



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

**TESIS**

**PREVALENCIA DE PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES  
DECIDUOS EN NIÑOS DE 4 A 8 AÑOS ATENDIDOS EN LA  
UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS FILIAL CHICLAYO,  
PERIODO 2017**

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

**PRESENTADO POR:**

**BACHILLER: SANCHEZ BONILLA, JOSE ENRIQUE**

**ASESOR:**

**MG. CARRANZA FLORES, MARGARITA MAGALI**

**PIMENTEL – PERÚ**

**2018**

**PREVALENCIA DE PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES  
DECIDUOS EN NIÑOS DE 4 A 8 AÑOS ATENDIDOS EN LA  
UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS FILIAL CHICLAYO,  
PERIODO 2017**

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

**PRESENTADO POR:**

Bach.: SANCHEZ BONILLA, JOSE ENRIQUE

**ASESOR:**

MG. MARGARITA MAGALI CARRANZA FLORES

**PIMENTEL – PERÚ**

**2018**

SÁNCHEZ BONILLA, JOSE ENRIQUE

**PREVALENCIA DE PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES  
DECIDUOS EN NIÑOS DE 4 A 8 AÑOS ATENDIDOS EN LA  
UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS FILIAL CHICLAYO,  
PERIODO 2017**

Esta tesis fue evaluada y aprobada para la obtención del  
Título de Cirujano Dentista por la Universidad Alas Peruanas

---

---

---

**PIMENTEL – PERÚ**

**2018**

A Dios, por haberme guiado por el camino de la felicidad y por su bendición para alcanzar mis metas como persona y como profesional.

A mis padres, quienes a lo largo de mi vida me han apoyado y motivado mi formación académica, por creer en mí en todo momento.

A mis maestros, quienes les debo gran parte de mis conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza y finalmente un eterno agradecimiento a esta prestigiosa universidad la cual abre sus puertas a jóvenes como yo, preparándonos para un futuro competitivo y formándonos como personas de bien.

AUTOR

A dios, por estar conmigo en cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar.

A mis padres, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento. Depositando en su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad. Por ellos que soy lo que soy ahora, los amo con toda mi vida.

A la familia Sánchez, por todo el apoyo incondicional brindado a lo largo de toda mi carrera profesional.

AUTOR

## RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo determinar la prevalencia de pérdida prematura de dientes deciduos en niños de 4 a 8 años atendidos en las clínicas de la Universidad Alas Peruanas filial Chiclayo, periodo 2017. Este estudio es de tipo transversal, retrospectivo y cuantitativo, el mismo, fue realizado en la Universidad Alas Peruanas filial Chiclayo. La muestra estuvo constituida por 142 Historias Clínicas de pacientes pediátricos atendidos, durante el año 2017. La recolección de datos se realizó de una fuente indirecta (Historias Clínicas). Obteniendo como resultado que el diente deciduo con más prevalencia de pérdida prematura es el 7.5 con un 27%. En la edad 4 años es el 7.5 con un 53%, 5 años el 8.5 con un 25%, 6 años el 7.4 con un 22%, 7 años el 5.4 con un 22% y en la edad de 8 años el 7.4 con un 37%. Según el género masculino y femenino existe una similitud en la pieza dental, siendo el 7.5 con un 24% y 29% respectivamente. El diagnóstico más frecuente que origina la pérdida prematura es el Remanente radicular con un 23%, en cuanto al género masculino el más frecuente es Pulpitis irreversible con un 22%; y Remanente radicular con un 27% en el género femenino.

**Palabras clave:** pérdida prematura, diagnóstico, historia clínica

## ABSTRACT

The objective of this research is to determine the prevalence of premature loss of deciduous teeth in children aged 4 to 8 years treated in the clinics of Alas Peruanas University, Chiclayo branch, 2017. This study is of a transversal, retrospective and quantitative type, the same , was carried out at Alas Peruanas University, Chiclayo branch. The sample consisted of 142 clinical histories of pediatric patients attended, during the year 2017. The data collection was performed from an indirect source (Histories Clínicas). Obtaining as result that the deciduous tooth with the highest prevalence of premature loss is 7.5 with 27%. At age 4 years it is 7.5 with 53%, 5 years on 8.5 with 25%, 6 years on 7.4 with 22%, 7 years on 5.4 with 22% and at the age of 8 years on 7.4 with a 37% According to the masculine and feminine gender there is a similarity in the dental piece, being the 7.5 with 24% and 29% respectively. The most frequent diagnosis that causes premature loss is the radicular remnant with 23%, in the male gender the most frequent is irreversible pulpitis with 22%; and Root remnant with 27% in the female gender.

**Key words:** premature loss, diagnosis, clinical history.

## ÍNDICE

RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	7
ÍNDICE.....	8
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Descripción de la realidad problemática.....	12
1.2. Formulación del problema.....	15
1.2.1. Problema principal.....	15
1.2.2. Problemas específicos.....	15
1.3. Objetivos de la investigación.....	16
1.3.1. Objetivo General.....	16
1.3.2. Objetivos Específicos.....	16
1.4. Justificación de la investigación.....	17
1.4.1. Importancia de la investigación.....	17
1.4.2. Viabilidad de la investigación.....	18
1.5. Limitaciones del estudio.....	18
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la investigación.....	19
2.2. Bases teóricas.....	22
2.3. Definición de términos básicos.....	40
CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1. Formulación de hipótesis principal y derivada.....	42
3.1.1. Hipótesis General.....	42
3.1.2. Hipótesis Específicos.....	42
3.2. Variables; dimensiones e indicadores.....	43
3.2.1. Operacionalización de variables.....	43



## CAPITULO IV: METODOLOGÍA

4.1. Diseño metodológico.....	44
4.1.1. Tipo de estudio.....	44
4.1.2. Nivel de estudio.....	44
4.2. Diseño muestral.....	45
4.3. Técnicas e instrumento de recolección de datos.....	46
4.4. Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información.....	47

## CAPITULO VI: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1. Análisis descriptivo, tablas de frecuencia y gráficos.....	48
5.2. Discusión.....	62

CONCLUSIONES.....	64
-------------------	----

RECOMENDACIONES.....	65
----------------------	----

FUENTES DE INFORMACION.....	66
-----------------------------	----

## ANEXOS

Anexo 01: Solicitud de ejecución de investigación.....	69
Anexo 02: Solicitud de Ingreso.....	70
Anexo 03: Constancia desarrollo de investigación.....	71
Anexo 04: Instrumento de recolección de datos.....	72
Anexo 05: Matriz de consistencia.....	73
Anexo 06: Fotografías.....	74

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 01: Población de pacientes pediátricos atendidos en las distintas clínicas de la Universidad Alas Peruanas filial Chiclayo.....	48
Tabla N° 02: Muestra de los pacientes niños de 4 a 8 años, según criterios de inclusión y exclusión.....	50
Tabla N° 3: Distribución de muestra según el momento en que se originó la pérdida prematura de los pacientes niños de 4 a 8 años de edad.....	52
Tabla N° 4: Prevalencia de pérdida prematura de dientes deciduos en niños de 4 a 8 años de edad.....	54
Tabla N° 5: Prevalencia de pérdida prematura de dientes deciduos en niños de 4 a 8 años de edad, según el género femenino.....	56
Tabla N° 6: Prevalencia de pérdida prematura de dientes deciduos en niños de 4 a 8 años de edad, según el género masculino.....	58
Tabla N° 7: Diagnóstico más frecuente que origina la pérdida prematura de dientes deciduos en niños de 4 a 8 años de edad.....	60

## ÍNDICE DE HISTOGRAMAS

Histograma N° 01: Población de pacientes pediátricos atendidos en las distintas clínicas de la Universidad Alas Peruanas filial Chiclayo.....	49
Histograma N° 02: Muestra de los pacientes pediátricos de 4 a 8 años de edad, según criterios de inclusión y exclusión.....	51
Histograma N° 03: Distribución de muestra según el momento en que se originó la pérdida prematura de los pacientes niños de 4 a 8 años de edad.....	53
Histograma N° 04: Prevalencia de pérdida prematura de dientes deciduos en niños de 4 a 8 años de edad.....	55
Histograma N° 05: Prevalencia de pérdida prematura de dientes deciduos en niños de 4 a 8 años de edad, según el género femenino.....	57
Histograma N° 06: Prevalencia de pérdida prematura de dientes deciduos en niños de 4 a 8 años de edad, según el género masculino.....	59
Histograma N° 07: Diagnóstico más frecuente que origina la pérdida prematura de dientes deciduos en niños de 4 a 8 años de edad.....	61

## **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1. Descripción de la realidad problemática**

Las denticiones se desarrollan en dos formas, la temporal o también llamada decidua o primaria y la permanente o secundaria. <sup>(1)</sup>

La dentición primaria comienza con la erupción del primer diente, por lo general a los 6 meses de edad, y termina alrededor del tercer año de vida con la erupción de los segundos molares deciduos. Esta etapa dura hasta la aparición de los primeros dientes permanentes, alrededor de los 6 años de edad. <sup>(2)</sup>

La dentición temporal debe conservarse íntegra hasta el momento del recambio, ya que posee el espacio necesario que necesitarán los dientes permanentes para erupcionar. <sup>(3)</sup>

La pérdida prematura de dientes temporales, se define como la pérdida de piezas deciduas antes de su periodo natural de exfoliación. <sup>(4)</sup>

Existen múltiples razones por las cuáles existe una pérdida prematura de los dientes primarios tales como: caries dental, traumatismos, malos hábitos orales, alteraciones congénitas, enfermedades sistémicas, iatrogenia en procedimientos odontológicos y reabsorción prematura de la raíz. <sup>(5)</sup>

En una pérdida prematura, la edad del niño y el estado de formación del sucesor permanente debe ser evaluada. Ya que cuando la pérdida o extracción del diente primario ocurre cerca del periodo psicológico de exfoliación, la erupción del

sucesor permanente ocurre prematuramente. En cambio, cuando la pérdida prematura ocurre antes de la etapa 6 de Nolla, un nuevo hueso se forma sobre el germen del diente permanente y esto puede resultar a una erupción retardada. <sup>(3)</sup>

La pérdida prematura de los órganos dentales conlleva a una serie de cambios en los arcos dentales y causa diversos problemas como: migración mesial, distal y oclusal de los dientes, dificultad para masticar y alimentarse, alteraciones fonéticas, discrepancias en el desarrollo de los maxilares, erupción ectópica de los dientes permanentes, erupción de sus sucedáneos inmaduros, alteración en la secuencia de erupción, apiñamiento, overjet y overbite excesivos, dientes impactados y una mala relación molar. <sup>(6)</sup>

Frente a la pérdida prematura de piezas temporales la literatura respalda la utilización de mantenedores de espacio como tratamiento interceptivo. La American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) estableció que los objetivos de un mantenedor de espacio es prevenir la pérdida de longitud del ancho y perímetro al mantener la posición relativa de la dentición existente. <sup>(7)</sup>

En Bogotá - Colombia, Chacón Cobos K., establece pérdida prematura de dientes temporales en niños de 0 a 8 años de edad, teniendo como resultado el diente temporal con mayor frecuencia de pérdida prematura fue el diente 61, seguido por los dientes 51 y 52, por lo que en esta población el segmento más afectado es el anterior superior. <sup>(8)</sup>

En Arequipa – Perú, Flores Vilca Y., establece pérdida de dientes primarios por caries y maloclusión en pacientes de 7 a 10 años del centro de salud 15 de agosto,

teniendo como resultado que el diente con mayor pérdida prematura fue el segundo molar inferior izquierdo con un 13%. <sup>(9)</sup>

En Trujillo – Perú, Idrugo Yopla N., establece prevalencia de pérdida prematura de dientes deciduos en escolares de 6 a 9 años del distrito de Salaverry en el año 2010, los resultados obtenidos permitieron concluir que existe una prevalencia de 6.4% de pérdida prematura de dientes deciduos, y la pieza dentaria con mayor prevalencia de pérdida prematura fue la pieza 7.5. <sup>(10)</sup>

En Lima – Perú, Huamán Ricce L., establece pérdida prematura de dientes deciduos en niños de 3 a 9 años de edad sometidos a tratamiento odontológico integral bajo anestesia general en el instituto nacional de salud del niño, obtuvo como resultado un 84.8% de dientes extraídos antes de su exfoliación normal, las causas de exodoncia prematuras fueron Pulpitis irreversible con 24.9%; seguido de Absceso periapical con fístula 20.1%; Remanente radicular 20.1%, etc. Los primeros molares son los dientes con mayor cantidad de exodoncia prematuras; de las cuales la pieza 7.4 es la que se extrajo con mayor frecuencia. <sup>(11)</sup>

Por todo lo expuesto y considerando la ausencia de antecedentes y trabajos científicos relacionados al tema en mi localidad, es que planteo el siguiente proyecto de investigación, con el propósito de determinar la prevalencia de pérdida prematura de dientes deciduos en niños de 4 – 8 años atendidos en la Universidad Alas Peruanas filial Chiclayo, periodo 2017.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema General**

¿Cuál es la prevalencia de pérdida prematura de dientes deciduos en niños de 4 a 8 años atendidos en las clínicas de la Universidad Alas Peruanas filial Chiclayo, periodo 2017?

### **1.2.2. Problemas Específicos**

- ¿Cuál es la prevalencia de pérdida prematura más frecuente de dientes deciduos en niños de 4 a 8 años según la edad, atendidos en las clínicas de la Universidad Alas Peruanas filial Chiclayo, periodo 2017?
- ¿Cuál es la prevalencia de pérdida prematura de dientes deciduos en niños de 4 a 8 años según el género, atendidos en las clínicas de la Universidad Alas Peruanas filial Chiclayo, periodo 2017?
- ¿Cuál es el diagnóstico más frecuente que origina la pérdida prematura de dientes deciduos en niños de 4 a 8 años atendidos en las clínicas de la Universidad Alas Peruanas filial Chiclayo, periodo 2017?

### **1.3. Objetivos**

#### **1.3.1. Objetivo General**

Determinar la prevalencia de pérdida prematura de dientes deciduos en niños de 4 a 8 años atendidos en las clínicas de la Universidad Alas Peruanas filial Chiclayo, periodo 2017

#### **1.3.2. Objetivos Específicos**

- Determinar la prevalencia de pérdida prematura de dientes deciduos en niños de 4 a 8 años según la edad, atendidos en las clínicas de la Universidad Alas Peruanas filial Chiclayo, periodo 2017
- Determinar la prevalencia de pérdida prematura de dientes deciduos en niños de 4 a 8 años según el género, atendidos en las clínicas de la Universidad Alas Peruanas filial Chiclayo, periodo 2017
- Determinar el diagnóstico más frecuente que origina la pérdida prematura de dientes deciduos en niños de 4 a 8 años atendidos en las clínicas de la Universidad Alas Peruanas filial Chiclayo, periodo 2017



## **1.4. Justificación de la Investigación**

### **1.4.1. Importancia de la Investigación**

Es indispensable vigilar constantemente el bienestar de una buena salud bucodental mediante hábitos preventivos personales y atención profesional periódica.

La pérdida prematura de dientes temporales produce pérdidas del espacio libre de Nance, lo cual ocasionan una serie de migraciones dentarias hacia el espacio edéntulo, evitando que se dé una adecuada erupción dentaria de los dientes permanentes, produciendo anomalías de posición y principalmente apiñamiento dentario.

En vista de que se carecen estudios relacionados con el tema a nivel local sobre pacientes pediátricos afectados por esta problemática, se consideró importante conocer la prevalencia de pérdida prematura de dientes primarios.

Es muy habitual oír a los padres o apoderados de familia cuando acuden a la clínica de la Universidad, referir a las piezas deciduas como innecesarias; es por ello que surge la necesidad de indagar en la conservación de los dientes temporales de los niños que son sometidos a controles odontológicos en las clínicas de la Universidad Alas Peruanas, así mismo mostrar a los padres un trabajo sobre los efectos que dan lugar a la pérdida prematura de los dientes y entender el papel que desempeñan en su

infancia además de la necesidad de mantenerlos en la boca hasta un periodo determinado.

Los resultados obtenidos permitirán a los docentes en coordinación con la Universidad Alas Peruanas, promocionar actividades de prevención hacia los niños y niñas como a los padres representantes acerca de la importancia de los dientes temporarios y la permanencia en boca hasta la exfoliación fisiológica, ya que no por ser temporales son de menor importancia.

#### **1.4.2. Viabilidad de la Investigación**

Se cuenta con la disponibilidad de tiempo, recursos financieros, humanos y materiales para ejecutar esta investigación.

La elaboración de esta investigación alterara ni causara ningún daño a un individuo, comunidad, ni ambiente.

#### **1.5. Limitación del estudio**

El presente trabajo de investigación no tiene limitación, la información de historias clínicas del año 2017 se pueden obtener.

## CAPÍTULO II: MARCO TEORICO

### 2.1. Antecedentes de la investigación

**ZUÑIGA BERNABÉ, Sthepanie M.** <sup>(12)</sup> **(2017) Ecuador** en su trabajo de titulación: “Prevalencia de pérdida prematura de dientes temporales en niños de 3 a 9 años, Clínica UCSG A-2017” llegó a las siguientes conclusiones:

- La pérdida prematura fue del 20%, se presentó con mayor frecuencia en los hombres 57% con 128 piezas perdidas, el rango de edad que presentaba mayor frecuencia fue entre 8 a 9 años 50% con 118 piezas perdidas, la mayoría ha perdido un solo diente 47.4%, siendo la mandíbula la arcada más afectada 62%, con la pérdida del 84 (primer molar inferior derecho) con un 17%, seguido del 74 (primer molar inferior izquierdo) con un 13%, el principal motivo de pérdida prematura de dientes temporales fue la caries dental 88%, las consecuencias negativas más comunes fueron disminución del perímetro del arco con el 43%, seguido de la migración de dientes adyacentes con el 38%, presentándose con mayor frecuencia la migración mesial de molares con el 74%.

**BUSTOS A; ZAMORA E; AUMPUERO J.; NORAMBUENA C.** <sup>(13)</sup> **(2014) Chile** en su trabajo de investigación titulada: “Prevalencia de pérdida prematura de molares temporales en niños y niñas de 2 a 6 años de edad atendidos en CESFAM Curaco de Vélez durante los meses de abril a Julio de 2014” llegó a las siguientes conclusiones:

- Los resultados encontrados en el presente estudio indican una alta prevalencia de menores afectados por pérdidas prematuras de molares temporales, lo cual se asocia principalmente a la presencia de caries dental en los molares afectados, siendo los mandibulares los más implicados. Esta situación promueve reforzar las medidas de control odontológico a edades tempranas, enfatizando programas de educación, prevención y fomento de la salud bucal, con el objetivo de disminuir los índices de pérdida

**HUAMÁN RICCE, Lady Luz** <sup>(11)</sup> (2014) Lima en su tesis titulada: “Pérdida prematura de dientes deciduos en niños de 3 – 9 años de edad sometidos a tratamiento odontológico integral bajo anestesia general en el instituto nacional de salud del niño, 2014” llegó a las siguientes conclusiones:

- Se encontró una alta frecuencia de pérdida prematura de dientes deciduos constituyendo un 84.8% siendo la principal causa por Pulpitis irreversible. La mayor cantidad de exodoncias de los dientes deciduos ocurriendo cuando sus respectivos dientes sucesores se encontraron en el Estadio de Nolla 6.
- Los primeros molares son los dientes con mayor cantidad de exodoncias prematuras, de las cuales la pieza 7.4 es la que se extrajo con mayor frecuencia.

- En cuanto a la edad, los niños de 4 años son los que presentaron mayor número de pérdida prematura. La mayoría de ellos presentó exodoncias de 2 y 3 dientes deciduos.
- Los molares inferiores del lado izquierdo son los dientes que presentaron mayor porcentaje de exodoncias tanto en pacientes de Lima como de Provincia evidenciando que la pérdida prematura de dientes deciduos es un problema de salud pública a nivel nacional.

**GONZALES PALOMINO, María Elena** <sup>(14)</sup> **(2016) Arequipa** en su tesis titulada: “Prevalencia de pérdida prematura de dientes deciduos en relación del nivel de conocimiento de los padres de familia de los alumnos de la I.E. 40081 Miguel Cesar Augusto Mazeyra Acosta, Arequipa 2015” llegó a los siguientes resultados:

- La prevalencia de pérdida prematura de dientes deciduos en alumnos de la I.E. es baja con un 27.3%
- La principal causa de pérdida prematura de dientes deciduos fue por caries dental 93.3%, seguida de traumatismo con un 6.7%
- El nivel de conocimiento de los padres de familia de los alumnos que presentaron pérdida fue deficiente 86.7%, mientras que de los padres de familia de los alumnos no presentaron pérdida prematura fue de 50%.
- Existe una relación significativa entre los alumnos de la I.E. “Miguel César Augusto Mazeyra Acosta” que presentaron pérdida prematura de dientes deciduos 30%, con el nivel de conocimiento de los padres sobre este tema 86.7%.

## **2.2. Bases Teóricas**

### **2.2.1. Dentición Primaria**

Los dientes primarios se empiezan a formar en la séptima semana dentro del útero, el esmalte de todos los dientes primarios suele concluir su proceso de formación cerca del primer año de edad, y la estructura radicular de estos dientes casi siempre está completa a los 3 años de edad. <sup>(15)</sup>

La dentición decidua o de leche comienza a erupcionar hacia los 6 – 8 meses y finaliza hacia los 30 – 36 meses. <sup>(16)</sup>

Los espacios que se reconocen en la dentición primaria se llaman espacios primates. Estos son los que se encuentran entre el canino mandibular y el primer molar inferior primario, y entre el incisivo lateral y el canino superior primario. <sup>(15)</sup>

La dentición decidua sigue siendo relativamente estable hasta que recibe influencia del surgimiento de la dentición permanente. <sup>(15)</sup>

### **2.2.2. Erupción Dentaria**

Es el resultado de una interrelación entre todos estos factores, si bien el crecimiento de la raíz y de los procesos alveolares constituye en gran parte, los factores esenciales en el proceso eruptivo. Moyers (1981) distingue tres fases en la erupción:

### **a) Etapa preeruptiva**

Corresponde a la etapa en la que, completada la calcificación de la corona, se inicia la formación de la raíz y tiene lugar la migración intraalveolar hacia la superficie de la cavidad oral. Incluso durante esta fase preeruptiva, el germen dentario realiza pequeños movimientos de inclinación y giro, en relación con el crecimiento general de los maxilares.

### **b) Etapa eruptiva pre funcional**

Es la etapa en la que el diente está presente ya en boca sin establecer contacto con el antagonista. Cuando el diente perfora la encía, su raíz presenta aproximadamente entre la mitad y los 2/3 de su longitud final.

La emergencia de la corona en la cavidad oral recibe el nombre de erupción activa, sin embargo, simultáneamente ocurre un desplazamiento de la inserción epitelial en dirección apical, que recibe el nombre de erupción pasiva.

### **c) Etapa post eruptiva**

En esta fase el diente ya establece su oclusión con el antagonista y los movimientos que ocurren van a durar toda la vida, tratando de compensar el desgaste o abrasión dentaria. <sup>(17)</sup>

### 2.2.3. Cronología de la Dentición Temporal

Dentición primaria superior:

- Incisivo central: su formación de tejido duro empieza a los 4 meses in útero, alcanzando unos cinco sextos de cantidad de esmalte formado al nacimiento, a los 1.5 meses tiene su esmalte completo, alcanzando su erupción a los 7.5 meses, teniendo su raíz completa al 1.5 años.
- Incisivo lateral: su formación de tejido duro empieza a los 4.5 meses in útero, alcanzando unos dos tercios de cantidad de esmalte formado al nacimiento, a los 2.5 meses tiene su esmalte completo, alcanzando su erupción a los 9 meses, teniendo su raíz completa a los 2 años.
- Canino: su formación de tejido duro empieza a los 5 meses in útero, alcanzando un tercio de cantidad de esmalte formado al nacimiento, a los 9 meses tiene su esmalte completo, alcanzando su erupción a los 18 meses, teniendo su raíz completa a los 3 años y 3 meses.
- Primer molar: su formación de tejido duro empieza a los 5 meses in útero, alcanzando las cúspides unidas de cantidad de esmalte formado al nacimiento, a los 6 meses tiene su esmalte completo, alcanzando su erupción a los 14 meses, teniendo su raíz completa a los 2.5 años.



- Segundo molar: su formación de tejido duro empieza a los 6 meses in útero, en el nacimiento según la cantidad de esmalte formado se observa las puntas de cúspides aún aisladas, a los 9 meses tiene su esmalte completo, alcanzando su erupción a los 18 meses, teniendo su raíz completa a los 3 años y 3 meses.

#### Dentición primaria inferior:

- Incisivo central: su formación de tejido duro empieza a los 4.5 meses in útero, alcanzando tres quintos de cantidad de esmalte formado al nacimiento, a los 2.5 meses tiene su esmalte completo, alcanzando su erupción a los 6 meses, teniendo su raíz completa al 1.5 años.
- Incisivo lateral: su formación de tejido duro empieza a los 4.5 meses in útero, alcanzando tres quintos de cantidad de esmalte formado al nacimiento, a los 3 meses tiene su esmalte completo, alcanzando su erupción a los 7 meses, teniendo su raíz completa al 1.5 años.
- Canino: su formación de tejido duro empieza a los 5 meses in útero, alcanzando un tercio de cantidad de esmalte formado al nacimiento, a los 9 meses tiene su esmalte completo, alcanzando su erupción a los 16 meses, teniendo su raíz completa a los 3 años y 3 meses.

- Primer molar: su formación de tejido duro empieza a los 5 meses in útero, alcanzando las cúspides unidas de cantidad de esmalte formado al nacimiento, a los 5.5 meses tiene su esmalte completo, alcanzando su erupción a los 12 meses, teniendo su raíz completa al 2 años y 3 meses.
- Segundo molar: su formación de tejido duro empieza a los 6 meses in útero, en el nacimiento según la cantidad de esmalte formado se observa las puntas de cúspides aún aisladas, a los 10 meses tiene su esmalte completo, alcanzando su erupción a los 20 meses, teniendo su raíz completa a los 3 años. <sup>(15)</sup>

En general los dientes de la arcada inferior preceden a los de la superior, aunque los incisivos laterales superiores suelen preceder a los inferiores (fig. 1). <sup>(17)</sup>

#### **2.2.4. Exfoliación Dental y Estadio de Nolla**

Es la eliminación fisiológica de los dientes primarios, para ser reemplazados por los permanentes, como resultado de la progresiva reabsorción de sus raíces.

Como posibles causas de la exfoliación se han descrito las siguientes:

- Presión del diente permanente sucesor, que moviliza una respuesta osteoclástica, induciendo reabsorción radicular. Esto

resulta el acortamiento de las raíces y pérdida de apoyo fibrilar en la membrana periodontal.

- Debilitamiento de los tejidos de soporte como resultado de la reabsorción y modificación del hueso alveolar.
- Fuerzas masticatorias aumentadas debido al mayor desarrollo muscular, propio de la cara en crecimiento; situación que resulta en compresión de las raíces temporales y el hueso alveolar. <sup>(19)</sup>

El proceso de exfoliación no es continuo: hay períodos de activa reabsorción que inducen movilidad y otros de reposo, con reparación y transitoria estabilización de los dientes. La mayor eficacia de la función clástica determinará la caída final del diente. <sup>(20)</sup>

Nolla (1960) describe que, durante la gestación, y luego del nacimiento, van apareciendo en distintos momentos y en distintos lugares, centros de calcificación de diferentes piezas dentarias, cuyo desarrollo, conduce a la maduración total de los dientes. La primera muestra radiográficamente reconocida, es el esmalte de corona en formación. Al seguir la calcificación, la corona toma forma y es posible ver dentina y esmalte. Luego con la formación de las raíces, se puede seguir radiográficamente ese proceso. <sup>(21)</sup>

Carmen Nolla, afirma que los movimientos eruptivos se inician en los estadios 6 y 7 de su estudio y su formación radicular completa en el estadio 10. Teniendo en cuenta los estadios, así como el conocimiento

del momento o edad de erupción en boca de una pieza dentaria pueden señalar la edad biológica de un ser humano. <sup>(21)</sup>

Nolla y cols, describen los diferentes estadios de calcificación, con el propósito general de determinar a qué edades tienen lugar las sucesivas fases del desarrollo de cada uno de los dientes permanentes. Este método considera todos los dientes permanentes de ambos maxilares, superior e inferior, estableciendo diez fases de desarrollo para cada diente observables en las radiografías, desde la presencia de cripta hasta la raíz completa con ápice cerrado. (véase fig. 02) <sup>(21)</sup>

#### **2.2.5. Dentición mixta**

La erupción de los primeros molares y el recambio que se inicia simultáneamente en la zona antero inferior marcan la etapa de dentición mixta, también conocida como dentición de recambio.

Ésta finaliza con la exfoliación de los caninos temporales superiores y los segundos molares temporales, de modo que constituye un periodo de desarrollo de unos 12 años.

El periodo de la dentición mixta se divide en tres fases:

- Primer aumento de la dentición y recambio dentario anterior
- Fase intermedia
- Recambio dentario de los segmentos laterales <sup>(22)</sup>

### **2.2.6. Diagnóstico clínico en Dentición mixta**

El análisis de dentición mixta permite estimar algunas con considerable precisión: como, por ejemplo, la medición mesiodistal de los incisivos y el espacio disponible en el arco.

Una oclusión de primeros molares permanentes en vis a vis, por ejemplo, puede resultar, independientemente del espacio disponible que exista en el paciente, en mesio o distoclusión, si la dirección del crecimiento es hacia abajo y adelante o hacia abajo y atrás. <sup>(19)</sup>

### **2.2.7. Dentición Permanente**

En la aparición de esta segunda dentición, se da una mayor variabilidad como consecuencia de la influencia de factores hormonales y de la diferencia de sexo, pudiéndose admitir unos valores promedio para varones y hembras, si bien se ha de admitir un adelanto proporcional de 3 a 7 meses en el sexo femenino.

Clásicamente se admite que el primer diente definitivo en erupcionar es el primer molar inferior permanente, éste erupciona a los seis años, por distal del segundo molar temporal. De los seis años y medio a los siete erupciona el incisivo central inferior; a continuación, y por este orden, erupciona los incisivos centrales superiores, seguido de los laterales inferiores y superiores que lo hacen sobre los ocho años.

En esta etapa de recambio nos encontramos en dentición mixta primera fase; posteriormente tiene lugar el recambio de los sectores laterales, y desde este momento hasta su finalización constituye el período de dentición mixta segunda fase. <sup>(17)</sup>

### **2.2.8. Cronología de erupción de los dientes permanentes**

Dentición permanente superior

- Incisivo central: su formación de tejido duro empieza entre los 3 a 4 meses, teniendo su esmalte completo entre los 4 a 5 años, alcanzando su erupción entre los 7 a 8 años y su raíz completa a los 10 años.
- Incisivo lateral: su formación de tejido duro empieza entre los 10 a 12 meses, teniendo su esmalte completo entre los 4 a 5 años, alcanzando su erupción entre los 8 a 9 años y su raíz completa a los 11 años.
- Canino: su formación de tejido duro empieza entre los 4 a 5 meses, teniendo su esmalte completo entre los 6 a 7 años, alcanzando su erupción entre los 11 a 12 años y su raíz completa entre los 13 a 15 años.
- Primer premolar: su formación de tejido duro empieza entre el 1 año y 6 meses a 1 año y 9 meses, teniendo su esmalte completo entre los 5 a 6 años, alcanzando su erupción entre los 10 a 11 años y su raíz completa entre los 12 a 13 años.

- Segundo premolar: su formación de tejido duro empieza entre los 2 a 2 años y 3 meses, teniendo su esmalte completo entre los 6 a 7 años, alcanzando su erupción entre los 10 a 12 años y su raíz completa entre los 12 a 14 años.
- Primer molar: su formación de tejido duro empieza al nacimiento, teniendo su esmalte completo entre los 2.5 a 3 años, alcanzando su erupción entre los 6 a 7 años y su raíz completa entre los 9 a 10 años.
- Segundo molar: su formación de tejido duro empieza entre los 2.5 a 3 años, teniendo su esmalte completo entre los 7 a 8 años, alcanzando su erupción entre los 12 a 13 años y su raíz completa entre los 14 a 16 años.

#### Dentición permanente inferior

- Incisivo central: su formación de tejido duro empieza entre los 3 a 4 meses, teniendo su esmalte completo entre los 4 a 5 años, alcanzando su erupción entre los 6 a 7 años y su raíz completa a los 9 años.
- Incisivo lateral: su formación de tejido duro empieza entre los 3 a 4 meses, teniendo su esmalte completo entre los 4 a 5 años, alcanzando su erupción entre los 7 a 8 años y su raíz completa a los 10 años.
- Canino: su formación de tejido duro empieza entre los 4 a 5 meses, teniendo su esmalte completo entre los 6 a 7 años,

alcanzando su erupción entre los 9 a 10 años y su raíz completa entre los 12 a 14 años.

- Primer premolar: su formación de tejido duro empieza entre el 1 año y 9 meses a 2 años, teniendo su esmalte completo entre los 5 a 6 años, alcanzando su erupción entre los 10 a 12 años y su raíz completa entre los 12 a 13 años.
- Segundo premolar: su formación de tejido duro empieza entre los 2 años y 3 meses a 2.5 años, teniendo su esmalte completo entre los 6 a 7 años, alcanzando su erupción entre los 11 a 12 años y su raíz completa entre los 13 a 14 años.
- Primer molar: su formación de tejido duro empieza al nacimiento, teniendo su esmalte completo entre los 2.5 a 3 años, alcanzando su erupción entre los 6 a 7 años y su raíz completa entre los 9 a 10 años.
- Segundo molar: su formación de tejido duro empieza entre los 2.5 a 3 años, teniendo su esmalte completo entre los 7 a 8 años, alcanzando su erupción entre los 11 a 13 años y su raíz completa entre los 14 a 15 años. <sup>(15)</sup>

El orden de erupción maxilar y mandibular (véase fig. 4) incluye el 40% de los niños y por lo general es favorable; hay riesgos de circunstancias particulares de alteraciones del ritmo de erupción en un sector, que posibilita la migración de dientes vecinos; del mismo modo, la aparición



de los segundos molares antes que los caninos o premolares provoca una fuerte tendencia al acortamiento del arco y las dificultades del espacio. <sup>(20)</sup>

### **2.2.9. Pérdida prematura de dientes deciduos**

Según Moyers la pérdida prematura de dientes primarios se refiere, al estadio de desarrollo del diente permanente que va a reemplazar el diente temporal perdido. Otros autores se refieren a la pérdida prematura de un diente primario cuando esta se realiza antes del tiempo de exfoliación natural. <sup>(23)</sup>

Además de las funciones propias de la masticación y como auxiliar en la fonación, la dentición primaria sirve para mantener el espacio y guiar la erupción correcta de las piezas permanentes. <sup>(19)</sup>

#### **2.2.9.1. Pérdida prematura**

Es la pérdida tan temprana de los dientes primarios que puede llegar a comprometer el mantenimiento natural del perímetro o longitud de arco y por ende la erupción del diente sucedáneo.

<sup>(23)</sup>

### 2.2.9.2. Pérdida temprana

Se refiere a la pérdida de dientes primarios antes de la época esperada, pero sin llegar a comprometer el mantenimiento natural del perímetro o longitud de arco.

Es importante reconocer las posibilidades de aliviar una maloclusión con la extracción prematura de dientes temporales. <sup>(23)</sup>

### 2.2.10. Causas de la pérdida prematura de los dientes

Existen múltiples razones por las cuáles se pueden perder estos dientes, pero las más frecuentes son:

- Enfermedades: caries dental, periodontitis, reabsorciones radicales atípicas.
- Involuntarias, más del 50% de los traumatismos se observan en cabeza y cuello (caídas, accidentes automovilísticos), que afecta los dientes anterosuperiores más frecuentemente.
- Intencionales: lesiones personales culposas, eventos de hechos dolorosos, fenómenos de maltrato (violencia intrafamiliar), actividades deportivas, asaltos, riñas.
- Malos hábitos orales: sacar la lengua, succión digital, mordida del labio inferior, que producen movilidad dentaria

y rizólisis temprana de sus raíces y por lo tanto su pérdida antes de la fecha esperada.

- Alteraciones congénitas: donde los dientes se presentan con poca o nada de raíz lo que favorece sus pérdidas.
- Enfermedades sistémicas: Síndrome de Papilon – Lefevre, histiociosis X, neutropenia, hipofosfatasa, diabetes.
- latrogenia: en el procedimiento odontológico: perforación del piso pulpar, perforación de la furca, fractura de la raíz durante la endodoncia por lo fino de sus raíces.
- Por impericia del profesional o del estudiante de odontología. <sup>(23)</sup>

#### **2.2.11. Consecuencias de la pérdida prematura de dientes primarios**

La pérdida prematura de los dientes deciduos trae inclinación y migración de los dientes vecinos ya que disponen de mayor tiempo para moverse de su posición original lo que trae consigo:

- Disminución del espacio para el sucesor permanente
- Acortamiento del perímetro del arco
- Malposiciones dentarias
- Apiñamientos
- Dificultad para masticar y alimentarse
- Alteraciones fonéticas
- Diastemas y alteraciones de oclusión <sup>(11)</sup>

#### **2.2.11.1. Pérdida prematura de un incisivo primario**

Compromete la estética, puede producir alteraciones en el desarrollo fonético cuando el niño está comenzando a desarrollar el habla, debido a que hay muchos sonidos que requieren que la lengua toque la cara palatina de los incisivos superiores.

#### **2.2.11.2. Pérdida prematura de canino primario**

En caso de pérdida de caninos deciduos, los incisivos tienden a desplazarse lateralmente hacia su espacio produciendo desviaciones de la línea media y asimetría dental

#### **2.2.11.3. Pérdida prematura del primer molar primario**

En su pérdida, es poco probable que se pierda el espacio, debido al movimiento mesial de los posteriores, pero especialmente en la mandíbula los caninos temporales e incisivos temporales o permanentes se pueden desplazar distalmente para producir asimetría en el arco dental.

#### **2.2.11.4. Pérdida prematura del segundo molar primario**

En su pérdida, este es responsable de la posible colocación mesial marcada del primer molar permanente (dando una

tendencia a maloclusión Clase II si la pérdida ocurre en el maxilar superior y Clase III si ocurre en el maxilar inferior).

Esta mesialización implica una reducción de longitud de la arcada que se manifiesta por una falta de espacio a nivel del último diente que hace erupción, que por lo general es en el maxilar superior el canino y en el inferior el segundo premolar.

(23)

## **2.2.12. Mantenimiento del Espacio**

El concepto nace de la necesidad de preservar el espacio que ha dejado un diente ante su pérdida parcial o total, para ello, se usa una serie de aparatos diseñados específicamente para realizar esta función, a los que denominaremos “Mantenedores de espacio”.<sup>(16)</sup>

### **2.2.12.1. Mantenedores fijos**

Dispositivos contruidos sobre bandas o coronas, colocadas en los dientes adyacentes al espacio perdido, sobre las que va soldado el alambre que abarca el espacio edéntulo.

#### **a) Indicaciones:**

- Reemplazar incisivos, caninos y molares temporales, sean contiguos o uno solo.
- Esté indicada una corona para restaurar un diente que se piense usar como pilar

- Pacientes pocos colaboradores
- Cuando se espera una próxima erupción de varios dientes al poco tiempo de ser colocado el mantenedor en boca

**b) Tipos:**

**a. Fijo en un extremo**

- Corona – ansa: el retenedor va soldado a una corona de metal que va cementada al diente contiguo (fig. 5)
- Banda – ansa: el retenedor irá soldado a una banda de metal que rodea el diente contiguo (fig. 6).
- Propioceptivo: conocido también como mantenedor intragingival o “zapatilla distal” indicado cuando se ha perdido el segundo molar temporal y el primer molar permanente no a erupcionado (fig. 7)

**b. Fijo en ambos extremos**

- Arco lingual: indicado en ausencia de varios dientes posteriores primarios con erupción de incisivos permanentes (fig. 8).
- Barra transpalatina: indicado para impedir la rotación en sentido mesiolingual (fig. 9).
- Botón de Nance <sup>(16)</sup>

### 2.2.12.2. Mantenedores removibles

Dispositivos contruidos sobre resina y retenidos con ganchos a los que se pueden añadir elementos activos como tornillos o resortes, cuando se trate de recuperar espacio.

#### a) Indicaciones:

- Reemplazar incisivos o molares temporales
- Pacientes colaboradores y puedan ser revisados periódicamente
- Restablecer la función masticadora y estética
- Pacientes con elevada propensión a la caries, ya que permiten una mejor higiene <sup>(16)</sup>

#### b) Tipos:

**a. Activos:** Utilizados cuando se necesita recuperar espacio perdido en el arco, además son conocidos como recuperadores de espacio.

**b. Pasivos:** Indicados cuando no se ha perdido el espacio para el permanente, su función solo es de mantener el espacio existente en el arco. <sup>(23)</sup>

### 2.3. Definición de términos básicos

- **Erupción:** proceso fisiológico asociado al crecimiento por el cual el diente se desplaza desde su posición original en el maxilar hasta su posición final en la cavidad bucal.
- **Diente antagonista:** diente opuesto a otro diente o cúspide y que será contactado por ese diente o cúspide cuando la mandíbula se cierra para poner en contacto los dientes superiores e inferiores.
- **Sucedáneo:** adj. que puede reemplazar a otro por tener propiedades similares
- **Propioceptivo:** deriva de sus raíces “propio-”, que significa de uno mismo; y “-cepción”, que significa consciencia. Es decir, la consciencia de lo propio: la consciencia de la propia postura corporal con respecto al medio que nos rodea.
- **Migración dental:** cambio en la posición de los dientes como resultado de una interrupción de las fuerzas de equilibrio que mantienen a los dientes en su posición natural en referencia con el cráneo.
- **Espacio de nance:** resulta del reemplazo de caninos y molares temporales por sus homólogos permanentes.
- **Edéntulo:** adj. Edentado, desdentado, anodonto, sin dientes.
- **Apiñamiento dental:** una de las alteraciones en la posición de los dientes más frecuentes y se puede corregir mediante distintos tratamientos ortodónticos.



- **Estadio de Nolla:** Clasificación donde se describen los diferentes estadios de calcificación de los dientes permanentes.
- **Caries dental:** enfermedad multifactorial, que comprende la interacción de factores del huésped, la dieta, el tiempo y la placa dental.
- **Oclusión dental:** refiere a las relaciones de contacto de los dientes en función y para función.
- **Maloclusión:** refiere al mal alineamiento de los dientes o a la forma en que los dientes superiores e inferiores encajan entre sí.
- **Iatrogenia:** es un daño en la salud, causado o provocado por un acto médico, se deriva de la palabra iatrogénesis que tiene por significado literal “provocado por el médico o sanador”.
- **Diente ectópico:** aquel diente que está fuera de su área anatómica, éste puede erupcionar o por el contrario quedarse incluido dentro del hueso.
- **Overjet:** distancia horizontal que existe entre el borde incisal del diente superior más vestibularizado y el diente inferior más lingualizado.
- **Overbite:** distancia vertical, entre el borde incisal o punta cuspídea del diente superior y el borde del diente inferior.
- **Proceso alveolar:** es la porción de los maxilares y mandíbula que sostiene a los dientes, o más concretamente el hueso sobre el que éstos erupcionan.

## **CAPÍTULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACION**

### **3.1. Formulación de hipótesis principal y derivada**

#### **3.1.1. Hipótesis General**

La prevalencia de pérdida prematura de dientes deciduos en niños 4 a 8 años atendidos en la Universidad Alas Peruanas filial Chiclayo, periodo 2017, es la segunda molar inferior decidua.

#### **3.1.2. Hipótesis Específicos**

- La prevalencia de pérdida prematura de dientes deciduos en niños 4 a 8 años según la edad, atendidos en las Clínicas de la Universidad Alas Peruanas filial Chiclayo periodo 2017, son: en la edad de 4, 6 y 8 años es la segunda molar decidua y en 7 años la primera molar decidua.
- La prevalencia de pérdida prematura de dientes deciduos en niños 4 a 8 años según el género, atendidos en las clínicas de la Universidad Alas Peruanas filial Chiclayo, periodo 2017, es: la segunda molar decidua tanto en mujeres y hombres respectivamente.
- El diagnóstico más frecuente de pérdida prematura en niños de 4 a 8 años atendidos en las clínicas de la Universidad Alas Peruanas filial Chiclayo, periodo 2017 es, Remanente radicular.

### 3.2. Variables

#### a) Dependiente:

- Pérdida prematura de diente deciduo

#### b) Independiente

- Edad
- Género

#### 3.2.1. Operacionalización de Variables

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
<b>PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES DECIDUOS</b>	Diagnóstico que origina pérdida prematura	Pulpitis irreversible Absceso periapical con fístula Absceso periapical sin fístula Traumatismos Restos radiculares
	Piezas afectadas	Incisivos deciduos superior o inferior Caninos deciduos superior o inferior Molares deciduos superior o inferior
	Cantidad de piezas perdidas	1 pieza 2 piezas 3 piezas > 4 piezas

## CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

### 4.1. Diseño Metodológico

#### 4.1.1. Tipo de Estudio

- **Descriptivo**, se describirá información de las historias clínicas
- **Transversal**, se obtendrá información en un periodo determinado
- **Retrospectivo**, el estudio de la información es de un tiempo pasado
- **Cuantitativo**, la información es medida en indicadores

#### 4.1.2. Nivel de estudio

- **Nivel descriptivo:** se realizará la descripción de los motivos, diagnósticos y tratamientos más frecuentes recolectados en las Historias Clínicas.
- **Nivel explicativo:** se explicará las causas que produjeron la pérdida prematura y sus consecuencias.

### 4.2. Diseño muestral

#### 4.2.1. Población

La población está constituida por 600 pacientes de las dos clínicas de la “Universidad Alas Peruanas” filial Chiclayo, cuyas características son:

- Sus edades están comprendidas entre 4 a 8 años de edad atendidos en las dos clínicas, denominados clínica del niño 1, clínica del niño 2
- Población mixta (hombres y mujeres)

- La mayoría no reside en el área de influencia de la universidad
- Proviene de familias de clase media y baja. (Ver tabla N°01)

#### **4.2.2. Muestra**

La muestra representativa de la población la constituye 400 pacientes siendo los grupos “clínica del niño I” y “clínica del niño II”

##### **4.2.2.1. Criterios de Inclusión**

- Historias clínicas abiertas durante el período enero 2017 a diciembre 2017.
- Historias clínicas correspondientes a niños de 4 a 8 años
- Historias clínicas que cuenten con radiografía panorámica

##### **4.2.2.2. Criterios de Exclusión**

- Historias clínicas que han sido abiertas en períodos pasados al mencionado anteriormente.
- Historias clínicas que no cuenten con los datos completos para este estudio. (Ver tabla N°02)

##### **4.2.2.3. Tipo de Muestra**

El método de selección de muestra fue por muestreo no probabilístico de sujetos – tipos.

#### 4.2.2.4. Tamaño de la Muestra

Una vez obtenido todas las historias clínicas de los pacientes atendidos en las dos clínicas de la Universidad Alas Peruanas filial Chiclayo, se consiguió un total de 400 historias clínicas, lo cual representará mi objetivo general al igual que los específicos.

### 4.3. Técnicas e Instrumento de recolección de datos

#### a) Tipos de Técnicas:

- **Observación:** se tienen los puntos exactos para la recolección de información.

#### b) Tipos de Instrumentos:

- **Documento informado:** se entregará al encargado del área administrativa de la clínica de odontología de la “Universidad Alas Peruanas” filial Chiclayo, para la obtención de las historias clínicas solicitadas para el estudio.
- **Ficha de observación:** este permitirá registrar la información observada.
- **Historia Clínica:** documento donde se extraerá toda la información necesaria
- **Radiografía panorámica:** se relacionará la pérdida prematura con la erupción de dientes permanentes teniendo en cuenta los estadios de Nolla.

#### **4.4. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la Información**

El procesamiento y análisis estadístico de la información se llevará a cabo a través del programa estadístico SPSS Versión 21.

#### **4.5. Aspectos éticos**

- Se solicitará autorización a las autoridades competentes de la Universidad Alas Peruanas filial Chiclayo, para la ejecución del proyecto de investigación.
- Este proyecto no va contra la moral ni la salud de ninguna persona, se preservará en anonimato y confidencialidad la población estudiada.
- El estudio de observación se requerirá el uso de cuaderno, lapiceros y calculadora, y será plasmado en la ficha de observación.

## CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

### 5.1. Análisis descriptivo, tablas de frecuencia y gráficos

**TABLA N°01:** Población de pacientes pediátricos atendidos en las distintas clínicas de la Universidad Alas Peruanas filial Chiclayo

<b>GRUPOS</b>	<b>Fa</b>	<b>Fr</b>	<b>Fi</b>
<b>CLÍNICA PEDIÁTRICA I</b>	342	342	57%
<b>CLÍNICA PEDIÁTRICA II</b>	254	596	43%
<b>TOTAL</b>	596		100%

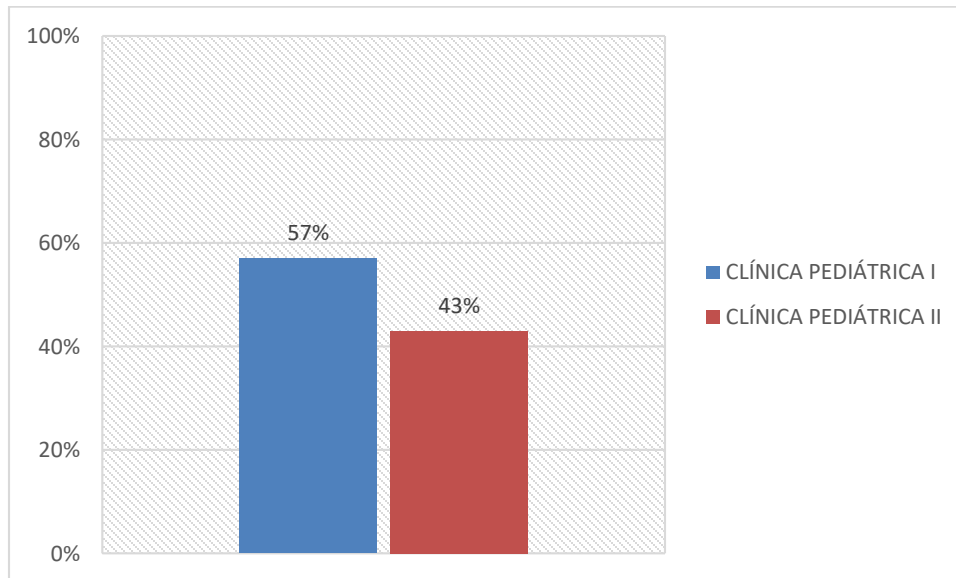
*Fuente: Historias Clínicas de pacientes pediátricos atendidos en el año 2017 de la UAP filial Chiclayo*

*Fecha: 15/06/18*

*Elaboración propia*



**Histograma N° 01:** Población de pacientes pediátricos atendidos en las distintas clínicas de la Universidad Alas Peruanas filial Chiclayo



*Elaborado por el investigador*

**Interpretación:** En la tabla y gráfico N° 01 se observa que la mayor cantidad de pacientes es 57% (342) que corresponde a clínica pediátrica I, y la menor cantidad es 43% (254) que corresponde a clínica pediátrica II.

**TABLA N° 02:** Muestra de los pacientes niños de 4 a 8 años de edad, según criterios de inclusión y exclusión

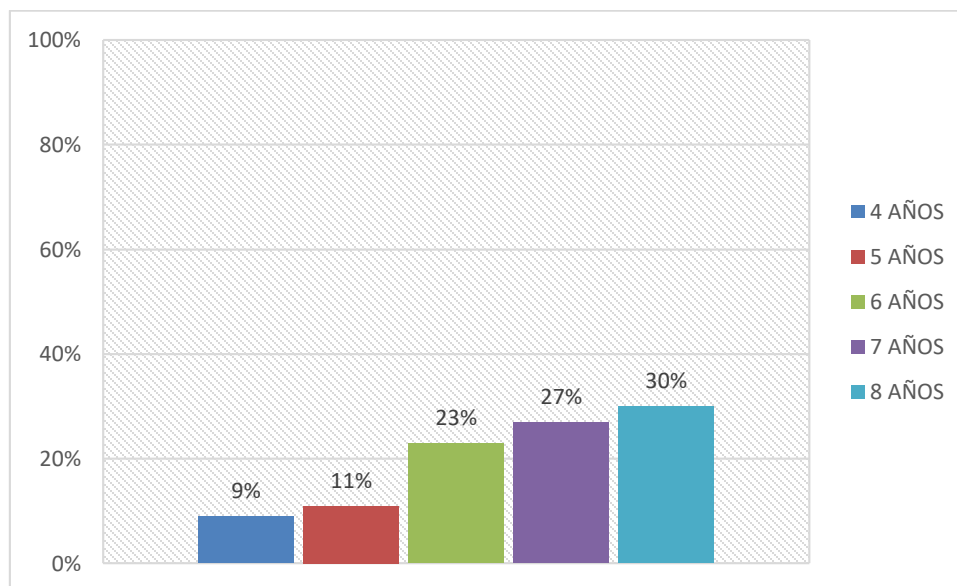
<b>GRUPOS</b>	<b>Fa</b>	<b>Fr</b>	<b>Fi</b>
<b>4 AÑOS</b>	9	9	9%
<b>5 AÑOS</b>	12	21	11%
<b>6 AÑOS</b>	24	45	23%
<b>7 AÑOS</b>	28	73	27%
<b>8 AÑOS</b>	32	105	30%
<b>TOTAL</b>	105		100%

*Fuente: Historias Clínicas de pacientes pediátricos atendidos en el año 2017 de la UAP filial Chiclayo*

*Fecha: 15/06/18*

*Elaboración propia*

**Histograma N° 02:** Muestra de los pacientes pediátricos de 4 a 8 años de edad, según criterios de inclusión y exclusión



*Elaborado por el investigador*

**Interpretación:** En la tabla y gráfico N° 02 se observa la muestra de pacientes pediátricos de 4 a 8 años, donde la mayor cantidad es 30% (32) que corresponde a pacientes de 8 años, y la menor cantidad es 9% (9) que corresponde a pacientes de 4 años.

**TABLA N° 03:** Distribución de muestra según el momento en que se originó la pérdida prematura de los pacientes niños de 4 a 8 años de edad

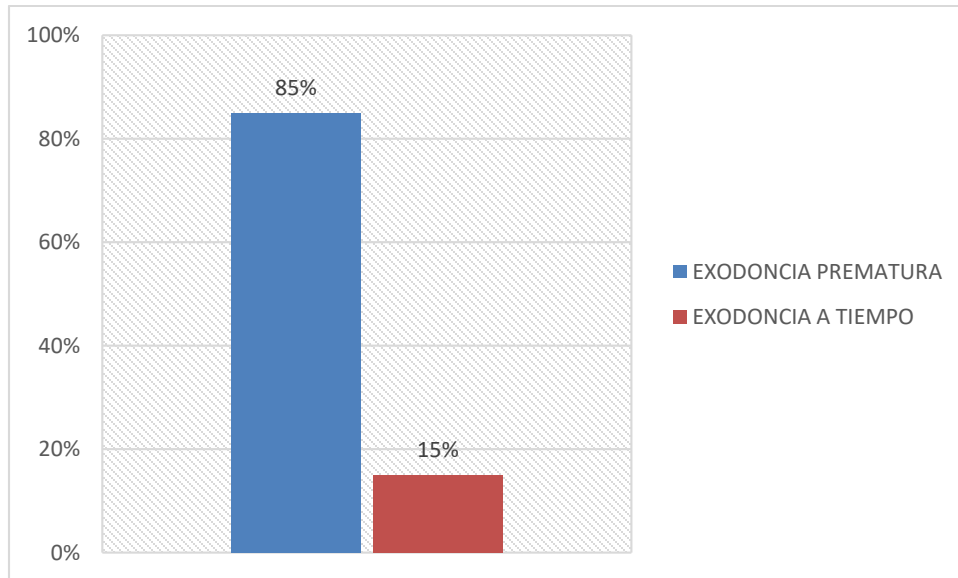
<b>Exodoncia</b>	<b>Fa</b>	<b>Fr</b>	<b>Fi</b>
<b>Exodoncia prematura</b>	142	8	85%
<b>Exodoncia a tiempo</b>	26	48	15%
<b>Total</b>	168		100%

*Fuente: Historias Clínicas de pacientes pediátricos atendidos en el año 2017 de la UAP filial Chiclayo*

*Fecha: 15/06/18*

*Elaboración propia*

**Histograma N° 03:** Distribución de muestra según el momento en que se originó la pérdida prematura de los pacientes niños de 4 a 8 años de edad



*Elaborado por el investigador*

**Interpretación:** En la tabla y gráfico N° 03 se observa un alto porcentaje de dientes extraídos antes de su exfoliación normal o prematuramente, representando un 85% (142), mientras que sólo el 15% (26) se les realizó exodoncias a tiempo.

**Tabla N° 04:** Prevalencia de pérdida prematura de dientes deciduos en niños de 4 a 8 años de edad

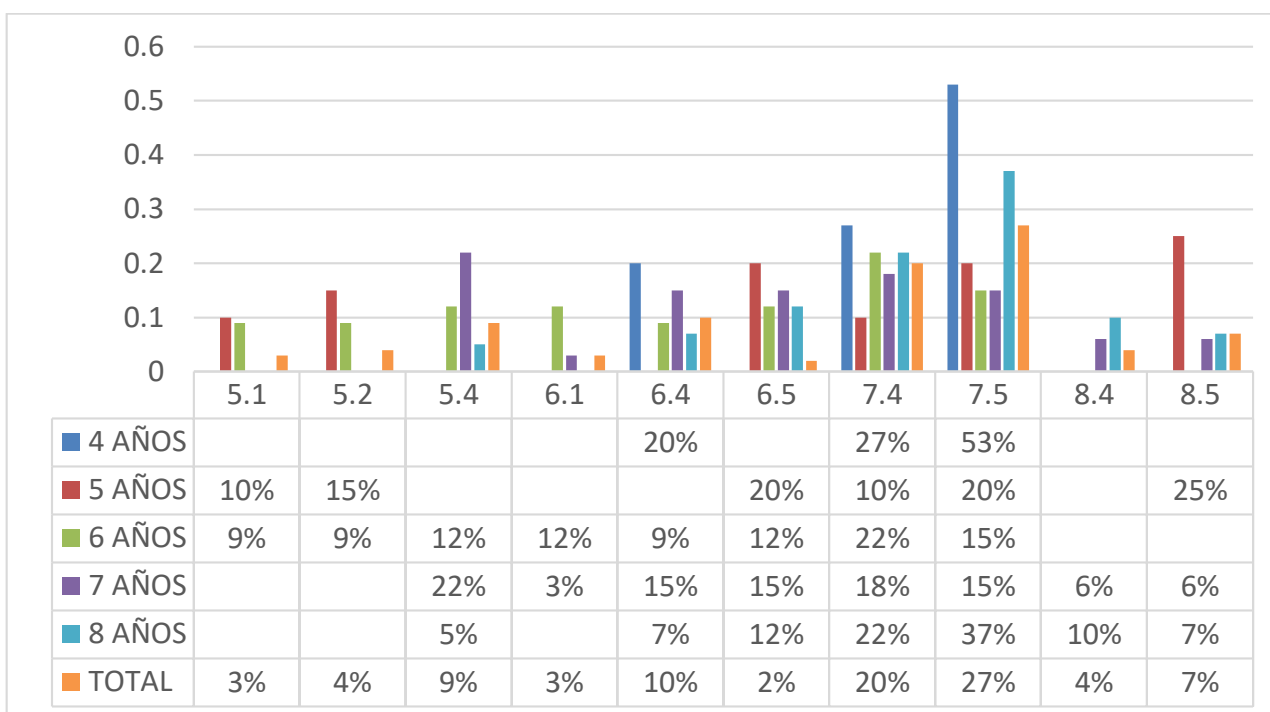
Piezas dentales Extraídas Prematuramente	4 AÑOS		5 AÑOS		6 AÑOS		7 AÑOS		8 AÑOS		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
51	-	-	2	10	3	9	-	-	-	-	5	3
52	-	-	3	15	3	9	-	-	-	-	6	4
54	-	-	-	-	4	12	7	22	2	5	13	9
61	-	-	-	-	4	12	1	3	-	-	5	3
64	3	20	-	-	3	9	5	15	3	7	14	10
65	-	-	4	20	4	12	5	15	5	12	18	12
74	4	27	2	10	7	22	6	18	9	22	28	20
75	8	53	4	20	5	15	5	15	15	37	37	27
84	-	-	-	-	-	-	2	6	4	10	6	4
85	-	-	5	25	-	-	2	6	3	7	10	7
<b>Total</b>	15	100	20	100	33	100	33	100	41	100	142	100

Fuente: Historias Clínicas de pacientes pediátricos atendidos en el año 2017 de la UAP filial Chiclayo

Fecha: 15/06/18

Elaboración propia

**Histograma Nº 04:** Prevalencia de pérdida prematura de dientes deciduos en niños de 4 a 8 años de edad



*Elaborado por el investigador*

**Interpretación:** En la tabla y gráfico Nº 04 se observa que el diente deciduo con mayor prevalencia de pérdida prematura con un 27% es el 75 (segunda molar inferior izquierda), seguido del 74 (primera molar inferior izquierda) con un 20%. En la edad 4 años es el 75 (segundo molar inferior izquierdo) con un 53% (8); 5 años, 85 (segundo molar inferior derecho) con un 25% (5); 6 años, 74 (primera molar inferior izquierdo) con un 22% (7); 7 años, 54 (primera molar superior derecha) con un 212% (7) y en la edad de 8 años con un 37% el 74 (15) (segundo molar inferior izquierdo). La edad de 8 años es la que mayor frecuencia de perdida prematura tiene con un 29% (41), seguido el grupo de 6 y 7 años con un 23% (33).

**Tabla N° 05:** Prevalencia de pérdida prematura de dientes deciduos en niños de 4 a 8 años de edad, según el género femenino

Piezas dentales Extraídas Prematuramente	4 AÑOS		6 AÑOS		7 AÑOS		8 AÑOS		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>54</b>	-	-	4	33	7	47	2	10	13	21
<b>64</b>	3	20	-	-	5	33	3	15	11	18
<b>65</b>	-	-	3	25	-	-	3	15	6	10
<b>74</b>	4	27	2	17	3	20	5	25	14	22
<b>75</b>	8	53	3	25	-	-	7	35	18	29
<b>Total</b>	15	100	12	100	15	100	20	100	62	100

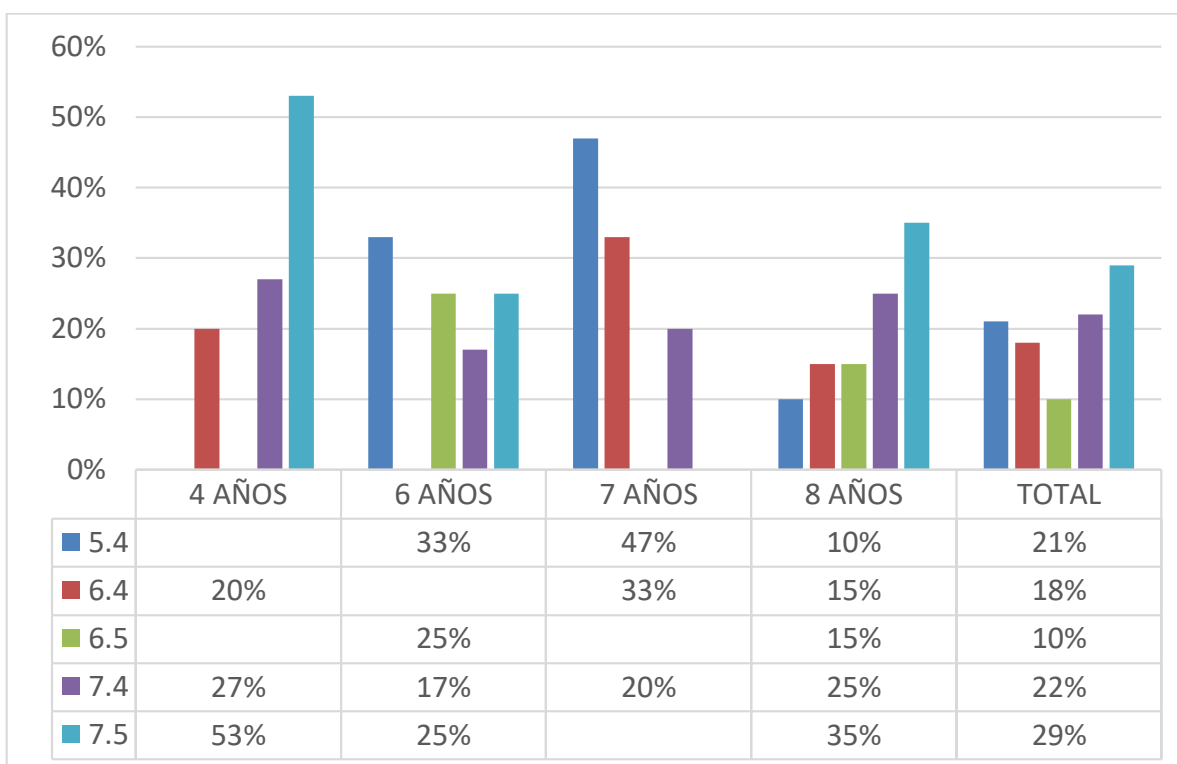
Fuente: Historias Clínicas de pacientes pediátricos atendidos en el año 2017 de la UAP filial Chiclayo

Fecha: 15/06/18

Elaboración propia



**Histograma N° 05:** Prevalencia de pérdida prematura de dientes deciduos en niños de 4 a 8 años de edad, según el género femenino



*Elaborado por el investigador*

**Interpretación:** En la tabla y gráfico N° 05 se observa que la prevalencia de pérdida prematura en cuanto al género femenino, es el 75 (segundo molar inferior izquierda) con un 29% (18). Según la edad, 4 años el 75 (segunda molar inferior izquierda) con un 29% (18). Según la edad, 4 años el 75 (segunda molar inferior izquierda) con un 53% (8); 6 años con un 33% (4) el 54 (primera molar superior izquierda); 7 años con un 47% (7) el 54 (primera molar superior izquierda) y en la edad de 8 años con un 35% (7) el 75 (segunda molar inferior izquierda).

**Tabla N° 06:** Prevalencia de pérdida prematura de dientes deciduos en niños de 4 a 8 años de edad, según el género masculino

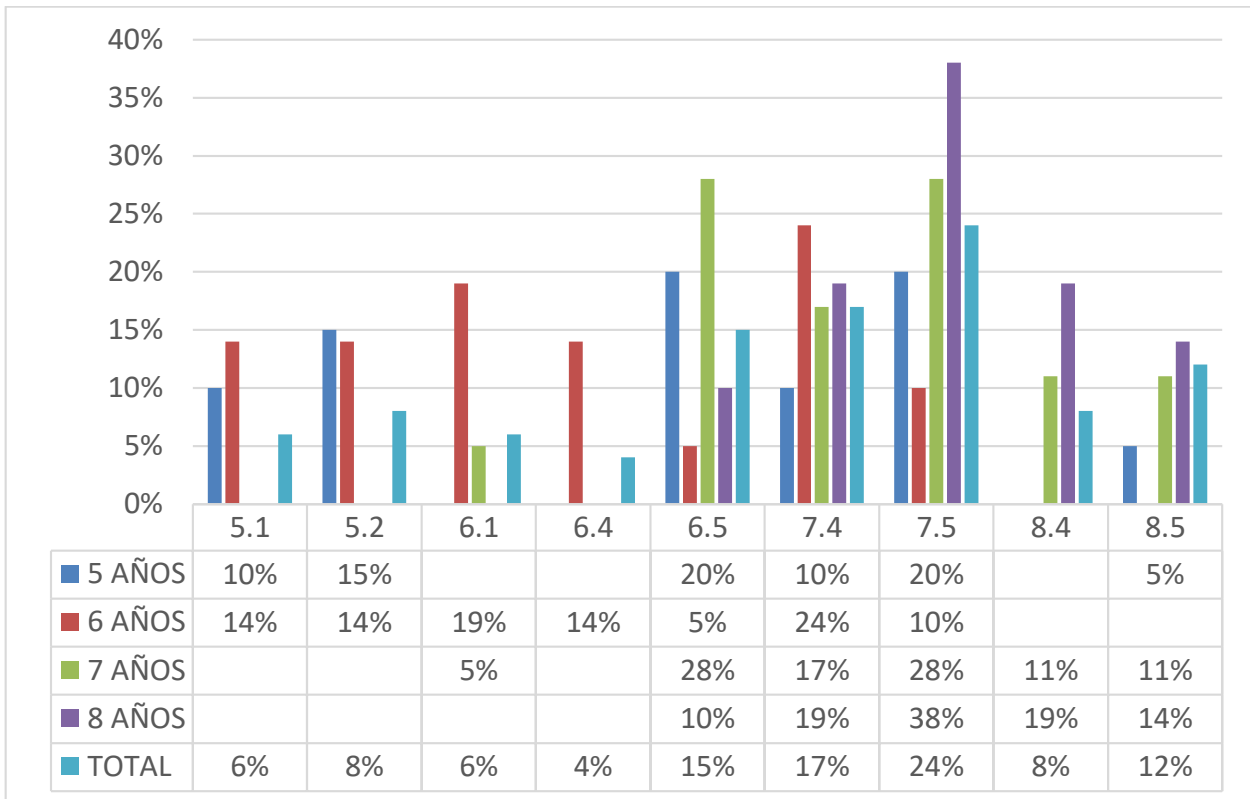
Piezas dentales Extraídas Prematuramente	5 AÑOS		6 AÑOS		7 AÑOS		8 AÑOS		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>51</b>	2	10	3	14	-	-	-	-	5	6
<b>52</b>	3	15	3	14	-	-	-	-	6	8
<b>61</b>	-	-	4	19	1	5	-	-	5	6
<b>64</b>	-	-	3	14	-	-	-	-	3	4
<b>65</b>	4	20	1	5	5	28	2	10	12	15
<b>74</b>	2	10	5	24	3	17	4	19	14	17
<b>75</b>	4	20	2	10	5	28	8	38	19	24
<b>84</b>	-	-	-	-	2	11	4	19	6	8
<b>85</b>	5	25	-	-	2	11	3	14	10	12
<b>Total</b>	20	100	21	100	18	100	21	100	80	100

Fuente: Historias Clínicas de pacientes pediátricos atendidos en el año 2017 de la UAP filial Chiclayo

Fecha: 15/06/18

Elaboración propia

**Histograma Nº 06:** Prevalencia de pérdida prematura de dientes deciduos en niños de 4 a 8 años de edad, según el género masculino



*Elaborado por el investigador*

**Interpretación:** En la tabla y gráfico Nº 06 se observa la prevalencia de pérdida prematura en cuanto al género masculino, es el 75 (segundo molar inferior izquierda) con un 24% (19). Según la edad, en 5 años con un 25% (5) el 85 (segunda molar inferior derecha); 6 años con un 24% (5) el 74 (primera molar inferior izquierdo); 7 años con una similitud de 28% (5) el 65 y 75 (segunda molar superior izquierdo, segunda molar inferior izquierdo respectivamente), y en la edad de 8 años con un 38% (8) el 75 (segunda molar inferior izquierdo).

**Tabla N° 07:** Diagnóstico más frecuente que origina la pérdida prematura de dientes deciduos en niños de 4 a 8 años de edad

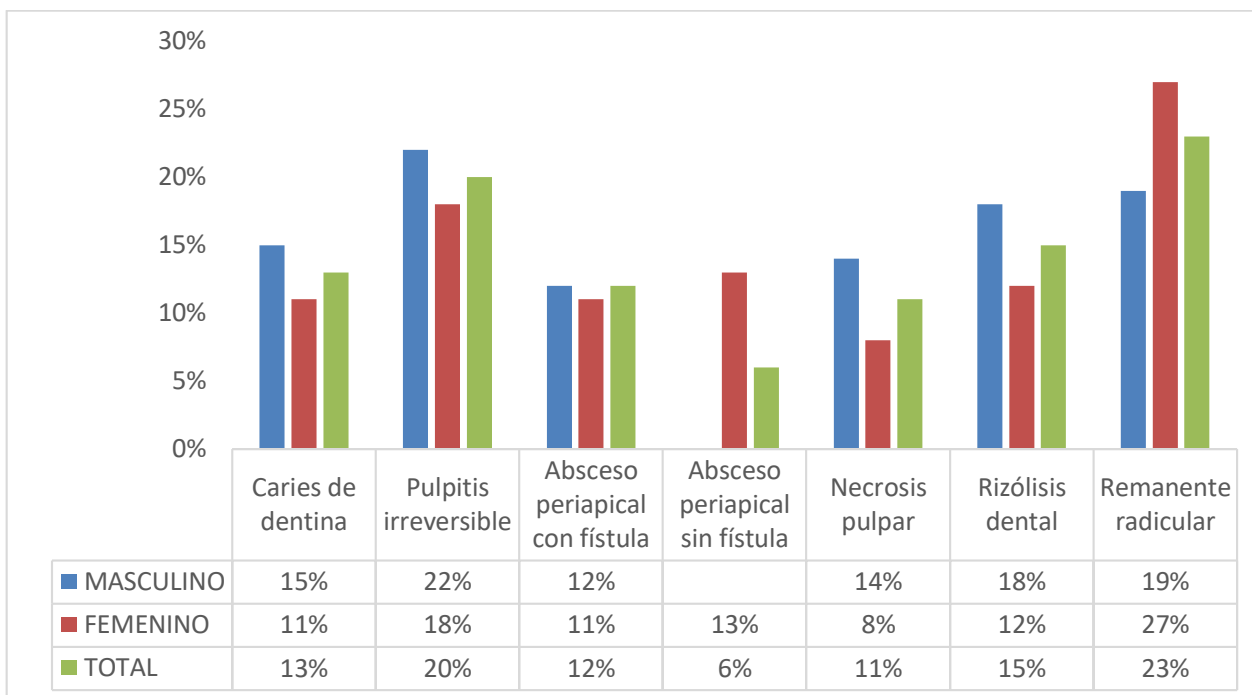
Diagnósticos	Masculino		Femenino		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
<b>Caries de dentina</b>	12	15	7	11	19	13
<b>Pulpitis irreversible</b>	18	22	11	18	29	20
<b>Absceso periapical con fístula</b>	10	12	7	11	17	12
<b>Absceso periapical sin fístula</b>	-	-	8	13	8	6
<b>Necrosis pulpar</b>	11	14	5	8	16	11
<b>Rizólisis dental</b>	14	18	7	12	21	15
<b>Remanente radicular</b>	15	19	17	27	32	23
<b>Total</b>	80	100	62	100	142	100

*Fuente: Historias Clínicas de pacientes pediátricos atendidos en el año 2017 de la UAP filial Chiclayo*

*Fecha: 15/06/18*

*Elaboración propia*

**Histograma N° 07:** Diagnóstico más frecuente que origina la pérdida prematura de dientes deciduos en niños de 4 a 8 años de edad



*Elaborado por el investigador*

**Interpretación:** En la tabla y gráfico N° 07 se observa que el diagnóstico más frecuente que origina la pérdida prematura es: Remanente radicular con un 23% (32); seguido de Pulpitis Irreversible con un 20% (29). Según el género masculino el diagnóstico más frecuente con un 22% (18) es Pulpitis irreversible, y en género femenino con un 27% (17) es Remanente Radicular.

## 5.2. Discusión

El presente estudio está constituido por 105 pacientes pediátricos de la Universidad Alas Peruanas filial Chiclayo, teniendo como objetivo principal determinar la prevalencia de pérdida prematura de dientes deciduos en pacientes de 4 a 8 años de edad.

Al analizar la prevalencia de pérdida prematura en la muestra examinada, se observó que un 85% de los pacientes se encontraban afectados. Porcentaje considerado alto si se compara con el estudio de Zúñiga S. <sup>(12)</sup> quien obtuvo una tasa baja de 20%. Esta diferencia puede deberse a la poca cobertura de atención dental en nuestro país, además de las diferencias en la muestra y rangos etarios que refieren ambos estudios.

La pérdida prematura de piezas dentarias deciduas aumenta a medida que la edad es mayor, en este estudio se dio con mayor frecuencia en escolares de 8 años con un 29%. Este resultado difiere a lo encontrado por Bustos A., Zamora E., Aumpuero J., Norabuena C. <sup>(13)</sup>, Huamán R. <sup>(11)</sup> y Gonzales P. <sup>(14)</sup>, pero concuerda con los resultados hallados por Zúñiga S. <sup>(12)</sup> que obtuvo un 52% en los de 8 y 9 años. Una de las posibles razones sobre diferencia de prevalencia entre las edades se debe a que el hábito alimenticio en los más pequeños está controlado directamente por los padres, mientras que los de mayor edad se independizan de éstos y por lo general prefieren dietas inadecuadas, consecuentemente poseen una mayor susceptibilidad a caries, lo que conlleva a una pérdida prematura dental.

Al analizar la pérdida prematura de dientes deciduos, según la pieza dentaria, se encontró que la mayor prevalencia de piezas dentarias perdidas prematuramente se dio en el sector posterior, siendo la pieza 75 (segundo molar inferior izquierda), esto podría indicarnos a que, por su anatomía, las fosas y fisuras representan las zonas con mayor retención de placa bacteriana, por ser ubicados a los extremos de la arcada el cepillado es menos efectivo.

El diagnóstico odontológico que causo mayor cantidad de exodoncias prematuras en los dientes deciduos fue Remanente Radicular con un 23%, esto podría deberse a la falta de prevención de salud.

La prevalencia de pérdida de dientes deciduos según sexo, se encontró que es mayor en el sexo femenino con un 29% frente al masculino con un 24%. Estos resultados difieren a los encontrados por Zúñiga S. <sup>(12)</sup> y Huamán R. <sup>(11)</sup>, pero concuerdan con los resultados de Gonzales P. <sup>(14)</sup>. Esto quizás se deba al tiempo, al área específica o por la ubicación geográfica de cada estudio.

Este estudio se llevó a cabo en niños atendidos los cuales presentaban un bajo cuidado en prevención de la salud bucal, por lo que podemos pensar que estos niños presentan más necesidades de tratamiento dental que la población en general. Por lo tanto, esta población no puede reflejar la prevalencia de pérdida prematura de dientes temporales en el departamento de Lambayeque. Se necesitarían más estudios para abordar esta cuestión mediante la observación de grandes cantidades de grupos de niños de diferentes zonas del departamento con el fin de obtener conclusiones generales.

## CONCLUSIONES

- El diente deciduo con más prevalencia de pérdida prematura es el 75 (segundo molar inferior izquierda) con un 27%, seguido del 74 (primera molar inferior izquierda) con un 20%.
- El diagnóstico más frecuente a las exodoncias prematura es el Remanente radicular con un 23% (32), seguido de Pulpitis Irreversible con un 20% (29).
- El diente deciduo con más prevalencia de pérdida prematura según la edad es: 4 años el 75 (segundo molar inferior izquierdo) con un 53% (8); 5 años, 85 (segundo molar inferior derecho) con un 25% (5); 6 años, 74 (primera molar inferior izquierdo) con un 21.2% (7); 7 años, 54 (primera molar superior derecha) con un 21.2% (7) y en la edad de 8 años con un 37% el 74 (15) (segundo molar inferior izquierdo).
- La prevalencia de pérdida prematura en cuanto al género masculino, es el 75 (segundo molar inferior izquierda) con un 24% (19). En género femenino, es el 75 (segundo molar inferior izquierda) con un 29% (18).
- La edad de 8 años es la que mayor frecuencia de perdida prematura tiene con un 29% (41), seguido el grupo de 6 y 7 años con un 23% (33)



## RECOMENDACIONES

- A la Universidad Alas Peruanas filial Chiclayo, se recomienda implementar programas preventivos promocionales para concientizar a los niños de los diferentes distritos y provincias del departamento de Lambayeque, beneficiándose no sólo los padres de familia e hijos, si no los futuros profesionales de la casa de estudio.
- A los padres de familia o apoderados que asisten a las clínicas pediátricas de la Universidad Alas Peruanas filial Chiclayo, deberían aumentar la conciencia de salud bucal para los niños, haciendo notar la importancia de los dientes primarios y su permanencia en boca hasta su exfoliación fisiológica, ya que no por ser temporales son de menor importancia.
- Se recomienda un próximo estudio donde se evalúe el porcentaje de tratamientos de extracciones prematuras con su tratamiento preventivo, ya sea en universidades, centros de salud pública o privada.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Marín A, Pacheco M. Frecuencia de extracciones prematuras de molares temporales en niños de 5 a 9 años, atendidos en la clínica odontológica UAM 1998 - 2000. [Tesis]. Nicaragua: Universidad Americana; 2001. 94 p.
2. María de Lourdes de Andrade Massara, Barbosa Rédua C., Manual de referencia para procedimientos clínicos en odontopediatría. 1era ed. Sao Paulo:Santos; 2010
3. Aristizabal C., Chemas L., Araugo A., Frecuencia de pérdida de espacio por exodoncia de molares temporales, en la unidad materno infantil de la Policia Nacional. Universitas Odontológica; 2003
4. Caldas de Almeida J., Calvano E., Silva Tk., Azeredo L., Castro M. Early primary tooth loss: prevalence, consequence and treatment. Int. J Dent. 2011; 10 (3): 126-30
5. Clemente K., Ferrara P., Ulloa R., Vera S. Pérdida prematura de dientes primarios y su relación con las maloclusiones. Caracas; 2001
6. Canut J. Ortodoncia clínica y terapéutica. 2da Ed. Barcelona: Masson; 2000.
7. Alvear P., Klischies S., Fierro C., Perez A. Necesidad de mantenedor de espacio en escolares de 5 a 7 años. J Oral Research. 2012; 1(1): 19-21
8. Chacón cobos, K., Correa Roa J., Gordillo Schmidt V., Báez Quintero L. Pérdida prematura de dientes temporales en niños de 0 a 8 años de edad. ACFO. [Internet]. 2014 [citado 05 de abril 2018]; Vol. 5, Núm. 13. Disponible en: <https://www.rcio.org/index.php/rcio/article/view/165/301>

9. Flores Vilca Y. G. Pérdida de dientes primarios por caries y maloclusión en pacientes de 7 a 10 años del centro de salud 15 de agosto. Arequipa, 2011. [Tesis]. Arequipa: Universidad Católica Santa María; 2014. 79 p.
10. Idrugo Yopla N. G. Prevalencia de pérdida prematura de dientes deciduos en escolares de 6 a 9 años del distrito de Salaverry en el año 2010. [Tesis]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2011. 39 p.
11. Huamán Ricce L. Pérdida prematura de dientes deciduos en niños de 3 a 9 años de edad sometidos a tratamiento odontológico integral bajo anestesia general en el instituto nacional de salud del niño, 2014. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014. 68 p.
12. Zuñiga Bernabé S. Prevalencia de pérdida prematura de dientes temporales en niños de 3 a 9 años, Clínica UCSG A 2017. [Trabajo de Titulación]. ciudad: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2017. 22 p.
13. Bustos A., Zamora E, Aumpero J., Norambuena C. Prevalencia de pérdida prematura de molares temporales en niños y niñas de 2 a 6 años de edad atendidos en cesfam curaco de Vélez durante los meses de abril a Julio de 2014. [Trabajo de Investigación]. Chile: Universidad de Concepción; 2014. 19 p.
14. Gonzales Palomino M. E. Prevalencia de pérdida prematura de dientes deciduos en relación del nivel de conocimiento de los padres de familia de los alumnos de la I.E. 40081 "Miguel Cesar Augusto Mazeyra Acosta", Arequipa 2015. [Tesis]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2015. 102 p.
15. J. R. Pinkham., Odontología Pediátrica. 2da Ed. México: Mc Graw Hill; 2001.

16. Salud.mapfre.es [Internet]. Mapfre; [citado 18 de abril 2018]. Disponible en:  
<https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/salud-dental/denticion/denticion-temporal/>
17. Bok J. R., Catala M., Garcia Ballesta C., Mendoza A., Odontopediatría. 2da Ed. Barcelona: Masson; 2002.
18. Odontología.mx.tripod.com [Internet]. Odontología; [citado 17 de julio 2018].  
Disponible en: <http://odontologiaa.mx.tripod.com/cronologia.html>
19. Escobar Muñoz F. Odontopediatría pediátrica. 2da Ed. Caracas, Venezuela: Amolca; 2004.
20. Bordoni N., Escobar Rojas A., Castillo Mercado R. Odontología Pediátrica, La salud bucal del niño y el adolescente del mundo. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana; 2010.
21. Scribd.com [Internet]. Odontología; [citado 17 de julio 2018]. Disponible en:  
<https://es.scribd.com/document/314784285/Estadios-de-Nolla>
22. Hubertus J. M., Van Waes P., Stockli W. Atlas de odontología pediátrica. 1era Ed. Barcelona: Masson; 2002.
23. Ortiz M., Godoy S., Farias M., Magdalena M. Pérdida prematura de dientes temporales en pacientes de 5 a 8 años de edad asistidos en la clínica de odontopediatría de la Universidad Gran Mariscal de Ayacucho, 2004 – 2005. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. [citado 22 de abril 2018]. Edición electrónica agosto; 2019. Disponible en:  
<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art-17/>

## ANEXO 1: Solicitud de ejecución de investigación

“AÑO DEL DIALOGO Y RECONCILIACION NACIONAL”

**SOLICITO:** Permiso para ejecutar investigación en la  
Universidad Alas Peruanas filial Chiclayo

**SEÑOR: Mg. CD. DURAND PICO VICTOR ANTONIO**

**DIRECTOR DE LA ESCUELA DE ESTOMATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD  
ALAS PERUANAS FILIAL CHICLAYO**

Presente,

De mis consideraciones:

Yo, SÁNCHEZ BONILLA, JOSE ENRIQUE identificado con DNI N°  
75143839, bachiller en estomatología de la Universidad Alas Peruanas, con el  
debido respeto que merece, expongo:

Que, deseando ejecutar el trabajo de investigación titulado  
“PREVALENCIA DE PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES DECIDUOS EN  
NIÑOS DE 4 A 8 AÑOS, ATENDIDOS EN LA UNIVERSIDAD ALAS  
PERUANAS FILIAL CHICLAYO, PERIODO 2017”, solicito ante usted muy  
comedidamente permiso para desarrollar el presente trabajo de investigación.

Por la favorable atención que se sirva a dar a la presente, anticipo mis  
agradecimientos.

Chiclayo, 04 de Junio del 2018

Atentamente:



  
**SÁNCHEZ BONILLA JOSÉ ENRIQUE**  
DNI N° 71718744

## ANEXO 2: Solicitud de ingreso para investigación

“AÑO DEL DIALOGO Y RECONCILIACION NACIONAL”

SOLICITO: Permiso de ingreso al área de Archivos

SEÑOR: CD. PRADO GUIMAREY ROBERTO R.

ADMINISTRADOR DE CLÍNICA ESTOMATOLOGICA DE LA UNIVERSIDAD  
ALAS PERUANAS FILIAL CHICLAYO

Presente,

De mis consideraciones:

Yo, SÁNCHEZ BONILLA, JOSÉ ENRIQUE identificado con DNI N° 75143839, bachiller de estomatología de la Universidad Alas Peruanas, con el debido respeto que merece, expongo:

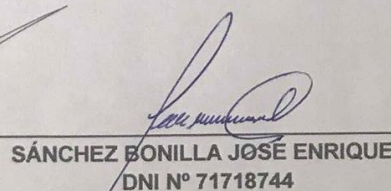
Que, accediendo a la ejecución del trabajo de investigación titulado “PREVALENCIA DE PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES DECIDUOS EN NIÑOS DE 4 A 8 AÑOS, ATENDIDOS EN LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS FILIAL CHICLAYO, PERIODO 2017”, solicitarle me sea autorizada la revisión de las Historias Clínicas pediátricas del área de Odontología, de los respectivos pacientes atendidos durante el año 2017.

Por la favorable atención que se sirva a dar a la presente, anticipo mis agradecimientos.

Chiclayo, 04 de Junio del 2018

Atentamente:

  
UNIVERSIDAD  
ALAS PERUANAS  
FILIAL CHICLAYO  
C.D. Roberto R. Prado Guimarey  
ADMINISTRADOR CLÍNICA ESTOMATOLOGICA

  
SÁNCHEZ BONILLA JOSÉ ENRIQUE  
DNI N° 71718744

### Anexo 3: Constancia desarrollo de investigación



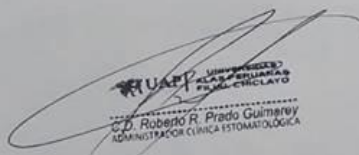
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
Escuela Profesional de Estomatología

#### CONSTANCIA DE PRACTICA PRE PROFESIONALES

Que el Sr. Jose Enrique Sanchez Bonilla, bachiller en Estomatología de la Universidad "Alas Peruanas", con código N° 2013138397, ha realizado una investigación con respecto a su tesis con el título "PREVALENCIA DE PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES DECIDUOS EN NIÑOS DE 4 A 8 AÑOS, ATENDIDOS EN LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS FILIAL CHICLAYO, PERIODO 2017-2B".

Se expide la presente Constancia a solicitud del interesado para los fines pertinentes.

Pimentel, 23 de julio del 2018



UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
Escuela Profesional de Estomatología  
C.D. Roberto R. Prado Guimarey  
ADMINISTRADOR CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA

## Anexo 4: Ficha de recolección de datos

**FICHA DE OBSERVACIÓN DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

1. Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

2. Edad: 8 AÑOS                      3. Sexo:  M -  F

4. Lugar procedencia: San Juan - 4 de Julio

5. Piezas ausentes prematuras: \_\_\_\_\_

6. Piezas extraídas prematuras: 84-74

7. Piezas extraídas a tiempo: 51

8. Maloclusión

Clase I ( )      Clase II ( )      Clase III ( )

9. Diagnóstico

Pieza dental:	51	84	74				
Pulpitis irreversible							
Necrosis Pulpar							
Periodontitis apical aguda							
Periodontitis apical crónica							
Absceso periapical con fistula							
Absceso periapical sin fistula							
Remanente radicular	X						

*Carres de dentura*                      X X

42



## Anexo 5: Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES	INDICADORES
¿Cuál es la prevalencia de pérdida prematura más frecuente de dientes deciduos en niños de 4 a 8 años atendidos en las clínicas de la Universidad Alas Peruanas filial Chiclayo, periodo 2017?	Determinar la prevalencia de pérdida prematura más frecuente de dientes deciduos en niños de 4 a 8 años atendidos en la clínica de la Universidad Alas Peruanas filial Chiclayo, periodo 2017	La prevalencia de pérdida prematura de dientes deciduos en niños de 4 a 8 años atendidos en la Universidad Alas Peruanas filial Chiclayo, periodo 2017, es la primera molar superior decidua	Pérdida prematura de dientes deciduos	Pieza dental.

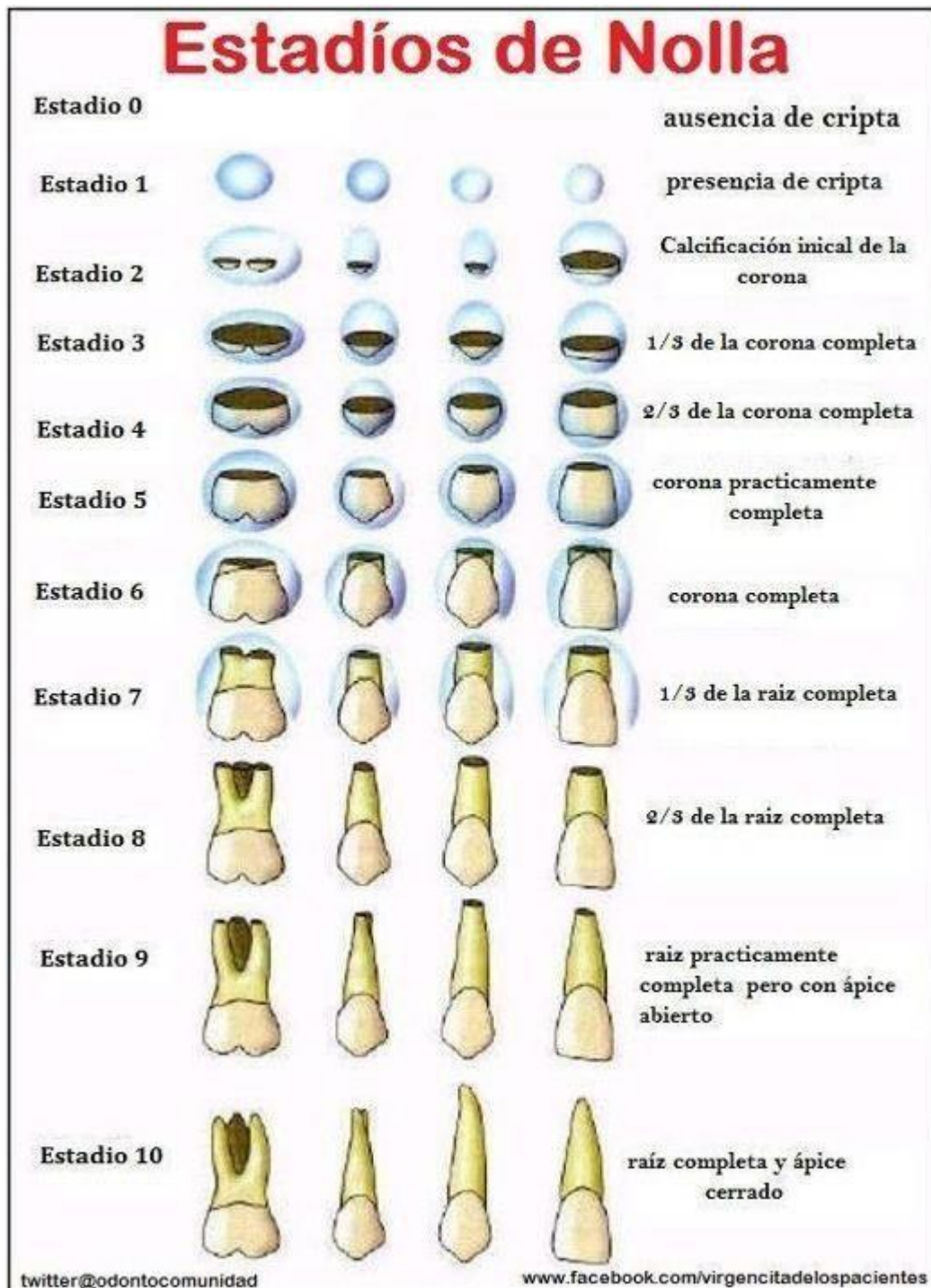
## Anexos 6: Figuras

**FIGURA N<sup>o</sup> 01** (Cronología del desarrollo de la dentición temporal)

Cronología del desarrollo de la dentición temporal					
Dientes temporales	Formación de tejido duro (semanas de útero)	Cantidad de esmalte formado al nacer	Esmalte terminado (meses después del nacimiento)	Erupción (promedio de edad en meses ± DE)	Raíz terminada (año)
<i>Superiores</i>					
Incisivo central	14 (13-16)	Cinco sextos	1 1/2	10 (8-12)	1 1/2
Incisivo lateral	16 (14 2/3-16 1/2)	Dos tercios	2 1/2	11 (9-13)	2
Canino	17 (15-18)	Un tercio	9	19 (16-22)	3 1/4
Primer molar	15 1/2 (14 1/2-17)	Cúspides unidas; oclusal totalmente calcificado	6	16 (13-19) Niños (14-18) Niñas	2 1/2
Segundo molar	19 (16-23 1/2)	Vértices cuspidos todavía aislados	11	29 (25-33)	3
<i>Inferiores</i>					
Incisivo central	14 (13-16)	Tres quintos	2 1/2	8 (6-10)	1 1/2
Incisivo lateral	16 (14 2/3-16 1/2)	Tres quintos	3	13 (10-16)	1 1/2
Caninos inferiores	17 (16-18)	Un tercio	9	17 (15-21)	3 1/4
Primer molar	15 1/2 (14 1/2-17)	Cúspides unidas; oclusal completamente calcificado	5 1/2	16 (14-18)	2 1/4
Segundo molar	18 (17-19 1/2)	Vértices cuspidos todavía aislados	10	27 (23-31) Niños (24-30) Niñas	3

De Logan y Kronfeld, y ligeramente modificada por McCall y Schour.

FIGURA Nº 02



**FIGURA Nº 03** (Cronología de dentición permanente)

<i>Cronología de la dentición permanente</i>					
	<i>Germen</i>	<i>Inic. mineral.</i>	<i>Corona completa</i>	<i>Erupción</i>	<i>Raíz completa</i>
Incisivos	30 semanas i.u.	3-4 m (Lat. max. 10-12m)	4-5 años	Mand. 6-8 a Max. 7-9 a	2-3 años después de la erupción
Caninos		4-5 m	6-7 años	Mand. 9-10 a Max. 11-12 a	
Premolares		1,5-2,5 años	5-7 años	10-12 a	
1º molar	24 semanas i.u.	Nacimiento	2,5-3 años	6-7 a	
2º molar	6º mes	2,5-3 años	7-8 años	11-13 a	
3º molar	6º año	7-10 años	12-16 años	17-21 a	

a= año, i.u= intrauterino (Modificado de Schour y col., 1940; Kraus, 1959; Scott, 1964.)

**FIGURA Nº 04** (Secuencia de erupción)

<i>Secuencia de erupción en el maxilar superior</i>						
1º M	Inc. central	Inc. lat	1º PM	C	2º PM	2º M
1º M	Inc. central	Inc. lat	1º PM	2º PM	C	2º M

<i>Secuencia de erupción en la mandíbula</i>						
1º M	Inc. central	Inc. lat	C	1º PM	2º PM	2º M
1º M	Inc. central	Inc. lat	1º PM	C	2º PM	2º M

**FIGURA N° 05** (Mantenedor de Espacio, Corona Ansa, Tomado de Guerrero y Col)



**FIGURA N° 06** (Mantenedor de espacio, Banda Ansa, Tomado de Guerrero y Col)



**FIGURA Nº 07** (Mantenedor de espacio, Tomado de Esaú y Col)



**FIGURA Nº 08** (Mantenedor de espacio, Arco Lingual, Tomado de Guerrero y Col)



**FIGURA N° 09** (Mantenedor de espacio, Arco Transpalatino)



## Anexo 7: Fotografías

