



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

TESIS

**PÉRDIDA PREMATURA DE MOLARES TEMPORALES EN PACIENTES DE 5 - 10
AÑOS, ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE LA UAP
ANDAHUAYLAS, PERIODO MARZO – JULIO 2018**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

PRESENTADO POR:

BACHILLER: HUAYANA ALTAMIRANO, MIGUEL ANGEL

ASESOR:

MG. CD. JORGE RAMIRO PAZ ARNICA

ANDAHUAYLAS – PERÚ

2019

DEDICATORIA

El presente trabajo va dedicado a todas las personas que de alguna forma me apoyaron en la elaboración de esta tesis, en primer lugar a Dios, por ser guía y guardián de cada uno de mis pasos, por permitirme llegar donde quiero y poder alcanzar mis sueños, a mis padres por el apoyo incondicional y el esfuerzo que día a día hacen.

AGRADECIMIENTO

Mis agradecimientos son dirigidos:

A mí asesor Mg. Álbum. Jorge Ramiro Paz Árnica por su comprensión e importante momento en la elaboración de esta postulación.

También me gustaría agradecer al director de la Clínica de Estomatología, Sr. César Samanez Talaverano, por permitirme acceder a las Historias clínicas de pacientes pediátricos que tienen lugar en los meses de marzo a julio de 2018 por tener la capacidad para realizar mi trabajo de exploración.

A mi fundación de registro, la Universidad Alas Peruanas, Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Estomatología, Institución que me permitió la oportunidad de aprender y crecer de manera experta, y me permitió realizar mi trabajo de examen en la Clínica de Estomatología.

	Pág.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE GENERAL	iv
ÍNDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	viii
ÍNDICE DE FIGURAS	ix
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCION	12
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 DESCRIPCION DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	13
1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	14
1.2.1 Delimitación Espacial	14
1.2.2 Delimitación Social	14
1.2.3 Delimitación Temporal	14
1.2.4 Delimitación Conceptual	14
1.3 PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN	15
1.3.1 Problema Principal	15
1.3.2 Problemas Específicos	15
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	15
1.4.1 Objetivo General	15
1.4.2 Objetivos Específicos	16
1.5 JUSTIFICACION E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN	16
1.5.1 Justificación	16
1.5.2 Importancia	16
1.5.3 Factibilidad de la Investigación	17
1.5.4 Limitaciones del Estudio	17
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	
2.1 Antecedentes de la investigación	18

2.2 Bases Teóricas	21
2.3 Definición de Términos Básicos	43
CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	
3.1 Hipótesis General	44
3.2 Hipótesis Específicas	44
3.3 Definición Conceptual y Operacional de las Variables	45
3.4 Cuadro de Operacionalización de Variables	46
CAPITULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
4.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN	48
4.1.1 Tipo de Investigación	48
4.1.2 Nivel de Investigación	48
4.2 MÉTODOS Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	48
4.2.1 Métodos de Investigación	48
4.2.2 Diseño de la Investigación	49
4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN	49
4.3.1 Población	49
4.3.2 Muestra	49
4.3.3 Criterios de Inclusión y Exclusión	49
4.4 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	50
4.4.1 Técnicas	50
4.4.2 Instrumentos	50
4.4.3 Validez y confiabilidad	51
4.4.4 Procesamiento y análisis de datos	51
4.4.5 Ética en la investigación	51
CAPITULO V: RESULTADOS	
5.1 Descripción del trabajo de campo	52
5.2 Análisis Descriptivo de Frecuencias y Gráficos	53
CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN DE RESULTADOS	63
CONCLUSIONES	66
RECOMENDACIONES	67
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69

ADICIONES

1. Matriz de Consistencia	73
2. Instrumento de Recopilación de Datos	74
3. Copia de la Data Procesada	76
4. Ficha de Autorización	78
5. Declaratoria de Autenticidad del Informe de Tesis	79
6. Imágenes	80

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1: Distribución de frecuencia y porcentaje de la población muestral según género de los pacientes de 5 – 10 años, atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas, filial Andahuaylas.....	Pág. 53
Tabla N° 2: Distribución de frecuencia y porcentaje de la población muestral según edad de los pacientes de 5 – 10 años, atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas, filial Andahuaylas.....	Pág. 54
Tabla N° 3: Nivel de pérdida prematura de molares deciduos de los pacientes de 5 - 10 años, atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas Andahuaylas, periodo Marzo – Julio 2018.....	Pág. 55
Tabla N° 4: Frecuencia y porcentaje del promedio de molares temporales que se pierden por paciente en los pacientes de 5 - 10 años, atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas Andahuaylas, periodo Marzo – Julio 2018.....	Pág. 56
Tabla N° 5: Distribución de los Estadios de Nolla, de los dientes sucedáneos de las piezas deciduas extraídas de los pacientes de 5 – 10 años, atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas, Andahuaylas.....	Pág. 57
Tabla N° 6: Distribución de frecuencia y porcentaje de pérdida prematura según el diente afectado de los pacientes de 5 – 10 años, atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas, Andahuaylas.....	Pág. 58
Tabla N° 7: Distribución de frecuencia y porcentaje del nivel pérdida prematura de molares temporales de los pacientes de 5 – 10 años, atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas filial Andahuaylas, según género.	Pág. 59
Tabla 8: Distribución de frecuencia y porcentaje del nivel pérdida prematura de molares temporales de los pacientes de 5 – 10 años, atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas filial Andahuaylas, según edad.	Pág. 60

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1: Distribución de frecuencia y porcentaje de la población muestral según género de los pacientes de 5 – 10 años, atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas, filial Andahuaylas.....	<i>Pág. 53</i>
Gráfico N° 2: Distribución de frecuencia y porcentaje de la población muestral según edad de los pacientes de 5 – 10 años, atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas, filial Andahuaylas.....	<i>Pág. 54</i>
Gráfico N° 3: Nivel de pérdida prematura de molares deciduos de los pacientes de 5 - 10 años, atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas Andahuaylas, periodo Marzo – Julio 2018.....	<i>Pág. 55</i>
Gráfico N° 4: Frecuencia y porcentaje del promedio de molares temporales que se pierden por paciente en los pacientes de 5 - 10 años, atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas Andahuaylas, periodo Marzo – Julio 2018.....	<i>Pág. 56</i>
Gráfico N° 5: Distribución de los Estadios de Nolla, de los dientes sucedáneos de las piezas deciduas extraídas de los pacientes de 5 – 10 años, atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas, Andahuaylas.....	<i>Pág. 57</i>
Gráfico N° 6: Distribución de frecuencia y porcentaje de pérdida prematura según el diente afectado de los pacientes de 5 – 10 años, atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas, Andahuaylas.....	<i>Pág. 58</i>
Gráfico N° 7: Distribución de frecuencia y porcentaje del nivel pérdida prematura de molares temporales de los pacientes de 5 – 10 años, atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas filial Andahuaylas, según género.....	<i>Pág. 59</i>
Gráfico 8: Distribución de frecuencia y porcentaje del nivel pérdida prematura de molares temporales de los pacientes de 5 – 10 años, atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas filial Andahuaylas, según edad.....	<i>Pág. 60</i>

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Esquema de erupción y Exfoliación de Dentición Decidua.

Figura 2: Esquema de erupción de la Dentición Permanente.

Figura 3: Diagrama de Hurme.

Figura 4: Estadíos de desarrollo dentario Según Nolla.

RESUMEN

El objetivo de la exploración fue decidir la dimensión de la pérdida prematura de molares impermanentes en niños de 5 a 10 años, acudió a la Clínica Dental de la Universidad Alas Peruanas, copia de seguridad de Andahuaylas, marzo a julio de 2018. El tipo de investigación fue esencial cuantitativo, directo, no de prueba, transversal. La población de ejemplo, compuesta por 33 relatos clínicos de pacientes de 5 a 10 años de edad de ambos sexos, acudió a las instalaciones estomatológicas del auxiliar de la Universidad Alas Peruanas Andahuaylas, donde el método que se utilizó fue la documentación y el instrumento que se conectó. Fue un registro clínico.

Las consecuencias de la investigación demostraron que el 66.7% del total de pacientes inspeccionados perdió un molar transitorio, la fase de Nolla del diente sustituto fue tanto más frecuente cómo fue posible en la etapa 5 con 48.5%, el segundo molar inferior izquierdo del mundo obtuvo 21.6 % inoportuna desgracia; La orientación sexual masculina fue la más indefensa para PPMT con 73.7% y la descendencia de 5 años fue la más indefensa para PPMT con 87.5%.

Terminando a lo largo de estas líneas a partir de los resultados encontrados en este examen, la dimensión suave adquirió el nivel más elevado de pérdida prematura de molares breves.

Palabras clave: Pérdida prematura de molares temporales (PPMT).

ABSTRACT

The target of the exploration was to decide the dimension of untimely loss of impermanent molars in patients matured 5 to 10 years, went to at the Dental Clinic of Alas Peruanas University, Andahuaylas backup, March - July 2018 period. The sort of research was essential quantitative , engaging straightforward, not test, cross-sectional. The example populace comprised of 33 clinical narratives of patients of 5-10 years old of both genders, went to in the stomatological facility of the Alas Peruanas University auxiliary Andahuaylas, where the method that was utilized was the documentation, and the instrument that was connected was a clinical record.

The consequences of the investigation demonstrated that 66.7% of the aggregate of patients inspected lost a transitory molar, the Nolla phase of the surrogate tooth was all the more as often as possible stage 5 with 48.5%, the second lower left worldly molar got the 21.6% untimely misfortune; the male sexual orientation was the most helpless to PPMT with 73.7% and the offspring of 5 years old were the most defenseless to PPMT with 87.5%.

Finishing up along these lines from the outcomes found in this examination, the gentle dimension acquired the most elevated level of untimely loss of brief molars.

Watchwords: Premature loss of impermanent molars (PPMT).

INTRODUCCIÓN

En los últimos tiempos el enfoque de tratamientos en odontología, ha variado siendo el principal objetivo la prevención, tal es así que dentro de la Odontopediatría se busca conservar la integridad de los molares temporales hasta su exfoliación.

Hacer que los dientes de las personas crezcan continuamente e incorpore una dentición no permanente y una dentición duradera, la dentición transitoria debe protegerse hasta la instantánea del intercambio, ya que está a cargo de mantener el espacio que deben expulsar los dientes inmutables; Estos dientes breves realizan capacidades masticatorias, fonéticas y con estilo, son mantenedores de espacios fisiológicos para el sucesor perpetuo y se llenan como guía para su emisión.

Con la expulsión del diente inmutable principal entre los cinco y medio y seis años, se ingresa a la supuesta dentición mixta, organizada en la que descubrimos, presente en la boca: dientes esenciales y perpetuos. Este período comienza con la expulsión del molar perpetuo primario, aunque de vez en cuando el incisivo focal inferior puede aumentar primero, sin embargo, esto no tiene importancia clínica y no influye en el avance futuro del impedimento. En esta etapa, los principales molares y los ocho incisivos inmutables estarán disponibles en la boca.

La pérdida prematura de dientes impermanentes alude justo a tiempo o desgracia anterior de la sustitución fisiológica de los dientes impermanentes por los inmutables, que puede negociar el mantenimiento regular del borde o la longitud de la curva y, en consecuencia, la expulsión del diente sustituto, la pérdida prematura de los molares transitorios es la más continua que causa más tarde. Encendido, pérdida de paridad dental y acortamiento de la longitud del segmento circular debido a la mesialización del diente posterior y la distalización del diente anterior al espacio edéntulo, expulsión del diente contradictorio, pivote en los dientes cerca de la zona del diente.

CAPITULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Realidad Problemática

La pérdida de un molar esencial en un período inicial difiere la emisión del diente inmutable. Sin embargo, la desgracia inoportuna en una etapa tardía acelera la emisión de lo perpetuo y hace innecesaria la protección del espacio.(1) Una técnica correcta para evaluar la expulsión aplazada o apresurada es analizar el nivel de mejoramiento de la raíz y el hueso alveolar que cubre el diente inmutable que no ha crecido por métodos para radiografías panorámicas o periapicales.(2)

En el territorio clínico, por lo general para descubrir niños con problemas en la depresión oral, por ejemplo, caries dentales, problemas periodontales, al igual que la reabsorción atípica de raíces, contempla el informe de que estos se originan en familias con bajas dimensiones financieras y sociales, donde la exodoncia prevalece como un tratamiento electivo. . A pesar del hecho de que existen opciones y estrategias de moldeo en la administración de los jóvenes, sin embargo el tratamiento molesto prevalece debido a los recursos limitados de los pacientes. En consecuencia, el presente examen se centra en decidir la dimensión de la pérdida prematura de los molares transitorios, ya que esta condición oral influye en el mantenimiento común del borde o la longitud del segmento circular, ajusta el avance de los huesos maxilares cuando se pierde el trabajo de masticación en uno o unas pocas zonas, igualmente un problema en la rumia y como resultado una falta de alimento.

1.2. Delimitación de la Investigación

1.2.1 Delimitación Espacial

El presente estudio se llevó a cabo en la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas Filial Andahuaylas.

1.2.2 Delimitación Social

En el presente estudio se incluyó a los pacientes de 5 a 10 años atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas Filial Andahuaylas.

1.2.3 Delimitación Temporal

El presente estudio se realizó entre los meses de Marzo a Julio del año 2018, de conformidad al cronograma propuesto en el plan de estudios.

1.2.4 Delimitación Conceptual

La presente investigación se basó en determinar el nivel de pérdida prematura de molares deciduas en niños de 5 a 10 años, atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas Filial Andahuaylas.

1.3 Problemas de la Investigación

1.3.1 Problema Principal

¿Cuál es el nivel de pérdida prematura de molares temporales en pacientes de 5 a 10 años, atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas Andahuaylas, periodo Marzo - Julio del 2018?

1.3.2 Problemas Específicos

- ¿Cuál es el promedio de molares temporales perdidos prematuramente por paciente?
- ¿Cuál es el Estadío de Nolla del diente sucedáneo con mayor frecuencia en pacientes de 5 a 10 años?
- ¿Cuál es el molar temporal que se pierde prematuramente con mayor frecuencia en pacientes de 5 a 10 años?
- ¿Cuál es el género y la edad más susceptible a la pérdida prematura de molares temporales en pacientes de 5 a 10 años?

1.4 Objetivos de la Investigación

1.4.1 Objetivo General

Determinar el nivel de pérdida prematura de molares temporales en pacientes de 5 a 10 años, atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas Andahuaylas, periodo Marzo - Julio del 2018.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Determinar el promedio de molares temporales perdidos prematuramente por paciente.
- Determinar el Estadío de Nolla del diente sucedáneo con mayor frecuencia en pacientes de 5 a 10 años.
- Determinar el molar temporal que se pierde prematuramente con mayor frecuencia en pacientes de 5 a 10 años.
- Determinar el género y la edad más susceptible a la pérdida prematura de molares temporales en pacientes de 5 a 10 años.

1.5 Justificación e importancia de la investigación

1.5.1 Justificación

La dentición impermanente, debido al trabajo que desempeña en el avance estomatognático del golpe, debe guardarse sin fallas hasta la instantánea de la sustitución. No debemos pasar por alto que la capacidad clave de la dentición es masticatoria, además permite un engullimiento, una explicación y un estilo

satisfactorios. El niño se encuentra en el período de desarrollo más dinámico de su vida, donde debería tener un sustento satisfactorio, por lo que su desarrollo general y craneofacial es suficiente, la idoneidad de la mordedura está en conexión directa con la superficie de contacto dental, la desgracia del diente disminuye la capacidad masticatoria del joven y produce ajustes nutritivos y, por lo tanto, un impacto hostil en el avance de Tyke.

1.5.2 Importancia

Durante bastante tiempo, el público en general minimiza el significado de la dentición transitoria, ya que estos serán suplantados por la última dentición, aparte de la ausencia de cultura de los guardianes sobre cómo estos crean en el niño, lo esencial o breve. Los dientes asumen un trabajo crítico que consiste en salvaguardar los espacios fundamentales para la expulsión correcta de los dientes perpetuos, de lo contrario causarían cambios en el borde de la curva dental, ajustes en el orden y la sucesión de emisiones, avance de las propensiones orales destructivas, problema de fonación, maloclusión, a pesar de modificaciones mentales; en ese punto, la dentición impermanente debe protegerse hasta la instantánea de la sustitución, manteniendo el espacio que deben emitir los dientes inmutables.

Este examen es vital para la población, actualizando los programas de avance y aversión para la pérdida prematura de dientes transitorios a fin de que los tutores sean conscientes de su importancia en el bienestar oral de los jóvenes; en consecuencia, ayudándoles a cuidar más los dientes y salvaguardando el espacio para los dientes duraderos de sus hijos.

1.5.3 Factibilidad de la Investigación

La presente investigación es factible por los siguientes motivos:

Recursos financieros: el investigador obtuvo los recursos financieros necesarios para poder terminar la investigación.

• **Acceso a los datos:** se obtuvo el consentimiento del ejecutivo de la Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud, Escuela Académica Profesional de Estomatología, para recopilar datos en secreto, de las historias clínicas de niños de 5

a 10 años, acudió al centro de estomatología de la Universidad Alas Peruanas Andahuaylas Rama.

- **Recursos humanos:** la población compuesta por pacientes pediátricos que acudieron a las instalaciones de estomatología de la Universidad Alas Peruanas, sucursal de Andahuaylas, maduró en un rango de 5 y 10 años.

1.5.4 Limitaciones del Estudio

Las limitaciones de la presente investigación estuvieron enmarcadas básicamente en algunas historias clínicas ilegibles, errores ortográficos, borrones, tachaduras; siendo esta limitante un aspecto que dificulte al momento de la recolección de datos.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

2.1.1 Antecedentes Internacionales

La alta prevalencia de pérdida prematura se asocia principalmente a las caries dentales, siendo las piezas más afectadas los primeros molares temporales, sin distinción por algún sexo, en el estudio realizado por Matamala V., determinó el predominio y factores de riesgo identificados con la pérdida antes de tiempo de dientes breves en la comuna de Talcahuano. Chile - 2016, se evaluaron 135 estudiantes de 4 a 7 años, con 7 años de edad, con 11.1% siendo los más frecuentes con pérdida prematura y 27.5% con el primer molar derecho temporal, pérdida prematura según el sexo. No tuvo una diferencia significativa. (1)

En Guatemala el estudio realizado por Maldonado R., en la Clínica de Odontología Pediátrica, Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos, en los años 2012 - 2015, evaluó 153 registros clínicos de pacientes entre 5 y 9 años, Donde el predominio de los recién nacidos prematuros ganó. Pérdida de dientes esenciales. Pérdida de dientes primarios. Concluyendo que la pérdida antes de tiempo según la edad fue del 22,2% en pacientes de 6 años, el sexo más afectado fue el masculino con el 54,2% y el segundo molar primario izquierdo obtuvo una mayor pérdida prematura con el 13,6%. (3)

En un estudio de investigación realizado por Cervantes, E.A., donde determinó la ***prevalencia de la pérdida temprana de molares primarios en la aldea de Chocal***

del Municipio de Malacatancito. Guatemala - 2012, al examinar 58 niños de 4 a 7 años de edad, el género femenino tuvo una mayor prevalencia de pérdida prematura con un 55%. La edad más afectada fue de 5 años con un 34%. El diente con mayor frecuencia de pérdida fue de 7,4 (24%).(4)

La pérdida prematura no se aleja no se aleja de la realidad de otros países latinoamericanos, en un estudio desarrollado por Chacón K. et al, cuyo objetivo fue determinar la pérdida temprana de dientes inpermanentes en niños de 0 a 8 años de edad, Colombia 2011, de una población conformada por 300 historias clínicas y la muestra por 125; hallando como resultados la pérdida prematura 43,2% , la pérdida prematura de un sólo diente 30%, dos o tres dientes 20%, cuatro dientes 15% y la pérdida prematura más de cinco dientes un 9%.(5)

Una alta frecuencia de perdida prematura encontraron en Paraguay Villalba N. et al, en su estudio donde determinaron la pérdida temprana de dientes temporales en niños que acudieron a un hospital público en la ciudad de Luque - Paraguay en los años 2009 - 2010. Una población formada por 11563 y la muestra por 1161 niños de 0 a 7 años, se concluyó que la frecuencia de pérdida prematura de dientes temporales en niños de 0 a 3 años - 1,3%, 4 - 7 años 98,7%. (6)

2.1.2 Antecedentes Nacionales

En Perú, ciudad de Ayacucho se encontró un alto porcentaje de perdida prematura, en el estudio realizado por Ortiz M, Farias M, Godoy S, Mata M., que tuvo como objetivo **decidir la pérdida temprana de dientes transitorios en pacientes de 5 a 8 años ayudó al centro de odontología pediátrica de la Universidad Gran Mariscal de Ayacucho.** 2004 - 2005, de 282 pacientes asistidos se encontró un alto porcentaje (42,9%) de pacientes con *exodoncia prematura de dientes temporales, un 70% corresponden a exodoncias de dientes primarios realizadas prematuramente.* Los molares primarios fueron los dientes extraídos con mayor frecuencia y en pacientes de 8 años de edad.(7)

En un estudio que tuvo como objetivo ***decidir la omnipresencia de la pérdida temprana de dientes de leche en escolares de la región de Salaverry, Trujillo, en 2010***; llegando a las siguientes conclusiones: De un total de 572 escolares de 6 a 9 años examinados el sexo femenino presentó mayor pérdida con 54,7%. La edad mayor de 9 años fue la más afectada con 15,2%. La frecuencia de pérdida fue del diente 7.5 con 16,8%.(8)

2.1.3 Antecedentes Locales

No se encontraron trabajos de investigación relacionados al tema de investigación.

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Dentición

Se le llama dentición, por regla general, al avance de los dientes y a su forma en la boca; y específicamente al plan de juego de los dientes, los tipos de dientes y las cantidades de cada tipo y el absoluto que son normales para un determinado tipo de animales a una edad determinada. ⁹La persona es difiodonte, para exhibir en medio de su mejoría dos denticiones, inicial una dentición decidua (dientes infantiles), y luego una dentición inmutable que está reemplazando progresivamente a la primera.(10)

2.2.1.1 Dentición Temporal

De lo contrario se llama dientes esenciales, impermanentes o infantiles. Esta es la principal recolección de dientes que emiten. La dentición decidua en general comienza su emisión a medio año y se termina en algún lugar en el rango de los 24 y 30 meses de edad, esta etapa comienza con la expulsión de los incisivos focales inferiores, situándose entre el labio inferior y la lengua, en ese momento El punto se cierra con la emisión de los segundos molares de hoja caduca. No obstante, un aplazamiento en la expulsión de la dentición esencial está normalmente conectado

con un aplazamiento significativamente más significativo en la emisión de la dentición inmutable.(11)

2.2.1.2 Dentición Mixta

La erupción de los primeros molares y el recambio que se inicia simultáneamente en la zona anteroinferior marcan la etapa de dentición mixta, también conocida como dentición de recambio. Esta finaliza con la exfoliación de los caninos temporales superiores y los segundos molares temporales de modo que constituye un periodo de desarrollo de unos 6 años. Ese período es caracterizado por los cambios significativos resultantes de la pérdida de los 20 dientes temporales y de la erupción de los dientes permanentes que los suceden.(2)

2.2.1.3 Dentición Permanente

También es conocida como dentición definitiva o secundaria, esta se establece cuando ya ocurrió el cambio de todos los dientes deciduos por los permanentes, siendo un total de 32 piezas dentales. En el periodo inicial de la dentición permanente se observa el remplazo completo de los dientes temporarios (aproximadamente a los 12 años de edad) y termina con la erupción de los terceros molares permanentes (alrededor de los 18 años de edad).(11)

2.2.2 Erupción Dentaria

Según Marín y Pacheco, el diente sustituto comienza a expulsarse cuando se termina la parte primaria del avance de la raíz. En cuanto a la inclusión del hueso alveolar, es importante anticipar que tomará aproximadamente medio año por cada milímetro de hueso que cubra lo inmutable. En el caso de que haya un hueso que cubra la corona, se puede anticipar sin mucho estiramiento que la erupción no se producirá durante algunos meses.(12)

Una estrategia correcta para evaluar la emisión aplazada o apresurada es observar el nivel de mejoramiento de la raíz y el hueso alveolar que cubre el diente perpetuo que no ha crecido, mediante métodos para todas las radiografías abarcadoras o periapicales. El diente sustituto comienza a emitirse cuando finaliza la parte principal

de la mejora de la raíz, con respecto a la inclusión del hueso alveolar, es importante predecir que tomará aproximadamente medio año por cada milímetro de hueso que cubra el perpetuo. En el caso de que haya un hueso que cubra la corona, se puede anticipar sin mucho estiramiento que la erupción no sucederá por un tiempo. En estos casos, es importante moderar el espacio, excepto si el diente se emite a medio año o si hay espacio suficiente en la curva con el objetivo de que la disminución de 1 o 2 mm de espacio no ponga en peligro la erupción perpetua.(2)

2.2.2.1 Etapas de la Erupción Dentaria

a. Etapa Preeruptiva o Interósea

El inicio de la mejora de los dientes deciduos comienza con el procedimiento de separación del germen dental, esto ocurre dentro de las mandíbulas, a medida que se acumulan los gérmenes dentales, el desarrollo del maxilar ocurre todo el tiempo, tanto en la medida como en la medida. A medida que los dientes de hoja caduca se expulsan, cada germen inmutable poseerá su tumba y recibirá una posición apical con respecto a la corona del diente fugaz.(13)

b. Etapa Eruptiva Prefuncional o Extraósea:

Antes de que un diente pueda alcanzar su posición de sentido común en la curva, debe moverse del punto de su realce en el cuerpo del maxilar al plano oclusal. El adelanto esencial se realiza en un curso intenso o oclusal, pero las mejoras rotacionales (disminución del incisivo), la migración mesial (disminución del premolar), o la inclinación (los caninos superiores y los terceros molares más bajos) pueden también suceder. Para venir al plano oclusal, los dientes deben cruzar dinámicamente el hueso supralying, la lámina sí mismo y el epitelio. Por fin, los establecimientos de los primeros dientes de hoja caduca deben ser reabsorbidos y sus coronas deberán caer antes de que se produzcan dientes sin cambios. La expansión del diente perdurable debe suceder cuando la raíz ha alcanzado 2/3 de su avance de la raíz.(13)

c. Etapa Eruptiva Funcional o Post Eruptiva:

En esta fase, los dientes a partir de ahora configuran el impedimento con el rival y los desarrollos que se produzcan perdurarán para siempre, intentando remunerar el desgaste o la abrasión de los dientes.(13)

2.2.2.2 Secuencia de Erupción

a. Secuencia de Erupción de Dientes Temporarios

La fase eruptiva de la dentición esencial se extiende desde el sexto hasta el trigésimo mes de vida del joven, considerando todas las cosas. En algún lugar en el rango de 6 y 8 meses de edad inicia la emisión de los incisivos focales, seguidos por los incisivos horizontales, primeros molares, caninos y segundos molares. Desde la instantánea de la emisión del segundo molar transitorio hasta el desprendimiento de los incisivos principales debajo de los 6 años de edad, la dentición de Tyke puede tener todas las características de estar muy quieto, en todo caso, está en constante movimiento en el desarrollo de su Los cimientos, que se sostienen a causa de los molares con el germen de diente sin cambio, hasta la reabsorción de la raíz de los dientes impermanentes por la disposición de las coronas y los cimientos subyacentes de los dientes perpetuos hasta su expulsión.(13)

En la dentición transitoria, la solicitud de expulsión es: incisivos focales, incisivos horizontales, primeros molares, caninos y segundos molares, primero más bajos que los superiores. Hay que decir que el intervalo entre la expulsión de un incisivo y otro es de varios meses. Con lo que queda de los dientes, el intervalo es de aproximadamente 4 meses. La dentición breve generalmente se termina en un rango de 2 y 3 años de edad.(13)

Superiores

- Incisivo central 8 - 12 meses.
- Incisivo lateral 9 - 13 meses.
- Canino 16 - 22 meses.
- Primer molar
 - Niños 13 - 19 meses
 - Niñas 14 - 18 meses
- Segundo molar 25 - 33 meses.

Inferiores:

- Incisivo central 6 - 10 meses.
- Incisivo lateral 10 - 16 meses.
- Canino 15 - 21 meses.
- Primer molar 14 - 18 meses.
- Segundo molar
 - Niños 23 - 31 meses.
 - Niñas 24 - 30 meses.

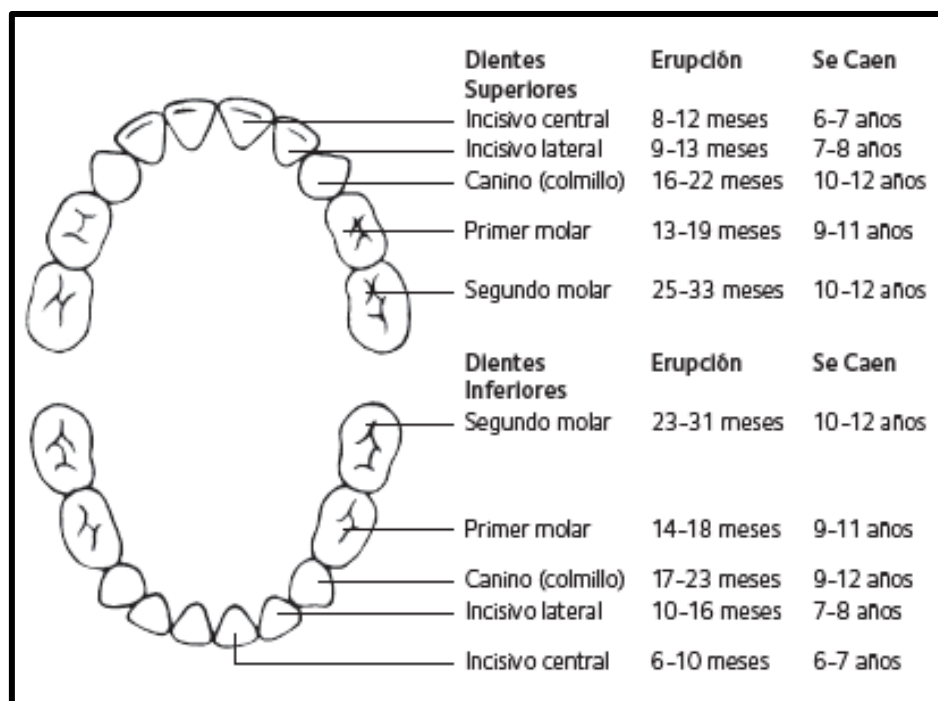


Figura 1: Esquema de erupción y Exfoliación de Dentición Decidua.

Nota*: Asociación Dental Americana, 2012.

b. Secuencia de Erupción de los Dientes Permanentes

Los incisivos perpetuos comienzan su mineralización en medio del año principal de vida, premolares y segundos molares, entre el segundo y tercer año de vida. Las coronas de dientes duraderos, aparte de los terceros molares, generalmente se terminan en algún lugar en el rango de 5 y 7 años. La mejora de las raíces lleva de 6 a 7 años, y las puntas de las raíces se cierran a los 3 y 4 años después de la emisión del diente. La fase eruptiva de la dentición duradera se extiende de 6 a 12 años en general, aparte de los terceros molares. La emisión del diente se inicia después de que finaliza la disposición de la corona y / o el comienzo del desarrollo de la raíz.(13)

Superiores:

- 7 - 8 años, incisivo central maxilar.
- 8 - 9 años, incisivo lateral maxilar.
- 11 - 12 años canino maxilar.
- 10 - 11 años, primer premolar maxilar.
- 10 - 12 años, segundo premolar maxilar.
- 6 - 7 años, primer molar maxilar.
- 12 - 13 años, primer molar maxilar.

Inferiores:

- 6 - 7 años, incisivo central mandibular.
- 7 - 8 años, incisivo lateral mandibular.
- 9 - 10 años, canino mandibular.
- 10 - 12 años, primer premolar mandibular.
- 11 - 12 años, segundo premolar mandibular.
- 6 - 7 años, primer molar mandibular.
- 11 - 13 años, segundo molar mandibular.

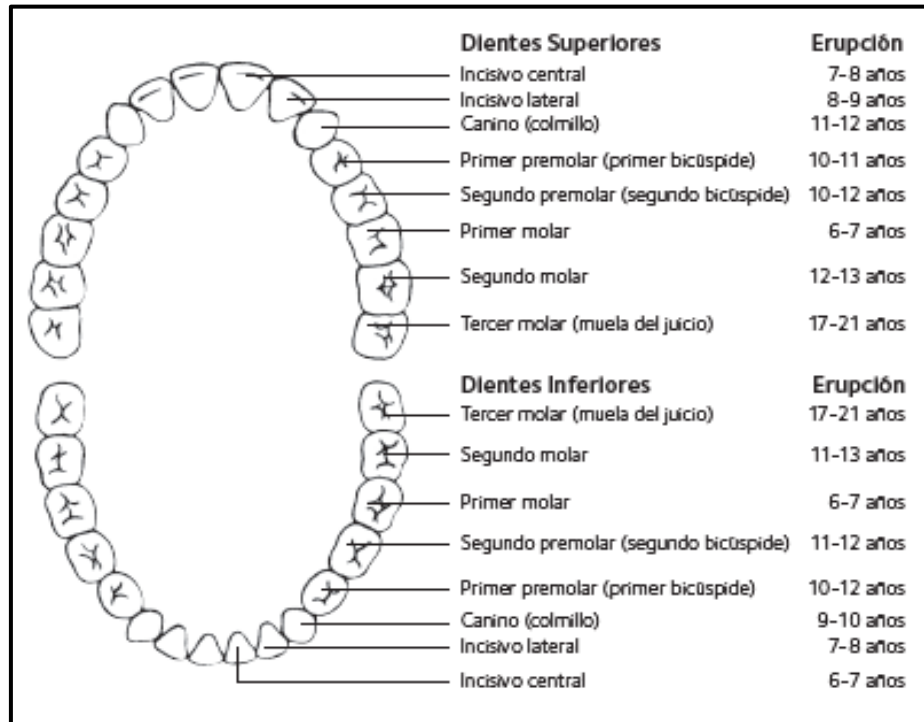


Figura 2: Esquema de erupción de la Dentición Permanente.

Nota*: Asociación Dental Americana, 2012.

Cuando hablamos de tiempo de emisión, nos referimos a la edad en que cada diente inmutable se expulsa; en el diagrama de Hurme, demuestran la variabilidad en el momento de la aparición del diente, al igual que el dimorfismo sexual que ocurre: las jóvenes, alrededor de 5 meses antes que las jóvenes. El diagrama introduce el período de aumento para ambos géneros y para la dentición superior e inferior, a pesar de la desviación estándar; La emisión temprana y tardía también puede representarse, lo que fomenta la comprensión de la edad dental estimada del paciente.(7)

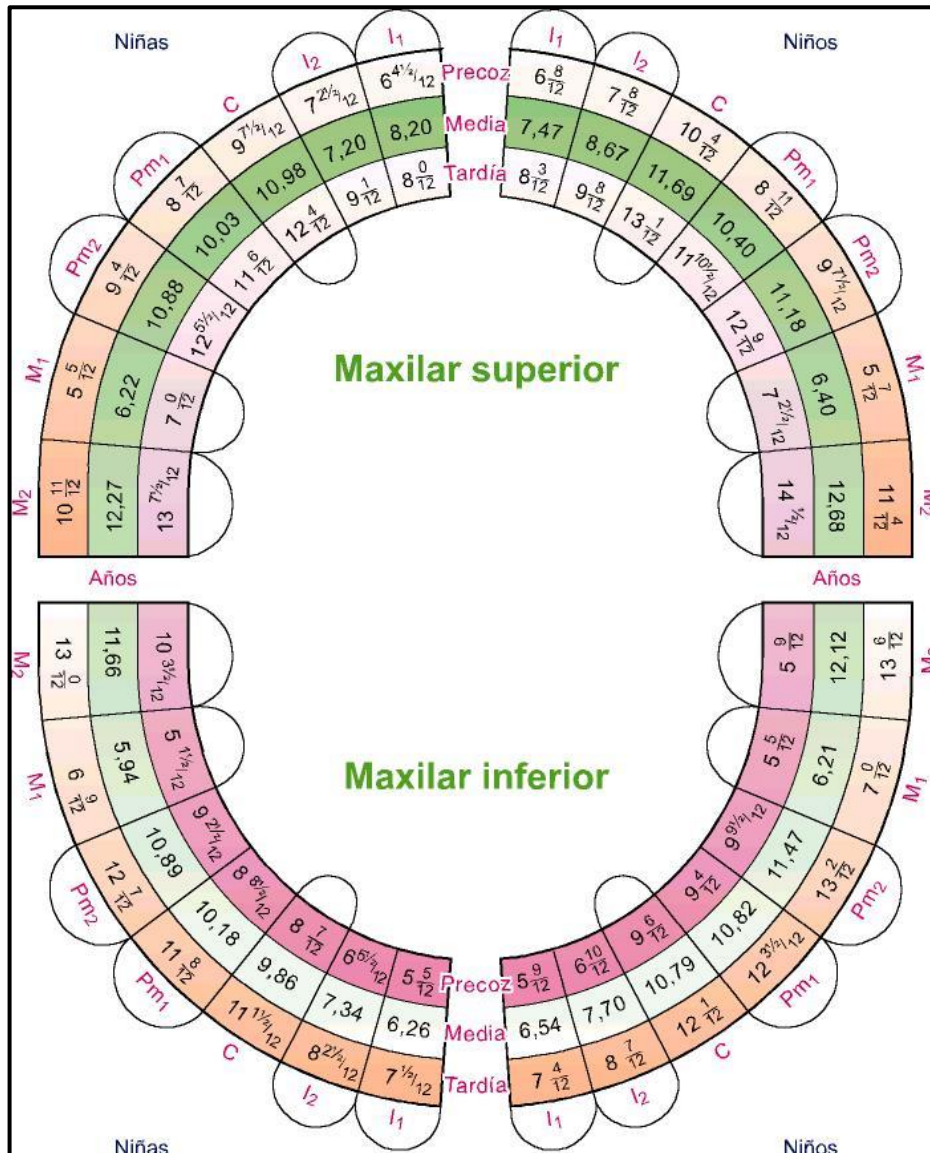


Figura 3: Diagrama de Hurme.

Nota*: Ortodondia en dentición mixta, D' Escriván de Saturno.

c. Periodos de formación dentaria de Nolla

Una gran parte de los dientes no indican desarrollos eruptivos hasta que se termina la disposición de la corona (organización 6), pasan por el borde alveolar cuando ha formado casi el 66% de la raíz (disposición 8), perforando la encía. Cuando ha enmarcado la raíz (organizar 9), la raíz normalmente totaliza la conclusión apical en alrededor de tres y medio tramos largos de su expulsión.(13)

En el año 1960, Nolla divide el proceso de desarrollo de las piezas dentarias en 10 estadios que son indicadores del tiempo de calcificación, el método de aplicación se realiza mediante la valoración radiográfica.(13)



Figura 4: Estadios de desarrollo dentario Según Nolla.

Nota*: Guedes A. odontopediatria.

2.2.2.3 Recambio Dentario

El procedimiento de sustitución dental de 6 a 12 años, en el que los dientes breves y los dientes duraderos existen juntos en la boca y tiene 2 etapas (15)

- Primera etapa: los ocho incisivos focales superior e inferior y los incisivos horizontales se pelan, y son sustituidos por los perpetuos.

Además, en esta etapa, el molar primario inmutable se eleva, distal al segundo molar fugaz. El que no tiene antecedente transitorio.

Comienza, alrededor de los 5 años y medio, y cierra a los 8 años. (15)

- Segunda etapa: los caninos y los premolares suplantados a los caninos y molares.

2.2.2.4 Desprendimiento Dental

El desprendimiento es el fin fisiológico de los dientes esenciales, que deben ser sustituidos por los permanentes, debido a la reabsorción dinámica de sus cementos subyacentes.(16)

A continuación se presentan las razones de este procedimiento:

- Presión del diente permanente inmutable, que activa una reacción osteoclástica, iniciando la reabsorción radicular. Esto se traduce en un acortamiento de las raíces y la pérdida de refuerzo fibrilar en la película periodontal.
- Debilitamiento de los tejidos de soporte debido a la reabsorción y alteración del hueso alveolar.
- Aumento de los poderes masticatorios debido a una mejora sólida más notable, normal de la cara en desarrollo; Esta circunstancia da como resultado la presión del tendón periodontal y la reabsorción de las raíces transitorias y el hueso alveolar.(16)

La reabsorción, similar a la erupción, definitivamente no es un procedimiento persistente; Intercambiar tiempos de acción con tiempos de descanso. En medio de lo último podría haber una reparación de huesos y concreto en regiones restringidas, lo que provocaría la reinsertación dental; Por esta razón, los jóvenes se encuentran con tiempos de portabilidad y confiabilidad de sus dientes en medio del cambio.(16)

2.2.3 Pérdida temprana Dental

Alude a la pérdida temprana de los dientes esenciales que pueden intercambiar el soporte regular del borde o la longitud de la curva y de esta manera la expulsión del diente sustituto.(17)

2.2.3.1 Pérdida temprana de Dientes Temporarios

Según lo indicado por Moyers, la pérdida prematura de dientes esenciales alude a la fase de mejora del diente duradero que suplantarán al diente fugaz perdido. Diferentes creadores aluden a la pérdida prematura de un diente esencial cuando se realiza antes del tiempo de desprendimiento común. (18,19)

El diente sustituto comienza a emitirse cuando finaliza la parte principal del avance de la raíz. En cuanto a la inclusión del hueso alveolar, es importante anticipar que tomará aproximadamente medio año por cada milímetro de hueso que cubra la duración. En el caso de que haya un hueso que cubra la corona, se puede anticipar que la erupción no se producirá por un tiempo. En estos casos, es importante controlar el espacio, excepto si el diente se emite a medio año o si hay suficiente espacio en la curva para la disminución de 1 o 2 mm de espacio y la emisión de lo inmutable no se pone en peligro.(12)

En el momento en que hay una ausencia general de espacio en las dos curvas, los caninos se eliminan de manera regular y la naturaleza intenta dar más espacio a los incisivos invariables que acaban de emitirse, por lo que ahorrar espacio puede ser contraproducente para el paciente.

En realidad, cuando inicialmente hay un impedimento típico, y el examen radiográfico descubre que no hay insuficiencia en la longitud de la curva, la extracción prematura de dientes esenciales debido a la caries puede causar una maloclusión, excepto si se utilizan los mantenedores de espacio". Es prudente antes de completar una extracción de dientes deciduos para la caries, realizar una investigación cuidadosa de la longitud de la curva para decidir la necesidad de utilizar el mantenedor de espacio, la importancia de las interconsultas antes del método con el asiento de ortodoncia,

ayudando al alumno a tener una base consciente de las exodoncias prematuras de los dientes transitorios.(12)

2.2.4 Pérdida temprana de molares temporarios

La partida de un molar esencial en un momento inicial pospone la expulsión del diente inmutable. Mientras que, la pérdida prematura de un primer molar de hoja caduca en una etapa tardía acelera la emisión de lo duradero y hace que la conservación de la habitación sea superflua. Una técnica correcta para evaluar la eyección aplazada o apresurada es observar el nivel de avance de la raíz y el hueso alveolar que cubre el diente perpetuo que no ha crecido, mediante métodos para todas las radiografías que abarcan o periapicales.(12)

La pérdida de uno o menos molares breves en la dentición impermanente o mixta causará problemas oclusales críticos con pérdida de la longitud de la curva, mordidas cruzadas y cambios masticatorios, lo que requiere restablecer la confiabilidad de la curva dental al mantener o recuperar los espacios perdidos:(13)

Causas:

- Emisión precoz de premolares.
- Cavidades
- Emisión ectópica de primeros molares duraderos.
- Falta de espacio
- Alteración de la disposición de emisión.
- Lesiones
- Lesión oclusal
- Otros procesos cercanos o generales. (13)

La mayoría de la pérdida de piezas traseras se debe a agujeros; Por lo tanto, los molares esenciales rara vez se pierden debido a un trauma.(20)

Estructuras clínicas: la pérdida temprana de los elementos esenciales primero y segundo se moldeará por la presencia o no de impedimento en los primeros molares perpetuos.(13)

2.2.4.1 Pérdida temprana del primer molar temporario

Antes de la pérdida del molar primario hay dos circunstancias que pueden ocurrir:

a. Pérdida prematura de los principales molares breves antes de la intercuspación de los principales molares perpetuos: (10)

Síntoma:

- Posible pérdida de espacio.
- Premolar en avance intraóseo.
- Estudiar la intercuspación del molar en relación con su desplazamiento .(9)

b. Pérdida prematura de los molares transitorios principales después de la intercuspación de los molares primarios inmutables: (13)

Síntoma:

- Posible pérdida de espacio.
- Premolar en avance intraóseo.
- Premolar en avance extraóseo.
- Estructuras clínicas:
- Intercuspación en clase I
- Intercuspación en clase II y III. (13)

2.2.4.2 Pérdida temprana de los segundos molares temporarios

Con la pérdida de los segundos molares breves, aumenta el peligro de que se produzcan desgracias en la habitación, por lo que será importante colocar al mantenedor de espacio teniendo en cuenta las circunstancias que lo acompañan: (13)

a. Pérdida prematura de segundos molares esenciales y primeros molares duraderos:

Síntoma:

No aparición de segundos molares breves y primeros molares inmutables:

Estructuras clínicas:

Molares intraóseos permanentes

Molares extraóseos permanentes pero subgingivales. (13)

b. Pérdida prematura de segundos molares esenciales después de la expulsión de los principales molares duraderos:

Síntoma:

No desaparición de los segundos molares transitorios y proximidad de los primeros molares perpetuos:

Estructuras clínicas:

- Antes de la intercuspidación.
- Después de la intercusión. (13)

2.2.5 etiología de la pérdida temprana de dientes temporales

Hay varias razones por las que estos dientes se pueden perder, sin embargo, los más continuos son: (12)

- Enfermedades, por ejemplo, caries dental, periodontitis (periodontosis, periodontitis adolescente), reabsorción radicular atípica.
- Involuntario, más de la mitad de las heridas se ven en la cabeza y el cuello (caídas, percances de vehículos), lo que influye en los dientes frontales prevalentes la mayor parte del tiempo.
- Intencional que son: heridas individuales, ocasiones de insoportables ocasiones, mal uso de maravillas (maldad intrafamiliar), ejercicios deportivos, huelgas, batallas.
- Las malas propensiones orales son: sobresalir la lengua, chuparse el dedo del pie enorme, roer el labio inferior, que ofrece versatilidad dental y rizolisis temprana de sus cimientos y en este sentido su desgracia antes de la fecha normal.

- Ajustes congénitos, donde los dientes se dan junto a la raíz cero que soporta sus desgracias.
- Dolencias sistémicas, por ejemplo, trastorno de Papión - Lefevre, histiocitosis X, neutropenia, hipofosfatasa, diabetes.
- Iatrogénico en el sistema dental: apertura del piso de puré, punción de la furcación, fisura de la raíz en medio de la endodoncia en vista de la finura de sus cimientos.
- Otras patologías, que causan cambios en la cavidad oral más adelante, por ejemplo, macroglosia y micrognatia

2.2.5.1 Caries dental

En la actualidad vemos en los niños, imágenes de artificialidad dental amplia y rápida de caries. Reunidos bajo el título de "caries juvenil temprana"; pequeños niños, difíciles de trabajar junto con policarías redondas excepcionalmente dañinas, rápida artificialidad con confusiones irresistibles incluidas; estas son condiciones que deciden los medicamentos amplios, impredecibles y costosos, aquí y allá incorporados tarde, y que regularmente incorporan numerosas extracciones de dientes, especialmente de los incisivos maxilares, que por la rectitud de su mejoría son las influencias principales. (21)

2.2.5.2 Trauma dental

Regularmente en jóvenes juveniles y situados en el territorio maxilar frontal, influyen principalmente en los incisivos maxilares, y también pueden ser la causa de una desgracia dental temprana. (21)

2.2.5.3 Problemas periodontales

En algunos casos extremos de periodontitis prepúberes, es importante realizar extracciones con la mala suerte de los huesos, la portabilidad de los dientes y la reabsorción radicular. (18)

2.2.5.4 Resorciones de Raíces Atípicas

Debido a la ausencia de espacio en la curva y la expulsión ectópica de dientes inmutables, puede ocurrir una reabsorción atípica e inoportuna de los cimientos de los dientes esenciales que están en contacto con estos dientes perpetuos o cerca de

ellos. Los procedimientos periapicales irresistibles que influyen en los dientes esenciales, por ejemplo, abscesos dentoalveolares, crecimientos y granulomas, pueden causar una reabsorción atípica de las raíces, lo que provoca la pérdida prematura de dientes impermanentes. (18)

2.2.5.1 Caries dental

En la actualidad vemos en los niños, imágenes de artificialidad dental amplia y rápida de caries. Reunidos bajo el título de "caries juvenil temprana"; pequeños niños, difíciles de trabajar junto con policarías redondas excepcionalmente dañinas, rápida artificialidad con confusiones irresistibles incluidas; estas son condiciones que deciden los medicamentos amplios, impredecibles y costosos, aquí y allá incorporados tarde, y que regularmente incorporan numerosas extracciones de dientes, especialmente de los incisivos maxilares, que por la rectitud de su mejoría son las influencias principales. (21)

2.2.5.2 Trauma dental

Regularmente en jóvenes juveniles y situados en el territorio maxilar frontal, influyen principalmente en los incisivos maxilares, y también pueden ser la causa de una desgracia dental temprana. (21)

2.2.5.3 Problemas periodontales

En algunos casos extremos de periodontitis prepúberes, es importante realizar extracciones con la mala suerte de los huesos, la portabilidad de los dientes y la reabsorción radicular. (18)

2.2.5.4 Resorciones de Raíces Atípicas

Debido a la ausencia de espacio en la curva y la expulsión ectópica de dientes inmutables, puede ocurrir una reabsorción atípica e inoportuna de los cimientos de los dientes esenciales que están en contacto con estos dientes perpetuos o cerca de ellos. Los procedimientos periapicales irresistibles que influyen en los dientes esenciales, por ejemplo, abscesos dentoalveolares, crecimientos y granulomas, pueden causar una reabsorción atípica de las raíces, lo que provoca la pérdida prematura de dientes impermanentes. (18)

2.2.5.1 patologías sistémicas

Pacientes que presentan algunas variaciones de la norma en sus instrumentos de guardia invulnerables.

- Síndrome de Papillon Lefevre: se retrata por hiperqueratosis de las palmas de las manos, partes inferiores de los pies y pérdida prematura de dientes esenciales e inmutables. La mala suerte ósea es tan excepcional, que por 3 a 5 años se han perdido todos los dientes deciduos. (18)
- Trastornos por histiocitosis X: histiocitosis idiopática o infección de células de Langerhans, presenta lesiones en la boca como la principal indicación de enfermedad, ya que la agonía, el edema y la portabilidad de los dientes aparecen en el territorio alveolar de la afectación, lo que podría desencadenar su exodoncia. Los más influenciados son los molares esenciales. (18)
- Neutropenia: se describe por una disminución en la cantidad de neutrófilos que la abarcan o la falta de asistencia de estos en jóvenes jóvenes. Las indicaciones orales son la enfermedad de las encías, la desgracia ósea, la retirada gingival, la versatilidad y la pérdida temprana de los dientes. (18)
- Hipofosfatasa: se retrata por una mineralización extraña de los tejidos óseos dentales. El 75% de los jóvenes con este problema presentan pérdida prematura de dientes esenciales, incluso de un período de vida de un año y medio. Esto sucede porque no hay una obsesión típica de los filamentos del tendón periodontal y, por lo general, los dientes no tienen concreto. (18)
- Diabetes: los niños con diabetes inadecuadamente controlada podrían ser vulnerables a la periodontitis, ya que hay una disminución en la quimiotaxis de los neutrófilos. La infección periodontal ocurre en estos pacientes con una resorción ósea más prominente y causa desdicha dental. (18)

2.2.5 Importancia de la Dentición Temporaria

Los dientes temporales cumplen diferentes funciones como: la masticación para que los niños puedan triturar adecuadamente los alimento, el habla o fonética para el desarrollo del lenguaje, mantenedor de espacio para los permanentes.

Diversos estudios relacionan a la caries temprana con la aparición de caries en los dientes permanentes. Una de las características de la caries temprana es de avance rápido. (22)

La dentición transitoria, a pesar de tener un trabajo de masticación, se completa como un manual para la expulsión de la dentición perpetua, vigoriza el desarrollo de las mandíbulas, ayuda en la fonación y la absorción. Su desgracia inoportuna tiene como resultado, entre otras cosas, el declive del borde de las curvas, el ajuste de la capacidad relacionada con la masticación y el estómago, e incluso puede crear tendencias hirientes que pueden modificar la agrupación en el orden de la expulsión. De manera similar, la pérdida prematura de los dientes breves, como ocurre en los tiempos iniciales de desarrollo, puede tener repercusiones no solo en partes de la capacidad, como se menciona ahora, sino que además presenta problemas identificados con el estilo. Lo que en un minuto dado puede causar problemas mentales, explícitamente aquellos identificados con identidad y confianza.(23)

2.2.6 Consecuencias de la pérdida temprana de dientes temporarios

La pérdida temprana de los dientes fundamentales trae la propensión y la migración de los dientes vecinos, ya que tienen más posibilidades de moverse de su posición de una especie, lo que implica reducir el espacio para el sucesor inmutable, acortando el borde de la curva. , malposiciones dentales, enjambres, diastemas y ajustes de obstáculos; Que dependen del sitio, el maxilar y la medida de los dientes impactados. (1)

En el momento en que se pierde un diente, su adversario procede con el procedimiento de eyección hasta que es expulsado y crea una modificación en el plano oclusal y la pérdida de la medición vertical. Los cambios básicos pueden suceder en el tejido óseo y, supeditado a la edad a la que ocurre la desgracia dental, puede haber abandonos en la estatura del hueso alveolar. En la dimensión de tejidos delicados, hay anomalías causadas en la mucosa gingival, por ejemplo, la queratinización. (1)

Además, se construyen propensiones vengativas, por ejemplo, la situación de la lengua en los espacios edéntulos. Éstos pueden agregar al pseudo-prognathism del marco o a falso Prognatismos (más allá de Chomps cruzados). La impedancia todo el tiempo, en el arreglo típico de la emisión y mucho de la época una eyección ectópica de algunos dientes duraderos sucede, esto puede causar las modificaciones de los lugares pre-eruptivos del germen dental cambiante como tendencias rotaciones.(18, 24)

2.2.7 Consecuencias de la pérdida temprana de molares temporarios

La pérdida del primer o segundo molar es un motivo de preocupación, independientemente de que el impedimento sea ordinario. Sin embargo, en la remota posibilidad de que la extracción de los molares cortos ocurra después de los 5 años de edad, habrá una disminución en el aplazamiento de la emisión de los premolares.(2)

La pérdida del molar básico primario probablemente no va a perder espacio, debido al avance mesial de los molares de la espalda, sea como sea, especialmente en la mandíbula, pasando, interminable, y los caninos incisivos pueden moverse distalmente para hacer asimetría en la curva dental. (2)

La extracción prematura del segundo molar fundamental sin duda resultará en la eliminación mesial del principio molar inalterado y atraparé a los segundos premolares en emanación. Sea como sea, cuando se retira el segundo premolar, se dirige bucal o lingualmente a una posición de maloclusión. (2)

Esta mesialización propone una disminución en la longitud de la curva aparecida por la no asistencia de habitación en el elemento del último diente productor, que es en su mayor parte en la mandíbula superior y la mandíbula inferior es el segundo premolar. (25)

2.2.9 Tratamientos

2.2.9.1 Recuperador de Espacio

La capacidad de los recuperadores de habitación es restablecer la primera medición involucrada por la pieza dental que se perdió, dando seguimiento a la maloclusión que está creciendo, manteniendo así una distancia estratégica de la disminución de la peculiaridad.(1)

Dentro de una curva, la recuperación del espacio puede ser necesaria cuando los dientes inmutables se han movido después de la pérdida de dientes de hoja caduca cercanos. Es menos exigente recuperar espacio en la curva superior que en la curva inferior, dado que en la mandíbula superior se encuentra la bóveda palatina que ofrece más mantenimiento para los aparatos removibles. (1)

Estos gadgets pueden ser instalados o extraíbles. Entre los asentados tenemos con resortes, placas dinámicas, placas con resortes, placas con tornillos, expansores, etc. Un recuperador extraíble con tornillos bien situados funciona excepcionalmente bien cuando el segundo molar perpetuo no se ha emitido. Un escudo antilabial que presiona distalmente sobre los molares bajo la actividad del músculo psicológico también puede ser utilizado de manera efectiva.

Se pierde más espacio en el año principal, después de la pérdida prematura de un diente breve, que en los años progresivos. (1)

Indicaciones:

- Si se perdió uno o más de un diente temporal
- Si en el arco se ha perdido un espacio debido al desplazamiento del primer molar definitivo
- Si al momento de realizar el análisis en dentición mixta, este indica que si se puede recuperar lo que había

Contraindicación:

- Cuando la pérdida de la pieza dentaria ha sido recientemente. (1)

2.2.9.2 preservador de Espacio

Los preservadores de espacio son aparatos destinados a todo tipo de personas y su capacidad es abstenerse de cerrar el espacio accesible, además son perfectos para la acción contraproducente de las maloclusiones, pueden ser removibles o asentados, prácticos o no utilitarios, dinámicos o latentes. Procedimientos sencillos de realizar.(26)

La situación de un mantenedor de espacio en menos de medio año después de la extracción, aumenta la probabilidad de expulsión de los dientes subsiguientes.(27)

Éstos son elegantes, evitan los enjambres, ayudan a cuidar la capacidad, evitan el desarraigo de otros dientes, mantienen la medición vertical y mantienen una distancia estratégica de las propensiones dentales.

Debería notarse que, además, tienen algunas inconsistencias, por ejemplo, pueden causar tormento y, a menudo, no mantienen la expulsión del diente contradictorio.(28)

Indicaciones:

Para comenzar un tratamiento para la pérdida prematura de molares, es básico utilizar algunas técnicas sintomáticas, por ejemplo, en el caso principal, el examen clínico, las impresiones, los modelos, las radiografías y la investigación espacial.

- La instalación de un mantenedor de espacio requiere el cuidado del aparato y el mantenimiento de la higiene oral.
- Cuando el sucesor permanente se encuentra presente y se visualiza un desarrollo normal en este.
- Si la longitud del arco no se ha disminuido, ya que si lo ha hecho, lo recomendable sería un recuperador de espacio.
- Cuando el análisis de dentición mixta, muestre un resultado favorable.
- Cuando haya una pérdida prematura y esta exija la colocación de un mantenedor, ya sea por razones estéticas o psicológicas.
- Por último se indica un mantenedor para el niño que desee preservar el espacio para una futura prótesis fija, en caso de que la ausencia sea congénita. (28)

Contraindicaciones:

- Un niño con mala higiene oral y riesgo elevado de caries no se considera un caso idóneo para esta terapia, pues los mantenedores de espacio necesitan del cuidado e higiene oral.
- Cuando haya suficiente espacio pero se carece de hueso alveolar que recubra la corona de la pieza en erupción.
- Sería contraindicado un mantenedor de espacio cuando el espacio disponible por la extracción de una pieza es superior a la dimensión mesiodistal que se necesita para la erupción.
- Cuando la pieza sucesora, o sea el diente permanente que aún no hace erupción está ausente congénitamente. (28)

2.3 Definición de Términos Básicos

Dentición temporaria

De lo contrario se denomina dentición esencial, decidua o dientes infantiles. Esta es la recolección primaria de dientes que emite, en su mayor parte comienza su expulsión a medio año y se termina en algún lugar en el rango de 24 y 30 meses de edad. (11)

Años

La edad puede caracterizarse como el tiempo que una persona ha vivido o ciertas criaturas o plantas. Periodización, utilizada habitualmente, en la que se divide la historia que se considera. (29)

Estadios de Nolla

El procedimiento de avance de piezas dentales en 10 arreglos que son marcadores de tiempo de calcificación, la estrategia de aplicación se completa con una evaluación radiográfica. (13)

Pérdida dental prematura

Alude a la pérdida temprana de los dientes esenciales que pueden intercambiar el soporte común del borde o la longitud de la curva y de este modo la emisión del diente sustituto.(17)

Sexo

El sexo se puede caracterizar como el estado natural de una reunión de criaturas que tienen un lugar con un sexo similar (masculino, femenino), órganos sexuales.(29)

CAPITULO III

3. HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis General

El nivel de pérdida temprana de molares temporarios en niños de 5 a 10 años, atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas Andahuaylas, periodo Marzo - Julio del 2018, es el nivel leve.

3.2 Hipótesis Específicas

- El promedio de pérdida prematura de molares temporales, es de un molar temporal por paciente.
- El Estadío de Nolla del diente sucedáneo con mayor frecuencia en pacientes de 5 a 10 años, es el estadío 5.
- El molar temporal que se pierde prematuramente con más frecuencia en pacientes de 5 a 10 años, es el primer molar inferior temporal.
- El género y la edad más susceptible a la pérdida temprana de molares temporales en niños de 5 a 10 años, es el género Masculino y los pacientes de 6 años.

3.3 Definición calculada y Operacional de las Variables

3.3.1 Definición Calculada

Se ve como una desgracia inoportuna cuando los dientes impermanentes se pelan o se extraen antes de la instantánea fisiológica de suplantación con menos del 75% o la mitad de la base de la forma del diente sustituto, o si hay más de 1 mm de hueso alveolar que cubre el diente. diente duradero del sucesor.(7) Una estrategia correcta para evaluar la expulsión aplazada o apresurada es observar el nivel de avance de la raíz y el hueso alveolar que cubre el diente perpetuo que no ha crecido, mediante métodos para todas las radiografías que abarcan o periapicales.(2)

3.3.2 Definición Operacional

Ausencia de la molar temporal a la evaluación radiográfica panorámica y que sus respectivos sucedáneos se encuentren en estadio de Nolla 1 – 7.

3.4 Cuadro de instrumentalización de Variables

			<u>Piezas dentarias afectadas</u>	<u>Dientes que al estudio de las historias clínicas que tuvieron indicación de exodoncia.</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Pieza 5.4 • Pieza 5.5 • Pieza 6.4 • Pieza 6.5 • Pieza 7.4 • Pieza 7.5 • Pieza 8.4 • Pieza 8.5 	Nominal
			Edad	<u>Número de años cumplidos</u>	<ul style="list-style-type: none"> • 5 • 6 • 7 • 8 • 9 • 10 	Ordinal
			Género	Sexo	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	Nominal
	radiografías panorámicas o Periapicales. ²				<ul style="list-style-type: none"> • <u>Estadío 10: raíz completa ápice cerrado</u> 	

CAPITULO IV

4. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Tipo y Nivel de Investigación

4.1.1 Tipo de Investigación

El tipo de investigación según la idea de la investigación fue esencial, cuantitativo, a la luz del hecho de que el problema estaba representado, los destinos, la especulación, la investigación bibliográfica (estructura hipotética) y luego se realizó la acumulación deliberada de los datos, solo como su manejo, examen y comprensión, de esta manera dando una respuesta a lo que ha sido.(30)

4.1.2 Nivel de Investigación

El presente trabajo mostró la dimensión inconfundible, a la luz del hecho de que se realizó la búsqueda particular de los atributos esenciales de las maravillas que fueron diseccionadas; Representa el patrón de la población investigadora.(30)

4.2 Métodos y Diseño de Investigación

4.2.1 Métodos de Investigación

Para el presente examen se conectó la estrategia inductiva, donde los fines generales se adquirieron a partir de premisas específicas, mediante métodos para diferentes percepciones de las ocasiones. (30)

4.2.2 Diseño de la Investigación

El plan que se aceptó en el presente examen no fue exploratorio, ya que nos permitió analizar la maravilla, ya que normalmente está dentro del mundo real; A través del año 2018, en el área estomatológica de Andahuaylas, auxiliar de la

Universidad Alas Peruanas, se realizó la investigación en un tiempo particular y una revisión, dado que la información se obtuvo de pacientes con maduración de 5 a 10 años.

4.3 Población y Muestra de la Investigación

4.3.1 Población

La población fue establecida por 116 cuentas clínicas de pacientes de ambos sexos de 5 a 10 años de edad, asistida por el centro estomatológico de la Universidad Alas Peruanas, sucursal de Andahuaylas, entre los largos períodos de marzo a julio de 2018.

4.3.2 Muestra

Para estudiar la muestra de la presente investigación, se aplicó el método no probabilístico; ya que para evaluar las pérdidas prematuras, se consideró a aquellos pacientes de edades entre 5 -10 años de edad con radiografías Panorámicas y Periapicales, representadas por 33 historias clínicas pertenecientes a los meses de Marzo – Julio del año 2018.

4.3.3 Criterios de Inserción y Exclusión:

Inclusión

- Pacientes de ambos sexos con historias clínicas registradas entre los meses de Marzo a Julio del 2018 debidamente llenadas y presentadas.
- Las piezas dentales con radiografías periapicales y / o panorámicas de pacientes pediátricos con tratamiento dental fueron a la Clínica Dental de la Universidad Alas Peruanas, sucursal de Andahuaylas.
- Restos radiculares indicadas para exodoncia que fueron extraídas.
- Molares temporales necróticas indicadas para exodoncia que fueron extraídas.
- Pacientes con molares temporales ausentes.
- Pacientes con la edad igual o mayor de 5 años.
- Pacientes con la edad igual o menor de 10 años.

Exclusión:

- Pacientes con historias clínicas que presentaron tachaduras, ilegibles y con borrones en su llenado.
- Pacientes sin radiografías que no fueron diagnosticadas con pérdida prematura de molares deciduos.
- Restos radiculares indicados para exodoncia que no fueron extraídas.
- Pacientes menores de 5 años.
- Pacientes mayores de 10 años.

4.4 Métodos e Instrumentos de Recopilación de Datos

4.4.1 Técnicas

Se empleó como método la documentación, que consistió en recolectar los datos registrados en las Historias Clínicas (Examen Clínico del operador), con Radiografías Periapicales y/o Panorámicas (Exámenes auxiliares), así como las Exodoncias concretadas que están registrados en los tratamientos realizados, cuyos datos se registraron en la ficha de recolección.

4.4.2 Instrumentos

Se utilizó un registro clínico como un instrumento donde se registró la información de la historia clínica, igual de periapical y de todas las radiografías para los casos de extracciones y como un registro estándar para decidir otras desgracias inoportunas previamente introducidas. Donde también se registró los Estadíos de Nolla (0 - 10), correspondiente a las piezas sucedáneas.

4.4.3 Validación y Confiabilidad

El instrumento de recolección de información no justifica la aprobación y la confiabilidad, ya que es un instrumento aprobado por Ortiz M, Farías M, Godoy S, Mata M.(7) y Huamán L.(2)

4.4.4 Procesamiento y Análisis de Datos

La información se registró, organizó y preparó en el programa de datos de PC (SPSS 25.0) y Excel 2016 y, posteriormente, se analizaron los datos y se elaboró el último informe.

4.4.5 Ética en la Investigación

Esta intercesión se realizará mediante métodos para un archivo de aprobación enviado al ejecutivo de la Escuela Profesional de Odontología, en relación con la seguridad de cada paciente que esté considerando la Declaración de Helsinki. (31)

CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

5.1. Descripción del Trabajo de Campo

El trabajo de campo para el mejoramiento de esta investigación se realizó desde marzo de 2018 hasta julio de 2018. Se incorporaron los ejercicios que se acompañan:

- Preparación de una forma de acumulación de información para el avance del examen. En la operacionalización de los factores, se caracterizaron las medidas y los marcadores, a partir de los cuales se elaboró la estructura de recolección de información.
- Una vez que se obtuvo la aprobación del gerente de la Clínica de Estomatología, se eligieron los registros clínicos de los pacientes de 5 años de edad que se encontraron en la Clínica de Estomatología de la Rama Andahuaylas de la Universidad Alas Peruanas de marzo a julio de 2018.
- Para evaluar la pérdida prematura de molares fugaces, continuamos realizando una investigación radiográfica de las radiografías que abarcaba todo para decidir en qué fase de la mineralización dental se encontró el diente sustituto, considerando una desgracia inoportuna cuando se encontraron en las fases de Nolla. de 1 a 7. El tamaño de estimación utilizado por Vargas SC, Costa MC.21 se consideró para decidir la dimensión de la desgracia inoportuna.
- Después de que se proporcionó la tarjeta a toda la prueba elegida, la base de datos se realizó en el paquete medible SPSS 25 y Excel 2016. Según los

resultados obtenidos, se rompió la necesidad de crear sugerencias concebibles que sean útiles para los odontólogos de la Provincia de Andahuaylas.

5.2 Análisis Descriptivo de Frecuencias y Gráficos

5.2.1. Distribución de recurrencias y Porcentajes de Datos Generales.

Tabla 1: *distribución de recurrencia y el nivel de la población de ejemplo según el sexo de los pacientes madurados de 5 a 10 años se realizó en el centro estomatológico de la Universidad Alas Peruanas, auxiliar de Andahuaylas.*

FRECUENCIA DE GÉNERO		
Masculino	Frecuencia 19	Porcentaje 57,6%
Femenino	14	42,4%
Total	33	100%

Nota*. *Datos recogidos de la ficha clínica de tesis "Pérdida prematura de molares temporales en pacientes de 5 – 10 años, atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas Andahuaylas, periodo Marzo – Julio 2018".*

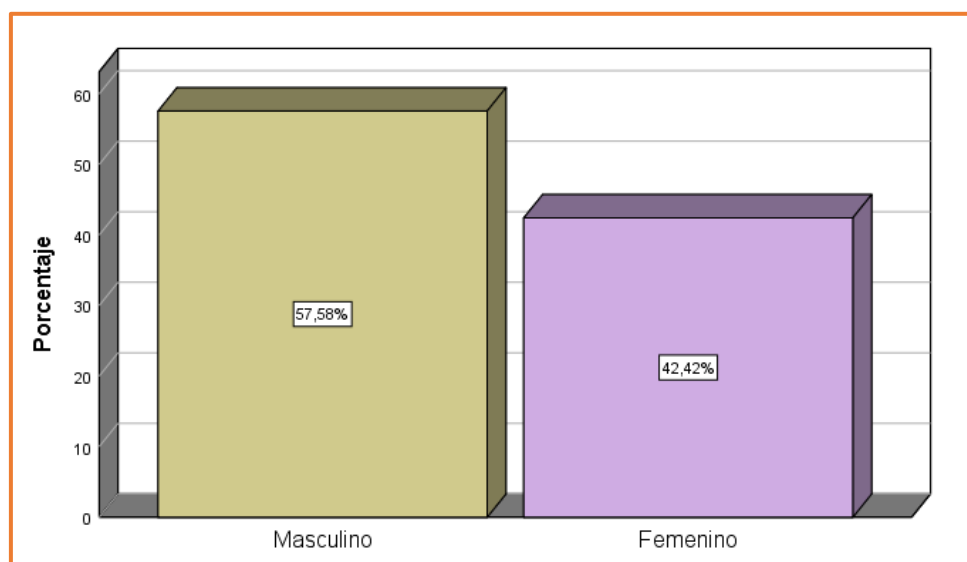


Gráfico 1. *Porcentaje de la población muestral según género.*

Los resultados de la tablero y figura 1, se observa que; la población muestral estuvo constituida por el sexo masculino con un 57,6% (19) y el sexo femenino con un 42,4% (14).

Tabla 2: distribución de recurrencia y el nivel de la población de ejemplo según el edad de los pacientes madurados de 5 a 10 años se realizó en el centro estomatológico de la Universidad Alas Peruanas, auxiliar de Andahuaylas.

FRECUENCIA DE EDAD		
	Frecuencia	Porcentaje
5 años	8	24,2%
6 años	6	18,2%
7 años	5	15,2%
8 años	5	15,2%
9 años	7	21,2%
10 años	2	6,1%
Total	33	100%

Nota*. Datos recogidos de la ficha clínica de tesis “Pérdida prematura de molares temporales en pacientes de 5 – 10 años, atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas Andahuaylas, periodo Marzo – Julio 2018”.

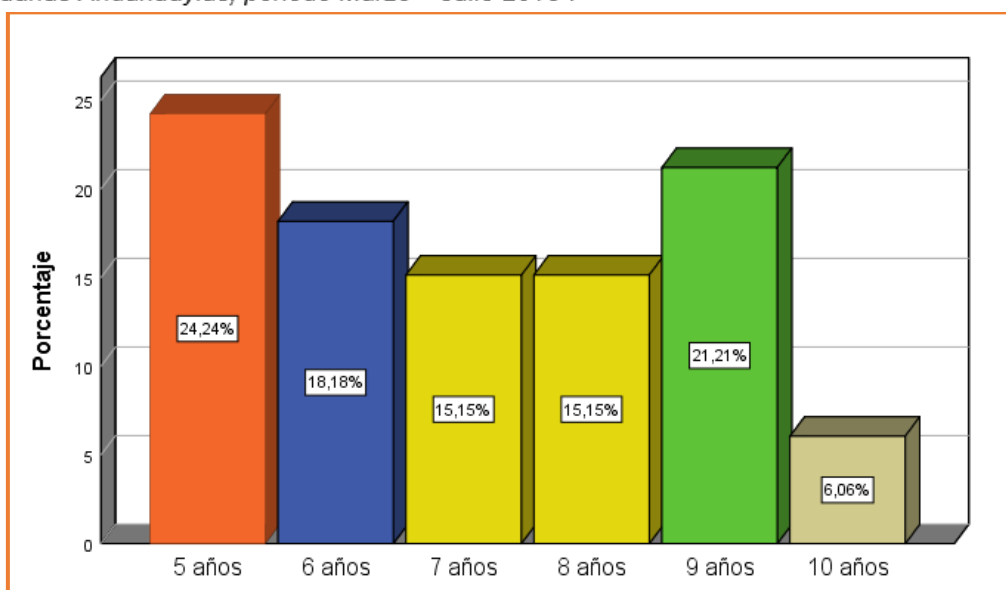


Gráfico 2. Porcentaje de la población muestral según edad.

En los resultados de la tabla y figura 2, se aprecia que; la población muestral estuvo constituida por los pacientes de 5 años con un 24,2% (8), seguido de los pacientes de 9 años con un 21,2% (7), niños de 6 años con un 18,2% (6), los pacientes de 7 y 8 años con un 15,2% (5) y así mismo los pacientes de 10 años con un 6,1% (2).

5.2.2 Contrastación Estadística de las Hipótesis

Hipótesis General

Conforme al problema y objetivo general planteado, se presenta las hipótesis evaluadas con la tabla de distribución de frecuencias.

Ha: La dimensión de la pérdida prematura de molares breves en pacientes madurados de 5 a 10 años, que se encuentra en el centro estomatológico de la Universidad Alas Peruanas de Andahuaylas, marzo-julio de 2018, es la dimensión leve.

Ho: La dimensión de la pérdida prematura de molares transitorios en pacientes madurados de 5 a 10 años, que se encuentra en las instalaciones estomatológicas de la Universidad Alas Peruanas de Andahuaylas, marzo-julio de 2018, es la dimensión severo.

Tabla 3: La dimensión de la pérdida prematura de molares breves de pacientes de 5 a 10 años se realizó en las instalaciones estomatológicas de la Universidad Alas Peruanas de Andahuaylas, período de marzo a julio de 2018.

NIVEL DE PÉRDIDA PREMATURA		
	Frecuencia	Porcentaje
Leve	22	66,7%
Moderado	4	12,1%
Severo	7	21,2%
Total	33	100%

Nota*. Datos recogidos de la ficha clínica de tesis "Pérdida prematura de molares temporales en pacientes de 5 – 10 años, atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas Andahuaylas, periodo Marzo – Julio 2018".

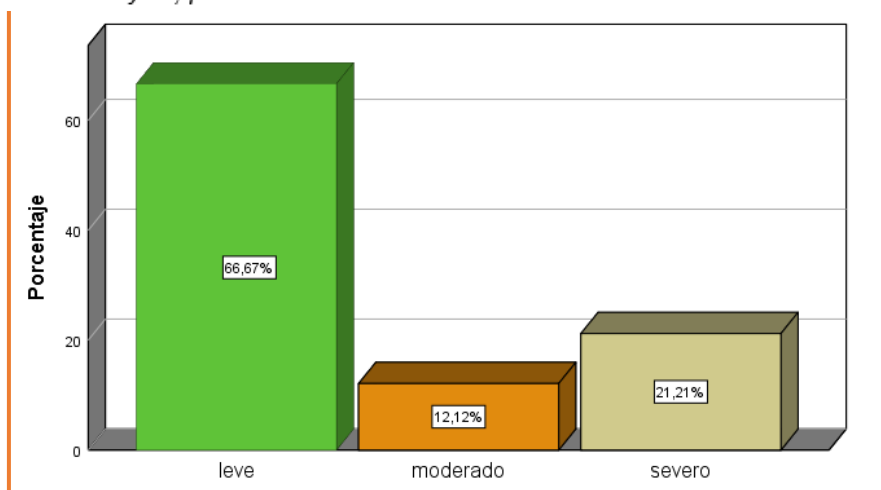


Gráfico 3. *Porcentaje del nivel de pérdida prematura de molares temporios de los niños de 5 - 10 años.*

Los resultados de la tabla y gráfico 3, referente al nivel de pérdida temprana de molares temporarios en los niños de 5 – 10 años, muestran que el 66,7% (22) presentaron un nivel leve de PPMT, el 12,1% (4) un nivel moderado, y el 21,2% (7) muestran un nivel severo de PPMT.

Dónde: *PPMT (Pérdida prematura de molares temporales).*

Hipótesis específica 1:

Ha: El promedio de pérdida prematura de molares temporales, es de un molar temporal por paciente.

Ho: El promedio de pérdida prematura de molares temporales, es de tres a más molares temporales por paciente.

Tabla 4: *Frecuencia y porcentaje del promedio de molares temporales que se pierden por paciente en los pacientes de 5 - 10 años, atendidos en las instalaciones estomatológicas de la Universidad Alas Peruanas de Andahuaylas, período de marzo a julio de 2018*

PROMEDIO DE MOLARES TEMPORALES QUE SE PIERDEN POR PACIENTE

	Frecuencia	Porcentaje
Pérdida de una molar temporal	22	66,7%
Pérdida de dos molares temporales	4	12,1%
Pérdida de tres o más molares temporales	7	21,2%
Total	33	100%

Nota*. *Datos recogidos de la ficha clínica de tesis "Pérdida prematura de molares temporales en pacientes de 5 – 10 años, atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas Andahuaylas, periodo Marzo – Julio 2018".*

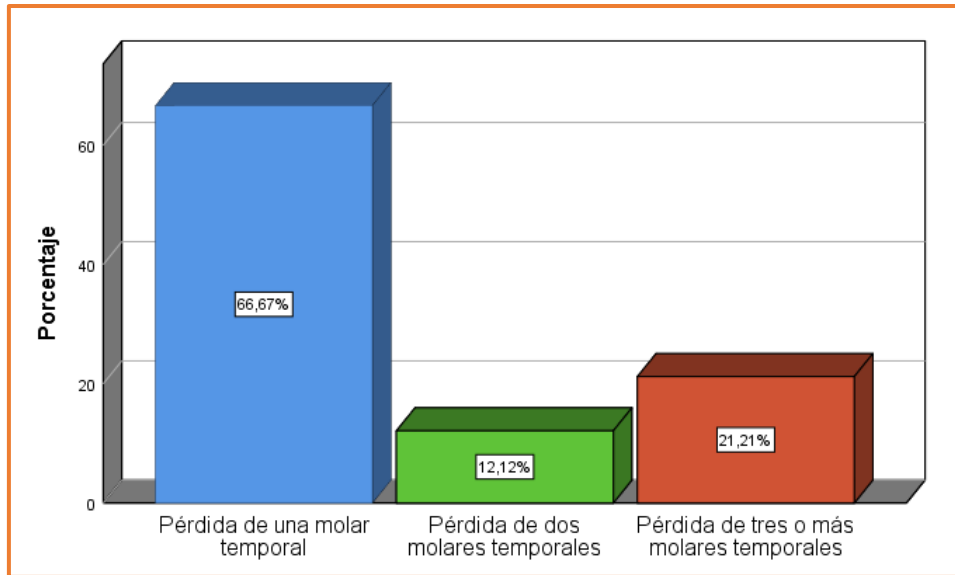


Gráfico 4. *Porcentaje del promedio de molares temporales que se pierden por paciente.*

Lo que resulta de la tabla y gráfico 4, muestran que el 66,7% (22) perdieron una molar temporal prematuramente, el 12,1% (4) dos molares temporales y el 21,2% (7) perdieron de 3 a más molares temporales prematuramente.

Hipótesis específica 2:

Ha: El Estadío de Nolla del diente sucedáneo con mayor frecuencia en pacientes de 5 a 10 años, es el estadío 5.

Ho: El Estadío de Nolla del diente sucedáneo con mayor frecuencia en pacientes de 5 a 10 años, es el estadío 6.

Tabla 5: Distribución de los estadios de Nolla, de los dientes sustitutos de las piezas breves separadas de los pacientes de 5 a 10 años, atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas, Andahuaylas.

ESTADÍOS DE NOLLA DE LOS DIENTES SUCEDÁNEOS		
	Frecuencia	Porcentaje
Estadío 3	4	12,1%
Estadío 4	10	30,3%
Estadío 5	16	48,5%
Estadío 6	3	9,1%
Total	33	100%

Nota*. Datos recogidos de la ficha clínica de tesis “Pérdida prematura de molares temporales en pacientes de 5 – 10 años, atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas Andahuaylas, periodo Marzo – Julio 2018”.

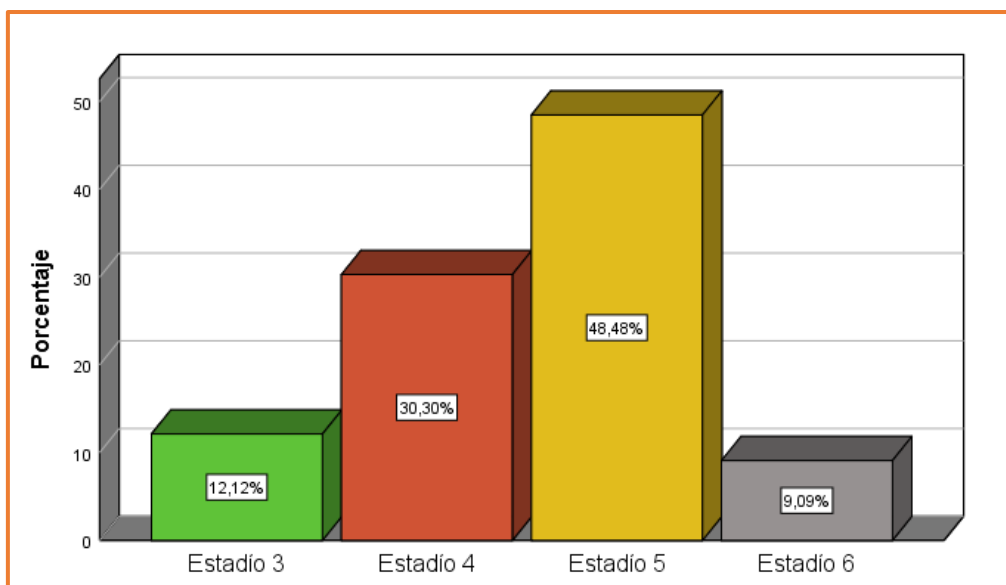


Gráfico 5. El nivel de circulación de las fases de Nolla de los dientes sustitutos de las piezas transitorias tomadas de los pacientes de 5 a 10 años se realizó en las instalaciones estomatológicas de la Universidad Alas Peruanas, Andahuaylas.

En las consecuencias de la tabla y el diagrama 5, observamos las etapas distintivas de Nolla de las cuales; el mayor número de extracciones de dientes sucedió cuando se encontraron sus dientes sucesores particulares en la Etapa Nolla 5 con 48.5% (16), seguido por la Etapa 4 con 30.3%, Etapa 3 con un 12.1% (4) por último Estadio Nolla 6 con 9.1% (3).

Hipótesis específica 3:

Ha: El molar temporal que pierde prematuramente con más frecuencia en pacientes de 5 a 10 años, es el primer molar inferior temporal.

Ho: El molar temporal que se pierde prematuramente con más frecuencia en pacientes de 5 a 10 años, es el segundo molar inferior temporal.

Tabla 6: Distribución recurrente y el nivel de infortunio inoportuno, según lo indicado por el diente influenciado de los pacientes madurados de 5 a 10 años, se realizaron en la instalación estomatológica de la Universidad Alas Peruanas, Andahuaylas.

FRECUENCIA DEL MOLAR TEMPORAL QUE SE PIERDE PREMATURAMENTE

	Frecuencia	Porcentaje
5.4	5	9,8%
5.5	7	13,7%
6.4	4	7,8%
6.5	3	5,9%
7.4	7	13,7%
7.5	11	21,6%
8.4	5	9,8%
8.5	9	17,6%
Total	51	100%

Nota*: Datos recogidos de la ficha clínica de tesis "Pérdida prematura de molares temporales en pacientes de 5 – 10 años, atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas Andahuaylas, periodo Marzo – Julio 2018".

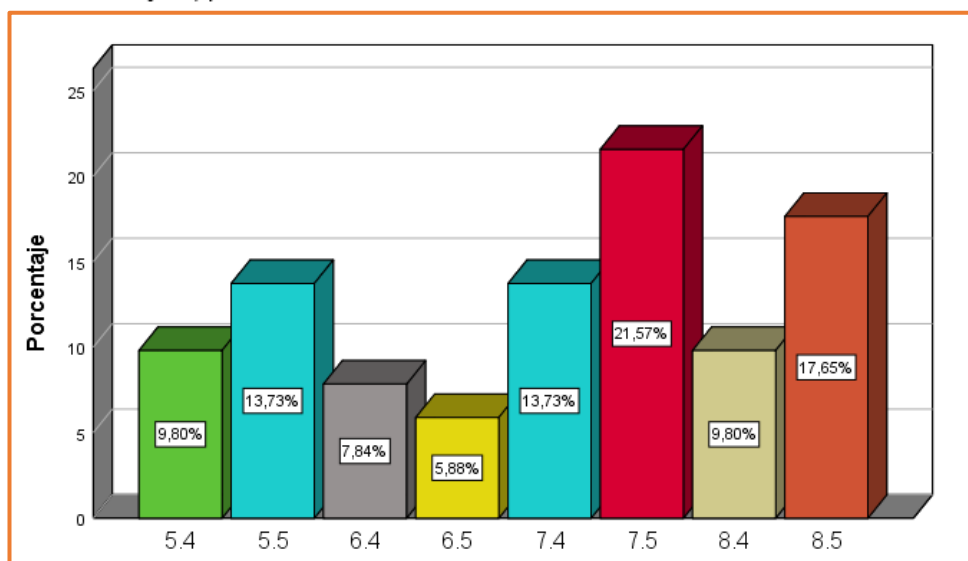


Gráfico 6. Nivel de infortunio inoportuno según lo indicado por el diente influenciado.

Los resultados de la tabla y gráfico 6, se aprecia que; el diente temporal 7.5 es el que tuvo mayor porcentaje de pérdida prematura con un 21,6% (11), seguido de la pieza dentaria 8.5 con un 17,6% (9), mientras que los dientes 7.4 y 5.5 fueron similares con un 13,7% (7); como también las piezas dentarias 8.4 y 5.4 con 9,8% (5) cada una, la pieza 6.4 con 7,8% (4) y finalmente la 6.5 con 5,9% (3).

Hipótesis específica 4:

Ha: El género y la edad más susceptible a la pérdida temprana de molares temporales en niños de 5 a 10 años, es el género Masculino y los pacientes de 6 años.

Ho: El género y la edad más susceptible a la pérdida temprana de molares temporales en niños de 5 a 10 años, es el género femenino y los pacientes de 5 años.

Tabla 7: Distribución de frecuencia y porcentaje del nivel pérdida temprana de molares temporarios de los niños de 5 – 10 años, atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas filial Andahuaylas, según género.

NIVEL DE PÉRDIDA PREMATURA SEGÚN GÉNERO					
		Nivel de Pérdida			Total
		Leve	Moderado	Severo	
Género	Masculino	73,7%	10,5%	15,8%	100,0%
	Femenino	57,1%	14,3%	28,6%	100,0%
Total		66,7%	12,1%	21,2%	100,0%

Nota*. Datos recogidos de la ficha clínica de tesis “Pérdida prematura de molares temporales en pacientes de 5 – 10 años, atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas Andahuaylas, periodo Marzo – Julio 2018”.

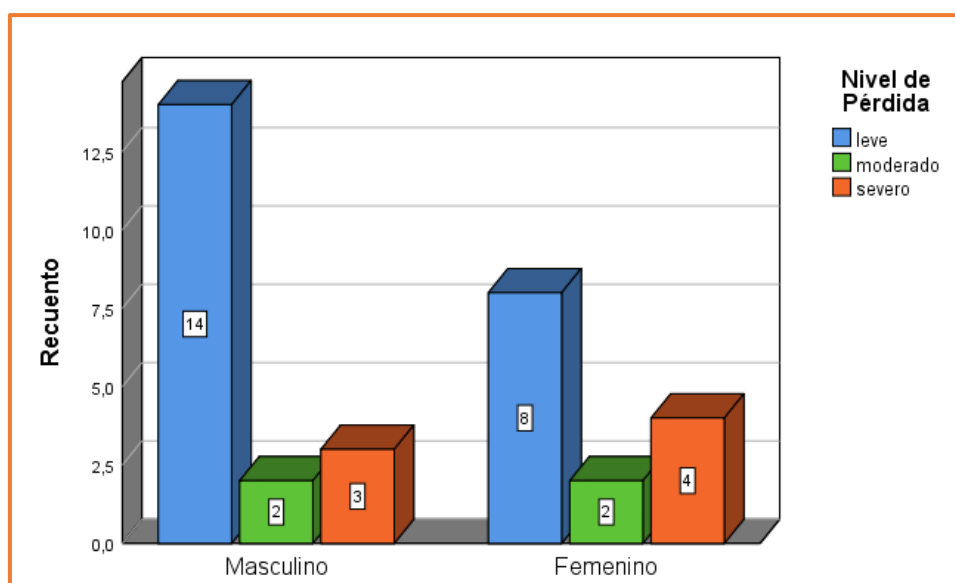


Gráfico 7. *Porcentaje del nivel de pérdida temprana de molares temporarios según edad.*

Los resultados de la tabla y gráfico 7, se resuelve que; respecto al 100% (19) sexo masculino el 73,7% (14) presentaron un nivel leve de PPMT, un 10,5% (2) nivel moderado de PPMT y el 15,8% (3) un nivel severo de PPMT y, respecto al 100% del sexo femenino el 57,1% (8) presentaron un nivel leve de PPMT, el 14,3% (2) un nivel moderado de PPMT y el 28,6% (4) un nivel severo de PPMT.

Dónde: PPMT (*Pérdida prematura de molares temporales*).

Tabla 8: *Distribución de frecuencia y porcentaje del nivel pérdida temprana de molares temporarios en los de 5 – 10 años, atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas filial Andahuaylas, según edad.*

NIVEL DE PÉRDIDA PREMATURA SEGÚN EDAD					
	Edad	Nivel de Pérdida			Total
		leve	Moderado	Severo	
	5 años	87,5%		12,5%	100,0%
	6 años	83,3%	16,7%		100,0%
	7 años	80,0%		20,0%	100,0%
	8 años	60,0%		40,0%	100,0%
	9 años	28,6%	28,6%	42,9%	100,0%
	10 años	50,0%	50,0%		100,0%
	Total	66,7%	12,1%	21,2%	100,0%

Nota*. *Datos recogidos de la ficha clínica de tesis “Pérdida prematura de molares temporales en pacientes de 5 – 10 años, atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas Andahuaylas, periodo Marzo – Julio 2018”.*

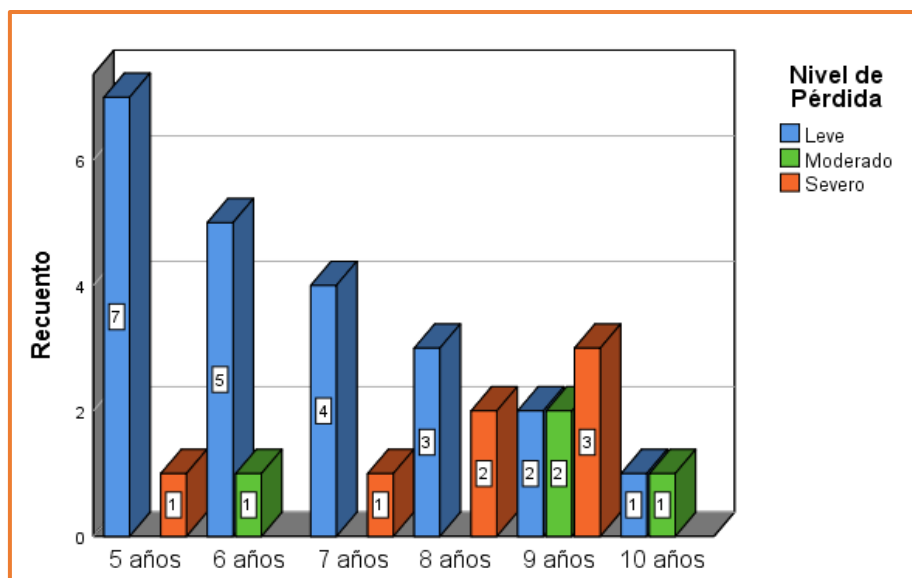


Gráfico 8. *Porcentaje de la población muestral según grupo etario.*

En los resultados del tablero y figura 8, se resuelve que; del 100% de pacientes con 5 años el 87,5% (7) presentaron un nivel leve de PPMT y el 12,5 (1) un nivel severo de PPMT, del 100% (6) pacientes con 6 años el 83,3% (5) un nivel leve de PPMT y 16,7% (1) un nivel moderado de PPMT, del 100% de pacientes con 7 años el 80% (4) presentaron un nivel leve de PPMT y el 20% (1) un nivel severo de PPMT, del 100% (5) de pacientes con 8 años el 60% (3) presentaron un nivel leve de PPMT y el 40% (2) un nivel severo de PPMT, del 100% (7) de pacientes con 9 años el 42,9% (3) presentaron un nivel severo de PPMT, el 28,6% (2) un nivel leve de PPMT de igual manera el 28,6% (2) un nivel moderado de PPMT y finalmente del 100% (2) de pacientes con 10 años el 50% (1) presentaron un nivel leve de PPMT de igual manera el 50% (1) presentaron un nivel moderado de PPMT.

Dónde: *PPMT (Pérdida prematura de molares temporales).*

CAPITULO VI

6. DISCUSIÓN

La partida de un molar esencial en un momento inicial pospone la expulsión del diente perpetuo. Mientras que la desgracia en una etapa tardía acelera la emisión de lo perpetuo y hace innecesaria la protección del espacio.(1) Una técnica correcta para evaluar la expulsión aplazada o apresurada es observar el nivel de avance de la raíz y el hueso alveolar que cubre el diente inmutable que no ha crecido. A través de radiografías panorámicas o periapicales.(2)

Las consecuencias del examen demostraron que del total de pacientes inspeccionados, el 66.7% perdió un molar breve al hablar de la suave dimensión de la PPMT, la fase de Nolla del diente sustituto fue la mayor parte del tiempo en 5, con 48.5%, el molar mundano con una recurrencia más notable de la desgracia inoportuna fue 7.5 (segundo molar transitorio inferior izquierdo) con 21.6%; el sexo con mayor impotencia para PPMT fue el sexo masculino con 73.7% y la edad más indefensa para PPMT estuvo compuesta por hijos de 5 años con 87.5%; resultados comparables conseguidos:

Vargas SC, Costa MC.(21) en su examen, los factores relacionados con la pérdida prematura de molares temporales en pacientes madurados de 6 a 10 años tratados en la Clínica de Odontología Pediátrica, UNAP School of Dentistry, 2006 - 2016, establecieron que; 31.3% de los niños tenían PPMD de al menos 3 dientes (graves), el diente más influenciado fue el diente 7.5 (31.6%), el masculino fue el más influenciado con 19.1% y la edad más influenciada fue la

descendencia de 7 años con 28.9%, en este sentido, coinciden con los efectos posteriores del presente examen en relación con la pieza dental y la orientación sexual, que varían en relación con la dimensión de PPMD y la edad.

Maldonado R.(3) en su investigación sobre el predominio de la pérdida prematura de dientes esenciales en pacientes madurados de 5 a 9 años, encontrado en la Clínica de Odontología Pediátrica de la Escuela de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, confirmó eso; la mala fortuna que indica la edad fue del 22,2% en los pacientes de 6 años, el sexo con mayor influencia fue el masculino con el 54,2% y la pérdida más elevada del diente fue del 7,5 (13,6%), por lo que los efectos secundarios de este creador coinciden con el Consecuencias del presente examen en relación con el diente y el sexo, contrastando en la medición de la edad.

De manera similar, Cervantes, E.A.(4), en su investigación sobre el predominio de la pérdida prematura de molares esenciales en la ciudad de Chocal en el Municipio de Malacatancito, Guatemala, en jóvenes de 4 a 7 años, logró los resultados acompañantes; la orientación sexual con la mayor omnipresencia de la desgracia fue el sexo femenino con el 55%, la edad más influenciada fue de 5 años con el 34% y el diente con la recurrencia más elevada de la desgracia fue de 7,4 con el 24%, en este sentido el presente examen Coincide con dicho trabajo en relación con la edad, contradiciendo los resultados alusivos al sexo y la pieza dental.

Idrugo, N.(8) en su examen, predominio de pérdida prematura de dientes de leche en niños de 6 a 9 años de edad escolar en el área de Salaverry, Trujillo en 2010, lo verificó; el sexo femenino indicó mayor desgracia con 54.7%, la edad más experimentada que 9 años fue la más influenciada con 15.2%, la recurrencia de la desgracia fue 7.5 con 16.8%; este trabajo coincide con la medición de la pieza dental; de todos modos, los resultados contrastan en cuanto a la

orientación sexual y la edad progresivamente indefensas a la pérdida prematura de molares de hoja caduca, la explicación detrás de esta distinción se basaría en la gran limpieza mostrada por la descendencia de esas áreas en Correlación con la población examinadora del presente examen.

CONCLUSIONES

Según los resultados de presente investigación concluye:

1. Se observó que el nivel con mayor porcentaje de pérdida prematura de molares temporales estuvo conformada por aquellos pacientes que perdieron un molar temporal representando el nivel leve de PPMT.
2. Se observó que el mayor número de extracciones de los dientes transitorios ocurrió cuando se encontraron sus dientes sustitutos individuales en la Etapa 5 (prácticamente una corona total).
3. El molar impermanente que se pierde precipitadamente con una recurrencia más prominente de los pacientes de 5 a 10 años de edad, fue a la instalación estomatológica de la Rama Andahuaylas de la Universidad Alas Peruanas, fue la pieza de diente 7.5 (segundo molar deciduo inferior izquierdo).
4. La orientación sexual más impotente ante la pérdida prematura de molares deciduos de los pacientes de 5 a 10 años de edad, fue en la Clínica Estomatológica de la Rama Andahuaylas de la Universidad Alas Peruanas, fue el sexo masculino.
5. La edad más indefensa a la pérdida prematura de molares de hoja caduca estuvo compuesta por pacientes de 5 años de edad, que acudieron al centro estomatológico de la Universidad Alas Peruanas, sucursal de Andahuaylas.

RECOMENDACIONES

1. Se prescriben estudios de pre-clínica para dar charlas instructivas con organizaciones instructivas, estrategias de prevención y fortalecimiento del bienestar oral, a pacientes, tutores y agentes que acuden a la Clínica de Estomatología, educándolos entre diferentes cosas, que los dientes impermanentes. son de una importancia extraordinaria y deben ser considerados y mantenidos en la boca, ya que las modificaciones que se producen debido a la inoportuna desgracia podrían cambiar tanto en capacidad como en una mejoría correcta los dientes duraderos que expulsarán luego. Además, ejecute la observación intermitente del uso o el apoyo de procedimientos y sistemas de evitación contra la caries dental, ya que es el conductor principal a cargo de estas desgracias prematuras.
2. Se prescribe para ejecutar las Políticas de Extensión Universitaria, con el objetivo de que los suplentes de Pre-Clínica de la Escuela Profesional de Estomatología, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Alas Peruanas, Andahuaylas Branch; Las referencias a planes identificados con esta región, que tienen alcances más notables en las escuelas del territorio desde la edad preescolar, que probablemente serán pacientes de estudios de odontología más adelante.
3. Los instructores deben controlar mejor el llenado de los registros terapéuticos, ya que un número significativo de los registros de medicamentos introdujeron información deficiente, lo que dificultó la recopilación de información.
4. Se recomienda ampliar la base de datos de la biblioteca con la expansión de una mayor variedad de escritos y producciones renovadas, que permiten adquirir datos de manera más efectiva y mejorar la información relacionada con el tema. La Facultad de Odontología la Universidad Alas Peruanas Filial Andahuaylas, debería contar con ambientes adecuados para el archivamiento de historias clínicas, ya que en la actualidad cuenta con 1

ambiente el cual se encuentra en mal estado, lo cual ocasionó el deterioro de varias Historias Clínicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Matamala V. Predominio y factores de riesgo relacionados con la pérdida temprana de dientes temporales en escolares de 4 a 7 años. Comuna De Talcahuano, 2016. [Tesis de pregrado], Chile: Universidad Andrés Bello, Facultad de Odontología. P. 52-9
2. Huamán L. Pérdida temprana de dientes deciduos en niños de 3 a 9 años que experimentaron un tratamiento dental exhaustivo bajo anestesia general en el Instituto Nacional de Salud Infantil, 2014. [Tesis de pregrado], Perú: Universidad Nacional de El Salvador San Marcos, Facultad de Odontología.
3. Maldonado R. Predominio de pérdida temprana de dientes primarios en pacientes atendidos en la Clínica de Odontología Pediátrica de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala en los años 2012-2015. [Tesis de pregrado], Guatemala Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología. P. 33-42.
4. Cervantes, E.A. La perversidad de la pérdida temprana de molares esenciales en la ciudad de Chocal de la región de Malacatancito, Huehuetenango en niños de 4 a 7 años, 2012. [Tesis de pregrado], Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Odontología. P. 6-33
5. Chacon KS, Correa JJ, Navarro DM, Godillo V, Baez LC. Pérdida temprana de dientes transitorios en niños de 0 a 8 años, 2011. [Tesis de pregrado].
6. Villalba N, Jacquett N, Cabañas A, Chirife T. Pérdida temprana de dientes transitorios en niños que fueron a una clínica médica abierta en la ciudad de Luque. Paraguay, 2013 [Tesis de Pregrado]; 3 (2): 25-34.

7. Ortiz M, Farias M, Godoy S, Mata M. La pérdida prematura de dientes transitorios en pacientes de 5 a 8 años ayudó al centro de odontología pediátrica de la Universidad Gran Mariscal de Ayacucho, 2004-2005. [Tesis de pregrado], Latin American Journal of Orthodontics and Odontopediatria Orthodontics 2009.ws versión electrónica agosto. Idrugo, N. (2011). Prevalencia de pérdida prematura de dientes deciduos en escolares de 6 a 9 años del distrito de Salaverry en el año 2010. [Tesis pre grado], Peru: Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad de Medicina Humana. Escuela Profesional Estomatología. P. 8 – 20.
8. Stevenson A. Shorter Oxford English Dictionary, 2007. sexta ed. Oxford University Press, p. 646.
9. Martin E. Macmillan Dictionary of life Sciences. segunda ed. Londres. P. 103.
10. Guedes A, Bonecker M, Delgado C. Odontología Pediátrica, Fundamentos de Odontología. São Paulo, Brasil; 2011, [citado el 18 de octubre de 2018], disponible en: <http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/denticion-temporal.shtml>
11. Marín A, Pacheco M. La recurrencia de extracciones prematuras de molares impermanentes en niños de 5 a 9 años de edad, se realizó en el centro dental de la UAM 1998 - 2000. [Tesis de pregrado]. Universidad Americana de Nicaragua, 2001.
12. Boj J, M catalán, García C, Mendoza A. (2005). Odontopediatria. Barcelona, España: Masson. pp. 60-5, 227-42.
13. D'Escriván de Saturno, L. Ortodoncia en dentición mixta. Alterar Amolca. Caracas, 2007.

14. Echeverría L, S. Sociedad Chilena de Revista de Odontopediatria. 2007. vol. 23 (2). Página 7. [citado el 18 de octubre de 2018], accesible en: <http://www.odontopediatria.cl/Publicaciones/23/23.pdf>
15. Escobar M. Odontopediatria. 2004. segunda ed. Caracas, Venezuela: Amolca. P. 373-4, 479-83.
16. Merino L. Pérdida prematura de los segundos molares esenciales y sus resultados en el molar primario en niños de 7 a 12 años de la escuela de la Unión Panamericana en el año escolar (Tesis) 2011-2012: 1-64
17. Clemente K, Ferrara P, Ulloa R, Vera S. Pérdida prematura de dientes primarios y su relación con las maloclusiones. Trabajo presentado en el Curso de Ortodoncia Preventiva e Interceptiva y Ortopedia Dentofacial de Caracas 2001.
18. Moyers R. Manual de ortodoncia. Editorial Panamericana, 4 edición Buenos Aires, 1992.
19. Christensen J. R, Fields H. W. Conservación del espacio en la dentición primaria. 2001. En: Odontopediatria. Pinkham, editor de J. R. Trad. Guillermina Feher de la Torre. 3ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana. P. 415 - 7.
20. Vargas SC, Costa MC. Factores asociados con la pérdida prematura de los molares deciduos en pacientes de 6 a 10 años tratados en la Clínica Odontopediatria, Escuela de Odontología de la UNAP, 2006 - 2016. [tesis de pregrado]. Amazonas (Perú), Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. P. 12.
21. Zevallos A. Prevalencia de caries de inicio temprano en niños de 3 a 5 años y 11 meses de edad y su asociación con factores predisponentes en el policlínico Essalud Chíncha desde septiembre de 2012 hasta febrero de 2013. Lima - Perú: Universidad Peruana de Ciencias aplicadas; 2015, [citado el 19 de octubre de 2018],. Disponible en: <http://repositorioacademico.upc.edu.pe/upc/handle/10757/581686>
22. Sánchez C, Moreno A, Álvarez A. Principales causas de pérdida prematura de dientes temporales en pacientes de 3 a 10 años. Ley Odont

- 2012; 9 (110): 42-50, citado el 26 de noviembre de 2016. Disponible en:
http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=84614&id_seccion=4703&id_ejemplar=8340&id_revista=306
23. Proffit, teoría y práctica de la ortodoncia W. Edición Mosby 2 edición. Madrid 1994
24. Feijoo G. Cronología de la odontogénesis de los dientes permanentes en niños de la Comunidad de Madrid: aplicación a la estimación de la edad dental. Memoria para calificar para el grado de doctor Madrid, 2011.
25. Garcia S. et al. The maintainer of room in the counteractive action of malocclusions .. Camaguey Medical Archive Magazine 2014; 18 (2): 193 - 9. Cuba. [cited on October 19, 2018], Available at: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552014000200005
26. Slam D. et al. Mandibular space maintainers for the anticipation of loss of room, after the untimely loss of essential molars. Pediatric 2010; 9 (2): 127-140. Accessible at: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=67566&id_seccion=3916&id_ejemplar=6793&id_revista=240
27. War Espadero P. Occurrence of untimely loss of transitory molars in kids (3-9 years) of the canton El Guabo, January June 2014. Work to get the title of Dentist. Ecuador, 2014. Accessible at: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/3137>
28. RAE. Word reference of the Royal Spanish Academy, 23rd ed .; 2014. [Quoted on July 20, 2018]; Available at <http://www.rae.es/diccionario-de-la-lengua-espanola/la-23a-edicion-2014>
29. Hernandez SR, Fernández CC, Baptista LP. Research Methodology fifth ed .; Mexico: McGRAW-HILL/Interamericana Editores, S.A. DE C.V; 1991
30. World Medical Association. Presentation of Helsinki of the AMM - Ethical Principles for therapeutic research in people. [Internet]. Brazil 2018 [cited on July 20, 2018]; accessible at: <http://www.ctomedicina.com/impugnaciones2014/bibliografiap202mir.pdf>

ANEXOS

ANEXO 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA

“PERDIDA PREMATURA DE MOLARES TEMPORALES EN PACIENTES DE 5 - 10 AÑOS, ATENDIDOS EN LA CLINICA ESTOMATOLOGICA DE LA UAP ANDAHUAYLAS, PERIODO MARZO – JULIO 2018

<p><u>PROBLEMA PRINCIPAL</u></p> <p>¿Cuál es el nivel de pérdida prematura de molares temporales en pacientes de 5 a 10 años, atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas Andahuaylas, periodo Marzo - Julio del 2018?</p> <p><u>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es el promedio de molares temporales perdidos prematuramente, es la pérdida prematura de un molar temporal por paciente. • ¿Cuál es el Estadio de Nolla del diente sucedáneo con mayor frecuencia en pacientes de 5 a 10 años? • ¿Cuál es el molar temporal que se pierde prematuramente con mayor frecuencia en pacientes de 5 a 10 años? • ¿Cuál es el género y la edad más susceptible a la pérdida prematura de molares temporales en pacientes de 5 a 10 años? 	<p><u>OBJETIVO PRINCIPAL</u></p> <p>Determinar el nivel de pérdida prematura de molares temporales en pacientes de 5 a 10 años, atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas Andahuaylas, periodo Marzo - Julio del 2018.</p> <p><u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el promedio de molares temporales perdidos prematuramente, es la pérdida prematura de un molar temporal por paciente. • Determinar el Estadio de Nolla del diente sucedáneo con mayor frecuencia en pacientes de 5 a 10 años. • Determinar el molar temporal que se pierde prematuramente con mayor frecuencia en pacientes de 5 a 10 años. • Determinar el género y la edad más susceptible a la pérdida prematura de molares temporales en pacientes de 5 a 10 años. 	<p><u>HIPÓTESIS PRINCIPAL</u></p> <p>H₁ El nivel de pérdida prematura de molares temporales en pacientes de 5 a 10 años, atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas Andahuaylas, periodo Marzo - Julio del 2018, es el nivel leve.</p> <p><u>HIPÓTESIS ESPECÍFICOS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • El promedio de pérdida prematura de molares temporales, es de un molar temporal por paciente. • El Estadio de Nolla del diente sucedáneo con mayor frecuencia en pacientes de 5 a 10 años, es el estadio 5. • El molar temporal que se pierde prematuramente con mayor frecuencia en pacientes de 5 a 10 años, es el primer molar inferior temporal. • El género y la edad más susceptible a la pérdida prematura de molares temporales en pacientes de 5 a 10 años, es el género Masculino y los pacientes de 6 años. 	<p>PÉRDIDA PREMATURA DE MOLARES TEMPORALES (PPMT)</p> <p>DIMENSIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de pérdida prematura. • Estadios de mineralización dentaria. • Molar temporal afectado. • Genero. • Edad. 	<p>Tipo de investigación: Básico - Cuantitativo</p> <p>Nivel de investigación Descriptivo</p> <p>Diseño de investigación No experimental</p> <p>Ámbito del estudio: Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas filial Andahuaylas.</p> <p>Población y Muestra : 100% de Historias Clínicas de niños de 5 a 10 años de edad.</p> <p>Técnicas: Descriptivo Observacional</p> <p>Instrumento: Ficha Clínica</p> <p>Diseño: M ----> O Donde: M= muestra. O= Observación</p>
--	--	---	--	--

ANEXO 02: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



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

“PÉRDIDA PREMATURA DE MOLARES TEMPORALES EN PACIENTES DE 5 - 10 AÑOS,
 ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE LA UAP ANDAHUAYLAS, PERIODO
 MARZO – JULIO 2018”

FICHA CLINICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Según: Ortiz M, Farías M, Godoy S, Mata M.¹ y Huamán L.²

Nombres y Apellidos: _____		Nro. HC. _____	
Edad: _____			
Sexo: Masculino <input type="checkbox"/>		Femenino <input type="checkbox"/>	
Exodoncia Prematura:		Exodoncia a tiempo:	
Piezas dentales: _____		Piezas dentales: _____	
Cantidad: _____		Cantidad: _____	

PIEZA DENTARIA:	
Análisis radiográfico: diente sucedáneo	
ESTADÍO 0	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 1	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 2	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 3	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 4	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 5	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 6	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 7	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 8	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 9	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 10	<input type="checkbox"/>

PIEZA DENTARIA:	
Análisis radiográfico: diente sucedáneo	
ESTADÍO 0	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 1	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 2	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 3	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 4	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 5	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 6	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 7	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 8	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 9	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 10	<input type="checkbox"/>

PIEZA DENTARIA:	
Análisis radiográfico: diente sucedáneo	
ESTADÍO 0	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 1	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 2	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 3	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 4	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 5	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 6	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 7	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 8	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 9	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 10	<input type="checkbox"/>

PIEZA DENTARIA:	
Análisis radiográfico: diente sucedáneo	
ESTADÍO 0	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 1	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 2	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 3	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 4	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 5	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 6	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 7	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 8	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 9	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 10	<input type="checkbox"/>

PIEZA DENTARIA:	
Análisis radiográfico: diente sucedáneo	
ESTADÍO 0	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 1	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 2	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 3	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 4	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 5	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 6	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 7	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 8	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 9	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 10	<input type="checkbox"/>

PIEZA DENTARIA:	
Análisis radiográfico: diente sucedáneo	
ESTADÍO 0	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 1	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 2	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 3	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 4	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 5	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 6	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 7	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 8	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 9	<input type="checkbox"/>
ESTADÍO 10	<input type="checkbox"/>

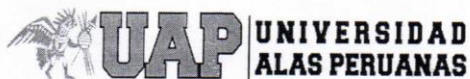
ANEXO 03: COPIA DE LA DATA PROCESADA 01

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores
1	Ficha	Numérico	8	0	Numero de historia clinica	Ninguno
2	Edad	Numérico	8	0	Edad	Ninguno
3	Sexo	Numérico	8	0	Género	{1, Masculino}...
4	Nivel	Numérico	8	0	Nivel de Pérdida	{1, normal}...
5	Nolla	Numérico	8	0	Estadíos de Nolla de los diente...	{0, Estadío 0}...
6	Molar	Numérico	8	0	molar deciduo que se pierde pre..	{1, 5.4}...

COPIA DE LA DATA PROCESADA 02

	Ficha	Edad	Sexo	Nivel	Nolla	Molar
1	152	9	1	3	3	1
2	25	8	1	2	3	1
3	63	7	1	2	3	1
4	110	6	2	2	3	1
5	115	7	1	2	4	1
6	83	7	1	2	4	2
7	48	6	1	2	4	2
8	49	8	1	2	4	2
9	67	6	2	3	4	2
10	70	8	1	4	4	2
11	100	5	2	2	4	2
12	146	5	2	4	4	2
13	33	6	1	2	4	3
14	17	7	1	4	4	3
15	114	8	2	2	5	3
16	143	5	2	2	5	3
17	89	5	2	2	5	4
18	127	6	1	2	5	4
19	111	7	1	2	5	4
20	68	9	1	4	5	5
21	104	9	2	4	5	5
22	78	9	2	3	5	5
23	141	5	2	2	5	5
24	18	5	1	2	5	5
25	153	5	2	2	5	5
26	93	8	2	4	5	5
27	94	6	1	2	5	6
28	7	9	2	2	5	6
29	84	10	1	2	5	6
30	29	10	1	3	6	6
31	35	9	2	4	6	6
32	9	9	1	2	6	6
33	21	5	1	2	5	6

ANEXO 04: FICHA DE AUTORIZACIÓN



"AÑO DEL DIALOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL"

MEMORANDUM N° 049-2018 FCS-AND-UAP

PARA : **SR. CÉSAR SAMANEZ TALAVERANO**

ASUNTO : **PERMISO PARA INGRESO A CLÍNICA
ESTOMATOLÓGICA**

FECHA : **23 DE AGOSTO DEL 2018**

A través del presente documento, después de haber evaluado la solicitud de los bachilleres en estomatología y teniendo conocimiento la Dirección General de la filial, se solicita por favor que los señores JUAREZ FRANCO YURI y HUAYANA ALTAMIRANO MIGUEL ANGEL puedan ingresar a la clínica estomatológica de la universidad los meses de agosto y septiembre de 2018; para poder avanzar parte del trabajo de investigación que está realizando para optar el título de cirujano dentista.

Fecha y hora de entrega: **22 / 08 / 2018**

Atentamente

UAP UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FILIAL ANDAHUAYLAS
C.D. César Carbajal Jimenez
COORDINADOR ACADÉMICO DE CIENCIAS DE LA SALUD

C.D. César Carbajal Jimenez

Coordinar académico de ciencias de la salud

De la UAP – filial Andahuaylas

ANEXO 5: DECLARACIÓN JUARADA

DECLARACION DE AUTENTICIDAD Y DE NO PLAGIO

Yo, Miguel Angel Huayana Altamirano de Nacionalidad Peruana con documento de identidad N°48161490, alumno de la Universidad Alas Peruanas filial Andahuaylas, Bachiller en Estomatología, Natural de del Departamento de Apurímac, Provincia de Andahuaylas. Autor de la tesis titulada "Pérdida Prematura de molares temporales en Pacientes de 5 - 8 años, atendidos en la Clínica Estomatológica de la UAP Andahuaylas, periodo Marzo – Julio 2018".

DECLARO QUE:

1. El presente trabajo de investigación, tema de tesis presentado para la obtención del Título Profesional de Cirujano dentista es de mi propia autoría, siendo resultado de mi trabajo personal, el cual no he copiado de otro trabajo de investigación, artículo, etc., (en versión digital o impresa). Caso contrario, menciono de forma clara y exacta su origen u autor, tanto el cuerpo del texto, figuras, cuadros, tablas u otros que tengan derechos de autor.
2. Declaro que el trabajo de investigación que pongo en consideración para evaluación no ha sido presentada anteriormente para obtener algún Grado Académico o Título, ni ha sido publicado en sitio alguno. Soy consciente de que el hecho de no respetar los derechos de autor y hacer plagio, es objeto de sanciones universitarias y/o legales, por lo que asumo cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de irregularidades en el proyecto de tesis, así como los derechos sobre la obra presentada. Asimismo, me hago responsable ante la universidad o terceros, de cualquier irregularidad o daño que pudiera ocasionar, por el incumplimiento de lo declarado. De identificarse falsificación, plagio, fraude, o que el trabajo de investigación haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, responsabilizándome por todas las cargas pecuniarias o legales que se deriven de ello sometiéndome a las normas establecidas y vigentes de la UAP.

Andahuaylas 20 de setiembre del 2018



Firma

DNI: 48161490

ANEXO 06: IMÁGENES

