

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



PROYECTO:

**PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES DECIDUOS Y SU RELACIÓN
CON LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS, EN
NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS DE EDAD DE LAS I.E.I. DEL DISTRITO DE
CIUDAD NUEVA –TACNA 2017**

PRESENTADO POR: Ramírez Aro Yulisa

ASESOR: C.D. Esp. Andia Martínez Fiorella

TACNA – PERÚ

2017

DEDICATORIA

A Dios por estar siempre a mi lado.

A todos quienes me ayudaron y apoyaron durante todo el transcurso de mi carrera.

A mi asesora Dra. Fiorella Andia Martinez mi sincero agradecimiento por su apoyo y orientación en esta investigación.

A mis docentes que durante el transcurso de la carrera me guiaron con su conocimiento que hoy en día pongo en práctica para mi desarrollo profesional.

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación de la pérdida prematura de los dientes deciduos con los factores sociodemográficos y clínicos en niños de 3 a 5 años de edad de las I.E.I. del distrito de C. Nueva, Tacna, 2017.

Material y método: La investigación es un estudio de tipo observacional, prospectivo, transversal y de nivel correlacional. La muestra obtenida fue de 516 niños que cumplieron con los criterios de inclusión, a los cuales se les realizó un examen clínico bucal mediante el uso de una ficha clínica odontológica (anexo 2) para cada paciente. A través del Odontograma se registraron los dientes perdidos con una X de color azul, los remanentes radiculares que también se consideraron como dientes perdidos con una X de color rojo, la caries con color rojo y dientes obturados con color azul. Para determinar el nivel de caries se usó el índice ceo-d y para el estado de higiene oral se aplicó el índice de higiene oral simplificado de Greene y Vermillon. También se aplicó una encuesta referida a los factores sociodemográficos, donde se mencionó los siguientes factores: la cultura odontológica de los padres, la vivienda, los servicios básicos, el tamaño de la familia y el grado de instrucción de los padres. Para determinar la relación de los factores establecidos con la pérdida prematura de los dientes deciduos se utilizó la prueba estadística de Chi-Cuadrado de Pearson.

Resultados: De la muestra evaluada solo el 46.52% presentó la pérdida prematura de los dientes deciduos, de los cuales el 40.89% tuvo el diagnóstico de remanente radicular, el 4.06% diente ausente, y el 1.55% tuvo ambos diagnósticos. Según la frecuencia del diente que presentó mayor pérdida fue la pieza dentaria 61. Con respecto a los factores clínicos solo se observó relación con el nivel de caries ($p:0.001$), dando como resultado grupal un nivel de caries alto de 5.3 según el índice ceo-d. Los factores sociodemográficos, que presentaron mayor relación fueron: La importancia de los dientes deciduos para los padres de familia ($p:0.000$), predominando el sí con un 75%. Otro factor fue la vivienda ($p:0.000$), en donde el 62.6% provenían de viviendas propias. Y el grado de instrucción de

los padres, en donde el 55.0% de los padres ($p:0.002$) y el 51.0% de las madres ($p:0.001$), contaron con secundaria completa.

Conclusiones: Menos del 50 % de los factores establecidos tuvieron relación directa con pérdida de dientes deciduos por lo cual se rechaza hipótesis planteada y, se llega a la conclusión, que no existe relación directa de la pérdida prematura de dientes deciduos con los factores sociodemográficos y clínicos en los niños de 3 a 5 años de edad de las I.E.I del distrito de Ciudad Nueva, Tacna, 2017.

Palabras claves: Dentición decidua, Pérdida prematura de dientes deciduos, Factores sociodemográficos y clínicos.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship of premature loss of deciduous teeth with sociodemographic and clinical factors in children 3 to 5 years old of the I.E.I. of the district of C. Nueva, Tacna, 2017.

Material and method: The research is an observational, prospective, transversal and correlational level study. The sample obtained was of 516 children who met the inclusion criteria. To which an oral clinical examination was carried out through the use of a dental clinic record (Appendix 2) for each patient. Through the Odontogram the lost teeth were registered with a blue X, the root remnants that were also considered as lost teeth with a red X, the caries with red color and teeth filled with blue color. To determine the level of caries, the ceo-d index was used and for the state of oral hygiene the simplified oral hygiene index of Greene and Vermillon was applied. A survey referring to sociodemographic factors was also applied, where the following factors were mentioned: the parents' dental culture, housing, basic services, the size of the family and the degree of instruction of the parents. To determine the relationship of established factors with premature loss of deciduous teeth, Pearson's Chi-Square statistical test was used.

Results: Of the sample evaluated only 46.52% presented premature loss of deciduous teeth, of which 40.89% had the diagnosis of root remnant, 4.06% missing tooth, and 1.55% had both diagnoses. According to the frequency of the tooth that showed the greatest loss, it was the dental piece 61. Regarding the clinical factors, only a relation was found with the level of caries (p: 0.001), giving as a group result a high caries level of 5.3 according to the index ceo-d. The sociodemographic factors, which had the most relationship were: The importance of deciduous teeth for parents (p: 0.000), with a predominance of 75%. Another factor was housing (p: 0.000), where 62.6% came from own homes. and the degree of instruction of the parents, where 55.0% of the parents (p: 0.002) and 51.0% of the mothers (p: 0.001), had full secondary.

Conclusions: Less than 50% of the established factors were directly related to the loss of deciduous teeth, so the hypothesis is rejected and, it is concluded, that there is no direct relationship premature loss of deciduous teeth with sociodemographic and clinical factors in children 3 to 5 years old of the I.E.I. district of Ciudad Nueva, Tacna, 2017.

Key words: Deciduous dentition, premature loss of deciduous teeth, sociodemographic and clinical factors.

ÍNDICE

RESUMEN.....	4
INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO I.....	11
EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	11
1.1. Fundamentación del problema	12
1.2. Formulación del problema.....	13
1.3. Objetivos de la investigación	13
1.3.1. Objetivo general.....	13
1.3.2. Objetivos específicos	13
1.4. Justificación de la investigación.....	14
1.5. Definición de términos:	15
1.5.1. Pérdida prematura de dientes deciduos	15
1.5.2. Remanente radicular	15
1.5.3. Factores sociodemográficos.....	15
1.5.4. Servicios básicos	15
1.5.5. Tamaño de familia.	16
1.5.6. Vivienda.....	16
1.5.7. Grado de instrucción.	16
1.5.8. Condiciones clínicas bucales	16
1.5.9. Caries dental.....	16
1.5.11. Higiene oral.....	16
1.5.12. Odontograma.....	16
1.5.13. Dentición decidua	17
1.5.14. Erupción dentaria	17
1.5.15. Estadios de Nolla	17
CAPÍTULO II	18
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	18
2.1. Antecedentes de la investigación.....	19
2.2. Marco Teórico	26
2.2.1 .Pérdida Prematura de Dientes Deciduos	26
2.2.2. Condiciones Clínicas Bucales.....	35

2.2.3. Factores sociodemográficos.....	39
CAPÍTULO III.....	46
HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES.....	46
3.1. Operacionalización de las variables	47
CAPITULO IV	49
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	49
4.1. Diseño.....	50
4.2 .Tipo de Investigación	50
4.3. Ámbito de Estudio.....	50
4.4. Población y muestra.	51
4.4.1 Criterios de Inclusión:.....	51
4.4.2 Criterios de Exclusión.....	52
4.5. Instrumentos de Recolección de datos.	52
CAPITULO V.....	55
PROCEDIMIENTOS DEL ANÁLISIS DE DATOS.....	55
5.1. Procedimiento.....	56
RESULTADOS.....	58
DISCUSIÓN	79
CONCLUSIONES.....	82
RECOMENDACIONES.....	83
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84
ANEXOS	90
ANEXO 1 CLASIFICACIÓN DEL NIVEL DE EDUCACIÓN INICIAL SEGÚN EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN TACNA	91
ANEXO 2 INSTRUMENTO	94
ANEXO 3 ENCUESTA	95
ANEXO 4 CONSENTIMIENTO INFORMADO	97

INTRODUCCIÓN

El presente proyecto de investigación se refiere a la pérdida prematura de dientes deciduos y su relación con los factores sociodemográficos y clínicos. Para ello se establecieron previamente algunos factores a investigar, y, con relación a la parte clínica, se optó el uso del Odontograma, índice Ceo-d y el índice de Greene Vermillon.

Con este proyecto de investigación se busca determinar si existe una relación directa o no con los distintos factores seleccionados.

En el Perú la población infantil es muy vulnerable, en relación a los distintos problemas de salud, no quedándose atrás la salud oral deficiente, ya sea por los bajos recursos económicos, el nivel de educación de los padres, o el tamaño de la familia.

Los dientes deciduos o también conocidos como dientes de leche cumplen un rol muy importante, en la cavidad oral durante la infancia, así como en el desarrollo social y psicológico del niño, por esa razón lo correcto sería conservarlos hasta el tiempo de su exfoliación fisiológica.

Siendo la caries una de las principales causas para la pérdida de los dientes, podría desencadenar múltiples problemas en la salud del individuo, y a la vez desencadenaría un problema de salud pública para nuestra población infantil.

Los resultados obtenidos de la investigación proporcionarán una base de datos estadísticos, para futuros estudios a realizar sobre este tema, ya que existen escasos estudios realizados en la ciudad de Tacna y en Perú.

CAPÍTULO I
EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Fundamentación del problema

Hoy en día observamos muchos avances tecnológicos, que podrán conllevar a mejorar las condiciones de salud, sin embargo con respecto al campo odontológico, aun existe el desconocimiento de los padres al referirse a los dientes deciduos, ya que consideran que se cambiarán con el tiempo siendo innecesario cuidarlos o tratarlos. El no mantener los dientes deciduos hasta su exfoliación natural podría causar en el niño diferentes problemas tanto funcionales, como digestivos, entre otros.(1)

En el Perú el poco uso de los servicios de salud es vinculado al bajo nivel de instrucción académica, así como los reducidos ingresos económicos, o al estilo de vida a la que está acostumbrada nuestra sociedad. (2)

Se han demostrado a la vez numerosas investigaciones que intentan descubrir la influencia de las de los factores sociodemográficos y clínicos en la salud bucal, sin embargo estos estudios son muy limitados en el Perú. (2)

El ingreso económico bajo no solo dificulta el acceso a los servicios de salud ,ya que al no contar con el dinero suficiente dificulta también el acceso a los servicios básicos, como el agua potable, la luz y desagüe, a la vez el grado de instrucción de los padres tienen una tendencia a influir en la salud bucal de los peruanos.(2)

Los estudios realizados han demostrado que la pérdida prematura de un diente deciduo acelera la erupción de su correspondiente permanente, sin haber completado su grado de desarrollo, otra de las cosas que comúnmente se observa es el desplazamiento de los dientes posteriores hacia mesial.(1)

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre la pérdida prematura de los dientes deciduos con los factores sociodemográficos y clínicos, en niños de 3 a 5 años de edad de las I.E.I del distrito de C. Nueva, Tacna ,2017?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación de la pérdida prematura de dientes deciduos con los factores sociodemográficos y clínicos en niños de 3 a 5 años de edad de las I.E.I. del distrito de C. Nueva, Tacna, 2017.

1.3.2. Objetivos específicos

- a) Determinar la frecuencia de la pérdida prematura de dientes deciduos de los niños de 3 a 5 años de edad en las I.E.I del distrito de C. Nueva, Tacna, 2017.
- b) Asociar la frecuencia de la pérdida prematura de dientes deciduos con los factores sociodemográficos, en niños de 3 a 5 años de edad de las I.E.I. del distrito de C. Nueva, Tacna, 2017.
- c) Determinar la frecuencia de pérdida de dientes deciduos según las condiciones clínicas establecidas, en niños de 3 a 5 años de edad en las I.E.I del distrito de C. Nueva, Tacna, 2017.

1.4. Justificación de la investigación

Existen múltiples factores y condiciones clínicas, que pueden ocasionar la pérdida prematura de un diente. Y como sabemos en los países no industrializados a diferencia de los países del primer mundo se observan distintos problemas referentes a la salud pública.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) , (3) el 60%-90% de los escolares y casi el 100% de los adultos presentan caries dental en todo el mundo. La mayoría de enfermedades y afecciones bucodentales van a requerir la atención odontológica, sin embargo la accesibilidad a estos servicios son limitados, para las personas con bajos recursos, esto puede desembocar para los niños, en la pérdida prematura de dientes. También son considerados como factores de riesgo para la pérdida prematura de dientes, el nivel socioeconómico, la falta de higiene y distintos determinantes sociales.

En el Perú se conoce el efecto negativo que tienen las desigualdades socioeconómicas sobre distintos aspectos relacionados a la salud oral.

Se justifica la realización de este proyecto de investigación, porque al realizar exámenes dentales en las campañas odontológicas, en los diferentes sectores de la población de la localidad, se evidenció un elevado índice de caries dental y dientes con extracción indicada, esto nos daría a conocer la falta de cultura preventiva de los padres.

Entre los factores sociodemográficos que resaltaron fueron, el estado económico de los padres, el estilo de vida al que están acostumbrados los niños, el grado de instrucción de los padres, el tipo de vivienda y la inadecuada higiene.

En base a todo lo antes mencionado podemos decir que es importante realizar un estudio puesto que nos permitirá determinar si existe una relación entre los factores sociodemográficos y clínicos con la pérdida prematura de dientes deciduos en la población a estudiar.

1.5. Definición de términos:

1.5.1. Pérdida prematura de dientes deciduos: Se considera que se ha perdido un diente deciduo prematuramente, cuando es retirado de su posición en boca antes de su exfoliación natural.(4) Para este proyecto de investigación se considero al remanente radicular como diente perdido, ya que su tratamiento es la extracción indicada.(5)

1.5.2. Remanente radicular: Son el resultado de la destrucción total de la corona dentaria con afección pulpar, la causa puede ser patológica como la caries dental o por traumatismos como las fracturas dentarias. Los remanentes radiculares tienen pocas posibilidades de rehabilitación por ende se considera como un tratamiento para el paciente la extracción dentaria, ya que es considerado un foco infeccioso latente.(5)

1.5.3. Factores sociodemográficos: Son aspectos o modelos culturales de la población, como las creencias, las costumbres, el comportamiento, el volumen poblacional, la natalidad, la mortalidad, así como la vivienda o el territorio sobre el cual se asienta la población.(6)

1.5.4. Servicios básicos: Son considerados servicios básicos según el instituto peruano de economía (IPE), al acceso a la electricidad, agua, desagüe.(7)

- 1.5.5. Tamaño de familia:** El tamaño de familia se refiere a la cantidad de personas que conforman un familia, la cual puede estar conformada por padres, hijos, abuelos, tíos y demás personas que habitan la vivienda de manera permanente.(8)
- 1.5.6. Vivienda:** Según la ONU, la vivienda es el lugar donde se habita, cuya principal función es ofrecer refugio y seguridad a las personas protegiéndolas de las variaciones del clima y de otras amenazas exteriores.(9)
- 1.5.7. Grado de instrucción:** Se refiere a los escalones que posee el sistema educativo. En el Perú los niveles de educación se clasifican en : nivel inicial, nivel primario, nivel secundario y nivel superior.(10)
- 1.5.8. Condiciones clínicas bucales:** Son aquellas manifestaciones o características clínicas que se presentan en boca.(11)
- 1.5.9. Caries dental:** Es considerada una enfermedad multifactorial, ya que comprende la interacción de diferentes factores, llegando a provocar lesiones en los dientes e incluso la pérdida de estos.(12)
- 1.5.10. Caries dental de aparición temprana:** Se considera caries de aparición temprana a cualquier signo de caries en los dientes, hasta los cinco años y once meses de edad.(13)
- 1.5.11. Higiene oral:** Limpieza o aseo de la boca para conservar la salud y poder prevenir posteriores enfermedades.(14)
- 1.5.12. Odontograma:** Es una representación esquemática utilizada por los odontólogos, para poder registrar toda la información sobre la boca de una persona. Se encuentra distribuido en cuadrantes, sobre el cual

se registran todas las patologías, la cantidad de piezas dentarias y las características de cada una de ellas.(15)

1.5.13. Dentición decidua: Conocida también como dentición temporal, suman una cantidad de 20 dientes, se pueden observar ya en completa erupción y en oclusión a la edad aproximada de los 3 años de edad, son llamados temporales ya que permanecen durante un periodo corto en boca, hasta que se comienzan a exfoliar para dar paso a los dientes permanentes, todo este proceso de recambio ocurre aproximadamente durante los 6 a 13 años de edad del niño.(4)

1.5.14. Erupción dentaria: Es un proceso fisiológico que se presenta durante el desarrollo de la dentición, esto comprende no solo los movimientos en dirección a la posición de oclusión con su antagonista. Sino también a las compensaciones como resultado de los desgastes oclusales. (12)

1.5.15. Estadios de Nolla: Clasificación propuesta por Nolla en 1960, en donde describe los diferentes estadios de formación dentaria de la dentición permanente en ambos maxilares, superior e inferior, estableciendo diez fases de desarrollo observables en las radiografías, desde la presencia de la cripta hasta la raíz completada con ápice.(4)

CAPÍTULO II
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1. Antecedentes de la investigación

Pacaji P. Relación de la situación socio económica familiar con la pérdida prematura de dientes temporales por caries en los niños de la escuela General Pintag de la comunidad de Cumbijin, Canton Salcedo, provincia de Cotopaxi Ecuador durante el año 2015. Ecuador (2016).(15) En este estudio se buscó determinar la relación entre la situación socioeconómica con la pérdida prematura de dientes temporales. La población estudiada fue de 118 niños del nivel inicial al séptimo año. El estudio fue descriptivo y transversal, se realizó un examen clínico en donde los índices usados fueron el índice ceod y el índice CPOD, también se aplicó una encuesta dirigida a los padres en relación a la situación económica. Los resultados fueron que la prevalencia de pérdida de dientes fue baja, solamente la cuarta parte de la población estuvo afectada, dentro de lo cual fue más frecuente en el grupo de 5 a 7 años y el sexo predominante fue el sexo masculino, con respecto a la relación con la situación socioeconómica el 40 % de la población estudiada era de bajos recursos, afirmando la hipótesis, de que si existe una relación de la pérdida prematura de dientes deciduos con la situación socioeconómica.

Chacón C y cols. Pérdida temprana de dientes temporales en los niños de 0 a 8 años de edad. Colombia (2011).(16) En este estudio se emplearon 125 historias clínicas de pacientes que asistieron por primera vez a consulta en la clínica odontológica de la universidad Antonio Nariño, en la ciudad de Bogotá durante el año 2011, las edades comprendidas fueron entre 0 a 8 años de edad. Se usaron las variables de edad, género, el tipo de dentición, el estrato socioeconómico y el diente con mayor frecuencia perdido. Para hallar los resultados se uso el índice de concordancia Kappa y la prueba de chi-cuadrado. Los resultados arrojaron que el 43% de los

niños presentaron pérdida prematura de dientes deciduos, dentro de los cuales el 51.8% eran del género masculino. El 30% presentaron solo la pérdida de un diente temporal, el 20% presentaron la pérdida de dos a tres dientes temporales y el 15% presentó cuatro dientes perdidos. Se encontró que existía una mayor relación entre el género y la pérdida prematura.

Hernández J y cols. Influencia de la pérdida prematura de dientes primarios por caries dental, como causa de maloclusiones en los pacientes de 7 a 10 años que acuden al servicio de odontología del centro de atención integral de salud Francisco de Miranda. Venezuela (2010).(17) La población estudiada comprendió niños entre 7 y 10. En a las extracciones indicadas por caries el mayor porcentaje se presentó en los niños de 10 años con un 22%, seguido de los de 8 años con 19%, los de 9 años con 14% y los de 7 con un 8%. En cuanto a las extracciones prematuras de dientes primarios se observó más en niños de 8 años con 45% y los de 9 con 24%. Los dientes que se extrajeron con mayor frecuencia fueron los caninos superiores (53) con 13%. El tipo de maloclusión que se observó en mayor porcentaje fue la clase II de Angle en un 34%. La mayoría de los niños en esta investigación habían perdido uno o dos dientes prematuramente lo que desvió la formación normal de su arcada dentaria. En esta investigación la mayor frecuencia de pérdida prematura de los dientes es debido a la caries dental trayendo como consecuencias maloclusiones .

Hidalgo S. Relación del estado de salud dental con factores socioeconómicos de los alumnos del ciclo básico de la unidad educativa Rincón del Saber, periodo Junio-Julio 2014. Ecuador. (2015) (18) El estudio se realizó para determinar la relación que existe entre el estado de salud dental con factores socioeconómicos en los alumnos del ciclo básico de la Unidad Educativa Rincón Del Saber. Se realizó el análisis clínico en una muestra de 306 niños con el consentimiento de los padres, también se aplicó un cuestionario dirigido a los padres, el cual consta de la escolaridad, mensualidad, tipo de vivienda, carga familiar y tipo de atención odontológica. Se obtuvo como resultados que la población estudiada es de un estado socioeconómico medio con el 76 % aproximadamente, de acuerdo a la tabulación de las encuestas realizadas. El 16% de la población estudiada presentaba erosión dental como la patología más incidencia. El 80% presenta caries y a mayor edad son más las piezas dentarias afectadas. La relación del nivel socioeconómico con el CPOD (dientes cariados perdidos y obturados) y ceod (dientes cariados extraídos y obturados), determino que el nivel socioeconómico medio alto tiene mayor índice de caries, con un índice de 5.80 CPOD (dientes cariados perdidos y obturados) y 7.50 ceod (dientes cariados extraídos y obturados).

Canchiña E. Prevalencia de la pérdida prematura de molares temporales y su relación con algunos factores de riesgo en niños y niñas preescolares de la escuela “Francisco Pérez Castro.” Guayaquil-Ecuador (2014) (19) . El estudio fue de tipo observacional descriptivo y prospectivo, se realizó un examen clínico usando el índice ceod a 50 niños, también se realizó una encuesta en donde se buscó saber el conocimiento de los padres con respecto a la higiene oral, las variables fueron el número de dientes perdidos prematuros y la higiene oral. Los resultados fueron que la edad predominante con una pérdida prematura de

dientes deciduos fue la comprendida dentro de los 9 años de edad con una prevalencia de 40 %. La encuesta arrojó los siguientes datos que el 80 % de los padres encuestados no cree que es importante cepillarse, el 63 % de los niños no ha recibido charlas educativas sobre el cepillado dental, el 30 % nunca llevó al odontólogo a su menor hijo, el 30% de los niños según sus padres nunca se cepillan los dientes, solo el 50 % de los padres enseñó a cepillarse los dientes a sus hijos. Según los resultados obtenidos si existe una relación entre los factores de riesgo y la pérdida prematura de los molares temporales, ya que la población con mas prevalencia de dientes perdidos presento la falta de conocimiento, la falencia que la población tiene sobre la educación e higiene oral y programas preventivos.

Díaz S y cols. Relación entre pobreza y salud bucal en las comunidades de Tierra Baja, Manzanillo y Boquilla. Cartagena-Colombia. (2013)

(20) Este estudio se realizó en Colombia en la comunidad de tierra baja, Manzanillo y Boquilla. Se buscó medir la relación entre la pobreza y la salud bucal. La población fue un total de 240 personas, se realizó un instrumento para medir las variables socio demográficas y hábitos de higiene oral, y se realizó a cada encuestado un examen bucal para determinar el estado real de salud bucal. Los resultados dieron que el 65% de la población clasificó como pobre, 39% secundaria incompleta, el 86% de la población gana el salario mínimo, el 10.86 % de los participantes tenían menos de 18 dientes. Se llegó a las conclusiones: él no contar con las necesidades básicas está estrechamente relacionado con un estado de salud deficiente, y que las personas que clasificaron como pobres presentan más lesiones en la cavidad oral y malos hábitos de higiene oral.

Martins S y cols. Prevalência de Perdas Dentárias Precoces em Crianças de População Ribeirinha da Região Amazônica. Brasil (2014)

(21) Este estudio fue un estudio epidemiológico realizado en 112 niños de 3 a 9 años que vivían en dos comunidades, San Pedro y Aura, en el Estado de Pará, Brasil. Los datos fueron recogidos por un examen clínico y posteriormente sometidos a análisis descriptivo. Para estudiar la frecuencia de pérdida de dientes temprana en relación con el género y la dentición. Se utilizó el índice de ceod y CPOD. Los resultados fueron que la prevalencia de pérdida de prematura de dientes fue de 18%, que ocurre en 19,23% de los niños en el aura y el 14,71% de los niños en San Pedro. También se observó que la pérdida fue mayor entre los hombres (26%) que en mujeres (11,29%). En relación con los dientes, hubo 27 casos de pérdida, con el mayor prevalencia de pérdida de dientes para los dientes 7.5 (segundo molar deciduo izquierdo) y 8.5 (segundo molar deciduo derecho), ambos con 18,52%. Hubo una mayor incidencia de la pérdida en las edades de 7 (27,27%) y 8 (29,41%), siendo las caries dentales la causa predominante de pérdida. Como resultado de la pérdida prematura de dientes, el resultado más frecuentemente observada fue la pérdida de espacio (43,18%), mientras que la menos observada fue la presencia de mordida cruzada (4,55%).

Chaves M. Prevalencia de la pérdida prematura de molares temporales y su relación con algunos factores de riesgo en niños y niñas preescolares del Cantón de Montes de Oca. Costa Rica (2011). (22)

En este estudio se analizaron algunos factores de riesgo asociados con la pérdida prematura de piezas molares temporales (PPMT) en niños y niñas de cinco y seis años de edad, en el Cantón de Montes de Oca; área de salud adscrita al Programa de Prestación de Servicios Odontológicos. Se realizó un estudio epidemiológico de corte transversal tipo prevalencia. Por medio de la técnica estadística de la probabilidad al tamaño se seleccionó la

muestra: 370 participantes de ocho centros educativos. La recolección de datos se realizó por medio de cuatro instrumentos: un examen clínico, un cuestionario enviado al hogar, un cuestionario realizado a los docentes y un registro de alimentos con riesgo cariogénico contenido en la merienda. Resultados: Las condiciones socio demográficas son el principal factor de riesgo asociado con la caries dental; con prevalente en 29% de las piezas estudiadas. La mayor prevalencia de pérdida prematura se presentó en el primer molar inferior izquierdo. De acuerdo con los resultados se concluye que el factor de riesgo predominante radica en las condiciones sociodemográficas de desigualdad social existente en los diferentes sectores de la población.

Bustos A. y cols. Prevalencia de pérdida prematura de molares temporales en niños y niñas de 2 a 6 años de edad atendidos en Cesfam Curaco de Vélez. Chile (2014) (23) En esta investigación se realizó un estudio de corte transversal durante el período de Abril a Julio del 2014, donde se analizó una muestra de 105 preescolares, de los cuales 54 fueron de sexo masculino y 51 de sexo femenino.

Se seleccionó a los menores con pérdidas prematuras de molares temporales y se evaluó variables como: género, edad, prevención social, índice Ceo-d y tipo de arcada afectada. El análisis consistió en el cálculo de medidas de frecuencia, porcentaje y media. Los resultados fueron de los 105 menores estudiados, 17 (16.2 %) presentaron pérdidas prematuras, donde el índice de pérdida fue de 1.8 por paciente. Resultaron más afectados los molares mandibulares, destacando la pieza 7.4, con el mayor porcentaje. Respecto de la edad se observó una mayor frecuencia de pérdidas a los 6 años. No se encontraron diferencias significativas en relación al género.

Idrugo N. Prevalencia de pérdida prematura de dientes deciduos en escolares de 6 a 9 años del distrito de Salaverry. Trujillo-Perú (2010)(24)

Este estudio se realizó en Trujillo y es de tipo corte trasversal, descriptivo y observacional, se incluyeron a 554 escolares donde se encontró una pérdida de 656 piezas dentarias deciduas en 253 escolares el cual representa el 44.2% de la población, se determinó que a los 9 años se da la mayor prevalencia de pérdida prematura dental decidua, el género que predominó en el sexo fue el femenino.

2.2. Marco Teórico

2.2.1 .Pérdida Prematura de Dientes Deciduos

2.2.1.1. Definición

La pérdida prematura de dientes deciduos es relacionada con diferentes patologías, traumatismos, trastornos sistémicos entre otros. Para este proyecto de investigación se consideró la presencia de un remanente radicular como diente perdido, ya que la única alternativa de tratamiento es la extracción dentaria.(25)

Según Moyers la pérdida prematura de un diente deciduo se refiere, a la ausencia de la pieza dentaria en boca, y puede llegar a comprometer el mantenimiento natural del perímetro o longitud de arco y por ende la erupción del diente sucedáneo.(26)

Otros autores se refieren a la pérdida prematura de un diente deciduo, cuando esta se realiza antes del tiempo estimado de su exfoliación natural.(27)

2.2.1.2. Tipos de dentición

El ser humano posee dos tipos de dentición, una de ellas es la dentición decidua o temporal y la otra es la dentición permanente o definitiva, pero existe un periodo de la infancia en que se encuentran ambas denticiones, esta dentición es conocida como mixta. (12)

a) Dentición decidua

También es conocida como dentición primaria, temporal o dientes de leche. Este es el primer grupo de dientes que erupcionan. La dentición decidua en general comienza su erupción a los 6 meses y se completa entre los 24 y 30 meses de edad, esta etapa inicia con la erupción de los incisivos centrales inferiores, posicionándose entre el labio inferior y la lengua, posteriormente termina con la erupción de los segundos molares deciduos. No obstante un retraso en la erupción de la dentición temporal suele ir asociado a un retraso aún mayor en la erupción de la dentición permanente.(12)

b) 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).(12)

2.2.1.3. Período de Erupción dentaria.

La erupción dentaria se define como el movimiento de un diente desde su lugar de desarrollo hasta su posición funcional en la cavidad oral. Es un proceso fisiológico que puede ser alterado

por múltiples causas congénitas o ambientales. En el ser humano este proceso es largo en el tiempo e íntimamente relacionado con el crecimiento y desarrollo del resto de las estructuras craneofaciales.(12)

a) Etapas de la erupción

a.1).Etapa preeruptiva o intraósea:

El inicio del desarrollo de los dientes deciduos comienza con el proceso de diferenciación del germen dentario, esto ocurre dentro de los maxilares, conforme van desarrollándose los gérmenes dentarios se produce simultáneamente el crecimiento del maxilar, tanto en longitud como en diámetro. A medida que los dientes deciduos hacen erupción, cada germen permanente va a ocupar su cripta, y adopta una posición apical en relación con la corona del diente temporal.(4)

a.2) Etapa eruptiva prefuncional o extraósea:

Antes de que en un diente pueda alcanzar su posición funcional en la arcada, ha de desplazarse desde el lugar de su desarrollo en el cuerpo del maxilar hasta el plano oclusal. El movimiento principal se realiza en dirección incisiva u oclusal pero pueden existir también movimientos de rotación (incisivos inferiores), de desplazamiento mesial (premolares inferiores) o de inclinación

(caninos superiores y terceros molares inferiores). Para alcanzar el plano oclusal los dientes han de atravesar sucesivamente el hueso suprayacente, la lámina propia y el epitelio. Finalmente se han de reabsorber las raíces de los dientes deciduos precedentes y caer sus coronas antes de que los dientes permanentes hagan erupción. La emergencia del diente permanente debe producirse cuando la raíz haya alcanzado $2/3$ partes de su desarrollo radicular.(4)

a.3) Etapa eruptiva funcional o post eruptiva:

En esta fase los dientes ya establecen oclusión con el antagonista y los movimientos que ocurren van a durar toda la vida, tratando de compensar el desgaste o abrasión dentaria.(4)

b) Cronología de erupción

b.1) Cronología de erupción de dientes deciduos

El estadio eruptivo de la dentición temporal se prolonga del sexto al trigésimo mes de vida del niño como promedio. Entre los 6 y 8 meses de edad comienza la erupción de los incisivos centrales, seguidos de los incisivos laterales, primeros molares, caninos y segundos molares. Desde el momento de la erupción del segundo molar temporal hasta la exfoliación de los primeros incisivos inferiores a los

6 años de edad, la dentición del niño puede parecer en reposo, pero, está en constante actividad en la formación de sus raíces, que a la vez alojan en caso de los molares al germen dentario permanente, hasta la reabsorción radicular de los dientes temporales por la formación de las coronas y raíces de los dientes permanentes hasta su erupción .(4)

SUPERIORES

- 10(8-12) meses, incisivo central.
- 11(9-13) meses, incisivo lateral.
- 19(16-22) meses canino.
- 16 -NIÑOS (13-19) meses, primer molar.
-NIÑAS (14-18) meses, primer molar.
- 29 (25-33) meses, segundo molar.

INFERIORES

- 8(6-10) meses, incisivo central.
- 13(10-16) meses, incisivo lateral.
- 17(15-21) meses, canino.
- 16(14-18) meses, primer molar.
- 27 -NIÑOS (23-31) meses, segundo molar.
-NIÑAS (24-30) meses, segundo molar.

b.2) Cronología de erupción de los dientes permanentes

Los incisivos permanentes inician su mineralización durante el primer año de vida, los premolares y segundos molares, entre el segundo y tercer año de vida. Las coronas de los dientes permanentes, excepto los 3° molares, están por lo general completas entre los 5 y 7 años de edad. El desarrollo de las raíces lleva 6 a 7 años, y los ápices radiculares se cierran a los 3 y 4 años después de la erupción del diente. El estadio eruptivo de la dentición permanente se amplía de los 6 a los 12 años en media, excepto los terceros molares. La erupción del diente se inicia luego después de completarse la formación de la corona y/o el inicio de la formación de la raíz. (4)

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.

c) Periodos de formación dentaria de Nolla

La mayoría de los dientes no manifiesta movimientos eruptivos hasta que se completa la formación de la corona (estadío 6), pasan por la cresta alveolar cuando se ha formado más o menos dos tercios de la raíz (estadío 8), perforando la encía cuando se ha formado la raíz (estadío 9), La raíz suele completar el cierre apical en unos tres años y medio de su erupción.

En el año 1960, Nolla divide el proceso de desarrollo de las piezas dentarias en 10 estadíos que son indicadores del tiempo de calcificación, el método de aplicación se realiza mediante la valoración radiográfica.(4)



Figura 1 Estadios de desarrollo dentario según Nolla

Fuente: Guedes A. odontopediatria(4)

2.2.1.4. Causas más comunes de la pérdida de las piezas dentarias:

Existen muchas causas o motivos que ocasionan la pérdida de un diente deciduo, estas pueden ser patológicas, genéticas, sociales, culturales, económicas, involuntarias, intencionales, hábitos orales negativos, entre otras.(28)

- Patológicas: Caries dental.
- Genéticas: Raíces cortas, erupción precoz del permanente.
- Sociales: Hábitos alimenticios de los padres.
- Culturales: Los padres privan a sus hijos de la atención médica por considerar que va contra las costumbres.
- Económicas: La pobreza dificulta el acceso a los servicios de salud.
- Involuntarias: Traumatismos por accidentes.
- Intencionales: Lesiones personales, extracción dentaria.

2.2.1.5. Importancia de los dientes deciduos:

La gran mayoría de padres piensan que los dientes deciduos no tienen mucha importancia, debido a que éstos serán reemplazados por los dientes definitivos. Siendo esto una idea errónea.

Los dientes deciduos cumplen diferentes funciones como: la masticación para que los niños puedan triturar adecuadamente los alimentos, 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.(13)

2.2.2. Condiciones Clínicas Bucales

Son manifestaciones o características que se presentan en boca. La dentición temporal además de tener una función masticatoria, sirve como guía de erupción de la dentición permanente, estimula el crecimiento de los maxilares, ayuda en la fonación y a la digestión. Su pérdida prematura tiene como consecuencia, entre otros, la disminución del perímetro de los arcos, la alteración de la función masticatoria y digestiva, pudiendo inclusive desarrollar hábitos nocivos que pueden alterar la secuencia en la cronología de la erupción. De igual modo, la pérdida prematura de los dientes temporales dado que se presenta en etapas tempranas del crecimiento, puede repercutir no sólo en aspectos de función, como ya se mencionó, sino que inclusive presenta problemas relacionados con la estética. Lo cual en un momento dado puede ocasionar problemas de tipo psicológico, específicamente aquellos relacionados con la personalidad y la autoestima.(11)

2.2.2.1. Caries Dental

De las enfermedades crónicas, las bucales son las más comunes; su importancia en salud pública se debe a la prevalencia, el impacto individual, social y el costo para su tratamiento una vez instaurado el problema. Los determinantes son muy conocidos y ampliamente descritos. (29)

La caries dental es una enfermedad que se considera un proceso dinámico, crónico, infeccioso, transmisible y multifactorial que se caracteriza por la destrucción de los tejidos duros del diente y progresa lentamente con el tiempo con la subsecuente pérdida de minerales de la

superficie dental, esto se refleja clínicamente como una opacidad del esmalte que puede evolucionar a grandes cavidades que comprometen la dentina, el cemento y la pulpa dental hasta la destrucción total del diente. Su distribución mundial sigue siendo considerable, aunque hay reportes de una tendencia a la declinación en los países desarrollados. La población infantil y adolescente son grupos humanos muy vulnerables. No se considera un problema que comprometa la vida, pero es actualmente una de las patologías más frecuentes y costosas, que se presenta de por vida.

La etiología multifactorial de esta entidad ha sido tema de diversas investigaciones que plantean que el desarrollo de caries dental se debe, entre otras causas, a la presencia de microorganismos cariogénicos en la cavidad bucal. *Streptococcus mutans* ha ocupado el interés de muchos investigadores desde épocas remotas.

Evidentemente, existe un amplio reconocimiento de la importancia de los factores microbiológicos en relación con la caries dental, y *Streptococcus mutans*, parece tener un papel muy importante. Son numerosos y diferentes los estudios realizados sobre el tema, sin embargo, todos los autores coinciden en que la génesis de la caries dental requiere la presencia de varios factores de riesgo, de manera más significativa, la colonización por *Streptococcus mutans*, una deficiente higiene oral y un alto consumo de alimentos ricos en sacarosa.(29)

2.2.2.2. Caries de la primera infancia

La Academia Americana de Odontología pediátrica define a la caries de la primera infancia como la nomenclatura más reciente para un patrón particular de caries dental en niños pequeños, afectando principalmente los dientes anteriores. Se basa en la presencia de uno o más dientes cariados (cavitados o no cavitados), ausentes (debido a caries), o restaurados en la dentición primaria en niños (menores de 71 meses de edad).(22)

2.2.2.3. Huésped

Nos referimos al diente, para que una caries se manifieste se necesita de un huésped, este a la vez debe de ser susceptible a ser destruido. Existen diferentes factores que pueden contribuir a la aparición de la caries, tal como la herencia ya que genéticamente se puede presentar una estructura dentaria resistente o débil, las anomalías de forma, amelogénesis imperfecta, dentinogénesis imperfecta, hipoplasia del esmalte, estado de salud general del niño debido a que probablemente consuma medicamentos con altas concentraciones de azúcar, entre otros.(13)

2.2.2.4. Higiene oral

Son medidas o estrategias que favorecen y mantienen una adecuada salud oral para evitar la caries dental.

Una de las estrategias que los padres deben de aplicar, es la higiene antes de la erupción de la primera pieza dentaria. Esta debe realizarse todos los días después de la lactancia con una gasa húmeda ejerciendo movimientos rotatorios.

En el año 1964 Greene y Vermillon desarrollaron el índice de higiene oral simplificado (IHO-S) para poder evaluar la placa bacteriana, para el uso de este índice se considera los primeros molares superiores e inferiores, el incisivo superior derecho e incisivo inferior izquierdo.(13)

Los estudios epidemiológicos son fundamentales para entender el impacto de una determinada enfermedad, tanto en relación a su importancia clínica como desde el punto de vista de la salud pública. Estos estudios contribuyen a la comprensión de la historia natural de la enfermedad, en este caso, del proceso de caries, y a la determinación de los métodos efectivos para su control y tratamiento.

Existe una marcada reducción de prevalencia de lesiones de caries, en la mayoría de los países desarrollados en las recientes décadas. Las razones por las cuales se observa esta disminución de caries, es atribuida a diferentes medidas de salud pública como la fluoración del agua potable, el uso masivo de pastas fluoruradas. Adicionalmente, otro factor involucrado en la disminución de caries, ha sido la mejoría de los estándares socioeconómicos de la población, así como el énfasis que han puesto por los gobiernos en mejorar la salud oral de la población.(30)

López (2016), realizó un estudio relacionando a la pérdida prematura de dientes deciduos y la higiene oral, en 833 escolares mexicanos comprendidos entre las edades 5 a 7 años, se realizó un examen oral con el índice de higiene oral simplificado (IHO-S). Los resultados fueron que 206 escolares presentaban dientes perdidos, dentro de los cuales 101 fueron dientes perdidos prematuramente, y 280 con

diagnóstico para extracción. En conclusión si existe una relación entre una higiene oral deficiente, con la pérdida prematura de dientes deciduos ya que el 47% de la población estudiada presentaba una higiene mala (IHO-S=2.8). Dentro de este mismo estudio también se da a conocer que en varios países se han reportado la pérdida prematura de dientes deciduos según la OMS, dentro de los cuales esta Venezuela, con un 8.5 %, la India 5% y Arabia Saudita 6%.(14)

2.2.3. Factores sociodemográficos

Son aspectos o modelos culturales de la población así como también el volumen poblacional, la natalidad, la mortalidad y el territorio sobre el cual se asienta la población.

La salud bucal de los niños se inicia desde el hogar. Según diversos estudios relacionan, los conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal de los padres con el estado de salud bucal de sus hijos. También se han relacionado la baja escolaridad, el estrato socioeconómico bajo, tener más de 4 hijos, la disfuncionalidad familiar. Todos estos factores podrían incrementar el riesgo de sufrir caries dental y su severidad hasta llegar a la pérdida de los dientes.(6)

Existen varios indicadores sociodemográficos sin embargo se ha tomado en cuenta algunos de ellos o los más conocidos entre estos tenemos:

2.2.3.1. Tipo de vivienda

La ONU en el año 1948 definió a la vivienda al lugar o edificio donde se habita cuya principal función es ofrecer

refugio y seguridad a las personas, protegiéndolas de variaciones del clima y de otras amenazas exteriores. También la vivienda se le conoce como departamento, aposento, casa, domicilio, estancia, hogar, mansión, morada, piso, etc. El derecho a la vivienda digna se considera uno de los derechos humanos .(9)

Mencionaremos tres tipos de viviendas: vivienda propia, familiar y rentada o alquilada.

a) Vivienda propia

Lugar donde las personas, residen de forma permanente y pueden desarrollar sus actividades familiares y sociales, es de propiedad y exclusiva de los que la habitan.

b) Vivienda Familiar

Lugar donde se habita de manera estable y han venido habitando los padres abuelos y demás, sin efectuar pagos de alquiler por el uso de la vivienda.

c) Vivienda rentada o alquilada.

Es el lugar, donde se habita solo por periodos de tiempo, sean estos largos o cortos, además se debe cancelar una cantidad de dinero a cambio de residir en el lugar.

Hidalgo (2015), realizó un estudio para determinar la relación de los factores socioeconómicos con el estado

de salud dental, una de las variables a medir fue el tipo de vivienda, dando como resultado que el 77.5% de la población estudiada, vive en viviendas rentadas y solo el 22,5% tiene vivienda propia, la incidencia de dientes perdidos según el CPOD fue de 1.2 (medio bajo), y la incidencia de caries fue de 6.5 (alto). (18)

Según Díaz (2011-Colombia), existe una relación entre el tipo de vivienda y la pérdida prematura de dientes, ya que el 37 % de la población, contaba con una vivienda no propia y presentaba por lo menos un diente perdido.(6)

2.2.3.2. Servicios sanitarios

Dentro de los servicios básicos, son considerados según el instituto peruano de economía (IPE) el acceso a la electricidad, agua, desagüe.

La electricidad en las zonas más pobres de un país trae consigo muchos beneficios. Uno de los principales es la reducción de la pobreza, de esta manera mejorando la calidad de la salud y de la educación.

En tal sentido, es saludable que en las zonas más pobres del Perú se haya incrementado significativamente contar con el servicio de energía eléctrica.

Contar a los servicios de desagüe (saneamiento) y agua potable, es necesarios para asegurar un nivel de vida adecuado y digno. No contar con dichos servicios sanitarios podría incrementar la incidencia de enfermedades. En el Perú en el año 2002 el 52.3 % de hogares contaba con acceso a dicho servicio, mientras que en el 2012 la cifra se incremento a 67.7%.(7)

Barbato (2009), realizó un estudio en Brasil para estimar la prevalencia de dientes perdidos en adolescente brasileños y los factores socio demográficos. Se realizó un estudio epidemiológico, cuya población fue de 16.833 adolescentes, dentro de los cuales el 40% de esta población no contaba con servidores de agua fluorada, ocasionando la pérdida de dientes en un 80% de la muestra. Se llega a la conclusión, que las altas tasas de pérdida de dientes se dan a consecuencia del desabastecimiento de aguas fluoradas en las zonas más pobres.(31)

2.2.3.3. Tamaño de familia

La familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean sanguíneos, legales o afinidad.(32)

Sanhueza (2009), realizó un estudio sobre el tamaño de familia y el orden de nacimiento, buscó determinar la influencia de la familia sobre el desarrollo del individuo. La muestra 17.246 afiliados al sistema previsional de Chile. Las variables fueron edad, género, educación de los padres, edad de los padres y nivel socioeconómico durante la infancia. Resultados: los efectos del tamaño de la familia predicen que aquellos individuos que provienen de familias más numerosas obtendrán peores resultados en relación a individuos de familias más pequeñas ya que, tendrán a su disposición una menor cantidad de recursos, a medida que la familia crece menor será la inversión en la

educación de cada hijo. Lo que hace que el tamaño de la familia comience a importar.(8)

Chaves (2010-Costa Rica), realizó un estudio sobre la pérdida prematura de molares deciduos y su relación con algunos factores de riesgo en niños, dónde relacionó las variables tamaño de familia con pérdida prematura de dientes deciduos. Se determinó que el número de personas promedio que habitan en las casas es de 4.85 personas; donde habitan infantes con pérdida prematura viven un promedio de 5.32 personas, en tanto en casas con niños sin pérdida prematura de dientes, viven un promedio de 4.70 personas. Según el número de hermanos, quienes presentaban pérdida prematura de dientes tienen un promedio de 2,28 hermanos, y quienes no presentaban pérdida prematura de dientes presentaban un promedio de 1.56 hermanos. Según la prueba Mann-Whitney ambos promedios son significativamente diferentes. Se llegó a la conclusión que a mayor cantidad de habitantes y hermanos, mayor es la incidencia de pérdida prematura de molares deciduos. (33)

2.2.3.4. Grado de instrucción de los padres

El nivel de educación se define como escalones que posee el sistema educativo. Esto se debe a las necesidades individuales en las etapas del proceso psíquico-físico-evolutivo relacionado con el psíquico-físico social y cultural. Los niveles de educación son: Inicial, Educación primaria, Secundaria y Superior.(18)

Díaz (2013-Cartagena), realizó un estudio, para determinar la influencia de diversos factores socioeconómicos con la pérdida de dientes, los resultados dieron que el nivel de escolaridad que mas se encontró fue la secundaria incompleta con 39% con una incidencia de pérdida de dientes de 57.50 %. (20)

Del mismo modo Ortiz (2002), comparó la incidencia de caries y pérdida de dientes en niños de 6 a 12 años de edad y encontró una mayor incidencia en niños cuyos padres tuvieron un grado de instrucción inferior. (2)

2.2.3.5. Distribución de la educación inicial en Tacna durante el año 2017

La educación brindada en el Perú se caracteriza por ser estatal, privada o semiestatal. El ministerio de educación para un mejor orden clasificó el nivel de educación inicial en.(10)

a) Educación inicial escolarizada

La Educación Inicial atiende a niños y niñas menores de 6 años y se desarrolla en forma Escolarizada y No Escolarizada. Promueve prácticas de crianza con participación de la familia, agentes comunitarios, autoridades de los gobiernos locales y comunales de la comunidad, contribuye al desarrollo integral de los niños, teniendo en cuenta su crecimiento social, afectivo y cognitivo, la expresión oral y artística, la psicomotricidad y el respeto de sus derechos. El estado asume el compromiso y responsabilidad de atender sus necesidades de salud y nutrición a través de

una acción intersectorial. La Educación Inicial se articula con la Educación Primaria asegurando coherencia pedagógica y curricular. Dentro de esta clasificación abarca la educación privada y estatal.(10)

b) Educación inicial no escolarizado

La Educación Inicial no Escolarizada se ofrece para niños y niñas de 0 a 2 años, el servicio se presenta en forma de salas de educación temprana (SET) y para niños y niñas de 3 a 5 años a través de los Programas no Escolarizados de Educación Inicial (PRONOEI). Se brinda especialmente en zonas las rurales y periurbanas, donde no existen cunas ni jardines.(10)

Chaves (2010-Costa Rica), realizó un estudio en donde relacionó la pérdida prematura de molares deciduos con el tipo de escuela. Se determinó con los siguientes resultados: Las escuelas públicas con riesgo social representan 26 %, las escuelas públicas sin riesgo social con 19%, y las escuelas privadas 5%. En conclusión los niños que asisten a escuelas públicas, presentan una probabilidad de 6,46 veces de tener pérdida prematura de dientes en comparación con los que asisten a escuelas privadas.(33)

CAPÍTULO III
HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES
OPERACIONALES

3.1. Operacionalización de las variables

3.1.1. Hipótesis alternativa

Los factores sociodemográficos y clínicos tienen relación directa con la pérdida prematura de dientes deciduos en los niños de 3 a 5 años de las I.E.I. del distrito de Ciudad Nueva Tacna.

3.1.2. Hipótesis nula

Los factores sociodemográficos y clínicos no tienen relación directa con la pérdida prematura de dientes deciduos en los niños de 3 a 5 años de las I.E.I. del distrito de Ciudad Nueva Tacna.

3.2. Cuadro de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	CATEGORÍA	INDICADOR	SUB CATEGORIA	ESCALA DE MEDICIÓN
Pérdida prematura de dientes deciduos	Es un proceso por el cual las piezas dentarias deciduas son retiradas de su lugar funcional en boca antes del tiempo considerado habitual o necesario.	Número de piezas dentarias pérdidas	Odontograma	1 Diente perdido 2 Dientes perdidos 3 Dientes perdidos 4 Dientes perdidos	Ordinal
Factores sociodemográficos	Son aspectos o modelos culturales de la población, como las creencias o actitudes, el volumen poblacional, la natalidad o mortalidad. Son considerados como factores demográficos al territorio sobre el cual se asienta la población.	-Cultura odontológica de los padres	Encuesta	-¿A notado que su hijo(a) ha perdido algún diente? -¿Creé usted que los dientes deciduos también llamados dientes de leche son importantes ? -Propia () -Alquilada () -Familiar ()	Nominal
		-Vivienda		-Agua -Luz -Desagüe	
		-Servicios básicos		-Número de integrantes -Número de hijos	
		-Tamaño de familia		-Grado de instrucción del padre -Grado de instrucción de la madre	
		-Grado de instrucción de los padres			
Condiciones clínicas bucales	Son aquellas manifestaciones o características clínicas que se presentan en boca	Caries dental	Índice ceo-d	-0.0 a 1.1 =Muy bajo -1.2 a 2.6 =Bajo -2.7 a 4.4 =Moderado -4.5 a 6.5 = Alto	Nominal
		Higiene oral	Índice Greene y Vermillon	-0.0-1.0 =Óptimo -1.1-2.0 =Regular -2.1-3.0 =Malo -Más de 3 =Muy malo	

CAPITULO IV
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Diseño

La investigación fue de tipo observacional ya que se observó el estado de salud oral de los niños, solo se limitó a medir las variables del estudio, sin intervenir o modificar el estado de salud oral.

Además es un estudio descriptivo, donde se investigó si existe una relación entre los factores socioeconómicos y clínicos con respecto a la pérdida prematura de dientes deciduos.

4.2 .Tipo de Investigación

Observacional: Se observaron las piezas dentarias con ayuda de un espejo y explorador.

Descriptivo: Se documentaron todas las piezas dentarias que se perdieron prematuramente y el estado de higiene oral para determinar el posible factor que causó la pérdida prematura dentaria.

Prospectivo: Porque se realizó un examen clínico y una evaluación de los datos obtenidos a partir de la fecha en que se realizó el estudio.

Transversal: La recolección de los datos se realizó en un solo momento de acuerdo con los objetivos de la investigación.

4.3. Ámbito de Estudio

La presente investigación se realizó en las instituciones educativas del nivel inicial escolarizados y no escolarizados, del distrito de Ciudad Nueva, provincia de Tacna, departamento de Tacna, en el año 2017.

El nivel inicial escolarizado contó, con 11 instituciones estatales, con 1122 matriculados ,1 institución privada con 59 matriculados.

El nivel inicial no escolarizado cuenta con, 18 Programas no Escolarizados de Educación Inicial (PRONOEI), con 208 matriculados. (Anexo 1 tabla de instituciones de educación inicial).

4.3.1 Unidad de Estudio

Niños de 3 a 5 años de edad.

4.4. Población y muestra.

a) Población: Se seleccionaron a la población de 3 a 5 años de edad, matriculados en las distintas instituciones de educación inicial del distrito de Ciudad Nueva, provincia de Tacna, departamento de Tacna, año 2017. Llegando a un total de 1389 niños matriculados.

b) Muestra: Estuvo comprendida por 516 niños matriculados en las distintas instituciones de educación inicial de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

4.4.1 Criterios de Inclusión:

- Niños de 3 a 5 años matriculados en Centros de Educación Inicial del distrito de Ciudad Nueva, Provincia de Tacna departamento de Tacna
- Niños que asistan a clases.
- Niños cuyos padres firmen el consentimiento informado

4.4.2 Criterios de Exclusión

- Niños que no colaboren en el examen clínico dental.
- Niños matriculados que no asistan a clases.
- Niños mayores y menores de la edad estimada.
- Niños cuyos padres no firmen la autorización.
- Niños con alguna alteración patológica que dificulte el examen clínico dental.

4.5. Instrumentos de Recolección de datos.

Se realizaron las solicitudes correspondientes, autorizaciones y permisos para llevar a cabo la ejecución de la presente investigación.

Después de haber obtenido la aprobación para la ejecución de esta investigación, se envió a los padres de familia el consentimiento informado. (Anexo 2)

Para la recolección de los datos se realizó un examen clínico odontológico directo ayudado por un espejo y explorador bucal, para supervisar las superficies dentarias, los datos obtenidos del examen clínico oral se registraron en una ficha odontológica que constaba de los algunos datos del paciente, el Odontograma, el Índice Greene y Vermillon simplificado (IHO-S) y el índice de caries para dentición decidua ceo-d.

Los datos registrados en el Odontograma fueron:

- Diente perdido prematuramente = x
- Remanente radicular considerado con el diagnóstico de extracción dental indicada = x
- Caries dental y/o restauraciones dentales deficientes = ●
- Obturación o Restauración dental en adecuadas condiciones = ●

Se empleó en índice de ceo-d, para establecer el nivel de caries, se tomó en cuenta la cuantificación dada por la OMS la cual fue la siguiente:

- 0.0 a 1.1 =Muy bajo
- 1.2 a 2.6 =Bajo
- 2.7 a 4.4 =Moderado
- 4.5 a 6.5 = alto

Para obtener en índice ceo-d, se realizó la sumatoria de dientes cariados, dientes obturados y dientes con indicación de extracción, sobre el número de pacientes. Para esta sumatoria no se consideran los dientes perdidos.

$$\text{Ceo-d} = \frac{\text{C} + \text{O} + \text{Ei}}{\text{N}}$$

La higiene bucal se determinó por medio del índice de higiene oral simplificado (IHOS), por lo cual se evaluaron únicamente 6 superficies dentarias seleccionadas por el índice, tal como se observa en la siguiente tabla.

ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO DE GREENE Y VERMILLON						
5.1 V	5.5 V	6.5 V	7.1 V	7.5 L	8.5 L	OHS

Para la tabulación de los datos se utilizó las escalas de valoración del índice:

- 0.0-1.0=Óptimo
- 1.1-2.0=Regular
- 2.1-3.0=Malo
- Más de 3=Muy malo

Además se envió una encuesta al apoderado del menor, sobre los factores sociodemográficos previamente seleccionados. Los cuales fueron:

- Motivo de la extracción dental
- Importancia de los dientes deciduos
- Vivienda
- Servicios básicos
- Tamaño de familia
- Grado de instrucción de los padres de familia

CAPITULO V
PROCEDIMIENTOS DEL ANÁLISIS DE DATOS

5.1. Procedimiento

La presente investigación se realizó en las instituciones educativas iniciales del distrito de C. Nueva en Tacna en el año 2017. Para poder realizar la investigación se procedió a enviar las solicitudes a las diferentes instituciones educativas, así como el consentimiento informado a los padres de familia (Anexo 2).

5.1.1. Fase 1

Enviar las solicitudes correspondientes a los directores de las distintas instituciones del nivel inicial del distrito de C. Nueva, una vez obtenida la autorización se procedió a enviar el consentimiento informado a los padres de familia.

5.1.2. Fase 2

Se procedió a enviar una encuesta dirigida a los padres de familia, cuyas preguntas se refieren al: (ver anexo 3)

- ⇒ Motivo de la pérdida dentaria
- ⇒ La importancia de los dientes deciduos
- ⇒ Vivienda
- ⇒ Servicios básicos
- ⇒ Tamaño de familia
- ⇒ Grado de instrucción de los padres

Para la realización del examen clínico oral se requirió la aprobación de los padres de familia, así como un ambiente adecuado e iluminado. En esta fase se valoraron las siguientes variables:

- ⇒ Caries dental
- ⇒ Higiene oral
- ⇒ Número de dientes perdidos

Todos los datos obtenidos fueron registrados en un ficha clínica que constó de los datos del paciente, el Odontograma, una tabla para evaluar el índice ceo-d y el índice de higiene oral simplificado (IHO-S).

Todos los datos fueron ingresados y analizados en una tabla electrónica (Microsoft Excel Windows 2007), y el test de Chi-cuadrado para relacionar los factores.

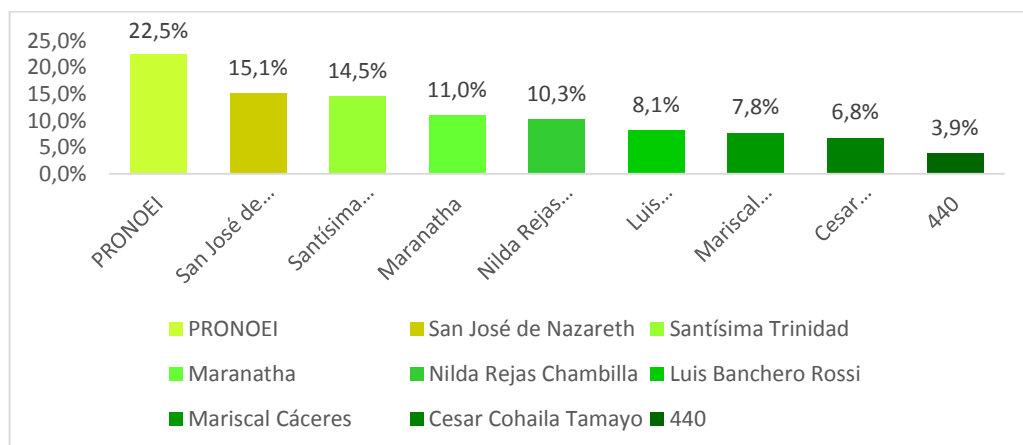
RESULTADOS

TABLA 1

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA MUESTRA DE ESTUDIO
SEGÚN INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE PROCEDENCIA DEL
DISTRITO DE CIUDAD NUEVA. TACNA 2017.**

DISTRITO DE CIUDAD NUEVA		N	%
Instituciones educativas del nivel inicial	PRONOEI	116	22.5%
	San José	78	15.1%
	Santísima Trinidad	75	14.5%
	Maranatha	57	11.0%
	Nilda Rejas Chambilla	53	10.3%
	Luis Bancho Rossi	42	8.1%
	Mariscal Cáceres	40	7.8%
	Cesar Cohaila Tamayo	35	6.8%
	440	20	3.9%
	Total	516	100.0%

Fuente: Odontograma aplicado



Fuente: Odontograma aplicado

Gráfico 2. Distribución porcentual de la muestra de estudio según la institución educativa de procedencia del distrito de Ciudad Nueva, Tacna 2017.

En La tabla 1 y gráfico 2: Se muestra al total de niños evaluados mediante la ficha clínica. La distribución porcentual muestra a un 22.5% de niños que proceden de diversos PRONOEI que funcionan en el distrito de Ciudad Nueva (son instituciones no escolarizadas de educación inicial, para niños de 3 a 5 años de edad). El 15.1% de los niños que se evaluó pertenecieron a la I.E.I. San José, el 14.5% de la I.E.I. Santísima Trinidad, el 11% procedió de la I.E.P. Maranatha, el 10.3% de la I.E.I. Nilda Rejas Chambilla y en menor proporción se encuentran los niños de la I.E.I. Luis Bancharo Rossi con 8.1%, Mariscal Cáceres 7.8%, Cesar Cohaila Tamayo 6.8% y la I.E.I. 440 con 3.9%.

TABLA 2

OBSERVACIÓN DE LOS PADRES DE FAMILIA RESPECTO AL ESTADO BUCAL DE SUS HIJOS

		N	%
¿A notado que su hijo(a) ha perdido algún diente?	Sí	29	5.6%
	No	487	94.4%
	Total	516	100.0%
¿Cuál fue el motivo?		N	%
	Extracción dentaria	23	79.3%
	Recambio dentario	6	20.7%
	Total	29	100.0%

Fuente: Encuesta sobre pérdida prematura de dientes dirigido a los Padres de familia de las IEI del Distrito de Ciudad Nueva, Tacna 2017.

En la tabla 2: Mostramos la observación de los padres respecto al estado de salud bucal de sus hijos, para ello se formuló la siguiente pregunta, ¿A notado que su hijo(a) ha perdido algún diente?, los resultados arrojaron que el 94.4%, no había notado pérdida de dientes, mientras que el 5.6% si lo había hecho.

Al consultar sobre el motivo de la pérdida dental, de las personas que respondieron afirmativamente con respecto a haber notado la pérdida de algún diente, el 20.7% manifestó que fue por recambio dentario, el 79.3% manifestó que fue por extracción dentaria.

TABLA 3

**FRECUENCIA DE LA IMPORTANCIA DE LOS DIENTES DECIDUOS,
SEGÚN LOS PADRES DE FAMILIA DE LOS NIÑOS DE LAS
INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL NIVEL INICIAL DEL DISTRITO
DE CIUDAD NUEVA. TACNA 2017**

		N	%
¿Cree usted que los dientes deciduos, también llamados dientes de leche son importantes?	Sí	391	75.8%
	No	125	24.2%
	Total	516	100.0%

Fuente: Encuesta sobre pérdida prematura de dientes dirigido a los Padres de familia de las IEI del distrito de Ciudad Nueva, Tacna 2017



Fuente: Encuesta sobre pérdida prematura de dientes dirigido a los Padres de familia de las I.E.I. del distrito de Ciudad Nueva, Tacna 2017.

Gráfico 3. Distribución porcentual de la importancia de los dientes deciduos, según los padres de familia de los niños de 3 a 5 años de las instituciones de educación inicial del distrito de Ciudad Nueva.

En la tabla 3 y gráfico 3: Presentamos en porcentajes la frecuencia de la importancia de los dientes deciduos para los padres de familia a quienes se les preguntó, ¿Creé usted que los dientes deciduos, también llamados dientes de leche son importantes?, donde el 75.8% respondió que si y el 24.2% respondió que no.

TABLA 4

**FRECUENCIA PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES DECIDUOS
SEGÚN EL DIAGNÓSTICO (RESENCIA DE REMANENTE
RADICULAR, DIENTE PERDIDO Y AMBOS) EN LOS NIÑOS DE 3 A 5
AÑOS QUE PROCEDEN DE LAS I.E.I. DEL DISTRITO DE CIUDAD
NUEVA, TACNA**

PÉRDIDA PREMATURA		Ninguna pieza dentaria pérdida	DIENTE AUSENTE (P.)	REMANENTE RADICULAR (R.R.)	P. & R.R.	N	%
Cantidad de dientes perdidos	0	276	-	-	-	276	53.5%
	1		16	59	-	75	46.5%
	2		2	80	2	84	
	3		2	13	2	17	
	4		1	40	2	43	
	5		-	-	2	2	
	6		-	11	-	11	
	7		-	3	-	3	
	8		-	2	-	2	
	9		-	3	-	3	
TOTAL		276= 53.5%	21= 4.06%	211= 40.89%	8= 1.5%	516= 100%	

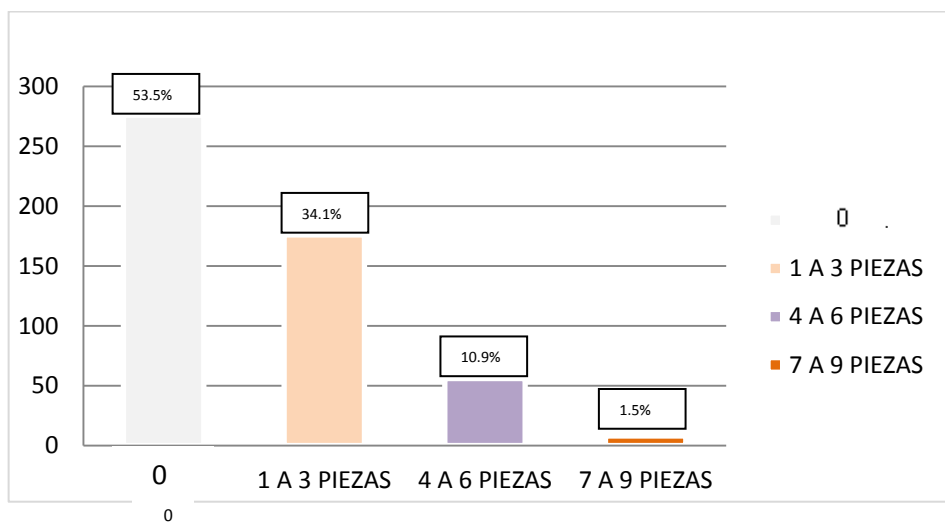
Fuente: Odontograma aplicado

En la tabla 4: Se puede observar la frecuencia de las piezas dentarias perdidas según el diagnóstico, donde el 4.06% presentó dientes ausentes, el 40.89% tuvo la presencia de remanentes radiculares, y solo el 1.5% presentó dientes ausentes y a la vez remanentes radiculares.

TABLA 5

FRECUENCIA DE LA PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES DECIDUOS EN LOS NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS DE LAS I.E.I. DEL DISTRITO DE CIUDAD NUEVA. TACNA 2017

PÉRDIDA PREMATURA		N	%
Cantidad de dientes perdidos	0	276	53.5%
	1	75	14.5%
	2	84	16.3%
	3	17	3.3%
	4	43	8.3%
	5	2	0.4%
	6	11	2.1%
	7	3	0.6%
	8	2	0.4%
	9	3	0.6%
	Total	516	100.0%
	PÉRDIDA PREMATURA	0 PIEZAS	276
1 A 3 PIEZAS		176	34.1%
4 A 6 PIEZAS		56	10.9%
7 A 9 PIEZAS		8	1.5%
Total		516	100.0%



Fuente: Odontograma aplicado

Gráfico 4. Porcentaje de dientes deciduos perdidos de los niños de 3 a 5 años de las instituciones de educación inicial de Ciudad Nueva.

En la tabla 5 y grafica 4: Se presenta la frecuencia de pérdida de dientes deciduos según la cantidad de dientes perdidos, donde lo más frecuente fue: la pérdida de dos piezas, con un porcentaje de 16.3%, una pieza pérdida con un 14.5% y 4 piezas perdidas con 8,3%.

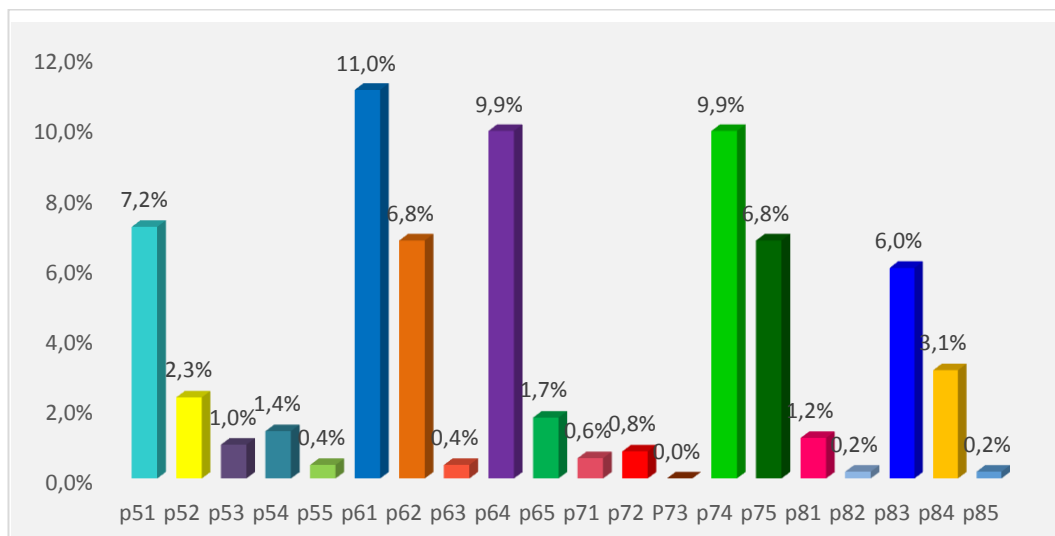
Se puede observar en el gráfico 4: Que el 34.1% tuvo pérdida dentaria de 1 a 3 piezas, el 10.9% perdieron de 4 a 6 piezas y un 1.6% perdió de 7 hasta 9 piezas dentarias.

TABLA 6

**FRECUENCIA DE LA PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES
DECIDUOS EN LOS NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS DE EDAD DE LAS I.E.I.
DEL DISTRITO DE CIUDAD NUEVA, TACNA 2017, SEGÚN LA PIEZA
QUE SUFRIÓ LA PÉRDIDA**

Pieza dentaria	N	%
p51	37	7.2%
p52	12	2.3%
p53	5	1.0%
p54	7	1.4%
p55	2	0.4%
p61	57	11.0%
p62	35	6.8%
p63	2	0.4%
p64	51	9.9%
p65	9	1.7%
p71	3	0.6%
p72	4	0.8%
P73	0	0.0%
p74	51	9.9%
p75	35	6.8%
p81	6	1.2%
p82	1	0.2%
p83	31	6.0%
p84	16	3.1%
p85	1	0.2%

Fuente: Odontograma aplicado



Fuente: Odontograma aplicado

Gráfico 5. Distribución porcentual según pieza que sufrió pérdida prematura en los niños de 3 a 5 años de edad de las I.E.I. del distrito de Ciudad Nueva, Tacna 2017.

En la tabla 6 y gráfico 5: Se puede observar la frecuencia de la pérdida dentaria según la pieza que sufrió mayor pérdida, resaltando los siguientes resultados: la pieza 6.1 en un 11%, seguido de las piezas 6.4 en un 9.9% y la pieza 7.4 también en un 9.9%.

TABLA 7

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE LAS FAMILIAS DE LOS
NIÑOS DE LAS I.E.I. DEL DISTRITO DE CIUDAD NUEVA. TACNA 2017**

(VIVIENDA-SERVICIOS BÁSICOS)

		N	%
¿La vivienda que usted habita es?	Propia	323	62.6%
	Alquilada	98	19.0%
	Familiar	95	18.4%
Total		516	100.0%
Servicios básicos: Agua	No	4	0.8%
	SI	512	99.2%
	Total	516	100.0%
Servicios básicos:Luz	No	4	0.8%
	SI	512	99.2%
	Total	516	100.0%
Servicios básicos: Desague	No	15	2.9%
	SI	501	97.1%
	Total	516	100.0%

Fuente: Encuesta sobre pérdida prematura de dientes dirigido a los Padres de familia de las I.E.I. del distrito de Ciudad Nueva, Tacna 2017

En la tabla 7: Podemos observar, según la vivienda, que el 62.6% vive en casa propia, seguido del 19% vive en una vivienda alquilada y el 18.4% comparte una vivienda familiar.

Respecto a los servicios básicos solo el 0.8% no tiene agua ni luz en sus domicilios y un 2.9% no cuenta con desagüe.

TABLA 8

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE LAS FAMILIAS DE LOS NIÑOS DE LAS I.E.I. DEL DISTRITO DE CIUDAD NUEVA. TACNA 2017
(GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PADRES-TAMAÑO DE FAMILIA)**

		N	%
Grado de instrucción del padre	Sin estudios	2	.4%
	Primaria incompleta	8	1.6%
	Primaria completa	21	4.1%
	Secundaria incompleta	59	11.4%
	Secundaria completa	284	55.0%
	Superior incompleta	50	9.7%
	Superior completa	92	17.8%
	Total	516	100.0%
Grado de instrucción de la madre	Sin estudios	5	1.0%
	Primaria incompleta	21	4.1%
	Primaria completa	51	9.9%
	Secundaria incompleta	61	11.8%
	Secundaria completa	263	51.0%
	Superior incompleta	40	7.8%
	Superior completa	75	14.5%
	Total	516	100.0%
Integrantes de la familia	2	10	7.4%
	3	62	12.0%
	4	132	25.6%
	5	187	36.2%
	6	90	17.4%
	7	17	3.3%
	8	10	1.9%
	9	1	.2%
	10	6	1.2%
	11	1	.2%
	Total	516	100.0%
Número de hijos	1	150	29.1%
	2	241	46.7%
	3	100	19.4%
	4	22	4.3%
	5	3	.6%
	Total	516	100.0%

Fuente: Encuesta sobre pérdida prematura de dientes deciduos, dirigido a los Padres de familia de las I.E.I. del distrito de Ciudad Nueva, Tacna 2017

En la tabla 8: Podemos observar según el grado de instrucción de los padres, donde los resultados que resaltaron fueron, que el 55% de los papás lograron la educación secundaria completa, seguido de un 17.8% con instrucción superior completa, y solo el 0.4% no presentaba estudios. En cuanto al grado de instrucción de las madres muestran un comportamiento similar, el 51% lograron educación secundaria completa, seguido del 14.5% con instrucción superior completa y solo un 1.0% no presentaba estudios.

Con respecto al tamaño de la familia según el número de integrantes, los resultados dieron que el 36.2% presentó 5 personas como integrantes, el 25.6% con 4 personas como integrantes y un 17.4% con hasta 6 integrantes en la familia.

Sobre el total de hijos que hay en la familia el 46.7% tenía dos hijos, seguido del 29.1% con solo un hijo y un 19.4% familias con tres hijos.

TABLA 9
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LA PÉRDIDA
PREMATURA DE DIENTES DECIDUOS DE LOS NIÑOS DE LAS I.E.I.
DEL DISTRITO DE CIUDAD NUEVA. TACNA 2017

		PÉRDIDA PREMATURA										P:
		0 PIEZAS		1 A 3 PIEZAS		4 A 6 PIEZAS		7 A 9 PIEZAS		Total		
		n	%	N	%	N	%	n	%	n	%	
¿A notado que su menor hijo(a) a perdido algún diente?	No	276	56.7%	152	31.2%	51	10.5%	8	1.6%	487	100%	0,071
	Si	0	0.0%	24	82.8%	5	17.2%	0	0.0%	29	100%	
	Total	276	53.5%	176	34.1%	56	10.9%	8	1.5%	516	100%	
¿Creé usted que los dientes deciduos son importantes?	No	92	73.6%	25	20%	6	4.8%	2	1.6%	125	100%	0,000
	Si	184	47.1%	151	38.6%	50	12.8%	6	1.5%	391	100%	
	Total	276	53.5%	176	34.1%	56	10.9%	8	1.5%	516	100%	
¿La vivienda que usted habita es?	Propia	143	44.3%	137	42.4%	36	11.1%	7	22%	323	100%	0,000
	Alquilada	63	64.3%	21	21.4%	14	14.3%	0	0.0%	98	100%	
	Familiar	70	73.7%	18	19.0%	6	6,3%	1	1.0%	95	100%	
	Total	276	53.5%	176	34.1%	56	10.9%	8	1.5%	516	100%	
Agua	No	1	25.0%	3	75.0%	0	0.0%	0	0,0%	4	100%	0,373
	Si	275	52.7%	173	33.8%	56	11.0%	8	1.6%	512	100%	
	Total	276	53.5%	176	34.1%	56	10.9%	8	1.5%	516	100%	
Luz	No	2	50.0%	2	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	100%	0,844
	Si	274	53.5%	174	34.0%	56	11.0%	8	1.6%	512	100%	
	Total	276	53.5%	176	34.1%	56	10.9%	8	1.5%	516	100%	
Desagüe	No	13	86.7%	2	13.3%	0	0.0%	0	0.0%	15	100%	0,070
	Si	263	52.5%	174	34.0%	56	11.2%	8	1.6%	501	100%	
	Total	276	53.5%	176	34.1%	56	10.9%	8	1.5%	516	100%	
¿Cuántas personas conforman su familia?	Hasta 3	49	68.1%	18	25.0%	4	5.6%	1	1.4%	72	100%	0,067
	4-6	206	50.4%	150	36.7%	46	11.2%	7	1.7%	409	100%	
	7-9	15	53.6%	8	28.5%	5	17.9%	0	0.0%	28	100%	
	10-12	6	85.7%	0	0.0%	1	14.3%	0	0.0%	7	100%	
	Total	276	53.5%	176	34.1%	56	10.9%	8	1.5%	516	100%	
¿Cuántos hijos tiene?	1	93	62.0%	42	28.0%	12	8.0%	3	2.0%	150	100%	0,081
	2 A 3	168	49.3%	128	37.5%	41	12.0%	4	1.2%	341	100%	
	4 A 5	15	60.0%	6	24.0%	3	12.0%	1	4.0%	25	100%	
	Total	276	53.5%	176	34.1%	56	10.9%	8	1.5%	516	100%	
Grado de instrucción del padre	Sin estudios	0	0.0%	0	0.0%	2	100%	0	0.0%	2	100%	0,002
	Primaria incompleta	5	62.5%	1	12.5%	2	25.0%	0	0.0%	8	100%	
	Primaria completa	14	66.7%	6	28.6%	1	4.8%	0	0.0%	21	100%	
	Secundaria incompleta	34	57.6%	16	27.1%	7	11.9%	2	3.4%	59	100%	
	Secundaria completa	136	47.9%	109	38.4%	35	12.3%	4	1.4%	284	100%	
	Superior incompleta	33	66.0%	9	18.0%	6	12.0%	2	4.0%	50	100%	
	Superior completa	54	58.7%	35	38.0%	3	3.3%	0	0.0%	92	100%	
Total	276	53.5%	176	34.1%	56	10.9%	8	1.5%	516	100%		
Grado de instrucción de la madre	Sin estudios	1	20.0%	0	0.0%	4	80.0%	0	0.0%	5	100%	0,001
	Primaria incompleta	9	42.9%	8	38.1%	4	19.0%	0	0.0%	21	100%	
	Primaria completa	31	60.8%	17	33.3%	2	3.9%	1	2.0%	51	100%	
	Secundaria incompleta	34	55.7%	17	27.9%	10	16.4%	0	0.0%	61	100%	
	Secundaria completa	132	50.2%	95	33.3%	32	12.2%	4	1.5%	263	100%	
	Superior incompleta	26	65.0%	11	27.5%	2	5.0%	1	2.5%	40	100%	
	Superior completa	43	57.3%	28	37.3%	2	2.6%	2	2.7%	75	100%	
	Total	276	53.5%	176	34.1%	56	10.9%	8	1.5%	516	100%	

Fuente: Encuesta sobre pérdida prematura de dientes dirigido a los Padres de familia de las I.E.I. de Ciudad Nueva, Tacna

En la tabla 9: Se identificaron los factores que se encuentran asociados a la pérdida prematura de dientes deciduos, según el grado de significancia de la prueba Chi-Cuadrado de Pearson ($P = 0.05$), donde los factores que mostraron una asociación altamente significativa son:

-La importancia de los padres de familia al referirse a los dientes deciduos
p:0.000.

-La vivienda, con un valor de significancia de p:0.000.

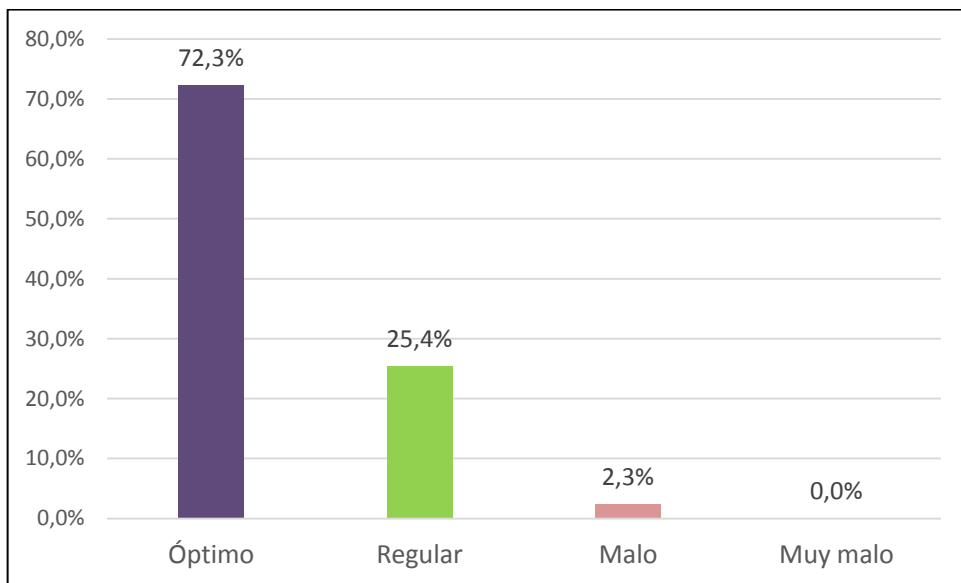
-El grado de instrucción de los padres, con un valor p: 0.002 para el padre y
p: 0.001 para la madre.

TABLA 10

**ÍNDICE DE HIGIENE ORAL DE LOS NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS DE EDAD,
DE LAS I.E.I. DEL DISTRITO DE CIUDAD NUEVA. TACNA 2017**

		N	%
ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO DE GREENE Y VERMILLON (IHO-S)	Óptimo	373	72.3%
	Regular	131	25.4%
	Malo	12	2.3%
	Muy malo	0	0.0%
	Total	516	100.0%

Fuente: Índice de higiene oral aplicado



Fuente: Índice de higiene oral aplicado

Gráfico 6. Índice de higiene oral de los niños de 3 a 5 años de edad de los centros de educación inicial del distrito de Ciudad Nueva, Tacna 2017

En la tabla 10 y gráfico 6: Se puede observar los resultados de la evaluación de higiene oral de acuerdo a las escalas establecidas por el índice de higiene oral simplificado de Greene y Vermillon, donde el 72.3% presentó un índice de higiene oral óptimo, el 25.4% presentó un índice de higiene oral regular y el 2.3% presentó un índice de higiene oral malo.

TABLA 11

**ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SEGÚN NÚMERO DE PIEZAS
DENTARIAS PERDIDAS DE LOS NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS DE LAS
INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE INICIAL DEL DISTRITO DE
CIUDAD NUEVA. TACNA 2017**

		PÉRDIDA PREMATURA										P
		NINGUNA		1 A 3 PIEZAS		4 A 6 PIEZAS		7 A 9 PIEZAS		Total		
		n	%	N	%	N	%	n	%	N	%	
ÍNDICE DE HIGIENE ORAL	Óptimo	211	56.6%	127	34.0%	31	8.3%	4	1.1%	373	100.0%	0,010
	Regular	61	46.6%	43	32.8%	24	18.3%	3	2.3%	131	100.0%	
	Malo	4	33.3%	5	41.7%	2	16.7%	1	8.3%	12	100.0%	
	Muy Malo	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	
	Total	276	53.5%	175	33.9%	57	11.0%	8	1.6%	516	100.0%	

Fuente: Odontograma aplicado e índice de higiene oral

En la tabla 11: Se puede apreciar el índice de higiene oral según el número de piezas perdidas, donde el resultado que resaltó fue el índice de higiene oral óptimo con 373 casos, donde el 56.6% no presentó pérdida dentaria, el 34% perdió 1 a 3 piezas dentarias, el 8.3% perdió 4 a 6 piezas dentarias y el 1.1% perdió 7 a 9 piezas dentarias.

Al contrastar ambas variable según la prueba estadística Chi-cuadrado, se halló un valor $p=0,010$, demostrando que no existe relación directa entre ambas variables.

TABLA 12

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE CARIES SEGÚN EL ÍNDICE Ceo-d EN NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS DE EDAD DE LAS I.E.I. DEL DISTRITO DE CIUDAD NUEVA. TACNA 2017

Dentición decidua		n	%
Índice ceo-d	0.0-1.1 (Muy bajo)	62	12%
	1.2 - 2.6 (Bajo)	59	11.4%
	2.7-4.4 (Moderado)	95	18.4%
	4.5-6.5 (Alto)	300	58.2%
Alto 5.3		516	100%

Número de pacientes	Dientes cariados	Dientes obturados	Dientes con Extracción indicada	Total de dientes afectados	Índice Ceo-d grupal
516	1875	421	316	2612	5.3

En la tabla 12: Se puede apreciar la frecuencia de caries según las escalas de valores del índice ceo-d, lo cual muestra que el 12% de los niños presentó un índice de caries muy bajo, el 11.4% presentó un índice de caries bajo, el 18.4% presentó un índice de caries moderado, y el 58.2% presentó un índice de caries alto. Según el índice ceo-d grupal el nivel de caries fue de 5.3, considerado como alto.

TABLA 13

**ÍNDICE DE CARIES DENTAL SEGÚN NÚMERO DE PIEZAS
DENTARIAS PERDIDAS DE LOS NIÑOS DE LAS INSTITUCIONES
EDUCATIVAS DE INICIAL DEL DISTRITO DE CIUDAD NUEVA.
TACNA 2017**

		PÉRDIDA PREMATURA										P
		0 PIEZAS		1 A 3 PIEZAS		4 A 6 PIEZAS		7 A 9 PIEZAS		Total		
		n	%	n	%	N	%	n	%	N	%	
ÍNDICE DE CARIES	0.0 1.1 (Muy bajo)	50	80.6%	12	19.4%	0	0%	0	0%	62	100.0%	0,001
	1.2-2.6 (Bajo)	35	59.3%	22	37.3%	2	3.4%	0	0%	59	100.0%	
	2.7-4.4 (Moderado)	39	41%	51	53.7%	5	5.3%	0	0%	95	100.0%	
	4.5-6.5 (Alto)	116	38.7%	111	37%	57	19%	16	5.3%	300	100.0%	
	Total	240	46.5%	196	38%	64	12.4%	16	3.1%	516	100.0%	

Fuente: Odontograma aplicado e índice de caries

En la tabla 13: Se puede apreciar la relación entre el índice de caries y el total de piezas perdidas. El resultado que resaltó fue el índice de caries alto con 300 casos, donde el 38.7% no presentó pérdida de piezas dentarias, el 37% perdió 1 a 3 piezas dentarias, el 19% perdió 4 a 6 piezas dentarias, y el 5.3% perdió 7 a 9 piezas dentarias.

Al contrastar las variables con la prueba estadística chi-cuadrado, se halló un valor p de 0.001, este resultado nos permite afirmar que si existe relación entre ambas variables contrastadas.

DISCUSIÓN

La pérdida prematura o temprana de los dientes deciduos ha sido estudiada ya por diversos autores (6-15), pero los resultados suelen mostrarse diferentes en cada población, de ahí que este estudio buscó conocer las características de la pérdida prematura de dientes deciduos en los niños de 3 a 5 años que acuden a las instituciones de educación inicial del distrito de Ciudad Nueva. El primer paso fue evaluar a cada niño en sus propias instituciones educativas aplicando la ficha clínica previamente elaborada.

Los resultados de nuestro estudio mostraron que del total de niños estudiados (516) el 46.52% habían sufrido pérdida prematura de los dientes deciduos, mientras que el 53.48% no sufrió pérdida de dientes deciduos, el 34.1% perdió de 1 a 3 piezas, y el 10.9% de 4 a 6 piezas.

Estos resultados resultan ser similares a los encontrados por **Idrugo N**, (24) quien estudió a niños de 6 a 9 años y estudió a 253 escolares, el 44.2% había sufrido la pérdida prematura de dientes deciduos. **Hernández J y cols.**(17) estudiaron la influencia de la pérdida prematura de dientes primarios en las maloclusiones en 100 niños de 6 a 9 años, en Venezuela, el resultado fue que el 45% de los niños sufrió pérdida prematura de dientes primarios, **Chacón C y cols.**(16) revisaron 125 historias clínicas de niños de 0 a 8 años que asistieron por primera vez a consulta odontológica y encontraron que el 43% de los niños presentaron pérdida prematura de dientes temporales y **Canchiña S**, (19) en Guayaquil realizó un examen oral a 50 niños de 9 años y los resultados arrojaron un 40% de pérdida prematura de dientes deciduos.

A diferencia de los autores que encontraron porcentajes mucho más bajos como **Pacaji P.**(15) en Cumbijin- Ecuador, quien estudió a 118 niños de 5 a 7 años de los cuales la cuarta parte mostraban pérdida de prematura de dientes temporales, mientras que lo más bajo aún fue lo que encontró **Martins S y cols.**(21) en Brasil,

estudiaron a 112 niños de 3 a 9 años de la región San Pedro y Aura y solo el 18% tuvieron pérdida prematura de dientes.

Sin embargo de acuerdo al número de piezas perdidas diferimos totalmente con **Chacón C y cols.**(16) ya que encontraron que el 30% de las historias clínicas de los niños de 0 a 8 años presentaron pérdida de un sólo diente, y el 20% dos o tres dientes, mientras que en nuestro estudio el 34.1% había perdido de 1 a 3 piezas, mucho menos a lo que menciona Chacón y cols. que sumado significa el 50 % entre 1 a 3 piezas. También para **Hernández J y cols.**(17) lo más frecuente fue la pérdida de 1 a 2 piezas dentarias en la mayoría.

Encontramos también que las piezas con mayor frecuencia de pérdida prematura fueron la pieza 6.1 en un 11% y las pieza 7.4 y 6.4 en un 9.9% igualmente.

Al respecto **Hernández J y cols.** (17) que estudiaron a 100 niños de 6 a 9 años, encontrando que el 13% había sufrido más pérdida de los caninos superiores, para **Martins S y cols.**(21) que estudiaron a 112 niños de 3 a 9 años, la mayor prevalencia de pérdida prematura de dientes fue la pieza 7.5 (segundo molar deciduo izquierdo) y 8.5 (segundo molar deciduo derecho), ambos con 18,52%, esto es muy diferente a nuestros resultados, pero lo encontrado por **Chavez M.** (22) que estudió a 370 niños de 5 a 6 años, coincide con nuestros resultados, él halló que la mayor prevalencia de pérdida prematura se presentó en el primer molar inferior izquierdo (pieza7.4) y lo hallado por **Bustos A y cols.** (23) que estudiaron a 105 niños de 2 a 6 años en Chile, destacando la pieza 7.4, con el mayor porcentaje.

Con respecto a los factores asociados a la pérdida prematura de dientes deciduos encontramos en primer lugar al índice de caries dental, otros factores que tuvieron relación es el grado de instrucción de los padres y la importancia que dan los padres a la dentición decidua.

En cambio para **Chávez M.**(22) el factor de riesgo predominante radica en las condiciones sociodemográficas de desigualdad social existente en los diferentes

sectores de la población. Para **Canchiña S,**(19) el 80 % de los padres encuestados no cree que es importante cepillarse, y con más prevalencia de dientes perdidos presentó la falta de conocimiento, la falencia que la población tiene sobre la educación e higiene oral y programas preventivos. También para **Díaz S y cols.** (20) de Colombia, el 39% de los padres contaban con secundaria incompleta y el no contar con las necesidades básicas está estrechamente relacionado con un estado de salud deficiente.

Además otro de los factores que nos resulta curioso ver que se encuentra asociado a la pérdida prematura de dientes deciduos se trata el tener un tipo de vivienda, donde los que procedían de viviendas propias son los que mostraron mayor porcentaje de pérdida prematura, y en menor porcentaje los que procedían de vivienda familiares, esto nos hace suponer que tal vez la juventud de los padres y la falta de orientación sobre la importancia de la higiene oral y el cuidado de los dientes deciduos no lo crean importante y los que proceden de viviendas familiares, suponemos la intervención de toda la familia en la educación de los niños promuevan el cuidado de los dientes deciduos e incluso de la higiene oral.

Conclusiones

- a) Al realizar la prueba estadística de Chi-Cuadrado para observar la relación existente entre las variables, se halló que menos del 50% tenía relación significativamente estadística, por lo cual se llegó a la conclusión que no existe relación directa de los factores sociodemográficos y clínicos con la pérdida prematura de dientes deciduos en los niños de 3 a 5 años de edad de las I.E.I. del distrito de Ciudad Nueva, Tacna.
- b) Con respecto a la frecuencia de la pérdida prematura de dientes deciduos, se observó que, el 46.51% presentó pérdida prematura de dientes deciduos. De los cuales el 40.89% presentó remanentes radiculares, el 4.06% dientes ausentes y solo el 1.6 % presentó remanentes radiculares y a la vez dientes ausentes. Luego según la cantidad de dientes perdidos, se observó que lo más frecuente fue la pérdida de dos piezas dentarias en un 16%, seguido de una pieza dentaria con 14.5%. Y según la pieza dentaria que sufrió mayor pérdida, fue la 6.1 en un 11%.
- c) Con respecto a la pérdida prematura asociada a los factores sociodemográficos, solo algunos presentaron relación estadísticamente significativa. Entre estos tenemos:
- La importancia de los dientes deciduos para los padres (P-0,000), el 75% respondió que sí.
 - la vivienda (p-0,000), en donde el 62.6% provenían de viviendas propias.
 - El grado instrucción de los padres, el 55% de los papás (p-0,002), y el 51% de las madres (p-0,001), presento estudios secundarios completos.
- d) En relación a las condiciones clínicas establecidas, la condición que presentó mayor relación fue el nivel de caries alto de 5.3 de acuerdo al índice ceo-d. con un valor de significancia de (p-0,001).

RECOMENDACIONES

- Promocionar programas de salud bucal dirigidos a padres de familia y educadores de las instituciones educativas, para promover la correcta higiene en los niños.
- Instruir a los padres y educadores acerca de la importancia de los dientes deciduos.
- Incentivar a los padres a llevar a sus hijos al odontopediatra, con el fin de evitar malos hábitos de salud oral y la posterior pérdida prematura de dientes deciduos.
- Promover el consumo de alimentos nutritivos y saludables, para asegurar que no se produzca déficit, especialmente durante los primeros años de vida, de aquellos nutrientes que participan en el fortalecimiento de los dientes.
- Reducir la cantidad y frecuencia de consumo de azúcar o consumo de productos azucarados.
- Incrementar actividades de promoción, prevención y la cultura sanitaria, para educar a los padres sobre la influencia de la caries en la dentición decidua.
- Socialización de los resultados ante los diferentes actores sociales de la población estudiada, para concientizar sobre las consecuencias de la caries dental de aparición temprana en los niños.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Torres M. Desarrollo de la dentición. La dentición primaria. Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría, edición electrónica, octubre 2009, citado 27 de octubre de 2015. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art23.asp>
2. Hadad N, Del Castillo C. Determinantes sociales de salud y caries dental. Odontología Pediátrica. 2011; Vol 10 N° 1:13-21.
3. Organización Mundial de la Salud. Salud bucodental, nota informativa 318 abril 2012, citado 10 de noviembre de 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
4. Boj J, Catalan M, Garcia C, Mendoza A. Odontopediatría. 1.^a ed. Barcelona: Masson; 2005.
5. Gay C, Berini A. Principios básicos de la exodoncia, Indicaciones de la extracción dentaria. Vol. 1. océano/ergon
6. Díaz S, Arrieta K, González F. Factores Familiares asociados a la presencia de Caries Dental en Niños Escolares de Cartagena, Colombia. Revista Clínica Med Fam. junio de 2011;4(2):100-4, citado el 24 de noviembre del 2016. Disponible en: www.redalyc.org/pdf/2312/231240433012.pdf
7. Instituto Peruano de Economía. Servicios básicos, 2013, citado 14 de noviembre del 2016. Disponible en: <http://ipe.org.pe/servicios-basicos?page=1>
8. Sanhueza C. Tamaño de familia y orden de nacimiento en Chile: usando gemelos como experimento natural. Revista de análisis económico; vol.24, N°2, pp. 133- 152, 2009, citado 15 de octubre del 2016. Disponible en: www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-8702009000200005

9. Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos, citado el 26 de noviembre del 2016. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
10. Instituto Nacional de estadísticas. Compendio Estadístico.pdf. 2015, citado 26 de octubre del 2016. Disponible en: http://www.educaciontacna.edu.pe/web/files/Compendio_Estadistico.pdf
11. Sánchez C, Moreno A, Álvarez A. Principales causas de pérdida prematura de dientes temporales en pacientes de 3 a 10 años. *Odont Act* 2012; 9(110) : 42-50, citado el 26 de noviembre del 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
12. Guedes A, Bonecker M, Delgado C. *Odontopediatría, Fundamentos de Odontología*. 1 edición ed. Sau-Paulo: Santos; 2011, citado el 18 de setiembre del 2016. Disponible en: <http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/denticion-temporal.shtml>
13. Zevallos A. Prevalencia de caries de aparición temprana en niños de 3 a 5 años y 11 meses de edad y su asociación con sus factores predisponentes en el policlínico Essalud Chíncha de setiembre 2012 a febrero 2013. Lima-Perú: Universidad Peruana de ciencias aplicadas; 2015, citado 23 de noviembre de 2017. Disponible en: <http://repositorioacademico.upc.edu.pe/upc/handle/10757/581686>
14. López S et al. Relationship between premature loss of primary teeth with oral hygiene, consumption of soft drinks, dental care, and previous caries experience. 2016, citado 17 de noviembre de 2016. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4768248/>

15. Pacaji P. Relación de la situación socio económica familiar con la pérdida prematura de dientes temporales por caries dental en los niños de la escuela «General Pintag» de la comunidad Cumbijín durante el año 2015, Quito; 2015. Disponible en: <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/4204>
16. Chacón K, Roa J, Corredor D, Schmidt V, Quintero L. Pérdida temprana de dientes temporales en niños de 0 a 8 años de edad. Revista Colombiana de Investigación en Odontología . 30 de abril de 2014;5(13):41-8, citado el 24 de noviembre del 2016. Disponible en:
<http://www.rcio.org/index.php/rcio/article/view/165>
17. Hernández J. Influencia de la pérdida prematura de dientes primarios por caries dental, como causa de Maloclusiones en los pacientes de 7 a 10 años que acuden al Servicio de Odontología del Centro de Atención Integral de Salud Francisco de Miranda. 2010, citado el 25 de octubre del 2016. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art22.asp>
18. Hidalgo S. Relación del estado de salud dental con factores socioeconómicos de los alumnos del ciclo básico de la unidad educativa rincón del saber periodo junio – julio 2014. Ecuador: Universidad central de Ecuador; 2015, citado el 26 de noviembre del 2016. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/5371>
19. Canchiña S. Prevalencia de la pérdida prematura de molares temporales y su relación con algunos factores de riesgo en niños y niñas preescolares de la escuela “Francisco Pérez Castro”. julio de 2014, citado 27 de octubre de 2015; Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/5759>
20. Díaz S. Relación entre pobreza y salud bucal en las comunidades de Tierra Baja, Manzanillo y Boquilla ,Colombia: universidad de Cartagena; 2013, citado el 25 de setiembre del 2016. Disponible en: <http://190.242.62.234:8080/jspui/handle/11227/2612>

21. Martins E, Silva A.. Prevalência de Perdas Dentárias Precoces em Crianças de População Ribeirinha da Região Amazônica. 2012. citado el 26 de setiembre del 2016. Disponible en:
<http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/viewFile/1080/797>
22. Academia Americana de Odontología Pediátrica. Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies. 2016, citado el 26 de diciembre del 2017. Disponible en:
http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/P_ECCClassifications.pdf#xml.
23. González N, Alejandra C, Melipillan A, Rodrigo J. Prevalencia de Pérdida Prematura de Molares Temporales en niños y niñas de 2 a 6 años de edad atendidos en Cesfam Curaco de Vélez durante los meses Abril a Julio del 2014. Universidad de Concepción. Facultad de Odontología, citado el 28 de octubre del 2016. Disponible en: <http://repositorio.udec.cl/handle/11594/1652>
24. Idrugo N. Prevalencia de pérdida prematura de dientes deciduos en escolares de 6 a 9 años del distrito de Salaverry. 2010, citado el 15 de noviembre del 2016. Disponible en:
<http://www.cop.org.pe/bib/tesis/nataligisselaidrugoyopla.pdf>
25. Duggal M, Cameron A, Tumba J. Odontología pediátrica. Vol.1, pág. 80. El Manual Moderno; 2014, citado el 26 de setiembre del 2016. Disponible en:
<http://site.ebrary.com/lib/bibliotecauptsp/reader.action?docID=10853454>
26. Moyers R. Manual de ortodoncia. Editorial Panamericana, 4 edición Buenos Aires,1992

27. Ortiz M, Farias M, Godoy S, Mata M. 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, 21 de enero de 2013; citado el 25 de noviembre del 2016. Disponible en: <http://saber.ucv.ve/xmlui/handle/123456789/2444>
28. Rojas C, Emperatriz G. Relación entre factores socioculturales y económicos con la pérdida prematura de dientes primarios en niños de 7 a 11 años de la escuela “María Angélica Idrobo”. Ecuador-Quito: Universidad Central del Ecuador-Quito; 2017, citado 23 de noviembre de 2017. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/12542>
29. Graciano M, Correa Y, Martínez C, Burgos A, Ceballos J, Sánchez L. Streptococcus mutans y caries dental en América Latina. Revisión sistemática de la literatura. Revista Nacional de Odontología. 19 de enero de 2014;8(14):32-45, citado el 26 de noviembre del 2016: Disponible en: <http://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/282>
30. Urzúa I, Cabello R, Rodríguez G, Gallardo S, Sánchez J, Hubbe M. Severidad de caries y pérdida de dientes de una población pre-Hispánica del norte de Chile. Revista Clínica de Periodoncia , Implantología y Rehabilitación Oral. Agosto de 2012;5(2):66-8. citado el 26 de noviembre del 2016. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0719-01072012000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
31. Barbato P, Peres M. Tooth loss and associated factors in adolescents: a Brazilian population-based oral health survey. Revista Saúde Pública. Febrero de 2009;43(1):13-25, citado el 20 de octubre del 2016. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19169572>

32. Conceptos Básicos para el estudio de las familias. Vol. 7 supl. 1:15-7 2005. Archivos en medicina familiar, citado el 26 de noviembre del 2016. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2005/amfs051c.pdf
33. León M. Prevalencia de la pérdida prematura de molares temporales y su relación con algunos factores de riesgo en niños y niñas preescolares del Cantón de Montes de Oca. *Odontos - Int J Dent Sci.* 1 de enero de 2011;0(12):25-38, citado el 28 de noviembre del 2016. Disponible en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/Odontos/article/view/4779>

ANEXOS

ANEXO 1

CLASIFICACIÓN DEL NIVEL DE EDUCACIÓN INICIAL SEGÚN EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN TACNA

1.- EDUCACIÓN INICIAL ESCOLARIZADA ESTATAL

EDUCACIÓN INICIAL ESCOLARIZADA ESTATAL					
TOTAL DE ALUMNOS	TOTAL DE ALUMNOS EXAMINADOS	EDADES (Años)	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	DIRECCIÓN DE LA INSTITUCIÓN	DIRECTOR (A) A CARGO Y TELÉFONO
200	53	3 - 4 - 5	344 NILDA REJAS CHAMBILLA	AV. JUAN MOORE S/N	SOSA ARROYO YANET YEMINA 995708070
133	78	3 - 4 - 5	381 SAN JOSE	AV. EMANCIPACION S/N MZ 644 LOTE 01	SANCHEZ ALVA LOURDES ALICIA 952889827
120	75	3 - 4 - 5	408 SANTISIMA TRINIDAD	CALLE JUAN GABRIEL BEJAR CON FELIPE VELASCO	MAMANI CONDE BENEDICTA CATALINA 952819312 CIUDAD
121	42	3 - 4 - 5	413 LUIS BANCHERO ROSSI	JIRON PRECURSORES S/N LEON VARGAS	FERNANDEZ ESTELA AYMA
120		3 - 4 - 5	416 VIRGEN DE GUADALUPE	28 DE AGOSTO COMITÉ 08	MEGDALID VALDIVIA MAMANI
120	40	3 - 4 - 5	42218 MARISCAL CACERES	AV. INTERNACIONAL 1249	RAMOS COPARE VICTOR MANUEL 310933 - 952002286
42	35	3 - 4 - 5	42250 CESAR COHAILA TAMAYO	AVENIDA MARIANO NECOCHEA 1444	FRISANCHO ATENCIO ALFREDO 310191
120		3 - 4 - 5	427 JESUS DIVINA MISERICORDIA	VILLA BARRANQUILLO	COLQUE NINAJA ROSA ELVIRA 952520150
26	20	3 - 4 - 5	440	AV. INTERNACIONAL S/N	BAYLON YLAQUITA YENNY
120	No participo	3 - 4 - 5	MUNICIPAL CIUDAD NUEVA	AV. JUAN MOORE 1178	YANEZ MUÑOZ NANCY DORA 945238549
1122	343				

2.-EDUCACION INICIAL ESCOLARIZADA PRIVADA

EDUCACIÓN INICIAL ESCOLARIZADA PRIVADA					
TOTAL DE ALUMNOS	TOTAL DE ALUMNOS EXAMNINADOS	EDADES (Años)	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	DIRECCIÓN DE LA INSTITUCIÓN	DIRECTOR (A) A CARGO Y TELÉFONO
59	57	3 - 4 - 5	MARANATHA	CALLE JUAN JOSE CRESPO Y CASTILLO S/N MZ 61 LT.27	JARITA CAHUI NORMA

3.- EDUCACIÓN INICIAL NO ESCOLARIZADA (PRONOEI)

EDUCACIÓN INICIAL NO ESCOLARIZADA					
TOTAL DE ALUMNOS	TOTALDE ALUMNOS EXAMINADOS	EDADES (Años)	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	DIRECCIÓN DE LA INSTITUCIÓN	COORDINADORA PRONOEI S-VIII
12	10	3	ABEJITAS	COMITE 26 MZ 128 LOTE 14	BARRIENTOS RIOS VERONICA MARICRUZ
17	10	4 - 5	ANGELITOS	MZ 344 LOTE 18	BARRIENTOS RIOS VERONICA MARICRUZ
12	8	3	ARDILLITAS A	MZ 344 LOTE 18	BARRIENTOS RIOS VERONICA MARICRUZ
9		3 y 4	CARIÑOSITOS	MZ 52 LOTE 22	BORDA CHAVEZ MARIA TERESA
10		3 - 4	CONEJITOS	COMITE 10 MZ 45 LOTE 19	BORDA CHAVEZ MARIA TERESA
10	8	3	CONEJITOS	COMITE 16 MZ 62 LOTE 21	BARRIENTOS RIOS VERONICA MARICRUZ
7		3 - 4	DIVINO NIÑO	MZ 3 LOTE 11	BORDA CHAVEZ MARIA TERESA
16	10	3 - 4 - 5	GATITOS	MZ 321 LOTE 13	BARRIENTOS RIOS VERONICA MARICRUZ
10		3	OSITOS	MZ 3 LOTE 11	BORDA CHAVEZ MARIA TERESA
10	8	3 - 4 - 5	OSITOS	MZ 322 LOTE 19	BARRIENTOS RIOS VERONICA MARICRUZ
10		3 - 4	PATITOS	COMITE 12 MZ 383 LOTE 9	BORDA CHAVEZ MARIA TERESA
12	9	4 - 5	PATITOS	COMITE 16 MZ 62 LOTE 21	BARRIENTOS RIOS VERONICA MARICRUZ
10	9	4 - 5	RATONCITOS	COMITE 26 MZ 128 LOTE 14	BARRIENTOS RIOS VERONICA MARICRUZ
12	10	3-4-5	ABEJITAS	COMITÉ 5 MZ12 LOTE 8	BARRIENTOS RIOS VERONICA MARICRUZ
12	9	3-4-5	CONEJITOS	COMITE10 MZ45 LOTE19	BARRIENTOS RIOS VERONICA MARICRUZ
14	9	3-4-5	GATITOS B	COMITE1 MZ321 LOTE13	BARRIENTOS RIOS VERONICA MARICRUZ
13	8	3-4-5	PATITOS	COMITÉ 12 MZ383 LOTE9	BARRIENTOS RIOS VERONICA MARICRUZ
12	8	3-4-5	RATONCITOS	COMITÉ10 M Z45 LOTE 10	BARRIENTOS RIOS VERONICA MARICRUZ
208	112				

ANEXO 2

INSTRUMENTO

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

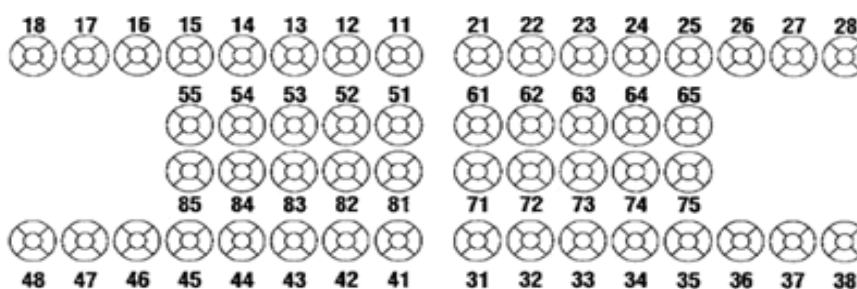
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA INICIAL: “.....”

DIRECCIÓN:.....AÑO 2017

NOMBRE:.....

ODONTOGRAMA



X=Diente perdido **X**=Remanente radicular

● =Caries

● =Restauración

Número de dientes perdidos							
Número de Remanentes radiculares							
Total de dientes perdidos prematuramente							
INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO DE GREENE Y VERMILLON							
5.1 V	5.5 V	6.5 V	7.1 V	7.5 L	8.5 L	OHS	

0.0-1.0 =OPTIMO 1.1-2.0 =REGULAR 2.1-3.0 =MALO Mas de 3=MUY MALO

Índice ceo-d: $\frac{C+O+Ei}{N}$	0.0 – 1.1 =Muy bajo
	1.2 – 2.6 =Bajo
	2.7 – 4.4 =Moderado
	4.5 – 6.5 =Alto

ANEXO 3



ENCUESTA SOBRE LA PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES DECIDUOS DIRIGIDA A LOS PADRES DE FAMILIA

“La familia es un elemento fundamental para el buen desarrollo del niño. Así como una adecuada higiene oral contribuirá al bienestar psicológico y social.”

El objetivo de esta investigación es determinar la relación de la pérdida prematura de dientes deciduos y los factores sociodemográficos y clínicos.

Esta investigación nos ayudara a valorar la situación en la que se encuentra la salud oral de la población estudiada, a la vez contribuirá en datos para registros de posteriores investigaciones. Se agradece anticipadamente por su colaboración.

Responder las preguntas con mayor veracidad posible:

1.- ¿Ha notado que su hijo(a) a perdido algún diente?

(Si su respuesta es SI, marque una de las siguientes alternativas)

Si ___ No ___

- a) Extracción dentaria
- b) Recambio dentario

2.- ¿Cree usted que los dientes deciduos, también llamados dientes de leche son importantes?

Si ___ No ___

3.- ¿Alguna vez llevó al dentista a su hijo(a)?

(Si su respuesta es SI, marque una de las siguientes alternativas)

Si ___ No ___

- a) Examen dental
- b) Dolor dental
- c) Traumatismo

4.- ¿La institución de educación inicial al que asiste su menor hijo(a) es privado o estatal?:

Privada___

Estatal___

5.-¿La vivienda en la que usted habita es?:

Alquilada___

Propia___

Familiar___

6.- Señale usted ¿Cuales son los servicios básicos con los que cuenta?

(En esta pregunta usted podrá marcar más de una alternativa)

Agua___

Luz___

Desagüe___

7.- ¿Cuántas personas conforman su familia?:

(Cantidad de personas que habitan en casa de manera permanente)

2___

3___

4___

5___

6___

7___

8 y mas ___

8.- ¿Cuántos hijos tiene?

1___

2___

3___

4___

5 y mas___

9.- Grado de instrucción de los padres de familia:

• **Del Padre:**

Sin estudios___

Primaria incompleta___

Secundaria incompleta___

Superior incompleta___

Primaria completa___

Secundaria completa___

Superior completa___

• **De la madre:**

Sin estudios___

Primaria incompleta___

Secundaria incompleta___

Superior incompleta___

Primaria completa___

Secundaria completa___

Superior completa___

Gracias.....

ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO



**Universidad Privada de Tacna
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Odontología**

Proyecto de Investigación

PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES DECIDUOS Y SU RELACIÓN CON LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS, EN NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS DE EDAD DE LOS C.E.I DEL DISTRITO DE CIUDAD NUEVA-TACNA 2016

La meta de este proyecto de investigación, es realizar un estudio descriptivo de la incidencia de pérdida prematura de dientes deciduos con relación a los factores socio demográfico y clínico. La información que se recoja será confidencial y no se usara para ningún otro propósito fuera de la investigación, si usted tiene alguna duda de este proyecto podrá realizar cualquier consulta sobre el tema

El estudio comprenderá una encuesta enviada al apoderado del menor de edad y un examen clínico realizado al menor con un espejo y explorador, para dar un diagnóstico bucal el cual usted podrá conocer si lo desea. Desde ya agradecemos su participación.

Habiendo recibido la información adecuada, acepto participar voluntariamente en esta investigación, y reconozco que esta información es estrictamente confidencial y solo se usara para fines de la investigación. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Yulisa Ramirez Aro encargada del proyecto de investigación al teléfono 952692873.

YO,.....,
como APODERADO de; con DNI
.....; en pleno uso de mis facultades, libre y
voluntariamente, DOY MI CONSENTIMIENTO para que se proceda con los
procedimientos antes descritos.

Fecha:.....

Firma del Apoderado

Firma de la alumna

DNI:

DNI: