



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

TESIS

PÉRDIDA PREMATURA DE MOLARES DECIDUOS EN  
PACIENTES DE 4 A 8 AÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA  
ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS.  
AREQUIPA 2015-2017.

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

PRESENTADO POR:  
BACHILLER MAGALY CONDORI TICONA

ASESOR:  
DRA. SANDRA CLARA ALICIA CORRALES MEDINA

AREQUIPA, PERÚ  
JULIO 2019

## DEDICATORIA

*Este trabajo está dedicado:*

*Con infinito amor a mi **DIOS** por estar conmigo cada día de mi vida y ser mi guía ante cualquier circunstancia.*

*A mis **PADRES** Graciano y Rosa por existir, darme vida, por ese amor infinito, apoyo, esfuerzo, dedicación y paciencia, por enseñarme el camino correcto, saber guiar mis pasos y por ser los principales motores de mis sueños, los amo y admiro mucho.*

*Y a mis **HERMANOS** Jhancarlo y Yalu por estar conmigo en los buenos y malos momentos y es por ellos, el esfuerzo que siempre haré, para darles el ejemplo de seguir adelante en todo momento.*

## AGRADECIMIENTO

*También, mi profundo agradecimiento:*

*A mis asesores:*

***Dra. Sandra Clara Alicia Corrales Medina***

***Dr. Xavier Sacca Urday***

*Un eterno agradecimiento a su apoyo incondicional por compartir sus conocimientos con los demás, la paciencia, esfuerzo y dedicación para contribuir con el desarrollo de esta investigación lo que agradezco con gran afecto y gratitud.*

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la prevalencia de pérdida prematura de molares deciduos en pacientes de 4 a 8 años atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas de Arequipa en los años del 2015 al 2017.

La investigación fue de tipo no experimental, descriptivo, retrospectivo, documental y transversal. Se seleccionó la muestra de estudio a partir de la población de historias clínicas de niños de 4 a 8 años, siendo 1386 las escogidas de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión y posteriormente analizadas según el procedimiento escogido.

Los resultados han demostrado que mientras mayor sea la edad de los niños la prevalencia de pérdida prematura aumenta significativamente, siendo la edad de 8 años los pacientes más afectados con un porcentaje de (34,4%), y se da con mayor frecuencia en la pieza 8.4 con (18,4%), siendo el sexo masculino quien presentó un porcentaje ligeramente superior (22,7%). Concluyendo que la prevalencia de pérdida de molares deciduos fue de (22,3%).

**Palabras claves:** Pérdida prematura, Dentición decidua, Molar.

## ABSTRACT

The objective of the present investigation was to determine the prevalence of premature loss of deciduous molars in patients from 4 to 8 years of age attended in the Stomatological Clinic of the Alas Peruanas University of Arequipa in the years of 2015 to 2017.

The research was non-experimental, descriptive, retrospective, documentary and transversal. The study sample was selected from the population of clinical records of children from 4 to 8 years old, with 1386 being chosen according to the inclusion and exclusion criteria and later analyzed according to the chosen procedure.

The results have shown that the higher the age of the children the prevalence of premature loss increases significantly, being the age of 8 years the most affected patients with a percentage of (34.4%), and occurs with greater frequency in the piece 8.4 with (18.4%), being the male sex who presented a slightly higher percentage (22.7%). Concluding that the prevalence of loss of deciduous molars was (22.3%).

**Keywords:** Premature loss, Deciduous dentition, Molar.

# ÍNDICE

DEDICATORIA .....	I
AGRADECIMIENTO .....	II
RESUMEN .....	III
ABSTRACT .....	IV
ÍNDICE DE TABLAS .....	VIII
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	X
INTRODUCCIÓN .....	XII
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>1</b>
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA .....	2
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	3
1.3.1 Objetivo general .....	3
1.3.2 Objetivos específicos.....	3
1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
1.4.1 Importancia de la investigación .....	4
1.4.2 Viabilidad de la investigación.....	5
1.4 LIMITACIONES DE ESTUDIO.....	6
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>7</b>
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN .....	8
2.1.1 Internacionales .....	8
2.1.2 Nacionales .....	9
2.1.3 Locales.....	10
2.2 BASES TEÓRICAS .....	11
2.2.1 Dentición decidua.....	11
A.Cronología de los molares primarios .....	11
B.DESCRIPCIÓN DE LOS MOLARES DECIDUOS .....	12
2.2.2 Pérdida prematura de dientes deciduos .....	15
A.Extracciones prematuras.....	16
B.Consecuencias de pérdida prematura.....	17

2.2.3. EDUCACIÓN Y MOTIVACIÓN EN LA PROMOCIÓN DEL CUIDADO BUCAL.....	21
A. Importancia de la educación .....	22
B. Cuidado bucal en los niños .....	23
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	25
<b>CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>26</b>
3.1 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS PRINCIPALES Y DERIVADAS .....	27
3.1.1 Hipótesis principal .....	27
3.1.2 Hipótesis derivadas .....	27
3.2 VARIABLES, DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL .....	28
<b>CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA .....</b>	<b>30</b>
4.1 DISEÑO METODOLÓGICO:.....	31
4.1.1. Tipo de Estudio .....	31
4.1.2. Diseño de la Investigación .....	31
4.2 DISEÑO MUESTRAL.....	31
4.2.1 Criterios:.....	31
4.2.1.1 Criterios de inclusión: .....	31
4.2.1.2 Criterios de exclusión: .....	32
4.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	32
4.3.1 Instrumento .....	32
4.3.2 Procedimientos para Recolectar los Datos .....	32
4.4 TÉCNICAS ESTADÍSTICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN .....	33
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	33
<b>CAPÍTULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>34</b>
5.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO:.....	35
5.2 ANÁLISIS INFERENCIAL: .....	59
5.3 COMPROBACIÓN DE LAS HIPÓTESIS:.....	60
5.3.1 Hipótesis principal .....	60
5.3.2 Hipótesis derivadas .....	60
5.4 DISCUSIÓN.....	63

CONCLUSIONES .....	65
RECOMENDACIONES .....	66
FUENTES DE INFORMACIÓN .....	67
ANEXOS.....	70
ANEXO N° 01: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	71
ANEXO N° 02: DOCUMENTACION SUSTENTATORIA .....	72
ANEXO N° 03: MATRIZ DE DATOS .....	73
ANEXO N° 04: SECUENCIA FOTOGRÁFICA .....	80



## ÍNDICE DE TABLAS

<b>TABLA N° 1</b>	: Distribución de las historias clínicas de la clínica estomatológica de la universidad alas peruanas según año .....	35
<b>TABLA N° 2</b>	: Distribución de los pacientes de 4 a 8 años atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas según edad.....	37
<b>TABLA N° 3</b>	: Distribución de los pacientes atendidos en la clínica estomatológica de la universidad alas peruanas según sexo.....	39
<b>TABLA N° 4</b>	: Prevalencia de pérdida prematura de molares deciduos de los pacientes de 4 a 8 años atendidos en la clínica estomatológica de la universidad alas peruanas.....	41
<b>TABLA N° 5</b>	: Pérdida prematura de molares deciduos de los pacientes de 4 a 8 años atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas según el número de piezas .....	43
<b>TABLA N° 6</b>	: Pérdida prematura de molares deciduos según pieza dentaria en pacientes de 4 a 8 años atendidos en la clínica estomatológica de la universidad alas peruanas	45
<b>TABLA N° 7</b>	: Pérdida prematura de molares deciduos según maxilar en pacientes de 4 a 8 años atendidos en la clínica estomatológica de la universidad alas peruanas.....	47
<b>TABLA N° 8</b>	: Pérdida prematura de molares deciduos según lado en pacientes de 4 a 8 años atendidos en la clínica estomatológica de la universidad alas peruanas.....	49

<b>TABLA N° 9</b>	: Pérdida prematura de molares deciduos de los pacientes de 4 a 8 años atendidos en la clínica estomatológica de la universidad alas peruanas según el tipo de pieza (corregir) .....	51
<b>TABLA N° 10</b>	: Relación entre año de evaluación y pérdida prematura de molares deciduos en pacientes de 4 a 8 años atendidos en la clínica estomatológica de la universidad alas peruanas .....	53
<b>TABLA N° 11</b>	: Relación entre año de evaluación y pérdida prematura de molares deciduos en pacientes de 4 a 8 años atendidos en la clínica estomatológica de la universidad alas peruanas .....	54
<b>TABLA N° 12</b>	: Relación entre sexo y pérdida prematura de molares deciduos en pacientes de 4 a 8 años atendidos en la clínica estomatológica de la universidad alas peruanas	55
<b>TABLA N° 13</b>	: Prueba chi cuadrado para relacionar el año de evaluación, edad y sexo de los pacientes de 4 a 8 años con la prevalencia de pérdida prematura de molares deciduos .....	56

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO N° 1</b>	: Distribución de las historias clínicas de la clínica estomatológica de la universidad alas peruanas según año.....	36
<b>GRÁFICO N° 2</b>	: Distribución de los pacientes de 4 a 8 años atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas según edad .....	38
<b>GRÁFICO N° 3</b>	: Distribución de los pacientes atendidos en la clínica estomatológica de la universidad alas peruanas según sexo .....	40
<b>GRÁFICO N° 4</b>	: Prevalencia de pérdida prematura de molares deciduos de los pacientes de 4 a 8 años atendidos en la clínica estomatológica de la universidad alas peruanas .....	42
<b>GRÁFICO N° 5</b>	: Pérdida prematura de molares deciduos de los pacientes de 4 a 8 años atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas según el número de piezas.....	44
<b>GRÁFICO N° 6</b>	: Pérdida prematura de molares deciduos según pieza dentaria en pacientes de 4 a 8 años atendidos en la clínica estomatológica de la universidad alas peruanas .....	46
<b>GRÁFICO N° 7</b>	: Pérdida prematura de molares deciduos según maxilar en pacientes de 4 a 8 años atendidos en la clínica estomatológica de la universidad alas peruanas .....	48
<b>GRÁFICO N° 8</b>	: Pérdida prematura de molares deciduos según lado en pacientes de 4 a 8 años atendidos en la clínica estomatológica de la universidad alas peruanas .....	50

<b>GRÁFICO N° 9</b>	: Pérdida prematura de molares deciduos de los pacientes de 4 a 8 años atendidos en la clínica estomatológica de la universidad alas peruanas según el tipo de pieza (corregir) .....	52
<b>GRÁFICO N° 10</b>	: Relación entre año de evaluación y pérdida prematura de molares deciduos en pacientes de 4 a 8 años atendidos en la clínica estomatológica de la universidad alas peruanas .....	54
<b>GRÁFICO N° 11</b>	: Relación entre año de evaluación y pérdida prematura de molares deciduos en pacientes de 4 a 8 años atendidos en la clínica estomatológica de la universidad alas peruanas .....	56
<b>GRÁFICO N° 12</b>	: Relación entre sexo y pérdida prematura de molares deciduos en pacientes de 4 a 8 años atendidos en la clínica estomatológica de la universidad alas peruanas .....	58

## INTRODUCCIÓN

La dentición en los seres humanos se desarrolla en dos formas, la temporal y la permanente. La dentición temporal tiene como una de sus principales funciones la de preparar el sistema estomatognático para mejores exigencias funcionales durante la dentición mixta y permanente, por lo que se considera que el factor de riesgo más importante para maloclusión es la pérdida prematura de dientes temporales el cual traerá consecuencias en la dentición permanente al alterar el desarrollo de la matriz funcional, provocando la extrusión del diente antagonista, problemas en la ATM, tratamientos protésicos tempranos, vicios perniciosos con la lengua y el sistema estomatognático sufre un desequilibrio, que por su prevalencia e incidencia son considerados problemas de salud pública y ocupan el tercer lugar como problema bucal.

Se puede evidenciar en la práctica odontológica que ante la presencia de las patologías que afectan los dientes deciduos muchas veces la primera opción para resolver el malestar o dolor que aqueja a los niños, es la extracción, por ello que es importante recomendar siempre una atención odontología especializada con el tratamiento ideal para cada caso en particular.

Se debe fomentar hábitos de higiene en las escuelas, además brindar información acerca de este tipo de dentición a la población en general para de esta manera poder disminuir en gran parte las pérdidas prematuras de dientes temporales.

El propósito de este estudio fue establecer cuál es la prevalencia de pérdida prematura de molares deciduos en niños de 4 a 8 años, seleccionando este grupo etario considerado como vulnerables y de riesgo en perder prematuramente las piezas deciduas.

# **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

## 1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La pérdida prematura de dientes primarios se refiere, a la pérdida tan temprana de los mismos mucho antes de la exfoliación natural que puede llegar a comprometer el equilibrio del sistema estomatognático. Estos dientes hacen su aparición entre los 6 y 7 meses de edad, completando el proceso entre 28 y 29 meses, de esta manera el odontólogo debe estar preparado para dar un tratamiento adecuado a los niños y evitar extracciones prematuras y posteriores iatrogenas, previniendo las maloclusiones tempranas.

En la actualidad se trata de elevar cualitativamente los servicios estomatológicos mejorando las actividades en el campo de la prevención, elevándose el nivel de cultura sanitario y se responde objetivamente a las necesidades del tratamiento de la población, así mismo la dentición temporal debe conservarse íntegra hasta el momento de recambio; la dentición de los seres humanos se presentan en tres formas, temporal o decidua, mixta y definitiva o 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, mal oclusión, además de las alteraciones psicológicas y de comportamiento que una deficiente imagen física puede causar.

Existen múltiples razones de pérdida prematura de los dientes primarios pero las más frecuentes son: caries dental, periodontitis, enfermedades sistémicas, resorciones radiculares atípicas, traumatismos y la poca información de los padres de familia.

La conservación de los dientes temporales, tanto desde el punto de vista de su función como de la estética, hasta su exfoliación normal, es de vital importancia para que el niño desarrolle una buena función masticatoria, se sienta socialmente aceptado, se desarrolle saludable y esté libre de procesos dolorosos e infecciosos.

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

- ¿Cuál será la prevalencia de pérdida prematura de molares deciduos en pacientes de 4 a 8 años atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas entre el 2015 y 2017?

## **1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.3.1 Objetivo general**

- Determinar la prevalencia de pérdida prematura de molares deciduos en pacientes de 4 a 8 años.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

- Establecer la prevalencia de pérdida prematura de molares deciduos en pacientes según sexo.
- Establecer la prevalencia de pérdida prematura de molares deciduos en pacientes según la edad.
- Establecer la prevalencia de pérdida prematura de molares deciduos en pacientes según el año de evaluación.
- Determinar la prevalencia de pérdida prematura de molares deciduos según el tipo y número de piezas dentarias perdidas.
- Determinar la prevalencia de pérdida prematura de molares deciduos en pacientes según el maxilar y el lado afectado.



## 1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

### 1.4.1 Importancia de la investigación

La pérdida prematura de piezas temporales es uno de los problemas más frecuentes hoy en día en la práctica clínica. Se ha podido observar niños que a edades tempranas pierden precozmente más de una pieza dentaria, debido a que no se realizaron tratamientos adecuados en el tiempo adecuado para su conservación. Es cotidiano además escuchar a los padres referirse a estos dientes como poco importantes, por ello surge la necesidad de investigar esta pérdida prematura.

La dentición temporal, por el papel que juega en el desarrollo estomatognático del niño, debe conservarse íntegra hasta el momento del recambio. No debemos olvidar que la función fundamental de la dentición es masticatoria además permite una adecuada deglución, articulación y estética. El niño se encuentra en la fase de crecimiento más activa de su vida donde debe tener una adecuada nutrición para que tanto su crecimiento general como craneofacial sea el adecuado, la pérdida dentaria reduce la función masticatoria del niño y produce alteraciones nutricionales y consecuentemente un efecto adverso en el desarrollo infantil. Al mismo tiempo, la pérdida prematura de piezas dentarias posteriores deciduas produce pérdida del espacio libre de Nance, produciendo migraciones de las piezas dentarias hacia el espacio edéntulo y evita la erupción adecuada de los dientes permanentes produciendo anomalías de posición de piezas dentarias agravando la oclusión.

La siguiente investigación adquiere relevancia científica ya que aportará datos válidos acerca de la prevalencia de los molares deciduos perdidos prematuramente, las edades en las que es más frecuente y con todo este dato será posible replantear los tratamientos preventivos y rehabilitadores que ayuden a la conservación de estas piezas. Asimismo, tiene gran importancia académica, ya que docentes

y alumnos dispondrán de la información que resultará útil durante los tratamientos odontopediátricos; además considerarán la información para tomarla en cuenta en la formación académica o para establecer protocolos preventivos que ayuden a la conservación de estas piezas.

Es original porque en nuestro medio no se evidencian estudios realizados acerca de la frecuencia de pérdida prematura de molares deciduos, el género más afectado, la pieza dentaria más afectada, la edad donde se presenta con mayor frecuencia, para dar a conocer la realidad oral que presentan los pacientes pediátricos que acuden al servicio de Odontopediatría en la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas. Social ya que con esta información se podrá instruir y educar a los padres de familia y aplicar programas preventivos adecuados.

#### **1.4.2 Viabilidad de la investigación**

La presente investigación es viable debido a que se cuenta con todos los recursos necesarios para su ejecución como se muestra a continuación.

##### **a. Recursos Humanos**

- Investigadora : Bach. Magaly Condori Ticona.
- Asesor : Dra. Sandra Clara Alicia Corrales Medina.

##### **b. Recursos Financieros**

- El presente trabajo de investigación fue financiado, en su totalidad, por la investigadora.

##### **c. Recursos Materiales:**

- Historias clínicas
- Fichas de registro de datos
- Computadora
- Papel bond

- Lapiceros
- Impresora

#### **d. Recursos Institucionales**

- Universidad Alas Peruanas – Arequipa.

### **1.4 LIMITACIONES DE ESTUDIO**

- Las limitaciones del estudio se centran básicamente en no encontrar la totalidad de Historias Clínicas motivo de investigación.

# **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

## 2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

### 2.1.1 Internacionales

Palaquibay S. **ESTUDIO RETROSPECTIVO SOBRE LA PREVALENCIA DE PÉRDIDA PREMATURA DE PIEZAS TEMPORALES EN PACIENTES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICO UDLA. ECUADOR 2017.** Los datos empleados en este trabajo se originan de 90 pacientes entre niños y niñas que asistieron a la clínica. Los resultados nos muestran que la pérdida prematura fue más predisponente en el género femenino con el 67%; siendo la edad de 7 años cuando más hubo pérdidas dentales en dicho género. La causa principal fue la caries dental con el 61%; siendo el segundo molar temporal superior el más afectado. <sup>(1)</sup>

Canchina 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 PERÉZ CASTRO. ECUADOR 2014.** Esta investigación se la realizó en la escuela Francisco Pérez Castro. En los diseños de campo los datos se obtienen directamente de la realidad, a través de la acción del investigador. Se concluyó que la pérdida prematura de molares temporarios en cuanto a la edad, la mayor prevalencia fue a los 9 años. Existe asociación significativa entre la edad y la pérdida prematura de piezas dentarias además en relación al sexo existe mayor prevalencia de pérdida de deciduos en sexo femenino. <sup>(2)</sup>

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 CESFAMCURACO DE VELEZ DURANTE LOS MESES DE ABRIL A JULIO DE 2014. CHILE 2014.** Se analizó una muestra de 105 preescolares, de los cuáles 54 fueron de sexo masculino y 51 de sexo femenino. Se determinó que 17 (16,2%) presentaron pérdidas

prematuras, resultaron más afectados los molares mandibulares, destacando la pieza 7,4 con el mayor porcentaje. Respecto a la edad se observó una mayor frecuencia de pérdida a los 6 años. No se encontraron diferencias significativas en relación al género. <sup>(3)</sup>

Guerra P. **INCIDENCIA DE PÉRDIDA PREMATURA DE MOLARES TEMPORARIOS EN NIÑOS DE 3-9 AÑOS DEL CANTÓN EL GUABO. ECUADOR 2014.** En esta investigación se tomó a una población de 100 niños que asistieron a consulta del 15 de mayo al 15 de junio. Analizando los resultados se llegó a la conclusión de que la causa más frecuente para la extracción de molares temporarios en los niños de 3 a 9 años que acudieron fue por necrosis pulpar, seguido de caries de dentina; la pieza más extraída fue la 8,4 y la edad que más afectó fue 8 años, repercutió más en hombres. <sup>(4)</sup>

Chaves M. **PREVALENCIA DE LA PÉRDIDA PREMATURA DE MOLARES TEMPORALES Y SU RELACIÓN CON ALGUNOS FACTORES DE RIESGO EN NIÑOS Y NIÑAS PREESCOLARES DEL CANTÓN DE MONTES DE OCA. COSTA RICA 2010.** Para el estudio se seleccionó a 370 participantes de 8 centros educativos quienes conformaron la muestra. Los resultados arrojaron que la pérdida prematura de molares temporales presentó una prevalencia del 6% y la mayor prevalencia se presenta en la primera molar inferior izquierda. Las condiciones sociodemográficas son el principal factor de riesgo asociado con la pérdida prematura de molares temporales. El factor de riesgo biológico es la caries dental; enfermedad prevalente en 29% de las piezas estudiadas. <sup>(5)</sup>

### **2.1.2 Nacionales**

Chichipe S. **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, LIMA 2016.** El estudio estuvo conformado por aproximadamente 1300 historias clínicas odontológicas de los pacientes entre 4 a 8 años de edad que fueron

atendidos en la clínica. En donde se determinó que el 44,5% presenta pérdida prematura, además se observó una frecuencia de pérdida prematura de segundos molares primarios con un porcentaje de 19,0% siendo la pieza más pérdida la 7,5. La mayoría de pérdida se obtuvo en las mujeres y la edad más prevalente es de 8 años. <sup>(6)</sup>

**Mozo D. PREVALENCIA DE LA PÉRDIDA PREMATURA DE MOLARES TEMPORALES EN ESCOLARES DE 6 A 9 AÑOS DE I.E.E. PRIMARIAS DEL DISTRITO DE ANTA – 2014. CUSCO 2015.**

El estudio estuvo conformado por 202 estudiantes de 6 a 9 años de edad. En donde se determinó que la prevalencia de pérdida prematura fue del 69.3% de los cuales las segundas molares temporales inferiores (7.5 y 8.5) fueron la que se perdieron con mayor frecuencia con un 17.4% y 17% respectivamente, el maxilar inferior fue el más afectado con un 68.1%, el sexo femenino fue el más afectado con 73.8%, en cuanto a la edad, el grupo etario de 6 años es el más afectado con 78.9%. <sup>(7)</sup>

### **2.1.3 Locales**

**Gonzales M. PREVALENCIA DE PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES DECIDUOS EN RELACION DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES DE FAMILIA DE LOS ALUMNOS DE LA I.E. 40081 MIGUEL CESAR AUGUSTO MAZEYRA ACOSTA. AREQUIPA 2015.** El estudio se realizó en 110 alumnos que fueron seleccionados de acuerdo al criterio de inclusión de un total de 160. Se determinó que la pérdida prematura de dientes deciduos en los alumnos es baja (27,3%) y de que si existe una relación significativa entre los alumnos que presentaron la pérdida con el nivel de conocimiento de los padres sobre este tema. <sup>(8)</sup>

## 2.2 BASES TEÓRICAS

### 2.2.1 Dentición decidua

Los dientes de la primera dentición son tan importantes como los definitivos o permanentes. Cada diente cumple funciones específicas que en conjunto sirven para mantener el espacio a los dientes permanentes y juegan un papel importante en el desarrollo de la mandíbula, el maxilar, y de la cara en general. La masticación es la actividad principal de los dientes, gracias a la cual es posible una digestión adecuada. El aspecto estético es otro concepto importante, pues resulta desagradable ver a una persona desdentada, aunque en realidad los dientes tanto anteriores (frontales) como posteriores (traseros) son igualmente estéticos estando bien cuidados, si bien estos últimos no se ven. <sup>(9)</sup>

#### A. Cronología de los molares primarios

DIENTE	ERUPCIÓN (meses)
SUPERIORES	
Incisivo central	8-12
Incisivo lateral	9-13
Canino	16-22
Primer Molar	13-19
Segundo Molar	25-33
INFERIORES	
Incisivo central	6-10
Incisivo lateral	10-16
Canino	15-21
Primer Molar	14-18
Segundo Molar	23-31

Tabla 1. Cronología de erupción de Kronfeld y Logan (Modificado por McCall y Schour). <sup>(10)</sup>



<b>DIENTE</b>	<b>ERUPCIÓN (años)</b>
<b>SUPERIORES</b>	
Incisivo central	7 a 8
Incisivo lateral	8 a 9
Canino	11 a 12
Primer Premolar	10 a 11
Segundo Premolar	10 a 12
Primer Molar	6 a 7
Segundo Molar	12 a 13
<b>INFERIORES</b>	
Incisivo central	6 a 7
Incisivo lateral	7 a 8
Canino	9 a 10
Primer Premolar	10 a 12
Segundo Premolar	11 a 12
Primer Molar	6 a 7
Segundo Molar	11 a 13

Tabla 2. Cronología de erupción de Kronfeld y Logan (Modificado por McCall y Schour). <sup>(10)</sup>

La erupción dentaria se presenta con varios síntomas relacionados, estos pueden presentar aspectos importantes en la clínica odontológica por estar asociadas íntimamente al proceso de crecimiento y desarrollo del niño. <sup>(11)</sup>

Existe una variación muy grande de síntomas generales supuestamente asociados con la erupción de los dientes deciduos, tales como fiebre, falta de apetito, erupción cutánea, aumento de la salivación, diarrea y otros. <sup>(11)</sup>

## **B. DESCRIPCIÓN DE LOS MOLARES DECIDUOS**

Los molares deciduos cumplen con la función para la preparación mecánica del alimento del niño para digerir y asimilar durante el crecimiento y el desarrollo. <sup>(12)</sup>

Otra destacada función que tiene estos dientes es mantener el espacio en los arcos dentales para las piezas permanentes también tiene la función de estimular el crecimiento de las mandíbulas por medio de la masticación así mismo se tiende la importancia de los dientes primarios en el desarrollo de la fonación. <sup>(12)</sup>

Características anatómicas individuales:

### **B.1 Primer molar inferior**

La corona es única tiene un gran parecido con el primer premolar inferior porque ambos presentan una cresta transversal bien delimitada, y difícil de confundirla. <sup>(13)</sup>

La parte vestibular del diente es convexa en ambos sentidos. Cuenta con dos cúspides mesiovestibular y distovestibular; a veces se presenta una tercera cúspide, vestíbulo lingual. Las cuales se encuentran separadas por dos surcos vestibulares. <sup>(13)</sup>

La parte lingual del diente es menos convexa que la parte vestibular. Cuenta con cúspides: mesiolingual y distolingual. El cual se encuentra separado por un surco lingual. <sup>(13)</sup>

La parte oclusal está constituida normalmente por cuatro cúspides: mesiolingual, mesiovestibular, distovestibular y distolingual. Presenta dos raíces: mesial (más pequeña) y distal. <sup>(13)</sup>

### **B.2 Segundo molar inferior**

La corona del primer molar inferior permanente es morfológicamente igual al segundo molar deciduo. <sup>(13)</sup>

La parte vestibular del diente por lo general presenta tres cúspides: mesiovestibular y distovestibular y distal. Las cuales están separadas por dos surcos vestibulares bien definidos. <sup>(13)</sup>

La parte lingual del diente es convexa, posee dos cúspides: mesiolingual y distolingual, divididos por un surco lingual. La parte oclusal del diente posee cinco cúspides: mesiolingual, distolingual, mesiovestibular, distovestibular y distal. <sup>(13)</sup>

Presenta dos raíces: mesial (más pequeña) y distal), la raíz mesial presenta dos conductos. <sup>(13)</sup>

### **B.3 Primer molar superior**

La parte coronal del diente deciduo tiene una gran similitud con un premolar superior. <sup>(13)</sup>

La parte vestibular del diente es irregularmente convexa. La cual posee dos cúspides: mesiovestibular, distovestibular. Que se encuentra separada por un surco vestibular. <sup>(13)</sup>

La parte palatina del diente es mucho más convexa. La cual posee una solo cúspide mesiopalatina, y en casos muy raros aparece una pequeña cúspide distopalatina. La cual se encuentra separado por un surco palatino no muy bien definido. <sup>(13)</sup>

La parte oclusal del diente posee tres cúspides: mesiopalatina, mesiopalatina y distovestibular. Pero en casos muy raros aparece una cúspide distopalatina, muy pequeña, puede estar presente. Presenta tres raíces: palatina, mesiovestibular y distovestibular. <sup>(13)</sup>

### **B.4 Segundo molar superior**

La parte de la corona dental del diente deciduo se parece en sus detalles del primer molar superior permanente. <sup>(13)</sup>

La parte vestibular del diente, posee dos cúspides llamadas mesiovestibular y distovestibular, la cual se encuentran separadas por un surco vestibular. <sup>(13)</sup>

La parte palatina del diente es convexa y muy inclinada hacia vestibular. Está formada por dos cúspides mesiopalatina y distopalatina. <sup>(13)</sup>

La cara oclusal del diente posee cuatro cúspides: mesiopalatina y distopalatina, mesiovestibular y distovestibular. Presenta tres raíces: palatina, mesiovestibular y distovestibular. <sup>(13)</sup>

### **2.2.2 Pérdida prematura de dientes deciduos**

La pérdida de dientes temporales puede suponer una pérdida de espacio para la dentición definitiva. Muchas personas ignorantes creen que la pérdida de los dientes deciduos, a veces llamados dientes de niño o dientes de leche, no tiene importancia porque se trata de dientes exclusivamente temporales. Sin embargo, hay que tener presente que la dentición temporal se utiliza desde los 2 años hasta los 7, o más, es decir, alrededor de 5 años en total, y que algunos dientes se emplean desde los 6 meses hasta los 12 años (11.5 años en total). Por tanto, debemos recordar que la dentición temporal tiene una función importante y que contribuye a mantener la salud y el bienestar del individuo durante los primeros años, en los que el desarrollo físico y mental es mayor. <sup>(14)</sup>

Las piezas temporales suelen perderse prematuramente por caries o traumatismos. Como se ha mencionado al hablar de las caries, las piezas adyacentes tenderán a ocupar el espacio originando problemas para la emergencia del correspondiente permanente. El desarrollo de la oclusión obedece a principios muy diferentes en el sector anterior o en los sectores laterales, sin embargo, hay que tener en cuenta que las pérdidas prematuras, en cualquier sector, alteran el manejo del espacio durante la transición dentaria. Además, si la pérdida del diente temporal es muy prematura lo más probable es que el correspondiente permanente tenga un retraso en la emergencia. <sup>(15)</sup>

La pérdida prematura de la primera dentición, la retención de los dientes temporales, las ausencias congénitas, las anomalías dentales y la insuficiencia de espacio se consideran factores decisivos en la aparición de oclusiones anómalas. Además, esta pérdida prematura

por descuido o negligencia puede causar una disminución de la longitud de la arcada y la tendencia secundaria al apiñamiento de los dientes definitivos. <sup>(14)</sup>

Por tanto, puede concluirse que las pérdidas prematuras de dientes temporales son causa de maloclusión por; el desplazamiento de las piezas adyacentes y, por tanto, la pérdida de longitud de arcada que ocurre, así como por la alteración que originan en el recambio dentario. <sup>(15)</sup>

### **A. Extracciones prematuras**

Por regla general, a excepción de los casos después indicados, no es necesaria la extracción de la dentición temporal, ya que la erupción de los dientes permanentes produce una reabsorción de la raíz de los dientes primarios, que provoca su exfoliación espontánea. <sup>(16)</sup>

“Es lamentable que un niño presente una destrucción dentaria grave y que sólo pueda obtener alivio por medio de la exodoncia de las piezas afectadas. Un diente temporal que esté firme e intacto en la arcada nunca se deberá extraer, a menos que se haya realizado una evaluación clínica y radiográfica completa, de toda la boca, especialmente de la zona de estudio. Es importante valorar la simetría en la erupción dentaria, y se permite una espera de hasta 6 meses como máximo ante un retraso justificado, momento en el cual deberá procederse al estudio radiológico y su adecuado tratamiento”. <sup>(16)</sup>

Las indicaciones para la extracción de dientes temporales son las siguientes:

- En caso de que los dientes estén destruidos en tal grado que sea imposible restaurarlos; si la destrucción alcanza la bifurcación radicular o si no se puede establecer un margen

gingival duro y seguro. El origen de esta destrucción suele ser una caries muy extensa o una lesión traumática. <sup>(16)</sup>

- Si se ha producido infección del área periapical o interradicular y no se puede eliminar por otros medios. <sup>(16)</sup>
- En caso de absceso dentoalveolar agudo con presencia de celulitis. El tratamiento dentario conservador puede no ser posible o puede fracasar. <sup>(16)</sup>
- Si los dientes temporales están interfiriendo la erupción normal de los dientes permanentes de recambio, cuya presencia habrá sido confirmada radiográficamente. La persistencia del diente decidua más allá de la época normal de erupción del diente permanente, hace que éste ocupe posiciones viciosas en el maxilar; igualmente la persistencia de raíces de dientes temporales provoca desviaciones del diente permanente, maloclusión y caries. Los dientes temporales sumergidos debido a su anquilosis deben ser extraídos con el fin de que no interfieran con la erupción de los dientes permanentes adyacentes. <sup>(16)</sup>
- En caso de dientes definitivos incluidos; el ortodoncista suele pedir específicamente la extracción del diente temporal y la realización de técnicas ortodóncico-quirúrgicas. <sup>(16)</sup>
- Dientes temporales en relación o vecindad con un proceso quístico o tumoral benigno. <sup>(16)</sup>

## **B. Consecuencias de pérdida prematura**

“La pérdida prematura traerá como consecuencia pérdida en la armonía dentaria por desplazamiento de los dientes adyacentes, pérdida de la longitud del arco por la mesialización del diente posterior, cierre del espacio dificultando la erupción del diente permanente, distalización del diente anterior al espacio edéntulo,

extrusión del diente antagonista, aumento de la frecuencia de problemas sagital, vertical y transversal, disfunción en la articulación temporomandibular (ATM), tratamientos protésicos tempranos y vicios perniciosos con la lengua”.<sup>(17)</sup>

Clarice encontró que cuando son los primeros molares primarios los que se pierden, los cambios se dan durante los 4 a 6 meses después de la pérdida prematura. Estos cambios se derivan principalmente del movimiento distal de los caninos primarios hacia el espacio de extracción y migración palatina de los incisivos superiores con la pérdida de 1 mm de espacio.<sup>(18)</sup>

En el primer molar inferior primario hay movimiento distal exagerado de los incisivos y caninos al espacio de extracción dando una asimetría del arco, desviación de la línea media hacia el mismo lado con un cambio importante en el espacio, la mayor pérdida se observa en los primeros cuatro meses después de la extracción prematura. Después ocho meses después de la extracción no hay ningún cambio significativo en lo ancho, en la longitud del arco y en el perímetro de la arcada en el arco mandibular.<sup>(19)</sup>

La pérdida prematura de un segundo molar, antes de la erupción de los primeros molares permanentes, resulta en movimiento mesial significativo del primer molar permanente, estos se mesializan utilizando el espacio de deriva y reduciendo la longitud y circunferencia de arco, esto conduce a mayor pérdida de espacio ocasionando apiñamiento, se atraparán los segundos premolares en erupción desviándose en sentido vestibular o lingual, lo que conlleva a que pueda ser de mayor significado clínico.<sup>(20)</sup>

Cernei realizó un estudio donde se observó que al perderse prematuramente los segundos molares deciduos superiores y desplazarse mesialmente el primer molar permanente con

frecuencia gira al modificarse el eje longitudinal del primero y segundo molar permanente desplazándose la cúspide mesiovestibular en sentido lingual, lo que producirá una inclinación distal de ambos molares debido a la erupción acelerada del primer premolar. <sup>(21)</sup>

Bandeira menciona que se pierde menos espacio después de la extracción prematura de los primeros molares, en comparación con los segundos molares temporales. Durante el seguimiento de un estudio mostró alteraciones dimensionales significativas cuando la pérdida son los segundos molares inferiores. <sup>(22)</sup>

Boj refiere que independientemente de la causa, la pérdida precoz de dientes produce consecuencias negativas en el niño, tanto a nivel dentario como general, que se traducen en: <sup>(23)</sup>

### **B.1 Efectos en el desarrollo dentario**

Los efectos perjudiciales varían entre pacientes de la misma edad y fase de dentición, pero, en todo caso, y como consecuencia de ellos, en mayor o menor grado, producen cambios en las dimensiones de las arcadas y alteración en la oclusión. <sup>(23)</sup>

“Es evidente que la ausencia precoz de un diente primario rompe el equilibrio entre dientes adyacentes y antagonistas. La traducción más inmediata de dicha pérdida es la disminución en la longitud de las arcadas dentarias debido al movimiento migratorio de los dientes adyacentes. El proceso se agrava cuando se trata de la ausencia de varios dientes, especialmente si son molares y caninos, si la pérdida se produce en fases iniciales de la dentición, y todavía es más grave en niños con discrepancia oseodentaria negativa o con alguna forma de maloclusión ya establecida”. <sup>(23)</sup>



Un tratamiento deficiente de este problema puede llevar al cierre del espacio y malposición de dientes permanentes en los segmentos anteriores y posteriores de los arcos dentales. <sup>(23)</sup>

## **B.2 Efectos en el desarrollo general**

“No debemos olvidar que la función fundamental de la dentición es masticatoria, que el niño con dentición primaria se encuentra en la fase de crecimiento más activa de su vida. El niño debe comer para que tanto su crecimiento general como craneofacial sea el adecuado. La eficiencia de la masticación se encuentra en relación directa con la superficie de contacto dentario. La pérdida dentaria reduce la función masticatoria del niño y produce alteraciones nutricionales y, consecuentemente, un efecto adverso en el desarrollo infantil”. <sup>(23)</sup>

## **B.3 Efectos fonéticos**

“La ausencia dental prematura puede ocasionar defectos en el desarrollo de la fonación del niño y mala articulación del lenguaje, especialmente cuando existe pérdida de incisivos. Los sonidos más afectados son algunas consonantes “s”, “v”, “z” y “f”. Existe controversia en relación con los efectos que puede acarrear la pérdida dental prematura en el desarrollo de la fonación. Algunos logopedas han estudiado la relación entre piezas ausentes y sonidos, y han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la articulación entre grupos con y sin incisivos. Otros consideran que las pérdidas dentarias tendrán mayor importancia sólo en aquellos niños donde el lenguaje aún no se haya adquirido. En general, los incisivos ausentes o defectuosos normalmente no interfieren en la articulación correcta de las consonantes estudiadas”. <sup>(23)</sup>

#### **B.4 Instauration de hábitos bucales**

“En ocasiones, la pérdida de dientes conlleva la adquisición de hábitos bucales, como exploraciones linguales en el espacio existente, succión de carrillos o labios en la zona, interposición de objetos en los huecos, como lápices, etc. Si estos malos hábitos persisten en el tiempo, pueden ocasionar malposiciones dentarias, debido a la presión excesiva en dicha área y otras maloclusiones (p. ej., mordida abierta)”.<sup>(23)</sup>

#### **B.5 Efectos estéticos/psicológicos**

“A pesar de la corta edad, los niños suelen afectarse psicológicamente por la inaceptable estética que ocasiona la ausencia de dientes, especialmente los anteriores. No es extraño que los propios niños comparen su aspecto personal con el observado en compañeros de su edad. Esta comparación, junto con las comparaciones desagradables de amigos o parientes, puede provocar que los niños desarrollen complejos de inferioridad respecto a su aspecto personal”.<sup>(23)</sup>

### **2.2.3. EDUCACIÓN Y MOTIVACIÓN EN LA PROMOCIÓN DEL CUIDADO BUCAL.**

En la actualidad las personas van tomando conciencia sobre la educación y motivación en la promoción del cuidado bucal, conocida como odontología orientada a la “promoción de la salud” siendo una educación fundamental, porque hace que la personas tomen comportamientos necesarios para el cuidado en su salud bucal.<sup>(24)</sup>

Hoy en día podemos definir que la odontología preventiva es la suma total de los esfuerzos alcanzados para promover mantener y/o restablecer la salud bucal del individuo a través de la promoción y/o restitución de su salud bucal.<sup>(24)</sup>

Las personas deben de estar conscientes de que la odontología preventiva es muy esencial para el mantenimiento de la salud. <sup>(24)</sup>

#### **A. Importancia de la educación**

Cupé A., García C., refieren que actualmente, para la decisión de tratamiento y manejo de las enfermedades bucales, no sólo es importante conocer los indicadores clínicos bucales de los individuos antes de realizar cualquier tipo de intervención, sino también saber los niveles de conocimientos que los pacientes o sus responsables tienen sobre la etiología y prevención, así como las prácticas diarias de higiene y la actitud frente a la misma. Los padres desempeñan un papel crucial en el soporte emocional, necesidad de adaptación comportamental frente a enfermedades o tratamientos y en el financiamiento de los costos en la salud de los niños. Para que haya entonces salud bucal, los padres deben ser educados y concientizados para sensibilizar tempranamente a sus hijos en la adquisición de comportamientos que permitan un buen desenvolvimiento de hábitos de salud bucal. Las acciones para proteger la salud bucal de los niños se basan en una constante participación de los padres o tutores, en programas del área materno-infantil y al trabajo de pediatría de una manera general. Sin embargo, existe una gran dificultad para conseguir la colaboración de los padres, para la atención o realización de maniobras preventivas en el ámbito doméstico. <sup>(25)</sup>

La adquisición de información y desarrollo de habilidades es parte de la educación en salud, para estimular el cambio de comportamiento y actitud del individuo, beneficiando la salud de manera general. Actualmente la literatura sugiere que la educación en salud bucal sea lo más precoz posible, ya que durante el periodo gestacional la mujer se encuentra más susceptible a adquirir conocimientos sobre cuidados para con su bebé, y consecuentemente también receptiva a entender el valor de la buena salud bucal, así la prevención iniciada precozmente se torna más efectiva y fácil de realizar. Por ese motivo es

importante que el núcleo familiar sea un punto clave en la prevención de enfermedades, como conductor de hábitos alimenticios de la familia y formadora de conceptos sobre salud. Desde el inicio del siglo, algunos profesionales del área odontológica han demostrado preocupación en desmitificar la creencia popular. <sup>(25)</sup>

“La caries dental precoz es un grave problema de salud pública, ya que los niños que presentan caries en la primera infancia tienen mayor probabilidad de desarrollar caries tanto en dentición decidua como en permanente, como también dolor al momento de comer. Otras consecuencias de caries dental en la vida de los niños incluyen hospitalizaciones y visitas a la atención de emergencia, aumento en los costos del tratamiento, riesgo de atraso del crecimiento físico y aumento de peso, e impacto negativo en la calidad de vida relacionada a la salud. La literatura destaca la importancia de la educación para la salud bucal de preescolares, como refuerzos para la adquisición de actitudes y hábitos saludables de toda la familia, ya que, por medio de las escuelas, los padres/responsables toman conocimiento sobre medidas saludables. Los padres y/o responsables de los niños, muchas veces no poseen toda la información necesaria sobre los cuidados para mantener la salud bucal de los niños en edad preescolar. Capacitándolos será posible mayor eficiencia y técnica en el trabajo de promoción de la salud bucal”. <sup>(25)</sup>

## **B. Cuidado bucal en los niños**

Alrededor de los 3 años de edad es conveniente llevar al niño a su primera revisión con el dentista, pero también es recomendable que cuando cumpla su primer año parte del festejo consiste en llevarlo a conocer a un buen dentista que oriente a los padres en los cuidados esenciales de los primeros dientes de su hijo. <sup>(26)</sup>

Se aconseja limpiar los dientes al niño desde que erupcionan. Una gasa húmeda envuelta en el dedo índice puede ser suficiente para asear sus dientes y dar masaje a las encías tres veces al día. (Si lo desea puede adquirir con su dentista un “cepillo dental” que se coloca precisamente en el dedo índice para realizar esta tarea).  
(26)

A los dos o tres años de edad se debe inducir en el niño el hábito de limpiar sus dientes; hay que instruirle en la forma de hacerlo sin dejar de supervisar la efectividad de la limpieza. Se deben eliminar restos de comida, así como también la placa bacteriana. Es probable que hasta los siete años adquiera la destreza suficiente para iniciar por sí mismo la limpieza. (26)

Cuando el niño inicié su propia limpieza dótelo de un cepillo de cabeza pequeña, con cerdas suaves y alienadas. Deje que observe a los mayores cuando laven sus dientes, pero recuerde que la responsabilidad de limpiarle los dientes, de manera eficiente, es sólo de los padres. No basta decirle que se limpie los dientes, lo mejor es supervisarle y auxiliarle en esa pequeña tarea que le creará un buen hábito de higiene con resultados saludables. (26)

### 2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Pérdida prematura:** Pérdida de piezas antes de su etapa cronológica en la vida.
- **Molar:** Tienen como función masticar y triturar los alimentos y son los más grandes dientes que tenemos.
- **Dentición decidua:** Conocida como dentición de leche se completará aproximadamente entre los 2 años y medio a 3 años de edad.

# **CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN**

## **3.1 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS PRINCIPALES Y DERIVADAS**

### **3.1.1 Hipótesis principal**

Es probable que el 60% de los pacientes de 4 a 8 años presenten pérdida prematura de molares deciduos.

### **3.1.2 Hipótesis derivadas**

#### **Primera:**

Es probable que los niños de sexo masculino tengan mayor prevalencia de pérdida prematura de molares deciduos que los del femenino.

#### **Segunda:**

Es probable que los niños de 8 años tengan mayor prevalencia de pérdida prematura de molares deciduos que los de 4 años.

#### **Tercera:**

Es probable que en el año 2017 se encuentre un aumento de la prevalencia de pérdida prematura de molares deciduos respecto al año 2015 en los pacientes niños motivo de estudio.

#### **Cuarta:**

Es probable que el primer molar deciduo presente con mayor frecuencia pérdida prematura y, además, sean dos o más piezas molares las que son afectadas por este problema de salud en los pacientes.

#### **Quinta:**

Es probable que el maxilar inferior tenga más frecuencia de pérdida prematura de molares deciduos, sin embargo, no hay diferencias respecto al lado de su presentación en los pacientes.



### 3.2 VARIABLES, DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL

#### a. Variables

##### 1. Variables Principales:

- Pérdida prematura.

##### 2. Variables Secundarias:

- Sexo.
- Edad.
- Piezas perdidas.
- Maxilar.
- Lado.
- Tipo de molar deciduo.
- Año.

#### b. Definición operacional de variables

##### VARIABLES PRINCIPALES

VARIABLES	INDICADORES	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICIÓN
Pérdida prematura	Presenta No presenta	Cualitativa	Nominal

## VARIABLES SECUNDARIAS

<b>VARIABLES SECUNDARIAS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>NATURALEZA</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>
Sexo	Masculino Femenino	Cualitativa	Nominal
Edad	Años	Cuantitativa	Razón
Piezas perdidas	Nº piezas	Cuantitativa	Razón
Maxilar	Superior Inferior	Cualitativa	Nominal
Lado	Derecho Izquierdo	Cualitativa	Nominal
Tipo de molar deciduo	Primer molar Segundo molar	Cualitativa	Nominal
Año	2015 2016 2017	Cualitativa	Ordinal

# **CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA**

## 4.1 DISEÑO METODOLÓGICO:

### 4.1.1. Tipo de Estudio

La presente investigación es no experimental, porque no vamos a intervenir en la unidad de estudio.

### 4.1.2. Diseño de la Investigación

- **De acuerdo a la temporalidad: Es transversal** porque se realizó una medición de la variable principal y secundaria sobre la unidad de estudio.
- **De acuerdo al lugar donde se obtendrán los datos: Es documental** puesto que la información se obtuvo de las historias clínicas correspondientes a los años 2015, 2016 y 2017.
- **De acuerdo al momento de recolección de datos: Es retrospectivo**, porque la información se obtuvo de las historias clínicas y son del pasado.
- **De acuerdo a la finalidad investigativa: Es descriptivo**, pues se busca conocer la presencia de pérdida prematura de molares deciduos en niños de 4 a 8 años.

## 4.2 DISEÑO MUESTRAL

- La población de estudio estuvo constituida por el total de historias clínicas comprendidas entre los años 2015 a 2017. Se trabajó con las Historias Clínicas que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

### 4.2.1 Criterios:

#### 4.2.1.1 Criterios de inclusión:

- Historias clínicas de pacientes con edades entre 4 y 8 años.
- Historias clínicas comprendidas entre los años 2015 a 2017.

- Historias clínicas correctamente llenadas.
- Historias clínicas visadas por el docente.

#### **4.2.1.2 Criterios de exclusión:**

- Historias clínicas incompletas.
- Historias clínicas que estén en un mal estado físico.

De acuerdo a estos criterios se determinó la población de 1386 Historias Clínicas y de ellas 309 tenían pérdida prematura de molares deciduos.

### **4.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se empleó la técnica de observación documental.

#### **4.3.1 Instrumento**

Ficha documental de recolección de datos (Anexo N° 1)

#### **4.3.2 Procedimientos para Recolectar los Datos**

En primer lugar, se presentó una solicitud de permiso para revisión de historias clínicas al Asistente Administrativo de la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas - Filial Arequipa, explicándole los objetivos del estudio y pedir su autorización, para así llevar a cabo la ejecución del presente estudio.

Una vez concedido el permiso, se programó las fechas de visita al archivo. Se seleccionó las historias en las diferentes fechas establecidas según el rango de edades (4-8) de los años 2015 al 2017. De cada historia clínica seleccionada para este estudio se procedió a tomar registro de: año, número de historia clínica, edad, sexo, piezas molares con pérdidas prematuras, número de piezas perdidas y la pieza ausente. Ésta información fue sacada de los datos de filiación y el Odontograma.

Todos los datos recogidos se anotaron en la ficha de recolección de datos fue elaborada específicamente para esta investigación.

Finalmente, estos datos fueron llevados a una matriz de datos elaborado virtualmente en una hoja de cálculo Excel.

#### **4.4 TÉCNICAS ESTADÍSTICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN**

El procesamiento de la información se llevó a cabo de manera computacional, para lo cual se procedió a tabular los datos en una matriz de sistematización (ver anexo N°3) para ello se utilizó una hoja de cálculo Excel a partir de ésta, se elaboraron las tablas, de simple y doble entrada, y gráficos, principalmente de barras.

Para describir las variables se calcularon frecuencias absolutas (N°) y relativas (%), dada la naturaleza cualitativa de las variables de interés. Luego se procedió a relacionar variables aplicándose para tal fin la prueba estadística de Chi Cuadrado. La totalidad del trabajo estadístico se realizó con la ayuda del software EPI – INFO versión 6.0

#### **4.5 ASPECTOS ÉTICOS**

En la presente investigación no se consideran los principios éticos puesto que es Retrospectivo; sin embargo, se guardará en reserva los nombres de los pacientes cuyas historias clínicas se evalúen.

# **CAPÍTULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## 5.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO:

**TABLA N° 1**  
**DISTRIBUCIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LA CLÍNICA**  
**ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS SEGÚN AÑO**

<b>AÑO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
2015	389	28.1
2016	380	27.4
2017	617	44.5
Total	1386	100.0

Fuente: Matriz de datos

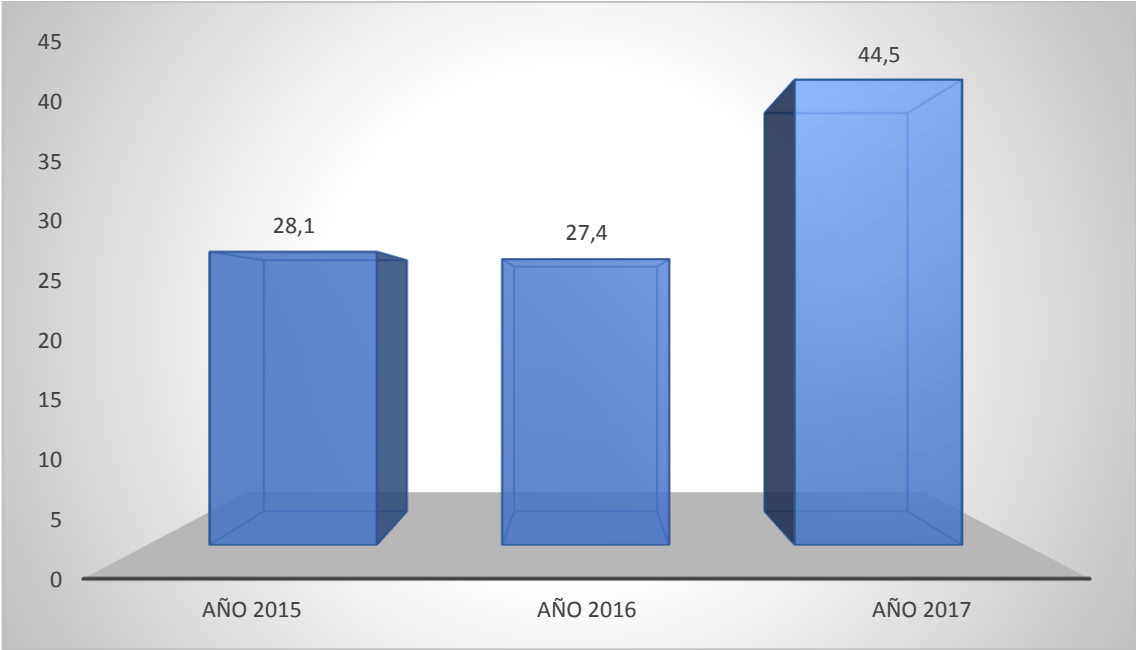
### INTERPRETACIÓN:

La investigación, que tuvo un diseño retrospectivo, contempló el estudio de pacientes entre los 4 a 8 años con la finalidad de establecer la prevalencia de pérdida prematura de molares deciduos. El estudio se hizo con historias clínicas correspondientes a tres años cronológicos, cuyas distribuciones numéricas y porcentuales se muestran en la tabla N° 1.

Como ya se mencionó, el trabajo consistió en recolectar datos de tres años, estos fueron desde el 2015 y hasta el 2017. De acuerdo a los resultados obtenidos, fue el año 2017 el que tuvo la mayor frecuencia de pacientes (44.5%), mientras que los años 2015 (28.1%) y 2016 (27.4%) se distribuyen muy homogéneamente entre ellos.



**GRÁFICO N° 1**  
**DISTRIBUCIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LA CLÍNICA**  
**ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS SEGÚN AÑO**



**TABLA N° 2**  
**DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA**  
**ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS SEGÚN**  
**EDAD**

<b>EDAD</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
4 años	202	14.6
5 años	313	22.6
6 años	281	20.3
7 años	343	24.7
8 años	247	17.8
Total	1386	100.0

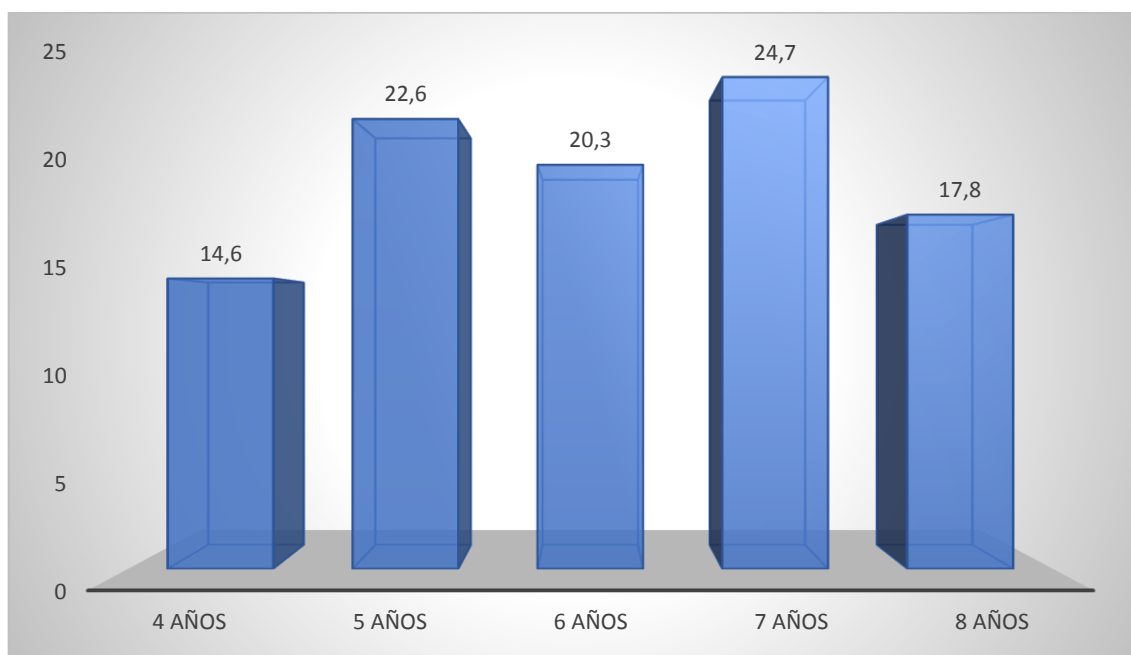
Fuente: Matriz de datos

**INTERPRETACIÓN:**

En la tabla N° 2 mostramos la distribución numérica y porcentual de los pacientes de 4 a 8 años atendidos en la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas, de acuerdo con su edad.

La población de estudio estuvo constituida por pacientes niños con edades en un intervalo que va desde un valor mínimo de 4 años y hasta aquellos cuyas edades llegaron a los 8 años. Si observamos los resultados obtenidos, la distribución por cada edad fue relativamente homogénea entre ellas, sin embargo, fueron los pacientes con 7 años la que se constituyó en el grupo con mayor porcentaje de participación (24.7%), seguidos por los niños que estaban con 5 años (22.6%). En tanto, los niños con 4 años correspondieron al grupo con menor presencia en nuestro trabajo (14.6%).

**GRÁFICO N° 2**  
**DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA**  
**ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS SEGÚN**  
**EDAD**



**TABLA N° 3**  
**DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA**  
**ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS SEGÚN**  
**SEXO**

<b>SEXO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Masculino	697	50.3
Femenino	689	49.7
Total	1386	100.0

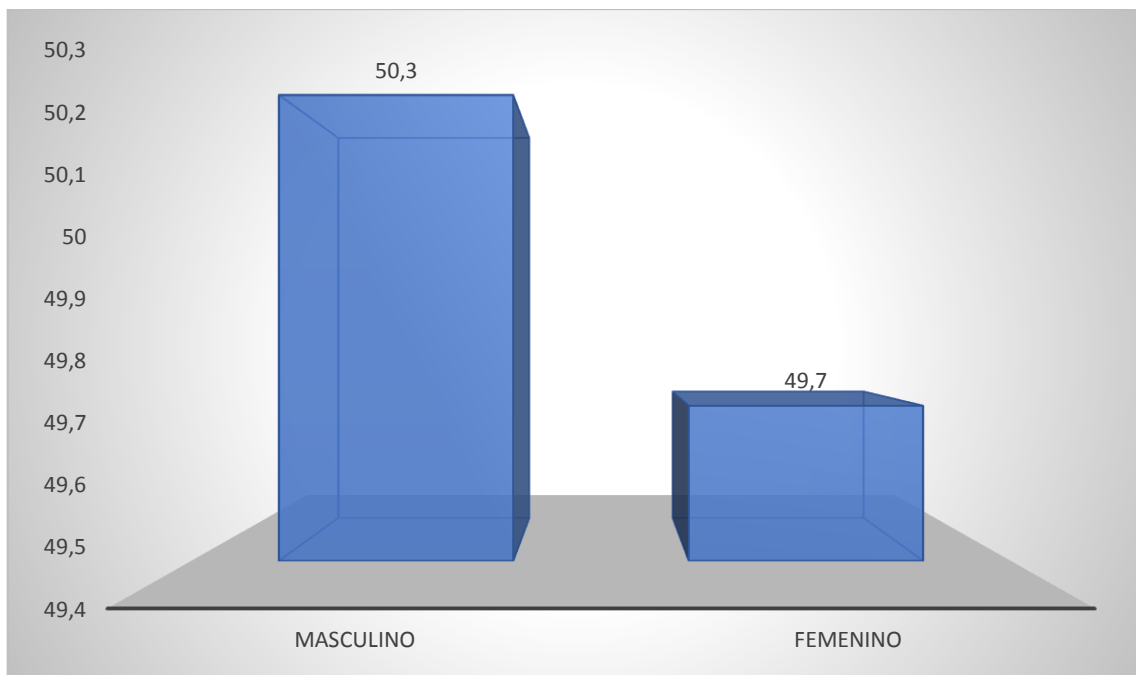
Fuente: Matriz de datos

**INTERPRETACIÓN:**

El sexo fue otra de las características que se tomó en cuenta en los pacientes de 4 a 8 años atendidos en la clínica en el periodo 2015 a 2017, cuya distribución numérica y porcentual se puede apreciar en la tabla que presentamos más arriba.

Al observar los resultados obtenidos, podemos evidenciar que la distribución de los pacientes de acuerdo con su sexo fue muy homogénea, pues casi la mitad de ellos eran mujeres y la otra mitad correspondieron a los varones. Sin embargo, la frecuencia de pacientes de sexo masculino (50.3%) fue ligeramente superior que el observado en aquellas del femenino (49.7%). Entonces, con estos datos la razón entre hombres y mujeres es prácticamente 1 a 1, es decir, por cada mujer había un hombre.

**GRÁFICO N° 3**  
**DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA**  
**ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS SEGÚN**  
**SEXO**



**TABLA N° 4**  
**PREVALENCIA DE PÉRDIDA PREMATURA DE MOLARES DECIDUOS DE**  
**LOS PACIENTES DE 4 A 8 AÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA**  
**ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS**

PÉRDIDA PREMATURA	N°	%
No presenta	1077	77.7
Presenta	309	22.3
Total	1386	100.0

Fuente: Matriz de datos

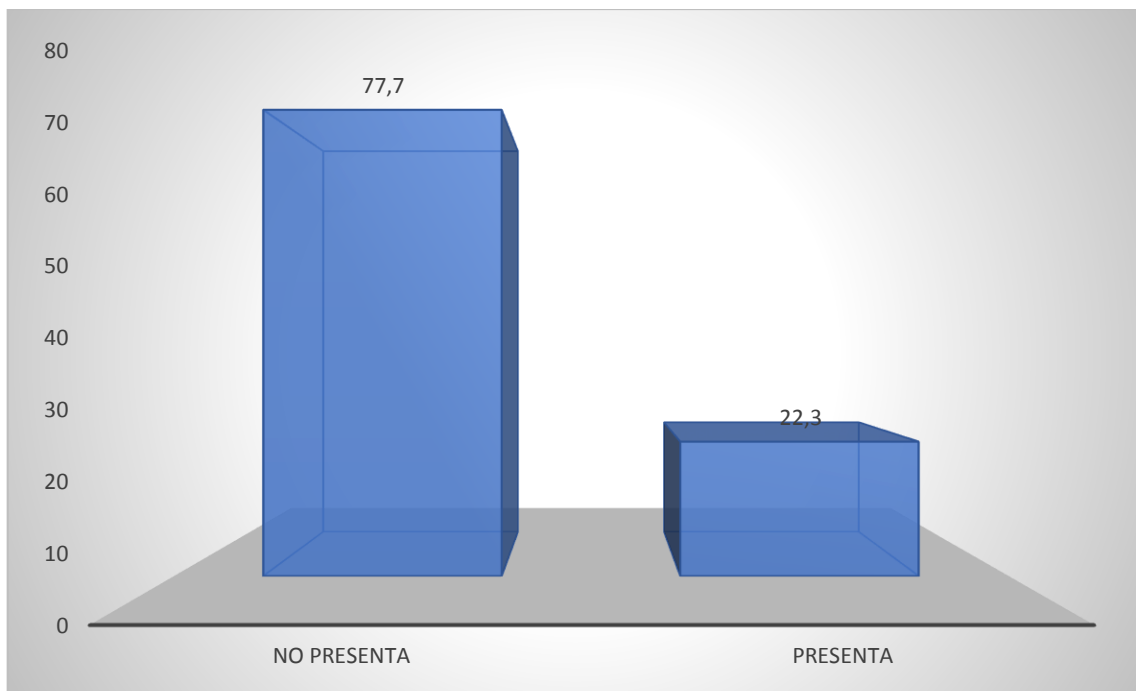
#### INTERPRETACIÓN:

El objetivo principal de nuestra investigación fue establecer la frecuencia de la pérdida prematura de molares deciduos en pacientes de 4 a 8 años atendidos en la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas durante el periodo considerado en el estudio.

Al observar los resultados obtenidos, podemos establecer que la prevalencia de pérdida prematura de molares deciduos fue, de 22.3%. Es decir, casi la cuarta parte de nuestra población infantil ha sufrido la pérdida prematura de estas piezas dentales, con las consecuencias que esto implica

#### GRÁFICO N° 4

PREVALENCIA DE PÉRDIDA PREMATURA DE MOLARES DECIDUOS DE  
LOS PACIENTES DE 4 A 8 AÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA  
ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS



**TABLA N° 5**  
**PÉRDIDA PREMATURA DE MOLARES DECIDUOS DE LOS PACIENTES DE**  
**4 A 8 AÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE LA**  
**UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS SEGÚN EL NÚMERO DE PIEZAS**

NÚMERO DE PIEZAS	N°	%
Una	163	52.8
Dos	91	29.4
Tres a más	55	17.8
Total	309	100.0

Fuente: Matriz de datos

**INTERPRETACIÓN:**

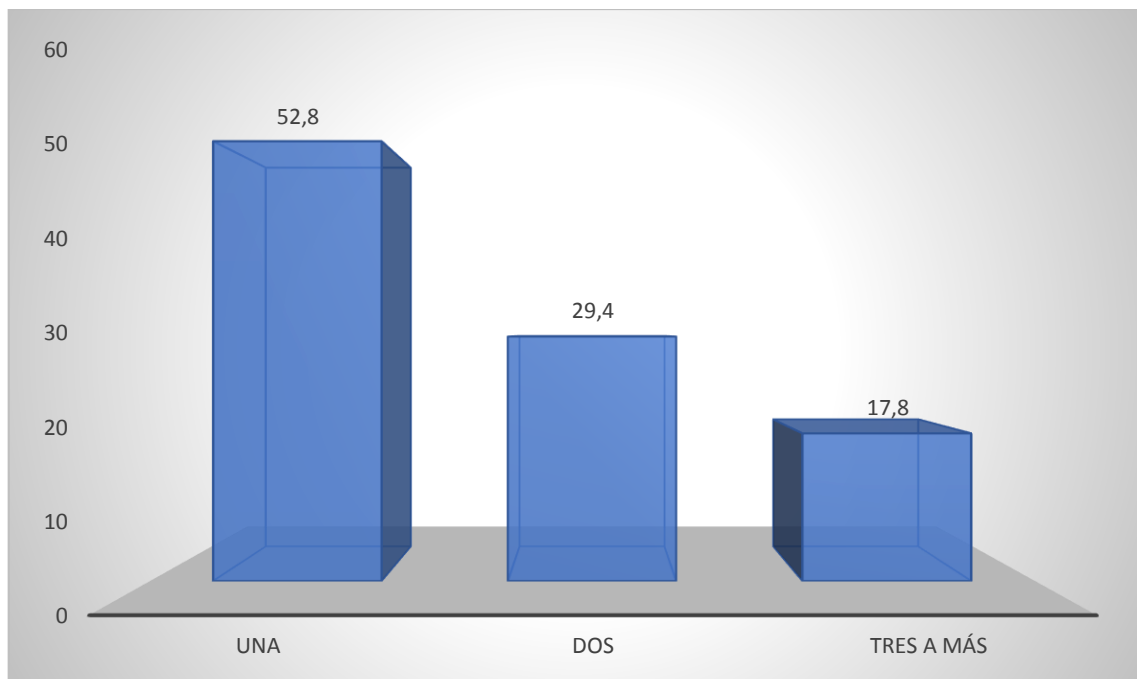
En los pacientes de 4 a 8 años, durante el periodo de recolección de datos, en los cuales se determinó que había pérdida prematura de molares deciduos, se evaluó el número de piezas perdidas, cuya distribución numérica y porcentual se puede observar en la tabla N° 5.

Como se puede observar de los resultados obtenidos, la mayoría de los pacientes evaluados sufrieron la pérdida prematura de una pieza dentaria molar temporal (52.8%). Presentaron la pérdida de dos piezas dentarias un (29.4%) el resto de ellos llegó a perder de tres hasta seis, de las ocho, piezas molares (17.8%).



### GRÁFICO N° 5

**PÉRDIDA PREMATURA DE MOLARES DECIDUOS DE LOS PACIENTES DE 4 A 8 AÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS SEGÚN EL NÚMERO DE PIEZAS**



**TABLA N° 6**  
**PÉRDIDA PREMATURA DE MOLARES DECIDUOS SEGÚN PIEZA**  
**DENTARIA EN PACIENTES DE 4 A 8 AÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA**  
**ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS**

PIEZAS	N°	%
5.4	74	13.7
5.5	28	5.2
6.4	73	13.5
6.5	30	5.6
7.4	87	16.1
7.5	71	13.2
8.4	99	18.4
8.5	77	14.3
Total	309	100.0

Fuente: Matriz de datos

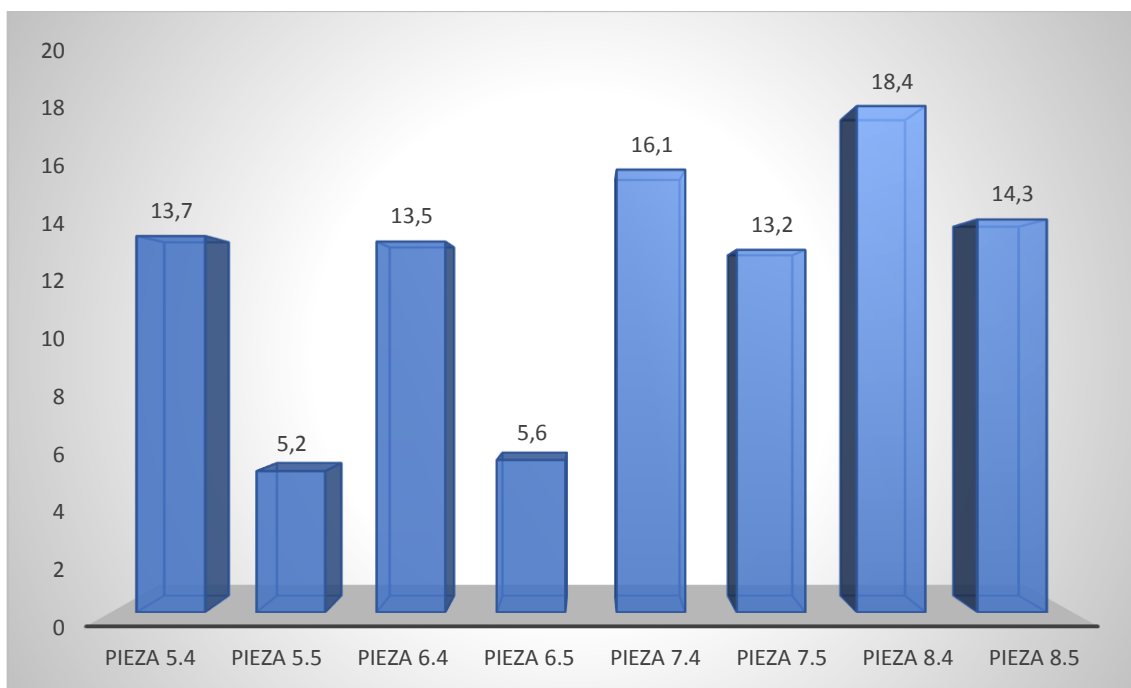
**INTERPRETACIÓN:**

En la tabla N° 6 mostramos la distribución numérica y porcentual de las piezas dentarias molares deciduos que sufrieron su pérdida prematura en los pacientes que fueron motivo de investigación durante el periodo de estudio establecido (2015 a 2017).

Los resultados nos permiten colegir que las piezas que, con más frecuencia se pierden prematuramente, fueron la 8.4, con un 18.4% y la 7.4, con el 16.1%, es decir, los primeros molares deciduos inferiores; en tanto, las que con menos frecuencia se pierden prematuramente están la 5.5, con un porcentaje de 5.2% y la 6.5, con un 5.6%, son los segundos molares deciduos superiores.

### GRÁFICO N° 6

#### PÉRDIDA PREMATURA DE MOLARES DECIDUOS SEGÚN PIEZA DENTARIA EN PACIENTES DE 4 A 8 AÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS



**TABLA N° 7**  
**PÉRDIDA PREMATURA DE MOLARES DECIDUOS SEGÚN MAXILAR EN**  
**PACIENTES DE 4 A 8 AÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA**  
**ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS**

<b>MAXILAR</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Superior	83	26.9
Inferior	162	52.4
Ambos	64	20.7
Total	309	100.0

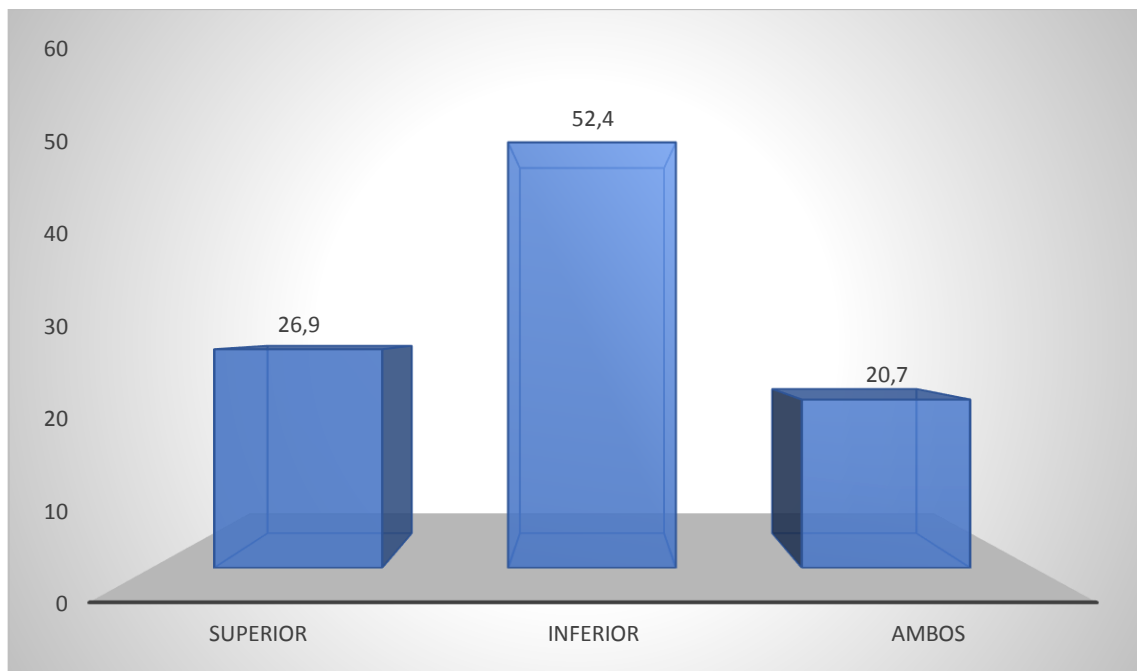
Fuente: Matriz de datos

**INTERPRETACIÓN:**

La pérdida prematura de molares deciduos en los pacientes de 4 a 8 años que fueron motivo de investigación se caracterizaron de acuerdo con el maxilar donde se evidenció su ausencia.

Luego de llevada a cabo la evaluación de las historias clínicas de los niños, se encontró que la pérdida prematura de molares deciduos se da, en el mayor porcentaje de los casos encontrados, exclusivamente en el maxilar inferior (52.4%), además si a este porcentaje le adicionamos los pacientes que presentan ésta perdida en ambas maxilares, la prevalencia de pérdida de molares deciduos tempranamente en la mandíbula aumenta hasta el 73.1% de los casos.

**GRÁFICO N° 7**  
**PÉRDIDA PREMATURA DE MOLARES DECIDUOS SEGÚN MAXILAR EN**  
**PACIENTES DE 4 A 8 AÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA**  
**ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS**



**TABLA N° 8**  
**PÉRDIDA PREMATURA DE MOLARES DECIDUOS SEGÚN LADO EN**  
**PACIENTES DE 4 A 8 AÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA**  
**ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS**

LADO	N°	%
Derecho	102	33.0
Izquierdo	96	31.1
Ambos lados	111	35.9
Total	309	100.0

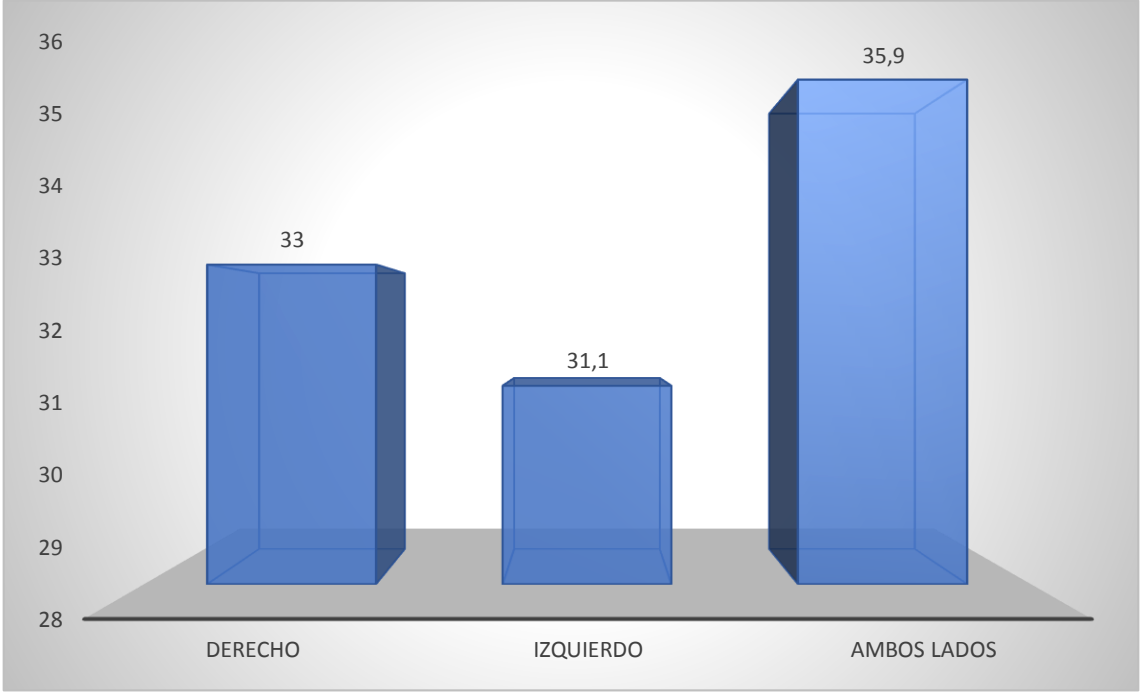
Fuente: Matriz de datos

**INTERPRETACIÓN:**

El lado en el cual se produce la pérdida prematura de los molares deciduos de los pacientes niños donde se observó este problema de salud bucal, fue otra de las características de interés que se estudió para mejorar su descripción desde la perspectiva epidemiológica.

Los resultados a los que hemos arribado después de llevada a cabo la revisión de historias clínicas, nos permiten establecer que el lado de presentación de la pérdida prematura de molares deciduos es indistinto, pues la tercera parte de los casos se evidenciaron únicamente en el lado derecho de los maxilares (33.0%), otra tercera parte se presentó solamente en el lado izquierdo (31.1%) y, finalmente, la última tercera parte se diagnosticó en ambos lados de los maxilares (35.9%).

**GRÁFICO N° 8**  
**PÉRDIDA PREMATURA DE MOLARES DECIDUOS SEGÚN LADO EN**  
**PACIENTES DE 4 A 8 AÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA**  
**ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS**



**TABLA N° 9**  
**PÉRDIDA PREMATURA DE MOLARES DECIDUOS DE LOS PACIENTES DE**  
**4 A 8 AÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE LA**  
**UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS SEGÚN EL TIPO DE PIEZA**

TIPO	N°	%
Primer molar	157	50.8
Segundo molar	63	20.4
Ambos	89	28.8
Total	309	100.0

Fuente: Matriz de datos

**INTERPRETACIÓN:**

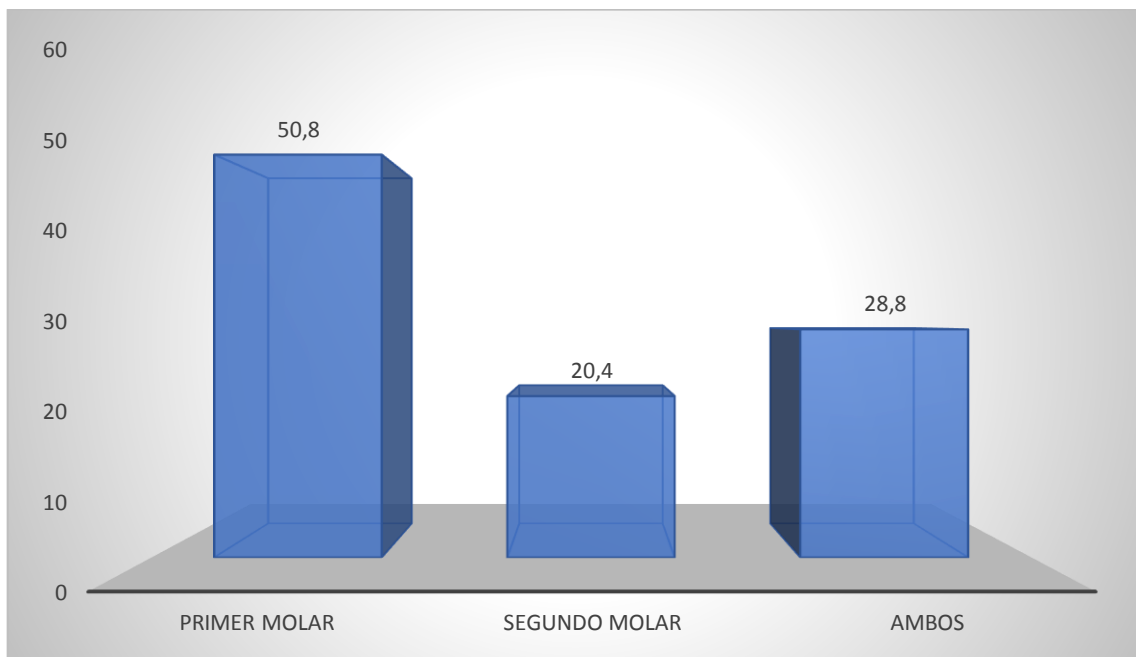
En la tabla N° 9 mostramos la distribución de los casos de pérdida prematura de molares deciduos observados en las historias clínicas de los pacientes niños que fueron revisadas de acuerdo con el tipo de pieza.

Como se puede apreciar de los resultados a los que se ha arribado, el mayor porcentaje de los pacientes en los que se observó la pérdida prematura, el diente comprometido fue el primer molar (50.8%), luego estuvieron los pacientes que perdieron el segundo molar (20.4%) y finalmente encontramos a los que presentaron este problema tanto con el primer como segundo molar, con el 28.8% de los casos.



### GRÁFICO N° 9

**PÉRDIDA PREMATURA DE MOLARES DECIDUOS DE LOS PACIENTES DE 4 A 8 AÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS SEGÚN EL TIPO DE PIEZA**



**TABLA N° 10**  
**RELACIÓN ENTRE AÑO DE EVALUACIÓN Y PÉRDIDA PREMATURA DE**  
**MOLARES DECIDUOS EN PACIENTES DE 4 A 8 AÑOS ATENDIDOS EN LA**  
**CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS**

Año	Pérdida Prematura				Total	
	No presenta		Presenta		N°	%
	N°	%	N°	%		
2015	305	78.4	84	21.6	389	100.0
2016	300	78.9	80	21.1	380	100.0
2017	472	76.5	145	23.5	617	100.0
Total	1077	77.7	309	22.3	1386	100.0

Fuente: Matriz de datos

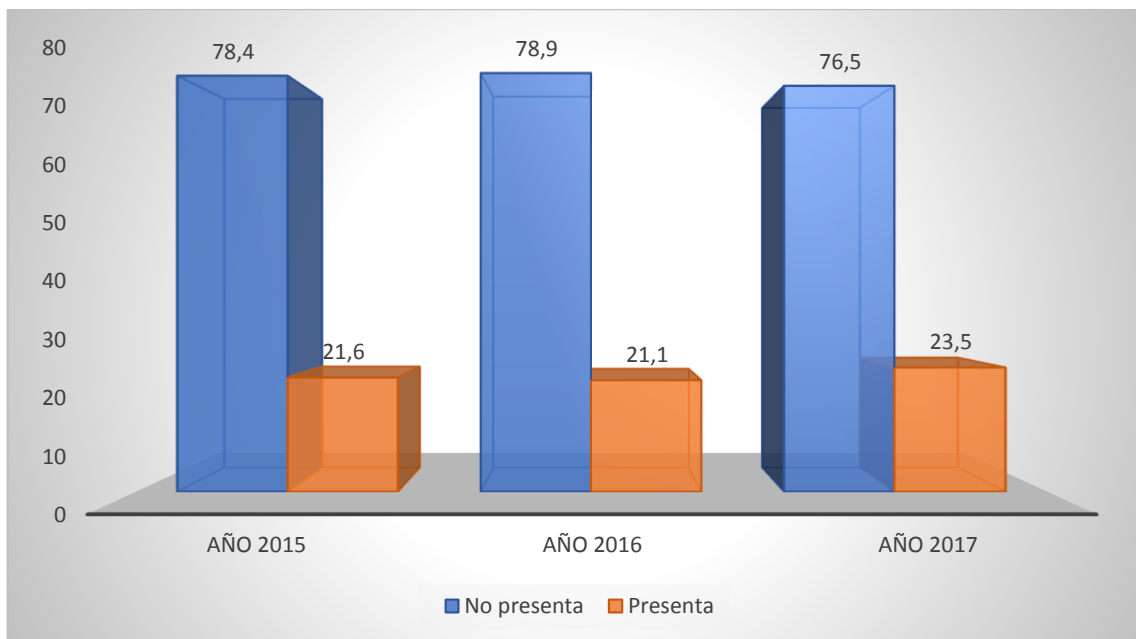
**INTERPRETACIÓN:**

En la tabla que mostramos se presenta la prevalencia de pérdida prematura de molares deciduos en los pacientes de 4 a 8 años que fueron atendidos en la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas, durante el periodo de evaluación, que fue del 2015 al 2017.

De acuerdo con los resultados obtenidos, en el año 2015 la prevalencia de pérdida prematura de molares deciduos correspondió al 21.6%, en el 2016 esta disminuyó ligeramente hasta alcanzar un valor de 21.1% y, para el año 2017, la prevalencia aumentó, respecto a los dos valores anteriores, siendo su valor de 23.5%.

### GRÁFICO N° 10

RELACIÓN ENTRE AÑO DE EVALUACIÓN Y PÉRDIDA PREMATURA DE MOLARES DECIDUOS EN PACIENTES DE 4 A 8 AÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS



**TABLA N° 11**  
**RELACIÓN ENTRE EDAD Y PÉRDIDA PREMATURA DE MOLARES**  
**DECIDUOS EN PACIENTES DE 4 A 8 AÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA**  
**ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS**

Edad	Pérdida Prematura				Total	
	No presenta		Presenta		N°	%
	N°	%	N°	%		
4 años	192	95.0	10	5.0	202	100.0
5 años	263	84.0	50	16.0	313	100.0
6 años	230	81.9	51	18.1	281	100.0
7 años	230	67.1	113	32.9	343	100.0
8 años	162	65.6	85	34.4	247	100.0
<b>Total</b>	<b>1077</b>	<b>77.7</b>	<b>309</b>	<b>22.3</b>	<b>1386</b>	<b>100.0</b>

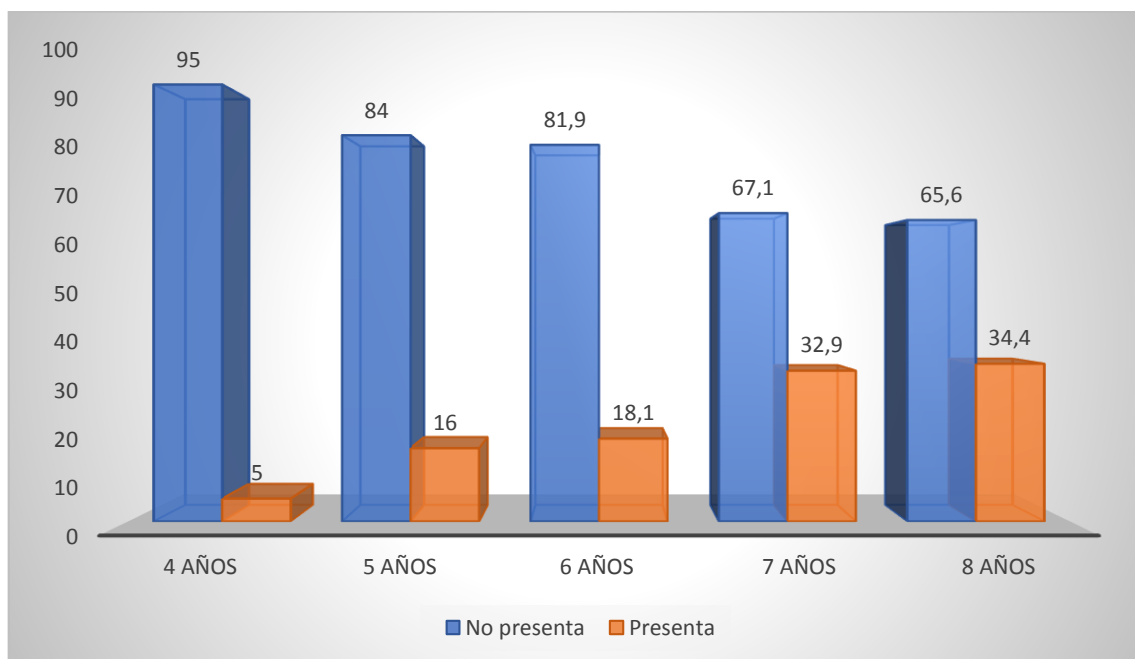
Fuente: Matriz de datos

#### INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla mostramos la relación llevada a cabo entre la edad de los pacientes motivo de investigación y la prevalencia de pérdida prematura de molares deciduos.

De acuerdo con los resultados obtenidos, podemos apreciar que, en el caso de los niños de 4 años, la prevalencia de pérdida prematura de molares deciduos fue del 5.0%, para los que estaban con 5 años la prevalencia aumentó notoriamente hasta un 16.0%, siendo en los de 6 años muy cercana al grupo anterior con 18.1%, respecto a los de 7 y 8 años, prácticamente en la tercera parte de ellos había pérdida prematura de estas piezas dentarias (32.9% y 34.4% respectivamente).

**GRÁFICO N° 11**  
**RELACIÓN ENTRE EDAD Y PÉRDIDA PREMATURA DE MOLARES**  
**DECIDUOS EN PACIENTES DE 4 A 8 AÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA**  
**ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS**



**TABLA N° 12**  
**RELACIÓN ENTRE SEXO Y PÉRDIDA PREMATURA DE MOLARES**  
**DECIDUOS EN PACIENTES DE 4 A 8 AÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA**  
**ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS**

Sexo	Pérdida Prematura				Total	
	No presenta		Presenta		N°	%
	N°	%	N°	%		
Masculino	539	77.3	158	22.7	697	100.0
Femenino	538	78.1	151	21.9	689	100.0
Total	1077	77.7	309	22.3	1386	100.0

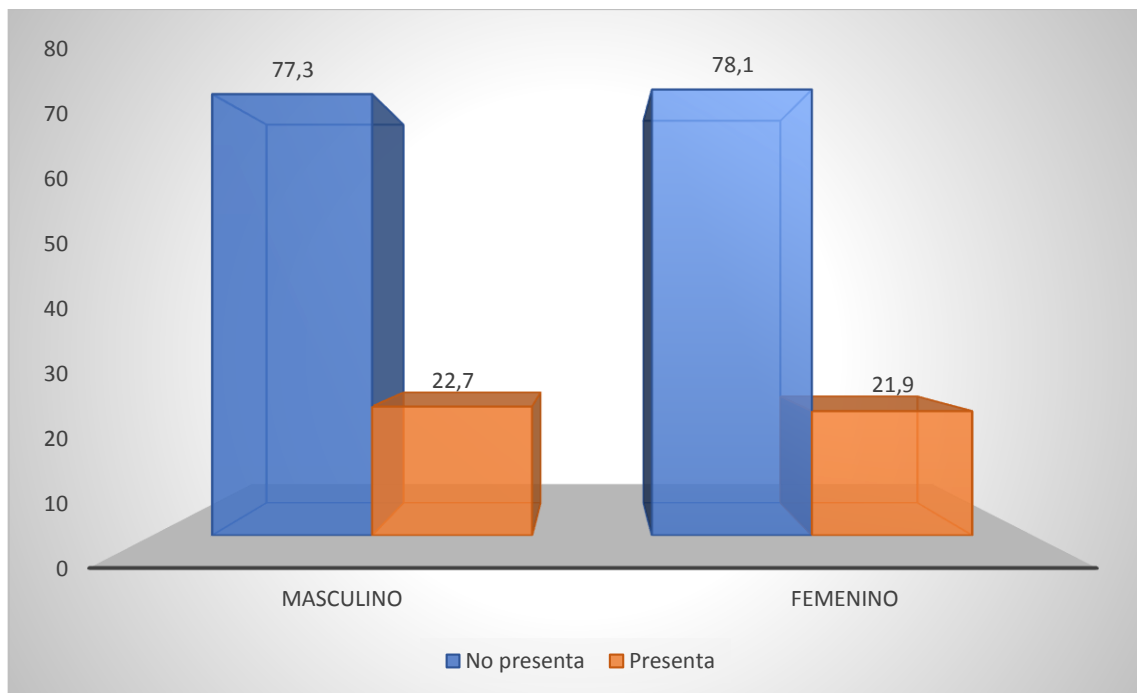
Fuente: Matriz de datos

#### INTERPRETACIÓN:

El sexo fue otra de las características que fueron incluidas en el estudio y se la relacionó con la prevalencia de pérdida prematura de molares deciduos en los pacientes niños evaluados.

Como se aprecia de los resultados obtenidos, para el caso de los hombres, la prevalencia obtenida fue del 22.7%, respecto a las mujeres, la prevalencia observada fue ligeramente menor que para los pacientes del sexo masculino, siendo este porcentaje de 21.9%.

**GRÁFICO N° 12**  
**RELACIÓN ENTRE SEXO Y PÉRDIDA PREMATURA DE MOLARES DECIDUOS EN PACIENTES DE 4 A 8 AÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS**



## 5.2 ANÁLISIS INFERENCIAL:

**TABLA N° 13**  
**PRUEBA CHI CUADRADO PARA RELACIONAR EL AÑO DE EVALUACIÓN,**  
**EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES DE 4 A 8 AÑOS CON LA**  
**PREVALENCIA DE PÉRDIDA PREMATURA DE MOLARES DECIDUOS**

PREVALENCIA PÉRDIDA PREMATURA	Valor Estadístico	Grados de Libertad	Significancia <b>P</b>
AÑO	0.967	2	0.617 ( $p \geq 0.05$ )
EDAD	88.474	4	<b>0.000</b> ( $p < 0.05$ )
SEXO	0.113	1	0.747 ( $p \geq 0.05$ )

En la relación llevada a cabo del año de la evaluación de los datos (Tabla N° 10) y de la edad (Tabla N° 11) y sexo (Tabla N° 12) de los pacientes con la prevalencia de pérdida prematura de molares deciduos, se aplicó la prueba estadística de Chi Cuadrado, la cual nos permite establecer si hay relación entre estas variables, las cuales son de naturaleza cualitativa.

Como se aprecia, según la prueba estadística aplicada, no se ha encontrado relación significativa del año de evaluación y el sexo de los pacientes con la prevalencia prematura de molares deciduos, es decir, con el transcurrir de los años no se ha modificado el comportamiento de la prevalencia de este problema de salud, así mismo, esta es la misma ya sea el paciente hombre o mujer. Respecto a la edad, sí hemos encontrado relación estadísticamente significativa, demostrándose que la prevalencia de pérdida prematura de molares deciduos aumenta conforme el paciente crece en edad.



## **5.3 COMPROBACIÓN DE LAS HIPÓTESIS:**

### **5.3.1 Hipótesis principal**

Es probable que el 60% de los pacientes de 4 a 8 años presenten pérdida prematura de molares deciduos.

#### **Conclusión:**

De acuerdo con los resultados obtenidos (Tabla N° 4), procedemos a rechazar la hipótesis principal, puesto hemos encontrado que la prevalencia de pérdida prematura de molares deciduos en los pacientes que fueron motivo de investigación fue de 22.3%.

### **5.3.2 Hipótesis derivadas**

#### **5.3.2.1 Primera:**

Es probable que los niños de sexo masculino tengan mayor frecuencia de pérdida prematura de molares deciduos que los del femenino.

#### **Regla de Decisión:**

Si  $P \geq 0.05$                       No se acepta la hipótesis.

Si  $P < 0.05$                       Se acepta la hipótesis.

#### **Conclusión:**

Tomando en cuenta los resultados obtenidos (Tabla N° 13) procedemos a rechazar nuestra primera hipótesis derivada, pues el sexo de los pacientes no mostró tener relación estadísticamente significativa con la pérdida prematura de molares deciduos.

#### **5.3.2.2 Segunda:**

Es probable que los niños de 8 años tengan mayor frecuencia de pérdida prematura de molares deciduos que los de 4 años.

**Regla de Decisión:**

Si  $P \geq 0.05$  No se acepta la hipótesis.

Si  $P < 0.05$  Se acepta la hipótesis.

**Conclusión:**

Respecto a los resultados obtenidos (Tabla N° 13), procedemos a aceptar la segunda hipótesis derivada, dado que se ha demostrado que mientras mayor sea la edad de los niños, la prevalencia de pérdida prematura de molares deciduos aumenta significativamente.

**5.3.2.3 Tercera:**

Es probable que en el año 2017 se encuentre un aumento de la prevalencia de pérdida prematura de molares deciduos respecto al año 2015 en los pacientes niños motivo de estudio.

**Regla de Decisión:**

Si  $P \geq 0.05$  No se acepta la hipótesis.

Si  $P < 0.05$  Se acepta la hipótesis.

**Conclusión:**

Respecto a los resultados obtenidos (Tabla N° 13), procedemos a rechazar la tercera hipótesis derivada, puesto que la prevalencia de pérdida prematura de molares deciduos se ha mantenido igual desde el año 2015 y hasta el 2017.

**5.3.2.4 Cuarta:**

Es probable que el primer molar deciduo presente con mayor frecuencia pérdida prematura y, además, sean dos o más piezas molares las que son afectadas por este problema de salud en los pacientes.

**Conclusión:**

Respecto a los resultados obtenidos (Tablas N° 9 y 5), procedemos a aceptar parcialmente la cuarta hipótesis derivada, puesto que se ha demostrado que la prevalencia de pérdida prematura de molares deciduos se da con mayor frecuencia en primeros molares, sin embargo, en la mayoría de los casos sólo es una pieza la afectada.

**5.3.2.5. Quinta:**

Es probable que el maxilar inferior tenga más frecuencia de pérdida prematura de molares deciduos, sin embargo, no hay diferencias respecto al lado de su presentación en los pacientes.

**Conclusión:**

Respecto a los resultados obtenidos (Tablas N° 7 y 8), procedemos a aceptar nuestra quinta hipótesis derivada, dado que se ha demostrado que el maxilar donde preferentemente se observa la pérdida prematura de molares deciduos en el inferior y, además, esta se da indistintamente tanto en el lado derecho como izquierdo.

## 5.4 DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo por objetivo determinar la prevalencia de la pérdida prematura de molares deciduos en una población de 1386 Historias Clínicas en pacientes comprendidos entre las edades de 4 a 8 años en la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas. Se determinó que la prevalencia de pérdida de molares deciduos es (22.3%), resultado que no coincide con lo referido por **Acuña Aylas, Jhosef M.** resultando así que, de los 100 menores estudiados, (30.38%) presentaron pérdidas prematuras. **Bustos A, Zamora E, Ampuero J, Norambuena C.** se encontró una prevalencia de (16.2%) de pérdidas prematuras en los 105 menores estudiados. **Mozo Palma, David M.** la prevalencia de pérdida prematura en el grupo estudiado de 202 menores fue del (69.3%).

En la investigación realizada se determinó que el grupo etario más prevalente fue de 8 años con (34.4%), este resultado coincide con lo reportado por **Guerra Espadero, Paula A.** quien halló que los niños de 8 años tienen mayor pérdida (29%). Sin embargo no coincide con lo investigado por **Acuña Aylas, Jhosef M.** quien encontró más piezas perdidos en niños de 10 años (44.9%); **Bustos A, Zamora E, Ampuero J, Norambuena C.** los niños de 6 años perdieron más piezas (88.2%). **Mozo Palma, David M.** nos relata que los niños de 6 años perdieron más piezas (78.9%).

Se determinó además que el sexo masculino fue ligeramente superior con un porcentaje de (22.7%). Resultado que concuerda con lo encontrado por **Acuña Aylas, Jhosef M.** que dice que el género masculino perdió más piezas con (56.4%). **Guerra Espadero, Paula A.** obtuvo que el género masculino perdió más piezas (69%). Sin embargo, estos resultados no coinciden con lo referido por **Mozo Palma, David M.** ya que obtuvo una mayor pérdida en el sexo femenino con un porcentaje de (73.8%).

Asimismo, en la investigación realizada se determinó que según el molar con mayor frecuencia perdido es la pieza (8.4) representando el (18.4%). Habiendo concordancia que los molares deciduos que más se pierden es en

el maxilar inferior. **Acuña Aylas, Jhosef M.** obtuvo como resultado la pieza (8.5) con un porcentaje de (26.7%); **Bustos A, Zamora E, Ampuero J, Norambuena C.** refirió la pieza (7.4) con (22.6%). **Guerra Espadero, Paula A.** obtuvo resultados en la pieza (8.4) con un (18%); **Mozo Palma, David M.** encontró la pieza (7.5) con porcentaje de (17.4%).

## CONCLUSIONES

- PRIMERA** : De acuerdo a los resultados obtenidos, la prevalencia de pérdida prematura de molares deciduos en pacientes de 4 a 8 años, fue de (22.3%).
- SEGUNDA** : La prevalencia de pérdida prematura de molares según el sexo no fueron significativas, en los pacientes de sexo masculino fue (22.7%) ligeramente superior que lo observado en el sexo femenino con (21.9%).
- TERCERA** : La prevalencia de pérdida prematura de molares deciduos, según la edad, revela que fue relativamente homogénea, así los pacientes con 8 años representan el grupo con mayor porcentaje de (34.4%). En tanto los niños con 7 años refieren un (32.9%) y finalmente el menor porcentaje se evidencia en el grupo etario de 4 años con (5%).
- CUARTA** : De acuerdo a los resultados obtenidos, en el año 2015 la prevalencia de pérdida prematura correspondió al (21.6%) en el 2016 disminuyó ligeramente (21.1%), y para el año 2017 la prevalencia aumentó respecto a los dos valores anteriores, siendo su valor de (23.5%).
- QUINTA** : El mayor porcentaje de la pérdida prematura del diente comprometido fue el primer molar (50.8%), así mismo se puede observar que la mayoría de los pacientes evaluados sufrieron la pérdida prematura de solo una pieza dentaria con un (52.8%).
- SEXTA** : Se encontró que la pérdida prematura de molares deciduos se da en mayor porcentaje en el maxilar inferior (52.4%), además se estableció que el lado de presentación es indistinto ya que una tercera parte se evidencia en el lado derecho (33.0%), otra en el lado izquierdo (31.1%) y finalmente la pérdida de molares en ambos lados de los maxilares refiere un (35.9%).

## RECOMENDACIONES

- PRIMERA** : Se recomienda a los estudiantes de Estomatología, realizar estudios de extensión al presente trabajo para obtener mayor información sobre el tema de pérdida prematura de los dientes deciduos anteriores y posteriores y las posibles causas y consecuencias.
- SEGUNDA** : Se sugiere a los profesionales odontopediátricos y estudiantes de Estomatología que al indicar una exodoncia se realice el estudio del perímetro del arco para determinar la necesidad de un mantenedor de espacio.
- TERCERA** : Se sugiere a los estudiantes de Estomatología realizar un estudio similar en poblaciones con distintas características fisiológicas, hábitos, alimentación, basándose en ésta investigación para poder realizar una comparación de la información obtenida.
- CUARTA** : Se recomienda realizar estudios sobre la edad de erupción dentaria en nuestra población, debido a que tiene características propias dentro de la cronología y secuencia eruptiva, lo que permitirá determinar con mayor precisión las edades de pérdida prematura de piezas deciduas.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. 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 2017-1. Facultad de Odontología. Trabajo de titulación. Ecuador 2017
2. Canchiña 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”. Para obtención de título de odontólogo. Universidad de Guayaquil. Facultad piloto de Odontología. Guayaquil 2014.
3. 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 Cesfamcuraco de Velez durante los meses de abril a julio de 2014. Chile 2014. Trabajo de Investigación de la Facultad de Odontología, Universidad de Concepción. Disponible en: <http://repositorio.udec.cl/xmlui/bitstream/handle/123456789/1652/Trabajo%20Investigaci%C3%B3n.Image.Marked.pdf?sequence=1>. Chile 2014.
4. Guerra P. Incidencia de pérdida prematura de molares temporarios en niños de 3-9 años del cantón el guabo. Enero – junio 2014. Tesis para optar el Título Profesional de Odontóloga. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Odontología. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Ecuador 2014.
5. Chaves M. Prevalencia de la pérdida prematura de molares temporales y su relación con algunos factores de riesgo en niños y niñas preescolares del Cantón de Montes de Oca. *Odontos International Journal of Dental Sciences* ISSN Impreso: 1659-1046 ISSN electrónico: 2215-3411. Disponible en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/Odontos/article/view/4779>.
6. Chichipe S. 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. Tesis para optar el título de cirujano dentista. Lima 2016.

7. Mozo D. Prevalencia de la pérdida prematura de molares temporales en escolares de 6 a 9 años de I.E.E. primarias del distrito de Anta – 2014. Cusco 2015.
8. Gonzales M. 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 César Augusto Mazeyra Acosta. Arequipa 2015.
9. Zerón A. Cómo conservar sus dientes y encías toda la vida. Primera edición. México. 2003. p. 16.
10. Boj JR, Catalá M, García-Ballesta C, Mendoza A, Planells P. Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven. 1ª Ed. Madrid: Ripano Editorial Médica; 2010.
11. Mendoza A, Solano E. Desarrollo y erupción dentaria. En: Odontopediatría la evolución del niño al adulto joven. Editorial Ripano.p.79.
12. Finn S, Sidney B. Odontología Pediátrica. 4ª ed. St. México: Derv; 2000.
13. Pettorossi J. Anatomía de los dientes deciduos. En: odontopediatría en la primera infancia. Editorial Santos. p.92-97.
14. Ash M, Nelson S. Wheeler Anatomía, Fisiopatología y Oclusión Dental. Octava Edición. Universitat de Barcelona. España; 2003.
15. Ustrell J. Manual de ortodoncia. Publicacions I Edicions de Universitat de Barcelona; 2011.
16. Gay C y Berini L. (2009). Cirugía bucal. Barcelona, España: Océano. pp. 300-301.
17. Law C. Management of premature primary tooth loss in the child patient. J Calif Dent Assoc. 2013; 41(8):612-8.

18. Law C. Management of Premature Primary Tooth Loss in the Child Patient. CDA Journal. 2013; 41(8): 612-8.
19. Padma B, Retna N. Loss of space and changes in the dental arch after premature loss of the lower primary molar: A longitudinal study. J Indian Soc of Ped and Prev Dent. 2006; 24(2): 90-6.
20. Jacob D, Greg J. Evidence indicates minimal short term space loss after premature loss of primary first molars. J Am Dent Assoc. 2010; (141): 7778.
21. Cernmei E, Maxim D, Zetu I. The influence of premature loss of temporary upper molars on permanent molars. Rev Med Chir Soc Med Nat. 2015; 119(1):236-42.
22. Bandeira M, Tornisiello C, Vilela M, Oliveira J, Batista L. Space changes after premature loss of deciduous molars among Brazilian children. Amer J Ortho and Dent Orthop. 2011; 140(6): 771-8.
23. Boj, J. R. et al. (2005). Odontopediatría. Barcelona, Espana: Masson. pp. 60-65, 227 -242.
24. Turolla M, Nosé C, Salete M. Educación y motivación en la promoción de la salud bucal. En: odontopediatría en la primera infancia. Editorial Santos. p.381-383.
25. Cupé A., García C. Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento. Rev Estomatol Herediana. 2015 Abr-Jun; 25(2):112-121. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/reh/v25n2/a04v25n2.pdf>
26. Zerón A. Cómo conservar sus dientes y encías toda la vida. Primera edición. México. 2003. p. 17

# **ANEXOS**

**ANEXO Nº 01:  
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

*UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS*

**ESCUELA DE ESTOMATOLOGÍA**

Fecha: .....

Nº	Año	Nº H.C	Edad	Sexo	Pérdida prematura de molares deciduos	Nº de piezas perdidas	Pieza 5.4	Pieza 5.5	Pieza 6.4	Pieza 6.5	Pieza 7.4	Pieza 7.5	Pieza 8.4	Pieza 8.5
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														

**ANEXO N° 02:  
DOCUMENTACION SUSTENTATORIA**

**“AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL”**

Solicitud para revisión de Historias Clínicas

Arequipa 19 de julio del 2018

CD. Edson Diego Pérez Rivera.

ASISTENTE ADMINISTRATIVO DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA UAP.  
FILIAL AREQUIPA.

Presente

De mis consideraciones.

Yo Magaly Condori de código 2011218482 egresada de la Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud Escuela Profesional de Estomatología, me dirijo ante usted muy cordialmente para solicitarle a usted se me permita revisar las historias clínicas de los alumnos de clínica; motivo por el cual estos datos me serán útiles para mi proyecto de investigación con el tema “Pérdida prematura de molares deciduos en pacientes de 4-8 años atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas. Arequipa 2015-2017”.

Gracias por la atención prestada, anticipo mis agradecimientos.

Atentamente



Magaly Condori Ticona

DNI N°74120574



**ANEXO N° 03:  
MATRIZ DE DATOS**

N°	Año	Edad	Sexo	Pérdida	N° piezas	Pza 1	Pza 2	Pza 3	Pza 4	Pza 5	Pza 6	Maxilar	Lado	Tipo
1	2015	5	F	2	1	6.4						1	2	1
2	2015	7	F	2	1	7.4						2	2	1
3	2015	7	F	2	3	5.4	6.4	8.4				3	3	1
4	2015	5	M	2	1	8.4						2	1	1
5	2015	6	F	2	2	7.5	8.4					2	3	3
6	2015	8	M	2	1	5.4						1	1	1
7	2015	7	M	2	3	5.4	7.5	8.5				3	3	3
8	2015	7	M	2	2	6.4	6.5					1	2	3
9	2015	7	F	2	1	7.4						2	2	1
10	2015	6	M	2	1	5.4						1	1	1
11	2015	5	F	2	2	6.4	8.5					3	3	3
12	2015	8	F	2	1	6.5						1	2	2
13	2015	5	M	2	4	5.4	6.4	7.5	8.5			3	3	3
14	2015	6	F	2	2	7.5	8.5					2	3	2
15	2015	7	F	2	1	8.5						2	1	2
16	2015	8	F	2	3	7.4	7.5	8.5				2	3	3
17	2015	5	M	2	1	8.5						2	1	2
18	2015	6	F	2	1	6.4						1	2	1
19	2015	8	M	2	1	7.4						2	2	1
20	2015	6	F	2	1	7.5						2	2	2
21	2015	8	F	2	1	5.4						1	1	1
22	2015	8	F	2	1	6.4						1	2	1
23	2015	7	M	2	1	8.5						2	1	2
24	2015	7	M	2	1	8.4						2	1	1
25	2015	8	M	2	1	7.4						2	2	1
26	2015	8	M	2	1	8.5						2	1	2
27	2015	5	M	2	4	5.4	6.4	7.4	8.4			3	3	1
28	2015	7	M	2	4	5.4	7.5	8.4	8.5			3	3	3
29	2015	7	M	2	4	5.5	6.4	7.4	7.5			3	3	3
30	2015	8	F	2	2	6.5	7.4					3	2	3
31	2015	5	M	2	1	8.4						2	1	1
32	2015	6	M	2	1	7.4						2	2	1
33	2015	8	F	2	2	7.4	8.5					2	3	3
34	2015	6	F	2	1	5.4						1	1	1
35	2015	7	M	2	2	5.4	6.4					1	3	1
36	2015	4	M	2	4	5.4	5.5	6.5	8.5			3	3	3
37	2015	4	M	2	1	6.4						1	2	1
38	2015	6	M	2	1	6.4						1	2	1
39	2015	7	F	2	1	8.4						2	1	1
40	2015	8	M	2	5	5.4	5.5	6.4	6.5	8.5		3	3	3
41	2015	7	F	2	1	5.5						1	1	2
42	2015	6	M	2	1	5.4						1	1	1

43	2015	7	F	2	1	5.4						1	1	1
44	2015	7	M	2	2	8.4	8.5					2	1	3
45	2015	6	M	2	1	7.4						2	2	1
46	2015	6	M	2	1	8.5						2	1	2
47	2015	8	F	2	1	7.5						2	2	2
48	2015	8	M	2	1	5.4						1	1	1
49	2015	8	F	2	1	7.5						2	2	2
50	2015	5	F	2	2	6.4	6.5					1	2	3
51	2015	5	M	2	2	7.4	8.4					2	3	1
52	2015	8	F	2	3	7.4	7.5	8.4				2	3	3
53	2015	8	M	2	3	6.5	7.5	8.5				3	3	2
54	2015	6	F	2	2	6.5	7.5					3	2	2
55	2015	7	M	2	1	7.5						2	2	2
56	2015	8	M	2	1	7.4						2	2	1
57	2015	8	F	2	1	5.4						1	1	1
58	2015	7	M	2	2	5.4	7.5					3	3	3
59	2015	7	M	2	3	7.5	8.4	8.5				2	3	3
60	2015	8	F	2	1	7.5						2	2	2
61	2015	7	F	2	3	5.4	6.5	8.5				3	3	3
62	2015	7	M	2	1	8.4						2	1	1
63	2015	8	F	2	1	7.4						2	2	1
64	2015	5	F	2	2	7.4	8.4					2	3	1
65	2015	8	F	2	1	5.5						1	1	2
66	2015	7	M	2	1	8.5						2	1	2
67	2015	5	M	2	1	8.4						2	1	1
68	2015	6	M	2	1	6.4						1	2	1
69	2015	6	M	2	1	8.5						2	1	2
70	2015	8	M	2	1	7.5						2	2	2
71	2015	8	F	2	3	5.5	6.5	8.4				3	3	3
72	2015	7	F	2	2	7.4	8.4					2	3	1
73	2015	8	M	2	1	8.4						2	1	1
74	2015	6	M	2	1	7.4						2	2	1
75	2015	8	M	2	3	5.5	8.4	8.5				3	1	3
76	2015	7	M	2	1	7.5						2	2	2
77	2015	5	F	2	1	7.5						2	2	2
78	2015	8	M	2	2	7.5	8.4					2	3	3
79	2015	8	F	2	6	5.4	5.5	6.4	6.5	7.5	8.5	3	3	3
80	2015	8	F	2	1	6.4						1	2	1
81	2015	7	F	2	2	7.4	8.5					2	3	3
82	2015	6	F	2	1	8.4						2	1	1
83	2015	8	F	2	2	5.4	7.4					3	2	1
84	2015	7	F	2	1	6.4						1	2	1
85	2016	8	M	2	3	5.4	6.4	6.5				1	3	3
86	2016	6	M	2	1	5.4						1	1	1
87	2016	8	F	2	4	6.4	7.5	8.4	8.5			3	3	3
88	2016	5	M	2	2	5.4	6.4					1	3	1

89	2016	5	M	2	1	8.4						2	1	1
90	2016	5	M	2	1	8.4						2	1	1
91	2016	4	F	2	1	5.4						1	1	1
92	2016	8	F	2	2	6.4	8.4					3	3	1
93	2016	7	F	2	3	5.4	5.5	6.4				1	3	3
94	2016	4	M	2	2	5.4	5.5					1	1	3
95	2016	5	M	2	1	7.5						2	2	2
96	2016	5	M	2	1	6.4						1	2	1
97	2016	7	M	2	1	8.4						2	1	1
98	2016	5	M	2	1	7.4						2	2	1
99	2016	7	F	2	1	7.4						2	2	1
100	2016	5	M	2	3	6.4	8.4	8.5				3	3	3
101	2016	7	M	2	2	7.4	8.5					2	3	3
102	2016	7	M	2	6	5.4	5.5	6.4	6.5	8.4	8.5	3	3	3
103	2016	7	M	2	2	7.4	7.5					2	2	3
104	2016	7	F	2	2	6.4	7.5					3	2	3
105	2016	8	F	2	1	6.5						1	2	2
106	2016	8	M	2	2	7.4	7.5					2	2	3
107	2016	5	F	2	1	5.4						1	1	1
108	2016	6	F	2	1	8.4						2	1	1
109	2016	7	F	2	2	7.4	8.4					2	3	1
110	2016	6	F	2	1	8.5						2	1	2
111	2016	7	M	2	3	6.4	7.4	7.5				3	2	3
112	2016	7	M	2	2	7.4	8.5					2	3	3
113	2016	6	F	2	1	5.4						1	1	1
114	2016	7	F	2	2	6.4	8.5					3	3	3
115	2016	6	F	2	2	7.4	8.4					2	3	1
116	2016	7	M	2	1	8.5						2	1	2
117	2016	8	M	2	1	7.5						2	2	2
118	2016	5	M	2	1	8.4						2	1	1
119	2016	8	F	2	2	8.4	8.5					2	1	3
120	2016	6	F	2	1	5.4						1	1	1
121	2016	6	M	2	1	6.4						1	2	1
122	2016	7	M	2	1	7.5						2	2	2
123	2016	7	M	2	1	8.4						2	1	1
124	2016	8	M	2	1	5.4						1	1	1
125	2016	8	M	2	3	5.5	7.4	7.5				3	3	3
126	2016	8	M	2	1	5.5						1	1	2
127	2016	7	M	2	2	5.4	6.4					1	3	1
128	2016	7	F	2	2	7.4	8.4					2	3	1
129	2016	5	F	2	1	7.5						2	2	2
130	2016	5	F	2	1	8.4						2	1	1
131	2016	7	F	2	1	8.4						2	1	1
132	2016	7	F	2	1	8.4						2	1	1
133	2016	4	M	2	2	7.4	8.5					2	3	3
134	2016	7	M	2	3	5.5	7.5	8.5				3	3	2



135	2016	7	M	2	2	6.4	6.5					1	2	3
136	2016	7	F	2	2	5.4	6.4					1	3	1
137	2016	7	M	2	2	5.4	7.4					3	3	1
138	2016	7	M	2	3	7.4	8.4	8.5				2	3	3
139	2016	7	F	2	1	5.4						1	1	1
140	2016	8	M	2	2	7.5	8.5					2	3	2
141	2016	8	F	2	1	8.4						2	1	1
142	2016	7	M	2	1	7.5						2	2	2
143	2016	7	F	2	2	7.4	7.5					2	2	3
144	2016	8	F	2	2	5.4	6.4					1	3	1
145	2016	6	M	2	1	7.4						2	2	1
146	2016	6	M	2	3	6.4	7.4	8.4				3	3	1
147	2016	5	M	2	1	8.4						2	1	1
148	2016	7	F	2	3	6.5	8.4	8.5				3	3	3
149	2016	8	F	2	1	7.4						2	2	1
150	2016	7	F	2	4	7.4	7.5	8.4	8.5			2	3	3
151	2016	7	F	2	1	8.4						2	1	1
152	2016	5	M	2	2	7.4	8.4					2	3	1
153	2016	6	F	2	3	7.4	7.5	8.4				2	3	3
154	2016	8	F	2	2	7.5	8.4					2	3	3
155	2016	8	F	2	1	7.5						2	2	2
156	2016	7	M	2	1	6.4						1	2	1
157	2016	8	F	2	1	5.5						1	1	2
158	2016	6	F	2	3	7.4	7.5	8.5				2	3	3
159	2016	7	F	2	3	7.4	7.5	8.4				2	3	3
160	2016	8	F	2	1	7.4						2	2	1
161	2016	7	F	2	4	7.4	7.5	8.4	8.5			2	3	3
162	2016	6	M	2	2	6.4	8.4					3	3	1
163	2016	7	F	2	2	8.4	8.5					2	1	3
164	2016	6	F	2	1	7.4						2	2	1
165	2017	7	F	2	1	8.4						2	1	1
166	2017	5	M	2	1	7.4						2	2	1
167	2017	8	M	2	2	5.4	7.5					3	3	3
168	2017	4	M	2	1	6.4						1	2	1
169	2017	7	M	2	2	5.5	8.4					3	1	3
170	2017	7	F	2	3	6.4	6.5	8.5				3	3	3
171	2017	6	M	2	1	5.4						1	1	1
172	2017	7	M	2	1	8.5						2	1	2
173	2017	5	M	2	1	7.4						2	2	1
174	2017	5	M	2	1	6.4						1	2	1
175	2017	7	M	2	1	8.4						2	1	1
176	2017	7	M	2	2	8.4	8.5					2	1	3
177	2017	7	F	2	2	7.4	7.5					2	2	3
178	2017	7	M	2	1	8.5						2	1	2
179	2017	8	F	2	2	5.4	7.4					3	3	1
180	2017	7	M	2	1	6.5						1	2	2

181	2017	8	F	2	1	5.4						1	1	1
182	2017	8	M	2	1	7.5						2	2	2
183	2017	7	F	2	1	7.5						2	2	2
184	2017	8	M	2	2	7.4	8.5					2	3	3
185	2017	7	M	2	1	6.4						1	2	1
186	2017	7	F	2	1	6.4						1	2	1
187	2017	6	F	2	1	6.5						1	2	2
188	2017	5	M	2	1	8.5						2	1	2
189	2017	6	M	2	2	6.4	7.5					3	2	3
190	2017	8	F	2	2	5.4	7.4					3	3	1
191	2017	7	F	2	1	5.4						1	1	1
192	2017	5	M	2	1	6.4						1	2	1
193	2017	8	F	2	2	5.4	7.4					3	3	1
194	2017	6	M	2	1	8.5						2	1	2
195	2017	5	M	2	1	6.4						1	2	1
196	2017	6	F	2	1	7.4						2	2	1
197	2017	5	F	2	2	5.4	6.4					1	3	1
198	2017	7	F	2	2	8.4	8.5					2	1	3
199	2017	6	M	2	2	5.5	7.4					3	3	3
200	2017	5	F	2	1	8.5						2	1	2
201	2017	7	M	2	1	7.5						2	2	2
202	2017	7	M	2	2	5.4	8.4					3	1	1
203	2017	4	M	2	3	5.4	5.5	6.4				1	3	3
204	2017	7	M	2	1	6.5						1	2	2
205	2017	7	F	2	1	7.4						2	2	1
206	2017	7	M	2	2	7.4	8.5					2	3	3
207	2017	6	F	2	1	8.4						2	1	1
208	2017	5	M	2	5	5.5	6.4	6.5	7.5	8.5		3	3	3
209	2017	6	F	2	1	5.4						1	1	1
210	2017	8	F	2	1	7.4						2	2	1
211	2017	7	F	2	1	5.4						1	1	1
212	2017	7	F	2	2	5.4	6.4					1	3	1
213	2017	7	F	2	1	7.5						2	2	2
214	2017	8	M	2	1	7.5						2	2	2
215	2017	5	F	2	1	5.4						1	1	1
216	2017	7	F	2	1	7.4						2	2	1
217	2017	6	F	2	1	8.4						2	1	1
218	2017	7	M	2	2	7.5	8.5					2	3	2
219	2017	6	F	2	2	6.5	8.4					3	3	3
220	2017	5	M	2	2	7.5	8.5					2	3	2
221	2017	8	F	2	2	8.4	8.5					2	1	3
222	2017	8	F	2	1	5.4						1	1	1
223	2017	5	M	2	2	5.4	8.4					3	1	1
224	2017	6	F	2	1	7.4						2	2	1
225	2017	8	F	2	3	5.4	6.4	8.4				3	3	1
226	2017	7	M	2	1	7.4						2	2	1

227	2017	8	M	2	2	7.4	8.4					2	3	1
228	2017	7	F	2	1	6.4						1	2	1
229	2017	5	F	2	1	7.4						2	2	1
230	2017	8	F	2	3	6.4	7.4	8.4				3	3	1
231	2017	8	F	2	1	7.4						2	2	1
232	2017	7	F	2	2	7.5	8.5					2	3	2
233	2017	8	F	2	1	7.4						2	2	1
234	2017	8	M	2	2	5.4	8.4					3	1	1
235	2017	8	M	2	2	7.4	8.4					2	3	1
236	2017	7	M	2	2	5.4	5.5					1	1	3
237	2017	5	F	2	1	8.4						2	1	1
238	2017	8	M	2	1	7.4						2	2	1
239	2017	7	M	2	1	8.4						2	1	1
240	2017	7	F	2	1	8.4						2	1	1
241	2017	8	F	2	2	7.5	8.4					2	3	3
242	2017	8	F	2	1	8.5						2	1	2
243	2017	8	F	2	4	5.5	7.4	7.5	8.4			3	3	3
244	2017	8	M	2	4	6.4	6.5	8.4	8.5			3	3	3
245	2017	6	F	2	3	5.4	5.5	8.5				3	1	3
246	2017	7	M	2	1	8.5						2	1	2
247	2017	8	M	2	2	7.5	8.5					2	3	2
248	2017	7	F	2	4	7.4	7.5	8.4	8.5			2	3	3
249	2017	6	M	2	2	5.4	7.4					3	3	1
250	2017	7	M	2	1	7.4						2	2	1
251	2017	7	F	2	1	8.4						2	1	1
252	2017	8	F	2	3	7.5	8.4	8.5				2	3	3
253	2017	7	M	2	1	8.4						2	1	1
254	2017	8	F	2	2	6.4	8.5					3	3	3
255	2017	5	F	2	1	6.4						1	2	1
256	2017	8	F	2	1	8.4						2	1	1
257	2017	7	F	2	4	5.4	5.5	6.4	8.4			3	3	3
258	2017	7	M	2	3	5.4	6.4	8.4				3	3	1
259	2017	8	M	2	4	5.4	6.4	8.4	8.5			3	3	3
260	2017	7	M	2	3	5.4	6.4	8.5				3	3	3
261	2017	8	M	2	2	7.4	8.4					2	3	1
262	2017	6	F	2	2	6.4	6.5					1	2	3
263	2017	6	M	2	2	6.4	6.5					1	2	3
264	2017	7	M	2	1	8.4						2	1	1
265	2017	6	F	2	1	7.5						2	2	2
266	2017	7	M	2	2	5.4	6.4					1	3	1
267	2017	7	F	2	5	6.4	6.5	7.4	7.5	8.4		3	3	3
268	2017	8	M	2	1	5.5						1	1	2
269	2017	6	M	2	2	8.4	8.5					2	1	3
270	2017	7	F	2	1	7.4						2	2	1
271	2017	5	F	2	3	7.4	7.5	8.4				2	3	3
272	2017	4	M	2	2	5.4	6.4					1	3	1

273	2017	8	M	2	3	7.4	7.5	8.5				2	3	3
274	2017	6	F	2	1	6.4						1	2	1
275	2017	5	M	2	1	5.4						1	1	1
276	2017	5	F	2	1	5.5						1	1	2
277	2017	7	M	2	3	5.4	5.5	8.4				3	1	3
278	2017	6	F	2	1	6.5						1	2	2
279	2017	7	F	2	1	5.4						1	1	1
280	2017	7	F	2	1	8.4						2	1	1
281	2017	8	M	2	1	7.5						2	2	2
282	2017	8	M	2	5	5.5	6.5	7.4	8.4	8.5		3	3	3
283	2017	8	F	2	1	7.4						2	2	1
284	2017	5	M	2	2	6.4	8.4					3	3	1
285	2017	7	M	2	2	7.4	8.4					2	3	1
286	2017	5	F	2	2	5.4	6.4					1	3	1
287	2017	7	M	2	1	7.4						2	2	1
288	2017	5	M	2	2	6.4	8.4					3	3	1
289	2017	7	F	2	3	6.4	6.5	8.5				3	3	3
290	2017	7	F	2	2	7.4	8.4					2	3	1
291	2017	8	F	2	3	7.5	8.4	8.5				2	3	3
292	2017	4	F	2	2	5.4	8.4					3	1	1
293	2017	5	M	2	1	6.4						1	2	1
294	2017	6	M	2	1	8.5						2	1	2
295	2017	8	F	2	2	5.4	8.4					3	1	1
296	2017	5	M	2	1	6.4						1	2	1
297	2017	6	M	2	2	7.5	8.5					2	3	2
298	2017	4	F	2	1	5.4						1	1	1
299	2017	4	F	2	4	7.4	7.5	8.4	8.5			2	3	3
300	2017	8	M	2	4	5.4	6.4	7.4	8.5			3	3	3
301	2017	8	M	2	2	5.4	6.4					1	3	1
302	2017	7	F	2	2	7.4	7.5					2	2	3
303	2017	7	F	2	2	5.5	6.5					1	3	2
304	2017	7	M	2	1	8.5						2	1	2
305	2017	6	M	2	1	5.4						1	1	1
306	2017	7	F	2	2	7.4	7.5					2	2	3
307	2017	7	M	2	2	7.4	8.4					2	3	1
308	2017	7	M	2	2	7.5	8.5					2	3	2
309	2017	5	M	2	1	5.4						1	1	1

PRESENTA PÉRDIDA	
NO	1
SI	2

MAXILAR	
SUPERIOR	1
INFERIOR	2
AMBOS	3

LADO	
DERECHO	1
IZQUIERDO	2
AMBOS	3

TIPO	
PRIMER MOLAR	1
SEGUNDO MOLAR	2
AMBOS	3

**ANEXO Nº 04:  
SECUENCIA FOTOGRÁFICA**





