

UNIVERSIDAD AMAZÓNICA DE PANDO

AREA CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGIA



MONOGRAFIA

“PREVALENCIA DE PÉRDIDA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS DE EDAD, DE LA UNIDAD EDUCATIVA SERAFIN CASTEDO, DE VILLA ROJAS EN LOS MESES DE JULIO A SEPTIEMBRE GESTIÓN 2019”

INT.

CAROLINA SUAREZ GARCIA

TUTOR.

DR. RAUL H. MAYDANA CHAMBI

DRA. YANCARLA CLAROS RODRIGUEZ

PANDO-COBIJA-BOLIVIA

2020

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, agradecer a dios por la infinita bendición de estar bien de salud estar a mí alrededor con las personas que más amo mi familia.

A mi fuente de energía mis padres Martha García y Juan Suarez, mis hermanos Yessica, Juan Manuel y Pamela a mi esposo Elías por darme la confianza el apoyo incondicional para salir adelante, por la enorme paciencia, amor, cuidados que brindan a mis hijos Marcos Eliel y Eileen Marian.

A mi docente, tutor de área específica Dra. Yancarla Claros Rodríguez por transmitirme sus conocimientos sin mezquindad ni egoísmo y guiarme por el camino del saber, e inspirar en mí, el deseo de superación.

A la universidad amazónica de pando por acogerme y ser mi segundo hogar en las largas jornadas de estudio en sus aulas, a mis compañeros y amigos de aula por esa amistad sincera y el apoyo incondicional para salir adelante.

DEDICATORIA

A DIOS por ser mi creador, el amigo que nunca falla la luz que guía mi camino.

Posiblemente en este momento no entiendan mis palabras, pero para cuando sean capaz, quiero que se den cuenta de lo que significan para mí, son la razón de que me levanto cada día esforzándome por el presente y el mañana, son mi principal motivación mis tesoros más preciados mis hijos Marcos Eliel y Eileen Marian

A mis padres por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad, muchos de mi logro se debo a ustedes entre los que incluyen este. Me formaron con reglas y con algunas libertades, pero al final de cuentas, me motivaron constantemente para alcanzar mis anhelos.

Gracias a su amor, ejemplo, comprensión, sacrificio y apoyo he logrado alcanzar una meta más en mi vida.

En mis logros, en este han estado presente.

INDICE GENERAL

1. ANTECEDENTES.....	1
1.1 NIVEL MUNDIAL.....	1
1.2 NIVEL NACIONAL.....	1
1.3 NIVEL DEPARTAMENTAL.....	1
2. JUSTIFICACIÓN	2
3. PROBLEMA INVESTIGADO	2
3.1 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	3
3.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
REGUNTA DE INVESTIGACIÓN	3
3.3 OBJETIVO GENERAL.....	3
3.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	4
4. MARCO CONTEXTUAL	¡Error! Marcador no definido.
4.1 ANTECEDENTES HISTORICO DE VILLA ROJAS.....	9
5. MARCO TEORICO.....	4
5.1 PRIMEROS MOLARES PERMANENTES.....	4
5.1.1 Embriología	4
5.1.2 Ontogénesis.....	4
5.1.3 Erupción de la Dentición Permanente	5
5.1.4 Características.....	5
5.1.5 Función	5
5.2 CAUSAS DE PÉRDIDA DEL PRIMER MOLAR	6
5.2.1 Caries Dental.....	6
5.2.2 Enfermedad periodontal.....	7
5.2.3 Traumatismos.....	7
5.3 PÉRDIDA DEL PRIMER MOLAR POR REHABILITACION ORAL.....	8
6. MARCO METODOLOGICO.....	9

6.1 VARIABLES	9
VARIABLES DEPENDIENTES.....	9
VARIABLES INDEPENDIENTES.....	9
6.1.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	10
6.1.2 LEVANTAMIENTO DE DATOS DE PACIENTES AFECTADOS POR LA ENFERMEDAD.....	10
6.2 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	10
6.2.1 NIVEL DE INVESTIGACIÓN	10
6.2.2 TIPO DE INVESTIGACION	11
6.3 MÉTODOS Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION	11
6.3.1 MÉTODO	11
6.4 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	11
6.5 INTERVENCIÓN O METODOLOGÍA.....	11
6.5.1 RECOLECCIÓN DE DATOS.....	11
6.5.2 INSTRUMENTOS REVISADO	11
6.5.3 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	12
6.6 ASPECTOS ADMINISTRATIVO	12
6.7 RECURSOS HUMANOS.....	12
7. ANÁLISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS	13
8. CONCLUSIONES	19
9. RECOMENDACIONES	20
10. BIBLIOGRAFÍA.....	20
11. ANEXOS.....	22

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico N. ° 114

Grafico N. ° 2.....15

Grafica N. ° 3.....16

Grafica N. ° 4.....17

Grafica N. ° 5.....18

Gráfico N. ° 619

INDICE DE TABLAS

Tabla # 114

Tabla # 2.....15

Tabla # 3.....16

Tabla # 4.....17

Tabla # 5.....18

Tabla # 6.....19

INDICE DE ANEXOS

Imagen 1: Charlas educativas a los estudiantes.....	23
Imagen 2: Exploración intraoral de la estudiante.....	23
Imagen 3 Primeros molares permanentes con caries piezas 36-46	24
Imagen 4 Primeros molares permanentes con caries piezas 16-26.....	24
Imagen 5: Primeros molare permanentes con caries piezas 36-46	25
Imagen.6 Primeros molares con obturación piezas 16-26.....	25
Imagen 8: Estudiantes de la unidad educativa Villa Rojas.....	26
Imagen 7: Entrega de cepillos dentales a los estudiantes.....	26

ANTECEDENTES HISTORICO DE VILLA ROJAS

La localidad de Villa Rojas se encuentra ubicada a 35Km de la ciudad de Cobija y a 6Km del Municipio de Porvenir

Esta localidad se formó por personas atraídas por sus recursos naturales como ser la goma la castaña la agricultura el amor a esta tierra por su bella naturaleza se asentaron en esta área los primeros moradores como ser la familia melena ,Garcia ,Polanco, Arauz, Antelo, Morales, Balcázar, Nay, Chuquiopera, Montero, Rojas, Tuesta, Puerta, López, Osaita, Guzmán, Lozano y otros que escapan a la memoria, familias que se fueron organizando y desarrollando bajo la sombra de la verde amazonia al margen de la tuortuosa carretera de tierra transitada por el legendario carretón, único medio de transporte terrestre, que debido al kilometraje de la misma se denominó con el nombre de Km 6 hasta el año 1968, como consecuencia de una observación realizada a una moradora de esta pequeña población por parte de la institución policial en un trámite de título de propiedad, se cambia el nombre por Villa Bella en memoria al comité de defensa que organizo el señor Nicolás Suarez en la contienda del Acre en el año 1902, según información traicionaron la causa abandonando la lucha cuando más se la requería.

Con el transcurrir del tiempo se continuó con la recopilación de la información para plasmarlo en un historial que recorra los antecedentes más reales así que gracias a la inquietud de la profesora Mabel Aguanary , ya fallecida, en coordinación con el profesor Antonio Suarez y algunos moradores , organizaron una comisión para proseguir con la investigación , visitando los antiguos moradores de esta población la federación de excombatientes de la guerra del chaco FEDEXCHACO a fin de entrevistar a los verdaderos protagonistas de la guerra del chaco como también a los historiadores (Chelio Luna Pizarro).

Como resultado de la investigaciones realizadas por las comisiones se ha evidenciado que el primer morador del km6 ha sido el señor Francisco rojas, el cual se enrolo al contingente de hombre valiente y voluntarios que partieron a defender la heredad Nacional en la Guerra del chaco un 3 de diciembre de 1932 contienda velica que cesa el 14 de julio de 1934. Retornando al lugar de origen el contingente de ex combatientes un tres de diciembre del mismo año, quedando caído en las arenas candentes del campo de batalla el señor FRANCISCO ROJAS, digno ejemplo para todos y cada uno de los bolivianos que aman el suelo que los vio nacer.

Es de esta manera que como justo reconocimiento a este ex valeroso ex combatiente de la guerra del chaco determinaron todos de cambiar el nombre de Villa Bella por VILLA FRANCISCO ROJAS.

Consideramos importante mencionar como parte de los antecedentes que tienen que ver con la consolidación de esta Villa ,creación de la primera escuela multigrado que funciona la casa particular del Sr. Arturo Morales ,de nacionalidad Peruana ,que al mismo tiempo, ejerció la difícil tarea de enseñar, el 7 de septiembre de 1945 se construye con el esfuerzo de los padres de familia la primera escuela estatal multigrado ,contando con 1ro,2do y 3ro básico, con una estadística de 53 alumnos ,su estructura de madera acerrada y cubierta con jatata existente en la región ,su primer profesor fue el Sr. Federico Cueto Ruiz.

Actualmente esta comunidad tiene un crecimiento acelerado y cuenta con servicios de agua, energía eléctrica, centro de salud, sub alcaldía municipal, puesto policial, campos deportivos, comercio, calles y avenidas; organizaciones sociales institucionales. En el sector de educación cuenta con la unidad educativa completa, con una infraestructura de acuerdo a las exigencias pedagógicas, con 386 estudiantes de los diferentes ciclos y niveles; además del personal docente administrativo respectivo.

Si bien es cierto que esta Villa ha logrado un desarrollo en sus diferentes aspectos, aún queda mucho por hacer y corresponde a todos quienes viven en la comunidad.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como propósito determinar la prevalencia de pérdida dental en el primer molar permanente en niños de 6 a 12 años de edad, de la Unidad Educativa Serafín Castedo, de la comunidad de Villa Rojas en los meses de Julio a Septiembre de la gestión 2019

El estudio fue de corte transversal, descriptivo y observacional incluyo un total de 80 niños, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, a los cuales se les realizó exámenes intraorales.

Se encontró de acuerdo a los datos recolectados que la prevalencia es de 15 %, se pudo constatar que la mayoría de los casos son del sexo femenino de los niños examinados de 6 a 12 años y la y la pieza dentaria con más perdida dentales entre los molares examinados es la pieza #46 Constituyendo un problema de mucha relevancia, ya que, de acuerdo con los resultados de la investigación, está ligado a la caries como primera causa

PALABRAS CLAVE: Caries dental, Primer molar permanente, Prevalencia.

I. INTRODUCCIÓN.

El primer molar permanente es importante, para el desarrollo de una oclusión fisiológica y adecuada función masticatoria, debe considerarse la joya más preciosa y como tal cuidarlo, por el impacto sobre la salud del individuo, por constituir la base de la estructura bucal y por ser el instrumento principal de la masticación o recambio, donde la responsabilidad mayor se manifiesta sobre este diente. (Angarita & Cedeño, 2016)

Angarita N y colaboradores destacan como factores, la susceptibilidad a la caries, y que la frecuencia de pérdida de este diente está dada en sujetos menores de 18 años de edad y exponen que las secuelas potenciales incluyen: migración, sobre erupción, contactos prematuros, problemas de guías dentarias, pérdida ósea, periodontopatías y desórdenes de la ATM. (Antelo & Pujate, 2014)

Otros investigadores opinan que la pérdida precoz de los dientes constituye una causa local de anomalías de la oclusión y que consecutivo a esto puede ocurrir una disminución del espacio y por consiguiente un acortamiento de la longitud del arco. (Tenecela & Rivera, 2016)

Carolina Barreiro AM, en estudio realizado en Paraguay encuentra ausentes un total de 23 piezas molares permanentes, en un total de 21 pacientes. (Barreiro & Maldana , 2012)

El tema en estudio tiene una significativa importancia ya que se pretende conocer la prevalencia de la pérdida del primer molar permanente en niños de 6 a 12 años de edad, de la Unidad Educativa Serafín Castedo, de la comunidad de Villa Rojas en presente gestión, en la localidad de Villa Rojas, además conocer las determinantes que condicionan para la aparición de la patología, edad y sexo etc., desde la perspectiva del mismo paciente, y por otro lado verificar las acciones que desempeña en personal de salud para controlar la enfermedad y que medidas toman las autoridades ante esta problemática. Lo que le permitirá identificar las debilidades e implementar estrategias que mejoren la calidad de vida de los niños afectado

1. ANTECEDENTES

NIVEL MUNDIAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la ha catalogado como la tercera calamidad sanitaria, después de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer; ya que el 95 % de la población la padece, afecta a personas de cualquier edad, sexo y raza, incluyendo preferentemente a personas de bajo nivel socioeconómico. Esta patología es un problema de salud pública importante entre los niños de los países latinoamericanos. (Cuyac & Reyes, 2012)

El primer molar permanente superior, es un diente de gran tamaño, su cara triturante ancha y de variadas cúspides cuya función principal es la trituración de los alimentos. El primer molar permanente inferior consta de cinco cúspides, tres vestibulares y dos linguales con una cara oclusal con estrías fosas y fisuras, tanto la cara oclusal del primer molar superior como el inferior son zonas de retención de restos de alimentos. (Bedoya & Chacón , pág. 19)

Angle basándose en este primer molar realizó la clasificación de las oclusiones. Se sabe que tiene sus limitaciones ya que Angle, no tuvo en cuenta las relaciones transversales, ni verticales, ni las anomalías de las bases óseas pero no obstante es la clasificación más usada en la actualidad. Mal oclusión de Clase I o Neutro oclusión: la estría mesio- vestibular del primer molar inferior permanente recibe la cúspide mesio vestibular del primer molar superior permanente y existen anomalías dentarias generalmente en el sector anterior y las relaciones basales óseas son normales. Mal oclusión de Clase II o Disto oclusión: La estría mesio vestibular del primer molar inferior permanente queda en relación distal con respecto a la cúspide mesio vestibular del primer molar superior permanente. Malo oclusión de Clase III o mesio oclusión: La estría mesio vestibular del primer molar inferior permanente se encuentra mesial a la cúspide del primer molar superior permanente, duplicando la importancia de su mantenimiento en boca. (Angarita & Cedeño, 2016)

NIVEL NACIONAL

En Bolivia para el presente trabajo no existen datos a nivel nacional para poder certificar antecedentes

NIVEL DEPARTAMENTAL

Para el presente trabajo no existen datos a nivel departamental para poder certificar antecedentes.

2. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación es de gran relevancia en odontología ya que en la consulta externa odontológica diaria del Centro de Salud de Villa Rojas del municipio de Porvenir, se observa muy a menudo que existe desconocimiento por parte de los padres de los niños que acuden a la consulta, acerca de la importancia que tienen los dientes primarios en la salud integral de un niño y la confusión que presentan cuando el primer molar permanente hace su erupción en la cavidad bucal ya que lo consideran como un diente temporal más. Es muy cotidiano escuchar a padres referirse a estos dientes como innecesarios ya que lo confunden con el último molar temporal, ocasionando descuido, lo que trae como consecuencia la pérdida de manera temprana de esta pieza , ya que no se le da el valor que realmente merece.

Es por ello, que los molares permanentes deben ser considerados como las perlas más preciosas del sistema estomatológico y es así como se las debe cuidar, ya que sirven para edificar la salud del individuo, desde los 6 años que estos erupcionan, hasta los 12 años, constituyen la base de la estructura dento-alveolar, siendo al mismo tiempo el instrumento principal de la masticación, ya que todas las demás piezas dentarias entran en una fase de transición o recambio en el que bajan su utilidad como piezas de masticación, recluyendo toda esta función sobre los primeros molares permanentes. Estas piezas son el cimiento sobre el cual los demás dientes deben tomar su posición en la arcada dentaria y la pérdida de las mismas producirá marcadas consecuencias.

Por ello surge la necesidad de investigar la prevalencia de pérdida del primer molar permanente en los pacientes atendido en la consulta externa de odontología, para poder sugerir información preventiva e informativa sobre las consecuencias que originan estas exodoncias prematuras y así comprendan cual es la función e importancia de esta pieza dental. Ya que no se cuenta con datos epidemiológicos en esta localidad.

3. PROBLEMA INVESTIGADO

En la actualidad el municipio de Porvenir a pesar de contar con los múltiples avances de la tecnología, las telecomunicaciones; persiste la ignorancia por muchas personas acerca de la importancia de los primeros molares permanentes, es muy cotidiano escuchar en la consulta de odontología a padres referirse a estos dientes como si fueran solo dientes temporales o de leche y que son innecesarios ya que vienen otros dientes, siendo la caries dental y la pérdida prematura de estas piezas dentarias algunas de las principales causas de mal oclusiones en los niños a temprana edad.

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

La localidad de Villa Rojas del municipio de Porvenir a pesar de la presencia constante de campañas y visitas comunitarias sobre higiene oral para la prevención de caries dental, siendo esta la primera causa de pérdida del primer molar y la implementación del programas en el establecimiento de salud, son algunas de las acciones y medidas adoptadas para encarar la problemática, el diagnóstico oportuno, promoción y prevención de caries, presentan muchas debilidades ya que no existe información oportuna a los padres de familia sobre esta enfermedad.

En relación a lo anteriormente expuesto, se presenta la necesidad de conocer la prevalencia de la pérdida del primer molar permanente en los niños de preescolar de 6 a 12 años de edad, de la unidad educativa Serafín Castedo, para evitar una mala oclusión que podrían presentarse a futuro en estos pacientes, es así que la prevención es fundamental para evitarlas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

REGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia de pérdida dental en el primer molar permanente en niños de 6 a 12 años de edad, de la Unidad Educativa Serafín Castedo, de la comunidad de Villa Rojas en los meses de Julio a Septiembre de la gestión 2019?

OBJETO DE ESTUDIO

Prevalencia de pérdida del primer molar permanente en niños de 6 a 12 años del municipio de Villa Rojas.

OBJETIVO GENERAL

“Determinar la prevalencia de pérdida dental en el primer molar permanente en niños de 6 a 12 años de edad, de la Unidad Educativa Serafín Castedo, de la comunidad de Villa Rojas en los meses de Julio a Septiembre de la gestión 2019”

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar cual es el primer molar con más registro de pérdida dental, en los niños de 6 a 12 años de edad, de la unidad educativa Serafín Castedo.
- Identificar la edad más afectada por la pérdida del primer molar permanente en niños de 6 a 12 años de edad, de la unidad educativa Serafín Castedo.
- Identificar el sexo más afectado por la pérdida del primer molar permanente en niños de 6 a 12 años de edad, de la unidad educativa Serafín Castedo.
- Determinar las necesidades de tratamiento en operatoria dental, extracciones dentales, profilaxis y de promoción de la salud según la edad y sexo.

4. MARCO TEORICO

El primer molar permanente es la unidad más importante de la masticación y es esencial en el desarrollo de una oclusión funcionalmente deseable. La pérdida de este molar en un niño puede conducir a cambios en las arcadas dentarias que se perpetúan a lo largo del tiempo. Si no se toman medidas preventivas o correctivas apropiadas podrán encontrarse disminución en la función local, desviaciones de las piezas dentarias, extrusión de la pieza antagonista y trastornos de las articulaciones temporomandibulares, entre otras alteraciones.

PRIMEROS MOLARES PERMANENTES

4.1.1 Embriología

La dentición temporal se desarrolla en el periodo embrionario (sexta semana), por una invaginación en forma de herradura del epitelio hacia el mesénquima de cada maxilar, lugar en el que esta herradura toma el nombre de lámina dental. Las extensiones de esta banda forman los molares permanentes de los cuatro cuadrantes (Boj, Catalaga, García y Mendoza, 2012)

4.1.2 Ontogénesis

Es un proceso embrionario que forma el germen dentario a partir del ectodermo y mesodermo. La dentición permanente se calcifica en el nacimiento, siendo los primeros molares en entrar al proceso de

calcificación, teniendo el cierre apical aproximadamente a los tres años y medio, después de su erupción (Boj, et al, 2012).

Antes del nacimiento, los primeros molares inician su proceso de calcificación, mientras que, en la fase de dentición decidua se forman los gérmenes dentarios de las demás piezas dentales permanentes. En este periodo de reposo los arcos dentarios empiezan a desarrollarse, la dentición permanente se forma después de la dentición temporal, estos dientes son mucho más desarrollados y resistentes y en un futuro conformaran, durante toda la vida, el sistema dental. Esta dentición comienza con los primeros molares, la que inicia su etapa de erupción a los 6 años, en ambos maxilares, terminando con los segundos molares superiores e inferiores a los 12 años (Jaramillo. 2003).

El bienestar del sistema cráneo-mandibular depende de la relación optima entre las estructuras dentales, también la oclusión de ambos maxilares, la que experimenta cambios y modificaciones normales durante el transcurso de la vida; este se altera cuando existe ausencia del primer molar permanente (llave de oclusión) Manns y Muñoz, (2002).

4.1.3 Erupción de la Dentición Permanente

La erupción de la dentición permanente presenta variabilidad en cuanto a género por una influencia de factores hormonales. En mujeres se observa un adelanto proporcional de 3 a 7 meses (Boj, et al, 2012).

4.1.4 Características

Su anatomía es compleja ya que presenta varias cúspides y surcos; por tal razón es la más susceptible a la adhesión de la biopelícula, por ende, es afectada por caries. Al perder su superficie oclusal se pierde en un 50% del proceso masticatorio. La morfología del primer molar permanente es muy compleja presenta cinco superficies, fosas y surcos. Por esta razón, este diente es de alto riesgo ante la caries dental.

4.1.5 Función

En cuanto a su función, tiene un papel muy importante en la masticación, mantienen la dimensión vertical, es un diente indispensable para la ubicación exacta de las otras piezas dentales permanentes y es considerado la llave de la oclusión. Estas piezas dentarias realizan la mayor parte del trabajo en cuanto a la trituración de los alimentos. (Barreiro y Maidana, 2012).

CAUSAS DE PÉRDIDA DEL PRIMER MOLAR

La pérdida de piezas dentales puede deberse a diversos motivos: caries, enfermedad periodontal, traumatismo y por tratamiento de rehabilitación oral.

Al perder el primer molar permanente la oclusión se traumatiza presentando giroversión y desviación de los dientes contiguos como los dientes anteriores a la zona edentula, incluyéndose a dicho movimiento los incisivos laterales y centrales. Además la mal oclusión conlleva a una difícil masticación dando problemas al deglutir, así también, en la absorción de nutrientes al estómago trayendo consecuencias graves al mismo. (Silva, 2010)

Entre estas causas tenemos las siguientes:

4.1.6 Caries Dental

Es una patología, de carácter crónica, que está presente en la niñez, siendo la principal causa de desnutrición dental (perdida). Se desarrolla, una vez ya erupciones las estructuras sectoriales, por una desmineralización ácida provocada por los alimentos y, también puede llevar a una desnutrición total del diente si no es prevenido oportunamente (De Sousa, Moronta & Quirós 2013)

La caries dental se desarrolla por el depósito de placa bacteriana que contiene un sin número de bacterias (*Streptococos mutans*), vinculado con la patogenia de la enfermedad. (Rodríguez y López, 2003)

Es la más frecuente en los individuos sin distinción de raza, sexo, etnia o edad. World Health Organization (OMS) afirma que la erradicación de la caries dental es sumamente compleja, después de las enfermedades cardíacas y el cáncer. Varios científicos hablan sobre el orden de la caries dental.

Según Miller (1882), se trata de una enfermedad que tiene su origen en la niñez con la erupción dental.

De 5 a 12 años es donde más prevalece; su incidencia es en el joven-adulto (18 a 25 años). Cuando no es tratada en su inicio con los medios adecuados de prevención y la eliminación total sigue propagándose, provocando destrucción parcial a total de la pieza dental y por ende la extracción de la misma. Existe la necesidad de realizar campañas preventivas sobre el cuidado dentario, para que la enfermedad sea tratada a tiempo y así evitar caries profundas (avanzada), que es la causa más representativa de extracción de los dientes. (Mijares, 1981-1987).

Su avance es de forma fulminante y puede desarrollarse en un lapso de tiempo de seis meses, desde su inicio, a lesiones avanzadas dando como resultado afectación de la cámara pulpar y la consecuente

destrucción de todo el elemento coronario, ocasionando prematuramente la pérdida dental. (Mijares, 1981-1987).

A los seis años de edad en donde empieza la erupción del primer molar permanente, los infantes presentan lesiones cariosas dando su pico a los nueve años, siendo el género femenino el más afectado. (Ahmad, Moohammed y Zakirulla, 2011)

El primer molar por su compleja estructura es propenso a contraer caries así haya promoción y tratamientos preventivos. La Odontología moderna no ha podido establecer parámetros para su diagnóstico y tratamiento. (Domínguez y Hernández, 2011).

4.1.7 Enfermedad periodontal

Una de las causas de pérdida dental en los adultos es la periodontitis. No está presente en la infancia, pero se desarrolla en la adolescencia.

Según Norderyd, & Hugoson, (1997), estudio realizado en Suecia, entre individuos del sector urbano y otros del sector rural, se determinó que la enfermedad periodontal afecta la proporción de hueso conforme avanza la edad.

La destrucción periodontal se da por un avance de la enfermedad denominada periodontitis agresiva la cual destruye el periodonto; adquiere importancia clínica alrededor de la adolescencia y adulto. Este tipo de enfermedad se basa en la destrucción periodontal en boca. La periodontitis agresiva localizada se caracteriza por pérdida ósea en torno a primeros molares e incisivos. Como su nombre lo indica, la periodontitis agresiva generalizada se caracteriza por un patrón de destrucción asea extenso.

La periodontitis agresiva localizada afecta por lo menos un primer molar e incisivo o segundo molar y dos o menos caninos o premolares estos tenían 3 mm de pérdida de inserción. (Carranza & Newman, 2003).

4.1.8 Traumatismos

Los traumatismos no siguen un patrón etiopatogenico y no pueden ser predecibles en su intensidad o extensión. La prevalencia de los traumatismos dentales en 1941 era alta, provocados por accidentes escolares y las actividades deportivas (Obregon, hernandez & guerra, 2013)

Según Obregón, Hernández & Guerra (2013), uno de cada dos individuos sufre un trauma dental durante la infancia o pubertad.

Existen investigaciones sobre lesiones dentales desde el nacimiento hasta la edad de 14 años en donde uno de cada dos adolescentes ha presentado este problema con un 22 % de trauma en la dentición permanente.

El trauma debe ser atendido en un lapso de tiempo corto, ya que tienen mejor pronóstico si son resueltos en las primeras horas. Cuando existe un trauma dental, el daño se puede presentar meses a años más tarde aparentando estar bien, siendo esta evidente cuando exista una infección. Como en las fracturas radiculares, existe reabsorción de la misma y se pierde el soporte dental. (Pablo, 2013)

PÉRDIDA DEL PRIMER MOLAR POR REHABILITACION ORAL

Al extraer el primer molar definitivo prematuramente o por causa de rehabilitación produce déficit óseo de los maxilares impidiendo su desarrollo, provocando que el plano sagital bucal recorra al sitio de la pieza extraída, es decir, se desalinea el plano de unión de los incisivos superiores con los inferiores dando como resultado alteración de la mordida, dificultad de formación del bolo alimenticio, así como también rotación y migración dental adyacente a la zona edentula de la pieza número 6 ocupando dicho espacio. (Angarita, 2009).

Al tener un espacio dejado por el primer molar perdido, antes que el segundo molar erupcione, hace que este se desarrolle en forma inclinada al espacio vacío, esto se observa con mayor frecuencia en los molares inferiores provocando retención de alimentos y por ende la caries entre el segundo molar y el premolar. (Angarita, 2009).

Existen muchas causas para la extracción de piezas dentales con propósito terapéutico, entre estos tenemos rehabilitación protésica, implantar y en algunas ocasiones para tratamiento de ortodoncia. Al provocar la exfoliación de las piezas antagonistas pierden el soporte periodontal y óseo provocando movilidad dental. Cuando el diente antagonista se extruye y ocupa el espacio ausente en este caso del primer molar permanente se debe realizar un tratamiento exclusivo sea endodóntico con corte de corona o en las peores situaciones la extracción para rehabilitación de prótesis fija. (Angarita, 2009).

También cuando existe una agresión de caries y esta se ha difuminado hasta la furca se tiende a la extracción para tratamiento de implante dental y prótesis fija o removible. (Angarita, 2009).

En algunos casos de ortodoncia una de las alternativas para la extracción del primer molar permanente es, cuando existe mal posición dental moderada, protrusión de ambos maxilares, mordida abierta

posterior, clase III clase II. Se describe que, en casos de mal oclusión, los primeros molares superiores y/o inferiores son extraídos para poder obtener buenos resultados clínicos. (Rey, Oberti y Sierra, 2012).

5. MARCO METODOLOGICO

VARIABLES

VARIABLES DEPENDIENTES

- Causa de ausencia dentaria

VARIABLES INDEPENDIENTES

- Edad
- Sexo.

5.1.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

5.1.2 LEVANTAMIENTO DE DATOS DE PACIENTES AFECTADOS POR LA ENFERMEDAD

VARIABLE DEPENDIENTE E INDEPENDIENTE	CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES
Edad	Es el término que se utiliza para hacer mención al tiempo que una persona ha vivido, a contar desde que nació, en años.	Número de años cumplido	6 años en adelante
Sexo	Se denomina así a la división del género humano en dos grupos: mujer o hombre. Cada individuo pertenece a uno de estos grupos, a uno de los dos sexos.	Masculino Femenino	Masculino Femenino
Ausencia de Pieza Dentaria	Es la ausencia o pérdida total o parcial de los dientes la pérdida puede ser congénita y adquirida,	Uno o más piezas dentarias, superior, inferior derecha o izquierda	16 26 36 46
Causa de perdida	Es el fundamento, motivo, origen y o principio de algo.	Caries Enfermedad periodontal Rehabilitación oral Traumatismo	Caries profunda Periodontitis crónica agresiva localizada Mala posición del primer molar definitivo por extracción Leve Modera Severo

TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

5.1.3 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

En base al grado de profundidad en el que se aborda el estudio de prevalencia de pérdida del primer molar permanente, el estudio se enmarca en lo retrospectivo, perceptual y comprensivo.

5.1.4 TIPO DE INVESTIGACION

De acuerdo a la naturaleza del estudio de la investigación, reúne por su nivel las características de un estudio descriptivo, y transversal.

MÉTODOS Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION

5.1.5 MÉTODO

Los principales métodos que se utilizó en la investigación fueron: análisis, síntesis, deductivo, inductivo, estadísticos y entre otros.

POBLACIÓN Y MUESTRA

Universo: Todos los niños de 6 a 12 años del municipio de Porvenir, que son un total de 1750 niños distribuidos entre las comunidades, de Porvenir, Villa Rojas y San José.

Población: Todos los niños de 6 a 12 años del municipio de Porvenir, que son un total de 379 niños distribuidos en la comunidad de Villa Rojas.

Población de muestra: Todos los niños de 6 a 12 años de la comunidad de Villa Rojas, que son un total de 80 niños distribuidos en la comunidad de Villa Rojas, que representan un 21.1% de la población.

A los que se accedió de manera estratégica, realizando el levantamiento epidemiológico en la Unidad Educativa Serafín Castedo.

INTERVENCIÓN O METODOLOGÍA

5.1.6 RECOLECCIÓN DE DATOS

- En la siguiente investigación se realizó la confección de una ficha epidemiológica la cual se enfocaba en los 4 primeros molares y causa de la perdida.
- También realizó la recolección de datos mediante la verificación objetiva de los formularios del Sistema Nacional de Información en Salud 301^a y los cuadernos de registro para verificar la concordancia de los datos y una mejor investigación.
- Posteriormente, se aplicó la encuesta al paciente identificando los criterios de inclusión con la colaboración del tutor en el centro de Salud de Villa Rojas.

5.1.7 INSTRUMENTOS REVISADO

- Ficha Clínica epidemiológica

5.1.8 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los principales instrumentos que se aplicaron en las técnicas son:

- Encuesta
- Entrevista
- Análisis de documento

ASPECTOS ADMINISTRATIVO

RECURSOS MATERIALES

- Cuaderno
- Lápiz borrador
- Folder
- Tablero
- Cámara fotográfica
- Papel bons
- Marcadores

RECURSOS HUMANOS

La responsable de la investigación y el tutor que colaboraron en el levantamiento de la información en el Centro de Villa Rojas.

6. ANÁLISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

Tabla # 1
COMUNIDAD DE VILLA ROJAS
POBLACIÓN COMPRENDIDA DE LOS NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS
MUESTRA TOTAL: 80 EXAMINADOS

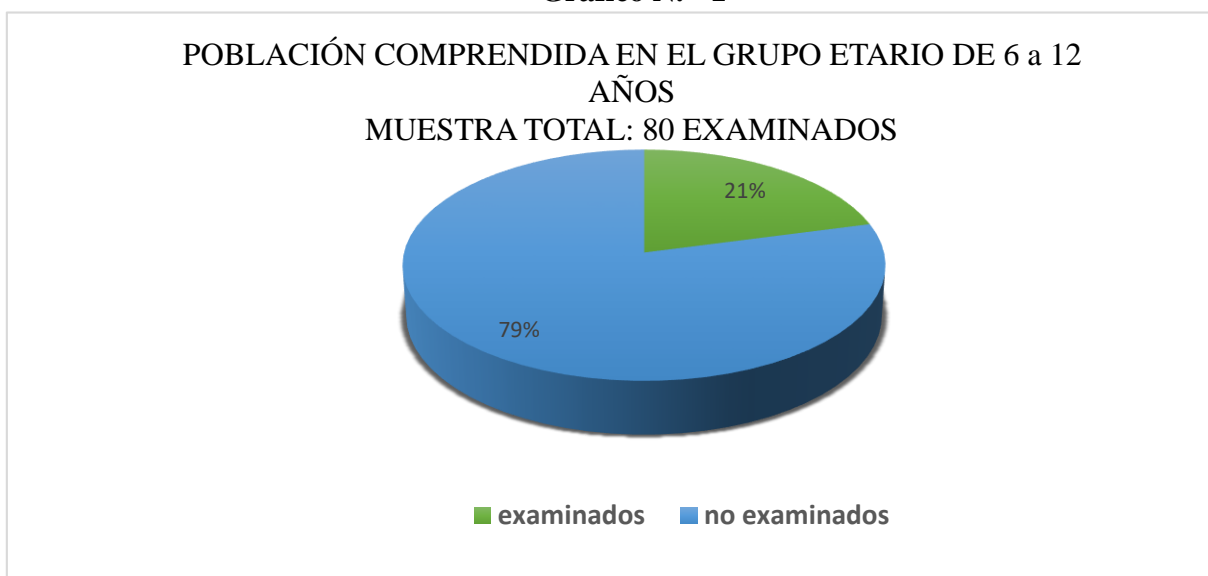
EXAMINADOS	Total	Muestra	Porcentaje
EDAD DE 6 A 12 AÑOS	PACIENTES	80 EXAMINADOS	20.1%

Tabla 1: Población de muestra.

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: Se aplicó el criterio de muestreo no probabilístico, para poder tener una población representativa y de esta manera, la población total que cuentan con 379 niños en primaria que representa un 100%, y 80 examinados que representan un 20.1% como población de muestra.

Gráfico N. ° 1



Grafica 1. Muestra total de examinados

Fuente: elaboración propia

Interpretación:

la representación gráfica demuestra que, la población total que cuentan con 379 niños en primaria que representa un 100%, y 80 examinados que representan un 20.1% como población de muestra.

TABLA # 2
LOCALIDAD DE VILLA ROJAS
DIVISION DE LOS EXAMINADOS POR GÉNERO.

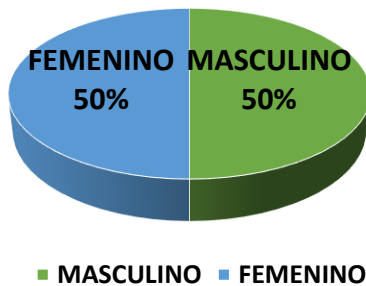
GENERO	EXAMINADOS	PORCENTAJE
MASCULINO	40	50%
FEMENINO	40	50%
TOTAL	80	100%

Tabla 2. Distribución examinada por género.

Fuente: Elaboración propia

GRAFICO N. ° 2

LEVANTAMIENTO EPIDEMIOLOGICO GLOBAL SEGÚN
GENERO



Grafica 2. Porcentaje de niños por género

Fuente: elaboración propia

INTERPRETACION

La población de muestra cuenta con 40 niños del género masculino lo que refleja un 50% y 40 niñas de género femenino que refleja un 50%.

TABLA # 3
LOCALIDAD DE VILLA ROJAS
DISTRIBUCION DE PIEZAS DENTARIAS EXAMINADAS

PIEZA	PIEZA 16	PIEZA 26	PIEZA 36	PIEZA 47	TOTAL
SANO	39	41	27	23	130
CARIES	29	24	39	38	130
OBTURADO	5	3	2	3	13
PERDIDO	7	12	12	16	47
TOTAL	80	80	80	80	130

Tabla 3. Distribución de piezas dentarias de los examinados.

Fuente: Elaboración propia

GRAFICA N. ° 3

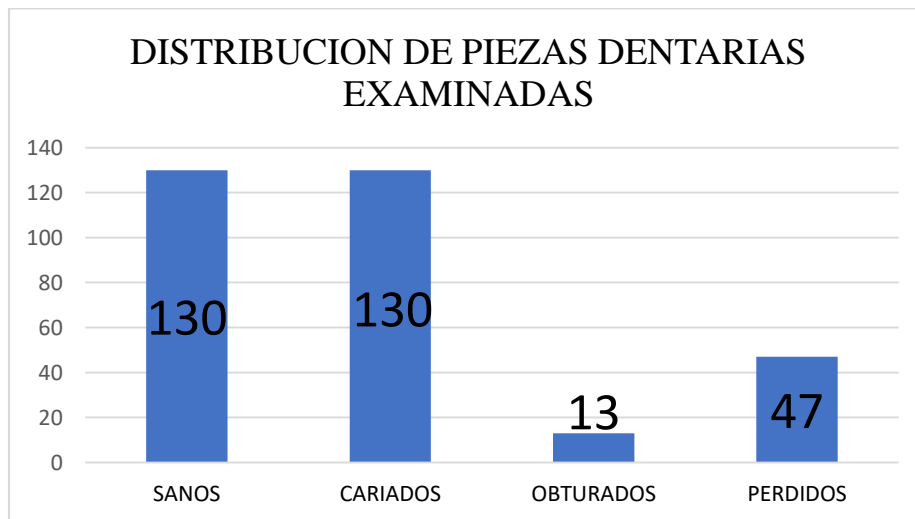


Gráfico 3: Distribución de piezas dentarias de los examinados.

Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACION

El siguiente gráfico y tabla demuestra, la distribución de las piezas dentarias examinadas 320, que de las cuales 130 piezas están sanas, 130 piezas cariadas, 13 piezas obturadas, y 47 piezas dentarias son perdidas.

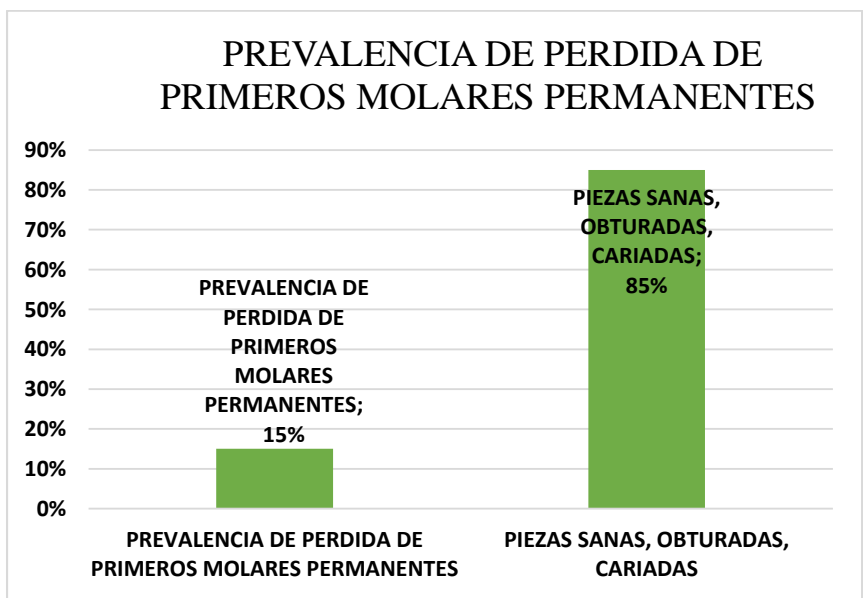
TABLA # 4
LOCALIDAD DE VILLA ROJAS
PREVALENCIA DE PERDIDA DE PRIMEROS MOLARES PERMANENTES

Edad (años)	CANTIDAD DE PIEZAS PERDIDAS			
	CANTIDAD DE NIÑOS EXAMINADOS	CANTIDAD DE MOLARES PERMANENTES EXAMINADOS	CANTIDAD DE PIEZAS PERDIDAS	PORCENTAJE
Total	80	320	47	15%

Tabla 4: Prevalencia de pérdida de primeros molares permanentes

Fuente: Elaboración propia

GRAFICA N. ° 4



Grafica 4. Prevalencia de Perdida de Primeros molares permanentes.

Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACION

Del total de niños de 6 a 12 años de edad preescolares de la Unidad Educativa Serafín Castedo de la localidad de Villa Rojas, obtenemos 47 piezas perdidas los que nos da una prevalencia de pérdida de primeros molares permanentes de 15% de todas las piezas examinadas.

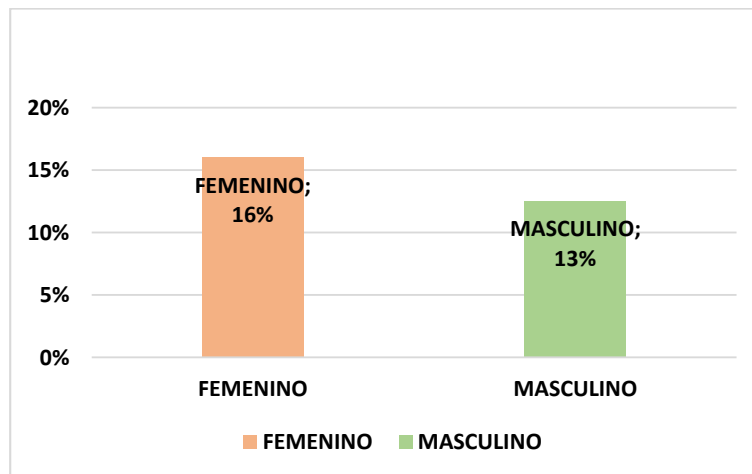
TABLA # 5
LOCALIDAD DE VILLA ROJAS
PREVALENCIA DE PERDIDA DE PRIMEROS MOLARES PERMANENTES SEGÚN EL
SEXO

GENERO	FRECUENCIA	PIEZAS EXAMINADAS	PIEZAS PERDIDAS	PORCENTAJE
MASCULINO	40	160	21	13%
FEMENINO	40	160	26	16%
TOTAL	80	320	47	15%

Tabla 5: Prevalencia de pérdida de primeros molares por género.

Fuente: Elaboración propia

GRAFICA N. ° 5
PREVALENCIA DE PERDIDA DE PRIMEROS MOLARES PERMANENTES SEGÚN EL
SEXO



Grafica 5. Prevalencia de pérdida de primeros molares por género.

Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACION

Del total de niños de 6 a 12 años de edad preescolares de la Unidad Educativa de la localidad de Villa Rojas, obtenemos un porcentaje de niñas es de 16% (40 niñas) y 13% niños 40 niños). Demostrando que el sexo predominante en la prevalencia de pérdida de primeros molares es el sexo femenino

TABLA # 6

PIEZA DENTARIA CON MAS REPORTE DE PERDIDA DENTAL.

PIEZA	PIEZA 16	PIEZA 26	PIEZA 36	PIEZA 47	TOTAL
PERDIDO	7	12	12	16	47

Tabla 5. Frecuencia de perdida de primeros molares de manera individual.

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N. ° 6

CAUSAS DE PERDIDA DE PRIMER MOLAR

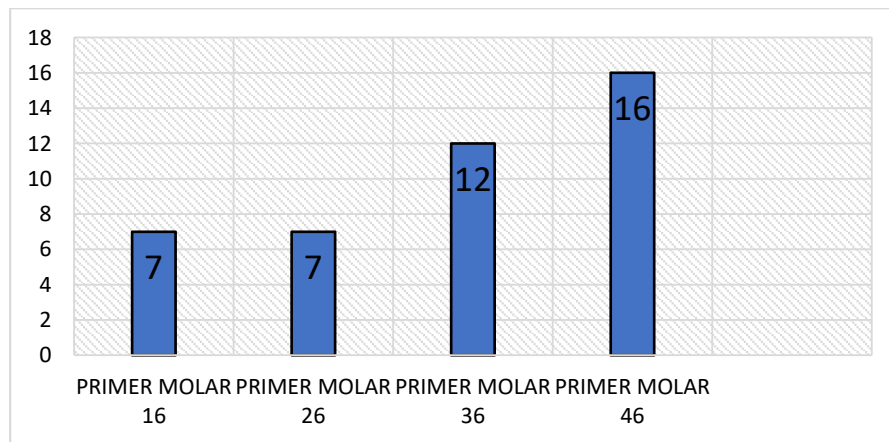


Gráfico 6. Frecuencia de perdida de primeros molares de manera individual.

Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACION

Según los resultados obtenidos gracias a las encuestas realizada, podemos determinar que la pieza con más reportes de casos de perdida dental, es la pieza #46, que reporta 16 de los 47 casos registrados durante este trabajo investigativo.

7. CONCLUSIONES

Se concluye que la prevalencia en el municipio de Villa Rojas en los meses de Julio a Septiembre de la gestión 2019, los meses de mi servicio rural en el Centro de Salud de Villa Rojas y la Unidad Educativa Serafín Castedo, tiene como resultado que, de los 80 examinados, 15% presentaron prevalencia de pérdidas de los molares permanentes.

De acuerdo con la recopilación de datos del establecimiento de salud se pudo confirmar que:

Comparando por sexo, obtenemos un porcentaje 16% (de las 40 niñas examinadas) y 13% (de los 40 niños examinados). Demostrando que el sexo predominante en la prevalencia de pérdida de primeros molares es el sexo femenino.

También se llegó a la conclusión de que la pieza dentaria con más reportes de pérdida dental, es la pieza #46, el primer molar inferior Derecho.

8. RECOMENDACIONES

- Se recomienda al municipio de Porvenir, gestionar, campañas, programas y actividades que beneficien a este tipo de pacientes, que no se encuentra protegido por un seguro, que se tomen medidas de prevención, y en casos avanzados que se realicen tratamientos, para poder así elevar la salud bucal de esta población.
- Es necesario instruir al personal de Salud en la realización de vigilancia activa y prevención de la primera causa (caries) de pérdida del primer molar para evitar alteración en la oclusión y otros.
- Se recomienda implementar en la malla curricular una asignatura o materias que corresponda al área de salud en la Unidad Educativa Serafín Castedo.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Angarita, N., & Cedeño, C. (2016). Consecuencias de la pérdida prematura. *Rev latinoam ortodonc ortopediat*, 19.
2. Antelo, V., & Pujaité, L. (2014). La pérdida del primer. *MediCiego.*, 18.
3. Barreiro, C., & Maldana, A. (2012). Pérdida prematura del primer molar. *RevPediatic*, 16.
4. Bedoya, N., & Chacón, A. (s.f.). Tratamiento temprano de maloclusiones clase II tratado. *Rev Cub*, 23.
5. Cuyac, M., & Reyes, M. (2012). Comportamiento de la caries dental en la escuela primaria Antonio López Coloma. *Rev Méd Electrón*, 34.
6. Tenecela, E., & Rivera, L. (2016). Prevalencia de pérdida dental prematura en. *Cuenca*, 12.
7. Silvero FR. Pérdida prematura del primer molar permanente [Tesis]. Encarnación: Universidad Católica “Nuestra Señora de la Asunción Campus Itapúa”; 2013.
8. En: <http://www.uci.edu.py/wp-content/uploads/2013/11/Perdida-Prematura-del-Primer-Molar-Permanente.pdf>.
9. Camacho SP. Frecuencia de caries y pérdidas prematuras de primeros molares permanentes en la academia internacional bilingüe la Bretaña septiembre octubre 2012 [Tesis]. Quito: Universidad Central de Ecuador; 2012.
10. Rodríguez MF, Mursuli M, Pérez LM, Martínez M. Estado de salud del primer molar permanente en niños de 6 a 11 años. *Gaceta medica espirituana*. 2013; [consultado 15 enero 2015] 15(1).

10. ANEXOS



Imagen 1: Charlas educativas a los estudiantes
Fuente: Elaboración Propia



Imagen 2: Exploración intraoral de la estudiante
Fuente: Elaboración Propia



Imagen 3 Primeros molares permanentes con caries piezas 16-26
Fuente: Elaboración Propia



Imagen 4 Primeros molares permanentes con caries piezas 36-46
Fuente: Elaboración Propia



Imagen 5: Primeros molare permanentes con caries piezas 16-26
Fuente: Elaboración Propia



Imagen.6 Primeros molares con obturación piezas 16-26
Fuente: Elaboración Propia



*Imagen 7: Entrega de cepillos dentales a los estudiantes
Fuente: Elaboración Propia*



*Imagen 8: Estudiantes de la unidad educativa
Villa Roias*