



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

TESIS

**“PREVALENCIA DE LOS PLANOS TERMINALES SEGÚN BAUME EN
NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS DE LA I.E.I N° 923 SHUDAL. CAJAMARCA - 2018”.**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA.

PRESENTADO POR: BACH. LUCERO MARINA VALENCIA CACHI.

ASESOR: CD MS ESP. FRANCISCO ELÍAS GUERRERO VEJARANO.

CAJAMARCA – PERÚ

NOVIEMBRE. 2018

DEDICATORIA

Dedicado a mis padres: Marcela y Segundo por haber sido mi apoyo a lo largo de toda mi carrera universitaria y a lo largo de mi vida.

A todas las personas especiales que me acompañaron en esta etapa, aportando a mi formación tanto profesional y como ser humano. Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por guiarme en mi camino y por permitir concluir con mi objetivo.

A mis padres quienes son mi motor y mi mayor inspiración, que a través de su amor, paciencia y buenos valores me ayudaron a trazar mi camino.

A mis hermanos Wilson, Liliana, Milagros y Diego por su apoyo incondicional por sus consejos y por estar siempre conmigo.

Y por su puesto a la universidad Alas Peruanas por permitirme concluir con una etapa de mi vida, gracias por la paciencia, orientación y guiarme en el desarrollo de esta investigación.

RESUMEN.

El propósito de la siguiente investigación fue conocer la prevalencia de los planos terminales según Baume en niños de 3 a 5 años de la I.E.I. Shudal. Cajamarca – 2018 El diseño del estudio fue de tipo Descriptiva – Correlacional, observacional, transversal, prospectivo. La muestra estuvo constituida por 78 niños de 3 a 5 años. Donde la variable es el plano terminal y el valor es el plano terminal mesial, plano terminal recto, plano terminal distal. Las pruebas ANOVA, fueron utilizadas para el análisis estadístico de los datos obtenidos.

La prevalencia de los planos terminales en los niño de 3 a 5 años obtenemos que el escalón mesial con un valor de 38.46% (5 años), 57.14%(4 años), 64.29% (3 años)seguido el escalón recto con 15.38%(5 años), 28.57 %(4 años), 28.57%(3 años) y por último el escalón distal al 7.69%(5 años), 14.29(4 años), 0.00% (3 años)Respecto al género, obtuvimos que el género masculino al 52.56% es el más prevalente que el género femenino. Se acepta nuestra hipótesis planteada. Obtenemos que el escalón mesial es el más prevalente que el escalón recto y distal. Se concluye: la importancia que la dentición decidua se desarrolle de la forma más óptima posible, para tratar de obtener una oclusión aceptable en la dentición permanente. Sin embargo existen factores de carácter hereditario y ambiental que pueden ocasionar una maloclusión.

Palabras clave: plano terminal, escalón mesial, escalón recto, escalón distal.

ABSTRACT

The purpose of the following investigation was to know the prevalence of the terminal planes according to Baume in children from 3 to 5 years of the I.E.I. Shudal. Cajamarca – 2018. The design of the study was descriptive - correlational, observational, transversal, prospective. The sample was constituted by 78 children from 3 to 5 years old. Where the variable is the terminal plane and the value is the mesial terminal plane, straight terminal plane, distal terminal plane. The ANOVA tests were used for the statistical analysis of the data obtained.

The prevalence of the terminal planes in children from 3 to 5 years we obtain that the mesial step with a value of 38.46% (5 years), 57.14% (4 years), 64.29% (3 years) followed the straight step with 15.38% (5 years), 28.57% (4 years), 28.57% (3 years) and finally the distal step at 7.69% (5 years), 14.29 (4 years), 0.00% (3 years) Regarding gender, we obtained that the male gender at 52.56% is the most prevalent than the female gender. Our hypothesis is accepted. We obtain that the mesial step is the most prevalent than the straight and distal step. It is concluded: the importance that the deciduous dentition develops in the most optimal way possible, to try to obtain an acceptable occlusion in the permanent dentition. However, there are hereditary and environmental factors that can cause a malocclusion.

Keyword: flat ends, mesial step, straight step, distal step.

ÍNDICE.

CARÁTULA.....	I
DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
RESUMEN.....	IV
ABSTRACT.....	V
ÍNDICE.....	1
INTRODUCCIÓN.....	5
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	6
1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	7
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	7
1.2.1. PROBLEMA PRINCIPAL.....	7
1.2.2. PROBLEMA SECUNDARIOS.....	8
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	8
1.3.1. OBJETIVO GENERAL.....	8
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	8
1.5. HIPÓTESIS.....	9
1.5.1 HIPÓTESIS GENERAL.....	9
1.5.2 HIPÓTESIS SECUNDARIA.....	9
1.5.3. IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE VARIABLES E INDICADORES.....	9
1.6. DISEÑO DE INVESIGACIÓN.....	11
1.6.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	11

1.6.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	11
1.6.3 MÉTODO.....	11
1.7. POBLACIÓN MUESTRA.....	12
1.7.1. POBLACIÓN.....	12
1.7.2. MUESTRA.....	12
1.8. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	13
1.8.1. TÉCNICAS.....	13
1.8.2. INSTRUMENTOS.....	14
1.9. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	15
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	16
2.1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	16
2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	16
2.1.2. BASES TEÓRICAS.....	20
2.2.1. INICIACIÓN DE LA ODONTOGÉNESIS.....	20
2.2.2. DESARROLLO DE LA DENTICIÓN DECIDUA.....	20
2.2.3 CRONOLOGÍA DE LA DENTICIÓN DECIDUA.....	21
2.2.4 GENERALIDADES DE LA DENTICIÓN PRIMARIA.....	22
2.2.4.1 ESPACIOS FISIOLÓGICOS EN LA DENTICIÓN DECIDUA.....	23
2.2.4.1.1 ESPACIOS PRIMATES.....	24
2.2.4.1.2 IMPORTANCIA DE LOS ESPACIOS PRIMATES.....	24
2.2.4.1.3 NORMALIDAD DE LA OCLUSIÓN PARA DENTICIÓN PRIMARIA.....	25
2.2.5 MORFOLOGÍA DENTAL EN DIENTES PRIMARIOS.....	27
2.2.5.1 IMPORTANCIA DE LA MORFOLOGÍA DENTAL.....	27
2.2.6 CAMBIOS OCLUSALES EN LA DENTICIÓN MIXTA.....	27

2.2.6.1 PREVALENCIA DE LAS MALOCLUSIONES.....	28
2.2.7. ANÁLISIS DE LA DENTICIÓN DECIDUA.....	28
2.2.7.1 IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ.....	28
2.1.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	29
CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN INTERPRETACIÓN ANÁLISIS DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	32
3.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	32
3.2 INTERPRETACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	38
CAPÍTULO IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	41
4.1 CONCLUSIONES.....	41
4.2 RECOMENDACIONES.....	42
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	43
ANEXOS.....	46
1. MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	46
2. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	47
3. FICHA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	48
4. VALIDACION DE INSTRUMENTOS.....	49
5. CONSTANCIA DE EJECUCION DE TESIS.....	52
6. FOTOS DE LA EJECUCIÓN DE TESIS.....	53
INDICE DE CUADROS.....	32
CUADRO 1. POBLACIÓN DE LOS NIÑOS DE 3 – 5 AÑOS.....	32
CUADRO 2. ESCALÓN MESIAL NIÑOS DE 5 AÑOS.....	33
CUADRO 3. ESCALÓN MESIAL NIÑOS DE 4 AÑOS.....	33
CUADRO 4. ESCALÓN MESIAL NIÑOS DE 3 AÑOS.....	34
CUADRO 5. ESCALÓN RECTO NIÑOS DE 5 AÑOS.....	34

CUADRO 6. ESCALÓN RECTO NIÑOS DE 4 AÑOS.....	35
CUADRO 7. ESCALÓN RECTO NIÑOS DE 3 AÑOS.....	35
CUADRO 8. ESCALÓN DISTAL NIÑOS DE 5 AÑOS.....	36
CUADRO 9. ESCALÓN DISTAL NIÑOS DE 4 AÑOS.....	36
CUADRO 10. ESCALÓN DISTAL NIÑOS DE 3 AÑOS.....	37
CUADRO 11. PREVALENCIA DEL PLANO TERMINAL RESPECTO AL GÉNERO.....	37

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se enfoca en la prevalencia de los planos terminales según Baume en niños de 3 a 5 años de la I.E.I. N° 923 Shudal. Cajamarca - 2018, con la finalidad de tener un resultado preciso de las características en la dentición primaria. Entre dichas características se encuentran: el tipo de plano terminal y el tipo de arcada de los cuales puede influir en gran medida en este proceso.

La dentición decidua en el ser humano, consta de 20 dientes que inician su erupción aproximadamente a los 6 meses de edad con los incisivos centrales inferiores y termina aproximadamente entre los 2.5 y los 3 años de edad con la erupción de los segundos molares superiores. Concluida la erupción de los dientes deciduos, continúan algunos cambios en las medidas de los arcos en los tres planos del espacio debido al crecimiento y desarrollo de los maxilares y de las estructuras vecinas. Dichas medidas pueden ser útiles para determinar la normalidad de los cambios que ocurren en esta etapa y lo que sucederá en la dentición decidua y permanente. ⁽¹⁾

Las caras distales de los segundos molares temporales y sus raíces funcionan como guías de erupción para los primeros molares permanentes. Existen tres tipos fundamentales de estas relaciones, el Escalón mesial para la arcada mandibular, el Plano terminal recto y el Escalón distal para la arcada mandibular

Según el plano terminal de los molares temporales, los primeros molares permanentes pueden irrumpir y entrar en relación oclusal normal.

Por todo lo mencionado, detectar y evaluar el tipo de Plano Terminal del niño a temprana edad, en la fase de dentición primaria es de gran importancia para el clínico el cual podrá informar a los padres de familia de manera oportuna sobre posibles maloclusiones futuras y la corrección temprana de las mismas.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.

Las alteraciones oclusales son uno de los tres problemas más frecuente en la salud oral de un niño, seguido de la caries dental y la enfermedad gingival. El conocimiento de esta es esencial desde edades tempranas para poder tomar las medidas respectivas para preservar la dentición decidua en óptimas condiciones, las cuales favorecerán al desarrollo de la oclusión permanente y a una mejor evolución en el aspecto psicosocial del niño. ⁽²⁾

Cabe mencionar que desde el nacimiento hasta la madurez, la oclusión dental sufre cambios importantes. A veces esos cambios son drásticos, como en la fase de la dentición mixta y en otros momentos, son más sutiles. La dentición primaria es de gran importancia, debido a las características de la misma, ya que puede establecerse la orientación en cuanto al desarrollo de la oclusión de la dentición secundaria. ⁽¹⁾

Por ello, Las características oclusales que se esperan encontrar en una dentición decidua, son arco tipo I, presencia de espacios primates, plano

terminal recto, relación canina clase I, línea media centrada, curva de Spee recta y un overjet y overbite de 2mm. Sin embargo, no en todos los niños se presenta de la misma manera, lo que condiciona la generación de problemas oclusales en la dentición mixta y permanente y por ende un posterior tratamiento de ortodoncia. A pesar que el reconocimiento de estas características es importante, en nuestro país existen pocos estudios que identifiquen cuales son los que se presentan en la dentición infantil del Perú. ⁽¹⁾ ⁽²⁾

1.2. DELIMITACION DE LA INVESTIGACION.

1.2.1. DELIMITACIÓN ESPACIAL.

La Institución Educativa Inicial N° 923 Shudal, se encuentra localizado en el distrito provincia y departamento de Cajamarca. Ubicado en el centro poblado shudal.

1.2.2. DELIMITACIÓN SOCIAL.

El grupo social objeto de estudio está conformada por niños de 3 a 5 años de la I.E.I N° 923 Shudal del distrito de Cajamarca.

1.2.3. DELIMITACIÓN TEMPORAL.

Esta investigación tomó como periodo de tiempo desde la elaboración del proyecto, Septiembre del 2017 – Noviembre del 2018.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1.3.1. Problema Principal:

¿Cuál es la prevalencia de los planos terminales según Baume en niños de 3 a 5 años de la I.E.I. N° 923 Shudal. Cajamarca - 2018?

1.3.2. Problema Secundarios:

1. ¿Cuál es la prevalencia del plano terminal escalón mesial en niños de 3 a 5 años de la I.E.I. N° 923 Shudal. Cajamarca -2018?
2. ¿Cuál es la prevalencia del plano terminal recto en niños de 3 a 5 años de la I.E.I. N° 923 Shudal. Cajamarca -2018?
3. ¿Cuál es la prevalencia del plano terminal escalón distal en niños de 3 a 5 años de la I.E.I. N° 923 Shudal. Cajamarca – 2018?
4. ¿Cuál es la prevalencia de los planos terminales según el género en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I. N° 923 Shudal. Cajamarca – 2018?

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

1.4.1 Objetivo General:

Conocer la prevalencia de los planos terminales según Baume en niños de 3 a 5 años de la I.E.I. N° 923 Shudal. Cajamarca - 2018.

1.4.2 Objetivos Específicos:

1. Determinar la prevalencia del plano terminal escalón mesial en niños de 3 a 5 años de la I.E.I. N° 923 Shudal. Cajamarca -2018.
2. Determinar la prevalencia del plano terminal recto en niños de 3 a 5 años de la I.E.I. N° 923 Shudal. Cajamarca -2018.

3. Determinar la prevalencia del plano terminal escalón distal en niños de 3 a 5 años de la I.E.I. N° 923 Shudal. Cajamarca - 2018.
4. Determinar la prevalencia de los planos terminales según el género en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I. N° 923 Shudal. Cajamarca – 2018.

1.5. HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN.

1.5.1. HIPÓTESIS GENERAL.

H: El plano terminal escalón mesial será el más prevalente en niños de 3 a 5 años de la I.E.I. N° 923 Shudal. Cajamarca – 2018.

1.5.2. IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE VARIABLES E INDICADORES.

1.5.2.1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL.

Plano terminal: Según Baume, son los planos que se encuentran perpendiculares a la cara distal de los segundos molares superiores o inferiores primarios. ⁽¹³⁾

Género: condición que distingue a hombre de mujer. ⁽²⁴⁾

Edad: referente al tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo al momento actual. ⁽²⁴⁾

1.5.2.2. Definición Operacional.

Plano terminal:

1. Escalón mesial: Cuando la superficie distal de la segunda molar decidua inferior se encuentra por delante de la superficie distal de la segunda molar decidua superior.
2. Plano terminal recto: Cuando la superficie distal de la segunda molar decidua inferior está en el mismo plano vertical que la superficie distal de la segunda molar decidua superior.
3. Escalón distal: Cuando la superficie distal de la segunda molar decidua inferior está por detrás de la superficie distal de la segunda molar decidua superior.

Género: masculino / femenino

Edad: registro numérico en nominas pedagógicas.

Tabla 1. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLE

VARIABLE	VALOR	Escala	INDICADOR
Plano terminal	Plano Terminal Mesial	Nominal	La superficie distal del molar inferior es más mesial que el superior.
	Plano Terminal Recto		La superficie distal de los molares superiores es más distal que los inferiores.
	Plano Terminal Distal		La superficie distal de los dientes superiores e inferiores se encuentra situada en el mismo plano vertical.
Edad	Años / meses	Ordinal	—
Género	Masculino / femenino	Nominal	—

1.6. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

1.6.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

La presente investigación está enmarcada dentro del esquema de investigación de tipo Básica:⁽²⁴⁾ porque tiene como finalidad la búsqueda y el saber mediante la aplicación de los conocimientos para ver resultados de la prevalencia de los planos terminales en niños de 3 a 5 años de la I.E.I. 923 Shudal. Cajamarca – 2018.

1.6.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN.

Debido a la intervención del investigador en el fenómeno estudiado la presente investigación se denomina Descriptiva ⁽²⁴⁾

Descriptiva: Porque Describe situaciones y eventos, es decir como es y se manifiesta determinado fenómeno. Describir la prevalencia de los planos terminales en niños de 3 a 5 años.

1.6.3. MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN

Método hipotético - deductivo. ⁽²⁴⁾

Este trabajo de investigación se tipifica en función a 4 criterios. Según propósito o naturaleza del problema: es Observacional.

Según la evolución del fenómeno estudiado: es Transversal.

Según el control del investigador en el fenómeno estudiado: es Descriptiva.

Según el período de recolección de la información: es Prospectivo.

1.6.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

La presente investigación es de diseño Descriptiva: ⁽²⁴⁾ Porque describe situaciones y eventos, es decir cómo es y cómo se manifiesta determinado fenómeno.

1.7. POBLACIÓN Y MUESTRA.

1.7.1. POBLACIÓN.

Estará formada por 78 niños de 3 a 5 años de la I.E.I. N° 923 Shudal. Cajamarca – 2018.

P= 78

1.7.2. MUESTRA.

Debido a que la población es pequeña, se trabajará con toda la población.

n= 78

Estará formada por 78 niños de 3 a 5 años de la I.E.I. N° 923 Shudal. Cajamarca – 2018.

Criterios de Inclusión:

- Niños de 3 a 5 años que pertenezcan a la I.E.I. N°923 Shudal.
- Niños de 3 a 5 años de diferente género.
- Niños de 3 a 5 años que tengan el consentimiento informado aprobado por su apoderado.
- Niños que presenten dentición decidua completa
- Niños de 3 a 5 sin pérdidas dentales.
- Niños de 3 a 5 años con dientes sin alteraciones morfológicas dentales.

Criterios de exclusión:

- Niños de 3 a 5 que presenten alguna enfermedad sistémica o genética.
- Niños de 3 a 5 con dientes supernumerarios.
- Niños de 3 a 5 que no tengan firmado el consentimiento informado.
- Niños de 3 a 5 que no colaboren.
- Niños menores de 3 años.
- Niños mayores de 5 años.

1.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

1.8.1. TÉCNICAS.

Para obtener la información necesaria, se solicitó mediante un oficio la autorización y consentimiento informado para realizar el estudio. Dirigido al Director de la I.E.I. N° 923 Shudal: Solón Huaccha Apolonia y a los padres de los niños entre 3 a 5 años.
(Anexo 2)

La recolección de información se realizó mediante la evaluación de los niños que cumplan el criterio de inclusión para lo cual se organizó previamente una revisión clínica, seleccionando a 78 niños.

Una vez seleccionados, se procedió a la recolección de los datos y se utilizó los esquemas descritos por Baume:

1. Escalón mesial: Cuando la superficie distal de la segunda molar decidua inferior se encuentra por delante de la superficie distal de la segunda molar decidua superior.
2. Plano terminal recto: Cuando la superficie distal de la segunda molar decidua inferior está en el mismo plano vertical que la superficie distal de la segunda molar decidua superior.
3. Escalón distal: Cuando la superficie distal de la segunda molar decidua inferior esta por detrás de la superficie distal de la segunda molar decidua superior.

Finalmente se procedió a realizar el conteo de datos obtenidos de los análisis.

1.8.2. INSTRUMENTOS.

El material de recolección de datos, se realizó en base a la evaluación de cada niño, lo cual fue dos espejos y un explorador para registrar el tipo de plano terminal que presente cada niño.

El instrumento que se utilizó es una ficha de recolección de datos, donde se registró los datos de cada niño evaluado. **(Anexo 3)**

La ficha de recolección de datos detalla lo siguiente:

1. Nombre y apellidos del niño, edad y el género.

2. Título: Análisis de la oclusión.
3. Un cuadro de la relación molar que presenta, si es plano terminal: mesial, recto o distal.

1.9. JUSTIFICACIÓN:

Según la OMS las maloclusiones ocupan el 3er lugar como problema de salud bucal, por tanto, es un problema de salud pública que aunque no es un riesgo de vida su incidencia está cada vez mayor. ⁽³⁾

Por ello, la función del odontopediatra no debe perder de vista la prevención, detección e intervención temprana de alteraciones que puedan afectar el adecuado desarrollo del sistema estomatognático en el paciente infantil. El cuidado por el profesional debe iniciarse a edad temprana desde el desarrollo de la dentición temporal, así como durante la transición de ésta a la dentición permanente, para establecer que la oclusión definitiva se desarrolle en las mejores condiciones de acuerdo a las características individuales de cada paciente.

Desde una perspectiva preventiva es importante aumentar el conocimiento de aquellos factores o variables del huésped que pueden modificar de forma más perjudicial el crecimiento y desarrollo normal de la oclusión. ⁽³⁾

Por otro lado, El abordaje de los problemas de maloclusiones, es frecuentemente realizado sobre niños en dentición mixta o permanente, pero en la revisión de la literatura se encuentran en menor cantidad los estudios que al respecto se realizan en niños en dentición temporal. Se requiere de la elaboración de un protocolo de diagnóstico en dentición temporal y sus efectos sobre las necesidades vitales de cada individuo. ⁽³⁾

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1. FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA INVESTIGACIÓN.

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES.

López, BB., Xalapa – Veracruz 2015 ⁽¹⁾ Realizó un estudio titulado: *“prevalencia de los planos terminales y arcos baume en pacientes atendidos en la clínica de la especialización en odontología infantil, del año 2013 al 2015, en la ciudad de Xalapa, Veracruz”*. Tipo de estudio: Observacional, Prospectivo, Transversal y Descriptivo. Tamaño de la muestra: 72 modelos de estudio de los cuales 34 son de pacientes femeninos y 38 de masculinos. Con una población dividida en 34 pacientes femeninos y 38 pacientes masculinos que contaban con dentición temporal completa. Los resultados de acuerdo a las medidas realizadas para la observación de los planos terminales, se encontró que 79.2% (57 pacientes) presentaban una prevalencia de Plano Terminal Derecho Mesial, con un intervalo de confianza del 95% de 69.1% a 89.2%; Recto de 16.7%, IC 95% de 7.4% a 26%; Distal de 4.2%, IC 95% de 1% a 12%. Con referencia al Plano Terminal Izquierdo Mesial, se encontró que 76.4% de prevalencia con un intervalo de confianza del 95% de 65.8% a 86.9%; Recto de 120.8%, IC 95% de 10.8% a 30.9%; Distal de 2.8%, IC 95% de 0.34% a 9.7%. Palabra clave: Plano terminal, Género.

Galeana, VR., Toluca – México 2014. ⁽⁴⁾ Realizó un estudio titulado: *“características de la oclusión en dentición temporal en pacientes de la clínica de la especialidad de odontopediatría de la UAEMt”* El objetivo de esta investigación es determinar las características de la oclusión en dentición temporal de los pacientes que acuden a la clínica de especialidad en odontopediatría de la facultad de odontología de la UAEM. Tipo de estudio: el presente es un estudio transversal donde la muestra por conveniencia incluyó a 62 pacientes que acudieron a la consulta, en edad de 3 a 5 años, en el periodo de febrero a diciembre del 2012. Los resultados respecto al plano terminal fue el siguiente: por grupo de edad el plano terminal recto a los 3 años correspondió al 4.8%, a los 4 años 12.9% presentándose con mayor frecuencia a los 5 años con el 19.4%. El plano terminal mesial en los grupos de 4 y 5 años se presentó en un 13.3%; el distal se presentó a los 3 años con 1.6%, a los 4 años el 4.8%, el mesial exagerado solo se encontró a los 4 y 5 años en un 3.2% y la combinación del plano terminal se observó con mayor frecuencia a los 4 años de edad con un 12.9% seguido de los 5 años con un 8.1%.

Palabra clave: Plano terminal, Género.

Ramírez, MJ., et al. Tabasco – México 2011. ⁽⁵⁾ Realizaron un estudio titulado: *“características y alteraciones de la oclusión en la dentición primaria en preescolares de 3 a 6 años en tabasco, México”*. Objetivo: Conocer las características de la oclusión primaria más frecuentes, alteraciones que predisponen y conllevan a la futura maloclusión, y las maloclusiones presentes en preescolares. Material y Métodos: Se determinó la frecuencia de las características de la oclusión en la dentición primaria de acuerdo a los principios de Baume. El grupo de estudio comprendió de 61 (76%) niños de edad preescolar. Cada niño fue explorado con luz natural para observar las características de la oclusión propias de su edad. Resultados: De los 61 (76%) niños solo el 12% de ellos presentaron las características de la oclusión primaria, el 67% presentó más de una alteración. La ausencia de espacios de desarrollo en

el 67%, de los casos, sobremordida horizontal el 15%, mientras que el 38% presentó sobremordida vertical, ~n relación a la oclusión posterior el 3% presentó planos terminales distales y el 2% mesial exagerada. De las maloclusiones estudiadas destacó la mordida abierta con el 32% seguidamente la mordida cruzada anterior con el 31%.

Palabra clave: Plano terminal, Género.

ANTECEDENTES NACIONALES.

Cuya, GRA., et al. San Juan – Perú 2014. ⁽⁶⁾ Realizaron un estudio titulado: *“prevalencia de plano terminal según género en niños de 3 a 6 años en el centro de salud masusa, 2014”*. El presente estudio tuvo como objetivo establecer la relación entre el tipo de plano terminal y el género en niños de 3 a 6 años de edad en el centro de salud Masusa, 2014, la población estuvo conformada por niños de la localidad urbana marginal de Masusa, que fue 3229 niños. La muestra fue de 357 niños, se utilizó la técnica de muestreo no probalístico por accidente, siendo el diseño no experimental, correlacional y transversal. Entre los hallazgos más importantes se encontró lo siguiente: La edad más prevalente fue los 5 años con 41.7%, seguido de 4 años con 37.3% y en 3 años con 19.9 %. El arco Baume Tipo I fue el más prevalente con el 55,7%, seguido por Baume Tipo II con el 44.3%. El tipo de plano terminal en el lado derecho más prevalente fue plano terminal recto con 52.4%, distal con 6,2% y mesial 38,7% y no registra fue de 2,8%. El Tipo de plano terminal en el lado izquierdo más sobresaliente fue plano terminal recto con 45,9% , distal con 7,3% y mesial 43,7% y no registra fue de 3,1% .No existe relación entre el tipo de plano terminal derecho y el género ($p=0,345$).No existe relación entre el plano terminal izquierdo y el género ($p=0,530$). Existe relación entre el tipo de plano terminal derecho e izquierdo ($p=0,000$). Existe relación entre el número de caries interproximales y el tipo de arco. El arco dentario Baume Tipo I presentó 146 pacientes sin ninguna lesión cariosa interproximal y el Baume Tipo II 79 pacientes. Palabra clave: Plano terminal, Género.

Flores, BAA., Lima – Perú 2014. ⁽²⁾ Realizó un estudio titulado: *“Asociación de las características oclusales con la edad y género en niños con dentición decidua de una institución educativa pública del distrito de Ate Vitarte en el año 2013”*. Objetivo: Determinar la asociación de las características oclusales con la edad y género en niños con dentición decidua de una Institución Educativa Pública del distrito de Ate Vitarte en el año 2013. Métodos: La muestra estuvo conformada por 108 niños con dentición decidua completa entre 3 y 5 años de la IE Amauta N° 1285-216 ubicado en Ate Vitarte en el 2013. Se obtuvo las frecuencias y se realizó la prueba de Chi Cuadrado para determinar asociaciones entre las variables. Resultados: Se encontró asociación estadísticamente significativa entre los espacios primates superior ($p=0.041$) e inferior ($p=0.002$), plano terminal bilateral ($p=0.040$) y la línea media inferior con la edad ($p=0.032$). Conclusiones: Se encontró asociación de los espacios primates superior e inferior, plano terminal bilateral y la línea media inferior con la edad. Palabras Claves: Dentición decidua, relación oclusal, plano terminal, espacios primates

Nuñez, RAD., Trujillo – Perú 2011. ⁽⁷⁾ Realizó un estudio titulado: *“frecuencia y amplitud de espacios primates y tipo de plano terminal en niños de 3 – 5 años, del distrito el porvenir – Trujillo 2010”*.

Para el estudio de esta investigación, se escogió las instituciones educativas iniciales (IEI) del distrito el porvenir que pertenecen a la dirección regional educativa de Trujillo. Examinando a 164 niños asistentes a los 18 I.E.I. del distrito del porvenir, cuyos datos de filiación y examen fueron recolectados en fichas odontológicas. Como resultados de dichos exámenes se encontró que la mayoría de los niños presentaron espacios primates (72.56%) y un (22.44%) no presentaron primates. Se encontró también que el plano terminal recto es el más frecuente, con un 47.65% seguido por el escalón mesial con un 26.83%, el escalón distal con 3.66% y del combinado (mesial recto) con un 21.95%. Para determinar la existencia de relación entre la presencia de espacios

primates y el tipo de plano terminal, se utilizó la prueba de independencia de criterios; utilizando la distribución chi-cuadrado con un nivel de significancia de 5%, no encontrándose relación entre las variables; espacios primates y tipo de plano terminal.

2.1.2. BASES TEÓRICAS:

2.2.1 INICIACIÓN DE LA ODONTOGÉNESIS

El primer signo de desarrollo dentario aparece a finales de la tercera semana de vida embrionaria cuando el recubrimiento epitelial de la cavidad bucal comienza a aumentar de espesor, a las 6 semanas las cuatro zonas odontogénicas maxilares se unen para formar una lámina dental continua (Arco superior) y las dos zonas odontogénicas mandibulares se fusionan en la línea media (Arco inferior). Los dientes comienzan con la invaginación de la lámina dental en ubicaciones específicas a lo largo del borde libre de cada arco alrededor de las 6 semanas en el útero. ⁽⁸⁾

La iniciación de toda la dentición primaria ocurre durante el segundo mes de vida intrauterina y continúan después del nacimiento y hasta el cuarto o quinto año para las piezas permanentes. Del extremo distal libre de la lámina dental se da origen la lámina sucesional por lingual de cada órgano dentario primario, dando origen al diente permanente. La lámina dental se prolonga por distal del segundo molar primario y da origen a los gérmenes de los molares permanentes dando la época de iniciación del primer molar permanente a los 4 meses en el útero. ⁽⁸⁾

2.2.2. DESARROLLO DE LA DENTICIÓN DECIDUA

El desarrollo de la dentición está relacionado con las etapas del desarrollo craneofacial, desde el periodo intrauterino, en las tempranas fases de la organogénesis; el conocimiento de este proceso expresa de una mejor

manera la obtención de las relaciones oclusales que presentan los arcos dentarios. ⁽⁹⁾

En la dentición temporal al nacer, la superficie alveolar de los maxilares está recubierta por encía sólida y firme, el arco superior tiene forma de herradura, el rodete maxilar está dividido en diez segmentos separados por surcos, correspondientes a los dientes, el rodete inferior tiene una forma de U o rectangular, el crecimiento es rápido durante los primeros seis meses, coincidiendo con el desarrollo de los dientes. ⁽⁹⁾

La boca del niño posee un sistema de guía sensorial que es importante para las funciones tales como la succión, la respiración, la deglución, el bostezo y la tos; el acto de la succión, contribuye en el desarrollo del sistema dento-máxilo-facial del niño antes de la dentición; a lo largo del desarrollo embrionario, los maxilares crecen y los dientes van teniendo más espacio, crecen también los gérmenes y en ciertas fases, existirán diastemas y en otras faltará espacio, los diastemas no se presentan comunes en todos los niños ni tienen la misma localización, estos se modifican según el desarrollo del embrión y también depende del crecimiento de los gérmenes dentarios y maxilares. ⁽⁹⁾

2.2.3. CRONOLOGÍA DE LA DENTICIÓN DECIDUA

Es un proceso fisiológico que nace con la persona y está relacionado con el crecimiento y desarrollo de las estructuras craneofaciales. “La cronología de erupción dentaria no se produce de una manera estandarizada, ya que varía según raza, sexo, herencia, alimentación, grupo étnico, factores socioeconómicos y otras causas”. El conocimiento de la cronología de erupción dentaria es importante ya que se emplea en campos de la Odontología como son, ortodoncia, odontopediatría y cirugía. ⁽⁹⁾

El proceso en donde los dientes primarios son cambiados por los permanentes, varía de una persona a otra y ha sido estudiado por diversos autores, quienes han tratado de precisar la fecha para la erupción dentaria. La cronología de la erupción de las piezas primarias está sujeta a influencias genéticas de forma más marcada que para la dentición permanente. ⁽⁹⁾

La erupción de los dientes comienza cuando se ha terminado la calcificación de la corona e inmediatamente después que empieza a calcificarse la raíz, en la dentición temporal el orden de erupción es el siguiente:

- Incisivos centrales inferiores: a los seis o siete meses
- Incisivos centrales superiores: a los ocho meses
- Incisivos laterales superiores: a los nueve meses
- Incisivos laterales inferiores: a los diez meses
- Primeros molares: a los catorce meses
- Caninos: a los dieciocho meses
- Segundos molares: a los veintidós o veinticuatro meses.

2.2.4. GENERALIDADES DE LA DENTICIÓN PRIMARIA

Son pocas las maloclusiones que se producen en la dentición temporal y está claro que ciertas alteraciones sobre dicha dentición influyen en la dentición permanente. En algunos casos estas alteraciones permitirán predecir las necesidades de un tratamiento inmediato posterior al inicio de la dentición mixta futura. ⁽¹⁰⁾

Dentro de un margen normal de variaciones de dientes temporarios que constituyen los arcos primarios de niños, inician la erupción frecuentemente a los 6 meses y terminan a los 3 años de edad. ⁽¹¹⁾

Baume puso el nombre de espacios primates al comparar los espacios existentes en los niños, con los que existen en los monos. Existen dos tipos de dentición temporal, según la presencia o no de los espacios interdentes, que están ordenados genéticamente: Tipo I, con espacio; Tipo II, sin espacio o cerrado. Estos tipos son características genéticas, pues desde la aparición de los dientes la presencia o falta de espacio ya se manifiesta en forma visible. ⁽¹¹⁾⁽¹²⁾⁽¹³⁾

2.2.4.1. ESPACIOS FISIOLÓGICOS EN LA DENTICIÓN DECIDUA

Es muy común encontrar espacios fisiológicos de la dentición primaria, es así como Baume fue el primero en poner nombre a los espacios hallados más comúnmente, entre los incisivos laterales y los caninos superiores, y entre los caninos y los primeras molares temporarias inferiores. Valiéndose de esto como guía, para llamar a una dentición temporal espaciada o sin espacio. Baume concluyó asimismo, en que no aparecen espacios interdentes a medida que el niño crece, si comienza con una dentición no espaciada. Se ha observado que los espacios entre los dientes temporarios no aumentan su tamaño después de los 3 años, más bien se han encontrado que tienden a desaparecer durante la erupción de los incisivos permanentes. ⁽¹³⁾

Los espacios fisiológicos son también utilizados para clasificar a los arcos dentarios. Es así que Baume distinguió dos tipos de dentición primaria según la presencia o no de los espacios interdentes: los tipos de arcos dentarios espaciados-Tipo I, y no espaciados-TIPO-II. ⁽¹³⁾

2.2.4.1.1. ESPACIOS PRIMATES

Baume fue el primer autor que descubrió los espacios primates en la dentición temporaria de los niños, prescindiendo de su tamaño en la región pre-canina en el maxilar superior y post-canina en el maxilar inferior. Maxilar superior Maxilar inferior

La anchura entre los incisivos temporales y los incisivos permanentes varía de 4 a 12mm. Para la erupción de los dientes permanentes, el maxilar se debe ensanchar 12mm. En los casos más favorables y 4mm en los casos más desfavorables. ⁽¹³⁾

Una vez que la dentición temporaria se completa, las dimensiones y las formas de los arcos cambian muy poco hasta que los dientes permanentes inician su erupción, ningún incremento en el largo y ancho son significativos; los espacios interdentes no incrementan de tamaño entre los 3 a 6 años de edad. ⁽¹³⁾

2.2.4.1.2. IMPORTANCIA DE LOS ESPACIOS PRIMATES

En una dentición temporaria que se desarrolla dentro de los límites normales, los dientes se presentan con cierto grado de separación.

En la primera teoría del corrimiento mesial temprana de Baume se dice que el perímetro se acorta para cerrar el espacio primate; en la otra teoría el espacio primate se cierra sin pérdida de circunferencia. ⁽¹³⁾

Tanto la pérdida de espacio en el arco como distorsión de la forma tiene como consecuencia un desequilibrio del arco original. Con respecto al tipo más frecuente de oclusión temporaria es característico la relación de las caras distales de las segundas molares deciduas en un mismo plano terminal (plano terminal recto)

esto trae como consecuencia una relación oclusal de cúspide a cúspide, en las primeras molares permanentes que cambian a clase I por tres mecanismos fisiológicos básicos. ⁽¹³⁾

a.-El cierre del espacio primate.

b.-La diferencia de tamaño entre los anchos mesio-distales de los caninos y pre-molares permanentes.

c.- El crecimiento de ambos maxilares, aunque este crecimiento es difícil de predecir con cierto grado de precisión, los estudios demuestran que en periodo de dentición mixta el promedio de crecimiento es mayor en los arcos primarios con plano terminal recto. La peor combinación posible es la del arco inferior cerrado con un arco superior abierto y un plano terminal recto, son grandes las posibilidades que esta combinación terminal, es una distoclusion. ⁽¹³⁾

2.2.4.1.3 NORMALIDAD DE LA OCLUSIÓN PARA DENTICIÓN PRIMARIA

Tomando en cuenta, que las relaciones de los planos terminales, definen tendencias para el establecimiento futuro de la oclusión de los primeros molares permanentes, de acuerdo a lo establecido por Moyers (1969). Se debe pretender buscar sostener los planos verticales y mesial ligero, así como rehabilitar los distal y mesial exagerado, lo antes posible dentro de esta temprana edad y dentro de esta filosofía. ⁽¹³⁾

A) PLANOS TERMINALES

Los planos terminales son como su nombre lo indica el plano que se encuentra perpendicular a la cara distal del segundo molar temporal superior e inferior y la colocación del plano

terminal distal del molar inferior nos dará el tipo de oclusión que tendrán los primeros molares permanentes.

Encontramos tres tipos de planos terminales que son:

1. ESCALON MESIAL.

El plano terminal con escalón mesial, cuando el plano del molar inferior está por delante del superior formando un escalón hacia mesial. En este caso la relación de los primeros molares permanentes puede irse hacia una relación oclusal clase I en un porcentaje de 80% y en un 20% hacia una relación clase III, sobre todo en aquellos casos en los cuales existe información genética de prognatismo. ⁽¹³⁾

2. PLANO TERMINAL RECTO.

Es cuando ambos planos están en un mismo nivel formando una línea recta.

En este caso un porcentaje del 85% se irá a una relación de los primeros molares permanentes clase I y un porcentaje del 15% se irá a una relación clase II (borde a borde) de los primeros molares permanentes. ⁽¹³⁾

3. ESCALÓN DISTAL

El plano terminal con escalón distal, cuando el plano del molar inferior esta por detrás del superior formando un escalón hacia distal. En este caso el porcentaje de que la relación de los primeros molares permanentes sea de clase II es casi el 100%. ⁽¹³⁾

2.2.5. MORFOLOGÍA DENTAL EN DIENTES PRIMARIOS

2.2.5.1. IMPORTANCIA DE LA MORFOLOGÍA DENTAL

Los dientes son órganos duros, pequeños, de color amarillento dispuestos en forma de arcos en ambos maxilares, estos componen en su conjunto el sistema dentario, los dientes cumplen diferentes funciones en el diario vivir del hombre, la función más conocida es la masticatoria, pero no es la única, debido a que los dientes también van a tener importancia en la articulación de fonemas, además de contribuir a la estética de cada paciente y a la preservación de los huesos maxilares. ⁽⁹⁾

La dentición temporal cumplen muchas funciones, una de las principales es la de preparar al sistema estomatognático para mejorar el desarrollo cuando se produce el recambio a la dentición mixta y permanente, el análisis de la morfología dental es también de suma importancia, ya que es imprescindible en el estudio de cualquier caso, como por ejemplo los estudios oclusales. ⁽¹⁴⁾

2.2.6. CAMBIOS OCLUSALES EN LA DENTICIÓN MIXTA.

Como hemos mencionado anteriormente, el patrón de erupción de los primeros molares permanentes se guía por las superficies distales de las raíces y las coronas de los dientes de los segundos molares primarios, el plano terminal determina la relación interoclusal de los primeros molares permanentes. ⁽¹⁶⁾

El plano terminal de la dentición primaria trae una relación cúspide-cúspide, si existían los espacios dentales en el arco dental primario, los primeros molares erupcionarán en oclusión clase I.

La fuerza eruptiva en la dirección mesial del primer molar permanente cerrará los espacios existentes en el arco dental, para empujar los molares primarios mesialmente, debido a que erupcionan primero los dientes inferiores que los superiores. ^{(17) (18) (19)}

2.2.6.1. PREVALENCIA DE LAS MALOCLUSIONES.

La prevalencia de la maloclusión y la distribución de los diferentes tipos, varía en función de las razas y etnias. Los restos esqueléticos encontrados indican que la prevalencia actual de la maloclusión es mayor que la de hace 1000 años. Los fósiles demuestran las tendencias evolutivas que han influido en la dentición actual a lo largo de muchos milenios, incluyendo una disminución en el tamaño de los maxilares que si no va acompañada de una disminución en el tamaño y el número de los dientes, puede producir problemas de apiñamiento y mala alineación ^{(19) (20) (21)}

2.2.7. ANÁLISIS DE LA DENTICIÓN DECIDUA

2.2.7.1. IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ

Prevenir una enfermedad es eliminar sus posibles causas antes de que ellas actúen, es decir emplear actividades y métodos necesarios que tienen el objetivo de evitar que ocurran alteraciones en el sistema estomatognático; por lo que se considera importante la detección de anomalías dentomaxilofaciales, teniendo en cuenta que estos juegan un importante papel en la etiología de las maloclusiones, con el fin de encaminar programas preventivos que nos permitan disminuir su incidencia, lo que ayuda a elevar la salud dental de los niños y ahorrar una cantidad de recursos teniendo en cuenta el alto costo de los tratamientos curativos de Ortodoncia. ⁽²²⁾

La dentición decidua puede ser influenciada por factores derivados de la morfología de los arcos, por lo tanto si se realiza un diagnóstico precoz, muchas veces con la participación de otros profesionales de salud (como fonoaudiólogo, otorrinolaringólogo o psicólogo), pueden ser evitadas intervenciones ortopédicas/ortodoncistas, que se producen, dependiendo del caso en la etapa de la dentición mixta. ⁽²³⁾

2.1.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.

1. **Prevalencia:** Es la porción de la población afectada por un daño a la salud. Nos da una idea de la magnitud de la propagación. ⁽¹³⁾
2. **Plano Terminal:** Son los planos que se encuentran perpendiculares a la cara distal de los segundos molar superior o inferior primario. ⁽¹³⁾
3. **Ontogénesis:** Es un proceso embrionario mediante el cual células ectodérmicas del estomodeo o boca primitiva, se invaginan para formar estructuras que junto con el ectoménquima formaran los dientes. ⁽¹⁵⁾
4. **Invaginación:** Formación de una bolsa o repliegue de una membrana, capa de tejido u hoja blastodérmica que se dirige hacia el interior. ⁽¹⁵⁾
5. **Dentición Decidua:** hace referencia a la dentición temporal o decidua que comienza a erupcionar hacia los 6 -8 meses y finaliza hacia los 30 – 36 meses. ⁽¹⁵⁾
6. **Craneofacial:** Es un término médico que está relacionado con los huesos del cráneo y de la cara. ⁽¹⁵⁾
7. **Erupción Dentaria:** Es un proceso fisiológico, por el cual el diente se desplaza desde su posición inicial en los maxilares hasta su posición en boca. ⁽¹⁵⁾

- 8. Maloclusión:** Se refiere al mal alineamiento de los dientes o a la forma en que los dientes superiores e inferiores encajan entre sí. La mayoría de las personas tienen algún grado de maloclusión, si bien normalmente no es lo suficientemente seria para requerir tratamiento. ⁽¹⁵⁾
- 9. Overbite:** Resalte vertical (overbite). Corresponde al espacio situado entre las líneas horizontales trazadas a nivel del borde incisal de los incisivos; generalmente se corresponde en la vertical con un tercio de la altura de la corona. ⁽¹⁵⁾
- 10. Overjet:** Resalte horizontal (overjet). Es el espacio situado entre el eje vertical de los incisivos maxilar y mandibular; generalmente es de 2 a 3 mm. ⁽¹⁵⁾
- 11. Espacios Primates:** Se refiere espacios primates en la dentición temporaria de los niños, prescindiendo de su tamaño en la región pre-canina en el maxilar superior y post-canina en el maxilar inferior. Maxilar superior Maxilar inferior. ⁽¹⁵⁾
- 12. Escalón Mesial:** Planos terminales: son los planos que se encuentran perpendiculares a la cara distal del segundo molar cara distal del segundo molar superior o inferior primario. ^{(13) (15)}
- 13. Morfología Dental:** hace referencia a corona anatómica: Parte del diente que está cubierta por el esmalte, su límite es fijo e invariable, establecido por la línea cervical. Es una definida depresión en la superficie oclusal de un diente y separa una cúspide de otras, el sistema de surcos anatómicos es particular para cada diente. ⁽¹⁵⁾
- 14. Relación Canina:** esta relación es importante ya que los dientes posteriores participan en el cierre de la oclusión mutuamente protegida. Este contacto también actúa como una guía que produce la

centralización de los arcos dentarios guiando la mandíbula hacia los contactos posteriores que consolidan la posición de cierre. ⁽¹⁵⁾

15.Relación Molar: Se basa en las relaciones anteroposteriores de las arcadas dentarias.Los primeros molares superiores son la llave de la oclusión y que invariablemente se encontraban localizados en una posición correcta dentro del maxilar superior. ⁽¹⁵⁾

CAPÍTULO III
PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE
RESULTADOS.

3.1. Presentación de resultados.

De acuerdo a los datos obtenidos, los resultados fueron los siguientes:

CUADRO 1	
I.E.I N° 923 SHUDAL. CAJAMARCA - 2018	
5 AÑOS	33 NIÑOS
4 AÑOS	21 NIÑOS
3 AÑOS	24 NIÑOS
TOTAL	78

INTERPRETACIÓN: Cuadro 1. Resultados de la población estudiada. En total fueron 78 niños que comprende entre las edades de 3 años a 5 años.

**PLANO TERMINAL ESCALÓN MESIAL, PLANO RECTO Y ESCALÓN
DISTAL EN NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS.**

Cuadro 2. ESCALÓN MESIAL - 5 AÑOS.

HOMBRES			MUJERES		
PLANO TERMINAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PLANO TERMINAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESCALÓN MESIAL	5	38.46%	ESCALÓN MESIAL	10	50.00%
ESCALÓN RECTO	2	15.38%	ESCALÓN RECTO	5	25.00%
ESCALÓN DISTAL	1	7.69%	ESCALÓN DISTAL	0	0.00%
NO REGISTRA	5	38.46%	NO REGISTRA	5	25.00%
TOTAL	13	100%	TOTAL	20	100.00%

INTERPRETACIÓN: en nuestros resultados del Cuadro 2. Obtenemos la prevalencia del plano terminal Escalón Mesial en niños de 5 años, al 38.46% en hombres y mujeres en el 50%. Conseguimos una prevalencia de mayor porcentaje respecto al escalón Mesial.

CUADRO 3. ESCALÓN MESIAL – 4 AÑOS

HOMBRES			MUJERES		
PLANO TERMINAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PLANO TERMINAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESCALÓN MESIAL	8	57.14%	ESCALÓN MESIAL	4	57.14%
ESCALÓN RECTO	4	28.57%	ESCALÓN RECTO	2	28.57%
ESCALÓN DISTAL	2	14.29%	ESCALÓN DISTAL	1	14.29%
NO REGISTRA	0	0.00%	NO REGISTRA	0	0.00%
TOTAL	14	100.00%	TOTAL	7	100.00%

INTERPRETACIÓN: En nuestros resultados del Cuadro 3. Obtenemos la prevalencia del plano terminal Escalón Mesial en niños de 4 años, al 57.14% en hombres y mujeres. Conseguimos una prevalencia de mayor porcentaje respecto al escalón Mesial.

CUADRO 4. ESCALÓN MESIAL – 3 AÑOS

HOMBRES			MUJERES		
PLANO TERMINAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PLANO TERMINAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESCALÓN MESIAL	9	64.29%	ESCALÓN MESIAL	6	60.00%
ESCALÓN RECTO	4	28.57%	ESCALÓN RECTO	3	30.00%
ESCALÓN DISTAL	0	0.00%	ESCALÓN DISTAL	1	10.00%
NO REGISTRA	1	7.14%	NO REGISTRA	0	0.00%
TOTAL	14	100%	TOTAL	10	100.00%

INTERPRETACIÓN: En nuestros resultados del Cuadro 4. Obtenemos la prevalencia del plano terminal Escalón Mesial en niños de 3 años, al 64.29% en hombres y mujeres al 60.00%. Conseguimos una prevalencia de mayor porcentaje respecto al escalón Mesial.

CUADRO 5. ESCALÓN RECTO – 5 AÑOS.

HOMBRES			MUJERES		
PLANO TERMINAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PLANO TERMINAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESCALÓN MESIAL	5	38.46%	ESCALÓN MESIAL	10	50.00%
ESCALÓN RECTO	2	15.38%	ESCALÓN RECTO	5	25.00%
ESCALÓN DISTAL	1	7.69%	ESCALÓN DISTAL	0	0.00%
NO REGISTRA	5	38.46%	NO REGISTRA	5	25.00%
TOTAL	13	100%	TOTAL	20	100.00%

INTERPRETACIÓN: En nuestros resultados del Cuadro 5. Obtenemos la prevalencia del plano terminal Escalón Recto en niños de 5 años, al 15.38% en hombres y mujeres con 25.00%. Conseguimos una prevalencia de intermedio porcentaje respecto al escalón Recto.

CUADRO 6. ESCALÓN RECTO – 4 AÑOS.

HOMBRES			MUJERES		
PLANO TERMINAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PLANO TERMINAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESCALÓN MESIAL	8	57.14%	ESCALÓN MESIAL	4	57.14%
ESCALÓN RECTO	4	28.57%	ESCALÓN RECTO	2	28.57%
ESCALÓN DISTAL	2	14.29%	ESCALÓN DISTAL	1	14.29%
NO REGISTRA	0	0.00%	NO REGISTRA	0	0.00%
TOTAL	14	100.00%	TOTAL	7	100.00%

INTERPRETACIÓN: En nuestros resultados del Cuadro 6. Obtenemos la prevalencia del plano terminal Escalón Recto en niños de 4 años, al 28.57% en hombres y mujeres con 28.57%. Conseguimos una prevalencia de intermedio porcentaje respecto al escalón Recto.

CUADRO 7. ESCALÓN RECTO – 3 AÑOS.

HOMBRES			MUJERES		
PLANO TERMINAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PLANO TERMINAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESCALÓN MESIAL	9	64.29%	ESCALÓN MESIAL	6	60.00%
ESCALÓN RECTO	4	28.57%	ESCALÓN RECTO	3	30.00%
ESCALÓN DISTAL	0	0.00%	ESCALÓN DISTAL	1	10.00%
NO REGISTRA	1	7.14%	NO REGISTRA	0	0.00%
TOTAL	14	100%	TOTAL	10	100.00%

INTERPRETACIÓN: En nuestros resultados del cuadro 7. Obtenemos la prevalencia del plano terminal Escalón Recto en niños de 3 años, al 28.57% en hombres y mujeres con 30.00%. Conseguimos una prevalencia de intermedio porcentaje respecto al escalón Recto.

CUADRO 8. ESCALÓN DISTAL – 5 AÑOS.

HOMBRES			MUJERES		
PLANO TERMINAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PLANO TERMINAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESCALÓN MESIAL	5	38.46%	ESCALÓN MESIAL	10	50.00%
ESCALÓN RECTO	2	15.38%	ESCALÓN RECTO	5	25.00%
ESCALÓN DISTAL	1	7.69%	ESCALÓN DISTAL	0	0.00%
NO REGISTRA	5	38.46%	NO REGISTRA	5	25.00%
TOTAL	13	100%	TOTAL	20	100.00%

INTERPRETACIÓN: En nuestros resultados del Cuadro 8. Obtenemos la prevalencia del plano terminal Escalón Distal en niños de 5 años, al 7,69% en hombres y mujeres con 0.00%. Conseguimos una prevalencia de bajo porcentaje respecto al escalón distal.

CUADRO 9. ESCALÓN DISTAL – 4 AÑOS.

HOMBRES			MUJERES		
PLANO TERMINAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PLANO TERMINAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESCALÓN MESIAL	8	57.14%	ESCALÓN MESIAL	4	57.14%
ESCALÓN RECTO	4	28.57%	ESCALÓN RECTO	2	28.57%
ESCALÓN DISTAL	2	14.29%	ESCALÓN DISTAL	1	14.29%
NO REGISTRA	0	0.00%	NO REGISTRA	0	0.00%
TOTAL	14	100.00%	TOTAL	7	100.00%

INTERPRETACIÓN: En nuestros resultados del Cuadro 9. Obtenemos la prevalencia del plano terminal Escalón Distal en niños de 4 años, al 14.29% en hombres y mujeres con 14.29%. Conseguimos una prevalencia de bajo porcentaje respecto al escalón distal.

CUADRO 10. ESCALÓN DISTAL – 3 AÑOS.

HOMBRES			MUJERES		
PLANO TERMINAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PLANO TERMINAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESCALÓN MESIAL	9	64.29%	ESCALÓN MESIAL	6	60.00%
ESCALÓN RECTO	4	28.57%	ESCALÓN RECTO	3	30.00%
ESCALÓN DISTAL	0	0.00%	ESCALÓN DISTAL	1	10.00%
NO REGISTRA	1	7.14%	NO REGISTRA	0	0.00%
TOTAL	14	100%	TOTAL	10	100.00%

INTERPRETACIÓN: En nuestros resultados del Cuadro 10. Obtenemos la prevalencia del plano terminal Escalón Distal en niños de 3 años, al 0.00% en hombres y mujeres con 10.00%. Conseguimos una prevalencia de bajo porcentaje respecto al escalón distal.

CUADRO 11. PREVALENCIA DEL PLANO TERMINAL RESPECTO AL GÉNERO

GÉNERO		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	41	52.56%
FEMENINO	37	47.44%
TOTAL	78	100.00%

INTERPRETACIÓN: En nuestros resultados del Cuadro 11. Obtenemos la prevalencia respecto al Género. Siendo el más prevalente, el plano mesial, en el Género Masculino con un 52.56% que en el Género Femenino al 47.44 %.

3.2. INTERPRETACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

El método de investigación fue observacional, transversal, descriptiva y prospectivo. Lo cual tuvo como objetivo conocer la prevalencia de los planos terminales según Baume en niños de 3 a 5 años de la I.E.I. N° 923 Shudal. Cajamarca - 2018.

La investigación fue de tipo Descriptiva ya que se trabajó con un solo grupo de estudio conformado por 78 niños de 3 a 5 años de edad; donde el plano terminal viene a ser la variable, la cual fue evaluada a través del valor: plano terminal mesial, plano terminal recto, plano terminal distal; con el objetivo de conocer la prevalencia de los planos terminales en niños de 3 a 5 años.

Por lo tanto, de acuerdo con el trabajo de investigación, los resultados obtenidos permiten resaltar y discutir los siguientes aspectos:

La prevalencia de los planos terminales en los niño de 3 a 5 años obtenemos que el escalón mesial es el más prevalente, seguido el escalón recto y por último el escalón distal. Respecto al género, obtuvimos que el Género Masculino es el más prevalente que el Género Femenino. Se acepta nuestra hipótesis planteada.

Por ello, Los resultados encontrados en el presente trabajo son similares a estudios internacionales como:

López (2015) en Veracruz, en su estudio: Prevalencia de los planos terminales y arcos Baume en pacientes atendidos en la clínica de la especialización en odontología infantil. Muestra fue 72 modelos (34) femenino, (38) masculino. Sus resultados con respecto a los planos terminales fueron: Con un 79.2% presentaron una prevalencia de plano terminal mesial, seguido el plano terminal recto con un 16.7% y ultimo un plano terminal distal con un 2.8%. Concordando con nuestros resultados respecto a la prevalencia del Plano Terminal Mesial, Recto y Distal.

Galena (2014) en México, En su estudio: características de la oclusión en dentición temporal en pacientes de la clínica de la especialidad de odontopediatría de la UAEMt. Muestra fueron 62 pacientes de 3 a 5 años. Sus resultados fueron los siguientes: en niños de 4 a 5 años se encontró un plano terminal mesial con un valor de 13.3% seguido un plano terminal recto con un 4.8% final un plano terminal distal en niños de 3 años con 1.6%. Concordando con nuestros resultados respecto a los planos terminales, siendo el más prevalente el plano terminal mesial.

Ramirez (2011) en México, En su estudio: características y alteraciones de la oclusión en la dentición primaria en preescolares de 3 a 6 años. Su grupo de estudio se comprende con 61 niños de edad preescolar. Observa características propias de la edad, con respecto a los planos terminales encuentra con un 3 % escalón distal seguido 2% con un plano mesial exagerada. No concordando con nuestros resultados ya que el autor más se basa en las características las frecuentes de la oclusión.

Cuya (2014) Perú, en su estudio: prevalencia de plano terminal según género en niños de 3 a 6 años en el centro de salud masusa. La muestra fue 357 niños de 3 a 6 años. Sus resultados con respecto a su estudio: el plano terminal recto es el más prevalente con 45.9%, el plano mesial con 43.7% y el distal con 7.3%. No existe evaluación con respecto al género como en nuestro estudio.

Flores (2014) Perú, en su estudio: Asociación de las características oclusales con la edad y género en niños con dentición decidua de una institución educativa pública del distrito de Ate Vitarte. Su muestra estuvo conformada por 108 niños de 3 a 5 años. Sus resultados fueron: el plano terminal mesial es el más prevalente con un 16.7%, seguido un plano terminal recto con 14.8%, final el plano terminal escalón distal con 2.8%. Respecto al género el más prevalente es el género masculino. Concordando con nuestros resultados.

Nuñez (2011) Perú, en su estudio: Frecuencia y amplitud de espacios primates y tipo de plano terminal en niños de 3 – 5 años. Muestra fue 164 niños. Sus resultados son: el plano más prevalente es el plano terminal recto con 47.65% luego el Plano Terminal Mesial 26.83% y final el Plano Terminal Distal con 3.66%. Existiendo algunas concordancias con nuestro resultado. Tendremos en cuenta de la edad con respecto al estudio de Nuñez, ya que los niños de 3 años son los más prevalentes a tener Escalón Recto.

Aceptamos nuestra hipótesis ya que hay concordancias con nuestros resultados.

CAPÍTULO IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. CONCLUSIONES

Sobre la base de los resultados se puede concluir:

1. Es importante que la dentición decidua se desarrolle de la forma más óptima posible, para tratar de obtener una oclusión aceptable en la dentición permanente. Sin embargo existen factores de carácter hereditario y ambiental que pueden ocasionar una maloclusión.
2. La prevalencia de los planos terminales en niños de 3 a 5 años de edad, obtenemos como resultado con mayor prevalencia el escalón mesial, con un porcentaje mayor de 53.85%.
3. La prevalencia de los planos terminales en niños de 3 a 5 años de edad, obtenemos como resultado el escalón recto, con un porcentaje intermedio de 25.64%.
4. La prevalencia de los planos terminales en niños de 3 a 5 años de edad, obtenemos como resultado el escalón distal, con un porcentaje bajo de 6.41%.

5. La prevalencia según el género en nuestro estudio, adquirimos que el género masculino tiene mayor prevalencia en el plano mesial que en el femenino.
6. Respecto a nuestra hipótesis planteada: El plano terminal mesial es el más prevalente en niños de 3 a 5 años, aceptamos la hipótesis planteada con relación a nuestro resultado adquirido.

4.2. RECOMENDACIONES

1. Para determinar la evaluación del plano terminal es necesario la realización de estudios longitudinales de tal manera que se pueda observar si el plano terminal se mantiene o sufre modificaciones en el transcurso de la dentición decidua a la mixta.
2. Se recomienda ampliar este estudio para poder comparar los resultados con una mayor población para así determinar de mejor manera las alteraciones de forma y dimensión que se pueden encontrar en la población.
3. Es importante que los odontólogos no olviden el uso de estos índices, ya que es una manera de detectar alteraciones tempranas en los niños, para así poder prevenirlas a tiempo y evitar futuros tratamientos costosos.

FUENTES DE INFORMACIÓN.

1. López, BV., “prevalencia de los planos terminales y arcos de baume en pacientes atendidos en la clínica de la especialización en odontología infantil, del 2013 al 2015, en la ciudad de xalapa, veracruz.” [Tesis Maestría]. Xalapa – Veracruz: Universidad veracruzana. Facultad de odontología especialización en odontología infantil; 2015.
2. Flores, BAA., “Asociación de las características oclusales con la edad y género en niños con dentición decidua de una institución educativa pública del distrito de Ate Vitarte en el año 2013” [Tesis Maestría]. Lima – Perú: Universidad peruana de ciencias aplicadas. Facultad de ciencias de la salud - escuela de odontología; 2014.
3. Pedroni, QG., “Características oclusales, craneométricas y biotipo facial en una población de niños mestizos preescolares de la ciudad de chihuahua” [Tesis Maestría]. Chihuahua – Chih: Universidad autónoma de chihuahua. Odontología; 2012.
4. Galeana, VR., “características de la oclusión temporal en pacientes de la clínica de especialidad de odontopediatría de la UAEM” [tesis – especialización]. Toluca – México: Universidad autónoma del estado de México. Facultad de odontología; 2014.
5. Ramírez MJ., et al. “características y alteraciones de la oclusión en la dentición primaria en preescolares de 3 a 6 años en Tabasco, México” [tesis titulación]. Tabasco – México. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. División académica de ciencias de la salud; 2011.
6. Cuya, GRA, Paredes, VSK. “prevalencia del plano terminal según género en niños de 3 a 6 años en el centro de salud Masusa” [tesis título]. San Juan – Iquitos – Perú: Universidad peruana del oriente. Facultad de ciencias de la salud, escuela de estomatología; 2014.

7. Núñez, RAD., “frecuencia de amplitud de espacios primates y tipo de plano terminal en niños de 3-5 años, del distrito el porvenir – Trujillo” [tesis bachiller]. Trujillo – Perú: universidad Nacional de Trujillo. Facultad de medicina humana – escuela de estomatología; 2010.
8. Reyes, RCA., “Asociación de la oclusión de los primeros molares permanentes con los planos terminales, de la primera dentición en una población de niños del posgrado de odontopediatría” [tesis maestría]. San Nicolás de los Garza, N.L. – México: Universidad autónoma nuevo león. Facultad de odontología; 2012
9. Moreno, CAC., “Alteraciones de la forma y la dimensión de las arcadas en niños con dentición decidua completa de 3 a 5 años en la escuela Marieta de Veintimilla durante el periodo marzo - julio” [tesis título]. Loja – Ecuador: Universidad nacional de Loja. Área de salud humana – carrera de odontología; 2016.
10. Mc, Donald, Ry Arevy D. (1983) odontología para el niño o adolescente. V.S.A. ed. Mundi.
11. Sim, J (1987) movimientos dentarios menores en niños, Buenos Aires: Editorial Mundi.
12. Baume, L. (1950) la migración fisiológica de los dientes y su importancia.
13. Obregón, PJC., “Tipo de escalón molar y espacios primates en dentición decidua en niños de 3 a 5 años que recibieron lactancia materna y mixta en la provincia de Huaráz, Ancash” [tesis título]. Lima – Perú: Universidad alas peruanas. Facultad de ciencias de la salud – escuela profesional de estomatología; 2008
14. Santos, M (05 de 2009). Características en dentición decidua: prevalencia de los tipos de arcos y su repercusión en la dentición permanente.

15. Cayela, A. (2010). Tamaño radicales y coronales de los molares temporales en una muestra de niños españoles.
16. Moyers, et al., manual de ortodoncia. Edit: Medica Panamericana; 1992: p.103- 149.
17. Graber, T., "Ortodoncia, principios terminales". Primera edición, ed Buenos Aires: editorial medica panamericana; 1992: p. 78 – 117.
18. Bishara S, "cambios en las relaciones molares entre la dentadura definitiva y la dentición permanente": un estudio longitudinal. Am J orthod 3 dent facial; 1988, 93: p. 19 – 28.
19. Loo Macias, Mereases Hernandez, "factores causales que intervienen en la aparición de mal oclusiones en niños de 6 a 13 años de edad que asisten a la unidad de medicina familiar N° 7" memorias y mejores trabajos. Simposio – Querétaro; 2006.
20. Proffit, W., "ortodoncia teoría y práctica" La edición Madrid: Mosby – doyma libros SA; 1996.
21. Proff, W., "Valoración el características de maloclusión un acercamiento sistemática para planear el tratamiento "AM J ortodontic 1973: p. 64 – 238.
22. Gonzales, D. Alemán, P. Díaz, L. delgado, Y. 2010 (1 de 10 de 2013) Evaluacion de la interrelacion de cronología y secuencia de erupción de canino y segunda premolar superior en pacientes entre los 9 y 12 años de edad.
23. Latham, B. (2011) análisis de dentición el decidua propuesta por carrea.
24. Hernández SR, Metodología de la investigación científica. Segunda edición. México. Editorial Mc Graw Hill, 2000.

ANEXO 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA.

“PREVALENCIA DE LOS PLANOS TERMINALES SEGÚN BAUME EN NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS DE LA I.E.I. 923 SHUDAL. CAJAMARCA - 2018”.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	VALOR	ESCALA	METODOLOGÍA
PROBLEMA PRINCIPAL: ¿Cuál es la prevalencia de los planos terminales según baume en niños de 3 a 5 años de la I.E.I. Shudal. Cajamarca – 2018?	OBJETIVO GENERAL: Conocer la prevalencia de los planos terminales según baume en niños de 3 a 5 años de la I.E.I. Shudal. Cajamarca – 2018?	HIPÓTESIS GENERAL: El plano terminal escalón mesial según baume será el más prevalente en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I. Shudal. Cajamarca – 2018?	PLANO TERMINAL.	Plano terminal escalón mesial	Nominal	POBLACIÓN: P: 63 niños de 3 a 5 años de la I.E.I. Shudal. Cajamarca – 2017.
				Plano terminal recto		
				Plano terminal escalón distal		
PROBLEMA SECUNDARIOS: 1. ¿Cuál es la prevalencia del plano terminal escalón mesial según baume en niños de 3 a 5 años de la I.E.I. Shudal. Cajamarca – 2018? 2. ¿Cuál es la prevalencia del plano terminal recto según baume en niños de 3 a 5 años de la I.E.I. Shudal. Cajamarca – 2018? 3. ¿Cuál es la prevalencia del plano terminal escalón distal según baume en niños de 3 a 5 años de la I.E.I. Shudal. Cajamarca – 2018? 4. ¿Cuál es la prevalencia de los planos terminales según el género en niños de 3 a 5 años de la I.E.I. Shudal. Cajamarca – 2018?	OBJETIVO ESPECÍFICO: 1. Determinar la prevalencia del plano terminal escalón mesial según baume en niños de 3 a 5 años de la I.E.I. Shudal. Cajamarca – 2018 2. Determinar la prevalencia del plano terminal recto según baume en niños de 3 a 5 años de la I.E.I. Shudal. Cajamarca – 2018 3. Determinar la prevalencia del plano terminal escalón distal según baume en niños de 3 a 5 años de la I.E.I. Shudal. Cajamarca – 2018 4. Determinar la prevalencia de los planos terminales según el género en niños de 3 a 5 años de la I.E.I. Shudal. Cajamarca – 2018		EDAD	Años / meses	Ordinal	MUESTRA: n: 78 niños de 3 a 5 años de la I.E.I. Shudal. Cajamarca – 2018.
			GÉNERO	Masculino / femenino	Nominal	TIPO DE INVESTIGACIÓN: Investigación Básica.
						MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN : Observacional, Transversal, Descriptiva, prospectivo.
						DISEÑO: Descriptiva – Correlacional.

ANEXO 2.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del paciente _____

Edad _____

Género: Masculino () Femenino ()

Por medio del presente autorizo que a mi hijo (a) le puedan realizar los procedimientos odontológicos necesarios, los cuales me han sido previamente explicados por el Odontólogo (a) y estos puedan ser utilizados para el análisis correspondiente.

Nombre y firma del padre o apoderado

ANEXO 3.

FICHA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Apellidos y nombres.....

Edad:.....

Género: Masculino () Femenino ()

ANÁLISIS DE LA OCLUSIÓN

RELACIÓN MOLAR

Tipo de Escalón:	
Plano terminal mesial	
Plano terminal recto	
Plano terminal distal.	

ANEXO. 4

VALIDACION DE INSTRUMENTOS



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA
ESCALA DE CALIFICACIÓN
PARA EL JUEZ EXPERTO

Estimado juez experto (a): Mg. C.D. Katherin Melissa Becerra Jiménez

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta correspondiente al proyecto de investigación Titulada:

"PREVALENCIA DE LOS PLANOS TERMINALES SEGÚN BAUME EN NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS DE LA I.E.I Nº 923 SHUDAL. CAJAMARCA - 2018."


Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	X		
2. La estructura del instrumento es adecuado	X		
3. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	X		
4. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
5. Los ítems son claros y entendibles	X		
6. El número de ítems es adecuado para su aplicación	X		

SUGERENCIAS:

.....

.....


Katherin M. Becerra Jiménez
CIRUJANO DENTISTA
C.O.P. 28183

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JUEZ EXPERTO



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA
ESCALA DE CALIFICACIÓN
PARA EL JUEZ EXPERTO

Estimado juez experto (a): MARINA MERCEDES DENAS CALDERÓN

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta correspondiente al proyecto de investigación Titulada:

"PREVALENCIA DE LOS PLANOS TERMINALES SEGÚN BAUME EN NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS DE LA I.E.I Nº 923 SHUDAL. CAJAMARCA - 2018."

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	X		
2. La estructura del instrumento es adecuado	X		
3. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	X		
4. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
5. Los ítems son claros y entendibles	X		
6. El número de ítems es adecuado para su aplicación	X		

SUGERENCIAS:

.....
.....

C.D. Marina Mercedes Denas Calderón
C.O.P. 24388 R.N.E. 1218

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JUEZ EXPERTO



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA
ESCALA DE CALIFICACIÓN
PARA EL JUEZ EXPERTO

Estimado juez experto (a): Jeanette Nique Manchego

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta correspondiente al proyecto de investigación Titulada:

"PREVALENCIA DE LOS PLANOS TERMINALES SEGÚN BAUME EN NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS DE LA I.E.I Nº 923 SHUDAL. CAJAMARCA - 2018."

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	X		
2. La estructura del instrumento es adecuado	X		
3. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	X		
4. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
5. Los ítems son claros y entendibles	X		
6. El número de ítems es adecuado para su aplicación	X		

SUGERENCIAS:

.....
.....

Dr. Jeanette Nique Manchego
CRUJANO DENTISTA
DENTOPEDIATRA
COP. 17081 RNS. 1804

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

Hg. Esp. CD. Jeanette Nique Manchego

ANEXO 5.

CONSTANCIA DE EJECUCIÓN DE TESIS

CONSTANCIA DE EJECUCION DE TESIS.

Quien suscribe, APOLONIA SOLON HUACCHA, Director de la I.E.I N° 923 SHUDAL, hace constatar que la señorita. LUCERO MARINA VALENCIA CACHI, identificado con el DNI: 48818287. Estudiante de la facultad de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas con el código universitario 2010143345, ha realizado la ejecución del proyecto de tesis, el día 24 de julio del 2018. En "Prevalencia de los planos terminales según Baume en niños de 3 a 5 años de la I.E.I N° 923 Shudal. Cajamarca - 2017". Donde mostró en todo momento eficiencia, puntualidad, responsabilidad y buena formación académica.

Otorga la presente constancia a solicitud de la interesada para los fines que se estime conveniente.

Atentamente.





APOLONIA SOLON HUACCHA

Director.

ANEXO. 6

FOTOS.

I.E.I SHUDAL.

DE ACUERDO A NUESTRO
CRITERIO DE INCLUSIÓN.
PROSEGUIMOS CON LA
EVALUACION Y LLENADO DE
CADA FICHA ODOTOLÓGICA.



NIÑOS DE 5 AÑOS DE EDAD.

PARA EMPEZAR LA
EVALUACIÓN Y LLENADO DE
FICHA ODONTOLÓGICA, SE
REALIZÓ UNA EXPLICACIÓN
BREVE SOBRE EL
CEPILLADO DE LOS
DIENTES.





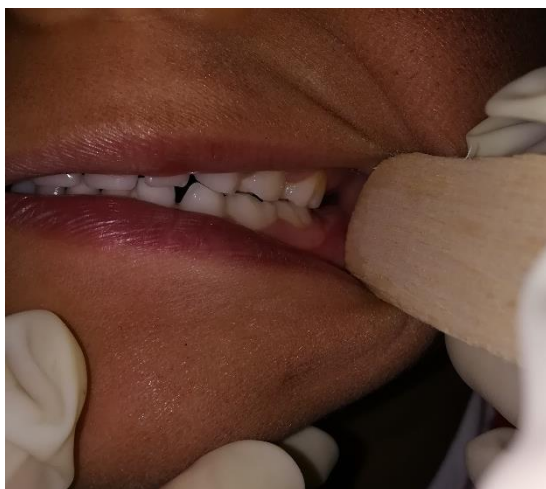
EVALUACIÓN DEL PLANO
TERMINAL

NIÑOS DE 4 AÑOS DE EDAD



EVALUACIÓN DEL PLANO
TERMINAL

EVALUACIÓN Y LLENADO DE LA FICHA ODONTOLÓGICA SEGÚN EL PLANO TERMINAL



NIÑOS DE 3 AÑOS DE EDAD.
ESCUCHANDO LA BREVE
EXPLICACIÓN DEL CEPILLADO
DE LOS DIENTES.

TERMINANDO EL LLENADO DE NUESTRAS FICHAS ODONTOLÓGICAS. SE REALIZÓ LA ENTREGA DE UN CEPILLO Y PASTA DENTAL A CADA NIÑO COMO SÍMBOLO DE AGRADECIMIENTO.

