



UNIVERSIDAD  
**SAN GREGORIO**  
DE PORTOVIEJO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGIA

PROYECTO DE TESIS

(Previo a obtención del Título de Odontóloga)

TEMA:

“LA PÉRDIDA PREMATURA DE LOS DIENTES TEMPORARIOS Y SU  
RELACION CON LA OCLUSION EN NIÑOS ESCOLARES DE LA  
ESCUELA PARTICULAR “TNTE. HUGO ORTIZ”

AUTOR:

INGRID ROSIBEL ESPINOZA RUIZ

PORTOVIEJO-MANABI-ECUADOR

2009



UNIVERSIDAD  
**SAN GREGORIO**  
DE PORTOVIEJO

**UNIDAD ACADEMICA DE SALUD  
CARRERA DE ODONTOLOGIA**

**TESIS DE GRADO**

**TEMA:**

**“LA PÉRDIDA PREMATURA DE LOS DIENTES  
TEMPORARIOS Y SU RELACIÓN CON LA  
MALOCLUSIÓN EN NIÑOS DEL SÉPTIMO AÑO DE  
EDUCACIÓN BÁSICA DE LA ESCUELA PARTICULAR  
TNTE. HUGO ORTIZ DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO  
PERIODO OCTUBRE 2009 - FEBRERO 2010”.**

**AUTORA:**

**ESPINOZA RUIZ INGRID ROSIBEL**

**DIRECTORA DE TESIS  
Dra. Mónica Cabrera Sánchez Mg.Sc**

**PORTOVIEJO-MANABI-ECUADOR**

## **CERTIFICACION**

Dra. Mónica Cabrera Sánchez certifica que la tesis de investigación titulada **“La Pérdida prematura de los dientes temporarios y su relación con la maloclusión en niños del Séptimo Año de Educación Básica de la Escuela Particular “Tnte. Hugo Ortiz de la ciudad de Portoviejo Periodo octubre 2009 - febrero 2010”**, es original de Ingrid Rosibel Espinoza Ruiz. La misma que se ha realizado bajo mi dirección.

Dra. Mónica Cabrera Sánchez Mg.Sc

**DIRECTORA DE TESIS**

UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO

UNIDAD ACADEMICA DE SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGIA

TEMA:

**“LA PÉRDIDA PREMATURA DE LOS DIENTES TEMPORARIOS Y SU RELACIÓN CON LA MALOCLUSIÓN EN NIÑOS DEL SÉPTIMO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA ESCUELA PARTICULAR “TNTE. HUGO ORTIZ DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO PERIODO OCTUBRE 2009 - FEBRERO 2010”**

PROPUESTA ALTERNATIVA

Tesis de grado sometida a consideración del tribunal examinador como requisito previo a la obtención del título de odontóloga.

.....  
Dra. Ángela Murillo Mg. Sp.  
PRESIDENTA

.....  
Dra. Mónica Cabrera S. Mg. Sc.  
DIRECTORA TESIS

.....  
Dra. Ximena Guillén Esp. Gs  
MIEMBRO DE TRIBUNAL

.....  
Dra. Lillian Bowen Mg. Sp.  
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

.....  
Abg. Ramiro Molina  
SECRETARIO ACADEMICO

## **DEDICATORIA**

*Dedico este trabajo*

*A Mi Madre Linda,*

*Po sus consejos y cuidados los cuales me han permitido formarme como una  
persona de bien. Gracias mami, Te amo...*

*Ingrid Espinoza Ruiz*

## **AGRADECIMIENTO**

*A Dios,*

*Por darme la salud y la vida*

*A mis Padres y hermanos*

*Porque gracias a su apoyo y consejo he llegado a realizar una más de mis metas. La cual constituye la herencia más valiosa que pudiera recibir.*

*A mi Amado Esposo*

*Por su apoyo, su amor y comprensión que permanentemente me hace sentir.*

*Y un especial agradecimiento a la Dra. Mónica Cabrera por su valiosa guía sin la cual no hubiese culminado este proyecto.*

*Ingrid Espinoza Ruiz*

## INDICE GENERAL

	<b>Pág.</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	i
	iii
<b>ANTECEDENTES</b>	
<b>CAPITULO I</b>	
1. Planteamiento del problema	1
1.1. Formulación del problema	2
<b>CAPITULO II</b>	
2. Justificación	3
<b>CAPITULO III</b>	
3.1. Objetivo General	5
3.2. Objetivo Específicos	5
<b>CAPITULO IV</b>	
4.1. Hipótesis General	6
4.2. Hipótesis Específicas	6
<b>CAPITULO V</b>	
5. MARCO TEÓRICO	7
5.1. Marco Institucional	7
5.2. PERDIDA PREMATURA DE LOS MOLARES TEMPORARIOS	8
5.2.1. Cronología humana de la dentición temporaria y permanente	8
5.2.1.1. Proceso de sustitución de la dentición primaria	13
5.2.1.2. Importancia de conservar los molares temporarios hasta su exfoliación	15
5.2.2. Consecuencia de la pérdida prematura de los molares deciduos.	16
5.2.3. Tratamiento para prevenir o impedir la pérdida prematura de los dientes deciduos	20
5.2.3.1. Tratamiento para impedir o prevenir la pérdida prematura de los dientes deciduos	22
5.2.3.2. Indicaciones para la exodoncia de molares temporarios	23
5.3. MALOCLUSIONES DENTARIAS	25

5.3.1.	Etiología de las maloclusiones en niños	25
--------	---	----

## **CAPITULO VI**

6.	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	29
6.1.	Método	29
6.1.1.	Modalidad básica de la investigación	29
6.1.2.	Nivel o tipo de investigación	30
6.1.3.	Técnicas	31
6.1.4.	Instrumentos	32
6.1.5.	Población	32
6.1.6.	Muestra	32
6.1.7.	Recursos	32
6.1.7.1.	Talento humano	32
6.1.7.2.	Recursos materiales	32
6.1.7.3.	Financieros	33
6.2.	Desarrollo Metodológico	34

## **CAPITULO VII**

7.	RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	35
7.1.	Análisis e interpretación de los resultados de las fichas de observación y diagnóstico aplicadas a los niños de la escuela Particular "Tnte. Hugo Ortiz".	35
7.1.2.	Análisis e interpretación de los resultados de las observaciones clínicas realizadas a los niños de la Escuela Particular "Tnte. Hugo Ortiz"	36
7.2.	Conclusiones	60
7.3.	Recomendaciones	61
	Bibliografía	62

## **PROPUESTA**

## **ANEXOS**



## INDICE DE CUADROS

	No. Pág.
<b>Cuadro N0. 1</b> ( Edades de los estudiantes investigados)	35
<b>Cuadro N0. 2</b> (Tipos de Oclusión)	37
<b>Cuadro N0. 3</b> (Subdivisiones de Clase I)	39
<b>Cuadro N0. 4</b> (Subdivisiones de Clase II)	42
<b>Cuadro N0. 5</b> (Subdivisiones de Clase III)	44
<b>Cuadro N0. 6</b> (Clasificación de las edades por tipo de oclusión)	46
<b>Cuadro N0. 7</b> (Análisis del CPO)	48
<b>Cuadro N0. 8</b> (Análisis del ceo)	50
<b>Cuadro N0. 9</b> (¿Qué tipo de pieza dental le sacaron a su niño?)	52
<b>Cuadro N0. 10</b> (¿A qué edad le sacaron la primera muelita a su hijo/a?)	54
<b>Cuadro N0.11</b> (¿Por qué le han sacado los dientes a su hijo/a?)	56
<b>Cuadro N0.12</b> (¿Cuándo le sacaron la muelita a su hijo/a, tenía?)	58

## INDICE DE GRAFICOS

	No. Pág.
<b>Grafico N0. 1</b> (Edades de los estudiantes investigados)	35
<b>Grafico N0. 2</b> (Tipos de Oclusión)	37
<b>Grafico N0. 3</b> (Subdivisiones de Clase I)	39
<b>Grafico N0. 4</b> (Subdivisiones de Clase II)	42
<b>Grafico N0. 5</b> (Subdivisiones de Clase III)	44
<b>Grafico N0. 6</b> (Clasificación de las edades por tipo de oclusión)	46
<b>Grafico N0. 7</b> (Análisis del CPO)	48
<b>Grafico N0. 8</b> (Análisis del ceo)	50
<b>Grafico N0. 9</b> (¿Qué tipo de pieza dental le sacaron a su niño?)	52
<b>Grafico N0. 10</b> (¿A qué edad le sacaron la primera muelita a su hijo/a?)	54
<b>Grafico N0.11</b> (¿Por qué le han sacado los dientes a su hijo/a?)	56
<b>Grafico N0.12</b> (¿Cuándo le sacaron la muelita a su hijo/a, tenía?)	58

## INTRODUCCIÓN

La maloclusión es un problema importante en salud pública, que aumenta la necesidad de la planeación racional de medidas ortodónticas preventiva, interceptivas y correctivas.

Las maloclusiones, junto con la caries y la enfermedad periodontal, actúan como factores causales recíprocos, ya que la pérdida de los dientes por caries conlleva al acortamiento de la longitud del arco, lo que motiva irregularidades en las posiciones dentarias.

La dentición humana se desarrolla en dos formas, la temporal, decidua o primaria y la permanente o secundaria. La dentición decidua, debe conservarse íntegra hasta el momento de su exfoliación, la cual mantiene el espacio que necesitarán los dientes permanentes para hacer erupción.

Es habitual encontrar pacientes con pérdida prematura de dientes temporales, lo que pueden ocasionar, la pérdida del equilibrio dentario, pérdida de la longitud de arco por migración dental, tratamientos protésicos, mesialización de las piezas dentarias con mayor frecuencia del primer molar permanente.

La investigación consta de dos partes, una investigación bibliográfica en donde se describen los fundamentos teóricos y científicos que sirven de apoyo para la investigación de campo en la que se aplicó encuestas a 59 niños, muestra que fue estudiada, así también se les realizó historias clínicas; con los recursos planteados se llegó a resultados que permitieron elaborar una propuesta tendiente a solucionar la problemática detectada. Como refuerzo se aplicó encuestas a los padres

para cruzar con la información obtenida en las encuestas aplicadas a los niños.

## **ANTECEDENTES**

La pérdida prematura de los molares temporarios es un problema muy común que encontramos en los niños escolares; es frecuente encontrarlo en infantes de escasos recursos económicos, o por la falta de conocimiento de los padres de familia, además por la escasez o inexistencias de campañas de salud oral en los planteles educativos, para así crear un mayor interés y lograr atención en la importancia que tiene la buena higiene bucal, con la que se busca prevenir la formación de caries profunda, patologías pulpares , enfermedades periodontales, movilidad dentaria, que van a desencadenar en extracciones seguras que pueden causar problemas de maloclusión y específicamente en los niños/as escolares que estudian en la escuela particular Tnte. Hugo Ortiz de la ciudad de Portoviejo.

Se visitó la escuela donde se realizó la investigación con el debido permiso de las autoridades de la institución, identificando el problema de la pérdida prematura de los dientes temporarios en los niños y niñas, lo que llamó la atención de la investigadora por conocer la relación de estas pérdidas prematuras con la maloclusión, debido a que no existen antecedentes de estudios o investigaciones realizadas sobre este tema en la antes mencionada unidad educativa.

# **CAPITULO I**

## **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La oclusión dentaria parece ser el componente que experimenta las mayores modificaciones durante el transcurso de la vida.

Los dientes temporales desempeñan un papel muy importante en el mantenimiento de espacio, la pérdida precoz constituye una causa local de anomalía adquirida de la oclusión, consecutivo a esta puede ocurrir una disminución del espacio reservado para el sucesor permanente debido a la migración de los dientes adyacentes.

Los efectos perjudiciales varían y dependen de una serie de circunstancias, como el grado de desarrollo del sucesor permanente, el tipo de diente temporal que se pierde, las características previas existentes en la arcada y el momento en el cual el paciente acude al odontólogo.

La maloclusión no es una entidad, es la resultante de alteraciones en el sistema estomatognático, o sea irregularidades en los dientes, los huesos, las partes blandas y las articulaciones temporomandibulares.

Algunos estudios reportan cifras de maloclusiones en niños de hasta un 70%. En la actualidad se trata de elevar cualitativamente los servicios estomatológicos; se intensifican las actividades en el campo de la prevención, se eleva el nivel de cultura sanitaria y se responde objetivamente a las necesidades de tratamiento de la población.

La importancia de la permanencia de los dientes temporales en las arcadas dentarias, y la frecuencia de su pérdida precoz motiva a realizar esta investigación con los objetivos de determinar la frecuencia de escolares de 7 a 12 años afectados por pérdidas prematuras de dientes deciduos, distribuir las pérdidas por tipo dentario e identificar la presencia de maloclusión dental en los niños afectados y así contribuir a ampliar los conocimientos en este campo.

### **1.1 FORMULACION DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la relación que existe entre la pérdida prematura de los dientes temporarios y la maloclusión de los niños de la Escuela Particular Tnte. Hugo Ortiz de la ciudad de Portoviejo ?

## **CAPITULO II**

### **2. JUSTIFICACIÓN**

En el Estatuto de La Universidad San Gregorio de Portoviejo en lo relacionado a la titulación de pregrado contempla que posterior al internado los estudiantes del último semestre deben realizar un trabajo de investigación científica que parta de un problema observado en la comunidad y el correspondiente proyecto de solución a la problemática revelada. En este caso, la investigación será en el área odontológica.

La pérdida prematura de los molares temporarios es un problema muy común que se encuentra en los niños escolares; es frecuente encontrarlo en infantes de escasos recursos económicos, o por la falta de conocimiento de los padres de familia, además por la escasez o inexistencias de campañas de salud oral en los planteles educativos, para así crear un mayor interés y lograr atención en la importancia que tiene la buena higiene bucal, con la que se busca prevenir la formación de caries profunda, patologías pulpares , enfermedades periodontales, movilidad dentaria, que van a desencadenar en extracciones seguras que pueden causar problemas de maloclusión.

Esta investigación se a realizó en la escuela particular “Tnte Hugo Ortiz”; siendo factible debido a la aprobación de las autoridades de la institución educativa por lo que brindaron las facilidades para el desarrollo de la misma.



Esta investigación de carácter retrospectivo, se fundamentó en la utilización de observaciones clínicas en cada uno de los niños de la citada escuela, con el fin de analizar la salud bucal individual además se aplicaron entrevistas a los niños para determinar si la pérdida es prematura o fisiológica, y obtener información de libros y la web para determinar científicamente.

## **CAPITULO III**

### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

- Establecer clínicamente la relación de la pérdida prematura de los molares temporarios con la maloclusión dental en los estudiantes del séptimo año de educación básica de la escuela particular “Tnte Hugo Ortiz”.

### **3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Caracterizar los estudiantes que han perdido los molares temporarios mediante el análisis de ceo para establecer el porcentaje de piezas perdidas prematuramente.
- Indagar las edades en que se perdieron los molares temporarios para relacionarlo con las alteraciones en la posición de las piezas permanentes.
- Identificar los tipos de maloclusión presentes relacionándolos con la pérdida prematura de los molares.
- Elaborar una propuesta alternativa que permita solucionar o mejorar la problemática encontrada.

## **CAPITULO IV**

### **4.1 HIPOTESIS GENERAL**

- Los problemas de maloclusión de los niños del séptimo año de Educación básica de la escuela “Tnte Hugo Ortiz” están directamente relacionados con la pérdida prematura de los molares temporarios.

### **4.2 HIPOTESIS ESPECÍFICAS**

- Es alto el porcentaje de piezas perdidas prematuramente en relación a las pérdidas fisiológicas.
- Los niños que perdieron los molares entre 5 a 7 años presentan problemas de maloclusión.
- El tipo de maloclusión más frecuente es la mesialización del sexto o primer molar permanente.

## **CAPITULO V**

### **5. MARCO TEORICO**

#### **5.1 MARCO INSTITUCIONAL**

La Unidad Educativa Teniente Hugo Ortiz, inicio en el año 1992, en las instalaciones del Colegio Nocturno Franklin Roosevelt y en el club Palmeiras ya que no contaba con un lugar adecuado funcionando desde 1er hasta 3ro curso.

Contando con el Sr. Sergio Calderón como rector y la Sra. Soledad Ayón vicerrectora; en estos momentos ellos siguen desempeñando sus cargos.

##### **5.1.1 HISTORIA DE LA ESCUELA**

Fueron comprados los terrenos de San Alejo donde funciona el Colegio, pero en esos tiempos existía una entrada la cual se hacía por la capilla “San Alejo”.

Adquirió más alumnos por ser el primer Colegio en toda la provincia de Manabí con disciplina Militar.

La escuela empezó a funcionar en las instalaciones de la Escuela “Evangélica” por dos años.

El Colegio Particular Mixto Teniente Hugo Ortiz con disciplina militar, es una institución en la cual se forma a la juventud e el campo del saber.

El 11 de Mayo de 1998, en virtud de que nuestro Colegio atravesaría otra etapa formativa (2do Promoción) se decidió que con coraje y esfuerzo se iba a ser más originales e innovadores por lo cual se editaría mensualmente un revista periódico con el afán de formar personas que tengas ideas claras y dejar sembradas nuestra semilla Cultural. En el año antes mencionado se inaugura El Club de Periodismo, estructurado por las Cadetes del Tnte. Hugo Ortiz

## **5.2 PERDIDA PREMATURA DE LOS MOLARES TEMPORARIOS**

### **5.2.1 CRONOLOGÍA HUMANA DE LA DENTICION TEMPORARIA Y PERMANENTE**

“El ser humano a lo largo de vida tiene dos denticiones diferentes: la temporal o de leche y la permanente. La dentición temporal erupciona entre los 6 y 36 meses y consta de 20 piezas dentarias (10 en cada arcada dentaria).

Las piezas temporales en cada hemiarcada son:

- Incisivo central superior
- Incisivo lateral superior
- Canino
- 1º molar
- 2º molar.

A los 6 años, empieza la erupción de las piezas permanentes, y aproximadamente entre los 6 y 12 años, el niño tiene piezas temporales y piezas permanentes, es el periodo llamado de dentición mixta.

La erupción de este 1º molar permanente, pasa desapercibido muchas veces, el niño no se queja, no suele molestar y muchos padres creen que es un molar temporal.

De forma simultánea hay la exfoliación (caída) de los incisivos temporales inferiores, y a los 7 años empieza la erupción de los incisivos centrales permanentes, siendo los inferiores los primeros en salir. Entre los 7 y 8 años erupciona los incisivos laterales inferiores y los superiores tardan algo más.

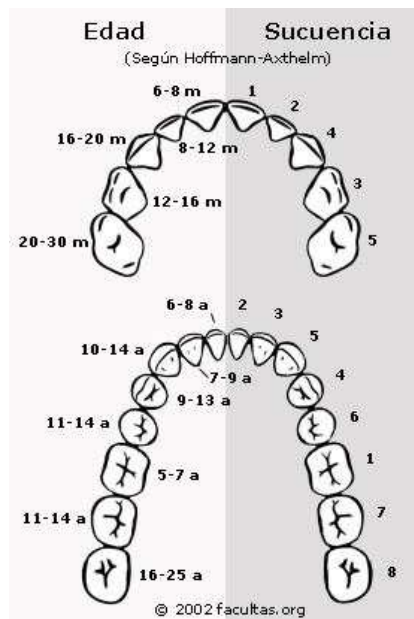
Entre los 9 y 12 hay caída de los molares temporales y son substituidos por los premolares, y cambio de los caninos temporales por los permanentes. En la arcada superior erupciona el 1º premolar, seguido del 2º premolar y por último el canino.

En la arcada inferior suelen erupcionar el canino y 1º premolar casi a la vez, pero antes que el 2º premolar.

A los 12 años erupciona el 2º molar permanente, que lógicamente no substituye a ninguna pieza.

A partir de los 18 años erupciona el 3º molar permanente (llamado cordal o muela del juicio), su erupción se puede alargar varios años, debido de múltiples causas.

La erupción de las piezas dentarias puede sufrir alteraciones, entraríamos en el campo de la patología de la erupción, que en parte, va a ser causa de malposiciones dentarias y por tanto de maloclusiones dentarias.



## Dentición Temporal

(Según Pasler 1992)

<b>Incisivo Central:</b>	6 a 8 meses
<b>Incisivo Lateral:</b>	8 a 12 meses
<b>Canino:</b>	15 a 20 meses
<b>Primer Molar:</b>	12 a 16 meses
<b>Segundo Molar:</b>	20 a 40 meses

### **Secuencia:**

**1i - 2i - 1m - c - 2m**

## **Dentición Permanente**

(Según Pasler 1992)

<b>Incisivo Central:</b>	6 a 8 años
<b>Incisivo Lateral:</b>	6 a 8 años
<b>Canino:</b>	10 a 14 años
<b>Primer Premolar:</b>	9 a 12 años
<b>Segundo Premolar:</b>	10 a 13 años
<b>Primer Molar:</b>	6 a 7 años
<b>Segundo Molar:</b>	10 a 13 años
<b>Tercer Molar:</b>	16 a 30 años

### ***Secuencia:***

**1M - 1I - 2I - 1P - 2P - C - 2M - 3M**

Variados son los momentos de formación de la pieza dentaria, de su traslación, y finalmente, de su instalación definitiva en el arco dentario, que caracterizan la cronología de la dentición.

En los temporarios se señala un detalle curioso que no vuelve a repetirse. Los dientes homólogos del grupo incisivo no erupcionan al mismo tiempo. El incisivo central inferior lo hace a los 7 meses, el central superior a los 9 meses y el lateral a los 10 meses; el lateral inferior, a los



12 meses. Luego, los molares temporarios y todos los permanentes erupcionan en la misma época en ambos maxilares, con una ligera antelación de los dientes inferiores. Los caninos temporarios erupcionan, en el tiempo, intercalados entre los dos molares.

La cronología de la erupción de las dos denticiones es la siguiente:

DENTICION TEMPORARIA	MESES
Incisivo central inferior	7
Incisivo central superior	9
Incisivo lateral superior	10
Incisivo lateral inferior	12
Primeros molares	14
Caninos	18
Segundos molares	26
DENTICION PERMANENTE	AÑOS
Primeros molares	6
Incisivos centrales	7
Incisivos laterales	8
Primeros premolares	9 a 10

Segundos premolares	10 a 11
Segundos molares	12
Caninos	10 a 13
Terceros molares	18 a 25

La cronología de la erupción, como la de toda la dentición, es susceptible de ser modificada fundamentalmente

Por una serie de factores: raza, tipo de dieta; influencia de enfermedades, sobre de todo del tipo de procesos infecciosos agudos; clima (la erupción se adelanta en los países tropicales y se retarda en los fríos); tipos constitucionales (procesos más lentos en los niños obesos); sexo (la erupción es anticipada en las niñas).<sup>1</sup>

### **5.2.1.1 PROCESO DE SUSTITUCION DE LA DENTICION PRIMARIA**

“En la aparición de esta segunda dentición, se da una mayor variabilidad como consecuencia de la influencia de factores hormonales y de la diferencia de sexo, pudiéndose admitir unos valores promedio para varones y hembras, si bien se ha de admitir un adelanto proporcional de 3 a 7 meses en las hembras. Sin embargo, en un estudio reciente, se ha encontrado que, aunque los incisivos centrales, laterales y primeros molares erupcionan antes en las niñas, los caninos primeros y segundos premolares, así como los segundos molares, comienzan su erupción a edades similares en ambos sexos.

---

<sup>1</sup> [http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2008/perdida\\_prematura\\_dientes\\_primarios\\_pacientes.asp](http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2008/perdida_prematura_dientes_primarios_pacientes.asp)

Clásicamente se admite que el primer diente definitivo que erupciona es el primer molar permanente. Este molar erupciona a los 6 años, por distal del segundo molar temporario. De los 6 años y medio a los 7 erupciona el incisivo central inferior, a continuación y por este orden, erupcionan los incisivos centrales superiores seguidos de los laterales inferiores y superiores que lo hacen sobre los 8 años. En esta etapa del recambio nos encontramos en la dentición mixta primera fase; posteriormente tiene lugar el recambio en los sectores laterales, y desde este momento hasta su finalización constituye el periodo de dentición mixta segunda fase.

Alcanzada esta situación, hay que hacer diferenciación entre la arcada superior y la inferior, puesto que la secuencia es diferente en ambas. En la arcada inferior aparecerá en primer lugar el canino, seguido del primer y segundo molar, si bien podemos encontrar un cierto número de casos en los que el canino hace su aparición tras el primer premolar y antes de que lo haga el segundo. Cualquier otra situación sería patológica y se vería incrementada cuando el segundo molar permanente erupcione antes de que esta secuencia ideal (3-4-5) o normal (4-3-5) se haya completado. En la arcada superior sucedería algo similar, siendo siempre el canino el que podría cambiar su cronología, ya que lo más frecuente es que éste lo haga después de la aparición del primer premolar y antes del segundo (4-3-5) o bien, después de la erupción de los premolares (4-5-3). Sin embargo, lo que siempre se considera como anómalo es la erupción del segundo molar permanente antes de que se haya producido el recambio del segundo molar temporal”<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> BOJ, Juan R, Odontopediatría Elsevier España, 2004.

### **5.2.1.2 IMPORTANCIA DE CONSERVAR LOS MOLARES TEMPORARIOS HASTA SU EXFOLIACION**

“Los dientes temporales cumplen una función importante en el organismo infantil en crecimiento. En niños pequeños, la conservación de los dientes anteriores es importante para el desarrollo del lenguaje, en especial para aprender los sonidos de seseo, así como para evitar los errores en la función de la lengua. En niños mayores y en función del estado de evolución de la dentición permanente, los molares también adquieren importancia como retenedores de espacio en la zona de anclaje.

Otros objetivos son la conservación de la función de masticación, la ausencia de dolor y el evitar infecciones, así como las secuelas en la dentición permanente.

Funciones de los dientes temporales son las siguientes:

1. Preparar el alimento para su digestión y asimilación en etapas en las que el niño está en máximo crecimiento.
2. Sirven de guía de erupción: mantienen el espacio para la dentición permanente.
3. Estimulan el crecimiento de los maxilares con la masticación.
4. Fonación: los dientes anteriores intervienen en la creación de ciertos sonidos.
5. Estética.”<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> BAUMAN, B. Atlas de Endodoncia, Elsevier España. 2008, pág. 964.

### **5.2.2 CONSECUENCIA DE LA PÉRDIDA PREMATURA DE LOS MOLARES DECIDUOS.**

“Se conoce como pérdida prematura la pérdida de un diente temporal antes del tiempo normal de su exfoliación natural. Entre las causas más frecuentes que dan lugar a esta situación, se encuentran:

1. Traumatismos que afectan principalmente a los incisivos superiores.
2. Reabsorción prematura de las raíces de los dientes temporales al hacer erupción los dientes permanentes; suele ser debida a una falta de espacio en la arcada, como en el caso típico de los caninos temporales, o a una erupción ectópica de los primeros molares permanentes, que implica una reabsorción atípica y prematura de los segundos molares decidua. Es unilateral o bilateral.
3. Extracciones por procesos odontodestructivos que afectan, sobre todo, a los molares temporales.

La pérdida prematura de un diente temporal supone una disminución del espacio reservado para el sucesor permanente debido a la migración de los dientes adyacentes y el consiguiente acortamiento de la longitud de la arcada. Las consecuencias que se derivan dependen de una serie de circunstancias específicas:

1. Características previas existentes en la arcada dentaria: las consecuencias serán distintas en casos con buena longitud de arcada que en bocas inherentemente apiñadas.

2. Edad en que se pierde el diente temporal, ya que condiciona el grado de desarrollo y erupción del diente permanente que lo va a reemplazar:
  - a) Si el sucesor permanente presenta en el momento de la pérdida  $\frac{2}{3}$  de su raíz formada, se acelera la erupción y las consecuencias son relativamente mínimas.
  - b) Si el diente permanente no ha alcanzado este grado de desarrollo, se produce un retraso en la erupción, los dientes adyacentes migran y cierran el espacio que debería ocupar el sucesor permanente, con lo que se bloquea su erupción.

Esto es muy frecuente en el caso de los premolares en los que se ha observado que su erupción se retrasa si el precursor deciduo es extraído antes de los 7,6 años; sin embargo, la pérdida temprana de los caninos temporales no parece afectar al momento de erupción del canino permanente.

1. Tipo de diente temporal que se pierde:
  - a) La pérdida prematura de los incisivos temporales es poco frecuente y al estar espaciados en una oclusión normal, su pérdida no tiene efectos negativos en los incisivos permanentes, a no ser que la causa sea traumática. En este último caso, sí que es posible que el desarrollo del diente permanente sea alterado, dislacerado o ambos.
  - b) La pérdida prematura de los caninos temporales suele acarrear efectos adversos sobre los caninos permanentes; debido a la erupción tardía de estos dientes que propicia el desplazamiento de los dientes adyacentes. Si la pérdida es unilateral, va acompañada, además de por la inclinación

distal del segmento incisivo, de una desviación de la línea media hacia el lado afecto.

La pérdida de los caninos temporales es más frecuente en la mandíbula que en el maxilar superior, y más problemática por la tendencia de los incisivos inferiores al inclinarse hacia lingual con la consecuente pérdida de espacio.

- a) La pérdida prematura de los molares temporales tiene un efecto negativo sobre el sucesor permanente debido a que la fuerza eruptiva de los primeros molares permanentes tienden a desplazarlos hacia mesial y la cara distal de los segundos molares temporales constituye una barrera fisiológica a este desplazamiento. La pérdida prematura de los segundos molares temporales va acompañada de un desplazamiento marcado hacia mesial del primer molar permanente, incluso si todavía no ha salido. Esta mesialización implica una reducción de la longitud de arcada que se manifiesta por una falta de espacio a nivel del último diente que hace erupción (canino superior o segundo premolar mandibular).

La pérdida de espacio es menos importante si solamente se pierden los primeros molares deciduos, ya que la presencia de los segundos proporciona la resistencia necesaria frente a la fuerza eruptiva de los primeros molares permanentes, y a esto se debe añadir la erupción relativamente temprana de los primeros premolares. La pérdida prematura de los molares temporales es consecuencia de problemas de caries, y según Ronnerman, el segundo molar temporal superior es el diente que con mayor frecuencia se pierde prematuramente (72%),

seguido del segundo molar temporal inferior (61%), del primer molar inferior (38%) y del primer molar temporal superior (30%).

Sin embargo, el segundo molar temporal inferior es el diente que con mayor frecuencia se extrae a edades muy tempranas (antes de los siete años y medio de edad).

Arcada maxilar:	0,5-1,4mm (primer molar)
	3,7-4,5mm (segundo molar)
Arcada mandibular:	0,8-1,7mm (primer molar)
	2,1-3,1mm (segundo molar)

Las pérdidas de espacio más severas (3 mm o más) son más frecuentes en la arcada maxilar (23%) que en mandibular (13%), por el distinto patrón eruptivo de los primeros molares permanentes. Si el segundo molar temporal superior se pierde antes de la erupción del primer molar permanente, este migrara hacia mesial, ocupando el espacio del segundo molar temporal; debido a que en posición preeruptiva sus raíces están más mesializadas que la corona, da la impresión de que se produce un desplazamiento en masa del diente. En la arcada inferior, el molar permanente, en situación similar, sufre una marcada inclinación hacia mesial, pero no puede desplazarse en mas ni ocupar totalmente el espacio del molar temporal; esto es debido a que la posición de las raíces con respecto a la corona es inversa a la del molar superior. Sin embargo, y desde el punto d vista clínico, las pérdidas de espacio más



importantes son las inferiores, debido a que el espacio perdido es más difícil de recuperar en la mandíbula que en el maxilar.”<sup>4</sup>

### **5.2.3 TRATAMIENTO PARA PREVENIR O IMPEDIR LA PÉRDIDA PREMATURA DE LOS DIENTES DECIDUOS**

“Los pacientes de 6 a 15 años constituyen un reto profesional interesante para el odontólogo. Al comienzo de este período se trata de personas que todavía son dependientes de los padres, pero tienen contacto con un nuevo ambiente casi ocho horas al día, que es el medio escolar. Hacia el final del mismo intervalo, ya se han independizado parcialmente los padres y están incursionando los estudios medios, en esta etapa se producen cambios hormonales. Además de lo citado, durante el periodo en cuestión ocurren diversos cambios buco – faciales.

Muchos o casi todos los dientes primarios han cedido lugar a los permanentes: Están en desarrollo la alineación y oclusión dental, además de otras características faciales de la edad adulta.

El ambiente educativo y las presiones sociales ponen en tela de juicio la dieta y los hábitos alimenticios, tanto durante el horario escolar, como después de este.

Las necesidades nutricionales varían de un año a otro en esta etapa. La dieta debe mantener el paso de los cambios del crecimiento de las personas, que pasa del lento y progresivo en el inicio de este intervalos, hasta rápido hacia fines del mismo.

Los requisitos dietéticos depende del grado de actividad física y mental del sujeto: al igual que del crecimiento y desarrollo. La ingestión de

---

<sup>4</sup> ARIAS DE LUXÁN, S. Ortodoncia Clínica y terapéutica, Elsevier España, 2000, pág. 698.

bocadillos se convierte en práctica habitual; la disponibilidad generalizada de máquinas vendedoras de golosinas, las tiendas de abarrotes numerosas y la influencia de los medios de comunicación recuerdan constantemente al paciente sus necesidades alimenticias.

Es un periodo de muchos cambios en la destreza manual. Aunque prevalece el desarrollo motor. Durante tal período el dentista debe interesarse por el desarrollo de la oclusión permanente, las relaciones uniformes entre los dos maxilares, la postura de la cara y el aspecto dental. Durante estos años, el niño se torna cada vez más consciente de su apariencia. Esta situación persiste hasta que en la adolescencia llega hasta su punto más importante”<sup>5</sup>.

De los seis a los quince años de edad, el programa preventivo continúa en casa y los padres todavía deben seguir supervisándolos. Se espera que conforme el niño progresa hacia la adolescencia, empiece a disminuir la necesidad de que los padres los supervisen en su higiene bucal.

En el consultorio dental, los procedimientos preventivos a menudo se intensifican durante este lapso. La erupción de los primeros molares permanentes entre los seis y siete años que pueden presentar fisuras vestibulares, linguales y surcos profundos en la superficie oclusal, señalaría la necesidad de selladores preventivos a fin de disminuir el riesgo de caries en fosetas y fisuras. Las acumulaciones de cálculo aparecen de manera indistinta como un problema más importante que en los años previos. Hay que tener en cuenta consideraciones preventivas vinculadas con los selladores dentales, la nutrición y la ingesta de fluoruros; la prevención y tratamiento de traumatismos, el

---

<sup>5</sup> J.R. PINKHAM, B.S., M.S. Odontología pediátrica. Interamericana. McGraw – Will.1998 Capítulo 30 Pág. 387.

desarrollo de habilidades para la higiene oral personal, y la participación en decisiones relativas al cuidado de la salud.

Los niños que comienzan a participar en deportes conjuntos, en los cuales lanzan pelotas y manejan bicicletas tienen más probabilidades de sufrir traumatismos en la cara y en la dentición temporal.

En resumen todo lo que el odontólogo sepa que hacer por los niños entre tres y seis años de edad sigue siendo importante para aquellos entre seis y quince años. Obviamente perduran las necesidades preventivas y puede estar indicado colocar selladores. Se debe adelantar el uso de complementos de fluoruros durante este período transicional. Por la erupción de la dentición permanente es preciso dominar diferentes tratamientos pulpares así como técnicas de restauración, a fin de tratar con eficiencia los problemas que presentan este grupo.

### **5.2.3.1 TRATAMIENTO PARA PREVENIR O IMPEDIR LA PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES DECIDUOS.**

“Todavía es frecuente que los padres cuestionen la necesidad de establecer medidas severas, sean preventivas o restauradoras, en los dientes temporales argumentando que van a durar pocos años y serán sustituidos por otros dientes sanos.

También es frecuente que se desconozca el momento en que tiene lugar la erupción del primer molar permanente y la circunstancia de que esto ocurra sin que se exfolie ningún diente temporal.

No nos debe sorprender, por tanto, que desconozca la repercusión que otros hechos más complejos tienen sobre la boca de sus niños.

Por tanto, la primera acción preventiva será la formación de los padres en aquellos aspectos necesarios para participar activamente en la obtención y el mantenimiento de la salud bucal de sus hijos.”

### **5.2.3.2 INDICACIONES PARA LA EXODONCIA DE MOLARES TEMPORARIOS**

Sobre este tipo de tratamiento hay una muy abundante y adecuada literatura, con énfasis en la exodoncia de dientes permanentes. Aunque los principios quirúrgicos básicos son exactamente iguales y pueden ser adaptados a la situación de la formula temporal, el presente capítulo tiene por objetivo señalar algunas circunstancias especiales que tienen importancia para la extracción de piezas temporales.

La extracción de piezas deciduas es parte de acción rutinaria del odontopediatra. Si éste ha logrado desarrollar con su paciente una adecuada comunicación y una corriente de simpatía y confianza, con mayor razón debería de ser él, y no otro, el que cumpla esta fase del tratamiento.

Se debe de informar a los padres, antes de la intervención, acerca del procedimiento, sobre el acto mismo y el curso postoperatorio.

El examen cuidadoso, incluyendo la documentación radiográfica, que debería quedar como registrado permanente en la ficha del paciente, es absolutamente necesario para determinar el grado de reabsorción radicular, atípica en número y forma de las raíces y la relación de estas con el germen de la pieza permanente, aunque la imagen radiográfica puede ser engañosa en lo relacionado con dimensión radicular, por lo cual se debe de actuar prudentemente en los movimientos iniciales.

## **TECNICAS DE EXTRACCION**

Si hay suficientes reabsorción radicular las extracciones son muy sencillas. Por otro lado, si una pieza, especialmente molar, tiene que ser extraída prematuramente, las raíces suelen tener poca irregular reabsorción, dificultando la maniobra quirúrgica. Se debe de recordar que las raíces sin curvas y nacen cerca del cuello de la pieza; entre ellas suele estar el germen de la pieza permanente. Durante la extracción éste puede ser desprendido, e incluso extraído, si la intervención no se realiza con cuidado. El germen permanente ofrece poca resistencia al carecer de desarrollo radicular; si es desplazado durante la extracción debe de ser empujado cuidadosamente a su posición original y el alveolo cerrado con puntos de sutura, igualmente si es extraído.

El instrumental es el mismo utilizado en las extracciones de las piezas permanentes. Algunos prefieren fórceps especiales de menor tamaño por ser menos voluminosos, requisito que puede ser innecesario, basta con darse explicaciones para señalar que el tamaño es por la longitud de los mangos y que la parte activa es en realidad pequeña. Los movimientos deben ser suaves, con buen apoyo y sujetando con los dedos en el área vecina a la extracción, para dar estabilidad al paciente.

Hay que recordar la frágil anatomía radicular y las curvaturas propias de la formula temporal, algunas acentuadas por el proceso de reabsorción, no siempre simétrica.

En general, para la Exodoncia de molares hay que asegurar una muy segura presión, a la mayor profundidad, siguiendo el eje dentario, a la misma altura en vestibular y en palatino lingual. Los movimientos, de poca potencia, como para dilatar el hueso, mucho más elástico en el niño y romper el ligamento periodontal, son de balanceo vestibulolingual

o palatino, la tracción es hacia vestibular o en muchas ocasiones hacia palatino, por menor resistencia en esa zona.

Cuando hay una extensa destrucción coronaria resulta aconsejable la odontosección y Exodoncia de raíces con fórceps finos o elevadores utilizados con mucha precaución, con el objeto de no dañar piezas permanentes en desarrollo.”<sup>6</sup>

### **5.3 MALOCLUSIONES DENTARIAS**

#### **5.3.1 ETIOLOGIA DE LA MALOCLUSION EN NIÑOS**

“Pocas maloclusiones resultan de la actuación de una causa única, y la mordida abierta, como cualquier otro tipo de maloclusión, proviene de una serie de factores etiológicos de origen hereditario o no que ejercen su acción en el periodo pre o posnatal sobre las estructuras que forman el aparato estomatognático. La maloclusión tiene un origen multifactorial e influye en los caracteres constitucionales que se oponen o contribuyen a desarrollar la anomalía.

Las mordidas abiertas anteriores desde el punto de vista etiológico se agrupa en dos categorías. Las primeras incluyen aquellas mordidas abiertas dentales adquiridas que no presentan ningún tipo de anomalía craneofacial concomitante.

Las segundas son las propias de pacientes con displasias óseas maxilofaciales, mordidas abiertas esqueléticas o constitucionales, que van acompañadas de una falta de contacto en la zona anterior de la dentición.

---

<sup>6</sup> BARBERÍA, Leache Elena, Odontopediatría, Edición 2, Elsevier España, 2001, pág.183 y 184.

Las mordidas abiertas dentales resultarían de la obstrucción o impedimento a la erupción de los incisivos. Muchas de ellas remiten y 75-80 % de ellas mejoran espontáneamente sin ningún tipo de tratamiento.

Son, por tanto, consecuencia del fallo eruptivo en la fase del recambio dentario o de algún factor local que se opone al normal crecimiento vertical de los incisivos.

El grupo con malformación craneofacial tiene unas anomalías del esqueleto maxilofacial presididas por un aumento de la altura facial inferior, hiperdivergencia de los planos horizontales de referencia (plano mandibular, plano oclusal plano palatino) y acortamiento de la altura facial posterior. El armazón óseo es el responsable de la anomalía y la mordida abierta anterior es u a consecuencia de la displasia esquelética.

Vamos a considerar en esta revisión etiológica nueve posibles factores causales:

1. Desarrollo dentario.
2. Herencia.
3. Patología dental.
4. Patología ósea.
5. Hábitos de succión.
6. Deglución anómala.
7. Respiración oral.
8. Hipotonicidad muscular.
9. Extracciones prematuras.

Donde estarán las escritas por Angle, y que están regidas por la relación de cúspides entre los primeros molares superiores e inferiores, así tendremos:

Relaciones molares Clase I, cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco vestibular del primer molar inferior.

Relaciones molares de clase II, cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye por delante de la cúspide mesiovestibular del primer molar inferior (Div. 1 y Div. 2).

Relaciones molares de Clase III, cuando la cúspide mesiovestibular del primer molares superior ocluye por detrás de la cúspide distovestibular del primer molar inferior.

Para simplificar nuestro diagnostico usaremos la clasificación de Angle con las modificaciones de Anderson.

Clase I

Neutroclusión.- Relación normal entre los arcos molares en Clase I.

Tipo 1.- Dientes superiores e inferiores apiñados o caninos en labioversión, infralabioversión o linguoversión.

Tipo 2.- Incisivos Superiores protruidos o espaciados.

Tipo 3.- Si uno o más incisivos están cruzados en relación con los inferiores.

Tipo 4.- Mordida cruzada posterior (temporal o permanente), pero anteriores bien alineados.



Tipo 5.- Si hay pérdida de espacio posterior por migración mesial del 6, mayor de 3 mm.

Protrusión bimaxilar (biprotrusión).- Posición de avance en ambas arcadas. Puede o no haber mal posiciones individuales de los dientes y correcta forma de los arcos, pero la estética está afectada.

## Clase II

Distoclusión.- Maxilar en posición mesial en relación al arco mandibular y cuerpo de la mandíbula en relación distal con el arco maxilar.

División 1.- Si los incisivos superiores se encuentran en labioversión.

División 2.- Si los incisivos centrales superiores se encuentran en posición casi normal o en ligera linguoversión, y los laterales se encuentran inclinados labial y mesialmente.

## Clase III

Mesioclusión.- Mandíbula con relación mesial al maxilar.

Tipo 1.- Si observamos los arcos por separado estos se ven de manera correcta pero la oclusión es a tope.

Tipo 2.- Si los dientes superiores están bien alineados, los incisivos inferiores apiñados y en posición lingual con respecto a los superiores.

Tipo 3.- Si se presenta un arco mandibular muy desarrollado y un arco maxilar poco desarrollado, los dientes superiores a veces apiñados y en posición lingual con respecto a los inferiores, deformidad facial acentuada.”<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> ARIAS, Santiago, Ortodoncia clínica y terapéutica, Edición 2, Elsevier España, 2000, pág. 498 y 499.

## **CAPITULO VI**

### **METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION**

#### **6.1. METODO**

##### **6.1.1. MODALIDAD BÁSICA**

➤ **INVESTIGACIÓN BIBLIOGRAFICA:**

La investigación se basó en fichas bibliográficas, libros y páginas electrónicas de la cual se obtuvo la información necesaria.

➤ **INVESTIGACIÓN DE CAMPO:**

La investigación está basada en las encuestas aplicadas a los padres de familia y las fichas clínicas realizadas a los niños de la Escuela Particular “Tnte. Hugo Ortiz.”

### **6.1.2. TIPO DE INVESTIGACION**

#### **➤ INVESTIGACIÓN EXPLORATORIA:**

Inicialmente se visitó a la Escuela Particular “Tnte. Hugo Ortiz” se solicitó permiso al director para ingresar a la institución y poder observar el estado de salud oral que tienen los niños escolares de esta institución.

#### **➤ INVESTIGACIÓN DESCRIPTIVA:**

Esta investigación inició del análisis descriptivo del árbol del problema. Se observaron las causas y efectos que produce la pérdida prematura de los dientes temporarios que influye en la maloclusión de los niños de la escuela “Tnte. Hugo Ortiz”.

Después de haberse realizado la investigación de campo se analizó como se relacionan las pérdidas prematuras de los dientes temporarios con la maloclusión de los niños de la escuela “Tnte. Hugo Ortiz.”

#### **➤ INVESTIGACION SINTETICA:**

Con la información bibliográfica y su relación con las encuestas aplicadas a los padres de familia; la observación y comprobación del problema se obtuvieron conclusiones que sirvieron para reflexionar sobre la problemática y establecer recomendaciones a la población investigada.

### ➤ **INVESTIGACION PROPOSITIVA**

Al finalizar la investigación se obtuvieron datos reales que permitieron diseñar una propuesta que servirá para dar solución a la problemática encontrada.

### **6.1.3. TECNICAS**

Esta investigación se apoyó en las siguientes técnicas:

- Encuestas aplicadas a los padres de familia de la escuela “Tnte. Hugo Ortiz.”
- Observación clínica a los niños de la escuela “Tnte. Hugo Ortiz.”
- Técnica del fichaje bibliográfico
- Técnica de la población y muestra
- Técnica estadística.

### **6.1.4. INSTRUMENTOS**

- Formulario de Encuesta
- Fichas clínica
- Fichas bibliográficas y nemotécnicas.
- Cuadros y gráficos

### **6.1.5. POBLACION**

La población la constituye 50 niños y niñas de la escuela "Tnte. Hugo Ortiz"

### **6. 1.6 MUESTRA**

Está constituida por el universo a investigarse que es 50 niños y niñas escolares de la escuela particular "Tnte. Hugo Ortiz"

### **6.1.7 RECURSOS**

En esta investigación se han empleado los siguientes recursos:

#### **6.1.7.1 TALENTO HUMANO**

- Investigadora
- Grupo a investigar
- Directora de tesis

#### **6.1.7.2 RECURSOS MATERIALES**

- Fotocopia
- Internet
- Gastos Operativos
- Suministros
- Materiales de Oficina
- Encuadernación
- Digitación
- Textos de consulta

### **6.1.7.3 FINANCIEROS**

La investigación tuvo un costo de \$ 246 (doscientos cuarenta y seis dólares americanos).

## **6.2 DESARROLLO METODOLOGICO**

Se realizó un estudio a un grupo de 50 niños y niñas de edad escolar que oscila entre los 8 a 13 años de la Escuela Particular “Tnte. Hugo Ortiz” del cantón Portoviejo en la provincia de Manabí, en la investigación de campo se utilizó la técnicas de observación para establecer un diagnóstico del estado de salud bucal de los niños y niñas, utilizando como instrumento las fichas clínicas que fueron llenadas en base al diagnóstico realizado, permitiendo conocer cuantas piezas tienen cariadas, obturadas y perdidas, y la técnica de la encuesta efectuada a los padres de familia.

Hay que recalcar que los formularios de las encuestas fueros explicadas a los padres de familia para aclarar dudas de cómo llenar la encuesta.

Una vez realizada la investigación de campo, los resultados obtenidos fueron tabulados y representados en gráficos estadísticos.

El propósito de esta investigación es conocer si la pérdida prematura de los dientes temporarios tienen alguna incidencia con la maloclusión de los niños y niñas de edad escolar, y así diseñar una Estrategia de Intervención según los resultados obtenidos

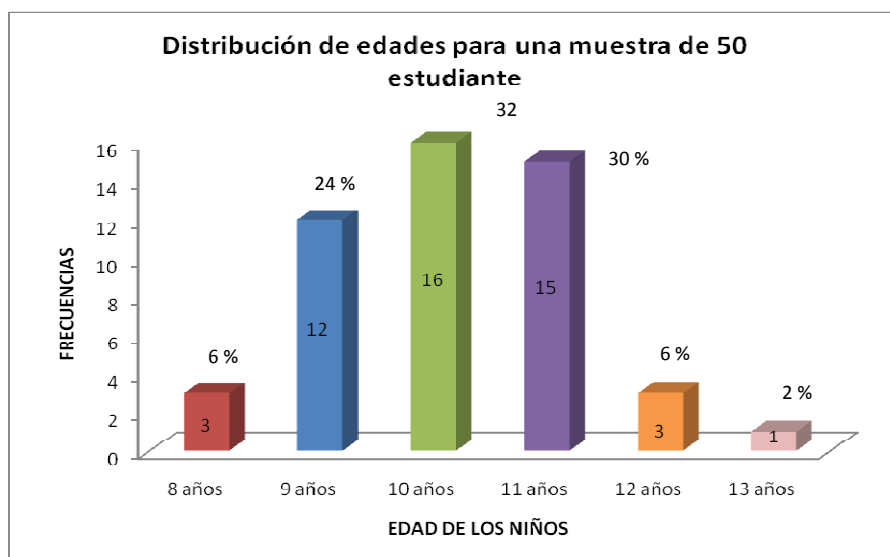
## CAPITULO VII

### 7.1 ANALISIS E INTERPRETACION DE LAS OBSERVACIONES CLINCAS REALIZADAS A LOS NIÑOS DE LA ESCUELA PARTICULAR TNTE. HUGO ORTIZ

GRAFICUADRO # 1

#### Edad de los estudiantes investigados

Especificaciones		Cálculos
<i>Edad</i>	<i>f</i>	<i>Porcentaje</i>
8	3	6%
9	12	24%
10	16	32%
11	15	30%
12	3	6%
13	1	2%
TOTAL	50	100%



**Fuente:** Ficha Clínica realizada a los niños de la Escuela Tnte. Hugo Ortiz, en el período octubre – noviembre de 2009.

**Elaborado por:** Ingrid Rosibel Espinoza Ruiz



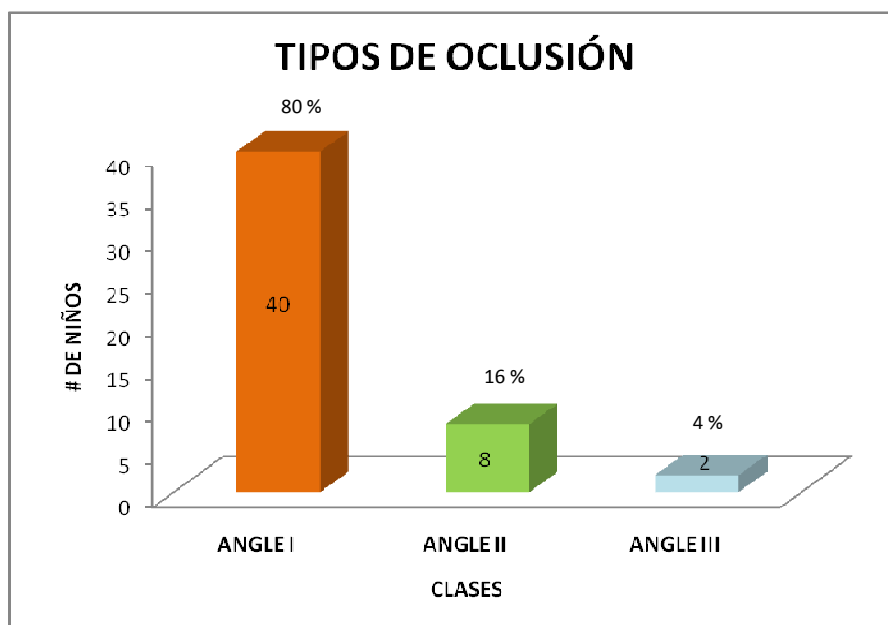
## **ANALISIS E INTERPRETACION DEL GRAFICUADRO # 1**

De 50 niños investigados, el 32% corresponde a niños de 10 años de edad, un 30% representado por niños de 11 años, el 24% pertenece a niños de 9 años de edad, un 6% corresponde a niños de 8 años de edad, un 6% pertenece a niños de 12 años, y 1 niño de 13 años correspondiente al 2%.

Frente a esta información se obtuvo que el 32% de niños investigados tienen 10 años de edad.

**GRAFICUADRO # 2**

<b>TIPOS DE OCLUSIÓN</b>		
<b>CLASE</b>	<b># DE NIÑOS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
ANGLE I	40	80%
ANGLE II	8	16%
ANGLE III	2	4%
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>



**Fuente:** Ficha Clínica realizada a los niños de la Escuela Tnte. Hugo Ortiz, en el período octubre – noviembre de 2009.

**Elaborado por:** Ingrid Rosibel Espinoza Ruiz

## **ANALISIS E INTERPRETACION DEL GRAFICUADRO # 2**

De los 50 niños analizados el tipo de oclusión, 40 niños presentan que tienen tipo de oclusión ANGLE I que representa el 80%, 8 niños muestran que tienen tipo de oclusión ANGLE II correspondiendo el 16%, y 2 niños presenta que tienen tipo de oclusión ANGLE III representado con el 4%.

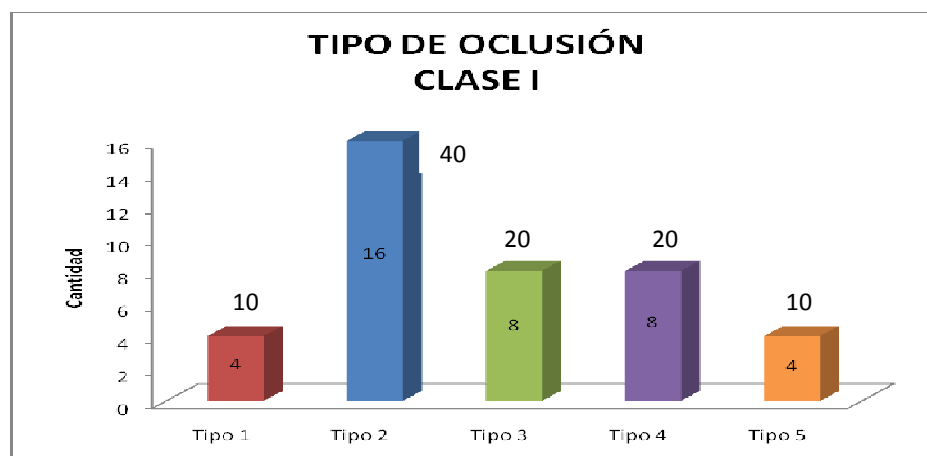
Frente a esta información se obtuvo como resultado que 40 niños presentan tipo de oclusión ANGLE I, en referencia a esto, el libro publicado por ARIAS, Santiago, Ortodoncia clínica y terapéutica, Edición 2, Elsevier España, 2000, pág. 498 y 499 cita:

**“Relaciones molares Clase I, cuando la cúspide mesiovestivular del primer molar superior ocluye en el surco vestibular del primer molar inferior.”**

### GRAFICUADRO # 3

#### Subdivisiones de clase I

CLASE I		
TIPO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Tipo 1	4	10%
Tipo 2	16	40%
Tipo 3	8	20%
Tipo 4	8	20%
Tipo 5	4	10%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>



Referencia	
<b>Tipo 1</b>	Dientes inferiores y superiores apiñados.
<b>Tipo 2</b>	Incisivos superiores protruidos o espaciados
<b>Tipo 3</b>	Incisivos superiores cruzados en relación con los inferiores
<b>Tipo 4</b>	Mordida cruzada posterior, dientes anteriores alineados
<b>Tipo 5</b>	Pérdida de espacio mesial posterior

**Fuente:** Ficha Clínica realizada a los niños de la Escuela Tnte. Hugo Ortiz, en el período octubre – noviembre de 2009.

**Elaborado por:** Ingrid Rosibel Espinoza Ruiz

### **ANALISIS E INTERPRETACION DEL GRAFICUADRO # 3**

De los 50 niños analizados, 40 presentaron tipo de oclusión ANGLE I, la cual en la subdivisión de este tipo presenta que 17 niños muestran clase de ANGLE I tipo 2 representado por el 41%, 8 niños presentaron un tipo 3 obteniendo un 20%, al igual que otros 8 niños presentaron tipo 4 de ANGLE I alcanzando también un 20%, 4 niños muestran clase de ANGLE I tipo 1 representando un 10%, y 4 niños presentaron tipo 5 obteniendo el 10%.

Frente a esta información se obtuvo como resultado que 40 de los niños que presentaron clase de ANGLE I, 17 niños muestran que tienen tipo 2 de la subdivisión de Anderson y según el artículo publicado ARIAS, Santiago, Ortodoncia clínica y terapéutica, Edición 2, Elsevier España, 2000, pág. 500-501, cita:

**“Para simplificar nuestro diagnostico usaremos la clasificación de Angle con las modificaciones de Anderson.**

#### **Clase I**

**Neutroclusión.- Relación normal entre los arcos molares en Clase I.**

**Tipo 1.- Dientes superiores e inferiores apiñados o caninos en labioversión, infralabioversión o linguoversión.**

**Tipo 2.- Incisivos Superiores protruidos o espaciados.**

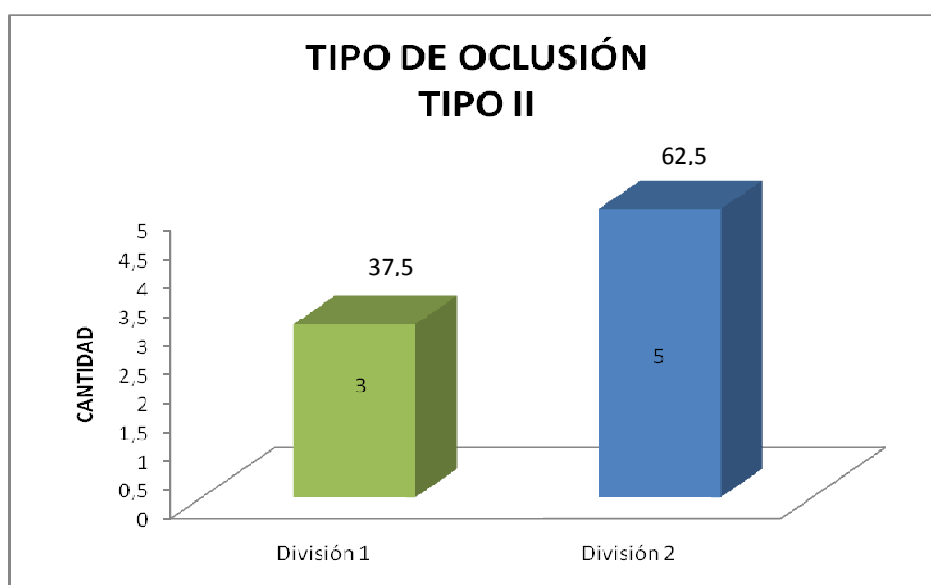
**Tipo 3.- Si uno o más incisivos están cruzados en relación con los inferiores.**

**Tipo 4.- Mordida cruzada posterior (temporal o permanente), pero anteriores bien alineados.**

**Tipo 5.- Si hay pérdida de espacio posterior por migración mesial del 6, mayor de 3 mm.”**

**GRAFICUADRO # 4**

<b>CLASE II</b>		
<b>División</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
División 1	3	37,5%
División 2	5	62,5%
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>



**Fuente:** Ficha Clínica realizada a los niños de la Escuela Tnte. Hugo Ortiz, en el período octubre – noviembre de 2009.

**Elaborado por:** Ingrid Rosibel Espinoza Ruiz

<b>Referencia</b>	
División 1	Incisivo superior con labioversión
División 2	Incisivo inferior con linguoversión

## **ANALISIS E INTERPRETACION DEL GRAFICUADRO # 4**

De los 50 niños analizados , 7 presentaron tipo de oclusión ANGLE II , la cual la subdivisión de este tipo presenta que 2 niños muestran que tienen división 1 de ANGLE II que corresponde a un 29%, y 5 niños presentan división 2 que constituye a un 71%.

Frente a esta información se obtuvo como resultado que de los 7 niños que presentaron tipo de oclusión ANGLE II, 5 niños muestran que presentan división 2 y según el artículo publicado ARIAS, Santiago, Ortodoncia clínica y terapéutica, Edición 2, Elsevier España, 2000,cita:

### **“Clase II**

**Distoclusión.- Maxilar en posición mesial en relación al arco mandibular y cuerpo de la mandíbula en relación distal con el arco maxilar.**

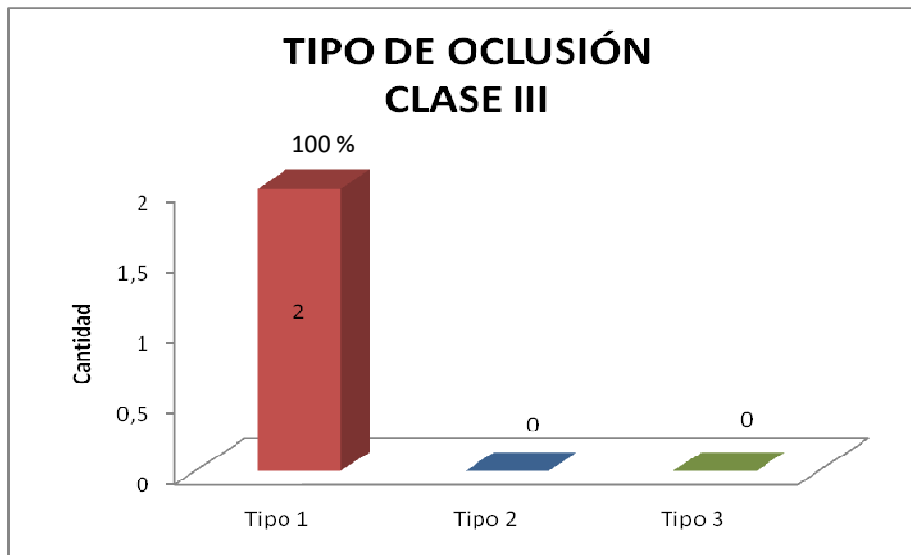
**División 1.- Si los incisivos superiores se encuentran en labioversión.**

**División 2.- Si los incisivos centrales superiores se encuentran en posición casi normal o en ligera linguoversión, y los laterales se encuentran inclinados labial y mesialmente.”**



### GRÁFICUADRO # 5

CLASE III		
TIPO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Tipo 1	2	100%
Tipo 2	0	0%
Tipo 3	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>100%</b>



Referencia	
<b>Tipo 1</b>	Los arcos por separado estos se ven de manera correcta pero la oclusión es a tope
<b>Tipo 2</b>	Si los dientes superiores están bien alineados, los incisivos inferiores apiñados
<b>Tipo 3</b>	Se presenta un arco mandibular muy desarrollado y un arco maxilar poco desarrollado

**Fuente:** Ficha Clínica realizada a los niños de la Escuela Tnte. Hugo Ortiz, en el período octubre – noviembre de 2009.

**Elaborado por:** Ingrid Rosibel Espinoza Ruiz

## **ANALISIS E INTERPRETACION DEL GRAFICUADRO # 5**

De los 50 niños analizados, 2 presentaron tipo de oclusión ANGLE III, la cual la subdivisión de este tipo presenta que 2 niños muestran tipo 1 de la subdivisión obteniendo el 100%, mientras que en tipo 2 y tipo 3 representan el 0%.

Frente a esta información se obtuvo como resultado que de los 2 niños que presentaron tipo de oclusión ANGLE III, 2 niños muestran que presentan tipo 1 de la subdivisión y según el artículo publicado ARIAS, Santiago, Ortodoncia clínica y terapéutica, Edición 2, Elsevier España, 2000, pág. 500-501 cita:

### **“Clase III**

**Mesioclusión.- Mandíbula con relación mesial al maxilar.**

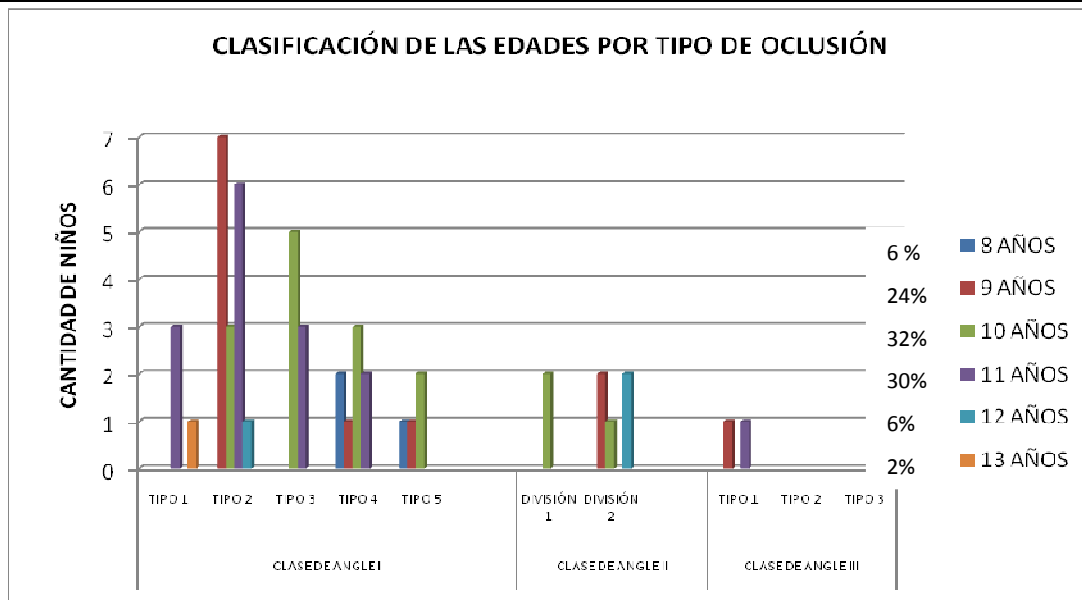
**Tipo 1.- Si observamos los arcos por separado estos se ven de manera correcta pero la oclusión es a tope.**

**Tipo 2.- Si los dientes superiores están bien alineados, los incisivos inferiores apiñados y en posición lingual con respecto a los superiores.**

**Tipo 3.- Si se presenta un arco mandibular muy desarrollado y un arco maxilar poco desarrollado, los dientes superiores a veces apiñados y en posición lingual con respecto a los inferiores, deformidad facial acentuada”**

**GRAFICUADRO # 6**

CLASIFICACIÓN DE LAS EDADES POR TIPO DE OCLUSIÓN								
		EADAES						
		8 AÑOS	9 AÑOS	10 AÑOS	11 AÑOS	12 AÑOS	13 AÑOS	TOTAL
CLASE DE ANGLE I	TIPO 1				3		1	4
	TIPO 2		7	3	6	1		17
	TIPO 3			5	3			8
	TIPO 4	2	1	3	2			8
	TIPO 5	1	1	2				4
CLASE DE ANGLE II	DIVISIÓN 1			2				2
	DIVISIÓN 2		2	1		2		5
CLASE DE ANGLE III	TIPO 1		1		1			2
	TIPO 2							
	TIPO 3							
<b>TOTAL</b>		<b>3</b>	<b>12</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>50</b>
		6%	24%	32%	30%	6%	2%	100%



**Fuente:** Ficha Clínica realizada a los niños de la Escuela Tnte. Hugo Ortiz, en el período octubre – noviembre de 2009.

**Elaborado por:** Ingrid Rosibel Espinoza Ruiz

## ANALISIS E INTERPRETACION DEL GRAFICUADRO # 6

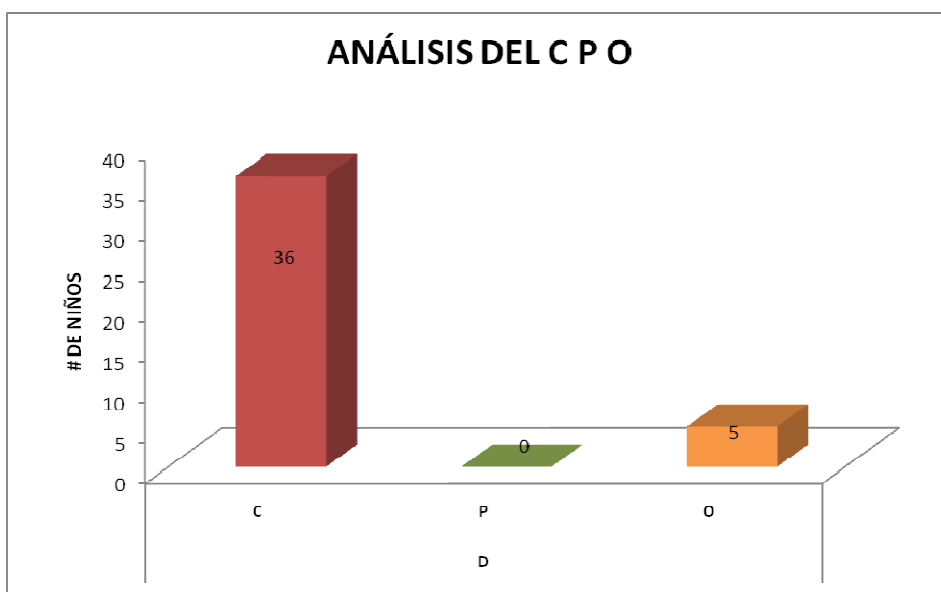
De los 50 niños evaluados clínicamente, 3 niños que corresponde al 6% son de 8 años de edad, 12 niños de 9 años de edad que constituye un 24%, 16 niños de 10 años de edad que corresponde a un 32%, 15 niños de 11 años de edad que representan el 30%, 3 niños de 12 años de edad que corresponde al 6%, y 1 niño de 13 años de edad que constituye el 2%.

Frente a esta información se obtuvo como resultado que el 32% y 30% de niños tienen 10 y 11 años de edad, lo cual muestra que han perdido de forma prematura las piezas temporarias y según el artículo publicado en ARIAS DE LUXÁN, S. Ortodoncia Clínica y terapéutica, Elsevier España, 2000, pág. 698, cita:

**“La pérdida prematura de un diente temporal supone una disminución del espacio reservado para el sucesor permanente debido a la migración de los dientes adyacentes y el consiguiente acortamiento de la longitud de la arcada. Las consecuencias que se derivan dependen de una serie de circunstancias específicas.”**

### GRAFICUADRO # 7

ANÁLISIS DEL C P O		
D	C	36
	P	0
	O	5



**Fuente:** Ficha Clínica realizada a los niños de la Escuela Tnte. Hugo Ortiz, en el período octubre – noviembre de 2009.

**Elaborado por:** Ingrid Rosibel Espinoza Ruiz

## ANALISIS E INTERPRETACION DEL GRAFICUADRO # 7

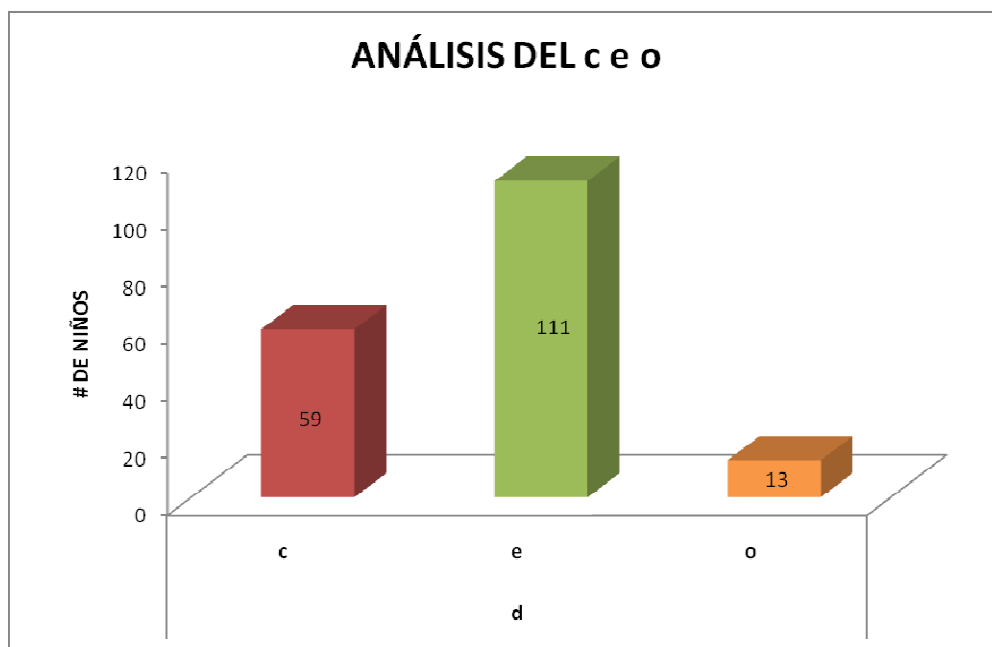
De los 50 niños evaluados clínicamente mediante el análisis del CPO, se pudo observar una gran incidencia de caries en las piezas permanentes, con un resultado de 36, por otro lado los resultados de las obturaciones fueron mínimas en balance con el número de niños y caries.

Frente a esta información se obtuvo como resultado un alto índice de caries en relación a las piezas obturadas, por lo que hay una gran falta de conocimiento de medidas preventivas y de salud oral en los niños/as, padres de familia y docentes de institución educativa; lo que cita J.R. PINKHAM, B.S., M.S. Odontología pediátrica. Interamericana. McGraw – Will.1998:

**“La erupción de los primeros molares permanentes entre los seis y siete años que pueden presentar fisuras vestibulares, linguales y surcos profundos en la superficie oclusal, señalaría la necesidad de selladores preventivos a fin de disminuir el riesgo de caries en fosetas y fisuras. Las acumulaciones de cálculo aparecen de manera indistinta como un problema más importante que en los años previos. Hay que tener en cuenta consideraciones preventivas vinculadas con los selladores dentales, la nutrición y la ingesta de fluoruros; la prevención y tratamiento de traumatismos, el desarrollo de habilidades para la higiene oral personal, y la participación en decisiones relativas al cuidado de la salud”.**

### GRAFICUADRO # 8

ANÁLISIS DEL c e o		
D	c	59
	e	111
	o	13



**Fuente:** Ficha Clínica realizada a los niños de la Escuela Tnte. Hugo Ortiz, en el período octubre – noviembre de 2009.

**Elaborado por:** Ingrid Rosibel Espinoza Ruiz

## **ANALISIS E INTERPRETACION DEL GRAFICUADRO # 8**

De los 50 niños analizados clínicamente mediante el ceo se observó una elevada cifra de pérdidas de dientes temporarios con un resultado de 111 piezas dentarias, 59 dientes temporarios se muestran con caries, y 13 dientes temporarios presentan que han sido obturados.

Frente a esta información podemos observar un elevado número de piezas deciduas perdidas, y que también hay un alto índice de caries en los niños; de igual forma se puede prestar atención en la mínima cantidad de piezas obturadas en comparación con el número de caries que presentan los niños; lo que se considera que es por la falta de conocimiento de los padres de familia sobre la importancia de las piezas deciduas en relación con la maloclusión, y de medidas preventivas.

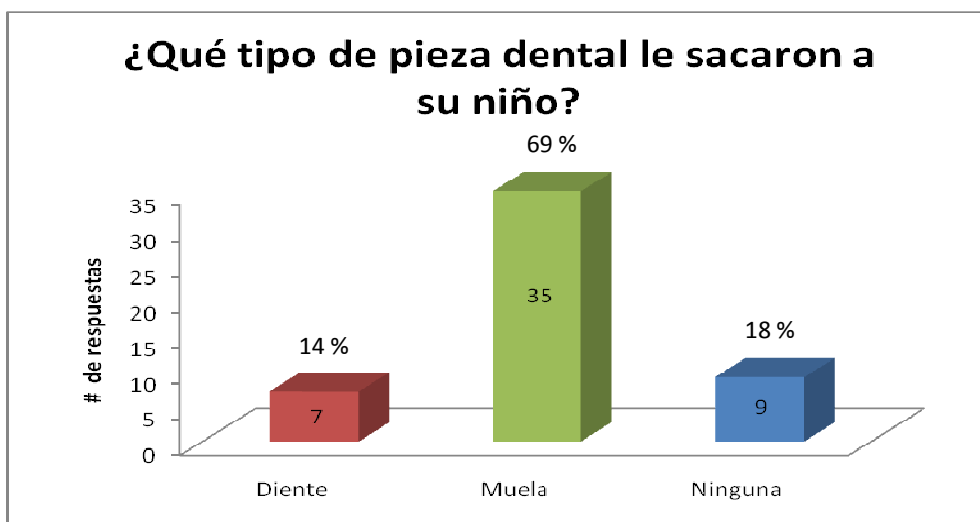


**7.2 ANALISIS E INTERPRETACION DE LAS ENCUESTAS APLICADAS A LOS PADRES DE FAMILIA DE LA ESCUELA PARTICULAR Tnte. HUGO ORTIZ**

**GRAFICUADRO # 9**

**TIPO DE PIEZA DENTAL PERDIDA**

<b>¿Qué tipo de pieza dental le sacaron a su niño?</b>		
<b>Opciones</b>	<b># de niños</b>	<b>Porcentaje</b>
Diente	7	14%
Muela	35	69%
Ninguna	8	18%
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>	<b>100%</b>



**Fuente:** Encuesta dirigida a los Padres de Familia de la Escuela Tnte. Hugo Ortiz, en el período octubre – noviembre de 2009.

**Elaborado por:** Ingrid Rosibel Espinoza Ruiz

## **ANALISIS E INTERPRETACION DEL GRAFICUADRO # 9**

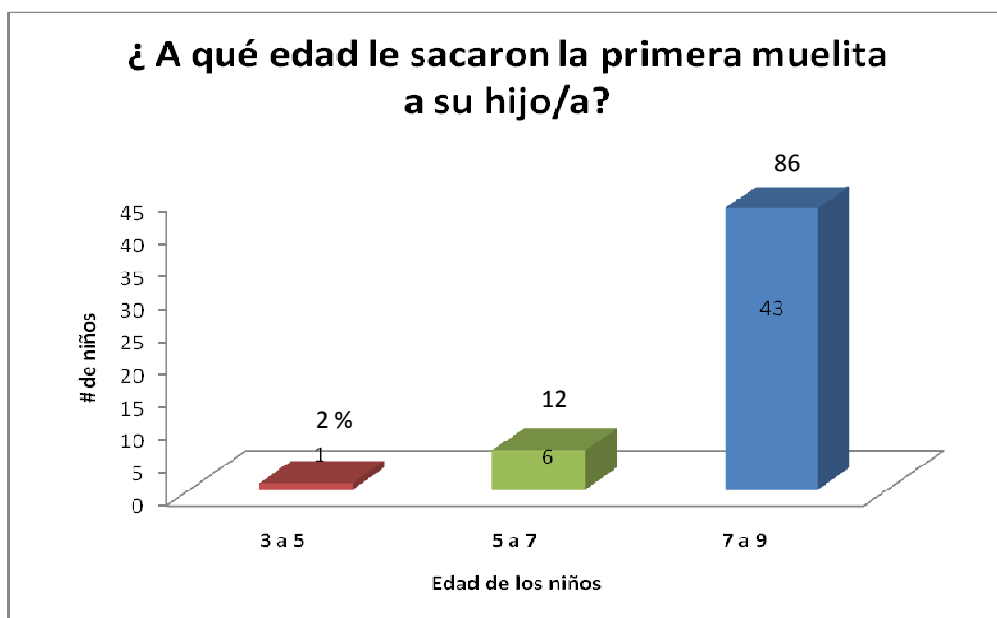
Al indagar a los padres de familia el tipo de diente que le sacaron a su niño/a se obtuvo que a 35 niños que corresponden al 69% le sacaron la muela, 7 niños perdieron dientes que es el 14%, y 9 niños que es el 18% no le han sacado ni una pieza dental.

Frente a esta información se destaca que a el 69% le han sacado la muelita, con lo cual un artículo publicado en ARIAS DE LUXÁN, S. Ortodoncia Clínica y terapéutica, Elsevier España, 2000, pág. 698. Cita lo siguiente:

**“La pérdida prematura de los molares temporales tiene un efecto negativo sobre el sucesor permanente debido a que la fuerza eruptiva de los primeros molares permanentes tienden a desplazarlos hacia mesial y la cara distal de los segundos molares temporarios constituye una barrera fisiológica a este desplazamiento. ”**

**GRAFICUADRO # 10**

<b>¿A qué edad le sacaron la primera muelita a su hijo/a?</b>		
<b>Respuesta</b>	<b># de niños</b>	<b>Porcentaje</b>
3 a 5	1	2%
5 a 7	6	12%
7 a 9	43	86%
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>



**Fuente:** Encuesta dirigida a los Padres de Familia de la Escuela Tnte. Hugo Ortiz, en el período octubre – noviembre de 2009.

**Elaborado por:** Ingrid Rosibel Espinoza Ruiz

## **ANALISIS E INTERPRETACION DEL GRAFICUADRO # 10**

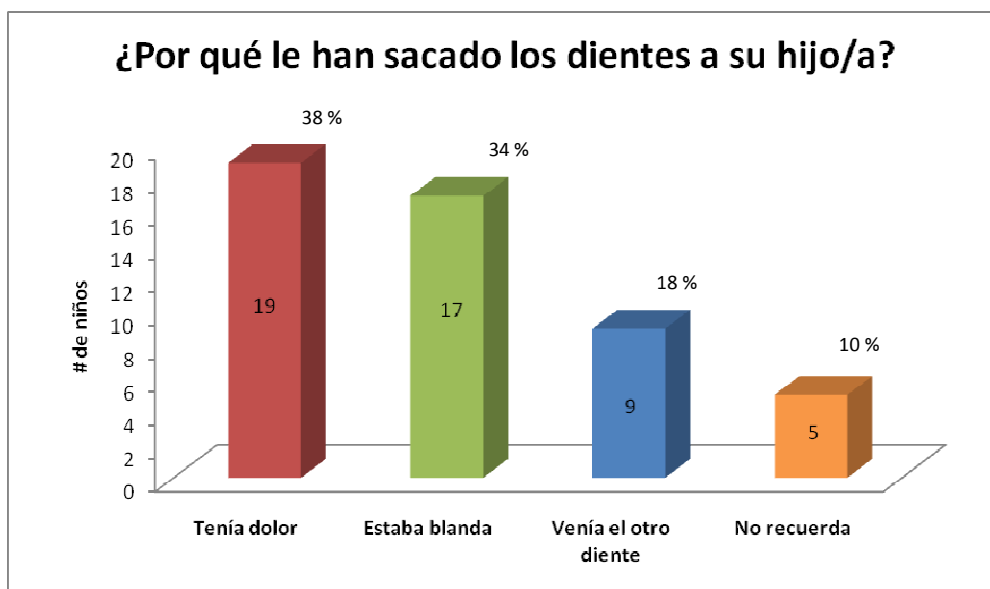
En esta pregunta 43 padres de familia contestaron que de 7-9 años le sacaron la primera muelita a su hijo/a siendo el 86%, en tanto 6 padres de familia respondieron de 5-7 años lo que corresponde al 12%, mientras que un padre de familia contesto que de 3-5 años lo que corresponde al 2%.

Frente a esta información el 86% de los niños le han sacado la muelita en la edad de 7-9 años, con el cual un artículo publicado en .R. PINKHAM, B.S., M.S. Odontología pediátrica. Interamericana. McGraw – Will.1998 Capítulo 30 Pág. 387, cita:

**“La perdida prematura de un diente temporal supone una disminución del espacio reservado para el sucesor permanente debido a la migración de los dientes adyacentes y el consiguiente acortamiento de la longitud de la arcada”.**

**GRAFICUADRO # 11**

<b>¿Por qué le han sacado los dientes a su hijo/a?</b>		
<b>Respuesta</b>	<b># de niños</b>	<b>Porcentaje</b>
Tenía dolor	19	38%
Estaba blanda	17	34%
Venía el otro diente	9	18%
No recuerda	5	10%
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>



**Fuente:** Encuesta dirigida a los Padres de Familia de la Escuela Tnte. Hugo Ortiz, en el período octubre – noviembre de 2009.

**Elaborado por:** Ingrid Rosibel Espinoza Ruiz

## **ANALISIS E INTERPRETACION DEL GRAFICUADRO # 11**

Analizando el cuadro de los padres que fueron encuestados sobre por qué le han sacado los dientes a su hijo da como resultado lo siguiente, el 38% de niños le han sacado el diente porque tenía dolor, en tanto 17 niños le han sacado porque estaba blanda lo que conforma el 34%, otros 9 niños le han sacado el diente porque le venía el otro diente que da un 18%, y por último un 10% contesto que no recuerda porque le han sacado el diente a sus hijos.

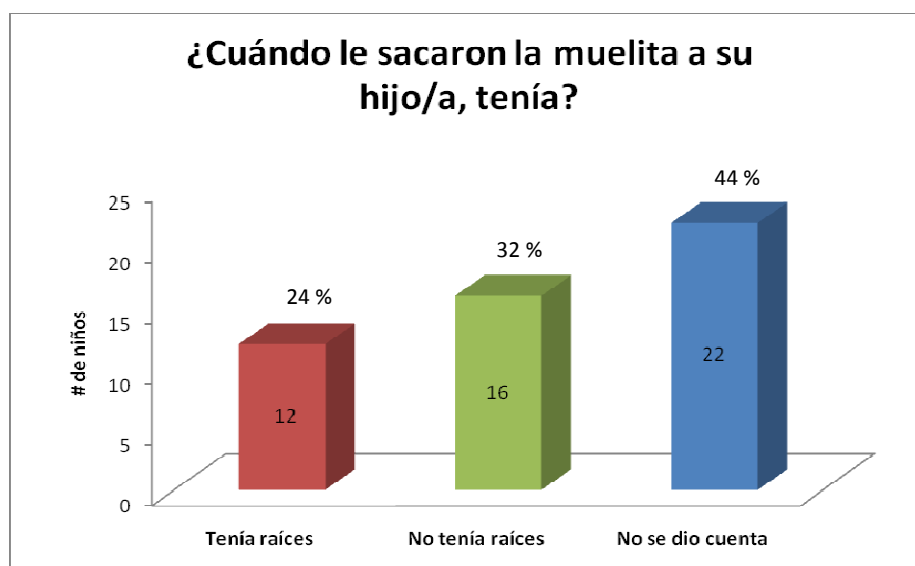
Frente a esta información se obtuvo como resultado que a un 38% de los niños les han sacado los dientes porque tenían dolor, es decir por patologías como lo cita el artículo publicado en ARIAS DE LUXÁN, S. Ortodoncia Clínica y terapéutica, Elsevier España, 2000, pág. 69, cita:

**“Entre las causas más frecuentes que dan lugar a esta situación, se encuentran:**

- 1. Traumatismos que afectan principalmente a los incisivos superiores.**
- 2. Reabsorción prematura de las raíces de los dientes temporales al hacer erupción los dientes permanentes; suele ser debida a una falta de espacio en la arcada, como en el caso típico de los caninos temporales, o a una erupción ectópica de los primeros molares permanentes, que implica una reabsorción atípica y prematura de los segundos molares decidua. Es unilateral o bilateral.**
- 3. Extracciones por procesos odontodestructivos que afectan, sobre todo, a los molares temporales.”**

**GRAFICUADRO # 12**

<b>¿Cuándo le sacaron la muelita a su hijo/a, tenía?</b>		
<b>Respuesta</b>	<b># de niños</b>	<b>Porcentaje</b>
Tenía raíces	12	24%
No tenía raíces	16	32%
No se dio cuenta	22	44%
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>



**Fuente:** Encuesta dirigida a los Padres de Familia de la Escuela Tnte. Hugo Ortiz, en el período octubre – noviembre de 2009.

**Elaborado por:** Ingrid Rosibel Espinoza Ruiz

## **ANALISIS E INTERPRETACION DEL GRAFICUADRO # 12**

En esta pregunta 12 padres de familia contestaron que sus hijos presentaban raíces cuando le sacaron la muela lo que corresponde a un 24%, en tanto un 32% de padres de familia contestaron que no tenían raíces las muelas cuando se las sacaron, mientras que 22 padres de familia no se dieron cuenta lo que representa el 44%.

Frente a esta información podemos observar que el 24% de padres de familia observaron que las piezas tenían raíces al momento de su extracción, lo que cita un artículo publicado en J.R. PINKHAM, B.S., M.S. Odontología pediátrica. Interamericana. McGraw – Will.1998 Capítulo 30 Pág. 387, cita:

**“Si el sucesor permanente presenta en el momento de la pérdida 2/3 de su raíz formada, se acelera la erupción y las consecuencias son relativamente mínimas.**

**Si el diente permanente no ha alcanzado este grado de desarrollo, se produce un retraso en la erupción, los dientes adyacentes migran y cierran el espacio que debería ocupar el sucesor permanente, con lo que se bloquea su erupción.”**



## 7.2 CONCLUSIONES

Los hallazgos obtenidos por esta investigación, permiten identificar que:

- 111 piezas dentales temporarias fueron extraídas en 50 niños investigados; el 69% correspondieron molares temporarios y mencionan mayoritariamente que la principal causa fue por dolor.
- El 86% de los padres encuestados respondieron que la edad en que sus hijos perdieron una pieza dental es de 7-9 años de edad.
- 40 niños investigados que corresponde al 80% tienen tipo de oclusión ANGLE I.

Los niños y niñas de la escuela particular "Tnte. Hugo Ortiz" ha tenido pérdidas prematuras de sus piezas temporales que están relacionadas con los tipos de maloclusión que presentan.

### **7.3 RECOMENDACIONES**

- Realizar charlas con los padres, estudiantes y profesores para concienciar sobre la importancia de conservar los dientes temporarios hasta su cambio fisiológico.
- Orientar a los padres sobre los cambios que se presentan en la edad del recambio y la necesidad de realizar tratamientos de ortodoncia interceptiva en algunos casos permitirá solucionar los problemas oportunamente.
- Realizar nuevas investigaciones que refuercen los hallazgos obtenidos en el actual estudio que permitan esclarecer las causas de otras maloclusiones encontradas que no se relación con la perdida prematura de los molares temporarios.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

- ARIAS, Santiago, Ortodoncia clínica y terapéutica, Edición 2, Elsevier España, 2000, pág. 498 y 499.
- ARIAS DE LUXÁN, S. Ortodoncia Clínica y terapéutica, Elsevier España, 2000, pág. 698.
- BARBERÍA, Leache Elena, Odontopediatría, Edición 2, Elsevier España, 2001, pág.183 y 184.
- BARRIOS M. Gustavo Doctor “Odontología” Tomo II, nueva edición, editorial Editar Ltda. Bogotá – Colombia 2004.
- BAUMAN, B. Atlas de Endodoncia, Elsevier España. 2008, pág. 964.
- BOJ, Juan R, Odontopediatría, Elsevier España, 2004, pág. 515.
- ESCOBAR MUÑOZ Fernando, Doctor. “Odontología Pediátrica”, editorial Universitaria, Santiago de Chile – 2004.
- Herrera Luis y otros “Tutorías de la Investigación” Maestría en gerencia de proyectos educativos y sociales, Quito – Ecuador, 2.002.
- J.R. PINKHAM, B.S., M.S. Odontología pediátrica. Interamericana. McGraw – Will.1998 Capítulo 30 Pág. 387.
- <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rccm/v3n2/Art%204.pdf>
- [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001-63652006000100007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001-63652006000100007&script=sci_arttext)

- [http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2008/perdida\\_prematura\\_dientes\\_primarios\\_pacientes.asp](http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2008/perdida_prematura_dientes_primarios_pacientes.asp)
- [http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol45\\_2\\_08/est06208.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol45_2_08/est06208.htm)
- [http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/\\_USER\\_/Erupcion\\_dentaria\(1\).pdf](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Erupcion_dentaria(1).pdf)
- <http://www.odontologiapreventiva.com/ortodoncia/ambientales.htm>
- [http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/peds\\_dental\\_sp/malocclu.cfm](http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/peds_dental_sp/malocclu.cfm)
- [http://bvs.sld.cu/revistas/ord/vol16\\_1\\_01/ord09101.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/ord/vol16_1_01/ord09101.htm)
- <http://es.calameo.com/books/00004717012c9fe6d88fe>
- <http://www.odontocat.com/tratortofixe.htm>

## **1. IDENTIFICACION DEL PROYECTO**

### **1.1 TITULO**

**CAMPAÑA DE CONCIENCIACIÓN A LOS PADRES DE FAMILIA, AUTORIDADES Y ALUMNOS DE LAS ESCUELA PARTICULAR TNTE. HUGO ORTIZ, SOBRE LA IMPORTANCIA DEL CUIDADO DE LOS DIENTES TEMPORARIOS.**

### **1.2 ENTIDAD EJECUTORA**

ESCUELA PARTICULAR TNTE. HUGO ORTIZ.

### **1.3 CLASIFICACION DEL PROYECTO**

TIPO EDUCATIVO-SOCIAL

### **1.4 LOCALIZACION**

PROVINCIA DE MANABÍ – CANTÓN PORTOVIEJO – PARROQUIA SAN ALEJO.

## **2. JUSTIFICACION**

La investigación realizada a 50 niños y niñas 7mo año escolar de la Escuela Particular Tnte. Hugo Ortiz mediante la realización de encuestas y de fichas odontológicas ha permitido la identificación elevado porcentaje de:

- 111 piezas dentales temporarias fueron extraídas en 50 niños investigados.
- Pérdidas prematuras de sus piezas temporales especialmente molares, las mismas que están relacionadas con los tipos de maloclusión que presentan.

Solo actuando en el campo educativo y preventivo se sentaran base solidas para lograr beneficiar a la población estudiada, y fomentar la práctica de hábitos de higiene y prevención para evitar extracciones prematuras.

## **3. MARCO INSTITUCIONAL**

La Unidad Educativa Teniente Hugo Ortiz, inicio en el año 1992, en las instalaciones del Colegio Nocturno Roosevelt y en el club Palmeiras ya que no contaba con un lugar adecuado funcionando desde 1er hasta 3ro curso.

Contando con el Sr. Sergio Calderón como rector y la Sra. Soledad Ayón vicerrectora; en estos momentos ellos siguen desempeñando sus cargos.

### **3.1 HISTORIA DE LA ESCUELA**

Fueron comprados los terrenos de San Alejo donde funciona el Colegio, pero en esos tiempos existía una entrada la cual se hacía por la capilla "San Alejo".

Adquirió más alumnos por ser el primer Colegio en toda la provincia de Manabí con disciplina Militar.

La escuela empezó a funcionar en las instalaciones de la Escuela "Evangélica" por dos años.

El Colegio Particular Mixto Teniente Hugo Ortiz con disciplina militar, es una institución en la cual se forma a la juventud e el campo del saber.

El 11 de Mayo de 1998, en virtud de que el Colegio atravesaría otra etapa formativa (2do Promoción) se decidió que se iba a ser más originales e innovadores por lo cual se editaría mensualmente un revista periódico con el afán de formar personas que tengas ideas claras y dejar sembradas nuestra semilla Cultural. En el año antes mencionado se inaugura El Club de Periodismo, estructurado por las Cadetes del Tnte. Hugo Ortiz.

#### **4. OBJETIVOS**

##### **GENERAL**

- Enseñar a los padres y niños la relación existente entre la pérdida prematura de los molares y la presencia de maloclusión dental.

##### **ESPECIFICOS**

- Instruir a los padres y los niños con temas relacionados a las consecuencias que tiene el perder prematuramente la dentición temporaria.
- Motivar a niños/as acerca de la importancia del cuidado y conservación de la dentición temporaria hasta la época del recambio fisiológico.

#### **4. DESCRIPCIÓN DE PROYECTO.**

El presente proyecto consiste en motivar a padres, maestros y alumnos con la finalidad de enseñarles la importancia del cuidado y conservación de la dentición temporaria hasta la época del recambio.

#### **5. BENEFICIARIOS.**

Los principales beneficiarios serán los niños y niñas de edad preescolar quienes podrán tener nuevos y mejores hábitos de limpieza y conservación de la dentición temporaria hasta la época de recambio, en segunda instancia se beneficiará los padres de familia, profesores del Colegio Tnte. Hugo Ortiz.



## **6. DISEÑO METODOLOGICO**

### **ACTIVIDAD:**

- Socialización de la propuesta realizada el 15 de enero del 2010 la cual fue firmada por la principal autoridad del plantel educativo, con la cual se cumplirán lo siguiente:
- Entrega del material de información en presentación de diapositivas (power point), el cual se entregara la 4ta semana del mes de enero a las autoridades del plantel educativo.
- Charlas educativas, sobre la importancia del cuidado y conservación de las piezas temporarias hasta su exfoliación fisiológica una para cada año básico, las cuales se realizaran entre la 3ra y 4ta semana de abril, ya que ese mes inicia el año lectivo.

### **RESULTADO ESPERADO:**

- Difusión de la información a los padres, docentes y alumnos.
- Los padres conocerán la importancia del cuidado de las piezas temporales de sus hijos e hijas.

### **LUGAR:**

- Se realizara en la Escuela Particular "Tnte. Hugo Ortiz".

**PARTICIPANTES:**

- Autoridades de la institución
- Investigadora
- Comité padres de familia

**RESPONSABLES:**

- Investigadora

**CONTROL:**

- Mediante la elaboración de actas de compromiso.
- Registro de asistencia de los padres de familia y alumnos de la institución educativa.



## **RECURSOS HUMANOS**

- Conferencistas
- Padres y madres de familia
- Docentes
- Niños y niñas que estudian en la escuela Tnte. Hugo Ortiz.

## **RECURSOS TECNOLOGICOS**

- Computadora
- Proyector
- CD
- Fotocopias

## 8. PRESUPUESTO

RUBROS	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	COSTO TOTAL	FUENTES DE FINANCIAMIENTO	
				AUTOGESTIÓN	APORTE INSTITUCIONAL
CONFERENCISTAS	1	\$ -	\$ -		SI
SALÓN DE CONFERENCIAS	1	\$ 100,00	\$ 100,00		SI
RECURSOS TECNOLÓGICOS	1	\$ 50,00	\$ 50,00		SI
<b>TOTAL</b>			<b>\$ 175,00</b>	SI	

## SOSTENIBILIDAD

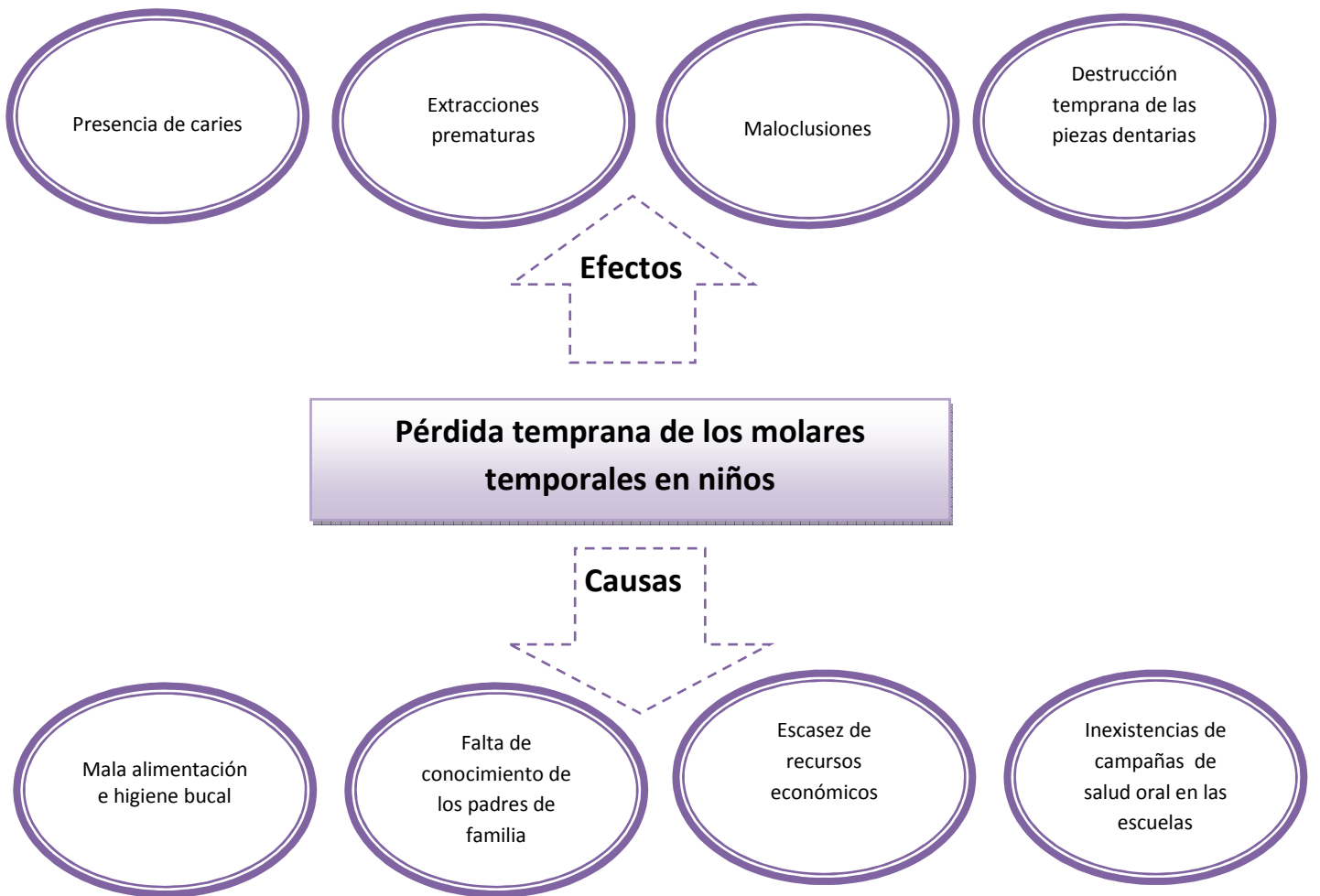
Esta dada por la predisposición que tienen las autoridades, y el comité central de padres de familia para ejecutar el proyecto.

## FUENTES DE FINANCIAMIENTO

El proyecto no representa gastos debido a que la institución cuenta con el espacio físico, recursos tecnológicos, y talento humano necesarios para la realización de la misma.

# **ANEXO 1**

# ÁRBOL DEL PROBLEMA



## CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	TIEMPO																							
	SEPT.2009				OCT.2009			NOV.2009			DIC.2009			ENE.2010			FEB.2010							
Diseño de proyecto de tesis	X	X	X	X																				
Aprobación del proyecto					X																			
Desarrollo del Marco Teórico						X	X	x																
Aplicación de los Instrumentos									x	x														
Tabulación de los Resultados											x	x												
Elaboración de Conclusiones													x											
Diseño de la Propuesta													x	x										
Redacción del Borrador del Informe															x	x								
Corrección del Borrador del Informe																	x	x	x					
Presentación del Informe Final																					x			
Defensa del Informe Final																						x	x	



## PRESUPUESTO

La ejecución de la tesis tiene un costo de \$246,00 (Doscientos Cuarenta y seis)

RUBROS	CAN	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR UNITARIO	COSTO TOTAL	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	
					AUTOGESTIÓN	APORTE INSTITUCIONAL
<b>SUMINISTROS</b>						
CARTUCHOS DE IMPRESORA EPSON DE COLOR	2	UNIDAD	\$ 21,00	\$ 42	SI	
CARTUCHOS DE IMPRESORA EPSON NEGRO	2	UNIDAD	\$ 25,00	\$ 50	SI	
<b>MATERIALES DE OFICINA</b>						
RESMA DE PAPEL	2	UNIDAD	\$ 4,50	\$ 9	SI	
<b>GASTOS OPERATIVOS</b>						
INTERNET	80	HORA	\$ 0,80	\$ 64	SI	
FOTOCOPIAS	600	UNIDAD	\$ 0,03	\$ 18	SI	
COMBUSTIBLE	10	GLS EXTRA	\$ 1,48	\$ 15	SI	
<b>MATERIALES DE DIAGNOSTICO</b>						
GUANTES	1	CAJA	\$ 5,00	\$ 5	SI	
ESPEJOS BUCALES DESECHABLES	1	CAJA	\$ 15,00	\$ 15	SI	
ANTISEPTICO	1	UNIDAD	\$ 6,00	\$ 6	SI	
IMPREVISTOS				\$ 22	SI	
<b>TOTAL</b>				<b>\$ 246</b>		

# **ANEXO 2**



**“UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO”**



**“CARRERA DE ODONTOLOGIA”**

ENCUESTA DIRIGIDA A LOS PADRES DE LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA TENIENTE HUGO ORTIZ

**INDICACIONES:**

- La presente investigación es una tesis de grado de odontólogos, por lo tanto se trata de un trabajo serio que requiere de respuestas con la responsabilidad del caso.
- Marque con una x dentro del paréntesis de la alternativa que corresponda según su criterio. Le pedimos de favor que responda a todas las preguntas.
- Desde ya le agradezco su colaboración.
- Coloque en el siguiente cuadro de abajo los datos de su hijo y el año que cursa.

**DATOS GENERALES:**

Edad: ..... Curso: .....

Sexo: Masculino  Femenino

**¿Por qué le han sacado los dientes a su Hijo/a?**

a. Tenía dolor

b. Estaba blanda

c. Venía el otro diente

d. No recuerda

**CONTENIDO DE LA ENCUESTA:**

**¿Qué tipo de pieza dental le sacaron a su niño?**

a. Diente

b. Muela

c. Ninguna

**¿A qué edad le sacaron la primera muelita a su Hijo/a?**

a. 3-5 años

b. 5-7 años

c. 7-9 años

**¿Cuándo le sacaron la muelita a su niño/a, tenía?**

a. Tenía raices

b. No tenía raices

c. No se dio cuenta



**“UNIVERSIDAD PARTICULAR SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO”**

UNIVERSIDAD  
**SAN GREGORIO**  
DE PORTOVIEJO

**UNIDAD ACADEMICA DE SALUD**

**CARRERA DE ODONTOLOGIA**

Fecha: .....

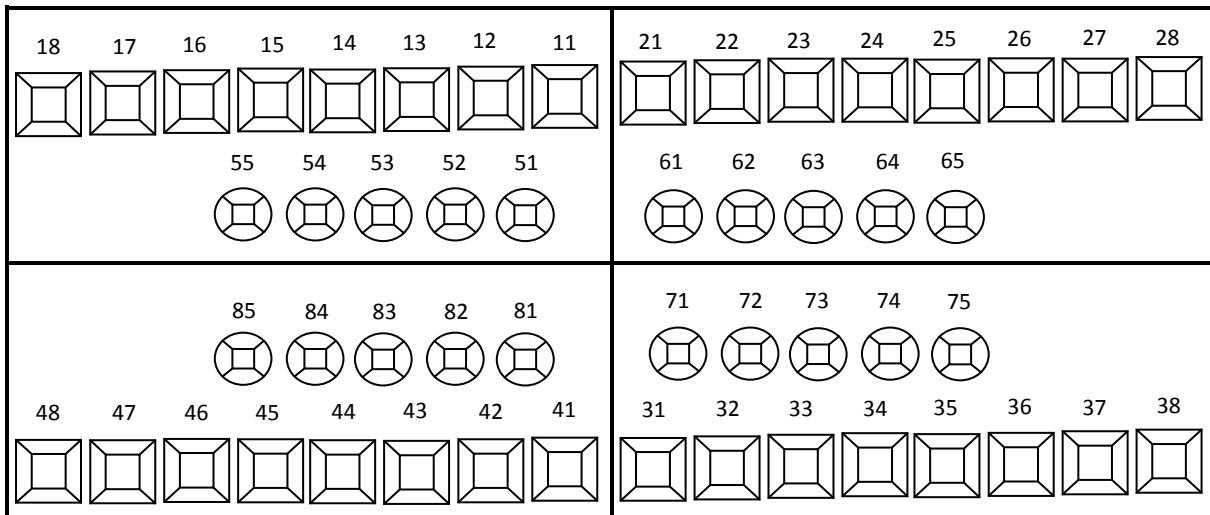
N de H.C: .....

Edad: .....

Domicilio: .....

Telf. ....

**ODONTOGRAMA**



MALOCCLUSIÓN	
ANGLE I	
ANGLE II	
ANGLE III	

D	C	P	O	TOTAL
d	c	e	o	TOTAL

CLASE I	TIPO 1	TIPO 2	TIPO 3	TIPO 4	TIPO 5
CLASE II	DIVISION 1		DIVISION 2		
CLASE III	TIPO 1		TIPO 2		TIPO 3

# **ANEXO 3**