



TESIS

PÉRDIDA PREMATURA EN DENTICIÓN PRIMARIA Y CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE LOS PADRES DE NIÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA PEDIÁTRICA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS 2018

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

PRESENTADO POR:

BACHILLER: HUAMAN ALVITES, LUIS EDGAR

**ASESOR: MG. ESP. OLIVA VALENCIA, MILAGROS
TERESA**

LIMA – PERÚ

2019

A mi madre que a pesar de la distancia de estar en otro país lejano, me brinda su apoyo incondicional y sus consejos de enseñarme a luchar y seguir avanzando a pesar de las dificultades de la vida.

A mi esposa amada por la motivación para no desfallecer, y estar pendiente en los momentos más difíciles de mi vida, transmitiéndome los ánimos para sentirme feliz y tener esas fuerzas de terminar la carrera profesional.

A mis dos hermosas hijas que se han convertido en el motor de mi vida, por lo que me superaré y seguiré avanzando en mis metas, luchando para darle lo mejor del mundo.

A la Mg. Estela, Ricse Chaupis, por asesorarme en la metodología del trabajo de investigación, y permitirme así culminar satisfactoriamente la ejecución del proyecto de tesis.

A mi asesora Mg. Esp. Oliva Valencia, Milagros Teresa, por el asesoramiento de tesis, por su colaboración en cada momento que lo necesitaba, brindándome toda su experiencia para elaborar esta investigación con éxito.

A mis queridos maestros de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas, por sus enseñanzas, dedicación, tiempo, apoyo y deseos por lograr de nosotros profesionales un compromiso con la salud bucal de nuestro país.

RESUMEN

Esta investigación tuvo como objetivo principal relacionar la pérdida prematura de la dentición primaria con el conocimiento sobre salud bucal de los padres, en un estudio prospectivo, transversal y correlacional. La muestra se determinó mediante la forma probabilística dando como resultado 63 niños y padres de familia. El instrumento de recolección de datos fueron 2 fichas, una ficha donde se registraron las piezas perdidas prematuramente a través del odontograma y una encuesta tipo cuestionario dirigida a los padres de familia para evaluar el nivel de conocimiento sobre salud bucal.

Los resultados mostraron pérdida prematura de dientes primarios en 34,9% (22 niños); donde el 17,5% de los padres presentaron un nivel de conocimiento regular sobre salud bucal; 14,3% un nivel de conocimiento deficiente; y solo un 3,2% un nivel de conocimiento bueno. se encontró mayor pérdida prematura en los niños de 6 años (54,5%); siendo la pieza 51 la más afectada (22,7%); seguida de la pieza 84 (22,7%).

En conclusión, el conocimiento de los padres de familia es un factor que influye en la pérdida prematura de dientes primarios de los niños; ya que se evidencia una relación estadísticamente significativa entre la pérdida prematura de dientes primarios y el conocimiento sobre salud bucal de los padres ($p=0.000<0.05$).

Palabras clave: Caries dental, pérdida prematura, traumatismo, conocimiento y dientes primarios.

ABSTRACT

The main objective of this research was to relate the premature loss of the primary dentition with the oral health knowledge of the parents, in a prospective, cross-sectional and correlational study. The sample was determined by the probabilistic form resulting in 63 children and parents. The data collection instrument was 2 cards, a card where the pieces lost prematurely through the odontogram were registered and a questionnaire type questionnaire aimed at parents to assess the level of knowledge about oral health.

The results showed premature loss of primary teeth in 34,9% (22 children); where 17,5% of the parents presented a level of regular knowledge about oral health; 14,3% a level of poor knowledge; and only 3,2% a good level of knowledge. greater premature loss was found in 6-year-old children (54,5%); being the piece 51 the most affected (22.7%); followed by piece 84 (22,7%).

In conclusion, the knowledge of parents is a factor that influences the premature loss of primary teeth of children; since there is a statistically significant relationship between the premature loss of primary teeth and the oral health knowledge of the parents ($p = 0.000 < 0.05$).

Keywords: Dental caries, premature loss, trauma, knowledge and primary teeth.

ÍNDICE

Pág.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE GRÁFICOS

INTRODUCCIÓN

15

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

16

1.2. Formulación del problema

18

1.3. Objetivos de la investigación

19

1.4. Justificación de la investigación

20

1.4.1. Importancia de la investigación

22

1.4.2 Viabilidad de la investigación

23

1.5. Limitaciones del estudio

24

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

25

2.2. Bases teóricas

35

2.2.1. Dentición primaria

35

2.2.2. Erupción dentaria

36

2.2.2.1. Fases de la erupción dentaria

36

2.2.2.2. Cronología de erupción primaria	37
2.2.3. Pérdida prematura de dientes primarios	38
2.2.3.1. Etiología de la pérdida prematura de dientes primarios	39
2.2.3.2. Caries dental	40
2.2.3.3. Traumatismos dento – alveolares	43
2.2.4. Consecuencias de pérdida prematura de la dentición primaria	46
2.2.5. Nivel de conocimientos de los padres	48
2.2.5.1. Conocimiento en salud	49
2.3. Definición de los términos	50
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1. Formulación de hipótesis principal y derivadas	52
3.2. Variables; dimensiones e indicadores, definición conceptual y Operacional	53
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	
4.1. Diseño metodológico	55
4.2. Diseño muestral	56
4.3. Técnicas e instrumento de recolección de datos	57
4.4. Técnicas de procesamiento de la información	59
4.5. Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información	60
4.6. Aspectos éticos contemplados	61
CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	
5.1. Análisis descriptivo, tablas de frecuencia, gráficos, dibujos, fotos, tab	62
5.2. Análisis inferencial, prueba paramétrica de correlación	77
5.3. Comprobación de hipótesis, técnicas estadísticas empleadas	77

5.4. Discusión	86
CONCLUSIONES	95
RECOMENDACIONES	96
FUENTES DE INFORMACIÓN	97
ANEXOS	106
ANEXO 1: Carta de presentación	
ANEXO 2: Constancia desarrollo de la investigación	
ANEXO 3: Consentimiento informado	
ANEXO 4: Constancia de recolección de los datos	
ANEXO 5: Instrumento de recolección de datos	
ANEXO 6: Matriz de consistencia	
ANEXO 7: Fotografías	
ANEXO 8: Imágenes de lesiones por caries dental y trauma dentoalveolar	

ÍNDICE DE TABLAS

Pág.

Tabla N° 01: Pérdida prematura en dentición primaria relacionado al conocimiento sobre salud bucal de los padres de niños	63
Tabla N° 02: Frecuencia de pérdida prematura en dientes primarios relacionados con la edad de los niños	65
Tabla N° 03: Frecuencia de pérdida prematura en dientes primarios por caries dental de los niños relacionado con el conocimiento sobre salud bucal	68
Tabla N° 04: Frecuencia de pérdida prematura en dientes primarios por traumatismos en niños relacionado con el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres	71
Tabla N° 05: Pieza dentaria más afectada por pérdida prematura de dientes primarios en niños con relación al género	73
Tabla N° 06: Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de familia, Según edad	76

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Pág.

Gráfico N° 01: Pérdida prematura en dentición primaria relacionado al conocimiento sobre salud bucal de los padres de niños	64
Gráfico N° 02: Frecuencia de pérdida prematura en dientes primarios relacionados con la edad de los niños	67
Gráfico N°03: Frecuencia de pérdida prematura en dientes primarios por caries dental de los niños relacionado con el nivel de conocimiento sobre salud bucal	70
Gráfico N°04: Frecuencia de pérdida prematura en dientes primarios por Traumatismos en niños relacionado con el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres	72
Gráfico N° 05: Pieza dentaria más afectada por pérdida prematura de dientes primarios en niños con relación al género	75
Gráfico N° 06: Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de familia Según edad	77

INTRODUCCIÓN

La ausencia prematura de dientes primarios se refiere a la pérdida tan temprana de los dientes primarios que pueden llegar a comprometer el mantenimiento natural del perímetro o longitud del arco, estos dientes hacen su aparición entre los 6 y 7 meses de edad, completando el proceso entre 28 y 29 meses.¹

La dentición temporal debe conservarse íntegra hasta el momento de recambio; la dentición de los seres humanos se presenta en tres formas temporal, mixta y permanente la pérdida prematura ocasiona cambios en el perímetro del arco dental, alteraciones en la cronología y secuencia de erupción, desarrollo de hábitos locales perjudiciales, trastornos de fonación, maloclusión, además de las alteraciones psicológicas y de comportamiento que una deficiente imagen física puede causar.²

Existen múltiples razones de pérdida prematura de los dientes primarios pero las más frecuentes son los traumatismos y la caries dental que produce procesos odontodestructivos; cabe señalar que la odontopediatría es la especialidad relacionada a la ortodoncia que se encarga del cuidado de los dientes lo mismo que debe comenzar tempranamente y así evitar irreversibles consecuencias.³

La falta de conocimiento por parte de los padres de familia en cuanto a la salud oral, es uno de los problemas más graves que afronta nuestro país hoy en día, especialmente en los sectores sociales de más bajos recursos económicos como las zonas rurales y las urbano marginadas.

CAPÍTULO I:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

Los dientes primarios desempeñan una fase muy importante en el mantenimiento de la longitud del arco, ya que permite mantener la posición correcta de los dientes dentro del arco dentario, mediante la acción de una serie de fuerzas generada por la oclusión funcional, por lo que la pérdida precoz producirá una causa local de anomalía adquirida de la oclusión; consecuente a esto, puede ocurrir una disminución del espacio reservado para el sucesor permanente debido a la migración de dientes adyacentes y el consiguiente acortamiento de la longitud de la arcada.⁴

Según estudios realizados por la organización mundial de la salud (OMS) la caries dental es una de las enfermedades bucodentales más frecuentes la cual afecta entre un 60% y 90% a niños en edad preescolar y escolar.⁵ El Perú no es ajeno a ello, en los últimos reportes publicados por el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) se muestra resultados donde un 90% de prevalencia de caries dental se presenta en la población infantil.⁶

Los padres de familia desempeñan una función importante respecto al conocimiento de salud bucal frente a las enfermedades o necesidades de tratamiento de los niños, de modo que los padres deben adquirir información y desarrollar habilidades para estimular sus actitudes y comportamiento de sus menores hijos referente a la prevención de salud bucal.⁷

Durante la experiencia adquirida en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas, pude constatar que el conocimiento sobre salud bucal de los padres de familia era pobre en consecuencia a que no recibían instrucción de salud bucal a tiempo; por lo tanto los niños presentaban alta incidencia de caries dental; Se explica que la gran mayoría de padres de familia mostraban conocimientos erróneos y restaban importancia a la dentición primaria, es ahí donde la función del profesional de salud debe ponerse en práctica.

La mayoría de los padres de familia desconocen la importancia de la primera dentición, de manera que conservar las piezas deciduas cumplirá múltiples funciones en la cavidad bucal y hasta su debido tiempo de exfoliación, el descuido de ella por un déficit de conocimientos y malas actitudes conllevarán a la aparición de caries dental, las cuales si no son tratadas a su debido momento, estas pueden avanzar en profundidad y extensión alcanzando un punto donde no sea posible realizar un tratamiento restaurador.⁷

El desequilibrio en el recambio de los dientes primarios por sus sucesores permanentes puede provocar alteraciones entre las cuales se presenta la reducción del arco dental por pérdida anticipada, apiñamientos, giroversiones, inclinación de los dientes adyacentes hacia el lado donde se presentó la pérdida, alteración en la formación de los maxilares, problemas de la articulación temporomandibular; provocando de esta manera la aparición de maloclusiones, problemas fonéticos, nutricionales y a nivel sociocultural.⁸

En casi la mayoría de las Clínicas Pediátricas en las Escuelas Profesionales de Estomatología en el Perú, es frecuente encontrar niños con problemas de caries dental y traumatismos, estudios recientes refieren que estas provienen de familias con niveles socioeconómicos y culturales bajos, donde prevalece la exodoncia como alternativa de tratamiento. A pesar que existen alternativas y técnicas de acondicionamiento en el manejo de niños.⁹

La pérdida prematura de alguna unidad dentaria decidua en la actualidad; es un problema importante en el futuro de los niños. Existiendo una amplia gama de causas que provoca esta situación problemática y muchas de ellas, han sido frecuentemente estudiadas. Entre las causas más comunes que dan lugar a la pérdida prematura son: los traumatismos, la reabsorción prematura de las raíces de los temporales y las extracciones por procesos odontodestructivos (caries).¹⁰

Esta investigación se realizó en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas, ubicada en el distrito de Surco, donde acudieron niños con sus padres que presentaron bajo conocimiento sobre salud bucal, esto permitió observar distintas realidades en la población.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema principal

¿Cuál es la frecuencia de pérdida prematura en dentición primaria relacionada al conocimiento sobre salud bucal de los padres de niños atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas?

1.2.2 Problemas específicos

- ¿Cuál es la frecuencia de pérdida prematura en dientes primarios relacionados con la edad de los niños en la Universidad Alas Peruanas?
- ¿Cuál es la frecuencia de pérdida prematura en dientes primarios por caries dental en niños relacionado con el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres en la Universidad Alas Peruanas?
- ¿Cuál es la frecuencia de pérdida prematura en dientes primarios por traumatismos en niños relacionado con el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres en la Universidad Alas Peruanas?
- ¿Cuál es la pieza dentaria más afectada por pérdida prematura de dientes primarios en niños con relación al género en la Universidad Alas Peruanas?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de familia que acuden a la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas; Según la edad?

1.2 Objetivos de la investigación

1.2.1 Objetivo principal

- Determinar la pérdida prematura en dentición primaria relacionado al conocimiento sobre salud bucal de los padres de niños atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2018.

1.2.2 Objetivos específicos

- Determinar la frecuencia de pérdida prematura en dientes primarios relacionados con la edad de los niños en la Universidad Alas Peruanas.

- Determinar la frecuencia de pérdida prematura en dientes primarios por caries dental en niños relacionado con el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres en la Universidad Alas Peruanas.
- Determinar la frecuencia de pérdida prematura en dientes primarios por traumatismos en niños relacionado con el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres en la Universidad Alas Peruanas.
- Determinar la pieza dentaria más afectada por pérdida prematura de dientes primarios en niños con relación al género en la Universidad Alas Peruanas.
- Determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de familia que acuden a la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas; según edad.

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1 Justificación de la investigación

Esta investigación se justifica en el manejo de los niños de 5 a 6 años de edad que han presentado problemas de pérdida prematura en dentición primaria; lo cual ha sido relacionado con la falta de conocimiento de los padres de familia respecto a la salud bucal, ya que hoy en día representa un tema de salud pública, por su alta prevalencia de caries dental en el Perú. De manera que este trabajo conduce a los padres adquirir conocimientos de salud bucal de naturaleza coadyuvante para mejorar el tratamiento odontológico de sus niños.

Se justifica en el desarrollo de la problemática de los niños respecto a la pérdida prematura de dientes primarios; que posteriormente ocasionan pérdida del

perímetro de arco, ya que los dientes aparecen entre los 6 y 7 meses de edad completando su proceso de erupción entre los 28 y 29 meses.

En este sentido se justifica que la mayoría de los padres de familia no prestan mucha atención por la salud bucal de sus niños, por consiguiente si las afecciones no son tratadas a tiempo en la cavidad oral podrían llevar a la pérdida prematura de los dientes primarios, y afectaría a todos los estratos socioeconómicos sin distinción de raza; ni género.

Esta investigación demuestra que la Clínica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas cumple con informar a los padres de familia sobre la importancia que tienen los dientes primarios en boca hasta su momento de recambio por los dientes permanentes, y aporta un beneficio teórico, clínico y social para posteriores investigaciones que se realicen en el futuro.

Resulta claro que los estudiantes de Clínica Pediátrica I y II; se encuentran preparados para brindar tratamientos oportunos en las piezas primarias con caries dental a través de tratamientos pulpares y restauraciones estéticas, y concientizar a los padres de familia que enseñen a sus niños de como deben cuidarse sus dientes para prevenir posibles lesiones cariosas.

Ahora bien, los padres de familia sabrán que cada diente guardará un adecuado equilibrio en la arcada. Al destruirse este equilibrio aparecerán cambios y en

casos extremos generará una pérdida de espacio, mal posiciones dentarias de los dientes permanentes.

1.4.2 Importancia de la investigación

Los hallazgos que deriven de este estudio fueron importantes para establecer una línea de prevención en conocimiento sobre salud bucal de los padres de familia, para lograr disminuir la pérdida prematura de dientes primarios, ya que es uno de los problemas con mayor frecuencia en la práctica clínica del odontólogo, se ha podido comprobar que niños a una edad temprana pierden precozmente sus dientes; por presentar múltiples lesiones cariosas y de extensa profundidad donde no se realizan tratamientos oportunos en su debido tiempo para su conservación.

Si bien es cierto, los resultados que se obtuvieron en el estudio, serán importantes para las autoridades sanitarias en salud oral y salud pública estomatológica porque podrán tener información epidemiológica de los factores predisponentes de la pérdida prematura en dientes primarios por caries y traumatismos, presentes en los niños a cortas edades, que ocasiona problemas de fonación, estéticos y alteración de las funciones masticatorias. Los factores etiológicos de pérdida prematura son múltiples, por lo tanto nosotros nos hemos enfocado únicamente en 2 factores: La pérdida prematura por caries dental y traumatismos.

La información obtenida en el presente trabajo, es de mucha importancia para las investigaciones posteriores que se realicen, desde luego no se han

observados muchos estudios en Perú, en cuanto a la pérdida de dentición primaria por caries dental y traumatismos relacionado con el conocimiento sobre salud bucal de los padres de familia; por lo tanto, la investigación tuvo como propósito establecer la realidad problemática de los padres de familia y los niños.

La presente investigación que desarrollamos, sirvió para la comunidad científica internacional, que permitirá un mayor trabajo de prevención respecto a la pérdida prematura por caries dental y traumatismos en los niños.

1.4.2 Viabilidad de la investigación

El presente trabajo de investigación fue viable de desarrollar, debido a que se contó con el apoyo y aceptación por parte de la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas, facilitando el acceso al ambiente y a la población de estudio, con el permiso de la coordinadora de clínica pediátrica y los especialistas encargados de cada módulo.

Se contó con los conocimientos necesarios para los casos donde se necesitó explicar y capacitar al padre de familia sobre los términos usados y para la obtención de información real. Asimismo, económicamente la investigación no precisó altos montos, los cuales fueron autofinanciados por el autor, se utilizó los materiales requeridos y se respetó las normas de bioseguridad en el momento de las evaluaciones clínicas a los menores de edad.

1.5 Limitaciones del estudio

Las limitaciones del trabajo fueron:

- En algunos padres de familia no se contó con la aprobación del consentimiento informado y ni la colaboración para que sus menores hijos sean examinados por el motivo de tiempo (examen clínico de los niños y encuestas de los padres).
- La poca asistencia de niños a la clínica estomatológica pediátrica y que pertenezcan al rango de edad requerido para la presente investigación.
- La mayoría de alumnos de odontopediatría no colaboraban en compartir información de sus pacientes.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes internacionales

Villalva N., Jacquett N., Cabañas A., Chirife M. (2014), realizó su estudio para determinar la pérdida prematura de dientes temporales en niños de 0 a 7 años que acudieron a un hospital de Luque (Paraguay). El diseño de estudio tipo descriptivo, retrospectivo. Utilizó como población todas las hojas de registro diario de los odontólogos del hospital Regional de Luque; niños de 0 a 7 años con pérdida prematura por caries y obturaciones de dientes temporarios registrados en la historia clínica.

En sus resultados mostró una prevalencia de pérdida prematura de dientes temporales en niños de 0 a 7 años, el 14% corresponde al año 2012 y 12,6% año 2013. En los niños de 4 a 7 años de edad las piezas dentarias presentaron mayor frecuencia de pérdida prematura en ambos años 7 años y 5 meses; 8 años y 5 meses con un 29,8% en el año 2012 y un 33,8% en el año 2013. En el año 2012 se encontró una frecuencia de caries en un 57,6% y en el año 2013 un 57,3% de los niños atendidos.

El autor concluye que a edades tempranas de 0 a 3 años, solo se presenta 2% de pérdida prematura, encontrándose la mayor frecuencia de pérdida prematura en los niños de 4 a 7 años de edad en un 98%, si se consigue que los niños asistan a la consulta odontológica a edades tempranas, se podría contribuir a la disminución del alto índice de perdidas prematuras en niños con edades más avanzadas.¹¹

Borjas K. (2014), realizó su estudio para comprobar la presencia de maloclusión como consecuencia de la pérdida temprana de unidades temporales en niños de 7 a 12 años. El tipo de investigación no experimental, transversal. La técnica de recolección de datos es a través de la Historia clínica. En los resultados se observó clínicamente que el 85% de las piezas 1.6 y 2.6 de los pacientes, se encuentran mesializadas por pérdidas prematuras de las unidades dentarias 5.5 y 6.5, por lo que no permitió la erupción de las piezas 15 y 25. Lo mismo ocurre en el maxilar inferior donde se encontró que la pieza 36 se encontraban mesializadas en un 70% por pérdida prematura de la pieza primaria 75, por lo que no permitió la erupción de la pieza dentaria 35. El autor en conclusión corrobora que los resultados obtenidos concuerdan con la teoría antes descrita, ya que al extraer una unidad dentaria decidua prematuramente se originará una maloclusión si no se toman las medidas necesarias.¹²

Sotomayor S. (2014), realizó su estudio sobre la pérdida prematura por caries dental en dientes temporales en niños de 7 a 10, fue un estudio descriptivo, transversal donde tuvo como población a un grupo de 100 niños de 7 a 10 años de edad. Se encontró que la caries dental es la principal causa de pérdida prematura, obteniendo como resultado que la pieza temporal más afectadas por caries dental fue la segunda molar izquierdo (26,7%), seguida de la segunda molar derecha (16,1%), la primera molar superior derecha e izquierda (10,7%), la primera molar inferior izquierda (8,9%), las segundas molares superiores derecha e izquierda (7,1%), la primera molar superior izquierda (5,4%), el canino inferior izquierdo (3,6%), los caninos tanto superior como inferior derecho (1,8%). En cuanto al rango de edad donde se evidenció mayor pérdida prematura de

dientes temporales fue entre 7 a 10 años de edad siendo el género femenino el más afectado con un porcentaje de 52% a comparación de los varones con un 48% y en cuanto al rango de edad la edad más afectada fue 7 años de edad con un 41%.¹³

Chacón, Correa, Navarro, Godillo, Báez (2014), determinaron la pérdida temprana de dientes temporales en niños de 0 a 8 años, su estudio fue descriptivo de corte transversal, se utilizó 125 historias clínicas, tuvieron en cuenta las variables: Edad, género, tipo de dentición, estrato socioeconómico y diente temporal perdido. Se obtuvo como resultado que el 43% presentó pérdida prematura de dientes temporales; siendo del sexo masculino en un 51,8%; 30% solo presentaron pérdida de 1 diente, 20% de 2 o 3 dientes, 15% de cuatro dientes. Con una relación de género y pérdida de $p < 0.05$, Los dientes con mayor pérdida fueron 61, 51 y 52, con menor pérdida fueron 62 y 64 y los que no presentan pérdida prematura son los 53 y 73.¹⁴

Bustos, Zamora, Ampuero, Norambuena, (2014), realizaron su investigación sobre la prevalencia de pérdida prematura de molares temporales en niños y niñas de 2 a 6 años que fueron atendidos en el Cefam Curaco de Velez” (Chile), donde tuvieron una población de 105 preescolares (54 niños y 51 niñas), donde las variables evaluadas fueron: edad, genero, previsión social, tipo de arcada afectada e índice Ceo-d. Dando como resultado una alta prevalencia de pérdida prematura de molares temporales asociada a la presencia de caries dental en molares afectados, siendo las molares inferiores las más afectados. 52,9%

presentaron una sola pérdida prematura, el diente perdido con mayor frecuencia es el 7.4 (22,6%), 7.5 (19,4%) y 8.4 (19,4%), Las piezas menos afectadas fueron la 5.5 (0,0%) y la 6.5 (3,2%).¹⁵

Matamala C. (2016), realizó un estudio para determinar la prevalencia y factores de riesgo relacionados con pérdidas prematuras de dientes temporales en escolares de 4 a 7 años, El universo fue 135 niños, donde encontró una prevalencia de pérdida prematura de 18,5%, de las cuales 72,5% fueron consideradas como severas. La caries es el factor de riesgo que se encontró con mayor frecuencia, seguido de exodoncias por falta de espacio y finalmente traumatismos. La pieza más afectada fue la 8.4, seguido de la 7.4. A medida que aumenta la edad, se incrementan los niños afectados. No encontró diferencia significativa entre ambos sexos.¹⁶

Palaquibay S. (2017), realizó su estudio para determinar la prevalencia de la pérdida prematura de piezas temporales en niños atendidos en la clínica de la UDLA. El estudio fue descriptivo, retrospectivo y transversal, mediante la revisión de historias clínicas de niños y niñas que asistieron a la Clínica de la Facultad de la Universidad de las Américas (Chile). Se obtuvo una muestra de 36 historias clínicas que cumplieron con los requisitos de inclusión y exclusión. Las variables utilizadas fueron prevalencia de pérdida prematura, sexo, edad y causa. El estudio reflejó que el género femenino presentó mayor una mayor predisposición de pérdida prematura siendo un 52,77%, mientras que el género masculino con un 47,22%. Relacionaron el género con la edad; del cual en relación al género femenino en la edad de 8 años, se presentó mayor pérdida prematura con un

32% y en el género masculino la edad más afectada fue a los 7 años con 29% de toda la muestra. En las piezas identificadas con pérdida prematura se evidenciaron que la pieza con mayor prevalencia es la 5.5 (20%) y la menos afectada es la 5.4 (2%), entre las causas principales de pérdida prematura la más prevalente fue por caries dental con un 61%, siendo el factor etiológico más predisponente. El autor concluye que las piezas temporales más afectadas son las molares temporales superiores, el género más afectado es el femenino y la caries dental fue la causa principal de pérdida prematura.¹⁷

Núñez F. (2017), efectuó una investigación buscando determinar la prevalencia de pérdida prematura de dientes deciduos en niños de 5 a 8 años. El estudio fue enfoque cuantitativo, descriptivo de corte transversal, observacional, univariado, prospectivo y de método científico deductivo, su muestra constituida por 102 escolares de la Institución Educativa Isabel Lynch de Rubio en Chachapoyas (Perú). La tasa de prevalencia de pérdida prematura de dientes primarios es alta en el género femenino a comparación del género masculino. Las piezas más predominantes perdidas prematuramente con una alta tasa fueron las 74 y 84, seguido por las 54 y 64.¹⁸

Zúñiga S. (2017), realizó su investigación para conocer la prevalencia prematura de dientes temporales en niños de 3-9 años en la clínica UCSG. Se seleccionaron de manera aleatoria 114 pacientes entre los 3 y 9 años que presentaran pérdida prematura de algún diente temporal o cuyo tratamiento haya sido extracción. La prevalencia de pérdida prematura de dientes temporales es

del 20%, en cuanto a la edad se encontró mayor porcentaje de pérdida prematura (50%), en la que el género masculino presentó el mayor porcentaje de pérdida prematura (51%). En conclusión, el autor encontró que la pérdida prematura es del 20%, el rango de edades que presentó mayor frecuencia es entre los 8 y 9 años, siendo el diente más afectado la 8.4 con un (17%), seguido del 7.4 (13%).¹⁹

Andronic A. (2017), realizó su estudio con el objetivo de evaluar la prevalencia de pérdida temprana de dientes temporales y sus particularidades en un grupo seleccionado de escolares en la ciudad de Sibiu, Rumania. Se seleccionaron un total de 300 niños (150 niños, 150 niñas), de entre 6 y 10 años de edad. En las conclusiones; la prevalencia de pérdida prematura de dientes temporales registró el mayor porcentaje (48%). Según la edad, la mayor prevalencia se registró a los 10 años (33,3%), seguida de 7 años (25%) y 9 años (22,9%) años. Los molares primarios fueron más comúnmente afectados por la pérdida temprana, seguidos por los caninos primarios superiores (18.46%) y el primer molar primario alto.²⁰

2.1.1 Antecedentes nacionales

Idrogo Y. (2014), el propósito de su trabajo fue determinar la prevalencia de pérdida prematura de dientes deciduos en escolares del distrito de Salaverry. El estudio de corte transversal, descriptivo y observacional. Con una población de 554 escolares, donde se encontró una pérdida de 656 piezas dentarias deciduas en 253 escolares, el cual representa el 44.2% de la población. Según la edad se determinó que a los 9 años se da la mayor prevalencia de pérdida prematura

dental decidua; y en cuanto al sexo, la pérdida predominó en el sexo femenino. Los resultados obtenidos permitieron concluir que existe una prevalencia de 6.4% de pérdida prematura de dientes deciduos, y la pieza dentaria con mayor prevalencia de pérdida prematura fue la pieza 7.5.²¹

Huamán L. (2014), realizó un estudio para determinar la frecuencia de pérdida prematura de dientes deciduos en niños de 3-9 años de edad en el Instituto Nacional de Salud del Niño, el diseño de estudio fue tipo descriptivo, prospectivo y transversal en una población de 70 pacientes del área de odontología, teniendo como muestra 270 dientes deciduos, En sus resultados se observó que un 84,8% de dientes fueron extraídos antes de su exfoliación normal, mientras que el 15,2% se les realizó exodoncias a tiempo. La pulpitis irreversible es la principal causa de exodoncias prematuras con un 24,9%. El mayor porcentaje de exodoncias prematura fueron en niños de 4 años de edad en un 54,6%. El diente deciduo con mayor porcentaje de exodoncias fue el 7.4 con un 14%. La mayor cantidad de exodoncias se dio en el género masculino en un 59,0% (135 dientes) a diferencia del género femenino con 41,0% (94 dientes). El autor concluye que la mayor cantidad de exodoncias de dientes deciduos ocurrió cuando sus respectivos dientes sucesores se encontraban en el Estadio Nolla 5 (34,1%). Las primeras molares son los dientes que se pierden en mayor cantidad de manera prematura.²²

Gonzales P. (2015), en su estudio evaluó el nivel de conocimiento de los padres de familia de los alumnos de la I.E. 40081 Miguel Cesar Augusto Mazeyra

Acosta. Teniendo un abordaje cuantitativo, el diseño de investigación es tipo observacional, prospectivo, transversal y descriptivo. Realizó un estudio en 168 estudiantes, obteniendo como resultado la prevalencia de la pérdida prematura de dientes deciduos en dichos escolares es baja (27,3%), siendo la principal causa la caries dental en un 93,3%, seguida del traumatismo con un 6,7% y en cuanto al nivel de conocimiento de los padres de los alumnos que presentaron pérdida prematura es deficiente (86,7%), regular (13,3%), mientras que los padres de los alumnos que no presentaron pérdida prematura fue deficiente (50%), regular (41,3%), bueno (7,5%) y muy bueno (1,3%). Por último, encontró que existe significativa relación entre los alumnos que presentaron pérdida prematura de dientes temporales (30%) con el conocimiento de los padres sobre el tema (86,7% deficiente).²³

Cupe A. (2015), realizó su estudio en cuanto a los conocimientos de los padres de familia sobre salud bucal de niños preescolares que asisten a instituciones Educativas Iniciales en zonas urbano marginales de la provincia de lima, su metodología de estudio es observacional, prospectivo, descriptivo y transversal. La principal técnica de recolección de datos fue la encuesta, mediante un cuestionario estructurado. La obtención de su validez del contenido lo obtuvo mediante la prueba estadística V de Aiken; la reproducibilidad calculada con el CCI en una muestra de 30 madres y/o padres de familia, para la validez de constructo se analizaron las respuestas del cuestionario de 312 padres y/o madres de familia con el análisis factorial. Finalmente evaluó su confiabilidad de los resultados obtenidos con la prueba estadística Alfa de Cronbach. Dentro de

los resultados se pudo observar que se obtuvo una validez de contenido de 0.95, reproducibilidad de 0.89, validez de constructo el resultado menor de 0.36 en el ítem de amamantamiento nocturno y el más elevado 0.77 en el ítem de lactancia materna y finalmente la confiabilidad de 0.64. En conclusión, el instrumento es seguro y confiable en la medición de los conocimientos sobre salud bucal en los padres de familia de niños que asisten al nivel inicial.²⁴

De la Cruz. (2016), su investigación lo realizó para determinar la pérdida prematura de dientes deciduos con el ingreso económico mensual en dos instituciones educativas, privada y otra estatal en Huancayo, su metodología es de tipo transversal comparativo y correlacional cuyo objetivo consistía en determinar la asociación estadística significativa que existe entre la pérdida prematura de dientes deciduos con el ingreso económico mensual en dos instituciones educativas, obteniendo como resultado que si existe asociación ($p=0.001$), que existe diferencia significativa de pérdida prematura de dientes entre una institución educativa estatal ($p=0.013$), a comparación de una institución particular ($p=0.838$), en cuanto al sexo no encontró diferencias significativas. El autor concluye que la pérdida prematura si está asociada al ingreso económico mensual teniendo esta una correlación baja $r_o=0.248$.²⁵

Santos CH. (2016), realizó su estudio para determinar la frecuencia de pérdida prematura de dientes primarios en pacientes de 4 a 8 años de edad atendidos en la Clínica Especializada PNP Angamos, su metodología de estudio es descriptivo, retrospectivo, observacional de corte transversal, la población fue de

1300 pacientes con una muestra calculada de 573 historias clínicas de pacientes. En los resultados se encontró que, de las 573 historias clínicas de pacientes pediátricos evaluadas, el 44,5 % presenta ausencia de al menos un diente. Dentro de las piezas consideradas en el estudio, los caninos presentaron pérdida en un 8.4%, los primeros molares en un 17,8% y los segundos molares en un 19,0%. Según el sexo, las mujeres fueron las que perdieron más piezas con un 24%. Según la edad, los niños de 8 años presentaron mayor pérdida. El autor concluye que casi la mitad del total de muestra presentó pérdida prematura de dientes primarios.²⁶

Mendoza D. (2016), realizó su investigación para conocer la pérdida prematura de dientes deciduos asociada al ingreso económico mensual en una institución educativa inicial privada y una institución educativa estatal en Huancayo, los cuales fueron considerados dos instituciones como la Institución educativa particular “El Horizonte” y la institución educativa N°430 “Rosa de los Ángeles”, en sus resultados encontró que si existe asociación significativa entre pérdida prematura de dientes deciduos y el ingreso económico mensual ($p= 0.001$), así también determinó que existe diferencia significativa de pérdida prematura de dientes entre una institución educativa estatal ($p= 0.013$), mas no sucede lo mismo en una institución particular ($p= 0.838$), esto debido a los estratos socioeconómicos e ingresos mensuales los cuales fueron categorizados en el estudio, así también se encontró que según el sexo no existe diferencia significativa en ambas instituciones educativas, concluyendo el autor que la

pérdida prematura de dientes deciduos si está asociada al ingreso económico mensual teniendo esta una correlación baja $r = 0.248$.²⁷

Ponce H. (2017), realizó su investigación para determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres y la pérdida prematura de dientes deciduos por caries dental”, en niños 3 a 8 años. El diseño de investigación correlacional, transversal. La muestra es no probabilística; estuvo conformada por 64 padres del IEP. En cuanto a la correlación se concluye que el nivel de conocimiento de los padres y la pérdida prematura de dientes deciduos por caries obtuvo p-valor de 0,000 el mismo que es menor a 0,05 por lo cual se afirma que “Existe una relación positiva entre el nivel de conocimiento de los padres y la pérdida prematura de dientes deciduos por caries dental”.²⁸

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Dentición primaria

La dentición primaria, conocida como dentición decidua, temporal o dientes de leche, se encuentra compuesta por 20 piezas dentarias y consta de: Un incisivo central, un incisivo lateral, un canino, una primera molar y una segunda molar, con fines descriptivos es dividida en cuatro cuadrantes, se distribuyen 10 superiores o maxilares y 10 inferiores mandibulares, sin presencia de premolares, cinco en cada hemiarcada o cuadrante respectivamente.²⁹

En cuanto a su morfología, la dentición temporal es de menor tamaño, más corta y de un tono más claro a comparación de la dentición permanente, el foramen

apical ubicado en la raíz dentaria es de mayor diámetro, explicando el alto grado de incidencias de reacciones inflamatorias presentes en esta dentición. La dentición primaria cumple importantes funciones en la cavidad oral: Masticatoria, estética, psicológica, fonética, mantener el espacio para la erupción de las piezas sucedáneas (dentición permanente) y facilita el crecimiento de los maxilares.²⁹

2.2.2 Erupción dentaria

La erupción dental es definida como el proceso en el cual los dientes hacen su aparición en la cavidad bucal, se inicia desde la formación del germen dentario y dinámico cuando el diente se abre paso a través de la mucosa bucal con un movimiento lento al comienzo en dirección axial desde su posición original en el maxilar para entrar en contacto con su antagonista aumentando su velocidad para de esta manera llegar a su posición funcional y finalmente es donde cesa el movimiento eruptivo. Los dientes en general erupcionan primero en la mandíbula, siendo simétrico en ambos maxilares.³⁰

El proceso de erupción dentaria puede verse afectado por causas sistémicas y/o locales, algunos factores que pueden influir son: La raza, la genética, el sexo, entre otros.³⁰

2.2.2.1 Fases de la erupción dentaria

La erupción y desarrollo dentario se rige por patrones y movimientos fisiológicos similares en toda la dentición, pero ocurre en un ritmo distinto por cada diente. Por lo tanto, el proceso eruptivo se divide en 3 fases o etapas:

- Etapa pre-eruptiva

En esta fase se describe los movimientos del diente en desarrollo y crecimiento previo al inicio de la formación radicular.

Durante este periodo el germen dentario se moviliza realizando movimientos corporales y crecimientos excéntricos, con remodelación ósea de la cripta en el hueso de los maxilares que se encuentran creciendo en largo, ancho y en altura.³¹

- Etapa eruptiva pre-funcional

En esta etapa la raíz dental empieza con su desarrollo desde la emergencia de la corona dentaria llegando a contactar con su antagonista finalizando su proceso de formación tiempo después que el diente ha empezado sus funciones en la cavidad oral.

- Etapa post-eruptiva (funcional)

Una vez que el diente alcanza el plano de oclusión en contacto con su antagonista dándose inicio a la función masticatoria. Esta fase dura todo el tiempo que el diente temporal se encuentre en boca hasta su exfoliación, ya que la función masticatoria produce una abrasión en las caras oclusales y puntos de contacto entre los dientes.³²

2.2.2.2 Cronología de erupción primaria

Según los diferentes métodos estadísticos, se dispone de 3 fuentes de datos acerca de la formación de los dientes: edad de inicio de la cronología dental, basada en la erupción del diente, edad de predicción cronológica (etapa determinada del desarrollo), y las escalas de valoración de la madurez.

Es fundamental conocer la secuencia de erupción de la dentición temporal para realizar mediciones precisas de la relación oclusal de ambas arcadas y conocer

a que edad estas mediciones podrían ser medidas. La emergencia de la dentición temporal tiene lugar entre el sexto y decimotercer mes del nacimiento, comenzando con la clasificación inicial del incisivo central hasta la formación completa de la raíz de la segunda molar y tarda en completarse entre 2 a 3 años.³³

2.2.3 Pérdida prematura de dientes primarios

Se define así cuando los dientes primarios son removidos, extraídos o exfolian antes de su momento fisiológico de recambio.

Perdida prematura: pérdida temprana de los dientes primarios que puede llegar a comprometer el mantenimiento natural del perímetro o longitud de la arcada dentaria y por lo tanto la erupción del diente sucedáneo.³⁴

Pérdida temprana: Es la pérdida de dientes temporales antes del tiempo esperado, sin comprometer el mantenimiento natural de la longitud o perímetro del arco.³⁴

Pérdida prematura de incisivos primarios: En esta zona no es necesario mantener el espacio debido a que la pérdida de longitud del arco es mínima. Sin embargo, es necesario examinar el tipo de oclusión del paciente, la cantidad de espacio presente y el desarrollo de hábitos linguales. Posteriormente es importante la colocación de aparatología protésica, por estética y funcionalidad.³⁵

Pérdida Prematura de Caninos Primarios: Si los caninos presentan una oclusión normal; estos mantienen, por su intercuspidación la distancia y el ancho intercanino, de tal manera que aunque los incisivos realicen movimientos hacia el espacio creado, esto no representa pérdida del espacio disponible para los

incisivos sucesores. En la mayoría de los casos, los caninos temporales son retirados antes de tiempo por falta de espacio en ambas arcadas tratando de proporcionar mayor espacio para los incisivos permanentes presentes en la cavidad oral.³⁵

Pérdida prematura del primer molar primario

Es menos significativa, sobre todo si el primer molar permanente ya se encuentra en la cavidad oral. El problema se da cuando el primer molar se encuentra en proceso eruptivo y existe ausencia de los molares primarios, debido a que la fuerza y trayectoria de erupción del molar permanente provocará la mesialización del segundo molar primario y por ende ocupación del espacio del primer molar primario perdido prematuramente.^{35,36}

Pérdida prematura del segundo molar primario

Es importante conservar siempre las segundas molares primarias, ya que una vez erupcionado el primer molar permanente se evitará tener que recuperar espacio y solo será necesario el mantenimiento del espacio dejado por la segunda molar primario.³⁶

Autores como Barbería y Job, mencionan que la falta de los segundos molares deciduos aumenta la pérdida de la longitud del arco.

El espacio ocupado por las molares primarias experimenta variaciones si se pierden uno u otro, o ambos. La pérdida se presenta en un aproximado de 1 o 2 milímetros por año, sobretodo en la maxila a diferencia de la mandíbula.^{35,36}

2.2.3.1 Etiología de la pérdida prematura de dientes primarios

Existen diversas razones por las cuales se puede perder un diente primario antes de tiempo, las causas más comunes son: la caries dental, traumatismos dento-

alveolares, problemas periodontales, alteraciones congénitas, reabsorciones radicales atípicas, iatrogenias realizadas durante el procedimiento odontológico.³⁵

2.2.3.2 Caries dental

Epidemiología

Entre el 5 y 10% de niños en edad preescolar presentan una forma de caries de aparición temprana; este porcentaje se eleva al 20% en familias de bajos recursos económicos. En el Perú, la alta prevalencia en niños y adolescentes es evidenciada por los escasos recursos públicos destinados para la salud bucal. En infantes, cada vez a más temprana edad se evidencian lesiones que afectan al esmalte y dentina, y lesiones amplias.³⁷

La prevalencia Nacional de caries dental en el Perú en los escolares de 6 a 8; 10 a 12 y 15 años fue de 90.4% (IC95%: 87,6% - 93,2%); 9 de cada 10 niños de los escolares examinados padecen de caries dental. Según el tipo de dentición, la prevalencia de caries en la dentición temporal fue 60,5% (IC95%: 57,6% - 63,5%) Y en la dentición permanente 60,6% (IC 95%: 56,2 - 65,1%).³⁷

Etiología

Es una enfermedad infecto-contagiosa, crónica y multifactorial, la más prevalente en el mundo. Para que esta ocurra debe existir un proceso dinámico de desequilibrio iónico en el proceso de desmineralización y remineralización sobre los tejidos duros del órgano dental. Dando inicio a la desmineralización del esmalte, como consecuencia de la metabolización de sacarosa realizada por los microorganismos, formando ácidos que debilitan los tejidos del diente.³⁸

En el desarrollo de la caries dental se considera una triada de factores primarios indispensables, donde los carbohidratos de la dieta (sustrato), bacterias de la placa dental (microorganismos) y la susceptibilidad de los dientes (husped). Además de estos factores, deberá tenerse en cuenta uno más, el tiempo. Para que se forme la caries dental es necesario que las condiciones de cada factor sean favorables; es decir, un huésped susceptible, una flora oral cariogénica y un sustrato apropiado que deberá estar presente durante un período determinado de tiempo, y también se documentó que la edad es de importancia en la etiología de la caries.³⁹

Los dientes más susceptibles frente a la caries dental son los molares por la anatomía que presentan y la secuencia de ataque en los dientes temporales por esta lesión sigue el siguiente patrón: Molares inferiores, molares superiores, dientes anterosuperiores.³⁹

Progresión de la Lesión Cariosa

Lesión en Esmalte: Aparece cuando el pH salival baja por acción del metabolismo bacteriano hasta un nivel de 5.5 (PH crítico), rompiendo el equilibrio DES/RE a favor de la desmineralización, produciendo pérdida de esmalte cuya primera manifestación clínicamente visible se denomina “mancha blanca”.³⁹

Lesión en Dentina: La magnitud de avance de la lesión cariosa depende del equilibrio entre el proceso destructivo y los procesos defensivos. El proceso de desmineralización es determinado por la actividad metabólica de las bacterias, luego se produce la destrucción de la matriz orgánica. Al invadir las bacterias de forma generalizada, la progresión de lesión dentinaria aumenta su velocidad

evidenciándose superficialmente hacia la profundidad en 3 zonas: Zona de invasión bacteriana, zona de decoloración y zona de reblandecimiento.⁴⁰

Patología Pulpar: No es posible diagnosticar histológicamente el estado de la pulpa dentaria sin antes extraerla para examinarla, debido a ello se desarrolló el siguiente sistema de clasificación, el sistema se basa en los síntomas manifestados por el paciente y los resultados obtenidos al realizar las pruebas clínicas. El término pulpa vital, se refiere a un estado clínico y funcionalmente normal.⁴⁰

Pulpitis reversible: Es un estado de la pulpa que conserva su vitalidad, caracterizado por la presencia de fenómenos vasculares manteniéndose dentro de los límites fisiológicos. Se produce un dolor provocado por agentes externos, es de naturaleza aguda, punzante y desaparece con el retiro del estímulo teniendo la suficiente capacidad reparadora con la eliminación de la causa.⁴⁰

Pulpitis Irreversible: Puede ser aguda (causado por procedimientos odontológicos incorrectos) se presenta un dolor agudo, pulsátil o punzante diferenciar de los estados reversibles por ser más severo y permanecer después del retiro del agente irritativo; sub aguda (exacerbación leve de una pulpitis crónica) o crónica, siendo de larga duración, el dolor es sordo, tolerable, intermitente, espontáneo, controlable por el propio paciente; sin embargo si las condiciones cambian el estado crónico puede agudizarse (Pulpitis crónica reagudizada).⁴¹

Necrosis Pulpar: Se produce muerte pulpar con pérdida de estructura como consecuencia final por el avance del proceso patológico donde la pulpa no puede regenerarse y reintegrarse a la normalidad.⁴¹

Necrosis Aséptica: De origen traumática donde no existe la participación de microorganismos, producida por la ruptura del paquete vasculonervioso a nivel apical, llevando a la muerte el tejido pulpar por falta de irrigación y nutrición.³⁸

Necrosis Séptica: Muerte pulpar de origen bacteriano, en su gran mayoría derivada de una lesión cariosa, también puede producirse a consecuencia de una pulpitis crónica no tratada.⁴¹

2.2.3.3 Traumatismos dento-alveolares

Epidemiología

La mayor frecuencia de traumatismos dento-alveolares se presenta se presentan en la dentición primaria en infantes de 1-3 de edad (pico máximo entre 1.5 – 2.5 años). Se podría decir que aproximadamente el 30% de niños presenta por lo menos algún tipo de injuria en la dentición primaria. Se evidencian mayores casos en niños que en niñas, siendo el doble en algunos casos y hasta el triple. Se puede decir que en general que los dientes afectados son uno o dos, sin embargo los accidentes automovilísticos producen lesiones múltiples. A una edad muy temprana constituyen, después de la caries dental, la segunda causa de pérdida prematura de dientes temporales y la razón más frecuente de motivo de consulta.⁴²

Etiología

Los traumatismos dento-alveolares son lesiones que afectan a los dientes, y los tejidos de sostén debido a caídas cuando el infante en sus primeros años de edad empieza a movilizarse y dar sus primeros pasos, juegos bruscos o impactos de juego en edad preescolar, una causa muy frecuente es cuando los niños

juegan paseando bicicleta, adolescentes expuestos por prácticas deportivas de grupo o de contacto, accidentes de tránsito, pacientes con retardo mental y parálisis cerebral expuestos a accidentes frecuentes debido a su falta de coordinación motora; produciendo fracturas, causando la pérdida de la integridad del diente y el desplazamiento total o parcial de su posición anatómica.⁴³

Clasificación de los Traumatismos (Adreanssen)

Esta clasificación tiene la ventaja que se puede aplicar tanto en dentición primaria como permanente, se refiere a lesiones de los tejidos dentales (duros y pulpa), tejidos periodontales, lesiones de hueso de soporte y tejido blandos (encía y mucosa bucal).⁴⁴

La adaptación de Adreanssen incluye los siguientes grupos:

Lesiones de tejidos dentarios (duros y pulpa)

- a. Fractura incompleta de esmalte (infracción), Fisura de esmalte sin pérdida de sustancia dentaria, se presenta como líneas verticales, horizontales o divergentes según la dirección o localización del trauma.⁴⁴
- b. Fractura de corona, dentro de ella se tiene a la Fractura no complicada de corona (afecta esmalte solamente o que afecta tanto al esmalte como a la dentina, sin exponer la pulpa) y la Fractura complicada de corona (afecta esmalte, dentina y pulpa).
- c. Fractura de corona y raíz, se subdivide en Fractura no complicada de corona y raíz (afecta al esmalte, a la dentina, al cemento, pero no expone la pulpa) y Fractura complicada de corona y raíz (afecta esmalte, dentina, cemento y expone la pulpa).⁴⁴

- d. Fractura de raíz, que afecta dentina, cemento y pulpa. Por su localización se distinguen: del tercio gingival, medio o apical. Según la dirección de la línea de fractura en: horizontales, verticales u oblicuas.⁴⁴

Lesiones de los Tejidos Periodontales

- a. Concusión. Lesión de las estructuras de sostén del diente sin movilidad anormal ni desplazamiento dentario, pero con injuria periodontal.
- b. Subluxación. Lesión de las estructuras de sostén del diente con movilidad anormal, pero sin desplazamiento del diente.⁴⁵
- c. Luxación, lo subdivide en: Luxación intrusiva (Desplazamiento axial del diente hacia el interior del alveolo, presenta fracturas conminutas de la cortical alveolar). Luxación extrusiva (Desplazamiento axial del diente hacia el exterior del hueso alveolar) y Luxación lateral (Puede presentar un desplazamiento mesio-distal del diente o hacia vestibular o palatino).
- d. Exarticulación. Avulsión o desplazamiento completa del órgano dentario fuera de su alveolo.⁴⁶

Lesiones del Hueso de Sostén

- a. Conminución de la cavidad alveolar. Aplastamiento de la cavidad alveolar como consecuencia de una fuerza recibida en el diente, frecuentemente se presenta junto a una luxación lateral o intrusiva.
- b. Fractura de la pared alveolar. Se limita a la pared vestibular, lingual o palatina del alveolo, frecuentemente en casos de luxación lateral o exarticulación.
- c. Fractura del proceso alveolar. Fractura ósea que afecta solo al proceso alveolar con o sin implicación del alvéolo.

- d. Fractura de la mandíbula o del maxilar superior. Llamada también fractura maxilar, con o sin implicación del alvéolo.⁴⁷

Lesiones de los tejidos blandos (encía y mucosa oral)

- a. Laceración. Provocada por objetos agudos o cortantes, produciendo una abertura profunda en los márgenes de la herida
- b. Abrasión. Se produce cuando el tejido blando es friccionado por un cuerpo duro produciendo desgarro de la mucosa dejando una superficie áspera y sangrante.⁴⁷
- c. Contusión. Es producida por el impacto violento de un objeto no cortante causando hemorragia submucosa.⁴⁷

2.2.4 Consecuencias de pérdida prematura de la dentición Primaria

La pérdida temprana de piezas dentales temporarias puede ocasionar alteración en la maduración neuromotora de la función masticatoria, alterar la secuencia de erupción y la cronología de la dentición permanente, la aparición de hábitos bucales puede tener relación perjudicial, se puede presentar disminución en el perímetro de la arcada dentaria y producir trastornos en la fonación o incapacidad de pronunciar ciertas sílabas o letras. Dando paso a la aparición de maloclusiones por presentar migración e inclinación dental adyacente a la zona de pérdida prematura, apiñamientos, diastemas, disminución de espacio necesario para el diente sucesor, impactaciones de los dientes permanentes y desviación de la línea media dental ocasionando asimetrías faciales.⁴⁸

La pérdida temprana de un diente deciduo retrasa la erupción del diente sucedáneo. Mientras que, la pérdida prematura de una primera molar temporal en una etapa tardía acelera el proceso de erupción del diente a brotar y hace innecesaria la conservación del espacio.⁴⁸

La extracción prematura de dientes temporales por caries dental puede producir maloclusiones a menos que se utilice un mantenedor de espacio, por tal motivo previo a la realización de un procedimiento de exodoncia de dientes temporales por caries dental, es indispensable realizar un estudio minucioso de la longitud de arco para determinar si el paciente requiere el uso un mantenedor de espacio.⁴⁹

Dependiendo de los casos que se presenten, se toma la decisión de realizar la exodoncia de un diente temporal antes de su tiempo de exfoliación, entre ellos tenemos:⁵⁰

1. Cuando su grado de destrucción sea grave y no existe la posibilidad de restaurarlo.
2. Presencia de infecciones en la zona radicular o periapical donde los tratamientos de pulpotomía o pulpectomía tengan un pronóstico desfavorable.
3. Presencia de absceso dentoalveolar agudo con celulitis.
4. Cuando los dientes temporales interfieren o dificultan la erupción normal de los permanentes sucedáneos.

5. Piezas dentarias sumergidas que presentan anquilosis lo cual impide la rizólisis de la pieza temporal y por ende alterará la erupción del diente permanente.
6. En el caso que el paciente se encuentre recibiendo terapia de radiación para tumor maligno, las exodoncias en la mandíbula o tejido circundante son indicadas, para evitar un futuro riesgo de infección de la zona.

2.2.5 Nivel de conocimientos de los padres

El conocimiento puede ser interpretado por cualquier mente humana razonable, se define como la acumulación de datos dentro del contexto de la vida de la persona, orientada a objetivos de prevención y salud. Es por ello que involucramos a la odontología hacia los padres de familia con la finalidad de que ellos adquieran los conocimientos necesarios sobre salud bucal, ya que la persona pasa a tener un rol activo, de aprender a cómo cuidar su boca.⁵¹

En la actualidad el conocimiento va aumentando diariamente a través de la información adquirida y la modificación en muchos sentidos en que se desarrollan las actividades; si bien es cierto la odontología no se mantiene al margen ya que una buena parte del efecto ambiental como la higiene y la dieta provocan leves cambios en la cavidad bucal. La población vive en una sociedad donde el nivel socioeconómico; los hábitos de alimentación y calidad de vida han influenciado en el desarrollo de las personas.⁵¹

Según lo define Saddki “el conocimiento sobre salud oral que adquiere los padres de familia durante su vida, es la piedra angular para el desarrollo de hábitos saludables y constituye una estrategia que permite promocionar actitudes saludables a su entorno familiar”.⁵²

El Colegio Odontológico del Perú define el conocimiento sobre salud bucal de los padres de familia como la creencia errónea que los “dientes de leche”, no son importantes, lo que lleva a los niños a que no sean atendidos oportunamente, aumentando con ello el riesgo de adquirir enfermedades orales, que podrían haber sido prevenidas mediante la adquisición de conductas saludables.⁵³

Bunge define el conocimiento “como el conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vago e inexacto”; considera que “; el conocimiento vulgares vago e inexacto limitado por la observación y el conocimiento científico es racional, analítico, sistemático, verificable a través de la experiencia”.⁵⁴

2.2.5.1 Conocimientos en salud

Los conocimientos en la salud se determinan como la información a la que tiene acceso la población y que constituye la base cognitiva para la toma de decisiones en relación con la salud, las conductas orientadas hacia la salud y las conductas de riesgo; de esta información importa tanto la cantidad como la calidad de conocimiento.⁵⁵

Hoy en día la gran parte de la educación para la salud centra su atención en ampliar los conocimientos sobre las conductas saludables y las de riesgo, con la creencia que esta información provoca un cambio de actitud y a la larga disminuyen el riesgo de enfermedad y aumenta los niveles de salud.⁵⁵

Es por eso que los conocimientos y las prácticas de los individuos son apenas una parte de todos aquellos factores o procesos que comprueban el estado de salud individual y colectivo; trabajando integralmente por los políticos, sociales y culturales, se alcanzarán los niveles de salud y bienestar deseados.⁵⁵

2.3. Definición de términos básicos

Pérdida prematura: dientes primarios son removidos, extraídos o exfolian antes de su momento fisiológico de recambio.³³

Conocimiento: Conjunto de información almacenada mediante la experiencia y el aprendizaje. Los conocimientos provienen de diferentes mecanismos con los que las personas hacen contacto en todas las etapas de su vida.⁵⁰

Alveolo dentario: “Cavidad en el proceso alveolar del maxilar en la que se fija la raíz de un diente”.⁴¹

Antagonista: “Diente de un maxilar que durante la oclusión se articula con el otro diente del otro maxilar”.³¹

Arco: Curvatura del reborde maxilar y mandibular, ambos forman un arco en forma de herradura.³²

Erupción dental: “Proceso por el cual los dientes en desarrollo surgen a través de los tejidos blandos de los maxilares y la mucosa que los recubre para entrar

en la cavidad oral, entrar en contacto con los dientes de la arcada antagonista, y funcionar durante la masticación”.³²

Exfoliación: “Pérdida fisiológica de la dentición primaria (temporal). También se denomina desprendimiento”.³³

Exodoncia: “Extirpación de uno o más dientes de la cavidad oral mediante el uso de elevadores y/o fórceps”³⁶

Foramen apical: “Es la apertura al final de la raíz del diente a través del cual el diente recibe su nervio y el suministro sanguíneo”.⁴¹

Germen dental: “Es el indicio más precoz de un diente. Incluye saco dental, papila dental y órgano del esmalte”.⁴¹

Mesial: “Es la superficie del diente más cercana a la línea media de la arcada dentaria”.⁴¹

Molar: “Dientes posteriores a los premolares (bicúspides) a ambos lados de los maxilares, dientes para triturar que tienen amplias coronas y anchas superficies masticatorias”.⁴²

Oclusal: “Pertenece o relativo a las superficies masticatorias de premolares y molares o las superficies de contacto de dientes o cantos opuestos de la oclusión”.⁴⁶

Salud bucal: Es la ausencia del dolor orofacial; de enfermedades periodontales; caries dental y pérdida de dientes para mantener el sistema estomatognático en equilibrio.⁵⁵

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Formulación de la hipótesis principal y derivadas

3.1.1 Hipótesis principal

La pérdida prematura en dentición primaria de los niños se relaciona con el conocimiento sobre salud bucal de los padres en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas.

3.1.2 Hipótesis derivadas

H1: La frecuencia de pérdida prematura en dientes primarios se relaciona con la edad de los niños en la Universidad Alas Peruanas.

H2: La frecuencia de pérdida prematura en dientes primarios por caries dental en niños se relaciona con el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres en la Universidad Alas Peruanas.

H3: La frecuencia de pérdida prematura en dientes primarios por traumatismos en niños se relaciona con el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres en la Universidad Alas Peruanas.

H4: La pieza dentaria más afectada por pérdida prematura de dientes primarios en niños se relaciona con el género en la Universidad Alas Peruanas.

H5: El nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de familia se relaciona con su edad en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas.

3.2 Variables: definición conceptual y operacional

3.2.1 Variable dependiente

Pérdida Prematura de dientes primarios (VD): Pérdida temprana de los dientes primarios antes de su tiempo de exfoliación que puede llegar a comprometer el mantenimiento natural del perímetro o longitud de arco y por ende la erupción del diente sucedáneo.³³

3.2.2 Variable independiente

Conocimiento de salud bucal (VI): Conocimientos que sus responsables tienen sobre la etiología y prevención de salud bucal.⁵⁰

3.3 Operacionalización de variables

	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADOR	VALORES	ESCALA
1	(VD) Pérdida prematura dentaria	Pérdida prematura de dientes primarios por caries dental Causa de la pérdida prematura de dientes primarios Pieza dentaria perdida	Ficha de recolección de datos	SI NO Caries Traumatismo Registrar la pieza dentaria	Nominal
2	(VI) Conocimiento de los padres de familia sobre salud bucal	Salud bucal	Encuesta de los padres	Deficiente (0-5) Regular (6-10) Bueno (11-15) Muy bueno (16-20)	Ordinal

	Género	Clasificación de género	Género	Masculino	Nominal
				Femenino	
I N T E R V I N I N T E S	Edad de los niños	Edad en años	Edad (Niño)	5 años 6 años	Razón
	Edad de los padres	Edad en años	Edad (Padre)	22-24 años 25-27 años 28-30 años 31-33 años 34-36 años	Intervalo

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

La investigación es un estudio no experimental, ya que no se altera ni se manipula la variable dependiente e independiente.⁵¹

- **Correlacional:** Pretende responder preguntas de investigación teniendo como propósito dar a conocer la relación existente entre dos variables.⁵¹
- Según el número de mediciones fue **transversal** porque se realizó en un período de tiempo corto, establecido, donde las variables se midieron una sola vez y no hubo seguimiento; se desarrolló en solo momento y en un tiempo único.⁵¹
- En cuanto a la cronología que ocurra el fenómeno; su registro es **prospectivo** ya que la información es registrada a medida que ocurra los hechos programados a observar luego de haber planificado un estudio previamente.

4.2. Diseño muestral

4.2.1 Población

Una población máxima de 140 personas, formada por 70 niños entre 5 a 6 años de edad y 70 padres de familia que acudieron con sus hijos para ser atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la UAP.

4.2.2 Criterio de selección

4.2.2.1 Criterios de inclusión

- Niños que asistieron a la Clínica de Pediatría de la UAP, con rangos de edades de 5 a 6 años.
- Niños y/o niñas que presentaron únicamente dentición primaria mixta.

- Niños y/o niñas acompañados por sus padres de familia y/o apoderado
- Niños y/o niñas que portaban el DNI que figurará en su historia clínica para registrar la fecha de nacimiento en edad y meses.
- Niños y/o niñas con consentimiento informado firmado por el padre y/o apoderado para el examen clínico

4.2.2.2 Criterios de Exclusión

- Niños con enfermedades sistémicas y/o trastornos genéticos.
- Niños que no cumplan con el rango de edad establecido.
- Niños que no asistan a clases.

4.2.3 Muestra

El número muestral se determinó mediante la forma probabilística y el muestreo simple.

$$n = \frac{k^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{(e^2 \cdot (N-1)) + k^2 \cdot p \cdot q}$$

n= 63 es el número mínimo de niños

$$n = \frac{k^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{(e^2 \cdot (N-1)) + k^2 \cdot p \cdot q}$$

n= 63 es el número mínimo de padres y/o tutores

Donde:

N: Es el tamaño de población.

K: Es la constante de nivel de confianza, en este caso 95% equivalente a 1,96.

E: Es el error muestral. En este caso del 4%.

P: Es la proporción que posee la característica del estudio, en este caso 0.5.

q: Es la proporción que no posee la característica del estudio $(1-p) = 0.5$.

n: Es el mínimo muestral.

La fórmula utilizada calculó la cantidad mínima de 126 individuos (63 niños y 63 padres de familia) que fueron considerados en la investigación. 63 niños de 5 a 6 años y 63 padres de familia y/o tutores, que acudieran con sus niños a la clínica estomatológica pediátrica de la UAP en el período de 2018; siguiendo los criterios de inclusión.

4.2.4 Unidad de análisis y observación

La unidad de análisis representada es la pérdida prematura de los dientes primarios medidos por medio de una ficha (odontograma) y el nivel de conocimientos sobre salud bucal de los padres de familia (Cuestionario tipo encuesta).

4.3 Técnicas e instrumento de recolección de datos, validez y confiabilidad

4.3.1 Técnica de recolección de datos

Para la presente investigación se usó la técnica de observación estructurada, el instrumento utilizado fue el odontograma para el registro de pérdida prematura de dientes deciduos en los niños y un cuestionario de conocimiento sobre salud bucal de los padres de familia diseñado para la ejecución de la presente investigación.

4.3.2 Instrumento de recolección

Para la recolección de información de la presente investigación se utilizó un odontograma estandarizado por el MINSA, el cual fue empleado para evaluar a los niños de 5 a 6 años de edad (Anexo 04), que registraron dientes perdidos prematuramente por caries dental y/o traumatismos, en el cual se recolectó primero la información como: Datos generales del padre y/o apoderado (Parentesco y edad), datos generales del niño o niña (edad en años y meses, sexo, distrito), fecha de examen, odontograma de dentición temporal y motivo de pérdida dental; para conocer con exactitud el motivo de pérdida se le preguntó a la madre, padre y/o apoderado.

Por otra parte, se usó un cuestionario validado por Cupé A., (Año 2015). a través de su tesis conocimiento de los padres sobre la salud bucal en niños: Desarrollo y validación de un instrumento, su cuestionario constó de 20 preguntas: Prevención, caries dental, dieta e higiene; con cuatro alternativas de respuesta, el puntaje de calificación era de 0 a 20.²⁴

Asimismo, lo validó su instrumento mediante 4 odontólogos especialistas en odontopediatría, y 3 odontólogos especialistas en metodología de la investigación, la confiabilidad de sus resultados obtenidos con la prueba estadística Alfa de Cronbach es de 0.95%, dando como seguro y confiable en la medición. También obtuvo una reproducibilidad de 0.89, validez del constructo el resultado menor de 0.36.

4.4 Procedimiento de recolección de datos

Se realizó las solicitudes correspondientes (carta de presentación) para obtener la autorización por parte de la Universidad Alas Peruanas firmada por la Dra. Miriam Vásquez Segura; la cual fue presentada a la administradora de clínica CD. Damaris Candelaria Loyola Zegarra para que nos otorgue el permiso a los módulos de Clínica Estomatológica pediátrica I y II; y poder coordinar con los especialistas encargados de cada módulo de clínica pediátrica, quienes nos dieron el permiso para comenzar con la recolección de datos.

Una vez obtenida la autorización; para la ejecución de la recolección de datos, se le informó y explicó el motivo a los estudiantes de preclínica para que nos permitan evaluar a sus pacientes que se encontraban en cada sillón dental, se le explicó a la madre, padre y/o apoderado el motivo de investigación de manera sencilla, una vez explicado los objetivos. Se pidió la autorización (Consentimiento informado) (Anexo 3) para poder evaluarlo a su menor hijo clínicamente.

Posteriormente el padre de familia respondió un cuestionario de conocimiento sobre salud bucal, el tiempo establecido de llenado fue de 5 minutos, para luego pasar a recoger todas las encuestas.

Luego procedió a evaluar a los niños de 5 a 6 años de edad que asistieron a la clínica estomatológica pediátrica con la finalidad de recibir un tratamiento con la asesoría de un especialista a cargo, se contó con las normas de bioseguridad (gorro, mascarilla y guantes).

Se llenó la ficha observando clínicamente la cavidad oral, utilizando la lámpara de la unidad dental, se usó un espejo bucal n°5 para una visión indirecta, en los niños que se detectó pérdida de una o más piezas primarias, se preguntó al padre y/o tutor el motivo de pérdida.

Los padres que no tuvieron conocimientos acerca de los términos utilizados se les mostró unas imágenes de lesiones cariosas (para indicar que la pérdida fue por caries), y de igual manera para el caso de traumatismos para conseguir una respuesta más confiable (Anexo 07); en el presente estudio se consideró pérdida prematura a la pérdida de la pieza dental 1 año antes del tiempo de exfoliación. Se tomó fotografías a los casos evidenciados con la ayuda de una cámara fotográfica de un teléfono celular Smartphone.

4.5 Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información

Los datos obtenidos se vaciaron en el Excel 2018 y luego se importó al software SPSS 24.0 para ser analizados con la estadística descriptiva: Frecuencia, tablas cruzadas(correlacional) con la finalidad de establecer asociaciones entre el factor pérdida prematura de dientes primarios y el conocimiento sobre salud bucal de los padres, y diferencias entre variables empleando el test estadístico según naturaleza de las variables: Paramétrico (regresión-correlación) chi cuadrado Pearson.

4.6 Aspectos éticos

En la presente investigación se tomó las siguientes implicancias éticas según el código de Nuremberg:⁵⁵

- Consentimiento informado, se informó a la población de estudio el motivo de la investigación, explicándoles el procedimiento a realizar.
- La investigación tuvo la finalidad de obtener resultados relevantes para el conocimiento de la sociedad, proporcionándoles un bien en cuanto a conocimientos y medidas preventivas.
- Se tomó las precauciones adecuadas para proteger a la población implicada en la investigación, los niños fueron evaluados respetando las normas de bioseguridad en el momento de la evaluación clínica.

CAPÍTULO V:

ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 Análisis descriptivos, tablas de frecuencia, gráficos

Tabla N°1

Pérdida prematura en dentición primaria asociado al conocimiento sobre salud bucal de los padres de niños atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2018

		Conocimiento sobre salud bucal de los padres				
		Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno	Total
Pérdida prematura	Con pérdida	9 14.3%	11 17.5%	2 3.2%	0 0.0%	22 34.9%
	Sin pérdida	0 0.0%	28 44.4%	12 19.0%	1 1.6%	41 65.1%
Total		9 14.3%	39 61.9%	14 22.2%	1 1.6%	63 100.0%

Fuente propia de investigador

p valor: 0,000

Se muestra la pérdida prematura de dientes primarios en 34,9% (22 niños); donde el 17.5% de los padres presentaron un nivel de conocimiento regular sobre salud bucal; 14,3% un nivel de conocimiento deficiente; y solo un 3,2% un nivel de conocimiento bueno.

Gráfico N°1

Pérdida prematura en dentición primaria asociado al conocimiento sobre salud bucal de los padres de niños atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2018

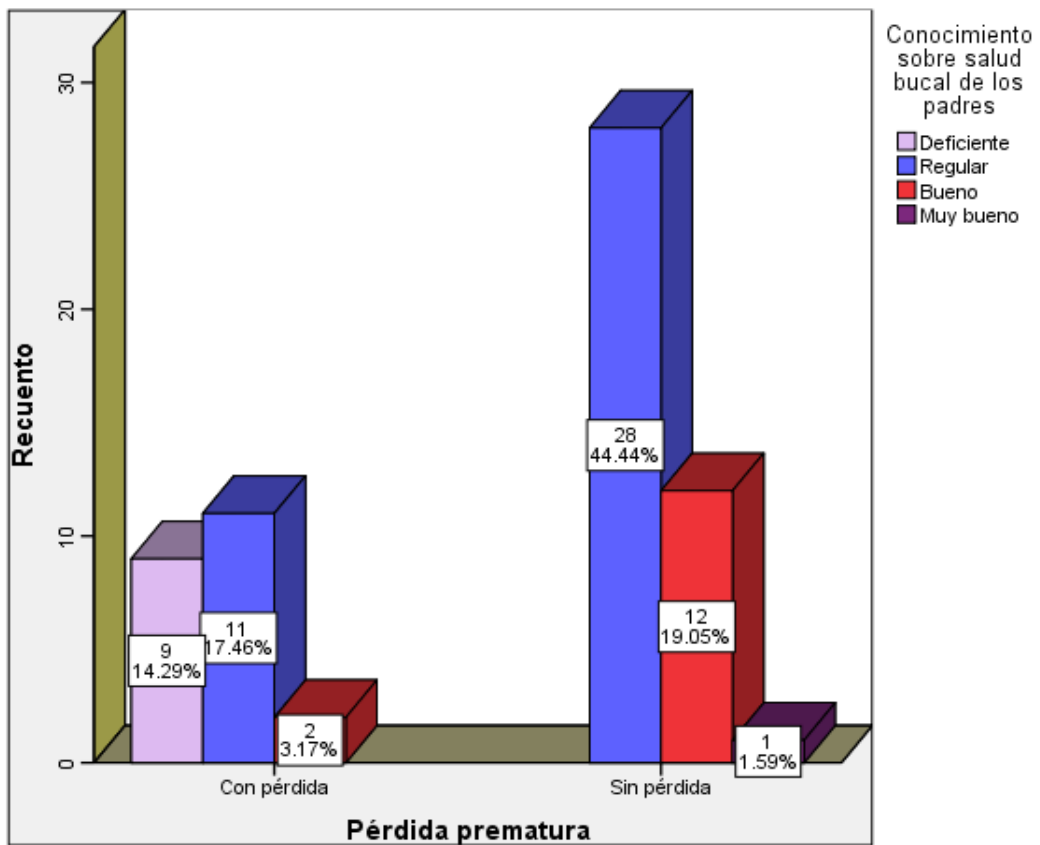


Tabla N°2

Frecuencia de pérdida prematura en dientes primarios relacionados con la edad de los niños en la Universidad Alas Peruanas.

		Edad		
		5 años	6 años	Total
Dientes	Pieza 51	6	5	11
		27.3%	22.7%	50.0%
	Pieza 52	3	2	5
		13.6%	9.1%	22.7%
	Pieza 53	1	1	2
		4.5%	4.5%	9.1%
	Pieza 54	1	2	3
		4.5%	9.1%	13.6%
	Pieza 55	1	0	1
		4.5%	0.0%	4.5%
	Pieza 61	1	2	3
		4.5%	9.1%	13.6%
	Pieza 62	1	0	1
		4.5%	0.0%	4.5%
	Pieza 63	1	0	1
		4.5%	0.0%	4.5%
	Pieza 64	0	1	1
		0.0%	4.5%	4.5%
	Pieza 65	1	0	1
		4.5%	0.0%	4.5%
Pieza 74	1	1	2	
	4.5%	4.5%	9.1%	
Pieza 75	2	0	2	
	9.1%	0.0%	9.1%	
Pieza 84	2	5	7	
	9.1%	22.7%	31.8%	
Pieza 85	1	0	1	
	4.5%	0.0%	4.5%	
Total		10	12	22
		45.5%	54.5%	100.0%

Fuente propia de investigador

Se muestra la pérdida prematura de dientes primarios según la edad; donde se encontró mayor frecuencia de pérdida prematura en los niños de 6 años (54,5%); por lo cual la pieza con mayor pérdida prematura es 5.1 con 22,7% (pérdida de 5 piezas dentarias); seguido de las piezas 8.4 con 22,7% (pérdida de 5 piezas dentarias); 5.2 con 9,1%(pérdida de 2 piezas dentarias); 5.4 con 9.1% (pérdida de 2 piezas dentarias); 6.1 con 9,1% (pérdida de 2 piezas dentarias). En cuanto a los niños de 5 años; presentaron pérdida prematura en las piezas 5.1 con 27,3% (pérdida de 6 piezas dentarias); 5.2 con 13,6% (pérdida de 3 piezas dentarias); 7.5 con 9,1% (pérdida de 2 piezas dentarias); y 8.4 con 9,1% (pérdida de 2 piezas dentarias).

Se puede estimar que la mayor tendencia de pérdida prematura de dientes primarios se encontró en los niños de 6 años con 54,5% (12 niños); a diferencia de los niños de 5 años que se produjo una pérdida prematura menor de 45,5% (10 niños).

Gráfico N°2

Frecuencia de pérdida prematura en dientes primarios relacionados con la edad de los niños en la Universidad Alas Peruanas.

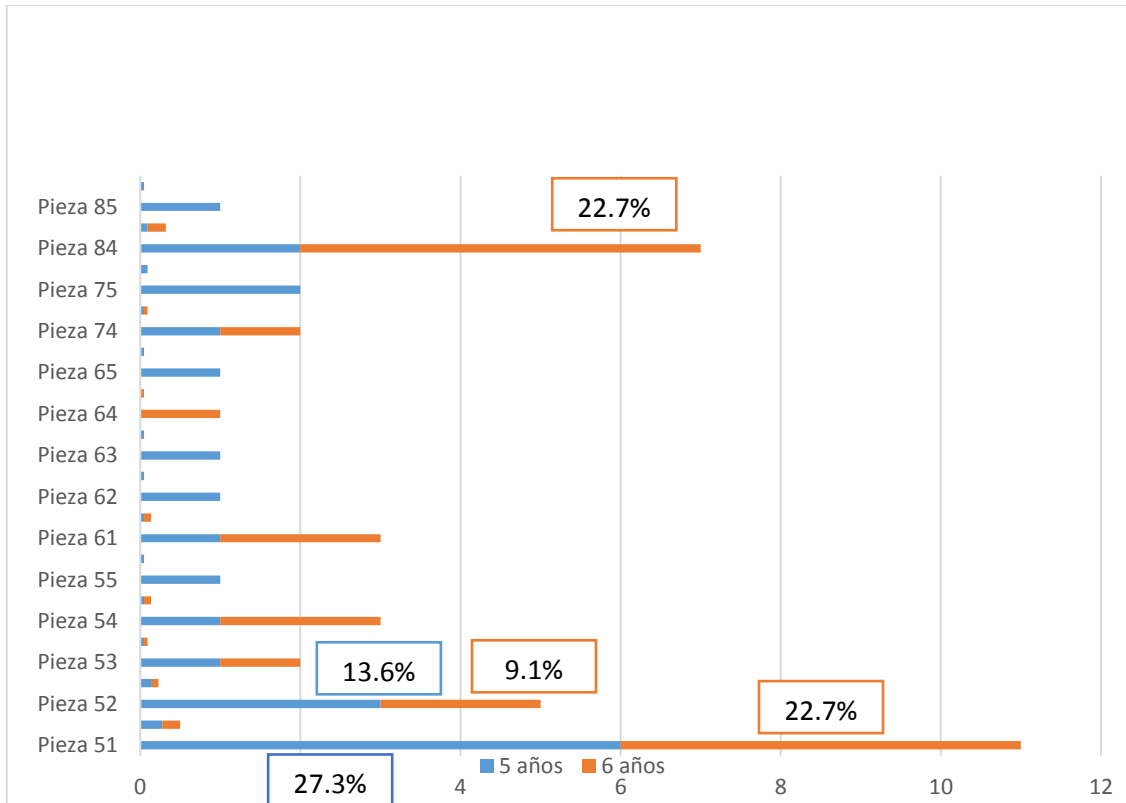


Tabla N°3

Frecuencia de pérdida prematura en dientes primarios por caries dental en niños relacionados con el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres en la Universidad Alas Peruanas

		Conocimiento sobre salud bucal de los padres			
		Deficiente	Regular	Bueno	Total
Prematura	Pieza 51	5 22.7%	4 18.2%	2 9.1%	11 50.0%
	Pieza 52	3 13.6%	1 4.5%	0 0.0%	4 18.2%
	Pieza 53	2 9.1%	0 0.0%	0 0.0%	2 9.1%
	Pieza 54	2 9.1%	1 4.5%	0 0.0%	3 13.6%
	Pieza 55	0 0.0%	1 4.5%	0 0.0%	1 4.5%
	Pieza 61	2 9.1%	0 0.0%	0 0.0%	2 9.1%
	Pieza 62	1 4.5%	0 0.0%	0 0.0%	1 4.5%
	Pieza 63	0 0.0%	1 4.5%	0 0.0%	1 4.5%
	Pieza 64	1 4.5%	0 0.0%	0 0.0%	1 4.5%
	Pieza 65	0 0.0%	1 4.5%	0 0.0%	1 4.5%
	Pieza 74	1 4.5%	1 4.5%	0 0.0%	2 9.1%
	Pieza 75	1 4.5%	1 4.5%	0 0.0%	2 9.1%
	Pieza 84	2 9.1%	5 22.7%	0 0.0%	7 31.8%
	Pieza 85	1 4.5%	0 0.0%	0 0.0%	1 4.5%
Total		9 40.9%	11 50.0%	2 9.1%	22 100.0%

Fuente propia de investigador

Se muestra la pérdida prematura de dientes primarios por caries dental de 22 niños (100%); relacionado al nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres, donde la mayor frecuencia de pérdida prematura se encontró en la pieza 5.1 (11 piezas); por lo cual sus padres presentaban un nivel de conocimiento deficiente 22,7% (pérdida de 5 piezas dentarias); seguido de un conocimiento regular 18,2% (pérdida de 4 piezas dentarias); y por último un conocimiento bueno de 9,1% (pérdida de 2 piezas dentarias).

Se encontró pérdida prematura en la pieza 5.2 (4 piezas); con nivel de conocimiento sobre salud bucal de sus padres deficiente 13,6% (pérdida de 3 piezas dentarias); y un nivel de conocimiento regular 4,5% (pérdida de 1 pieza dentaria).

Asimismo, se halló pérdida prematura en la pieza 8.4 (7 piezas); donde el nivel de conocimiento sobre salud bucal de sus padres es deficiente con 9,1% (pérdida de 2 piezas dentarias); seguido de un nivel regular 22,7% (5 piezas dentarias).

Gráfico N°3

Frecuencia de pérdida prematura en dientes primarios por caries dental en niños relacionados con el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres en la Universidad Alas Peruanas

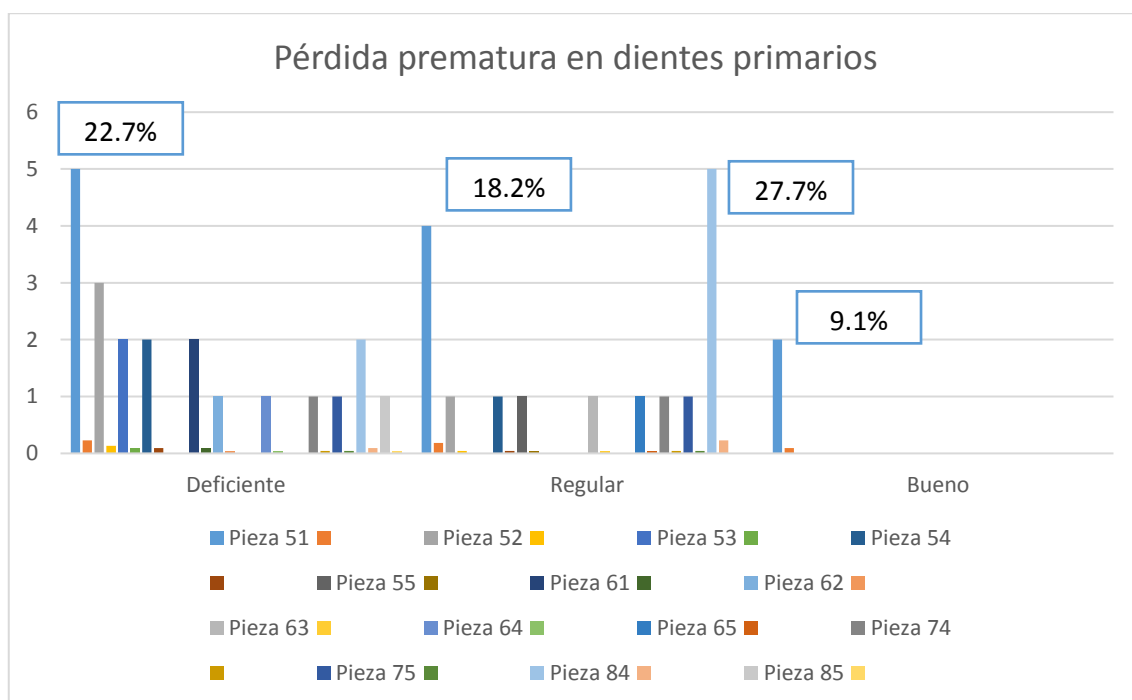


Tabla N°4

Frecuencia de pérdida prematura en dientes primarios por traumatismo en niños relacionados con el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres en la Universidad Alas Peruanas

		Conocimiento sobre salud bucal de los padres				Total
		Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno	
Pérdida prematura en dientes primarios por traumatismo	No presenta	9	39	12	1	61
		14.3%	61.9%	19.0%	1.6%	96.8%
	Pieza 52	0	0	1	0	1
		0.0%	0.0%	1.6%	0.0%	1.6%
	Pieza 61	0	0	1	0	1
		0.0%	0.0%	1.6%	0.0%	1.6%
Total		9	39	14	1	63
		14.3%	61.9%	22.2%	1.6%	100.0%

Fuente propia de investigador

Se observa que el 96,8% (61 niños) no presentó pérdida prematura en dientes primarios por traumatismos, tan solo se evidenció la pérdida prematura por trauma en 2 niños (3,2%); en las piezas 5.2, 6.1 con nivel de conocimiento sobre salud bucal de sus padres bueno 22,2% (14 padres).

De manera que la pérdida prematura en dientes primarios por trauma es bajo 3,2%.

Gráfico N°4

Frecuencia de pérdida prematura en dientes primarios por traumatismo en niños relacionados con el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres en la Universidad Alas Peruanas

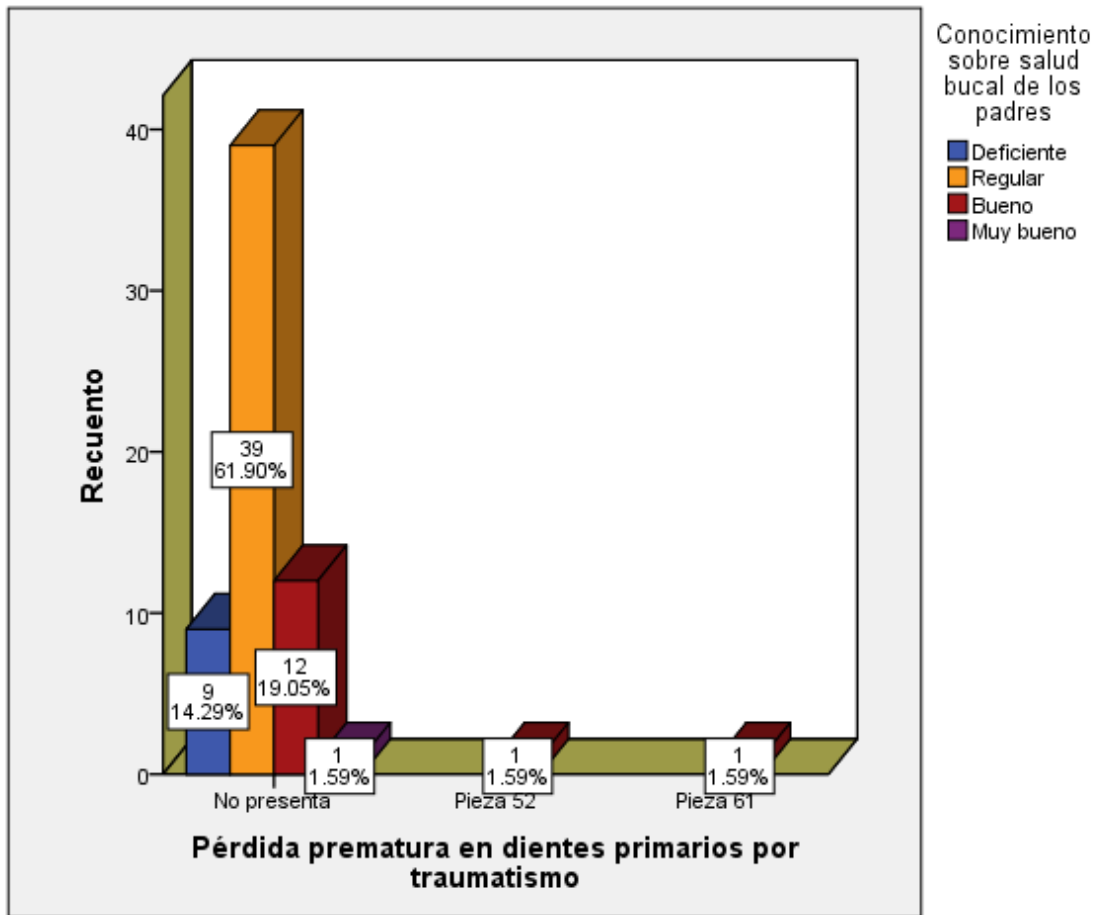


Tabla N°5

Pieza dentaria más afectada por pérdida prematura de dientes primarios en niños con relación al género en la Universidad Alas Peruanas.

Piezas	Género		Total
	Masculino	Femenino	
Pieza 51	4 18.2%	7 31.8%	11 50.0%
Pieza 52	2 9.1%	3 13.6%	5 22.7%
Pieza 53	0 0.0%	2 9.1%	2 9.1%
Pieza 54	1 4.5%	2 9.1%	3 13.6%
Pieza 55	0 0.0%	1 4.5%	1 4.5%
Pieza 61	2 9.1%	1 4.5%	3 13.6%
Pieza 62	1 4.5%	0 0.0%	1 4.5%
Pieza 63	0 0.0%	1 4.5%	1 4.5%
Pieza 64	0 0.0%	1 4.5%	1 4.5%
Pieza 65	0 0.0%	1 4.5%	1 4.5%
Pieza 74	0 0.0%	2 9.1%	2 9.1%
Pieza 75	0 0.0%	2 9.1%	2 9.1%
Pieza 84	3 13.6%	3 13.6%	6 27.3%
Pieza 85	0 0.0%	2 9.1%	2 9.1%
Total	8 36.4%	14 63.6%	22 100.0%

Fuente propia de investigador

Se muestra que la pieza dentaria más afectada por pérdida prematura de dientes primarios es la 5.1 (11 piezas) con 50% y se presenta más en el género femenino con 31,8% (pérdida de 7 piezas dentarias); a diferencia de género masculino que mostró una pérdida prematura de dientes primarios de 18,2% (pérdida de 4 piezas dentarias).

Asimismo, la pieza 8.4 (6 piezas dentarias); presentó una pérdida prematura de dientes primarios similar en ambos géneros de 13,6% (pérdida de 3 piezas dentarias).

Por otra parte, la pieza 5.2 mostró una pérdida prematura de dientes primarios de 22,7% (5 piezas dentarias); siendo más afectado el género femenino con 13,6% (pérdida de 3 piezas dentarias) y el género masculino con 9,1% (pérdida de 2 piezas dentarias).

Gráfico N°5

Pieza dentaria más afectada por pérdida prematura de dientes primarios en niños con relación al género en la Universidad Alas Peruanas.

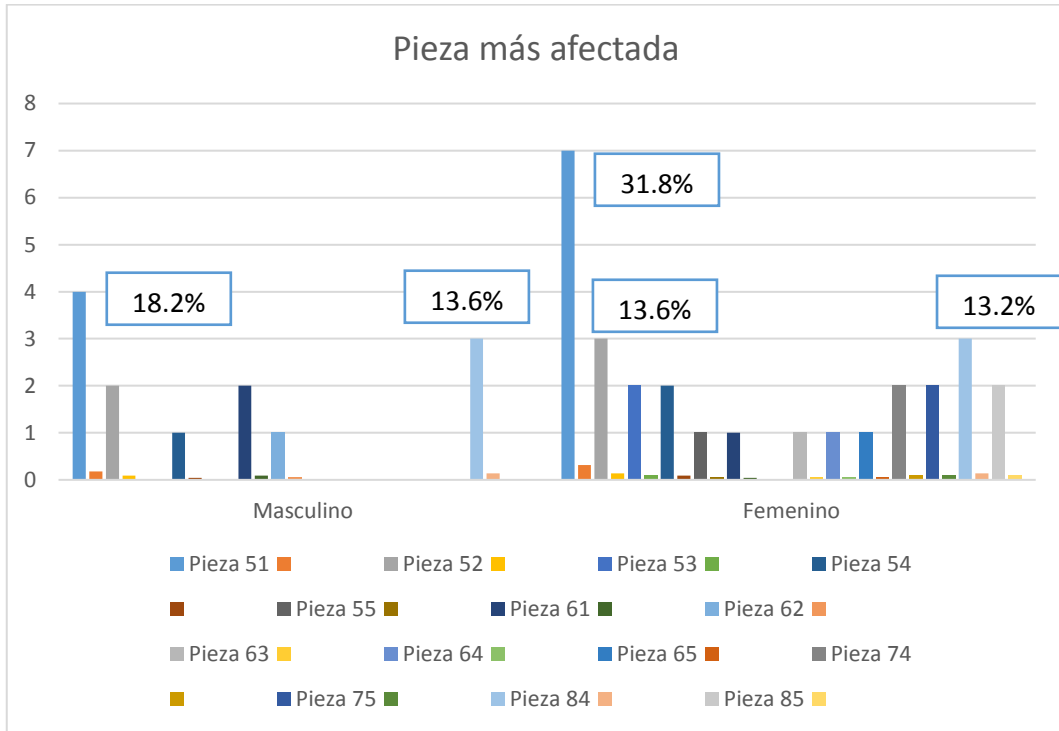


Tabla N°6

Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de familia que acuden a la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas; según edad.

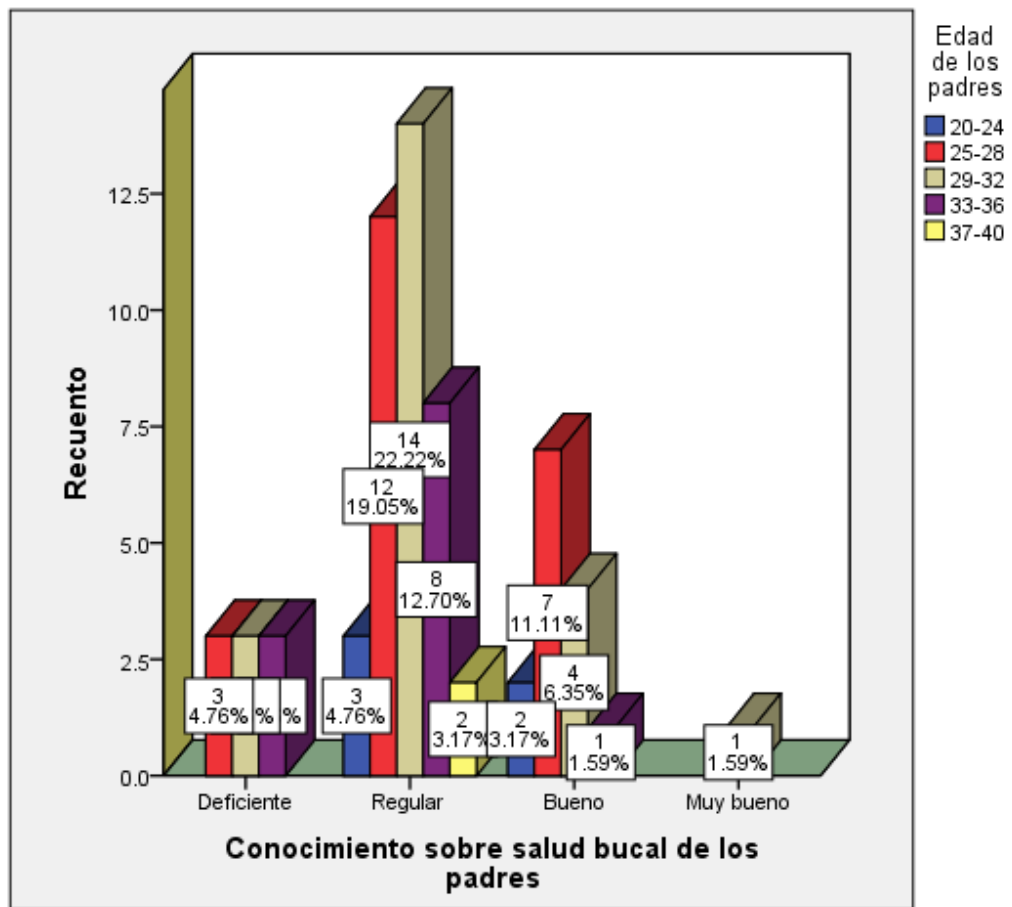
		Edad de los padres					
		20-24	25-28	29-32	33-36	37-40	Total
Conocimiento sobre salud bucal de los padres	Deficiente	0	3	3	3	0	9
		0.0%	4.8%	4.8%	4.8%	0.0%	14.3%
	Regular	3	12	14	8	2	39
		4.8%	19.0%	22.2%	12.7%	3.2%	61.9%
	Bueno	2	7	4	1	0	14
	3.2%	11.1%	6.3%	1.6%	0.0%	22.2%	
	Muy bueno	0	0	1	0	0	1
		0.0%	0.0%	1.6%	0.0%	0.0%	1.6%
Total		5	22	22	12	2	63
		7.9%	34.9%	34.9%	19.0%	3.2%	100.0%

Fuente propia de investigador

Se aprecia que el 61,9% de los padres entre 20 a 40 años de edad tienen un nivel de conocimiento regular sobre salud bucal, mientras, que el 22,2% de los padres de 20 a 36 años un nivel de conocimiento bueno. Por otro lado, se aprecia que el 14,3% de los padres entre 25 a 40 años de edad presentan un nivel de conocimiento deficiente sobre salud bucal.

Gráfico N°6

Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de familia que acuden a la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas; según edad.



5.2 Comprobación de hipótesis, técnicas estadísticas empleadas

Contrastación de hipótesis

- Hipótesis alterna (H_1): La pérdida prematura en dentición primaria de los niños se relaciona con el conocimiento sobre salud bucal de los padres en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas.
- Hipótesis nula (H_0): La pérdida prematura en dentición primaria de los niños se no se relaciona con el conocimiento sobre salud bucal de los padres en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20.706 ^a	3	.000
Razón de verosimilitud	23.632	3	.000
Asociación lineal por lineal	14.730	1	.000
N de casos válidos	63		

La prueba estadística empleada es chi-cuadrado, que se utilizó para comparar la pérdida prematura en dentición primaria de los niños relacionado con el conocimiento sobre salud bucal de los padres en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas, como resultado obtenido de la prueba es **(0,000)**.

Interpretación: En la contrastación de hipótesis se evidencia la relación estadísticamente significativa entre la pérdida prematura de dientes deciduos y el conocimiento sobre salud bucal de los padres, dado que el valor obtenido es menor que 0,05; se concluye que el conocimiento de los padres es un factor determinante para la pérdida prematura de dientes deciduos.

Contrastación de hipótesis

- Hipótesis alterna (H_2): La frecuencia de pérdida prematura en dientes primarios se relaciona con la edad de los niños en la Universidad Alas Peruanas.
- Hipótesis nula (H_0): La frecuencia de pérdida prematura en dientes primarios no se relaciona con la edad de los niños en la Universidad Alas Peruanas.

ANOVA						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Cuadrante v	Entre grupos	51.203	1	51.203	2.322	.048
	Dentro de grupos	1345.114	61	22.051		
	Total	1396.317	62			
Cuadrante VI	Entre grupos	52.829	1	52.829	5.295	.025
	Dentro de grupos	608.600	61	9.977		
	Total	661.429	62			
Cuadrante VII	Entre grupos	76.270	1	76.270	4.106	.047
	Dentro de grupos	1133.000	61	18.574		
	Total	1209.270	62			
Cuadrante VIII	Entre grupos	7.467	1	7.467	.795	.049
	Dentro de grupos	573.136	61	9.396		
	Total	580.603	62			

La prueba estadística empleada es ANOVA de un Factor, que se utilizó para comparar la frecuencia de pérdida prematura en dientes primarios relacionado con la edad (0.048; 0.025; 0.047, 0.049).

Interpretación: En la contrastación de hipótesis se evidencia la frecuencia de pérdida prematura de piezas deciduas sometidos a la investigación, dado que el valor obtenido es menor que 0,05; y se concluye que existe diferencia estadísticamente significativa con la pérdida prematura de dientes deciduos y la edad.

Contrastación de hipótesis

- Hipótesis alterna (H_3): La frecuencia de pérdida prematura en dientes primarios por caries dental en niños se relaciona con el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres en la Universidad Alas Peruanas.
- Hipótesis nula (H_0): La frecuencia de pérdida prematura en dientes primarios por caries dental en niños no se relaciona con el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres en la Universidad Alas Peruanas.

		ANOVA				
		Suma de		Media		
		cuadrados	gl	cuadrática	F	Sig.
Cuadrante v	Entre grupos	74.603	3	24.868	1.110	.042
	Dentro de grupos	1321.714	59	22.402		
	Total	1396.317	62			
Cuadrante VI	Entre grupos	48.181	3	16.060	1.545	.012
	Dentro de grupos	613.248	59	10.394		
	Total	661.429	62			
Cuadrante VII	Entre grupos	295.834	3	98.611	6.369	.001
	Dentro de grupos	913.436	59	15.482		
	Total	1209.270	62			
Cuadrante VIII	Entre grupos	32.860	3	10.953	1.180	.025
	Dentro de grupos	547.744	59	9.284		
	Total	580.603	62			

La prueba estadística empleada es ANOVA de un Factor, que se utilizó para comparar la frecuencia de pérdida prematura en dientes primarios por caries dental relacionado con el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres (0.042; 0.012; 0.001, 0.025).

Interpretación: En la contrastación de hipótesis se evidencia la frecuencia de pérdida prematura de piezas deciduas por caries dental, dado que el valor

obtenido es menor que 0,05; se concluye que existe diferencia estadísticamente significativa con la pérdida prematura de dientes deciduos por caries dental y el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres.

Contrastación de hipótesis

- Hipótesis alterna (H₄): La frecuencia de pérdida prematura en dientes primarios por traumatismos en niños se relaciona con el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres en la Universidad Alas Peruanas.
- Hipótesis nula (H₀): La frecuencia de pérdida prematura en dientes primarios por traumatismos en niños no se relaciona con el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres en la Universidad Alas Peruanas.

		ANOVA				
		Suma de		Media		
		cuadrados	gl	cuadrática	F	Sig.
(Perdido por traumatismo)	Entre grupos	.222	3	.074	1.177	.326
	Dentro de grupos	3.714	59	.063		
	Total	3.937	62			
(Perdido por traumatismo)	Entre grupos	.056	3	.019	1.177	.326
	Dentro de grupos	.929	59	.016		
	Total	.984	62			
(Perdido por traumatismo)	Entre grupos	.000	3	.000	.	.
	Dentro de grupos	.000	59	.000		
	Total	.000	62			
(Perdido por traumatismo)	Entre grupos	.000	3	.000	.	.
	Dentro de grupos	.000	59	.000		
	Total	.000	62			

La prueba estadística empleada es ANOVA de un Factor, que se utilizó para comparar la frecuencia de pérdida prematura en dientes primarios por traumatismo relacionado con el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres (0.326; 0.326).

Interpretación: En la contrastación de hipótesis se evidencia la frecuencia de pérdida prematura de piezas deciduas por traumatismo, dado que el valor

obtenido es mayor que 0,05; se concluye que no existe diferencia estadísticamente significativa entre la pérdida prematura de dientes deciduos causado por traumatismo y el conocimiento sobre salud bucal de los padres.

Contrastación de hipótesis

- Hipótesis alterna (H_5): La pieza dentaria más afectada por pérdida prematura de dientes primarios en niños se relaciona con el género en la Universidad Alas Peruanas.
- Hipótesis nula (H_0): La pieza dentaria más afectada por pérdida prematura de dientes primarios en niños no se relaciona con el género en la Universidad Alas Peruanas.

		ANOVA				
		Suma de		Media		
		cuadrados	gl	cuadrática	F	Sig.
Pieza más afectada por pérdida prematura	Entre grupos	.810	1	.810	.030	.864
	Dentro de grupos	1674.904	61	27.457		
	Total	1675.714	62			
Pieza más afectada por pérdida prematura	Entre grupos	29.335	1	29.335	2.721	.104
	Dentro de grupos	657.649	61	10.781		
	Total	686.984	62			
Pieza más afectada por pérdida prematura	Entre grupos	100.166	1	100.166	5.335	.054
	Dentro de grupos	1145.262	61	18.775		
	Total	1245.429	62			
Pieza más afectada por pérdida prematura	Entre grupos	.854	1	.854	.220	.641
	Dentro de grupos	237.146	61	3.888		
	Total	238.000	62			

La prueba estadística empleada es ANOVA de un Factor, que se utilizó para conocer la pieza más afectada por pérdida prematura de dientes primarios relacionado al conocimiento sobre salud bucal de los padres (0.864; 0.104; 0.054; 0.641).

Interpretación: En la contrastación de hipótesis se observa la pieza más afectada por pérdida prematura, el valor obtenido es mayor que 0,05; se

concluye que no existe diferencia estadísticamente significativa entre la pieza afectada por pérdida prematura en dientes primarios y el género de los niños.

Contrastación de hipótesis

- Hipótesis alterna (H_6): El nivel de conocimientos sobre salud bucal de los padres de familia se relaciona con su edad en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas.
- Hipótesis nula (H_0): El nivel de conocimientos sobre salud bucal de los padres de familia no se relaciona con su edad en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7.830 ^a	12	.798
Razón de verosimilitud	9.364	12	.672
Asociación lineal por lineal	2.759	1	.097
N de casos válidos	63		

Interpretación: El nivel de significancia es de 5%; y la prueba utilizada estadísticamente es el chi-cuadrado. El resultado obtenido de la prueba es **0.798**; podemos afirmar que no existe diferencia estadísticamente significativa entre el conocimiento sobre salud bucal de los padres de familia y su edad. Dado que la edad no influye en el conocimiento de los padres de familia, ya que a cualquier edad podrían adquirir conocimiento respecto a salud bucal.

5.3 Discusión

La presente investigación se realizó con una muestra probabilística de 126 personas siendo respectivamente 63 niños entre 5 a 6 años de edad y 63 padres de familia que acudieron con sus menores hijos a la clínica de odontopediatría de la Universidad Alas Peruanas.

Se encontró una pérdida prematura de dientes primarios en 34,9% (22 niños); donde el 17,5% de los padres presentaron un nivel de conocimiento regular sobre salud bucal; 14,3% un nivel de conocimiento deficiente; y solo un 3,2% un nivel de conocimiento bueno; el cual difiere de este estudio diferente de **Chacón K. (2014)**; donde el 43,2% de niños presentaron pérdida prematura de dientes temporales, resultado mayor a comparación de los hallazgos encontrados, esto podría ser debido a la cantidad de tiempo que estuvieron expuestos los dientes en la cavidad bucal afectados por caries dental y al rango de edad abarcado por la investigadora.¹⁴

Sin embargo, **De la Cruz. (2016)**, en su investigación observó una prevalencia de pérdida prematura incrementada diferente a los resultados encontrados; el comprobó que un 39,9% de pacientes perdieron por lo menos un diente y el 60,1% no perdió ni un diente, el cual lo relacionó con el ingreso socioeconómico mensual, como un factor predominando de los pacientes.²⁵

Este estudio es muy diferente a **Bustos A. (2014)**; que encontró en su estudio que el 100% de los niños examinados; el 16,2% correspondía a 17 niños que presentaban pérdida prematura; de la misma manera **Matalama C. (2016)**, en su investigación en la comuna de Talcahuano en Chile halló una prevalencia de pérdida prematura de 18,5% en un grupo de 25 niños, ambos resultados muy cercanos a lo encontrado en la presente investigación realizada lo cual los porcentajes podrían estar justificados por la similitud de casos hallados por los investigadores.¹⁶

Según el estudio de **Villalba N. (2014)**, obtuvo como resultado una prevalencia de pérdida prematura de dientes primarios de 14% correspondiente al año 2012 y 12,6% en el año 2013, resaltando que a edades tempranas entre 0 a 3 años la prevalencia de pérdida prematura se presentó en un 2% comparado con el rango de edad de 4 a 7 donde halló un 98,8% de pérdida prematura de los casos hallados, este dato es diferente a lo encontrado en nuestra investigación; lo cual difiere de grupos etarios distintos, ya que el tiempo de evolución del factor predisponente de pérdida prematura es mayor. Cabe señalar que la pérdida prematura disminuyó en un 2% desde el año 2012 al 2013, indicando medidas de prevención tomadas en su población de que los niños que asistan a la consulta odontológica a edades tempranas, contribuirían con la disminución del alto índice de pérdidas prematuras en niños con edades más avanzadas.¹¹

En cambio, **Huamán L (2014)**, a través de su investigación comprobó que el 84.8% de su población presentó dientes extraídos antes de su exfoliación normal, y solo el 15.2% de piezas dentarias fueron extraídas en el tiempo de exfoliación; la muestra corresponde a 70 pacientes atendidos en la unidad de cirugía bucal bajo anestesia general, porcentajes mayores comparados con nuestra investigación los cuales son justificados por la brecha más grande de pacientes.²²

Sin embargo, se obtuvo resultados diferentes con otros autores como **Sotomayor S. (2014)**; que en su estudio evidenció distintos hallazgos con relación a la frecuencia de pieza más afectada por pérdida prematura mostrando que la pieza más afectada fue la 7.5 con 26,7% representado por 15 casos de los 56 dientes que se evaluaron, seguido de la pieza 8.5 representada por el 16,1% y las piezas 5.4 y 8.4 los cuales comparten el mismo porcentaje de 10,7%.¹³

Huamán L. (2014); encontró en sus resultados que el diente primario más afectado es la pieza 7.4 con un porcentaje de 14.0%, seguido de la pieza 7.5 con 13,1%, la pieza 6.4 con un 11,4%, y 8.4 y 5.4 con un 10.9%; mostrando resultados distantes a lo evidenciado en nuestro estudio, por el contrario el diente con menor pérdida prematura es la 8.3 con un 0.4%. El autor concluye de esta manera que las piezas más afectadas por este problema son las primeras

molares las cuales presentaron mayor cantidad de exodoncias antes del tiempo establecido de exfoliación en el maxilar superior e inferior.²²

Resultados mostrados por otros autores no coinciden con los hallazgos de nuestra investigación, donde las piezas que se vieron más afectadas fueron las del sector anterosuperior y se presentaron algunos casos de pérdida prematura en los caninos; pérdida de 2 piezas dentarias 5.3 (9,1%); y pérdida de 1 pieza dentaria 6.3 (4.5%); pudiendo justificar la mayor afectación de los molares debido al mayor tiempo de exposición en la cavidad oral frente a la cantidad de microorganismos que se encuentran en la boca y la falta de higiene oral de los pacientes.

Con respecto a la pérdida prematura de dientes primarios según la edad; se encontró mayor frecuencia de pérdida prematura en los niños de 6 años (54,5%); por lo cual la pieza con mayor pérdida prematura es 5.1 con 22,7% (pérdida de 5 piezas dentarias); seguido de las piezas 8.4 con 22,7% (pérdida de 5 piezas dentarias); a diferencia de los niños de 5 años; presentaron pérdida prematura en las piezas 5.1 con 27,3% (pérdida de 6 piezas dentarias); 5.2 con 13,6% (pérdida de 3 piezas dentarias); similar a los resultados encontrados por **Chacón K. (2014)** en su estudio donde 43,2% de niños presentaron pérdida prematura, el 30% de niños presentaron pérdida de un solo dientes, 20% de 2 dientes a más, el 15% perdió 4 dientes y el 9% perdió por lo menos 5 dientes.¹⁴

Este estudio es diferente a lo encontrado por **Fuentes S. (2017)**; donde evidenció que la edad más afectada por pérdida prematura en su estudio, fueron los niños de 5 años de edad en un 40% de los casos reportados, seguido por pacientes de 4 años en un 33,3% de edad y por último los niños de 3 años de edad con un 26,7%.⁵⁶

Coincidiendo con el estudio de **Matalama C. (2016)**; demostró en su investigación que el rango de edad más afectado por pérdida prematura es a la edad 6 años con un 33,3% correspondiente a 25 niños, seguido por niños de 7 años en un 25,2%, 5 años en un 24,4% y en último lugar niños de 4 años de edad en un porcentaje de 17%, concluyendo que la edad más afectada es la de 6 años en su estudio y los menos afectados son los niños de 4 años de edad.¹⁶

En cuanto a la edad temprana de los niños **Villalba N. (2014)**, concluye que a edades tempranas de 0 a 3 años, solo se presenta 2% de pérdida prematura, evidenciando mayor frecuencia de pérdida prematura en los niños de 4 a 7 años de edad en un 98%.¹¹

De igual manera se evidenció la pérdida prematura de dientes primarios por caries dental de 22 niños (100%); relacionado al nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres, donde la mayor frecuencia de pérdida prematura se encontró en la pieza 5.1 (11 piezas); por lo cual sus padres presentaban un nivel de conocimiento deficiente 22,7% (pérdida de 5 piezas dentarias); seguido de un

conocimiento regular 18,2% (pérdida de 4 piezas dentarias); y por último un conocimiento bueno de 9,1% (pérdida de 2 piezas dentarias); se obtuvo una relación estadísticamente significativa entre la pérdida prematura de dientes deciduos y el conocimiento sobre salud bucal de los padres **p=0.000**; este dato es similar a **Ponce H. (2017)**; que encontró una diferencia significativa entre el nivel de conocimiento de los padres y la pérdida prematura de dientes deciduos por caries obteniendo p-valor de 0,000 el mismo que es menor a 0,05 afirmando que existe una relación entre el nivel de conocimiento de los padres y la pérdida prematura de dientes deciduos por caries dental.²⁸

También **Fuentes S. (2017)**; en sus resultados encontró la pérdida prematura de dientes primarios por caries dental, como causa principal la pérdida dental antes del tiempo de exfoliación en los casos observados con valores elevados y significativos, de 96,6% (n=29) de los casos que se comprobaron pérdida por caries dental mientras que el 3,3% (n=1) originado por traumatismo.

Sotomayor S. (2014); coincide con sus resultados encontrados en cuanto al motivo de pérdida de dientes deciduos, obteniendo que de 56 casos reportados por pérdida prematura; el 26,7% corresponde a la pieza 7.5; la cual tuvo mayor prevalencia por caries dental.¹³

Gonzales P. (2015), con su investigación aportó que la principal causa de pérdida prematura es por caries dental en un 93,3%, seguida de traumatismo

con un 6.7%. **Matalama C. (2016)**; en sus hallazgos encontró que la relación con el factor de riesgo, siendo de igual manera y con valores elevados el principal motivo de pérdida prematura por caries dental en un 80%, seguido por traumatismos con un 5%. Cumpliéndose de esta manera que el factor etiológico predisponente de pérdida prematura de dientes primarios es la caries dental con mayores porcentajes frente a traumatismos y a otros factores etiológicos.¹⁶

Se muestra que la pieza dentaria más afectada por pérdida prematura de dientes primarios es la 5.1 (11 piezas) con 50% y se presenta más en el género femenino con 31,8% (pérdida de 7 piezas dentarias); a diferencia de género masculino que mostró una pérdida prematura de dientes primarios de 18,2% (pérdida de 4 piezas dentarias). Asimismo, la pieza 8.4 (6 piezas dentarias); presentó una pérdida prematura de dientes primarios similar en ambos géneros de 13,6% (pérdida de 3 piezas dentarias). Sin embargo en un estudio similar de **Fuentes S. (2017)**; evidenció mayor frecuencia de pérdida prematura en la pieza 5.1 ubicada en el sector anterosuperior derecho, fue la más afectada con un 26,71%, seguida de la 8.4 con un 23,3% y por ultima la 5.4 y 6.1 que comparten resultados con un porcentaje de 10,3%. No encontrándose pérdida prematura en los caninos deciduos.⁵⁶

Chacón K. (2014); en su estudio del 43% de niños que presentaron pérdida prematura, el 30% de niños presentaron pérdida de un solo dientes, 20% de 2 dientes a más, el 15% perdió 4 dientes y el 9% perdió por lo menos 5 dientes,

coincide con sus resultados encontrados en cuanto a la frecuencia de pérdida prematura de dientes primarios, donde obtuvo que la pieza más afectada fue la 61; 51 y 52.¹⁴

Fuentes S. (2017); evidenció que del total de la población estudiada el 70% de pacientes que presentaron pérdida prematura fueron del género masculino a diferencia del género femenino en relación a la pérdida prematura con un 30%, Siendo los varones los más afectados por este problema.⁵⁶ Diferente a nuestro estudio donde se encontró mayor tendencia de pérdida prematura de dientes primarios en las niñas con 63,6% (14); a diferencia de los niños que se produjo una pérdida prematura menor de 36,4% (8).

En cuanto a este resultado encontrado coincide con las investigaciones de otros autores al igual que **Chacón K. (2014)**; el cual el 49,6% correspondió a historias clínicas de niñas y el 50,4% de niños, presentaron pérdida prematura ya mencionado anteriormente, de los cuales el 51,8% corresponde al género masculino, siendo el género más afectado.¹⁴

Bustos A. (2015), resultados similares donde el 22,2% de su muestra fueron del sexo masculino mientras que el sexo contrario fue una diferencia significativa de 9,8%.¹⁵ **Huamán L. (2014)**; en una muestra de 70 niños evidenció que la mayor cantidad de exodoncias se realizaban antes del tiempo de exfoliación, se dieron en el género masculino en un 59.0% (n=135 dientes) a diferencia del género

femenino donde solo se obtuvo un 41.0% (n=94 dientes).²² Observando diferencia en cuanto a los resultados evidenciados con respecto al género afectado por pérdida prematura de dientes primarios con la presente investigación, concluyendo que el sexo femenino es el más afectado frente a este problema.

En cambio, **Palaquibay S. (2017)**; encontró en su estudio que el 53% (n=19) de los casos afectados por pérdida prematura de dientes primarios; la mayor tendencia de pérdida prematura se halló en el género femenino mientras que el género masculino estuvo representado con una cantidad menor de 47,22% (n=17).¹⁷, **Sotomayor S. (2014)**; determinó que el sexo femenino fue el predominante con un porcentaje de 52% a diferencia del sexo masculino obtuvo un resultado menor no tan alejado del 48%.

De esta manera **Fuentes S. (2017)**; concluye que ambos sexos tanto masculino como femenino estarían expuestos a este problema, el cual podría ser modificado por los padres de familia a cargo del menor, debido a que son los responsables de su cuidado oral en la etapa de infancia.⁵⁶

CONCLUSIONES

- Se encontró pérdida prematura de dientes primarios en 34.9% (22 niños); donde el 17.5% de los padres presentaron un nivel de conocimiento regular en cuanto a salud bucal.
- Se evidenció que la mayor pérdida prematura de dientes primarios fue en los niños de 6 años, pieza 51 con 22.7% (5 piezas dentarias); seguido de la pieza 84 con 22.7% (5 piezas dentarias).
- La mayor frecuencia de pérdida prematura se halló en la pieza 51 (11 piezas); donde sus padres presentaban un conocimiento deficiente 22.7% (5 piezas); seguido de un conocimiento regular 18.2% (4 piezas).
- Se observó pérdida prematura por trauma tan solo en 2 niños (3.2%); en las piezas 52, 61; con nivel de conocimiento de los padres bueno.
- La pieza dentaria más afectada por pérdida prematura de dientes primarios fue la 51 (11 piezas) con 50% y se presenta más en el género femenino con 31.8% (7 piezas dentarias); a diferencia de género masculino que mostró una pérdida prematura de 18.2% (4 piezas dentarias).
- Se observó que el 61.9% de los padres entre 20 a 40 años de edad tienen un nivel de conocimiento regular sobre salud bucal, mientras que el 22.2% de los padres de 20 a 36 años un nivel de conocimiento bueno. Por otro lado, se aprecia que el 14.3% de los padres entre 25 a 40 años de edad presentan un nivel de conocimiento deficiente sobre salud bucal.

RECOMENDACIONES

- Se debe realizar charlas informativas a los padres de familia para concientizar la importancia que tiene la dentición primaria decidua, para conservar el perímetro del arco dentario.
- Realizar programas de prevención bucal en las instituciones educativas dirigidas a los padres de familia y profesores para que ellos tengan conocimiento en cuanto a la pérdida prematura por caries dental y traumatismos.
- El Ministerio de Salud debe promover la visita al odontólogo desde edades tempranas (desde la erupción del primer diente); para disminuir la prevalencia de caries dental que se evidencian en varios estudios similares, familiarizando a los niños desde los primeros años de vida con los cuidados de higiene oral adecuado.
- Se debe desarrollar investigaciones en poblaciones más vulnerables de mayor proporción; para poder registrar el factor etiológico traumatismo respecto al problema en mención. Ya que no se evidenciaron múltiples casos en cuanto a la pérdida prematura por traumatismo.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Finn SB, Sidney B. Odontología Pediátrica. 4ª ed. St. México: Derv; 2000.
2. Villalba N, Jacquett N, Cabañas A, Chirife T. Perdida prematura de dientes temporarios en niños que acudieron a un hospital público de la Ciudad de Luque. Paraguay.2013;3(2):25-34.
3. Leyt S. Odontología para niños. 4ª. Ed. Buenos aires: junin831; 1959.
4. Díaz V. Prevalencia de la ausencia del primer molar permanente en pacientes mayores de 6 años de edad atendidos en el centro de atención odontológica de la facultad de odontología de la Universidad de las Américas en el periodo abril- junio 2015 [Bachiller].Ecuador: Universidad de Las Américas; 2016
Disponible en : <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/5305/1/UDLA-ECTOD-2016-38.pdf>
5. Agreda M, Simancas Y, Salas M, Diaz N, Romero Y. Prevalencia y experiencia de caries en niños en edad escolar. Acta Bioclinica. [en línea] Enero – junio 2014 [fecha de acceso 09 de agosto del 2017]: 4(7): 50-65.
6. Asociación Latinoamericana de Odontopediatría. Revista de Odontopediatría Latinoamericana Órgano Oficial de la Asociación Latinoamericana de Odontopediatría. ALOP [en línea] Julio – diciembre 2014 [fecha de acceso 09 de agosto del 2017]: 4 (2):13-18.
7. Freeman M. Características oclusales en dentición primaria de preescolares de Viña del Mar. [Tesis Cirujano Dentista]. Universidad Andrés Bello. Viña del Mar-Chile; 2017.

8. Josefsson E., Bjerklin K., Lindsten R. Malocclusion frequency in Swedish and immigrant adolescents – influence of origin on orthodontic treatment need. *Europ J Orthod.* 2007; 29(1):79-87.
9. Agreda M., Simancas Y., Salas M., Diaz N, Romero Y. Prevalencia y experiencia de caries en niños en edad escolar. *Acta Bioclinica.* [en línea] Enero – Junio 2014 [fecha de acceso 09 de Agosto del 2017]: 4(7): 50-65. Disponible en: <http://revistas.saber.ula.ve/index.php/actabioclinica/article/view/4728/4497>
10. Asociación Latinoamericana de Odontopediatría. Revista de Odontopediatría Latinoamericana Órgano Oficial de la Asociación Latinoamericana de Odontopediatría. *ALOP* [en línea] Julio – Diciembre 2014 [fecha de acceso 09 de Agosto del 2017]: 4 (2):13-18. Disponible en: <https://odontopediatria.cl/wp-content/uploads/2015/08/ALOP-2014-2.pdf>
11. Villaba N., Jacquett N., Cabañas A., Chirife M. Pérdida prematura de dientes temporarios en niños que acudieron a un Hospital público de la Ciudad de Luque-Paraguay. *ROL* [en línea] Julio – diciembre 2014 [fecha de acceso 16 de agosto del 2017]: 3(2) 25-34. Disponible en: <https://www.revistaodontopediatria.org/ediciones/2013/2/art-4/>
12. Borjas K. Maloclusión como consecuencia de la pérdida temprana de unidades temporarias en niños de 7 a 12 años. [Tesis Cirujano Dentista]. Universidad de Carabobo. Venezuela; 2014.
13. Sotomayor S. Pérdida prematura por caries dental en dientes temporarios en niños de 7 a 10 años de la escuela Dr. Eduardo Estrella Aguirre de la ciudad

- de Guayaquil, 2013. [Para optar El título de Cirujano Dentista] Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2014.
14. Chacón K., Correa J., Navarro D., Godillo V., Báez L. Pérdida temprana de dientes temporales en niños de 0 a 8 años de edad, Revista Colombiana de investigación en odontología, 2014; 5 (13): 41 – 48
 15. Bustos A., Zamora E., Ampuero J., Norambuena C. Prevalencia de pérdida prematura de molares temporales en niños y niñas de 2 a 6 años de edad atendidos en CEFAM CURACO DE VELEZ. [en línea] Abril – Julio 2014 [fecha de acceso 16 agosto del 2017]. Disponible en: <http://repositorio.udec.cl/bitstream/handle/11594/1652/Trabajo%20Investigaci%C3%B3n.Image.Marked.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 16. Matalama C. Prevalencia y factores de riesgo relacionados con pérdidas prematuras de dientes temporales en escolares de 4 a 7 años. Comuna de Talcahuano, 2016. [Para optar El título de Cirujano Dentista]. Concepción Chile: Universidad Andrés Bello; 2016.
 17. Palaquibay S. Estudio retrospectivo sobre la prevalencia de pérdida prematura de piezas temporales en pacientes que asistieron al centro de atención odontológico UDLA en el 2017-I. [Para optar el título de Cirujano Dentista]. Quito: Universidad de las Américas. 2017
 18. Núñez F. Prevalencia de pérdida prematura de dientes deciduos, en estudiantes de 5 a 8 años, Institución educativa Isabel Lynch de Rubio, Chachapoyas, 2016. [Para optar el título de Cirujano Dentista]. Perú: Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas. 2017.

19. Zúñiga B. Prevalencia de pérdida prematura de dientes temporales en niños 3-9 años, Clínica UCSG A-2017. [Para optar el título de cirujano dentista]. Ecuador; 2017.
20. Andronic A. Prevalence of early loss of primary teeth in 6-10 year old school children in Sibiu. Clinica Aspects. 2017; 22(4): 128-129.
21. Idrogo Y. La prevalencia de pérdida prematura de dientes deciduos en escolares del distrito de Salaverry en el año 2014. [Tesis Cirujano Dentista]. Universidad Privada Antenor Orrego. Perú; 2014.
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. [Para optar El título de Cirujano Dentista] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.
23. Gonzales P. Prevalencia de pérdida prematura de dientes deciduos en relación del nivel de conocimiento de los padres de familia de los alumnos de la I.E. 40081 Miguel Cesar Augusto Mazeyra Acosta. [Para optar El título de Cirujano Dentista]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María de Arequipa; 2016.
24. Cupe A., García R. Conocimiento de los padres sobre salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento. Rev Estomatol Herediana [en línea] 2015 Abril – Junio [fecha de acceso 09 de Agosto del 2017]: 25(2): 112-121. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/reh/v25n2/a04v25n2.pdf>
25. De la Cruz. Pérdida prematura de dientes deciduos asociada al ingreso económico mensual en una Institución Educativa Privada y otra estatal. [Para

- optar El título de Cirujano Dentista]. Huancayo: Universidad Peruana los Andes; 2016.
26. Santos Ch. Pérdida prematura de dientes primarios en pacientes de 4 a 8 años de edad atendidos en el servicio de odontopediatría de la clínica especializada PNP- Angamos. [Para optar el título de cirujano dentista]. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener; 2016.
 27. Mendoza D. Pérdida prematura de dientes deciduos asociada al ingreso económico mensual en una institución educativa privada y otra estatal Huancayo – 2016. [Para optar el título de cirujano dentista]. Perú; 2016.
 28. Ponce H. Nivel de conocimiento de padres y la pérdida prematura de dientes deciduos por caries en niños de 3 a 8 años del IEP Dulce Caminito de Jesús-Santa Anita 2017. [Para optar el título de Maestra en Gestión de los servicios de la Salud]. Lima: Escuela de Posgrado Universidad César Vallejo; 2017.
 29. Pérez G. Estudio morfológico de la dentición primaria y permanente en niños de 7 a 9 años en la Facultad Piloto de Odontología. Junio 2015. [Para optar El título de Cirujano Dentista]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil. 2015
 30. Alzate G., Serrano-Vargas L., Cortes-López L, Torres E., Rodríguez M. Cronología y secuencia de erupción en el primer periodo transicional. Rev. CES Odont [en línea] 2016 [citado 18 de agosto del 2017]: 29(1): 57-69. Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/101enú101os101gía/article/view/3924/2623>
 31. Sáenz M., Sánchez P., Luengas A. Proceso de erupción de los primeros molares permanentes. Rev Cubana Estomatol [en línea]. 2017 Mar [citado

- 2017 agosto 18]; 54(1):14-23. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072017000100002&lng=es.
32. Contreras V. Relación entre los patrones antropométricos del recién nacido y su erupción dental decidua, Hospital EsSalud Marino Molina. [Para optar El título de Cirujano Dentista]. Lima: Universidad Mayor de San Marcos; 2016.
33. Maldonado M. Prevalencia de la pérdida prematura e 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. [Para optar El título de Cirujano Dentista]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala. 2016
34. Stanley J., Major M., Ash Jr. Wheeler. Anatomía, fisiología y oclusión dental. 9° Ed. Barcelona: Elsevier; 2010: p.23-24
35. Patricia M., Goretti D., Fabián J., Noé R., Saraí N. Pérdida prematura de molares temporales, factor etiológico de maloclusión. Rev Tam. [en línea] 2016 [citado 19 agosto 2017]; 5(14): 507 – 510. Disponible en:
http://www.uan.edu.mx/d/a/publicaciones/revista_tame/numero_14/Tam1614-10r.pdf
36. Ada. Tablas de erupción de dientes. Desarrollo de dientes primarios. [En línea]. 2012 [2017 Agosto 22]. Disponible en:
http://www.mouthhealthy.org/~~/media/MouthHealthy/Files/A-Z/ADA_PrimaryToothDev_Sp.pdf?la=es-MX
37. Chinchay S. Prevalencia de la pérdida prematura de molares temporales y su relación con algunos factores de riesgo en niños y niñas preescolares de la

- escuela Francisco Pérez Castro (duran). [Para optar El Título de Cirujano Dentista]. Guayaquil. Universidad de Guayaquil. 2014.
38. Bustillos F. 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 Ortíz de la parroquia Huachi Chico del cantón. [Para optar El Título de Cirujano Dentista]. Ambato. Universidad Regional autónoma de los Andes. 2016.
39. Kanashiro I., Medrano G. La enfermedad caries dental. Castillo M. Ramón et al. Estomatología Pediátrica. 1º Ed. Madrid: Ripano; 2011: 94-96.
40. Batista S., Tamayo A., Soto S., Paz G. Traumatismos dentarios en niños y adolescentes. Ccm [En Linea]. 2016 Dic [citado 2017 Agosto 25]; 20(4): 741-756. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812016000400012&lng=es.
41. Gugelmeier V. Lesiones traumáticas dento-maxilo-faciales (parte I) Generalidades. Universidad de la república. N°35. Uruguay. 2008.
42. Arista K., Sanchez W. Nivel de conocimiento y actitud sobre traumatismos dentoalveolares en los padres de familia del centro poblado villacruz, carretera 103enú103os-nauta. [Para optar el título de Cirujano Dentista]. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. 2014
43. Quintana C. Manejo inmediato de la avulsión y fractura dentaria en niños: información, actitud y experiencia previa de los padres y profesores. [Para optar El título de Magister en Estomatología]. Lima: Universidad Mayor de San Marcos; 2007.

44. Escobar F. Ortodoncia preventiva e interceptiva en odontología pediátrica. Odontología pediátrica. 1° Ed. Madrid: Ripano; 2011: p. 588-592.
45. Vargas G. Determinantes de pérdida prematura de dientes temporales en niños de 8 a 11 años en la escuela fiscal mixta "Nasacota Puento" de la Parroquia Juan Montalvo. [Para optar El título de Cirujano Dentista]. Quito: Universidad central de ecuador. 2014.
46. Hinostroza G. Diagnóstico de caries dental. 1° Ed. Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de estomatología.
47. Hooley M., Skouteris H., Boganin C., Satur J., Kilpatrick N. Parental influence and the development of dental caries in children aged 0–6 years: A systematic review of the literature. Journal of dentistry. 2012; 40:873–885.
48. Frenz P. Desafíos en salud pública de la Reforma, equidad y determinantes sociales de la salud. Rev Chil Salud Pública. 2005; 9(2):103- 110.
49. MINSA. Guía clínica: Atención Primaria Odontológica del Preescolar de 2 a 5 años. 2009 [URL visitada en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/a86d289427cb092be04001011e01193c.pdf> el 03-12-2014]
50. Hallet KB., O'Rourke P. Social and Behavioral Determinants of Early Childhood Caries. Aust Dent J. 2003 48(1):27-33.
51. Zalba I. Odontología del conocimiento, Pampona, España. 2014.
52. Saddki, N; Yusoff, A; Hwang. Factors associated with dental visit and barriers to utilisation of oral health care services in a sample of antenatal mothers in Hospital Universiti Sains Malaysia. BMC Public Health. 2010.

53. Colegio Odontológico del Perú. Grado de conocimiento de salud bucal en algunos departamentos del Perú. *Gaceta Odontológica* 2007; 3(2):18-20
54. Bunge M. "La Ciencia y su Método y Filosofía", Buenos Aires. Editorial siglo XX, 1988; 2(1): 308-342.
55. Hernández R., Fernández C., Baptista P. *Metodología de la Investigación*. 6ta ed. México: Mc-Graw-Hill; 2014.
56. Fuentes S. Pérdida prematura de la dentición primaria en relación a la actitud de los padres de familia de niños de 3 a 5 años de edad en el Hospital María Auxiliadora. [Para optar El Título de Cirujano Dentista]. Lima. Universidad Alas Peruanas. 2017.

ANEXOS

ANEXO N° 01: Carta de presentación



Pueblo Libre, 06 de noviembre de 2018

CD. DAMARIS CANDELARIA LOYOLA ZEGARRA
Administradora de la Clínica Estomatológica

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle mi respetuoso saludo y al mismo tiempo presentarle al egresado **HUAMAN ALVITES, LUIS EDGAR**, con código **2010151900**, 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: "PÉRDIDA PREMATURA EN DENTICIÓN PRIMARIA Y CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE LOS PADRES DE NIÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA PEDIÁTRICA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS 2018"

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 al presente.

Atentamente,

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

C.C.
Dra. Jaqueline Céspedes Porras
Dra. Luz Helena Echeverri Junca

ANEXO N° 02: Constancia del desarrollo de la investigación

 **UAP** | UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

Pueblo Libre, 06 de noviembre de 2018

CD. DAMARIS CANDELARIA LOYOLA ZEGARRA
Administradora de la Clínica Estomatológica

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle mi respetuoso saludo y al mismo tiempo presentarle al egresado **HUAMAN ALVITES, LUIS EDGAR**, con código **2010151900**, 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: "PÉRDIDA PREMATURA EN DENTICIÓN PRIMARIA Y CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE LOS PADRES DE NIÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA PEDIÁTRICA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS 2018"

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 al presente.

Atentamente,

UAP | UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
CLÍNICA DOCENTE ESTOMATOLÓGICA
ADMINISTRACIÓN
PROVEIDO

Para: *Clinica Pediatrica*
Fecha: *07/11/18* Firma: *[Signature]*

UAP | UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

[Signature]
Dra. MIRIAM DEL ROSARIO VÁSQUEZ SEGURA
DIRECTORA GENERAL DE ESTOMATOLOGÍA

[Signature]
Dra. Luz Helena Echeverri J
ODONTÓLOGA
R.P. 16830

[Signature]
Dra. Jacqueline Céspedes Porras
Esp. EN ODONTOL. PEDIÁTRICA
COP 88102 RNE 00135
07/11/18

C.C.
Dra. Jacqueline Céspedes Porras
Dra. Luz Helena Echeverri Junca

ANEXO N° 03: Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante el presente documento hago constar que Yo,
..... con DNI

autorizo que mi menor hijo(a) participe en el trabajo de investigación titulado:

**“PÉRDIDA PREMATURA EN DENTICIÓN PRIMARIA Y CONOCIMIENTO
SOBRE SALUD BUCAL DE LOS PADRES DE NIÑOS ATENDIDOS EN LA
CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA PEDIÁTRICA UNIVERSIDAD ALAS
PERUANAS 2018”**

Firmo este documento como prueba de mi aceptación, habiendo sido antes informado que ninguno de los procedimientos a utilizarse en la investigación pondrá en riesgo la salud y bienestar de mi persona ni la de mi menor hijo(a); en el caso de necesitar fotografías se resguardará la identidad de mi menor hijo(a). Además de haberseme aclarado que no hare ningún gasto, ni recibiré ninguna contribución económica por mi participación.

Responsable del trabajo:

Huamán Alvites Luis Edgar
Bachiller en Estomatología

Fecha de aplicación:

Firma y DNI del padre de familia

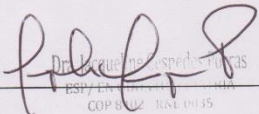
Firma del Investigador

ANEXO N° 04: Constancia de recolección de los datos

CONSTANCIA

El que suscribe, la coordinadora de clínica pediátrica de niño I y II de la Universidad Alas Peruanas, **CERTIFICA** que el **PROYECTO DE TESIS**; Titulado: "Pérdida prematura en dentición primaria y conocimiento sobre salud bucal de los padres de niños atendidos en la clínica estomatológica pediátrica Universidad Alas Peruanas 2018. Presentado por el investigador principal: Huamán Alvites, Luis Edgar; en los meses de Agosto a Diciembre del 2018. Su recolección de datos ha sido concluido de manera satisfactoria y asimismo revisado.

Concluyéndose con la **APROBACIÓN** expedida por los coordinadores de clínica pediátrica de niños I y II. No habiéndose encontrado objeciones de acuerdo con los estándares propuestos por la Universidad Alas Peruanas.


Dra. Jacqueline Céspedes Porras
C.O.P. 16830


Mg. Esp. Luz Helena Echeverri Junca
Cirujano Dentista - Odontopediatra
C.O.P. 16830

Mg. Luz Helena Echeverri Junca

Surco, 09 de diciembre de 2018

ANEXO N° 05: Instrumento recolección de datos



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Ficha N°

La presente ficha de recolección de datos para el trabajo de investigación titulado: **“PÉRDIDA PREMATURA EN DENTICIÓN PRIMARIA Y CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE LOS PADRES DE NIÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA PEDIÁTRICA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS 2018”**. por lo tanto, se solicita que conteste de manera verás las preguntas que se le realizará porque son importantes para el presente trabajo.

DATOS GENERALES

Fecha: _____

DEL PACIENTE/ NIÑO:

Edad en años y meses: _____ Sexo: (M) (F) Distrito: _____

ODONTOGRAMA

SITUACIÓN									

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fuente: Norma técnica para el uso del Odontograma-Minsa (Resolución Ministerial 26 de Junio del 2006)

Leyenda Situación		
Perdido por caries	PC	
Perdido por trauma	PT	

CONOCIMIENTO DE LOS PADRES SOBRE SALUD BUCAL DE NIÑOS PREESCOLARES

CARIES DENTAL

1.- ¿Qué es la caries dental?

- a.- Es una enfermedad que aparece en los niños desnutridos.
- b.- No es una enfermedad
- c.- Es una enfermedad causada por falta de higiene bucal y consumo de azúcares.
- d.- Es una enfermedad causada por falta de higiene bucal y consumo de frituras.

2.- Los microorganismos que causan la caries dental puede transmitirse por

- a) Compartir utensilios
- b) Compartir cepillos dentales
- c) Besos en la boca
- d) Todas las anteriores

3.- ¿Qué es la placa bacteriana dental?

- a.- Es una capa dura que se forma en la superficie de los dientes
- b.- Es una placa blanda que se forma en la superficie de los dientes
- c.- Es el sarro que se forma en los dientes
- d.- Es una masa que solo se encuentra en los dientes de los adultos

4.- ¿Son importantes los dientes de leche?

- a) Sí, porque guardan espacio para los dientes permanentes
- b) No, porque no cumplen ninguna función
- c) No, porque al final se van a caer
- d) No, porque no son los dientes permanentes

5.- ¿A qué edad los niños tienen todos los dientes de leche?

- a) 2 años
- b) 4 años
- c) 6 años
- d) 8 años

PREVENCIÓN

6.- La primera visita al odontólogo, se recomienda a partir de:

- a) A partir de los 2 años
- b) Cuando aparece el primer diente de leche
- c) Cuando tenemos dientes de adulto
- d) Solo cuando existe dolor

7.- ¿Qué beneficios conoce del flúor?

- a) Fortalece los dientes y previene la caries
- b) Cura los dientes para prevenir las extracciones
- c) El flúor tiene una acción blanqueadora en los niños
- d) Fortalece al niño para que crezca sano y fuerte

8.- Es necesario visitar al dentista cuando se tiene dientes sanos:

- a) Si, para un examen clínico de rutina
- b) Solo si tiene dientes chuecos
- c) No, ya que como no tiene nada no es necesario
- d) Solo voy si mi hijo tiene molestias en la boca

9.- Si su niño pierde un diente de leche, antes del tiempo porque esta con caries ¿cree Ud. que pueda afectar la posición de los dientes?

- a) Si
- b) Depende, solo si pierde las muelas de leche
- c) No
- d) Los dientes de leche no son importantes

10.- ¿Qué medidas preventivas conoce usted para combatir la caries dental?

- a) El flúor
- b) Una correcta higiene bucal
- c) Evitar consumo excesivo de azúcares
- d) Todas las anteriores

DIETA

11.- ¿Qué alimentos cree usted que son mejores para tener dientes más sanos?

- a) Frutas y vegetales

- b) Gaseosas y frutas
- c) Frugos y galletas
- d) Todas las anteriores

12.- ¿Qué se recomienda que lleve su hijo en la lonchera?

- a) Queso, quinua, frutas, huevo, pan, carne.
- b) Galletas dulces, chocolates, tortas, refrescos de caja.
- c) Frugos, leche chocolatada, chisitos
- e) Todas las anteriores

13.- Con respecto al consumo de azúcares, marque lo correcto

- a.- El niño nunca debe consumir azúcar
- b.- El niño puede consumir azúcar en varios momentos durante el día
- c.- El niño puede consumir azúcar en horas determinadas y luego cepillarse los dientes
- d.- Todas las anteriores

14.- ¿Hasta qué edad se recomienda dar al niño lactancia materna?

- a.- Hasta los 15 días de nacido
- b.- Hasta los 3 meses de edad
- c.- Hasta los 6 meses de edad
- d.- Hasta el primer mes de nacido

15.- Dejar que el niño tenga el biberón con líquidos azucarados durante toda la noche ¿qué causaría?

- a.- Va a estar más fuerte al despertar
- b.- Estará más fuerte y sano
- c.- Estará más expuesto a tener caries
- d.- No pasa nada

HIGIENE BUCAL

16.- ¿Cuántas veces al día el niño debe cepillarse los dientes?

- a.- 1 vez
- b.- De 2 a 3 veces
- c.- De 5 a más veces
- d.- Los niños no deben cepillarse los dientes

17.- ¿Desde qué edad se puede usar pasta dental con flúor?

- a) A partir de los 2 años
- b) A partir de 5 años
- c) A partir de la adolescencia
- d) En niños menores de 2 años

18.- ¿El cepillado se recomienda realizarlo después de cada comida?

- a) No
- b) Solo antes de dormir
- c) Solo con usar un enjuagatorio basta
- d) Si

19.- ¿Cada qué tiempo se debe cambiar el cepillo dental?

- a) Cada 3 meses
- b) Cada 8 meses
- c) Al año
- d) Nunca

20.- En cuanto al cepillado dental

- a.- El cepillado dental puede ser realizado solo por el mismo niño
- b.- Los padres deben supervisar el cepillado dental de sus niños a esta edad
- c.- El cepillado dental debe ser realizado en niños mayores de 3 años.
- d.- En el niño el cepillado dental debe realizarse sin pasta dental.

Cada pregunta contestada correctamente obtendrá 1 punto y la incorrecta 0, lo que el puntaje máximo será 20 puntos al final del cuestionario, lo cual este cuestionario nos permitirá determinar el conocimiento del padre de familia sobre salud bucal

Conocimiento deficiente: (0-5 puntos)

Conocimiento regular: (6-10 puntos)

Conocimiento bueno: (11-15 puntos)

Conocimiento muy bueno: (16-20 puntos)

Tesis conocimiento de los padres sobre salud bucal en niños por Cupé Araujo,

Ana en el año 2015).

Anexo N° 06: Matriz de consistencia



TITULO: “PÉRDIDA PREMATURA EN DENTICIÓN PRIMARIA Y CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE LOS PADRES DE NIÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA PEDIÁTRICA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS 2018”

Problema	Objetivo	Variables	Indicadores	Metodología
<p>Problema principal ¿Cuál es la pérdida prematura en dentición primaria y conocimiento sobre salud bucal de los padres de niños atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2018?</p> <p>Problemas secundarios ¿Cuál es la frecuencia de pérdida prematura en dientes primarios relacionados con la edad de los niños en la Universidad Alas Peruanas? ¿Cuál es la frecuencia de pérdida prematura en dientes primarios por caries dental en niños relacionado con el nivel de conocimiento sobre salud bucal en la Universidad Alas Peruanas?</p>	<p>Objetivo general Determinar la pérdida prematura en dentición primaria y conocimiento sobre salud bucal de los padres de niños atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas 2018.</p> <p>Objetivos específicos Determinar la frecuencia de pérdida prematura en dientes primarios relacionados con la edad de los niños en la Universidad Alas Peruanas. Determinar la frecuencia de pérdida prematura en dientes primarios por caries dental en niños relacionado con el nivel de conocimiento sobre salud bucal en la Universidad Alas Peruanas.</p>	<p>VD Pérdida prematura dentaria</p> <p>VI Conocimiento de los padres de familia sobre salud bucal</p> <p>Interviniente</p> <p>Género de niño</p> <p>Edad</p>	<p>Ficha de recolección de datos</p> <p>Encuesta de los padres</p> <p>Indicadores Masculino Femenino</p> <p>5 años 6 años</p>	<p>DISEÑO: Cuantitativo, prospectivo</p> <p>TIPO: Observacional, descriptivo y correlacional</p> <p>POBLACIÓN: La población máxima es de 140 personas; donde 70 eran niños de 5 a 6 años y 70 corresponderán a los padres de familia</p>

<p>¿Cuál es la frecuencia de pérdida prematura en dientes primarios por traumatismos en niños relacionado con el nivel de conocimiento sobre salud bucal en la Universidad Alas Peruanas?</p> <p>¿Cuál es la pieza dentaria más afectada por pérdida prematura de dientes primarios en niños con relación al género en la Universidad Alas Peruanas?</p> <p>¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de familia que acuden a la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas?</p>	<p>Determinar la frecuencia de pérdida prematura en dientes primarios por traumatismos en niños relacionado con el nivel de conocimiento sobre salud bucal en la Universidad Alas Peruanas.</p> <p>Determinar la pieza dentaria más afectada por pérdida prematura de dientes primarios en niños con relación al género en la Universidad Alas Peruanas.</p> <p>Determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de familia que acuden a la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas</p>			<p>MUESTRA: 63 niños de 5 y 6 años; 63 padres de familia</p> <p>TÉCNICA: Observación Cuestionario tipo encuesta</p>
---	--	--	--	---

ANEXO N° 07: Fotografías

Fotografía N° 01



Evaluación diagnóstica para conocer la pérdida prematura de los dientes deciduos en los niños.

Fotografía N° 02



Fotografía N° 03



Evaluación diagnóstica para conocer la pérdida prematura de dientes deciduos por caries dental en los niños.

Fotografía N° 04



Ejecución de la encuesta a los padres de Familia para conocer el conocimiento sobre salud bucal

Fotografía N° 05



Ejecución de la encuesta a los padres de Familia

Fotografía N° 06



Se observa el momento en que la madre de familia llena el cuestionario respecto al conocimiento sobre salud bucal

Fotografía N° 07



Pérdida prematura por caries dental
de la pieza 51

Fotografía N° 08



Pérdida prematura por caries dental
de la pieza 54

Fotografía N° 09



Pérdida prematura por caries dental
de la pieza 74

Fotografía N° 10

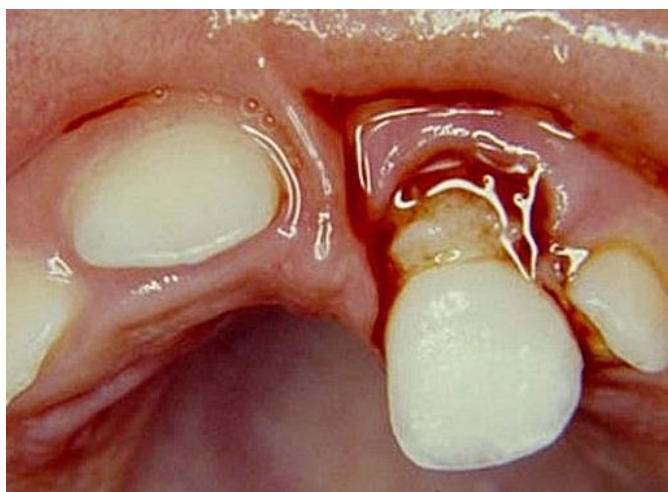


Pérdida prematura por caries dental
de la pieza 84

**ANEXO N° 08: Imágenes de lesiones por caries dental
y trauma dentoalveolar**



Lesión cariosa avanzada



Traumatismo dentoalveolar