



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

TESIS

“HIGIENE BUCAL Y LA PÉRDIDA PREMATURA DE
MOLARES DECIDUOS EN NIÑOS DE 6 A 10 AÑOS
ATENDIDOS EN CLÍNICA AREQUIPA 2017 – 2021”

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

PRESENTADO POR:

Bach. PAMELA DEL CARMEN, VALLEJOS FERNÁNDEZ

ASESOR

Mg. HUGO HAROLD MOLINA MORALES (ORCID: 0000-0003-4117-208x)

TACNA – PERÚ

2022

DEDICATORIA

Dedicado a mi familia por el apoyo ofrecido y
por estar presentes siempre durante el
camino, por ser origen de motivación para
continuar siempre adelante

AGRADECIMIENTO

Un agradecimiento a mi familia por ser soporte y ayudarme a llegar a esta instancia, estando siempre presentes y por el apoyarme moral y psicológico y por último a los docentes, de quienes he obtenido el conocimiento para realizar esta tesis.

Primordialmente agradecer a Dios, quien me ha mostrado el camino y otorgado la fortaleza para continuar.

ÍNDICE

	Pág.
Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Índice	iv
Índice De Tablas	vi
Índice De Gráficos	vii
Resumen	viii
Abstract	ix
introducción	10
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.1 Descripción de la situación problemática	13
1.2 Formulación del problema	13
1.2.1 Problema principal	13
1.2.2 Problemas Específicos	13
1.3 Objetivo de la investigación	14
1.3.1 Objetivo Principal	14
1.3.2 Objetivos Secundarios	14
1.4 Justificación de la investigación	14
1.4.1 Importancia de la investigación	16
1.5 Limitaciones de estudio	17
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	18
2.1 Antecedentes de la investigación	18
2.1.1 Internacionales	18
2.1.2 Nacionales	20
2.2 Bases teóricas	21
2.3 Definición de términos básicos	30
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	32

3.1	Formulación de hipótesis, principal y derivadas	32
3.2	Variables, definición conceptual y operacional	32
3.2.1	Definición de las variables	32
3.2.2	Operacionalización de las variables	33
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA		34
4.1	Diseño metodológico	34
4.2	Diseño muestral	34
4.3	Técnicas de recolección de datos	36
4.4	Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información	37
4.5	Aspectos éticos	37
CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN		38
5.1.	Análisis descriptivo, tablas de frecuencia, gráficos, dibujos fotos, tablas, etc	38
5.2.	Análisis Inferencial, pruebas estadísticas paramétricas, no paramétricas, de correlación, de regresión u otras	42
5.3.	Comprobación de Hipótesis, técnicas estadísticas empleadas	
	Contraste de hipótesis general	43
5.4.	Discusión	52
CONCLUSIONES		55
RECOMENDACIONES		56
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS		57
ANEXOS		59
ANEXO: 1: Solicitud de permiso a clínica arequipa		
ANEXO: 2 Autorización de revisión de historias clínicas		
ANEXO: 3 Ficha de recolección de datos		
ANEXO: 4 Validación del instrumento de recolección de datos		
ANEXO: 5 Imágenes durante el desarrollo de la investigación		
ANEXO: 6: Matriz de consistencia		

ÍNDICE DE TABLA

	Pág.
Tabla 1 Población	34
Tabla 2 Tabla de frecuencia de datos agrupados de la variable higiene bucal	38
Tabla 3 Tabla de frecuencia de datos agrupados de la variable pérdida prematura de molares deciduos	40
Tabla 4 Tabla cruzada de datos agrupados- variable higiene bucal y pérdida prematuira de molares deciduos	41
Tabla 5 Pruebas de normalidad variable higiene bucal y pérdida prematura de molares deciduos	42
Tabla 6 R de Pearson – higiene bucal y pérdida prematura de molares deciduos	43
Tabla 7 Tabla cruzada de datos agrupados variable higiene bucal y variable interveniente sexo	44
Tabla 8 Tabla cruzada de datos agrupados variable higiene bucal y variable interveniente edad	45
Tabla 9 Tabla cruzada de datos agrupados variable pérdida prematura de molares deciduos y variable interveniente sexo	48
Tabla 10 Tabla cruzada de datos agrupados variable pérdida prematura de molares deciduos y variable interveniente edad	50

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1 Secuencia eruptiva	22
Gráfico 2 Esquema de erupción y exfoliación de la dentición decidua	24
Gráfico 3 Frecuencia de datos agrupados de la variable higiene bucal	39
Gráfico 4 Frecuencia de datos agrupados de la variable pérdida prematura de molares deciduos	40
Gráfico 5 Datos agrupados- variable higiene bucal y pérdida prematura de molares deciduos	41
Gráfico 6 Datos agrupados variable higiene bucal y variable interviniente sexo	44
Gráfico 7 Datos agrupados variable higiene bucal y variable interviniente edad	45
Gráfico 8 Datos agrupados variable pérdida prematura de molares deciduos y variable interviniente sexo	47
Gráfico 9 Datos agrupados variable higiene bucal y variable interviniente edad	51

RESUMEN

El objetivo general de la investigación fue determinar la influencia entre la higiene bucal y la pérdida prematura de molares deciduos (PPMD) en niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa 2017 – 2021. La investigación fue de tipo cuantitativa, no experimental, metodología descriptiva y de nivel de investigación correlacional. El instrumento aplicado fue la ficha de recolección de datos y el odontograma a una muestra significativa de 200 pacientes. Los resultados evidenciaron que: existe influencia entre la higiene bucal y la pérdida prematura de molares deciduos en niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa 2017 – 2021 con tendencia indirecta y negativa, a mayor higiene bucal, menor será la PPMD.

El nivel de higiene bucal en niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa 2017 – 2021 por sexo es intermedio evidenciado por 91 casos de 200.

El nivel de higiene bucal en niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa 2017 – 2021 por edad es intermedio evidenciado por (casos de 200).

La prevalencia de PPMD en niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa 2017 – 2021 por sexo es intermedia (135 casos de 200).

La prevalencia de PPMD en niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa 2017 – 2021 por edad es intermedia (135 casos de 200).

Palabras clave: PPMD, Odontograma, Higiene bucal, prevalencia. Historial clínico

ABSTRACT

The general objective of the investigation was to define the relationship between oral hygiene and the premature loss of deciduous molars in children aged 6 to 10 years attended at Clinica Arequipa 2017 - 2021. The research was of quantitative type, not experimental the methodology was descriptive and of correlational research level. The data collection form and the odontogram were applied as an instrument to a significant sample of 200 patients. The results showed that: there is a relationship between oral hygiene and premature loss of deciduous molars in children aged 6 to 10 years treated in Clinica Arequipa 2017 - 2021 with an indirect and negative tendency, to greater oral hygiene, premature loss of decidua molars will be less.

The level of oral hygiene in children aged 6 to 10 years treated in Clinica Arequipa 2017 - 2021 by sex is intermediate evidenced by 91 cases of 200.

The level of oral hygiene in children aged 6 to 10 years treated at Clinica Arequipa 2017 - 2021 by age is intermediate evidenced by (cases of 200).

The prevalence of premature loss of deciduous molars in children aged 6 to 10 years treated at Clinica Arequipa 2017 - 2021 by sex is intermediate (135 cases of 200).

The prevalence of PPMD in children aged 6 to 10 years treated at Clinica Arequipa 2017 - 2021 by age is intermediate (135 cases of 200).

Keywords: PPMD, Odontogram, Oral hygiene, prevalence. Clinical history

INTRODUCCIÓN

El término "prematuridad de dientes deciduos" está referido a la PPMD, lo que podría resultar en la preservación de la anchura o longitud normal del arco y, como resultado, la aparición de un diente sucedáneo. Debido a que los deciduos cumplen una función importante en el desarrollo de la cavidad y el niño, deben mantenerse hasta el momento adecuado para la exfoliación fisiológica o natural, porque perderlos demasiado pronto o demasiado pronto podría causar o comenzar problemas con el crecimiento adecuado y la colocación de los dientes permanentes. Hay una variedad de factores que contribuyen a la pérdida de dientes primarios, pero los más conocidos o comunes incluyen: ciertas enfermedades como la caries dental, gingivitis y periodontitis. La principal causa del incremento de la prevalencia de prematuridad de la pérdida de dientes temporales, que es crucial como guía para la aparición de nuevos dientes permanentes, es la carencia de información de los padres de niños en la etapa preescolar.

Se podría pensar que el principal factor es la caries dental y otros factores relacionados a la higiene bucal, como los mencionados anteriormente, que inducen esta pérdida prematura, pero realmente, no se conoce la existencia de influencia entre higiene bucal y PPMD en niños de 6 a 10 años atendidos en la Clínica Arequipa 2017 – 2021. Esta población que presenta esta condición se ve afectada por el mal desarrollo dentario, afectando también a los efectos fonéticos y estéticos, siendo por lo tanto significativo conocer la influencia entre la higiene bucal y la PPMD debido a que podría afectar psicológicamente al niño. De esta manera se puede prevenir alteraciones bucales para una mejora de la calidad de vida del paciente pediátrico.

A partir de lo expuesto el problema principal formula que ¿existe influencia de la higiene bucal en la PPMD en niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa 2017 – 2021? el cual alcanza su resolución con la consecución del objetivo general el cual indica determinar la influencia de la higiene bucal en la PPMD en niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa 2017 – 2021, la consecución de objetivos conlleva a la enunciación de la hipótesis principal, la misma que

indica que la influencia entre la higiene bucal y la p PPMD en niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa 2017 – 2021 es indirecta y negativa.

La importancia del presente estudio está basada en que la pérdida prematura de molares primarios está relacionada al período de desarrollo del molar permanente, el cual va a sustituir al molar temporal perdido, cuando esta pérdida se realiza antes del período de pérdida natural, ésta situación oral afecta la conservación normal del contorno o espacio del arco, que por consiguiente afecta la erupción del molar sustituto. Es por ello que, los pacientes pediátricos de 6-10 años, en su mayoría, presentan múltiples factores relacionados a la higiene bucal correspondidos a la pérdida prematura de molares temporales, alcanzan dicha situación alterando el crecimiento dentario, siendo por ello importante conocer la influencia de la higiene bucal en la PPMD.

Los resultados aportan la identificación de falencias que posee la higiene bucal, de ahí la importancia del nivel de conocimientos, así la clínica, a través de la presente investigación, puede tomar en cuenta algunos protocolos, que ayuden a los niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa a disminuir el nivel de PPMD en una edad tan temprana.

La investigación es de tipo cuantitativa ya que emplea la metodología de recogida de información en un contexto de estudio especialmente científico y no experimental ya que se efectúa sin la manipulación intencional de variables. La metodología a utilizarse es descriptiva y de nivel de investigación correlacional.

La población estuvo compuesta por pacientes pediátricos de 6 a 10 años atendidos en la clínica Arequipa, consultorio externo de odontología médica periodo 2017 – 2021 considerando los criterios de inclusión y exclusión $n=417$.

La muestra estuvo compuesta por el valor derivado en base al método del cálculo del tamaño de la muestra finita. $n=200$ pacientes.

En cuanto a las limitaciones, este estudio es viable ya que se tuvo el periodo requerido para recopilar la información en conjunto con los recursos humanos esenciales para la ejecución completa. Posee viabilidad financiera, porque todo aquello que se genera como consumo tiene financiamiento propio por parte del investigador. Asimismo la viabilidad también se da por tener disponibilidad y accesibilidad a información que permite una clara comprensión de las variables estudiadas.

El presente estudio no presenta limitaciones ya que el trabajo se realiza en base a historial médico por lo que no se requiere de recursos básicos para encuesta virtual.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la situación problemática

La pérdida prematura de piezas temporales en niños y niñas de 6 a 10 años es una contrariedad relevante relacionada a la salud pública, por lo que se supone el factor fundamental de riesgo relacionado a la discrepancia dentoalveolar de la dentición permanente.

la PPMD en niños de 6 a 10 se da en un 31.6% con 3 a más molares lo cual refleja un nivel severo siendo en su mayoría del sexo masculino y mayores de 7 años; los factores más significativos son la falta de cepillado de al menos 3 veces al día conllevando a una mala higiene oral y la visita al dentista que se da después de un tiempo mayor a 6 meses.

Se podría pensar que el principal factor es la caries dental y otros factores relacionados a la higiene bucal, como los mencionados anteriormente, que inducen esta pérdida prematura, pero realmente, no se conoce si existe influencia de la higiene bucal en la PPMD en niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa 2017 – 2021. Esta población que presenta esta condición se ve afectada por el mal desarrollo dentario, afectando también a los efectos fonéticos y estéticos, siendo por lo tanto significativo conocer la influencia de la higiene bucal en la PPMD ya que podría afectar psicológicamente al niño. De esta manera se puede prevenir variaciones bucales y enriquecer la calidad de vida del paciente pediátrico.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema principal

¿Existe influencia de la higiene bucal en la pérdida prematura de molares deciduos en niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa 2017 – 2021?

1.2.2. Problemas Específicos

¿Cuál es el nivel de higiene bucal en niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa 2017 – 2021 por sexo?

¿Cuál es el nivel de higiene bucal en niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa 2017 – 2021 por edad?

¿Cuál es la prevalencia de pérdida prematura de molares deciduos en niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa 2017 – 2021 por sexo?

¿Cuál es la prevalencia de pérdida prematura de molares deciduos en niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa 2017 – 2021 por edad?

1.3. Objetivo de la investigación

1.3.1. Objetivo Principal

Determinar influencia de la higiene bucal en la pérdida prematura de molares deciduos en niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa 2017 – 2021.

1.3.2. Objetivos Secundarios

Determinar el nivel de higiene bucal en niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa 2017 – 2021 por sexo.

Determinar el nivel de higiene bucal en niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa 2017 – 2021 por edad.

Determinar la prevalencia de pérdida prematura de molares deciduos en niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa 2017 – 2021 por sexo.

Determinar la prevalencia de pérdida prematura de molares deciduos en niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa 2017 – 2021 por edad.

1.4. Justificación de la investigación

Justificación teórica

A nivel teórico, el objetivo es analizar la teoría asociada a las dos variables del estudio, colaborando aportando conocimientos recientes en el argumento de la investigación, y contribuir a la expansión de la revisión de la literatura con el fin de obtener una mejor comprensión de las perspectivas de muchos autores, lo que

ayudará a analizar correctamente estas variables. Asimismo, existen pocos estudios en el ámbito internacional y nacional que tengan más de 5 años de anterioridad.

Justificación práctica

A nivel práctico, los resultados permitirán a los investigadores determinar el papel de la higiene oral en la prematuridad de los molares deciduos en niños de 6 a 10 años. Asimismo, puede ser utilizado como fuente de información o punto de referencia en futuros proyectos, poniendo en práctica las investigaciones que hago en mi rol de investigador.

Justificación metodológica

A nivel metodológico, existe acceso a la información y orientación de un investigador con conocimiento de las variables de estudio, el material a utilizar, la historia médica y el formulario de recopilación de datos, así como recursos suficientes para asegurar que se alcancen los objetivos. Involucra modelos y metodologías para la fase de recopilación de información mediante del registro basado en Historial clínico de pacientes a través de la ficha de recolección de datos; considerando los criterios instaurados por el Código de Ética y Deontología del COP (Colegio Odontológico del Perú), en el cual se determina que debe protegerse la salud, la vida, la integridad, el decoro, el derecho a la autonomía, la privacidad y reserva de la información personal de las personas participes de la investigación.

Justificación social

A nivel social, se identificarán las problemáticas del tema de investigación, y será relevante en el sentido de que los hallazgos ayudarán a concienciar sobre el nivel de prematuridad en molares deciduos en niños con cierto rango de edad, con el objetivo de implementar mejoras y proporcionar soluciones para reducir esta pérdida.

Justificación profesional

A nivel profesional, esto implica sintetizar todos los elementos aprendidos en relación con el conocimiento y la metodología a lo largo de los estudios universitarios y antes de la redacción de una tesis, que luego se ponen en práctica de manera sistemática durante el proceso de redacción. La novedad de este trabajo, no es solo en el campo de la odontología, sino también en la capacidad de determinar el nivel de comprensión de los factores de estudio. Esto nos permite conocernos a nosotros mismos desde un punto de vista profesional, y se transforma en una hoja de presentación profesional.

Justificación personal

A nivel personal se crean beneficios desde el enfoque intelectual suponiendo una motivación y un desafío muy significativo, ayudándome a ahondar en variados aspectos en los que mi formación preliminar estaba escasamente asentada, tales como disciplina, rutinas, organización y gestión del conocimiento existente entre otros que se pueden suponer como valor agregado, resultado de la instrucción recibida durante los estudios; conllevando, conjuntamente, al desarrollo del conocimiento

1.4.1 Importancia de la investigación

La pérdida prematura de molares primarios está relacionada a la fase de desarrollo del molar permanente, el cual va a sustituir al diente deciduo perdido, cuando esta pérdida es realizada antes del período de pérdida natural, ésta situación oral afecta la conservación original del contorno o espacio del arco y por consiguiente afecta la erupción del molar sustituto. Por ello, en su generalidad, los pacientes pediátricos de 6-10 años que presentan múltiples factores relacionados a la higiene bucal relacionados a la PPMD, alcanzan esta situación alterando el crecimiento dentario, siendo por ello importante conocer la influencia de la higiene bucal en la PPMD.

Los resultados ayudarán a identificar las falencias que pueden estar sufriendo la Higiene bucal, de ahí la importancia del nivel de conocimientos, así la clínica, a través de la presente investigación, puede tomar en cuenta algunos protocolos,

que ayuden a los niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa a disminuir el nivel de PPMD en una edad tan temprana.

1.5. Limitaciones de estudio

El presente estudio no presenta limitaciones ya que el trabajo de se realizará en base a historial médico por lo que no se requiere recursos básicos para encuesta virtual.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Internacionales

Adanero A. (2018) Madrid; El objetivo del estudio fue valorar la eficacia de la prótesis fija con coronas pediátricas en el tratamiento de la pérdida dental prematura en los dientes superiores anteriores. La metodología fue observacional, analítica y longitudinal retrospectiva, teniendo en cuenta las dificultades encontradas al usar prótesis y su relación con diversos factores. Además, se administró una encuesta de satisfacción del paciente a los padres de los pacientes, y se realizó un análisis de historia clínica de pacientes con prótesis fija en molares temporales con coronas metálicas para reportar los incisivos superiores a la muestra de 123 pacientes según criterios de inclusión. Se efectuó un análisis bivariado de las variables, así como un análisis estadístico descriptivo de la muestra. Para las variables independientes, se utilizó la prueba de Chi-Cuadrado y para las variables cuantitativas, la prueba de Student, con un intervalo de confianza del 95% para ambas. ⁽¹⁾

Los resultados evidencian que: existe relación significativa entre la rotura del pónico y la edad al comienzo del tratamiento con un valor de p menor que 0,05, asimismo existe relación significativa entre el período de tratamiento y la rotura de soldadura y conjuntamente existe relación significativa entre el nuevo traumatismo a lo largo del uso de la prótesis así como las complicaciones en general. Se evidencia que el 78,2% de los padres estuvo muy satisfecho con el tratamiento y el 20,7% estuvo satisfecho. Debido al número reducido de inconvenientes hallados en la muestra y el nivel de satisfacción encontrado, se consideró que la restitución protésica a través de prótesis fijas unidas a coronas metálicas cuando existe pérdida prematura de dentición decidua anterosuperiores está probada en eficacia. ⁽¹⁾

Amado A. (2017) Ecuador; realizó un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia de pérdida prematura de dientes temporales en la Clínica UCSG en el semestre A-2017. La muestra representativa estuvo conformada por 114 pacientes entre 3 y 9 años seleccionados de manera aleatoria de acuerdo a los juicios de inclusión (pérdida prematura de diente temporal o extracción).

Los resultados afirman que: la pérdida prematura con mayor porcentaje se da en el nivel de edad de 8 a 9 años, donde las mujeres muestran menor prevalencia que los hombres (37% y 51% respectivamente). La prevalencia de pérdida prematura fue del 20%, se muestra con reiteración mayor en el sexo masculino (57%) de 8 a 9 años (50%) y la pieza dental perdida con mayor reiteración es la 84 (primer molar temporal inferior derecho) con un 17% cuyo motivo primordial es la caries. ⁽²⁾

Changoluiza G. (2017) Ecuador; efectuó una investigación con el propósito de conocer los distintos factores socioculturales y económicos que son condicionantes en la pérdida prematura de dientes primarios en niños de 7 a 11 años de edad de la Escuela Fiscal Mixta "María Angélica Idrobo". Metodología observacional y descriptiva, la cual ayudó a determinar el nivel de comprensión y el nivel socioeconómico a través de la aplicación de una encuesta enfocada a padres y niños y mediante un odontograma a fin de comprobar la pérdida de dientes temporales, las razones de la pérdida y cuales fueron en una muestra significativa de 145 niños de 7 a 11 años seleccionados de manera aleatoria probabilística.

Los resultados evidencian que: La mayoría de los padres tienen un nivel de educación primaria (51,03 %) en comparación con el nivel económico de su familia; el padre labora (48,28 %), con un ingreso mensual de menos de 375 dólares. La mayoría de los padres no son conscientes de la prematuridad de la pérdida de dientes primarios y no son conscientes de las medidas preventivas orales. En cuanto a los niños, se demostró que el 18% sufre de prematuridad de la dentición primaria, debido a la prevalencia de caries dentales. La mayoría de los padres y los niños demuestran una falta de comprensión sobre la importancia de la preservación del diente primario. Según el análisis estadístico ($p=0,095$), la

situación económica de los padres del niño no es un elemento riesgoso en la pérdida primaria de dientes. ⁽³⁾

2.1.2 Nacionales

Curasi H. (2018) Puno; efectuó una investigación con el objetivo de determinar el impacto de la pérdida molar prematura en el sector anterior en la toma de decisiones dentales en niños de 3 a 5 años en la I.E.I. 285 Gran Unidad Escolar San Carlos El método utilizado fue correlacional, transversal y analítico; determinar la muestra, se utilizó la fórmula de Arkin y Colton; el experimento fue de probabilidad aleatoria simple, y se obtuvo una muestra significativa de 180 niños, en la que se evaluaron los niveles de pérdida según la edad y el género; y se evaluaron los niveles de las relaciones intermaxilares del sector anterior en los planos sagital y axial. ⁽⁴⁾

El resultado evidencia que: el maxilar superior fue el más afectado con la pérdida prematura con un 63.6%, siendo el lado derecho el más afectado con 43.2%; el maxilar inferior mostró un 36.4%, el lado izquierdo el más afectado con 25.0%, asimismo, los más afectados fueron los niños de 5 años en su mayoría varones, los que mostraron mayor frecuencia de pérdida en cada lado de la boca, la mayor frecuencia de PPMD de acuerdo a la edad es unilateral con 79.5% seguido de bilateral con 20.5%,. Los niños de 5 años muestran mayor frecuencia de pérdida maxilar tanto unilateral (34.1%) como bilateral (13.6%). El 68.2% de niños mostraron pérdida prematura con overjet normal, con overjet aumentado fue de 11.4% y overjet disminuido 20.5%. ⁽⁴⁾

El 61.4% presentaron pérdida prematura con overbite normal, con overbite aumentado un 27.3% y overbite disminuido un 11.4%, En el plano sagital se muestra overjet normal aumentado y disminuido en mayor proporción en niños de 5 años con pérdida prematura, los varones que muestran overjet normal, aumentado y disminuido en mayor proporción en relación al sexo y edad. La relación entre variables de pérdida de molares y el sector anterior es de 0.4832241, $p=0.032$; la PPMD tiene un resultado poco significativo sobre el overjet. La correspondencia entre las variables pérdida de molares y el sector

anterior en el plano axial es de 0.4232264, con un nivel de significancia de $p=0.048$, lo cual indica que la PPMD adquiere un resultado poco significativo sobre el overbite.⁽⁴⁾

Acuña J. (2018) Ancash; realizó un estudio cuyo objetivo fue comprobar la prevalencia de la PPMD en niños de 6 a 10 años en la Institución Educativa Estatal “31465 Virgen de Lourdes” 2018. La metodología utilizada fue transversal, prospectiva y observacional. La población estuvo formada por 120 alumno de los cuales mediante el uso de la técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia se obtuvo una muestra significativa de 100 alumnos en los cuales se manejó la ficha de recolección de datos. Como deducción se obtuvo que La prevalencia de PPMD fue del 30,38%; la prevalencia más alta de PPMD se encontró en niños menores de diez años, en el 44,9%; la prevalencia más alta de PPMD se encontró en hombres, en 56.4 %; y la pieza que reveló la mayor frecuencia y prevalencia de PPMD se encontró en niños menores de diez años, en 26.7 %.⁽⁵⁾

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Pérdida prematura de dientes deciduos

La pérdida prematura de dientes deciduos guarda relación con distintos traumatismos, patologías, trastornos sistémicos entre otros. De acuerdo a Moyers La pérdida prematura de dientes es referido a la ausencia de una pieza dental, lo que puede tener un impacto negativo en el mantenimiento normal de la longitud del arco y, como resultado, la aparición de un diente de reemplazo. Varios autores afirman que la pérdida prematura de dientes se produce antes del período de exfoliación normal estimado.⁽⁶⁾

2.2.2 Erupción y recambio dentario

La erupción dental conlleva una sucesión de pasos a través de los cuales el diente migra desde el interior de los maxilares (lugar de desarrollo), hasta la cavidad bucal (medio funcionante). Lo que el comienzo son los rodets gingivales cubiertos por el epitelio oral, van pasar por diversas transformaciones que conllevarán a la aparición de la dentición decidua, también llamada temporal o

primaria, que gradualmente y después de la reabsorción de la raíz, será remplazada por la dentición permanente. ⁽⁷⁾

La erupción se divide en las siguientes fases: fase pre-eruptiva, que involucra la formación de la corona y la posición del diente, la cual, en el hueso del maxilar, es parcialmente estable; fase intraósea, donde la raíz empieza su formación, el diente empieza a moverse en el interior del hueso del maxilar con dirección a la cavidad bucal. ⁽⁸⁾

La fase de penetración mucosa ocurre en el 50-75 % de la formación de la parte del diente que va a erupcionar; la fase pre-oclusal es a menudo breve (meses), pero la fase post-oclusal es mucho más larga (años) y se caracteriza por un movimiento dental significativamente más lento. ⁽⁹⁾

2.2.3 Tipos de dentición

Dentición decidua

El período de iniciación de la formación, calcificación, erupción y permuta de la dentición decidua, se basa como todo proceso biológico, en numerosos cambios característicos. ⁽¹⁰⁾

No obstante, en circunstancias estándares, la continuidad y orden de los hechos continúan un período progresivo habitual. ⁽¹¹⁾

La dentición primaria empieza en boca a los 6 meses de edad y su orden de erupción se enuncia a continuación: ⁽¹²⁾

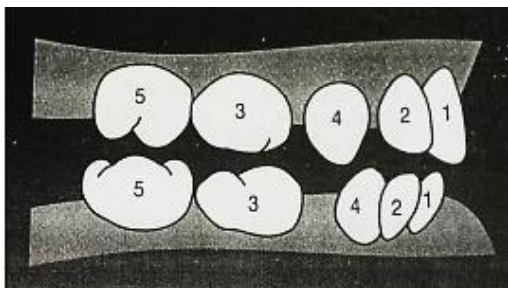


Gráfico 1

Secuencia eruptiva

Fuente: Boj, Catalá, García-Ballesta, Mendoza, & Planells (2010) ⁽¹²⁾

Incisivo central inferior (1)
Incisivo central superior (1)
Incisivo lateral superior (2)
Incisivo lateral inferior (2)
1er. molar inferior (3)
1er. molar superior (3)
Canino inferior (4)
Canino superior (4)
2do. molar inferior (5)
2do. molar superior (5)

Se consideran completamente estándares, pequeñas variaciones especiales a las cuales, comúnmente se les asigna un predominio genético. De todas formas, de los 24 a 36 meses de edad ya han aparecido 20 dientes (dentición primaria), hallándose a los 3 años completamente constituidos y en oclusión. ⁽¹³⁾

Dentición permanente

Definida como dentición definitiva o llamada también secundaria, esta se constituye después del suceso del cambio de toda la dentición decidua por la permanente, con un total de 32 piezas dentales. La etapa inicial de la dentición permanente se puede observar como el reemplazo completo de los dientes deciduos (alrededor de los 12 años de edad) y finaliza con la aparición de los 3ros molares permanentes (alrededor de 18 años de edad). ⁽¹⁴⁾.

2.2.4 Cronología de erupción de dientes deciduos

El período de aparición temporal del diente dura desde el sexto al decimotercer mes de vida. De 6 a 8 meses de edad, comienzan a emerger los incisivos centrales, seguidos de los incisivos laterales, 1eros molares, caninos y 2dos molares. Desde el instante de la erupción del 2do molar hasta la exfoliación de los primeros dientes incisivos a la edad de seis años, la dentición parece estar en reposo, Sin embargo, siempre es activa en la formación de razas, que en el caso de molares son paralelas a la raíz dentaria permanente, hasta la resorción

radicular de la dentición temporal debido a la formación de coronas y razas dentarias permanentes hasta su erupción. ⁽¹²⁾.

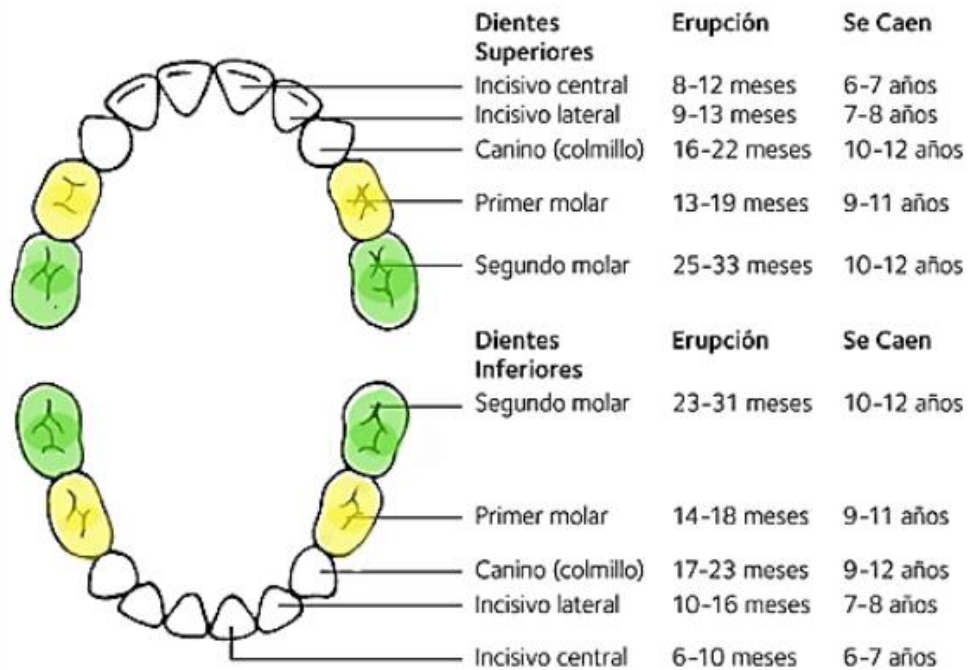


Gráfico 2

Esquema de erupción y exfoliación de dentición decidua
 Fuente: Torres (2012) ⁽¹³⁾

Erupción de dentición decidua superior

- (8 a 12) meses incisivo central
- (9 a 13) meses incisivo lateral
- (16 a 22) meses canino
- (13 a 19) meses 1er molar
- (25 a 33) meses 2do molar

Erupción de dentición decidua Inferior

- (6-10) meses incisivo central
- (10-16) meses incisivo lateral
- (14-18) meses 1er molar
- (17-23) meses canino
- (23-31) meses 2do molar

Exfoliación de dentición decidua superior

(6 a 7)	años	incisivo central
(7 a 8)	años	incisivo lateral
(9 a 11)	años	1er molar
(10 a 12)	años	canino
(10 a 12)	años	2do molar

Exfoliación de dentición decidua inferior

(6-7)	años	incisivo central
(7-8)	años	incisivo lateral
(9-11)	años	primer molar
(9-12)	años	canino
(10-12)	años	segundo molar

Superiores e inferiores se da a la edad de 9 a 11 años con la caída del primer molar temporal y a los 10 años con la caída del segundo molar temporal; de darse la exfoliación antes de dicha edad se considera PPMD. ⁽¹³⁾

2.2.5 Exfoliación dental

Es la expulsión fisiológica de la dentición primaria, para ser sustituida por la permanente, como consecuencia de la reabsorción creciente de las raíces ⁽¹⁵⁾ el origen de este proceso es el siguiente:

Presión de dentición permanente sucesora, que conlleva una respuesta osteoclástica, provocando reabsorción radicular. ⁽¹⁵⁾

Debilidad de tejidos de soporte a consecuencia de la reabsorción y reforma del hueso alveolar. ⁽¹⁵⁾

Fuerza masticatoria amplificada a causa de un desarrollo muscular mayor, propia de la cara en desarrollo; lo cual conlleva a que el ligamento se comprima y se reabsorban las raíces temporales así como las del hueso alveolar. ⁽¹⁵⁾

2.2.6 Causas de pérdida prematura de dientes deciduos

Caries dental

Padecimiento de diversos factores, que abarca la interacción de estos en función del individuo, la dieta, el período y la placa dental. La alimentación habitual a base de carbohidratos como el factor trascendental en la generalidad de los casos. Asimismo, una elevada concentración de ácido y alta reiteración de contacto, inducen una desmineralización de la superficie dentaria. ⁽¹⁶⁾

Lesión inicial del esmalte

Surge cuando el pH en la superficie dentaria sobrepasa el nivel que consigue neutralizar la remineralización. Es así que los iones ácidos atraviesan hondamente la porosidad de los prismas, induciendo la desmineralización. ⁽¹⁶⁾

Caries dentinaria

Las bacterias generan ácidos que diluyen el hidroxapatita de la dentina. A medida que empeora la lesión, se genera un cambio en el color y textura de la dentina. ⁽¹⁶⁾

Pulpitis reversible

Involucra la inflamación de la pulpa que mantiene su vitalidad y que aún posee la capacidad de reparación y recuperación de la salud si el irritante que la origina es eliminado. ⁽¹⁶⁾

Pulpitis irreversible

Aguda (sintomática), sub aguda (inflamación leve de la pulpitis crónica) o crónica (asintomática en la mayoría de casos). El tratamiento a seguir es la Pulpectomía y/o exodoncia. ⁽¹⁶⁾

Necrosis pulpar

Muerte pulpar de la dentición permanente lo que conlleva a la pérdida de la estructura a modo de resultado terminante de un proceso patológico en donde la pulpa no logra restitirse a la regularidad ya que no cuenta con la capacidad de resistencia. ⁽¹⁶⁾

Patología Periapical

Los tejidos periapicales exhiben condiciones que ayudan en la reparación de su salud. La zona periapical se compone de morfologías que muestran una relación interna entre ellos, como la cresta radicular, el ligamento periodontal apical y el hueso alveolar. ⁽¹⁶⁾

Periodontitis apical aguda

Inflamación penetrante del periodonto de breve subsistencia, debido a agentes etiológicos modificados. Caracterizada por dolor improvisado no exageradamente agudo en una zona específica que ciertas veces puede ser pulsátil, leve extrusión del diente y respuesta favorable a la percusión. ⁽¹⁶⁾

Periodontitis apical crónica

Lesión asintomática que implica inflamación y destrucción del periodonto apical, por lo general de larga duración que manifiesta escaso o ninguna dolencia a la percusión. En procesos donde se da una perforación de la cortical ósea a causa de la lesión, la palpación sobre apical genera molestia. ⁽¹⁶⁾

Absceso periapical con fístula

Procesos periapicales que involucran acumulación purulenta circunscripta, aguda, sub-aguda o crónica, que se muestran semióticamente como lesión inflamatoria delimitada y variable que conlleva a la dispersión del proceso a morfologías óseas y áreas anatómicas contiguas. ⁽¹⁶⁾

Absceso periapical sin fístula

Respuesta inflamatoria avanzada de los tejidos conjuntivos periapicales, exudativa y fuertemente sintomática la cual conlleva a un incremento de volumen y enrojecimiento de la zona implicada, inflamación de ganglios y fiebre, no obstante, en procesos crónicos se manifiesta una zona radiopaca a nivel apical llamada osteítis condensante. ⁽¹⁶⁾

2.2.7 Principales factores de pérdida prematura de dientes deciduos en niños de 6 a 10 años

Caries dental

Padecimiento infeccioso y contagioso de los dientes, caracterizado por la descomposición creciente de tejidos calcificados a causa de la actividad de microorganismos sobre los carbohidratos fermentables derivados de la dieta. Proceso activo y multifactorial inducido por bacterias, habitualmente crónico y en una zona determinada a causa de la inestabilidad fisiológica entre el mineral del diente y el fluido de la placa. Cuando el pH se ve reducido induce, con el tiempo, la pérdida total del mineral, sin embargo, el proceso del padecimiento infeccioso puede verse detenido en cualquier momento. ⁽¹⁷⁾

Higiene oral

Medidas o tácticas que ayudan a conservar una apropiada salud oral a fin de prevenir la caries dental. Una táctica que los padres tienen que emplear antes de la erupción de la 1ra pieza dental, es la higiene oral; esta debe efectuarse a diario, posteriormente a la lactancia, con el uso de una gasa húmeda y a través de movimientos rotativos. Cabe destacar que Greene y Vermillon, en el año 1964, crearon el IHO-S (índice de higiene oral simplificado) con el objetivo de evaluar la placa bacteriana, en este índice se evalúan el incisivo superior derecho, incisivo inferior izquierdo y primeros molares superiores e inferiores. ⁽¹⁸⁾

Traumatismos dentales

Patología oral habitual en niños posteriormente a la caries, inclusive ciertas investigaciones los ubican en 1er lugar debido al descenso continuo de la prevalencia de caries. Comprenden un 5% del total de las lesiones traumáticas en niños. ⁽¹⁹⁾

Menor frecuencia de cepillado

De acuerdo a la Asociación Dental Americana, es recomendable el cepillado dos veces al día con pasta dental que contenga flúor por el lapso de dos minutos cada vez ya que una menor frecuencia de cepillado puede originar la pérdida de dentición. ⁽⁵⁾

Mala higiene bucal

Medidas o tácticas efectuadas de forma ineficiente lo cual no beneficia ni ayuda a la conservación de una salud oral apropiada lo que conlleva a la generación de caries dental, aspecto de encías de diferente color al rosado y a la manifestación de dolencia en el transcurso del cepillado. ⁽⁵⁾

Frecuencia de visita al dentista

Se debe llevar a los niños al dentista al cumplir un año de edad o a la aparición de los primeros dientes, sin embargo, lo más habitual es que la primera visita al dentista se efectúe cuando la primera dentición este completa. ⁽⁵⁾

2.2.8 Efectos de la pérdida prematura de dientes deciduos

Conjuntamente con las tareas características de la masticación y a modo de complemento en la fonación, la dentición primaria ayuda a conservar el espacio así como una guía en la erupción apropiada de la dentición permanente. La pérdida prematura de la dentición decidua conlleva en su mayoría a una pérdida de área, derivando en la reducción de la longitud de arcada y causando subsiguientemente, variaciones oclusales y malposición dentaria generando la manifestación de dentición permanente. No obstante, el tiempo transcurrido hasta que esto sucede será en base al desarrollo dentario, del instante en que se haya originado la pérdida o del período de reemplazo en que se halle el diente perdido. ⁽²⁰⁾

La pérdida dental prematura puede causar varias consecuencias específicas como. ⁽²⁰⁾:

Alteraciones en la extensión del arco dental y oclusión

Articulación deficiente de las consonantes al momento de hablar

Desarrollo de prácticas bucales nocivas

Traumatismo psicológico

La pérdida, de dentición temporal o mixta, ya sea de uno o varios molares temporales ocasionará trastornos oclusales substanciales con pérdida de extensión de arcada, mordidas cruzadas y desórdenes masticatorios, que exigen

restablecer la integridad del arco dentario a través de la conservación o recuperación de las áreas perdidas. ⁽²⁰⁾

2.3 Definición de términos básicos

Dentición decidua: Denominada dentición de leche, la cual se desarrolla en el período embrionario y es visible con la erupción dentaria en el transcurso de la infancia. ⁽²¹⁾

Pérdida prematura de dentición decidua: Todos los elementos clínicos, sociodemográficos y económicos que originan la pérdida prematura de alguna pieza dental. ⁽²²⁾ Pérdida de dientes deciduos precedentemente al período de su exfoliación original, manifestándose en la dentición decidua superior e inferior de 9 a 11 años de edad con la caída del 1er molar deciduo y de 10 a 12 años de edad con la caída del 2do molar temporal. ⁽²³⁾ La pérdida de esta dentición precedentemente a la exfoliación natural y que compromete ella conservación natural del perímetro del arco se considera pérdida prematura de dentición decidua. Se considera PPMD cuando esta pérdida se da antes de los 9 años.

Factor de riesgo: Es cualquier propiedad, particularidad o exhibición que incrementa la probabilidad de desarrollar un padecimiento. ⁽²⁴⁾

Factor Clínico: Carácter clínico de cualquier manifestación como consecuencia de un padecimiento o desorden en la salud que evidencia en la biología del sufre dicho padecimiento. ⁽²⁵⁾

Edad: Tiempo transcurrido de un individuo, desde el nacimiento hasta el momento actual ⁽²⁶⁾

Sexo: Particularidad sexual de representación distintiva entre 2 individuos de igual especie. ⁽²⁷⁾

Frecuencia de cepillado: Número de veces que aparece, sucede o se realiza el cepillado dental al día. ⁽²⁸⁾

Higiene oral: Cuidado de los dientes, lengua, encías y cavidad oral de manera general. ⁽²⁹⁾

Visita al dentista: Acción necesaria para mantener una salud bucodental adecuada. Conviene ir a menudo para descartar posibles males. ⁽³⁰⁾

PPM (partículas por millón de flúor): según la “Guía práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de caries dental en niños y niñas”, aprobado

por R.M. 422-2017/Minsa. El uso de pasta dental a partir la aparición del primer diente de leche es con cepillo y pasta dental con un mínimo 1000 ppm de flúor. Para 6 meses a 3 años la dosis debe ser pasta dental 1000 PPM del volumen de un grano de arroz., de 3 a 6 años la dosis debe ser pasta dental 1000 PPM equivalente al volumen de una alverjita. De 6 años en adelante la dosis debe ser pasta dental 1100 a 1500 PPM de flúor ⁽³¹⁾

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Formulación de hipótesis, principal y derivadas

3.1.1 Hipótesis principal

La influencia de la higiene bucal en la pérdida prematura de molares deciduos en niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa 2017 – 2021 es indirecta y negativa.

3.2 Variables, definición conceptual y operacional

V₁ higiene bucal.

V₂ prematura de molares deciduos.

3.2.1 Definición de las variables

V₁ higiene bucal.

Definición conceptual: Cuidado de los dientes, la lengua, las encías y toda la cavidad bucal de manera general. ⁽²⁹⁾

V₂ Pérdida prematura de molares deciduos.

Definición conceptual: pérdida de dientes primarios precedentes al tiempo de exfoliación original. La cual se da en dentición decidua superior e inferior a la edad de 9 a 11 con la caída del primer molar temporal y de 10 a 12 con la caída del segundo molar temporal. ⁽²³⁾ La pérdida de esta dentición precedentemente al tiempo de exfoliación original y que compromete la subsistencia normal del contorno del arco se considera PPMD. Es considerada PPMD cuando esta se da antes de los 10 años.

3.2.2 Operacionalización de las variables

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES
Pérdida prematura de molares deciduos	Diagnóstico odontológico	Número de pérdidas de molares deciduos	Cuantitativa Ordinal	$\geq 0 \leq 2$ = bajo ≥ 2 a ≤ 3 = intermedio ≥ 4 a más = alto
	Frecuencia de cepillado	Número de cepillados al día		$> 0 < 1$ Bajo $1 < 2$ Intermedio
Higiene bucal	Tiempo de cepillado	Minutos de cepillado	Cuantitativa Ordinal	
	Uso de pasta dental con flúor	Partículas por millón de flúor		2 Alto
	Visita al dentista	Fecha de visita al dentista		

Fuente: Elaboración propia

CAPÍTULO IV METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

Tipo de investigación: cuantitativa, no experimental, retrospectiva, ya que emplea la metodología de recogida de información en un argumento de estudio primariamente científico, se efectúa sin la manipulación intencional de variables e implica recopilar datos históricos a fin de examinar las exposiciones a elementos de riesgo desconocidos en correspondencia con un efecto que se constituye al inicio de la investigación.

Diseño descriptivo: ya que pretende recopilar datos cuantificables para ser utilizados en el análisis estadístico de la muestra correspondiente permitiendo a su vez, puntualizar la naturaleza del fragmento demográfico.

Nivel correlacional: ya que mide una influencia entre dos variables sin que el investigador controle ninguna de ellas.

4.2 Diseño muestral

Población

Está conformada por pacientes pediátricos de 6 a 10 años atendidos en la clínica Arequipa, consultorio externo de odontología médica periodo Arequipa 2017 – 2021 considerando los criterios de inclusión y exclusión n=417.

Tabla 1

Población

Año	N° historias clínicas
2017	126
2018	133
2019	44
2020	61
2021	53
Total	417

Fuente: Clínica Arequipa consultorio externo de odontología médica.

Criterios de inclusión

Pacientes con historial clínico que presente caso.

Pacientes ≥ 6 años.

Pacientes \leq de 10 años y 11 meses.

Historial clínico registrado 2017 – 2021.

Criterios de exclusión

Pacientes que no cumplen los requisitos por mal llenado de historial clínico

Pacientes con odontograma incomprensible.

Muestra

La muestra está compuesta por el valor derivado en base al método del cálculo del tamaño de la muestra finita. Para establecer el tamaño muestral se tienen en consideración los siguientes criterios:

Nivel de confianza: 95%

Margen de error 5%

Probabilidad de ocurrencia: 50%

Tamaño de población: 417

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

Sustituyendo la fórmula se consigue un valor de $n = 200$ pacientes.

$$n = \frac{417 * 1.96^2 * 0.5 * 0.5}{0.05^2 * (417 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = \frac{417 * 3.8416 * 0.5 * 0.5}{0.0025 * (416) + 3.8416 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = \frac{417 * 3.8416 * 0.5 * 0.5}{0.0025 * (416) + 3.8416 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = \frac{400.4868}{1.04 + 0.9604}$$

$$n = \frac{400.4868}{2.0004}$$

$$n = 200.20$$

4.3 Técnicas de recolección de datos

A. Técnica

La técnica utilizada será el registro basado en Historial clínico de pacientes, documento que muestra los datos y antecedentes de salud del paciente desde la primera vez que acude a una entidad de salud. Es una técnica cuantitativa que radica investigar una muestra significativa con un colectivo más extenso, que se desarrollará en base a información existente en el historial clínico de los pacientes de Clínica Arequipa consultorio externo de odontología médica periodo 2017 – 2021 mediante el llenado de la ficha de recolección de datos.

El instrumento a utilizar es la ficha de recolección de datos. Instrumento en el cuales se plasma, por escrito, la información encontrada en el proceso de búsqueda y recolección de información y que se requiere tener al alcance de en cualquier momento, el cual fue validado, mediante juicio de expertos, el cual es un método útil para asegurar la validez de una investigación, definido como una opinión notificada formada por profesionales con experiencia en el campo que son reconocidos por terceros como expertos calificados y que pueden proporcionar información, pruebas, valoraciones y juicios (ver anexo N°4).

B. Procedimiento para la recolección de datos

Se seleccionarán las historias clínicas de pacientes pediátricos de 6 a 10 considerando criterios de inclusión y exclusión. Se procesará la información recolectada y se procederá a la elaborar el informe final. De acuerdo a los objetivos de estudio y a la temática se le asignó un valor a cada indicador para poder realizar el análisis por niveles de acuerdo a la siguiente escala: para la variable “pérdida de molares deciduos” $0 \geq 0 \leq 2 =$ bajo, ≥ 2 a $\leq 3 =$ intermedio, ≥ 4 a más = alto. Para la variable “frecuencia de cepillado” (dimensión Diagnóstico odontológico), la escala utilizada fue $>0 < 1$ Bajo, $1 < 2$ Intermedio, 2 Alto). Asimismo para la variable “Higiene bucal”, (dimensiones frecuencia de cepillado, tiempo de cepillado, uso de pasta dental con flúor, visita al dentista) la escala utilizada fue $>0 < 1$ Bajo, $1 < 2$ intermedio, 2 alto; datos agrupados con los cuales se analizaron los 3 niveles los 3 niveles propuestos que son bajo intermedio y alto

4.4 Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información

Para el procesamiento de información se utilizará el software estadístico SPSS V. 24,0. En relación al análisis de datos se utilizarán las siguientes técnicas estadísticas:

Tablas de frecuencia

Estadística descriptiva

Coefficiente de correlación de Pearson

4.5 Aspectos éticos

Los lineajes establecidos por el Código de Ética y Deontología del Colegio Odontológico del Perú, en el que cada médico debe respetar las normas nacionales e internacionales que rigen la investigación humana como una propuesta de principios éticos para la investigación médica que involucra a los seres humanos y la información determinable. Para desarrollar este estudio se considerará los principios éticos basados en dicho código, considerando que se debe proteger la salud, la vida, la dignidad, la integridad, el derecho a la autonomía, la privacidad y reserva de la información personal de las personas participes de la investigación.

CAPÍTULO V
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1. Análisis descriptivo, tablas de frecuencia, gráficos, dibujos fotos, tablas, etc.

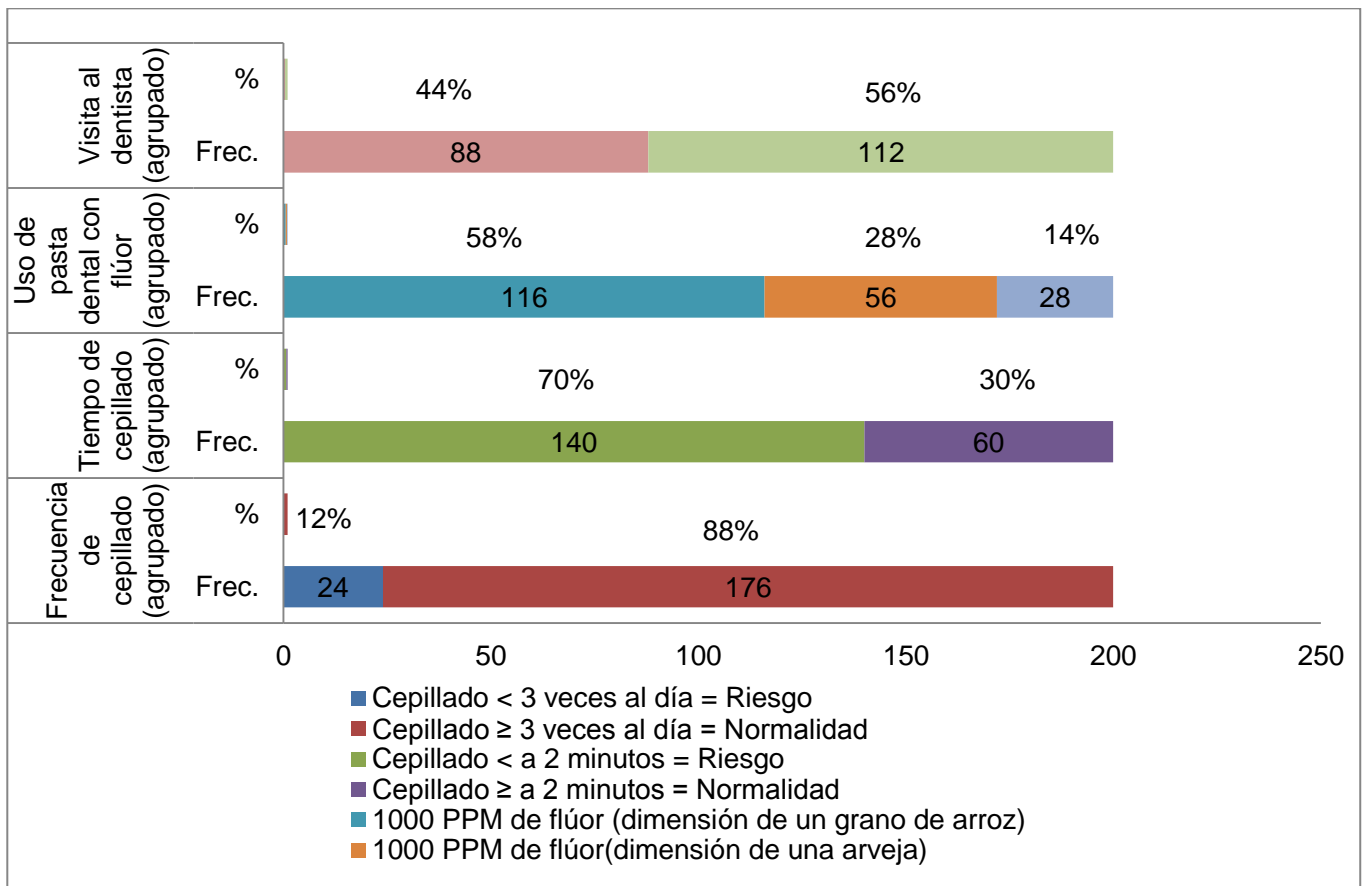
Tabla N° 2
Tabla de frecuencia de datos agrupados de la higiene bucal

	Frecuencia de cepillado (agrupado)		Tiempo de cepillado (agrupado)		Uso de pasta dental con flúor (agrupado)		Visita al dentista (agrupado)	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
V2 Cepillado < 3 veces al día = Riesgo	24	12,0						
Cepillado ≥ 3 veces al día = Normalidad	176	88,0						
Cepillado < a 2 minutos = Riesgo			140	70,0				
Cepillado ≥ a 2 minutos = Normalidad			60	30,0				
1000 PPM de flúor (dimensión de un grano de arroz)					116	58,0		
1000 PPM de flúor(dimensión de una arveja)					56	28,0		
1100 a 1500 PPM de flúor					28	14,0		
Antes de los 6 meses = Normalidad							88	44,0
Después de los 6 meses = Riesgo							112	56,0

Fuente: SPSS, Instrumento ficha de recolección de datos

Gráfico N° 3

Frecuencia de datos agrupados de la higiene bucal



Fuente: Torres (2012) ⁽¹³⁾

En la tabla N° 2 y gráfico N°3 se muestran las categorías de acuerdo a las variables de la higiene bucal, donde se exponen las frecuencias de respuesta y su porcentaje conforme a los distintos niveles. La higiene bucal muestra valores de 12,0% (riesgo) y 88,0% (normalidad) para el indicador frecuencia de cepillado; 70,0% (riesgo) y 30,0% (normalidad) para el indicador tiempo de cepillado; 58,0% (1000 ppm de flúor, dimensión de un grano de arroz), 28,0% (1000 ppm de flúor, dimensión de una arveja) y 14,0% (1100 a 1500 ppm de flúor) para el indicador uso de pasta dental con flúor, finalmente 44,0% (normalidad) y 56,0% (riesgo) para el indicador visita al dentista.

Tabla N° 3

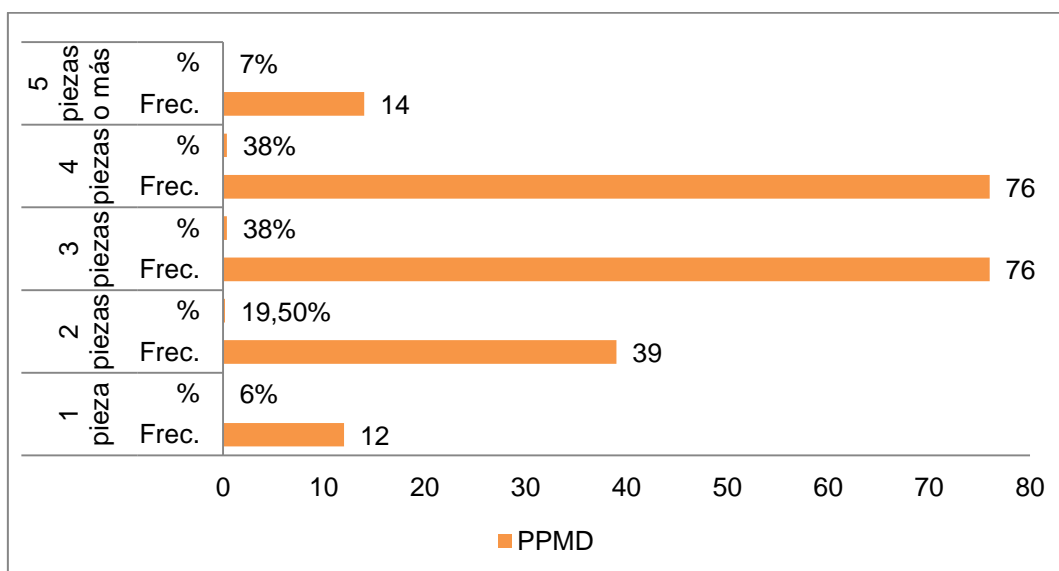
Tabla de frecuencia de datos agrupados de la variable pérdida prematura de molares deciduos

		1 pieza		2 piezas		3 piezas		4 piezas		5 piezas o más	
		Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
V1	PPMD	12	6,0	39	19,5	76	38,0	76	38,0	14	7,0

Fuente: SPSS, Instrumento odontograma

Gráfico N° 4

Frecuencia de datos agrupados de la variable pérdida prematura de molares deciduos



Fuente: SPSS, Instrumento odontograma

En la tabla N° 3 y gráfico N° 4 se pueden apreciar 5 categorías, donde se exponen las frecuencias de respuesta y su porcentaje conforme al número de PPMD. La PPMD muestra valores de 6,0%, 19,5% y 38,0%, 38,0% y 7,0% para las categorías 1, 2, 3, 4 y 5 piezas o más respectivamente.

Tablas de contingencia

Tabla N° 4

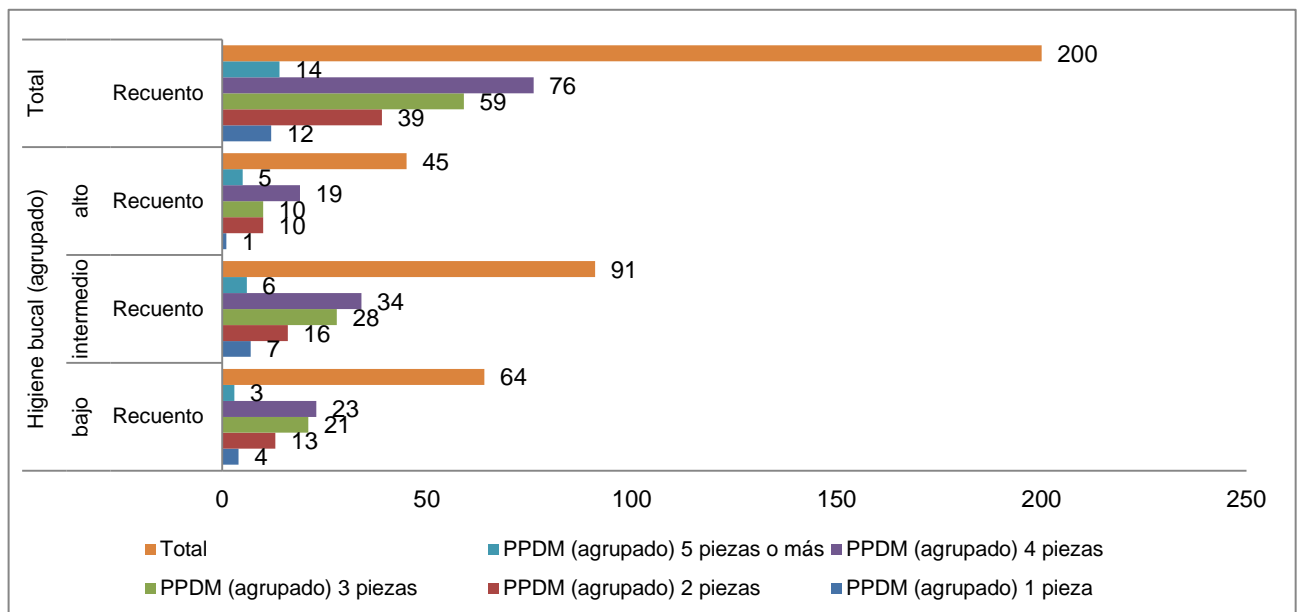
Tabla cruzada de datos agrupados- variable higiene bucal y pérdida prematura de molares deciduos

			PPDM (agrupado)					Total
			1 pieza	2 piezas	3 piezas	4 piezas	5 piezas o más	
Higiene bucal (agrupado)	bajo	Recuento	4	13	21	23	3	64
		Recuento esperado	3,8	12,5	18,9	24,3	4,5	64,0
		% del total	2,0%	6,5%	10,5%	11,5%	1,5%	32,0%
	intermedio	Recuento	7	16	28	34	6	91
		Recuento esperado	5,5	17,7	26,8	34,6	6,4	91,0
		% del total	3,5%	8,0%	14,0%	17,0%	3,0%	45,5%
	alto	Recuento	1	10	10	19	5	45
		Recuento esperado	2,7	8,8	13,3	17,1	3,2	45,0
		% del total	0,5%	5,0%	5,0%	9,5%	2,5%	22,5%
Total	Recuento	12	39	59	76	14	200	
	Recuento esperado	12,0	39,0	59,0	76,0	14,0	200,0	
	% del total	6,0%	19,5%	29,5%	38,0%	7,0%	100,0%	

Fuente: SPSS, Instrumento ficha de recolección de datos - Odontograma

Gráfico N° 5

Datos agrupados- variable higiene bucal y pérdida prematura de molares deciduos



Fuente: SPSS, Instrumento ficha de recolección de datos – Odontograma

En la tabla N° 4 y gráfico N° 5 se muestra que de 200 pacientes, 64 muestran un nivel de higiene bucal bajo, 91 muestran un nivel de higiene bucal intermedio y 45 nivel de higiene bucal alto. Asimismo, 12 presentan PPMD (1 pieza), 39 presentan PPMD (2 piezas), 59 presentan PPMD (3 piezas), 76 presentan PPMD (4 piezas) y 14 presentan PPMD (25 piezas o más), haciendo un total de 200 casos.

Pruebas de normalidad

Tabla N° 5
Pruebas de normalidad variable higiene bucal y pérdida prematura de molares deciduos

	Higiene bucal (agrupado)	Pruebas de normalidad			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
PPMD	Bajo	,215	64	,000	,893	64	,000
(agrupado)	Intermedio	,223	91	,000	,893	91	,000
	Alto	,261	45	,000	,883	45	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

Fuente: SPSS, Instrumento ficha de recolección de datos – Odontograma

Significancia > 0,05: los datos poseen normalidad se aplica una prueba paramétrica.

Significancia < 0,05: los datos no poseen normalidad se aplica una prueba NO paramétrica.

Si bien la prueba de Shapiro Wilk puede utilizarse con hasta 50 puntos de datos, la prueba de Kolmogorov Smirnov requiere más de 50 observaciones. Cuando hay más de 200 puntos de datos, se utiliza Shapiro-Wilk. Además, debido a que el nivel de significación es 0,05, los datos no son normales, por lo tanto, se utiliza una prueba no paramétrica, como la R de Pearson, al hacer un análisis de correlación.

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

El Coeficiente de Correlación de Pearson varía de -1 a +1, de 0 a 0.10 (sin influencia), de 0.10 a 0.29 (influencia débil), de 0.30 a 0.50 (influencia moderada), y de 0.50 a 1 (influencia fuerte). Además, un valor de 0 indica que hay una

influencia negativa, es decir, que las variables presentan una relación inversa o negativa (cuando el valor de una variable es muy alto, el valor de la otra variable es muy bajo). Sin embargo, un valor superior a cero indica que hay una influencia positiva ya que las variables se relacionan de manera directa o positiva.

Además, el Coeficiente de Correlación de Spearman varía de -1 a +1, con valores que van desde -0,91 a -1,00 (influencia negativa perfecta), -0,76 a -0,90 (influencia negativa fuerte), -0,51 a -0,50 (influencia negativa débil), -0,01 a -0,10 (influencia negativa débil), 0,00 (Sin influencia), +0.01 a +0.10 (influencia positiva débil), +0.51 a +0.75 (influencia positiva fuerte), +0.51 (perfecta positiva positiva). Conjuntamente, Un valor < 0 demuestra influencia negativa (ambas variables están relacionadas en sentido inverso y negativo), cuando el valor en una variable es muy alto, el valor en la otra variable es muy bajo. Por otro lado, un valor superior a cero indica influencia positiva ya que las variables están relacionadas de manera directa y positiva en este caso.

5.3. Comprobación de Hipótesis, técnicas estadísticas empleadas

Contraste de hipótesis general

Tabla N° 6

R de Pearson – higiene bucal y pérdida prematura de molares deciduos

		Correlaciones		
			Higiene bucal (agrupado)	PPDM (agrupado)
R de Pearson	Higiene bucal (agrupado)	Coeficiente de correlación	1,000	-,850
		Sig. (bilateral)	.	,232
		N	200	200
	PPDM (agrupado)	Coeficiente de correlación	-,850	1,000
		Sig. (bilateral)	,232	.
		N	200	200

Fuente: SPSS, Instrumento ficha de recolección de datos – Odontograma

En la tabla N° 6, se muestra la relación lineal entre la variable Higiene bucal y la variable pérdida prematura de molares deciduos, con un coeficiente de correlación de -0,850 la influencia es muy fuerte, debido a que mostró valores entre -0,76 a -0,90, con un nivel de probabilidad de significancia de 23.3% apuntando a una tendencia de indirecta y negativa demostrando que a mayor higiene bucal, menor será la PPMD.

Contraste de hipótesis específicas

Tabla 7

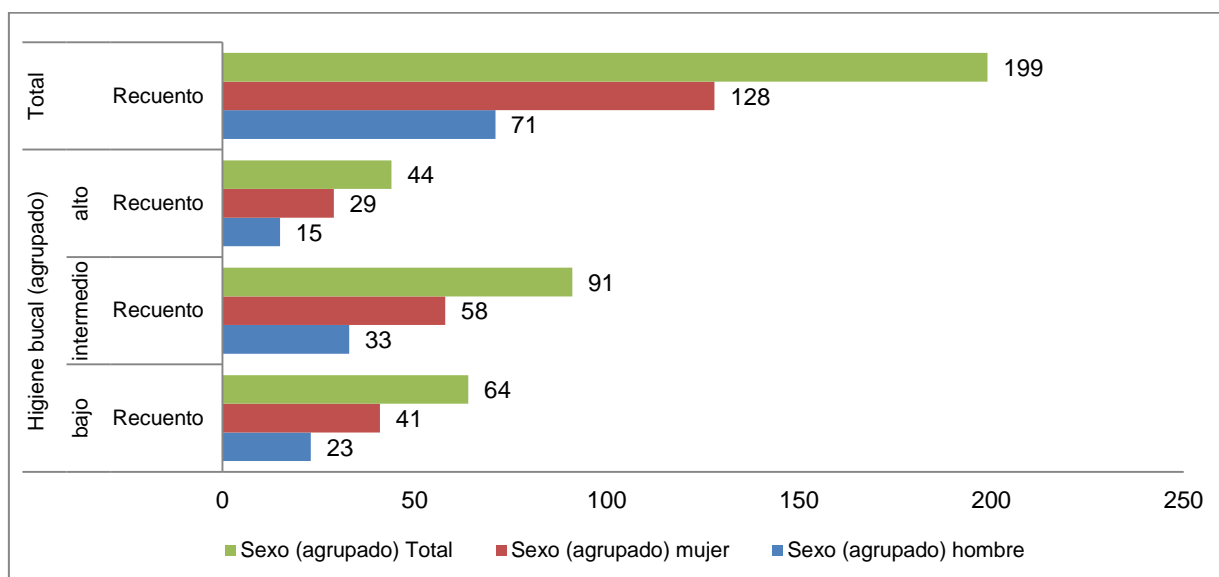
Tabla cruzada de datos agrupados variable higiene bucal y variable interviniente sexo

Higiene bucal (agrupado)			Sexo (agrupado)		Total
			hombre	mujer	
Higiene bucal (agrupado)	Bajo	Recuento	23	41	64
		Recuento esperado	22,8	41,2	64,0
		% del total	11,6%	20,6%	32,2%
	Intermedio	Recuento	33	58	91
		Recuento esperado	32,5	58,5	91,0
		% del total	16,6%	29,1%	45,7%
	alto	Recuento	15	29	44
		Recuento esperado	15,7	28,3	44,0
		% del total	7,5%	14,6%	22,1%
Total	Recuento	71	128	199	
	Recuento esperado	71,0	128,0	199,0	
	% del total	35,7%	64,3%	100,0%	

Fuente: SPSS, Instrumento ficha de recolección de datos – Odontograma

Gráfico N° 6

Datos agrupados variable higiene bucal y variable interviniente sexo



Fuente: SPSS, Instrumento ficha de recolección de datos – Odontograma

En la tabla N° 7 y gráfico N° 6, se muestra que de 200 pacientes, 23 hombres y 41 mujeres muestran un nivel del higiene bucal bajo haciendo un total de 64 casos, 33 hombres y 58 mujeres muestran un nivel del higiene bucal intermedio haciendo un total de 91 casos y 15 hombres y 29 mujeres muestran un nivel del higiene bucal alto haciendo un total de 44 casos, evidenciando que el nivel de higiene

bucal en niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa 2017 – 2021 por sexo es intermedio por lo cual se rechaza la H_1 : El nivel de higiene bucal en niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa 2017 – 2021 por sexo es bajo.

Tabla N° 8

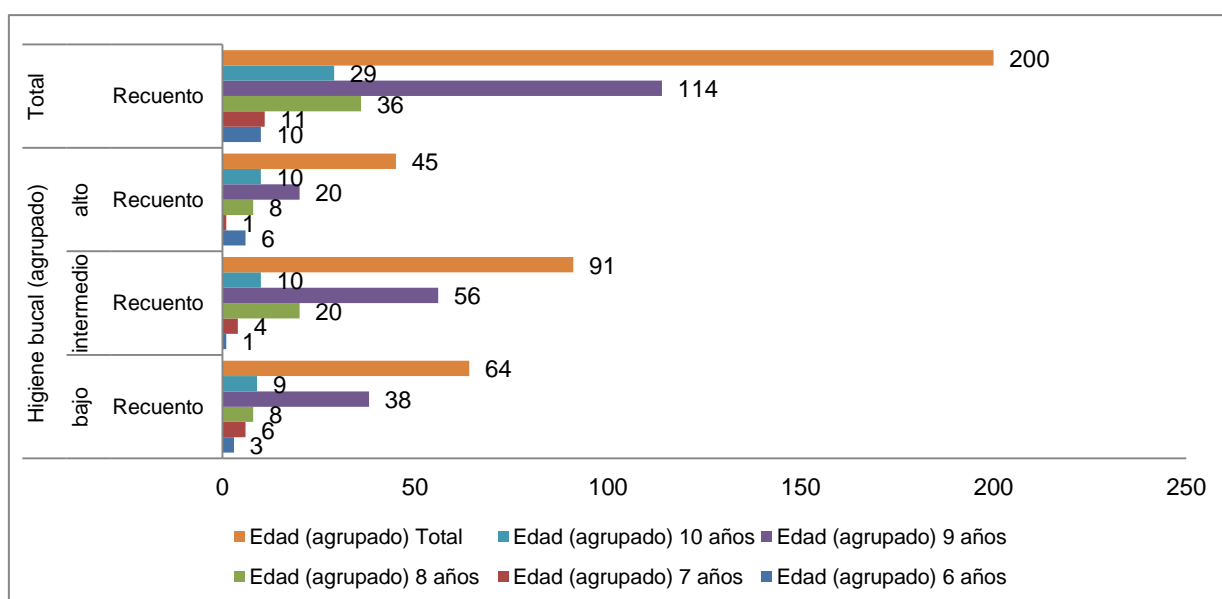
Tabla cruzada de datos agrupados variable higiene bucal y variable interviniente edad

			Edad (agrupado)					Total
			6 años	7 años	8 años	9 años	10 años	
Higiene bucal (agrupado)	bajo	Recuento	3	6	8	38	9	64
		Recuento esperado	3,2	3,5	11,5	36,5	9,3	64,0
		% del total	1,5%	3,0%	4,0%	19,0%	4,5%	32,0%
	intermedio	Recuento	1	4	20	56	10	91
		Recuento esperado	4,6	5,0	16,4	51,9	13,2	91,0
		% del total	0,5%	2,0%	10,0%	28,0%	5,0%	45,5%
	alto	Recuento	6	1	8	20	10	45
		Recuento esperado	2,3	2,5	8,1	25,7	6,5	45,0
		% del total	3,0%	0,5%	4,0%	10,0%	5,0%	22,5%
Total	Recuento	10	11	36	114	29	200	
	Recuento esperado	10,0	11,0	36,0	114,0	29,0	200,0	
	% del total	5,0%	5,5%	18,0%	57,0%	14,5%	100,0%	

Fuente: SPSS, Instrumento ficha de recolección de datos – Odontograma

Gráfico N° 7

Datos agrupados variable higiene bucal y variable interviniente edad



Fuente: SPSS, Instrumento ficha de recolección de datos – Odontograma

En la tabla N° 8 y gráfico N° 7, se muestra que de 200 pacientes, 3 de 6 años, 6 de 7 años, 8 de 8 años , 38 de 9 años y 9 de 10 años muestran un nivel del higiene bucal bajo haciendo un total de 64 casos; 1 de 6 años, 4 de 7 años, 20 de 8 años, 56 de 9 años y 10 de 10 años muestran un nivel del higiene bucal intermedio haciendo un total de 91 casos y 6 de 6 años, 1 de 7 años, 8 de 8 años , 20 de 9 años y 10 de 10 años muestran un nivel del higiene bucal alto haciendo un total de 45 casos, evidenciando que el nivel de higiene bucal en niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa 2017 – 2021 por edad es intermedio por lo cual se acepta la H₁: El nivel de higiene bucal en niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa 2017 – 2021 por edad es intermedio.

Tabla N° 9

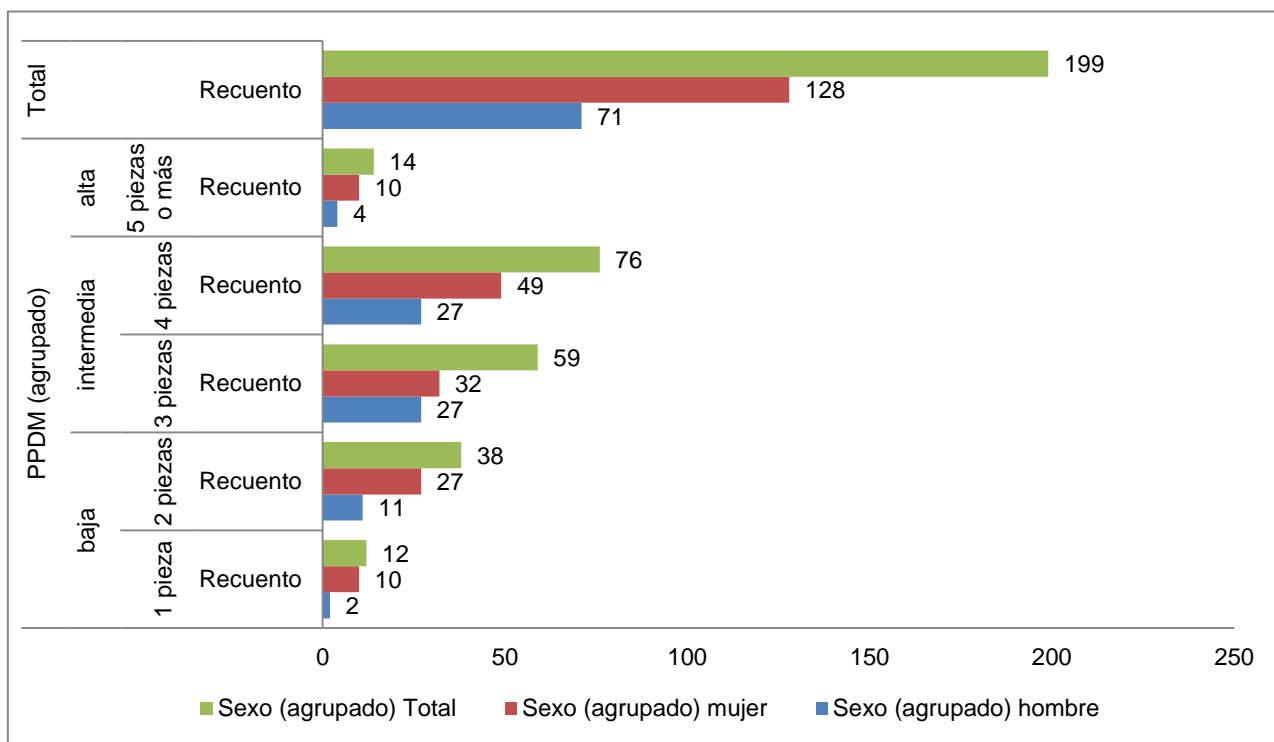
Tabla cruzada de datos agrupados variable pérdida prematura de molares deciduos y variable interviniente sexo

PPDM (agrupado)				Sexo (agrupado)		Total
				hombre	mujer	
baja	1 pieza	Recuento	2	10	12	
		Recuento esperado	4,3	7,7	12,0	
		% del total	1,0%	5,0%	6,0%	
	2 piezas	Recuento	11	27	38	
		Recuento esperado	13,6	24,4	38,0	
		% del total	5,5%	13,6%	19,1%	
	intermedia	3 piezas	Recuento	27	32	59
			Recuento esperado	21,1	37,9	59,0
			% del total	13,6%	16,1%	29,6%
		4 piezas	Recuento	27	49	76
			Recuento esperado	27,1	48,9	76,0
			% del total	13,6%	24,6%	38,2%
	alta	5 piezas o más	Recuento	4	10	14
			Recuento esperado	5,0	9,0	14,0
			% del total	2,0%	5,0%	7,0%
Total	Recuento	71	128	199		
	Recuento esperado	71,0	128,0	199,0		
	% del total	35,7%	64,3%	100,0%		

Fuente: SPSS, Instrumento ficha de recolección de datos – Odontograma

Gráfico N°8

Datos agrupados variable pérdida prematura de molares deciduos y variable interviniente sexo



Fuente: SPSS, Instrumento ficha de recolección de datos – Odontograma

En la tabla N° 9 y gráfico N° 8, se muestra que de 200 pacientes, 13 hombres y 37 mujeres muestran una prevalencia baja de PPMD haciendo un total de 50 casos; 54 hombres y 81 mujeres muestran una prevalencia intermedia de PPMD haciendo un total de 135 casos y 4 hombres y 10 mujeres muestran una prevalencia alta de PPMD haciendo un total de 14 casos, evidenciando que el nivel de higiene bucal en niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa 2017 – 2021 por edad es intermedio.

Se evidencia que la prevalencia de la PPMD en niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa 2017 – 2021 por sexo es intermedia por lo cual se rechaza la H_1 : la prevalencia de PPMD en niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa 2017 – 2021 por sexo es alta.

Tabla N° 10

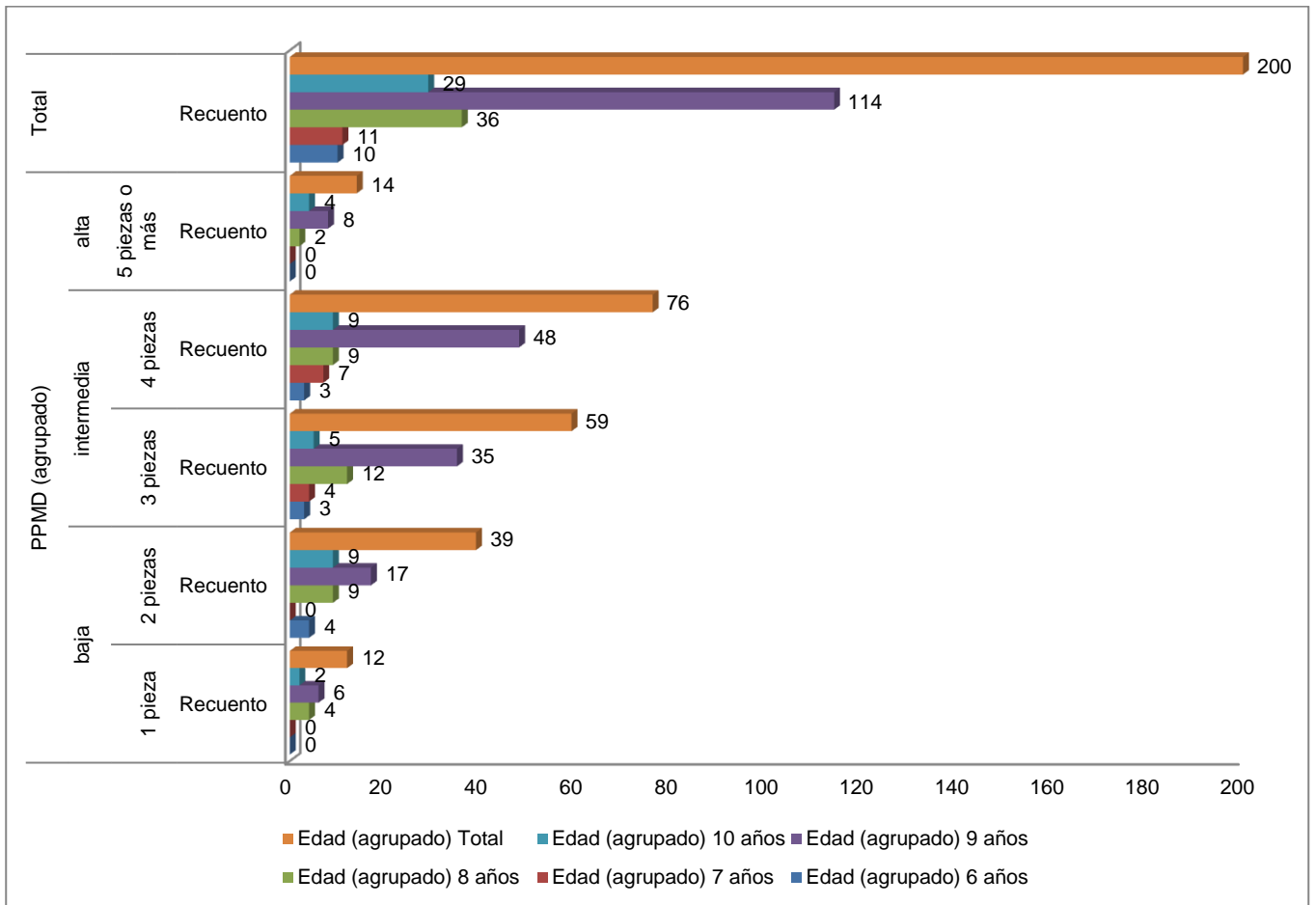
Tabla cruzada de datos agrupados variable pérdida prematura de molares deciduos y variable interviniente edad

PPMD (agrupado)				Edad (agrupado)					Total
				6 años	7 años	8 años	9 años	10 años	
baja	1 pieza	Recuento	0	0	4	6	2	12	
		Recuento esperado	,6	,7	2,2	6,8	1,7	12,0	
		% del total	0,0%	0,0%	2,0%	3,0%	1,0%	6,0%	
	2 piezas	Recuento	4	0	9	17	9	39	
		Recuento esperado	2,0	2,1	7,0	22,2	5,7	39,0	
		% del total	2,0%	0,0%	4,5%	8,5%	4,5%	19,5%	
	intermedia	3 piezas	Recuento	3	4	12	35	5	59
			Recuento esperado	2,9	3,2	10,6	33,6	8,6	59,0
			% del total	1,5%	2,0%	6,0%	17,5%	2,5%	29,5%
	alta	4 piezas	Recuento	3	7	9	48	9	76
			Recuento esperado	3,8	4,2	13,7	43,3	11,0	76,0
			% del total	1,5%	3,5%	4,5%	24,0%	4,5%	38,0%
alta	5 piezas o más	Recuento	0	0	2	8	4	14	
		Recuento esperado	,7	,8	2,5	8,0	2,0	14,0	
		% del total	0,0%	0,0%	1,0%	4,0%	2,0%	7,0%	
Total		Recuento	10	11	36	114	29	200	
		Recuento esperado	10,0	11,0	36,0	114,0	29,0	200,0	
		% del total	5,0%	5,5%	18,0%	57,0%	14,5%	100,0%	

Fuente: SPSS, Instrumento ficha de recolección de datos – Odontograma

Gráfico N° 9

Datos agrupados variable higiene bucal y variable interviniente edad



Fuente: SPSS, Instrumento ficha de recolección de datos – Odontograma

En la tabla N° 10 y gráfico N° 9, se puede apreciar que de 200 pacientes, 0 de 6 años, 0 de 7 años, 4 de 8 años , 6 de 9 años y 2 de 10 años muestran una prevalencia baja de PPMD haciendo un total de 51 casos; 4 de 6 años, 0 de 7 años, 2 de 8 años , 8 de 9 años y 4 de 10 años muestran una prevalencia intermedia de PPMD haciendo un total de 135 casos y 0 de 6 años, 0 de 7 años, 2 de 8 años , 8 de 9 años y 4 de 10 años muestran una prevalencia alta de PPMD haciendo un total de 14 casos, evidenciando que la prevalencia de PPMD en niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa 2017 – 2021 por edad es intermedio por lo cual se acepta la H_1 : la prevalencia de PPMD en niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa 2017 – 2021 por edad es intermedio.

5.4. Discusión

El tipo de investigación utilizada conlleva la recopilación de un gran conjunto de datos; además, una investigación correlativa produce resultados que son adaptables en la vida diaria. Otra ventaja es que proporciona un buen punto de partida para futuras investigaciones. También le permite establecer la fuerza y la dirección de una relación con el fin de minimizar la generalización de resultados en estudios posteriores. Sin embargo, solo muestra una influencia; no proporciona razones claras del porqué de la existencia de esta influencia, ni revela qué variable tiene mayor influencia sobre la otra.

Los resultados demostraron que: existe influencia entre la higiene bucal y la pérdida prematura de molares deciduos en niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa 2017 – 2021 con tendencia indirecta y negativa, a mayor higiene bucal, menor será la PPMD lo que denota divergencia con la investigación realizada por Curasi H. (2018) quien concluye que la influencia entre las variables pérdida de molares y sector anterior es de 0.4832241, $p=0.032$; la PPMD posee un efecto poco demostrativo asimismo menciona que la influencia entre las variables pérdida de molares y sector anterior en el plano axial es de 0.4232264, con un nivel de significancia de $p=0.048$, por lo cual la PPMD posee un efecto poco significativo ⁽⁴⁾, lo cual muestra convergencia con el estudio realizado por Changoluiza G. (2017) quien menciona que el 18% sufre pérdida prematura de la dentición primaria, debido a la prevalencia de caries dental, por lo que al existir influencia entre la higiene bucal y la pérdida prematura de molares deciduos con tendencia indirecta y negativa demostraría que a mayor higiene bucal menos serían los problemas relacionados como la caries dental y de este modo se vería minimizada la PPMD.

La prevalencia de PPMD en niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa 2017 – 2021 por sexo fue intermedia, siendo menor en niños con 54 casos en comparación a las niñas con 81 casos de 200 quienes tuvieron una mayor prevalencia; lo cual muestra divergencia con el estudio realizado por Curasi H. (2018) quien concluye que los más afectados en su mayoría varones. ⁽⁴⁾ Asimismo muestra divergencia con el estudio realizado por Acuña J. (2018) quien concluye que la mayor prevalencia de acuerdo a género se evidenció en el sexo masculino con 56.4% ⁽⁵⁾. Igualmente muestra divergencia con el estudio realizado por Amado

A. (2017) quien concluye que las mujeres muestran menor prevalencia que los hombres (37% y 51% respectivamente).

La prevalencia de la PPMD en las mujeres muestran menor prevalencia que los hombres (37% y 51% respectivamente niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa 2017 – 2021 por edad fue intermedia con 4 casos de 6 años, 0 casos de 7 años, 9 casos de 8 años, 17 casos de 9 años y 9 casos de 10 años de un total de 135 casos de 200 siendo mayor en niños de 7 años con 0 casos en comparación a niños de 9 años con 17 casos de 200 quienes tuvieron una mayor prevalencia lo cual muestra divergencia con el estudio realizado por Curasi H. (2018) quien concluye que los más aquejados fueron los niños de 5 años. ⁽⁴⁾ Asimismo muestra divergencia con el estudio realizado por Acuña J. (2018) quien concluye que %; la mayor prevalencia de acuerdo a edad se evidenció en niños de 10 años con un 44.9%. En otro orden muestra convergencia con el estudio realizado por Amado A. (2017) quien concluye que pérdida prematura con mayor porcentaje se da en el nivel de edad de 8 a 9 años, al igual que el caso de estudio donde la PPMD se da en 9 casos de 8 años, 17 casos de 9 años.

La importancia de la investigación relacionada al contexto científico social fue trascendente, ya que aportó contribuciones desde varios ángulos, permitiendo comprender la influencia de la higiene dental y la prematuridad de los molares deciduos en niños de 6 a 10 años. Además, la investigación servirá de referencia metodológica en futuros estudios en los que el investigador emplee dicha metodología e instrumentos.

CONCLUSIONES

Se determinó que existe influencia de la higiene bucal en la pérdida prematura de molares deciduos en niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa 2017 – 2021 con tendencia indirecta y negativa, a mayor higiene bucal, menor será la PPDM.

Se encontró que el nivel de higiene bucal en niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa 2017 – 2021 fue intermedio, siendo menor en niños con 33 casos en comparación a las niñas con 58 casos de 200 quienes tuvieron una mala higiene bucal.

Se encontró que el nivel de higiene bucal en niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa 2017 – 2021 por edad fue intermedio, con 1 caso de 6 años, 4 casos de 7 años, 20 casos de 8 años, 56 casos de 9 años y 10 casos de 10 años de un total de 91 casos de 200, siendo menor en niños de 6 años en comparación a niños de 9 años quienes tuvieron una mala higiene bucal.

Se encontró que la prevalencia de PPDM en niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa 2017 – 2021 por sexo fue intermedia, siendo menor en niños con 54 casos en comparación a las niñas con 81 casos de 200 quienes tuvieron una mayor prevalencia.

Se encontró que la prevalencia de pérdida prematura de molares deciduos en niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa 2017 – 2021 por edad fue intermedia con 4 casos de 6 años, 0 casos de 7 años, 9 casos de 8 años, 17 casos de 9 años y 9 casos de 10 años de un total de 135 casos de 200 siendo mayor en niños de 7 años con 0 casos en comparación a niños de 9 años con 17 casos de 200 quienes tuvieron una mayor prevalencia.

RECOMENDACIONES

Se recomienda a la clínica Arequipa, realizar capacitaciones de los padres y los mismos pacientes atendidos en el consultorio externo de odontología médica en lo relacionado a la cultura de higiene bucal a fin de minimizar la PPDM en niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa.

Se recomienda a la clínica Arequipa realizar capacitaciones en su mayoría a padres y pacientes mujeres que estas últimas muestran un nivel del higiene bucal bajo.

Se recomienda a la clínica Arequipa realizar capacitaciones en su mayoría a padres y pacientes de 9 años que estos últimos muestran un nivel del higiene bucal bajo.

Se recomienda a la clínica Arequipa realizar capacitaciones en su mayoría a padres y pacientes mujeres que estas últimas presentan una prevalencia alta de pérdida prematura de molares deciduos.

Se recomienda a la clínica Arequipa realizar capacitaciones en su mayoría a padres y pacientes de 9 años ya que estos últimos presentan una prevalencia alta de pérdida prematura de molares deciduos.

Se recomienda realizar campañas de higiene bucal dirigida a niños a nivel local a fin de crear conciencia en ellos como en sus padres de la importancia de cuidar y mejorar la higiene de los dientes y así evitar la pérdida de dientes deciduos a tan temprana edad.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Adanero A. Pérdida prematura de dientes temporales en sector anterosuperior. Estudio de la eficacia de prótesis fija sobre coronas preformadas y satisfacción de los padres. Madrid.; 2018.
2. Amado A. Prevalencia de pérdida prematura de dientes temporales en niños de 3-9 años, Clínica UCSG A-2017. Guayaquil.; 2017.
3. Changoluiza G. Relación entre factores socioculturales y económicos con la pérdida prematura de dientes primarios en niños de 7 a 11 años de la escuela “María Angélica Idrobo”. Quito.; 2017.
4. Curasi HD. Efecto de la pérdida prematura de molares sobre el sector anterior en dentición decidua de niños de 3-5 años de la institución educativa inicial 285. Gran Unidad Escolar San Carlos, 2017. Puno.; 2018.
5. Acuña JM. Prevalencia de pérdida de molares deciduos en niños de 6 a 10 años de la institución educativa estatal “31465 Virgen de Lourdes” del distrito de Huayucachi, provincia de Huancayo, región Junín, Agosto del año 2018. Chimbote.; 2018.
6. Duggal M, Cameron A, Tumba J. Odontología Pediátrica Vol.1 México : Editorial El Manual Moderno; 2014.
7. Paniagua MJ. Estudio de la asimetría condilar en pacientes infantiles con mordida cruzada posterior. Madrid.; 2016.
8. Vargas SC. Factores asociados a la pérdida prematura de molares deciduos en pacientes de 6 a 10 años atendidos en la clínica de odontopediatría, facultad de odontología UNAP 2006. Iquitos.; 2017.
9. Koch G, Poulsen S. Odontopediatría: Abordaje clínico. 2 ed. ; 2011.
10. Maldonado R. Prevalencia de la pérdida prematura de dientes primarios en pacientes atendidos en la clínica de odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala en los años 2012 – 2015. Guatemala.; 2016.
11. Escobar F. Odontología Pediátrica 1 ed. Madrid.; 2012.

12. Boj JR, Catalá M, García-Ballesta C, Mendoza A, Planells P. Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven. 1ª Ed. Madrid; 2010.
13. Torres. CM. Desarrollo de la dentición. La dentición primaria. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2012.
14. Guedes A, Bonecker M, Delgado C. Odontopediatría - Fundamentos de Odontología 1 edición Sau-Paulo: Santos; Santos.
15. Boza AT. Rizólisis como efecto de caries profunda en molares temporales de niños que acuden a la clínica odontológica de la Universidad de Huánuco. 2017. Huánuco; 2018.
16. Instituto Nacional de Salud del Niño. Guía de práctica clínica de Necrosis Pulpar Perú: Instituto Nacional de Salud del Niño; 2021.
17. Ministerio de salud. Guía de práctica clínica para la prevención diagnóstico y tratamiento de la caries dental en niñas y niños. Lima: MINSA; 2017.
18. Zevallos A. Prevalencia de caries de aparición temprana en niños de 3 a 5 años y 11 meses de edad y su asociación con sus factores predisponentes en el Policlínico Es salud Chincha de Setiembre 2012 a Febrero 2013 Lima: UPC; 2015.
19. Beltri P, Planells del Pozo P. Traumatismos dentales. España; 2010.
20. Escobedo AE, Ribelles M. Zapatilla distal como tratamiento en pérdida prematura de un segundo molar primario. España; 2016.
21. Ruiz G, Téllez E, Aragón Y. 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. Managua; 2017.
22. Huamán L. Pérdida prematura de dientes deciduos en niños de 3-9 años de edad sometidos a tratamiento odontológico integral bajo anestesia general en el Instituto Nacional de Salud del Niño, 2014. Lima; 2014.
23. Merino L. Pérdida prematura de los segundos molares temporales y sus consecuencias en el primer molar definitivo en niños de 7 a 12 años de la Escuela Unión Panamericana en el año lectivo 2011-2012. Quito; 2013.

24. Peña J. Asociación de la ausencia de la primera molar temporal con el tipo de planos terminales en pacientes de 7 a 10 años que acuden a la Clínica de Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad iNca Garcilaso de la Vega. Lima;; 2019.
25. Horna P. Prevalencia de pérdida prematura de dientes temporales en niños pre escolares de la I.E Pedro Pablo Atusparias de la provincia de Chiclayo – Perú, 2017. Pimentel;; 2017.
26. Bustillos M. Estudio de la pérdida prematura de órganos dentales temporales anteriores y su influencia en el desarrollo de deglución atípica en niños de 4 – 7 años de la Escuela de Educación Básica Teniente Hugo Ortiz de la parroquia Huachi Chico del Cantón Ambato. Ambato;; 2016.
27. Chaves M. Prevalencia de la pérdida prematura de molares temporales y su relación con algunos factores de riesgo en niños y niñas preescolares del Cantón de Montes de Oca. Costa Rica;; 2010.
28. Muñoz K. Influencia de la formación odontológica en los hábitos de higiene oral de los estudiantes de 1° y 6° año odontología, Universidad Andrés Bello. sede Concepción 2015. Concepcion;; 2015.
29. Atauje C. Pérdida prematura de dientes primarios en niños de 4 a 8 años de edad - Lima 2018. Huancayo;; 2019.
30. Chambilla G. Factores de riesgo asociados a la pérdida de dientes deciduos en niños de 3 a 5 años en instituciones educativas públicas del distrito gregoirio albarragin lanchipa en el año 2018. Tacna;; 2019.
31. MINSA. Guía práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la caries dental en niños y niñas MINSA - R.M. 422-2017/Minsa. Lima;; 2017.

ANEXOS

ANEXO N° 1: SOLICITUD DE PERMISO A CLÍNICA AREQUIPA

SOLICITUD DE PERMISO A CLÍNICA AREQUIPA "Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Asunto: solicito permiso para
realizar proyecto de tesis

Dante Valdivia Figueroa
Gerente Médico de Clínica Arequipa

Yo, Pamela Del Carmen, Vallejos Fernández, alumna de la Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud de la Universidad Alas Peruanas identificada con DNI N° 70777690, tengo el agrado de dirigirme a usted expresándole un cordial saludo y a la vez hacer de su conocimiento que por motivo de estar realizando mi proyecto de tesis es que solicito a usted, permiso correspondiente para llevar a cabo dicho proyecto titulado "Higiene bucal y la pérdida prematura de molares deciduos en niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa, 2017 – 2021" cuyo material de estudio son las historias clínicas y odontogramas de niños de 6 a 10 atendidos en el consultorio externo de odontología médica periodo 2017 – 2021.

Por lo expuesto, ruego a usted respetuosamente accedes a mi petición por ser de interés académico que espero alcanzar quedo a la espera de su respuesta.

Atentamente,



Pamela Del Carmen Vallejos Fernández
DNI N° 70777690

ANEXO N° 2: AUTORIZACIÓN DE REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS



SOLICITUD DE PERMISO A CLÍNICA AREQUIPA
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Arequipa, 12 de Noviembre 2021

Señorita
Pamela Del Carmen Vallejos Fernández
Presente.-

Asunto: Autorización Revisión Historias Clínicas

De mi consideración,

Me dirijo a usted para saludarla cordialmente y hacer de conocimiento que queda autorizada su solicitud para la elaboración de su proyecto de tesis, cuyo material de estudio son las historias clínicas y odontogramas periodo 2017 – 2021. Para el proyecto titulado "Higiene bucal y la pérdida prematura de molares deciduos en niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa, 2017 – 2021".

Se expide la presente constancia para los fines convenientes.

CLINICA AREQUIPA S.A

Dr. Dante Valdivia Figueroa
GERENTE MEDICO

Arequipa, 12 de Noviembre 2021


Equipo Pacifico S.A. Autorizada en
Centro Registral 22888
AREQUIPA - PERU

ANEXO N° 3: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE LA HIGIENE BUCAL Y LA PPDM EN NIÑOS DE 6 A 10 AÑOS ATENDIDOS EN CLÍNICA AREQUIPA 2017 – 2021”

1. Variable 1: Higiene bucal

Edad: _____

Sexo: _____

1. Frecuencia de cepillado

Cepillado \geq 3 veces al día

Cepillado $<$ 3 veces al día

2. Tiempo de cepillado

Cepillado $<$ a 2 minutos

Cepillado \geq a 2 minutos

3. Uso de pasta dental con flúor

1000 PPM de flúor (tamaño de un grano de arroz)

1000 PPM de flúor (tamaño de una arveja)

1100 a 1500 PPM de flúor

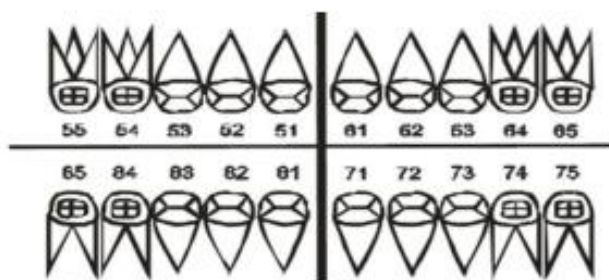
4. Visita al dentista

Antes de los seis meses

Después de los seis meses

Variable 2: PPMD

Odontograma




Ausentes: _____

Indicado a extracción: _____


Total: _____

ANEXO N° 4: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



EN LA UAP
TUERES PARTE
DEL CAMBIO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Profesional de Estomatología
 INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICION



I. DATOS GENERALES

1.1 APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO: CLAUDIA CASTILLO GUILLEN

1.2 INSTITUCION DONDE LABORA:

1.3 INSTRUMENTO MOTIVO DE EVALUACION: APLICACION EN EJECUCION DE TESIS

1.4 AUTOR DE INSTRUMENTO: VALLEJOS FERNANDEZ PAMELA DEL CAMEN

II. ASPECTO DE VALIDACION

TEMA:

CRITERIOS	INDICACIONES	INACEPTABLE					MINIMAMENTE ACEPTABLE					ACEPTABLE								
		45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100							
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado																			
2. OBJETIVIDAD	Esta adecuado a las leyes y principios científicos						X													
3. ACTUALIZACION	Esta adecuado los objetivos y las necesidades reales de la investigación.						X													
4. ORGANIZACION	Existe una organización lógica						X													
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos						X													
6. INTENCIONALIDAD	Esta adecuado para valorar las variables de la hipotesis						X													
7. CONSISTENCIA	Se respalda en fundamentos técnicos y/o científicos						X													
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los problemas, objetivos, hipótesis, variables, dimensiones, indicadores con los ítems.						X													
9. METODOLOGIA	La estrategia responde a una metodología y diseño aplicados para lograr las hipótesis.																			
10. PERTINENCIA	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación						X													


A) El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación

B) El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación

III. PROMEDIO DE VALORACION

755

FECHA: 15 DE NOVIEMBRE 2021

FIRMA DEL EXPERTO: 
 Claudia María Castillo Guillen
 Odontopediatra
 COP 22145 RNE 558

DNI: 40711719

ANEXO N° 5: IMÁGENES DURANTE EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

Infraestructura Externa Clínica Arequipa

Fig.1



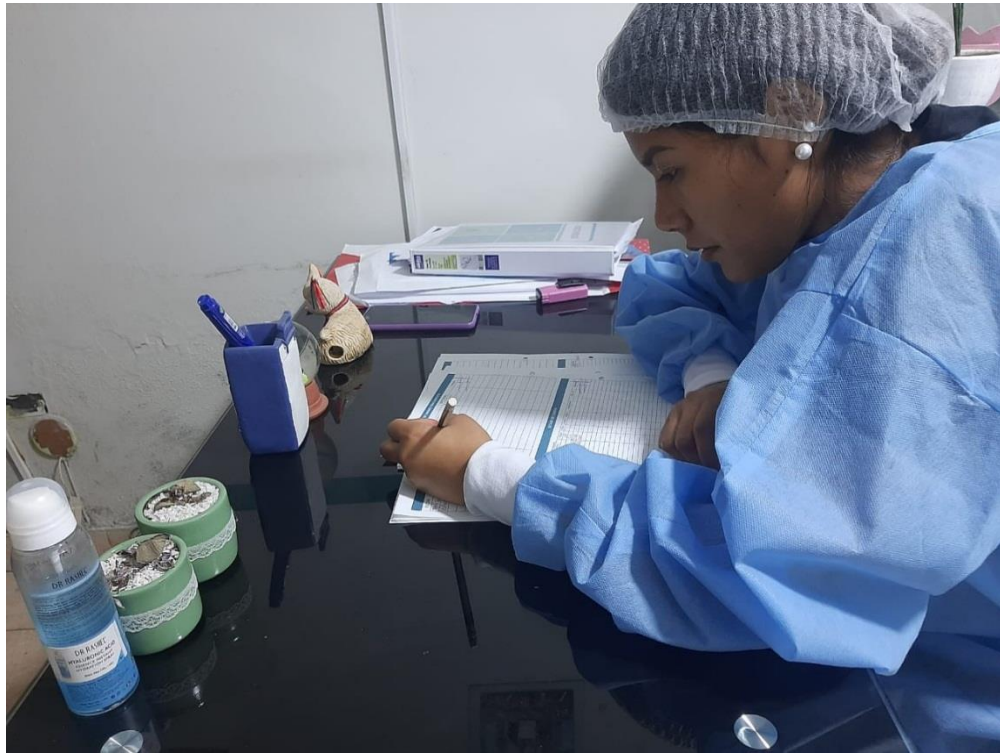
Área de consultorios externos

Fig.2



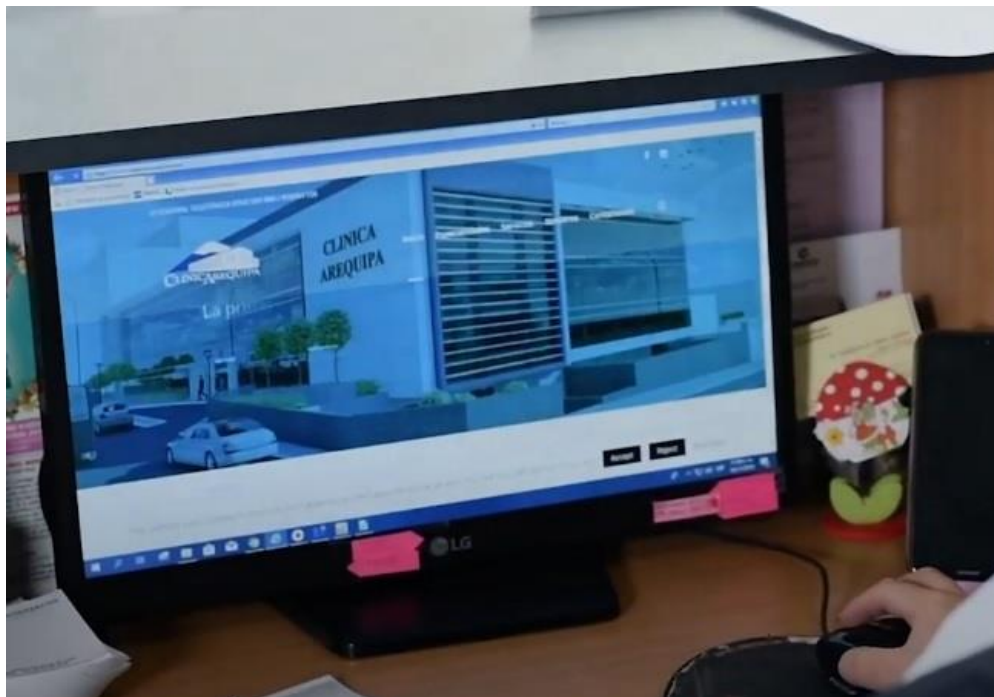
Consultorio Dental recolectando datos

Fig.3



Archivos de historias clínicas clasificadas

Fig.4



ANEXO N° 6: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: Higiene bucal y la pérdida prematura de molares deciduos en niños de 8 a 10 años atendidos en la clínica Arequipa 2017-2021

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología
Principal	Principal	General		
¿Existe influencia de la higiene bucal en la PPDM en niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa 2017 – 2021?	Determinar la influencia de la higiene bucal en la PPDM en niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa 2017 – 2021	La influencia de la higiene bucal en la PPDM en niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa 2017 – 2021 es indirecta y negativa	<i>Variable 1:</i> <i>V1 Higiene bucal (y)</i>	Diseño de la investigación correlacional, transversal Retrospectiva, no experimental
Específicos	Secundarios	Derivadas	<i>Variable 2:</i> <i>V2 Pérdida prematura de molares deciduos (x)</i>	Población Pacientes pediátricos de 6 a 10 años atendidos en la clínica Arequipa, consultorio externo de odontología médica periodo Arequipa 2017 – 2021 considerando los criterios de inclusión y exclusión n=417.
¿Cuál es el nivel de higiene bucal en niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa 2017 – 2021 por sexo?	Determinar el nivel de higiene bucal en niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa 2017 – 2021 por sexo	El nivel de higiene bucal en niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa 2017 – 2021 por sexo es bajo		Muestra n=200.20
¿Cuál es el nivel de higiene bucal en niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa 2017 – 2021 por edad?	Determinar el nivel de higiene bucal en niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa 2017 – 2021 por edad	El nivel de higiene bucal en niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa 2017 – 2021 por edad es intermedio		Técnica Registro basado en Historial clínico de pacientes
¿Cuál es la prevalencia de PPDM en niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa 2017 – 2021 por sexo?	Determinar la prevalencia de PPDM en niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa 2017 – 2021 por sexo	La prevalencia de PPDM en niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa 2017 – 2021 por sexo es alta		Instrumentos Ficha de recolección Datos
¿Cuál es la prevalencia de PPDM en niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa 2017 – 2021 por edad?	Determinar la prevalencia de PPDM en niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa 2017 – 2021 por edad	La prevalencia de PPDM en niños de 6 a 10 años atendidos en Clínica Arequipa 2017 – 2021 por edad es intermedia		

Fuente: elaboración propia

