



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA

**TRABAJO DE TITULACION PREVIO A LA OBTENCION DEL
TITULO DE ODONTOLOGA**

TEMA:

**Importancia del mantenedor de espacio en la pérdida del
segundo molar temporario en niños de 5 a 6 años.**

AUTORA:

Jessica Novillo Samaniego

TUTOR:

Dr. Ery Suarez Acebo Msc.

Guayaquil, Julio del 2014

CERTIFICADO DE TUTORES

En calidad de tutores del trabajo de Titulación:

CERTIFICAMOS

Que hemos analizado el Trabajo de Titulación como requisito previo para optar por el título de tercer nivel de odontólogo/a

El trabajo de titulación se refiere a: "Importancia del mantenedor de espacio en la pérdida del segundo molar temporario en niños de 5 a 6 años".

Presentado por:

Jessica Johanna Novillo Samaniego

C.I.: 0925862062

TUTORES:

**Dr. Ery Suarez Acebo Msc.
TUTOR ACADEMICO**

**Dra. Elisa Llanos R. MSc
TUTOR METODOLOGICO**

**Dr. Miguel Álvarez Avilés MSc
DECANO (e)**

Guayaquil, julio del 2014

AUTORIA

Los criterios y hallazgos de este trabajo responden a propiedad intelectual de la autora:

Jessica Johanna Novillo Samaniego

C.I.: 0925862062

AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente a dios por haberme puesto en mi vida a mis maravillosos padres y hermanos que gracias a ellos he llegado a cumplir una más de mis metas. Principalmente a mi papa le agradezco todo el tiempo compartido en el que ha sido mi inspiración, mi fuerza, mi amigo, mi modelo a seguir...! Gracias por ser mi padre y permitir abrazar el título que tanto anhele.

Agradezco a mi tutor Dr. Ery Suarez Acebo por la gran ayuda con sus conocimientos y ética profesional para poder realizar esta investigación desinteresadamente.

A la Universidad Estatal de Guayaquil Facultad Piloto de Odontología por haberme dado la oportunidad de haber realizado uno de mis más preciados sueños.

Y a toda mi familia por su apoyo incondicional.

Jessica Novillo Samaniego

DEDICATORIA

El presente proyecto dedico a mi familia que gracias aquellos consejos y palabras he logrado crecer como persona. Donde he cumplido mis objetivos y metas.

Dedico principalmente a mis padres por su gran ayuda moral y económica que me brindaron durante estos cinco años.

Jessica Novillo Samaniego

INDICE GENERAL

Contenido	Pag
Caratula	
Contracaratula	II
Certificacion de Tutores	III
Autoria	IV
Agradecimiento	V
Dedicatoria	VI
Índice general	VII
Resumen	VIII
Abstract	X
Introducción	1
CAPÍTULO I	
El Problema	2
1.1 Planteamiento Del Problema	2
1.2 Formulación Del Problema	2
1.4 Delimitación Del Problema	2
1.5 Preguntas De Investigación	3
1.6 Objetivos De La Investigación	3
1.6.1 Objetivo General	3
1.6.2 Objetivo Específicos	3
1.7 Justificación De La Investigación	3
CAPITULO II	5
Marco Teórico	5
2.1 Antecedentes de estudio	5
2.2 Bases Teóricas	6
2.2.1 Mantenedores de Espacio	6
2.2.2 Fisiología del mantenedor de espacio	7
2.2.3 Pérdida prematura de los segundos molares temporales	7
2.2.4 Tipos de mantenedores de espacio	8
2.2.5 Mantenedor de espacio con banda	8
2.2.6 Elección del Mantenedor de Espacio	9
2.2.7 Ventajas de los Mantenedores de Espacio	10
2.2.8 Desventajas de los Mantenedores de Espacio	10
2.2.9 Construcciones de mantenedores de espacio	10
2.2.10 Malocclusion en la Denticion Temporal o Mixta	10
2.2.11 Tipos de Apiñamiento Dental	11
2.2.12 Apiñamiento Primario	13

INDICE GENERAL

Contenido	Pag
2.2.13 Apiñamiento Secundario	14
2.3 Marco Conceptual	15
2.3.1 Hipótesis Descriptiva	17
2.3.2 Identificación de las Variables	17
2.4 Operacionalización de la Variables	18
CAPITULO III	
Metodología	
3.1 Nivel de la Investigación	19
3.2 Fases Metodológicas	21
3.3 Métodos de Investigación	23
3.4 Recursos Empleados	23
3.4.1 Recursos Humanos	23
3.4.2 Recursos Materiales	23
3.5 Universo y Muestra	24
4. Conclusiones	25
5. Recomendaciones	26
Bibliografía	27
Anexo	29

RESUMEN

El odontólogo debe revisar con el niño y sus padres las formas correctas de limpiar minuciosamente el mantenedor de espacio, con el fin de mantener el tejido de las encías saludables y libres de placa dental. Debe considerarse la instrucción adecuada del cepillado dental y el uso del hilo dental para una mejor higiene bucal. El problema se produce porque hubo exodoncia prematura. El dentista u ortodontista deben revisar al niño regularmente para monitorear el progreso del tratamiento con el mantenedor de espacio y continuar recibiendo citas de limpieza profesional cada seis meses con su odontólogo. Es de mucha importancia ayudar a la corrección de estas alteraciones, cuando los efectos son muy defectuosos se les ayuda con tratamientos ortodónticos o aparatología fija según la frecuencia, tiempo, duración de esta alteración. La pérdida prematura de los dientes deciduos debido a las caries, trauma, erupción ectópica y otras causas pueden ocasionar movimientos indeseables de los dientes deciduos o permanentes lo que, eventualmente, si no se trata a su debido tiempo puede ocasionar una pérdida de longitud de arco. Cada diente es sostenido en la boca por la acción de fuerzas individuales.

ABSTRACT

The dentist should review with the child and parents the correct ways to thoroughly clean the space maintainer in order to maintain healthy tissue and gums free of plaque. Proper instruction of dental brushing and flossing for better oral hygiene should be considered. The problem occurs because there was premature extraction.

The dentist or orthodontist should check the child regularly to monitor treatment progress with the space maintainer and continue to get quotes from professional cleaning every six months with your oral health professional.

It is very important to help the correction of these alterations, when the effects are very defective are helped with aparatologia fixed orthodontic treatment according to frequency, timing, duration of this condition. The premature loss of deciduous teeth due to decay, trauma, ectopic eruption and other causes can lead to unwanted movements of deciduous or permanent teeth which, eventually, if not treated timely may result in loss of arc length . Each tooth is held in the mouth by the action of individual forces

INTRODUCCIÓN

La pérdida prematura de los dientes deciduos debido a las caries, trauma, erupción ectópica y otras causas pueden ocasionar movimientos indeseables de los dientes deciduos o permanentes lo que, eventualmente, si no se trata a su debido tiempo puede ocasionar una pérdida de longitud de arco. Cada diente es sostenido en la boca por la acción de fuerzas individuales.

Si estas fuerzas se alteran se producirá una migración que a su vez producirá una disminución de la longitud de arco. La mayor pérdida de esta longitud se presenta a los pocos meses después de la extracción de los molares deciduos. La pérdida de longitud de arco puede producir o agravar la severidad de una maloclusión, pues se pueden presentar apiñamiento, rotaciones, erupción ectópica, mordidas cruzadas, aumento en la sobremordida horizontal y vertical y relaciones molares desfavorables.

Se define como mantenedor de espacio aquel tipo de aparatología intraoral usado para preservar la longitud de arco, después de la pérdida prematura de dientes deciduos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA

Perdida del segundo molar temporario en niños de 5 a 6 años cuya consecuencia es el apiñamiento dentario, la Maloclusion.

1.2 DESCRIPCION DEL PROBLEMA

En nuestro contexto de la clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología existe un alto porcentaje de niños de 5 a 6 años que presentan Maloclusiones dentarias y apiñamiento por haberseles extraído el segundo molar temporario prematuramente cuya consecuencia trae como resultado: mordida abierta anterior, mordida cruzada, interferencia en la erupción y posición anormal de los molares en maxilares superiores.

Vale resaltar, que es mucha importancia ayudar a la corrección de estas alteraciones, con tratamientos ortodonticos o aparatología fija según la frecuencia, tiempo, duración de esta alteración.

En la comunidad odontológica es común hablar de hábitos orales, sin embargo no se presenta atención profunda a esta problemática y mucho menos a los daños a largo plazo de hábitos que con mayor frecuencia existen en niños de 5-6 años de la cual si no son tratados a tiempo tendrán mayores complicaciones al igual que será mayor la corrección de los daños.

Lo antes expresado nos permite formular el siguiente problema de investigación:

1.3 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cómo incide la extracción del primer molar temporario en la oclusión de niños de 5 a 6 años de edad?

1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Tema: Importancia del mantenedor de espacio en la pérdida del segundo molar temporario en niños de 5 a 6 años

Objetivo de estudio: Efectos de los mantenedores de espacio

Campo de acción: Niños de 65-6 años

Área: Pregrado

Lugar: Facultad de Odontología

Periodo: 2013-2014

1.5 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Qué es un mantenedor?

¿Cuáles son las características de los mantenedores de espacio?

¿Cuáles son las alteraciones más frecuentes?

¿Qué beneficios aportara esta investigación a la ciencia Odontológico?

¿Esta investigación es de impacto?

1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.6.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la Importancia del mantenedor de espacio en la pérdida del segundo molar temporario en niños de 5 a 6 años

1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar características de la alteración sobre las estructuras dentó maxilar.

Definir, los efectos de la extracción de los segundos premolares en niños de 5 a 6 años

Describir, Importancia del mantenedor de espacio en la pérdida del segundo molar temporario en niños de 5 a 6 años

1.7 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACIÓN

La presente justificación se apoya en principios: Teóricos, Prácticos, Metodológicos, psicológicos y Legales: En la universidad de Guayaquil, Facultad Piloto de Odontología, nos imparten sobre los principales daños causados por la realización de hábitos nocivos en los niños. Por ello esta

investigación se reconocen problemas de la consecuencia de las exodoncias de los segundos molares temporarios, lo cual contribuirá a la comunidad odontológica para determinar el uso de técnicas que nos conduzcan a obtener ventajas: estética, fonética, y funcionales evitando el riesgo de complicaciones de cada caso dando beneficio no solo para la ciencia odontológica sino también para el paciente a lo cual está basada en aportes teóricos, prácticos, metodología.

Los principios Psicológicos, ya que forma parte de un enlace con el hábito, por la inestabilidad emocional que el niño presente, su inseguridad le llevara a sentir por medio de este un confort. Asimismo esta investigación nos permite identificar parámetros técnicos, prácticos y metodológicos. Los parámetros técnicos servirán de apoyo en esta investigación y doctores científicos quienes aportan actualizaciones sobre la utilización de aparatología.

Las aparatologías para sustentar esta investigación pueden ser evidenciadas de casos clínicos realizados en la clínica de Odontopediatría de la Facultad Piloto de Odontología en la Universidad de Guayaquil. El desarrollo de los aportes metodológicos que se aplicaran serán descriptivo, en la cual se evidenciara los defectos causados por mal proceder de los padres en hacerle exodoncia en temprana edad y en base a los resultados sobre la incidencia en niños de edad preescolar..

Viabilidad.- Esta investigación es viable, ya que cuenta con suficiente consulta bibliográfica y facilidad de acceder a información científica del internet sobre el tema, consulta a expertos y de recursos técnicos y humanos; y contar con el apoyo de mi tutor como guía para llegar a cabo esta investigación que garantiza su ejecución en el tiempo previsto y con las características de calidad.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIO

Revisando Los Archivos De La Biblioteca En La Facultad De Odontología No Existe Tema Relacionado con La Propuesta De Investigación A Desarrollarse.

Vale resaltar que el presente trabajo de investigación define a los respectivos usos de mantenedores de espacios en odontología, sería la mayor frecuencia en donde interfieren en el patrón de crecimiento y desarrollo facial denominado anomalías de las estructuras, faciales junto con problemas desarrollados en los órganos fono articulatorios.

Así mismo Ogard estudio una muestra de 60 niños noruegos de 5 años de edad, encontrando una prevalencia total de los mantenedores de espacio del 63%. Un 37 había utilizado mantenedor en molares superiores más inclinados y molares inferiores retro inclinados.

Los motivos expuestos conllevan a determinar la importancia que tiene la presente investigación bibliográfica del tema, de ahí que la intención fundamental consiste en la educación precoz de los padres sobre las causas para reconstruir hacia futuras generaciones, sino también del conocimiento de la comunidad odontológica. Otros autores expresan que la ortodoncia preventiva según Proffit y Ackerman (1980) es la de prevención, la posible interferencias con el desarrollo oclusal.

Es importante valorar en cada paciente el espacio disponible que presenta para la erupción de los dientes permanentes. En el caso de un paciente con un problema de espacio evidente no estaría justificado mantener un espacio, si más adelante este requerirá un tratamiento de ortodoncia con extracciones. Por lo tanto son diferentes los términos mantenimiento y manejo del espacio.

Por otro lado el recuperar espacio está indicado en pacientes cuya longitud de arco ha disminuido, siempre y cuando, antes de la pérdida de dientes primarios existía una longitud de arco suficiente para la erupción adecuada de todos los dientes permanentes.

La pérdida temprana de las piezas primarias deberá remediarse con el desplazamiento de un mantenedor de espacio. Muchas fuentes indican que la localización de las piezas permanentes en desarrollo evita el cierre en la parte anterior del arco. Esto no se verifica en todos los casos. No solo se pueden cerrar los espacios, con la consiguiente pérdida de continuidad del arco, sino que otros factores entran en juego.

La lengua empezara a buscar espacios, y con estos se pueden favorecer los hábitos. Pueden acentuarse y prolongarse los defectos del lenguaje. La ausencia de piezas en la sección anterior de la boca, antes de que esto ocurra en otros niños de su edad, hace que el niño si es vulnerable emocionalmente se sienta diferente y mutilado psicológicamente.

2.2 BASES TEORICAS

2.2.1 MANTENEDORES DE ESPACIO

Los mantenedores de espacio son dispositivos o aparatos que sirven para conservar integra la longitud del arco dentario, el mejor mantenedor de espacio en la mayoría de los casos es el mismo diente. La ausencia prematura de uno o varios molares temporales siempre podrá provocar modificaciones de la oclusión, pero la indicación del mantenimiento de espacio puede llegar a ser menos frecuentes por la estabilidad de la oclusión.

La función más importante del mantenedor de espacio es mantener las relaciones mesiodistales y ocluso-guinguivales en un arco luego de la pérdida prematura de algún diente primario. Con la colocación oportuna de un mantenedor de espacio se puede prevenir o reducir la severidad de un maloclucion en desarrollo.

La conservación eficaz del espacio empieza con una odontología restauradora satisfactoria, el odontólogo ha de procurar la restauración ideal de todos los contornos interproximales. No hay mejor mantenedor de espacio que el mismo diente primario, siempre y cuando sea la mejor decisión mantenerlo.

2.2.2 FISILOGIA DEL MANTENEDOR DE ESPACIO

El mantenedor de espacio calzado distal con frecuencia se utiliza para un primer molar permanente que no ha brotado. Es un mantenedor de espacio más complicado porque el final del metal normalmente es insertado en la línea de las encías para lograr que el espacio abierto no se cierre. Un dentista necesitara monitorear el progreso del diente molar permanente que brota para asegurarse que este brote adecuadamente con el mantenedor de espacio.

La edad dental es importante cuando se evalúa el patrón de erupción así como el hueso que cubre al diente permanente, esta es consideración más crítica que la edad cronológica del niño.

2.2.3 PERERDIDA PREMATURAS DE LOS SEGUNDOS MOLARES TEMPORALES.

Ante la pérdida de los segundo molares temporales, el riesgo de pérdida de espacio aumenta, por lo que siempre será necesario colocar mantenedores de espacio, teniendo en cuenta las siguientes situaciones:

Antes de la erupción de los primeros molares permanentes:

Molares permanentes intraoseo

Molares permanentes extaroseos

Después de la erupción de los primeros molares permanentes:

Antes de la intercuspidacion

Después de la intercuspidacion

Perdida prematura de los segundos molares temporales antes de la erupción de primeros molares permanentes.

Síntomas.- Ausencia de segundo molares temporales y primeros molares permanentes.

Formas clínicas.-

Molares permanentes intraoseo

Molares permanentes extraoseos, pero subgingivales

Objetivo del tratamiento:

Mantener el espacio para el segundo premolar

Guiar la erupción del primer molar permanente.

2.2.4 TIPOS DE MANTENEDORES DE ESPACIO

Los mantenedores de espacio pueden clasificarse de varias maneras:

Fijos, semifijos o removibles

Con bandas o sin ellas

Funcionales o no funcionales. (puede masticar el paciente sobre parte del instrumento?)

Activos o pasivos (se espera que el mantenedor mueva las piezas)

Ciertas combinaciones de las clasificaciones arriba mencionadas.

2.2.5 MANTENEDOR D ESPACIO CON BANDA

Se extrae el segundo molar primario con el mantenedor de espacio preparado para cementar en el primer molar primario. Se limpia con una esponja el alveolo para obtener visibilidad, y se ajusta el hilo para que toque la superficie mesial del primer molar permanente, generalmente visible.

Si el dentista examina al paciente cuando el segundo molar primario esta ya ausente, puede estimarse examinando la radiografía, la longitud y grado de doblado adecuado del hilo. Se coloca la banda en la boca y se comprueba radiográficamente la posición del hilo en el tejido perforado.

El método precedente, de medición y espera, puede ser suficiente para atender pérdidas tempranas de primeros molares primarios. Las estadísticas indican que se producen cierres de espacio después de pérdidas prematuras de primeros molares primarios, en menor grado y frecuencia que la perdida

siguiente prematura del segundo molar primario. Sin embargo, las estadísticas aplicadas al total de la población, por muy tranquilizantes que sean, no deberán inducir a desatender situaciones que pueden crear problemas en casos individuales.

Por la presencia de caries el segundo molar primario se pierde poco tiempo antes de la erupción del primer molar permanente, una protuberancia en la cresta del borde alveolar indicara el lugar de erupción el primer molar permanente. Las radiografías ayudaran a determinar la distancia de la superficie distal del primer del primer molar primario a la superficie mesial del primer molar permanente no brotado.

2.2.6 ELECCIÓN DEL MANTENEDOR DE ESPACIO

En términos generales, la mayoría de los casos de mantenimiento de espacio pueden hacerse por la inserción de mantenedores pasivos y removibles, hechos con hilos metálicos y resina acrílica. El uso de resina de curación propia convierte esta técnica en un procedimiento de consultorio fácil y rápido.

En algunos mantenedores de espacio, también se incluye el uso de bandas. El odontólogo general muy a menudo que esquivar la fabricación de bandas, pero fabricar bandas no es tan complicado como ciertos otros procedimientos que realiza el odontólogo de buena gana. Una banda hecha a medida y de ajuste perfecto, construirá en la boca del paciente, es generalmente más satisfactoria que una banda hecha en un modelo de piedra y construida por un laboratorio comercial. Existen incluso bandas preformadas disponibles en diferentes tamaños; el odontólogo podrá usar estas con gran éxito.

La pérdida de un segundo molar primario generalmente puede remediarse con la inserción de un mantenedor de espacio de acrílico e hilo metálico. Este puede sustituir la pérdida en uno o ambos lados. Puede hacerse con o sin arco lingual, pero se aconsejan descansos oclusales en los molares (si estén presentes), particularmente en el arco inferior de un caso unilateral. El resto evitara que el mantenedor se deslice hacia el piso de la boca.

2.2.7 VENTAJAS DE LOS MANTENEDORES DE ESPACIO

No requiere de la colaboración del paciente

Fácil confección y bajo costo

Buena resistencia

Evita la erupción mesial de los primeros molares permanentes

2.2.8 DESVENTAJAS DE LOS MANTENEDORES DE ESPACIO

No evita la extrusión del diente antagonista al diente extraído

No restablece la función masticatoria en este sector

Puede promover infección del tejido óseo

Requiere de un procedimiento quirúrgico y cementación de la aparatología en la misma cita (exodoncia del diente primario).

2.2.9 CONSTRUCCIONES DE MANTENEDORES DE ESPACIO

La construcción de los mantenedores de espacios funcionales, pasivos y removibles deberá mantenerse lo más sencilla posible. Ahorra tiempo el odontólogo, y su costo considerablemente menor pone todos los beneficios del servicio al alcance de un mayor número de personas.

2.2.10 MALOCLUSIÓN EN LA DENTICIÓN TEMPORAL O MIXTA

La maloclusión se define como cualquier alteración del crecimiento óseo del maxilar o la mandíbula y/o de las posiciones dentarias que impidan una correcta función del aparato masticatorio, con las consecuencias posteriores que esta disfunción tiene sobre los propios dientes, las encías y los huesos que los soportan, la articulación temporomandibular y la estética facial.

Para una buena prevención, es necesario realizar la primera visita al ortodontista a los 6 años.

Las alteraciones bucales y faciales no mejoran con el crecimiento.

Los objetivos ortopédicos que se consiguen a edad temprana no son posibles a edades más tardías.

En pacientes respiradores bucales y pacientes con malos hábitos es muy frecuente encontrar alteraciones del crecimiento transversal del maxilar (paladar ojival, mordida cruzada).

Desde que en 1860, E.H. Angell comenzara con la expansión ortopédica del maxilar, el tratamiento ortopédico temprano se ha convertido en una parte fundamental del plan de tratamiento de nuestros pacientes. Es decir, la posibilidad de actuar a edad temprana es clave para el éxito de nuestros tratamientos. Pero el tratamiento temprano no sólo consiste en actuaciones ortopédicas, sino también en el control de hábitos, en evitar lesiones debidas al desarrollo dentario, en proporcionar espacio a los dientes o en permitir un buen desarrollo facial.

Podemos aventurar que 2 de cada 3 niños van a necesitar la intervención del ortodoncista en algún momento de su desarrollo facial y dentario. La Maloclusion se define así cualquier alteración del crecimiento óseo del maxilar o la mandíbula y/o de las posiciones dentarias que impidan una correcta función del aparato masticatorio, con las consecuencias posteriores que esta disfunción tiene sobre los propios dientes, las encías y los huesos que los soportan, la articulación temporal-mandibular y la estética facial.

Es, por tanto, muy importante en la salud y el desarrollo del niño prestar la atención suficiente al crecimiento facial, tanto por su frecuencia de alteración en la población sana, como por sus posibles consecuencias posteriores de alteración de la salud, y entonces poder realizar un diagnóstico y tratamiento tempranos.

2.2.11 TIPOS DE APIÑAMIENTO DENTAL

Se distinguen **tres tipos de apiñamiento dental**: primario, secundario y terciario. Esta clasificación no es excluyente, ya que en un mismo individuo pueden tener los tres tipos de apiñamiento.

El apiñamiento supone una **falta de espacio para el correcto alineamiento de los dientes**, de manera que hay una pérdida de contacto entre los puntos de contacto anatómicos de los mismos. Los dientes erupcionados presentan anomalías de inclinación, posición o giroversiones. En otras ocasiones, un diente puede no erupcionar debido a la falta de espacio y quedar retenido en el maxilar.

Los dientes apiñados se valora en toda la arcada dentaria, diferenciando entre apiñamiento en el sector anterior (incisivo y caninos) y posterior (bicúspides y molares). En dentición mixta se mide el apiñamiento incisivo y la falta de espacio para la erupción de caninos y premolares en milímetros negativos.

La **clasificación de dientes apiñados más utilizada** en la literatura y en la clínica ortodóncicas es la propuesta por Van der Linden, que está basada tanto en la cronología de aparición como en los factores causales. Los principales tipos de apiñamiento son:

Apiñamiento primario de causa genética.

Apiñamiento secundario por la pérdida prematura de dientes temporales o por hábitos orales (hábitos de succión digital, labial o de objetos).

Apiñamiento terciario por la erupción de las muelas del juicio, es típico de los adultos y a veces se confunde el apiñamiento terciario con la recidiva del apiñamiento inferior en un caso tratado ortodóncicamente.

Desde que se empezaron a estudiar las causas de esta afectación, ha habido bastante controversia en cuanto a los motivos del apiñamiento de los dientes. Si bien es cierto que la aparición de los terceros molares suele tener que ver con este problema, se ha llegado a la conclusión que puede estar causado por más de un factor.

Así pues, la evolución dentomaxilofacial, los factores hereditarios, el tamaño dentario, la sobremordida anterior, los cambios funcionales, el crecimiento facial, la longitud y anchura mandibular, la linguoversión de los incisivos inferiores o la influencia de hábitos pueden ser también causas del apiñamiento inferior.

Para saber que tratamiento se debe aplicar en cada caso, será imprescindible diagnosticar los motivos que han provocado esta situación, pero sobretodo debemos estudiar el grado de apiñamiento existente. Mediante un estudio personalizado, hecho con la ayuda de radiografías y modelos, e incluso utilizando la tecnología de diseño de sonrisas digital, estudiaremos la posición de los dientes y determinaremos como tratarlos. En función de los resultados optaremos por uno u otro tratamiento que explicamos a continuación:

Apiñamiento leve o moderado: Si los dientes presentan las características propicias, estarán indicados los desgastes interproximales), que facilitarán en buen grado el alineamiento de la arcada dental con un complemento ortodóntico. Así pues, podremos aplicar stripping y ortodoncia fija o stripping y ortodoncia invisible.

Apiñamiento severo: cuando se necesite más espacio estarán indicadas las exodoncias (extracciones) de algunos dientes. La pieza a extraer puede ser el premolar, en los casos anómalos que indican una extracción terapéutica. O un incisivo inferior, cuando vemos que la oclusión general es buena y podemos ganar así el espacio necesario.

2.2.12 APIÑAMIENTO PRIMARIO

Éste se debe a la influencia del factor genético. Así, cuando los padres han tenido los dientes apiñados, es frecuente que los hijos también los tengan.

El factor genético, aunque se conoce desde hace tiempo, no ha sido bien aclarado. Se pensaba que el niño podía heredar los huesos pequeños de la madre y los dientes grandes del padre; pero en la actualidad se tiende a creer que el apiñamiento es la suma de la interacción de genes, en la herencia del volumen de los maxilares y de los dientes.

Asimismo la tendencia en la evolución del hombre es a aumentar el volumen de la cabeza y a llevar a los huesos maxilares hacia atrás. Por ello, se tiende a reducir, conforme evoluciona la especie, a tener los huesos de la boca más pequeños.

Por otra parte también influye la dieta de las personas, ya que las comidas blandas hacen que los músculos no se ejerciten lo suficiente y por tanto los huesos tampoco. Por esto es tan importante que los niños empiecen a masticar pronto, de este modo el desarrollo de los huesos será más completo y los dientes podrán tener el espacio suficiente.

Además también influye el hecho de que los incisivos superiores (paletas) estén en una correcta inclinación (ligeramente hacia delante), de forma que dejen más sitio que si están inclinados hacia atrás. La presencia de más dientes en la boca de lo normal, *hace que se necesite también más espacio en los huesos para que queden alineados.*

2.2.14 APIÑAMIENTO SECUNDARIO

Es el que se produce por alteraciones que se dan en la boca que actúan sobre los dientes y consiguen recortar el espacio del que se dispone para que queden normalmente alineados.

Estas alteraciones, que podemos prevenir, son por ejemplo la presencia de hábitos como chuparse el dedo, interponer el labio inferior entre los dientes de arriba y los de abajo o respirar por la boca en vez de la nariz. Esto produce un desequilibrio entre los músculos de la lengua, mejillas y labios que repercute en la posición de los dientes. Por otra parte, la pérdida de dientes de leche hace que las piezas vecinas intenten tapar el espacio que queda, de modo que cuando salgan los permanentes, tengan menor espacio. Esto se da sobre todo si se pierden las muelas primarias. También es importante decir que este desequilibrio que se produce dependerá de la edad a la que se pierda el diente de leche, ya que si el permanente está a punto de salir la pérdida de espacio es menor.

Otro tipo de apiñamiento es el que se produce en la última fase de crecimiento maxilar. Puede producirse en bocas que tienen los dientes en una correcta posición como en las que no lo están. Su origen se atribuye a dos posibles causas; por una parte se ha observado que la salida a la boca de las muelas del juicio suele coincidir cronológicamente con la aparición del apiñamiento. Se

piensa que la presión que ejerce esta muela hacia delante rompería el equilibrio existente en la zona anterior de la boca.

Esta hipótesis está muy discutida ya que este apiñamiento tardío también se ha observado en personas que no tienen formadas las muelas del juicio. Por ello aunque no se descarta su influencia, el resultado de los estudios realizados no demuestra por sí sólo el papel de estos dientes en la aparición del apiñamiento.

Por otra parte aumentan el riesgo la presencia de hábitos bucales, como respirar por la boca, chuparse el dedo o morderse el labio inferior. De este modo las fuerzas que se producen alteran la posición de los dientes y hace que se solapen o creen otro tipo de anomalía.

Además la pérdida de dientes de leche antes de la época de recambio, ya sea por caries o por traumatismos, hace que se pierda espacio si pasa un tiempo hasta la salida del diente permanente y no se toman medidas.

2.3 MARCO CONCEPTUAL

Folículo dental: Es un conjunto de procesos complejos que permiten el desarrollo y erupción de los dientes debido a la modificación histológica y funcional de células. (Wheeler, 2007)

Ectodermo: El ectodermo es la primera hoja blastodérmica del embrión. Se forma enseguida en el desarrollo embrionario, durante la fase de blástula. De él surgirán el endodermo y el mesodermo durante la gastrulación. (Wheeler, 2007)

Mesodermo: El mesodermo es una de las tres hojas embrionarias o capas celulares que constituyen el embrión. Su formación puede realizarse a partir de un blastocisto en el proceso denominado gastrulación. (Wheeler, 2007)

Oclusión: El término oclusión dental se refiere a las relaciones de contacto de los dientes en función y parafunción. (Chavez, 2011)

Maloclusion: Las maloclusiones pueden ser causa de un sinnúmero de problemas, no solo en los dientes sino en el periodonto, la articulación

temporomandibular (ATM), coronas que pueden fracturarse. Recesiones gingivales y afecciones pueden ser exacerbadas por una mala mordida. (Juan Carlos Pérez Díaz, 2013)

Cronología de la erupción: Clásicamente se considera que los primeros molares son las primeras piezas permanentes en hacer erupción a la edad de 6 años (de ahí la denominación de molares de los 6 años) y marcan el comienzo del recambio dentario que, por su agrupación cronológica, puede considerarse dividido en tres períodos. (Armando San Miguel Pentón, 2011)

Perdida dental: La pérdida de piezas dentales puede ocurrir por diversas razones: ausencia congénita, traumatismo, enfermedad dental, así como falla. (E. Barberia Leache, 2004)

Dientes: El diente, los arcos dentarios y los tejidos periodontales constituyen el objeto de mayor maniobra que realiza el odontólogo. Se justifica así la importancia del conocimiento del diente y de sus tejidos de sostén, aisladamente y en relación con sus elementos vecinos. (Juan Carlos Pérez Díaz, 2013)

Erupción dental: Llamamos erupción dentaria, no solo a la aparición de los dientes en la cavidad bucal, sino a la serie de fenómenos que posibilitan que el diente, en el interior del hueso, sin terminar su formación, realice movimientos axiales y migre hacia su lugar en el arco dentario. (Armando San Miguel Pentón, 2011)

Primeros molares permanentes: Este primer molar es el primero en erupcionar, siendo ésta la piedra angular de la oclusión. El primer signo de calcificación de este diente puede producirse incluso antes del nacimiento. El esmalte completo tardará de tres a cuatro años en completarse; brotará alrededor de los seis años, pero la raíz completa no estará formada hasta los nueve o diez años. (Marino, 2012)

2.3.1 HIPOTESIS DESCRIPTIVA

La importancia del mantenedor de espacio en la pérdida del segundo molar temporario en niños de 5 a 6 años.

2.3.2 IDENTIFICACION DE LAS VARIABLES

Variable dependiente: Mantenedor de espacio.

Variable Independiente: Perdida de segundo molar temporario.

2.4 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	indicadores	Ítems
<p>Variable Independiente:</p> <p>Mantenedores de espacio</p>	<p>Es la actividad más común en niños de bajos recursos económicos, de realizar la exodoncia de los segundos molares temporarios</p>	<p>Se forma por la realización de una exodoncia prematura</p>	<p>Efecto estético</p> <p>Problemas dentales</p> <p>apiñamiento</p>	<p>Tiempo técnicas</p>
<p>Variable Dependiente:</p>	<p>Los efectos son trastornos dentomaxilares</p>	<p>Causas de anomalías múltiples y complejas por lo que se cierran los espacios</p>	<p>Desplazamiento de los molares de los 6 años hacia mesial.</p> <p>Cierre de espacio</p>	<p>Mantenedor</p>

CAPITULO III

METODOLOGIA

El presente capítulo presenta la metodología que permitió desarrollar el Trabajo de Titulación. En él se muestran aspectos como el tipo de investigación, las técnicas métodos y p procedimientos que fueron utilizados para llevar a cabo dicha investigación.

Los autores clasifican los tipos de investigación en tres: estudios exploratorios, descriptivos y explicativos (por ejemplo, (Selltiz, 1965; y Babbie, 1979). Sin embargo, para evitar algunas confusiones, en este libro se adoptará la clasificación de (Dankhe, 1986), quien los divide en: exploratorios, descriptivos, correlacionales y explicativos.

3.1 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El nivel de investigación se refiere al grado de profundidad con que se aborde un objeto de estudio y el campo de acción. La presente trata de una investigación documental, exploratoria, descriptiva y explicativa y correlacional.

Investigación Documental. Para la Universidad Santa María (2001) la investigación documental, se ocupa del estudio de problemas planteados a nivel teóricos. (p.41)

Según (Libertador & Universidad Pedagógica, (1998).) La investigación Documental, es estudio de problemas con el propósito de ampliar y profundizar el conocimiento de su naturaleza, con apoyo, principalmente, en trabajos previos, información y datos divulgados por medios impresos, audiovisuales o electrónicos. (p.6)

Investigación Exploratoria: Es aquella que se efectúa sobre un tema u objeto desconocido o poco estudiado, por lo que sus resultados constituyen una visión aproximada de dicho objeto, es decir, un nivel superficial de conocimiento.

Los estudios exploratorios se efectúan, normalmente, cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes. Los estudios exploratorios en pocas ocasiones constituyen un fin en sí mismos, por lo general determinan tendencias, identifican relaciones potenciales entre variables y establecen el 'tono' de investigaciones posteriores más rigurosas" (PROCESO, (1991)

Investigación descriptiva: Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, -comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis ((Dankhe, 1986) Miden y evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar. Desde el punto de vista científico, describir es medir.

Esto es, en un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así y valga la redundancia describir lo que se investiga. (Tamayo, 1991) Precisa que: "la investigación descriptiva comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, composición o procesos de los fenómenos" (p.35)

Investigación Explicativa: Se encarga de buscar el porqué de los hechos mediante el establecimiento de relaciones causa - efecto. En este sentido, los estudios explicativos pueden ocuparse tanto de la determinación de las causas (investigación postfacto), como defectos (investigación experimental), mediante la prueba de hipótesis. Sus resultados y conclusiones constituyen el nivel más profundo de conocimientos. (Investigación y comunicación, en C. Fernández-Collado y G.L., Dankhe, 1976)

Investigación Correlacional: Tiene como finalidad establecer el grado de relación o asociación no causal existente entre dos o más variables. Se caracterizan porque primero se miden las variables y luego, mediante pruebas de hipótesis correlacionales y la aplicación de técnicas estadísticas, se estima la correlación. Este tipo de estudios tienen como propósito medir el grado de relación que exista entre dos o más conceptos o variables.

Investigación de Campo: En los diseños de campo los datos se obtienen directamente de la realidad, a través de la acción del investigador. Para la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (2001) la investigación de campo es:

El análisis sistemático de problemas en la realidad, con el propósito bien sea de describirlos, interpretarlos, entender su naturaleza y factores constituyentes, explicar sus causas y efectos, o predecir su ocurrencia, haciendo uso de métodos característicos de cualquiera de los paradigmas o enfoques de investigación conocidos o en desarrollo.

Los datos de interés son recogidos en forma directa de la realidad; en este sentido se trata de investigaciones a partir de datos originales o primarios. (p.5)

3.2 FASES METODOLÓGICAS

Podríamos decir, que este proceso tiene tres fases claramente delimitadas:

Fase conceptual

Fase metodológica

Fase empírica

La **fase conceptual** de la investigación es aquella que va desde la concepción del problema de investigación a la concreción de los objetivos del estudio que pretendemos llevar a cabo. Esta es una fase de fundamentación del problema en el que el investigador descubre la pertinencia y la viabilidad de su investigación, o por el contrario, encuentra el resultado de su pregunta en el análisis de lo que otros han investigado.

La formulación de la pregunta de investigación: En este apartado el investigador debe dar forma a la idea que representa a su problema de investigación.

Revisión bibliográfica de lo que otros autores han investigado sobre nuestro tema de investigación, que nos ayude a justificar y concretar nuestro problema de investigación.

Descripción del marco de referencia de nuestro estudio: Desde qué perspectiva teórica abordamos la investigación.

Relación de los objetivos e hipótesis de la investigación: Enunciar la finalidad de nuestro estudio y el comportamiento esperado de nuestro objeto de investigación.

La **fase metodológica** es una fase de diseño, en la que la idea toma forma. En esta fase dibujamos el "traje" que le hemos confeccionado a nuestro estudio a partir de nuestra idea original. Sin una conceptualización adecuada del problema de investigación en la fase anterior, resulta muy difícil poder concretar las partes que forman parte de nuestro diseño:

Descripción de las variables de la investigación: Acercamiento conceptual y operativo a nuestro objeto de la investigación. ¿Qué se entiende por cada una de las partes del objeto de estudio? ¿Cómo se va a medirlas?

Elección de las herramientas de recogida y análisis de los datos: ¿Desde qué perspectiva se aborda la investigación? ¿Qué herramientas son las más adecuadas para recoger los datos de la investigación? Este es el momento en el que decidimos si resulta más conveniente pasar una encuesta o "hacer un grupo de discusión", si debemos construir una escala o realizar entrevistas en profundidad. Y debemos explicar además cómo vamos analizar los datos que recojamos en nuestro estudio.

Fase empírica de la Investigación.- La investigación empírica se puede definir como "la investigación basada en la evidencias. La palabra empírica significa información obtenida por la experiencia y revisión de textos, revistas. **El tema central en el método científico es que todo aporte debe ser empírico en su primera etapa**, lo que significa que son de orden teórico.

3.3 MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

Histórico-lógico: Se estudió el desarrollo histórico y lógico de las principales opiniones sobre el tema:

Analítico-sintético: Nos dio la facilidad de analizar las principales opiniones y revisar por partes, los textos que describen la problemática objeto de estudio. También nos dio la posibilidad de profundizar en las conclusiones a las que arribamos sobre la importancia de ampliar los conocimientos del VIH/sida.

Inductivo-deductivo: Todos los textos utilizados se analizaron, a través de la inducción analítica, para desarrollo la investigación, para esto se partió de las potencialidades que ofrecen diferentes autores.

3.4 RECURSOS EMPLEADOS

Los recursos empleados fueron tanto humano como material para poder llevar a cabo esta recopilación de información de varios autores y de diferentes años, de la que tendré mucho contenido para ser guiada sobre el tema.

3.4.1 RECURSOS HUMANOS

Investigadora: Jessica Johanna Novillo Samaniego

Tutor: Dr. Ery Suarez Acebo

3.4.2 RECURSOS MATERIALES

Cubeta, alginato, yeso, alambre, bandas ortodoncicas

Espejo bucal, guantes, mascarilla.

Computadora, lápiz, cámara fotográfica, impresiones, fotocopias, anillado y empastado, cd.

Artículos de revisión

Páginas de internet, Libros

Folletos odontopediatricos

3.5 UNIVERSO Y MUESTRA

Es una investigación de tipo descriptiva no contaminada el análisis del universo y muestra, no se realizó experimento alguno por tanto se indagó en los cuadros estadísticos de estudios similares realizados por diferentes autores, sin embargo hay una muestra de pacientes atendidos en la facultad Piloto de Odontología clínica de Odontopediatría y Ortodoncia, que presenta características y consecuencias de las causas, así como en base a los objetivos planteados se emiten las conclusiones y recomendaciones no sin antes expresar las variables.

La muestra está constituido por un paciente que manifiesta problemas de espacio.

4. CONCLUSIONES

Por tradición y repetición, el término "Ortodoncia Preventiva" se limita, para muchos, a los procedimientos que implica el término "mantenimiento de espacio". La ortodoncia preventiva incluye naturalmente mantenimiento de espacio, pero especulativamente incluye mucho más. La especulación entra en juego al decidir ciertas medidas que debe tomarse un odontólogo general o si son complicados procedimientos ortodónticos, en cuyo caso tendrá que tomarlas un especialista.

Este capítulo no tratará todos los procedimientos ortodónticos que puede usar el odontólogo general, ética o legalmente. Solo indicará algunos sencillos procedimientos que requiere un mínimo de instrumentos, tiempo y materiales. Estos procedimientos se indicarán para casos en los que la intervención pueda evitar o aliviar ciertas afecciones que, dejadas sin tratar, se desarrollarían normalmente en serios problemas ortodónticos.

5. RECOMENDACIONES

Se deben sugerir realizar actividades para poder ayudar a los niños con problemas de mantenedores.

Se deberán realizar reuniones o eventos informativos sobre el conocimiento de los efectos que producen las extracciones de los segundos molares temporarios, al igual que actividades participativas que motiven al niño a conocer los problemas que se producen a largo plazo.

Si esto no da resultado, probablemente hará falta consultar con el dentista para plantearle otras soluciones y valorar la recuperación del tratamiento.

Recurrir al especialista para que se pueda completar exitosamente la corrección.

Hacer seguimiento del caso.

El docente debe asistir a eventos de charlas odontológicas.

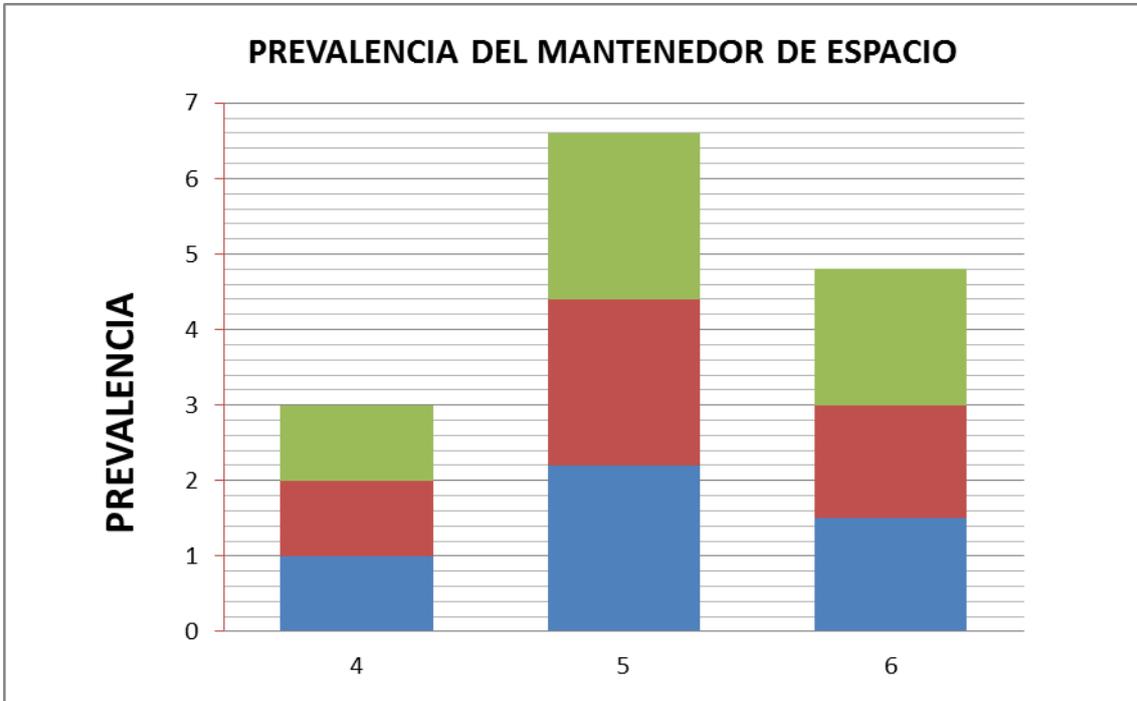
BIBLIOGRAFÍA

- 1) Armando San Miguel Pentón, O. L. (2011). Cronología de emergencia de la dentición permanente en niños del municipio de Santa Clara: Parte I. *Rev Cubana Estomatol vol.48 no.3 Ciudad de La Habana*.
- 2) Bottino Marcos Antonia Odontología estética.
- 3) Clinica dental galvanlobo.com/mantenedores-de-espacio.
- 4) A Camblor, V Cogorno, H Gutiérrez, J Veitia... - ... de Ortodoncia y ..., 2007 - ortodoncia.ws
- 5) Costa Montane Riesgo Cosme, Y.D.L.C., , D.M., Rodriguez Fernandez, S.D.C., Crespo Mafran, M.I., &LaffitaLobaina, Y. (2010).Principales hábitos.
- 6) Chavez, B. S. (2011). *Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca Manual de oclusión I quinto semestre*. Juárez, Mexico.
- 7) Dankhe, G. L. (1976). Investigación y comunicación, en C. Fernández-Collado y G.L., Dankhe. "*Lacomunicación humana: ciencia social*".
- 8) E. Barberia Leache, J. R. (2004). *Odontopediatria*. Cataluña, España.
- 9) Juan Carlos Pérez Díaz, Y. B. (2013). NIVEL DE INFORMACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA ERUPCIÓN DENTARIA EN DENTICIÓN TEMPORAL Y PERMANENTE. *Acta Médica del Centro*.
- 10)Ch, M., & Mariana, c. (2011). Mioterapia Funcional, una Alternativa en el tratamiento de desbalances Musculares y Hábitos Nocivos. *Acta Odontológica Venezolana*, 47(4).
- 11)Escobar Muñoz. Fernando Odontología Pediátrica mantenedores de espacios.
- 12)Elena Barbería Leache, Juan Ramón Boj. Quesada., Montserrat Catalá Pizarro., Carlos García Ballesta., Asunción Mendoza Mendoza., *Odontopediatria* 2da. Edición.
- 13)Fernández Sánchez, y colegas, 2006 et al: Manuel de Practicas de Odontopediatria, Ortodoncia y Odontología Preventiva. Editorial Medica Ripno, S.A., Madrid- España 25-33

- 14) Marino, M. E. (2012). *Anatomía y morfología dental aplicada a la clínica*. Buenos Aires, Argentina.
- 15) Martínez Menchaca Héctor R., Gabriela Garza Covarrubias, Marzo 2011 *Odontología Pediátrica* Vol. 10 .
- 16) Sellitz, J. (1965; y Babbie, 1979). *Deutsch y Cook*,.
- 17) Wheeler. (2007). *Anatomía, fisiología y oclusión dental*. Barcelona.

ANEXOS

PREVALENCIA DEL MANTENEDOR DE ESPACIO



Anexo # 1

Prevalencia Del Mantenedor De Espacio

Fuente: Odontopediatria Jorge Luis Castillo

DECISIÓN DE TRATAMIENTOS DE LOS MANTENEDORES DE ESPACIOS	
TRATAR	NO TRATAR
Si hay problemas dentales Por la prematura exodoncia de los segundos molares temporarios	Rara vez después de los 6 años
Si el niño está dispuesto a ser tratado	
Si los padres están dispuestos a colaborar	

Anexo # 2

Decisión De Tratamientos De Los Mantenedores De Espacios

Fuente: odontopediatria Jorge Luis Castillo Cevallos



Anexo # 3

Vista Frontal , Paciente Baltazar Alava Salas Edad 5 Años

Fuente: Odontopediatria Jorge Luis Castillo



Anexo # 4

Arcada Superior , Paciente Baltazar Alava Salas, Edad 5 Años

Fuente: Odontopediatria Jorge Luis Castillo



Anexo # 5

**Arcada Superior, Presentacion Del Caso , Paciente Baltazar Alava Salas,
Edad 5 Años**

Fuente : Odontopediatria Jorge Luis Castillo



Anexo # 6

Radiografía, Paciente Baltazar Álava Salas

Fuente: Odontopediatria Jorge Luis Castillo

**ENTREVISTA A PADRES DE FAMILIA DE LA FACULTAD PILOTO DE
ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD ESTATAL.**

¿Cree que es importante fomentar la salud bucal?

Si no

¿Sus hijos visitan al odontólogo si o no?

Si no

¿Usted piensa que la mala alimentación influye en el desarrollo de los dientes del niño?

Si no

¿Debería el niño tener una buena higiene bucal para evitar la caries dental?

Si no

Anexo # 7

Encuesta a Padres de Familia

Fuente: Propietarias de la Autora Año 2013

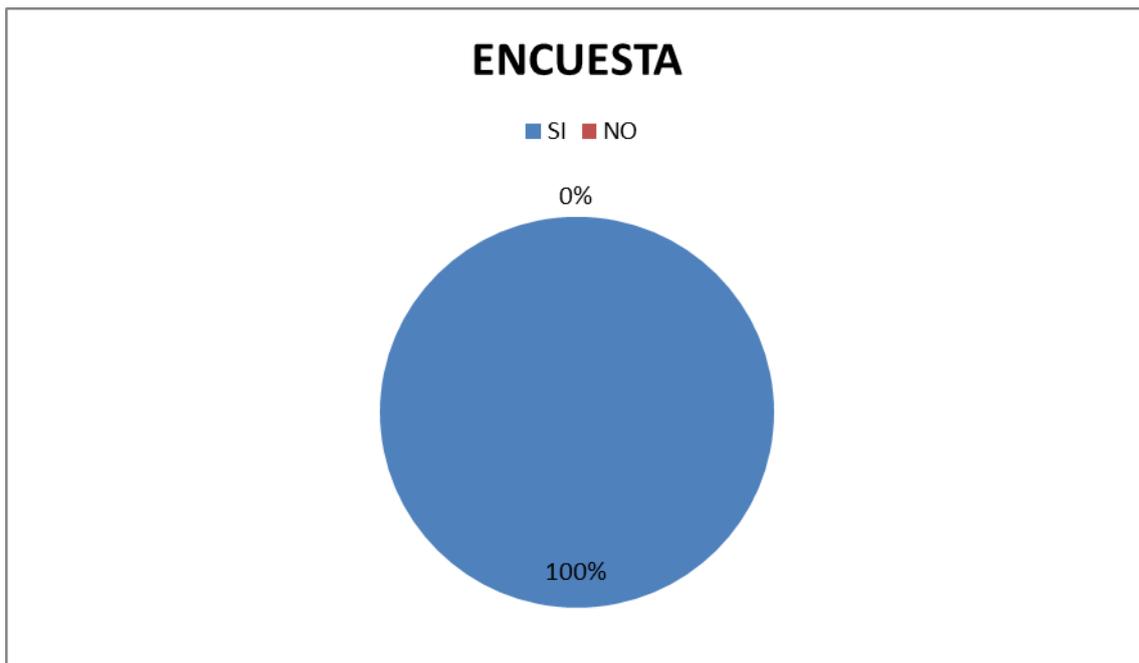
ENTREVISTA A PADRES DE FAMILIA DE LA FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD ESTATAL.

1. ¿Cree que es importante fomentar la salud bucal?

	NUMERO	PORCENTAJE
SI	50	100%
NO	-----	-----
TOTAL	50	100%

ANALISIS

Los 50 padres de familia contestaron SI que equivale al 100%



Anexo # 8

Elaborado por: Jessica Novillo Samaniego

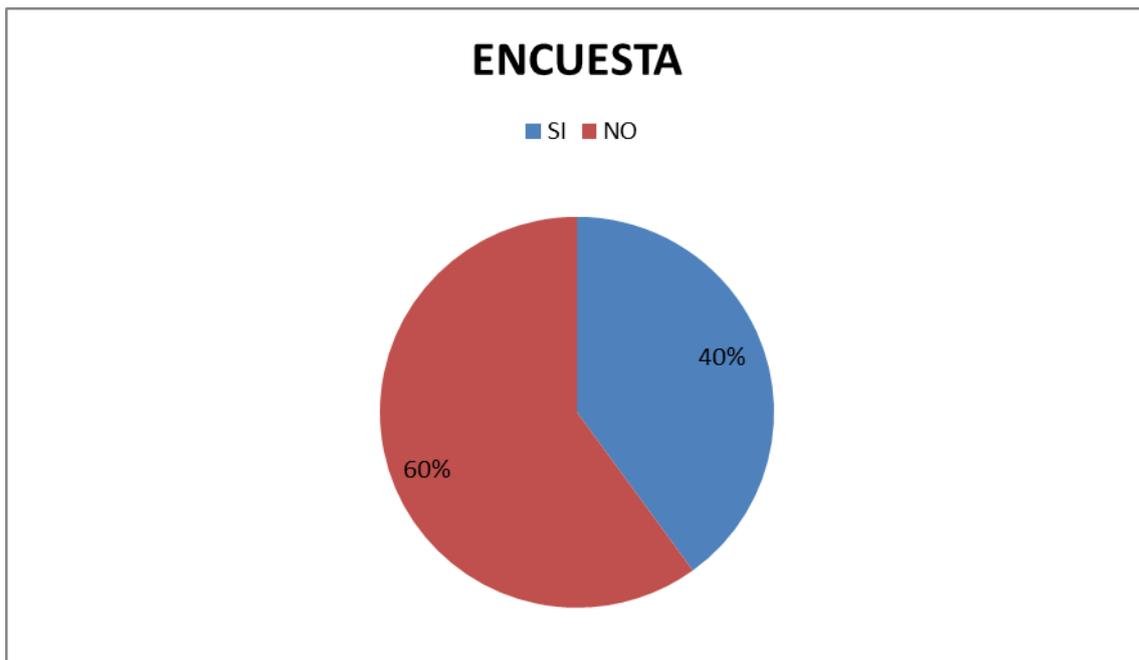
ENTREVISTA A PADRES DE FAMILIA DE LA FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD ESTATAL.

2. ¿Sus hijos visitan al odontólogo sí o no?

	NUMERO	PORCENTAJE
SI	20	40%
NO	30	60%
TOTAL	50	100%

ANALISIS

Un 40% de los padres de familia contestaron que SI y un 60% que NO.



Anexo # 9

Elaborado por: Jessica Novillo Samaniego

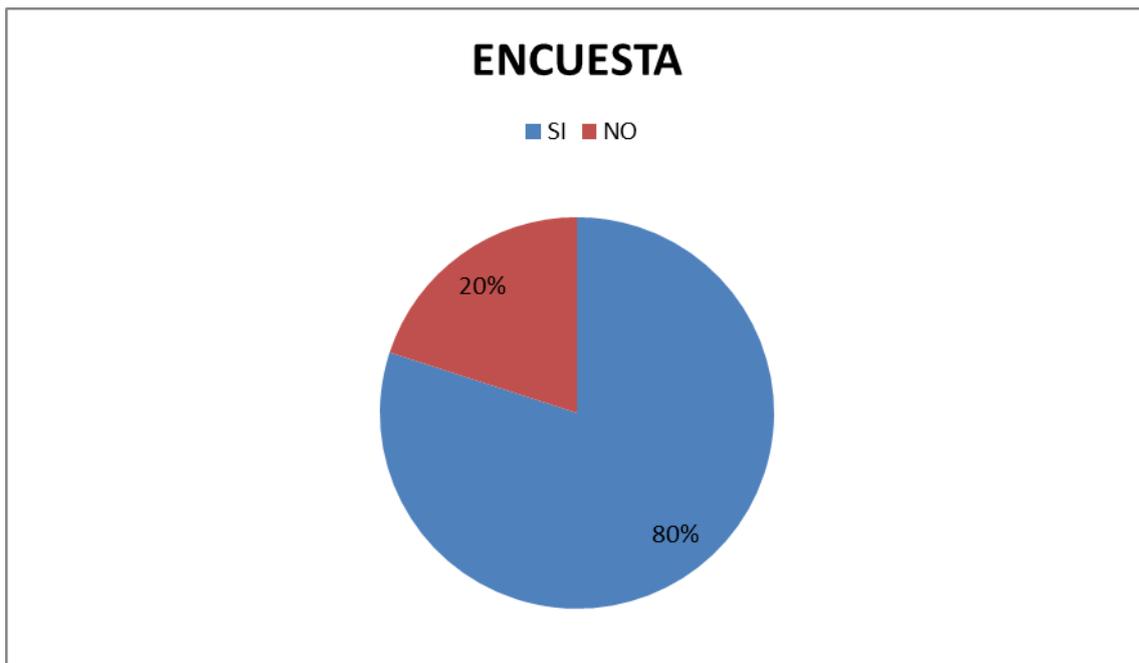
ENTREVISTA A PADRES DE FAMILIA DE LA FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD ESTATAL.

3. ¿Usted piensa que la mala alimentación influye en el desarrollo de los dientes del niño?

	NUMERO	PORCENTAJE
SI	40	80%
NO	10	20%
TOTAL	50	100%

ANALISIS

Un 80% de los padres de familia contestaron que SI y un 20% que NO.



Anexo # 10

Elaborado por: Jessica Novillo Samaniego

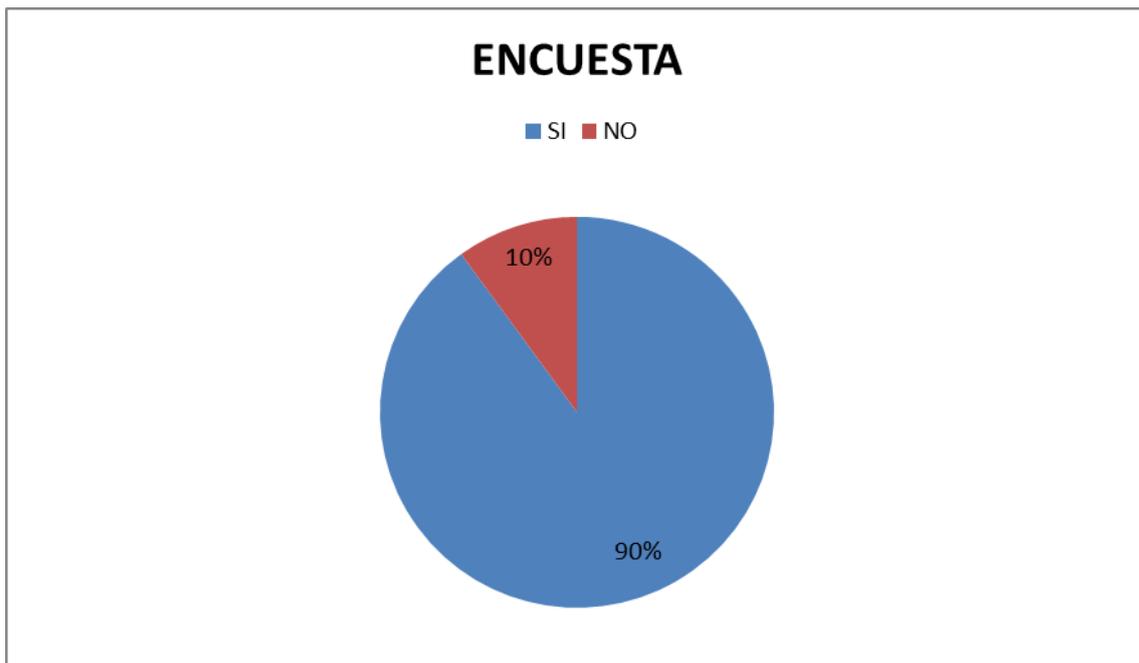
ENTREVISTA A PADRES DE FAMILIA DE LA FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD ESTATAL.

4. ¿Debería el niño tener una buena higiene bucal para evitar la caries dental?

	NUMERO	PORCENTAJE
SI	45	90%
NO	5	10%
TOTAL	50	100%

ANALISIS

Un 90% de los padres de familia contestaron que SI y un 10% que NO.



Anexo # 11

Elaborado por: Jessica Novillo Samaniego