



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

**“ERUPCIÓN DE PRIMERAS MOLARES PERMANENTES EN NIÑOS DE 5 A  
7 AÑOS DE EDAD, ATENDIDOS EN LA CLÍNICA PEDIÁTRICA I Y II DE LA  
UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS FILIAL AYACUCHO – 2015”**

**TESIS**

**Para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista**

**Presentado por:**

**Bach. Beatriz, ROJAS CONTRERAS.**

**Asesora:**

**C.D. Karina, HEREDIA PALOMINO**

**Ayacucho – Perú**

**2016**

## **DEDICATORIA**

### *A DIOS TODO PODEROSO:*

*Por brindarme el regalo máspreciado, la vida; por guiar siempre mis pasos; por habernos dado la sabiduría y la fortaleza para que fuera posible este triunfo.*

### *A MIS PADRES:*

*Hilario Rojas y Daria Contreras*

*Por guiar siempre mis pasos; por ser motivo de mi esfuerzo día a día; por su cariño, apoyo incondicional, su dedicación y empeño, por ayudarnos a ser mejores personas cada día.*

### *A MI HIJA*

*Alexia Natzumy Tantalean*

*Ella fue mi motivación, una vez más mi hija trajo sentido a mi vida, una vez más ella fue la causante de mi anhelo de salir adelante, progresar y culminar con éxito esta tesis, por eso mismo dedico esta tesis a mi hija, dedico a ella cada esfuerzo que realice en la construcción de esta; agradezco a Dios por darme tan hermosa compañía y motivación para cada día ser mejor.*

## **AGRADECIMIENTO**

*A mi Asesora de tesis, Dra. KARINA, HEREDIA PALOMINO por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar con éxito.*

*Al Dr. JOHN ROBERT TINCO BAUTISTA. Gracias por brindarme sus conocimientos, tiempo y optimismo quien muchas veces asumió el rol de profesor y amigo.*

*A la universidad alas peruanas; escuela de formación profesional de estomatología. Por darme la oportunidad de estudiar y ser un profesional.*

## RESUMEN

El presente estudio fue de tipo descriptivo, transversal, retrospectivo y archivístico teniendo como objetivo, determinar la cronología de erupción de las primeras molares permanentes en pacientes niños de 5 a 7 años de edad que fueron atendidos en la clínica estomatología pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho - 2015. Evaluando 145 historias clínicas de ambos ciclos 2015 I B y 2015 II B, donde se encontró que asistieron con mayor frecuencia niños de 5 años de edad con 59 (40.68%), seguido de 7 años de edad con 49 (33.79%) niños. También los que más acudieron fueron de sexo masculino con 79 niños (54.48%) y de sexo femenino 66 niñas (45.52%).

De 145 historias clínicas de niños de 5 a 7 años de edad, deberían de erupcionar 580 molares de los cuales registradas en los odontogramas, solo erupcionaron 319 molares (55%), existiendo sin erupcionar 261 molares (45%) que están en los niños de 5 años y las piezas dentarias 1.6 y 2.6. Se encontró también que en el lado izquierdo erupcionan más con 161 (50.47%) y en el maxilar inferior erupcionan con 191 (59.87%) primeras molares erupcionados, siendo la primera molar permanente inferior izquierdo (pza.3.6) con 99 molares erupcionadas (31.03%), seguido de la primera molar permanente inferior derecho (pza. 4.6) con 92(28.84%). Recomendando implementar medidas preventivas en el cuidado de las primeras molares permanentes recién erupcionados.

**Palabras Claves:** Erupción dental, primera molar permanente.

## **ABSTRACT**

This study was descriptive, transversal, retrospective and archival type aiming to determine the chronology of eruption of the first permanent molars in patients children 5-7 years old who were seen in clinical pediatric dentistry I and II Alas Peruanas University Filial Ayacucho - Evaluating 2015. 145 medical records of both cycles 2015 IB and II B 2015, where he met more frequently attended by children from 5 years old with 59 (40.68%), followed by 7 years of age 49 (33.79%) children. In addition, the most attended were 79 male children (54.48%) and 66 female children (45.2%).

145 medical records of children 5-7 years old, they should erupt 580 molars which registered odontographs only erupted 319 molars (55%), with unerupted 261 molars (45%) than are children 5 and the teeth 1.6 and 2.6. It was also found that the left side erupt over 161 (50.47%) and in the lower jaw erupt with 191 (59.87%) erupted first molars, the first left lower permanent molar (pza.3.6) 99 erupted molars (31.03 %), followed by the first right lower permanent molar (pza. 4.6) 92 (28.84%). Implement preventive measures recommended in caring for the newly erupted first permanent molars.

**Keywords:** dental eruption, first permanent molar.

## INDICE

INTRODUCCION .....	13
CAPITULO I .....	15
1. PLANTEAMIENTO METODOLOGICO.....	15
1.1 Descripción de la Realidad Problemática.....	15
1.2 Delimitación de la Investigación .....	15
1.2.1 Espacial.....	15
1.2.2 Social.....	16
1.2.3 Temporal.....	16
1.2.4 Conceptual.....	16
1.3 Problemas de Investigación.....	16
1.3.1Problema Principal.....	16
1.3.2 Problemas Secundarios.....	16
1.4 Objetivos de la Investigación.....	17
1.4.1Objetivo General.....	17
1.4.2 Objetivo Específico.....	17
1.5 Hipótesis de la Investigación.....	18
1.5.1Hipotesis General.....	18
1.6 Variable de la Investigación.....	18
1.6.1Variable Principal.....	18
1.6.2 Variable Intervenientes.....	18
1.6.3 Definición Conceptual y Operacionalizacion de Variables.....	19
1.7 Justificación e Importancia de la Investigación .....	23
1.7.1 Justificación de la Investigación.....	23
1.7.2 Importancia de la Investigación.....	24

2. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	20
2.1 Tipo y Nivel de Investigación.....	20
2.2 Método y Diseño de la Investigación.....	20
2.3 Población y Muestra .....	20
2.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	23
CAPITULO II.....	26
3. MARCO TEORICO.....	26
3.1 Antecedentes de la Investigación.....	26
3.2 Bases Teóricas.....	29
3.2.1 Anatomía Dentaria y Sus Ramas.....	29
3.2.2 El Diente y el Aparato Masticador .....	31
3.2.4 Formulas y Registro de Dentición .....	35
3.2.5 Papel de la Función Masticatoria .....	36
3.2.6 Arcos Dentarios en Transición.....	38
3.2.7 Fecha de Erupción del Primer Molar .....	39
3.2.8 Arcos Dentarios.....	43
3.2.9 Oclusión.....	44
3.2.10 Problema de Erupción.....	46
3.3 Definición de Términos Básicos.....	49
CAPITULO III.....	51
4. PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.....	51
5. DISCUSIÓN.....	59
6. CONCLUSIONES.....	61

7. RECOMENDACIONES.....	62
8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	63
9. ANEXOS.....	66
9.1 Matriz de Consistencia.....	67
9.2 Ficha Técnica de Recolección de Datos.....	68
9.3 Cronograma de Actividades.....	69
9.4 Evidencia Fotográfica.....	71



## **LISTA DE CUADROS**

### **CUADRO N° 1**

Frecuencia de distribución de historias clínicas de pacientes niños de 5 a 7 años, por ciclos, atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho - 2015.

### **CUADRO N° 2**

Frecuencia de distribución de pacientes niños de 5 a 7 años por edad atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho - 2015.

### **CUADRO N° 3**

Frecuencia de distribución de pacientes niños de 5 a 7 años, por sexo atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II, de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho - 2015.

### **CUADRO N° 4**

Frecuencia de cronología de erupción de los primeros molares permanentes por edad, en los niños de 5 a 7 años de edad atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho – 2015

### **CUADRO N° 5**

Frecuencia de cronología de erupción de los primeros molares permanentes por sexo, en los niños de 5 a 7 años atendidos en la Clínica Estomatología Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho - 2015.

### **CUADRO N° 6**

Frecuencia de cronología de erupción de los primeros molares permanentes por inter-arcada, en los niños de 5 a 7 años de edad atendidos en la Clínica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho - 2015.

## **CUADRO N° 7**

Frecuencia de cronología de erupción de los primeros molares permanentes por intra-arcada, en los niños de 5 a 7 años de edad atendidos en la Clínica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho - 2015

## **LISTA DE GRAFICOS**

### **GRÁFICO N° 1**

Frecuencia de distribución de historias clínicas de pacientes niños de 5 a 7 años, por ciclos atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho - 2015

### **GRÁFICO N° 2**

Frecuencia de distribución de pacientes niños de 5 a 7 años, por edad atendidos en la Clínica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho 2015.

### **GRÁFICO N° 3**

Frecuencia de distribución de pacientes niños de 5 a 7 años atendidos por sexo en la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho - 2015.

### **GRÁFICO N° 4**

Frecuencia de cronología de erupción de los primeros molares permanentes por edad, en los 5 a 7 años de edad atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho - 2015.

### **GRÁFICO N° 5**

Frecuencia de cronología de erupción de los primeros molares permanentes por sexo, en los niños 5 a 7 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho - 2015.

### **GRÁFICO N° 6**

Frecuencia de cronología de erupción de los primeros molares permanentes por inter-arcada, en los 5 a 7 años de edad atendidos en la Clínica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho - 2015.

## **GRÁFICO N° 7**

Frecuencia de cronología de erupción de los primeros molares permanentes por intra-arcada, en los de 5 a 7 años de edad atendidos en la Clínica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho - 2015.

## INTRODUCCIÓN

En la erupción de los dientes temporales y permanentes no es posible dar fechas precisas, puesto que es normal una gran variabilidad de acuerdo con las razas y el clima, entre otros factores, pero si es útil tener siempre presente la edad promedio para determinar si hay adelantos o retrasos notorios en la dentición. (Obregón, 2013).

Se denomina erupción dentaria al momento donde el diente traspasa la barrera física que es la mucosa oral. Este concepto es erróneo, ya que la erupción dentaria, en el sentido más estricto, dura toda la vida del diente, ya que entiende numerosas fases e implica el desarrollo embriológico de los dientes, movimientos de desplazamiento y colocación en las arcadas. La erupción dental, resultado de la acción simultánea de múltiples fenómenos, tales como la calcificación de los dientes desde la vida intrauterina, la reabsorción de las raíces de los dientes temporales, la proliferación celular y la aposición ósea alveolar, constituye un proceso fisiológico que participa directamente en el desarrollo del aparato estomatognático.

Obregón (2013). Planeta en su estudio en la ciudad de Pinar del Rio (Cuba), que se evidenciaron cambios en las fechas convencionales reconocidas internacionalmente, con un adelanto promedio de un año para cada diente y una cronología similar a la establecida internacionalmente. Los resultados fueron analizados puramente en términos porcentuales.

El motivo por el cual se desarrolla esta investigación es por la escasa investigación sobre el tema realizado en Perú. Se puede identificar que existen autores chilenos, argentinos, brasileros y venezolanos que han investigado este tema. Sin embargo en nuestro país es muy escaso las publicaciones respecto al tema de la cronología de erupción dentaria y más aún en nuestra región de Ayacucho no existe ningún trabajo sobre este tema.

Mediante el estudio de los distintos grupos dentarios y denticiones en el primer molar permanente se comprobó las relaciones con las distintas

denticiones, su importancia en el desarrollo facial y en la oclusión. Por eso, es importante identificar de manera temprana al molar y realizar todas las medidas de prevención para que los dientes no sufra una alteración y se prolongue su permanencia en la cavidad bucal.

Este control se realizó mediante la revisión de las historias clínicas de los pacientes pediátricos de 5 a 7 años de edad atendidos en la Clínica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho - 2015. Con esta investigación se espera poder aclarar si el patrón de la erupción dental en nuestro medio, existiera una modificación en relación a las referencias bibliográficas.

Según Braskar, la cronología no se produce de una manera exacta, puesto que es modificada por factores diversos, tales como la herencia, el sexo, el desarrollo esquelético, la edad radicular, la edad cronológica, los factores ambientales, las extracciones prematuras de dientes primarios, entre otros. El propósito del presente estudio, es determinar la cronología de erupción de los primeros molares en los niños de 5 a 7 años de edad atendidos de la Clínica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho - 2015.

## **CAPITULO I**

### **PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO**

#### **1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.**

De acuerdo a las investigaciones seleccionadas y estudiadas se conoce que los primeros molares permanentes erupcionan a los 6 años. No obstante, estas investigaciones son de corte internacional. Encontramos en nuestro país pocos estudios sobre los primeros molares y estos no coinciden con las conclusiones internacionales. Por este motivo esta investigación se enfocará en comprobar a nivel de nuestro medio; cuando hace erupción de los primeros molares en la cavidad bucal en niños de 5 a 7 años de edad atendidos en la Clínica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho - 2015.

#### **1.2 DELIMITACION DE LA INVESTIGACIÓN**

**Espacial:** Clínica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho - 2015.

**Social:** Niños de 5 a 7 años con erupción de los del primer molar permanente en relación sexo e interarcada en que se encuentra ubicado.

**Temporal:** Historias Clínicas de pacientes pediátricos de 5 a 7 años de edad atendidos en el año 2015.

**Conceptual:** Presencia de los primeros molares permanentes erupcionados.

### **1.3 PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN.**

#### **1.3.1 PROBLEMA PRINCIPAL.**

¿Cuál es el estado de erupción de los primeros molares permanentes en niños de 5 a 7 años de edad atendidos en la Clínica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho –en el año 2015?

#### **1.3.2 PROBLEMAS SECUNDARIOS:**

1. ¿Cuál es el estado de erupción de los primeros molares permanentes por edad, en niños de 5 a 7 años de edad atendidos en la Clínica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho –en el año 2015?
2. ¿Cuál es el estado de erupción de los primeros molares permanentes por sexo, en niños de 5 a 7 años de edad atendidos en la Clínica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho - 2015?
3. ¿Cuál es el estado de erupción de los primeros molares permanentes por interarcada derecha e izquierda, en niños de 5 a 7 años de edad atendidos en la Clínica Pediátrica I y II de



la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho –en el año2015?

4. ¿Cuál es el estado de erupción de los primeros molares permanentes por intrarcada superior e inferior, en niños de 5 a 7 años de edad atendidos en la Clínica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho –en el año 2015?

#### **1.4. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.**

##### **1.4.1 OBJETIVO GENERAL.**

Determinar el estado de erupción de los primeros molares permanentes en niños de 5 a 7 años de edad atendidos en la Clínica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho –en el año 2015.

##### **1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

1. Conocer el estado de erupción de los primeros molares permanentes por edad, en los niños de 5 a 7 años de edad atendidos en la Clínica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho - 2015.
2. Conocer el estado de erupción de los primeros molares permanentes por sexo, en los niños de 5 a 7 años de edad atendidos en la Clínica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho - 2015.
3. Conocer el estado de erupción de los primeros molares permanentes por inter-arcada derecha e izquierda, en los niños de 5 a 7 años de edad atendidos en la Clínica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho - 2015.ad

4. Conocer el estado de erupción de los primeros molares permanentes por intra-arcada superior e inferior, en los niños de 5 a 7 años de edad atendidos en la Clínica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho - 2015?

### **1.5 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.**

No se considera la formulación de hipótesis por ser un estudio descriptivo observacional, por ser univariante y teniendo una relación de variables no asociativas.

### **1.6 VARIABLES DE LA INVESTIGACION.**

#### **1.6.1 VARIABLE PRINCIPAL.**

Primeros molares permanentes erupcionados.

#### **1.6.2 VARIABLE INTERVENIENTES.**

Edad.

Sexo.

Interarcada (Derecha e Izquierda).

Intrarcada (Superior e Inferior).

### 1.6.3 DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	Definición conceptual	Dimensión	Escala de medición	Indicadores
<p><b>Variable Principal</b></p> <p>Primeros molares permanentes erupcionados</p>	<p>El primer molar permanente es el primer diente permanente en erupcionar a la edad de 6 años el cual guía el crecimiento, maxilofacial.</p>	<p>Erupción dentaria de una molar permanente</p>	<p>Nominal Dicotómico</p>	<p>Presencia de Molares Permanentes:</p> <p><b>-Erupcionado</b> <b>-No erupcionando</b></p>
<p><b>Variables Intervinientes</b></p> <p>Edad</p> <p>Sexo</p> <p>Interarcada</p> <p>Intrarcada</p>	<p>Tiempo de vida desde su nacimiento hasta la actualidad Es el estado biológico, social y legal que nos identifica.</p> <p>División de maxilares para fines de estudio</p> <p>Ubicación de maxilares para fines de estudio</p>	<p>Edad en años</p> <p>identificación</p> <p>Nominación hemiarcada</p> <p>Nominación amaxilares</p>	<p>Intervalo</p> <p>Nominal Dicotómico</p> <p>Nominal Dicotómico</p> <p>Nominal Dicotómico</p>	<p><b>5 años</b> <b>6 años</b> <b>7 años</b></p> <p><b>-Masculino</b> <b>-Femenino</b></p> <p><b>-Derecha</b> <b>-Izquierda</b></p> <p><b>-Superior</b> <b>-Inferior</b></p>

## **1.7. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.**

### **1.7.1. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

Existen pocos trabajos documentados sobre la erupción de primeros molares permanentes en los niños a nivel nacional y ninguna a nivel regional, por lo cual se hace necesario realizar una investigación.

Dentro del extenso campo de la erupción dental, esta investigación se enfocó en la erupción del primer molar permanente en pacientes niños de 5 a más años de edad atendidos en la clínica estomatológica I y II ya que es un promedio de edad aproximada en la erupción dentaria de la primera molar. Es viable este estudio debido a que se tienen todos los datos en las historias clínicas de los niños de 5 a 7 años de edad atendidos en la Clínica Pediátrica I y II en los Ciclos 2015 IB y 2B de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho.

A partir de la siguiente investigación se demostró a que edad será la presencia del primer molar permanente en niños de nuestra región atendidos en la clínica pediátrica.

La relevancia del presente trabajo es de gran importancia investigar en nuestra localidad, la edad de erupción de la primera molar permanente en niños de 5 a 7 años, ya que dichos molares son considerados las piezas más importantes de la dentición definitiva, no por ser los primeros en erupcionar, sino por el rol fundamental que cumplen en el desarrollo y funcionamiento de la dentición permanente y del sistema estomatognático.

### **1.7.2. IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN**

Esta investigación tiene importancia debido a que en nuestro medio no se han encontrado estudios que traten sobre la cronología de erupción de los primeros molares permanentes en los niños.

Esta investigación es conveniente realizar ya que no existen muchos estudios en el país con respecto a este tema, por lo que sirve para aclarar si es que los primeros molares permanentes erupcionan antes o después de las fechas establecidas.

Es de importancia social este estudio ya que este es un patrón de desarrollo maxilofacial importante, con los resultados de esta investigación se verán beneficiados todos los niños, ya que se podrán realizar campañas preventivas para poder prolongar su presencia y disminuir su tasa de mortalidad.

Esta investigación ayudará a resolver el problema que se tiene, ya que hay niños de muy poca edad con primeros molares permanentes en muy malas condiciones.

La información obtenida, servirá para complementar las teorías sobre la cronología de erupción de los primeros molares permanentes diferenciados en edad y sexo.

Se han reportado varios casos en que la presencia del primer molar en los niños es a partir de los 5 años o después de los 7 años.

Esto puede ser por alguna modificación en el patrón de crecimiento en el paciente, por lo cual es de vital importancia realizar este estudio en nuestro medio.

## 2. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

### 2.1 TIPO Y NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio es de tipo **cuantitativo** y de nivel **descriptivo, observacional y transversal**. Se considera descriptivo ya que el investigador se limitará a recolectar los datos y presentarlos de manera fidedigna, sin intervenir en los resultados. Es transversal ya que los datos se tomarán una sola vez, en la misma población, con el mismo instrumento.

### 2.2 MÉTODO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación es del método **retrospectivo, documental, archivístico**, debido que se realizará una recolección de datos en tablas para su posterior análisis. En relación al tiempo de la investigación es crónica porque se desarrollará en corto plazo y el diseño de la investigación es **no experimental**.

### 2.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

#### 2.3.1 POBLACIÓN

La población será total de las Historias Clínicas de los niños de 5 a 7 años de edad atendidos en la Clínica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho – 2015 escogieron distintas historias clínicas en orden aleatorio entre niños y niñas siendo la categoría de selección principal la edad (5, 6 y 7 años) suscitando un total de **189** Historias Clínicas. Para obtener la población de estudio, se seleccionaron las historias que cumplen los criterios de selección establecidos.

## **Criterios de Selección**

- Historias clínicas de pacientes atendidos en el Ciclo 2015-IB y 2B en la Clínica Pediátrica I y II.
- Historias clínicas de pacientes pediátricos de 5 a 7 años de edad.
- Historias clínicas que no se encuentren deterioradas y sean adecuadamente legibles.
- Historias clínicas que no sean duplicadas.
- Historias clínicas de pacientes que hayan firmado el consentimiento informado, incluido en ellas.
- Se constató que tenemos **145** Historias Clínicas Seleccionada que cumplieron los criterios de selección.

### **2.3.2. MUESTRA**

Por lo tanto, el número mastral para la presente investigación será de **145** Historias Clínicas, las que se seleccionará mediante muestreo sistemático de aleatorio simple y que cumplieron los criterios de selección.

## **2.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **2.4.1. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

#### **2.4.1.1 Solicitud a la Universidad Alas Peruanas**

Se envió una solicitud dirigida al Director de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho, para poder realizar el presente Proyecto en la Unidad de Archivo de las Historias Clínicas de la Clínica Pediátrica I y II de los Ciclos 2015 IB y 2B.

#### **2.4.1.2. Coordinación con la Administración de la Clínica Pediátrica I y II.**

Se coordinó con el personal responsable para acceder a las Historias Clínicas Historias de la Clínica Pediátrica I y II de los Ciclos 2015 IB y 2B, a fin de coordinar los días y horarios adecuados para realizar la recolección de datos.

#### **2.4.1.3. Selección de las Historias Clínicas de estudio**

Se seleccionaron las Historias Clínicas de los niños de 5 a 7 años de edad atendidos en la Clínica Pediátrica I y II Ciclos 2015 IB y 2B, de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho.

La selección de la muestra se realizó de acuerdo a los criterios de selección de las historias clínicas.

#### **2.4.1.4. Recolección de los datos en una Ficha Técnica de Investigación.**

La aplicación de la ficha se realizó a la muestra de estudio con la transcripción de los datos ya descritos en las Historias Clínicas de manera ordenada.

La ficha está basada en los datos presentes en la Historia Clínica Pediátrica I y II, de donde se tomarán algunos datos como: datos de del paciente: Número de historia clínica, edad, sexo, análisis del Odontograma y otros datos necesarios para el cumplimiento de los objetivos.



## **2.4.2. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

Los instrumentos que se han utilizados para esta investigación son las historias clínicas de los niños de 5 a 7 años de edad atendidos en la Clínica Pediátrica I y II en los Ciclos 2015 IB y 2B de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho.

Las Fichas Técnica de investigación (ver anexo).

Lapiceros y lápices de colores.

Además, la revisión bibliográfica de libros relacionados con la problemática a tratar y libros sobre la metodología de la investigación para saber llevar a cabo en su totalidad el proyecto.

### **2.4.3 Plan de análisis de datos.**

Para el análisis de los datos; se realizó una base de datos en hojas de cálculo EXCEL (Microsoft, 2010), los que fueron codificados y tabulados, para luego ser analizados mediante el paquete estadístico SPSS 20 (IBM, 2010).

Se realizó medidas de tendencia central para todos los indicadores, además se aplicó el análisis de Chi cuadrado para observar relaciones entre las variables categóricas.

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 3.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

##### INTERNACIONAL:

**Pérez-Flores y Cols.** (2010) Chile: encuentran en su estudio que el grado de correlación entre edad cronológica y edad dentaria estimada en un grupo de niños chilenos es casi perfecto en ambos géneros (aunque ligeramente superior en niñas). Afirman los autores que el método Demirjian sería aplicable en población chilena.

**Alexis y Cols** (2006) Venezuela. En su estudio plantea que: también se pudo observar que a la edad de 8 años comienza la erupción del primer premolar superior, presentándose para el derecho grado de erupción inicial en un 15% y para el izquierdo en un 11.7% del total de la población estudiada. Con respecto a los primeros molares superiores e inferiores, se evidencia su presencia en boca a la edad de 6 años con erupción total en un 70.8% tanto en el superior derecho e izquierdo, mientras que los que los primeros molares inferiores derecho e izquierdo se presentan con erupción total a la misma edad en el 80.0% y 83.1%, respectivamente.

**Paulino, Vera Susana y Col** (2005), Asimismo lo comprueba en su estudio donde hizo en Brasil en donde los resultados fueron similares a los estudios realizados en Uruguay, Costa Rica y Estados Unidos. Este concluye que la erupción de los dientes permanentes se inicia antes de

los seis años. Especificando que este se da más tempranamente en niñas que en niños.

**Tess Brown**, en su artículo “Desarrollo y función oclusal en los aborígenes australianos” (2005): destaca que la erupción de un diente depende de la etnia del paciente y no de donde este habite actualmente la probabilidad de que los factores genéticos predominen en la determinación de diferencias étnicas; tratándose de la erupción, pudieran también desempeñar un papel, a pesar de las condiciones locales

**Mota P. Luis** (2004), compara en su estudio distintos países como Uruguay, Costa Rica y Estados Unidos en cuanto a la presencia del primer molar. Este concluye que la erupción de los dientes permanentes se inicia antes de los seis años. Especificando que este se da más tempranamente en niñas que en niños coincidiendo con la investigación de Paulino, Vera Susana y Col.

**Moyers** (1981), distingue tres fases en la erupción: Fase pre eruptiva: Corresponde a la etapa en la que, completada la calcificación de la corona, se inicia la formación de la raíz y tiene lugar la migración intraalveolar hacia la superficie de la cavidad oral. Fase eruptiva pre funcional: Es la etapa en la que el diente está presente ya en boca sin establecer contacto con el antagonista. Cuando el diente perfora la encía, su raíz presenta aproximadamente entre la mitad y los 2/3 de su longitud final. La emergencia de la corona en la cavidad oral recibe el nombre de erupción activa. Fase eruptiva funcional: en esta fase el diente ya establece su oclusión con el antagonista y los movimientos que ocurren van a durar toda la vida, tratando de compensar el desgaste o abrasión dentaria. El primer molar de los 6 años comienza a vivir este proceso a partir de los 6 años y medio en adelante cuando ya ha erupcionado su diente antagonista y puede comenzar a desarrollar todos los procesos de oclusión este diente.

Se corroboró lo planteado por Moyers, el cual refiere que la regulación del brote está correlacionada dentro de una misma dentición, lo que significa que si en un niño un diente brota tempranamente, con el resto sucederá de igual forma. Esto es aplicable al maxilar y la mandíbula. Se considera que este planteamiento es aplicable a los resultados de este estudio, puesto que la edad de brote en los niños de la muestra está adelantada para todos los dientes en relación con el estudio objeto de comparación, lo cual significa que el contexto actual es diferente al imperante en el año 1989.

**Moorres y cols.** Publican un estudio en 1963: en el que establecen normas y patrones de maduración para 10 dientes permanentes (los incisivos maxilares centrales y laterales y ocho dientes mandibulares).

#### **NACIONAL:**

**Marisela Roxana Valenzuela ramos** (2014) Ucayali: presente estudio fue determinar la cronología y secuencia eruptiva de la dentición permanente en niños y adolescente de 5 – 16 años de la población indígena de la región Ucayali. La secuencia de erupción obtenida en nuestro estudio en el maxilar superior tanto en niñas como en niños fue: 6-1-2-4-3-5-7. En la mandíbula la secuencia de erupción para las niñas fue: 6-1-2-3-4-7-5 y en los niños fue: 6-1-2-3-4-5-7.

**Gabriela Katherine paredes Obando naylea-Yessenia pava Rengifo** (2014) Iquitos: La presente tesis tuvo como propósito, determinar si existe relación entre el estado nutricional actual y la erupción dentaria permanente de los incisivos permanentes en alumnos de 6 a 9 años del nivel primario de la I.E.P.S.M. “61004” del distrito de Iquitos, 2014. Los resultados mostraron que existe retraso en la erupción dentaria del incisivo central superior ( $p= 0,020$ ), en aquellos alumnos con sobrepeso y riesgo de desnutrición; del mismo modo se evidenció un retraso en la

erupción del incisivo central inferior ( $p= 0,01$ ), en aquellos alumnos que presentaron riesgo de desnutrición.

## **REGIONAL:**

No se encontraron trabajos de investigación sobre el tema a nivel regional.

## **3.2. BASES TEÓRICAS**

### **3.2.1. ANATOMIA DENTARIA Y SUS RAMAS**

El diente, los arcos dentarios y los tejidos periodontales constituyen el objeto de mayor maniobra que realiza el odontólogo. Se justifica así la importancia del conocimiento del diente y de sus tejidos de sostén, aisladamente y en relación con sus elementos vecinos. (18).

La noción anatómica se vincula íntimamente con la referente a las disciplinas que componen el campo odontológico. Pueden considerarse dos aspectos, el primero a la parte biológica y la segunda a la parte clínica de la odontología. En la parte biológica se destaca en primera instancia la relación con la histología dentaria, que es el estudio micro anatómico del tejido del diente, y con la embriología, que explica cómo se forman las estructuras dentales. Estas dos ciencias constituyen el elemento básico y fundamental para entender los fenómenos de la fisiología, patología y clínica. La estructura y función del diente conforman una indisoluble relación de inter dependencia. A su vez, si estas se ven alteradas de alguna forma constituyen una patología. De tal forma, si se ignora la estructura íntima del diente y los procesos patológicos que lo afectan, podría mal interpretarse el mecanismo fisiológico. Por ello, el dentista debe poder formular un diagnóstico,

establecer un tratamiento y realizar una maniobra quirúrgica si es el caso. (18)

En la patología y la clínica, las estructuras que son alteradas en forma o función producen una enfermedad. Esta varía en sus características de acuerdo con las condiciones anatómicas de la región donde proviene. La difusión de esta y sus consecuencias dependerá si el diente es superior o inferior o si este está ubicado en el sector posterior o anterior de la cavidad bucal. (10)

Otro fenómeno clínico es el que refiere al mecanismo de dolor palpar. La pulpa exquisitamente inervada e irrigada, está situada en una cavidad de paredes inextensibles comunicadas con el exterior por uno o varios orificios de muy escaso calibre. La ortodoncia es la especialidad que produce un alineamiento normal de los dientes en caso de malas implantaciones o anomalías de los maxilares. Antes de implementar una corrección se debe conocer la posición adecuada a la que debe movilizarse a los dientes para que puedan cumplir eficientemente sus funciones. Para ello es fundamental conocer la anatomía dental de cada pieza bucal. Además, la migración de los dientes determina modificaciones en las estructuras de sostén, las cuales deben ser conocidas. De esta forma, las piezas dentarias no son sometidas a fuerzas de presión y tracción mayores a las que pueden soportar. (19)

La cirugía o la extracción de una pieza dentaria no podrían emprenderse sin el conocimiento de la forma dentaria, las características de las tablas óseas, la anatomía peridentaria, la inervación e irrigación. Además, se tiene que conocer el tipo y técnica de anestesia, la vía de abordaje, que estructuras deben respetarse y cuáles pueden sacrificarse y reconocer los puntos de referencia para lograr el acceso al campo quirúrgico. Se puede afirmar que el área de rehabilitación oral es el ámbito donde más frecuentemente se aplica el conocimiento de la anatomía dentaria. Esto se debe porque las caries dentales ocurren en determinadas áreas de proclividad donde no alcanza a llegar la autoclisis. Inclusive, no se logra un efectivo acceso

con las cerdas o fibras del cepillo para la higiene bucal, logrando la instalación de placas bacterianas. (18)

La existencia de dichas áreas depende de los siguientes factores: Aquellos que derivan exclusivamente de la superficie dentaria: fosas, surcos, fisuras. Los que corresponde a estructuras integradas merced a la relación entre dientes proximales. Por formaciones determinadas por el diente y los tejidos blandos. Los fundamentos de las técnicas de preparación de cavidades, extensiones preventivas, entre otros, se basan en el conocimiento de la forma dentaria y de las características fisicoquímicas de los tejidos que la integran. Estos son: surcos, fisuras, cúspides, dureza, espesor de los tejidos, resistencia a las presiones, etc. Estos factores deben considerarse no solamente al preparar una cavidad sino también al elegir el tipo de obturación. (10).

### **3.2.2 EL DIENTE Y EL APARATO MASTICADOR**

El diente es un órgano en que participan distintos tejido. Estos al alinearse en su mismo maxilar conforman el arco dentario que es parte fundamental del aparato masticador. Este último posee las siguientes características:

Maxilar superior e inferior, como portadoras de los dientes y como esqueleto de las partes blandas. Músculos los que intervienen en la formación de las paredes bucales y los que producen los movimientos mandibulares. Las articulaciones temporomandibulares, merced a las cuales se producen las excursiones del maxilar inferior. Los tejidos blandos que forman los labios, carrillos bóveda palatina, velo del paladar, istmo de las fauces, piso de la boca, lengua, glándulas salivales. Estos elementos actúan no solamente como paredes de la cavidad bucal; también lo hacen como factores activos en la mecánica de la masticación movilizándolo el bolo alimenticio y en el proceso

químico de la misma mediante la secreción de la saliva y los elementos vasculares y nerviosos. (19)

El primer molar cumple con todas las características mencionadas y es parte fundamental del aparato masticatorio porque debido al estado en cómo se encuentre este va a depender directamente la posición y el trabajo que pueda ejercer el primer molar permanente. (18).

### **3.2.3 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS DIENTES**

Es necesario destacar que lo antes mencionado y la forma de implantación de los dientes se presentan con llamativa coincidencia en los grupos familiares. Circunstancia que induce a pensar en la existencia de factores hereditarios e incluso en la influencia de factores raciales. (10)

#### **3.2.3.1 Estructuras**

Los dientes se dividen en tres tejidos duros: esmalte, cemento y dentina y la pulpa. Embriológicamente, el primero es de origen ectodérmico y los restantes derivan del mesodermo. En un tejido ectodérmico no es posible observar a primera vista el recubrimiento del esmalte. Esto se debe a que posee la membrana de nasmyth cuya importancia anatómica es relativa en lo referente a la morfología dentaria. Dicha membrana se observa solamente en los primeros momentos de la vida del diente, específicamente en las cúspides y bordes incisales. (19)

Dos de los tejidos duros del diente son periféricos: el esmalte de la corona y el cemento en la raíz. Interiormente con respecto a ambos, se ubica la dentina, que participa de la formación de las dos porciones, circunscribiendo una cavidad ocupada por la pulpa dentaria. La cavidad



y la pulpa poseen diferentes características, según correspondan a la corona o la raíz. (03).

Esto significa que la porción libre de la pieza dentaria, la corona que ha de intervenir directamente en el trabajo masticatorio, dispone en su superficie de un tejido suficientemente duro: el esmalte. Este es apto para soportar presiones que ocasiona la acción de masticar y a su vez recibe el apoyo brindado por un substrato duro, denominado dentina, que posee suficiente elasticidad como para prevenir fracturas de su estructura y extender esos beneficios al esmalte. (03).

En el interior de este caparazón amelocementodentinario queda delimitada una cavidad que aloja a la pulpa dentaria, depositaria de los elementos nutricios del diente y además ricamente inervada. Este factor provee a la pulpa de una exquisita sensibilidad, haciendo que se comporte como celosa defensora de la integridad del diente, reaccionando dolorosamente ante los agentes exteriores exagerados. (18).

De los tres tejidos duros, el único que no puede volver a edificarse es el esmalte, justamente el que integra la parte visible del diente implantado y que entra en relación directa con el alimento y los dientes antagonistas durante la masticación. Recordando que el diente es uno de los pocos órganos humanos cuyas pérdidas de sustancia se valorará mejor en la función guardiana de la pulpa. En el primer molar la membrana de nasmyth va a desaparecer muy pronto debido a que esta pieza ejerce un gran trabajo durante la masticación. (10)

### **3.2.3.2 Ubicación.**

Clásicamente se describe la articulación alveolo dentaria como una sinartrosis. Estas se caracterizan por poseer movimiento u movimiento mínimo el cual se da dentro de su alveolo. La articulación alveolo dentaria, por sus características peculiares, es única dentro del organismo humano. (18)

Para poder establecer una analogía esta y las articulaciones tendríamos que compararla con una anfiartrosis típica, porque posee como ella movimientos limitados y entre ambas superficies articulares se disponen, a manera de disco macizo, un tejido de estructura fibrosa: el periodonto. Una organizada y compleja disposición de fibras efectúa un trabajo similar a las fibras periodontales que tratan de evitar un exagerado alejamiento de la cortical alveolar en el diente. (10) .

#### **3.2.3.4 Funciones de los dientes.**

Las funciones que cumplen los dientes por si mismos o integrando entidades más amplias como el sistema dentario y el aparato masticador son cuatro: masticatoria, fonética, estética y de preservación. Esta investigación se enfocará solo en la primera función por ser la principal en el diente a estudiar: primer molar. (05).

La acción de la masticación está destinada a producir la segmentación de las partículas alimenticias, para lo cual debe vencer la resistencia que estas oponen. En el proceso intervienen dos factores fundamentales: las fuerzas representadas por los músculos de la masticación y los dientes, que las transmiten al alimento. (1).

En la boca es donde se produce el primer fenómeno fisicoquímico de la cadena de la digestión, cuyos sucesivos pasos serán tanto más eficaces cuanto más completas hay sido la masticación y la insalivación. La eficacia masticatoria se acrecienta por la existencia de un mecanismo reflejo mayor. Por otra parte, para la función masticatoria deberá considerarse el papel que la misma desempeña en el desarrollo de los maxilares. Desarrollar más molares. (1)

#### **3.2.3.5 Color**

El color del diente se lo da la dentina, sustancia orgánica poco mineralizada que se encuentra al interior del diente. En algunos dientes

jóvenes, debido a la translucidez de su delgada dentina, la pulpa contribuye al color del diente. (10)

En el mismo diente existen diferencias de tonalidad, siendo más oscura en la zona cervical que en el borde incisal, ya que ésta presenta menor espesor y está formado solo por esmalte. Con respecto a la corona de los dientes, los permanentes son de color blanco amarillento y los temporarios son blanco azulado. Esto igual dependerá de la calcificación de cada diente, en cuanto más amarillento es el diente, más acentuada es su calcificación. En cambio un color coronario blanquecino, blanco azulado o blanco lechoso, indica en dientes permanentes la existencia de una hipo calcificación que puede determinar la aparición de manchas pardas en la superficie adamantina. En el mismo arco dentario los molares son más oscuros porque tienen una mayor extensión de dentina que los dientes anteriores. (10)

#### **3.2.3.6 Dureza**

Los dientes son extremadamente duros, especialmente por la presencia de esmalte cuya estructura debe estar preparada para resistir los cambios fisicoquímico microbiano, debido al trabajo masticatorio. En los primeros molares los primeros molares tienen mayor resistencia que los dientes anteriores por su mayor disposición de dentina y esmalte. (19)

### **3.2.4 FÓRMULAS Y REGISTRO DE DENTICIÓN.**

La dentición temporaria consta de 20 dientes y en cada hemiarco de este consta de un incisivo central, incisivo lateral, un canino y un primer y segundo molar. La dentición permanente tiene 32 piezas dentarias y en cada hemiarco un incisivo central, un incisivo lateral, un canino, primer y segundo premolar y primer, segundo y tercer molar. (10)

Cada uno de estos dientes es representado con números o letras dispuestos en orden en el que se va mencionado dependiendo de la nomenclatura usada. Estos hacen alusión al lado y el arco al que pertenece el diente. Dentro de las nomenclaturas usadas la más importante es la que usa la Federación Dental Internacional (FDI) que se denomina esquema de Zsigmondy. Este divide en 4 cuadrantes los maxilares y se numeran desde la número uno hasta la número 8. El primer molar es identificado según el cuadrante con el número: 16, 26, 36 y 46. (10)

#### **3.2.4.1 Grupos dentarios.**

Los dientes son divididos según su forma o función. Los primeros molares se agrupan en dientes multirradiculares con cara oclusal compleja. De la misma forma, el grupo de los molares muestra un sensible aumento de tamaño con respecto a las piezas que los preceden (premolares). En la dentición temporaria el grupo molar está integrado sólo por dos dientes en cada hemiarco que se reemplaza por los premolares entre los 10 y los 12 años de edad. En la dentición permanente erupcionan tres molares por hemiarco y se ubican en una porción de reborde donde no existe dentición caduca. (18).

La cara oclusal del primer molar permanente se hace más compleja porque aumenta el número de cúspide y la porción radicular es múltiple. La raíz de esta pieza varía según el maxilar. (03)

Los molares inferiores poseen dos raíces: una mesial y distal. Ambas se extienden en el sentido de las caras libres y en toda la amplitud de las caras proximales. En este caso, las dos raíces se visualizan cuando

la observación del diente se realiza desde las caras libres. Al realizarse una observación desde una cara proximal se ve solamente una de ellas que suele ser la mesial, por poseer mayor diámetro. (03)

Los molares superiores poseen mayor desarrollo transversal que se evidencia con la presencia de la apófisis palatina. En estas piezas dentarias existe una tercera raíz que muestra franca inclinación en el sentido de dicha apófisis excediendo la porción radicular y las dimensiones máximas de la corona. Dos de las raíces del molar están orientadas hacia vestibular y la restante hacia palatino. (03).

### **3.2.5 PAPEL DE LA FUNCIÓN MASTICATORIA EN EL DESARROLLO DE LOS MAXILARES.**

El tamaño y forma de los maxilares están en relación con el tamaño, forma y número de dientes que posee. Esta influencia se traduce especialmente en los procesos alveolares. (03)

La odontogénesis es la que determina la formación de estas apófisis y viceversa. Cuando el diente cae se produce la desaparición del alveolo, el cual sufre un proceso de reabsorción y se transforma en borde alveolar residual. Además, como consecuencia de la dinámica masticatoria, los dientes producen modificaciones en la forma y el tamaño del hueso. En la zona del primer molar ocurren los siguientes fenómenos. (03)

En la estructura trabecular se constituyen líneas de mayor condensación ósea con orientaciones definidas. Estas sirven como elementos de conducción, dispersión y absorción de las fuerzas que se transmiten de los dientes al hueso que se producen durante la masticación. De la intensidad y dirección de esas fuerzas dependen su aparición, su mayor o menor desarrollo y su sentido direccional. En el desarrollo de las corticales, su grosor dependerá de la intensidad de las fuerzas masticatorias que deberán absorber. En los maxilares

superiores las corticales son delgadas y en el maxilar inferior las corticales son extremadamente gruesas. (03)

### **3.2.5.1 Función de preservación**

Cuando ocurren cambios posicionales en los dientes, algunos elementos de este se tornan inactivos, su acción pierde eficacia, se alteran o destruyen los elementos de sostén. Este proceso suele terminar con la pérdida de la pieza dentaria que provoca desequilibrios en el arco dentario correspondiente y en la relación de antagonismo. (10)

Podemos dividir a la zona dentaria en dos grandes áreas. En la primera está específicamente el trabajo masticatorio que es de menor extensión y está ubicada sobre la corona y corresponde a las áreas que pueden considerarse como activas en la relación de oclusión con los antagonistas. La segunda es mucho mayor que la primera y está integrada por el resto de las coronas y sus raíces que ayudan a la estabilización de la pieza dentaria. Una compleja serie de características de la forma dentaria están presentes en esta posición y deben cumplir eficientemente su cometido para que el diente asegure su propio mantenimiento y desempeñe con eficacia sus funciones. (18)

Para que se lleven a cabo normalmente las funciones de las piezas dentarias (eficacia masticatoria, la correcta articulación del sonido y la belleza facial) es necesaria la presencia e integridad de los dientes con sus múltiples y complejas derivaciones para que la dentadura este completa y sana. (18).

### **3.2.6 ARCOS DENTARIOS EN TRANSICIÓN.**

Después de la erupción del primer molar se inicia el periodo de transición que consiste en el reemplazo de la dentición hasta que se completa la

erupción de los incisivos, caninos y premolares. La forma del arco dentario se modifica poco a poco por la pérdida de los dientes temporarios que es seguido de la erupción de los permanentes. (1)

Los factores que modifican los arcos dentarios son los siguientes: La ausencia de oclusión que se debe a la caída de los dientes temporarios, ya sea de una arcada en relación al diente antagonista o de ambas arcadas.

Las zonas de oclusión mixtas se deben a la erupción de un diente permanente y la persistencia de un diente temporario, ya sea el antagonista o algunos de los proximales. (4)

El equilibrio articular es la relación de los dientes entre sí y con respecto a los maxilares que lo soportan los tejidos blandos. La carencia de fuerza antagonista permite que se manifieste su capacidad eruptiva latente y por consiguiente su avance sobre el plano de oclusión normal. La desaparición de un diente ocasiona la movilización de las piezas dentarias remanentes proximales que tienden a acercarse normalmente al proximal que se encuentra adyacente al espacio. Es más notorio el desplazamiento de la pieza vista con respecto a la pieza ausente porque existe la tendencia natural que todos los dientes migran hacia mesial. (5)

La traslación del diente no es paralela a la de su eje longitudinal sino que es a nivel de la corona. Aquí se puede apreciarse el mayor desplazamiento puesto que no existe ningún impedimento. Por otro lado, la porción radicular debe vencer la resistencia ósea produciendo fenómenos de reabsorción en dicha zona. (10)

El arco dentario temporario está ubicado en un lugar que debe desarrollarse para dar cabida a los dientes de reemplazo y posteriormente a los molares permanentes. La primera manifestación de este crecimiento es la aparición de los demás dientes en el arco caduco. El niño exhibe de inmediato molestias por la retención entre los dientes de alimentos fibrosos, el cual hay que monitorear frecuentemente. (3)

La ausencia prematura de dientes temporarios puede traducirse en futuras malposiciones. Por ejemplo, los dientes que erupcionan por mesial del primer molar poseen menor espacio del necesario y comienzan a apiñarse. Los dientes que lo hacen por distal tienen un exceso de espacio y sufren mesialización. Este provoca una inclinación y establecen entre los dientes proximales un incorrecto punto de contacto. (2)

Otro caso, es cuando los dientes temporarios permanecen en la cavidad bucal lo cual puede provocar que el diente erupcione de manera anormal o no permanezca incluido. (10).

### **3.2.7 FECHA DE ERUPCIÓN DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE.**

El primer molar superior comienza su calcificación a las 25 semanas de vida intrauterina, erupciona a los 6 años de edad y termina su proceso de calcificación a los 9 años. (18).

La forma de la cara oclusal es romboidal, es decir, los ángulos agudos corresponden al vestíbulo mesial y vestíbulo palatino. Esta cara es ligeramente mayor de diámetro que una de las caras libres: la mesiodistal. El lado vestibular corresponde al perfil que tiene el diente. Esta es mayor en longitud que el tercio mesial y está orientada oblicuamente hacia distal. (12)

El lado palatino que es convexo y convergente con vestibular muestra también dos cúspides. Los lados proximales son convexos y están orientados desde vestibular y mesial hacia palatino y distal. Distal tiene una dirección que puede ser paralela o divergente con respecto a mesial de donde resulta que el diámetro mesiodistal medio en palatino es igual o menor que en vestibular. (18).

Ocasionalmente, puede encontrarse un tubérculo localizado en la unión de las caras palatinas y mesial. Este tubérculo de Carabelli presente en



el 58% de los casos está delimitado por un surco de ligera claridad. Este posee una calidad superior que va de una a otra cara lateral y alcanza distintos grados de desarrollo. (10).

La cara vestibular tiene forma de trapecio escaleno. Su base mayor e inferior se ve con un aspecto de una W de diagramas. Estas son muy abiertas y desiguales en el borde libre de las dos vías vestibulares que están separadas por el paso del surco oclusal. La porción mesial es más amplia y alcanza mayor altura. (18)

El lado mesial proximal es muy oblicuo y posee mayor altura en relación al distal. En razón al distinto tamaño, la cúspide y el lado cervical es ligeramente curvo, lo cual provoca una discrepancia con vestibular. El primer molar inferior comienza su calcificación a las 25 semanas de vida intrauterina, erupcionan a los 6 años de edad y termina su proceso de calcificación a los 9 años de edad. (10)

En todos los molares inferiores el mayor diámetro coronario es del mesiodistal a diferencia de los molares superiores. Para poder cumplir la función de oclusión existe una compensación por parte de los molares para que ambos arcos tengan la misma longitud, por esto la diferencia de tamaños entre ellos. (19)

La cara oclusal del primer molar tiene forma de trapecio escaleno. El lado vestibular es el más largo y posee forma oblicua que se inclina hacia distal mostrando su mayor providencia a nivel del tercio mesial. Este converge con lingual hacia distal mostrando las convexidades que corresponden a las tres cúspides vestibulares. (18)

Por otro lado, el lado lingual está orientado hacia atrás y paralelo al eje de la cara. Este presenta la convexidad que corresponde a las dos cúspides linguales. Tanto el lado vestibular como el mesial son convexos, sin embargo el mesial muestra una orientación casi perpendicular al eje mayor de la cara distal. Este es oblicuo hacia lingual destacándose así la diferencia de diámetros en las caras libres. (18)

La superficie levemente se desplazará hacia mesial con respecto al centro de la cara. La fosa principal, la fosa mesial, se ubica entre las

caras libres y de ella parte un surco con dirección disto lingual que termina en una nueva fosa principal, la fosa lingual. Existe un nuevo surco de dirección vestibulo lingual que termina en una tercera fosa principal denominada fosa distal. Estas tres están agrupadas y vinculadas por dos surcos que forman una V en el vértice donde se encuentra la fosa lingual. (19)

De la fosa principal mesial parten dos surcos. El primero con dirección ligeramente oblicua hacia lingual mesial que llega hasta una fosita ubicada en las proximidades de esta cara. Aquí se encuentra la fosita secundaria mesial en la que se originan otros dos surcos secundarios que delimitan el reborde marginal mesial. El segundo surco tiene una leve inclinación hacia mesial y se dirige a la cara vestibular hasta que pierde profundidad. (10).

Idéntico a la disposición presente en la fosa principal distal, el surco vestibular es muy inclinado. Este forma con el distal un ángulo recto dentro del cual queda la cúspide disto vestibular que es la más pequeña del diente y que termina de la misma forma que el mesial. Todo lo descrito sirve para poder establecer el reconocimiento de lado del surco distal. (18)

La cúspide central se forma entre los dos surcos vestibulares ya descritos y los surcos que tienen forma en V que unen las fositas centrales. Las tres cúspides son redondeadas. Las linguales son las más agudas en cuanto a la distribución del diámetro, el mesio distal y la mesial ocupa casi la mitad del mismo y la central posee un diámetro que es el doble del distal. (10)

De la fosa principal lingual parte un surco que se dirige directamente hacia esa cara separando dos cúspides que son la mesial y distal. El tamaño de la cúspide mesial es mayor a la distal esta depende de la delimitación que de los surcos. Los dos surcos vestibulares delimitan las cúspides, tal como el surco lingual lo hacen las dos cúspides correspondientes. (18)

La cara vestibular tiene forma de trapecio escaleno. El lado cervical es la base menor que está dispuesta en la misma forma que en la cara homóloga de los superiores. Mientras que los lados proximales distales son totalmente convexos. El lado mesial es cóncavo en cervical y convexo en oclusal. El lado oclusal se ve en las dos escotaduras que corresponden al paso de los surcos oclusales. Estos delimitan las tres cúspide vestibulares en las que la altura y el diámetro transversal decrecen de mesial y distal. (18).

En la superficie en términos generales es convexa en ambos sentidos y muestra la continuación de surcos oclusales tal como en el molar superior ambos surco son verticales el mesial más prolongado alcanza la mitad de la altura coronaria terminando generalmente en una cosita el surco vista al más corto llega solo hasta el tercio oclusal pero nunca termina en fosa. (19)

La cara lingual es más pequeña que la precedente por consecuencia de la disminución del diámetro mesio distal que tiene menor convexidad. Ésta última está orientada en un plano más cercano al vertical. La escotadura que separa a las dos cúspides más cercanas del distal señalan el paso del surco oclusal lingual que continua por esta cara con menor longitud y profundidad que los vestibulares. Las caras proximales son romboidales como la cara lingual y se orientan en la misma dirección que la vestibular, aunque con menor oblicuidad. El lado cervical es escasamente curvo y tiene formar convexa hacia oclusal. (19)

El lado oclusal corresponde a las vertientes armadas de las cúspides vestibulares linguales unidas por el reborde marginal. Aquí se observa que la cúspide lingual es más alta que la vestibular. Los lados vestibular y lingual son convergentes hacia oclusal. A veces pueden tener oblicuidad porque la inclinación de lingual tiene el mismo sentido que la de vestibular es menos intensa. (18).

### 3.2.8 ARCOS DENTARIOS

Alineados en los procesos alveolares los dientes están en contactos por sus caras proximales siguiendo la curva de concavidad posterior. Esta establece la relación entre la cara distal de una pieza mesial. Los incisivos centrales tienen contacto

De este modo podemos decir que el arco dentario se compone de elementos que deben estar armónicamente integrados a pesar de sus diversas características anatómicas para brindar al conjunto la superficie de normalidad para permitir un correcto funcionamiento. (1)

Cada pieza del arco dentario está capacitada para ejercer y aceptar las presiones que se causan al momento de masticar, sin que cause lesiones en los tejidos de soporte. Cada diente debe mantener su equilibrio biomecánico y para ello es fundamental que actúen normalmente sus respectivos proximales y antagonistas. (18)

Las características fundamentales de los arcos dentarios humanos son:

La altura de las coronas de todos los dientes debe ser proporcional a sus proximales. El nivel debe ser homogéneo en la posición de los bordes incisales y caras oclusales. Esta característica es más notoria en los arcos temporarios que los permanentes por cuánto que ellos carecen de curvatura de compensación. La continuidad del arco carece de diastemas congénitos aceptando que el arco temporario adecuado ofrece diastemas adquiridos por el crecimiento del maxilar. (02).

### **3.2.8.1 Diferencias entre molares superiores e inferiores**

Una de las diferencias entre los molares superiores e inferiores es el tamaño levemente mayor en los molares superiores, sobre todo por la mayor amplitud de la porción radicular. Otra diferencia es la posición de los surcos y fosas, ya que los elementos arquitectónicos de los inferiores son más regulares en la cara oclusal que en los superiores. (10).

La altura de las cúspides en los molares inferiores corresponde a las porciones coronarias. La cúspide mesial es más alta que las distales y las linguales. Con respecto a las vestibulares en los superiores hay una coincidencia parcial, puesto que las iniciales son mayores que las distales. (18)

### **3.2.9 OCLUSIÓN**

La oclusión en el paciente depende de los movimientos mandibulares y de la lateralidad de propulsión. Existen tantas opciones como posiciones entre los dos arcos comprendidos. Una de ellas es la oclusión central que se caracteriza por presentar la mayor cantidad de puntos de contacto posible entre ambos arcos antagonistas. En este caso las condiciones generales de la oclusión pueden repetirse voluntariamente puesto que las prominencias y cualidades de la superficie oclusal superior ofrece una serie de reparos con los que ha de coincidir con su antagonista. (4)

La oclusión puede modificarse por el tamaño, forma e implantación de los dientes que alteran la superficie de los arcos dentarios. Esto ocurre por la ausencia de los dientes y el constante desplazamiento de los remanentes proximales y la mayoría de veces hasta el desplazamiento del antagonista, causando ruptura del equilibrio que mantienen los dientes en posición en el arco dentario. (4).

### **3.2.9.1 Curva de Spee**

La Curva de Spee es la línea resultante de la unión entre vértice del borde incisal del canino y las cúspides vestibulares de los premolares y molares. Esta es una curva de concavidad dirigida hacia arriba y adentro que pasa por las cúspides palatinas o por los elementos homólogos del maxilar inferior. Esta se armoniza coincidiendo con la vertiente anterior del cóndilo del maxilar inferior. (19)

Cabe destacar que Spee estudió la curva solamente del arco dentario inferior. Su descripción que aparece en el diccionario de afirma: "Es la línea principal en la cúspide del canino inferior y que sigue la cúspide de los bicúspides y molares continuando en el borde anterior de la cabeza del cóndilo". (4)

Esta curva se da por la necesidad de compensar superficies oclusales heterogéneas siendo la trayectoria condílea, molar e incisiva. En la articulación temporomandibular la mandíbula debe efectuar previamente un ligero descenso imprescindible para salvar el desbordamiento vertical de los dientes anteriores superiores. (4)

En el niño la morfología de la articulación temporomandibular es tal, que la cavidad glenoidea está poco marcada y el cóndilo del temporal tiene escaso relieve. Estos hacen que no exista prácticamente trayectoria condílea y que el entrecruzamiento incisivo sea menor que en los dientes permanentes. Con respecto al el arco dentario, este carece de curvatura de compensación porque no hay nada que compensar. (19)

### **3.2.9.2 Llaves de la oclusión**

La relación molar consiste en la superficie de la cresta marginal del primer molar superior permanente, que se contacta con la superficie mesial de la cresta marginal del segundo molar. La cúspide mesio vestibular del primer molar superior permanente ocluye con el surco

ubicado entre la cúspide mesial y media del primer molar inferior permanente. Por otro lado, la cúspide mesio palatina del primer molar superior permanente ocluye en la fosa central del primer molar inferior permanente. (04)

En la angulación de la corona los dientes ocluyen normalmente y la porción gingival del eje longitudinal de cada corona es distal a la porción oclusal del mismo. El grado de inclinación varía según el diente, porque de no seguirse esta inclinación se produce: diastemas e inestabilidad oclusal.

La inclinación de la corona permite que se forme de manera perfecta el sistema de engranamiento en ambos arcos, si y solo sí, se aplica esta regla para todos los dientes de ambas arcadas. Si estos dientes rotan más de lo normal el molar o el premolar ocupan más del espacio que deberían. En ambos casos se produce una modificación de las superficies de contacto de las arcadas lo que ocasiona desajustes oclusales. (10)

Los contactos proximales precisos ocurren en ausencia de puntos de contacto o por puntos de contacto defectuosos y producen una alteración en la longitud del arco y del ajuste oclusal. La Curva de Spee debe ser levemente cóncava o plana y no necesariamente iguales en ambos hemiarcos. Para que su profundidad sea normal no debe exceder los 1,5mm. (4)

### **3.2.10 PROBLEMAS DE LA ERUPCIÓN**

#### **3.2.10.1 Causas del adelanto de la erupción**

Entre las posibles causas del adelanto de la erupción del primer molar se da por el sexo del paciente, ya que se considera normal este adelanto en el género femenino. Otra causa es el clima porque es más

frecuente observar una aceleración del proceso en los individuos criados en zonas tropicales. (19)

La pérdida prematura de los dientes temporarios por causas externas a las fisiológicas ocasiona una aceleración del proceso de erupción de la dentición permanente en el paciente. En el primer molar no se da este caso porque el primer molar erupciona por fuera de la zona de oclusión en ese momento, pero si se puede ver influenciado por esto mismo. (10)

La alteración en la erupción dental, se presenta cuando la emergencia del diente en la cavidad oral ocurre en un tiempo que se desvía significativamente de las normas establecidas para las diferentes razas, grupos étnicos y géneros (1).

### **3.3.10.2 Causas de retardo de la erupción.**

Una de las causas de retardo en el proceso de erupción del diente es la demora de los dientes temporales en el proceso de exfoliación. Asimismo, los tejidos dentarios residuales causados por una fractura en la raíz dentaria detienen el proceso de erupción del diente permanente. Los dientes temporales retenidos o sumergidos se dan por traumatismos que causa la parálisis del proceso de erupción. A su vez, el crecimiento vertical sigue su curso normal dando como resultado un desnivel en los dientes vecinos puesto que estos continúan su proceso eruptivo normal. (02)

La fibrosis es la condensación de la mucosa gingival que se da por la ausencia prolongada de un diente en cierta parte del maxilar. Este obstaculiza la erupción del diente permanente que se dará solo con la intervención de un especialista. (03).

La erupción ectópica (EE) del primer molar permanente en el maxilar superior se caracteriza por una erupción mesial con respecto al patrón normal de salida, quedando atrapado o no en la porción distal del segundo temporal a nivel radicular o coronal, estableciéndose una discrepancia posterior. Las alteraciones en la erupción de los molares



permanentes se han relacionados con múltiples factores etiológicos, entre ellos, la falta de espacio, las características anatómicas de los dientes, la inclinación del eje axial del diente, el estadio de desarrollo radicular y la profundidad del diente en el alveolo.

### **3.3.10.3 consecuencias de la pérdida prematura del primer molar permanente**

#### **1. Disminución de la función local.**

La ausencia del primer molar inferior permanente trae como consecuencia la disminución de hasta el 50% en la eficacia de la masticación, ya que hay un desequilibrio de la función masticatoria, en donde el bolo alimenticio se desplaza hacia el lado de la boca que no está afectado, acompañada de inflamación gingival y periodontopatías.(5)

#### **2. Erupción continuada de los dientes antagonistas.**

Los primeros molares permanentes inferiores tienen mayor susceptibilidad al deterioro presentando por tal motivo un mayor índice de pérdida. En consecuencia a la ausencia de uno de estos molares, su antagonista va erupcionando con mayor velocidad que los dientes adyacentes y a medida que continua su erupción queda extruído.(5)

#### **3. Desviación de los diente**

Con la pérdida del primer molar permanente se desarrollará una oclusión traumática como resultado de la rotación y desviación de algunos dientes de la zona; ya que todos los dientes que se encuentran anteriores al espacio, pueden presentar movimientos, inclusive los incisivos laterales y centrales del mismo lado que se produjo la ausencia. Los dientes que se mueven con mayor frecuencia son los

premolares, los que pueden presentar desviación distal de mayor intensidad. Los premolares superiores tienen tendencia a moverse distal, ambos al mismo tiempo, y el movimiento de los inferiores es por separado.

### 3.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.

**3.3.1 Folículo dental:** Es un conjunto de procesos complejos que permiten el desarrollo y erupción de los dientes debido a la modificación histológica y funcional de células. (19)

**3.3.2 Ectodermo:** El ectodermo es la primera hoja blastodérmica del embrión. Se forma enseguida en el desarrollo embrionario, durante la fase de blástula. De él surgirán el endodermo y el mesodermo durante la gastrulación. (19)

**3.3.3 Mesodermo:** El mesodermo es una de las tres hojas embrionarias que constituyen el embrión. Su formación puede realizarse a partir de un blastocisto en el proceso denominado gastrulación. (19).

**3.3.4 Oclusión:** El término oclusión dental se refiere a las relaciones de contacto de los dientes en función y para función. (04)

**3.3.5 Mal oclusión:** Las maloclusiones pueden ser causa de un número de problemas, no solo en los dientes sino en el periodonto, la articulación temporomandibular (ATM), coronas que pueden fracturarse. Recesiones gingivales y abfracciones pueden ser exacerbadas por una mala mordida. (14)

**3.3.6 Cronología de la erupción:** Clásicamente se considera que los primeros molares son las primeras piezas permanentes en hacer erupción a la edad de 6 años (de ahí la denominación de molares de los 6 años) y marcan el comienzo del recambio dentario que, por su

agrupación cronológica, puede considerarse dividido en tres períodos.  
(16)

**3.3.7 Perdida dental:** La pérdida de piezas dentales puede ocurrir por diversas razones: ausencia congénita, traumatismo, enfermedad

**3.3.8 Dientes:** El diente, los arcos dentarios y los tejidos periodontales constituyen el objeto de mayor maniobra que realiza el odontólogo. Se justifica así la importancia del conocimiento del diente y de sus tejidos de sostén, aisladamente y en relación con sus elementos vecinos. (14)

**3.3.9 Erupción dental:** Llamamos erupción dentaria, no solo a la aparición de los dientes en la cavidad bucal, sino a la serie de fenómenos que posibilitan que el diente, en el interior del hueso, sin terminar su formación, realice movimientos axiales y migre hacia su lugar en el arco dentario. (16)

**3.3.10 Primeros molares permanentes:** Este primer molar es el primero en erupcionar, siendo ésta la piedra angular de la oclusión. El primer signo de calcificación de este diente puede producirse incluso antes del nacimiento. El esmalte completo tardará de tres a cuatro años en completarse; brotará alrededor de los seis años, pero la raíz completa no estará formada hasta los nueve o diez años. (10).

### **CAPITULO III**

#### **PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

Los resultados de esta investigación realizada mediante la revisión de 145 historias clínicas de los pacientes niños de 5 a 7 años de edad atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho - 2015. Con el resultado de esta investigación se logra aclarar el patrón de la erupción dental de las primeras molares permanentes en nuestro medio.

Conociendo la cronología de erupción de los primeros molares permanentes por edad, por sexo, por inter-arcada (derecha e izquierda) e intra-arcada (superior e inferior), de los pacientes niños de 5 a 7 años de edad atendidos en la Clínica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho - 2015.

Estos resultados se presentan mediante cuadros y gráficos estadísticos.

### CUADRO N° 1

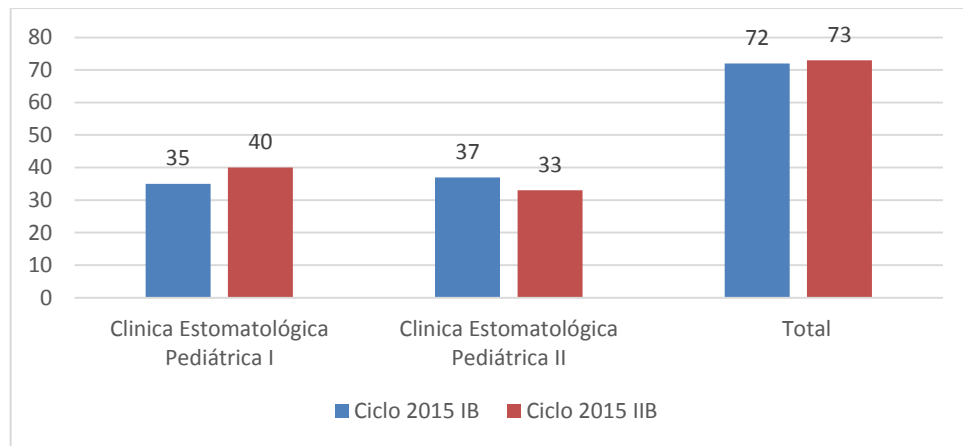
Frecuencia de distribución de historias clínicas de pacientes niños de 5 a 7 años, por ciclos, atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho - 2015.

	Clínica Estomatológica Pediátrica I	Clínica Estomatológica Pediátrica II	Total	F(%)
<b>Ciclo 2015 IB</b>	35	37	72	49.66%
<b>Ciclo 2015 IIB</b>	40	33	73	50.34%
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>70</b>	<b>145</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Análisis de datos de la ficha de investigación.

### GRÁFICO N° 1

Frecuencia de distribución de historias clínicas de pacientes niños de 5 a 7 años, por ciclos atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho - 2015.



En el **Cuadro N° 1 y Gráfico N° 1**. Se presentan los resultados sobre distribución de historias clínicas de los pacientes niños de 5 a 7 años, por ciclos atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II, donde se tomó como población muestral en forma proporcional aleatoriamente teniendo en total 145 historias clínicas, distribuidas por ciclos: Ciclo 2015 IB, 72 historias clínicas (49.7%) y del Ciclo 2015 IIB, 73 historias clínicas (50.3%), de la Clínica Estomatología Pediátrica I, 75 historias clínicas (51.72%) y de la Clínica Estomatología Pediátrica II, 70 historias clínicas (48.28%)

## CUADRO N° 2

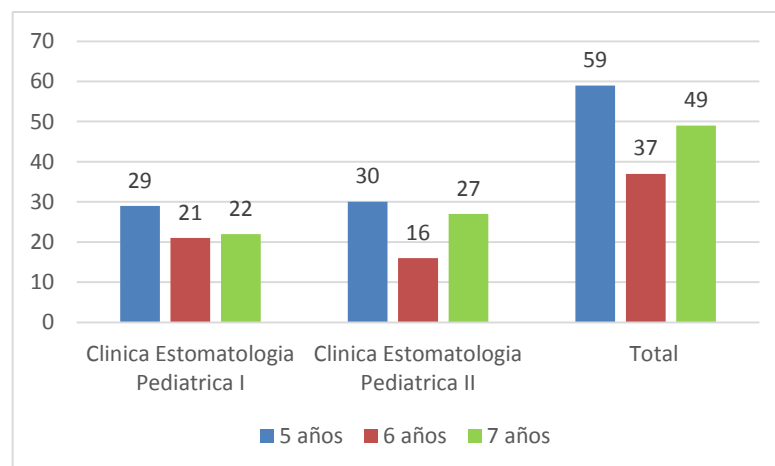
Frecuencia de distribución de pacientes niños de 5 a 7 años por edad atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho - 2015.

	Clínica Estomatológica Pediátrica I	Clínica Estomatológica Pediátrica II	Total	F (%)	FA (%)
<b>5 años</b>	30	29	59	40.68%	40.68%
<b>6 años</b>	22	15	37	25.53%	66.21%
<b>7 años</b>	23	26	49	33.79%	100%
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>70</b>	<b>145</b>	<b>100%</b>	

FUENTE: Análisis de datos de la ficha de investigación.

## GRÁFICO N° 2

Frecuencia de distribución de pacientes niños de 5 a 7 años, por edad atendidos en la Clínica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho 2015.



En el **Cuadro N° 2** y **Gráfico N° 2**. Se presentan los resultados sobre distribución de pacientes niños de 5, 6 y 7 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II, encontrándose que asistieron más cantidad de 5 años con 59 niños (40.68%), luego de 7 años con 49 niños (33.79%) y de 6 años con 37 niños (25.53) del total de niños que asistieron a ambas Clínicas Estomatológicas Pediátricas.

### CUADRO N° 3

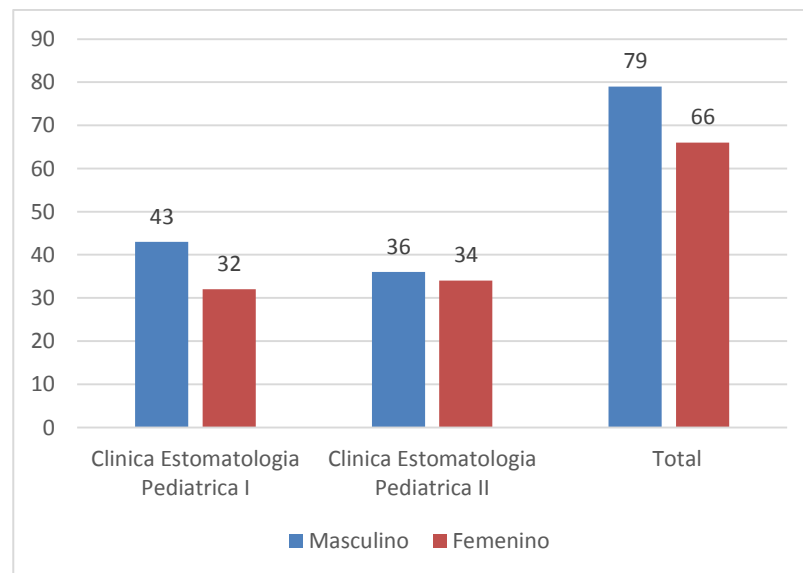
Frecuencia de distribución de pacientes niños de 5 a 7 años, por sexo atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II, de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho - 2015.

	Clínica Estomatología Pediátrica I	Clínica Estomatología Pediátrica II	Total	F (%)
<b>Masculino</b>	43	36	79	54.48%
<b>Femenino</b>	32	34	66	45.52%
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>70</b>	<b>145</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Análisis de datos de la ficha de investigación.

### GRÁFICO N° 3

Frecuencia de distribución de pacientes niños de 5 a 7 años atendidos por sexo en la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho - 2015.



En el **Cuadro N° 3** y **Gráfico N° 3**. Se presentan los resultados sobre distribución de pacientes niños de 5 a 7 años por sexo, atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II, donde se encuentra, los que más acudieron a las clínicas estomatológicas pediátricas son del sexo masculino con 79 niños (54.48%) y de sexo femenino 66 niñas (45.52%).

### CUADRO N° 4

Frecuencia de cronología de erupción de los primeros molares permanentes por edad, en los pacientes pediátricos de 5 a 7 años de edad atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho - 2015.

Pc. niños 145

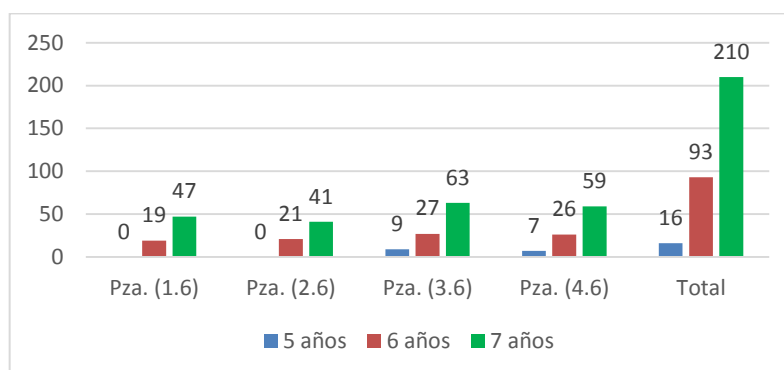
N° de Pzas. 580

	Primera molar permanente superior derecho (1.6)	Primera molar permanente superior izquierdo (2.6)	Primera molar permanente inferior izquierdo (3.6)	Primera molar permanente inferior derecho (4.6)	Total	F(%)
5 años	0	0	9	7	16	5.02%
6 años	19	21	27	26	93	29.15%
7 años	47	41	63	59	210	65.83%
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>62</b>	<b>99</b>	<b>92</b>	<b>319</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Análisis de datos de la ficha de investigación.

#### GRÁFICO N° 4

Frecuencia de cronología de erupción de los primeros molares permanentes por edad, en los pacientes pediátricos de 5 a 7 años de edad atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho - 2015.



En el **Cuadro N° 4 y Gráfico N° 4**. Se presentan los resultados de la frecuencia de la cronología de erupción de los primeros molares permanentes por edad, Previamente se explica que de 145 pacientes deberían erupcionar 580 molares de los cuales erupcionaron 319 molares, existiendo sin erupcionar 261 molares que están en los niños de 5 años y las pzas 1.6 y 2.6 todas sin erupcionar y algunas de las pzas 3,6 y 4.6 como también a los 6 años. Encontrándose de las molares erupcionados, a los 7 años 210 (65.83%) primeras molares erupcionados con presencia de las cuatro molares, a los 6 años 93 (29.15%) primeras molares erupcionados también con presencia de las cuatro molares y a los 5 años solo 16 (5.02%) molares superiores erupcionadas y las molares inferiores sin erupcionar.

#### CUADRO N° 5



Frecuencia de cronología de erupción de los primeros molares permanentes por sexo, en los pacientes pediátricos de 5 a 7 años atendidos en la Clínica Estomatología Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho - 2015.

Pc. niños 145

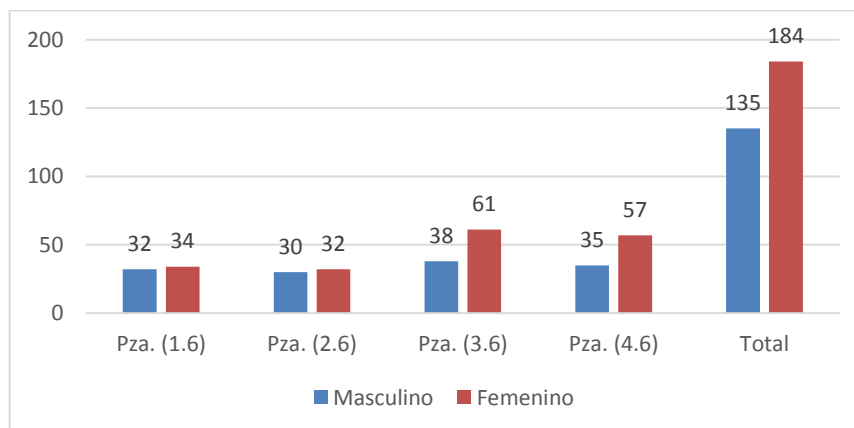
N° de Pzas. 580

	Primera molar permanente superior derecho (1.6)	Primera molar permanente superior izquierdo (2.6)	Primera molar permanente inferior izquierdo (3.6)	Primera molar permanente inferior derecho (4.6)	Total	F (%)
Masculino	32	30	38	35	135	42.32%
Femenino	34	32	61	57	184	57.68%
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>62</b>	<b>99</b>	<b>92</b>	<b>319</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Análisis de datos de la ficha de investigación.

### GRÁFICO N° 5

Frecuencia de cronología de erupción de los primeros molares permanentes por sexo, en los pacientes pediátricos de 5 a 7 años atendidos en la Clínica Estomatología Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho - 2015.



En el **Cuadro N° 5 y Gráfico N° 5**. Se presentan los resultados de la frecuencia de cronología de erupción de los primeros molares permanentes por sexo, encontrándose, que en el sexo femenino 184 (57.68%) primeras molares erupcionaron con presencia de las cuatro molares pero con mayor número de erupción de las molares inferiores, y en el sexo masculino 135 (42.32%) primeras molares erupcionados también con presencia de las cuatro molares pero existiendo las pzas. 1.6, 2.6 y 4.6 con poca erupción.

### CUADRO N° 6

Frecuencia de cronología de erupción de los primeros molares permanentes por inter-arcada, en los pacientes pediátricos de 5 a 7 años de edad atendidos en la Clínica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho - 2015.

Pc. niños 145

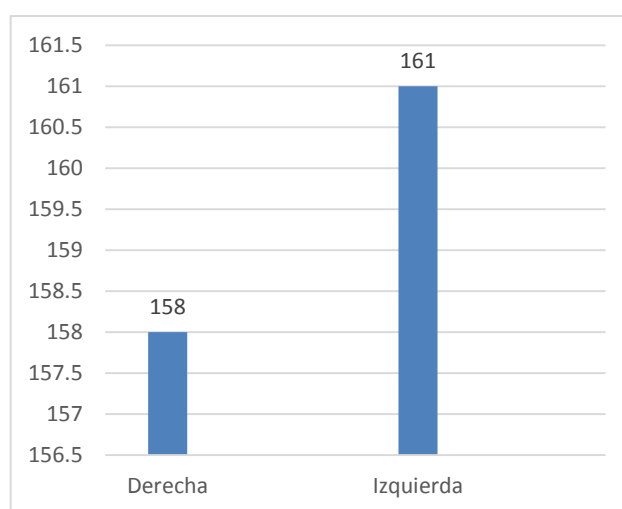
N° de Pzas. 580

		5 años		6 años		7 años		Total		Erupc	Erup	
		M	F	M	F	M	F	M	F	Total	Interarcada	
Derecha	Pza.1.6	0	0	9	10	23	24	32	36	66	158	49.53%
	Pza.4.6	1	6	10	16	24	35	35	57	92		
Izquierda	Pza.2.6	0	0	10	11	20	21	30	32	62	161	50.47%
	Pza.3.6	1	8	10	17	27	36	38	61	99		
<b>Total</b>		<b>2</b>	<b>14</b>	<b>39</b>	<b>54</b>	<b>60</b>	<b>116</b>	<b>135</b>	<b>184</b>	<b>319</b>	<b>319</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Análisis de datos de la ficha de investigación.

### GRÁFICO N° 6

Frecuencia de cronología de erupción de los primeros molares permanentes por inter-arcada, en los pacientes pediátricos de 5 a 7 años de edad atendidos en la Clínica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho - 2015.



En el **Cuadro N° 6 y Gráfico N° 6**. Se presentan los resultados de la frecuencia de cronología de erupción de los primeros molares permanentes por inter-arcada, encontrándose, que en el lado izquierdo erupcionan más con 161 (50.47%) primeras molares erupcionados, siendo más la primera molar permanente inferior izquierdo (3.6) con 99 erupciones (31.03%). de todas las molares erupcionados.

### CUADRO N° 7

Frecuencia de cronología de erupción de los primeros molares permanentes por intra-arcada, en los pacientes pediátricos de 5 a 7 años de edad atendidos en la Clínica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho - 2015.

Pc. niños 145

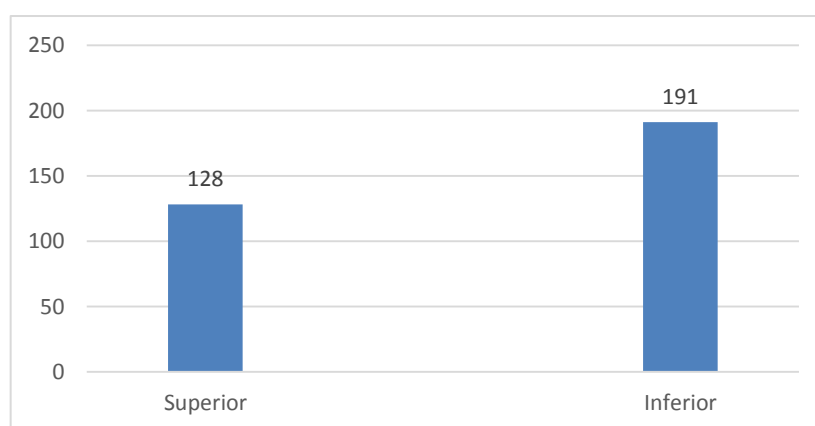
N° de Pzas. 580

		5 años		6 años		7 años		Total		Erupc	Erup	
		M	F	M	F	M	F	M	F	Total	Interarcada	
Superior	Pza.1.6	0	0	9	10	23	24	32	36	66	128	40.13%
	Pza.2.6	0	0	10	11	20	21	30	32	62		
Inferior	Pza.3.6	1	8	10	17	27	36	38	61	99	191	59.87%
	Pza.4.6	1	6	10	16	24	35	35	57	92		
<b>Total</b>		<b>2</b>	<b>14</b>	<b>39</b>	<b>54</b>	<b>60</b>	<b>116</b>	<b>135</b>	<b>184</b>	<b>319</b>	<b>319</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Análisis de datos de la ficha de investigación.

### GRÁFICO N° 7

Frecuencia de cronología de erupción de los primeros molares permanentes por intra-arcada, en los pacientes pediátricos de 5 a 7 años de edad atendidos en la Clínica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho - 2015.



En el **Cuadro N° 7 y Gráfico N° 7**. Se presentan los resultados de la frecuencia de la cronología de erupción de los primeros molares permanentes por intra-arcada, encontrándose, que en el maxilar inferior erupcionan más con 191 (59.87%) primeras molares erupcionados, siendo más la primera molar permanente inferior izquierdo (3.6) en erupcionar con 99 erupciones (31.03%), seguido de la primera molar permanente inferior derecho (4.6) con 92 erupciones (28.84%) de todas las molares erupcionados.

## DISCUSIÓN

El presente trabajo de investigación se realizó la evaluación de 145 historias clínicas, tomando énfasis en el estudio del Odontograma de cada historia clínica, para determinar la cronología de erupción de los primeros molares permanentes en los pacientes pediátricos de 5 a 7 años de edad atendidos en la Clínica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho - 2015, en relación a estudios diferencia que realizaron mediante el examen clínico en pacientes, pero con menor cantidad muestra así como el estudio que se realizó: Razylo-Kalinoswka con 45 niños y Nystrom y cols. Con 47 niños.

En niños de 5 a 7 años de edad, que asistieron a la atención en la Clínica Estomatológica Pediatría I y II deberían erupcionar 580 molares de los cuales erupcionaron 319 molares (55%), existiendo sin erupcionar 261 molares (45%) que están en los 5 años de edad y son las primeras molares permanentes superiores generalmente. Coincidiendo con los trabajos de: Mora P. Luis y Paulino Vera, Susana y cols, que las primeras molares inferiores erupcionan antes de los 6 años; Alexis y cols. Que las primeras molares superiores erupcionan antes de los 8 años.

Se encontró los que más acudieron a las Clínicas Estomatológicas Pediátricas son de sexo masculino con 79 (54.48%) y de sexo femenino 66 (45.52%) niños. Sin embargo se encontró, que en el sexo femenino hacen mayor erupción con 184 (57.68%) primeras molares erupcionados con presencia de las cuatro molares permanentes en su gran mayoría y en el sexo masculino 135 (42.32%)

primeras molares erupcionados también con presencia generalmente de las molares inferiores permanentes. coincide con los trabajos de: Pérez-Flores y cols; Nystrom y cols; que la mayor erupción de las molares permanentes se da en el sexo femenino y Mota P. Luis y Paulino Vera, Susan y cols, que la mayor erupción de molares permanentes se da antes de los 6 años en niñas.

La cronología de erupción de los primeros molares permanentes por inter-arcada derecha e izquierda, se encontró, que en el lado izquierdo hay mayor erupción con 161 molares erupcionadas (50.47%), siendo más la primera molar permanente inferior izquierdo (pza. 3.6) con 99 erupciones (31.03%). Coincidiendo con Alexis y cols. Que las primeras molares inferiores izquierda en (83.1%) y las primeras molares inferiores derecha (80%) erupcionan antes que las otras molares permanentes.

La cronología de erupción de los primeros molares permanentes por intra-arcada superior e inferior, se encontró, que en el maxilar inferior existe mayor erupción 191 (59.87%) primeras molares erupcionados, siendo más la primera molar permanente inferior izquierdo (pza.3.6) con 99 erupciones (31.03%), seguido de la primera molar permanente inferior derecho (pza. 4.6). Coincidiendo con Alexis y cols. Que las primeras molares superiores derecha e izquierda (70.8%) erupcionan después de los 6 años de edad.

## CONCLUSIONES

Se evaluó 145 historias clínicas para determinar la cronología de erupción de los primeros molares permanentes en los pacientes pediátricos de 5 a 7 años de edad atendidos en la Clínica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho -2015.

La cronología de erupción de los primeros molares permanentes por edad, se encontró a los que asistieron a ambas clínicas son de 5 años de edad con 59 (40.68%) niños, seguido de 7 años de edad con 49 (33.79%) niños.

La cronología de erupción de los primeros molares permanentes por sexo, se encontró los que más acudieron a las clínicas estomatológicas pediátricas son de sexo masculino con 79 (54.48%) niños y de sexo femenino 66 (45.52%) niños.

De los 145 de niños de 5 a 7 años de edad, deberían erupcionar 580 molares de los cuales erupcionaron 319 molares (55%), existiendo sin erupcionar 261 molares (45%) que están generalmente en los 5 años de edad y las piezas dentarias son la 1.6 y 2.6.

En la cronología de erupción de los primeros molares permanentes por interarcada derecha e izquierda, se encontró, que en el lado izquierdo existe mayor erupción con 161 (50.47%) primeras molares erupcionados, siendo más la primera molar permanente inferior izquierdo (pza. 3.6) con 99 erupciones (31.03%).

En la cronología de erupción de los primeros molares permanentes por intra-arcada superior e inferior, se encontró, que en el maxilar inferior existe mayor erupción con 191 (59.87%) primeras molares erupcionados, siendo más la primera molar permanente inferior izquierdo (pza.3.6) con 99 erupciones (31.03%), seguido de la primera molar permanente inferior derecho (pza. 4.6) con 92 (28.84%).

## RECOMENDACIONES

Se recomienda realizar un estudio de tipo longitudinal, con mayor número de muestra, realizando examen clínico con apoyo al diagnóstico incluido las radiografías panorámicas y determinar la cronología de erupción con estadios Nolla.

Mejorar la labor preventiva promocional aplicando, todas las actividades preventivas requeridas de la educación sanitaria de salud bucal, como la buena técnica del cepillado dental, empleo de hilo o seda dental, colutorios bucales y aplicación de fluoruros en sus diferentes presentaciones y concentraciones, para el cuidado de las primeras molares permanentes en los pacientes pediátricos que acuden a la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho.

Dar a conocer los resultados sobre el estado de la dentición y explicar detalladamente sobre la erupción dentaría, en su cuidado de las primeras molares permanentes y su importancia en el sistema estomatognático a los padres de familia o personas que conducen a los niños a una atención odontológica de las Clínicas Estomatológicas Pediátricas de nuestra universidad.

Analizar, validar y protocolizar en la atención de los niños y poner en práctica en la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Barberia** Leache, E. J. R. (2004). Odontopediatria. Cataluña, editorial MASSON .S.A. Barcelona Madrid. Pg. 01,53,60
2. **Boj** Juan R. (2010) Odontopediatria. La Evolución del niño al adulto joven. España, Barcelona. Editorial Madrid Ripano, Octava Edición - 2012, pg. 61
3. **Castillo** Mercado, Ramón G. P. (2010). Estomatología Pediátrica. Barcelona, España. Editorial Madrid panamericana. Buenos aires Argentina 2010-pg,21-88
4. **Chávez**, B. S. (2011). Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca Manual de oclusión I quinto semestre, México.Pg.42-44
5. **Escobar** Rojas, C. M. (2010). Odontología Pediátrica la salud bucal del niño adolescente en el mundo actual. Barcelona, España. Edición Madrid panamericana, pg. 78-79
6. **Faini**, D. E. (1988). Indicadores de maduración esquelética. Edad ósea, dental y morfológica. Rev. Cubana Ortod.Pg25



7. **García, G. F.** (2011). Cronología de la odontogénesis de los dientes temporales y permanentes. Madrid. Tesis doctoral de la Universidad Complétense de Madrid.Pg67
8. **Hernández Sampieri, Roberto C. F.** (2010). Metodología de la investigación. México. Editorial MC Grew Hill- Educación 2010 pg.172-170
9. **Maracaibo, M. d.** (2008). Cronología y secuencia de erupción de dientes permanentes escolares Wayuu. Parroquia, Idelfonso Vasquez,Volumen 44 N°1-2006 Acta Odontológica Venezolana- 155 n°001-6365
10. **Marino, M. E.** (2012). Anatomía y morfología dental aplicada a la clínica. Buenos Aires, Argentina.
11. **Moreno Barrial, Yamile D. J.** (1998). Retardo en el brote dentario en el niño de bajo peso. Rev. Cubana Ortod.
12. **Muñoz, F. E.** (2004). Odontología Pediátrica. Madrid, España. Editorial ELSAVER, 3ra Edición pg.341-350
13. **Obregón, T. C.** (2013). Orden y cronología de brote en dentición permanente. Rev. Ciencias Médicas.
14. **Pérez Díaz, Juan Carlos Y. B.** (2013). Nivel de información sobre la importancia de la erupción dentaria en dentición temporal y permanente. Editorial medica del centro / vol. 7 n°4-2013
15. **Pérez, D. C.** (2012). Maduración ósea en pacientes con mal oclusión clase II división 1 de Angle a partir del desarrollo dental. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos.

16. **San Miguel** Pentón, Armando O. L. (2011). Cronología de emergencia de la dentición permanente en niños del municipio de Santa Clara: Parte I. Rev. Cubana Estomatol vol.48 no.3 Ciudad de La Habana.
17. **Serafín**, D. M. (2011). Cronología y variabilidad de la erupción dentaria. mediciego.
18. **Vila**, R. E. (1984). Anatomía dental. México. Editorial Publicación Fomentando Editorial, 2da Edición. ISSN-1984 Pg. 10-15
19. Wheeler. (2007). Anatomía, fisiología y oclusión dental. Editorial Elsevier España: 9na Edición pg. 21,23,29,35,41,45

## **ANEXOS**

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

### “ERUPCIÓN DE LAS PRIMERAS MOLARES PERMANENTES EN LOS NIÑOS DE 5 A 7 AÑOS DE EDAD, ATENDIDOS EN LA CLÍNICA PEDIÁTRICA I Y II DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS FILIAL AYACUCHO - 2015”

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLE	METODOLOGÍA
<b>PROBLEMA PRINCIPAL</b>	<b>OBJETIVO GENERAL</b>	<b>HIPÓTESIS GENERAL</b>		
¿Cuál es el estado de erupción de los primeros molares permanentes en niños de 5 a 7 años de edad atendidos en la Clínica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho - 2015?	Determinar el estado de erupción de los primeros molares permanentes en niños de 5 a 7 años de edad atendidos en la Clínica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho - 2015.	No se considera la formulación de hipótesis por ser un estudio descriptivo observacional, teniendo una relación de variables no asociativa.	<p style="text-align: center;"><b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b></p> <p style="text-align: center;">Primera molar permanente erupcionado.</p>	<p style="text-align: center;"><b>TIPO:</b> Aplicada.</p> <p style="text-align: center;"><b>NIVEL:</b> Descriptivo</p> <p style="text-align: center;"><b>MÉTODO:</b> Retrospectivo. Documental. Archivístico.</p> <p style="text-align: center;"><b>DISEÑO:</b> No Experimental Observacional</p> <p style="text-align: center;">Descriptivo</p> <p style="text-align: center;">Transversal</p>
<b>PROBLEMAS SECUNDARIOS</b>	<b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b>		<p style="text-align: center;"><b>VARIABLE INTERVINIENTE</b></p> <p style="text-align: center;">- Edad - Sexo - Interarcada - intrarcada</p>	
<p>1.¿Cuál es el estado de erupción de los primeros molares permanentes por edad, en niños de 5 a 7 años de edad atendidos en la Clínica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho - 2015?.</p> <p>2.¿Cuál es el estado de</p>	<p>1.Conocer el estado de erupción de los primeros molares permanentes por edad, en niños de 5 a 7 años de edad atendidos en la Clínica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho - 2015?.</p> <p>2.Conocer el estado de erupción de los primeros</p>			

<p>erupción de los primeros molares permanentes por sexo, en niños de 5 a 7 años de edad atendidos en la Clínica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho - 2015?.</p> <p>3.¿Cuál es el estado de erupción de los primeros molares permanentes por interarcada derecha e izquierda, en los niños de 5 a 7 años de edad atendidos en la Clínica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho - 2015?.</p> <p>4.¿Cuál es el estado de erupción de los primeros molares permanentes por intrarcada superior e inferior, en los niños de 5 a 7 años de edad atendidos en la Clínica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho - 2015?.</p>	<p>molares permanentes por sexo, en niños de 5 a 7 años de edad atendidos en la Clínica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho - 2015?.</p> <p>3.Conocer el estado de erupción de los primeros molares permanentes por interarcada derecha e izquierda, en niños de 5 a 7 años de edad atendidos en la Clínica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho - 2015</p> <p>4. Conocer el estado de erupción de los primeros molares permanentes por intrarcada superior e inferior, en los niños de 5 a 7 años de edad atendidos en la Clínica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas Filial Ayacucho - 2015.</p>			<p style="text-align: center;"><b>POBLACION</b></p> <p>189 Historias clínicas</p> <p style="text-align: center;"><b>MUESTRA</b></p> <p>145 Historias clínicas</p> <p style="text-align: center;"><b>INSTRUMENTO</b></p> <p>•Fichas Técnica de recolección de datos.</p>
--	---	--	--	---

## FICHA TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Clínica Pediátrica I

Clínica Pediatría II

Ciclo 2015- IB

Ciclo 2015- IIB

	N° HCl.	Edad	Sexo	Primera Molar Permanente
		(5 a 7 años)	Encierra en un círculo	Erupcionado Encierra en un círculo si está presente
1		5, 6, 7	M F	1.6, 2.6, 3.6, 4.6
2		5, 6, 7	M F	1.6, 2.6, 3.6, 4.6
3		5, 6, 7	M F	1.6, 2.6, 3.6, 4.6
4		5, 6, 7	M F	1.6, 2.6, 3.6, 4.6
5		5, 6, 7	M F	1.6, 2.6, 3.6, 4.6
6		5, 6, 7	M F	1.6, 2.6, 3.6, 4.6
7		5, 6, 7	M F	1.6, 2.6, 3.6, 4.6
8		5, 6, 7	M F	1.6, 2.6, 3.6, 4.6
9		5, 6, 7	M F	1.6, 2.6, 3.6, 4.6
10		5, 6, 7	M F	1.6, 2.6, 3.6, 4.6
11		5, 6, 7	M F	1.6, 2.6, 3.6, 4.6
12		5, 6, 7	M F	1.6, 2.6, 3.6, 4.6
13		5, 6, 7	M F	1.6, 2.6, 3.6, 4.6
14		5, 6, 7	M F	1.6, 2.6, 3.6, 4.6
15		5, 6, 7	M F	1.6, 2.6, 3.6, 4.6
16		5, 6, 7	M F	1.6, 2.6, 3.6, 4.6
17		5, 6, 7	M F	1.6, 2.6, 3.6, 4.6
18		5, 6, 7	M F	1.6, 2.6, 3.6, 4.6
19		5, 6, 7	M F	1.6, 2.6, 3.6, 4.6
20		5, 6, 7	M F	1.6, 2.6, 3.6, 4.6

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Octubre - 2015				Noviembre - 2015				Diciembre - 2015				Enero - 2016			
	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
Revisión de marco teórico	■	■	■	■	■											
Revisión de método						■	■	■	■							
Adquisición de materiales									■	■						
Presentación de proyecto de tesis											■	■				
Recolección de datos												■	■			
Análisis de muestras													■	■		
Análisis estadístico de los resultados														■	■	
Preparación de tablas y gráficos														■	■	
Preparación de informe final															■	■
Sustentación																■

## PRESUPUESTO

RUBRO	CANTIDAD	UNIDAD	PRECIO UNITARIO	SUBTOTAL	TOTAL RUBRO
<b>SERVICIOS</b>					
Asesor estadístico				800.00	1 000.00
Costos Administrativos				140.00	
Fotocopias	400	Copia	0.10	40.00	
Otros imprevistos				20.00	
<b>BIENES</b>					
Tarjeta SD	1	Unidad	25.00	25.00	381.00
Tinta negra p/impresora	2	Unidad	60.00	120.00	
Tinta color p/impresora	1	Unidad	82.00	82.00	
Hojas Bond A4	2	Millar	17.00	34.00	
Material de escritorio				120.00	
<b>TOTAL</b>					<b>1 381.00</b>

**OCUMENTOS SOLICITADOS**

**SOLICITA: PERMISO PARA PODER  
REALIZAR LA RECOLECCION  
DE DATOS PARA MI  
TRABAJO DE  
INVESTIGACION**

**SRA: JEFA DE LA CLINICA ESTOMATOLOGICA  
PEDIATRICA I-II DE LA UNIVERSIDAD A LAS PERUANAS FILIAL  
AYACUCHO – ROCIO CACERES ARONES**

Presente.-

Yo, ROJAS CONTRERAS, BEATRIZ identificado con DNI: 70049782

Estudiante DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA DE LA  
UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS SEDE AYACUCHO ante usted con todo  
respeto me presento y expongo:

Que teniendo la necesidad de hacer la recolección de datos respecto a mi  
trabajo de investigación dicha datos se recolectara en la CLINICA  
ESTOMATOLOGICA DEL NIÑO I – II DE LA UNIVERSIDAD A LAS  
PERUANAS FILIAL AYACUCHO respectivamente del 2015 por lo que solicito  
a Ud. que se me conceda dicho permiso expuesto.

**POR LO EXPUESTO:**

Solicito a usted, admitir mi petición por ser de autoridad de dicha institución

.....

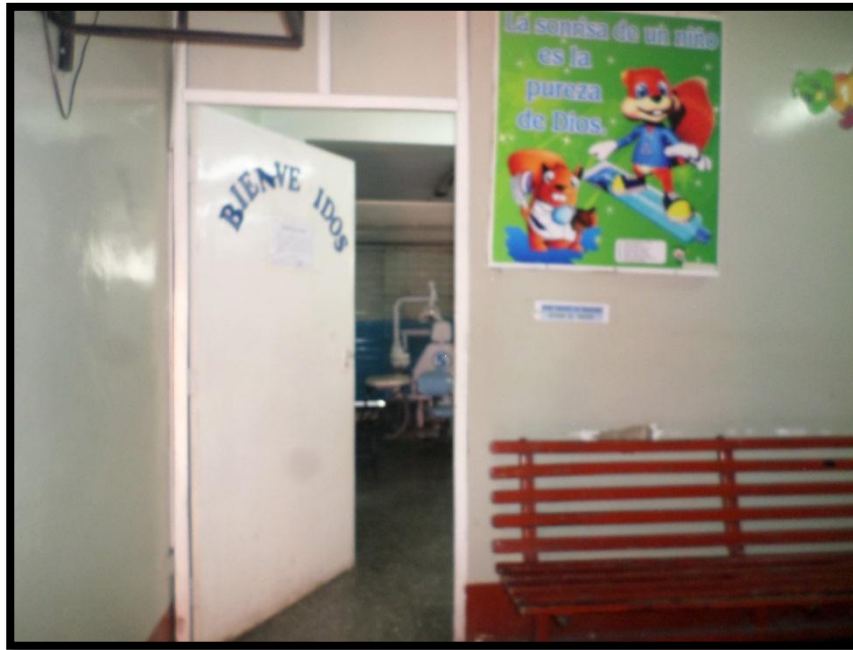
(Firma)

Ayacucho 13 de enero del 2016



## EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

CLÍNICA PEDIÁTRICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS FILIAL  
AYACUCHO



RECIBIENDO LAS HISTORIAS CLINICAS



REVISANDO LAS HISTORIAS



LLENANDO LA FICHA CLINICA

## FINALIZANDO EL LLENADO DE LA FICHA CLINICA

**MONITORIADA**

Nº HCL	Edad	Sexo	Fecha	Material	Material	Material	Material		
1	18/19	F	07.08.10	11/12	M	1.60	1.28	1.38	1.48
2	17/15	F	07.08.10	11/12	M	1.60	1.28	1.38	1.48
3	15/11	F	07.08.10	11/12	M	1.60	1.28	1.38	1.48
4	19/05	F	07.08.10	11/12	M	1.60	1.28	1.38	1.48
5	18/13	F	07.08.10	11/12	M	1.60	1.28	1.38	1.48
6	17/15	F	07.08.10	11/12	M	1.60	1.28	1.38	1.48
7	17/15	F	07.08.10	11/12	M	1.60	1.28	1.38	1.48
8	17/15	F	07.08.10	11/12	M	1.60	1.28	1.38	1.48
9	17/15	F	07.08.10	11/12	M	1.60	1.28	1.38	1.48
10	17/15	F	07.08.10	11/12	M	1.60	1.28	1.38	1.48
11	17/15	F	07.08.10	11/12	M	1.60	1.28	1.38	1.48
12	17/15	F	07.08.10	11/12	M	1.60	1.28	1.38	1.48
13	17/15	F	07.08.10	11/12	M	1.60	1.28	1.38	1.48
14	17/15	F	07.08.10	11/12	M	1.60	1.28	1.38	1.48
15	17/15	F	07.08.10	11/12	M	1.60	1.28	1.38	1.48
16	17/15	F	07.08.10	11/12	M	1.60	1.28	1.38	1.48
17	17/15	F	07.08.10	11/12	M	1.60	1.28	1.38	1.48
18	17/15	F	07.08.10	11/12	M	1.60	1.28	1.38	1.48
19	17/15	F	07.08.10	11/12	M	1.60	1.28	1.38	1.48
20	17/15	F	07.08.10	11/12	M	1.60	1.28	1.38	1.48

**DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO**

INDIC	18/15	18/17	18/19	18/21	INDOS
1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1
10	1	1	1	1	1
11	1	1	1	1	1
12	1	1	1	1	1
13	1	1	1	1	1
14	1	1	1	1	1
15	1	1	1	1	1
16	1	1	1	1	1
17	1	1	1	1	1
18	1	1	1	1	1
19	1	1	1	1	1
20	1	1	1	1	1

