentan el 6.85% si presenta pérdida de órganos dentales y el 27.42% no presenta pérdida. Luego de este estudio los autores concluyeron que la perdida prematura de algún órgano dental que con mayor frecuencia se presento fue el 51 y la pérdida de órganos dentales temporales se da con más frecuencia en niños (7).

Martinez Segura Narlinda, Mildred Gutiérrez Segura, Miguel Orlando Ochoa Rodríguez, José Eduardo Díaz Norell, realizaron un estudio transversal en 480 niños, de uno u otro sexo, de 5 a 10 años de edad, desde enero hasta mayo del 2003 en la policlínica "Pedro Díaz Coello", de Holguín. Se crearon tres grupos de edades de 180 niños, teniendo en cuenta el desarrollo de la dentición. Se les realizó examen clínico previo consentimiento informado, con los objetivos de determinar la frecuencia de niños con pérdidas prematuras de dientes temporales, distribuir las pérdidas por tipo dentario e identificar la presencia de maloclusión en los escolares afectados. Se obtuvo que el 18,54% de los niños presentaron pérdidas prematuras, el primer molar temporal fue el diente más afectado y casi la mitad de los niños con pérdidas presentaban algún efecto consecutivo asociado a esta causa dentaria de maloclusión, lo que nos permite hacer énfasis en la importancia de las acciones preventivas y tratamientos conservadores en estas etapas de la vida (18).

Hernández, Johana y cols. Realizaron un estudio respecto de la 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" ubicado en San Félix Estado Bolívar durante el periodo de febrero – abril 2010. De la población estudiada de niños entre 7 y 10 años el mayor porcentaje de niños tenían 10 años seguidos de los de 9 años. En cuanto a las extracciones indicadas por caries el mayor porcentaje se presentó en los niños de 10 años con un 22% seguido de los de 8 años con 19%, los de 9 años con 14% y los de 7 con un 8%. En cuanto a las extracciones prematuras de dientes primarios se observó más en niños de 8 años con 45% y los de 9 con 24%. Los dientes que se extrajeron con mayor frecuencia fueron los caninos superiores (53) con 13%. El tipo de maloclusión que se observó en mayor porcentaje fue la clase II de Angle en un 34%. (12).

Ortiz Garcia Patrick, realizó un estudio sobre la pérdida prematura de caninos y molares temporales en niños de 6 años atendidos en el Hospital de Curanilahue entre los años 2006 y 2010, el objetivo planteado fue: Determinar la frecuencia de pérdidas prematuras de caninos y molares temporales. Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes GES 6 años del Hospital Dr. Rafael Avaria V, Curanilahue, entre los años 2006 - 2010. Se seleccionaron por conveniencia fichas que en el registro del odontograma mostraron ausencia prematura y las que tenían indicación de exodoncia de caninos y molares temporales al momento del ingreso a tratamiento, Resultados: De la muestra estudiada, n=148 pacientes, 69 (46,6%) fueron del sexo femenino y 79 (53,4%) del sexo masculino el diente que con mayor frecuencia se pierde es el 8.5 con un 16,9%, siguiéndole el diente 6.4 con un porcentaje de 15.5%; inmediatamente después se encuentran los 5.4 y 7.4, con el 14,2%; seguidos del 7.5, con un 13,9%; continúa en frecuencia el diente 8.4 con el 11,5%; y las pérdidas menos frecuentes corresponden a los dientes 5.3, 6.3, 7.3 y 8.3. Al evaluar las pérdidas dentarias por arco, se observa un mayor porcentaje de ausencias prematuras en el arco inferior (57%). La frecuencia de exodoncias por paciente osciló entre 1 y 7 dientes, en la tabla nº 3, se puede observar la frecuencia según el número de dientes extraídos por género lo que nos muestra 52% de piezas perdidas en niños y 48% en las niñas. Se aprecia que un 75% de los pacientes se realizaron 1 ó 2 exodoncias (23).

2.1 FUNDAMENTACION TEORICA

2.1.1 CARIES DENTAL

Es una enfermedad multifactorial, que afecta a los tejidos dentarios, a través de los ácidos orgánicos que producen la placa bacteriana patógena

y que si no se detiene a tiempo su progresión puede afectar la pulpa dentaria. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la caries dental se puede definir como un proceso patológico, localizado, de origen externo, que se inicia tras la erupción y que determina un reblandecimiento del tejido duro del diente, evolucionando hacia la formación de una cavidad.

La caries dental junto con la enfermedad periodontal constituyen el mayor porcentaje de morbilidad en los seres humanos, no distingue raza, sexo, religión, es de carácter universal, siendo más común en los niveles socio económicos bajos y deficiente nivel educativo, esta dolencia produce en familias de escasos recursos importantes egresos, más aun no pueden acceder a tratamientos especializados que conlleven mejor atención y técnicas orientadas a salvar el diente o a mejorar su condición estética, lo que demanda un egreso económico que no disponen por los elevados costos de la atención privada , haciéndose un bien inaccesible para este sector poblacional (10).

De Groot (2001) la caries dental es una enfermedad infecciosa y transmisible, causada por una bacteria y caracterizada por los ácidos que disuelven el esmalte.

2.1.2 FACTORES ETIOLOGICOS

Keyes (1960) presento un esquema gráfico de tres círculos que correspondía a los tres factores productores de caries dental (huésped, microorganismos y dieta) que interactúan entre sí, a esto se conoció como la triada de Keyes (11).

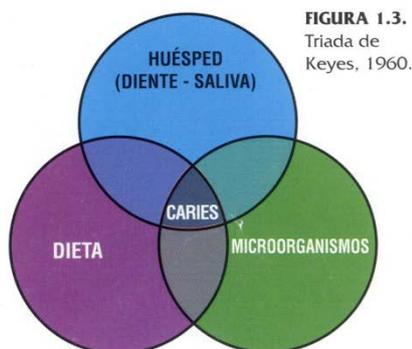


FIGURA 1.3.
Triada de Keyes, 1960.

FACTORES ETIOLÓGICOS PRIMARIOS				
	Saliva	Diente	Inmunidad	Genética
HUÉSPED	Flujo Tampón	Anatomía Posición		
MICROORGANISMOS Agente	<i>Streptococcus mutans</i> <i>Lactobacilos sp</i> <i>Actinomyces sp</i>			
DIETA Sustrato-Medio	Carbohidratos → Sacarosa Frecuencia de consumo			

CUADRO 1.1.

Posteriormente Newbrun (1978) ante nuevos estudios realizados al respecto y para ser más precisos el modelo de Keyes, lo modificó y añadió un cuarto factor etiológico que era el tiempo. (11).



FIGURA 1.4. Modelo de Keyes modificado o Esquema Tetrafactorial de NEWBRUN, 1978.

A partir de la importancia que Miles (1981) le dio a la edad en la formación de caries, Uribe, Echeverría y Priotto en 1990 propusieron la gráfica penta factorial (11).

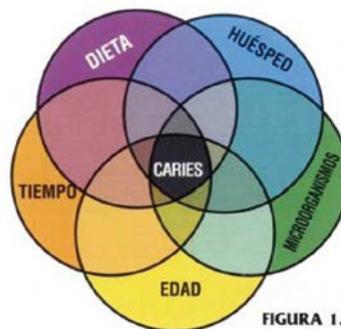


FIGURA 1.5. Gráfica Penta factorial. (URIBE-ECHEVERRÍA Y PRIOTTO, 1990)

Rothman y Greeland (1998) Desde el punto de vista causal los factores etiológicos primarios son considerados como causa necesaria o imprescindibles para que se forme la caries (11).

Ekstrand (2000) Sin embargo por si solos no llegan a constituir causa suficiente para ocasionarla; pues para ello es crucial adicional los factores moduladores (10).

2.1.2.1 Placa bacteriana

Según la organización mundial de la salud (OMS) la placa bacteriana es una entidad bacteriana proliferante y enzimáticamente activa, que se adhiere a la superficie dental y que por su actividad metabólica ha sido propuesta como el principal agente etiológico de caries y enfermedad periodontal.

Williams (1987) fue quien por primera vez describió a la placa bacteriana y Carranza (1996) encontró que la placa bacteriana no solo se adhería a la estructura dental, sino también a las restauraciones y aparatos protésico y ortodónticos.

2.1.2.2 Factores del huésped

-Diente: Existen tres factores presentes en los dientes relacionados con el desarrollo de la caries dental:

- Proclividad, donde ciertos dientes por las características de su superficie presentan mayor incidencia de caries, entre estas tenemos la no alineación correcta de los dientes, anatomía de la superficie, textura superficial y otros factores hereditarios (Brown y col.1991).
- Permeabilidad adamantina, la cual disminuye con la edad y está asociada a alteraciones en su composición exterior que se producen tras la erupción dentaria. Las diferentes proporciones de los componentes del esmalte determinan la resistencia mayor o menor del esmalte y con ello la velocidad del avance de la lesión (15).
- Anatomía: La anatomía, disposición y oclusión de los dientes están estrechamente relacionadas con la aparición de lesiones cariosas, ya que favorece la acumulación de placa bacteriana por las dificultades que presentan para la limpieza.

También contribuyen en la formación de caries, las anomalías de los dientes, en cuanto a la forma y textura (16); así como los defectos estructurales tipos cracks adamantinos (Llamas y col ,1997; Pastor y col, 1998).

El valor de resistencia del esmalte humano es alrededor de un Ph 5.2 (Katz y col, 1982), los dientes temporarios son menos mineralizados que los permanentes, por ende serán más susceptibles a la caries dental (18).

-Saliva: El rol protector de la saliva se revela cada vez con una importancia creciente, sus beneficios se consideran como coadyuvante en la prevención de caries dental (11).

Higashida (2000). Individuos con disminución de flujo salival, existe un mayor riesgo de presencia de caries, esta disminución es común encontrarla en pacientes que han sido sometidos a radioterapia, hipertensión arterial, problemas psiquiátricos, entre otros y también en aquellos pacientes que están tomando medicamentos anticolinérgicos, antidepressivos, antihipertensores, diuréticos, entre otros (13).

La cantidad de saliva secretada está regida por los centros cerebrales, en tal razón la saliva que no se produce por estímulos extremos, se inhibe durante el sueño, el miedo o la depresión.

Es concluyente que la actividad salival promueve el desarrollo de la microflora mediante los efectos antimicrobianos excluyendo los patógenos y manteniendo la flora normal y nutricionales. (Murakami y col. 2000).

La saliva tiene una capacidad de diluir la sacarosa y a la vez diluir la presencia de microorganismos y de los ácidos orgánicos que estas generan, esta capacidad de dilución depende de la cantidad de flujo salival y el volumen de saliva en la boca antes y después de deglutir (Nauntofte y col.,2003).

Los sistemas amortiguadores de la saliva son: fosfato/acido carbónico y bicarbonato/acido carbónico (10).

2.1.2.3 Higiene dental

El propósito principal de la higiene oral consiste en evitar la enfermedad dental mediante la disminución de la acumulación de placa y la facilitación de la circulación en tejido blando, la eliminación diaria de la placa dental a través del uso de la seda dental, cepillado y enjuague bucal, constituyen la mejor medida de prevención de caries dental y enfermedad periodontal.

El control eficaz de la placa mediante medidas de higiene bucal resuelve la inflamación gingival y remineraliza el esmalte dental. La eliminación mecánica a través del cepillado y la seda dental, no suprime la flora bucal normal, y más bien tendrá una flora bucal menos cariógenas, solo en pacientes con alto riesgo con signos de caries activas, se deben prescribir programas de higiene bucal muy estrictos, con clases intensivas respecto de su higiene bucal, alimentación y someterse al tratamiento preventivo que sea necesario para controlar el avance de la enfermedad, deben limpiarse la placa con frecuencia.

La higiene bucal debe realizarse desde el primer momento en que aparecen los dientes primarios y con la ayuda de sus progenitores, ya que solo cuando cumpla los tres años de edad, el niño podría realizar su propia higiene bucal

2.1.3 CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA CARIES DENTAL

Una placa debe tener un espesor suficientemente voluminosos para producir un ambiente anaeróbico sobre el tejido dental y ser debido a la presencia del estreptococo mutans altamente cariógenos, a más de ello se suma un adieta rica en sucrosa fomentara el incremento de estas bacterias, las que producirán grandes cantidades de polisacáridos

extracelulares como los dextranos y mutans insolubles formando una barrera que limita la difusión al interior de la placa, convirtiendo al entorno dual en anaeróbico y muy ácido, ideal para la disolución de los tejidos(21).

Una vez que el diente se cavita hay mayor superficie de retención para otra bacteria filamentosa como el lactobacilo y establecerse la lesión, sino disminuye la dieta rica en azúcares y no mejora la higiene bucal, la lesión avanza produciéndose una destrucción rápida y progresiva del diente. Debido a su capacidad acidógena y a su condición acidúricas, los lactobacilos intervienen profundamente en la progresión de la caries dental (20).

2.1.4 CARIES DE ESMALTE

El esmalte es el tejido del cuerpo humano más altamente mineralizado, cuya composición alcanza el 96% de material inorgánico, 1% de orgánico y 3% de agua (TEN CATE, 1992;URIBE-ECHEVERRIA y col.2003)

El primer indicio de caries es observar una mancha blanca gredosa sobre el esmalte, sobretodo en las caras vestibulares y linguales, estas manchas blancas hay que diferenciarlas de la hipocalcificación adamantina que tiene el mismo aspecto clínico, para lo cual basta con humedecer dicha superficie y al secarla aparecen, correspondiendo a una lesión incipiente de caries ya que la hipocalcificación no desaparece al humedecer ni al secarse.

La pérdida mineral de la pieza dental empieza cuando el pH baja de 4.5 o 5.5 en función de la presencia o no de flúor en la cavidad oral. Debido a algunas características presentes en la saliva, como su capacidad antimicrobiana, efecto tampón y la presencia de minerales asociados al efecto tópico del flúor y otras medidas preventivas, puede darse la saturación en el medio y después la remineralización superficial de la lesión cariosa(21).

Boj (2005). El proceso biológico es dinámico con estadios de desmineralización y remineralización, lo que implica que es posible controlar la progresión de la enfermedad y hacerla reversible en los primeros estadios (2).

Se ha comprobado experimental y clínicamente que la caries inicial puede remineralizarse, los iones de calcio y fosfato de la saliva pueden atravesar la superficie del esmalte y precipitar sobre la superficie dentaria, produciendo la remineralización; el aspecto clínico de manchas color pardo o negrozco se debe a la retención en el interior del esmalte de

restos orgánicos e iones metálicos convirtiéndose esta zonas de esmalte remineralizado más resistentes que el esmalte sano a los ataques cariosos posteriores y que no deben restaurarse, salvo por razones estéticas (20).

2.1.5 CARIES DE DENTINA

La lesión suele tener forma redondeada o alargada y normalmente presenta un mayor tamaño en su inferior en relación con el orificio de entrada, debido a que una vez que la caries invade la dentina se extiende lateralmente sobrepasando la extensión de la zona de esmalte afectada, lo que hace que en superficies proximales este no sea visible (29).

La caries de dentina puede ser asintomática en un principio aunque, cuando la lesión avanza, la respuesta inmediata a la estimulación de los odontoblastos a irritantes como el ácido de la caries, es el dolor por estimulación de fibras mielínicas tipo A que corresponde a la acción de estímulos térmicos, agentes mecánicos y soluciones hipertónicas. Siendo un dolor agudo, penetrante, localizado, de corta duración y que cede si se retira el estímulo. A medida que la caries avanza se estimulan las fibras amielínicas tipo C que producen un dolor sordo, pulsátil, irradiado, mal localizado y persistente una vez retirado el estímulo (29).

Cuando la caries alcanza el límite amelodentinario, avanza a un ritmo mayor que en el esmalte. La presencia de los túbulos dentinarios ayuda a que los microorganismos invadan la pulpa con la continuación de la evolución natural de la enfermedad. (21)

2.1.6 DENTICION DECIDUA

2.1.6.1 Generalidades

La dentición decidua, conocida también como dentición de leche, dentición infantil o dentición primaria, es el primer juego de dientes que aparecen durante la ontogenia de humanos, se desarrollan durante el periodo embrionario y se hacen visibles en la boca durante la infancia. Son generalmente sustituidos, tras su caída, por dientes permanentes, aunque, en ausencia de ésta, pueden conservarse y mantener su función algunos años (17).

El desarrollo dentario está indisolublemente ligado al crecimiento craneofacial en general y al de los maxilares en particular (18). Una vez

que ha hecho erupción toda la dentición temporal, se establece la oclusión, que tiene unos rasgos morfológicos distintos a los de la oclusión permanente (19).

2.1.6.2 Secuencia de erupción de piezas caducas

La erupción dentaria ha sido considerada en las más distintas culturas antiguas y contemporáneas como un rito mágico, un predestino humano o un hecho biológico vinculado a la nutrición o a determinados factores exógenos presentes en el desarrollo infantil (3).

Según Braskar, la cronología no se produce de una manera exacta puesto que es modificada por factores diversos, tales como la herencia, el sexo, el desarrollo esquelético, la edad radicular, la edad cronológica, los factores ambientales, las extracciones prematuras de dientes primarios, la raza, el sexo, los condicionantes socioeconómicos y otros

La dentición temporal, primaria, decidua o de leche comienza a erupcionar hacia los 6-8 meses y finaliza hacia los 30-36 meses. Esta dentición permanecerá en boca de forma exclusiva hasta los 6 años de edad, fecha en que empieza el periodo de dentición mixta durante el cual coinciden en boca dientes temporales y definitivos a la vez.

Recordemos que la dentición temporal consta de 20 dientes, diez en cada arcada, así tenemos 2 incisivos centrales superiores e inferiores, 2 incisivos laterales superiores e inferiores, 2 caninos superiores e inferiores, 2 primeros molares temporales superiores e inferiores y 2 segundos molares temporales superiores e inferiores.

2.1.6.3 Cronología de erupción de los dientes temporales (3).

- Incisivo central: 7 meses (superior) 6-7 meses (inferior)
- Incisivo lateral: 8 meses (superior) 7-8 meses (inferior)
- Canino: 16-20 meses
- Primer molar temporal: 12-16 meses
- Segundo molar temporal: 21-30 meses.

Es importante destacar que los dientes temporales son más pequeños, más achatados y más blancos que los dientes definitivos (es una de los motivos más frecuentes de consulta de padres preocupados).

Los dientes temporales no sólo cumplen una función masticatoria, sino también estética pues influye en el desarrollo correcto de la autoestima del niño y también fonética ya que la correcta pronunciación de algunos fonemas puede alterarse en caso de alteración de dientes temporales.

2.1.6.4 Pérdida prematura de dientes primarios

La pérdida prematura de un molar primario produce un retraso en la erupción de su sucedáneo y a la vez se puede presentar una reducción o pérdida de espacio lo que traerá como consecuencia una maloclusión, en estos casos se requerirá del uso de aparatología que o bien mantengan o recuperen espacios.

La pérdida del primer o segundo molar deciduo, siempre es motivo de preocupación, aunque la oclusión sea normal. Pero 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, causando con seguridad el desplazamiento mesial del primer molar permanente (24)

2.1.6.5 Causas de pérdida prematura de dientes deciduos

-Caries dental

-Periodontitis

-Resorciones radiculares atípicas

-Traumatismos

-Malos hábitos orales entre los cuales se encuentran: sacar la lengua, chupeteo del dedo gordo, mordida del labio inferior, que producen movilidad dentaria y rizálisis temprana de sus raíces y por lo tanto su pérdida antes de la fecha esperada.

-Alteraciones congénitas: donde los dientes se presentan con poca o nada de raíz lo que favorece sus pérdidas.

-Enfermedades sistémicas como: Síndrome de Páilon - Lefevre, histiocitosis X, neutropenia, hipofosfatasa, diabetes.

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

-Por impericia del profesional o del estudiante de odontología

-Entre las causas por las que los dientes son perdidos prematuramente, los dientes anteriores son por traumatismos y en los posteriores por caries dental (17).

2.1.7 TRATAMIENTO DE LA PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES PRIMARIOS

El primer paso fundamental consiste en realizar un diagnóstico adecuado, el mismo que debe constar de los siguientes elementos como son: examen clínico, modelos de estudio, radiografías y análisis de modelos.

Analizar el tiempo transcurrido desde la pérdida de los dientes, ya que el cierre de espacio se produce durante los 6 meses después de la extracción

Observar el estadio de desarrollo de la dentición.

Medir la cantidad de hueso que recubre al diente no erupcionado, pero se prefiere el método basado en el desarrollo radicular.

Observar la secuencia de erupción dentaria y el posible retardo de los permanentes (desarrollo).

Ausencia congénita de dientes permanentes (5).

2.1.7.1 Mantenedores de espacio

El mantenedor más importante es una buena odontología conservadora, es decir, reparar todos los dientes que hayan de esperar más de 6 meses en exfoliarse, y que las obturaciones y/o coronas que se coloquen sean correctas, ya que una parte muy importante de la ortodoncia preventiva se basara en el control de los espacios provocados por la pérdida precoz de dientes temporales. (27)

2.2 ELABORACION DE HIPOTESIS

La caries dental es la causa principal de pérdida prematura de dientes temporarios.

2.3 IDENTIFICACION DE LAS VARIABLES

2.3.1 Variable independiente:

Caries dental

2.3.2 Variable dependiente:

Pérdida prematura de dientes temporarios

2.4 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLES	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores	Ítems
INDEPENDIENTE Caries Dental	Destrucción localizada de los tejidos dentarios por placa bacteriana patógena	Caries incipiente Caries profunda Caries penetrante	Mancha blanca Pulpa reversible Pulpa irreversible	Examen clínico Examen Radiográfico
DEPENDIENTE Pérdida prematura de dientes temporarios	Dientes perdidos antes de su exfoliación natura	Dientes	Nomenclatura	F.D.A. F.D.I.

CAPITULO III

3. METODOLOGIA

3.1 LUGAR DE LA INVESTIGACION

Facultad Piloto de Odontología

3.2 PERIODO DE LA INVESTIGACION

Periodo 2012-2013

3.3 RECURSOS EMPLEADOS

3.3.1 Recursos humanos

Investigadora: Carla Juez

Tutor: Patricio Proaño Yela

3.3.2 Recursos materiales

Historias clínicas

Lápiz

Borrador

Hojas A4

Esferográficas

Calculadora

Impresora

Tinta

Internet

3.4 UNIVERSO Y MUESTRA

La población consiste en el total de 5000 historias clínicas de pacientes que asistieron a la clínica de Odontopediatría con edades comprendidas entre 6 y 8 años, atendidos en el período comprendido entre el año 2012-2013.

La muestra fue seleccionada dentro de la población de pacientes de 6 a 8 años, a partir del criterio de selección al azar, se procedió a determinar el tamaño de la muestra (n) mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N}{e^2(N-1)+1}$$

De donde:

N= Población

n= Muestra

e= Error máximo admisible

Sustituyendo los valores reales en la fórmula:

$$n = \frac{5000}{0,0025(5000-1)+1} = 400$$

3.5 TIPO DE INVESTIGACION

Diseño de campo según Balestrini “permite no sólo observar, sino recolectar los datos directamente de la realidad objeto de estudio, en su ambiente cotidiano, para posteriormente analizar e interpretar los resultados de estas indagaciones”. La investigación planteada se encuentra dentro de estos parámetros, porque se recolectaron datos, los cuales fueron analizados e interpretados en función de los objetivos.

Es descriptiva según: Hernández. S., y otros indican que “los estudios descriptivos transaccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia en un momento dado”.

3.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Se utilizaron instrumentos y técnicas de recolección de la información con el fin de lograr los objetivos propuestos, primero se recopilaron los aspectos teóricos relacionados con la formulación y delimitación del problema objeto de estudio, así como la elaboración del marco teórico que sustenta la investigación, continuando con la observación directa se revisaron las historias clínicas de los pacientes atendidos en la clínica de dontopediatría de 6 a 8 años, y posteriormente el análisis de las variables.

Las unidades de información fueron las historias de los pacientes atendidos en el período comprendido 2012 y 2013, donde se consideró

como exodoncia prematura aquellos dientes extraídos antes de su exfoliación natural.

La exodoncia indicadas cuando se presentaba rizálisis total del temporal o presencia de restos radiculares.

Las variables analizadas fueron: edad, género, pérdida prematura, número del diente extraído con mayor frecuencia, caries dental, extracción indicada por caries.

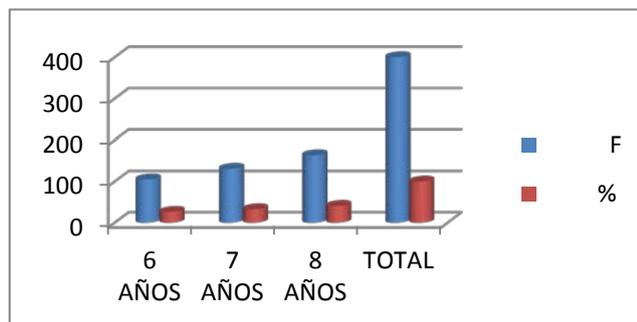
Los datos obtenidos fueron tabulados y procesados en el programa Microsoft Excel de Windows XP, obteniendo frecuencias y porcentajes, luego graficados y presentados en barras relacionando las variables y realizando el análisis de resultados.

3.7 ANALISIS DE RESULTADOS

Tabla # 1. Distribución de la muestra estudiada según la edad en la Clínica de Odontopediatría de la Facultad Piloto de Odontología.

EDAD	F	%
6 años	105	26,25
7 años	131	32,75
8 años	164	41
TOTAL	400	100

Gráfico # 1. Distribución de la muestra estudiada según la edad en la Clínica de Odontopediatría de la Facultad Piloto de Odontología.



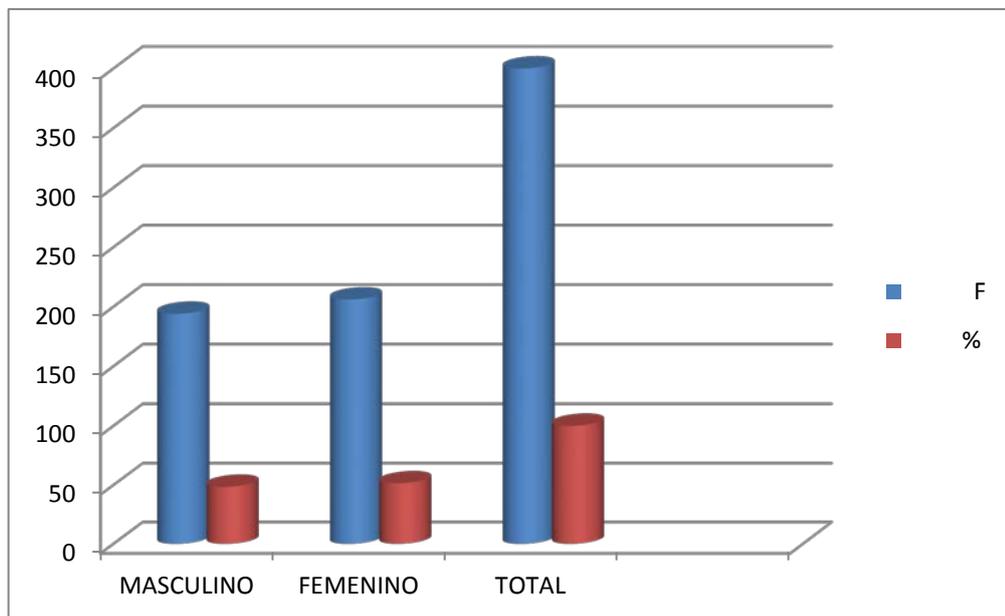
Fuente: Carla Juez

Del total de la muestra estudiada de 400 pacientes, el mayor porcentaje por edades corresponde a las niñas de 8 años con un 41%, seguidas de los de 7 años con un 32.75 % y por último los niños de 6 años con un 26.25%.

Tabla # 2. Distribución de la muestra estudiada según el género en la Clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología

GENERO	F	%
Masculino	194	48,5
Femenino	206	51,5
TOTAL	400	100

Gráfico # 2. Distribución de la muestra estudiada según el género en la Clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología



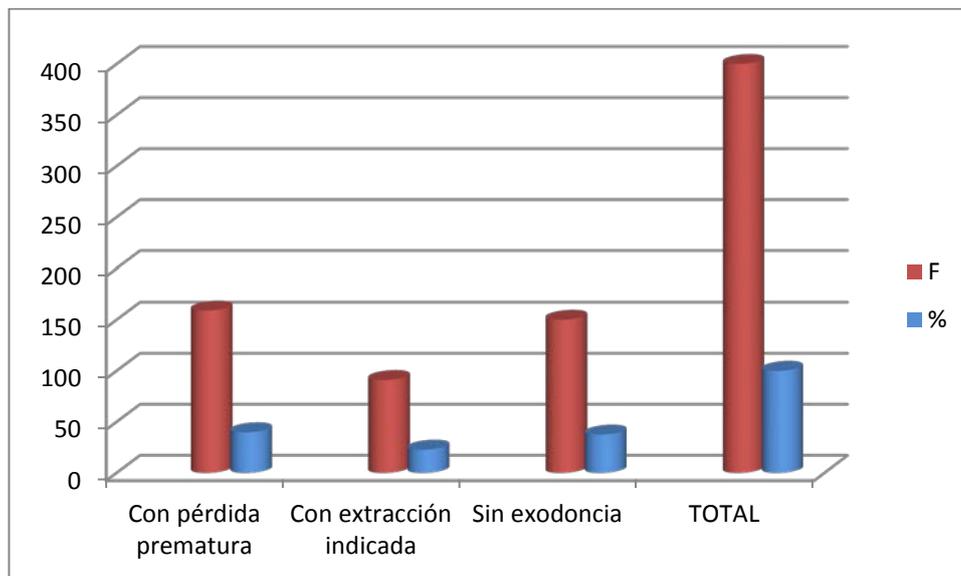
Fuente: Carla Juez

Del total de la muestra de 400 pacientes, el género más predominante fue el femenino con un 51.5% y luego el masculino con un 48.5%.

Tabla # 3. Distribución de la muestra estudiada según los pacientes, con pérdida prematura, exodoncia indicada en la Clínica de Odontopediatría de la Facultad Piloto de Odontología.

PACIENTES	F	%
Con pérdida prematura	159	39,75
Con extracción indicada	91	22,75
Sin exodoncia	150	37,5
TOTAL	400	100

Grafico # 3. Distribución de la muestra estudiada según los pacientes, con pérdida prematura, exodoncia indicada en la Clínica de Odontopediatría de la Facultad Piloto de Odontología



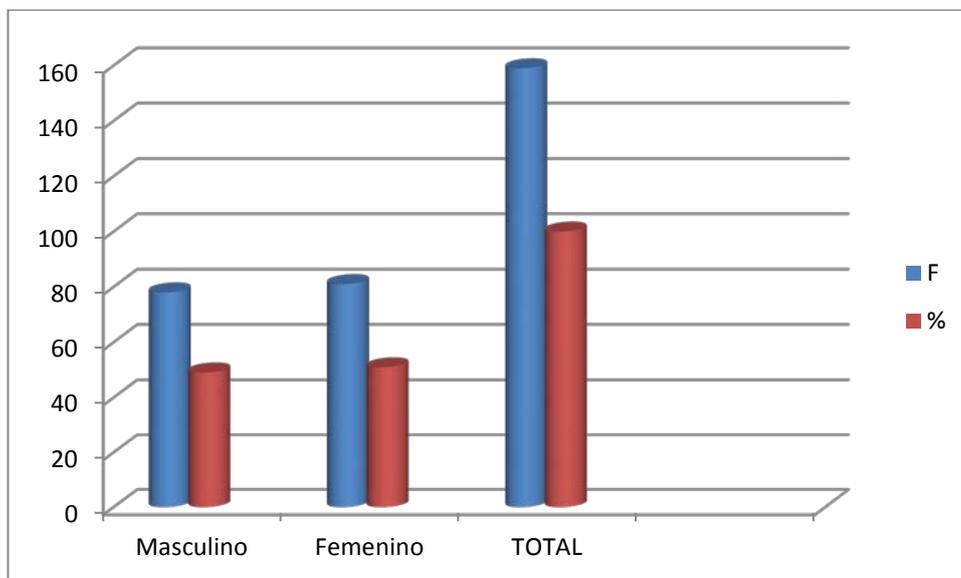
Fuente: Carla Juez

Del total de la muestra de 400 pacientes, 39.75% corresponden pérdida prematura, el 22,75% tienen extracción indicada dentro del tiempo normal a su exfoliación y el 37,5% no presentaron exodoncias.

Tabla # 4. Distribución de pacientes con pérdida prematura según el género en la Clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología

PACIENTES	F	%
Masculino	78	49,05
Femenino	81	50,9
TOTAL	159	100

Gráfico # 4. Distribución de pacientes con pérdida prematura según el género en la Clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología.



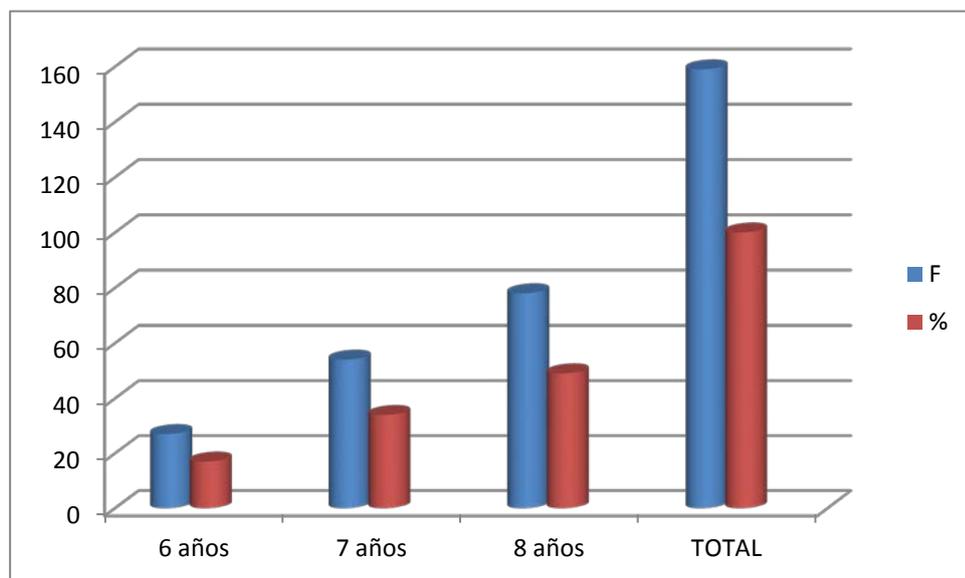
Fuente: Carla Juez

De la muestra estudiada el género predominante es el femenino con 81 pacientes que corresponden a un 50.9% y el género masculino muy cerca con 78 pacientes que le corresponde un 49.05 %.

Tabla # 5. Distribución de pacientes con pérdida prematura según la edad en la Clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología.

PACIENTES	F	%
6 años	27	16,98
7 años	54	33,96
8 años	78	49,05
TOTAL	159	100

Grafico # 5. Distribución de pacientes con pérdida prematura según la edad en la Clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología.



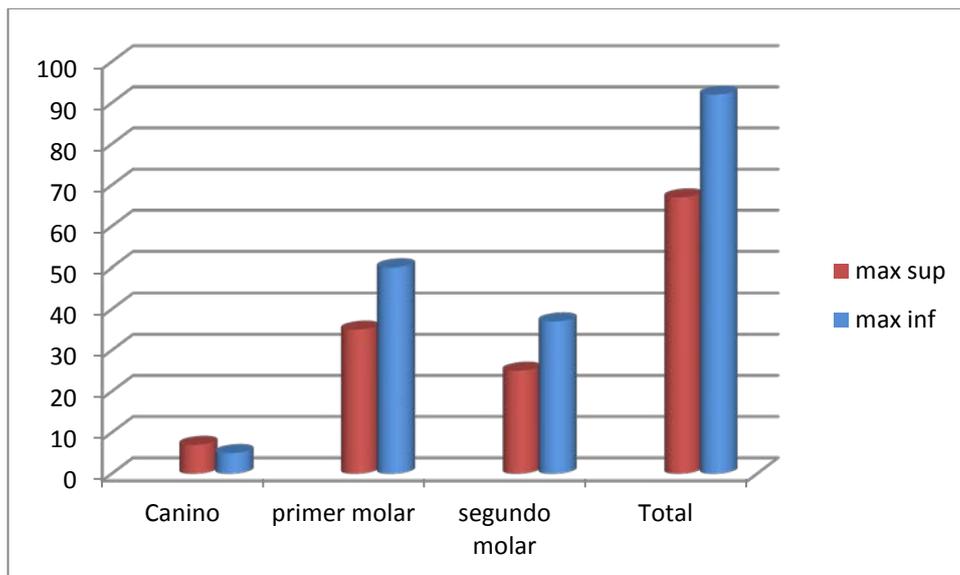
Fuente: Carla Juez

De la muestra estudiada, los pacientes con 8 años de edad fueron quienes presentaron mayor número de dientes con pérdida prematura, con una correspondencia del 49,05%, seguidos de los de 7 años con un 33,96% y finalmente los de 6 años con un 16,98%.

Tabla # 7. Distribución de la muestra estudiada según diente extraído de acuerdo al maxilar en la Clínica de Odontopediatría de la Facultad Piloto de Odontología.

DIENTE	MAXILAR SUPERIOR	MAXILAR INFERIOR
Canino	7	5
Primer molar	35	50
Segundo molar	25	37
Total	67	92

Gráfico # 7. Distribución de la muestra estudiada según diente extraído de acuerdo al maxilar en la Clínica de Odontopediatría de la Facultad Piloto de Odontología.



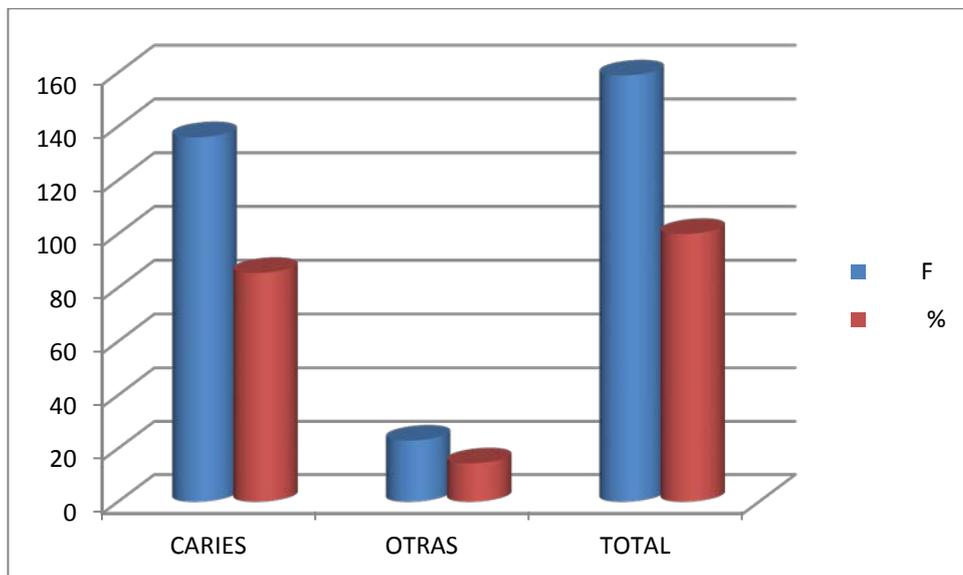
Fuente: Carla Juez

Se puede observar como el diente con más frecuencia extraído prematuramente corresponde al primer molar inferior, seguido del segundo molar inferior.

Tabla # 8. Distribución de frecuencia en niños de 6 a 8 años con pérdidas prematuras según la causa. Clínica de Odontopediatría de la Facultad Piloto de Odontología.

CAUSAS	F	%
CARIES	136	80.47
OTRAS	33	19.52
TOTAL	169	100

Gráfico # 8. Distribución de frecuencia en niños de 6 a 8 años con pérdidas prematuras según la causa. Clínica de Odontopediatría de la Facultad Piloto de Odontología



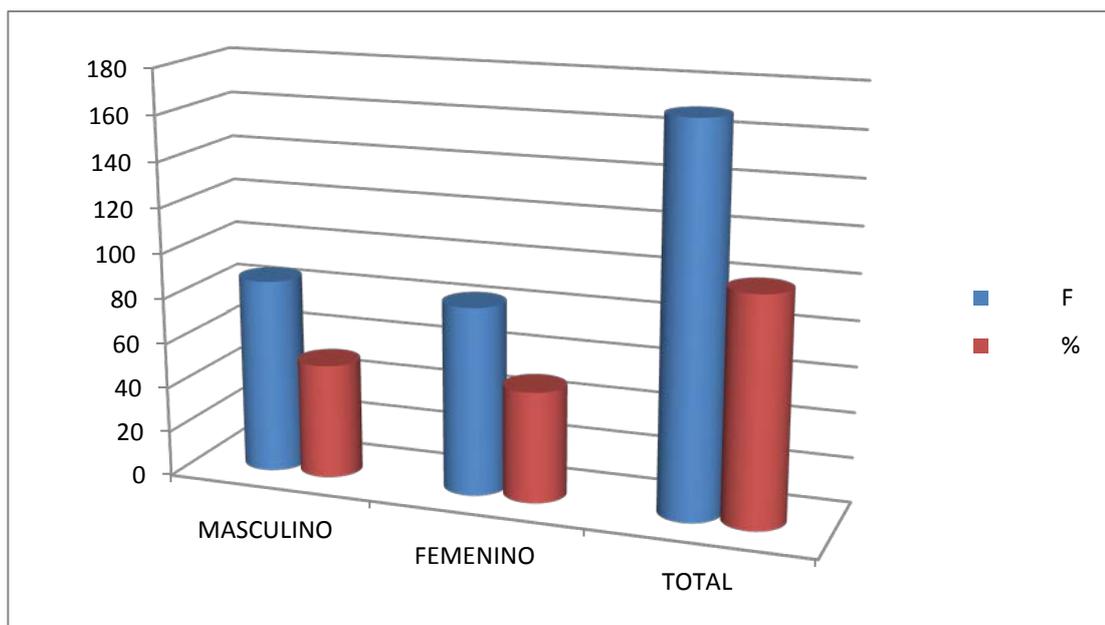
Fuente: Carla Juez

De las 159 piezas con extracción prematura, la principal causa fue la caries con un 85.53%

Tabla # 9. Distribución de pacientes con caries dental según el género en la Clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología.

GENERO	F	%
Masculino	86	50,88
Femenino	83	49,11
TOTAL	169	100

Grafico # 9 Distribución de pacientes con caries dental según el género en la Clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología.



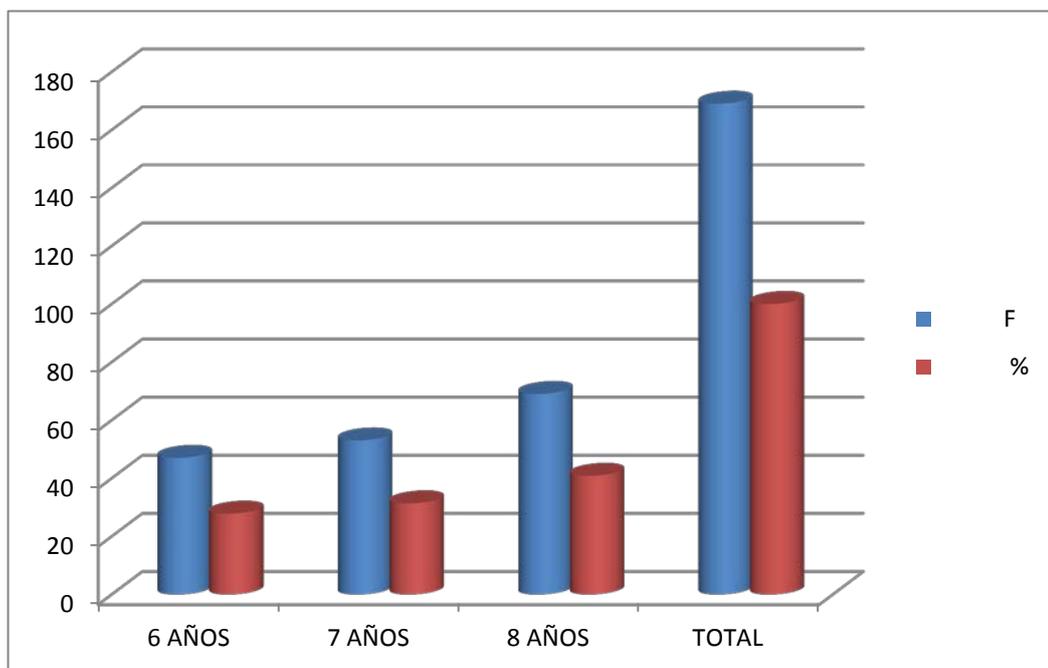
Fuente: Carla Juez

De los 169 pacientes afectados con caries dental, el 50.88% corresponden al sexo masculino y el 49.11% al sexo femenino.

Tabla # 10. Distribución de pacientes con caries dental según la edad en la Clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología.

EDAD	F	%
6 años	47	27,81
7 años	53	31,36
8 años	69	40,82
TOTAL	169	100

Tabla # 10. Distribución de pacientes con caries dental según la edad en la Clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología.



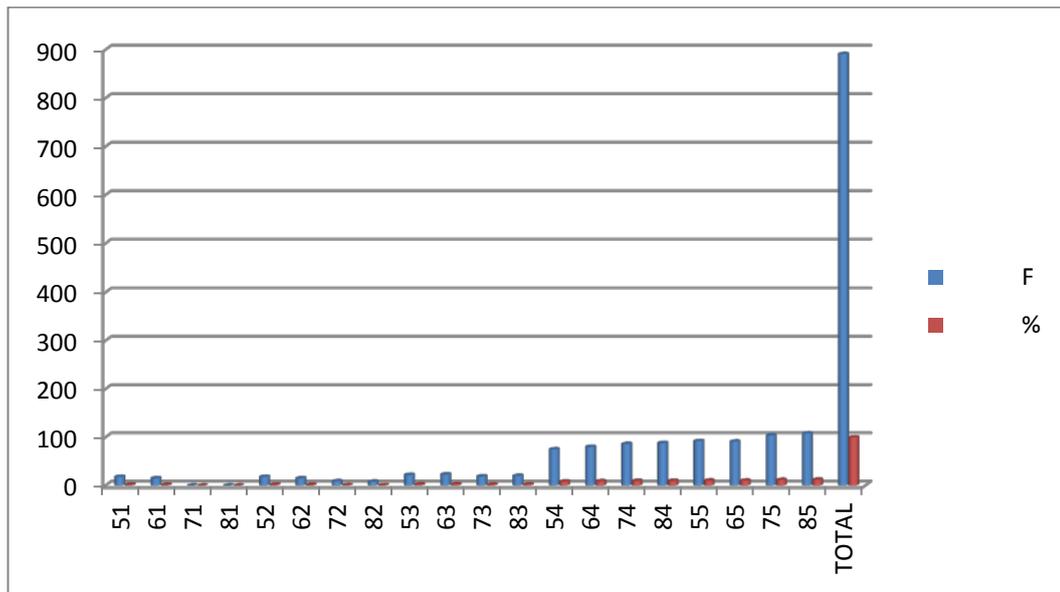
Fuente: Carla Juez

Se puede observar que dentro de los pacientes con caries dental, el mayor porcentaje corresponde a la edad de 8 años con un 40,82, seguido de los de 7 años con 31.36% y por último los de 6 con un 27.81%; esto es debido al mayor tiempo de exposición de los dientes en el medio bucal.

Tabla # 11. Distribución del diente temporal cariado con mayor frecuencia en niños de 6 a 8 años en la Clínica de Odontopediatria de la Facultad de odontología.

# DIENTE	F	%
51	18	2,02
61	15	1,68
71	0	0
81	0	0
52	18	2,02
62	15	1,68
72	9	1,01
82	8	0,89
53	22	2,46
63	23	2,58
73	19	2,13
83	20	2,24
54	75	8,41
64	80	8,97
74	86	9,65
84	88	9,87
55	92	10,32
65	91	10,21
75	104	11,67
85	108	12,12
TOTAL	891	100

Grafico # 11 Distribución del diente temporal cariado con mayor frecuencia en niños de 6 a 8 años en la Clínica de Odontopediatría de la Facultad de odontología.



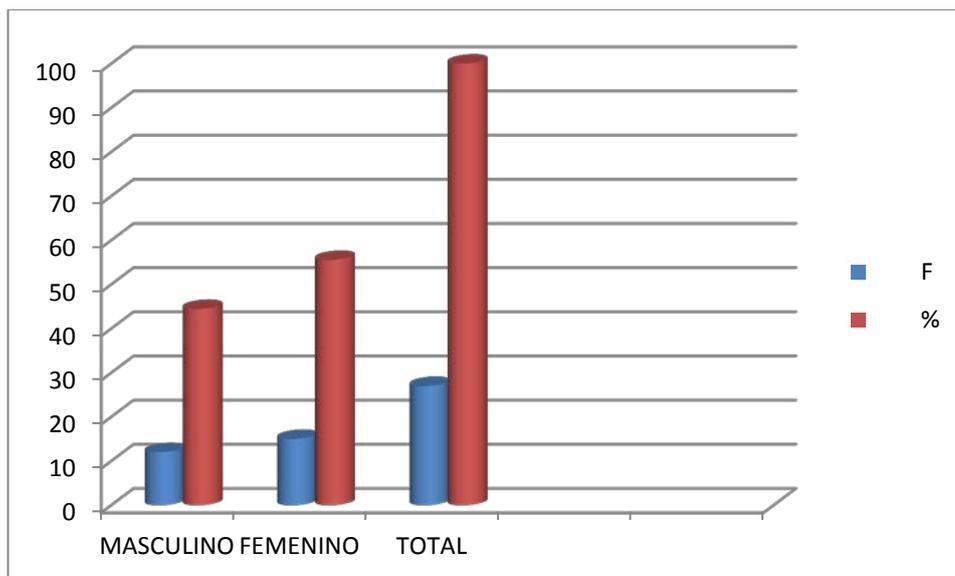
Fuente: Carla Juez

De los dientes temporales el que presentó mayor frecuencia de caries fue el segundo molar inferior derecho con un 12.12%, seguido muy cercano por el segundo molar inferior derecho con 11.67%.

Tabla # 12. Distribución de pacientes con mantenedores de espacio según género en la Clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología.

GENERO	F	%
Masculino	12	44,44
Femenino	15	55,55
TOTAL	27	100

Gráfico # 12 Distribución de pacientes con mantenedores de espacio según género en la Clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología.



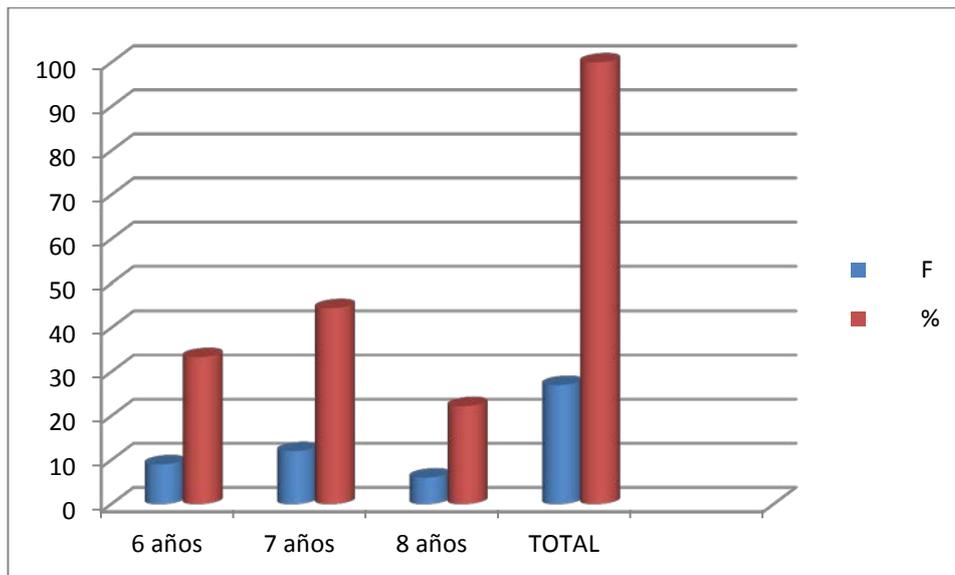
Fuente: Carla Juez

Se puede observar que del total de paciente con mantenedores de espacio el género con mayor porcentaje fue el femenino con un 55.55% y el masculino con un 44.44%.

Tabla # 13. Distribución de pacientes con mantenedores de espacio según la edad en la Clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología.

EDAD	F	%
6 años	9	33,33
7 años	12	44,44
8 años	6	22,22
TOTAL	27	100

Gráfico # 13. Distribución de pacientes con mantenedores de espacio según la edad en la Clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología.



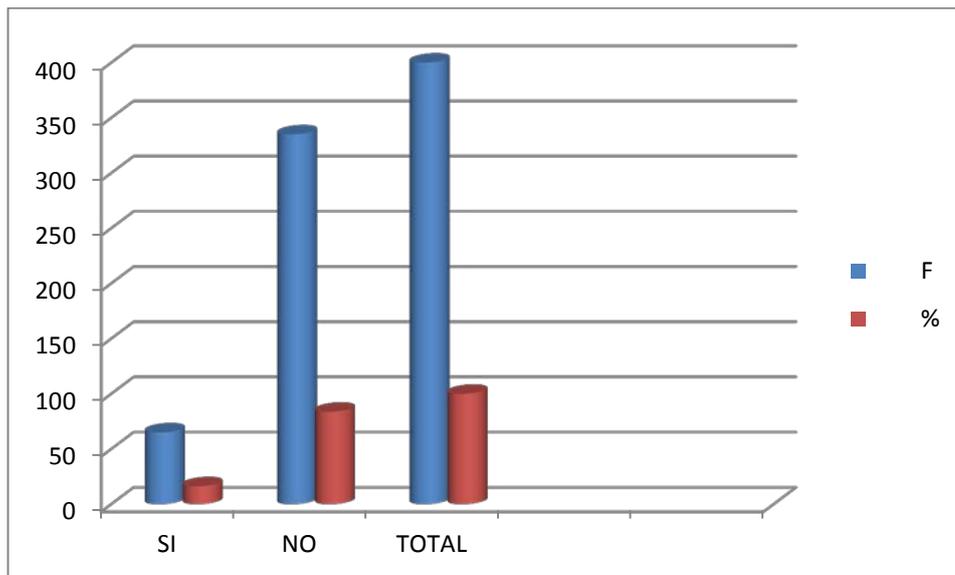
Fuente: Carla Juez

Del total de pacientes con mantenedores de espacio según la edad, el grupo de 7 años presento un 44.44% seguido del grupo de 6 años con un 33.33%.

Tabla # 14 Distribución de la muestra según el tratamiento odontológico terminado en la Clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología.

T.O.T.	F	%
SI	65	16,25
NO	335	83,75
TOTAL	400	100

Gráfico # 14. Distribución de pacientes con mantenedores de espacio según la edad en la Clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología.



Fuente: Carla Juez

De La muestra de 400 historias clínicas, solo se pudo constatar que el porcentaje de pacientes con tratamiento odontológico terminado fue del 16.25% y del 83.75% de los no terminados.

DISCUSION DE LOS RESULTADOS

Los resultados obtenidos en la presente investigación determinan que el género más predominante del estudio fue el femenino que representó el 51.5%, esto concuerda con el estudio realizado por Aristizabal en Colombia durante el año 2003 con un 52.4%.

En cuanto a la frecuencia de pérdidas prematuras de dientes temporales en pacientes de 6 a 8 años de edad en la clínica de odontopediatría de la Facultad de Odontología durante el año 2012, en una muestra de 400 pacientes a 159 se les realizó extracciones prematuras, los porcentajes de nuestro estudio son 39.75%, lo que indica que la conducta que se está siguiendo en nuestra unidad académica son altamente conservadoras favoreciendo otras alternativas de medidas terapéuticas para evitar las extracciones, sin embargo este porcentaje es alto si se las compara con las del estudio de Martínez Segura en el 2003 que tienen un porcentaje de 18,54%

Los dientes que con mayor frecuencia se extrajeron de forma prematura fueron los primeros y segundos molares temporarios inferiores del lado izquierdo, siendo el primer molar quien tuvo mayor porcentaje, seguido del segundo molar, esto coincide con el estudio de Martínez Segura y con el de Aristizabal, donde el diente más extraído fue el primer molar inferior, esto se debería a la morfología oclusal y a la ubicación posterior de los mismos.

Los pacientes de 8 años de edad fue el grupo con mayor número de extracciones prematuras, este resultado es similar al estudio de Marín y Pacheco donde los mayores porcentajes se obtuvieron en las edades más avanzadas, lo cual es debido a que en estas edades los dientes han estado más tiempo expuestos a los factores de caries dental, mientras que los pacientes de menor edad tienen el menor porcentaje por el menor tiempo de exposición en boca.

La causa más frecuente de pérdida prematura fue la caries con un 80.47%, lo que coincide con el estudio de Marín y Pacheco, lo que determina que debe emplearse mejores medidas de prevención para evitar este problema de salud pública.

El diente con mayor frecuencia de caries resulto ser el segundo molar inferior derecho con un 12.12% seguido muy de cerca por el segundo molar inferior izquierdo con un 11.67%, esta prevalencia del segundo molar se debe a la posición más posterior de estas piezas dentro del arco

maxilar, lo que dificulta su limpieza, además de otros factores como tipo de alimentación y cultura de higiene oral.

En cuanto al número de mantenedores de espacio en los pacientes con extracciones prematuras es sumamente bajo, pues solamente 27 pacientes de un total de 159 lo presentan, lo que determina poca visión para prevenir futuras maloclusiones dentarias.

Es importante indicar que en lo que se refiere al número de pacientes que se realizó tratamiento odontológico terminado es muy bajo en comparación con la muestra estudiada, apenas el 16.75% en relación al 83.75% que no se rehabilitaron totalmente, lo que es preocupante pues se observa que los pacientes se los trata por afección individual y no de manera integral.

Uno de los mayores problemas limitantes para el desarrollo de esta investigación es la falta de una estadística de las actividades realizadas en las diferentes clínicas, así como la inexistencia de los estudios radiológicos de cada paciente, debido a que los docentes no entregan dicha información sino que la mantienen como propiedad individual, lo que constituye una aberración pues los pacientes pertenecen a la facultad y es allí donde deben permanecer a fin de facilitar futuras investigaciones.

CAPITULO IV

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

El porcentaje de pacientes con pérdida prematura de dientes temporales es alto (39.75%).

No existe diferencia significativa en cuanto a la pérdida prematura de dientes temporarios según el género.

La mayoría de los pacientes con pérdida prematura fueron los de 8 años.

La caries dental fue la principal causa de pérdida prematura de dientes temporarios.

Los dientes con mayor frecuencia de pérdida prematura fueron los molares.

Siempre será importante la conservación de las piezas temporarios el mayor posible y para ello hay que agotar todas las alternativas terapéuticas que nos conducen a mantener estas piezas como mantenedores de espacio naturales, ya que de lo contrario se produciría una pérdida del perímetro de los arcos maxilares con el consiguiente apiñamiento dentario, mesialización de piezas vecinas, pérdida de línea media, lo que trae como consecuencia mayor alteraciones dentomaxilares.

El número de pacientes con tratamientos odontológicos integrales terminados son muy pocos en relación con la muestra estudiada, y esto se debe a la poca información presente en las historias clínicas, así también debido al tratamiento individual por casos se acostumbra en esta unidad académica dejando a un lado el componente integral bio, psico social.

No existe estadísticas realizadas en el departamento de estadística lo que dificulta realizar futuras investigaciones.

No existen en el departamento de estadística ningún estudio radiológico de las actividades realizadas en los pacientes de la clínica de odontopediatría, debido a que los docentes se apropian de las radiografías.

4.2 RECOMENDACIONES

Se recomienda antes de realizar una extracción de dientes temporales proceder a la toma radiográfica para medir el nivel de rizálisis fisiológica, el grado de calcificación de Nolla en dientes permanentes, así también medir la longitud de los arcos para determinar la necesidad de utilización de mantenedores de espacio.

Establecer nuevas estrategias de prevención de caries destinadas no solo a los pacientes, sino también a sus padres y extenderlas a los establecimientos educacionales de donde provienen estos pacientes pediátricos.

Establecer un mecanismo de tipo normativo dentro del funcionamiento de la clínica de odontopediatría para que de manera obligatoria todos los pacientes con extracciones prematuras sean atendidos con mantenedores de espacio o recuperadores de espacio para evitar futuras maloclusiones dentarias.

De igual manera debe disponerse la obligatoriedad de que los docentes de la clínica de odontopediatría así como de las demás entreguen las respectivas radiografías de los tratamientos realizados por los estudiantes.

Se recomienda que todo paciente sea rehabilitado integralmente y no solo por casos presentados, pues esto ayudaría en la formación más profesional de los futuros egresados.

Establecer un sistema estadístico que esté al alcance de todos los estudiantes y docentes para poder conocer estadísticamente la realidad de las actividades brindadas a la comunidad y poder evaluar la eficiencia, eficacia de los sistemas de atención brindadas en cada clínica.

BIBLIOGRAFIA

1. Aristizabal y cols. (2003). Frecuencia de pérdida de espacio por exodoncia de molares temporales en la Unidad Materno-Infantil de la Policía Nacional(7).
[/ http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=348897&indexSearch=ID](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=348897&indexSearch=ID)
2. BOJ J.R.Catalá M, GARCÍA – Ballesta C, Mendoza A. 2005. Odontopediatría. Barcelona. Editorial Masson. Pag. 125-26.
3. Canut Bruzola J. 2001. Ortodoncia Clínica y Terapéutica. 2^{da} ed. Barcelona. Editorial Masson.
4. Carranza F:A: 1996. Compendio de Periodoncia 5^{ta} ed. Buenos Aires. Editorial Panamericana.
5. Clemente K, Ferrara P, Ulloa R, Vera S. Pérdida prematura de dientes primarios y su relación con las maloclusiones. Trabajo presentado en Curso de Ortodoncia Preventiva e Interceptiva y Ortopedia Dentofacial Caracas 2001.(4).
6. Conceicao Nocchi Ewerton, 2008, Odontología restauradora. Salud y Estetica.2^{ed} Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana, pág. 16.
7. Coronado, Q., Fernández, G., Martínez, S., Ortega, D., Robles, V., & Salas, S. (2005). Pérdida prematura de dientes temporales en niños de 4 a 12 años de edad de la Clínica Odontológica Iztacala. Presentado en el XVI coloquio de investigación estudiantil del módulo de laboratorio II de la carrera de cirujano dentista de la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala. México.(8). http://scholar.google.es/scholar?q=perdida+prematura+de+dientes+temporales+en+ni%C3%B1os+de+4+a+12+a%C3%B1os+&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5#
8. De Figuereido L., Ferelle A, Isao M, 2001, Odontología para Bebe. Odontopediatría desde el nacimiento hasta los tres años. 1era ed. Editorial Artes Medicas. Pag. 95-97 De Groot L.J. Jameson L.J.2001. Endocrinología 5ta ed. Vol.3 Capt.13. pag. 238-39.

9. Duque de Estrada Riverón Johany, Rodríguez Calzadilla Amado, Coutin Marie Giselle, Riveron HerreraFlora. Factores de riesgo asociados con la enfermedad caries dental en niños. Rev. Cubana Estomatol. [revista en la Internet]. 2003 Ago [citado 2013 Jun 09] ; 40(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072003000200001&lng=es.
10. Ekstrand K. 2000. Diagnóstico de caries. En: Buischi YP. promoción de salud dental en clínica odontológica. 1^{ed}. Sao Paulo. Artes Medicas. Pag, 125- 28 (14).
11. Henostroza Haro G. Caries Dental. 2007. Principios y Procedimientos para el diagnóstico. Lima. Editorial Médica Ripano. Pág. 21-33 (13).
12. Hernández J., Montiel L., Velásquez J., Alcedo C. D Jurisic A., Quirós O., Molero L, Tedaldi J. Hábitos Bucales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición Primaria Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws" edición electrónica septiembre 2010.(10). www.ortodoncia.ws. Consultada, 30/05/2013. <https://ortodoncia.ws/publicaciones/2010/pdf/art22.pdf>
13. Igashida B. 2000, Odontología Preventiva. México D.F. Mc Graw-Hill Interamericana.(15).
14. Machín, G. G., Alfonso, A. P., & Fernández, R. D. (2007). Policlínico Docente "Ramón Pando Ferrer". Santa Clara COMUNICACIÓN Pérdida temprana de dientes temporales en niños entre cinco y 12 años de edad. *Acta Médica del Centro*, (12). http://scholar.google.es/scholar?q=perdida+denticion+temporaria++ramon+Pando+ferrer&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5#
15. Mc Donald R:E: Avery DR. Slooky G.K. 2004. Caries Dental en los niños y Adolescentes. En Mc Donald R.E. Avery DR. Odontología Pediátrica y del Adolescente, 6^{ta} ed. España. Harcont Brace Pag. 211-12.(16)
16. Marcantoni M. 1999. Ecología de la Cavidad Bucal. En Negroni M. Microbiología estomatológica: Fundamentos y Guía Práctica. 1^{era}

ed. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana. Cap. 17, Pag. 128-30.

17. Marín A, Pacheco M. frecuencia de extracciones prematuras de molares temporales en niños de 5 a 9 años, atendidos en la Clínica Odontológica UAM. 1998-2000. Nicaragua 2001.(3). <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/1244/1/34T00214.pdf>
18. Martínez, S. Narlinda. Pérdida prematura de dientes temporales y Maloclusión. (documento en línea) http://scholar.google.es/scholar?q=perdida+prematura+de+dientes+temporales&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5#
19. Medina- Solis y cols.(2005). Pérdida dental y patrones de caries en preescolares de una comunidad suburbana de Campeche. Acta Odontológica Venezolana.(5). <http://www.bibliomaster.com/pdf/1321.pdf>
20. Méndez, D. Caricote, N. prevalencia de caries dental en escolares de 6 a 12 años de edad del municipio de Antolin del Campo, Estado Nueva Esparta, Venezuela 2003. Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría. 2009. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws>. Consultada 2013/05/27
21. Negroni. 2009. Microbiología estomatológica. Fundamentos y Guía Práctica, 2^{da} ed. Argentina. Editorial Médica Panamericana
22. Odontología conservadora cariología. 1994. Tratamiento mediante obturación. ("Colección"). Ketterl W. S.L. Ed. Masson Salvat odontología. Pág. 29-50.
23. Ortiz García Patrick. (2010) Pérdida prematura de caninos y molares temporales en pacientes de 6 años atendidos en el hospital de Curanilahue durante periodo 2006-2010. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. Depósito Legal N°: pp200102CS997 - ISSN: 1317-5823 – www.ortodoncia.ws. Consultada 15/05/13. (11). <http://www.odontopediatria.cl/Publicaciones/26-1/26-1.pdf#page=13>

24. Ortiz M. Farías M., Godoy S., Mata M., (2005) "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." Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws edición electrónica febrero 2008. Obtenible en: www.ortodoncia.ws. Consultada, 07/06/13. http://saber.ucv.ve/jspui/bitstream/123456789/2444/1/perdida_prematura_dientes_primarios_pacientes.pdf
25. Pérdida prematura de dientes temporales y maloclusión en escolares. Policlínica "Pedro Díaz Coello", 2003. <http://www.cocmed.sld.cu/no93/n93ori4.htm>
26. Relación entre la pérdida prematura de piezas dentarias temporarias posteriores y el grado de desarrollo del sucedáneo permanente <http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/cyt2006/03-Medicas/2006-M-102.pdf>
27. Ulloa R, Cammarano F. 2001. Pérdida prematura de dientes primarios en el Centro Odontopediátrico Carapa, mayo-octubre 2001. Trabajo de pasantía realizado por estudiantes de la Universidad Central de Venezuela. Caracas.(6).
28. Ustrell Torrent J.2002. Ortodoncia. Barcelona. Editorial Universidad de Barcelona.
29. Villafranca Félix y cols.2005.Manual del técnico superior en higiene bucodental. España. Editorial MAD.