



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

PREVALENCIA DE LA PÉRDIDA PREMATURA DE LOS MOLARES DECIDUOS EN NIÑOS DE 3 A 8 AÑOS, ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, EN EL PERÍODO 2013 - 2017

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIA
A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGA**

AUTORA: Barahona Tapia, Joselyn Mayerline

DIRECTORA: Calle Prado, María Daniela Od. Esp.

CUENCA – ECUADOR

2018

DECLARACIÓN:

Yo, **Barahona Tapia, Joselyn Mayerline** declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que he consultado la totalidad de las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento; y eximo expresamente a la UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

La UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, puede hacer uso de los derechos correspondientes a este trabajo, según lo establecido por la ley de propiedad intelectual, por su reglamento y normatividad institucional vigente.

.....

Autora: Barahona Tapia Joselyn Mayerline

C.I.: 1400899389

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

Sra. Dra. Lilian Encalada Verdugo

COORDINADORA DEL DEPARTAMENTO DE TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado **“PREVALENCIA DE LA PÉRDIDA PREMATURA DE LOS MOLARES DECIDUOS EN NIÑOS DE 3 A 8 AÑOS, ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, EN EL PERIODO 2013 - 2017”**, realizado por **BARAHONA TAPIA, JOSELYN MAYERLINE**, ha sido inscrito y es pertinente con las líneas de investigación de la Carrera de Odontología, de la Unidad Académica de Salud y Bienestar y de la Universidad, por lo que está expedito para su presentación.

Cuenca, Julio 2018

.....

Dr. Ebingen Villavicencio Caparó.

DPTO. DE INVESTIGACIÓN ODONTOLÓGÍA

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Sra. Dra. Liliana Encalada Verdugo
COORDINADORA DEL DPTO. DE TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado **“PREVALENCIA DE LA PÉRDIDA PREMATURA DE LOS MOLARES DECIDUOS EN NIÑOS DE 3 A 8 AÑOS, ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, EN EL PERIODO 2013 - 2017 ”**, realizado por **BARAHONA TAPIA, JOSELYN MAYERLINE**, ha sido revisado y orientado durante su ejecución, por lo que certifico que el presente documento, fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico, se sujeta a las normas éticas de investigación, por lo que está expedito para su sustentación.

Cuenca, julio 2018

.....

Tutora: Calle Pardo, María Daniela

DEDICATORIA

Dedico de manera especial a mis padres, Olmedo Barahona e Irma Tapia ya que ellos fueron los principales pilares para construir mi vida profesional y por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad y todos mis logros se los debo a ellos y a Dios por darme fortaleza y sabiduría para poder alcanzar mis anhelos.

A mis hermanos y demás familia en general por el apoyo que siempre me brindaron día a día, por sus consejos y apoyo incondicional en el transcurso de mi carrera Universitaria

EPÍGRAFE.

La inteligencia consiste no solo en el conocimiento, sino también en la destreza de aplicar los conocimientos en la práctica

(Aristóteles)

AGRADECIMIENTOS:

A mis padres por su confianza.

A los docentes que me asesoraron en el desarrollo de mi tesis.

A la Universidad Católica de Cuenca por permitirme hacer el estudio en el establecimiento.

ÍNDICE

RESUMEN	11
ABSTRACT	12
INTRODUCCIÓN	13
CAPÍTULO I	15
PLANTEAMIENTO TEÓRICO	15
1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	16
2. JUSTIFICACIÓN	17
3. OBJETIVOS	18
3.1. Objetivo General	18
3.2. Objetivos Específicos	18
4. MARCO TEÓRICO	19
4.1. BASES TEÓRICAS	19
4.1.A. ONDONTOGÉNESIS	19
4.1.A.1. GERMEN DENTARIO	19
4.1.A.2. ESTADÍO DE YEMA O BOTÓN DENTARIO	19
4.1.A.3. ESTADÍO DE COPA O CASQUETE	20
4.1.A.4. ESTADÍO DE CAMPANA	20
4.1.A.5. LA VAINA DE HERTWING Y LA FORMACIÓN DE LA RAÍCES	21
4.1.B. DESARROLLO DE LOS MOLARES DECIDUOS	21
4.1.C. CRONOLOGÍA DE ERUPCIÓN DE LOS MOLARES DECIDUOS	22
4.1.D. FASES DE LA ERUPCIÓN DENTARIA	22
4.1.E. IMPORTANCIA DE LOS MOLARES DECIDUOS	22
4.1.F. REABSORCIÓN RADICULAR ATÍPICA DE LOS DIENTES TEMPORALES	23
4.1.G. FACTORES QUE ALTERAN LA REABSORCIÓN DE LA RAÍZ DE LOS DIENTES DECIDUOS	23
4.1.H. ETIOLOGÍA DE LA PÉRDIDA PREMATURA DE LOS MOLARES	24
4.1.I. CONSECUENCIAS DE LA PÉRDIDA PREMATURA DE LOS MOLARES DECIDUOS	25
4.1.J. TERAPIA PREVENTIVA PARA EVITAR LA PERDIDA DE LOS DE LOS MOLARES DECIDUOS	25
4.1.J.1. TÉCNICAS DE CEPILLADO	26
4.1.K. TERAPIA PARA LA PÉRDIDA PREMATURA DE LOS MOLARES DECIDUOS	27
4.1.K.1. Motivos para utilizar un mantenedor de espacio	27
4.1.K.2. INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LOS MANTENEDORES DE ESPACIO	27
4.1.K.3. TIPOS DE MANTENEDORES DE ESPACIO	28
4.1.K.3.1. Mantenedores fijos	28
4.1.K.3.2. Mantenedores Removibles	28

4.2.	ANTECEDENTES	30
5.	HIPÓTESIS	32
CAPÍTULO II.....		33
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL		33
1.	MARCO METODOLÓGICO.....	34
2.	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	34
2.1.	Criterios de selección:	34
2.1.a.	Criterios de inclusión.....	34
2.1.b.	Criterios de exclusión:	34
3.	OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	35
4.	INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	36
4.1.	Instrumentos documentales	36
4.1.a.	Materiales.....	36
4.1.b.	Recursos	36
5.	PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS.....	36
5.2.	UBICACIÓN ESPACIAL	36
5.3.	UBICACIÓN TEMPORAL	36
5.4.	PROCEDIMIENTOS DE LA TOMA DE DATOS	37
5.3. a.	Método de encuesta utilizado por los examinadores.....	37
5.3. b.	Criterios de registro de hallazgo.....	37
6.	PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS	38
7.	ASPECTOS BIOÉTICOS	38
CAPÍTULO III.....		39
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN		39
1.	RESULTADOS.....	40
2.	DISCUSIÓN.....	45
3.	CONCLUSIONES	46
BIBLIOGRAFÍA		47
ANEXO.		51

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Prevalencia de pérdida prematura de los molares deciduos	40
Tabla 2 Frecuencia de la pérdida prematura de los molares deciduos de acuerdo a la causa.....	41
Tabla 3 Frecuencia de la pérdida prematura de los molares deciduos de acuerdo al sexo.....	42
Tabla 4 Frecuencia de la pérdida prematura de los molares deciduos de acuerdo a la edad	43
Tabla 5. Identificar el del molar deciduos con mayor prevalencia de perdida prematura según el sexo.....	44

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de la pérdida prematura de los molares deciduos en pacientes de 3 a 8 años, atendidos en la clínica Odontológica de la Universidad Católica de Cuenca, en el periodo 2013 - 2017. **MÉTODOS:** Fue un estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, los datos se obtuvieron con la revisión de fichas de Odontopediatría de niños de 3 a 8 años, atendidos en la clínica odontológica (CONCAUE), en el período 2013 – 2017. Se realizó el respectivo análisis estadístico para determinar la causa, edad, pieza y el sexo con mayor prevalencia de pérdida prematura de los molares deciduos. **RESULTADOS:** En 619 pacientes entre 3 a 8 años, el 45 % posee una pérdida prematura. La pieza con mayor pérdida fue el primer molar inferior izquierdo en el sexo masculino en la edad de 3 – 4 años.

PALABRAS CLAVE: pérdida, prematura

ABSTRACT

AIM: To determine the prevalence of premature loss of deciduous molars in patients aged 3 to 8 years, seen in the clinic of the Catholic University of Cuenca, in the period 2013 - 2017.

MATERIAL AND METHODS: It was descriptive, retrospective and cutting study, transversal, the data was obtained with the review of records of pediatric dentistry of children from 3 to 8 years, attended in the dental clinic, in the period 2013 - 2017. The respective statistical analysis was performed to determine the cause, age, piece and the sex with a higher prevalence of premature loss of deciduous molars.

RESULTS: In 619 patients between 3 to 8 years, 45% have a premature loss. The piece with the greatest loss was the first lower left molar in males at the age of 3 - 4 years.

KEY WORDS: loss, premature

INTRODUCCIÓN

La primera dentición se nombra de diferentes maneras: dentición decidua, dentición temporal o dentición primaria; la calcificación de las piezas dentales empieza desde las 25 semanas de vida intrauterina y erupciones entre los 6 meses a 8 meses de edad con los incisivos inferiores, seguidos de los superiores y terminan de erupcionar alrededor de los 2 años 6 meses con los molares; la dentición temporal consta de 20 piezas dentales. La función primordial de esta dentición es mantener el espacio para la dentición permanente siendo que esta va a constar de 32 piezas dentarias ⁽¹⁾.

La transformación de la dentición temporal a la permanente requiere de adaptación en los cambios fisiológicos y anatómicos, la erupción de las piezas permanentes y la exfoliación de las piezas temporales se realiza en un periodo armónico para que no existan complicaciones como maloclusiones, alteración de la fisionomía del niño, alteraciones en la cronología de erupción dental, la masticación, apiñamiento, mal posiciones dentarias y diastemas ^{(2) (3)}.

Las causas de la pérdida prematura de los molares deciduos son: caries, traumatismos, exodoncias con indicación para ortodoncia esto va a depender de la edad para la rehabilitación de ortodoncia con el fin de tener una mejor alineación de los molares permanentes y terapias pulpares fallidas o sin éxito, etc ^{(4) (5) (6), (7), (8)}.

La prevalencia de la pérdida prematura de los molares deciduos es muy alta ya sea por el pH salival, la alimentación y la higiene oral; la morfología dental es otro factor por la presencia de fosas y fisuras, que al entrar en contacto con la saliva, los alimentos y la microflora de la cavidad oral se forma placa bacteria que desmineraliza los molares y forma caries, los padres desconocen la función que tiene la dentición temporal, creen que al ser una dentición decidua no importa el estado de salud de las piezas temporales y que al cambiar va a desaparecer la enfermedad bucal o la pieza afectada sin dejar daños a las piezas permanentes, sin saber las consecuencias que se van a presentar a futuro como son apiñamientos, mal oclusiones entre otras ^{(3) (9) (10)}.

Para evitar estas pérdidas prematuras de los dientes deciduos, maloclusiones y realizar tratamientos ortodónticos a los niños desde una temprana edad, los cuales pueden causar traumas psicológicos, se recomienda que los padres acudan a la consulta odontológica desde los 12 meses de edad o unas 2 veces al año y fomentar la higiene oral en los niños ⁽³⁾.

Los dientes deciduos son el cimiento para la posición de los dientes permanentes y son de gran importancia para la masticación, fonación estética; la pérdida de la misma producirá consecuencias, por tal motivo a los niños se les debe enseñar técnicas de cepillado para una mejor higiene oral ⁽¹¹⁾.

El objetivo de este trabajo fue determinar la prevalencia de pérdida de los molares deciduos en niños de 3 a 8 años, atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Cuenca.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

Se ha observado que los niños son más propensos a desarrollar caries por el nivel de azúcar que ingieren, por la mala higiene oral y por la anatomía compleja de los molares, que permite el desarrollo de la caries y al no ser tratada a tiempo esta se vuelve extensa causando gran pérdida de tejido dentario, sin tratamiento restaurador, por lo cual, se recurre a una exodoncia de la pieza por el deterioro de la misma de forma prematura.

La pérdida prematura de los molares tiene mayor incidencia en los niños que en adultos, esto puede afectar a la oclusión, disminución del arco dentario y alteración la erupción de las piezas dentarias permanentes, esta pérdida prematura se debe por la falta de información de los padres sobre de la importancia de mantener el equilibrio fisiológico, el cuidado de la salud bucal de los dientes deciduos y creen que no tienen validez por no ser permanentes y que van a cambiar, pero no saben las consecuencias que van a presentar a futuro.

Es necesario fomentar una buena higiene oral, dieta adecuada a los padres para la prevención de caries de sus hijos, y darles información sobre el rol que cumple las piezas temporales antes de la erupción definitiva.

Según estudios en la Universidad de las Américas Carrera de Odontología la pieza con mayor frecuencia de pérdida prematura fue la 54 con un porcentaje de 28%; y la pieza 64 a un 20,8%, la pieza 85 con un 12,8% seguido de la 84 con 10,4% y 75 de un 10,4% y con menor frecuencia 65 con 7,2%; 74 presento 5,6% y 55 un 4,8%.¹²

La interrogante principal de esta investigación fue: ¿Cuánto es la prevalencia de pérdida de molares deciduos en niños de 3 a 8 años en las clínicas odontológicas de la Universidad Católica de Cuenca en el período 2013- 2017?

Esta interrogante será contestada mediante la recopilación de datos de las Fichas de odontopediatría llenados por estudiantes de la Universidad Católica de Cuenca, carrera de odontología en el periodo 2013 – 2017.

Resultados de la pérdida prematura de los molares deciduos de los niños que acuden a la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Cuenca, permitirá observar la causa más frecuente de la pérdida prematura de los molares deciduos.

Este trabajo tuvo una línea de investigación de salud y bienestar humano según el consejo técnico Asesor del SINDE, debido a que aborda el tema de salud dental y tiene como objetivo

una mejor calidad de vida de la población, garantizar los derechos de la naturaleza y promover un ambiente sano y sustentable.

2. JUSTIFICACIÓN

Esta investigación tuvo una relevancia social, ya que fue dirigido a un estudio en pacientes de 3 a 8 años de edad atendidos en la clínica odontológica de la Universidad Católica de Cuenca que han perdido de forma prematura los molares deciduos. También tuvo una relevancia científica, porque proporcionó datos que permitió apreciar la prevalencia de la pérdida prematura de los molares en pacientes de 3 a 8 años de edad, atendidos en la clínica odontológica de la Universidad Católica de Cuenca que han perdido de forma prematura los molares deciduos. En cuanto a la relevancia humana, esta investigación fue dirigida a un grupo de niños de 3 a 8 años de edad, debido que se cree que es un grupo vulnerable a la pérdida prematura de los molares deciduos debido su morfología dental, higiene dental; la pérdida prematura va a causar alteraciones de masticación, fonación, erupción de las piezas permanentes. Esta investigación tuvo un nivel de originalidad nacional debido que no existen muchos estudios realizados en el Ecuador, con respecto a la pérdida prematura de los molares deciduos y podría servir como base para estudios posteriores. Este estudio contó con recursos humanos, materiales y tecnológicos, además con el apoyo de la Universidad Católica de Cuenca y el departamento de Investigación del mismo.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

Determinar la prevalencia de la pérdida prematura de los molares deciduos en niños de 3 a 8 años, atendidos en la clínica Odontológica de la Universidad Católica de Cuenca, en el período 2013 - 2017.

3.2. Objetivos Específicos

- ✓ Determinar la causa más frecuente de la pérdida prematura de los molares deciduos
- ✓ Conocer la frecuencia de la pérdida prematura de los molares deciduos según el sexo.
- ✓ Conocer la frecuencia de la pérdida prematura de los molares deciduos según la edad.
- ✓ Identificar el tipo del molar con mayor prevalencia de pérdida prematura, según el sexo.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. BASES TEÓRICAS

4.1.A. ONDONTOGÉNESIS

La formación de los dientes se llama odontogénesis donde está implicado el ectodermo, mesodermo y células procedentes de la cresta neural. La odontogénesis es un proceso embrionario, donde las células ectodérmicas del estomodeo o boca primitiva, se invaginan para formar estructuras que junto con el ectomesénquima formaran las piezas dentarias. En la octava semana de vida intrauterina se forman los gérmenes dentarios que tienen una serie de etapas que son ⁽¹³⁾:

4.1.A.1. GERMEN DENTARIO

Los gérmenes dentarios se originan a partir del ectodermo y mesodermo. El ectodermo forma el órgano dental epitelial que luego se creará la corona y finalmente el esmalte ⁽¹³⁾.

El mesodermo, que se encuentra en la invaginación del órgano dental epitelial y se conoce con el nombre de papila dentaria, que formará la dentina, quedando un remanente que dará origen a la pulpa dentaria ⁽¹³⁾.

El tejido conjuntivo que forma el saco dentario y que se encuentra en el órgano dental epitelial, originará posteriormente el cemento y ligamento periodontal ⁽¹³⁾.

4.1.A.2. ESTADÍO DE YEMA O BOTÓN DENTARIO

El desarrollo de las piezas dentarias empieza en la sexta semana de vida embrionario. El epitelio de la futura cavidad bucal está separado del tejido subyacente, mediante una membrana denominada basal, las células comienzan a proliferar hacia la profundidad, a los sitios donde se desarrollará los procesos de los maxilares y a la proliferación se la conoce como lámina dental ⁽¹³⁾.

4.1.A.3. ESTADÍO DE COPA O CASQUETE

La proliferación celular de los brotes macizos o yemas no se realiza de manera uniforme, si hace que se forme una pequeña invaginación en forma de casquete. Los cambios histológicos que ocurre en esta etapa son las siguientes ⁽¹³⁾

Las células más superficiales de la porción convexa son más o menos bajas y se conoce con el nombre de epitelio externo ⁽¹²⁾. Las células que están en la porción cóncava son más altas y constituyen el epitelio interno, el mismo que originará a los ameloblastos ⁽¹²⁾. El líquido intracelular se separa y toman un aspecto estrellado con largas prolongaciones citoplasmáticas, a estas prolongaciones se las conoce como retículo estrellado. El Líquido intracelular es rico en albuminoides, que sirve de amortiguador que protegerá al esmalte ⁽¹³⁾

El epitelio que está en relación con la porción cóncava, se condensa y las células están en relación con este epitelio se diferencia en odontoblastos, existe una gran proliferación de capilares sanguíneos y figuras mitóticas, a esta porción se la conoce como papila dentaria ⁽¹²⁾. La mesénquima que está rodeando al órgano dental epitelial y la papila dentaria se condensan y forman el saco dentario, que dará origen al cemento y ligamento periodontal, estos 3 elementos van a constituir el germen dentario ⁽¹³⁾.

4.1.A.4. ESTADÍO DE CAMPANA

La invaginación del órgano dental se profundiza y toma el aspecto de campana. Los cambios histológicos que ocurren en esta etapa son las siguientes ⁽¹³⁾:

Las células del epitelio interno se vuelven altas para transformarse en ameloblastos. Entre la capa de ameloblastos y el retículo estrellado existe una capa de células aplanadas que se conoce con el nombre de estrato intermedio, donde comienza formación de esmalte, esto empieza a relacionarse con las cúspides y bordes incisales ⁽¹³⁾.

Las células que separan los odontoblastos de los ameloblastos se denominan membrana pre formativa, durante esta etapa, el saco dentario se caracteriza fibras circulares, una vez que se ha formado las raíces se implantan en ellas para constituir las fibras del ligamento periodontal ⁽¹³⁾.

En primer lugar, la lámina dental se rompe un cierto número de islas de células epiteliales, separándose el diente en desarrollo del epitelio oral. En segundo lugar, el epitelio dental interno completa su plegamiento, permitiendo distinguir la forma de la futura corona del diente ⁽¹³⁾.

4.1.A.5. LA VAINA DE HERTWING Y LA FORMACIÓN DE LA RAÍCES.

La Vaina de Hertwing se encarga del número y tamaño de las raíces y su desarrollo comienza con la formación o el depósito de esmalte y dentina. Los epitelios externo e interno del esmalte se curvan en el futuro límite cemento-adamantino en un plano horizontal en límite amelodentario ⁽¹³⁾.

El órgano dental epitelial juega un papel importante en el moldeado y formación de las raíces. La Vaina de Hertwing está constituida por epitelio interno que induce la diferenciación de odontoblastos. Al no existir estrato intermedio, no se diferencian ameloblastos, explicándose así la ausencia de esmalte a este nivel. ⁽¹³⁾.

Una vez que se ha depositado la dentina en las raíces, la vaina Hertwing pierde continuidad y por lo mismo se separa de la superficie dentaria, esto facilita que las fibras del saco dentario se inserten en la dentina ⁽¹³⁾.

Los fibroblastos se diferencian en cementoblastos, los cuales depositan en la superficie radicular, en las piezas dentarias, las formaciones de raíces varían de una pieza uniradicular o multiradicular ⁽¹³⁾.

4.1.B. DESARROLLO DE LOS MOLARES DECIDUOS

La formación de los molares deciduos empieza entre la séptima semana de vida intrauterina, con el desarrollo de la lámina dental; los incisivos centrales superiores se dirigen hacia labial, los incisivos laterales hacia palatino, los caninos hacia vestibular; en el maxilar inferior ocurre lo mismo pero los incisivos hacia lingual ⁽¹⁵⁾.

Existe un apiñamiento embrionario no por falta de espacio si no por el patrón de crecimiento de la lámina dental propiamente dicho. El crecimiento de los gérmenes es mayor en el maxilar que en la mandíbula ^{(15) (16)}.

Los maxilares son los huesos más pequeños con relación al resto del cráneo; estos van a ir creciendo de acuerdo al desarrollo del niño, para la erupción de las piezas dentarias ya adquiere la dimensión adecuada del arco ^{(15) (16)}.

Las almohadillas gingivales inician su formación en la vida intrauterina presenta una forma de herradura, al nacer son como las de un adulto desdentado, los tamaños de las almohadillas van a depender del peso del niño en el nacimiento, el estado de madurez y el tamaño de los dientes deciduos en desarrollo ^{(15) (16)}.

Las almohadillas no son lisas por lo contrario se observan eminencias que corresponden a los gérmenes dentarios, al momento de la erupción dental estos desaparecen ^{(15) (16)}.

Entre el cuarto y sexto mes de vida intrauterina las piezas dentales comienzan a calcificarse. La corona del primer molar deciduo está completamente formada y el germen del primer premolar es un pequeño brote epitelial. El segundo molar deciduo esta menos calcificado y las raíces aún no se forman y el germen del segundo premolar es un pequeño brote epitelial ⁽¹⁵⁾.

4.1.C. CRONOLOGÍA DE ERUPCIÓN DE LOS MOLARES DECIDUOS

La cronología de la erupción de los molares va a variar de una persona a otra por diversos factores entre esos la raza, el clima, la nutrición, afecciones sistémicas entre otros. La exfoliación de los dientes deciduos y la erupción de los permanentes es de forma armónica, esto forma de parte del desarrollo y crecimiento ^{(15) (16)}.

Los primeros molares erupciones entre los 16 meses y a los 20 meses de vida, la boca se prepara para el cambio de dieta de líquidos a sólidos y la erupción de los segundos molares tarda 4 meses ⁽¹⁹⁾; la dentición decidua termina ente los dos años y medio a tres años ^{(15) (17)}.

4.1.D. FASES DE LA ERUPCIÓN DENTARIA

La erupción dentaria es un proceso complejo en el que el diente se desplaza en relación con el resto de las estructuras craneofaciales. En la erupción dentaria se diferencian tres fases:

Fase preeruptiva: dura hasta que se completa la formación de la corona ⁽²⁰⁾.

Fase eruptiva prefuncional: comienza con el inicio de la formación de la raíz y termina cuando el diente se pone en contacto con el diente antagonista ⁽²⁰⁾.

Fase eruptiva funcional: comienza en el momento en que contacta con el diente antagonista y comienza a realizar la función masticatoria ⁽²⁰⁾.

4.1.E. IMPORTANCIA DE LOS MOLARES DECIDUOS

- Guía de erupción de la dentición permanente, la pérdida prematura de una pieza decidua puede causar migraciones de los dientes vecinos, cerrando el espacio para la dentición permanente. ⁽²¹⁾.
- Masticación permite una mejor alimentación, con un buen corte, y trituración de los diferentes tipos de alimento ⁽²¹⁾.
- Fonación permite al niño pronunciar correctamente cada sonido mientras habla. ⁽²¹⁾
- Estética: es indudable, la forma, el color, y la localización de los dientes da lugar a una armonía que influye positivamente en el desarrollo de la autoestima del niño; al tener todos los dientes permiten el desarrollo de las estructuras maxilofaciales ⁽²¹⁾.

4.1.F. REABSORCIÓN RADICULAR ATÍPICA DE LOS DIENTES TEMPORALES

La raíz de los dientes deciduos, completa su formación al año de erupción, por lo tanto, la formación completa de los dientes deciduos es entre los 3 o 4 años. La reabsorción de las raíces comienza alrededor de los 4 años con los incisivos y de los molares empieza a los 6 años, a esta edad la reabsorción es fisiológica y va a permitir la erupción de los molares deciduos. La reabsorción se da por la presión que ejerce el diente permanente para la erupción, en caso de la pérdida prematura la erupción se da de manera más tardía ⁽¹³⁾.

4.1.G. FACTORES QUE ALTERAN LA REABSORCIÓN DE LA RAÍZ DE LOS DIENTES DECIDUOS

Alteraciones inflamatorias: la inflamación infecciosa libera macrófagos lo que hace que la raíz se reabsorba rápido produciendo la destrucción de la raíz ⁽¹³⁾.

Traumatismo oclusal: fuerza anormal durante la masticación, va a alterar el hueso y el diente ⁽¹³⁾.

Erupción ectópica: es más común en los primeros molares permanentes. La corona hace presión en la raíz del diente adyacente ⁽¹³⁾.

Tumores: los tumores más comunes son los quistes foliculares, ameloblastos, lesiones fibroósos, que van a ejercer presión sobre la raíz de los dientes deciduos causando una reabsorción ⁽¹³⁾.

4.1.H. ETIOLOGÍA DE LA PÉRDIDA PREMATURA DE LOS MOLARES

La pérdida del primer molar deciduo juega un papel importante para la guía de los primeros y segundos molares permanentes, la pérdida prematura del primer molar deciduo ocasionará migraciones hacia el espacio edéntulo y disminuirá la función masticatoria ⁽¹⁷⁾.

La pérdida de los primeros molares deciduos se da por diversos factores etiológicos como: caries, traumatismos, problemas periodontales, alteraciones congénitas, reabsorciones radiculares atípicas o por iatrogenias ⁽⁵⁾.

Caries: es un proceso infeccioso multifactorial, donde se da una desmineralización de los tejidos duros del diente por la acumulación de placa, los dientes más susceptibles son los molares debido a su anatomía los microorganismos se alojan en las fosas y fisuras ⁽⁵⁾. Según estudios la caries dental es el factor más predisponente en los niños ^{(7) (4) (22)}.

Traumatismos: los niños son los que más caídas sufren y ciertos golpes afectan a los dientes y la erupción de los dientes permanentes ⁽²²⁾.

Problemas periodontales: Los niños en edades tempranas desarrollan gingivitis que aumenta con la edad y en edades mayores puede presentarse la periodontitis juvenil, causa de pérdida dentaria ⁽⁵⁾.

Resorciones radiculares patológica: se presentan debido a la falta de espacio y a la erupción ectópica de los dientes permanentes o a procesos infecciosos ^{(5) (12)}, también si existe un trauma oclusal, procesos periapicales (necrosis) ⁽¹⁰⁾.

Alteraciones congénitas: Como son la ausencia congénita de dientes, erupción ectópica, malformaciones dentales, dientes anquilosados en los cuales se indica la extracción, dientes con poca o nada de raíz lo que favorece su pérdida ⁽¹⁰⁾.

Inflamación del tejido pulpar: una pulpitis puede provocar una reabsorción interna por la aparición de odontoclastos ⁽¹⁰⁾

Iatrogenia en el procedimiento odontológico: Durante los tratamientos pulpares se puede presentar perforación del piso pulpar, perforación de la furca o fractura de la raíz ⁽⁵⁾.

Impericia: Al llevar a cabo un proceso o tratamiento se actúa de manera contraria al estándar aceptado ocasionando daños al paciente, como extracciones no indicadas o procedimientos donde afectan al órgano dentario provocando la pérdida de este ⁽¹⁰⁾.

Exodoncias: una de las causas más comunes de las exodoncias es el deterioro de la pieza dental causada por un traumatismo o caries; otra causa de exodoncias es un fracaso de una terapia pulpar o cuando exista un absceso dentoalveolar agudo ^{(6) (24)}.

Indicaciones para ortodoncia: otra causa más frecuente es la extracción de los molares deciduos debido a la discrepancia óseodentaria y se realiza con el fin de tener un mejor alineamiento de la dentición permanente ⁽⁸⁾.

4.1.I. CONSECUENCIAS DE LA PÉRDIDA PREMATURA DE LOS MOLARES DECIDUOS

- **Pérdida de espacio en los arcos dentarios:** Al perder los dientes deciduos se pierde la guía para la erupción de los premolares y molares, y esto hace que las piezas permanentes tengan una alteración en erupción en su posición ^{(10) (13) (14)}.
- **Migraciones y rotaciones de los dientes adyacentes:** como consecuencia de la pérdida prematura del primer molar deciduo hace que el segundo molar se mesialice y pierda armonía en su oclusión ⁽¹¹⁾.
- **Maloclusiones:** cuando existe una pérdida prematura del molar deciduo, el diente adyacente sufre desviaciones ^{(4) (25)}.
- **Desordenes de la ATM:** al perder los molares de un lado se ejerce mucha presión de la masticación a un lado, tensionando los músculos del lado contrario ⁽¹¹⁾.
- **Masticación:** cuando hay una pérdida prematura de los molares existe una disminución o desequilibrio en la masticación, llevando los alimentos a un lado que no está afectado, causando una inflamación ⁽²⁶⁾.

4.1.J. TERAPIA PREVENTIVA PARA EVITAR LA PERDIDA DE LOS DE LOS MOLARES DECIDUOS

Hacer conciencia a los padres de la importancia de los dientes deciduos, aconsejando una dieta balanceada (con hidratos de carbono, proteínas, grasas, minerales, flúor y mucha agua) ⁽²²⁾; en caso de los niños menores de 6 meses se debe alimentar con leche materna y evitar la lactancia nocturna después de la erupción del primer diente; para los niños que usa el biberón se aconseja que no se agregue ningún tipo de miel o azúcar a la leche y limpiar los dientes después de ser alimentado; se debe evitar todo tipo de azúcar los primeros 2 años de vida. El cepillado debe ser realizada por un adulto hasta que el niño sea autónomo (8 – 10 años) ⁽¹⁵⁾. En niños que sepan escupir, utilizar pasta fluorada (1000-1450ppm) en cantidad

“alverjita”. realizar controles por lo menos 1 vez al año ⁽²¹⁾. Aplicación de flúor cada seis meses, dependiendo el riesgo de caries.

La colocación de flúor barniz 5% esta indicada en niños menores de 6 años o que no controlan el reflejo de la deglución, mientras que el flúor gel 2% está indicada para pacientes mayores de 7 años ⁽¹⁵⁾.

El poco interés de los padres con el cuidado dental de sus hijos, es una causa de la pérdida prematura de los molares, ya que ellos piensan que no tiene mucha importancia la dentición decidua y no conocen la importancia de estas piezas dentarias como es la guía de la erupción de los molares permanentes, y esto trae como consecuencia pérdida prematura de los molares debido a la falta de conocimiento de su importancia ^{(3) (28) (29)}.

Los molares deciduos además de cumplir la función de guía de erupción, son los encargados de moler los alimentos, por ello es muy susceptible a caries por su morfología oclusal compleja, con fosas y fisuras ^{(3) (28)}.

Es necesario fomentar la educación de la higiene oral, dieta adecuada padres y niños para la prevención de caries, y darles información sobre el rol que cumple las piezas temporales antes de la erupción definitiva ^{(3) (28)}. El cuidado de la salud oral va estar influenciada por los padres, así como también llevar a consultas odontológica a sus hijos ^{(3) (31)}.

4.1.J.1. TÉCNICAS DE CEPILLADO

Técnica de Fones: Indicada en niños en edad preescolar, se realizan movimientos circulares sobre las caras externas e internas de los dientes, y en las caras oclusales se realizan movimientos anteroposteriores ⁽³²⁾.

Técnica de Stillman modificado: Se coloca el cepillo en la región mucogingival, con los filamentos del cepillo apoyado lateralmente sobre la encía. Se realizan movimientos vibratorios y desplazamiento del cepillo hacia la superficie dentaria ⁽³²⁾.

Técnica de Bass: Indicado en Odontopediatría, especialmente en pacientes portadores de aparatos de ortodoncia fija. Se recomienda que los filamentos del cepillo dental sean colocados sobre la unión diente-encía con un ángulo de 45 grados con relación al eje del diente. Con el cepillo dental en esta posición se realizan movimientos vibratorios ⁽³²⁾.

Técnica horizontal: indicada para los preescolares, esta técnica consiste en que los filamentos del cepillo se colocan en un ángulo de 90 grados sobre la superficie vestibular,

linguo- palatina y oclusal de los dientes. Se realiza una serie de movimientos repetidos de atrás para adelante sobre toda la arcada, la cavidad oral se divide en sextantes y se realizan 20 movimientos por cada sextante ⁽³²⁾.

4.1.K. TERAPIA PARA LA PÉRDIDA PREMATURA DE LOS MOLARES DECIDUOS

Se emplean aparatos diseñados para cada paciente que impiden el cierre del espacio disponible; pueden ser removibles o fijos, para la colocación de un mantenedor se debe tener en cuenta ciertos factores como: la edad, pérdida del diente, presencia o ausencia del diente sucesor, análisis disponible y tiempo transcurrido desde la pérdida. ⁽²⁵⁾.

4.1.K.1. Motivos para utilizar un mantenedor de espacio.

- Evitar apiñamiento.
- Evitar desplazamiento de otros dientes
- Mantener la dimensión vertical.
- Oclusión
- Mantener una correcta guía de erupción.
- Evitar la aparición de hábitos ⁽²¹⁾.

4.1.K.2. INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LOS MANTENEDORES DE ESPACIO

Indicaciones

- Tener el espacio adecuado para la erupción del permanente ^{(22) (27)}.
- Longitud del arco adecuado ^{(21) (27)}.
- La relación molar o canina no debe estar afectada ^{(21) (29)}.
- Motivos estéticos y psicológicos ^{(21) (29)}.

Contraindicaciones

- No exista suficiente espacio para colocar un mantenedor.
- Si el diente sucesor está ausente congénitamente ⁽²¹⁾.

- Cuando existe agenesia del permanente ⁽³⁰⁾ ⁽³²⁾.
- Cuando ya está a punto de erupcionar el permanente ⁽³⁰⁾.
- Extracción de la pieza con más de 6 meses ⁽³⁰⁾.

4.1.K.3. TIPOS DE MANTENEDORES DE ESPACIO

4.1.K.3.1. Mantenedores fijos

Corona-ansa: un alambre va soldado a la corona de metal y esta a su vez va cementada al diente anterior al espacio edéntulo, impide la mesialización de los molares ⁽³⁰⁾.

Banda ansa o banda bucle: el retenedor irá soldado a una banda metal que rodea al diente continuo, este aparato se debe utilizar para mantener el espacio de un solo diente para primeros y segundos molares ⁽³⁰⁾.

Zapata distal: de primera elección cuando se ha perdido un segundo molar temporal, también conocido como mantenedor intragingiva ⁽³⁰⁾.

Arco transpalatino: son dos bandas metálicas en cada molar superior, que están unidos por un alambre de acero ya sea soldado o utilizado cajillas palatinas ⁽³⁰⁾.

Botón de nance: bandas en cada molar superior que son soldadas con un alambre de acero que tiene un botón de acrílico en la parte media del paladar duro, se utiliza cuando se ha perdido las piezas dentales posteriores (unilateral o bilateral) está contraindicado en pacientes con mala higiene dental, irritación de los tejidos ⁽³⁰⁾.

Arco lingual: consiste en un alambre con la forma de arco dental inferior, que tiene dos ansas y están soldadas a dos bandas en cada extremo, en la parte anterior está en contacto con los incisivos permanentes ⁽³⁰⁾.

4.1.K.3.2. Mantenedores Removibles.

Mantenedor removible estético.

Permite mantener el espacio de uno o más dientes, evitan el hábito de interposición lingual ⁽³⁰⁾.

Mantenedores de espacio pasivos y activos.

Mantenedores pasivos: mantienen el espacio edéntulo pero no realizan ningún movimiento ⁽³⁰⁾.

Mantenedores activos: recuperan el espacio perdido en el arco ⁽³⁰⁾.

- Reganador en silla de montar
- Reganador con tornillo ⁽³⁰⁾.

4.2. ANTECEDENTES

Chávez Marianela⁽⁴⁾, en el artículo de prevalencia de la pérdida prematura de molares temporales y su relación con algunos factores de riesgo en niños y niñas preescolares del Cantón de Montes de Oca, en el año 2010. Se realizó un estudio con 370 participantes de ocho centros educativos. El factor de riesgo biológico de la PPMT es la caries dental; enfermedad prevalente en 29%. La mayor prevalencia de pérdida prematura se presenta en el primer molar inferior izquierdp.

Villares David y cols⁽⁶⁾, en el artículo de análisis de las causas de exodoncia en la población infantil atendida en una clínica universitaria, en el año 2016. En su estudio se puede conocer las causas de exodoncia en la población infantil, tanto en la dentición temporal como en la permanente, es necesario para poder valorar el impacto de las medidas preventivas, así como para definir las actuaciones en materia de salud bucodental.

Villalva Noelia⁽⁹⁾, en el artículo de pérdida prematura de dientes temporarios en niños que acudieron a un hospital público de la ciudad de Luque. Paraguay, muestra que la prevalencia de pérdida prematura de dientes temporarios en niños de 0 a 7 años de edad corresponde al 14% en el año 2009 y al 12,6% en el año 2010. En los niños de 4 a 7 años de edad las piezas dentarias que presentaron mayor frecuencia de pérdida en ambos años fueron los dientes 75/85 con un 29,8% en el año 2009 y un 33,8% en el año 2010. En el año 2009 se encontró una frecuencia de caries en un 57,6% y en el año 2010 en un 57,3% de los niños atendidos.

Chacón Karla y cols⁽¹⁰⁾, en el artículo de pérdida temprana de dientes temporales en niños de 0 a 8 años de edad. Se realizó una revisión en 125 historias clínicas de pacientes que asistieron por primera vez a consulta durante el año 2011. El 43% de los niños presentaron pérdida prematura de dientes temporales, de los cuales el 51,8% pertenecían al género masculino. El 30% de los niños presentaron pérdida de un sólo diente, el 20% dos o tres dientes y el 15% cuatro dientes. Se encontró una relación entre género y pérdida prematura

Torres Martha⁽¹⁵⁾, en el artículo del desarrollo de la dentición. La dentición primaria, en el año 2009. El desarrollo de la oclusión dentaria es un proceso largo y complejo que abarca desde muy temprano en la vida embrionaria y se alarga prácticamente durante toda la vida, ya que sus condiciones no permanecen estables por factores de orden general y local que actúan sobre ella. Es importante para ello conocer cómo son sus diferentes etapas para reconocer posteriormente cuando estamos ante una situación de normalidad y diferenciar de una anormalidad.

Ocampo Andrea Y cols⁽¹⁶⁾, en el artículo de guía de erupción y extracción seriada: una mirada desde el desarrollo de oclusión, en el año 2012. El ser humano posee dos denticiones, las cuales necesitan de al menos quince años para su consolidación. El apiñamiento dental es una de las maloclusiones con mayor prevalencia y el enfoque del tratamiento dependerá de las características faciales, esqueléticas y oclusales de cada paciente. Este artículo aborda el procedimiento de guía de erupción como tratamiento interceptivo del apiñamiento con base en los conceptos de crecimiento y desarrollo, y desarrollo de oclusión. La extracción seriada para anticipar alteraciones de espacio que se producirán, a menos que los dientes sean eliminados con intervalos estratégicos para aliviar la severidad de la maloclusión.

Morgado Danay y cols⁽¹⁸⁾, en el artículo de Chronology and variability of the dental eruption, en el año 2011. La erupción dentaria es un proceso que está íntimamente relacionado con el crecimiento. Se encuentra sujeta a cambios que pueden alterar o retardar su cronología. Existen evidencias clínicas del adelanto en la erupción de ambas denticiones en la actualidad. Los factores que pueden incidir en dichos cambios son: sexo, étnias, dieta, nutrición y enfermedades locales y sistémicas. Se realiza una revisión bibliográfica sobre la cronología y variabilidad de la erupción dentaria.

García F, Lopez M, Nuño M. ⁽²¹⁾ en el artículo de Importancia de los dientes temporales. Su cronología de erupción el año 2013. La erupción de los dientes temporales es motivo de alegría para toda la familia. Sin embargo, muchas veces, los padres desconocen que tener una dentición temporal sana es muy importante para conseguir una correcta dentición permanente. La finalidad de este artículo es revisar la cronología de erupción de los dientes temporales, qué características presenta la boca de un niño de tres años, y la importancia de estos dientes.

Guerrero Martha y cols ⁽²²⁾, en el artículo de pérdida prematura de molares temporales, factor etiológico de maloclusión, en el año 2016. Se considera pérdida prematura de un diente temporal cuando esta se realiza antes del tiempo de exfoliación natural y existen múltiples factores por los cuales se pueden perder prematuramente: caries dental, la cual es el factor más frecuente, traumatismos dentoalveolares, problemas periodontales, resorciones radiculares atípicas, alteraciones congénitas, así como iatrogenia o impericia durante algún tratamiento odontológico. Se ha demostrado la importancia de la dentición temporal para el futuro desarrollo de la dentición permanente, por lo que la pérdida prematura de un diente temporal tiene influencia negativa en el óptimo desarrollo del sistema estomatognático al modificar desde edades tempranas la morfología cráneo facial, alterando así el desarrollo de la matriz funcional que se reflejará en maloclusiones Clinich y Healy afirmaron en su estudio que la pérdida prematura de molares temporales invariablemente da lugar a maloclusión y

que dependerá del diente y de las características existentes al momento de la pérdida prematura.

Moreno Stefanie⁽²⁵⁾, en el artículo de mantenedor de espacio en pérdida prematura de órganos dentarios en dentición mixta, en el año 2010 Los dientes temporales son responsables de conservar el espacio para la alineación de los dientes permanentes. Es importante conservarlos en buen estado el mayor tiempo posible para evitar el desarrollo de patologías asociadas a la pérdida dental prematura, para ello es importante un tratamiento preventivo que consistió en restauraciones con selladores, resinas, terapias pulpares y coronas de níquel cromo. Se discuten los resultados obtenidos con el uso de mantenedor de espacio funcional, bilateral y estético.

Palma C. ⁽²⁷⁾, en el artículo Guía de orientación para la salud bucal en los primeros años de vida, en el año 2010. Manifiesta que la caries es actualmente la enfermedad infecciosa más frecuente en la infancia, y puede ocasionar graves problemas de salud general. Los diferentes factores etiológicos implicados pueden estar condicionados por los profesionales que asisten al niño y su entorno, especialmente por el pediatra, que es el profesional que tiene el primer y mayor contacto con el bebé y su familia. Por ello, creemos que es indispensable la elaboración de una guía integral con el objetivo de uniformar los criterios y orientaciones para la salud bucal en la primera infancia, y así proveer una información única y efectiva a los padres de nuestros pacientes.

5. HIPÓTESIS

El presente estudio no preciso hipótesis por ser un estudio descriptivo.

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. MARCO METODOLÓGICO

Enfoque: El enfoque de la investigación es cuantitativo ⁽³³⁾.

Diseño de Investigación: Observacional ⁽³³⁾ ⁽³⁴⁾

Nivel de investigación: Descriptivo

Tipo de investigación:

- **Por el ámbito:** De campo
- **Por la técnica:** Observacional
- **Por la temporalidad:** Transversal y retrospectivo

2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población que se tomó en cuenta para la elaboración de este estudio es de 619 fichas de Odontopediatría, la recolección de datos se realizó en la clínica Odontológica de la Universidad Católica de Cuenca, localizado en provincia del Azuay, en el cantón de Cuenca

Para la obtención de la población se tomó en cuenta la ficha de los niños entre 3 a 8 años de edad ⁽³⁵⁾.

2.1. Criterios de selección: para la formalización de la población se tendrá en cuenta los siguientes criterios.

2.1.a. Criterios de inclusión: en el siguiente estudio se incluirá las encuestas de las fichas de los pacientes de 3 a 8 años de edad que se han atendido en la clínica odontológica de la Universidad Católica de Cuenca de la provincia del Azuay en el periodo 2013 - 2018.

2.1.b. Criterios de exclusión: Pacientes que no cumplan el rango de edad y que no tengan la pérdida prematura del molar deciduo.

3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATORIA	TIPO ESTADÍSTICO	ESCALA	DATO
PREVALENCIA DE PÉRDIDA DE MOLARES DECIDUOS	Es la falta o ausencia de los molares deciduos	Cantidad de la pérdida prematura de los primeros y segundos molares deciduos	Cuantitativa	Ordinal	Ausencia Presencia
EDAD	Tiempo que transcurre una persona o un ser vivo contando desde su nacimiento.	Número de años cumplidos	Cuantitativa	Nominal	Grupo 1: 3 a 4 años Grupo 2: 5 a 6 años Grupo 3: 7 a 8 años
SEXO	Característica genotípica de la persona.	Características externas que diferencia al hombre de la mujer.	Cualitativo	Nominal	Masculino Femenino

4. INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

4.1. Instrumentos documentales

Se utilizó una encuesta validada por profesionales de la carrera de Odontología especialidad Odontopediatría la cual consta de 5 ítems: la edad, el sexo, si posee o no pérdida de los molares deciduos, pieza que ha perdido en un caso de tener pérdida. (**Anexo 2**) (**Anexo 3**)

Fichas de Odontopediatría.

4.1.a. Materiales

Se empleó material de escritorio: computadora, lápiz, hojas de papel bond, etc

4.1.b. Recursos

Se emplearon recursos institucionales de la Universidad Católica de Cuenca, Carrera de Odontología, recursos humanos (autor, tutor) y recursos financieros (autofinanciado)

5. PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS

5.2. UBICACIÓN ESPACIAL

La Universidad Católica fue fundada el 7 de septiembre de 1970 en la ciudad de Cuenca, con extensiones en Azogues y la Amazonía. Su rector fundador fue Cesar Cordero Moscoso y actualmente es el Dr. Enrique Pozo Cabrera desempeña este cargo. Se caracteriza por brindar una educación de calidad, la sede Matriz de la Carrera de Odontología está ubicada en el catón Cuenca en la provincia del Azuay, en la avenida Las Américas y Humboldt.

5.3. UBICACIÓN TEMPORAL

El trabajo investigativo se realizó en los meses abril y junio del año de 2018.

5.4. PROCEDIMIENTOS DE LA TOMA DE DATOS

Con la debida autorización del coordinador de prácticas pre profesionales de la Universidad Católica de Cuenca en la Carrera de Odontología se revisaron las fichas de Odontopediatría de los pacientes que acudieron a consulta odontológica en las Unidades Asistenciales en el periodo 2013-2017

Los datos recopilados fueron tabulados en el programa de Microsoft Excel y fueron evaluados con el fin encontrar la prevalencia de pérdida de los molares deciduos, las variables cualitativas se utilizaron frecuencias simples y porcentajes, en gráficos y tablas.

5.3. a. Método de encuesta utilizado por los examinadores.

Se revisaron las fichas almacenadas en la Universidad Católica de Cuenca Carrera de Odontología y se llenaron las fichas de observación de acuerdo a los datos de la ficha de Odontopediatría.

5.3. b. Criterios de registro de hallazgo.

Criterios de Evaluación de la pérdida prematura de los molares.

Las condiciones que se tomaron en cuenta al momento de la recolección de datos:

- Tiene o no pérdida prematura de los molares deciduos.
- Edad.
- Sexo.
- Factores de pérdida prematura.
- Maxilar con mayor frecuencia a la pérdida prematura.

6. PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS

Los datos recopilados fueron reflejados en tablas mediante el programa Microsoft Excel. Se realizó una tabla de presentación de la muestra de si posee perdida prematura de los molares deciduos o no posee perdida prematura. Luego se elaboraron tablas descriptivas de frecuencia y porcentaje de las variables cualitativas, posterior a ello se analizó la variable especifica previo al análisis estadístico Chi cuadrado(X^2) (asociación) mediante tablas de 2 x 2, para establecer si estos constituyen o no un factor de riesgo o relación de pérdida prematura de los molares, los resultados fueron evaluados con el fin encontrar la prevalencia de pérdida los molares deciduos.

7. ASPECTOS BIOÉTICOS

El siguiente trabajo investigativo no tiene conflictos bioéticos, morales, ni psicológicos por lo tanto no se requiere una aprobación del comité de bioética, debido a que solo se procederá a revisar las historias clínicas de los pacientes, que fueron atendidos en la clínica odontológica de la Universidad Católica de Cuenca Carrera de Odontología.

CAPÍTULO III

RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

1. RESULTADOS

El siguiente estudio fue realizado con los datos de las fichas de Odontopediatría de niños de 3 a 8 años, atendidos en la clínica odontológica de la Universidad Católica de Cuenca, mostrando los siguientes resultados:

Tabla N^a 1. Prevalencia de pérdida prematura de los molares deciduos

	N	%
Sin pérdida prematura	343	55
Pérdida prematura	276	45
Total	619	100

Interpretación: En esta tabla se puede observar que el 45% de niños presentaron pérdida prematura de molares deciduos.

Tabla N^o 2. Frecuencia de la pérdida prematura de los molares deciduos de acuerdo a la causa.

	N	%
CARIES	201	71
TRAUMATISMO	0	0
INDICACIÓN POR ORTODONCIA	0	0
SIN CAUSA DESCRITA	51	18
RESTOS RADICULARES	21	7
LESIÓN PULPAR	8	3
REABSORCIÓN PATOLÓGICA	2	1
TOTAL	283	100

Interpretación: la siguiente tabla muestra que el motivo más común de la pérdida de los molares deciduos es la caries dental con un 71%.

Tabla N° 3. Frecuencia de la pérdida prematura de los molares deciduos de acuerdo al sexo

	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Sin pérdida prematura	171	57	172	54	343	55
Con Pérdida prematura	130	43	146	46	276	45
Total	301	49%	318	51%	619	100%

Chi² p= 0,517538171

Interpretación: En la siguiente tabla se puede observar que el sexo masculino presentó mayor frecuencia de pérdida prematura en molares deciduos, pero no tiene asociación el sexo con la pérdida prematura de los molares deciduos.

Tabla N^a 4. Frecuencia de la pérdida prematura de los molares de acuerdo a la edad

	3 – 4 AÑOS		5 – 6 AÑOS		7 – 8 AÑOS		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
SIN PÉRDIDA PREMATURA	10	16	88	39	178	53	276	45
CON PÉRDIDA PREMATURA	53	84	135	61	155	47	343	55
TOTAL	63	10 %	223	37%	333	53%	619	100

Interpretación: La siguiente tabla muestra que de 619 niños que se atendieron en la Clínica odontológica de la Universidad Católica de Cuenca entre edades de 3 a 8 años; la edad con más pérdida es de 3 a 4 años con un porcentaje 84%.

Tabla N^o 5. Identificar el del molar deciduos con mayor prevalencia de perdida prematura según el sexo.

	PIEZA DENTAL																	
	55		54		64		65		75		74		84		85		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Masculino	25	48	32	48	40	49	22	47	38	46	39	59	36	59	41	53	273	51
Femenino	27	51	34	52	41	51	25	53	45	54	27	41	25	41	37	47	261	49
Total	52	100	66	100	81	100	47	100	83	100	66	100	61	100	78	100	534	100

Interpretación: La siguiente tabla se puede observar que de 534 molares deciduos perdidos de forma prematura el primer molar inferior izquierdo y derecho tuvo mayor prevalencia de pérdida en el sexo masculino, mientras que el femenino tuvo mayor prevalencia el segundo molar inferior izquierdo.

2. DISCUSIÓN

El siguiente estudio fue realizado en la Universidad Católica de Cuenca en la clínica Odontológica, con una población de 1230 fichas de Odontopediatría desde el período 2013 al 2017, se obtuvo una muestra de 619 fichas de niños de 3 a 8 años; el porcentaje de pérdida prematura fue del 45%. Sin embargo, existe un estudio realizado por Villalba N y cols. en Paraguay en el año 2009 – 2010 con una muestra de 2997 niños atendidos en el Hospital Regional de Luque, mostrando un resultado del 26, 6% con pérdida prematura de molares deciduos ⁽⁹⁾. La diferencia en los resultados comparados con este estudio es por el período de 5 años, pero con menor asistencia odontológica, mientras que en la investigación de Villalba fueron de 2 años, pero con 2997 fichas ya que el hospital tenía más concurrencia de pacientes.

Este estudio mostró que la caries fue la causa de pérdida prematura de los molares deciduos con mayor prevalencia con un 71%, sin embargo existieron otros motivos de pérdida prematura de los molares como las lesiones pulpares, restos radiculares, reabsorciones patológicas; al igual que el estudio realizado en el 2017 por Palaquibay Santiago estudiante de la Universidad de las Américas, Carrera de Odontología, la causa más predisponente de pérdida prematura de los molares deciduos es la caries con un 61%⁽³⁰⁾; sin embargo, Chávez Mariela realizó un estudio en el cantón Montes de Oca en Costa Rica en el 2010, la causa de pérdida prematura de molares deciduos fue la caries con un 29%,⁽⁴⁾ de esta manera coincide en los tres estudios que la causa más prevalente de pérdida prematura de dientes deciduos es la caries.

En el estudio realizado, la pérdida prematura fue de 534 molares deciduos, siendo los primeros molares inferiores izquierdo y derecho los que presentaron mayor pérdida prematura, al igual Marisol Cuyac en México en el 2017 en su estudio se observó que los molares inferiores izquierdos tienen mayor prevalencia ⁽¹⁴⁾, concordando también con Chávez Marianela⁽⁴⁾, mientras que Palaquibay Santiago, dedujo que los primeros molares y los segundos molares son más prevalentes⁽³¹⁾, pudiendo observar resultados similares con el presente estudio.

Según este estudio realizado, se observó que el sexo con mayor frecuencia de pérdida prematura de los molares deciduos fue en el masculino de 3 a 4 años, discrepando con el estudio de Palaquibay Santiago, en Ecuador en la que el sexo más prevalente fue el femenino para ambos casos en el mismo grupo de edades de 7 a 8 años ⁽³¹⁾ y con Ortiz Mónica la edad con mayor prevalencia fue a los 8 años en el sexo masculino con concordando con el presente estudio ⁽⁵⁾.

3. CONCLUSIONES

- ✓ La prevalencia de molares deciduos en la edad de 3 a 8 años en la Universidad Católica de Cuenca en el año 2013 al 2017 fue del 45%.
- ✓ La causa más frecuente de la pérdida prematura de los molares deciduos es la caries.
- ✓ La mayor prevalencia de pérdida de molares deciduos fue en el sexo masculino
- ✓ La mayor prevalencia de pérdida de molares deciduos fue a la edad el grupo de 3 a 4 años.
- ✓ La mayor frecuencia de pérdida prematura de los molares deciduos se registró en el primer molar inferior izquierdo, en el sexo masculino.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilera O. La pérdida de primeros molares permanentes, una derrota de la Estomatología Revista Holguin. [Online]; 2016 [citado 2018 abril 22] 20(1): p. 170-173. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812016000100014

2. Hernández J, Montiel L, Velásquez J. Influencia de la pérdida prematura de dientes primarios por caries dental, como causa de Maloclusiones en los pacientes de 7 a 10 años que acuden al Servicio de Odontología del Centro de Atención Integral de Salud Francisco de Miranda. Revista Latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría. [Online]; 2010 [citado 2017 diciembre 05]. Edición electrónica. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art-22/>.

3. Pérez A. Nivel de conocimiento de las madres sobre la importancia y cuidado de la dentición temporal. Acta Médica del centro. [Online]; 2009 [citado 2018 abril 23]. Disponible en: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/24/167>.

4. Chaves M. Prevalencia de la pérdida prematura de molares temporales y su relación con algunos factores de riesgo en niños y niñas preescolares del Cantón de Montes de Oca. Odontos International Journal of Dental Sciences. [Internet]. 2010. [25 de Abril del 2018]; 1(12): 26-40 Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/Odontos/article/view/4779/4589>

5. Ortiz M, Godoy S, Farias M. Pérdida prematura de dientes temporales en pacientes de 5 a 8 años de edad asistidos en la Clínica de Odontopediatría de la Universidad Gran Mariscal de Ayacucho, 2004-2005. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y odontopediatría. [Online]; 2016 [cited 2018 Abril. 05]. Available from: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art-17/>

6. Villares D, Rodríguez A, Ruiz C, Romero N. Análisis de las causas de exodoncia en la población infantil atendida en una clínica universitaria. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2016 Jun [citado 2018 Abr 24]; 18(70): 73-79. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322016000200006&lng=es

7. Jiménez R. Castañeda M, Corona M, Estrada G, Quinzán A. Factores de riesgo de caries dental en escolares de 5 a 11 años. MEDISAN [Internet]. 2016 Mayo [citado 2018 Abr 26]; 20 (5): 604-610. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000500003

8. Guardia I, Espinar E, Azagra J, Barrera J. La extracción seriada: Manejo ortodóncico y aplicación clínica. Revista ortodoncia especializada [Internet]. 2010 Mayo [citado 2018 Abr 26]; 50 (5): 508-516. Disponible en: http://facemembers.com/images/galerias/articulos_pdf/Extraccion-seriada-parte1.pdf

9. Villalba N, Jaquet N, Cabañas A. Pérdida prematura de dientes temporarios en niños que acudieron a un hospital público de la ciudad de Luque Revista de Odontopediatría Latinoamericana. [Online]; 2013 [citado 2017 Diciembre 05]: P 3(4). Disponible en: <https://www.revistaodontopediatria.org/ediciones/2013/2/art-4/>.

10. Chacón K, Correa J, Navarro D, Gordillo V. Pérdida temprana de dientes temporales en niños de 0 a 8 años de edad. Revista Colombiana de Investigación en odontología. [Online]; 2014 [citado 2017 Diciembre 5]: 5(13): p 41- 48. Disponible en: <https://www.rcio.org/index.php/rcio/article/view/165/296>
11. Angarita, N.; Cedeño, C.; Pomonty, D.; Quilarque, L; Consecuencias de la pérdida prematura del primer molar permanente en un grupo de alumnos de la Escuela Básica San José de Cacahual con edades comprendidas entre los 10 y 15 años (San Félix - Estado Bolívar). 2010. [25 de Abril del 2018]; 1(12): 26-40 Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art-19/>
12. Albertí L, Más M, Martínez S, Méndez M. Histogénesis del esmalte dentario. Consideraciones generales. AMC [Internet]. 2007 Jun [citado 2018 Mayo 14]; 11(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552007000300015
13. Cortez M. Maduración y desarrollo dental de los dientes permanentes en niños de la comunidad de Madrid. Aplicación a la estimación de la edad dentaria. Departamento de Profilaxis, Odontopediatría y Ortodoncia. [Internet]. 2011 Mayo [citado 2018 abril 07]; Disponible en: http://eprints.ucm.es/19916/1/Marta_Paz_Cort%C3%A9strabajo_de_investigaci%C3%B3n.pdf
14. Cuyac M, Reyes B, Mirabal M, Villegas M, Alfonso B, Duque M. Pérdida prematura del primer molar permanente en niños de la escuela primaria “Antonio López”. México. 2016. Rev.Med.Electrón. [Internet]. 2017 Jun [citado 2018 abril 04]; 39(3): 607-614. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000300020
15. Torres M. Desarrollo de la dentición. La dentición primaria. Revista Lat. Ortodoncia y odonotopediatría. [Online]; 2009 [citado 2018 Diciembre 25]; Edición electrónica. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art-23/>
16. Ocampo A. Parra N. Botero P. Guía de erupción y extracción seriada: una mirada desde el desarrollo de oclusión. Revista Nacional de odontología. [Online]; 2012. [citado 2018 Abril 23]; 9 (edición especial): 25-37. Disponible en: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/429>
17. Abreu N, Jessica Y, Gisela S , Leandro E. Prevalencia de lesiones de caries en primeros molares permanentes en pacientes infantiles de Unibe. Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad. [Online]; 2014. [citado 2018 Abril 23]; 4 (2): p: 166-177. Disponible en: http://cienciasdelasaluduv.com/site/images/stories/4_2/03.pdf
18. Morgano D, García A. Cronología y variabilidad de la erupción dentaria. Revista Mediciego [Online]; 2011. [citado 2018 Abril 23]; 17 (2): p: 166-177. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17_supl2_%202011/pdf/T16.pdf
19. Burgueño, L., Gallardo, N.E., Mourelle, M.R. Cronología y secuencia de erupción de los dientes temporales en una muestra infantil de la Comunidad de Madrid. Cient Dent. [Online]; 2011 [citado 2018 Abril 23]; 8(2):111-118. Disponible en:

http://www.coem.org.es/sites/default/files/publicaciones/CIENTIFICA_DENTAL/vol8_num2/31-38.pdf

20. Morgano D, García A. Cronología y variabilidad de la erupción dentaria. *Revista Medieiego* [Online]; 2011. [citado 2018 Abril 23]; 17 (2): p: 166-177. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17_supl2_%202011/pdf/T16.pdf

21. García F, Lopez M, Nuño M. Importancia de los dientes temporales. Su cronología de erupción. [Internet]. *Rev Pediatr Aten Primaria*. [Internet]. 2013. [citado 2018 Abr 24]; 5(19); p: 77- 84. Disponible en: <http://archivos.pap.es/files/1116-312-pdf/325.pdf>

22. Guerrero M. Carrillo D. Gutiérrez J. García R. Pérdida prematura de molares temporales, factor etiológico de maloclusión. *Revista Tame*. [Internet]. 2016. [25 de Abril del 2018];5(14): 507 -510. Disponible en: http://www.uan.edu.mx/d/a/publicaciones/revista_tame/numero_14/Tam1614-10r.pdf

23. Maquera G. Exodoncia en niños. *Revista de Actualización Clínica*. [Online]; 2012 [citado 2018 Abril 23]; (-):- Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682012000800009&script=sci_arttext

24. Ram D, Ben I. Efrat J. Mantenedores de espacio mandibulares para la prevención de pérdida de espacio, posterior a la pérdida prematura de molares primarios. *Odontología pediátrica Revista Indizana* [Online]; 2010 [citado 2018 Abril 23]; 9(2): 127-140. Disponible en: http://www.spo.com.pe/Publicaciones/odontologia_pediatica/rev_2010_2.pdf#page=7

25. Moreno S. Pedraza G. Lara E. Mantenedor de espacio en pérdida prematura de órganos dentarios en dentición mixta. *Revista ADM*. [Online]; 2011 [citado 2018 Abril 23]; 68(1): 30-34. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2011/od1111f.pdf>.

26. Sousa J, Moronta N, Quiors O. Causas y Consecuencias De La Pérdida Prematura Del Primer Molar Permanente En Pacientes Atendidos En El Hospital Luis Razetti Municipio Tucupita, Edo. Delta Amacuro. *Rev Lat. Ortodoncia y Odontopediatría*. [Internet]. 2013 Jun [citado 018 Abr 24]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/art-20/>

27. Palma C. Cahuana A. Pautas para la Salud Bucal en los primeros años de vida. *Odontología pediátrica. Revista Indizana*. [Online]; 2010. [citado 2018 Abril 23]; 9(2): 179-187. Disponible en: http://www.spo.com.pe/Publicaciones/Excel_pediatica/rev_2010_2.pdf#page=7

28. Ramírez M. Padres y desarrollo de los hijos: prácticas de crianza. *Estudios pedagógicos Valdivia*. [Internet] (2005) [citado 2018 Abr 26]; 31(2), 167-177. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07052005000200011

29. Cárdenas V. Actitud de los padres y su interferencia en la primera consulta Odontopediatría de la clínica de la Universidad de las Américas. *Udla* [Internet]. 2016. Mayo [citado 2018 mayo 2]; 19-66. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/167/16718205.pdf>

30. Gutiérrez M, López A. Mantenedores de espacio colocados del 2008 al 2011 en la Facultad de Odontología, Universidad de Costa Rica. *Odovtos - International Journal of Dental Sciences*. [Internet]. 2013 Mayo [citado 2018 mayo 2]; (15): 13-19. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/4995/499550299002.pdf>

31. Palaquibay S, Tates K. Estudio retrospectivo sobre la prevalencia de la pérdida prematura de piezas temporales en pacientes que asistieron al centro de atención odontológico UDLA en el 2017. 2017. UDLA. Pp 2-49. <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/7249/1/UDLA-EC-TOD-2017-106.pdf>
32. Rizzo L, Torres A. Comparison of different tooth brushing techniques for oral hygiene. Rev. CES Odont 2016; 29(2): 52-64. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/ceso/v29n2/v29n2a07.pdf>
33. Villavicencio E, Alvear M, Cuenca K y cols. Pasos para la planificación de una investigación clínica. Odontología activa UCACUE. [Internet]. (2016). [citado 2018 Jul 27]: 1 (1): Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/186>
34. Villavicencio E, Alvear M, Cuenca K y cols. Diseños de estudios Clínicos en Odontología. Odontología activa UCACUE. [Internet]. (2016): 1 (1): [citado 2018 Jul 27]. Disponible: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/163>
35. Villavicencio Caparó E, Alvear Córdova MC, Cuenca León K, y cols. El tamaño muestral para la tesis ¿Cuántas personas debo encuestar?. Revista OACTIVA UC Cuenca [Internet]. 2017. [citado 2018 Jul 27] 2(1), pp 59-62. Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/175>

ANEXO.

ANEXO 1

SOLICITUD DIRIGIDA AL COORDINADOR DE PRACTICAS PREPROFESIONALES DE LA CARRERA DE ODONTOLÓGICA



Cuenca, 20 de Abril, 2018

Od. Esp. Felipe Calle

COORDINADOR DE LAS PRÁCTICAS PREPROFESIONALES DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA EN LA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA

De mis consideraciones,

Yo **Joselyn Mayarina Barahona Tapia**, con número de cedula 1400889388, estudiante de décimo ciclo paralelo "B", me dirijo a usted de la manera más respetuosa. El motivo de la presente es para que me autorice la revisión de las fichas de **odontopediatria** del periodo 2013 - 2017 con el fin de realizar un estudio de la prevalencia de la pérdida prematura de los molares deciduos en pacientes de 3 a 8 años de edad para el trabajo de titulación previa a la obtención del título de odontología.

Agradeciendo su acogida y comprensión.

ATENTAMENTE

Esc. Joselyn Barahona Tapia

Autora de tesis

ATENTAMENTE,

Od. Esp. Daniela Calle Pardo

Tutora de tesis

ANEXO 2
FICHA DE VALIDACIÓN

[TEMS	PERTINENCIA		RELEVANCIA		CLARIDAD	
	BUENO	MALO	BUENO	MALO	BUENO	MALO
PERDIDA DEL MOLAR						
Si						
No						
MOTIVO DE LA PÉRDIDA PREMATURA DEL MOLAR DECIDUO						
a) Caries						
b) Traumatismo (fracturas dentales, Concusión, Subluxación, Avulsión)						
c) Indicaciones de ortodoncia						
d) Otros (reabsorción Patológica, lesión pulpar,, sin causa descrita, restos radiculares)						
POSEE TRATAMIENTO REHABILITADOR						
a) Con tratamiento rehabilitador						
b) Sin tratamiento rehabilitador						

Observaciones:

Opinión de aplicación: Aplicable () Aplicable después de corregir () No aplicable ()

Apellidos y nombre del experto validador. Dr/ Esp/ Mg:..... CI:

Especialidad del validador:

..... de de 20.....

.....
Firma del experto informante

ANEXO 3

FICHA PARA LA RECOLECCION DE DATOS



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

Numero de ficha:

ITEMS

Pérdida de los molares deciduos.

SI	
NO	

EDAD	
3 años a 4 años	
5 años a 6 años	
7 años a 8 años	

SEXO	
Masculino	
Femenino	

Año de estudio

2013	2014	2015	2016	2017

Pieza extraída:

55	54	64	65	75	74	84	85

Motivo de la pérdida prematura del molar deciduo:

a) Caries	
b) Traumatismo (fracturas dentales, Concusión, Subluxación, Avulsión)	
c) Indicaciones de ortodoncia	
d) Otros (lesión pulpar, reabsorción patológica, sin causa descrita.)	

Posee tratamiento rehabilitador

a) Con tratamiento rehabilitador	
b) Sin tratamiento rehabilitador	

ANEXO 4

OFICIO PARA LA VALIDACION DE LA FICHA PARA LA RECOLECCION DE DATOS



Cuenca, 30 de Mayo, 2018

Od. Esp. Adriana Romo

DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA CARRERA DE ODONTOLOGIA

De mis consideraciones.

Yo **Joselyn Mayarino Barahona Tapia**, con número de cédula 1400888388, estudiante de décimo ciclo paralelo "B", me dirijo a usted de la manera más respetuosa. El motivo de la presente es para que me colabore con la validación de una encuesta para realizar un estudio de la prevalencia de la pérdida prematura de los molares deciduos en pacientes de 3 a 8 años de edad para el trabajo de titulación previa a la obtención del título de odontología; la encuesta será llenado con los datos de las fichas de Odontopediatría desde el año 2013- 2017 por la estudiante que realiza la tesis.

Agradeciendo colaboración y comprensión.

ATENTAMENTE

Est. Joselyn Barahona Tapia

Autora de tesis

ATENTAMENTE,

Od. Esp. Daniela Calle Pardo

Tutora de tesis