



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

TESIS

**RIESGO ESTOMATOLÓGICO Y PÉRDIDA PREMATURA
DE DIENTES DECIDUOS POR CARIES EN NIÑOS DE 6 A
9 AÑOS DEL COLEGIO 1178 "JAVIER HERAUD", LIMA,
2019**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
CIRUJANO DENTISTA**

PRESENTADO POR:

BACHILLER: ESPINOZA ROMERO, ELUISA JACKELINE

ASESOR: Mg. FRANK JULIO CARRIÓN MOLINA

LIMA – PERÚ

2019

A mis padres por su amor, esfuerzo, paciencia y apoyo incondicional durante todo éste proceso de formación, gracias a sus consejos, sus valores y motivación constante me han permitido ser una persona de bien y hoy cumplir un sueño más, gracias a ustedes hoy puedo ver alcanzada mi meta.

A Dios por brindarme salud, por acompañarme siempre todos los días de mi vida, por haberme dado fuerza y valor para lograr mis metas.

A mis padres y hermanos que han sido parte fundamental en mi vida, enseñándome a no desfallecer ni rendirme ante nada, sé que están orgullosos de la persona en que me he convertido.

Agradezco a la Universidad Alas Peruanas, a mis diversos docentes que me brindaron su conocimiento y apoyo para continuar día a día.

Quiero expresar mi profundo agradecimiento a mi asesor de tesis Mg. Frank Carrión Molina; por su generosidad, quienes estuvieron guiándome académicamente con su experiencia, colaboración y profesionalismo en el desarrollo de éste trabajo.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo el determinar la relación que hay entre el riesgo estomatológico y la pérdida prematura de dientes deciduos por caries en niños de 6 a 9 años, de la Institución Educativa N° 1178 “Javier Heraud” en el distrito de San Juan de Lurigancho, en marzo del 2019; por lo cual se diseñó esta investigación de características de acuerdo a su diseño metodológico, como observacional, prospectivo, transversal y correlacional, para la que se determinó un tamaño muestral de 80 niños. Se encontró dentro de los resultados con respecto al Riesgo Estomatológico (RE), en cuanto a la susceptibilidad del huésped, el 53,75% tuvo un nivel alto; el 25% tuvo un nivel moderado; y el 21,25% tuvo un nivel de riesgo bajo. Con respecto a la dimensión del RE de higiene se describe que el 36,25% tiene un nivel alto; el 55% tiene un riesgo moderado y el 8,75% tiene un riesgo bajo. Por último, en cuanto al RE en relación al consumo de azúcares, se encontró que el 40% tuvo un riesgo alto; el 41,25% tuvo un riesgo moderado; y el 18,75% tuvo un riesgo bajo. Por otro lado, con respecto a la variable de pérdida de piezas dentales deciduas, el 61,25 % no experimentó pérdida de alguna pieza; el 25% perdió 1 pieza decidua; el 12,5% perdió 2; y el 1,25% perdió 4. Cuando se analiza la pérdida dental en relación al género, se obtiene que la proporción de niños que la tuvo, fue el 51,61%, versus un 48,39% de las niñas. Sobre la pieza dental más afectada por la condición de pérdida prematura fue la pieza 85.

Palabras clave: Pérdida dental prematura, Riesgo estomatológico.

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the relationship between stomatological Risk and premature loss of deciduous teeth due to caries in children from 6 to 9 years old, from the Educational Institution No. 1178 "Javier Heraud" in the district of San Juan of Lurigancho, in March 2019; for which this research of characteristics was designed according to its methodological design, as observational, prospective, transversal and correlational, for which a sample size of 80 children was determined. It was found within the results with respect to the Stomatological Risk (SR), that as regards the Susceptibility of the host, 53.75% had a High level; 25% had a Moderate level; and 21.25% had a Low level. Regarding the dimension of the Hygiene RE, it is described that 36.25% has a High level; 55% have a Moderate risk and 8.75% have a Low risk. Finally, regarding the RE in relation to the consumption of sugars, it was found that 40% had a high risk; 41.25% had a Moderate risk; and 18.75% had a low risk. On the other hand, with regard to the variable of loss of deciduous teeth, 61.25% did not experience loss of any part; 25% lost 1 deciduous piece; 12.5% lost 2; and 1.25% lost 4. When analyzing dental loss in relation to gender, we obtain that the proportion of children who had it was 51.61%, versus 48.39% of girls. The piece 85 was the most affected by the premature loss condition.

Key words: Premature tooth loss, Stomatological risk.

ÍNDICE

Pág.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE GRÁFICOS

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática 12

1.2. Formulación del problema 14

1.3. Objetivos de la investigación 15

1.4. Justificación de la investigación 16

1.4.1. Importancia de la investigación 17

1.4.2. Viabilidad de la investigación 18

1.5. Limitaciones 18

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación 19

2.2. Bases teóricas 26

2.3. Definición de términos básicos 39

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Formulación de la hipótesis principal y derivadas 40

3.2 Variables; dimensiones e indicadores y definición conceptual y operacional	41
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	
4.1. Diseño metodológico	42
4.2. Diseño muestral	42
4.3. Técnicas e instrumento de recolección de datos	44
4.4. Técnicas de procesamiento de la información	48
4.5. Aspectos éticos contemplados	49
CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	
5.1. Análisis descriptivo, tablas de frecuencia, gráficos, dibujos, fotos, tablas, etc.	51
5.2. Análisis inferencial, pruebas estadísticas paramétricas, no Paramétricas, de correlación, de regresión u otras.	53
5.3. Comprobación de hipótesis, técnicas estadísticas empleadas	65
5.4. Discusión	66
CONCLUSIONES	71
RECOMENDACIONES	72
FUENTES DE INFORMACIÓN	73
ANEXOS	78
Anexo 1: Carta de presentación	79
Anexo 2: Constancia de desarrollo de la investigación	80
Anexo 3: Consentimiento Informado	81
Anexo 4: Asentimiento Informado	82
Anexo 5: Instrumento de recolección de datos	83

Anexo 6: Diario dietético	86
Anexo 7: Cartilla de cotejo de pérdida prematura en dentición decidua según edad (6 a 9 años)	88
Anexo 8: Matriz de consistencia	90
Anexo 9: Fotografías	91

INDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1: Riesgo estomatológico de acuerdo a la susceptibilidad del huésped.	51
Tabla 2: Riesgo estomatológico de acuerdo al índice IHOS.	53
Tabla 3: Riesgo estomatológico de acuerdo al consumo de azúcares.	55
Tabla 4: Piezas dentales deciduas perdidas.	57
Tabla 5: Pérdida prematura de dientes deciduos de acuerdo al sexo en los niños de 6 a 9 años de la Institución Educativa N° 1178 “Javier Heraud” en el 2019.	59
Tabla 6: Pérdida prematura de dientes deciduos de acuerdo al número de pieza perdida.	61
Tabla 7: Correlación de Spearman para la asociación de Riesgo Estomatológico y la pérdida prematura de dientes deciduos.	63

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1: Riesgo estomatológico de acuerdo a la susceptibilidad del huésped.	52
Gráfico 2: Riesgo estomatológico de acuerdo al índice IHOS.	54
Gráfico 3: Riesgo estomatológico de acuerdo al consumo de azúcares.	56
Gráfico 4: Piezas dentales deciduas perdidas.	58
Gráfico 5: Pérdida prematura de dientes deciduos de acuerdo al sexo en los niños de 6 a 9 años de la Institución Educativa N° 1178 “Javier Heraud” en el 2019.	60
Gráfico 6: Pérdida prematura de dientes deciduos de acuerdo al número de pieza perdida.	62
Gráfico 7: Gráfico de dispersión acumulada de casos.	64

INTRODUCCIÓN

El riesgo estomatológico se define como la probabilidad de que un individuo, adquiera una de las enfermedades orales de mayor prevalencia, es decir, caries dental, enfermedad periodontal o maloclusiones.

La caries dental, enfermedad infecciosa transmisible y multifactorial considerada un problema en salud pública que afecta considerablemente a la población infantil según la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En los niños la conservación de la dentición decidua debe ser íntegra hasta el momento de recambio; por la dentición permanente, sin embargo cuando es afectado por la caries dental, ésta produce procesos odontodestructivos provocando la pérdida prematura de los dientes deciduos, trayendo como consecuencias alteraciones en la oclusión, mal posiciones dentarias, apiñamientos etc.

La salud oral, así como la salud general, es un factor determinante para la calidad de vida, motivo por el cual se planteó la presente investigación, con el objetivo de determinar la relación entre el riesgo estomatológico y la pérdida prematura de dientes deciduos por caries en los niños de 6 a 9 años del colegio 1178 "Javier Heraud" de acuerdo a la ficha de recolección formulado por el autor, en donde se mencionan 3 principales factores, experiencia de caries, índice de higiene oral y la frecuencia de consumo de azúcares extrínsecos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

La caries afecta tanto a la corona como a la raíz del diente y la no atención oportuna causa la pérdida del órgano dentario, logrando constituirse como un foco infeccioso para el individuo y para las personas vinculadas a él; sumado a ello, actualmente hay mucho desconocimiento por parte de la población sobre la importancia de conservar las piezas de la dentición decidua.

En los niños, la pérdida prematura de dientes deciduos suele ser la consecuencia del deterioro de la salud bucal principalmente por la caries dental; aunque otras condiciones como la enfermedad periodontal, traumatismos, reabsorciones radiculares también lo ocasionan.

En los países en vías de desarrollo, la caries, enfermedad transmisible y multifactorial que afecta a gran parte de la población, es reconocida como un factor de riesgo de otras enfermedades bucales, y está asociada a una deficiente higiene bucal, al consumo de una dieta cariogénica, a la visita no habitual al odontólogo, al nivel de ingresos económicos y al conocimiento insuficiente sobre la salud dental; esta, puede presentarse ocasionando la necesidad de extraer la pieza dental, inclusive desde la primera dentición.

Los padres cumplen un papel fundamental en la conservación de la buena salud bucal de sus hijos, pues son los responsables de la elección de la dieta que consumen, son los encargados de velar por la buena higienización dental y de llevarlos a sus controles preventivos al dentista; de manera tal que se

puedan controlar los aspectos considerados riesgosos para su salud estomatológica.

Cuando se da la pérdida prematura de los dientes deciduos, da lugar a la alteración de la oclusión mediante el desplazamiento o migración de las piezas vecinas hacia los espacios vacíos si es que los niños no reciben tratamientos rehabilitadores como mantenedores de espacio, lo que condiciona que al momento de la erupción de las piezas permanentes, estas últimas no encuentren su espacio, agravando las condiciones de oclusión en la dentición permanente.

La pérdida prematura de piezas dentales en la primera dentición, como medida preventiva en un sentido más amplio, amerita el uso de mantenedores de espacio que permita mantener la integridad del arco dental, las relaciones oclusales, e incluso la dimensión vertical; esta rehabilitación implica un esfuerzo adicional que involucra tiempo e inversión económica en el mejor de los casos.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

- ¿Cuál es la relación entre el riesgo estomatológico y la pérdida prematura de dientes deciduos en niños de 6 a 9 años, de la Institución Educativa N° 1178 “Javier Heraud”, en el 2019?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es el riesgo estomatológico de acuerdo a la susceptibilidad del huésped según la evaluación de la experiencia de caries de los niños de 6 a 9 años, de la Institución Educativa N° 1178 “Javier Heraud” en el 2019?
- ¿Cuál es el riesgo estomatológico de acuerdo a la higiene según el IHOS de los niños de 6 a 9 años, de la Institución Educativa N° 1178 “Javier Heraud” en el 2019?
- ¿Cuál es el riesgo estomatológico de acuerdo a la dieta según frecuencia diaria de consumo de azúcares extrínsecos de los niños de 6 a 9 años, de la Institución Educativa N° 1178 “Javier Heraud” en el 2019?
- ¿Cuál es la prevalencia de la pérdida prematura de dientes deciduos en los niños de 6 a 9 años, de la Institución Educativa N° 1178 “Javier Heraud” en el 2019?
- ¿Cuál es el género más afectado por la pérdida prematura de dientes deciduos en los niños de 6 a 9 años, de la Institución Educativa N° 1178 “Javier Heraud” en el 2019?
- ¿Cuál es la pieza dental decidua perdida con mayor frecuencia en los niños de 6 a 9 años, de la Institución Educativa N° 1178 “Javier Heraud” en el 2019?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

- Determinar la relación entre el riesgo estomatológico y la pérdida prematura de dientes deciduos por caries en niños de 6 a 9 años, de la Institución Educativa N° 1178 “Javier Heraud” en el 2019.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar el riesgo estomatológico de acuerdo a la susceptibilidad del huésped según la experiencia de caries de los niños de 6 a 9 años, de la Institución Educativa N° 1178 “Javier Heraud” en el 2019, mediante su experiencia de caries.
- Determinar el riesgo estomatológico de acuerdo a la higiene según el índice IHOS de los niños de 6 a 9 años, de la Institución Educativa N° 1178 “Javier Heraud” en el 2019, mediante la valoración de la placa bacteriana.
- Determinar el riesgo estomatológico de acuerdo a la dieta según la frecuencia diaria de consumo de azúcares extrínsecos de los niños de 6 a 9 años, de la Institución Educativa N° 1178 “Javier Heraud” en el 2019, según la frecuencia de consumo de azúcar extrínseca diaria.
- Determinar la prevalencia de la pérdida prematura de dientes deciduos en los niños de 6 a 9 años, de la Institución Educativa N° 1178 “Javier Heraud” en el 2019.
- Determinar cuál es el género más afectado por la pérdida prematura de dientes deciduos en los niños de 6 a 9 años, de la Institución Educativa N° 1178 “Javier Heraud” en el 2019.

- Identificar cuál es la pieza dental decidua perdida con mayor frecuencia en los niños de 6 a 9 años, de la Institución Educativa N° 1178 “Javier Heraud” en el 2019.

1.4. Justificación de la investigación

Este trabajo de investigación tuvo una justificación fundamentada en la necesidad de obtener la información para poder desarrollar estrategias alternativas eficaces para lograr un mejor entendimiento de la etiología de los aspectos que llevan a una pérdida dental prematura.

Ante las visitas a la I.E. N° 1178 “Javier Heraud”, es usual escuchar comentarios de los padres de familia de los escolares de la I.E. N° 1178, “Javier Heraud”, donde manifiestan sobre la primera dentición que “esos dientes de niño no son tan importantes” o que “da igual si le salen caries, porque igual van a aparecer dientes nuevos”.

El reconocer el factor etiológico y la asociación que existe con la pérdida prematura de la dentición temprana permitirá un abordaje con una mejor base, reconociendo las distintas dimensiones estudiadas.

Con esta investigación esperamos que los odontólogos implementemos charlas para concientizar a los niños, docentes y padres de familia, brindándole información oportuna sobre el cuidado y conservación de las piezas dentales deciduas, de esta manera prevenir la aparición de problemas de oclusión a futuro.

1.4.1. Importancia de la investigación

Los hallazgos encontrados en este estudio son importantes en primer lugar para los padres de familia de los escolares, sujetos de estudio, porque tienen información precisa sobre el estado de sus menores hijos con respecto a la susceptibilidad del huésped, la higiene y la dieta; y cómo cada uno de esos aspectos afectan su salud dental al ser condición que pueda propiciar la pérdida dental prematura.

Los resultados que se han obtenido a partir de este trabajo de investigación son importantes para las autoridades del centro educativo, porque pueden articular acciones dentro de asignaturas como personal social, actividades encaminadas al fortalecimiento de la salud de la persona en el campo de la salud bucal en base a los resultados obtenidos.

La información obtenida en el presente trabajo es de importancia para las autoridades sanitarias en la salud oral y salud pública estomatológica porque podrá tenerse información epidemiológica que permita diseñar actividades dentro de programas comunitarios para el fortalecimiento de la salud bucodental y evitar la pérdida temprana dental, disminuyendo las futuras complicaciones.

Lo encontrado en este trabajo, también es de importancia para la comunidad científica en general, porque la información desarrollada, permite un mayor entendimiento de la conducta y las técnicas de manejo en los pacientes pediátricos, así como aspectos socioculturales.

1.4.2. Viabilidad de la investigación

La presente investigación fue viable en su desarrollo ya que se contó con el apoyo y aprobación por parte de la I.E. 1178 “Javier Heraud”, facilitando el acceso a las aulas, con el permiso del director y de los docentes encargados de los niños.

La I.E. 1178 “Javier Heraud” brindó todas las facilidades para recabar la información lo cual sirvió para responder lo formulado en el problema de investigación.

Para la aplicación de la presente investigación también se contó con los recursos humanos necesarios: el investigador, el asesor metodológico, el asesor estadista y los niños de la I.E. 1178 “Javier Heraud”, los estudiantes que fueron los sujetos de estudio.

Tuvo viabilidad desde el punto de vista legal, pues se dio en marco a la elaboración de proyectos de investigación, la misma que está sustentada en la ley universitaria N° 23733.

1.5. Limitaciones

La presente investigación no presentó limitaciones, ya que la I.E N° 1178 “Javier Heraud”, y los padres de familia brindaron todas las facilidades para desarrollar y ejecutar la investigación.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Internacionales

CHICAIZA (2018) Ecuador: En su trabajo titulado “Prevención de la pérdida prematura de dientes temporales en niños de 5 a 8 años en la Unidad Educativa "Alejandro Dávalos Calle" del barrio San Marcos del cantón Salcedo”; ante la problemática local plantea la necesidad de desarrollar un programa de prevención contra la pérdida prematura de dientes deciduos, por lo que emplea una metodología de campo de tipo cuali-cuantitativo, bajo el método científico, de tipo analítico-sintético e inductivo-deductivo, para lo que contó con una población de 165 personas entre niños, docentes y padres de familia. Dentro de sus resultados detalla que el 65% de los niños indicó cepillarse los dientes solo una vez al día, y que el 58% de los niños visita al odontólogo únicamente cuando experimentan dolor. Adicionalmente, sobre los padres, en las encuestas que se les aplicó, se obtiene que el 69% de ellos ignora la importancia de la dentición temporal, que el 70% desconoce las consecuencias de la pérdida prematura de estos, y también que el 48% de los padres de familia desconoce la técnica adecuada para cepillarse los dientes que puedan enseñar a sus hijos. Dentro de sus conclusiones se determinó que el principal factor de la pérdida prematura en la dentición temporal es la falta de conocimiento, tanto para los niños, padres de familia y docentes sobre temas relacionados como la higiene oral, la enfermedad de la caries dental, las técnicas adecuadas de cepillado dental, la importancia de los dientes

temporales y las consecuencias por su pérdida prematura, así como la importancia de la visita al odontólogo para la prevención de enfermedades bucales.¹

ESPÍN (2018) Ecuador: En su investigación titulada “Pérdida prematura de dientes temporales en niños de 3 a 8 años que acuden a la Clínica de Odontopediatria de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador”, desarrollada en base a 330 historias clínicas correspondientes al periodo marzo 2017 a abril 2019, de la Clínica de Odontopediatria de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador, en Ecuador; encontró dentro de sus resultados que la mayor tasa de pérdida de dientes se dio para el caso de 2 piezas dentales con un 48,6 % (n=220), seguidos de pérdida de 1 pieza dental con un 43,3 % (n=196), 3 piezas dentarias en el 6,2 % (n=28), 5 piezas dentarias el 1.1 % (n=5), y por último 4 piezas dentarias en un 0,9 % (n=4). En cuanto la pieza dental temporal perdida y en qué porcentaje, arroja que se perdió la pieza 5.1 (10,8 %), 5.2 (6,8 %), 5.4 (5,5 %), 5.5 (1,8 %), 6.1 (9,7 %), 6.2 (5,3%), 6.4 (5,7 %), 6.5 (3,5 %), 6,5 (3,5 %), 7.1 (7,9%), 7.2 (5,3 %), 7.3 (0,7 %), 7.4 (5,1 %), 7.5 (7,3 %), 8.1 (8,2 %), 8.2 (5,7 %), 8.3 (1,3 %), 8.4 (5,1 %), y la 8.5 (4,2 %). De la misma manera arroja como diagnóstico de la pieza dental temporal perdida de manera prematura, a la Persistencia caduca (41, 7%), seguida de Caries sin exposición pulpar (23,6 %), Caries con exposición pulpar (11,7 %), Raíz abandonada (10,4 %), Otras (rizólisis, infección sin fístula, rizogénesis y entre otros) (5,3 %), Fractura coronaria (4,0 %), Absceso-fístula (1,8 %), Caries rampante (0,4 %), Fractura radicular (0,4 %), Pieza incluida (0,4 %), y finalmente con Necrosis pulpar

(0,2%). Sobre el recibimiento de un mantenedor de espacio, del total de 453 casos, sólo el 11,5 % (n=52) lo recibió. En cuanto al género del paciente con respecto a la pérdida prematura, del total de varones (n=247) 146 si la tuvieron; y del total de mujeres (n=206) 110 la tuvieron. ²

MAYORGA (2018) Ecuador: En su estudio titulado “Influencia de la pérdida prematura de dientes deciduos por caries dental, como causa de maloclusiones en los niños de 7 a 10 años que asisten a la Unidad Educativa “Vicente Anda Aguirre” del Cantón Mocha, Provincia de Tungurahua”; de tipo observacional, descriptivo y transversal; analizó el índice de caries y la clasificación de maloclusiones según Angle, en una muestra no probabilística, por conveniencia, conformada por 51 niños matriculados en la Unidad Educativa “Vicente Anda Aguirre”, que cumplían los criterios de inclusión. Se utilizó un cuestionario para confirmar la causa de la pérdida prematura de la pieza dental primaria, que fue la caries dental. Dentro de sus resultados detalla que el porcentaje de los dientes perdidos fue de un 22.8% para la 7.5, seguido de un 21.7% para la 85; por debajo de estas siguen las piezas 84 con un 12.0%, y la 64 con un 9.8%. Además de ello, describe que el principal motivo de la pérdida prematura de dientes deciduos es la caries dental, con un 84.3%. ³

CHANGOLUIZA (2017) Ecuador: En su investigación sobre la relación entre factores socioculturales y económicos con la pérdida prematura de dientes deciduos en niños de 7 a 11 años de la escuela “María Angélica Idrobo”; trabajo de tipo observacional y descriptivo, en la que verificó cuáles fueron los dientes temporales perdidos mediante el uso del odontograma, así como el motivo y se realizó en 145 niños de 7 a 11 años, en la que se utilizó la prueba

estadística de Chi-Cuadrado de Pearson; obtuvo dentro de sus resultados, que el 51% son de educación de primaria; en cuanto al nivel económico de la familia; el padre es quién trabaja (48,28%), y que los ingresos económicos al mes son menores a \$375. En relación a la pérdida prematura un alto porcentaje desconoce de medidas preventivas orales y que los niños presentan pérdida prematura de los dientes deciduos en un 18%, causado principalmente por la caries dental; por lo que concluye en que la mayoría de los niños y padres tienen un nivel de conocimiento deficiente sobre la importancia de mantener los dientes deciduos y que el factor económico de los padres de los niños estudiados es un factor no condicionante de la pérdida prematura de dientes deciduos de acuerdo al análisis estadístico ($p=0,095$).⁴

PALQUIBAI (2017) Ecuador: Realizó un estudio retrospectivo sobre la prevalencia de pérdida prematura de piezas temporales en pacientes que asistieron al centro de atención odontológico UDLA en el 2017-1, en la que incluyó determinar el género más afectado y la pieza dental que se pierde prematuramente con mayor frecuencia, para lo cual se recolectó datos tomados de las historias clínicas de los pacientes atendidos en el semestre 2017-1; hallando como resultado que las mujeres tienen una mayor pérdida prematura (67%), y que a los 7 años de edad se dio mayor pérdida de piezas prematuramente, identificándose como principal factor etiológico a la caries dental, seguido de la destrucción coronaria. La pieza dental más afectada resultó la 55 (20%), y después de ella la 74 y 65; concluyendo en que la caries fue la causa principal de la pérdida prematura con un 61%, seguida de la segunda molar superior.⁵

RUIZ (2017) Nicaragua: En su estudio titulado “Pérdida prematura de dientes temporales en niños de 4 a 8 años de edad atendidos en la asignatura de Odontopediatría II en la Clínica Odontológica de UNAN- Managua, abril-junio del año 2017”, desarrollada en 68 historias clínicas de niños atendidos en el área de Odontopediatría II, durante el período de febrero a junio del año 2016, encontró como parte de sus resultados que existía una prevalencia del 21,7 % de pérdida de dientes temporales en niños y niñas; que los estadios según Nolla en el cual se encontraban mayormente los dientes sucesores permanentes fueron los estadios 6 (42,9 %) y 5 (35,7 %) respectivamente; que el 92,9 % de las piezas temporales extraídas representan pérdidas prematuras. Por otra parte, en cuanto a la edad de los pacientes con exodoncias prematuras de dientes deciduos, estuvo entre los 4 y 8 años de edad; siendo los niños de 6 años los que presentaron una mayor proporción, con un 33% de pérdida prematura respectivamente. También existió mayor prevalencia de pérdida prematura de piezas dentales deciduas en el sexo femenino con un 60%; mientras que la pieza dental que presentó mayor cantidad de pérdida prematura fueron los primeros molares inferiores con 40% de frecuencia.⁶

RAMÓN (2016) Cuba: En su trabajo titulado Factores de riesgo de caries dental en escolares de 5 a 11 años; realizado en 300 niños que fueron atendidos en la Clínica Estomatológica, del Policlínico Docente "Julián Grimau" de Santiago de Cuba, en el periodo de enero a setiembre del 2015, se buscó determinar los factores de riesgo asociados a la caries dental, examinando el sexo, la edad, la higiene, la dieta cariogénica y el apiñamiento dentario. En este estudio se conformaron dos grupos, uno de casos, formado por escolares con

caries dental diagnosticadas mediante el examen bucal (n=100); y otro de control, conformado por niños sin evidencia clínica de signos de caries dental (n=200). Los factores de riesgo predominantes fueron la higiene bucal deficiente (OR = 5.84) y el apiñamiento dental (OR = 4.68).⁷

CHACÓN (2014) Colombia: En su estudio sobre la pérdida temprana de dientes temporales en niños de 0 a 8 años de edad, con el objetivo de establecer la pérdida prematura de dientes temporales en niños que asisten a las clínicas de Odontopediatría, en la Universidad Antonio Nariño, revisaron 125 historias clínicas de pacientes de 0 a 8 años de edad, que asistieron y fueron atendidos por primera vez en el año 2011, para lo cual se verificó la edad (en años y meses) de los sujetos de estudio según figurara en la fotocopia del documento de identidad del paciente. Se contemplaron las variables de la edad, el género, tipo de dentición, estrato socioeconómico y pieza dental temporal perdida, para lo cual el observador obtuvo un cálculo de error interoperador de Kappa = 0,934-0,808. Se estableció la normalidad de los datos según la prueba de Kolmogorov Smirnov; y para establecer la diferencia estadísticamente significativa se aplicó la prueba de Kruskal Wallis; también se aplicó la prueba chi-cuadrado de Pearson para establecer si las variables eran independientes, y un valor de significancia igual al 5%. En sus resultados, arrojó que el 43% de los niños sufrió la pérdida prematura de dientes temporales, y de ellos el 51,8% fueron varones; así mismo, que el 30% de los niños presentó pérdida de una sola pieza dental, un 20% dos o tres dientes y un 15% cuatro dientes. Producto de la investigación se halló una relación entre género y pérdida prematura ($p < 0.05$). Concluyen los investigadores que las

piezas dentales que con mayor frecuencia se pierden, son los anterosuperiores, y que la pérdida prematura dental en piezas temporales se presenta de manera frecuente en los niños que acuden a las clínicas odontopediátricas de la Universidad Antonio Nariño.⁸

2.1.2. Nacionales

BAO (2017) Lima: En su estudio titulado Pérdida dental y sus factores asociados en escolares de 6 a 12 años de la I.E. “Buenos Aires” en el distrito de San Juan de Lurigancho, Lima 2016; que tuvo una muestra compuesta por 205 escolares, estudió las variables de prevalencia de pérdida dental y los factores asociados a esta, como el estado de higiene oral, los hábitos de higiene oral, la experiencia de caries dental, el nivel de instrucción y el nivel socioeconómico, hallando la correlación entre ellos. En el análisis de las variables, utilizó instrumentos validados e indicadores epidemiológicos, encontrando una prevalencia del 40.6% en la pérdida dental, donde las piezas más afectadas resultaron ser las postero-inferiores; no encontrando diferencia significativa de acuerdo al sexo; con respecto a la edad, el mayor porcentaje de pérdida dental se presentó en escolares de 6 años (72%). Se concluyó en que la edad de los escolares y el nivel socioeconómico estuvieron asociados a la pérdida dental.⁹

FIESTAS (2016) Piura: En su tesis titulada Factores de riesgo en la pérdida prematura de dientes deciduos en los niños de 3 a 5 años de edad de las instituciones educativas Caleta – La Islilla – Paita; que tuvo una población conformada por 140 niños que estuvieron matriculados en su respectiva

institución, con una muestra de 78 niños (entre hombres y mujeres); se obtuvo como conclusión que el principal factor de riesgo fue la caries dental, y que el consumo de alimentos cariogénicos fue del 97.4%; que los niños mayores de 4 años son los que presentan pérdida dental mayoritariamente (44.9%); y con respecto al sexo, los niños que perdieron las piezas dentales a temprana edad son las de sexo femenino en un 64.1%; por último, se evidenció que el factor con menor riesgo resultó ser el traumatismo con un 2.6%.¹⁰

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Factores de riesgo

Desde el punto de vista epidemiológico, un factor de riesgo viene a ser aquella circunstancia o situación que aumenta la probabilidad en la que una persona pueda contraer una enfermedad o presentar cualquier otro problema de salud.

11

Riesgo estomatológico

Tanto la caries como las enfermedades periodontales, y las maloclusiones; que son las enfermedades con mayor prevalencia en cuanto a la salud bucal, se producen también desde las etapas como la niñez o la adolescencia, debido a la falta de un tratamiento oportuno y apropiado, trayendo como consecuencia la pérdida dental. Si la situación descrita se presenta de manera prematura, puede tener como consecuencia la disminución del perímetro de arco de los maxilares, complicando más la oclusión dental de la persona afectada.¹²

Fitzgerald y Keyes, (1962) demostraron que la caries es una patología de tipo infeccioso y transmisible; que para desarrollarse, necesita la interacción de

tres factores etiológicos simultáneamente, estos son el huésped susceptible, la microflora y el sustrato. ¹²

Riesgo de caries y actividad de caries

El riesgo de caries y la actividad de caries es un tema que hasta hoy genera controversia; pues aunque están muy relacionados, pueden confundirse estos dos términos. ¹²

El Riesgo es considerado como la probabilidad que tiene de enfermarse tanto un individuo o un grupo de ellos; por lo tanto cuando una persona ha enfermado, deja de tener la condición de riesgo, por estar ahora Enfermo. Sin embargo en la salud bucal, cuando una persona ha enfermado, debido a que se puede afectar una pieza dental, hay otras que pueden ser aún consideradas en riesgo a enfermarse. Situación similar si se contempla como unidad de medida a una superficie dental. ¹²

La "actividad" de caries, viene a ser la velocidad con la que aparecen las lesiones de caries en un sujeto, en un lapso determinado de tiempo; por lo que para poder evaluarla, habrá que hacerle un examen por lo menos dos veces, en dos momentos distintos.

Para dar un ejemplo, si una persona tiene diez lesiones cariosas de aparición reciente, y otra persona en el mismo tiempo presenta solo tres; matemáticamente se podría observar la actividad de caries viendo la sumatoria de las mismas en un determinado lapso de tiempo. ¹²

Riesgo estomatológico en el niño y en el adolescente

Se define “Riesgo estomatológico” como la probabilidad que tiene un individuo para adquirir una de las enfermedades bucales con gran prevalencia, como la caries dental, enfermedad periodontal o maloclusiones; las cuales tienen una etiología multifactorial de gran complejidad, donde existen factores coadyuvantes distintos de los biológicos, que hace que ciertos individuos sean más predispuestos a padecerlas. A manera de ejemplo se menciona el nivel socioeconómico, el estilo de vida, así como el grado de instrucción, que en mayor o en menor grado, pueden influir para que aparezca y progresen o se desarrollen estas enfermedades; por ello, algunos autores marcan diferencia entre el riesgo biológico y el riesgo social.¹²

La evaluación del riesgo social, sea cuantitativa o cualitativa, es una tarea complicada y tiene mucha susceptibilidad a que se cometan imprecisiones, por lo que es necesario se describan los pasos para la evaluación del riesgo estomatológico desde el punto de vista biológico; sin olvidar la influencia de los factores sociales.¹²

Criterios de evaluación

Para poder evaluar el riesgo estomatológico, hay tres criterios a considerarse, donde cada uno representa cada factor etiológico de la enfermedad y ellos son:

- a) La susceptibilidad del huésped: medida por la experiencia de caries, mediante el conteo del número de lesiones cariosas presentes en el momento del examen clínico odontológico.¹²
- b) La microflora: evaluada a través del Índice IHOS según su componente Placa Blanda, tomando en cuenta la cantidad de placa bacteriana que se

puede observar con la ayuda de una sustancia reveladora, en seis superficies de dientes permanentes, seleccionadas arbitrariamente:

- Bucal de 16
- Bucal de 11 ó 21
- Bucal de 26
- Lingual de 36
- Bucal de 31 ó 41
- Lingual de 46 ¹²

El índice ha sido modificado para los casos en que el sujeto evaluado presente dentición decidua o mixta, de tal forma que cuando no se encuentre alguna de las superficies anteriormente mencionadas, se consideren las siguientes:

- Bucal de 55 ó 54
- Bucal de 51 ó 61
- Bucal de 65 ó 64
- Lingual de 75 ó 74
- Bucal de 71 ó 81
- Lingual de 85 ó 84 ¹²

c) La influencia del sustrato: se evalúa al considerar el número de veces (frecuencia) que en un día (24 horas) se consumen azúcares extrínsecos; es decir aquellos que se encuentran "libres" en el alimento, así como también los que se le agregan.

Están incluidos dentro de estos, los azúcares lácteos, como la lactosa especialmente; y los de tipo no lácteo, como el jugo de frutas, la miel, las

frutas secas, y todos los azúcares agregados durante la elaboración, producción o fabricación del alimento. (Ver Anexo 6: Diario dietético).¹²

Criterios de clasificación

El Riesgo estomatológico (RE) se clasifica en tres categorías:

- 1 - RE bajo
- 2 - RE moderado
- 3 - RE alto

Para poder clasificar a un paciente en cualquiera de estas categorías debe considerarse los siguientes criterios:

a) Riesgo estomatológico Bajo:

- Experiencia de caries: hasta dos superficies oclusales con lesiones de caries.
- Índice de placa blanda: menor o igual que 1.
- Frecuencia diaria de consumo de azúcares extrínsecos: hasta 3 veces.

¹²

b) Riesgo estomatológico Moderado:

- Experiencia de caries: más de dos y hasta seis superficies oclusales con lesiones de caries.
- Índice de placa blanda: mayor que 1 y menor o igual que 2.
- Frecuencia diaria de consumo de azúcares extrínsecos: mayor que 3 y menor o igual que 4 veces. ¹²

c) Riesgo estomatológico Alto:

- Experiencia de caries: más de seis superficies oclusales con lesiones de caries o, por lo menos una lesión de caries en superficies lisas.

- Índice de placa blanda: mayor que 2.
- Frecuencia diaria de consumo de azúcares extrínsecos: mayor que 4 veces.¹²

Aspectos que deben ser considerados para poder clasificar al paciente:

- a) El sujeto examinado debe tener presentes dos o más criterios de la categoría correspondiente.¹²
- b) Si obtiene como resultado, en cada criterio, distintas categorías: uno bajo, uno medio y uno alto, se le asigna la categoría global o general como de riesgo moderado.¹²

Si bien es cierto esta es una clasificación arbitraria, tiene con base a criterios estrictamente clínicos, que reflejan los factores que dan origen a las enfermedades bucales que se presentan con mayor prevalencia.¹²

Además de lo mencionado, aunque se señala que su precisión y confiabilidad pueden ser discutibles, es un sistema que permite una clasificación que ha dado buenos resultados desde el punto de vista académico, para poder establecer procesos y actividades para manejar clínicamente a los pacientes pediátricos, de acuerdo a su clasificación en distintos niveles de riesgo.¹²

Los criterios empleados en esta clasificación se pueden obtener de los datos de la Historia Clínica del paciente.¹²

2.2.2. Sistema dental

El sistema dental humano es un sistema diverso compuesto por un sistema gingivo-alveolo-dental, conformado por la encía, el hueso alveolar, el ligamento

periodontal y además los componentes o estructuras dentales (esmalte, dentina, cemento y pulpa).¹³

El papel que desempeña el sistema dental es importante en nuestra vida, por ser parte de la estética. Cabe mencionar que es un sistema heterogéneo, por causa de las asimetrías y forma que presentan los dientes.¹³

Las piezas dentales anteriores tienen una forma conoide; y las piezas posteriores presentan cúspides, tienen inserción en el hueso alveolar donde tiene lugar la articulación de tipo gonfosis, y a lo largo de nuestra vida presentamos dos tipos de dentición (una decidua y otra permanente).¹³

El esmalte dental

Es el elemento más duro de nuestro cuerpo y gracias a los elementos mineralizados que lo componen, puede llegar a resistir fuerzas compresivas de hasta 5 en la escala de Mohs. Está formado por matriz inorgánica (96%) compuesta por prismas muy mineralizados que están presentes en todo su espesor, casi carece por completo de sustancia orgánica (0.36%) y agua (3%); además es traslúcido.¹⁴

La dentina

La dentina, también llamada sustancia ebúrnea o marfil, proveniente del ectomesénquima según su origen embrionario, es un tejido mineralizado con espesor muy variable, (aproximadamente de 1 a 1.5 mm en incisivos, a 3 mm en caninos y molares que tiene presencia con un gran volumen en la pieza dental, es quien delimita la pulpa dental que aloja.¹⁴

Estructuralmente tiene dos componentes, uno es la matriz mineralizada y la otra son los túbulos dentinarios en los que se encuentran los procesos odontoblásticos.¹⁴

La pulpa dental

Es una estructura dental que tiene la particularidad de ser tejido blando. Es un tejido conectivo, vascularizado e innervado, cuya composición es 75% de agua y 25 % de materia orgánica (formada por células y una matriz extracelular).¹⁴

Con el paso de la edad, presenta variaciones funcionales y estructurales que hacen que disminuya la capacidad de su repuesta biológica, reduce su volumen, disminuye la irrigación e innervación del mismo, disminuye su población celular, y puede presentar calcificaciones que pueden ser calcificaciones difusas o cálculos pulpares.¹⁴

Estructuras de soporte del diente

Generalidades

El periodonto es un conjunto de tejidos que sostienen y protegen al diente; por lo que puede dividirse de acuerdo a su función en:

- Encía
 - Encía marginal o libre
 - Encía adherida o fija
- Unidad de inserción
 - Cemento radicular
 - Ligamento periodontal

- Hueso alveolar ¹⁴

La encía

Está constituida por la mucosa bucal; esta recubre los rebordes alveolares, rodeando las piezas dentales a nivel cervical, y está formada por la encía libre y la encía adherida. El color de la encía varía según el espesor del epitelio, la irrigación del corion (que depende de la cantidad de tejido conectivo), y la cantidad de las células que dan la pigmentación (los melanocitos). ¹⁴

La encía marginal o libre

Es aquella parte pequeña en forma de lengüeta de 1 mm de ancho que a su vez contiene dos vertientes. ¹⁴

Unidad de inserción

Se conforma tanto por el ligamento periodontal, como por el cemento radicular, y el hueso alveolar; estos constituyen una unidad de tipo funcional que evoluciona en coordinación e interrelación de la pieza dental. ¹⁴

El cemento radicular

Tejido de tipo conectivo, mineralizado que recubre la dentina a nivel de la raíz. Tiene como función primordial el sujetar las fibras del ligamento periodontal. Estructuralmente es parecido al hueso, tanto por la dureza como por la estructura química. ¹⁴

El cemento cubre la raíz dental, no está vascularizado y además carece de inervación propia. ¹⁴

El hueso alveolar

Viene a ser un tejido óseo comprendido por hendiduras o alvéolos que albergan las raíces de las piezas dentales; en su porción media tiene una porción llamada cresta, septum interalveolar o interdental; y los fragmentos que recubren tanto la superficie bucal como lingual se denominan tabla ósea bucal o lingual respectivamente. ¹

El ligamento periodontal

Es un tejido conectivo fibroso fino de revestimiento cuya función principal es de suspender a los dientes dentro del alveolo, como soporte resistiendo las fuerzas masticatorias por acción de otro diente; las fuerzas de los tejidos blandos como los labios, la lengua y las mejillas, como fuerzas musculares, no generan fuerza sobre los dientes que los desplacen por la compensación del ligamento periodontal con su efecto metabólico. ¹⁵

2.2.3. Cronología eruptiva de las piezas dentarias

La erupción dental es aquel proceso que implica el movimiento de los dientes desde su posición de desarrollo dentro de los procesos alveolares, hasta que adquiere su postura funcional dentro de la cavidad bucal. ¹⁶

Erupción de la dentición temporal o decidua

La literatura sugiere que no es posible asignar una fecha precisa, pues varía según grupos raciales, climas, etc., pero se puede tomar en cuenta la edad promedio en el momento de diagnosticar la existencia de alguna alteración del desarrollo o retardo del proceso eruptivo. ¹⁶

Cronología en la erupción de la dentición temporal

Existen diversos estudios para especificar la cronología de erupción. Se detalla a continuación la cronología tomada como promedio de los valores de hombres y mujeres de acuerdo a lo obtenido por Palomino en Chile en el año 1980, por ser de una población latinoamericana, referido en la tesis doctoral de Laura Burgueño Torres.¹⁷

- Segunda molar superior : 26.6 meses
- Primera molar superior : 15.3
- Canino superior : 18.1
- Incisivo lateral superior : 10.3
- Incisivo central superior : 9.4
- Segunda molar inferior : 26.4
- Primera molar inferior : 15.4
- Canino inferior : 19.0
- Incisivo lateral inferior : 12.1
- Incisivo central inferior : 7.2

Erupción de la dentición permanente

Se detalla a continuación la cronología tomada como promedio de los valores de hombres y mujeres de acuerdo a lo obtenido por San Miguel en Cuba en el año 2011.¹⁸

- Tercera molar superior : ---
- Segunda molar superior : 12.2 (años-meses)
- Primera molar superior : 6

- Segunda premolar superior : 11-3
- Primera premolar superior : 10-1
- Canino superior : 11
- Incisivo lateral superior : 7-10
- Incisivo central superior : 6-5
- Tercera molar inferior : ---
- Segunda molar inferior : 11-11
- Primera molar inferior : 5-9
- Segunda premolar inferior : 10-7
- Primera premolar inferior : 10
- Canino inferior : 10-7
- Incisivo lateral inferior : 6-3
- Incisivo central inferior : 5-6 ¹⁸

Causas de la pérdida prematura de las piezas dentarias

Algunos problemas en la cavidad bucal pueden interrumpir la preservación de los dientes de la dentición primaria hasta el tiempo de exfoliación regular, ello puede generar alteraciones en la estética, función y en la guía de erupción dental de las piezas dentarias permanentes. Dentro de las principales causas asociadas a la pérdida se encuentran la caries dental, los traumatismos dentales, la enfermedad periodontal y el bruxismo. ¹⁹

Prevención para la pérdida prematura de dientes

La recomendación de la Academia Americana de Pediatría y la Academia Americana de Odontología Pediátrica, es que la primera visita de los niños al

odontólogo sea al año de edad; sin embargo los padres de los menores no hacen caso al hábito del cuidado preventivo de forma rutinaria.

La atención temprana en odontología es vital para la salud dental de los niños que pertenecen a poblaciones de bajos recursos, pues tienen mayor probabilidad a desarrollar caries.

La atención odontológica preventiva en los niños es un procedimiento relativamente poco invasivo en el que se realiza una evaluación clínica intraoral, aplicación tópica de flúor en barniz, así como la aplicación de selladores de fosas y fisuras profundas, en la cual los padres presencian y perciben que no genera dolor.²⁰

Extracciones prematuras

Las extracciones dentales prematuras, están catalogadas como situaciones que tienen una carga negativa elevada por parte del paciente odontopediátrico; esta situación muchas veces es solicitada por los padres de familia, quienes ven al tratamiento como la solución al problema de una molestia intensa, aumento de volumen, una infección, e inclusive cuando una pieza dental permanente erupciona fuera del arco dental.¹⁶

A pesar de los adelantos que se vienen dando en odontología durante los últimos años, la extracción dental es el tratamiento más común en los países en desarrollo; siendo la caries dental el principal motivo para la pérdida prematura de las piezas dentales de los niños en el mundo entero.²¹

2.3. Definición de términos básicos

- Correlación: Es la relación recíproca que se da entre dos o más cosas o series de cosas. ²²
- Cronología: Serie de sucesos históricos por orden de fechas. ²³
- Extrínseco: Externo, no esencial. ²⁴
- Frecuencia: Está dado por la cantidad o número de veces en que se repite determinado proceso, teniendo en cuenta un periodo de tiempo. ²⁵
- Matriz: Cualquier tipo de molde o base en la que se forma o da forma a algo; pudiendo constituir una entidad principal generadora de otras. ²⁶
- Prematuro: Que se da antes de tiempo. ²⁷
- Probabilidad: Es un proceso que se da de manera aleatoria; siendo la razón entre el número de casos favorables y el número de casos posibles. ²⁸
- Susceptible: Capaz de recibir la acción o el efecto que se expresan a continuación. ²⁹
- Sustrato: Sustancia sobre la que actúa una enzima. ³⁰

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Formulación de la hipótesis principal y derivadas

3.1.1. Hipótesis general

Ha: Existe relación significativa entre el riesgo estomatológico y la pérdida prematura de dientes deciduos en niños de 6 a 9 años, de la Institución Educativa N° 1178 “Javier Heraud” en el 2019.

Ho: No existe relación significativa entre el riesgo estomatológico y la pérdida prematura de dientes deciduos en niños de 6 a 9 años, de la Institución Educativa N° 1178 “Javier Heraud” en el 2019.

3.2. Variables; definición conceptual y operacional

3.2.1. Identificación de las variables

Variable Independiente (es la variable sobre la que se tiene control):

Riesgo estomatológico: Situación que aumenta la probabilidad en la que una persona pueda contraer una enfermedad estomatológica.

Variable Dependiente (representa una cantidad cuyo valor depende de cómo se modifica la variable independiente):

Pérdida prematura de dientes deciduos: Situación por la que se pierde dientes deciduos antes del tiempo esperado, que puede llegar a comprometer el mantenimiento natural del perímetro o longitud del arco dental.

3.2.2. Operacionalización de las variables

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	VALORES	ESCALA Y TIPO
Riesgo Estomatológico (RE)	Susceptibilidad del huésped	Experiencia de caries (Conteo del número de lesiones cariosas presentes en el momento del examen clínico odontológico).	RE Bajo: ≤2 superficies oclusales con lesiones de caries. RE Moderado: más de dos y hasta seis superficies oclusales con lesiones de caries. RE Alto: >6 superficies oclusales con lesión de caries o, ≥1 lesión de caries en superficies lisas.	Cualitativa Ordinal
	Microflora	Índice IHOS según su componente Placa Blanda: Cantidad de placa bacteriana observada con una sustancia reveladora, en la superficie bucal de 55 ó 54, de 51 ó 61, de 65 ó 64, y de 71 ó 81, y lingual de 75 ó 74, y de 85 ó 84.	RE Bajo: menor o igual que 1. RE Moderado: mayor que 1 y menor o igual que 2. RE Alto: mayor que 2.	Cualitativa Ordinal
	Influencia del sustrato:	Frecuencia diaria de consumo de azúcares extrínsecos (Considerando a los que se encuentran "libres" en el alimento, como los que han sido agregados; se incluyen los azúcares lácteos (especialmente lactosa) y los no lácteos (jugo de fruta, miel, frutas secas, azúcares que hayan sido agregados durante la fabricación del alimento, azúcar de repostería y el azúcar de mesa).	RE Bajo: hasta 3 veces. RE Moderado: mayor que 3 y menor o igual que 4 veces. RE Alto: mayor que 4 veces.	Cualitativa Ordinal
Pérdida prematura dental	Pérdida prematura de dientes deciduos	Cantidad de piezas dentales deciduas perdidas antes del tiempo regular.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 o 16 piezas dentarias deciduas.	Cuantitativa Discreta
		Número de pieza dental perdida	Pieza dental 55, 54, 53. 52. 51. 61, 62, 63, 64, 65, 75, 74, 73, 72, 71, 81, 82, 83, 84 o 85.	Cualitativa Nominal

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1. Diseño metodológico

Según la intervención del investigador el estudio es considerado **observacional**, porque solo se observaron y se describieron en forma precisa los fenómenos.

Según la planificación de la medición de la variable de estudio es **prospectivo**, el estudio tuvo fuentes primarias.

Según el número de mediciones de la variable de estudio es **transversal**, porque los instrumentos se aplicaron en un solo momento.

Según el número de variables estudiadas es **analítica**, porque el estudio se trabajó con dos variables, buscando relación bivariada.

Nuestra investigación tiene un Nivel III, o también conocido como un **nivel correlación**.

4.2. Diseño muestral

Población:

Niños y niñas de 6 a 9 años de edad matriculados y que asisten a la Institución Educativa N° 1178 “Javier Heraud”, de Lima; en el 2019.

Muestra:

El tamaño de la muestra fue calculado con un coeficiente de confianza al 95%, y con un error del 5%. Para ello se utilizará la siguiente formula:

$$n = \frac{N \cdot Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}{e^2(N - 1) + Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}$$

Dónde:

n = El tamaño de la muestra que queremos calcular

N = Tamaño del universo

Z = Nivel de confianza 95% -> Z=1,96

e = Es el margen de error máximo que admito (5%)

p = Probabilidad de éxito (0.5)

Q = Probabilidad de fracaso (0.5)

$$n = \frac{100 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2(100 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = 80$$

La muestra estuvo conformada por 80 niños.

Tipo de Muestreo:

Muestreo probabilístico. De tipo aleatorio.

Criterios de Selección**Criterios de Inclusión:**

- Niños de cualquier género, de 6 a 9 años de edad.
- Niños que estén matriculados y que asistan a la Institución Educativa N° 1178 “Javier Heraud”, de San Juan de Lurigancho, en Lima, en el 2019.
- Niños con consentimiento y asentimiento informado firmado que deseen participar en este estudio.

Criterios de exclusión:

- Niños con poca disposición para colaborar con el estudio.
- Niños con problemas de salud al momento de aplicar la evaluación clínica para el reconocimiento de lesiones cariosas.
- Niños con alteraciones en el desarrollo de la estructura dental de los dientes (amelogénesis, o dentinogénesis imperfecta, hipoplasias por fluorosis, etc.).
- Niños que no completen el diario dietético.

4.3. Técnicas e instrumento de recolección de datos.**Técnica de recolección de datos:**

Esta investigación se inició con la solicitud de aprobación del proyecto de investigación dirigida a la Directora de la Escuela Profesional de Estomatología, de la Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud de la UAP.

Se revisó y maduró el proyecto con los profesores que la Escuela Profesional designó para su revisión, así como con el asesor propuesto por la Dirección de la Escuela con la finalidad de ceñirse a lo dispuesto según reglamento.

Tras haber sido levantadas las observaciones hechas por los revisores y el asesor; se solicitó una carta de presentación de la investigadora del presente trabajo para poder presentarlo ante la Dirección de la Institución Educativa N° 1178, “Javier Heraud”, de San Juan de Lurigancho.

Se contactó y contrató a una persona que pueda acompañar a la investigadora para poder registrar fotográficamente cada momento del desarrollo del trabajo para generar evidencia gráfica.

Se realizó una charla informativa a los padres de familia interesados en conocer sobre el objetivo y la metodología para el presente estudio.

Se dio una orientación general sobre el objetivo del estudio a los docentes de las aulas seleccionadas; y se hizo entrega del consentimiento informado que permitió la participación en la presente investigación; tras ellos se brindó los asentimientos informados a los menores.

Se invitó a los niños y adolescentes que cumplieron con los criterios de selección de este estudio, para que de manera voluntaria accedan a responder el asentimiento informado para efectuar las preguntas consideradas en la ficha de recolección de datos.

Se ejecutó el llenado de la ficha de recolección de datos.

- Se protegió la confidencialidad del menor en todo momento y se ubicó al menor de manera tal que permitiera proteger su privacidad durante su evaluación.
- Se recolectaron los datos generales de acuerdo a lo que aparezca en su Documento Nacional de Identidad.
- La investigadora se colocó los implementos de protección de barrera (guantes de látex de diagnóstico descartables, mascarilla, gorro) y al niño sujeto de estudio (campo descartable sobre el pecho, gorro descartable).
- Se instaló por cada paciente la mesa de trabajo cubriendo la superficie con un campo descartable, bandeja de metal estéril, cubierta por un pedazo de campo descartable plastificado que permita proteger la bandeja.
- Se colocó una botella de vidrio de boca ancha para depositar el instrumental de diagnóstico según se vaya utilizando.

- Se instaló un tacho porta desechos para eliminar los desechos propios del trabajo de investigación.
- Se registró el número de ficha y la información general
- Se registró en el odontograma según el examen clínico visual, con uso de un espejo bucal n° 5, plano, sin aumento; con ayuda de luz artificial blanca mediante una linterna tipo minero; y habiendo secado las superficies a examinar con ayuda de una pera de aire; la presencia o ausencia de las piezas dentales, inclusive si están en erupción, y la presencia de lesiones cariosas, de acuerdo a lo especificado en la Norma Técnica del uso del Odontograma.
- Se registraron las condiciones de presencia de placa blanda, siguiendo el esquema de revisión de 4 superficies vestibulares (1.6, 2.6, 1.1 y 3.1) y dos linguales (3.6 y 4.6); teniendo que teñir las superficies a observar con una sustancia reveladora de placa bacteriana de un solo tono. Tras ello se codificó el resultado de cada superficie siendo que obtuvo el valor de 1 si la placa bacteriana, cubrió hasta un tercio de la superficie empezando desde cervical hacia el borde incisal; 2, si está la placa bacteriana cubrió entre un tercio y dos tercios de la superficie; y 3, en caso que pasó más de dos tercios. Esto permitió obtener información de la Higiene bucal del participante.
- Se explicó de manera que se propició la motivación y compromiso del llenado del formulario “Diario Dietético”, y se envió dentro del cuaderno de control para que el padre o madre pueda completarlo con detalle, el consumo de tipo de alimento, cantidad y horario en el cual es consumido

por 4 días seguidos (de viernes a lunes, posteriores al día que se entreguen); tras su recolección se evaluó la frecuencia de consumo de azúcar de un día regular, teniendo que promediar lo obtenido en los días evaluados.

- Se dieron pautas para dejar clara la especificación que es importante que los datos sean de acuerdo a la realidad; no teniendo repercusión alguna para determinar más que la realidad de la situación investigada.

Para la determinación de prematuridad en la pérdida de una pieza dental temporal, se utilizaron los cuadros preestablecidos de acuerdo a la información recolectada (Anexo 7).

(Anexo 1) Carta de presentación.

(Anexo 2) Constancia del desarrollo de la Investigación.

(Anexo 3) Ficha de Consentimiento Informado: Se solicitó la firma del consentimiento informado, donde se registraron los datos generales del paciente y del padre, madre o tutor.

(Anexo 4) Ficha de Asentimiento: Se solicitó un consentimiento al niño o adolescente.

(Anexo 5) Ficha de recolección de datos.

(Anexo 6) Diario dietético.

(Anexo 7) Cartilla para la determinación de pérdida prematura de un diente deciduo.

(Anexo 8) Matriz de consistencia.

(Anexo 9) Fotografías.

4.4. Técnicas de procesamiento de la información.

Se detallan las características de cada variable según los grupos de estudio constituidos, de acuerdo al tipo de variable en que se trabajó, ya sea categórica o numérica; teniendo en cuenta las medidas de tendencia central y dispersión, para las variables numéricas; y de frecuencia, para las variables categóricas.

Se tomó en cuenta el inicio del análisis de cada tabla, se compararon las frecuencias relativas en el grupo en estudio, para poder determinar las frecuencias y porcentajes de cada una de las dimensiones consideradas en el estudio con el fin de determinar diferencias estadísticamente significativas, en cada una de las frecuencias observadas.

Se desarrolló el análisis univariado, a través de la prueba no paramétrica de Chi-cuadrado para la comparación de frecuencias para una sola muestra.

En cuanto a la significancia estadística de las pruebas se consideró el valor $p \leq 0,05$.

Para el procesamiento de los datos, se utilizó el paquete estadístico SSPS versión 20.0 para Windows.

4.5. Aspectos éticos

Como en toda investigación en la que participan seres humanos, se tuvieron en cuenta los aspectos bioéticos desde el reconocimiento de los Derechos Humanos según Decreto Supremo N° 011-2011-JUS 10, con el fin de asegurar el rigor y la ética en la presente investigación:

- Principio de respeto de la dignidad humana: se defendió a la persona humana y se respetó su dignidad por ser fin supremo de la sociedad y del Estado; así como fundamento para el ejercicio de los derechos que le son propios.
- La dignidad intrínseca de la persona humana: considerándola siempre como un sujeto y no un como objeto.
- El valor de la persona humana: respetándosele no sólo como persona, sino también conforme a su pertenencia a la familia humana.

En esta investigación se dio información clara, precisa y oportuna a los padres y niños(as) participantes acerca del objetivo del estudio, los cuales tuvieron derecho a decidir voluntariamente si participa o no, dar por terminada su participación en cualquier momento, sin temor a sufrir coerción.

En cuanto al principio de autonomía y de responsabilidad personal, señalamos que la autonomía siempre estuvo orientada al bien de la persona y no va contra su dignidad.

Se planteó desarrollar la investigación bajo consentimiento previo de los participantes, con libertad, expresada e informada, dando información adecuada a ellos.

El asentimiento informado utilizado reconoce el derecho de los niños y niñas para ser tratados como personas libres y capaces de tomar sus propias decisiones; siendo sujeto a su revocación en cualquier momento, sin que esto entrañe desventaja o perjuicio alguno para los investigados.

En esta investigación se respetó este principio pues durante las entrevistas se obtuvo información con cautela, sin presionar o alterar a los investigados. Los resultados fueron utilizados estrictamente para fines de la investigación, con lo que no se causó daño a nadie y además se conservó el anonimato.

En cuanto al principio de igualdad, justicia y equidad, se dio trato equitativo o justo, indistintamente a la etapa de vida por la que las personas participantes atravesasen.

En este estudio todos los niños y niñas que reunieron los criterios de inclusión tuvieron la oportunidad de integrar la muestra, así mismo la investigadora brindó un trato justo, equitativo, de igualdad e imparcialidad con los niños participantes de la investigación, cabe señalar que para este estudio también se tuvo como compromiso el escuchar con atención y paciencia las preguntas o comentarios que puedan hacer los niños de la Institución Educativa 1178 “Javier Heraud”.

Por último se señala que la sustancia reveladora de placa bacteriana blanda utilizada es una sustancia inocua, es decir, no tiene ningún efecto en el organismo, más que el de dar color para facilitar la detección de los lugares vulnerables en la higiene dental de los niños, hecho que permitirá recalcar las zonas sobre donde se debe mejorar el cepillado dental.

CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1. Análisis Descriptivo, tablas de frecuencia y gráficos

A continuación se muestran los resultados en base a los objetivos específicos propuestos:

Obj. Específico N° 1: Determinar el riesgo estomatológico de acuerdo a la Susceptibilidad del huésped según la experiencia de caries de los niños de 6 a 9 años, de la Institución Educativa N° 1178 “Javier Heraud” en el 2019, mediante su experiencia de caries.

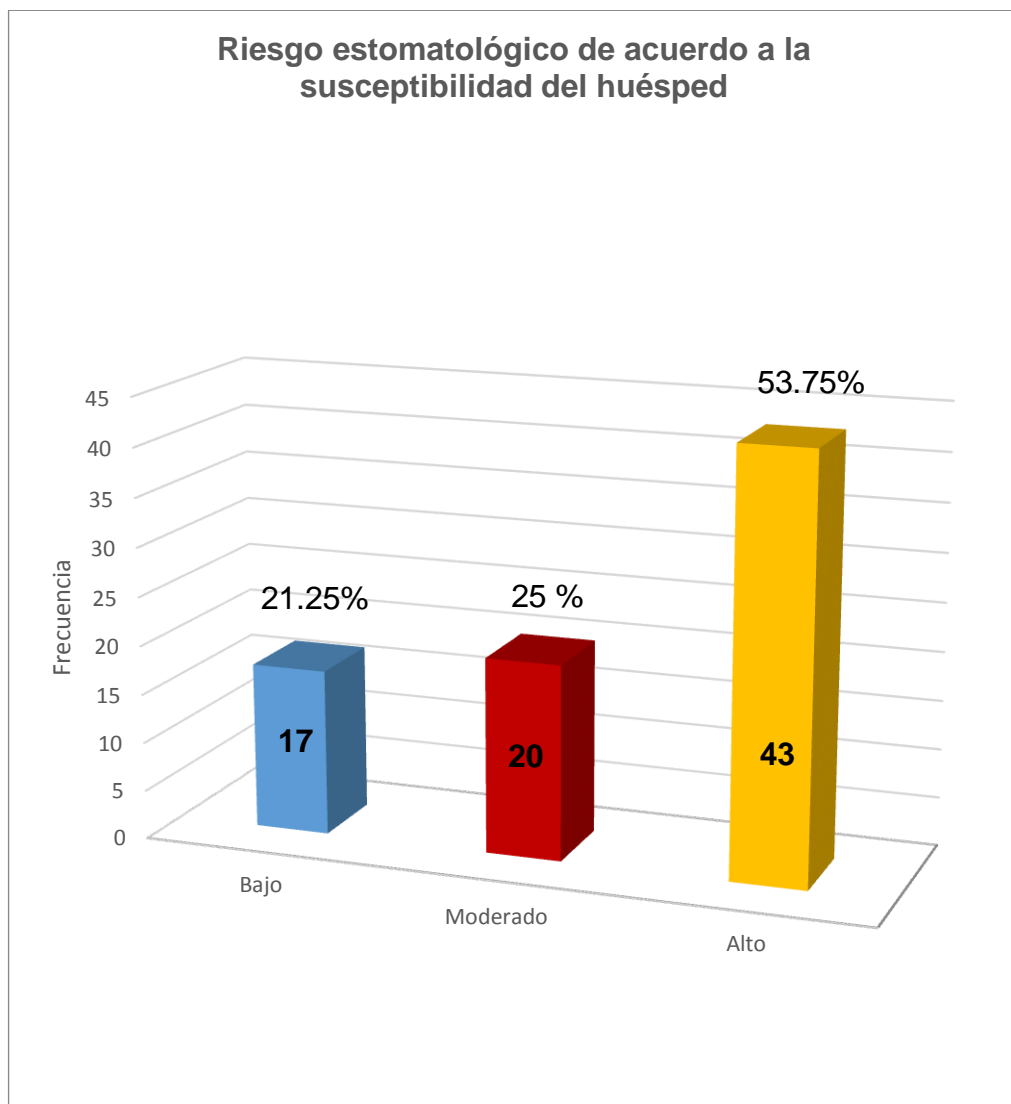
Tabla N° 1

Riesgo estomatológico de acuerdo a la susceptibilidad del huésped

	Frecuencia	Porcentaje
Válido	Bajo	17 21.25 %
	Moderado	20 25.00 %
	Alto	43 53.75 %
	Total	80 100.00 %

Al evaluar el riesgo estomatológico de acuerdo a la susceptibilidad del huésped, determinado mediante la experiencia de caries, se encontró que el 53,75% tenía un riesgo alto, un riesgo moderado (el 25%). El 21,25% restante obtuvo un riesgo bajo es este aspecto evaluado.

Gráfico N° 1



Fuente propia del investigador

Obj. Específico N° 2: Determinar el riesgo estomatológico de acuerdo a la Higiene según el índice IHOS de los niños de 6 a 9 años, de la Institución Educativa N° 1178 “Javier Heraud” en el 2019, mediante la valoración de la placa bacteriana.

Tabla N° 2

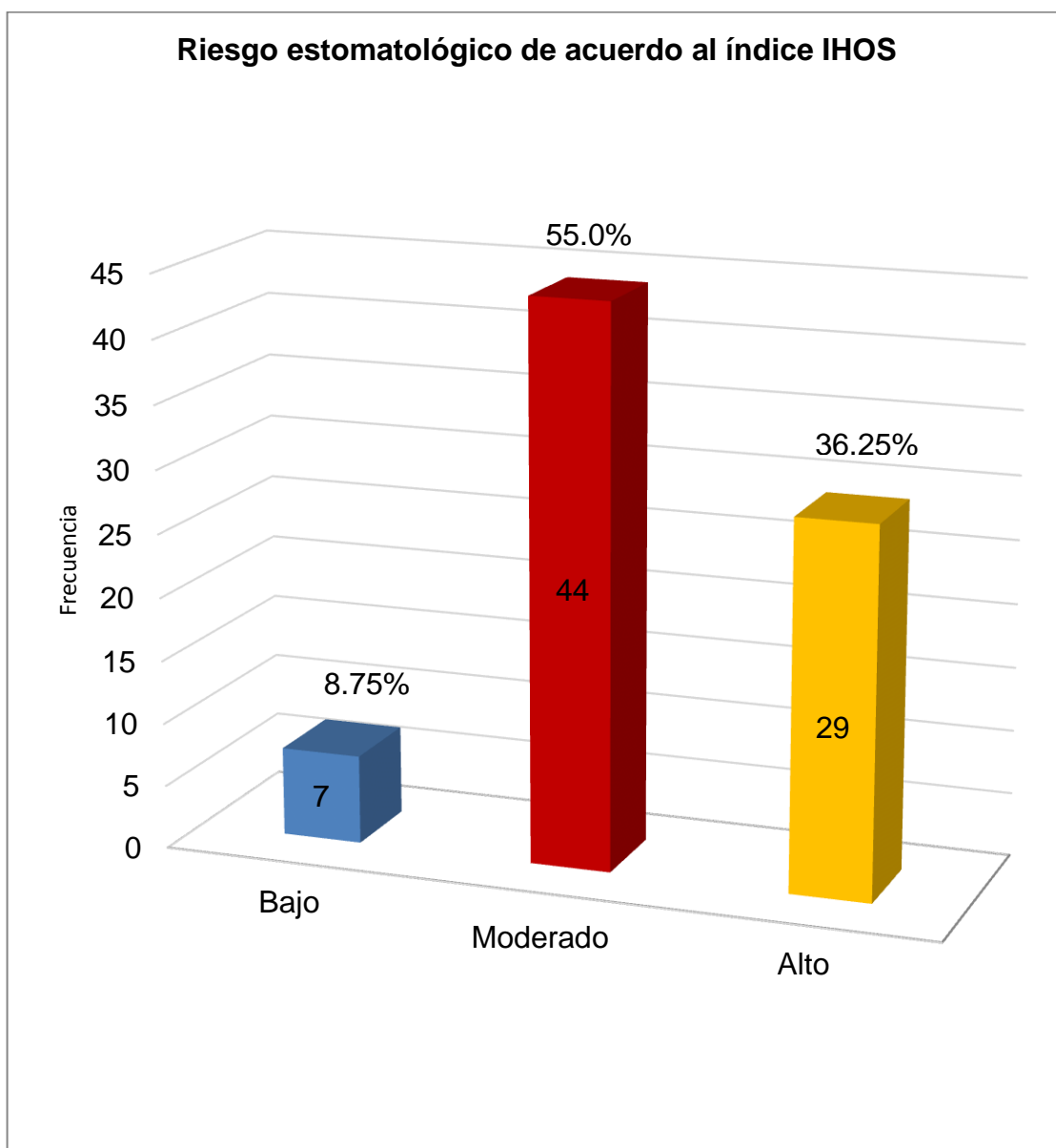
Riesgo estomatológico de acuerdo al índice IHOS

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	7	8.75 %
Moderado	44	55.00 %
Alto	29	36.25 %
Total	80	100.00 %

Válido

Al evaluar el riesgo estomatológico de acuerdo a la higiene, determinado mediante el valor obtenido en relación a la placa blanda del Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS PB), se encontró que el 55,00% tenía un riesgo moderado; un 36,25% un riesgo alto; y un 8,75% un riesgo bajo.

Gráfico N° 2



Fuente propia del investigador

Obj. Específico N° 3: Determinar el riesgo estomatológico de acuerdo a la dieta según la frecuencia diaria de consumo de azúcares extrínsecos de los niños de 6 a 9 años, de la Institución Educativa N° 1178 “Javier Heraud” en el 2019, según la frecuencia de consumo de azúcar extrínseca diaria.

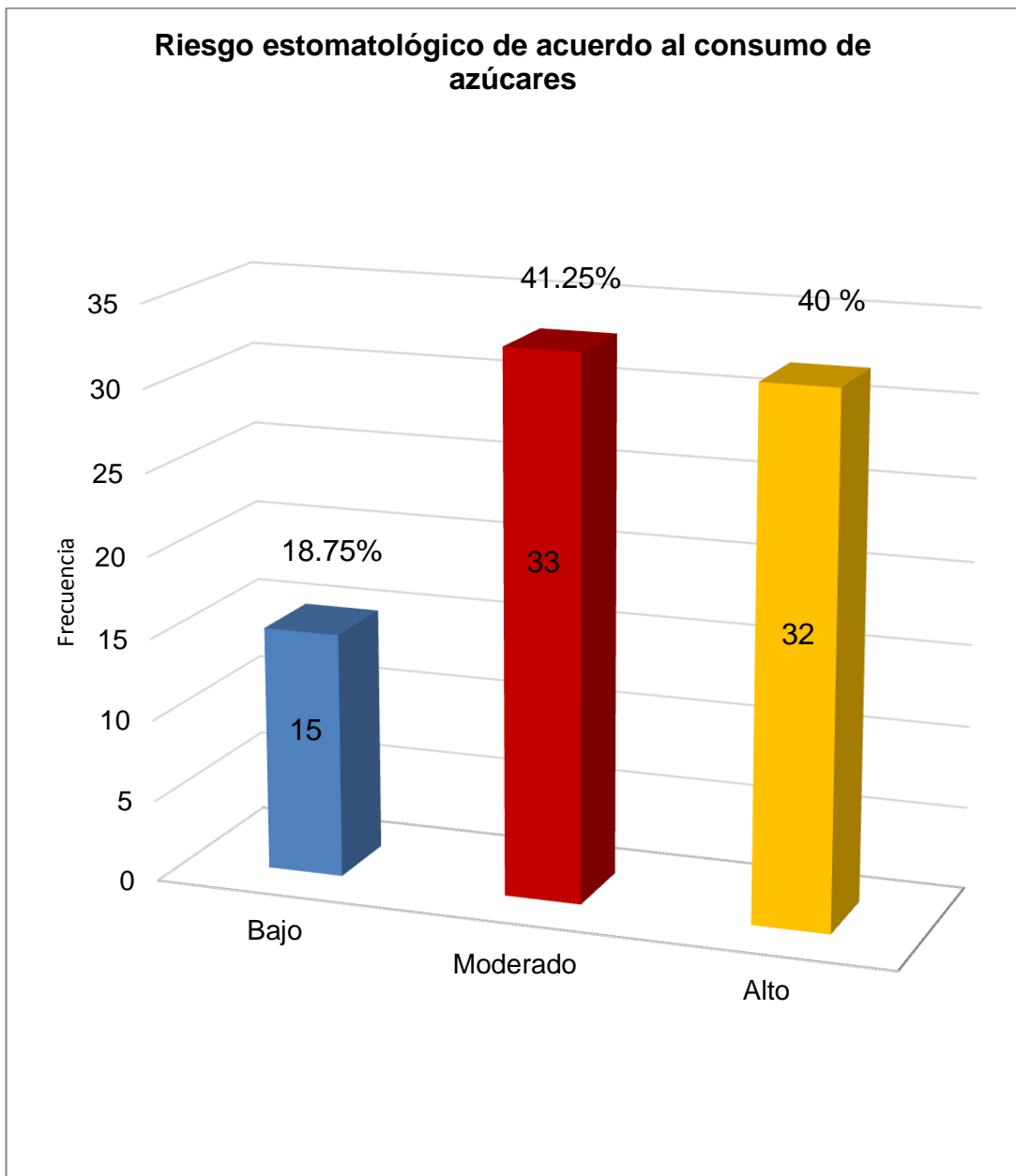
Tabla N° 3

Riesgo estomatológico de acuerdo al consumo de azúcares

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Bajo	15	18.75 %
	Moderado	33	41.25 %
	Alto	32	40.00 %
	Total	80	100.00 %

Al evaluar el riesgo estomatológico de acuerdo a la dieta según la frecuencia diaria de consumo de azúcares extrínsecos, se encontró que el 41,25% tenía un riesgo moderado; un 40% un riesgo alto; y un 18,75% un riesgo bajo.

Gráfico N° 3



Fuente propia del investigador

Obj. Específico N° 4: Determinar la prevalencia de la pérdida prematura de dientes deciduos en los niños de 6 a 9 años, de la Institución Educativa N° 1178 “Javier Heraud” en el 2019.

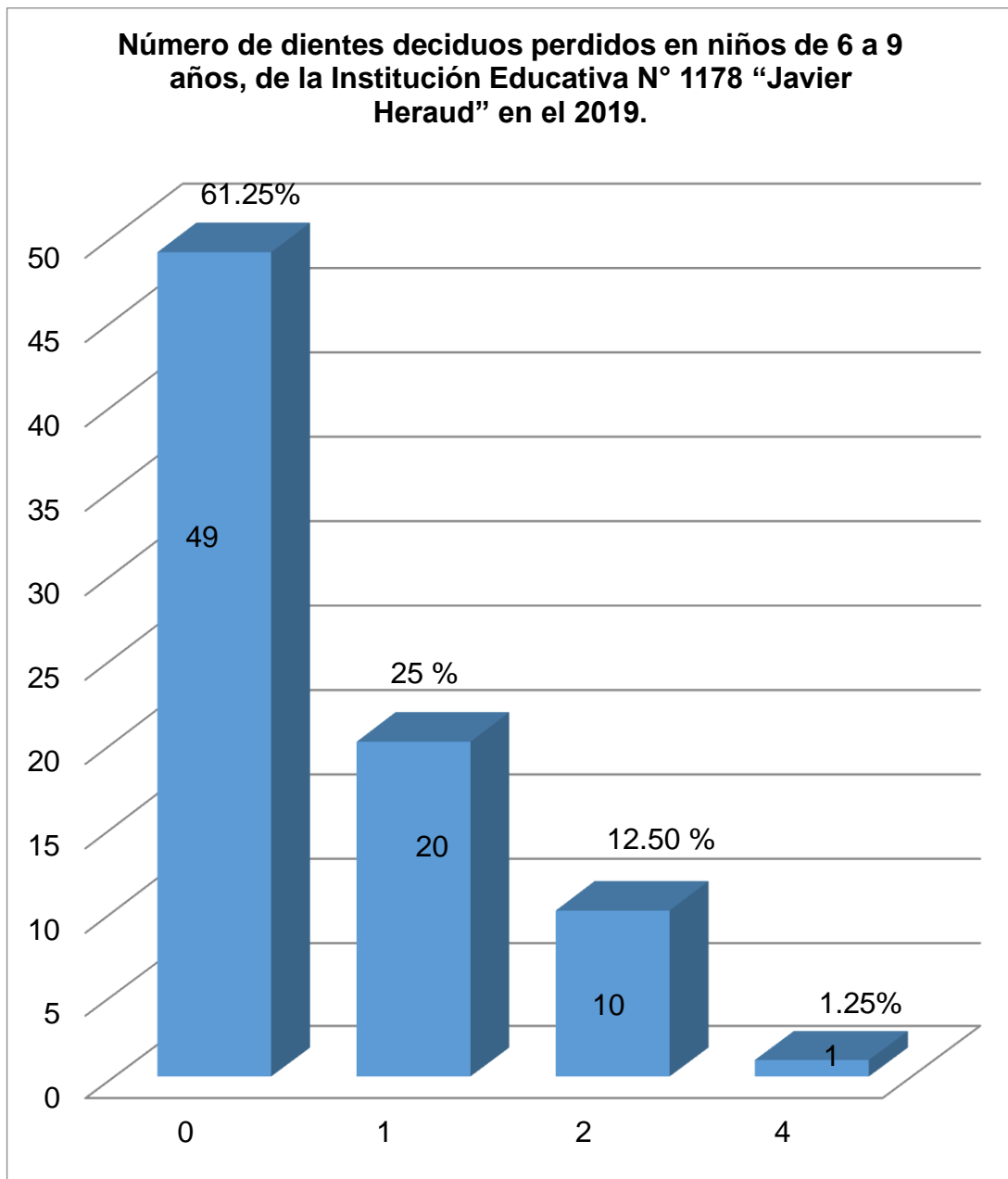
Tabla N° 4

Piezas dentales deciduas perdidas

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	0	49	61.25 %
	1	20	25.00 %
	2	10	12.50 %
	4	1	1.25 %
	Total	80	100.00 %

Existe una prevalencia de 38.75% de niños de 6 a 9 años, de la Institución Educativa N° 1178 “Javier Heraud” en el 2019 con pérdida prematura de dientes deciduos, de los cuales el 25% ha perdido una pieza, 12.50% ha perdido dos piezas y 1.25% ha perdido cuatro piezas.

Gráfico N° 4



Fuente propia del investigador

Obj. Específico N° 5: Determinar cuál es el género más afectado por la pérdida prematura de dientes deciduos en los niños de 6 a 9 años, de la Institución Educativa N° 1178 “Javier Heraud” en el 2019.

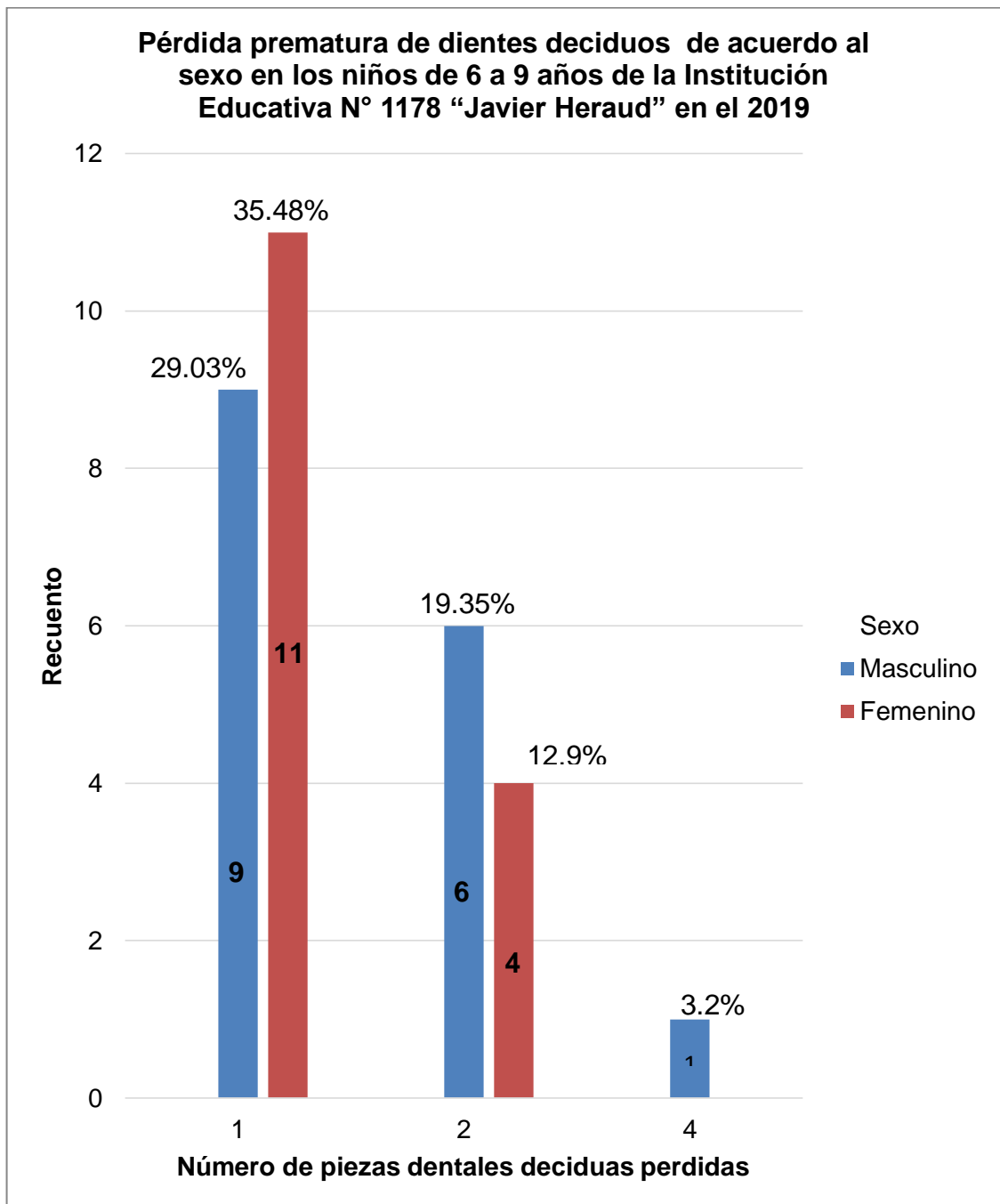
Tabla N° 5

Distribución de la población según Sexo y Piezas dentales deciduas perdidas.

		Sexo				Total	
		Masculino		Femenino			
		Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
Piezas dentales deciduas perdidas	1	9	29.03%	11	35.48%	20	64.5%
	2	6	19.35%	4	12.90%	10	32.3%
	4	1	3.23%	0	0.00%	1	3.2%
Total		16	51.61%	15	48.39%	31	100.00%

El género masculino muestra mayor cantidad de pérdidas prematuras de dientes deciduos (51.6%) en los niños de 6 a 9 años, de la Institución Educativa N° 1178 “Javier Heraud” en el 2019.

Gráfico N° 5



Fuente propia del investigador

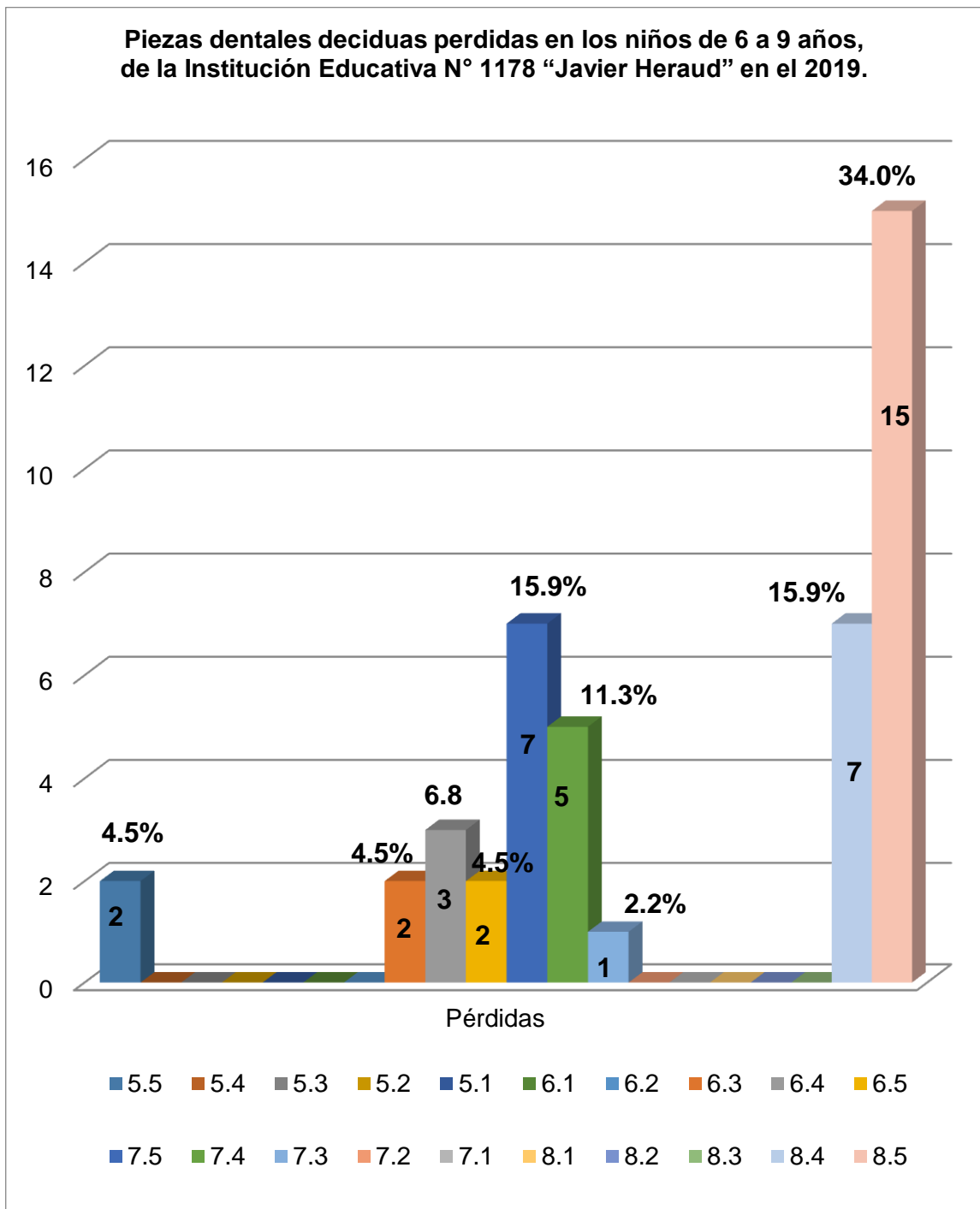
Obj. Específico N° 6: Identificar cuál es la pieza dental decidua perdida con mayor frecuencia en los niños de 6 a 9 años, de la Institución Educativa N° 1178 “Javier Heraud” en el 2019.

Tabla N° 6

Pieza	Pérdidas	Porcentaje
5.5	2	4.55%
5.4	0	0.00%
5.3	0	0.00%
5.2	0	0.00%
5.1	0	0.00%
6.1	0	0.00%
6.2	0	0.00%
6.3	2	4.55%
6.4	3	6.82%
6.5	2	4.55%
7.5	7	15.91%
7.4	5	11.36%
7.3	1	2.27%
7.2	0	0.00%
7.1	0	0.00%
8.1	0	0.00%
8.2	0	0.00%
8.3	0	0.00%
8.4	7	15.91%
8.5	15	34.09%
Total	44	100.00%

La pieza dental decidua perdida con mayor frecuencia en los niños de 6 a 9 años, de la Institución Educativa N° 1178 “Javier Heraud” en el 2019 es la 8,5. Se muestra ausente en el 34.09% del total de piezas perdidas.

Gráfico N° 6



Fuente propia del investigador

5.2. Análisis inferencial, pruebas estadísticas paramétricas, no paramétricas, de correlación, de regresión u otras.

Se planteó en este trabajo de investigación como objetivo general el Determinar la relación entre el riesgo estomatológico y la pérdida prematura de dientes deciduos por caries en niños de 6 a 9 años, de la Institución Educativa N° 1178 “Javier Heraud” en el 2019; por lo que se contempló desarrollar el Coeficiente de Correlación de Spearman para su medición. A continuación se muestra el resultado:

Tabla N° 7

Correlaciones

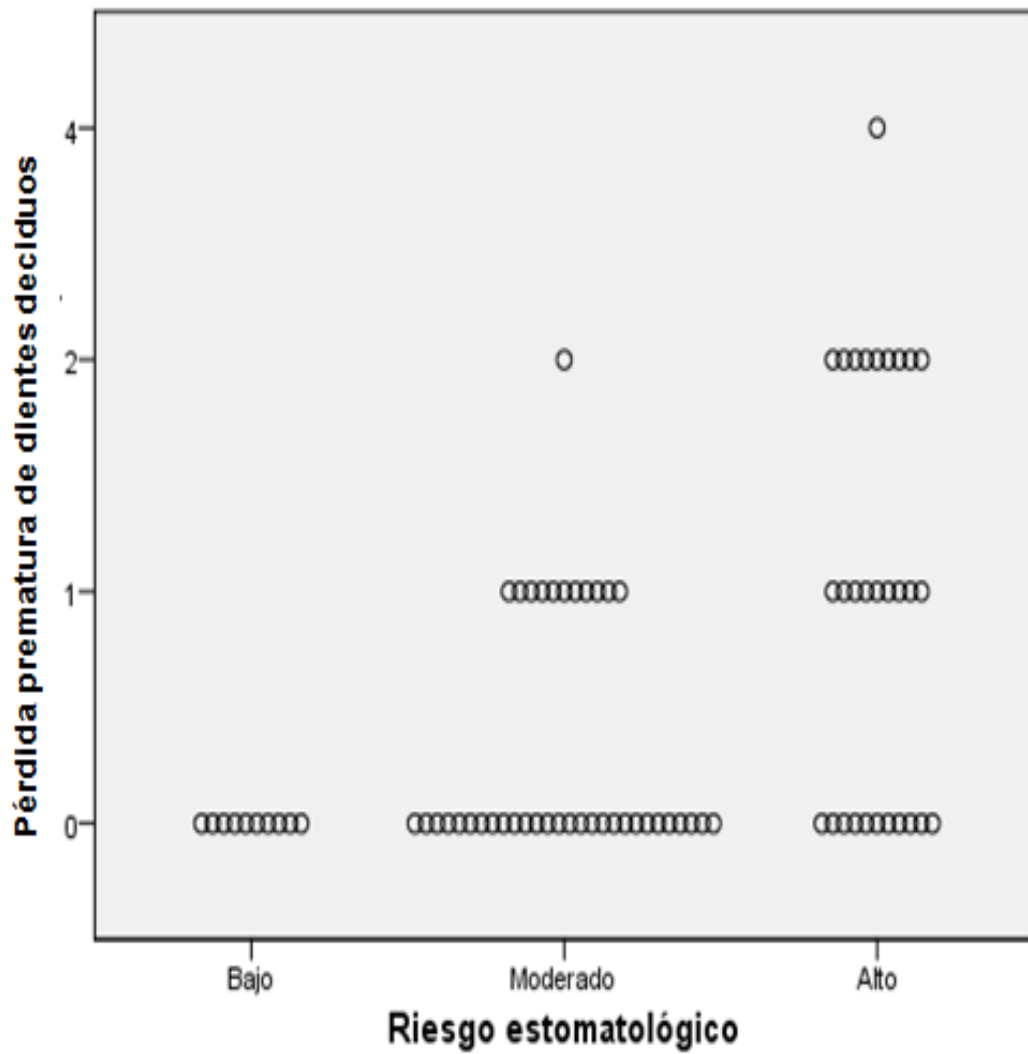
			Riesgo estomatológico	Pérdida prematura de dientes deciduos
Rho de Spearman	Riesgo estomatológico	Coeficiente de correlación	1.000	,477**
		Sig. (bilateral)		0.000
		N	80	80
	Pérdida prematura de dientes deciduos	Coeficiente de correlación	,477**	1.000
		Sig. (bilateral)	0.000	
		N	80	80

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

De acuerdo al Coeficiente de Correlación de Spearman, existe una correlación directa estadísticamente significativa entre el riesgo estomatológico y la pérdida prematura de dientes deciduos ($P < 0,001$) la magnitud de correlación es moderada ($r = 0,447$).

Gráfico N° 7

Gráfico de dispersión acumulada de casos



En el gráfico de dispersión acumulada de casos, se observa que a medida que se registra el incremento de riesgo estomatológico, se percibe mayor pérdida de prematura de dientes deciduos.

5.3. Comprobación de hipótesis, técnicas estadísticas empleadas.

En el presente estudio se presentó hipótesis de trabajo que “Existe relación significativa entre el riesgo estomatológico y la pérdida prematura de dientes deciduos en niños de 6 a 9 años, de la Institución Educativa N° 1178 “Javier Heraud” en el 2019”; y debido a que en el desarrollo del Coeficiente de Correlación de Spearman, dio un valor de ($r=0,447$), se determina que si existe una correlación directa estadísticamente significativa entre el riesgo estomatológico y la pérdida prematura de dientes deciduos ($P<0,001$); precisando además que la magnitud de correlación es moderada.

5.4. Discusión

El propósito del presente estudio fue el determinar la relación entre el Riesgo estomatológico y la pérdida prematura de dientes deciduos por caries en niños de 6 a 9 años, de la Institución Educativa N° 1178 “Javier Heraud” en el 2019; por lo cual se examinó a 80 niños comprendidos entre dichas edades; tras enfrentar los resultados obtenidos con los antecedentes de la investigación, encontramos que:

Espín, en su investigación sobre la pérdida prematura de dientes temporales, llevada a cabo en niños de 3 a 8 años que se atendieron en la Clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador, encontró que la mayor tasa de pérdida de dientes se dio para el caso de 2 piezas dentales con un 48,6 % (n=220), seguidos de pérdida de 1 pieza dental con un 43,3 % (n=196), 3 piezas dentarias en el 6,2 % (n=28), 5 piezas dentarias el 1.1 % (n=5), y por último 4 piezas dentarias en un 0,9 % (n=4).

Chacón (Colombia) en su trabajo sobre la pérdida temprana de dientes temporales en niños de 0 a 8 años de edad; estableció la pérdida prematura de dientes temporales en los 125 niños que asistieron a las clínicas de Odontopediatría, en la Universidad Antonio Nariño, en 30% para el caso de 1 pieza dental, 20% para el caso de 2 o 3 dientes, y en 15% para el caso de 4 dientes.

En nuestra investigación la pérdida prematura de dientes deciduos, se dio en un 25% para los que habían perdido 1 pieza, seguido de un 12.5% de la población que había perdido 2 piezas y 1.3% había perdido 4 piezas. Ello indicaría una diferencia que a manera de apreciación general pone a la

población en mejor situación que la examinada por Espín en Ecuador; pero debajo del nivel encontrado por Chacón en Colombia.

Según otro resultado de la investigación de Espín, en lo referente a la pieza dental temporal perdida y en qué porcentaje, arroja que se perdió la pieza 5.1 (10,8 %), 5.2 (6,8 %), 5.4 (5,5 %), 5.5 (1,8 %), 6.1 (9,7 %), 6.2 (5,3%), 6.4 (5,7 %), 6.5 (3,5 %), 6,5 (3,5 %), 7.1 (7,9%), 7.2 (5,3 %), 7.3 (0,7 %), 7.4 (5,1 %), 7.5 (7,3 %), 8.1 (8,2 %), 8.2 (5,7 %), 8.3 (1,3 %), 8.4 (5,1 %), y la 8.5 (4,2 %). De la misma manera arroja como diagnóstico de la pieza dental temporal perdida de manera prematura, a la Persistencia caduca (41, 7%)

Mayorga, en su estudio en Ecuador sobre la Influencia de la pérdida prematura de dientes deciduos por caries dental, como causa de maloclusiones en los niños de 7 a 10 años que asisten a la Unidad Educativa “Vicente Anda Aguirre” del Cantón Mocha, Provincia de Tungurahua, detalló que de los 51 niños examinados, la pieza con mayor porcentaje para la pérdida prematura fue la 7.5, con un 22,8%; y luego le sigue la pieza 8.5, con un 21,7%.

Palaquibai, en su estudio en Ecuador, desarrollado en el centro de atención odontológico UDLA, en el 2017; encontró que la pieza dental más afectada fue la 5.5 (con un 20%), y las piezas 7.4 y 6.5 después de esta.

Ruiz, de acuerdo a los datos ofrecidos tras examinar a 68 niños de 4 a 8 años de edad, encontró que las piezas dentales deciduas con mayor cantidad de pérdida prematura, fueron las primeras molares inferiores con una tasa del 40%.

En el presente estudio, los datos sobre la pieza decidua perdida de manera prematura se dieron en los siguientes porcentajes, la pieza 5.5 (4,5 %), 6.3

(4.5%), 6.4 (6,8 %), 6.5 (4,5 %), 7.3 (2,3 %), 7.4 (11.4 %), 7.5 (15,9 %), 8.4 (15,9 %), y la 8.5 (34,1 %).

La contrastación de los datos permite establecer que difieren los resultados ya que la pieza dental perdida prematuramente es para Espín es una anterior (la 5.1) con un 10,8%; y para Palaquibai la 5.5 con un 20%; mientras que en la nuestra lo es una pieza posterior (la 8.5) con un porcentaje mucho mayor, de 34,1%. Pero por otro lado se observa una coincidencia con lo encontrado por Mayorga en una alta proporción de pérdida para la 8.5; y además la investigación de Ruiz en el 2017 con un 40% de afectación de las primeras molares inferiores, nos sitúa dentro de los rangos encontrados por los investigadores tomados como antecedentes.

Al examinar si hay una diferencia en cuanto al género del paciente con respecto a la pérdida prematura de piezas deciduas, en el caso de Espín, del total de varones (n=247) 146 si la tuvieron; y del total de mujeres (n=206) 110 la tuvieron; es decir, un 59.11% de los varones y un 53.40% de las mujeres.

Ruiz, en su estudio en Nicaragua, en el 2016; encontró una mayor tasa para el sexo femenino, esta fue de 60%.

En relación al género también tenemos en los antecedentes la tasa que da el estudio de Palaquibai, sobre la prevalencia de pérdida prematura de piezas temporales en pacientes que asistieron al centro de atención odontológico UDLA en el 2017-1; quien refiere que el 67% de las mujeres la ha sufrido.

De acuerdo a lo encontrado por nosotros, 16 de los 39 varones (el 51,61%) de los varones sufrió la pérdida prematura de piezas deciduas; y en el caso del sexo femenino, se presentó en 15 de las 41 niñas (48,39%).

Ello permite afirmar que existe similitud en el hecho de que el género masculino es el más afectado, en relación a Espín y Chacón; y que existe una diferencia más marcada en cuanto a la afectación de las niñas, por otro lado difiere con lo encontrado por Palaquibai y Ruiz.

Ghangoluiza, en el 2017 en Ecuador, detalla dentro de su investigación sobre la relación entre factores socioculturales y económicos con la pérdida prematura de dientes deciduos en niños de 7 a 11 años de la escuela “María Angélica Idrobo”, que el 18% de la población (n=145) que osciló en edades de 7 a 11 años, presentó pérdida prematura de piezas deciduas.

Ruiz, en Nicaragua, quien desarrolló el estudio Pérdida prematura de dientes temporales en niños de 4 a 8 años de edad atendidos en la asignatura de Odontopediatría II en la Clínica Odontológica de UNAN- Managua, abril-junio del año 2017; después de examinar su población (n=68), mostró que existe una prevalencia del 21,7% para la pérdida de piezas dentales deciduas; pero adiciona el dato de pérdida prematura de las mismas con un 92.9%, tras observar los estadíos 5 y 6 de Nolla de las piezas sucesoras a las perdidas.

Chacón, en Colombia, en su trabajo desarrollado en niños menores de 0 a 8 años de edad, encontró que el 43% de ellos sufrió la pérdida prematura de dientes deciduos.

El dato de Ghangoluiza (18%) difiere de lo encontrado por nosotros en el presente estudio, y del dato de Ruiz (92.9%); ya que la tasa de pérdida prematura de piezas deciduas corresponde al 38,75%. Nos ubica entonces

dentro del amplio rango reportado en los antecedentes; coincidiendo más con Chacón (43%).

Ramón, en el 2016, en Cuba, quien examinó a 300 escolares entre los 5 y 11 años para evaluar los factores de riesgo de caries dental, tras evaluar el sexo, la edad, la higiene, la dieta cariogénica y el apiñamiento dental; concluye en que los factores de riesgo predominantes fueron la higiene bucal deficiente en primer lugar (OR = 5.84) y el apiñamiento dental en segundo lugar (OR = 4.68).

Fiestas, en el 2016 (Piura), tras evaluar los factores de riesgo en la pérdida prematura de dientes deciduos en 78 niños de 3 a 5 años de las instituciones educativas Caleta – La Islilla – Paita; concluyó que es el consumo de alimentos cariogénicos el principal factor de riesgo para la caries dental, con un 97.4%

De acuerdo a lo hallado en nuestra investigación, se encontró un riesgo alto debido a una Susceptibilidad del huésped (Experiencia de caries) con un 53,8%; un riesgo alto en relación a la Higiene dental en un 36,3%; y un riesgo alto en relación a la dieta (determinada por el consumo de azúcares extrínsecos) en un 40% de los niños estudiados.

CONCLUSIONES

- La experiencia de caries como aspecto considerado para evaluar la susceptibilidad del huésped está considerado como un riesgo alto en la población estudiada (Valor = 43).
- El riesgo estomatológico tiene al consumo de azúcares extrínsecos, como aspecto evaluado en la dieta, como el segundo lugar (Valor = 32)
- La higiene (Valor = 29), es considerado en tercer lugar como riesgo para afectar la salud estomatológica.
- La pérdida dental prematura de piezas deciduas afecta a la mitad de la población.
- De las personas estudiadas que sufren pérdida prematura de piezas deciduas, una tercera parte pierde entre 2 y 4 piezas dentales.
- La pieza dental decidua que más se ha perdido prematuramente es la 8.5

RECOMENDACIONES

- Concientizar a los padres y profesores sobre la repercusión que tiene la pérdida dental de piezas temporales para la salud bucal de sus niños.
- Aplicar medidas protectoras para las piezas dentales que se identifican como más vulnerables de acuerdo a la estadística mostrada.
- Fortalecer la educación para la salud en el componente de la Salud bucal en la población escolar.
- Contribuir con la difusión de resultados como los encontrados en este estudio con los estudiantes de Estomatología y con los profesionales Cirujanos Dentistas, para dar cada vez mayor importancia a la Prevención como filosofía de nuestra actuación como profesionales de la salud.
- Realizar ejercicios sobre el análisis de nuestra dieta y su poder cariogénico como mediante el uso del diario dietético para ser más conscientes de nuestro riesgo estomatológico con respecto a este factor.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- 1) Chicaiza AN. Prevención de la pérdida prematura de dientes temporales en niños de 5 a 8 años en la Unidad Educativa "Alejandro Dávalos Calle" del barrio San Marcos del cantón Salcedo. Citado el 24 de agosto del 2018.
Disponibile en: <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/8196/1/PIUAODONT007-2018.pdf>
- 2) Espín MF. Pérdida prematura de dientes temporales en niños de 3 a 8 años que acuden a la Clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador. Consultado el 03 de setiembre del 2018. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/16588/1/T-UCE-0015-ODO-030.pdf>
- 3) Mayorga DE. Influencia de la pérdida prematura de dientes deciduos por caries dental, como causa de maloclusiones en los niños de 7 a 10 años que asisten a la Unidad Educativa "Vicente Anda Aguirre" del Cantón Mocha, Provincia de Tungurahua. Citado el 13 de setiembre del 2018. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/15668/1/T-UCE-0015-ODO-004.pdf>
- 4) Changoluiza GE. Relación entre factores socioculturales y económicos con la pérdida prematura de dientes deciduos en niños de 7 a 11 años de la escuela "María Angélica Idrobo". Citado el 07 de setiembre del 2018. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/12542/1/T-UCE-0015-738.pdf>

- 5) Palaquibai SM. Estudio retrospectivo sobre la prevalencia de pérdida prematura de piezas temporales en pacientes que asistieron al centro de atención odontológico UDLA en el 2017-1. Citado el 30 de setiembre del 2018. Disponible en: <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/7249/1/UDLA-EC-TOD-2017-106.pdf>
- 6) Ruiz GE. Pérdida prematura de dientes temporales en niños de 4 a 8 años de edad atendidos en la asignatura de Odontopediatría II en la Clínica Odontológica de UNAN- Managua, abril-junio del año 2017. Citado el 22 de agosto del 2018. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/8440/1/98080.pdf>
- 7) Ramón R, Castañeda M, Corona MH, Estrada GA, Quinzán AM. Factores de riesgo de caries dental en escolares de 5 a 11 años. . Citado el 13 de setiembre del 2018. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v20n5/san03205.pdf>
- 8) Chacón KS, Correa JJ, Navarro DM, Gordillp V, Báez LC. Pérdida temprana de dientes temporales en niños de 0 a 8 años de edad. Citado el 19 de agosto del 2018. Disponible en: <https://www.rcio.org/index.php/rcio/article/view/165/296>
- 9) Bao AM. Pérdida dental y sus factores asociados en escolares de 6 a 12 años de la I.E. “Buenos Aires” en el distrito de San Juan de Lurigancho, Lima 2016. Citado el 29 de setiembre del 2018. Disponible en: http://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/uap/5115/9/T059_46243304_T.pdf

- 10) Fiestas C. Factores de riesgo en la pérdida prematura de dientes deciduos en los niños de 3 a 5 años de edad de las instituciones educativas Caleta – La Islilla – Paita. Citado el 28 de setiembre del 2018. Disponible en: <http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/4379>
- 11) World Health Organization. Factor de riesgo. Citado el 12 de noviembre del 2018. Disponible en https://www.who.int/topics/risk_factors/es/
- 12) Pantizogo U. Odontología Preventiva en el niño y el adolescente – Manual de Procedimientos Clínicos Carlos Heredia Azerrat. Citado el 03 de octubre del 2018. Disponible en: https://www.academia.edu/28830621/Odontolog%C3%ADa_Preventiva_en_el_Ni%C3%B1o_y_en_el_Adolescente_MANUAL_DE_PROCEDIMIENTOS_CLINICOS_CARLOS_HEREDIA_AZERRAT
- 13) Giraldo M. Generalidades del Sistema Dental Humano. Citado el 19 de setiembre del 2018. Disponible en: https://www.academia.edu/18611464/GENERALIDADES_DEL_SISTEMA_DENTAL_HUMANO
- 14) Gomez ME. Histología y embriología bucodental. Citado el 19 de setiembre del 2018. Disponible en: https://www.academia.edu/8172519/Histologia_y_Embriologia_Bucodental_Gomez_de_Ferraris
- 15) Tortolini SP, Fernández E. Ortodoncia y periodoncia. Citado el 10 de Octubre del 2018. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v27n4/original3.pdf>

- 16) Boj J, Catalá M, García-Ballesta C, Mendoza A, Planells P. Odontopediatría la evolución del niño al adulto joven (1ed). España: Ripano.
- 17) Burgueño L. Estudio de la erupción de los dientes temporales en una muestra de niños de la Comunidad de Madrid. España: 2014. Citado el 23 de setiembre del 2018. Disponible en <https://eprints.ucm.es/24665/1/T35218.pdf>
- 18) San Miguel A, Veliz OL, Escudero RZ, Calcines ME, Ortega L. Cronología de emergencia de la dentición permanente en niños del municipio de Santa Clara: Parte I. Citado el 24 de setiembre del 2018
Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/est/v48n3/est03311.pdf>
- 19) Pereira V, Goettem M, Baldissera E, Bertold A, Torriani D. Clinical and radiographic sequelae to primary teeth affected by dental trauma: a 9-year retrospective study. Citado el 22 de setiembre del 2018. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-83242016000100702&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- 20) Nelson T, Huebner C, Kim A, Scott J. A Pilot Study of Parent, Dentist, and Independent Rater Assessment of Child Distress During Preventive Dental Visits. J Dent Child (Chic). 2016; 83(2): 71–77. Citado el 24 de setiembre del 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5033045/>
- 21) López SA, Villalobos JJ, Ávila L, Casanova JF, Vallejos AA, Lucas SE, Patiño N, Medina CE. Relationship between premature loss of primary teeth with oral hygiene, consumption of soft drinks, dental care, and previous caries experience. Sci Rep. 2016 Feb 26; 6:21147. Citado el 22 de

setiembre del 2018. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4768248/pdf/srep21147.pdf>

22) Diccionario de la Real Academia. Citado el 22 de setiembre del 2018.

Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=Ay3JMEx>

23) Diccionario de la Real Academia. Citado el 22 de setiembre del 2018.

Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=BM2Waf4>

24) Diccionario de la Real Academia. Citado el 22 de setiembre del 2018.

Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=HQB90tU>

25) Diccionario de la Real Academia. Citado el 22 de setiembre del 2018.

Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=IQkf76l>

26) Diccionario de la Real Academia. Citado el 22 de setiembre del 2018.

Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=OdYpUcZ>

27) Diccionario de la Real Academia. Citado el 22 de setiembre del 2018.

Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=U0yTWT3>

28) Diccionario de la Real Academia. Citado el 22 de setiembre del 2018.

Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=UDu5ucA>

29) Diccionario de la Real Academia. Citado el 22 de setiembre del 2018.

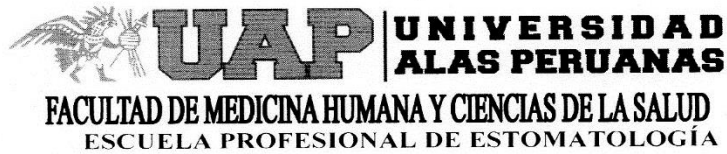
Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=YoilqLL>

30) Diccionario de la Real Academia. Citado el 22 de setiembre del 2018.

Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=YqFgJ9V>

ANEXOS

ANEXO 1: Carta de Presentación



Pueblo Libre, 31 de Enero del 2019

Mg PEREZ SALGADO, NESTOR
Director del Colegio N° 1178 "Javier Heraud" San Juan de Lurigancho - Lima

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle mi respetuoso saludo y al mismo tiempo presentarle a la egresada ESPINOZA ROMERO, ELUISA JACKELINE, con código 2014110579, de la Escuela Profesional de Estomatología - Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud - Universidad Alas Peruanas, quien necesita recabar información en el área que usted dirige para el desarrollo del trabajo de investigación (tesis).

TÍTULO: "RIESGO ESTOMATOLOGICO Y PERDIDA PREMATURA DE DIENTES DECIDUOS POR CARIES EN NIÑOS DE 6 A 9 AÑOS DEL COLEGIO 1178 JAVIER HERAUD, LIMA 2018 EN EL DISTRITO DE SAN JUAN DE LURIGANCHO".

A efectos de que tenga usted a bien brindarle las facilidades del caso.

Anticipo a usted mi profundo agradecimiento por la generosa atención que brinde a la presente.

Atentamente,



UAP UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
Dra. MIRIAM DEL ROSARIO VASQUEZ SEGURA
DIRECTORA
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

Adjunto:

Protocolo de recolección de datos

ANEXO 2: Constancia de desarrollo de la Investigación



I.E N° 1178 "JAVIER HERAUD"
CAJA DE AGUA - SJL



PERÚ

UGEL N° 05

UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA LOCAL
SAN JUAN DE LURIGANCHO

"Año de la lucha contra la corrupción e impunidad"

CONSTANCIA

La que suscribe, Director de la Institución Educativa N° 1178 "Javier Heraud" de San Juan de Lurigancho, mixto, perteneciente al sector público.

HACE CONSTAR:

Que la Srta. **Espinoza Romero Eluisa Jackeline** con código **2014110579**, egresada de la escuela de Estomatología - Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud – Universidad Alas Peruanas.

Realizó su Trabajo de Investigación (tesis) "RIESGO ESTOMATOLÓGICO Y PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES DECIDUOS POR CARIES EN NIÑOS DE 6 A 9 AÑOS DEL COLEGIO 1178 "JAVIER HERAUD" – SAN JUAN DE LURIGANCHO, 2019 del **12 al 21 de Marzo** del pte. Año, en el horario de lunes a viernes, con un total de 8 días de evaluación, demostrando interés en realizar la evaluación a los niños, mostrando responsabilidad y puntualidad. Dra. Espinoza

Se expide la presente a petición de la parte interesada para los fines que considere pertinentes.

San Juan de Lurigancho, 21 de Marzo 2019

Atentamente,



NESTOR PÉREZ SALGADO
Director

ANEXO 3: Consentimiento Informado



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

Mediante el presente documento, yo,, identificado con DNI N°, padre/madre/responsable del menor, he sido informado (a) por la Bachiller Eluiza Jackeline Espinoza Romero, de la Escuela Profesional de Estomatología, de la Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud, de la Universidad Alas Peruanas, sobre el objetivo del estudio “Riesgo estomatológico y pérdida prematura de dientes deciduos por caries en niños de 6 a 9 años del colegio 1178 “Javier Heraud”, 2019”; y además me ha informado sobre la importancia del tema, de la necesidad de realizar un examen clínico a mi menor hijo (a) y la aplicación de una sustancia que solo tiñe los dientes de manera temporal detectando donde el cepillo dental no es adecuado; que cualquier imagen obtenida se hará protegiendo su identidad; sobre el manejo de la información obtenida con un carácter de confidencialidad y su no uso para otro propósito fuera de este estudio sin mi consentimiento expreso, así como de la posibilidad que tengo para revocar la participación cuando así lo decida. Con este documento acepto también completar una ficha para detallar el consumo de alimentos de mi hijo (a) de la manera más exacta posible.

En caso necesite mayor información, o tenga una duda sobre esta investigación puede contactarse por teléfono o whatsapp con la investigadora principal al número 970874646.

Ante lo explicado, yo, de manera consciente y voluntaria, a continuación firmo en señal de aceptación y conformidad.

Firma: _____

Evaluador: Jackeline Espinoza R.

N° de DNI: _____

N° de DNI: 43911853

Fecha : _____

Responda la siguiente pregunta: ¿Su niño ha perdido alguna vez un diente por golpe, accidente o traumatismo? **Sí** **No** ¿Cuántos? _____

ANEXO 4: Asentimiento Informado



Hola mi nombre es Eluisa Jackeline Espinoza Romero, y desarrollo un estudio en la Universidad Alas Peruanas y para ello queremos pedirte que nos apoyes. Tu participación en el estudio consistiría en hacerte una revisión de tus dientes para conocer si tienes caries, y para encontrar los lugares donde debes cepillarte mejor los dientes, por lo que voy a frotar un líquido de color morado.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Toda la información que nos proporcionas/ las mediciones que realicemos nos ayudarán a conocer sobre tu salud. Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas (O RESULTADOS), sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio; sólo a tus padres.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (✓) en el cuadrado de abajo que dice "Sí quiero participar" y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, no pongas ninguna (✓), ni escribas tu nombre.

Sí quiero participar Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

Fecha: ____ de _____ del 2019.

Firma o huella digital

ANEXO 5: Instrumento de recolección de datos



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

Ficha N°

Ficha de recolección de datos para la investigación
Riesgo estomatológico y pérdida prematura de dientes deciduos por caries en niños de 6 a 9 años del colegio 1178 "Javier Heraud", 2019

1) Información general

Nombre completo: _____

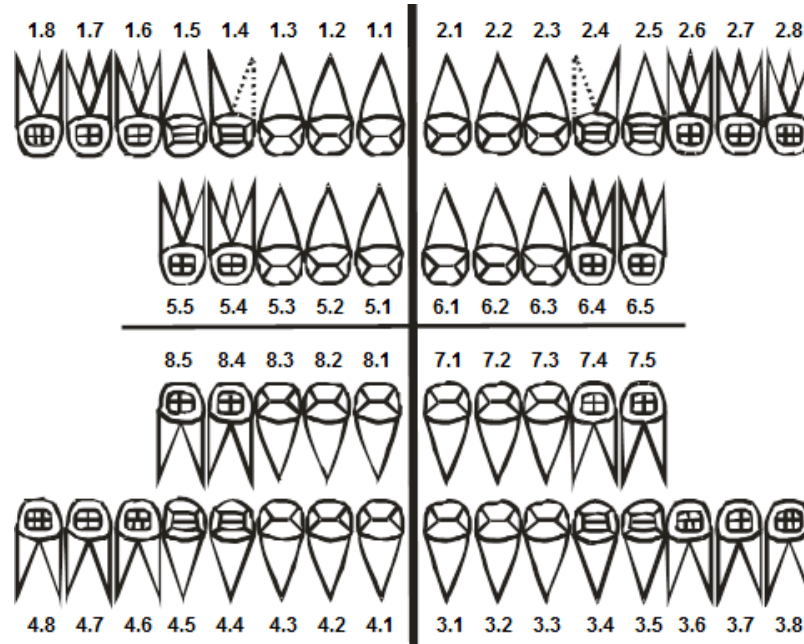
Sexo: Masc. Fem. Edad: _____ años _____ meses

2) Riesgo estomatológico (RE): (1= Bajo, 2= Medio, 3= Alto): _____

CRITERIOS			
RE	Experiencia de caries (superf.)	Índice de placa blanda	Frec. diaria de consumo de azúcares extrínsecos (DE ACUERDO AL DIARIO DIETÉTICO)
B	Hasta 2 oclusales	$\leq 1.$	Hasta 3 veces.
M	De 3 a 6 oclusales.	>1 y $\leq 2.$	4 veces.
A	7 o más oclusales, o 1 a más en superficies lisas.	$> 2.$	5 veces o más.



3) Registro de las lesiones cariosas para la determinación de la Experiencia de caries (Susceptibilidad del huésped) y presencia o ausencia de las mismas:



4) Análisis individual de prematuridad en la pérdida de piezas temporales

PÉRDIDA DE PIEZAS TEMPORALES ESCRIBIR SEGÚN CORRESPONDA CON EL ODONTOGRAMA	
<p>Se caen</p> <ul style="list-style-type: none"> 6-7 años 7-8 años 10-12 años 9-11 años 10-12 años 10-12 años 9-11 años 9-12 años 7-8 años 6-7 años 	
<p>Tabla de dentición y erupción de dientes primarios. Fuente: Molth Healthy - Elaborado por: Gabriela Changoluiza</p>	

5) Diario dietético para la determinación de la frecuencia diaria de consumo de azúcar extrínseco, a llenar por los padres:

HORA	VIERNES	HORA	SÁBADO
TOTAL		TOTAL	
HORA	DOMINGO	HORA	LUNES
TOTAL		TOTAL	
PROMEDIO:			

6) Análisis del Índice de placa blanda para determinar la higiene (IHOS):

PLACA BLANDA	Pieza dental (superficie)						PROM
	1.6 (v)	1.1 (v)	2.6 (v)	3.6 (l)	3.1 (v)	4.6 (l)	

ANEXO 6: Diario dietético

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



Ficha N°

Diario dietético

(Para llenar la ficha de recolección de datos para establecer el patrón dietético)

Para la recolección de los datos, el investigador:

Escribir el nombre del paciente en la ficha “Diario dietético”

Escribir la fecha de entrega del documento.

Entregar el Diario Dietético a uno de los padres del paciente.

Escribir la fecha que corresponda al lado de las palabras: viernes, sábado, domingo y lunes.

Explicar al padre, madre o apoderado (a) del paciente la importancia del diario dietético, resaltando que los datos sinceros consignados contribuirán significativamente con el diagnóstico del niño y permitirá orientarlo con respecto a sus hábitos de dieta.

Leer en voz alta las instrucciones y resolver las posibles dudas o preguntas.

Para la recolección de los datos, el papá, la mamá o el apoderado (a):

Anotar de la hora de la ingestión, la cantidad y calidad de los alimentos consumidos de acuerdo a las fechas especificadas.

Devolver el Diario Dietético, debidamente llenado, después de haberlo completado de manera correcta.

Para la interpretación de los datos, el investigador:

Debe definir el número de veces que el paciente ha ingerido azúcares extrínsecos en un día; siendo que si dos o más de estos alimentos han sido consumidos simultáneamente, o por separado, en un lapso no mayor de 20 minutos, se les considera como una sola ingestión. Teniendo en cuenta estas generalidades, realice los siguientes pasos:

- Subraye o marque con un resaltador los alimentos que contengan azúcares extrínsecos, que hayan sido consumidos en momentos distintos, separados por más de 20 minutos.

- Cuente el número de veces que estos alimentos han sido ingeridos en cada día y anote los resultados en los recuadros de la parte inferior, uno para cada día.
- Calcule el promedio de la frecuencia diaria del consumo de azúcares extrínsecos sumando las frecuencias obtenidas para cada día y dividiendo el resultado por 4. Anote este dato en el recuadro de la inferior derecho ("PROMEDIO").
- Tal como se mencionó anteriormente, utilice este dato -junto con la experiencia de caries y el índice de placa blanda- para determinar el RE del paciente.

Nombre del niño: (a)		Fecha:	
HORA	VIERNES	HORA	SÁBADO
TOTAL		TOTAL	
HORA	DOMINGO	HORA	LUNES
TOTAL		TOTAL	
PROMEDIO:			

ANEXO 7: Cartilla de cotejo de pérdida prematura en dentición decidua según edad (6 a 9 años), y Diario dietético (Para el paciente).



Cartilla de cotejo de pérdida prematura en dentición decidua según edad (6 a 9 años)	
6 años	7 años
8 años	9 años

ANEXO 8

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variable	Metodología
¿Cuál es la relación entre el riesgo estomatológico y la pérdida prematura de dientes deciduos en niños de 6 a 9 años, de la Institución Educativa N° 1178 “Javier Heraud” en el 2019?	<p>Objetivo general Determinar la relación entre el riesgo estomatológico y la pérdida prematura de dientes deciduos en niños de 6 a 9 años, de la Institución Educativa N° 1178 “Javier Heraud” en el 2019.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Determinar el riesgo estomatológico de acuerdo a la Susceptibilidad del huésped según la experiencia de caries de los niños de 6 a 9 años, de la Institución Educativa N° 1178 “Javier Heraud” en el 2019, mediante su experiencia de caries. 2) Determinar el riesgo estomatológico de acuerdo a la Higiene según el índice IHOS de los niños de 6 a 9 años, de la Institución Educativa N° 1178 “Javier Heraud” en el 2019, mediante la valoración de la placa bacteriana. 3) Determinar el riesgo estomatológico de acuerdo a la Dieta según la frecuencia diaria de consumo de azúcares extrínsecos de los niños de 6 a 9 años, de la Institución Educativa N° 1178 “Javier Heraud” en el 2019, según la frecuencia de consumo de azúcar extrínseca diaria. 4) Determinar la prevalencia de la pérdida prematura de dientes deciduos en los niños de 6 a 9 años, de la Institución Educativa N° 1178 “Javier Heraud” en el 2019. 5) Determinar cuál es el género más afectado por la pérdida prematura de dientes deciduos en los niños de 6 a 9 años, de la Institución Educativa N° 1178 “Javier Heraud” en el 2019. 6) Identificar cuál es la pieza dental decidua perdida con mayor frecuencia en los niños de 6 a 9 años, de la Institución Educativa N° 1178 “Javier Heraud” en el 2019. 	<p>Ha: Existe relación significativa entre el riesgo estomatológico y la pérdida prematura de dientes deciduos en niños de 6 a 9 años, de la Institución Educativa N° 1178 “Javier Heraud” en el 2019.</p> <p>Ho: No existe relación significativa entre el riesgo estomatológico y la pérdida prematura de dientes deciduos en niños de 6 a 9 años, de la Institución Educativa N° 1178 “Javier Heraud” en el 2019.</p>	<p>Variable Independiente: Riesgo estomatológico: Situación que aumenta la probabilidad en la que una persona pueda contraer una enfermedad estomatológica.</p> <p>Variable Dependiente: Pérdida prematura de dientes deciduos: Situación por la que se pierde dientes deciduos antes del tiempo esperado, que puede llegar a comprometer el mantenimiento natural del perímetro o longitud del arco dental.</p>	<p>Diseño metodológico Según la intervención del investigador el estudio será observacional, solo se observa y se describe en forma precisa los fenómenos. Según la planificación de la medición de la variable de estudio será prospectivo, el estudio tendrá fuentes primarias. Según el número de mediciones de la variable de estudio será transversal, porque los instrumentos se aplicarán en solo momento. Según el número de variables estudiadas será analítica, porque el estudio se trabaja con dos variables, buscando relación bivariado. Nuestra investigación tiene un Nivel III, o también conocido como un nivel correlación.</p>

ANEXO 9: Fotografías

Foto N° 1: Exteriores de la Institución Educativa Estatal N° 1178 “Javier Heraud” - SJL



Foto N° 2: Sensibilización de las autoridades y profesorado



Foto N° 3: Envío del formato de consentimiento informado a los padres de familia

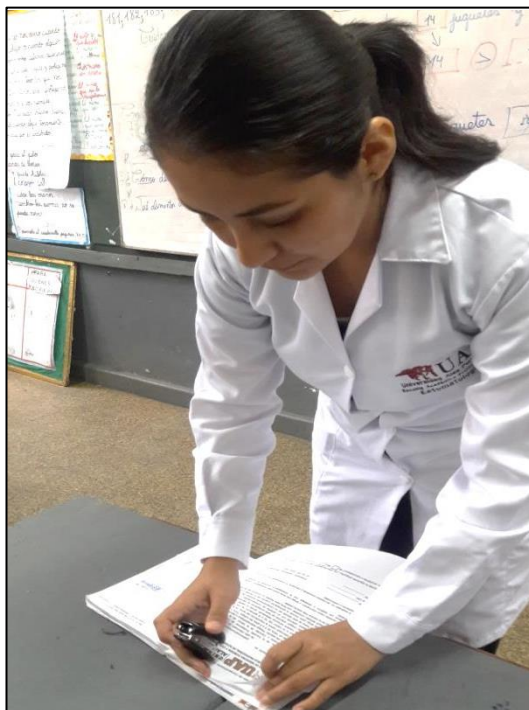


Foto N° 4: Explicación del llenado y Entrega a los padres de familia del Diario Dietético



Fotos N° 5 y 6: Materiales organizados para la recolección de datos en el aula de la institución educativa N° 1178 "Javier Heraud".



Foto N° 7: Explicación y llenado del Asentimiento Informado

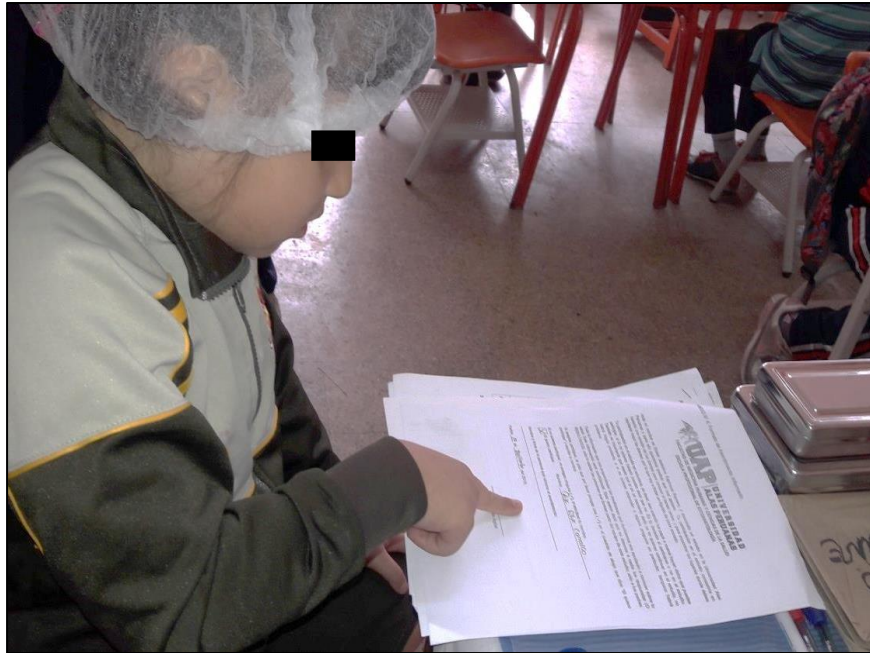


Foto N° 8: Recolección de datos para evaluar riesgo estomatológico y pérdida prematura de dientes deciduos



Foto N° 9: Examen clínico y llenado del Instrumento de Recolección de datos.



Fotos N° 10 y 11: Evaluación de la Higiene para determinación del Riesgo Estomatológico

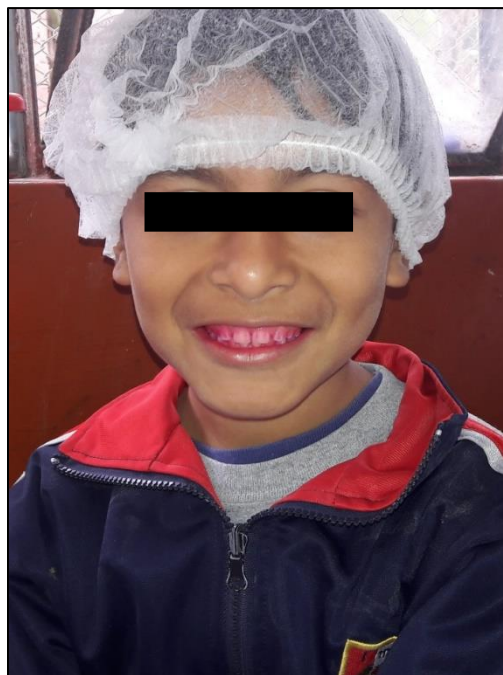


Foto N° 12, 13 y 14: Fotos Intraorales para la evaluación clínica para la determinación de la pérdida prematura de piezas dentarias deciduas



Foto N° 15 y 16: Charla educativa preventiva a los participantes del estudio.



Foto N° 17 y 18: Etapa final del estudio. Agradecimiento, entrega de paquetes de higiene bucal pediátricos, y despedida.

