



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Factores predisponentes de pérdida prematura
de la dentición primaria en preescolares
"Estancia Infantil Almendrita" D.F.2004

T E S I N A

Que para obtener el Título de:

CIRUJANA DENTISTA

Presenta:

CLAUDIA IVETTE MARTÍNEZ MADRUEÑO

TUTORA: C. D. Angeles L. Mondragón del Valle

V. Co. Angeles L. Mondragón
ASESORA: MTRA. Arcelia F. Meléndez Ocampo

MÉXICO, D.F.

Abril 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

A Dios:

Por darme la fuerza de llegar al final y hacer que mi sueño fuera posible.

Mamá, Joaquín, Mariana y Paola.

Por ser la mejor familia del mundo, por su apoyo, su ayuda y sobre todo gracias por comprenderme.

Sin ustedes nunca lo hubiera logrado.

Con todo mi Amor:

Claudia

| |
|---------------|
| ÍNDICE |
|---------------|

| | |
|---|----------|
| 1 Introducción y Antecedentes..... | 1 |
| 1.1 Principales consecuencias que causa la pérdida prematura de dentición primaria..... | 9 |
| 1.1.1 Maloclusión..... | 9 |
| 1.1.2 Pérdidas de espacio y longitud de arco en la dentición primaria..... | 10 |
| 1.1.3 Hábitos Bucales perjudiciales..... | 10 |
| 1.1.4 Afección del perfil psicológico y social..... | 10 |
| 1.1. Alteración en el desarrollo de la fonación..... | 11 |
| 1.2 Caries Dental..... | 12 |
| 1.2.1 Etiología de la Caries..... | 12 |
| 1.2.2 Etiopatogenia de la Caries..... | 12 |
| 1.2.3 Participación de carbohidratos en el desarrollo de la caries..... | 13 |
| 1.2.4 Características de procesos infecciosos producidos por caries..... | 15 |
| 1.2.5 Consecuencias locales provocadas por caries..... | 15 |
| 1.2.6 Afección de la caries dental en el crecimiento y desarrollo del niño..... | 17 |
| 1.2.6ª Afección a la salud en general..... | 18 |
| 1.2.7 Epidemiología de la cariesDental..... | 18 |
| 1.2.7ª Estudios Epidemiológicos de Caries Dental..... | 19 |
| 1.3 Traumatismo..... | 20 |
| 1.3.1 Etiología..... | 21 |
| 1.3.2 Clasificación..... | 22 |
| 1.3ª Lesiones de tejidos blandos..... | 23 |
| 1.3b Lesiones óseas..... | 23 |
| 1.3c Luxaciones..... | 24 |

| | |
|---|-----------|
| 1.3b Lesiones dentarias..... | 25 |
| 1.4 Características de pérdida prematura por diente..... | 27 |
| 1.4.1 Pérdida prematura de incisivos temporales..... | 27 |
| 1.4.2 Pérdida prematura de caninos temporales..... | 28 |
| 1.4.3 Pérdida prematura de molares temporales..... | 28 |
| 1.4.4 Pérdida prematura del primer molar temporal..... | 28 |
| 1.4.5 Pérdida prematura de los segundos molares temporales..... | 29 |
| 1.4.6 Pérdidas múltiples..... | 29 |
| 1.5 Espacios desdentados a causa de pérdida prematura..... | 29 |
| 1.6 Mantenedores de espacio..... | 30 |
| 1.6.1 Clasificación de mantenedores de espacio..... | 31 |
| 1.6.2 Mantenedores fijos..... | 32 |
| 1.6.2 ^a Tipos..... | 32 |
| 1.6.3 Mantenedores removibles..... | 33 |
| 1.6.3 ^a Indicación de mantenedores removibles..... | 33 |
| 1.6.3b Tipos..... | 33 |
| 2 Planteamiento del problema..... | 34 |
| 3 Objetivo General..... | 36 |
| 3.1 Objetivos específicos..... | 36 |
| 4 Justificación..... | 37 |
| 5 Metodología..... | 38 |
| 5.1 Tipo de estudio..... | 38 |
| 5.2 Población de estudio..... | 38 |
| 5.3 Criterios de inclusión..... | 39 |
| 5.4 Criterios de exclusión..... | 39 |
| 5.5 Muestra..... | 39 |

| | |
|--|----|
| 5.6 Variables independientes y dependientes..... | 39 |
| 5.7 Encuesta..... | 40 |
| 5.8 Recursos..... | 41 |
| 6 Resultados..... | 42 |
| 7 Conclusión..... | 51 |
| 8 Referencias Bibliográficas..... | 52 |
| Anexos. | |

1 INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES.

Las principales causas de la pérdida prematura de dientes primarios son la caries y los traumatismos como lo menciona Gutiérrez que realizó un estudio acerca de traumatismos en dientes antero-superiores e inferiores en donde determinó la prevalencia en preescolares y sus consecuencias en dentición primaria en una población de 12,198 niños atendidos en hogares de Cuidado Diario, Preescolares Públicos y Privados del Municipio Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela, donde las lesiones que se observaron en tejido dental eran del orden del 91.77% (379 casos) y en tejido blando en un 8.23% (34 casos). El número de dientes afectados osciló entre uno y cuatro, totalizándose 524 dientes con daño para un promedio de 1.51 por individuo. Predominó la localización antero-superior (95.21%) y los dientes más involucrados fueron: el incisivo central superior derecho, incisivo central superior izquierdo e incisivo lateral superior izquierdo. Se diagnosticaron 413 casos de traumatismos con lesión dental representando un 19.90% del total de la población que integró la muestra.

En las instituciones dirigidas a la atención de los grupos sociales, obreros y subempleados se concentraron las frecuencias más elevadas, siendo los más propensos al problema los atendidos en hogares de Cuidado diario.

El nivel de instrucción, el tipo de ocupación, las tareas realizadas en el trabajo y la fuente principal de ingreso fueron los indicadores utilizados para conocer la inserción social de los padres y representantes. Se identificaron cuatro grupos sociales predominando obreros y capas medias. La asociación sexo, edad y prevalencia de traumatismo se confirmó la asociación de las variables Inserción social como: Prevalencia de traumatismo, solicitud de

asistencia profesional, características del tratamiento administrado y valoración de la salud buco-dental, igualmente se comprobó la participación del tiempo transcurrido para la solicitud de asistencia profesional en la aparición de lesiones en el diente impactado y tejido de soporte.

Los grupos sociales obreros y subempleados, representaron el 59.79% y el 52.94% de los casos con lesiones en el tejido buco-dental. En los niños pertenecientes al grupo empresario sólo se diagnosticaron lesiones en el tejido dental, constituyendo un 2.90% del total de casos con lesión. Según la clasificación de Ellis y Davey, basada en los criterios definidos por Andreassen. La causa básica de las lesiones fue accidentes en el hogar, siendo los objetos de choque fundamentalmente: piso de vivienda, paredes y muebles domésticos. Los sucesos en el hogar, ocurrieron cuando el niño jugaba (48.18%) o manejaba bicicletas (27.60%). Los incidentes en piscina y automóvil obtuvieron 0.73% y 0.25% respectivamente. Las características del objeto de choque aparecieron, significativamente, relacionadas con el número de dientes lesionados, localizados de la lesión igualmente, se verificó que el impacto con el piso, mesa, pared, objetos de madera y metal predispuso a la aparición de cambios de color en el tejido dental. Se presentó cambio de color en 213 casos y en 158 el objeto del choque fue el piso. El test chi cuadrado permitió con una probabilidad de 1 por 100 ,realizar la Hipótesis Nula :no hay asociación entre el cambio de color y el objeto del choque.

En resorción inflamatoria del diente lesionado, las características que ésta asumió aparecieron asociadas a la forma del objeto de choque. En los 132 niños con este diagnostico, el objeto de choque fue plano en el 86.36%de los casos. El 60.16% de los casos con 1,2 y 3 dientes lesionados fueron producto del choque con objetos a menos de un metro de distancia. En la fractura sencilla de corona, el borde incisal y la pérdida de estructura en el ángulo mesial aparecieron más involucrados cuando el sujeto en el

accidente recorre menos de un metro y más, respectivamente, hasta el objeto de choque.

De los 32 casos con fractura no complicada de corona, el 56.25% (16) se produjo en accidentes en los que el objeto de choque estuvo a menos de un metro de distancia, involucrando fundamentalmente el ángulo distal cuando el impacto se produjo con objetos ubicados a más distancia, se lesionó el ángulo mesial y distal.

Los resultados obtenidos en relación con la asociación distancia al objeto de choque, cambio de color y necrosis pulpar cuando se incrementa la distancia al objeto de choque .

En cuanto al tiempo transcurrido entre el accidente y la atención fue de inmediato en un 22.92%, horas después 2.09%, 24 horas después 25%, 1 semana después 16.66% y más de una semana después un 33.33%

Se concluyó que la inserción social de los padres o representantes y el tiempo que transcurre para solicitar tratamiento profesional son variables asociadas de las que dependen las consecuencias del trauma en dentición primaria.¹

En el 2001 Balcazar realizó un estudio en Ciudad Nezahualcóyotl de prevalencia de caries dental de niños de 2 a 5 años cuidados en guarderías y su relación con el nivel socio-económico de sus padres. Encontrándose que la información epidemiológica general para la República Mexicana revela que el 84.4% de la población escolar, y aproximadamente el 95% de la población

¹ Od. Carmen A. Gutiérrez Mg. Traumatismos en dientes antero-superiores o inferiores. Acta Ontológica Venezolana Vol. 37N°1 Enero – Abril 1999.p.p.134-145.

adulta, padece caries. Según algunos estudios transversales, la población escolar tiene un índice de prevalencia c.e.o. De 5.44.

En una guardería infantil de DIF reportó un índice c.e.o. de 16.44 en niños de 2 a 5 años.

La gran importancia que se le da a la salud oral en los niños cuidados en guardería y tomando en cuenta que pasan la mayor parte del tiempo en ella encaminó la realización de estudios en la periferia del municipio de Ciudad Nezahualcóyotl en tres guarderías del DIF con 627 niños de 3 a 5 años. El riesgo epidemiológico arrojó que el índice ceo fue de 0.21 en los 315 niños y de .20 en las 312 niñas estudiadas.²

En el estudio realizado en los Estados Unidos para evaluar la salud dental de 2,118 niños de la etnia navajo, integrantes de un programa para niños de bajos recursos, con edades de 3,4 y 5 años dió como resultado un índice c.e.o. de 19.04.6. Para tal efecto, se tomó una muestra representativa de 228 niños que acudian al servicio de las 6 guarderías de Instituto Mexicano del Seguro Social Guadalajara , Jal.

Tomándose una muestra de 38 niños de cada guardería, el esquema del muestreo fue de conglomerados aleatorios simples. Los sujetos de estudio fueron revisados manualmente con equipo de exploración dental: espejo plano No. 5, pinzas, explorador, algodón estéril, lampara de mano y la hoja de captación de datos, tomándose en cuenta caries dental, edad, sexo. A sus madres se les aplicó un cuestionario directo donde se les preguntaba la escolaridad propia, ocupación, y el ingreso económico. para posteriormente relacionarlo con el c.e.o. de sus hijos.

2Práctica Odontológica, Vol. No. 5, Mayo 2001. p.p 26-29. Dra. En P.S. Nidia María Balcázar Partida.

El índice c.e.o. se presentó más elevado en la guardería No. 4 Con 2.29 y el más bajo en la guardería No. 1 con 1.37 Globalmente se observó un índice c.e.o. de 1.74.

El índice de los niños, con respecto a la escolaridad de sus madres se presentó como: La prevalencia de caries más elevada la obtuvieron los niños cuyas madres tenían una escolaridad primaria con un c.e.o. De 2.45 y la prevalencia mas baja la obtuvieron los niños de mas madres con escolaridad preparatoria , técnicas y profesionales con un c.e.o. de 1.58 .

En cuanto a la extracción indicada quedo de la siguiente manera:

en la guardería no. 1 de un total de 38 niños "e " es igual a cero.

en la guardería no. 2 de un total de 38 niños "e" es igual a 4.

en la guardería no. 3 de un total de 38 niños "e" es igual a 6.

en la guardería no. 4 de un total de 38 niños "e" es igual a cero .

en la guardería no. 5 de un total de 38 niños "e" es igual a 2.

en la guardería no. 6 de un total de 38 niños "e" es igual a cero.

Se observó un total de 10 casos en 228 niños.

El c.e.o. global de los niños que acuden a este servicio es de 1.74 en comparación con los encontrados en otras guarderías no es alarmante. También se aprecia que las madres con un nivel mas bajo de preparación y de recursos económicos son las que más demandan el servicio de las guarderías y en estos niños se encontró el mayor índice c.e.o. los niños pasan la mitad del día (de 7.00am. A 7:00pm) y es aquí donde se deben inculcar los hábitos de higiene adecuados.³

En este orden de ideas, Rivas Salas realizaron un estudio comparativo para de comprobar cómo las características y factores socio-económicos de este grupo de familias específicas, influyen en la presencia o

³Balcázar , Nidia. Caries dental en niños cuidados en guarderías , (su relación con el nivel socio-económico de sus madres. Práctica Odontológica Vol. 22, mayo 2001, N° 5 p.p.26-29.

ausencia de patologías buco-dentales , así como evaluar la eficacia de las acciones preventivas emprendidas por la FO/UAZ.

Para la realización del diagnóstico situacional del estudio se emplearon los siguientes índices epidemiológicos orales: Índice CPOD índice periodontal de Rusell, índice IHOS y el índice de fluorosis de Dean.

Los resultados en ambos estudios evidenciaron una incidencia y una prevalencia de patologías buco-dentales bastante bajo en niños de edad preescolar (1995: ceod 2.11 CPOD 1.5; en el 2001 – ceod 1.3; CPOD 0.9. En 1995 un IHOS de 1.0 u en 2001 un IHOS de 0.5. En 1995 un IR de 1.2 y en el 2001 uno de 0.4. En 1995 el 18.62% de la población estudiada presentó algún tipo de traumatismo dental, y en el 2001 sólo el 10.16% presentó traumatismos. En 1995 el 3.25% de los niños presentaron fluorosis, y en 2001 el 8.47% la presentó.

En el 2002 se examinaron a 193 preescolares de la Delegación Iztapalapa. En un estudio de prevalencia de factores de riesgo para el desarrollo de la oclusión donde evaluaron la distribución y frecuencia de algunas características de la dentición temporal y valorar el posible riesgo que propician para el desarrollo de algún tipo de maloclusión.

Se valoró el tipo de plano terminal y de arcada se utilizaron los criterios de Baume y para la experiencia de caries dental de la OMS. Los examinadores fueron calibrados de acuerdo a los parámetros establecidos por Cohen. Los resultados demostraron que **el 36% de los preescolares presentaron lesiones cariosas interproximales profundas y/o pérdida dentaria prematura. Con relación a la distribución y frecuencia de lesiones cariosas interproximales profundas y pérdida prematura de dientes temporales , se observó que de los 193 preescolares**

examinados, 70 de ellos mostraron esta condición, considerandose no muy alta frecuencia, esta prevalencia se considera como riesgo medio en la población para desarrollar algún tipo de maloclusión.

La arcada tipo 1 ó abierta fue la más frecuente mostrandose en 145 preescolares; mientras que la arcada tipo 2 o cerrada sólo en 48.

Con respecto a la edad la distribución frecuencial de lesiones cariosas interproximales profundas y/o pérdida prematura en dientes temporales se observó que solo 29 de 92 preescolares de 3 años de edad presentaron estas características; La prevalencia no fue mayor en preescolares de 4 y 5 años de edad.

De acuerdo a los resultados obtenidos la población mostró un bajo riesgo para desarrollar algún tipo de maloclusión. Asimismo se confirma la naturaleza multifactorial de este proceso, el cual, en algunos otros factores pueden tener una influencia mayor en el desarrollo de la oclusión.⁴

Brenes en determinó el patrón de erupción dentaria, el patrón de caries dental, la prevalencia y algunos factores de riesgo asociados a la enfermedad en niños costarricenses de 24 meses.

Realizó un estudio retrospectivo de casos y testigos por medio de una entrevista oral estructurada se estudiaron algunos factores que pudieran explicar la alta ocurrencia de la enfermedad en ese rango de edad en Costa Rica.

4Revista ADM Vol LIX, No. 4. Julio-Agosto 2002 pp. 126-133. CD. Juana Elizabeth Medrano Luna, CD. Laura Socorro Cedillo Galindo.

Para determinar la prevalencia de caries, se realizó un examen en 196 niños que se seleccionaron por muestreo aleatorio de la consulta externa del programa "Niño Sano" en tres centros de salud local en el área metropolitana de San José-Costa Rica: Estos dos últimos centros seleccionados porque presentaban tanto población urbana como población rural.

La prevalencia de caries para este grupo de niños fue de 36% en unidad de medición utilizada fue el (c.e.o.). Se seleccionaron niños con edades entre 12 y 24 meses para comparar muestra total de 414 (214 mujeres, 200 varones). De ellos 205 niños presentaban caries dental (casos) en algunos de los dientes erupcionados en la cavidad oral y se compararon con 209 niños libres de la enfermedad (Testigos). Se determinó una la prevalencia y patrón de caries dental durante la temprana infancia basada en la información obtenida del grupo de niños casos.

La clasificación clínica de las lesiones cariosas abarcó desmineralizaciones con pérdida de continuidad o translúcida del esmalte hasta cavidades francamente abiertas. No se tomaron radiografías. El diente que presentara cualquier lesión cuestiona codificación como sano.

El análisis del grupo de niños con caries indica que el número promedio de dientes cariados fue de 4.1 +- 3.6 y que él número incrementa en relación directa con el aumento de la edad el porcentaje promedio de dientes cariados vs. Dientes presentes fue de 26.8 +- 21.3. No se encontraron diferencias estadísticas significativas entre niñas y varones pero si fue evidente una tendencia a mayor número de caries en varones que en mujeres:

4.3+-3.8 3.8+-3.4, $p=0.09$, df (grados de libertad)=203. En 48% de los niños se presentó uno o dos dientes cariados pero el 20% estaban severamente

enfermos, con 6 o más dientes afectados. Los incisivos, especialmente los superiores fueron los principales responsables del índice c.e.o.d.⁵

1.1 Principales consecuencias que causa la pérdida prematura de dentición primaria.

La dentición primaria, es parte del complejo aparato estomatológico, y cuando se presenta pérdida prematura de cualquier Órgano dentario primario provoca que pierda su integridad, ya que hasta el momento de su exfoliación juega un papel esencial en el desarrollo del niño específicamente en:

- a) El proceso de masticación.
- b) El desarrollo del habla.
- c) La estética.
- d) El mantenimiento de espacios naturales.
- e) Como guía para los dientes sucesores permanentes.
- f) La prevención de hábitos orales indeseables.

Cuando hay pérdida prematura en la dentición primaria, por lo general se presentan las siguientes características en la boca del niño:

1.1.1 Maloclusión

Los dientes temporales son de suma importancia para el desarrollo de una correcta oclusión en la dentición permanente. La oclusión se desarrolla desde la dentición temporal, pasando por el periodo de la dentición mixta hasta la dentición permanente, siguiendo una secuencia de hechos ordenados y establecidos en el tiempo para lograr una oclusión funcional estética y estable.

⁵Asociación Costarricense de Cengresos Odontológicos. Congreso XIX. Enero2004. Dra. Sylvia Gudiño F., Dr. William Brenes Gómez.

Pero cuando esta secuencia se altera por factores como la caries dental, se producen problemas que pueden afectar su estado final. Entre las principales consecuencias se encuentran:

1.1.2 Pérdidas de espacio y longitud de arco en la dentición primaria.

1.1.3 Hábitos Bucales perjudiciales.

El hábito es una forma de hacer incontrolada y automática, constante en el tiempo lo que produce una acción mecánica que puede conducir a una modificación en la posición de los dientes y en la forma y en la relación de los maxilares.

Cuando se pierden prematuramente los incisivos temporales, no existe un contacto interincisivo, lo que hace que la lengua adopte una postura anterior para lograr un correcto sellado oral en la deglución. Si este hábito perdura, puede dar como resultado una protusión de ambos incisivos permanentes después de que erupcionen, y mordida abierta anterior. En caso de pérdida de molares primarios, la lengua ocupará el espacio creado por dicha pérdida de piezas, conduciendo, también, a problemas de maloclusión, como lo es la mordida abierta lateral.

1.1.4 Afección del perfil psicológico y social

Existe un tipo de comunicación que no es verbal, donde la persona transmite continuamente mensajes sobre sí mismo a los que le rodean, con su rostro y su cuerpo.

Un rostro que luce (dientes y boca) en equilibrio y armonía, es un factor primordial en el ambiente social en el que vive y se mueve el individuo, además de conducirlo a tener un estado de ánimo satisfactorio y una valoración de su personalidad. Una sonrisa con unos dientes sanos resulta ser muy agradable, y el poder abrir la boca con seguridad, es un factor

positivo en las relaciones humanas. En forma contraria **una dentición deficiente o con ausencia de piezas dentarias es considerada antiestética y es fuente de complejos.**

La pérdida prematura en la boca de un niño es un problema que afecta algunas características de éste en un ambiente social, principalmente cuando abarca incisivos temporales maxilares, que son primordiales en el desarrollo de un rostro armonioso, ya **que la pérdida pueden resultar en trastornos psicológicos**, a causa de observaciones no intencionadas pero desagradables de amigos o parientes; lo que trae como consecuencia que **el niño desarrolle complejos de inferioridad con respecto a su aspecto personal**, y todo ello debido generalmente a los padres para quienes la estética no es un factor de importancia, tienden, en mayor probabilidad, a recurrir al odontólogo cuando el niño presenta dolor, alteración al dormir o alteración de los patrones de alimentación, o bien cuando son referidos por el pediatra.

1.1.5 Alteración en el desarrollo de la fonación.

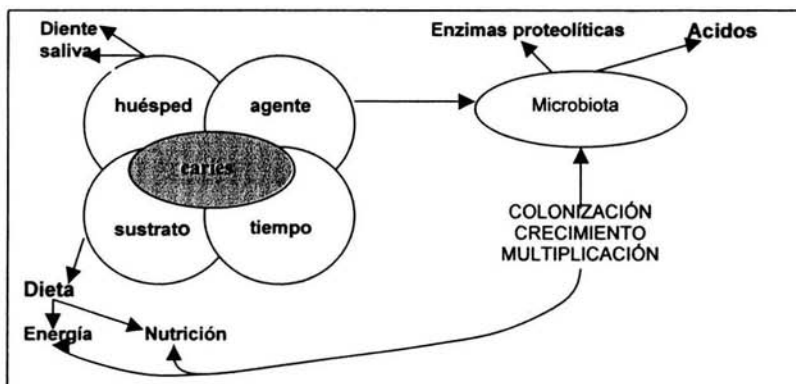
La fonación es la emisión de la voz o de la palabra. Cuando un niño pierde los incisivos centrales **destacan principalmente alteraciones a nivel de las consonantes S, Z, V, y F**, pues éstas se producen mientras la lengua toca el lado lingual de los incisivos superiores. La ausencia de estos dientes temporales, pueden crear hábitos difíciles de corregir con posterioridad, primordialmente en niños que comienzan a desarrollar el habla, además de presentar, a veces, compensaciones fonéticas inconvenientes como protusión de la mandíbula, aproximación del labio superior a los incisivos inferiores y cierre frontal de la zona incisiva afectada por interposición lingual rellenando así este espacio vacante.

1.2 Caries Dental.

La Organización Mundial de la Salud define caries como: "Proceso patológico localizado, de origen externo, que se inicia después de la erupción y determina el reblandecimiento del tejido duro del diente, evolucionando hacia la formación de la cavidad."

1.2.1 Etiología de la Caries.

La caries dental es una infección bacteriana dependiente de la placa dento bacteriana, la cuál es fuertemente afectada por la dieta. El desarrollo de la caries dental depende de la interacción de tres factores locales en la boca : Un diente susceptible, las bacterias cariogénicas y los carbohidratos fermentables. La ausencia de uno de estos factores disminuye dramáticamente el riesgo de la caries.



1.2.2 Etiopatogenia de la Caries.

Los *Streptococcus mutans* son las bacterias orales predominantes iniciadoras de la caries. En el caso de los preescolares transmitida por los padres a sus hijos.

En la caries dental de los niños; tienen importancia las características siguientes del *S. mutans*:

La colonización por *S. mutans* en la cavidad oral en los lactantes sucede **sólo después** de la erupción de los dientes.

- La sacarosa facilita la adherencia de *S. mutans* a la superficie dental.
- La fuente de infección del niño con *S. mutans* está **en la familia**, con mayor probabilidad en la madre.
- Es muy pequeño el umbral materno a *S. mutans*, necesario para la transmisión del microorganismo al niño.¹

Además, los dientes de reciente erupción con una capa delgada de esmalte son muy susceptibles a la caries. En lactantes e infantes la caries dental se puede presentar antes de los tres años de edad.

1.2.3 Participación de carbohidratos en el desarrollo de la caries.

La fermentación de almidones y azúcares por las bacterias cariógenas produce ácidos orgánicos que desmineralizan el esmalte dental estas bacterias se incrementan en un ambiente ácido.

Otros factores del huésped que influyen el riesgo de caries son: Predisposición genética, estado inmunitario, desnutrición durante la formación del diente, el grado de educación y nivel de ingresos económicos.

Uno de los primeros riesgos importantes para la dentición primaria es la caries por biberón. Este trastorno también se conoce como caries de la

¹Noman O. Harris Odontología preventiva primaria, 5a. Edición, Editorial Manual moderno. p.p. 297-298.; 357-359

infancia temprana, en el cual la caries afecta de manera rampante inicialmente a los incisivos maxilares primarios y progresa a los primeros molares inferiores primarios en las etapas tardías.

El ataque carioso inicia con la aparición de áreas blancas de desmineralización alrededor del tercio medio gingival de los dientes. Con el tiempo, estas lesiones incipientes comienzan a volverse cafés conforme progresa la caries activa. Al final, las lesiones cariosas que circundan las porciones cervicales de los dientes pueden ocasionar la pérdida completa de las coronas, ya sea con fractura del esmalte subyacente o por la acción continua de caries. En ambos casos, en el hueso alveolar sólo queda expuesta la raíz. Dando como consecuencia la necesidad de extraer los dientes afectados.



Este padecimiento está determinado por las practicas inadecuadas de alimentación en los lactantes. Los factores primarios de riesgo para la caries de la niñez temprana incluyen el poner a dormir a un niño durante la siesta o toda la noche con un biberón que contenga un líquido que no sea agua sola; permitir que un lactante se alimente con seno materno libremente durante la noche y seguir utilizando el biberón después del primer año de edad. Las practicas inapropiadas de alimentación son realizadas con mayor frecuencia por padres con escolaridad menor a la secundaria, bajos ingresos y que no visitan con frecuencia al odontólogo.

Los niños que desarrollan caries maxilar anterior tienen mayor riesgo de desarrollar caries en el futuro, existe una relación de la experiencia de

caries dental en la dentición primaria y la dentición permanente en un individuo; Lo que nos sirve de base para identificar en éste la probabilidad de desarrollar lesiones cariosas en su dentición permanente a partir de su dentición temporal y en caso de haber sido necesario extraer los dientes, a consecuencia de la caries, la pérdida prematura puede tener efectos a largo plazo sobre el crecimiento final de la cara del niño.¹

1.2.4 Características de procesos infecciosos producidos por caries

Los procesos infecciosos debidos principalmente a caries dental en la dentición primaria, son relativamente comunes en niños. A nivel del diente temporal, la reacción del tejido pulpar a la caries profunda difiere de aquella en la dentición permanente, pues se caracteriza por la rápida extensión de los cambios inflamatorios por toda la porción coronal del diente, lo que es un proceso irreversible; y si no se da tratamiento adecuado, involucrará el tejido radicular también. Una infección al nivel de los dientes temporales es más difusa y los tejidos que rodean son menos capaces de limitar el proceso con un (muro) afectando, así, rápidamente a los dientes primarios adyacentes y/o a aquellos permanentes subyacentes, y observándose casos de celulitis y abscesos totalmente exagerados en un niño.

1.2.5 Consecuencias locales provocadas por caries.

1. A nivel del diente primario perjudicado: destrucción ósea a nivel interradicular y/o apical, reabsorción radicular apical patológica, reabsorción interna e infraoclusión de este diente.
2. A nivel del diente primario adyacente: reabsorción patológica, debido a una destrucción e inflamación tisular severa de la pieza vecina afectada.

3. A nivel del diente permanente sucesor y adyacente: por su cercana relación a las raíces de los dientes temporales se pueden observar alteraciones como:

- Defectos del esmalte.
- Alteración en el proceso de erupción (tanto en el tiempo de erupción como dirección de erupción)
- Desarrollo tardío del germen permanente.
- Formación de un quiste dentígero.

Se debe de tener en cuenta que el grado de daño irreversible al diente sucesor de un diente primario con un proceso infeccioso, puede ser influenciado por los siguientes factores:

1. Estado de desarrollo del diente permanente: el infiltrado inflamatorio del tejido folicular en un estado temprano de la formación dental es más probable que produzca daño irreversible.
2. Virulencia del microorganismo presente: la capacidad que tenga el microorganismo para ganar acceso al tejido pulpar del diente primario.
3. Resistencia del huésped, local o general: el grado de resistencia local en el diente temporal dañado viene a manifestarse por la producción de dentina secundaria, la formación de pólipos pulpares y el aumento de la vascularidad pulpar; y en casos donde el proceso inflamatorio se extiende al área periodontal, dicho proceso no es delimitado lo que afecta rápidamente al diente subyacente.

4. Duración de la infección: a mayor tiempo de que un diente primario con infección esté sin tratamiento, existirá mayor probabilidad de daño y de daño más severo.

1.2.6 Afección de la caries dental en el crecimiento y desarrollo del niño.

Los desordenes de alimentación que dan como resultado, por ejemplo, caries por biberón, son comúnmente mas conocidos por su impacto sobre la dentición que en la salud global del niño.

El progreso de la caries dental puede ser un factor contribuyente para afectar el crecimiento del niño adversamente, ya que puede representar un indicio de problemas da alimentación inapropiados y de valor nutricional cuestionable para él, produciendo entonces lo que se conoce como "Crecimiento fallido", síntoma que se presente en niños de tres años de edad e incluso menores.

Las manifestaciones de caries de biberón, por ejemplo, pueden ir más allá del dolor y la infección, afectando la salud general del niño. El potencial para la producción aumentada de glucocorticoides en respuesta al dolor, la secreción disminuida de la hormona de crecimiento como respuesta a un patrón de dormir alterado, y la proporción total del metabolismo aumentado durante el curso de la infección, pueden todos juntos contribuir al retardo del crecimiento y de su desarrollo normal.

1.2.6ª Afección a la salud en general.

La caries dental puede ser el agente causal de una bacteremia en aquel tipo de pacientes con una condición de patología especial en su salud (cardiopatías, enfermedades renales, diabetes mellitus, entre otras), pudiendo conducir a:

1. Endocarditis infecciosa (infección microbiana del endocardio, generalmente asociada a una patología cardíaca congénita o adquirida) subaguda.
2. Infección sistémica, e inclusive muerte, en aquellos pacientes con fallo renal debido a una debilidad asociada, depresión general de la respuesta inmunológica y frecuente enmascaramiento de los signos y síntomas clásicos de la infección por una terapia y manejo diagnóstico.
3. Alteración en el metabolismo de carbohidratos en niños con diabetes mellitus, precipitando con ello a una acidosis.

Es de resaltar que la manipulación odontológica de un área contaminada en boca por caries dental es causa de bacterimia, e inclusive ésta puede suceder posteriormente a la masticación normal y cepillado dental.

1.2.7 Epidemiología de la caries Dental.

La caries dental es una enfermedad que está revestida de un carácter universal en razón a que más del 95% de la población mundial la padece o la ha padecido, esta aparece desde el primer año de vida presentando su mayor incidencia en los grupos etáreos de 5 a 14 años de edad. Este problema se agrava teniendo en cuenta aspectos como inaccesibilidad a los

servicios dentales y el desconocimiento, por parte de la población, de los efectos devastadores de la caries dental.

1.2.7ª Estudios Epidemiológicos de Caries Dental.

En 1976, los hallazgos de varios investigadores indican que a la edad de un año, aproximadamente 5% de los niños presentan caries dental .El porcentaje aumenta aproximadamente 10% a los 2 años. Se presenta aumento posterior de manera que al tercer y cuarto año de vida 40 a 55% de los niños, respectivamente presentan destrucción dental. El patrón continua , y a los 5 años tres de cada cuatro niños en edad preescolar presentan piezas primarias cariadas.⁴

En 1991 se arrojaron resultados de un estudio en donde las variables más intensas de caries se presentan en los lactantes. La prevalencia de caries en la niñez temprana se estima en 5%; sin embargo se ha observado una prevalencia mayor en niños originarios de Alaska (53%).

La National Health Interview Survey demostraron que 16.7% ó 3.5 millones de niños entre seis meses y cinco años de edad eran puestos a dormir con líquidos diferentes al agua.¹

Massler dice que la velocidad de avance de la caries rampante se relaciona con la etapa de maduración de los dientes, afirmando que la caries evoluciona con mas rapidez y es más destructiva cuando las lesiones comienzan en los molares primarios alrededor de los 2.5 a 3 años de edad. Al darse poco tiempo para la formación de dentina secundaria, con frecuencia se compromete la integridad de la pulpa en los dientes afectados.⁵

4Odontología Pediátrica. Dr. Sidney B. Finn. Editorial Interamericana. Mexico Cuarta edición . p.p 396-412.

1Norman O. Harris Odontología Preventiva Primaria ,5a. Edición, Editorial Manual moderno. p.p. 300-301

5Odontología Preventiva.Dra. Bertha Higashida. Editorial Mc Graw-Hill. Mexico. 2002 .1a Edición. p.p. 103-133

Aplicando el índice c.e.o. es posible observar que aproximadamente a los 5 años de edad un número apreciable de piezas pueden estar ausentes.

Los datos disponibles indican que el niño promedio de dos años de edad tiene 0.3 piezas con caries; las cuales aumentan aproximadamente a 1 pieza a los tres años, con aceleración a 2.5 y 4.6 piezas a los 4 y 5 años, respectivamente.

Se ha demostrado que a los 2 años de edad, la caries oclusal representa más de 60% de las lesiones cariosas, mientras que las caries en proximal es insignificante y es en un transcurso de 4 años, es decir a los 6 años de edad cuando el niño presenta caries en proximal tan frecuente y avanzada como en oclusal.⁴

1.3 Traumatismo

El traumatismo se define como la injuria externa que resulta en una lesión dental y tejido de soporte, constituye después de la caries dental, la segunda razón que motiva las visitas de urgencia al consultorio odontológico.²

Las lesiones traumáticas de los dientes en desarrollo son quizá uno de los accidentes más dramáticos que les suceden a los niños en edad preescolar.

4Odontología pediátrica.Dr.Sidney B.Finn. Ed. Interamericana. México. 1976.Cuarta edición. p.p.396-412.

2Finn S.B., Odontología Pediátrica,4a. Edición, Editorial Interamericana, México, 1994,199 – 240p.p.;241-244p.p.

1.3.1 Etiología

La más alta incidencia de lesiones en dientes primarios se registra en edades entre 1 y 3 años. Las lesiones dentales afectan por lo general uno o dos dientes y las piezas involucradas con más frecuencia son **los incisivos centrales superiores**.

Aproximadamente entre el 4 y el 30% de todos los niños han sufrido algún tipo de traumatismo. Durante este periodo cuando el niño pasa progresivamente de un estado de dependencia total de movimientos a una relativa situación de estabilidad, pues aprende a agacharse, gatear, ponerse de pie y andar.

Estas etapas del desarrollo motor del niño pueden acarrear el peligro de una lesión accidental. En preescolares, los varones accidentados son más que las niñas. La mayoría de estas lesiones son producidas por caídas y colisiones mientras juegan y corren en el patio de la escuela. Las lesiones resultantes por montar en bicicleta también son prevalentes en este grupo etario, afectando mayormente a niños con protusión maxilar superior haciéndolos cinco veces más susceptibles a las lesiones dentales que los niños con oclusión normal.

Otras causas de las lesiones traumáticas en dientes temporales son los malos tratos de los padres, por desgracia más frecuente de lo que pudiera pensarse, llamado "síndrome del niño golpeado", En nuestro país la incidencia es alarmante pues se calcula que 4,000 niños son objeto del maltrato anualmente.

Aunque la violencia hacia el niño incluso puede llegar a la muerte, casi siempre son lesiones menos graves, encontrándose la mayoría en la zona orofacial. Por regla general suelen ser niños menores de 5 años, aunque pueden presentarse a cualquier edad, que casi siempre acuden a la consulta

del odontólogo con una diferencia de horas e, incluso, días de haber sido golpeados. Los padres o tutores, alegan en mas del 90% de los casos, causas accidentales, como caídas en el parque, de la cuna, etc., pero existe una discrepancia marcada entre los datos referidos por los padres y los que se obtienen por la inspección y la exploración.

La actitud terapéutica del profesional, tras un diagnóstico acertado, puede resolver definitivamente una situación o agravarla, no sólo desde el punto de vista de la vitalidad del diente en la cavidad bucal, sino también por la importante repercusión psicológica que la sonrisa tiene en el niño, particularmente si la lesión afecta a la dentición permanente e incluye pérdida externa de estructura dental.

1.3.2 Clasificación

Los traumatismos dentales pueden variar desde una simple afectación del esmalte hasta la avulsión del diente fuera del alvéolo. Actualmente la clasificación de Endreasen, que es una modificación de la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su catalogación internacional de enfermedades aplicadas a la Odontología y Estomatología de 1978.

Esta clasificación se refiere a las lesiones de los tejidos duros dentales y de la pulpa, así como a la de los tejidos periodontales, la mucosa y el hueso de sostén. Tienen la ventaja de que se pueden aplicar tanto a la dentición temporal como a la permanente.

Las lesiones traumáticas se clasifican en:

1.3ª Lesiones de tejidos blandos

1. *Contusión*.- se produce una hemorragia submucosa sin desgarramiento. El origen traumático suele ser un objeto romo.
2. *Laceración*.- Es la herida producida por desgarramiento y cuyo origen suele ser la acción de un objeto agudo o puntiagudo.
3. *Abrasión*.- Herida superficial producida por desgarramiento de la mucosa que deja la superficie sangrante y áspera.

1.3b Lesiones óseas

1. *Aplastamiento o conminución alveolar*.- Frecuentemente se presenta junto a una luxación lateral o intrusiva.
2. *Fractura de la pared alveolar*.- Se limita a las paredes vestibular o lingual.
3. *Fractura del proceso alveolar*.- Puede afectar la cavidad alveolar.
4. *Fractura de maxilar o de la mandíbula*.- Puede afectar la cavidad alveolar o no afectarla.

1.3c Luxaciones

1. *Concusión*.- Lesión de las estructuras de soporte sin movilidad ni desplazamiento del diente, pero si el ligamento periodontal está inflamado, existirá reacción a la percusión.



2.-*Subluxación*.- (aflojamiento) Lesión de las estructuras de sostén en las que el diente no se mueve en el alvéolo.



3. *Luxación intrusiva*.- (dislocación central). Desplazamiento del diente en el hueso alveolar. Esta lesión cursa acompañada de conminución o fractura de la pared alveolar.

4. *Luxación estrusiva*.- Desplazamiento parcial del diente en el alvéolo.



5. *Luxación lateral*.- Desplazamiento del diente en una dirección vestibular palatina o lateral. Suele existir fractura en el alveolo.



6. *Avulsión*.- Salida del diente fuera del alvéolo.



1.3d Lesiones dentarias

1. *Traumatismos sin fractura*.

2. *Fractura incompleta*.- (infracción).Corresponde a una fisura del esmalte. Por lo tanto no hay pérdida de sustancia dentaria.



3. *Fractura no complicada de corona*.- Fractura que afecta el esmalte, exclusivamente, o tanto éste como a la dentina, pero sin exponer la pulpa.



4. *Fractura complicada de corona*.- Fractura que afecta el esmalte y la dentina con exposición pulpar.



5. *Fractura no complicada de corona raíz.*- Afecta el esmalte, la dentina y el cemento, pero sin exponer la pulpa.



6. *Fractura complicada de corona raíz.*- Fractura que afecta el esmalte, la dentina y el cemento, y produce exposición pulpar.



7. *Fractura de raíz.*- Fractura que afecta el cemento, dentina y la pulpa.

1.4 Características de la pérdida prematura por diente

1.4.1 Pérdida prematura de incisivos temporales

La pérdida prematura preocupa fundamentalmente a los padres por razones estéticas y, aunque el cierre de espacio rara vez se produce, la edad del paciente y la posible aparición de hábitos linguales hacen aconsejable la colocación de un mantenedor que cumpla con las funciones estética y funcional.

1.4.2 Pérdida prematura de caninos temporales

La causa más frecuente en la pérdida de caninos temporales es la falta de espacio para los incisivos permanentes, siendo más importante en la arcada inferior, ya que con su pérdida temprana se produce un colapso de la arcada por empuje del labio inferior sobre los incisivos.

1.4.3 Pérdida prematura de molares temporales

La pérdida prematura tanto de primeros como de segundos molares temporales estará condicionada directamente por la existencia o no de oclusión posterior a la altura de los primeros molares permanentes.

1.4.4 Pérdida prematura del primer molar temporales

Ante la pérdida del primer molar temporal son dos las situaciones que pueden presentarse:

- Que la pérdida se produzca antes de la intercuspidación de los molares permanentes.
- O que ésta se produzca después de la intercuspidación de los molares permanentes.

1.4.5 Pérdida prematura de los segundos molares temporales.

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

- Antes de la erupción de los primeros molares permanentes.
 - a) Molares permanentes intraóseos.
 - b) Molares permanentes extraóseos (subgingivales)

- Después de la erupción de los primeros molares permanentes.
 - a) Antes de la intercuspidadación.
 - b) Después de la intercuspidadación.

1.4.6 Pérdidas múltiples

La pérdida de múltiples dientes temporales en dentición temporal o mixta requieren de un mantenedor de espacio que además de servir de guía para los dientes que han de erupcionar, restablecen la función masticatoria al restituir los molares perdidos o la estética ante la pérdida de incisivos.

1.5 Espacios desdentados a causa de pérdida prematura.

Como ya se ha dicho las principales causas de pérdida prematura son la caries dental y los traumatismos. Estos provocan un desequilibrio dental, alteración del crecimiento y problemas en el desarrollo de la oclusión.

Actualmente es conocido que la solución a dicho problema es la colocación de un mantenedor de espacio, pero lo ideal en el futuro sería la eliminación de la exodoncia de dientes temporales, en base a la prevención sistemática que evite acudir a las dolorosas mutilaciones hechas en la boca del niño.

1.6 Mantenedores de Espacio

El concepto de mantenimiento del espacio nace de la necesidad de preservar el espacio que ha dejado un diente ante su pérdida parcial o total. Para ello, se utilizan una serie de aparatos diseñados específicamente para realizar esta función a los que se les llama mantenedores de espacio.

Considerados como ortodoncia preventiva e interceptiva, guía dentaria y guía oclusal activa.

Todos ellos tienen en común el hecho de que se trata de un tratamiento temprano, ya que implican menor dificultad y al realizarse durante los periodos más activos de crecimiento esquelético, los cambios provocados serán mucho más estables.

Mediante el uso de los mantenedores de espacio el odontólogo puede conservar la integridad de los dientes temporales o permanentes ya erupcionados, tanto cuando el diente ha sido afectado por caries, como cuando ha sufrido pérdida de su integridad por traumatismo.

La conservación del espacio ante la pérdida de éstos, mediante mantenedores de espacio, nos traerá como consecuencia una correcta guía

de erupción de una dentición en transición y prevendrá problemas maloclusivos.

Por otra parte existen anomalías que están asociadas con alteraciones eruptivas, pérdida prematura de dientes temporales y hábitos orales, pueden producir problemas esqueléticos y apiñamientos graves.

Determinando los espacios proximales o terminales que haya que mantener, así como de número de dientes perdidos, los mantenedores de espacio podrán ser fijos o removibles, de diseño sencillo y fáciles de limpiar y conservar.

1.6.1 Clasificación de mantenedores de espacio

1.- Por sus características:

a) fijos.

b) Removibles.

2.- Por los dientes perdidos o zona de la arcada afectada.

a) Incisivos.

b) Caninos.

c) Molares.

4. Múltiples.

1.6.2 Mantenedores fijos

Son dispositivos contruidos sobre bandas o coronas, colocadas en los dientes adyacentes al espacio perdido, sobre las que va soldado el alambre que abarca el espacio edéntulo.

Indicaciones. Los mantenedores de espacio fijos estarán indicados en las siguientes situaciones:

3. Pérdida de un solo molar en la arcada.
4. Cuando esté indicada una corona para restaurar un diente que se piense utilizar como pilar.
5. Pacientes poco colaboradores.
6. Cuando se espera la próxima erupción de varios dientes al poco tiempo de que haya sido colocado el mantenedor en la boca.
7. Cuando el paciente es alérgico al acrílico.

1.6.2ª Tipos

Según sean fijos en un solo extremo o en los dos, los dividiremos en :

4. Fijos en un extremo:

- a) Corona - ansa.
- b) Banda - ansa.
- C) Propioceptivo.

5. Fijo de ambos extremos:

- a) Arco Lingual.
- b) Barra tranpalatina.
- c) Botón de Nance.

1.6.3 Mantenedores removibles

Son dispositivos contruidos sobre acrílico y retenidos con ganchos, a los que se pueden añadir aditamentos activos como tornillos o resortes, cuando se trate de recuperar espacio.

Indicaciones.

1.6.3ª Los mantenedores removibles están indicados en:

- 4. Pacientes colaboradores.
- 5. Cuando se quiera restablecer la función masticatoria.
- 6. Por indicación estética.

1.6.3b Tipos. Según lleven o no añadidos elementos activos

- Activos: Recuperación de espacios.
- Pasivos:
 - a) Sustitución de piezas dentarias.
 - b) Propioceptivos.

Las diferentes situaciones clínicas que pueden presentarse según los dientes o la zona de la arcada donde está la pérdida.

2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Aun cuando los resultados encontrados en los estudios realizados acerca de "Pérdida prematura de dentición primaria" no muestran las cifras correspondientes a dientes perdidos de forma prematura, en cambio, si se reporta la información correspondiente, los dientes con extracción indicada, esto sumado a la desinformación de los padres en lo que se refiere a la importancia que tiene la dentición primaria en el desarrollo del niño causa un problema, el cual no es tomado en cuenta con la importancia que merece.

En este sentido, la pérdida prematura de la dentición primaria se traduce en problemas como: maloclusiones, alteraciones fonéticas, de deglución, estéticas, psicológicas, alto costo económico, además del dolor que estas lesiones causan en los pequeños.

El panorama se agrava si consideramos que la mayoría de estos niños no tienen acceso a servicios de salud que proporcionen de manera oportuna a sus padres la información necesaria sobre alimentación balanceada, hábitos y medidas de higiene para el cuidado dental de los pequeños, dando como resultado problemas tan severos como caries por alimentación "por biberón", la cual en algunos grupos sociales se asumen como "proceso normal" de los dientes primarios presentándose de generación en generación a causa de la ignorancia de las consecuencias que acarreará la pérdida prematura de los dientes primarios en el niño, ni la manera de prevenirlo.

Esto se agrava si consideramos lo que sucede con los padres de familia pues para ellos los dientes de "leche" culturalmente no tienen importancia ya que el niño de todas maneras los va a mudar.

Otra situación relevante es la inaccesibilidad a los servicios odontológicos por parte de una gran proporción de la población para recibir el tratamiento adecuado y de manera oportuna cuando aparece la primera lesión cariosa, sino que solo acuden cuando la severidad del problema es tal que el único tratamiento que se puede ofrecer al pequeño es el realizarle extracciones. Ahora bien, si los padres consultan un servicio privado los costos del tratamiento son elevados por lo que los padres en la mayoría de los casos optan porque de todas maneras se le realicen las extracciones al pequeño y en muy pocos casos se colocan mantenedores de espacio.

En cuanto a los traumatismos, la mayoría de las pérdidas dentarias se deben a accidentes tales como: caídas de una bicicleta, golpes provocados en algún deporte de contacto o contra algún objeto duro, o por maltrato infantil.

En la mayoría de los casos por lo aparatoso que suelen ser estos accidentes son tratados en las primeras horas posteriores al accidente y en su gran mayoría culminan en la desafortunada pérdida de uno o varios dientes y el principal problema es como en el caso de la caries que solo en muy contadas ocasiones son colocados mantenedores de espacio dando como consecuencia problemas posteriores de maloclusiones, por lo tanto:

¿Cuáles son las principales causas de pérdida dentaria prematura en los preescolares?

¿Los preescolares que han sufrido pérdida dentaria están utilizando mantenedores de espacio?

¿Cuál es el índice promedio de c.e.o. y la proporción de dientes con extracción indicada?

¿Cuál es el promedio de dientes perdidos?

3 OBJETIVO GENERAL

3 Objetivos General

Determinar la prevalencia de pérdida prematura de dentición primaria, en niños con edades comprendidas entre los 2 y 6 años.

3.1 Objetivos Específicos

- Determinar el índice c.e.o. de los preescolares matriculados en el Centro "Estancia infantil Almendrita".
- Identificar la causa más común de pérdida prematura (caries ó traumatismo).
- Determinar el número de niños con necesidad de extracción.
- Determinar la ocupación de las madres de los niños.
- Conocer que tipo de servicio de salud consultó (institucional ó privado).
- Identificar en cuantos casos se colocó mantenedor de espacio.

4 JUSTIFICACION

Conocer las condiciones de salud bucal de los preescolares, que son considerados como un grupo prioritario y de alto riesgo por la OMS, amén de determinar las razones de perdida dentaria precoz. Esto permitirá, en primer lugar, informar de manera precisa a los padres acerca de la importancia de este hecho para evitar así maloclusiones y alteraciones fonéticas y estéticas y en segundo lugar, contar con información real de la distribución de este evento.

5 METODOLOGÍA

El estudio se llevó a cabo en el Centro Preescolar "Estancia Infantil Almendrita" ubicado en la ciudad de México Distrito Federal, en la delegación Alvaro Obregón. En el ciclo escolar 2003 – 2004 en el servicio tanto en horario escolar (de 8.30am a 1.00pm) como de guardería (de 8.30am a 6pm) Se tuvo contacto con las autoridades del plantel, a las cuales se les pidió su autorización para la realización del estudio. Además, se les notificó mediante un escrito en el cual se les informó detalladamente el procedimiento a seguir con los niños que asisten al plantel. Así mismo se hizo llegar a los padres una circular informativa del estudio y adjunto un talón donde dieron su consentimiento para la participación de su hijo en el estudio.

5.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio de tipo transversal descriptivo.

5.2 Población de estudio

Total de alumnos inscritos en el Centro Preescolar "Estancia infantil Almendrita" en el ciclo escolar 2003-2004 .

Divididos en cuatro grupos:

Maternal, Kinder I, Kinder II, Preprimaria.

Con edades entre 2 y 6 años, ambos sexos.

5.3 Criterios de inclusión

Preescolares de ambos sexos de los cuales se recibió el talón de autorización para participar en el estudio firmado por uno a ambos padres.

Preescolares que asistieron el día que se recabó la información.

5.4 Criterios de exclusión

Preescolares de los cuales no se obtuvo el consentimiento informado de los padres, así como preescolares que no asistieron el día que se recabó la información.

5.5 Muestra

Total de preescolares observados 57.

25 niños.

32 niñas.

5.6 Variables Independientes y dependientes

Dependientes:

Dientes con extracción indicada.

Pérdida prematura de dentición primaria por caries y/o traumatismo.

Independientes:

Edad, sexo, índice c.e.o.

El índice de caries dental (ceo-d) creado por Klein, Palmer y Knutson en 1938,

El índice (ceo-d) significa el promedio de dientes cariados, dientes con extracción indicada y dientes obturados (restaurados) en la boca. Se utiliza este índice para obtener una visión global de cuanto ha sido afectada la dentición por enfermedades dentales. La (d) significa que se cuantificará por diente. Usualmente se calcula con base a 20 dientes temporales.

1. Se examina cuántos dientes presentan lesiones cariosas (no incluye lesiones incipientes o blancas)
2. Se examina cuántos dientes están indicados para extracción.
3. Se examina cuántos dientes tienen restauraciones de algún tipo.
4. Se suman los tres números para obtener el (ceo-d)

Tomando en cuenta que el índice ceo-d no contempla dientes perdidos se le agregó el componente (perdido por caries) y el componente (perdido por traumatismo).

5.7 Encuesta

Una vez recabados los resultados se solicitó entrevistar a las madres de los niños para preguntarles :

-Su ocupación

-El horario en el que permanece su hijo en la escuela.

-Si su hijo ha visitado al dentista.

Que tipo de servicio medico consultó (servicio institucional u odontólogos privados, y si fue un odontólogo de practica general o un odontopediatra.

Además, a las madres de los niños que presentaron pérdida prematura se les preguntó:

La causa por la cual se perdió el diente (caries o traumatismo).

Si usa o no mantenedor de espacio.

5.8 Recursos

Humanos:

Un tutor.

Un asesor.

Un pasante de la carrera de Cirujano Dentista.

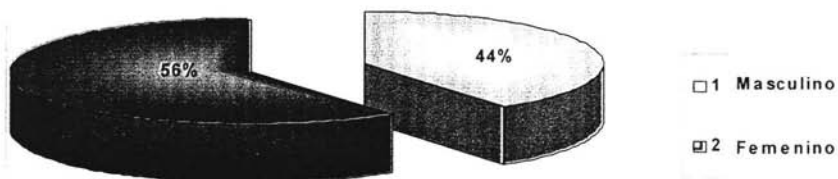
Materiales:

La exploración dental se llevó con 57 espejos planos número 3, 57 exploradores (estériles), usando como barreras de protección bata y guantes y cubre boca. Se utilizó luz natural, 57 hojas clínicas, 2 lápices y un bicolor. Para ordenar los datos recabados se utilizó: Computadora marca DELL, modelo Robusta GX270; Impresora marca Lexmark modelo Z603. Base de datos del paquete de office Excel.

6 RESULTADOS

Se examinaron a un total de 57 preescolares, el 56% correspondió al sexo femenino y el 44% al masculino. (Gráfica 1)

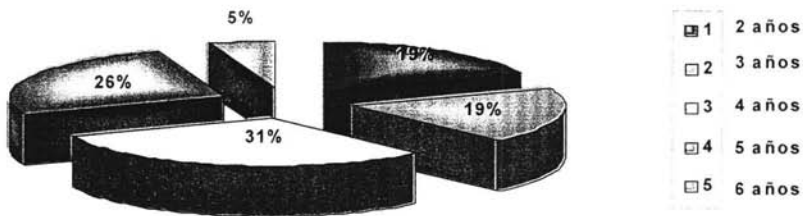
Gráfica 1
Distribución porcentual por sexo de 57 preescolares. Estancia Infantil Almendrita. México 2004.



Fuente directa

Se observó que de un total de 57 preescolares el 31% corresponde a niños de 4 años, siendo la edad que predominó, seguido por un 26% de niños de 5 años, un 19% de niños de 2 y 3 años respectivamente y un 5% de los niños con 6 años de edad. (Gráfica2)

Gráfica 2
Distribución porcentual de 57 preescolares por edad.
Estancia Infantil Almendrita. México 2004.

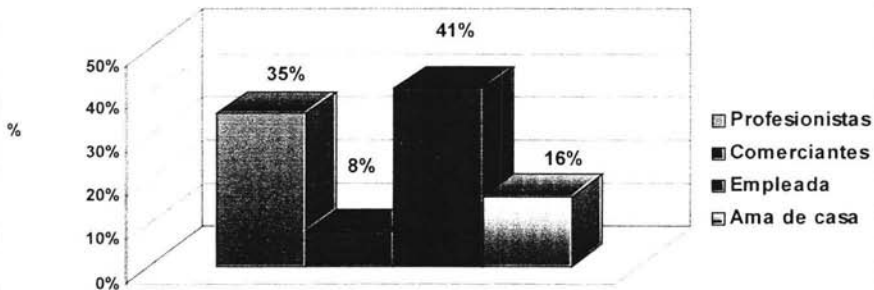


.....Fuente directa

El 41% de las madres encuestadas, laboran como empleadas; el 35% son profesionistas, el 16% amas de casa y un 8% se dedica al comercio.

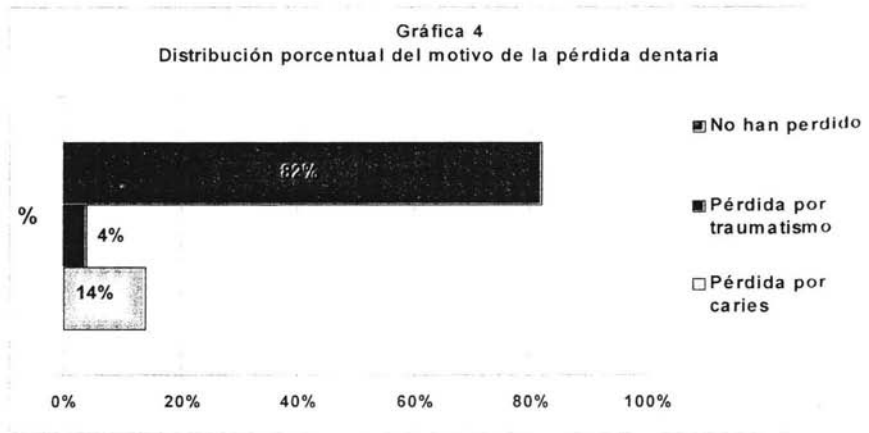
(Gráfica 3)

Gráfica 3
Distribución porcentual de la ocupación de las madres de familia.
Estancia Infantil Almendrita. México 2004.



.....Fuente directa

Al encuestar a las madres sobre el motivo de la pérdida dentaria prematura. Se encontró que el 14% de los preescolares sufrió pérdida por caries, el 4% por traumatismos y el 82% de los preescolares no ha sufrido pérdida dentaria. (Gráfica4)

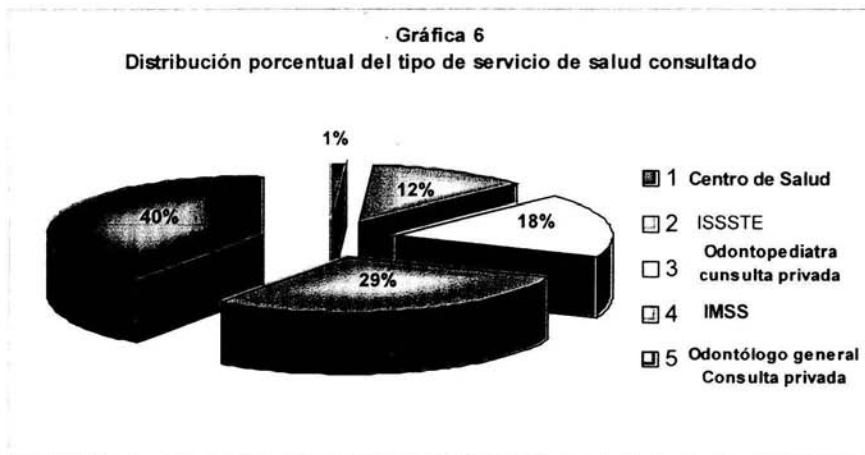


.....Fuente directa

Otra pregunta realizada fue, si el preescolar ha asistido alguna vez a consulta odontológica: Teniendo que el 69% de los preescolares no han asistido, mientras que el 31% si lo han hecho. (Gráfica 5)



A las madres de preescolares que respondieron afirmativamente que sus hijos han asistido a consulta odontológica, se les preguntó acerca del tipo de servicio de salud consultado. Donde se encontró que el 40% de un total de 31 preescolares consultó a odontólogos privados de practica general, el 29% consultó el servicio de IMSS, el 18% consultó odontopediatras de practica privada, el 12% consultó el servicio del ISSSTE y solo el 1% acudió al Centro de salud. (Gráfica 6)



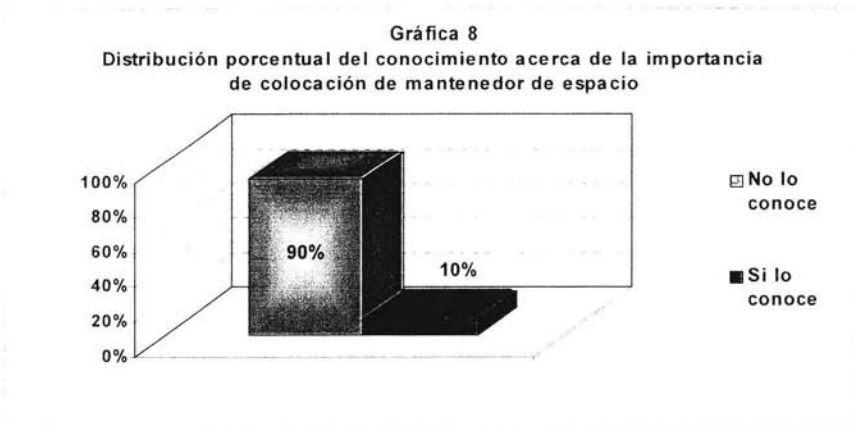
.....Fuente directa

De un total de 10 preescolares que sufrieron pérdida prematura de dentición primaria, el 90% no usan mantenedor de espacio; mientras que el 10% restante si usan mantenedor de espacio. (Gráfica 7)



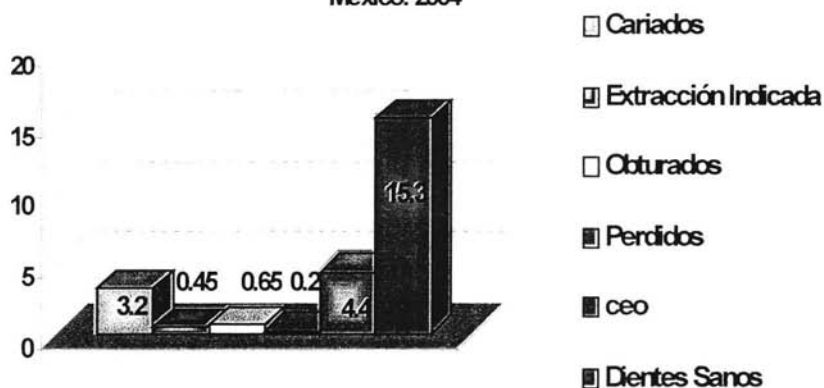
.....Fuente directa

Se preguntó a las madres de los 10 preescolares que sufrieron pérdida prematura si conocían la importancia de la colocación de él mantenedor de espacio. Teniendo, que el 90% de las madres no lo conoce y solo el 10% conoce de la importancia. (Gráfica 8)



El ceo de los preescolares del Centro Estancia Infantil Almendrita. México. 2004, se presenta en la siguiente proporción: dientes cariados 3.2%, extracción indicada 0.45%, dientes obturados 0.65%, dientes perdidos 0.2%, ceo 4.4% y dientes sanos 15.3%.(Gráfica9)

Gráfica 9
ceo de los preescolares del Centro Estancia Infantil Almendrita.
México. 2004

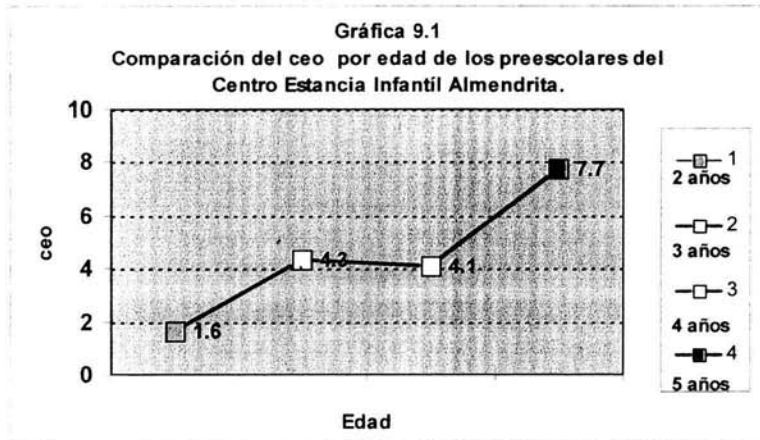


.....Fuente Directa.

El ceo de cada grupo se muestra de forma desglosada en el Cuadro 1.

| | c | e | o | p | ceo | sanos |
|------------------|-------------|-------------|-------------|------------|------------|---------------|
| Maternal | 1.5 | 0 | 0 | 0 | 1.5 | 18.5 |
| Kinder I | 2.6 | 0.9 | 0.6 | 0.5 | 4.3 | 15.3 |
| Kinder II | 3.1 | 0.3 | 0.7 | 0.1 | 4.1 | 15.6 |
| Preprim. | 5.8 | 0.6 | 1.3 | 0.2 | 7.7 | 12.1 |
| Global | 3.25 | 0.45 | 0.65 | 0.2 | 4.4 | 15.375 |

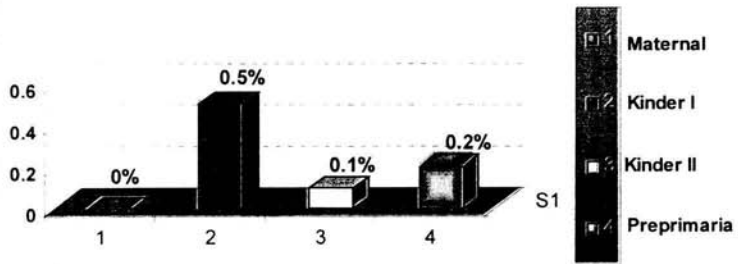
Al comparar el índice ceo de cada grupo por edad , se observó que a mayor edad el índice ceo se incrementa de manera significativa en razón a la aparición de mas dientes. Teniendo un ceo de 1.6 para los niños de 2 años, de 4.2 para los de 3 años, de 4.1 para los de 4 años y de 7.7 para los de 5 años. (Gráfica 9.1)



.....Fuente directa.

Al comparar los datos de cada grupo en lo referente a pérdida dentaria, se encontró que el grupo que mas pérdida presentó fue Kinder I que corresponde a preescolares de 3 años de edad (0.5%), seguido por preprimaria con 0.2% (niños de 5-6 años) y kinder II con 0.1% (4 años). (Gráfica 9.2)

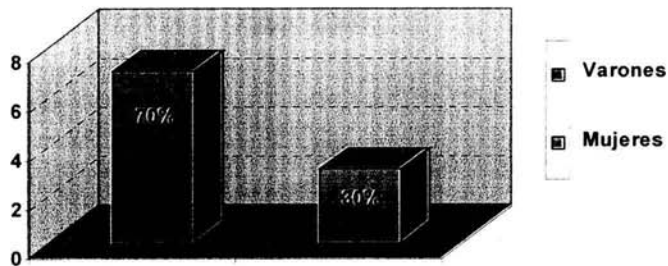
Gráfica 9.2
comparación porcentual de pérdida dentaria entre los
grupos de centro Estancia Infantil Almendrita.



.....Fuente directa.

De los preescolares que presentaron pérdida prematura el 70% fueron varones y el 30% mujeres (Grafica 9.3)

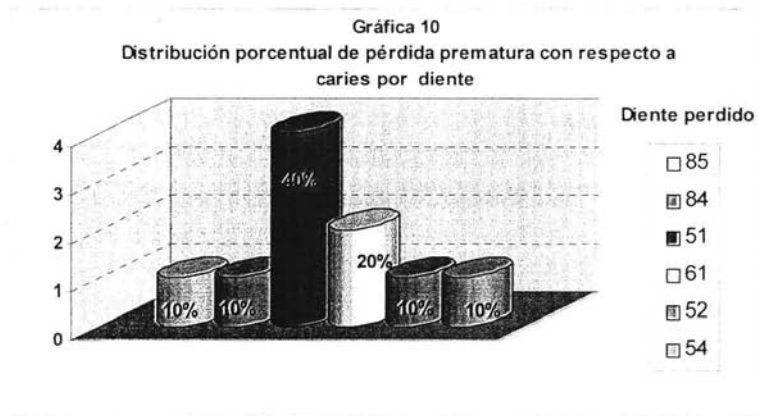
Grafica 9.3
Distribución porcentual de pérdida prematura con respecto
al sexo.



.....Fuente directa

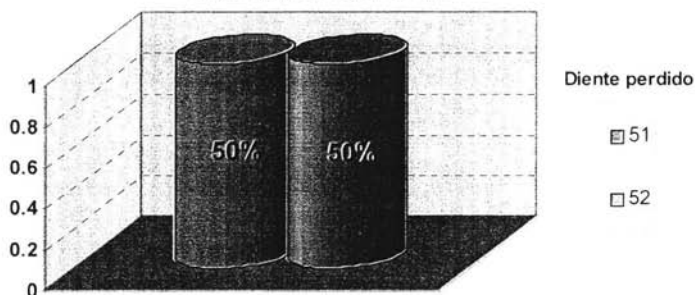
**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

Según los datos obtenidos de el total de 10 dientes perdidos por caries, el diente que se perdió con mayor frecuencia fue el incisivo central superior derecho (51) con un 40%, seguido por el incisivo central superior izquierdo (61), seguidos con un 10% por el 52,54,84 y85 respectivamente.(Gráfica 10)



Por su parte de un total de 2 dientes perdidos por traumatismo se encontró que los dientes perdidos fueron el incisivo central superior derecho (51) y el incisivo lateral superior derecho (52) presentados por el 50% respectivamente.(gráfica 10.1)

Gráfica 10.1
Distribución porcentual de pérdida prematura con respecto
a traumatismos por diente



.....Fuente Directa.

CONCLUSIÓN

En la población estudiada, la caries es la principal causa de pérdida prematura en la dentición primaria, en niños de 2-6 años de edad. Los dientes que se reportaron como los más perdidos por caries fueron los incisivos centrales superiores. En estos niños, la importancia del mantenedor de espacio es ignorada en la mayoría de los casos. Ya que aunque las madres acuden a los servicios de salud, existe la falta de consulta a un odontopediatra. Esto aunado a la ignorancia cultural por parte de las madres en cuanto a la falta de cuidado de la dentición primaria, se traduce en problemas subsecuentes en la dentición del niño. Sin embargo, la ocupación de la madre no influye en el estado de salud bucal del niño.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Baebería, Elena. Odontopediatría. Masson Segunda edición. México. 1998.

McDonald, Ralph. Odontología pediátrica y del adolescente. Médica Panamericana. Buenos Aires Argentina. Quinta edición. 1985.

Badanelelli, Pedro. Problemas bucodentales en pediatría. Interamericana McGraw-Hil,. Madrid España. 1999.

Widmer, Richard. Manual de odontología pediátrica Harcout, Madrid España.

Pinkham J.R. Odontología pediátrica. Interamericana McGraw –Hil. Primera edición 1991.

Koch, Goran. Odontopediatría enfoque clínico. Médica panamericana. Buenos Aires Argentina.

Finn, Sidney B. Odontología Pediátrica. Interamericana. Mexico Cuarta edición.

Harris, Norman O. Odontología Preventiva Primaria. Editorial Manual moderno. 5a. Edición. 1999.

Higashida, Bertha. Odontología Preventiva. Mc Graw-Hill. Mexico. 2002 .1a Edición.

- Gutiérrez, Cermen A. Traumatismos en dientes Antero-superiores e inferiores(Prevalencia en preescolares y sus consecuencias en dentición primaria. Acta Odontológica Venezolana. Vol. 37 N° 1 Enero-Abril 1999p.p.134-145.
- Balcázar , Nidia. Caries dental en niños cuidados en guarderías , (su relación con el nivel socio-económico de sus madres. Práctica Odontológica Vol. 22, mayo 2001, N° 5 p.p.26-29.
- Medrano, Juana. Prevalencia de factores de riesgo para el desarrollo de la oclusión.Revista ADM. Vol. LIX. N°4. Julio-Agosto 2002p.p. 128-133.
- Rivas, Jesús. Diagnósticos situacionales en niños de edad preescolar, del Centro de Cuidado infantil (CECIUAZ). Revista de la ADM Vol. LIX N°5 Septiembre-Octubre 2002.p.p. 161-165.
- Irigoyen – Camacho, María E. Cambios en los índices de caries dental en escolares de una zona de Xochimilco. Salud Publica de México. Vol 37. N°5 Septiembre- Octubre de 1995. p.p. 430-435.
- Navas Aparicio, María del Carmen. Importancia de mantener la integridad de la dentición primaria. Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica. [http://www. Colegiodentistas.co.cr/IMPORTANCIA.html](http://www.Colegiodentistas.co.cr/IMPORTANCIA.html) (26/01/2004).
- Guñido, Silvia. Prevalencia y análisis descriptivo del patrón de caries dental en niños costarricenses de 12 a 24 meses. Asociación Costarricense de CongresosOdontológicos. <http://www.dentalaccocr.com/es/revistas/2001/art008/hoja001.html>. (06/02/2004)

Gonzalez, Jessica. Pérdida prematura de piezas temporales en niños de 6 a 9 años, de la escuela Antonio José de Sucre. Asociación Costarricense de Congresos Odontológicos. <http://www.dentalaccocr.com/es/revistas/2001/art008/hoja001.html>. (06/02/2004)

ANEXOS

Universidad Nacional Autónoma de México.
Facultad de Odontología.
Ficha clínica.

Nombre: _____

Edad Sexo
M F Grado _____

| | | | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | | | | | | | | | |
| 55 | 54 | 53 | 52 | 51 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 |
| 85 | 84 | 83 | 82 | 81 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 |
| | | | | | | | | | |

- Codigo:**
- | | |
|--|-----------------------------|
| 0 = Sano. | 4 = Perdido por caries. |
| 1 = Caries. | 5 = Perdido por otra razón. |
| 2 = Obturado sin reincidencia de caries. | 6 = Extracción indicada. |
| 3 = Obturado con reincidencia de caries. | 7 = No erupcionado |
| | 8 = Exfoleado. |

ENTREVISTA A LAS MADRES

Ocupación: _____

1.- ¿Su hijo(a) ha asistido alguna vez a consulta dental?

- a.- SI b.-NO

2.- ¿Qué servicio de salud consultó?

- a.-ISSSTE b.-IMSS c.-Centro de salud d.- Consulta Priv

Si la respuesta elegida es d pasar a la pregunta 3, cualquier otra respuesta pasar a la pregunta 3.

3.- ¿Qué tipo de odontólogo consultó?

- a.- Odontólogo de practica general. b.- Odontopediatra.

EN CASO DE PÉRDIDA PREMATURA

4.- ¿Por qué causa perdió el o los dientes su hijo(a)?

- a.-por caries b.-por traumatismo.

5.- ¿Su hijo usa mantenedor de espacio ?

- si no

6.- ¿Usted conoce la importancia de colocar el mantenedor de espacio despues de que su sufrio la pérdida prematura de un diente?

- a.- SI b.-NO