



**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MOLARES TEMPORALES AUSENTES Y
CON INDICACIÓN DE EXTRACCIÓN Y SU ASOCIACIÓN CON VARIABLES
SOCIO DEMOGRÁFICAS EN NIÑOS ENTRE 5 – 8 AÑOS EN CLÍNICA UNO
SALUD DENTAL DURANTE EL AÑO 2017, CONCEPCIÓN.**

POR: CATHERINE SMITH ESTEFÓ

Tesina presentada a la Facultad Ciencias de Salud, de la Universidad del Desarrollo para
optar al Postítulo de Odontopediatría.

PROFESOR GUÍA
Sr. Patricio Oliva Mella

Julio 2018
CONCEPCIÓN

DEDICATORIA

A mis padres y marido por su apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTOS

- UDD, Facultad de Odontología
- Noemí Bordoni, Doctora en Odontología, Odontopediatra, Directora Internacional del Postgrado de Odontopediatría UDD sede Concepción.
- MSc. Patricio Fabián Oliva Mella, Coordinador de Investigación, Facultad de Odontología UDD, sede Concepción.
- Doctoras Francisca Lecannelier, María Isabel Rozas, Alejandra Hernández y Paulina de la Jara, por su apoyo y completa disposición a lo largo del postgrado.
- Padres y apoderados que aceptaron la participación de sus hijos en el estudio.
- Los 536 niños, que accedieron a la evaluación.

TABLA DE CONTENIDOS

	Páginas
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
INDICE DE TABLAS	v
INDICE DE FIGURAS	vi
RESUMEN	viii
INTRODUCCIÓN	1
Capítulo I. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA	3
1.1 Antecedentes	3
1.2 Problema	7
1.3 Justificación o relevancia del tema	8
Capítulo II. SUPUESTO DE INVESTIGACIÓN	10
2.1 Supuesto	10
2.2 Objetivos Generales	10
2.3 Objetivos Específicos	10
2.4 Definición y clasificación de variables	11
Capítulo III. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS	12
3.1 Descripción de la metodología	12
Capítulo IV. RESULTADOS	15
Capítulo V. DISCUSIÓN Y RECOMENDACIONES	33
Capítulo VI. CONCLUSIONES	38
BIBLIOGRAFÍA	39
ANEXOS	42

INDICE DE TABLAS

		Páginas
TABLA 1	Distribución porcentual de molares temporales con indicación de extracción.	16
TABLA 2	Distribución porcentual de molares temporales ausentes.	18
TABLA 3	Distribución porcentual de molares temporales con indicación de extracción según género en niños entre 5 – 8 años de clínica Uno salud dental durante el año 2017, Concepción.	22
TABLA 4	Distribución porcentual de molares temporales ausentes según género en niños entre 5– 8 años de clínica Uno salud dental durante el año 2017, Concepción.	24
TABLA 5	Distribución porcentual de molares temporales con indicación de extracción según edad en niños entre 5– 8 años de clínica Uno salud dental durante el año 2017, Concepción.	27
TABLA 6	Distribución porcentual de molares temporales ausentes según edad en niños entre 5– 8 años de clínica Uno salud dental durante el año 2017, Concepción.	30

INDICE DE FIGURAS

	Páginas
FIGURA 1	15
Distribución porcentual de niños con/ sin molares temporales con indicación de extracción y/o ausentes entre 5-8 años de clínica Uno Salud Dental durante el año 2017, Concepción.	
FIGURA 2	17
Distribución porcentual de molares temporales con indicación de extracción en niños entre 5 – 8 años de clínica Uno Salud Dental durante el año 2017, Concepción.	
FIGURA 3	19
Distribución porcentual de molares temporales ausentes en niños entre 5 – 8 años de clínica Uno salud dental durante el año 2017, Concepción.	
FIGURA 4	20
Distribución porcentual individual de molares temporales con indicación de extracción en niños entre 5 – 8 años de clínica Uno salud dental durante el año 2017, Concepción.	

	Páginas	
FIGURA 5	Distribución porcentual individual de molares temporales ausentes en niños entre 5 – 8 años de clínica Uno salud dental durante el año 2017, Concepción.	21
FIGURA 6	Distribución porcentual de molares temporales con indicación de extracción según género en niños entre 5 – 8 años de clínica Uno salud dental durante el año 2017, Concepción.	23
FIGURA 7	Distribución porcentual de molares temporales ausentes según género en niños entre 5 – 8 años de clínica Uno salud dental durante el año 2017, Concepción.	26
FIGURA 8	Distribución porcentual de molares temporales con indicación de extracción según edad en niños entre 5 – 8 años de clínica Uno salud dental durante el año 2017, Concepción.	29
FIGURA 9	Distribución porcentual de molares temporales ausentes según edad en niños entre 5 – 8 años de clínica Uno salud dental durante el año 2017, Concepción.	32

RESUMEN

Introducción: La pérdida prematura de piezas temporales se define como la pérdida de un diente antes de su período normal de exfoliación, comprometiendo la longitud del arco de las piezas dentarias y por ende la erupción del diente sucesor. Existen múltiples factores por los cuales las piezas dentarias se pueden perder prematuramente, siendo la caries dental el factor más prevalente. **Objetivos:** Determinar la distribución porcentual de molares temporales ausentes y con indicación de extracción y su asociación con variables socio demográficas en niños entre 5 – 8 años de clínica Uno Salud Dental durante el año 2017, Concepción. **Metodología:** A través de recolección de fichas, examen clínico y radiográfico, se realizó un estudio de tipo descriptivo observacional, donde en un universo de 536 niños, se seleccionó una muestra de 98 niños que presentaban al menos un molar ausente o con indicación de extracción, determinando su distribución porcentual y su asociación con las variables edad y género. **Resultados:** Del total de la muestra existe un 18,3% de niños afectados y un 81,7% de niños no afectados. La pieza 8,4 corresponde al molar con mayor de indicación de extracción con un 18,4%, mientras que la pieza 7,5 es el molar más ausente con un 16,3%. La distribución porcentual de indicación de extracción y ausencia de molares temporales según género muestra que un 39% es de género femenino y un 61% de género masculino. Según edad, a los 6 años existe la mayor distribución porcentual, tanto en molares temporales con indicación de extracción como ausentes (53,1%). **Conclusión:** Las piezas 8,4 y 7,5 corresponden a los molares temporales con mayor distribución porcentual de indicación de extracción y ausentes respectivamente, existe una mayor distribución porcentual en el género masculino, y en niños de 6 años de edad.

INTRODUCCIÓN

La primera dentición que se establece en la cavidad oral recibe entre otros los nombres de dentición temporal, decidua o primaria. Estos dientes hacen su aparición entre los 6 y 7 meses de edad, completando el proceso eruptivo entre 28 y 29 meses. Una de sus funciones más significativa es la de preservar los espacios necesarios para la correcta erupción de los dientes permanentes, proceso mediante el cual se configura el recambio dentario, el que tiene inicio alrededor de los 6 años de edad. (Báez et al, 2014).

Los cambios que se generan de la dentición temporal a la permanente están compuestos de una gran variedad de adaptaciones fisiológicas de la oclusión, entre ellas, la exfoliación del diente temporal, la erupción del diente permanente y el establecimiento de la oclusión, lo que debe ocurrir en una secuencia armoniosa. (Loaisiga et al, 2005).

Cuando comienza la preocupación de los padres por la salud bucal de sus hijos, en muchas ocasiones, el niño ya presenta una afección de los dientes tan severa, que no es posible aplicar ninguna técnica terapéutica conservadora, siendo el único tratamiento viable la extracción de las piezas afectadas, perdiéndose prematuramente estos dientes primarios y en ocasiones, mucho antes del tiempo correspondiente para que sean reemplazados por los dientes permanentes. (Amaya et al, 2007).

La pérdida prematura de los dientes temporales se define como la pérdida de un diente antes del momento de su recambio natural y es causada principalmente por caries dental, traumas, reabsorciones, entre otros, siendo la caries dental la más frecuente. (Alencar et al, 2008). Esta alteración, es motivo de preocupación no sólo por la pérdida de función, sino que también, porque incrementa la posibilidad de que otra pieza pueda migrar hacia el espacio edéntulo (Ampuero et al, 2014), ocasionando problemas en el crecimiento y posición adecuada de los maxilares, alteraciones en la secuencia y cronología eruptiva, dificultad en el habla y en la estética, etc. (Huamán, 2014).

Frente a esta situación, la labor fundamental del odontólogo es el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno para evitar la extracción de las piezas dentarias y/o la limitación del daño. (Ampuero et al, 2014).

En Chile, la caries dental, es una enfermedad de alta prevalencia dentro de la población, la cual aumenta sostenidamente con la edad. Estudios epidemiológicos nacionales han mostrado la persistencia de altos índices de caries en la población infantil general, con una historia de caries de dientes temporales y definitivos en promedio de 5,46 dientes afectados. Según los últimos estudios realizados por el Ministerio de Salud, la prevalencia de caries en Chile en niños(as) de 6 años alcanza el 70,3% y a los 12 años el 62,5%. (Bornhardt et al, 2014). Es por esto, que se han creado distintos planes de prevención y acción, con el fin de prevenir la aparición de caries y sus consecuencias y así crear conciencia sobre la importancia de la salud oral. (MINSAL).

El objetivo de esta investigación es determinar y caracterizar la pérdida de molares primarios ausentes y con indicación de extracción en niños entre 5 – 8 años atendidos durante el año 2017 en la clínica Uno Salud Dental, Concepción.

Capítulo I. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 Antecedentes

Dentición temporal

La dentición temporal, decidua o primaria, que comienza su erupción alrededor de los 6 meses de edad, comprende 20 piezas dentales, 10 en el maxilar superior y 10 en la mandíbula. Sus principales funciones son participar en la masticación, fonación y mantener los espacios para la correcta erupción de los dientes definitivos (MINSAL, 2012).

Pérdida prematura de piezas temporales

Como definición la pérdida prematura de piezas primarias corresponde a la pérdida de dientes antes de su período normal de exfoliación que puede llegar a comprometer el mantenimiento natural de la longitud de arco y por ende la erupción del diente sucesor. Se considera pérdida prematura cuando su sucesor permanente tiene menos de $2/3$ de raíz formada. Según Moyers la pérdida prematura de dientes primarios se refiere, al estadio de desarrollo del diente permanente que va a reemplazar el diente temporal perdido. (Matamala, 2016).

En un estudio realizado por Chávez (2010), se considera que la pérdida prematura de molares temporales es un evento prevenible de explicación multifactorial asociado a factores de riesgo de origen biológico, socio – demográfico, económico, de comportamiento o estilo de vida.

La dentición temporal tiene como una de sus principales funciones la de preparar el sistema estomatognático para mejores exigencias funcionales durante la dentición mixta y permanente, por lo que se considera que el factor de riesgo más importante para las mal oclusiones es la pérdida prematura de dientes temporales, ocasionando consecuencias desfavorables en la dentición permanente al alterar el desarrollo de la matriz funcional, provocando así un desequilibrio del sistema estomatognático. (Carrillo et al, 2016).

Por otro lado, es de suma importancia evaluar la edad del niño y el estado de formación del sucesor permanente frente a una pérdida prematura, ya que cuando la pérdida o extracción del diente primario ocurre cerca del período normal de exfoliación, la erupción del sucesor permanente ocurre prematuramente. En cambio cuando la pérdida prematura ocurre antes de la etapa 6 de Nolla, hueso nuevo se forma sobre el germen del diente permanente y esto puede resultar en una erupción retardada. (Ampuero et al, 2014).

Principales causas de pérdida prematura de piezas temporales

Existen múltiples factores y manifestaciones que pueden llevar a la pérdida prematura de piezas temporales, donde encontramos:

- Caries dental
- Traumatismos dentales
- Alteraciones periodontales
- Reabsorciones radiculares
- Malos hábitos
- Iatrogenia,
- Otros. (Matamala (2016), Huamán (2014), Maldonado (2016)).

Haciendo referencia a la caries dental, corresponde a una enfermedad crónica, infecciosa, multifactorial y transmisible, que si no es tratada a tiempo puede ocasionar la inflamación irreversible del tejido y finalmente la muerte pulpar con complicaciones que van desde una infección localizada en los tejidos peri radiculares a una infección difusa, pudiendo causar la pérdida prematura de piezas dentales. Es por esta razón, que la caries dental, por su magnitud y trascendencia, representa un problema de salud pública para la población infantil. (Huamán, 2014).

La caries dental resulta de la interacción a través del tiempo de distintos factores, como las bacterias presentes en la placa bacteriana, la dieta alta en hidratos de carbono, y diversos factores del huésped, como características de los dientes y de la saliva (MINSAL, 2014).

El mecanismo de formación de la caries resulta de la formación de ácidos, por parte de las bacterias organizadas en la placa bacteriana, provenientes de los hidratos de carbono fermentables presentes en la dieta. El ácido hace que el pH de la boca descienda, produciendo desmineralización del tejido dentario formándose así la caries dental (MINSAL, 2014).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la caries dental como un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y que evoluciona hasta la formación de una cavidad. Si no se atiende oportunamente, afecta la salud general y la calidad de vida de los individuos de todas las edades.

Es una de las enfermedades más prevalentes en la población mundial y en Chile afecta al 85% de los niños en edad escolar (Palomer, 2006).

Consecuencias de la pérdida prematura de piezas temporales

La pérdida prematura de piezas temporales repercute negativamente en un niño de diversas formas, produciendo consecuencias tanto a nivel dentario como general, que se traducen en:

- Efectos en el desarrollo dentario, disminuyendo las longitudes de los arcos dentarios y generando alteraciones en la oclusión.
- Efectos en el desarrollo general, ya que la pérdida dentaria reduce la función masticatoria del niño y produce alteraciones nutricionales y, consecuentemente, un efecto adverso en el desarrollo infantil.
- Efectos fonéticos, la ausencia dental prematura puede ocasionar defectos en el desarrollo de la fonación del niño y mala articulación del lenguaje, especialmente cuando existe pérdida de incisivos.
- Malos Hábitos
- Efectos estéticos/psicológicos (Maldonado, 2016).

Ampuero et al, (2014) hacen énfasis en que al perder prematuramente una pieza dental, existe una inclinación y migración de los dientes vecinos hacia el espacio edéntulo, lo que trae consigo la disminución del espacio para el sucesor permanente, el acortamiento del perímetro del arco, mal posiciones dentarias, apiñamientos, diastemas y alteraciones de oclusión; que dependerán del sitio, del maxilar y del número de dientes afectados.

1.2 Problema

Existe amplia evidencia que hace referencia a que las causas más frecuentes de la pérdida prematura de piezas temporales son caries, TDA, periodontitis, malos hábitos. (Cabañas et al., 2013). Lo anterior es reforzado por Báez et al (2014) y Carrillo et al (2016) que determinaron que entre las causas más comunes asociadas a la pérdida prematura de dientes temporales se encuentran: la caries dental, la erupción precoz de los sucesores permanentes, los traumatismos dentoalveolares, periodontitis y las iatrogenias. Sin embargo, a pesar que las lesiones dentales y la enfermedad periodontal influyen en gran medida en la pérdida de dientes, la caries dental sigue siendo la principal causa. (Arun et al., 2012).

La Organización Mundial de la Salud ha estimado que entre el 60 y 90% de los niños del mundo presentan lesiones de caries con cavitación evidente (Ceredena et al, 2010).

La situación en Chile no se aleja de la realidad de los otros países, ya que la caries dental constituye la enfermedad más importante presente en la práctica odontológica, donde los niños a los 6 años de edad presentan caries en un 70.36 %. (Matamala, 2016).

Ampuero et al. (2014), llevaron a cabo un estudio en Chile, donde su objetivo principal fue estudiar las pérdidas prematuras de dientes temporales en pacientes de 2 a 6 años de edad durante 4 meses, atendidos en el CESFAM Curaco de Velez, Chiloé, y concluyeron que un 16.2% de los niños se encontró afectado con pérdida prematura de molares temporales.

Otros autores también hacen referencia al tema, como Amaya et al. (2007), que revelan que uno de cada cuatro niños, de edades comprendidas entre 3 y 6 años requiere al menos una extracción por el alto índice de caries dental.

Cabañas et al. (2009 – 2010), realizaron un estudio de tipo descriptivo, donde determinaron que la prevalencia de pérdida prematura de dientes temporales en niños de 0 a 7 años de edad corresponde en promedio de ambos años de un 13%.

1.3 Justificación o relevancia del tema

La dentición temporal juega un papel fundamental en el desarrollo estomatognático del niño, por lo que debe conservarse íntegra hasta el momento del recambio. No debemos olvidar que la función fundamental de la dentición es masticatoria, además permite una adecuada deglución, articulación y estética. Sin embargo, la pérdida dentaria reduce la función masticatoria del niño y produce alteraciones nutricionales y consecuentemente un efecto adverso en el desarrollo infantil. (Huamán, 2014).

Como se explicó anteriormente, la pérdida temprana de los dientes temporales produce posiciones inadecuadas de las piezas permanentes, retraso del crecimiento maxilar y posiciones anómalas de los maxilares superior e inferior si no se inician a tiempo medidas de ortopedia/ortodoncia. Las acciones preventivas y la realización de tratamientos conservadores para evitar esta situación son de gran importancia. (Delis et al, 2007).

Por esa razón, el cuidado de los dientes primarios debe comenzar tempranamente y frente a la extracción prematura de una pieza temporal debemos tomar en cuenta ciertos factores como lo son: diente perdido, cronología eruptiva, presencia de dientes sucesores, condiciones oclusales, apiñamientos, malos hábitos, así como grado de discrepancia en el arco. (Ferro et al, 2017).

Farias et al. (2018) recomiendan la implementación o reforzamiento de estrategias y técnicas de prevención contra la caries dental, la que es la principal responsable de las extracciones prematuras de dientes primarios.

Autores hacen referencia a que como Odontopediatras, debemos lograr un diagnóstico y tratamiento a tiempo, educando e informando a los padres la importancia que tienen los dientes temporales hasta su recambio, logrando disminuir las mal oclusiones y anomalías. (Merino, 2012).

Esta investigación resulta relevante y de gran aporte, ya que sirve de base para futuras investigaciones y además, permite informar sobre el estado bucal en el que se encuentra parte de nuestra sociedad infantil y de esta manera, poder enfocarnos en la orientación de programas preventivos para evitar pérdidas dentales prematuras y sus consecuencias.

Capítulo II. SUPUESTO DE INVESTIGACIÓN

2.1 Supuesto

Al ser un estudio de tipo descriptivo observacional, no se determina explícitamente.

2.2 Objetivos Generales

Determinar y caracterizar la pérdida de molares temporales ausentes o con indicación de extracción en niños entre 5 – 8 años atendidos durante el año 2017 en la clínica Uno Salud Dental, Concepción.

2.3 Objetivos Específicos

- Determinar la distribución porcentual de molares temporales ausentes o con indicación de extracción en niños entre 5 – 8 años de clínica Uno Salud Dental durante el año 2017, Concepción.
- Reconocer la distribución porcentual individual de molares temporales ausentes o con indicación de extracción en niños entre 5 – 8 años de clínica Uno Salud Dental durante el año 2017, Concepción.
- Reconocer la distribución porcentual de molares temporales ausentes o con indicación de extracción según edad en niños entre 5 – 8 años de clínica Uno Salud Dental durante el año 2017, Concepción.

- Reconocer la distribución porcentual de molares temporales ausentes o con indicación de extracción según género en niños entre 5 – 8 años de clínica Uno Salud Dental durante el año 2017, Concepción.

2.4 Definición y clasificación de variables

Dimensión	Tipo de variable	Definición nominal	Definición operacional	Técnica – instrumento
Molares temporales con indicación de extracción	Cuantitativa discreta de razón	Indicación de extracción de molares previo a su exfoliación	1.presencia 2. ausencia	Técnica: examen clínico y rx. Instrumento: ficha clínica
Ausencia de molares temporales	Cuantitativa discreta de razón	Pérdida Prematura de molares temporales previo a su exfoliación	1. Presencia 2. Ausencia	Técnica: examen clínico y rx. Instrumento: ficha clínica
Género	Cualitativa nominal	Característica biológica que permite clasificar a los seres humanos según sus funciones reproductivas	1. Femenino 2. Masculino	Ficha clínica
Edad	Cuantitativa discreta de razón	Número exacto de años que ha cumplido una persona.	Edad cronológica	Ficha clínica

Capítulo III. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS

3.1 Descripción de la metodología

Tipo de estudio

Se realizó un estudio de tipo descriptivo observacional de corte transversal, en el cual se estudió la distribución porcentual de molares primarios ausentes y con indicación de extracción y su asociación con variables socio demográficas en niños entre 5 – 8 años de clínica Uno Salud Dental durante el año 2017, Concepción.

Población y muestra

La población está compuesta por 536 niños entre 5 – 8 años atendidos en clínica Uno Salud Dental durante el año 2017, Concepción, de los cuales se seleccionó una muestra de 98 niños, que presentaban al menos un molar temporal ausente o con indicación de extracción.

Procedimiento

La investigación se inició a través de la recolección online de un total de 536 fichas clínicas de pacientes entre 5 -8 que fueron atendidos durante el año 2017 en la clínica Uno Salud Dental, Concepción. Posteriormente, se evaluó, a través de examen clínico y radiográfico, por un solo operador, entrenado con 5 años de experiencia en atención integral en niños, la distribución porcentual de molares primarios ausentes y con indicación de extracción, obteniendo un total de 98 casos afectados. Los resultados fueron llevados a una tabla de recolección de datos, donde se asignó un número a cada paciente, se indicó su sexo, edad y número de molares temporales con indicación de extracción o ausente.

Consideraciones bioéticas

Se hizo entrega de carta de autorización a jefe clínico de Clínica Uno salud dental Concepción (Anexo 1), informando el procedimiento del estudio y previo a la recolección de fichas, los padres y/o apoderados del total de niños recibieron un consentimiento informado (Anexo 2), donde se explicaba el objetivo del estudio y su procedimiento y además debían aceptar o rechazar la participación anónima de sus hijos en el estudio.

Análisis estadístico

Se realizó análisis de frecuencia con porcentajes totales y análisis gráficos descriptivos a través del programa SPSS.

Criterios de inclusión:

- Niños entre 5 -8 años atendidos en clínica Uno Salud Dental Concepción, que presenten indicación de extracción o ausencia de molares temporales.
- Padres y/o apoderados que acepten y firmen consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con problemas motores
- Pacientes con problemas neurológicos.
- Pacientes que no cooperan.
- Padres y/o apoderados que no acepten y no firmen consentimiento informado.

Capítulo IV. RESULTADOS

De un total de 536 niños evaluados, se recolectaron 98 fichas de niños entre 5 -8 con indicación de extracción o ausencia de molares deciduos, que fueron atendidos durante el año 2017 en la clínica Uno Salud Dental Concepción, lo que corresponde a un 18,3% de niños afectados y un 81,7% de niños no afectados. (Figura 1.)

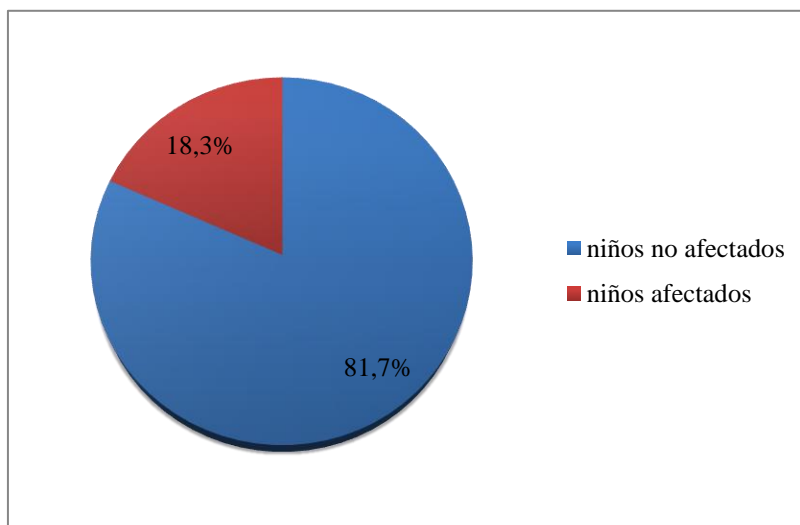


Figura 1. Distribución porcentual de niños con/sin molares temporales con indicación de extracción y/o ausentes entre 5-8 años de clínica Uno Salud Dental durante el año 2017, Concepción.

Se determinó la distribución porcentual de molares temporales con indicación de extracción y ausentes en niños entre 5 – 8 años de clínica Uno Salud Dental durante el año 2017, Concepción. (Tabla 1- 2).

En relación a la distribución porcentual de molares temporales con indicación de extracción en niños entre 5 – 8 años de clínica Uno Salud Dental durante el año 2017, Concepción, los resultados arrojaron lo siguiente:

Tabla 1: Distribución porcentual de molares temporales con indicación de extracción.

		Frecuencia	Porcentaje	% válido	% acumulado
Pieza 5,4	0	84	85,7	85,7	85,7
	1	14	14,3	14,3	100
	Total	98	100	100	
pieza 5,5	0	90	91,8	91,8	91,8
	1	8	8,2	8,2	100
	Total	98	100	100	
Pieza 6,4	0	90	91,8	91,8	91,8
	1	8	8,2	8,2	100
	Total	98	100	100	
Pieza 6,5	0	91	92,9	92,9	92,9
	1	7	7,1	7,1	100
	Total	98	100	100	
Pieza 7,4	0	87	88,8	88,8	88,8
	1	11	11,2	11,2	100
	Total	98	100	100	
Pieza 7,5	0	85	86,7	86,7	86,7
	1	13	13,3	13,3	100
	Total	98	100	100	
Pieza 8,4	0	80	81,6	81,6	81,6
	1	18	18,4	18,4	100
	Total	98	100	100	
Pieza 8,5	0	84	85,7	85,7	85,7
	1	14	14,3	14,3	100
	Total	98	100	100	

Filas: N°0: sin indicación de extracción, N°1: con indicación de extracción.

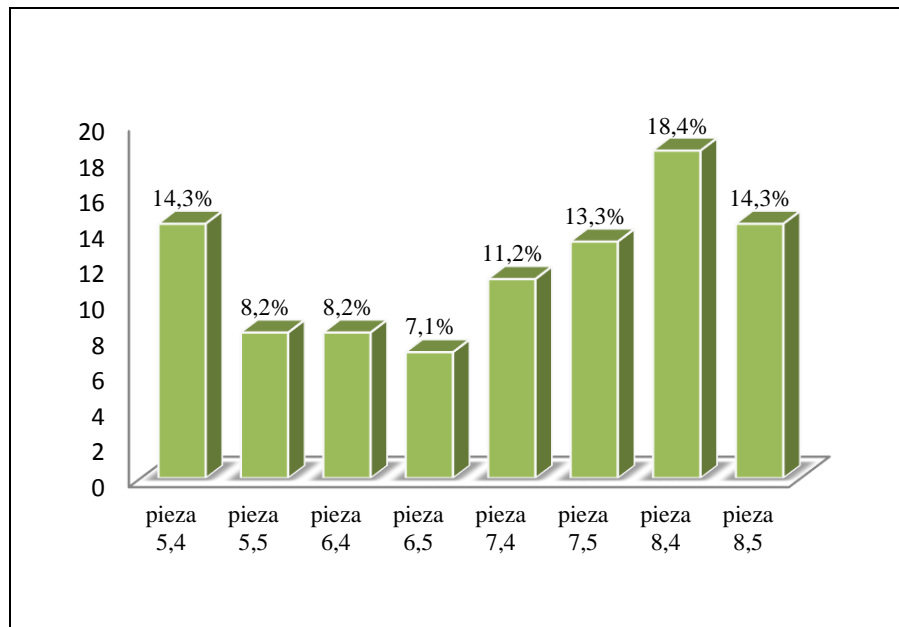


Figura 2. Distribución porcentual de molares deciduos con indicación de extracción en niños entre 5 – 8 años de clínica Uno Salud Dental durante el año 2017, Concepción.

La distribución porcentual total de molares temporales con indicación de extracción en niños entre 5 – 8 años de clínica Uno Salud Dental durante el año 2017, Concepción, indica que la pieza 8,4 presenta un 18,4%, lo que corresponde al molar con mayor distribución porcentual de indicación de extracción. Por el contrario, el menor porcentaje lo obtuvo la pieza 6,5, con solo un 7,1%. (Figura 2.)

En relación a la distribución porcentual de molares temporales ausentes en niños entre 5 – 8 años de clínica Uno Salud Dental durante el año 2017, Concepción, los resultados muestran lo siguiente:

Tabla 2: Distribución porcentual de molares temporales ausentes.

		Frecuencia	Porcentaje	% válido	% acumulado
pieza 5,4	0	95	96,9	96,9	96,9
	2	3	3,1	3,1	100
	Total	98	100	100	
pieza 5,5	0	94	95,9	95,9	95,9
	2	4	4,1	4,1	100
	Total	98	100	100	
pieza 6,4	0	86	87,8	87,8	87,8
	2	12	12,2	12,2	100
	Total	98	100	100	
pieza 6,5	0	96	98	98	98
	2	2	2	2	100
	Total	98	100	100	
pieza 7,4	0	91	92,9	92,9	92,9
	2	7	7,1	7,1	100
	Total	98	100	100	
pieza 7,5	0	82	83,7	83,7	83,7
	2	16	16,3	16,3	100
	Total	98	100	100	
pieza 8,4	0	87	88,8	88,8	88,8
	2	11	11,2	11,2	100
	Total	98	100	100	
pieza 8,5	0	91	92,9	92,9	92,9
	2	7	7,1	7,1	100
	Total	98	100	100	

Filas: N°0: presentes, N°2: ausentes.

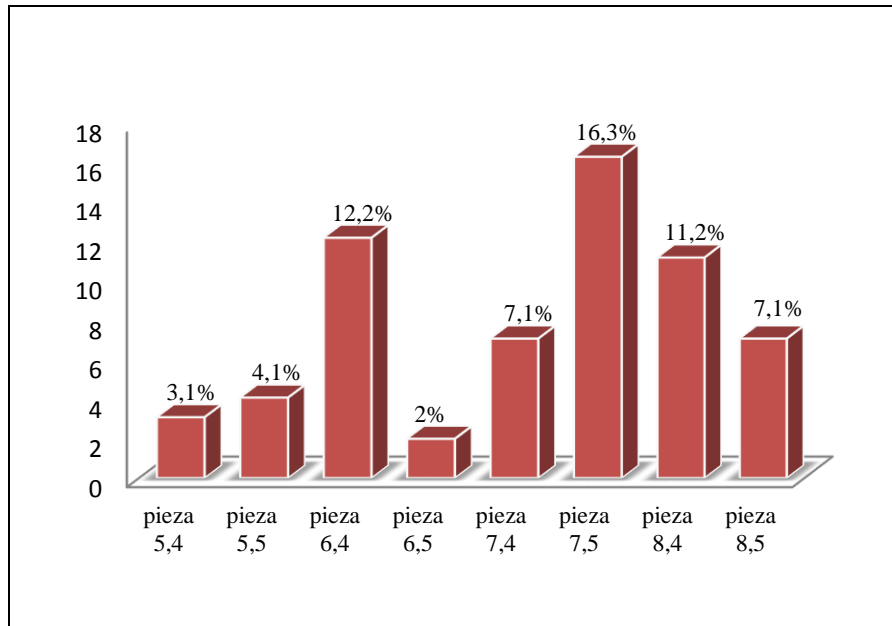


Figura 3. Distribución porcentual de molares deciduos ausentes en niños entre 5 – 8 años de clínica Uno Salud Dental durante el año 2017, Concepción.

En relación a la distribución porcentual de molares temporales ausentes en niños entre 5 – 8 años de clínica Uno Salud Dental durante el año 2017, Concepción, los resultados indican que la pieza 7,5 presenta un 16,3%, lo que corresponde al molar con mayor distribución porcentual de ausencia y la pieza 6,5 el menor porcentaje, con solo un 2%. (Figura 3).

Con los datos anteriores se logró analizar la distribución porcentual individual de molares temporales ausentes o con indicación de extracción por cada niño afectado, especificando así, cuantos molares perdieron o estaba indicado extraer en cada uno de ellos. (Figura 4 y 5).

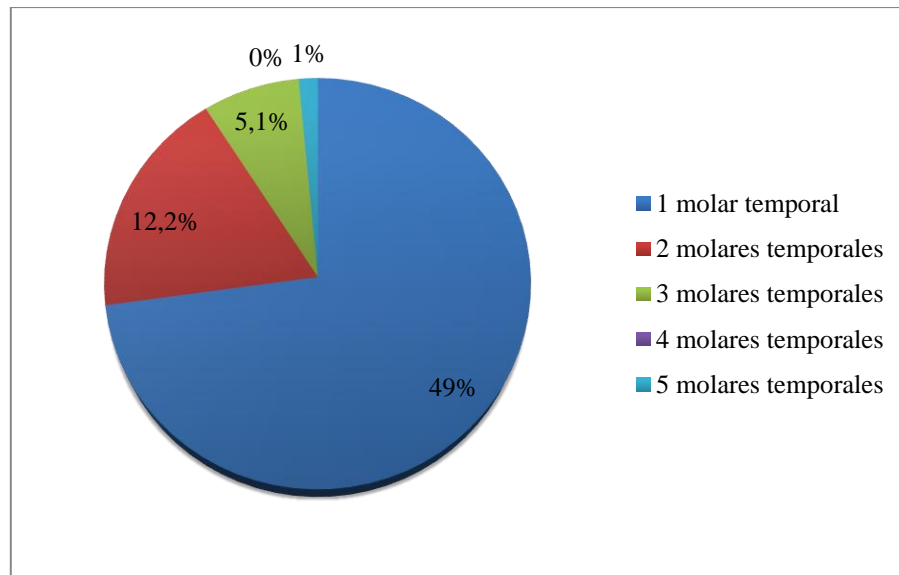


Figura 4. Distribución porcentual individual de molares deciduos con indicación de extracción en niños entre 5 – 8 años de clínica Uno Salud Dental durante el año 2017, Concepción.

Con respecto al número de molares temporales con indicación de extracción por paciente, se concluye que del total de niños afectados, a un 49% se les extrajo un solo molar, a un 12,2% dos molares, a un 5,1% tres molares y a un 1% cinco molares. (Figura 4.)

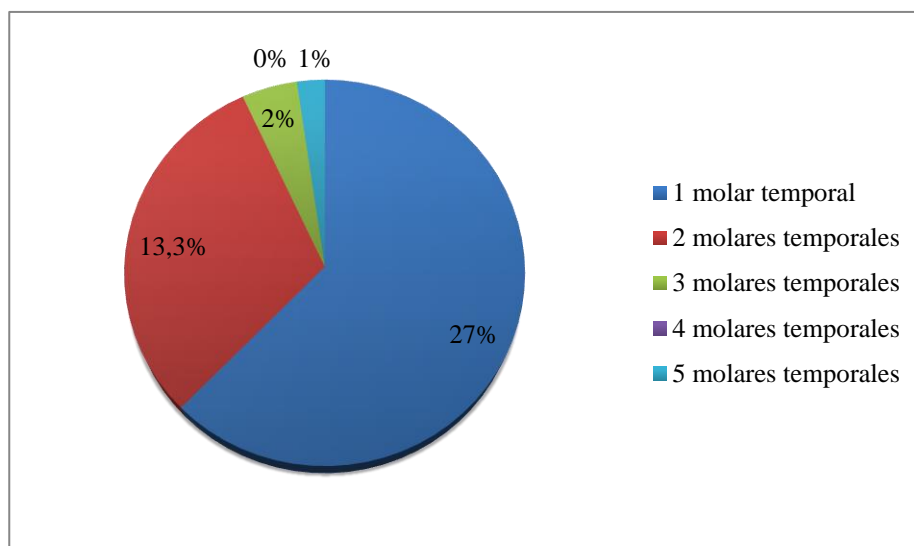


Figura 5. Distribución porcentual individual de molares temporales ausentes en niños entre 5 – 8 años de clínica Uno Salud Dental durante el año 2017, Concepción.

La distribución porcentual individual de molares temporales ausentes muestra un 27% de ausencia de un solo molar, 13,3% de dos molares, 2% de tres molares y 1% de cinco molares. (Figura 5.)

Se analizó la distribución porcentual de indicación de extracción y ausencia de molares temporales según género. Del total de niños afectados, se obtuvo un 39% de afectados del género femenino y un 61% de afectados del género masculino.

En relación a la distribución porcentual de molares temporales con indicación de extracción según género en niños entre 5 – 8 años de clínica Uno Salud Dental durante el año 2017, Concepción. (Tabla 3), los resultados fueron los siguientes:

Tabla 3: Distribución porcentual de molares temporales con indicación de extracción según género en niños entre 5 – 8 años de clínica Uno Salud Dental durante el año 2017, Concepción.

		pieza54ie		Total
		0	1	
Género	1	33,70%	6,10%	39,80%
	2	52,00%	8,20%	60,20%
Total		85,70%	14,30%	100,00%
		pieza55ie		Total
		0	1	
Género	1	37,80%	2,00%	39,80%
	2	54,10%	6,10%	60,20%
Total		91,80%	8,20%	100,00%
		pieza64ie		Total
		0	1	
Género	1	36,70%	3,10%	39,80%
	2	55,10%	5,10%	60,20%
Total		91,80%	8,20%	100,00%
		pieza65ie		Total
		0	1	
Género	1	37,80%	2,00%	39,80%
	2	55,10%	5,10%	60,20%
Total		92,90%	7,10%	100,00%
		pieza74ie		Total
		0	1	
Género	1	33,70%	6,10%	39,80%
	2	55,10%	5,10%	60,20%
Total		88,80%	11,20%	100,00%

		pieza75ie		Total
		0	1	
Género	1	30,60%	9,20%	39,80%
	2	56,10%	4,10%	60,20%
Total		86,70%	13,30%	100,00%
		pieza84ie		Total
		0	1	
Género	1	31,60%	8,20%	39,80%
	2	50,00%	10,20%	60,20%
Total		81,60%	18,40%	100,00%
		pieza85ie		Total
		0	1	
Género	1	32,70%	7,10%	39,80%
	2	53,10%	7,10%	60,20%
Total		85,70%	14,30%	100,00%

Filas: N°1: género femenino, N°2: género masculino. Columnas: N°0: sin indicación de extracción, N°1: con indicación de extracción.

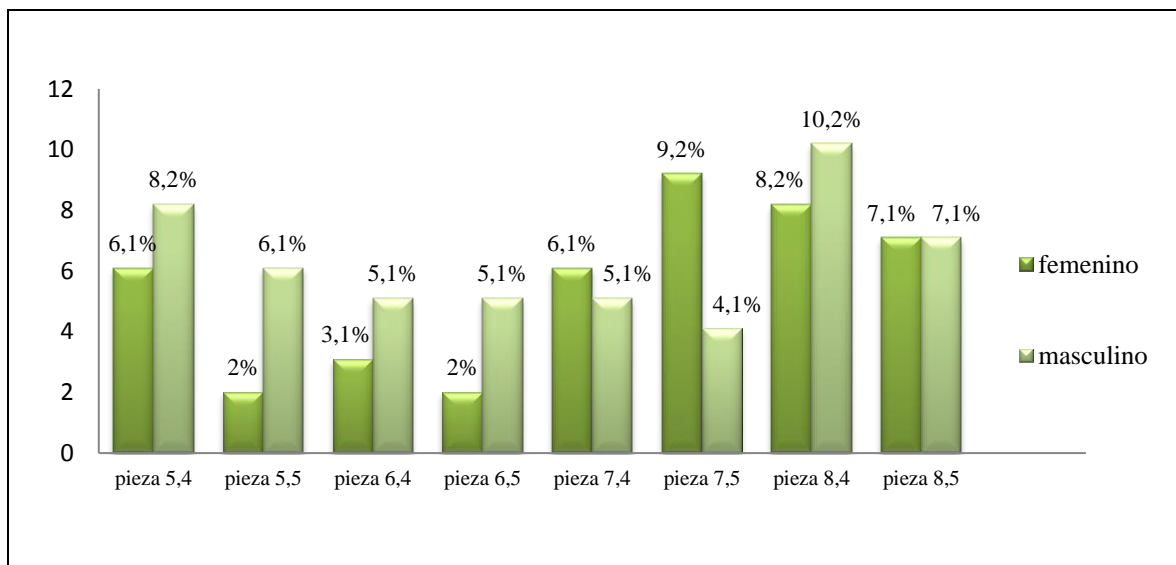


Figura 6. Distribución porcentual de molares deciduos con indicación de extracción según género en niños entre 5 – 8 años de clínica Uno Salud Dental durante el año 2017, Concepción.

En relación a la distribución porcentual de indicación de extracción de molares temporales según género, en el sexo femenino, la pieza 7,5 resultó ser la con mayor indicación de extracción con un 9,2% En el género masculino, la pieza con mayor indicación de extracción es la 8,4 con un 10,2%. (Figura 6.)

Así mismo, se determinó la distribución porcentual de molares temporales ausentes según género en niños entre 5– 8 años de clínica Uno Salud Dental durante el año 2017, Concepción. (Tablas 4).

Tabla 4: Distribución porcentual de molares temporales ausentes según género en niños entre 5– 8 años de clínica Uno Salud Dental durante el año 2017, Concepción.

		pieza54a		Total
		0	2	
Género	1	38,80%	1,00%	39,80%
	2	58,20%	2,00%	60,20%
Total		96,90%	3,10%	100,00%
		pieza55a		Total
		0	2	
Género	1	37,80%	2,00%	39,80%
	2	58,20%	2,00%	60,20%
Total		95,90%	4,10%	100,00%
		pieza64a		Total
		0	2	
Género	1	30,60%	9,20%	39,80%
	2	57,10%	3,10%	60,20%
Total		87,80%	12,20%	100,00%
Género	1	39,80%		39,80%
	2	58,20%	2,00%	60,20%
Total		98,00%	2,00%	100,00%

		pieza74a		Total
		0	2	
Género	1	36,70%	3,10%	39,80%
	2	56,10%	4,10%	60,20%
Total		92,90%	7,10%	100,00%
		pieza75a		Total
		0	2	
Género	1	35,70%	4,10%	39,80%
	2	48,00%	12,20%	60,20%
Total		83,70%	16,30%	100,00%
		pieza84a		Total
		0	2	
Género	1	35,70%	4,10%	39,80%
	2	53,10%	7,10%	60,20%
Total		88,80%	11,20%	100,00%
		pieza85a		Total
		0	2	
Género	1	36,70%	3,10%	39,80%
	2	56,10%	4,10%	60,20%
Total		92,90%	7,10%	100,00%

Filas: N°1: género femenino, N°2: género masculino. Columnas: N°0: presencia, N°2: ausencia

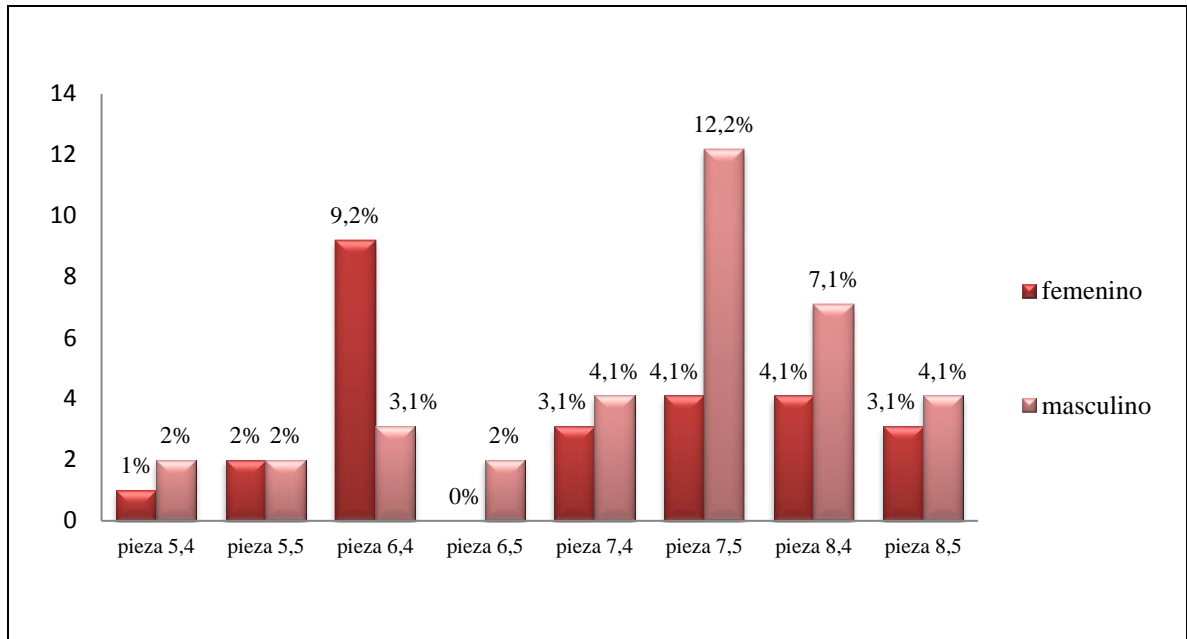


Figura 7. Distribución porcentual de molares deciduos ausentes según género en niños entre 5 – 8 años de clínica Uno Salud Dental durante el año 2017, Concepción.

En relación a la distribución porcentual de molares temporales ausentes según género, en el sexo femenino la pieza 6,4 resultó ser la con mayor ausencia con un 9,2% En el género masculino, la pieza con mayor ausencia es la 7,5 con un 12,2%. (Figura 7.)

Del total de niños afectados, se evaluó también la distribución porcentual de indicación de extracción y ausencia de molares temporales según edad, existiendo un 9,2% de niños de 5 años, 53,1% de niños de 6 años, 19,4% de niños de 7 años y un 18,4% de niños de 8 años de edad.

Se determinó la distribución porcentual de molares temporales con indicación de extracción según edad en niños entre 5 – 8 años de clínica Uno Salud Dental durante el año 2017, Concepción. (Tablas 33 - 40).

Tabla 5: Distribución porcentual de molares temporales con indicación de extracción según edad en niños entre 5– 8 años de clínica Uno Salud Dental durante el año 2017, Concepción.

		IE54		Total
		0	1	
edad	1	8,20%	1,00%	9,20%
	2	44,90%	8,20%	53,10%
	3	18,40%	1,00%	19,40%
	4	14,30%	4,10%	18,40%
Total		85,70%	14,30%	100,00%
		IE55		Total
		0	1	
edad	1	8,20%	1,00%	9,20%
	2	49,00%	4,10%	53,10%
	3	17,30%	2,00%	19,40%
	4	17,30%	1,00%	18,40%
Total		91,80%	8,20%	100,00%

		IE64		Total
		0	1	
edad	1	8,20%	1,00%	9,20%
	2	49,00%	4,10%	53,10%
	3	17,30%	2,00%	19,40%
	4	17,30%	1,00%	18,40%
Total		91,80%	8,20%	100,00%
		IE65		Total
		0	1	
edad	1	9,20%		9,20%
	2	48,00%	5,10%	53,10%
	3	18,40%	1,00%	19,40%
	4	17,30%	1,00%	18,40%
Total		92,90%	7,10%	100,00%
		IE74		Total
		0	1	
edad	1	9,20%		9,20%
	2	43,90%	9,20%	53,10%
	3	18,40%	1,00%	19,40%
	4	15,30%	3,10%	18,40%
Total		86,70%	13,30%	100,00%
		IE75		Total
		0	1	
edad	1	8,20%	1,00%	9,20%
	2	44,90%	8,20%	53,10%
	3	19,40%		19,40%
	4	16,30%	2,00%	18,40%
Total		88,80%	11,20%	100,00%
		IE84		Total
		0	1	
edad	1	7,10%	2,00%	9,20%
	2	41,80%	11,20%	53,10%
	3	16,30%	3,10%	19,40%
	4	16,30%	2,00%	18,40%
Total		81,60%	18,40%	100,00%

		IE85		Total
		0	1	
edad	1	8,20%	1,00%	9,20%
	2	43,90%	9,20%	53,10%
	3	17,30%	2,00%	19,40%
	4	16,30%	2,00%	18,40%
Total		85,70%	14,30%	100,00%

Filas: N°1: 5 años, N°2: 6 años. N°3: 7 años, N°4: 8 años. Columnas: N°0: sin indicación de extracción, N°1: con indicación de extracción.

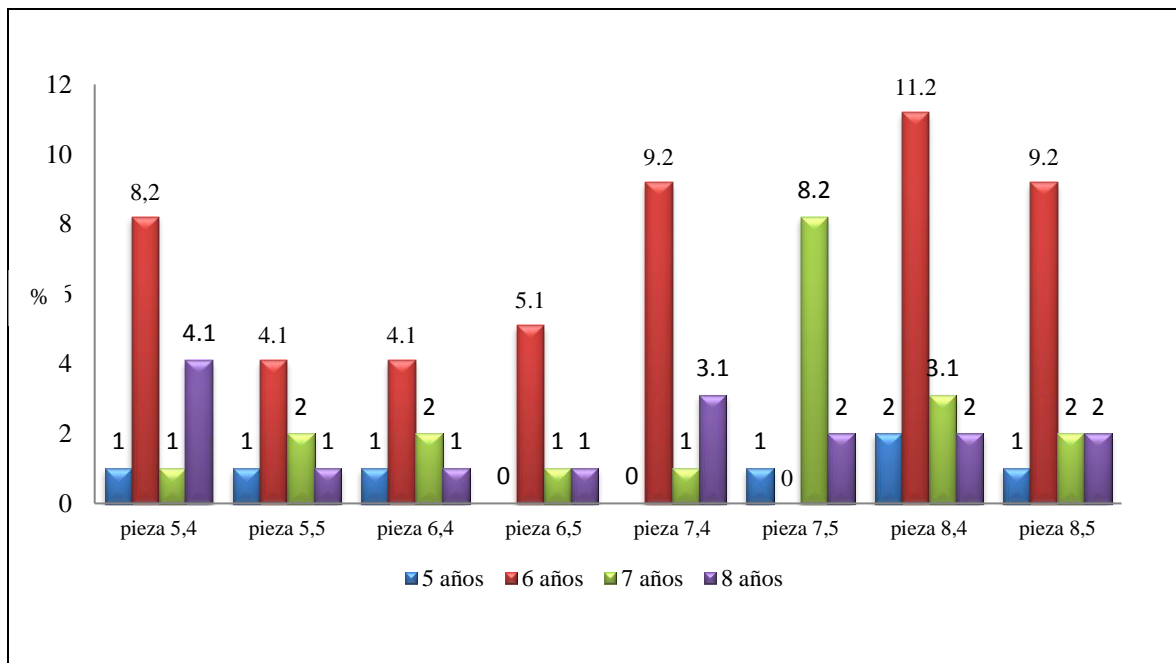


Figura 8. Distribución porcentual de molares deciduos con indicación de extracción según edad en niños entre 5 – 8 años de clínica Uno Salud Dental durante el año 2017, Concepción.

Con respecto a la distribución porcentual de indicación de extracción de molares temporales según edad, a los 5 años, la pieza 8,4 fue la más indicada para extraer con un 2% al igual que a los 6 años, con un 11,2%, a los 7 años, la pieza 7,5 con un 8,2% y a los 8 años la pieza 5,4, con un 4,1%. (Figura 8.)

Se determinó la distribución porcentual de molares temporales ausentes según edad en niños entre 5– 8 años de clínica Uno Salud Dental durante el año 2017, Concepción. (Tablas 6).

Tabla 6: Distribución porcentual de molares temporales ausentes según edad en niños entre 5– 8 años de clínica Uno Salud Dental durante el año 2017, Concepción.

		A54		Total
		0	2	
edad	1	8,20%	1,00%	9,20%
	2	52,00%	1,00%	53,10%
	3	19,40%		19,40%
	4	17,30%	1,00%	18,40%
Total		96,90%	3,10%	100,00%
		A55		Total
		0	2	
edad	1	9,20%		9,20%
	2	52,00%	1,00%	53,10%
	3	16,30%	3,10%	19,40%
	4	18,40%		18,40%
Total		95,90%	4,10%	100,00%

		A64		Total
		0	2	
edad	1	9,20%		9,20%
	2	51,00%	2,00%	53,10%
	3	14,30%	5,10%	19,40%
	4	13,30%	5,10%	18,40%
Total		87,80%	12,20%	100,00%
		A65		Total
		0	2	
edad	1	9,20%		9,20%
	2	53,10%		53,10%
	3	17,30%	2,00%	19,40%
	4	18,40%		18,40%
Total		98,00%	2,00%	100,00%
		A74		Total
		0	2	
edad	1	8,20%	1,00%	9,20%
	2	45,90%	7,10%	53,10%
	3	15,30%	4,10%	19,40%
	4	14,30%	4,10%	18,40%
Total		83,70%	16,30%	100,00%
		A75		Total
		0	2	
edad	1	9,20%		9,20%
	2	51,00%	2,00%	53,10%
	3	16,30%	3,10%	19,40%
	4	16,30%	2,00%	18,40%
Total		92,90%	7,10%	100,00%
		A84		Total
		0	2	
edad	1	7,10%	2,00%	9,20%
	2	50,00%	3,10%	53,10%
	3	16,30%	3,10%	19,40%
	4	15,30%	3,10%	18,40%
Total		88,80%	11,20%	100,00%

		A85		Total
		0	2	
edad	1	9,20%		9,20%
	2	50,00%	3,10%	53,10%
	3	18,40%	1,00%	19,40%
	4	15,30%	3,10%	18,40%
Total		92,90%	7,10%	100,00%

Filas: N°1: 5 años, N°2: 6 años. N°3: 7 años, N°4: 8 años. Columnas: N°0: presencia, N°2: ausencia.

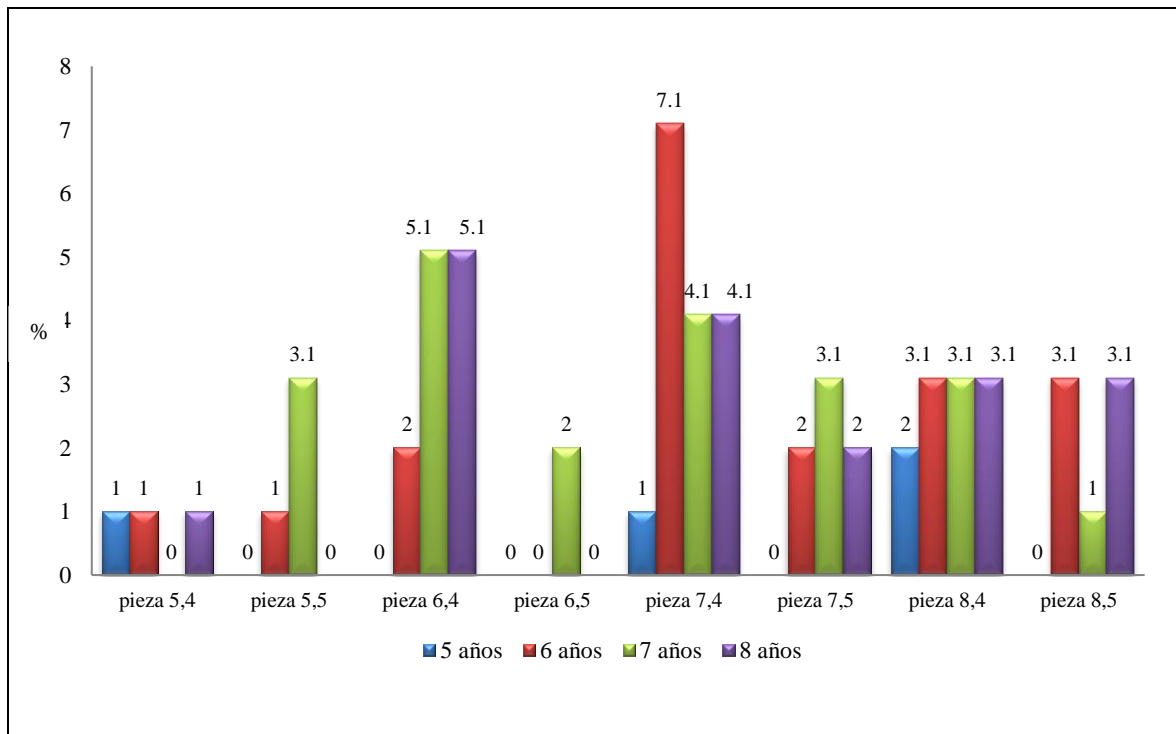


Figura 9. Distribución porcentual de molares deciduos ausentes según edad en niños entre 5 – 8 años de clínica Uno Salud Dental durante el año 2017, Concepción.

Con respecto a la distribución porcentual de molares temporales ausentes según edad, a los 5 años la pieza 8,4 fue el molar más ausente con un 2%, a los 6 años la pieza 7,4 con un 7,1%, a los 7 años la pieza 6,4 con un 5,1%, al igual que a los 8 años con un 5,1%. (Figura 9.)

Capítulo V. DISCUSIÓN

Según los resultados obtenidos, de un total de 536 niños, entre 5 – 8 años de edad evaluados el año 2017 en clínica Uno Salud Dental Concepción, 98 niños presentan al menos un molar temporal con indicación de extracción o molares deciduos ausentes, lo que equivale a un 18,3% de niños afectados y un 81,7% de niños no afectados. (Figura 1).

Diversas investigaciones, como la realizada por Delis et al. (2007), muestra que la distribución porcentual de la pérdida temprana de dientes temporales fue de un 12,1%, valor inferior al obtenido en este estudio. Sin embargo, Matamala (2016), obtuvo un resultado mayor, correspondiente a un 18,5%.

Por otro lado, en el presente estudio, el molar temporal con mayor distribución porcentual de indicación de extracción del total de piezas afectadas, fue la pieza 8,4 con un 18,4%, seguida por la pieza 5,4 y 8,5, ambas con un 14,3%. (Figura 2). En relación a la distribución porcentual de molares deciduos ausentes, el molar que menos se encontró en boca, del total de piezas afectadas, fue la pieza 7,5, con un 16,3%, seguida por la pieza 6,4 (12,2%) y la pieza 8,4 (11,2%). (Figura 3).

Autores como Arun et al (2017), concuerdan con los resultados del estudio, donde la pieza con indicación de extracción más frecuente es la 8,4 (16,82%) y la pieza 5,4 (15,32%). Chávez (2010) reporta que la mayor frecuencia de pérdida prematura se presenta en los primeros molares inferiores (piezas 7,4 y 8,4), datos que concuerdan con un estudio realizado el año 2014 por Huamán, que indica que el molar deciduo que presenta mayor indicación de extracción, corresponde a la pieza 7,4 (14%).

En cuanto a la mayor distribución porcentual de los molares temporales ausentes, Cabañas et al. (2013), define que las piezas más afectadas corresponden a los molares 8,5 y 7,5, resultado que se relaciona con los obtenidos en esta investigación. Lo anterior concuerda con el estudio hecho por Delis et al. (2007), que muestra que el molar que se perdió con más frecuencia en forma prematura fue la pieza 7,5 (28,5%).

Farías et al. (2008), también hacen referencia a que los molares más extraídos fueron los primeros (12,5%) y segundos molares temporales inferiores (10,8%). Lo mismo muestra Matamala (2016), quien señala que la pieza que más se perdió prematuramente corresponde 8.4 (27,5%), seguida por la pieza 7,4 (17,5%).

En relación al número de molares deciduos con indicación de extracción por paciente, se concluye que del total de niños afectados, a un 49% se les extrajo un solo molar, a un 12,2% dos molares, a un 5,1% tres molares y a un 1% cinco molares. Así mismo, la distribución porcentual de molares deciduos ausentes arroja un 27% de ausencia de un solo molar deciduo, 13,3% de dos molares, 2% de tres molares y 1% de cinco molares. (Figuras 4 y 5)

Estudios como el de Arun et al. (2017), muestra que la mayor distribución porcentual de pérdida prematura por paciente, ocurre en una sola pieza (3,3%), lo que se demuestra en el estudio presentado. Lo mismo se demuestra en el estudio de Ampuero et al. (2014) y Báez et al. (2014), quienes tras analizar el número de molares temporales con pérdida prematura por paciente, obtuvieron que el mayor valor ocurre solo en una pieza (52,9% y 20% respectivamente). Maldonado (2016), también coincide que al considerar la cantidad de dientes perdidos prematuramente por niño, la mayor distribución porcentual corresponde a la pérdida de un solo diente (30,3%).

En el presente estudio también se analizó la distribución porcentual de indicación de extracción y ausencia de molares temporales según género. Del total de niños afectados, se obtuvo un 39% de afectados del género femenino y un 61% de afectados del género masculino. Con respecto a la distribución porcentual de indicación de extracción de molares deciduos según género, la pieza 7,5 resultó ser la con mayor indicación de extracción en el género femenino con un 9,2% y la pieza 8,4 en el género masculino, que equivale a un 10,2%. La distribución porcentual de molares deciduos ausentes según género, muestra que la pieza 6,4 es la más ausente en el género femenino con un 9,2% y la pieza 7,5 en el género masculino con un 12,2%. (Figuras 6 y 7).

Estudios como Amaya et al. (2007), Ampuero et al. (2014), Baéz et al. (2014) y Ferro et al. (2017), coinciden que la pérdida prematura de piezas temporales es más frecuente en el sexo masculino. Maldonado (2016) también se suma a lo anterior, indicando que el género masculino predomina en la pérdida prematura de dientes deciduos.

Sin embargo, Palaquibay (2017) señala que el 53% de los casos a las mujeres quienes han perdido prematuramente piezas temporales, es decir, hay prevalencia en el género femenino, situación que se contrapone a esta investigación.

Del total de niños afectados, se evaluó también la distribución porcentual de indicación de extracción y ausencia de molares temporales según edad, existiendo un 9,2% de niños de 5 años, 53,1% de niños de 6 años, 19,4% de niños de 7 años y un 18,4% de niños de 8 años de edad,. En relación a la distribución porcentual de indicación de extracción de molares temporales según edad, a los 5 años, la pieza 8,4 fue la más indicada para extraer con un 2% al igual que a los 6 años, con un 11,2%, a los 7 años, la pieza 7,5 con un 8,2% y a los 8 años la pieza 5,4, con un 4,1%. En cuanto a la distribución porcentual de molares temporales ausentes según edad, a los 5 años, la pieza 8,4 fue la más ausente con un 2%, a los 6 años, la pieza 7,4 con un 7,1%, a los 7 años, la pieza 6,4 con un 5,1%, al igual que a los 8 años con un 5,1%. (Figuras 8 y 9).

Lo anterior concuerda con el estudio realizado por Ampuero el año 2014, quien destaca que la edad más frecuente de pérdida prematura de molares temporales correspondía a la edad de 6 años (88,2% del total de afectados). También coincide con los resultados obtenidos por Maldonado (2016) y Matamala (2016), quién analizan que la edad más frecuente en relación a la pérdida prematura de molares es a los 6 años (22,2% y 29,6%) respectivamente).

Al comparar los resultados del presente estudio, se observa una diferencia con el estudio de Amaya et al (2007), donde la edad más frecuente en cuanto a la pérdida prematura de molares temporales, corresponde a los 5 años de edad, y con el estudio de Baéz et al. (2014), quienes concluyen que la edad más frecuente es a los 7 años de edad. De la misma forma, Farías et al. (2008), determinaron que la mayor distribución porcentual de molares con pérdidas prematuras fue a los 8 años de edad (41,1%).

RECOMENDACIONES

- Hacer hincapié en el ámbito de promoción y prevención de salud oral, tanto a niños como a padres y cuidadores, explicándoles la relevancia de preservar las piezas temporales en boca hasta su exfoliación.
- Implementar estrategias de prevención contra la caries dental, ya que como anteriormente se dijo, corresponde al principal factor de riesgo de la pérdida prematura de piezas temporales.
- Promover los controles periódicos al Odontopediatra.
- Considerar como última opción de tratamiento la extracción dental.

Capítulo VI. CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos podemos concluir que:

- La pérdida prematura y ausencia de molares temporales encontrada en el total de la muestra corresponde a un 18,3%.
- La pieza 8,4 corresponde al molar temporal con mayor distribución porcentual de indicación de extracción y la pieza 7,5 el molar temporal más ausente del total de piezas afectadas.
- La mayor distribución porcentual individual de molares temporales con indicación de extracción y ausente, ocurre principalmente en una sola pieza.
- Según género, la pérdida prematura y ausencia de molares temporales afectó más al género masculino.
- Según edad, se determinó que a los 6 años de edad, existe un mayor número de casos, tanto en molares temporales con indicación de extracción como molares ausentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. ALENCAR, C., CAVALCANTI A., GRANDVILLE-GARCIA A., MEDEIROS, P. (2008). Prevalence of early loss of primary molars in school children in campina grande, Brazil. *Pak Oral Dent J.* 28 (1).
2. AMAYA, B., GARCIA, M., BARRIOS, Z. (2007). Pérdida prematura de dientes primarios y su relación con la edad y el sexo en pre escolares. Universidad de los Andes, Venezuela.
3. AMPUERO, J., BUSTOS, A., ZAMORA, E. (2014). Prevalencia de pérdida prematura de molares en niños y niñas de 2 a 6 años de edad atendidos es Cesfam Curaco de Veléz durante los meses de Abril a Julio del 2014. Facultad de Odontología. Universidad de Concepción.
4. ARUN, R., DURAI, S., KRISHNAKUMAR, R., MUTHU, M., SYED, A., VENUGOPAL, R. (2012). Prevalencia de pérdida prematura de molares temporales en escolares de 5-10 años de la ciudad de Chidambaram. Departamento de Periodoncia y odontología preventiva. Universidad de Annamalai, India. 3 (1).
5. BAEZ, L., CHACON, K., CORREA, J., GORDILLO, V., NAVARRO, D. (2014). Pérdida temprana de dientes temporales en niños de 0 a 8 años de edad. *Revista Colombiana de investigación en Odontología.* 5(13).
6. BORNHARDT, T., CORSINI, G., FUENTES, J., PONCE, A., RUIZ, A. (2014). Prevalencia de caries y nivel de higiene oral en niños de 6 años atendidos bajo la norma GES y el modelo JUNAEB. *Int. J. Odontostomat.* 8(3).
7. CABAÑAS, A., CHIRIFE, M., JACQUETT, N., VILLALBA, N. (2013). Pérdida prematura de dientes temporales en niños que acudieron a un hospital público de la ciudad de Luque. Paraguay. 3(2).
8. CARRILLO, D., GARCIA, R., GOMEZ, N., GUERRERO, M., GUTIERREZ, J.(2016). Pérdida prematura de molares temporales, factor etiológico de maloclusión. *Revista Tamé, México.* 5(4).
9. CASANOVA, J., HERRERA, M., MEDINA, C., MINAYA, M., ROSADO, G., VALLEJOS, A. (2004). Pérdida dental y patrones de caries en pre escolares de una comunidad sub urbana de Campeche. *Acta Odontológica Venezolana.* 42(3).
10. CERDENA, M., DIAZ, C., FALEIROS, S., GARCIA, H., ORMEÑO, A., PINTO, M., TAPIA, R. (2010). Prevalencia de caries de Alumnos de Educación Básica y su Asociación con el Estado Nutricional. 81 (1).

11. CHAVEZ, M. (2010). Prevalencia de la pérdida prematura de molares temporales y su relación con algunos factores de riesgo en niños y niñas pre escolares del Cantón de Montes de Oca. Publicación científica Facultad de Odontología. Universidad de Costa Rica.
12. DELIS, R., GOMEZ, G., PEREZ, A. (2007). Pérdida temprana de dientes temporales en niños entre 5-12 años de edad. Acta médica del centro. 1(2).
13. FARIAS, M., GODOY, S., MATA, M., ORTIZ, M. (2008). Pérdida prematura de dientes primarios en pacientes de 5 a 8 años de edad asistidos en la Clínica de Odontopediatría de la Universidad Gran Mariscal de Ayacucho, 2004-2005. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría.
14. FERRO, M., LAZO, G., MARCHIONI, G., SCAZZOLA, M., SEGATTO, R. (2017). Importancia de la pérdida prematura de las piezas dentarias durante el proceso de erupción. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de la Plata. Argentina.
15. HUAMAN, L. (2014). Pérdida prematura de dientes deciduos en niños de 3 a 9 años de edad sometidos a tratamiento odontológico integral bajo anestesia general en el instituto nacional de salud del niño. Universidad Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
16. LARA, E., MORENO, S., PEDRAZA, G. (2011). Reporte de un caso: Mantenedores de espacio en pérdida prematura de órganos dentarios en dentición mixta. Revista ADM. 68(1).
17. LOAISIGA, L., LOPEZ, M., LOPEZ, Y. (2005). Pérdida prematura de molares temporales en escolares de 5-7 años de la ciudad de León. Universidad autónoma Nacional de Nicaragua.
18. MALDONADO, R. (2016). Prevalencia de la pérdida prematura de dientes primarios en pacientes atendidos en la clínica de Odontopediatría de la facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala en los años 2012-2015.
19. MATAMALA, V. (2016). Prevalencia y factores de riesgo relacionados con pérdidas prematuras de dientes temporales en escolares de 4 a 7 años. Comuna de Talcahuano, 2016. Universidad Andrés Bello.
20. MERINO, L. (2012). Pérdida prematura de los segundos molares temporales y sus consecuencias en el primer molar definitivo en niños de 7 a 12 años de la escuela unión Panamericana en el año 2011-1012. Universidad central del Ecuador.
21. MINSAL (2012). Manual educativo para trabajar con padres de párvulos. Programa de promoción y prevención en salud bucal para párvulos 2012.

22. PALAQUIBAY, S. (2017). Estudio retrospectivo sobre la prevalencia de pérdida prematura de piezas temporales en pacientes que asistieron al centro de atención odontológico UDLA el año 2017.
23. PALOMER, L. (2006). Caries dental en el niño: Una enfermedad contagiosa. *Revista chilena de pediatría*, 77(1), 56-60.
24. SALGADO, M. (2011). Prevalencia de caries en niños de 4 años de edad del sector urbano y rural de la comuna de Lautaro, Chile. Universidad del Desarrollo. Concepción.

ANEXOS

Anexo 1: Carta de autorización a gerente clínico, clínica Uno salud Concepción.

Concepción, 8 de Enero, 2017.

Asunto: Autorización

Estimada Dra. Flores

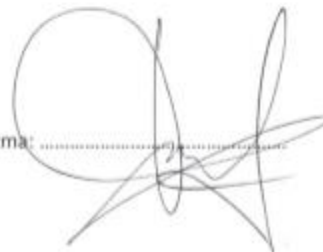
Por medio del presente, solicito a usted autorización para recopilación de datos para la ejecución del estudio de "Distribución porcentual de molares temporales ausentes y con indicación de extracción, y su asociación con variables socio demográficas en niños entre 5 – 8 años en clínica Uno Salud Dental durante el año 2017, Concepción.":

- Consentimiento informado a padres de cada niño que participa en el estudio
- Examen clínico y radiográfico de cada niño que participa en el estudio.

Atte.

Catherine Smith Estefó.

Firma:



Anexo 2: Consentimiento informado

Consentimiento informado:

Estimado Sr(a):

La presente, tiene por objeto, solicitar su participación voluntaria en un estudio que pretende determinar la “Distribución porcentual de molares temporales ausentes y con indicación de extracción y su asociación con variables socio demográficas en niños entre 5 – 8 años en clínica Uno Salud Dental durante el año 2017, Concepción.

El procedimiento a realizar consta del examen clínico y radiográfico del paciente para evaluar molares temporales con indicación de extracción o ausentes.

La participación de su Hijo(a) en este estudio es estrictamente voluntaria, la información que se recolecte y usted entregue será confidencial y no se utilizará para ningún otro propósito que no sea este proyecto de investigación, información que será conocida sólo por el investigador bajo absoluta reserva y confidencialidad. Los resultados podrán ser publicados, manteniendo el anonimato de quienes participen en el estudio.

Se espera aportar con los resultados obtenidos del estudio, información que mejora la calidad de la atención y contribuya a la salud de nuestra población.

Si usted está de acuerdo de participar en esta investigación, complete el siguiente documento:

Yo..... Rut....., accedo voluntariamente a que mi hijo(a)participe en la investigación realizada por Catherine Smith Estefó, alumna de postítulo de Odontopediatría de la Universidad del desarrollo, Concepción, 2017.

Estoy al tanto que la información recaudada en este formulario será de uso exclusivo de la investigación y que a su vez será tratada en forma anónima.

FIRMA

FIRMA INVESTIGADOR

Investigador: Catherine Smith Estefó