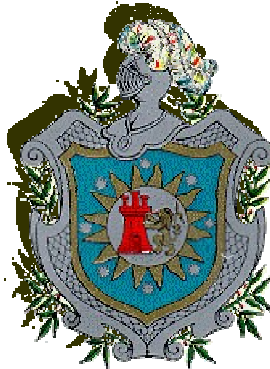


PERDIDA DE LAS PRIMERAS MOLARES PERMANENTES, EN ESTUDIANTES DEL
COLEGIO “MODESTO ARMIJO”, LEON, II SEMESTRE 2002.

**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE NICARAGUA**
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGÍA
UNAN, LEÓN



“Pérdida de las primeras molares permanentes,
en los estudiantes del Colegio “Modesto Armijo Lozano” – León,
II Segundo Semestre del Año 2002”.

**TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA**

AUTORES:

- ☞ IRIS VERÓNICA GONZALEZ MORALES.
- ☞ FRANCISCO JAVIER GONZALEZ ROQUE.

TUTOR:

DR. MAURICIO RAYO.

León, Nicaragua 2003.

DEDICATORIA

DEDICATORIA

A DIOS doy gracias por bendecir mi vida y por acompañarme y guiarme en cada paso. Por ser siempre mi luz espíritu de superación y esperanza.

A MIS PADRES con todo el cariño admiración y respeto que siempre he tenido por ellos cuyo esfuerzo y sacrificio hicieron posible mi formación profesional y por sus enseñanzas que son base de mis convicciones.

A MIS HERMANAS que en todo momento me han servido de guía y por el cariño que siempre nos ha unido.

A MIS AMIGOS que me apoyaron en todo momento y por su gran amistad que me brindan.

IRIS VERÓNICA GONZALEZ MORALES.

DEDICATORIA

A DIOS por haberme dado salud, sabiduría e iluminado el camino del bien.

A MIS PADRES por darme amor y por el sacrificio que hicieron para que pudiera lograr la culminación de mis estudios profesionales.

A MIS HERMANOS por compartir momentos buenos y malos, felices y tristes.

A MI ESPOSA Maria del Carmen Guido.

FRANCISCO JAVIER GONZALEZ ROQUE.

AGRADECIMIENTO

AGRADECIMIENTO

A los Doctores Tania Alméndarez y el Doctor Mauricio Rayo por su ayuda incondicional.

Al Doctor Jorge Cerrato por su colaboración y tiempo que nos dedico.

Al Colegio Modesto Armijo.

IRIS VERÓNICA GONZALEZ MORALES.

FRANCISCO JAVIER GONZALEZ ROQUE.

INDICE

<u>CONTENIDO</u>	<u>PAGINA</u>
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	4
MARCO TEORICO	6
DISEÑO METOLOGICO	19
RESULTADOS	23
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	31
CONCLUSIONES	37
RECOMENDACIONES	39
BIBLIOGRAFÍA	41
ANEXOS	43

"INTRODUCCIÓN"

INTRODUCCIÓN

Los dientes, como un componente mas del sistema cavidad bucal estan sujetos a múltiples interacciones que si son armónicas y equilibradas se mantendrán sanos y si se rompe este equilibrio se produzcan caries enfermedades que pueden producir su pérdida dentaria.

Los primeros dientes de la denteción permanente que aparece en la cavidad bucal son los primeros molares. Hacen su erupción directamente detrás de los segundos molares primarios cerca de los 6 años y por consiguiente, estos dientes muchas veces se llaman molares de los 6 años. Empiezan a calcificarse durante el primer mes de vida y son mucho mas grande que las piezas primarias.

No sorprendería que la prevalencia de mortalidad de las primeras molares permanentes sean un poco grande debido a la poca educación en salud buco dental. Ranford (oclusión) hace énfasis de lo concerniente a la oclusión, de la importancia de su conservación, las alteraciones que se derivan de las pérdidas al igual que Graber (ortodoncia teoría y práctica) señala las consecuencias y daños que ocurren en la cavidad glenoidea, menisco articular, cóndilo y tono muscular.

Como estructura anatómica biofisiológica la conservación en las arcadas alveolares es de incalculable importancia mantenerla desde su erupción. Edward. H. Angle postuló que son la “llave de la oclusión” y que de ellas dependerán la posterior alineación en el macizo oseo mandibular de las demás piezas dentales.

Sobre la base de lo antes expuesto, es que el presente estudio trata de determinar, ¿Cuál es la frecuencia de pérdida de las primeras molares permanentes de los estudiantes del “Colegio Modesto Armijo”, León, Segundo Semestre del año 2002.?

PERDIDA DE LAS PRIMERAS MOLARES PERMANENTES, EN ESTUDIANTES DEL
COLEGIO “MODESTO ARMIJO”, LEON, II SEMESTRE 2002.

Los datos obtenidos en la presente investigación, darán un reflejo de la cantidad de primeras molares que pierden los escolares, lo que puede servir de base para la elaboración de futuros proyectos de atención preventiva en los escolares, a fin de evitar mas pérdidas de primeras molares y por ende evitar futuros problemas de maloclusión, con todas las consecuencias que este problema conlleva.

"OBJETIVOS"

OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia de pérdida de las primeras molares permanentes de los estudiantes del "Colegio Modesto Armijo", León, Segundo Semestre del año 2002.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Determinar la frecuencia de la pérdida de la primera molar permanente según edad.
2. Establecer la frecuencia de la pérdida de la primera molar permanente según sexo.
3. Obtener la frecuencia de la pérdida de la primera molar permanente según arcada dentaria.
4. Determinar el promedio de primeros molares permanentes perdidos, sexo y edad.

"MARCO TEORICO"

MARCO TEORICO

DIENTE.

El esmalte maduro tiene un 96% de sustancia inorgánica, el 2% de sustancia orgánica y 2% agua. Las sustancia inorgánica está formada por calcio, fósforo que están presentes de una forma cristalina conocida como hidroxiapatita .

Los estudios sobre composición y estructura del esmalte, la dentina y el cemento, guardan relación con la resistencia o susceptibilidad a la caries dental.

Molar de los seis años

Por su temprana erupción y por su situación en la arcada dentaria, es que no se ha logrado conocer su valor, por consiguiente es lamentable ver el descuido que se da en la mayoría de los niños. (6)

Es sin duda alguna, esta molar, el elemento clave de la conformación y la articulación de las arcadas dentales, por lo que la exodoncia prematura de esta pieza causa mala oclusión y anomalías que acarrearán otros trastornos a como ser: Un retroceso en la región frontal superior tomando la forma de un falso prognatismo (en el maxilar superior). Un retroceso en la arcada inferior con respecto al maxilar superior tomando la forma de una falsa prognasia (en mandíbula). (6)

Desarrollo y calcificación del primer molar permanente.

Su desarrollo se da por invaginación de la lámina central a la décima quinta semana de vida intrauterina y siendo esta molar el único diente permanente que se forma directamente de dicha lámina.(3)

Entre los 6 y 7 años de edad hacen erupción las primeras molares permanentes, es en este momento en que ocurre el primero de los tres ataques contra la sobre mordida excesiva, como dice Shwarz : existen tres períodos de levantamiento fisiológica de la mordida ,erupción de las segundas molares permanentes, a los 12 años, (segundo período) y la erupción de las terceras molares permanentes a los 18 años (tercer período). (4)

La importancia de las molares superiores, son las más grandes y fuertes y que junto con los molares inferiores, realizan la mayor parte de trabajo de masticación y trituración de los alimentos, son considerados como las piedras angulares de los arcos dentales ya que estos sirven a la vez para verificar la oclusión al mismo tiempo no son dientes reemplazantes, por lo que aparecen en la boca cuando los dientes deciduos están todavía en su lugar.(4)

PÉRDIDA DENTARIA.

Es el resultado de las enfermedades que afectan los tejidos duros y estructuras de soporte que rodean al diente, así como también, accidentes y traumatismo que puede sufrir el diente.

En estudio y estadísticas realizadas con anterioridad se ha logrado demostrar que este molar es el más atacado y destruido por caries y no por ser la primera pieza dentaria permanente que entre en función, sino también por su anatomía, por innumerables surcos y fisuras que favorece al almacenamiento y fermentación de los alimentos en especial a los hidratos de carbono que en los niños son consumidos en abundancia como confituras y azúcares refinados, unidos con la poca higiene bucal que se practica a esa edad. (6)

PERDIDA DE LAS PRIMERAS MOLARES PERMANENTES, EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO "MODESTO ARMIJO", LEON, II SEMESTRE 2002.

Por otra parte se ha llegado a demostrar de que los niños presentan menor pérdida prematura de los primeros molares permanentes que las niñas, por lo que podría estar en relación con una mayor prevalencia de caries dental en las niñas; aunque habría que agregar que las niñas presentan una erupción más temprana que los niños, lo cual se presenta haciendo una comparación con lo significa una erupción precoz, media y tardía representando de la manera siguiente con respecto a la primera molar permanente en años. (6)

Edad en años.

ERUPCION	Niños	Niñas
PRECOZ	5	5
MEDIA	6	5
TARDIA	7	6

**CRONOLOGIA DE LA DENTICION HUMANA.
(ESPECIFICAMENTE LA PRIMERA MOLAR PERMANENTE)**

ARCADA	FORMACION DE TEJIDO DURO	CANTIDAD DE ESMALTE FORMADO AL NACIMIENTO	ESMALTE COMPLETADO	ERUPCION	RAIZ COMPLETADA
MAXILAR	AL NACER	A VECES HUELLAS	DOS Y MEDIO HASTA LOS TRES AÑOS	6-7 AÑOS	9-10 AÑOS
MANDIBULAR	AL NACER	A VECES HUELLAS	DOS Y MEDIO HASTA LOS TRES AÑOS.	6-7 AÑOS	9-10 AÑOS

Respecto a la extracción dentaria de las primers molares permanentes Kentarowis dedujo cuatro reglas:

REGLA 1: Si la exodoncia se realiza antes que el desarrollo longitudinal del maxilar superior será suficiente para recibir el segundo molar; se dá una mesialización de los dientes adyacentes.

REGLA 2: Si la exodoncia se realiza en el primer período de desarrollo (6-8) años los dientes adyacentes por delante del espacio se situarán en lo que es el ancho de una bicúspide hacia distal cerrando el espacio, avanzarán igualmente el ancho de una bicúspide respecto a los del lado sano.

REGLA 3: Si la exodoncia se realiza en el segundo período de desarrollo (8-10) la situación distal de los dientes por delante del espacio será solo el ancho de media bicúspide, siendo el avance mesial de los dientes por detrás del espacio muy variable.

REGLA 4 : Si la exodoncia se realiza después del período de desarrollo longitudinal necesario para la erupción del segundo molar permanente, los dientes por delante del espacio estarán situados simetricamente respecto a los del otro lado y únicamente se dará la migración de los dientes por detrás del espacio.

PLACA BACTERIANA.

Es una masa blanda compuesta de colonias de bacterias que se adhieren a la superficie de los dientes. La placa bacteriana se forma primeramente con la película salival donde se adhieren microorganismos, luego continúa la colonización bacteriana dándose por dos mecanismos:

- Adherencia selectiva donde los streptococos mutans colonizan las superficies dentales dandole inicio al proceso carioso.

- Ubicación en un nicho ecológico aquí los microorganismos son capaces de permanecer en las fosas y fisuras pudiendo proliferar sin los mecanismos de selectividad.

CARIES DENTAL

Las caries se define como una enfermedad microbiana de carácter crónico que afecta progresivamente los tejidos duros de los dientes dejando una lesión irreversible y de prevalencia universal.

Miller en (1882) señaló como el factor mas importante en el inicio de la caries la capacidad que tienen las bacterias bucales de producir ácidos a partir de los carbohidratos de la dieta.

Entre los factores indirectos que condicionan la aparición de la caries son: lugar del diente, características morfológicas, posición, tiempo, es por eso que hacen al diente con mayor ataque carioso. (2)

ETIOPATOGENIA.

Paul Keyes (1960) estableció que la Etiopatogenía de las caries se debe a la interacción simultánea de los tres factores principales: huésped susceptible, microorganismo, y diente que en presencia adecuada de sustrato afecta al diente o huésped conociéndose esquemáticamente estos tres factores básicos como la triada de Keyes. (2)

Su etiología se relaciona de modo directo con la acción de ciertos microorganismo orales que para participar en el proceso carioso deben ser capaces de resistir a un medio ácido y al mismo tiempo producir ácidos orgánicos a través del metabolismo de los sustratos de carbohidratos, a su vez los ácidos atacan la superficie del diente y ocasionan la disolución de la estructura inorgánica del esmalte. (2)

Existen correlaciones en grupos de población entre la caries y factores tales como edad, sexo, orígenes nacionales, localización geográfica grado de civilización e influencias familiares. (2)

EPIDEMIOLOGÍA.

Se han realizado numerosos estudios sobre la experiencia dental de caries en la dentición permanente.

Estos estudios concuerdan generalmente en que el 20% de los niños de 6 años han experimentado destrucción dental en piezas permanentes.

A los 12 años cuando la mayor parte de la dentadura permanente ha brotado, más del 90% de los niños de edad escolar han sido atacados por destrucción dental.

De tal manera general se puede decir que por cada año del período de erupción, podemos prever una nueva pieza cariada.

A partir de los 6 años comienza a hacer erupción en la boca los dientes permanentes, iniciándose a esa edad la historia natural de la caries dental en la dentición permanente. Esa historia empezará más tempranamente a los 5 años en niños con dentición precóz y a los 7 años a más tardar en niños con erupción tardía. Se inicia con cero dientes atacados e ira aumentando progresivamente en el transcurso de la vida . Algunos dientes muy susceptibles a la caries como los primeros molares serán atacados rápidamente, algunos días o meses después de su erupción. Otros muy resistentes a la caries resistirán el ataque durante años o toda la vida.

En 9 de cada 10 estudios realizados por Finn, el primer molar permanente inferior es el diente más frecuentemente afectado por caries y en 8 de cada 10 estudios, le seguía en frecuencia el primer molar permanente superior.

Los molares son grandes, multicúspideos, fuertemente anclados y están ubicados más cerca de la A.T.M. Estos dientes tienen un papel primordial en el aplastamiento, molido y masticación de los alimentos, hasta las dimensiones menores adecuadas, para la deglución. También son importantes en el mantenimiento de la dimensión vertical.

La presencia o ausencia de la primera molar permanente, también influye mucho en la oclusión, principalmente en pacientes que se hayan en crucial período de desarrollo de los arcos dentarios, o sea, en la dentición mixta. La pérdida de la primera molar permanente en los adolescentes parece ser un factor grave de las malas oclusiones, presentando migración distal de la segunda premolar permanente, sobre mordidas severas y alteraciones de la masticación.

Se ha demostrado de modo concluyente que la eliminación mecánica de la placa dental de la superficie de los dientes es un método efectivo para controlar la caries dental. En la Odontología preventiva, ningún otro instrumento o dispositivo para eliminar la placa dental es más eficaz que el cepillo de dientes. Hasta que se logren agentes químicos o biológicos eficaces para prevenir o curar las enfermedades dentales, el cepillo de dientes junto al hilo dental continuarán siendo los elementos principales para el control de la placa.

Es obvio que los niños pueden recibir los beneficios de fluoruro de varios modos. Sin embargo, son muchos los que no visitan al dentista regularmente y por lo tanto no pueden beneficiarse (excepto mediante la utilización de pastas dentales con fluoruro).

La prevención debe desempeñar un papel importante en el mantenimiento de la salud oral. Es por consiguiente esencial educar cada paciente.

ENFERMEDAD PERIODONTAL EN LOS NIÑOS .

El término enfermedad periodontal se ha asociado con las etapas finales de la enfermedad: pérdida dental, bolsas profundas, formación de pus y graves pérdida óseas. Pero las enfermedades periodontales son lentas y progresivas, se extienden durante muchos años y sus síntomas iniciales son muy comunes en los niños, son raras la degeneraciones periodontales pero ocurren en ciertos casos.

Las enfermedades periodontales ocurren a cualquier edad son generalmente procesos muy lentos y sus fases iniciales son comunes antes de la pubertad.

En la infancia las enfermedades periodontales generalmente han empezado por lo tanto es muy importante reconocerlas y tratarlas. (3)

EL TARTARO DENTARIO. (cálculo supragingival):

Tiende a depositarse en las caras linguales de los incisivos inferiores y en las caras vestibulares de los molares. Este tipo de tártaro a menudo se superpone a las coronas de los dientes y no siempre pueden verse en las radiografías antes de que halla adquirido grandes dimensiones. (3)

GINGIVITIS.

Cuando se inflama el tejido gingival lo primero en observarse es hiperemia. El color rosado pálido pasa a rojo vivo debido a la dilatación de los capilares por lo que el contenido sanguíneo de estos tejidos aumentan. En áreas de ulceración donde se pierde el epitelio el color es aún más vivo, esto pasa sobre todo en los primeros estadios de la enfermedad gingival

Esta hiperemia se asocia con edema; la encía intersticial se agranda y la superficie aparece brillante. (3)

CAUSAS DE LA GINGIVITIS.

Aunque los factores sistémicos modifican profundamente la reacción de los tejidos a la irritación local. La gingivitis en cualquier grupo de edades es causada principalmente por factores locales.

Tales como acumulación de placa bacteriana por higiene bucal inadecuada, el cálculo, los dientes en mala posición y restauración deficiente.

La gingivitis por irritación local se considera la forma más simple de la enfermedad periodontal y precursora de la periodontitis. (3)

PERIODONTITIS.

Constituye el resultado de la extensión de la inflamación gingival hacia el ligamento periodontal es la profundización patológica del surco periodontal conduciendo a la destrucción de los tejidos de soporte aflojamiento y exfoliación de los dientes. (3)

El reborde alveolar empieza a reabsorberse cuando la pérdida ósea alcanza un nivel en el que el sostén para los dientes ya no es suficiente las fuerzas laterales aun las producidas por la función normal pueden provocar alteraciones de hueso y aumentar la movilidad de los dientes. (3)

La periodontitis juvenil es la que aparece durante la pubertad o poco después incluye lesiones avanzadas en niños y adolescentes.

Las principales características son: profundas bolsas periodontales, defectos angulares del hueso.

La distribución de las lesiones es la base de su clasificación en la forma generalizada y localizada. La generalizada abarca la totalidad de los dientes, mientras la localizada esta circunscrita a la estructura de sostén de los incisivos y de los primeros molares. (3)

TRAUMATISMO DE LOS DIENTES.

Traumatismo:

Son sumamente frecuentes durante la niñez y la pubertad. Un diente traumatizado es una molestia para el paciente. La edad del paciente debe ser considerada como una de las causas predisponentes, la mayor frecuencia se da entre los 7 y 11 años de edad. En este período de desarrollo de los dientes las coronas son especialmente vulnerables debido a las cámaras pulpares grandes, la valoración clínica del traumatismo va acompañada de hemorragia, tumefacción y laceración de los tejidos. (5)

ETIOLOGÍA:

La etiología de las lesiones dentales varían considerablemente, tales como:

- a) Caídas durante los juegos deportivos.
- b) Accidentes automovilísticos: un cálculo sugieren que de un 20%-60% de estos accidentes producen ser más frecuentes que las fracturas dentarias.
- c) La maloclusión predispone a las lesiones dentales, cuanto mayor sea la sobre mordida horizontal mayor será la posibilidad de traumatismo dental.

Los traumas que afectan al diente y que no producen fractura son: movilidad, intrusión, extrusión, luxación lateral y avulsión que es cuando un diente se desprende por completo del alveolo, el ligamento está cortado y puede ocurrir fracturas alveolares. La frecuencia de avulsión es menos del 3% de las lesiones dentales, aunque el traumatismo es muy poco frecuente en primeras molares permanentes pero esto no quiere decir que no se puedan dar. (5)

TRATAMIENTOS DEFECTUOSOS.

La caries cervical al ser preparada para realizar la obturación definitiva, si no se toman cuidados especiales pueden facilitar el desarrollo de una inflamación gingival, es por eso que los márgenes de la restauración gingival deben quedar adaptados al contorno axial de la corona del diente.

Los accidentes endodónticos son aquellos sucesos desafortunados que ocurren durante el tratamiento, muchos de ellos debido a la incapacidad o descuido del clínico entre los fracasos tenemos: perforaciones, formaciones de escalones, obstrucción del conducto, fracturas verticales (es uno de los accidentes de peor pronóstico) las coronas sobre contorneadas facilitan el depósito de placa bacteriana, así como la mala disposición de los contactos proximales cuando se realiza una obturación.

La prótesis parcial removible aumenta la fuerza de tensión sobre los dientes pilares. La prótesis parcial fija tanto a nivel de púnticos con sus márgenes como de las piezas intermedias son también factores que favorecen el acúmulo de la placa.

Entre los factores más frecuentes en las restauraciones defectuosas con amalgamas son:

- Socavado en exceso.
- Falta de eliminación de toda la caries.
- Anatomía deficiente.
- Borde deficiente.

Todo esto favorece a una fractura de la amalgama a causa de una hiper oclusión conllevando al fracaso de la restauración.

La extracción de dientes permanentes sin colocación de prótesis son causas comunes de desarmonía oclusal el ejemplo clásico de desarmonía oclusal concomitante a la pérdida de dientes son las secuelas indeseables que aparecen en el

aparato masticador después de la pérdida del primer molar permanente inferior, algunas de las secuelas más comunes son :

- Extrucción del primer molar permanente superior.
- Protrusión del segmento anterior de la arcada superior con abertura de los contactos entre la premolar inferior primero y segundo.

Varias de las secuelas por extracciones de un primer molar inferior han sido atribuidas a la pérdida de la dimensión vertical ósea el llamado “Colapso de la mordida”.

La inclinación del segundo molar y tercer molar inferior dará como resultado una dirección desfavorable del esfuerzo oclusal principal sobre los molares superiores en oclusión céntrica.

Otras secuelas resultantes de la pérdida de los primeros molares permanentes inferiores son tales como:

- Retención de alimentos.
- Contactos abiertos.
- Bordes marginales irregulares.
- Pérdida de la limpieza funcional de los dientes durante la masticación.

"DISEÑO METODOLÓGICO"

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio:

Descriptivo, observacional, de corte transversal.

Area de estudio:

Se realizó en el Instituto Modesto Armijo Lozano (I.M.A.L.), ubicado en el barrio de Subtiava del departamento de León, donde se imparten estudios de primaria y secundaria.

Universo de estudio:

El universo de estudio comprende a los 680 estudiantes del Instituto Modesto Armijo Lozano (I.M.A.L.), de la ciudad de León, con edades entre 10 a 20 años, los cuales eran estudiantes activos durante el segundo semestre del año 2002.

MUESTRA.

Por lo cual se tomó del universo de alumnos, una muestra de 302, para evaluar y seguir el curso de la pérdida de las primeras molares permanentes (P.M.P). Se procedió a tomar una muestra aleatoria simple, donde cualquier elemento del universo presentó la misma posibilidades de ser parte de la muestra, realizando el procedimiento de la lotería, que consistió en el sorteo de cada una de las unidades de análisis e ir obteniendo los que serían incluidos en la muestra, quedando constituida por 150 alumnos del sexo femenino y 152 del sexo masculino.

Se le confeccionó a cada integrante de la muestra una ficha clínica (anexo), donde se señalan nombres, apellidos, edad, sexo, se señala el maxilar tanto superior como inferior, así como si la primera molar permanente se encuentran presentes, ausentes.

Unidad de observación : fueron los primeros molares permanentes para determinar la frecuencia de pérdida de la misma.

Método de recolección de datos:

Para la recolección de la información se utilizó como instrumento de estudio una ficha de recolección de datos.

Los estudiantes fueron llamados de acuerdo a las edades comprendidas.

Se realizó el examen clínico por arcada, iniciando por la superior en la que se examinó la primera molar superior derecha (16) luego la primera molar superior izquierda (26) continuando con el maxilar inferior observando la primera molar inferior izquierda (36) para finalizar con la primera molar inferior derecha (46) observando siempre la ausencia o presencia del primer molar permanente.

El recurso humano constó con un equipo de trabajo constituido por 2 personas: un operador y un anotador.

OPERALIZACION DE VARIABLES.

VARIABLES	CONCEPTO	INDICADOR	VALOR
Pérdida del Primer Molar Permanente.	Cuando no se encuentra dentro de la cavidad bucal despues del periodo que normalmente debería haber erupcionado o que el paciente refiere que fue extraida.	A travez del examen clinico, observando si el molar estaba o no presente.	Si No
Edad.	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento.	Se obtuvo del expediente academico del archivo del Instituto donde se encuentran los datos personales del alumno.	De 10-12 Años 13-15 Años 16-18 Años 19-20 Años
Sexo.	Conjunto de organos sexuales externos masculinos y femeninos.	Se obtuvo del expediente academico del archivo del Instituto donde se encuentran los datos personales del alumno..	Femenino. Masculino.
Arcada Dental	Forma incurvada constituida por la disposición de los dientes en una dentadura normal.	A travez del examen clinico.	Superior Inferior

Los recursos materiales que se utilizaron son los siguientes:

- Sillas del aula.
- Espejo bucal
- Guantes.
- Nasobuco.
- Solución antiséptica.

La información recopilada a través de ficha de recolección de datos será mostrada a través de cuadros estadísticos en dependencia de las variables estudiadas.

"RESULTADOS"

PERDIDA DE LAS PRIMERAS MOLARES PERMANENTES, EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO "MODESTO ARMIJO", LEON, II SEMESTRE 2002.

CUADRO No.1

Frecuencia de escolares con pérdida de la primera molar permanente según su edad, "Colegio Modesto Armijo", León, Segundo Semestre del año 2002.

Edad	Total de escolares examinados	No.de escolares con su P.M.P. presente	No.de escolares Con perdida de alguna P.M.P.
10-12	75	62 82.66%	13 17.33%
13-15	126	96 76.19%	30 23.80%
16-18	73	44 60.27%	29 39.72%
19-20	28	17 60.71%	11 39.28%
Total.	302	219 72.51%	83 27.48%

P.M.P.:Primera molar permanente.

Fuente de información primaria.

CUADRO No.2

Frecuencia de pérdida de la primera molar permanente, en escolares del "Colegio Modesto Armijo", León, Segundo Semestre del año 2002, según edad.

Edad	Total de P.M.P. Examinados.	Total de P.M.P. presentes.	Total de P.M.P. Ausentes.
10-12	300	285 95.0%	15 5.0%
13-15	504	474 93.30%	34 6.74%
16-18	292	258 88.35%	34 11.64%
19-20	112	99 88.39%	13 11.60%
Total.	1208	1112 92.05%	96 7.945

P.M.P.:Primera molar permanente.

Fuente de información primaria.

PERDIDA DE LAS PRIMERAS MOLARES PERMANENTES, EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO "MODESTO ARMIJO", LEON, II SEMESTRE 2002.

CUADRO No. 3

Frecuencia de escolares con pérdida de la primera molar permanente según sexo, "Colegio Modesto Armijo", León, Segundo Semestre del año 2002.

Sexo.	Total de escolares examinados.	No. De escolares con sus P.M.P. PRESENTES.	No. De escolares Con pérdida de alguna P.M.P.
Femenino.	150	100 66.66%	50 33.33%
Masculino.	152	119 78.28%	33 21.71%
TOTAL.	302	219 72.51%	83 27.48%

P.M.P.:Primera molar permanente.
Fuente de información primaria.

Tabla No. 4.

Frecuencia de pérdida de la primera molar permanente, en escolares del "Colegio Modesto Armijo", León, Segundo Semestre del año 2002, según sexo.

Sexo.	Total de P.M.P. examinados.	Total de P.M.P. presentes.	Total de P.M.P. Ausentes.
Femenino.	600	544 90.6%	56 9.3%
Masculino.	608	568 93.4%	40 6.5%
TOTAL.	1208	1112 92.05%	96 7.94%

P.M.P.:Primera molar permanente.
Fuente de información primaria.

PERDIDA DE LAS PRIMERAS MOLARES PERMANENTES, EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO "MODESTO ARMIJO", LEON, II SEMESTRE 2002.

Tabla No.5

Frecuencia de pérdida de la primera molar permanente, en escolares del "Colegio Modesto Armijo", León, Segundo Semestre del año 2002, según arcada dentaria.

ARCADA	P.M.P. EXAMINADOS.	P.M.P. PRESENTES.	P.M.P. AUSENTES.
SUPERIOR	604	589 97.51%	15 2.48%
INFERIOR	604	523 86.58%	81 13.41%
TOTAL.	1208	1112 92.05%	96 7.94%

P.M.P.:Primera molar permanente.

Fuente de información primaria.

PERDIDA DE LAS PRIMERAS MOLARES PERMANENTES, EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO "MODESTO ARMIJO", LEON, II SEMESTRE 2002.

Tabla No. 6

Promedio de pérdida de la primera molar permanente, en escolares del "Colegio Modesto Armijo", León, Segundo Semestre del año 2002, según edad.

EDAD	Niños examinados	PMP perdidas	Promedio
10-12 años	75	15	0.2
13-15 años	126	34	0.26
16-18 años	73	34	0.46
19-20 años	28	13	0.46
Total % 96	302	96	0.31

P.M.P.:Primera molar permanente.
Fuente de información primaria.

PERDIDA DE LAS PRIMERAS MOLARES PERMANENTES, EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO "MODESTO ARMIJO", LEON, II SEMESTRE 2002.

Tabla No. 7

Promedio de perdida de la primera molar permanente en escolares del colegio "Modesto Armijo", León segundo semestre del año 2002 según sexo.

Sexo.	Niños examinados	P.M.P. Perdida	Promedio.
Femenino	150	56	0.37
Masculino	152	40	0.26
Total.	302	96	0.31

P.M.P.:Primera molar permanente.
Fuente de información primaria.

"DISCUSIÓN DE RESULTADOS"

DISCUSION DE LOS RESULTADOS.

Los escolares examinados durante el primer semestre del año 2002 en el colegio "Modesto Armijo Lozano", fueron 302 los cuales eran de edades entre 10 y 20 años.

Los escolares examinados con edades de **10 a 12 años** de edad, fueron 75, de los cuales 62 (82.66%), presentaban completas sus 4 primeras molares permanentes y 13 niños presentaban la pérdida de alguna primera molar permanentes, que es igual al 17%.

En el rango de edad de 10 a 12 años, se examinaron 300 primeras molares permanentes, encontrándose 285 molares presentes, que representan el 95%, y 15 primeras molares permanentes ausentes, que equivale al 5% de pérdida de la primera mola permanente en ese rango de edad.

Entre las edades de **13 y 15 años** se examinó un total de 126 niños de los cuales 96 presentaban sus primeras molares permanentes, que es igual al 76%, además se encontró 30 niños con pérdida de alguna primera molar permanente que es igual al 24%. En ese rango de edad se examinaron en total 504 primeras molares permanente examinada encontrandose 470 primera molar permanente presentes, que es igual al 93%, y se encontró un total de 34 de primeras molares permanentes ausentes, equivalente al 7% de pérdida de la primera molar en esas edades.

Entre las edades de **16 y 18 años** se examinaron 73 niños, presentando 44 escolares sus primeras molares permanentes presentes en boca, que es igual al 60%, y se encontró 29 escolares con pérdida de alguna primera molar permanente que equivale al 40% de niños con pérdida de alguna de sus primeras molares.

PERDIDA DE LAS PRIMERAS MOLARES PERMANENTES, EN ESTUDIANTES DEL
COLEGIO “MODESTO ARMIJO”, LEON, II SEMESTRE 2002.

En este rango de edad, se examinó un total de 292 primeras molares permanentes, de las cuales 258 estaban presentes, equivalente al 88% y 34 primeras molares permanentes ausentes, que es igual al 12%, de pérdida de la primera molar en esas edades.

Entre las edades de **19 y 20 años**, el total de estudiantes examinados fue de 28, de los cuales se encontró que 17 presentaban sus 4 primeras molares permanentes presentes en boca, lo que es igual al 61% y 11 estudiantes, con pérdida de alguna primera molar permanente que equivale al 39%.

En estas edades, se examinaron 112 primeras molares permanentes, de las cuales 99 se encontraban presentes y 13 primeras molares permanentes se encontraban ausentes.

En total los escolares examinados fueron 302, presentando 219 de ellos, sus 4 primeras molares permanentes en boca, que es igual al 73% y 83 escolares mostró pérdida de alguna primera molar permanente, que equivale al 27% de escolares con pérdida de alguna de sus primeras molares permanente.

El total de primeras molares permanentes examinadas fue de 1208, encontrándose presente 1112 que equivale al 92% y se encontró una pérdida de 96 primeras molares permanentes que es igual al 8%.

Estos datos reflejan la gravedad del problema, ya que este problema, puede tener su origen en que los padres de familia muchas veces por desconocimiento, consideran a las primeras molares permanentes, como piezas dentales que si se pierden van a ser reemplazadas, ignorando la importancia que estas tienen para mantener la estabilidad oclusal de sus hijos.

De igual manera, por falta de educación en salud bucal, estos estudiantes no poseen una buena higiene bucal, lo que conlleva a problemas de caries dental, los cuales no son tratados a tiempo, implicando posteriormente pérdida dentaria, ocasionando como secuelas, problemas digestivos, estéticos, oclusales y hasta psicológicos.

En cuanto al **sexo femenino**, se examinaron un total de 150 alumnas, de las cuales, 100, presentaban sus primeras molares permanentes, que es igual al 67% y el número de escolares con pérdida de alguna primera molar permanente fue de 50 alumnas, que representa el 33%. El total de primeras molares permanentes examinadas en el sexo femenino fue de 600, de las cuales se encontraron presentes un total de 544, equivalente a un 91%, y se encontró un total de 56 primeras molares permanentes ausentes que es igual al 9% de pérdida de la primera molar en el sexo femenino.

En cuanto al **sexo masculino**, se examinaron un total de 152 escolares, de los cuales 119 escolares se les encontró sus primeras molares permanentes presentes, que es igual al 78% y 33 fue el número de escolares con pérdida de alguna primera molar permanente, que equivale al 22% de escolares con pérdida de al menos una primera molar permanente.

En el sexo masculino, se examinaron 608 primeras molares permanentes encontrándose una conservación dentaria de 568 primeras molares permanentes presentes, que es un 93% y se encontró una pérdida de 40 primeras molares permanentes, que equivale al 7%.

Estos datos reflejan que el sexo femenino, presentan una mayor pérdida de primeras molares permanentes, lo cual puede tener su explicación, en el hecho de que por presentar éstas un desarrollo más precoz que los varones, sus dientes erupcionan más tempranamente, estando por lo tanto sus primeras molares mayor parte de tiempo

expuestos al ataque de la caries dental, que los varones, con la subsecuente pérdida dentaria por caries dental.

En cuanto a la arcada dentaria, el número de primeras molares permanentes examinadas fue de 604 en la arcada superior, encontrándose presentes 589 primeras molares permanente que es igual al 98% y el número de primera molar permanentes ausentes fue de 15, que equivale al 2%.

En la arcada inferior se examinaron 604 de las cuales 523 se encontraron presente y un 81 primera molar permanente ausente que equivale al 87 y un 13% respectivamente. El total de primera molar permanente encontrándose presente 1112 y ausente 96.

La razón por la cual la arcada inferior presenta mayor cantidad de primeras molares permanentes perdidas, tiene su explicación, en el hecho de que los molares inferiores son las priemas en erupcionar antes que las superiores y que además debido a su morfología, son mas grandes y presentan mayor cantidad de surcos y fositas que las superiores, lo que permite mayor acúmulo de placa bacteriana, convirtiéndolas en las piezas dentarias mas susceptibles de ser atacadas por caries.

En cuanto al promedio de pérdida de la primera molar permanente.según edad. Resultaron que de **10-12 años** se examinaron 75 niños de los cuales sufrieron una pérdida de 15 primeras molares permanentes, siendo el promedio de 0.2.

En cuanto a la **edad de 13-15 años** se examinaron 126 escolares de los cuales sufrieron una perdida de 34 primera molar permanente siendo el promedio de 0.26. Entre la edad de 16-18 años se examino a 73 estudiantes, resultando una pérdida de 34 primera molar permanente con un promedio de 0.46 .

PERDIDA DE LAS PRIMERAS MOLARES PERMANENTES, EN ESTUDIANTES DEL
COLEGIO "MODESTO ARMIJO", LEON, II SEMESTRE 2002.

Entre las edades **de 19-20** años se examinaron 28 estudiantes, de las cuales 13 primeras molares permanentes, estaban perdidas, con un promedio de 0.46 .

El total de estudiantes examinados fue de 302, en los cuales se encontró que había la cantidad de 96 primeras molares permanentes perdidas, con un promedio de 0.31.

Por lo cual el promedio de pérdida de la primera molar permanente. en cuanto al sexo tenemos 150 niños del sexo femenino presentando 56 primeras molares permanentes perdidas, con un promedio 0.37.

En cuanto al sexo masculino los niños examinados fueron 152 presentando 40 primeras molares permanentes perdidas, con un promedio de 0.26. En el total de 302 estudiantes examinados, se encontró con 96 primeras molares permanentes perdidas, con un promedio de 0.31.

"CONCLUSIONES"

CONCLUSIONES.

1. En cuanto a la edad, el grupo de 16 a 18 años, resultó ser el mas afectado en cuanto a:
 - a) Mayor frecuencia de niños con pérdida de la primera molar permanente..
 - b) Mayor frecuencia de pérdida de la primera molar permanente.

2. El sexo más afectado resultó ser el femenino en cuanto a:
 - a) Frecuncia de niñas con pérdida de alguna primera molar permanente.
 - b) Mayor frecuencia de pérdida de primeras molares permanentes.

3. La arcada dentaria más afectada, con pérdida de primeras molares permanentes, fue la inferior.

4. El mayor promedio de pérdida de primeras molares permanentes, fue en el rango de edades de 16 a 18 a los y en el sexo femenino.

"RECOMENDACIONES"

RECOMENDACIONES.

- 1) Que los Ministerios de Salud y Educación junto con la Facultad de Odontología, coordinen esfuerzos a fin de desarrollar programas educativos, tales como charlas a grupos escolares, maestros, asociaciones de padres de familia, sobre la importancia de la salud bucal de los escolares haciendo énfasis en la importancia de la conservación de las primeras molares permanentes.
- 2) Que los Ministerios de Salud, Educación y la Facultad de Odontología, se coordinen para la aplicación en los escolares, los enjuagues con fluoruro.
- 3) Que la Dirección de Clínicas Odontológicas de la UNAN-León, realice programas propagandísticas a través de los medios de comunicación y en los centros de estudio, sobre los tratamientos preventivos y curativos que se brindan en las clínicas de la Facultad, para darle respuesta a las necesidades de estos escolares, con el fin de mejorar la salud buco dental.

"BIBLIOGRAFIA"

BIBLIOGRAFIA.

1. Díaz Laura Chistian, Ruíz Ortiz Sarah Ricardo G. Josefina. “Influencias de los espacios edentes, en dientes antagonistas y adyacentes y su relación con la enfermedad periodontal en pacientes juvenes.” Volumen 21 No 1, Enero-Abril 1984. Revista Cubana de Estomatología.
2. Finn B. Sydney, Odontología Pediátrica, 4ta. Edición.
3. F. Carranza, Perodontología Clínica de Glickman, 7ma Edición, 1995. Editorial.
4. Ramjor P. Simjur Dr. Ash Major. Oclusión 2da. Edición.
5. Olivas Hector Francisco, Tesis: Frecuencia de Caries y Mortalidad dentaria de los primeros molares permanentes en escolares de 6-12 años en la ciudad de Somoto.
6. V. O . Hurne. Dr. en Medicina Dental.

"ANEXOS"

ANEXOS.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA.
UNAN LEON.
FACULTAD DE ODONTOLOGIA.

**FICHA CLINICA PARA RECOLECTAR LA INFORMACION SOBRE PERDIDA DE
LAS PRIMERAS MOLARES PERMANENTES EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO
"MODESTO ARMIJO" DE LA CIUDAD DE LEON, II SEMESTRE DEL AÑO 2002 .**

FICHA Nº: _____

Nombre y Apellidos. _____

Edad: _____ **(AÑOS CUMPLIDOS)**

Sexo: M: _____ F: _____

Colegio: I.M.A.L.

Nro.de la PMP	Presente (10)	Ausente (0)
16		
26		
36		
46		

PMP: PRIMERA MOLAR PERMANENTE