



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

FRECUENCIA DE LA PÉRDIDA PREMATURA DE PRIMEROS MOLARES
DEFINITIVOS EN NIÑOS DE 7 A 9 AÑOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA
ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS EN EL
PERÍODO SEPTIEMBRE – OCTUBRE 2017.

Autor

Gabriel Antonio Dávila León

Año
2018



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

FRECUENCIA DE LA PÉRDIDA PREMATURA DE PRIMEROS MOLARES
DEFINITIVOS EN NIÑOS DE 7 A 9 AÑOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA
ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS EN EL
PERÍODO SEPTIEMBRE – OCTUBRE 2017.

Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos
establecidos para optar por el título de Odontólogo

Profesor Guía

Dr. Pedro Ángel Peñón Vivas

Autor

Gabriel Antonio Dávila León

Año

2018

DECLARACIÓN PROFESOR GUÍA

“Declaro haber dirigido el trabajo, Frecuencia de la pérdida prematura de primeros molares definitivos en niños de 7 a 9 años que acuden a la Clínica Odontológica de la Universidad de las Américas en el período septiembre – octubre 2017, a través de reuniones periódicas con el estudiante Gabriel Antonio Dávila León, en el semestre septiembre 2017 – enero 2018, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación.”

Dr. Pedro Ángel Peñón Vivas
CI. 1756259469

DECLARACIÓN DEL PROFESOR CORRECTOR

"Declaro haber revisado este trabajo, Frecuencia de la pérdida prematura de primeros molares definitivos en niños de 7 a 9 años que acuden a la Clínica Odontológica de la Universidad de las Américas en el período septiembre – octubre 2017, del estudiante Gabriel Antonio Dávila León, en el semestre septiembre 2017 – enero 2018, dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación".

Dra. Elizabeth Zeas Orellana.
Ci. 1716765126

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.”

Gabriel Antonio Dávila León
CI. 020185671-3

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por haberme guiado en este camino y ayudarme a cumplir una meta más en mi vida.

A mis padres, hermanas, sobrinos y familiares por su esfuerzo y apoyo incondicional durante todo este camino, con el fin de que pueda culminar este gran acontecimiento en mi vida.

A mi tutor Dr. Pedro Peñón por haberme guiado y brindado valiosos consejos en todo este proceso.

DEDICATORIA

A mi madre, Mónica León que ha sido el pilar fundamental en mi vida, que gracias a su gran ejemplo, esfuerzo y valores que ha sabido inculcarme durante toda mi vida, pude cumplir este gran sueño.

A mi abuelito Iván que desde el cielo me sonrío y me protege por este logro, a mis hermanos Bandidos Elegantes, a todas las personas que aportaron y me acompañaron durante toda mi carrera y por ellos ahora estoy dando este importante paso en mi vida.

RESUMEN

El primer molar definitivo desde su erupción tiene una función muy importante en la cavidad oral, ya que esta pieza es guía para el recambio dentario y la oclusión. Los primeros molares definitivos erupcionan aproximadamente a los 6 años de edad. La pérdida de esta pieza producirá notables cambios en la cavidad oral.

Objetivo: Determinar el comportamiento de la pérdida prematura del primer molar definitivo en niños 7 a 9 años que acuden a la consulta odontológica de la Universidad de las Américas en el periodo septiembre – octubre del 2017.

Materiales y métodos: Se realizó este estudio a partir de una muestra de 70 pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica de la Universidad de las Américas en el período de septiembre – octubre del 2017, con edades que oscilaban entre 7 a 9 años. La información se recopiló en la Clínica Integral de la Universidad de las Américas por el investigador. Para determinar la pérdida del primer molar definitivo se procedió a examinar a los pacientes con la ayuda de un espejo bucal, esta información se recogió en una ficha de recolección de datos.

Resultados: Se encontró que los pacientes que presentaron mayor pérdida del primer molar definitivo fueron los niños de 7 años de edad con un 50%, seguido por los niños de 9 años con un 31.4% y por último los de 8 años con el 18.6%. El género que predominó fue el masculino con 51.4%.

Conclusión: Se evidenció que por falta de conocimiento de los representantes de los pacientes sobre el primer molar definitivo ordenaban la extracción de la pieza pensando que es un molar deciduo.

ABSTRACT

The first definitive molar since its eruption has a very important role in the oral cavity, since this piece is a guide for dental replacement and occlusion. The first definitive molars erupt at approximately 6 years of age. The loss of this piece will produce remarkable changes in the oral cavity.

Objective: To determine the behavior of the early loss of the first definitive molar in 7- to 9-year-old children who comes to be attend in the dental clinic of the University of the Americas in the period of September to October 2017.

Materials and methods: This study was realized from a sample of 70 patients who was attended in the Odontology Clinic of the University of the Americas in the period from September to October 2017, with ages ranging from 7 to 9 years. The information was collected in the Integral Clinic of the University of the Americas by the researcher. To determine the loss of the first definitive molar, patients were examined with the help of an oral mirror; this information was collected in a data collection form.

Results: The patients who presented a loss of the first definitive molar were the children of 7 years of age with 50%, followed by the children of 9 years with 31.4% and finally the years of 8 years with 18.6%. The gender that predominated was male with 51.4%.

Conclusion: It was evidenced that due to the lack of knowledge of the patients' representatives about the first definitive molar, they ordered the extraction of the piece thinking it was a deciduous molar.

ÍNDICE

1. INTRODUCCION.....	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Justificación.....	2
2. MARCO TEORICO.....	4
2.1. Primer Molar Definitivo.....	4
2.1.1. Cronología y frecuencia de erupción.....	4
2.2. Causas de la pérdida prematura del primer molar definitivo .6	
2.2.1. Higiene bucal.....	6
2.2.2. Caries Dental.....	6
2.2.3. Hipoplasia del esmalte.....	7
2.2.4. Amelogénesis Imperfecta.....	7
2.2.5. Amelogénesis imperfecta hipoplasia.....	8
2.2.6. Amelogénesis imperfecta hipomadura.....	8
2.2.7. Amelogénesis imperfecta hipocalcificada.....	8
2.2.8. Dentinogénesis imperfecta.....	8
2.2.9. Anodoncia.....	9
2.3. Objetivo general:.....	11
2.4. Objetivos específicos:.....	11
2.5. Hipótesis.....	11
3. MATERIALES Y METODOS.....	12
3.1. Tipo de estudio.....	12
3.2. Universo de la muestra.....	12
3.3. Criterios de inclusión.....	12
3.4. Criterios de exclusión.....	12
3.5. Operacionalización de Variables.....	13
3.6. Descripción del método.....	13
4. RESULTADOS.....	15

5. DISCUSIÓN.....	21
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	23
6.1. Conclusiones.....	23
6.2. Recomendaciones.....	23
REFERENCIAS.....	24
ANEXOS	29

1. INTRODUCCION

1.1. Planteamiento del problema

El primer molar definitivo desde su erupción tiene una función muy importante en la parte más estructural de la boca, ya que esta pieza es guía para el recambio dentario, por ser la primera pieza dentaria definitiva en erupcionar cumple una función significativa en la masticación, ya que las piezas dentales deciduos entran en el proceso de recambio dentario y limita su participación en dicha función. Es una pieza sobresaliente ya que inicia el segundo levante fisiológico de la oclusión, estimula el desarrollo cráneo-facial y sirve como orientación para las siguientes piezas dentales a erupcionar (Reyes et al., 2013, p.220).

La pérdida temprana de los dientes comúnmente es causada por la higiene inapropiada, las lesiones dentales y caries dental; los estudios revelan que la pérdida prematura de las piezas dentales se relaciona con la reducción de la longitud del arco dental y la migración de los dientes (Murshid, AL-Labani, Aldhorae, Rodis, 2016,p.3). La caries dental ha sido identificada como una de las principales causas de pérdida dental en niños a nivel mundial. En este sentido la extracción dental es la forma más común de tratamiento en países que se encuentran en desarrollo a pesar de los significativos avances realizados en los últimos años en odontología (Lopez et al., 2016, p.3).

Es muy importante mencionar que la mayoría de las veces, las pérdidas dentales son problemas que no solo afectan a la parte física, sino que también afecta de una manera social y psicológica de una persona (Emami, 2013, p.3). La pérdida del primer molar en un niño puede conducir a cambios en las arcadas dentarias, los molares inferiores son más susceptibles a contraer caries, esto se puede dar por varios factores como ser la primera pieza dental en erupcionar, su morfología y anatomía (Dopino, Castro, 2015, p.25).La pérdida del primer molar definitivo se manifiesta con una alta incidencia, Cabe

recalcar que la pérdida de piezas dentales también se da por la poca visita a los profesionales, esto se puede dar por varios factores como malas experiencias, el odontólogo debe tener el conocimiento necesario para el manejo de niños que se resisten fuertemente a tener tratamientos dentales, como la Academia Americana de Odontología Pediátrica reconoce que el cuidado dental es médicamente necesarias para prevenir y eliminar los distintos problemas que se encuentra en la cavidad bucal (Yung-Pan Chen et al., 2016, p.3).

Como un estudio realizado en México podemos ver que al menos 7.5% perdieron el primer molar permanente sabiendo que se examinaron un total de 6068, de los cuales 69,1% (4,196) no tuvieron experiencia de caries y un 2,1% se clasificaron como perdidos. Los primeros molares con mayor frecuencia que se perdieron fueron los inferiores (70%) en un número de 91 los cuales 46 fueron derechos y 45 izquierdos con relación a los primeros molares superiores (Casanova et al., 2010, p,7)

1.2. Justificación

Entonces ¿Con que frecuencia se pierde el primer molar definitivo en niños? Existen varias teorías sobre el tema, sin embargo, aún no se ha elaborado estudios referentes en la Clínica Odontológica de la Universidad, por lo que se desconoce a ciencia cierta los datos sobre la frecuencia de la pérdida del primer molar definitivo en niños, es por eso que este estudio se ejecutará tomando en cuenta los diversos estudios elaborados en distintos países. Es de reconocer que este trabajo de titulación se enfocará en la investigación de la frecuencia de la pérdida del primer molar definitivo en niños que localizamos en nuestro medio y de esa manera que se convierta en una herramienta útil para unas posteriores investigaciones.

Por ello surge la necesidad de investigar sobre la prevalencia de la pérdida prematura del primer molar definitivo, en los pacientes de 7 a 9 años que

acuden a la clínica odontológica de la Universidad de las Américas, para poder sugerir información preventiva e información sobre las consecuencias que originan la extracción temprana y así lleguen a tener un conocimiento de la importancia y función de esta pieza dental.

2. MARCO TEORICO

2.1. Primer Molar Definitivo

Los primeros molares definitivos en la cavidad oral son las primeras piezas en erupcionar en la dentición definitiva, estas piezas aparecen en boca a partir de los 6 años de edad, estas piezas dentales son los primeros dientes que junto a la dentición primaria llegan a conformar la una dentición mixta y así comenzar el recambio dentario. Este molar se presenta en dos superiores y dos inferiores tanto izquierdo como derecho conformando un número de cuatro primeros molares definitivos. Este molar es importante para la función masticatoria, mencionamos que esta pieza dental es importante para mantener espacio y servir como guía para erupción de las piezas definitivas futuras a erupcionar. Esta pieza es trascendente para el crecimiento cráneo-facial, no debemos olvidar que dicha pieza dental tiene la función de triturar los alimentos (Barreiro, Maidana. 2012, pp. 179.).

2.1.1. Cronología y frecuencia de erupción.

Las modificaciones que ocurren a partir de los 6 y 9 años a nivel que va desarrollando la parte craneofacial del cuerpo humano, se considera importantes para lograr una oclusión favorable dada a la erupción dental ya que esta se involucra directamente a ser el estímulo de la formación ósea maxilar durante esta etapa de crecimiento. A partir de los 6 años de edad comienza la dentición mixta con la erupción del primer molar permanente y esta dentición mixta termina con la exfoliación de la última pieza temporal (De luna et at., 2016, p, 59-61).

En la cronología de erupción de los dientes permanentes es a partir de los seis años con el primer periodo transicional, los incisivos centrales inferiores emergen entre los seis y siete años de edad, los incisivos centrales superiores y los incisivos laterales inferiores a partir de los siete y ocho años, los incisivos

laterales superiores a los ocho y nueve años erupción, ahí vemos que se termina el primer periodo transicional de erupción, a partir de los nueve y diez años que es cuando comienza el segundo periodo transicional con la aparición de los caninos inferiores, los primeros premolares superiores e inferiores erupcionan a partir de los diez y once años, mientras que los caninos superiores y los segundos premolares inferiores emergen a los once y doce años, con la erupción de los segundos molares inferiores y superiores a los once y trece años de edad termina este periodo, hay un tercer periodo que se da con la erupción de los terceros molares cuando hay el espacio suficiente en la boca a los 17 años de edad.

Tabla 1

Tabla de cronología de la erupción de dientes permanentes.

	PIEZAS DENTARIAS DEFINITIVAS							
	INCISI VO CENT RAL	INCISI VO LATE RAL	CANI NO	PRIMER PREMO LAR	SEGUN DO PREM OLAR	PRIM ER MOLA R	SEGU NDO MOLA R	TERC ER MOLA R
MS	7-8 años	8-9 años	11-12 años	10-11 años	10-12 años	6-7 años	12-13 años	17-21 años
MI	6-7 años	7-8 años	9-10 años	10-12 años	11-12 años	6-7 años	11-13 años	17-21 años

Recuperado de: Ash, Major M y Stanley J. Wheeler's Dental Anatomy, Physiology and Occlusion. Octava edición, 2010, pp 32-53.

2.2. Causas de la pérdida prematura del primer molar definitivo

Generalmente que una interrupción en el arco dental tanto en una dentición primaria como mixta trae varias consecuencias debido a varios factores por las que pueden ser afectas las piezas dentales, el nivel social, cultural, económico de los pacientes ayuda a determinar las verdaderas causas de la pérdida prematura del primer molar definitivo (Arias, et at.,2008, p. 4-6). En un estudio realizado en Venezuela se observó que el molar que se perdió con mayor frecuencia es el primer molar definitivo derecho (Loris, Loris, León. 2012, p. 5-7)

2.2.1. Higiene bucal

Desde el inicio de la erupción dentaria se recomienda una buena higiene bucal, ya que una mala higiene bucal es la causa de distintas patologías de la boca (Angelopoulou, et at., 2015, p. 8). Esta debe convertirse en una práctica insustituible, la que debe hacerse durante toda la vida del ser humano, al comienzo con los niños debe realizarse con una gasa y suero fisiológico o suero, para ir incrementando paulatinamente con cepillos, pastas, hilos y enjuagues bucales los que deben variar según la edad del paciente y características de la cavidad oral. También no debemos olvidar que se debe visitar al profesional de la salud oral al menos cada 6 meses para que este corrobore con la estabilidad de la boca (Jeffrey, et at., 2013, p. 19). En Venezuela en un estudio con niños de 12 y 14 años se pudo observar que la higiene bucal era deficiente por más de las tres cuartas partes de los niños evaluados con pérdida del primer molar permanente (Loris, Loris, León. 2012, p. 5-7).

2.2.2. Caries Dental

Es una enfermedad infecto contagiosa que ocasionan con la destrucción de los tejidos duros del diente (Al-Mendalawi, Farsi. 2017, p, 4). El principal microorganismo que produce su formación son los estreptococos mutans (Kakanur, et at., 2017, p. 3-4).

Dichas bacterias se encuentran de una manera de lámina o placa en la superficie de los dientes y se activan cuando existe presencia de carbohidratos fermentables (Ferreira MC, et al, 2017, p. 11-15). En un estudio realizado en Venezuela se pudo ver que la mayor causa de pérdida del primer molar definitivo es la caries dental (Loris, Loris, León. 2012, p. 5-7).

El diente comienza a destruirse o a desmineralizarse debido al ácido que forman las bacterias (Marya, et al., 2017, p. 11-13). Están van penetrando en la superficie dentaria. Se presenta como depósitos de color café o puntos negros como también puede presentarse en manchas blancas (Mohamed, et al., 2017, p.8-9). La lesión avanza rápidamente desde el inicio puede evolucionar en un trascurso de seis meses para así llegar a la pulpa dental y puede provocar una fractura de la corona (Heima, Harrison, Milgrom, 2017, p.18-20).

2.2.3. Hipoplasia del esmalte

Es la mala formación del esmalte por varios factores estas sean de naturaleza sistémica, etcétera, trastornos metabólicos o por desnutrición (Irizarry, et al., 2017, p.2). Dicho trastorno aparece en las piezas dentales como pequeñas manchas blancuzcas u opacas aisladas, se puede presentar hasta de color marrón esto según la gravedad de la lesión. Los pacientes que presentan hipoplasia son más vulnerables a contraer caries, perdida o fracturas coronarias, perdida del espacio para el brote de la permanente y por ello afecciones psicológicas ya que se afecta la estética, función masticatoria, fonética (Harika, Dutta, Arun, Teja, 2016, p. 2).

2.2.4. Amelogénesis Imperfecta

La Amelogénesis imperfecta no es considerada una enfermedad, sino que esta proviene de una manera hereditaria y es considera como un grupo de trastornos heterogéneo (Yin, et al., 2016, p. 8-12).

Las personas que presentan Amelogénesis imperfectas pueden presentar varios tipos de colores en las piezas dentales que pueden ser amarillentos, grises o de color marrón. Las piezas dentales que presentan dicho trastorno pueden sufrir caries de una manera superficial o profunda si no son tratadas a tiempo, aquellas piezas dentales son hipersensibles a los cambios de temperatura (Morkmued, et at., 2017, p. 7-8).

2.2.5. Amelogénesis imperfecta hipoplasia

Este tipo de amelogénesis se presenta en forma de fosillas o presenta una baja cantidad de esmalte permitiendo que los dientes se mantengan con un diastema, es una forma rara que se presentan zonas ausentes de esmalte, el paciente presenta una sensibilidad mayor en las aéreas que presenta dicho trastorno ya que existen zonas con esmalte delgado (Alachioti, et at., 2014, p. 3-4).

2.2.6. Amelogénesis imperfecta hipomadura

En estos casos se presenta en la dentición permanente como en la decidua, este trastorno se presenta con una disminución de mineral del esmalte aunque este se encuentre con un espesor normal (Chan, et at., 2011, p.11-12).

2.2.7. Amelogénesis imperfecta hipocalcificada

El esmalte en este trastorno se encuentre en una cantidad normal pero en una manera frágil que se desprende fácilmente. Este trastorno puede formarse frecuente por el retraso dental o por una formación de cálculos dentarios. Debido a esto los pacientes presentan sensibilidad (Muto, et at., 2012, p.4-5).

2.2.8. Dentinogénesis imperfecta

Trastorno del desarrollo del diente, presenta una dentina opalescente lo que da coloraciones al diente desde un color oscuro hasta un color marrón. Es una

condición que se hereda ya que contiene un patrón dominante. Afecta en gran mayoría a la dentición decidua y a los dientes anteriores (Muriel, Fournier, Berdal. 2014, p. 4-8).

Se clasifica en tres tipos:

- Tipo I: asociada a la osteogénesis imperfecta
- Tipo II: independiente de la osteogénesis imperfecta
- Tipo III: afecta de modo diferente a dentición permanente y decidua (Barron, et al., 2008, p.6-9).

2.2.9. Anodoncia

Ausencia total congénita de todos los dientes esta es una anomalía rara que puede afectar a los tipos de denticiones, esta se presenta por un trastorno generalizado como la displasia ectodérmica hereditaria (Haddad, Crosato, Arita, 2016, p.3). En México en un estudio que se realizó dice que la Anodoncia afecta a las dos denticiones por el resultado de un trastorno de la lámina dental que impide la formación normal de la parte de formación de la pieza dentaria. (Diaz, Echeverria 2009, p.2-5).

- Anodoncia verdadera: no presenta ningún diente en cavidad oral.
- Anodoncia falsa: es la extracción de todos los dientes de la cavidad oral (Wang, et al., 2016, p. 4-5).

Consecuencias:

Migraciones y rotaciones

Se producen migraciones de las piezas dentales ya que estas deben estar en contacto con otra pieza dental y cuando no se encuentran piezas alado estas migran o rotan para ocupar el espacio que les corresponde (Nunn, et al., 2013, p. 15).

Desviación de la línea media

Por la falta de piezas dentales la línea media también se ve afectada ya que al buscar contacto los dientes se dirigen hacia el lado de la pieza extraída esto también produce trastornos en la mordida y en la función masticatoria (Chales, Shimp. 2013, p.8). Si la línea media no coinciden entre esto se da por una mala oclusión debido a una pérdida dental, apiñamiento, desgaste dentario (Roman, 2013,p, 3-5)

Disminución de la función local

La pérdida del primer molar definitivo trae como consecuencias la disminución de hasta el 50% de la función masticatoria, los alimentos se van a dirigir hacia la parte no afecta y así producirá inflamación de las encías y problemas periodontal en las piezas que tienen mayor función en la masticación según sea el caso (Hong, et at. 2014, p. 5).

Oclusión

Se conoce como oclusión como el cierre de las arcadas dentarias con los diversos movimientos funcionales tanto de los dientes inferiores como superiores en contacto. La oclusión armónica describe que las relaciones entre las superficies oclusales de ambas arcadas dentarias son armónicas entre sí (Martinez, Segura, López. 2013, p. 5). Por otro lado Manns Freese y Biotti definen a la oclusión como la relación en contacto funcional entre piezas dentales, el acto del cierre de los dos arcos dentarios como resultado de la neuromusculatura mandibular (Manns, Biotti, 2009, p, 5-15).

Oclusión Estática: denominada oclusión céntrica ya que esta alcanza el mayor número de puntos de contacto.

Oclusión Dinámica: se produce con cierta energía los músculos masticadores, lo que obligan a la mandíbula a ejercer movimientos de deslizamientos, lo que

produce el contacto al lado de trabajo y el otro lado se produce un balance (Murrieta, et al., 2011, p, 4).

2.3. Objetivo general:

- Determinar el comportamiento de la pérdida temprana del primer molar definitivo en niños 7 a 9 años que acuden a la consulta odontológica de la Universidad de las Américas en el periodo septiembre – octubre del 2017.

2.4. Objetivos específicos:

- Demostrar en que genero se pierde con mayor frecuencia el primer molar definitivo en niños de 7 a 9 años en el periodo septiembre – octubre del 2017.
- Establecer la frecuencia de la pérdida prematura de los primeros molares definitivos en estos pacientes, en el periodo septiembre – octubre del 2017
- Comprobar el molar definitivo que se pierde con mayor frecuencia tomando en cuenta los primeros molares definitivos en niños de 7 a 9 años en el periodo septiembre – octubre del 2017.

2.5. Hipótesis

- El presente estudio no requiere hipótesis ya que es un estudio observacional.

3. MATERIALES Y METODOS

3.1. Tipo de estudio

Observacional, Descriptivo y Transversal.

El estudio es Observacional, Descriptivo y Transversal debido a que se determinó la frecuencia de la pérdida prematura del primer molar definitivo en niños en un periodo de tiempo.

3.2. Universo de la muestra

El universo estuvo constituido por pacientes que acuden a la clínica odontológica de la Universidad de las Américas al área de odontopediatría en el periodo comprendido septiembre - octubre de 2017.

Muestra

Fueron seleccionados 70 individuos según los criterios de inclusión y exclusión.

3.3. Criterios de inclusión

- Pacientes con primeros molares definitivos perdidos.
- Pacientes de edades comprendidas entre 7 a 9 años.

3.4. Criterios de exclusión

- Pacientes que no se encuentren en el rango de edad de 7 a 9 años.
- Pacientes con enfermedades sistémicas que comprometan la calidad o el desarrollo de tejidos dentarios.

3.5. Operacionalización de Variables.

Tabla 2

Tabla de Operacionalización de Variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE
EDAD	Es el tiempo que ha transcurrido en una persona desde su nacimiento.	Pacientes comprendidos entre las siguientes edades: 7 a 9 años.	En esta variable se tomará en cuenta la edad en años cumplidos hasta la fecha de la toma de muestra.	Porcentaje de pacientes que entren en el rango de edad de 7 a 9 años.	La edad es una variable cualitativa continua.
GENERO SEXUAL	Condición que se define por una serie de características específicas diferenciándolos en masculino o femenino.	Pacientes divididos por su género sexual: Masculino Femenino.	En el género sexual existen solamente dos variables que son masculinos y femeninos.	Porcentaje de pacientes divididos según su género sexual.	El sexo es una variable cualitativa dicotómica.
PERDIDA DENTAL	Es la extracción de una pieza dentaria de la cavidad oral.	Primeros molares definitivos divididos por cuadrantes o por cronología numérica dental: 16, 26, 36, 46	En esta variable se tomará en cuenta los primeros molares definitivos que se han perdido hasta la fecha de la muestra.	Porcentaje de primeros molares definitivos perdidos.	La pérdida dental es una variable cuantitativa discretas.

3.6. Descripción del método

Primero se pidió la autorización al director de la clínica odontológica de la Universidad de las Américas para llevar a cabo el estudio dentro de las instalaciones de la clínica, segundo se elaboró un consentimiento informado el cual tuvo la siguiente información: Se detalla la finalidad que tiene el estudio, y

el uso que se le va a dar a los datos recolectados, tercero se elaboró una ficha que fue usado para la recolección de datos, en dicho documento estuvieron las siguientes ítems:

- Edad de paciente.
- Género de paciente.
- Revisar si hay ausencia de piezas número 6 o primeros molares definitivos.

Una vez con los documentos y el instrumental ingresamos a la clínica odontológica de la Universidad de las Américas y nos dirigimos al área de odontopediatría donde procedimos a seleccionar los pacientes según los criterios de inclusión y exclusión del estudio.

- Ya con el paciente y el representante legal se procedió a explicar el objetivo del estudio se le entregó el consentimiento informado para que lo lea y una vez que lo entienda lo firme para permitir obtener los datos que se requiere para el estudio.
- Se procedió a inspeccionar a los pacientes la cavidad oral y con la ayuda del espejo bucal revisamos si existió ausencia de primeros molares definitivos, obtenida la información se procedió a llenar el formulario con los datos recolectados del paciente y de la historia.

4. RESULTADOS

Tabla 3

Tabla de distribución de pacientes con prevalencia de pérdida prematura del primer molar definitivo según género, edad y pieza dentaria perdida.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	Masculino	36	51,4	51,4
	Femenino	34	48,6	48,6
	Total	70	100,0	100,0

Dentro de los evaluados el 51,4% corresponden al género masculino y el 48,6% al género femenino.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	7 años	35	50,0	50,0
	8 años	13	18,6	18,6
	9 años	22	31,4	31,4
	Total	70	100,0	100,0

La tabla refleja como la mayor cantidad de niños tenía una edad de 7 años con el 50%, seguido por aquellos con 9 años con el 31,4% y por último de 8 años con el 18,6% de los casos.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	Pza. 16	9	12,9	12,9
	Pza. 26	19	27,1	27,1
	Pza. 36	17	24,3	24,3
	Pza. 46	25	35,7	35,7
	Total	70	100,0	100,0

Del total de piezas evaluadas, la pieza que más se perdió fue la pieza número 46 con un 35.7%, seguido por la pieza número 26 con 27.1%, para continuar con un 24.3% la pieza número 36 y por último la pieza número 16 presenta un 12.9%.

Tabla 4

Tabla de distribución de pacientes con prevalencia de pérdida prematura del primer molar definitivo según su edad y género.

EDAD*GENERO tabulación cruzada					
			GENERO		Total
			Masculino	Femenino	
EDAD	7 años	Frecuencia	15	20	35
		%	21,4%	28,6%	50,0%

	8 años	Frecuencia	10	3	13
		%	14,3%	4,3%	18,6%
	9 años	Frecuencia	11	11	22
		%	15,7%	15,7%	31,4%
Total		Frecuencia	36	34	70
		%	51,4%	48,6%	100,0%
Pruebas de Chi-cuadrado					
			Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson			4,430	2	0,109

Prueba Chi cuadrado de Pearson, el valor del nivel de significación (Sig. asintótica (2 caras) = 0,109) es superior a 0,05 (95% de confiabilidad), luego los porcentajes entre los géneros son similares en las edades.

En el estudio a los 7 años predominó el género femenino con un 28.6%, seguido por el género masculino con un 21.4%, seguido por los niños de 9 años que presentaron el mismo comportamiento en femenino y masculino con un 15.7% y por último a la edad de 8 años predominó el género masculino con un 14.3% y para el género femenino con un 4.3%.

Tabla 5

Tabla de distribución de pacientes con prevalencia de pérdida prematura del primer molar definitivo según su edad y pieza dentaria perdida.

Tabla cruzada							
			PIEZA DENTARIA				Total
			Pza. 16	Pza. 26	Pza. 36	Pza. 46	
EDAD	7 años	Frecuencia	3	8	10	14	35
		%	4,3%	11,4%	14,3%	20,0%	50,0%
	8 años	Frecuencia	2	6	1	4	13
		%	2,9%	8,6%	1,4%	5,7%	18,6%
	9 años	Frecuencia	4	5	6	7	22
		%	5,7%	7,1%	8,6%	10,0%	31,4%
Total		Frecuencia	9	19	17	25	70
		%	12,9%	27,1%	24,3%	35,7%	100,0%
Pruebas de chi-cuadrado							
			Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)		
Chi-cuadrado de Pearson			5,358	6	0,499		

Prueba Chi cuadrado de Pearson, el valor del nivel de significación (Sig. asintótica (2 caras) = 0,499) es superior a 0,05 (95% de confiabilidad), luego los porcentajes entre las piezas dentarias son similares en las edades.

En el estudio se registra mayor pérdida de molares en la pieza número 46 para los niños de 7 años con un 20.0%, seguido por la pieza número 36 con un 14.3%, luego sigue la pieza número 26 con 11.4%. Vemos en la tabla que de la pieza número 16 se perdió con mayor frecuencia en los niños de 9 años con 5.7%. En los niños de 9 años la pieza que más se perdió es el número 46 con 10%, seguido por la pieza número 36 con un 8.6%, continuando con la pieza número 26 con un 7.1%.

Tabla 6

Tabla de distribución de pacientes con prevalencia de pérdida prematura del primer molar definitivo según su género y pieza dentaria perdida.

Tabla cruzada							
			PIEZA DENTARIA				Total
			Pza. 16	Pza. 26	Pza. 36	Pza. 46	
GENERO	Masculino	Frecuencia	5	10	8	13	36
		%	7,1%	14,3%	11,4%	18,6%	51,4%
	Femenino	Frecuencia	4	9	9	12	34
		%	5,7%	12,9%	12,9%	17,1%	48,6%
Total		Frecuencia	9	19	17	25	70
		%	12,9%	27,1%	24,3%	35,7%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	0,206	3	0,977

Prueba Chi cuadrado de Pearson, el valor del nivel de significación (Sig. asintótica (2 caras) = 0,977) es superior a 0,05 (95% de confiabilidad), luego los porcentajes entre las piezas dentarias son similares en el género.

En el estudio la pieza que predominó fue la número 46 con un 18.6% para el género masculino y un 17.1% para el género femenino. En el género, masculino la siguiente pieza fue la número 26 con un 14.3%, seguido por la pieza número 36 con un 11.4%. En el género femenino las piezas números 26 y 36 presentaron el mismo comportamiento con un 12.9%.

5. DISCUSIÓN.

En el presente estudio se analizó la pérdida prematura del primer molar definitivo en niños de 7 a 9 años, todo esto se asoció con ciertas variables como la edad, género y la pieza dentaria que más se perdió.

(Reyes, et al., 2013, pp. 1-8) en su estudio sobre la pérdida del primer molar permanente en niños de 6-12 años en Colón, señala en sus resultados un predominio de pérdida del primer molar definitivo en el género masculino con un 65.8% en comparación con el género femenino. En el estudio existe una concordancia con los resultados obtenidos con respecto a la variable de género donde se encontró un incremento de la pérdida prematura del primer molar en el género masculino con un 51.4% con respecto al género femenino que presentó un 48.6%.

(Gómez, et al., 2013, pp. 1-7) en su estudio sobre la pérdida del primer molar permanente en niños de 8, 10, 12 años en Área del Sur, en comparación con las variables de pieza dentaria pérdida indica que predomina la pieza número 46 que corresponde al primer molar definitivo inferior derecho, lo cual coincide con los resultados de este estudio. Además (Barreiro, Maidana., 2012, pp. 179-182) en su estudio sobre pérdida prematura del primer molar permanente en niños de un hogar interno en Paraguay reporta que la pieza dentaria que más se pierde es la número 26 seguido por la número 46, lo cual difiere con el presente estudio ya que en los resultados podemos observar que la pieza que predominó fue la número 46 seguido por la pieza número 26.

Por otro lado, (Valdez-Martínez, et al., 2016, pp. 1-10) en un estudio sobre el estado del primer molar permanente en niños de 6 a 11 años de edad reporta que predominó la edad de 8 a 9 años en la pérdida del primer molar definitivo, lo cual difiere con el presente estudio ya que se pudo observar que los niños de 7 años presentaron predominio, seguido por los de 9 años y por último los que tenían 8 años de edad.

En el presente estudio los niños de 7 años de edad presentaron mayor porcentaje de pérdida del primer molar definitivo en el género masculino, lo cual difiere con un estudio realizado en Venezuela – Miranda (Bermúdez, et al., 2013, pp. 2-8) donde se reporta que predomina el género femenino con un 64%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones

Se evidenció que en el estudio predominaron pacientes del género masculino que acudieron al Centro de Atención Odontológica de la Universidad de las Américas en el periodo de septiembre – octubre del 2017. La edad con mayor representación se registró en pacientes de 7 años.

Se demostró que en cuanto a la edad existió un mayor porcentaje de pérdida del primer molar definitivo en niños de 7 años seguido por los de 9 años y por último los niños de 8 años.

Además, en el estudio se observó que la pieza dentaria número 46 se perdió con mayor frecuencia seguido por la pieza 26, teniendo en cuenta que los primeros molares inferiores derechos fueron los que presentaron mayor afección.

Por ultimo podemos decir que por falta de conocimiento sobre el primer molar definitivo de los representantes de los pacientes se observa mayor porcentaje en niños de 7 años ya que confunden con un molar deciduo.

6.2. Recomendaciones.

Se recomienda que para futuros estudios que sean realizados acerca de este tema en la Universidad, se tome una muestra de mayor cantidad de pacientes en un periodo de tiempo prolongado.

También, se recomienda se tengan en cuenta otras variables que permitan definir los factores de riesgo asociados a la pérdida de primeros molares en la población pediátrica que acude a la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas.

REFERENCIAS.

- Alachioti Sofia, Dimopoulou Eleni, Vlasakidou Anatoli and Athanasiou Athanasios.(2014). Amelogenesis imperfecta and anterior open bite: Etiological, classification, Clinical and management interrelationships. *Journal of Ortodontic Science*. 3(1), p. 1-10.
- Alejandro José Casanova-Rosado, M en C,1,a Carlo Eduardo Medina-Solís, M en C,2,a Juan Fernando Casanova-Rosado, CDEO., M en C,1 Ana Alicia Vallejos-Sánchez, M en C,1 Gerardo Maupomé., PhD,3a Maria de la Luz Kageyama-Escobar, Dra en C.4. (2010). Factores Asociadas a la pérdida del primer molar permanente en escolares de Campeche México. *Acta Odontológica Venezolana*. 43(3), 4-8.
- Allen Karu, Cooke Siobhan, Gonzalez Lauren, Kay Richard.(2015). Dietary inference from upper and lower molar morphology in platyrrhine primates. *Plos one*. 10(3), p.1-22
- Al-Mendalawi MD, Farsi D. (2017). Prevalence of obesity in elementary school children and its association with dental caries. *Saudi Medicinal Journal*. 38(4), p.1-5.
- Angelopoulou Matina, Kavvadia Katerina, Oulis Constantine, Rappa Christina. (2015). Oral Hygiene Facilitators and Barriers in Greek 10 Years Old School children. *Jouranal Clim Pediatr Dental*. 8(2), p1-15
- Arias Deinys, Barbara Xiomara, Napoles Isidro, Rivero Oscar. (2008). Perdida del Primer molar permanente en niños de 7 a 13 años. *Archivo Medico de Camaguey*. 12(5), p. 1-10
- Barreiro Carolina, Maidana Ángela. (2012). Perdida Prematura del Primer Molar Permanente en niños de 7 a 18 años de un Hogar interno de la Ciudad de Asunción, Paraguay. *Pediatr*. 39(3), p. 179
- Barron Martin, McDonnell Sinead, Mackie Iain and Dixon Michael. (2008). Hereditary Dentine disorders: dentinogenesis imperfecta and dentine displasia. *Orphanet Journal Of RareDiseases*. 31(3), p. 1-18.

- Bermúdez, S. González, A. (2013). Prevalencia de Caries y tratamientos realizados en el primer molar permanente en la población de Río Chico. Estado Miranda, Venezuela. 51(4). p. 2-8.
- Carolina Barreiro, Ángela Maidana. (2012). Perdida prematura del primer molar permanente en niños de 7 a 18 años de un Hogar interno de la Ciudad de Asunción, Paraguay. 39(3). p. 1-4.
- Carter Katherine, Worthinngton. (2016). The evaluation of anthropoid molar proportions. BMC. 110(16), p.1-25
- Chan Chen, Estrella Ninna, Milkovich Rachel, Kim Jung, Simmer James and Hu Jan.(2011). Target gene analyses of 39 amelogenesis imperfecta kindreds. *NIH public Access*. 119(1), p. 1-22.
- Charles, Shimp. (2013). Toward the unification of molecular and molar analyses. *Behav Anai*. 32(2), p. 1-13
- De luna Flor, Serrano Luisa, Cortes Liliam, Torres Ariel, Rodriguez Martha. (2016). Chronology and sequence of tooth eruption in the first transitional period. *Rev.CES Odont*. 29(1), p. 57-69.
- Diaz Raul, Echeverria Ruben. (2009). Agenesia en la dentición permanente. *Revista de la Salud*. 11(6), p. 2-5.
- Emami, E. (2013). The Impact of Edentulism on Oral and General Health. *Internacional Journal of dentistry*. 56(10), 2-4.
- Ferreira MC, Ramos Jorge, Marques LS, Ferreira FO. (2017). Dental caries and quality of life of preschool children discriminant validity of the ECOHIS. *Braz Oral Res*. 30(0), p.1-22
- Haddad Sabbagh, Haddad DS, Crosato Michel, Arita ES. (2016). Fragile X síndrome: panoramic radiographic evaluation of dental anomalies, dentalmineralization stage, and mandibular angle. *J.appl Oral Science*. 24(5), p.1-6.
- Harika R, Dutta B, Arun P, Teja RP. (2016). Anovel clinical approach for long-term retention and durability of resin restaurations bonded to multiple developmental defects of enamel. *Sooc Prev Community Dent*. 6(6), p. 1-5.

- Heima M, Harrison MA, Milgrom P. (2017). Oral Health and medical conditions among amish children. *Journal Clin Exp Dent.* 9(3), p. 1-24
- Hong Su, Bing Han, Sa Li, Bin Na, Wen Ma, Tian-Min Xu. (2014). Factors Predisposing to Maxillary Achorage Loss A Retrospective Study of 1403 cases. *Plos One.* 9(10), p. 1-14
- Irizarry AR, Yan G, Zeng Q, Lucchesi J, Hamang MJ, Ma YL, Rong JX. (2017). Defective enamel and bone devolopment in sodium-dependet citrate trasporter (NaCT) Slc13a5 deficient mice. *PLos One.* 12(4), p. 1-4
- Jeffrey J, VanWormer, Amit Acharyya, Robert T, Nieto Javier. (2013). Oral Hygiene and cardiometabolic disease risk in the survey of the health of Wisconsin. *Community Dent Oral Epidemiol.* 41(4), p. 1-29
- Kakanur M, Nayak M, Patil SS, Thakur R, Paul ST, Tewathia N. (2017). Exploring the multitude of risk factors associated with early childhood caries. *Indiana Journal Dental.* 28(1), p. 1-9
- Lopez-Gomez SA, Villalobos-Rodelo JJ, Avila-Burgos L, Casanova-Rosado JF, Vallejos-Sanchez AA, Lucas-Ricon SE, Patiño-marin N, Medina-Solis CE. (2016). Relationship between premature loss of primary teeth with oral higiene, consumption of soft drinks, dental care, and previous caries experience. *Scientific Reports.* 6(21147),1-3
- Major M y Stanley J. (2010). Cronologia de la erupción de dientes permanentes. *Wheeler's Dental Anatomy, Physiology and Occlusion.* 35(8), p. 32-53.
- Manns Freese, Biotti Jorge. (2009). Manual práctico de oclusión dentaria. *Amolca.* 12(3), p.5-15.
- Martin P. Opino, Dr. Carlos Castro. (2015) Importancia del primer molar permanente y consecuencias clínicas de su perdida en edades tempranas del desarrollo. *RAAO.* 54(2) Pp 25-26.
- Martinez Juan, Segura Gustavo, Lopez Faus, Panadero Ruben. (2013). Rehabilitation with implant- supported overdentures in total edentulous patients. *Journal Clin Exp Dent.* 5(5), p. 1-25
- Mohamed Ali, Berggreen E, Nguyen D, Wahab Ali, Van Dyke, Mustafa M. (2017). Dental plaque microbial profiles of children from Khartoum

- Sudan, with congenital heart defects. *Journal oral microbial*. 9(1), p.1-23.
- Molla Muriel, Fournier Benjamin, Berdal Ariane. (2014). Isolated dentinogenesis imperfecta and dentin displasia: revisión of the classification. *European Journal of Human Genetics*. 23(4), p. 1-14.
- Morkmued Supawich, Laugel Virginie, Mathieu Eric, Schuhbaur, Hemmerle Joseph, Dolle Pascal, Bloch Agnes and Niederreither Karen. (2017). Retinoic Acid Excess Impairs Amelogenesis Inducing Enamel Defects. *Frontiers in Physiology*. 33(10), p. 1-14.
- Mrya C, Kataria S, Nagpai R, Oberoi SS, Dhingra C, Arora D. (2017). Across-sectional study for assessment of untreated dental caries and Its consequences among Slum-Dwelling Children. *Int J Clin Pediatr Dent*. 10(1), p. 1-21
- Murrieta, Melendez, Perez, Gonzalez, Lopez, Linares, Juares. (2011). Prevalencia de chasquido en ATM y su relación con el tipo de oclusión dental, en un grupo de jóvenes mexicanos. *ADM*. 20(8). P. 1-7
- Murshid SA; AL-Labani MA, Aldhorae KA, Rodis OM (2016). Prevalence of prematurely lost primary theeth in 5-10 year-old children in Tamar city, Yemen: A cross-sectional study. *Journal of Internacional Society of Preventive & Comunity Dentistry*. 6(2), 2-5
- Muto Taro, Miyoshi Keilo, Horiguchi Taigo, Hagita Hiroko and Takufumi Noma. (2012). Novel genetic linkage of rat Sp6 mutation to Amelogenesis imperfecta. *Orphanet Journal Of Rare Diseases*.34(7), p 1-11.
- Niurka Valdes-Martínez Sánchez,Dra. María del Carmen Cid Rodríguez, Dra. María Isabel Garay Grespo, Dr. José Alberto Quiñones Pérez, MSc. Silvio Faustino Soler Cárdenas, MSc. Laritsa Hernández Falcón. (2016). Estado del primer molar permanente en niños de 6 a 11 años de edad. 38(3). P. 1-10.
- Nunn, Fish, Garcia, Kaye, Figueroa, Gohei, Williams, Miyamooto. (2013). Retaind asymptomatic third molares and risk for second molar pathology. *Journal Dent Res*. 92(12), p. 1-29

- Reyes Martin, MSc. Marisol Cuyac Lantigua, MSc. Belkis Alfonso Biart, MSc Magaly Mirabal Peon, MSc. Maria V. Duque Reyes, MSc. Yanetsy Sánchez Alvarado. (2013). Perdida del primer molar permanente en niños de 6-12 años de edad. *Revista Médica Electrónica*. 37(3), 219-221.
- Roman Manuel. (2013) Ortodoncia invisible. *Ortodocis sitios*. 13(2), p. 3-5.
- Vasquez Loris, Antelo Loris, Leon Yhipsy. (2012). Perdida del primer molar permanente en niños de 12 a 14 años de edad. *Mediciego*. 18(2). P 5-7.
- Wang J, Sun K, Shen Y, Xu Y, Xie J, Huang R, Zhang Y, Xu C, Zhang X, Wang R, Lin Y. (2016). DNA methylation is critical for tooth agenesis: implications for sporadic non-syndromic anodontia and hypodontia. *Science Reports*. 13(6), p. 1-7
- Yillian Gómez Porcegué, Dra. Lisbet Sánchez Rodríguez, Lic. Magalis Martínez Nazario, Lic. Eugenio Díaz Vázquez. (2013). Pérdida del primer molar permanente en niños de 8, 10 y 12 años. *Área Sur*. 17(3). P. 1-7.
- Yin Kaifeng, Lin Wnting, Guo Jing, Sugiyama Tshihiro, Malcolm L, Hacia Joseph & Paimé Michael. (2016). Mir-153 Regulates Amelogenesis by Targeting Endocytotic and Endosomal/lysosomal Pathways-Novel Insight into the Origins of Enamel Pathologies. *Scientific Reports*. 1038(10), p. 1-16.
- Yung-Pan Chen, Chun-Yi Hsieh, Wen- Ting Hsu, Fu-Ya Wu, Wen- Yu Shih. (2016). A 10-year trend of dental treatments under general anesthesia of children in Taipei Veterans General Hospital. *Journal of the Chinese Medical Association*. 7(3), 1-4.

ANEXOS

ANEXOS 1

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FRECUENCIA DE LA PÉRDIDA DEL PRIMER MOLAR

Tutor Responsable: Dr. Pedro Peñón **Investigador:** Gabriel Dávila
León

Institución: Universidad de las Américas Facultad de Odontología

Teléfono: +593 (2) 398- 1000 ext. 852 0984320388

Email: p.penon@udlanet.ec gadavila@udlanet.ec

Título del proyecto: Frecuencia de la pérdida prematura de primeros molares definitivos en niños de 7 a 9 años que acuden a la Clínica Odontológica de la Universidad de las Américas en el período septiembre – octubre 2017.

Invitación a participar:

Está usted invitado a participar como paciente voluntario en un ejercicio supervisado por un especialista y un estudiante, como parte de una investigación en el que están inscritos, para poder aumentar el conocimiento en cuanto a la frecuencia de la pérdida del primer molar definitivo.

PROPÓSITO

1. Establecer la frecuencia de la pérdida temprana del primer molar de definitivo en niños 7 a 9 años que acuden a la consulta odontológica de la Universidad de las Américas en el periodo septiembre – octubre del 2017.

PROCEDIMIENTOS

Para participar como paciente voluntario de la investigación, el paciente debe tener entre 7 a 9 años de edad, debe estar en el período de erupción del primer molar definitivo. Se realizarán el siguiente procedimiento:

1. Se le informa al padre o representante legal de menor lo que se le va realizar al menor.
2. Se realizará una observación clínica intra-oral por cuadrantes de la cavidad oral del niño.



Iniciales del nombre del voluntario

3. Se tomará nota de los datos obtenidos en el examen intra-oral en fichas previamente elaboradas.

RIESGOS

Usted debe entender que los riesgos que corre con su participación en esta investigación, son nulos. Usted debe entender que todos los procedimientos serán realizados por profesionales calificados y con experiencia, utilizando procedimientos universales de seguridad, aceptados para la práctica clínica odontológica.

BENEFICIOS Y COMPENSACIONES

Usted debe saber que su participación como paciente voluntario en la investigación, no le proporcionará ningún beneficio inmediato ni directo, no recibirá ninguna compensación monetaria por su participación. Sin embargo, tampoco incurrirá en ningún gasto.

CONFIDENCIALIDAD Y RESGUARDO DE INFORMACIÓN

Usted debe entender que todos sus datos generales y médicos, serán resguardados por la Facultad de Odontología de la UDLA, en dónde se mantendrán en estricta confidencialidad y nunca serán compartidos con terceros. Su información, se utilizará únicamente para realizar evaluaciones, usted no será jamás identificado por nombre. Los datos no serán utilizados para ningún otro propósito.

RENUNCIA

Usted debe saber que su participación en el curso es totalmente voluntaria y que puede decidir no participar si así lo desea, sin que ello represente perjuicio alguno para su atención odontológica presente o futura en la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas. También debe saber que los responsables del curso tienen la libertad de excluirlo como paciente voluntario del curso si es que lo consideran necesario.

DERECHOS

Usted tiene el derecho de hacer preguntas y de que sus preguntas le sean contestadas a su plena satisfacción. Puede hacer sus preguntas en este momento antes de firmar el presente documento o en cualquier momento en el futuro. Si desea mayores informes sobre su participación en el curso, puede contactar a cualquiera de los responsables, escribiendo a las direcciones de correo electrónico o llamando a los números telefónicos que se encuentran en la primera página de este documento.

ACUERDO

Al firmar en los espacios provistos a continuación, y poner sus iniciales en la parte inferior de las páginas anteriores, usted constata que ha leído y entendido la información proporcionada en este documento y que está de acuerdo en participar como paciente voluntario en el curso. Al terminar su participación, recibirá una copia firmada de este documento.

_____ Nombre del Representante Legal	_____ Firma del Representante Legal	_____ Fecha
_____ Nombre del Investigador	_____ Firma del Investigador	_____ Fecha (dd-mmm- aaaa)

ANEXO 2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N° de ficha: Fecha de admisión:

Nombre:

CI:

Edad:

Género Sexual:

Número telefónico:

Piezas dentarias ausentes en cavidad oral:

16

26

36

46

ANEXO 3

Gráfico de la tabla de distribución de pacientes según su género.

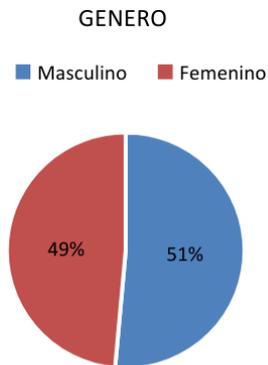


Gráfico de la tabla de distribución de pacientes según su edad.



Gráfico de la tabla de distribución de pacientes según la pieza dentaria perdida.

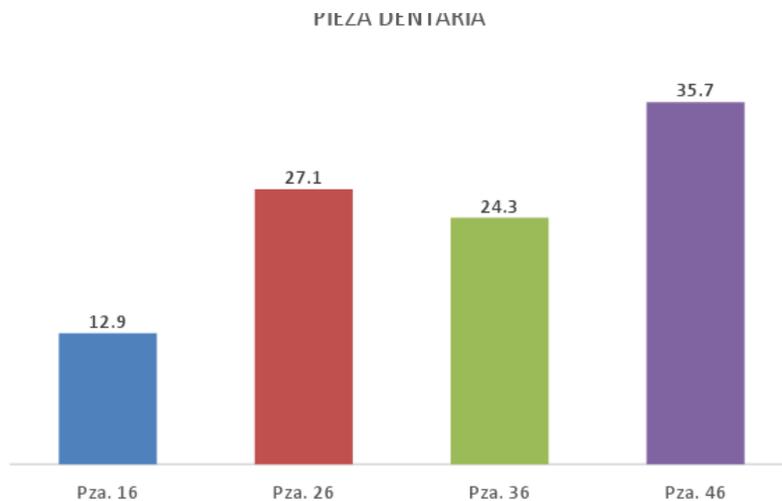


Gráfico de la Tabla de distribución de pacientes con prevalencia de pérdida prematura del primer molar definitivo según su edad y género.

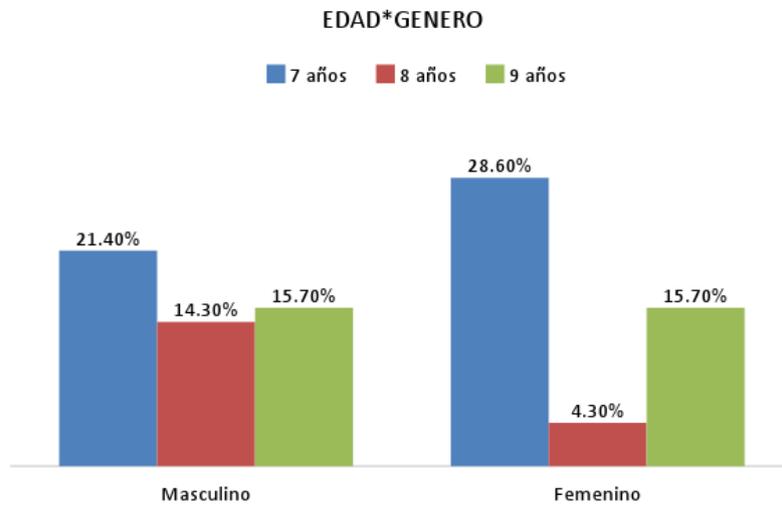


Gráfico de la tabla de distribución de pacientes con prevalencia de pérdida prematura del primer molar definitivo según su edad y pieza dentaria perdida.

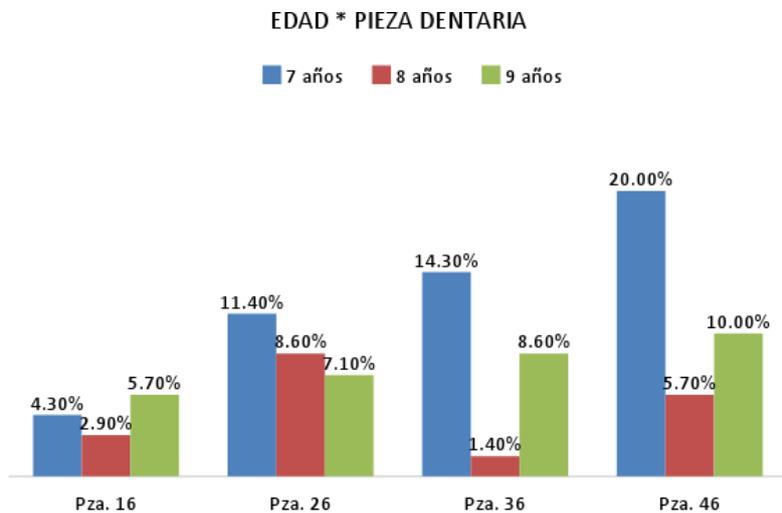


Gráfico de la tabla de distribución de pacientes con prevalencia de pérdida prematura del primer molar definitivo según su género y pieza dentaria perdida.

GENERO * PIEZA DENTARIA

Masculino Femenino

