



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

**Causas más prevalentes de exodoncia de dientes deciduos en
menores atendidos en un centro de salud público, Piura 2017
-2020**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Cirujano Dentista

AUTORA:

Peña Apaestegui, Irina Vanessa (orcid.org/0000-0003-3198-6266)

ASESOR:

Mg. Carrion Molina, Frank Julio (orcid.org/0000-0001-5139-0019)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Promoción de la Salud y Desarrollo Sostenible

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

PIURA – PERÚ

2023

Dedicatoria

A mis padres, especialmente a mi madre por su entrega y apoyo incondicional.

A toda mi familia, por su aporte emocional.

A mis amigos del trabajo, que siempre tuvieron palabras de aliento las cuales me permitieron continuar y lograr culminar esta etapa de mi carrera.

Agradecimiento

A Dios, por darme la fortaleza necesaria en todo momento.

A la Universidad César Vallejo, por la oportunidad de culminar la carrera.

A la Dra. Mary Carmen Cárdenas y al personal que labora en el establecimiento de salud Santa Julia por brindarme las facilidades durante la ejecución de mi proyecto.

Un especial agradecimiento a mi mejor amigo por todo su apoyo y paciencia.

Índice de contenidos

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	v
Índice de abreviaturas	vvi
Resumen.....	vii
Abstract.....	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO.....	4
III. METODOLOGÍA.....	14
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	14
3.2. Variables y operacionalización	14
3.3. Población, muestra y muestreo	14
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	15
3.5. Procedimientos.....	16
3.6. Método de análisis de datos	16
3.7. Aspectos éticos.....	17
IV. RESULTADOS	18
V. DISCUSIÓN.....	24
VI. CONCLUSIONES.....	30
VII. RECOMENDACIONES	31
REFERENCIAS.....	32
ANEXOS	

Índice de tablas

Tabla N° 1: Causas más prevalentes de exodoncia de dientes deciduos en menores atendidos en un centro de salud público, Piura 2017 – 2020.....	18
Tabla N° 2: Causas más prevalentes de exodoncia de dientes deciduos en menores atendidos en un centro de salud público, Piura 2017 – 2020, según sexo.....	19
Tabla N° 3: Causas más prevalentes de exodoncia de dientes deciduos en menores atendidos en un centro de salud público, Piura 2017 – 2020, según el grupo etario.....	20
Tabla N° 4: Causas más prevalentes de exodoncia de dientes deciduos en menores atendidos en un centro de salud público, Piura 2017 – 2020, según el tipo de pieza dental extraída.....	21
Tabla N° 5: Causas más prevalentes de exodoncia de dientes deciduos en menores atendidos en un centro de salud público, Piura 2017 – 2020, según el número de piezas dentales extraídas.....	22
Tabla N° 6: Causas más prevalentes de exodoncia de dientes deciduos en menores atendidos en un centro de salud público, Piura 2017 – 2020, según localización.....	23

Índice de abreviaturas

ECC: Caries de Primera Infancia

AAPD: Academia Estadounidense de Odontología Pediátrica

IAPD: Asociación Internacional de Odontopediatría

CIE 10: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas
Relacionados con la Salud, Versión 10

Resumen

El objetivo general fue determinar las causas más prevalentes de exodoncia de dientes deciduos en menores atendidos en un centro de salud público, donde se obtuvo que la necrosis pulpar fue la principal causa de extracción dental. El tipo de estudio que se realizó fue básico no experimental, transversal y retrospectivo, se aplicó la técnica de análisis documental de las historias clínicas entre los años 2017 – 2020. Se utilizó una ficha de recolección de datos donde se obtuvo el diagnóstico de acuerdo con la patología descrita en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud CIE – 10. Fueron analizadas 220 historias clínicas de pacientes pediátricos que se realizaron este procedimiento donde se obtuvo los siguientes resultados el 37,7 % de pacientes fueron del sexo femenino, el grupo que más extracciones se realizó fue el de 6 a 10 años con 54,5 %, el tipo más común de pieza extraída fueron los molares primarios con 63,6 %, la mayor prevalencia de exodoncia fue de una pieza dental con 49,1 % y la mayor cantidad de extracciones se localizaron en el arco inferior con 45,9 %. Se concluye que las secuelas por caries dental como la necrosis pulpar fue la causa más prevalente de exodoncia de dientes deciduos.

Palabras clave: Exodoncia, caries dental, diente deciduo

Abstract

The general objective was to determine the most prevalent causes of extraction of deciduous teeth in minors treated in a public health center, where it was found that pulpal necrosis was the main cause of dental extraction. The type of study that was carried out was basic, non-experimental, cross-sectional and retrospective, the technique of documentary analysis of the clinical histories was applied between the years 2017 - 2020. A data collection sheet was used where the diagnosis was obtained according to the pathology described in the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems CIE - 10. 220 medical records of pediatric patients who underwent this procedure were analyzed, where the following results were obtained: 37.7% of patients were female, the group that performed the most extractions was 6 to 10 years old with 54.5%, the most common type of extracted piece was primary molars with 63.6%, the highest prevalence of extraction was of a dental piece with 49.1% and the largest number of extractions were located in the lower arch with 45.9%. It is concluded that dental caries sequelae such as pulp necrosis was the most prevalent cause of extraction of deciduous teeth.

Keywords: Exodontics, dental caries, deciduous tooth

I. INTRODUCCIÓN

La pérdida prematura de los dientes deciduos es un estado en que los dientes primarios fueron extraídos antes de su exfoliación natural esto se debe a diferentes factores, el más frecuente es la caries dental avanzada, además de otras causas como traumatismo y condiciones sistémicas.¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que a nivel mundial casi 2.500 millones de personas fueron afectados por enfermedades orales, de los cuales más de 530 millones de niños sufrieron de caries en los dientes primarios.² En el 2021, en el Perú, el índice de niños afectados con caries dental se incrementó en un 31,7 % en relación con los casos reportados en el 2020. Cabe resaltar que el 36,5 % se presenta en la población urbana y el 63,5 % en la población rural.³

La dentición primaria es temporal, durante esta etapa se presentaron diferentes afecciones a nivel pulpar, de la corona y raíz desencadenando una serie de patologías convirtiéndose en factores de riesgo en la que no se aplicó ningún tratamiento para tratar y conservar estos dientes, por lo que la extracción fue el único procedimiento viable.⁴

Debido a la alta prevalencia de enfermedades orales, la extracción temprana de dientes primarios presentó secuelas tanto a nivel funcional como morfológico estas complicaciones se produjeron porque no se tomó en cuenta el cuidado respectivo después de realizar este procedimiento; cabe indicar que funcionalmente, los dientes temporales contribuyen a la masticación y la fonación, así como también morfológicamente, aporta condiciones adecuadas para el crecimiento esquelético y muscular.⁵ La pérdida prematura de los dientes temporales tuvo repercusiones visibles y se manifestaron al momento de la erupción de los dientes permanentes, el grado de afección va depender de la edad del paciente cuando se le extrajo el diente, el número de extracciones que se realizó y el tipo de dientes de leche removidos.⁶

La importancia que se les dio a los dientes deciduos fue mínima, debido a la poca o nula conciencia en el cuidado dental de los pacientes y padres; la extracción prematura interfiere con el desarrollo normal de la oclusión e implica sufrir cambios espaciales desfavorables a nivel del plano sagital, transversal y vertical. La falta de

espacio debido a la pérdida temprana de los molares temporales dificulta el proceso de tratamiento de ortodoncia debido a la maloclusión existente. ⁷

Samuel S, et al. ⁸ en su investigación realizada en la India, informa que las extracciones dentales en niños están aumentando de manera alarmante, esta incidencia se debe al limitado acceso a los servicios de salud bucodental, los dientes enfermos suelen dejarse sin tratar o extraerse; evidenciando claramente la falta de concienciación sobre salud oral entre los padres y la inadecuación de los servicios de salud bucal preventivos tempranos. Asimismo, un estudio realizado en Brasil por Bitencourt F, et al. ⁹ tuvo como objetivo entender la experiencia ante la pérdida prematura de los dientes deciduos desde el punto de vista de los padres de familia o cuidadores, ellos manifiestan que existió limitaciones funcionales para hablar y masticar, además de las deficiencias al socializarse con otros niños, así como los aspectos psicológicos relacionados a la imagen y la autoestima, en este punto en las entrevistas los cuidadores manifestaron que las exodoncias de dientes generaron vergüenza en los niños por el estado de su boca.

Por lo anteriormente expuesto se formula la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las causas más prevalentes de exodoncia de dientes deciduos en menores atendidos en un centro de salud público, Piura 2017 – 2020?

Los menores de edad que presentan dientes temporales cuya salud bucal se vio afectada por las diferentes enfermedades orales las cuales no fueron tratadas en su momento, a medida que las condiciones se iban agravando estos pacientes asistieron al servicio de odontología para optar por un tratamiento que ayude a mitigar sus dolencias, siendo la extracción dental decidua el procedimiento que se realizó dada las complicaciones y el nivel de destrucción de la pieza afectada.

La justificación del estudio radica en un argumento teórico, el cual buscó ampliar el conocimiento sobre las causas más prevalentes de extracciones de dientes temporales debido a la escasa información que se tiene, sobre todo en estudios previos realizados a nuestra población. Por lo tanto, el aporte de datos obtenidos en esta investigación beneficiará a la comunidad científica nacional. Asimismo, la justificación social de este estudio contribuyó a que los padres de familia comprendan la importancia en el cuidado de los dientes deciduos y la función que cumplen hasta la erupción de los dientes sucesores. La atención oportuna de los

pacientes pediátricos a un establecimiento de salud permitió que se conserven las piezas dentarias temporales en buen estado. Por lo tanto, se enfatizó y priorizó la educación y prevención en la salud oral de los niños, tomando medidas que involucren a la comunidad y al gobierno. Por otro lado, la justificación práctica es que existe una alarmante prevalencia de extracciones de dientes primarios a nivel nacional, por tal razón se requieren estudios que expongan estas características, estas particularidades van a incrementar datos específicos que se requieren para determinar las causas que provocan la mortalidad dental primaria. Finalmente, el beneficio que posee esta investigación es de carácter colectivo, el cual va dirigido a varios sectores tales como: el gobierno, teniendo estudios previos sobre este problema, podrá aplicar las medidas necesarias para frenar este alto índice y los profesionales odontólogos que tienen la capacidad de revertir esta situación con la educación a sus pacientes, además poder buscar tratamientos que puedan paliar los efectos negativos que podrían presentarse ante la pérdida prematura de los dientes temporales.

Así también se formula el siguiente objetivo general: Determinar las causas más prevalentes de exodoncia de dientes deciduos en menores atendidos en un centro de salud público, Piura 2017 – 2020. Así mismo, se elaboraron los objetivos específicos: Determinar las causas más prevalentes de exodoncia de dientes deciduos en menores atendidos en un centro de salud público, Piura 2017 – 2020, según sexo; determinar las causas más prevalentes de exodoncia de dientes deciduos en menores atendidos en un centro de salud público, Piura 2017 – 2020, según el grupo etario; determinar las causas más prevalentes de exodoncia de dientes deciduos en menores atendidos en un centro de salud público, Piura 2017 – 2020, según tipo de diente; determinar las causas más prevalentes de exodoncia de dientes deciduos en menores atendidos en un centro de salud público, Piura 2017 – 2020, según el número de dientes extraídos ; determinar las causas más prevalentes de exodoncia de dientes deciduos en menores atendidos en un centro de salud público, Piura 2017 – 2020, según la localización.

II. MARCO TEÓRICO

Salim N, et al. ¹⁰ 2022 en Jordania, tuvo como objetivo analizar las causas de extracción y las variables sociodemográficas relacionadas con los refugiados sirios. La investigación utilizó una encuesta semiestructurada validada para recoger datos clínicos y sociodemográficos, donde participaron 322 refugiados. El estudio arrojó que se extrajeron 371 (93,5 %) de dientes temporales y un mesiodens (0,2 %), los dientes más comunes que requirieron exodoncia fueron los molares temporales inferiores izquierdos los más removidos (15,9 %). Cuando los padres aumentaban el nivel de educación, se disminuía el número de dientes extraídos ($P=0,035$), además, a medida que la frecuencia de cepillado dental aumentaba, las extracciones por caries disminuían significativamente ($P=0,027$). Concluyeron que la caries dental y las enfermedades pulpares son los motivos más prevalentes de extracción de dientes temporales, no admite diferencias entre hombres y mujeres. Además, se señala al molar temporal inferior izquierdo como el diente afectado con mayor frecuencia.

Sankar P, et al. ¹¹ 2021 en la India, esta investigación tuvo como finalidad investigar la regularidad, tipo de diente primario y el patrón de sustracción en la población del sur de la india. Se realizó un estudio retrospectivo donde se recopilaron datos los mismos que tuvieron un análisis estadístico respectivo. Se arrojaron los siguientes resultados, de los 652 dientes extirpados, el 53,8 % (351) correspondieron a niños, mientras que el 46,2 % (301) a niñas. El porcentaje según las edades fueron: 1 año: 9 (1,4 %), 2 años: 4 (6 %), 3 años: 53(8,1 %), 4 años: 131 (20,1 %), 5 años: 174 (26,7 %) y 6 años: 281 (43,1 %). La pieza de mayor remoción fue el incisivo central superior temporal (35,53 %) a los 6 años (43,23 %). Concluyeron que la mayor pérdida de dientes temporales se debió a la caries de la primera infancia, el cual predominó en los varones, además, la arcada más afectada fue el maxilar superior y el diente extirpado con mayor frecuencia fue el incisivo central superior.

Maslak E, et al. ¹² 2020 en Rusia, su estudio trató de las razones de las exodoncias de dientes temporales, examinar los tipos de dientes primarios extraídos y plantear medidas para la prevención en la temprana pérdida de estos dientes en pacientes pediátricos. Se realizó un estudio retrospectivo, seleccionando al azar 100 historias clínicas de pacientes de 1 a 14 años con 347 dientes primarios extraídos, en este

estudio se analizó cada caso de extracción, teniendo en cuenta el tipo de diente, el motivo de la exodoncia, el tratamiento previo y las radiografías. Los resultados fueron expresados en proporciones (%) y el Intervalo de Confianza (IC), se dio a conocer que las extracciones de esta clase de dientes fueron por las secuelas de caries (69 %) (IC 64,1 - 73,8 %), los dientes con mayor frecuencia extraídos fueron los molares (87,4 %) (IC 82,7 – 91,1 %). Concluyeron que las secuelas de caries fueron la principal razón de extracción de los dientes primarios y el primer molar temporal es el diente que se extrajo con mayor frecuencia.

Candan M, et al. ¹³ 2020 en Turquía, la investigación tuvo como objetivo determinar la frecuencia y distribución de dientes temporales extraídos por Caries Temprana de la Infancia (CTI) severa en niños y jóvenes tratados bajo anestesia general. Se aplicó un diseño un diseño retrospectivo el cual constó de 1644 niños (1011 niños y 633 niñas), en edades de 3 a 5 años que fueron diagnosticados con múltiples caries. La información se obtuvo de los formularios médicos y dentales obtenidos de la base de datos de facultad de odontología. Asimismo, los pacientes pediátricos fueron divididos según edad, sexo y número de dientes que fueron extirpados para lo cual se obtuvieron 2605 dientes. Los resultados arrojaron los siguientes datos: el 14 % (n=245) tenían 3 años, el 31 % (n=505) tenían 4 años y el 55 % (n=894) tenían 5 años. Se encontró que de la mayoría de los dientes extraídos fueron los incisivos centrales primarios superiores y los molares. Mientras que los niños de 3 años tuvieron la menor cantidad de dientes extraídos y grupo de los niños de 5 años obtuvo la mayor cantidad de piezas extraídas. Concluyeron que la principal causa de exodoncia se debe a la Caries Temprana de la Infancia, así como también se deben iniciar programas efectivos para la prevención de esta.

Cornejo S, et al. ¹⁴ 2020 en Perú, el objetivo de la investigación fue determinar los factores relacionados a la pérdida prematura de dientes deciduos en escolares de condiciones pobres. Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal y relacional. Participaron 1617 escolares de ambos sexos entre 6 a 10 años. Los resultados arrojaron que el 82,1 % presentaron pérdida prematura de dientes deciduos estos fueron afectados por patologías pulpares, también se encontró que el sexo masculino tuvo 86 % de exodoncia de dientes comparado con el sexo femenino el cual obtuvo 73,4 %. Asimismo, resultó que a mayor edad existió mayor

pérdida de estos dientes en promedio 79 %. Los autores concluyeron que la patología pulpar es un factor relacionado a la pérdida temprana de los dientes deciduos, la exodoncia fue una decisión y elección de los padres para calmar el dolor y el bajo costo que presentó este procedimiento en comparación con los tratamientos pulpares.

Assadi A, et al. ¹⁵ 2018 en Bagdad, este estudio tuvo como objetivo determinar los patrones y los motivos de las exodoncias en niños de dientes deciduos que asisten al hospital dental docente de esta ciudad. Para lo cual, participaron 1055 niños con edades entre los 3 a 14 años, se recopilaron datos de las historias clínicas, los que incluían tipo de diente/dientes extraídos y los motivos. Los resultados manifestaron que se extrajeron 1709 dientes (promedio de dientes extraídos $1,62 \pm 1,02$), el 52 % correspondía a la remoción de dientes deciduos en niños y el 48 % niñas. Su edad (edad media $8,65 \pm 2,23$ años), se encontró mayor número de dientes extraídos fue el grupo de 9 a 11 años, también se describieron la distribución de los dientes extraídos según el tipo de diente. Asimismo, el 63,6 % por causa de caries y sus complicaciones, el 6,61 % se debió a motivos de ortodoncia y solo 0,1 % por trauma. Los hallazgos también mostraron que el diente extraído con mayor frecuencia fue el primer molar inferior izquierdo. Finalmente, concluyeron que la caries dental y las patologías pulpares siguen siendo la causa de la extracción, además, de requerir programas educativos dentales para la superación de este problema que aqueja tanto a la población infantil.

Neslihan C, et al. ¹⁶ 2018 en Turquía, uno de los objetivos que tuvo esta investigación fue determinar el número de extracciones de dientes temporales y dar a conocer la cirugía en estos casos. En principio, el comité de ética aprobó este estudio, luego se examinaron los documentos de información donde estaba la información correspondiente a las extracciones dentales. Con base en la clasificación de Logan y Kronfeld, se dividieron los incisivos, caninos y los dientes del 1er y 2do molar en grupos como: extracciones prematuras de dientes temporales y extracciones normales de dientes temporales dentro del proceso fisiológico. Entre los resultados se observó que existe una proporción significativa de extracciones de dientes deciduos en niños ($n= 877$) en comparación con las niñas ($n=864$). El 69 % de todas las extracciones correspondían a los molares

temporales. Además, en los resultados se muestran tablas donde se observa el número de extracciones y promedios de edad según el sexo, distribución de dientes extraídos y número según sexo y edad, distribuciones de las extracciones de maxilar-mandíbula según edad y sexo. Concluyeron que la principal razón de extracción para los niños es la caries y los problemas de alimentación asociados al sueño.

Demiriz L, et al. ¹⁷ 2017 en Turquía, como objetivo el estudio determinó las razones de la extracción de los dientes primarios en niños en edad escolar. Para realizar este estudio se evaluó información archivada, los motivos de la extracción se identificaron según la clasificación Kay y Blinkhorn, Alshenefi y Hughes. Se tomó la muestra de 2429 dientes temporales de 1812 individuos (1013 niñas y 799 niños). La caries (51,6 %) fue la causa más frecuente de exodoncia, los molares primarios (73,7 %) fueron el tipo de diente más común de extracción. Así pues, en el grupo de 7,8 y 9 años fue la caries ($p < 0,05$) el motivo más destacado de extracción. Con los hallazgos se concluyó que la caries dental es la principal razón de extracción de dientes primarios, así como, los molares temporales son los dientes más frecuentes que fueron extraídos. Al final, concluyeron que se deben desarrollar e implementar programas referentes a la salud oral, los mismos que cooperarían a la reducción de las extracciones tempranas.

Bansal M, et al. ¹⁸ 2017 en la India, la finalidad de este estudio fue indagar las diversas razones por la cual fueron extraídos los dientes primarios de 5 a 12 años. Se efectuó un estudio prospectivo de corte transversal en esta población, la muestra de 1347 niños los cuales fueron seleccionados al azar los datos se consignaron en un cuestionario pre estructurado y las razones de las extracciones se basaron en los criterios de Kay y Blinkhorn, el estudio también incorporó tres examinadores los cuales fueron calibrados antes del estudio y cuya confiabilidad fue verificada por el verificador estándar (MB) que resultó ser 0,79. Los resultados arrojaron que el 64,3 % (483) dientes fueron extraídos debido a caries dental, los hallazgos evidenciaron que la prevalencia de extracción en la mandíbula es mayor con respecto al maxilar (77,2 % y 58,1 % respectivamente). A un 30,07 % (83) solo se les extrajo al menos un diente y 22,4 % (62) tenían más de tres dientes extraídos. Los autores concluyeron que existe la presencia de pérdida temprana de dientes

primarios el cual desencadena una serie de alteraciones, por lo tanto, se deben aplicar tratamientos adecuados.

La dentición temporal, se refiere a las piezas dentales que brotan a través de los tejidos blandos y mucosas de los maxilares hacia a cavidad oral, la erupción de los dientes deciduos es un proceso estructurado y típico de la edad, este proceso continuo solo termina con la pérdida del diente.¹⁹ A finales de la quinta semana de gestación se forman y se desarrollan los dientes primarios en ambos maxilares por intermedio de la interacción entre el epitelio dental y el ectomesénquima.²⁰

Para el desarrollo de los dientes, los gérmenes dentales, los cuales poseen dos compartimientos básicos conformados por los tejidos epiteliales derivados del ectodermo y los tejidos mesenquimales proveniente del ectomesénquima junto con una membrana basal interpuesta, estos gérmenes atraviesan por una serie de etapas durante su desarrollo denominadas: Engrosamiento epitelial, etapa de lámina, etapa de yema, etapa de capuchón y etapa de campana.²¹

El proceso de erupción de los deciduos comienza a partir de los 4 a 10 meses después del nacimiento y concluye a los 30 meses con 20 piezas en boca. Durante la aparición de estos dientes se han presentado algunos signos y síntomas como: irritación gingival, aumento de saliva, irritabilidad, sueño agitado, inapetencia, diarrea y fiebre.²² Aún se desconocen los mecanismos que intervienen en la erupción normal de los dientes, pero existen varios factores que podrían influir en su desarrollo normal tales como la edad, género, raza; así como factores fisiológicos, hormonas mediadoras, crecimiento de maxilares, ciertas alteraciones sistémicas; además de los factores genéticos y nutricionales.²³ Por consiguiente, se desplaza el diente desde su cripta hasta llegar a su último posicionamiento en oclusal junto a su antagonista por intermedio del hueso alveolar.²⁴

Simultáneamente, se realizan dos procesos: el de reabsorción donde un tejido de granulación ricamente vascularizado es el responsable de reabsorber la raíz del diente temporal y, por otra parte, surgen los movimientos eruptivos de los dientes permanentes donde inicia la formación de la raíz del diente.²⁵ A los seis meses erupciona el primer diente temporal el incisivo central inferior; para el término de los 10 meses por lo general han salido todos los incisivos centrales y laterales de ambas arcadas, asimismo entre los once y dieciocho meses brotan los molares y

los caninos respectivamente, por último, entre los veinte y treinta meses emergen los segundos molares temporales.²⁶

Dentro de las características morfológicas generales de los dientes primarios tenemos primero que la corona es más pequeña comparada con los dientes permanentes, de apariencia achatada debido a la influencia del diámetro mesio – distal con respecto al diámetro cérvico – incisal, la zona oclusal es más amplia y aplanada, su color es blanquecino debido al corto tiempo de maduración es decir se forma menos dentina. Segundo, las raíces de los dientes temporales son más largas y delgadas con respecto a la corona, los dientes que presentan una sola raíz tienen una desviación hacia vestibular y distal en su tercio apical, espacio donde se aloja el germen del diente permanente, mientras que las raíces de los molares son demasiado divergentes ya que por debajo alojan al germen del diente sucesor además presentan una bifurcación bastante marcada cerca del cuello. Finalmente, la cámara pulpar presenta las siguientes características, su volumen es amplio, su morfología sigue el contorno del diente, los cuernos pulpares están ubicados en cada cúspide de los molares primarios, las cámaras pulpares de los molares del maxilar inferior son mayores que las de los molares del maxilar superior, mientras que existe una clara separación entre la cámara pulpar y el conducto radicular en los dientes anteriores.²⁷ Existen variaciones anatómicas de los conductos radiculares de los dientes deciduos, estas modificaciones cambian con el aumento de la edad, sobre todo en los molares inferiores, esto debido a la disposición de la dentina que influyen en el tamaño, número y la forma de los conductos ubicadas dentro de las raíces, adicionalmente la reabsorción radicular propia del organismo cambia la morfología del ápice de la raíz.²⁸

Entre las funciones de los dientes deciduos tenemos la masticación, preparando a los alimentos para la digestión y estos puedan ser asimilados de manera correcta aportando beneficios de alto valor nutritivo; la fonación, la ausencia de alguna pieza dental sobre todo ubicados en la parte anterior influye de forma negativa en la dicción del niño afectando su desarrollo psicomotor y la oclusión, la falta de cualquier diente ocasiona desajustes los cuales ocasionan trastornos a nivel de articulación temporomandibular y alteraciones en el proceso de erupción. Además, mantiene los espacios fisiológicos dentro del reborde alveolar participando en los

periodos de crecimiento y desarrollo de la altura de los maxilares contribuyendo a la armonía respiratoria y estética, asimismo son importantes porque sirven de guía para que los dientes permanentes erupcionen en una buena posición. ²⁹

El proceso de recambio dental tiene una duración entre seis a ocho años, la misma que está conformada de dos fases: en la primera fase o dentición mixta de primera fase los ocho incisivos centrales y laterales superiores e inferiores se exfolian para ser sustituidos por los permanentes, aquí también brota el primer molar permanente. La segunda fase o dentición mixta de segunda fase abarca la exfoliación de los caninos y molares deciduos los mismos que son sustituidos por los caninos y premolares permanentes, asimismo en esta etapa erupciona el segundo molar permanente. ³⁰

Una de las enfermedades infecciosas más comunes y de mayor incidencia que afecta a gran parte de la población mundial es la caries dental, esta afección puede acarrear una serie de problemas que van desde la inflamación de encías, dolor, infecciones, pérdida de dientes lo que conlleva a la pérdida del espacio dental.³¹ El proceso de caries consiste, en un desbalance causado por el consumo elevado de carbohidratos fermentables produciendo un desequilibrio en la composición y la actividad propia del biofilm provocando una pérdida mineral causado por los ácidos bacterianos.³² La caries temprana de la infancia, esta forma de caries severa se presenta de forma rampante en la dentición decidua afectando inicialmente a los dientes superiores de los bebés y niños, donde se muestran una serie de lesiones cariosas conocidas como el síndrome del biberón ³³. La etiología de la caries temprana corresponde a una serie de factores como la deficiente higiene oral, malos hábitos nutricionales y la invasión bacteriana. Así como por la presencia de hipoplasia este defecto en el esmalte podría cooperar a la formación de caries. ³⁴

Las caries en los niños presentan sus propias características, según la Academia Estadounidense de Odontología Pediátrica (AAPD), antes de los 71 meses de edad el niño presenta una o más lesiones cariosas como cavitadas o no cavitadas, las mismas que puede extenderse a otras piezas deciduas causando dolor, hinchazón hasta llegar a la pérdida de vitalidad del diente.³⁵ El esmalte de los dientes primarios está menos calcificados, por lo tanto, poseen cierta fragilidad y están propensos a la formación y desarrollo de caries dental, provocando la destrucción de tejidos

dentales causando patologías pulpares como pulpitis, periodontitis apical llegando finalmente a la pérdida de los dientes si no se trata a tiempo.³⁶

La caries de la dentina presenta dos tipos una lesión no penetrante la misma que se manifiesta con una sombra oscura de dentina la cual es vista a través del esmalte la misma que puede o no presentar microcavidad. Mientras que la caries de la dentina penetrante expone a la dentina en cavidad desde el 0.5 mm hasta llegar a la destrucción parcial o total de la superficie dental.³⁷

La pulpitis es una de las afecciones más comunes y frecuentemente está asociado con el dolor dental intenso, esta inflamación puede ser provocada por caries sin tratar que avanza hacia la dentina y llega finalmente a la pulpa, otras causas como traumatismos, fisuras, abrasión dental o dientes que presentan diversos procedimientos invasivos pueden ocasionar pulpitis. La pulpitis reversible, consiste en una leve inflamación que suele ser pasajera del nervio, es decir un estímulo provocado; pasando a una pulpitis transicional, que se caracteriza por ser un proceso inflamatorio más amplio donde hay una salida de líquido a la cavidad pulpar provocando dolor espontáneo, aunque no continuo. Mientras que la pulpitis irreversible, se produce cuando existe edema de la cavidad cerrada de la dentina comprometiendo la circulación e induciendo a que la pulpa se necrose, de dolor espontáneo, intenso, continuo, irradiado y referido. Por último, la pulpa necrótica, se refiere a la destrucción del tejido pulpar a causa del proceso inflamatorio, generalmente desaparece el dolor y presentan cambios en el color del diente afectado.³⁸

La periodontitis apical, es una patología que afecta a los tejidos perirradiculares que conforman el diente, provocada por agentes patógenos orales que colonizan los conductos radiculares necróticos. Se diferencia dos tipos, por un lado, tenemos la periodontitis apical primaria, habitualmente se pueden recuperar realizando un tratamiento de conducto; mientras que los conductos tratados sin éxito derivan a una periodontitis apical secundaria, influida por las distintas poblaciones microbianas que se resisten a la acción de los agentes antimicrobianos convencionales.³⁹

Los abscesos periapicales son infecciones localizadas en las estructuras dentales o tejidos circundantes y es causado por la invasión de una serie de

microorganismos patógenos, dentro de los signos y síntomas el paciente presenta inflamación, aumento de temperatura corporal, presencia de pus, limitación de la apertura bucal, dolor moderado o severo y dificultad para deglutir estas consideraciones son inmediatas de un proceso que se encuentra activo. Asimismo, si el proceso infeccioso no se trata a tiempo puede derivar a un cuadro severo como celulitis facial, celulitis periorbitaria, causal de complicaciones intracraneales, trombosis del seno cavernoso y angina de Ludwig este último poco frecuente en niños.⁴⁰ El absceso periapical con fístula y absceso periapical sin fístula es causado por una infección del conducto radicular, la diferencia entre ambas son sus manifestaciones clínicas mientras que la primera se caracteriza principalmente por la radiolucidez periapical la misma que está asociada a una fístula intraoral o extraoral por donde drena líquido purulento la otra no presenta este canal.⁴¹

Para el diagnóstico de una pulpitis irreversible se consideran los siguiente signos y síntomas: dolor dental espontáneo, patología de tejidos blandos o tracto sinusal, inflamación gingival que no esté asociada con enfermedad periodontal, movilidad anormal o evidencia radiográfica de radiolucidez periapical o en la furca, así como resorción radical interna o externa. Existen opciones de tratamiento para mantener los dientes deciduos con pulpitis irreversible, con necrosis pulpar o que presentan absceso pulpar causados por caries o trauma dental. La pulpectomía es un tratamiento factible a largo plazo para dientes no vitales sin resorción radicular, el cual consiste en tratar los conductos con varias técnicas de instrumentación y la obturación de la pieza. La exodoncia está indicada en dientes que no pueden ser restaurados con destrucción extensa de la corona o resorción de las raíces.⁴²

Las consecuencias de las extracciones pueden convertirse en problemas complejos a futuro como en el caso de la pérdida prematura de los segundos molares primarios superiores e inferiores posterior a la erupción de los primeros molares permanentes influye en el cierre del espacio sobre todo si tarda en erupcionar el sucesor. Además, la pérdida parcial o total de la estructura dental ocasiona la reducción del espacio disponible en la arcada, el mismo que provoca un desbalance a nivel estructural y funcional. Cada diente debe tener una correcta posición alineadas en cada maxilar para recibir las fuerzas musculares externas e internas, si se llega a alterar o se elimina esta posición inicial desencadenan una

serie de cambios como la migración dental y la pérdida del espacio que conducen a una desarmonía oclusal.⁴³

Ante la pérdida temprana de alguna pieza dental decidua, el especialista debe mantener la longitud en el arco dental hasta que brote el diente permanente, en el caso de los molares primarios, ya que, se produce un desplazamiento hacia mesial durante el brote de las piezas posteriores, por lo tanto, existe una predisposición al apiñamiento, inclinaciones, rotaciones, erupción ectópica y la retención de los dientes permanentes. El uso de mantenedores de espacio contribuye a reducir los efectos negativos.⁴⁴

Por otra parte, la prevención es sin duda la manera adecuada de mantener una salud oral óptima para no llegar a una situación tan compleja realizando tratamientos altamente invasivos para un niño y de alto costo, este mantenimiento bucal debe de comenzar antes que brote el primer diente y es aquí donde los padres deben influir en sus hijos no sólo se trata de imponerles los hábitos de limpieza dental, sino que los padres también deben ser modelo a seguir de sus hijos, es decir si el padre se cepilla tres veces al día el niño adoptará esta costumbre, el cuidado de la salud oral del niño es la base sobre la cual se puede edificar una educación preventiva de condiciones óptimas.⁴⁵ Durante los primeros años de vida, se debe de crear la costumbre de limpieza al bebe, realizando toques suaves en la mucosa oral y las encías con una gasa esterilizada, cuando brota el primer diente se empieza a cepillar usando pasta dental con flúor aproximadamente 500 ppm, la cantidad de pasta a usar es del tamaño de un arroz, el cepillado se debe de realizar de forma supervisada por los padres o cuidadores empleando la técnica del cepillado adecuado y así evitar la deglución de la misma.⁴⁶

Otro tratamiento preventivo es la aplicación de sellantes en fosas y fisuras, se aplican en la superficie de los molares los cuales son susceptibles a la caries. En la masticación las superficies oclusales del sector posterior tienen más predisposición al desarrollo de caries debido a su anatomía que retiene la placa, además, los dientes primarios poseen esmalte delgado y altamente poroso. Este procedimiento se realiza en consultorio, es mínimamente invasivo y de alta efectividad en la prevención de la caries dental.⁴⁷

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

Tipo: Básico, esta investigación buscó generalizar y ampliar conocimientos sobre fundamentos ya existentes, las mismas que van a contribuir en el desarrollo de futuras investigaciones. ⁴⁸

Diseño: No experimental, debido a que no existió manipulación alguna sobre el material que se va a analizar, así como también el investigador no intervino directamente en la misma. Por otra parte, el estudio es descriptivo, el cual incluyó la recolección de datos de modo que se realizó un análisis documental tomando las características según amerita la investigación. Además, este estudio incluyó un diseño retrospectivo que incluyó datos de los años 2017 al 2020 y transversal por lo que el análisis de los datos se evaluó solo por única vez de modo a que se recurrió a la data brindada por el servicio de odontología del centro de salud cuya información se recolecto una sola vez. ⁴⁹

3.2. Variables y operacionalización

Variable cualitativa: Causas más prevalentes de exodoncia en dientes deciduos.

Covariable sexo: cualitativo

Covariable grupo etario: cualitativo

Covariable tipo de pieza dental extraída: cualitativo

Covariable número de piezas dentales extraídas: cuantitativo

Covariable localización: cualitativo

Matriz de operacionalización de variables. (Anexo 1)

3.3. Población, muestra y muestreo

Población

Se tuvo una población de 220 historias clínicas de pacientes menores entre los 2 a 10 años que asistieron al servicio de odontología de un centro de salud público, cuyo periodo comprendió del año 2017 al 2020, los cuales se encontraron almacenados de forma manual en el libro de atenciones odontológicas de dicha institución.

Unidad de análisis: Historia clínica de paciente de 2 a 10 años.

Muestra:

Se trabajó con 220 historias clínicas conformando así toda la población.

Criterios de inclusión: Datos consignados en las historias clínicas de pacientes menores entre 2 a 10 años (infantes y niños) de ambos sexos que se realizaron extracciones de dientes deciduos con diagnósticos detallados en el instrumento acuerdo a la patología descrita en el CIE – 10.

Criterios de exclusión: Datos incompletos, datos de extracciones de dientes permanentes en pacientes entre 6 a 10 años (niños) y otros diagnósticos que no estuvieron contemplados en el instrumento.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se utilizó la técnica del análisis documental, representada por una ficha de recolección de datos, la misma que fue creada por la investigadora; en su estructura tuvo los siguientes ítems: en la primera columna ocupó el número de historia clínica, en la segunda columna se incorporó el sexo, en la siguiente tercera columna abarcó el grupo etario, en la cuarta columna sostuvo el diagnóstico de acuerdo a la patología descrita en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud CIE – 10, la quinta columna tuvo el número de piezas extraídas, en la sexta columna se consideró el tipo de pieza dental extraída superior y finalmente en la séptima columna incluyó el tipo de pieza extraída inferior (Anexo 2).

Esta ficha de recolección de datos pasó por un proceso de validación interna, el cual fue revisado por los docentes con años de experiencia, en el cual aprobaron el contenido del instrumento firmando el formato de validación del instrumento de recolección de datos (Anexo 3). Cabe precisar que debido a la naturaleza del instrumento no requirió una prueba de confiabilidad, la ficha de recolección tuvo como función solo consolidar la información de las historias clínicas.

Asimismo, se procedió a realizar una declaración jurada simple donde la odontóloga, jefa del servicio declaró que los diagnósticos y procedimientos se ejecutaron de manera acertada, oportuna y satisfactoria (Anexo 4).

3.5. Procedimientos

En principio se ingresó de manera digital un formulario brindado por la universidad, con datos del centro de salud público, así como los del proyecto de la investigación a realizar, luego la Escuela Académica Profesional de Estomatología por intermedio de la coordinadora del taller de tesis de Estomatología emitió una carta de presentación al jefe del establecimiento donde se solicitó ejecutar la investigación (Anexo 5). Posterior a ello, se presentó la carta en mesa de partes de la institución, en el transcurso de los días se recibió la autorización por parte de la dirección del centro de salud (Anexo 6). La investigadora se apersonó al servicio de odontología donde se encontró que los registros se realizan de manera manual a través de un libro de atenciones odontológicas, se gestionó un reporte de todas las atenciones ejecutadas en el servicio, que incluyó al número de historia clínica, edad del paciente, sexo y el procedimiento de exodoncia, este dato formó parte de la población total (Anexo 7). Posteriormente, con los datos encontrados en el libro de atenciones se acudió al archivo del centro de salud donde se buscó las historias clínicas, los datos de interés fueron encontrados en el diagnóstico y el tratamiento completando así la información la misma que se ingresó a la ficha de recolección de datos considerando los criterios de inclusión y exclusión. Todos estos datos fueron registrados en el instrumento (Anexo 8). Finalmente, al término de la investigación el centro de salud extendió una constancia de culminación del proyecto de tesis (Anexo 9).

3.6. Método de análisis de datos

Toda la información de la historia clínica obtenida, fue organizada y almacenada dentro de una base de datos del software Microsoft Office Excel versión 2019; luego estos datos fueron procesados en el programa estadístico IBM SPSS versión 26 (Anexo 10), donde se realizó el análisis descriptivo a través de las tablas de frecuencia (Anexo 11) y para los casos de búsqueda de asociación entre variables se realizó tablas de contingencias adicionando la prueba inferencia I de chi-cuadrado a un nivel de significación del 5 % y 95 % de nivel de confianza (Anexo 12).

3.7. Aspectos éticos

Se respetó los principios éticos contemplados en la declaración de Helsinki, el incumplimiento de alguno de estos principios se considera una falta de respeto hacia los participantes de la investigación.⁵⁸ Entre los principios bioéticos que se destacan son el principio de no maleficencia en esta ocasión los datos utilizados en las historias clínicas no causaron ningún perjuicio a la población que formó parte de la investigación. Otro principio que sobresale en esta investigación es el de beneficencia los datos obtenidos proporcionaron información de la situación real, estos resultados son de gran utilidad para que la atención de la salud bucal no sea relegada. Asimismo, se cumplió el principio de justicia ya que el trato en el análisis de las historias clínicas fue justo para toda la población. Además, en todo momento se protegió la identidad de los pacientes, la confidencialidad de la información personal se tuvo en cuenta al resguardar la información durante la pesquisa para ello solo se consideró el número de historia clínica.⁵⁹

Finalmente, los resultados obtenidos conservaron su objetividad, asimismo, se admitió el reconocimiento de todos los autores de las fuentes de información incluyendo libros, revistas indexadas y tesis guía, los mismos que fueron citados parcial y totalmente en esta indagación.

IV. RESULTADOS

Tabla 1. Causas más prevalentes de exodoncia de dientes deciduos en menores atendidos en un centro de salud público, Piura 2017 – 2020

Causas más prevalentes de exodoncia de dientes deciduos	f	%
Caries de la dentina	1	0,5
Pulpitis irreversible	27	12,3
Necrosis pulpar	163	74,1
Absceso periapical con fístula	16	7,2
Absceso periapical sin fístula	13	5,9
Total	220	100,0

Fuente: Propia del autor

Conforme a la descripción en la tabla 1, la primera causa más prevalente de exodoncia de dientes deciduos en menores atendidos en un centro de salud público en Piura entre los años 2017 – 2020 fue la necrosis pulpar con el 74,1 %; mientras que la pulpitis irreversible fue la segunda causa más prevalente de exodoncia de dientes deciduos en menores atendidos en un centro de salud público en Piura entre los años 2017 – 2020 con el 12,3 %; además la tercera causa más prevalente de exodoncia de dientes deciduos en menores atendidos en un centro de salud público en Piura entre los años 2017 – 2020 fue el absceso periapical con fístula con el 7,2 %; por el contrario la cuarta causa más prevalente de exodoncia de dientes deciduos en menores atendidos en un centro de salud público en Piura entre los años 2017 – 2020 fue absceso periapical sin fístula con el 5,9 %; finalmente, la caries de la dentina fue la quinta causa más prevalente de exodoncia de dientes deciduos en menores atendidos en un centro de salud público en Piura entre los años 2017 – 2020 con el 0,5 %.

Tabla 2. Causas más prevalentes de exodoncia de dientes deciduos en menores atendidos en un centro de salud público, Piura 2017 – 2020, según sexo

Causas más prevalentes de exodoncia de dientes deciduos	Sexo				P-valor
	Masculino		Femenino		
	f	%	f	%	
Caries de la dentina	0	0,0	1	0,5	0,493
Pulpitis irreversible	15	6,8	12	5,5	
Necrosis pulpar	80	36,3	83	37,8	
Absceso periapical con fístula	9	4,1	7	3,1	
Absceso periapical sin fístula	9	4,1	4	1,8	
Total	113	51,3	107	48,7	

Fuente: Propia del autor

*Prueba estadística Chi cuadrado

Según la tabla 2, la necrosis pulpar fue la causa más prevalente de exodoncia de dientes deciduos en mujeres obteniendo el 37,8 %. Asimismo, se aplicó la prueba estadística de Chi-cuadrado obteniéndose un valor $p= 0,493$ es mayor al 0,05 de significancia, por lo que se encuentra suficiente evidencia estadística para afirmar que el sexo no está relacionado con las causas más prevalentes de exodoncia de dientes deciduos.

Tabla 3. Causas más prevalentes de exodoncia de dientes deciduos en menores atendidos en un centro de salud público, Piura 2017 – 2020, según el grupo etario.

Causas más prevalentes de exodoncia de dientes deciduos	Grupo etario				P-valor
	Infantes (2 años a 5 años)		Niños (6 años a 10 años)		
	f	%	f	%	
Caries de la dentina	0	0,0	1	0,5	0,529
Pulpitis irreversible	6	2,7	21	9,6	
Necrosis pulpar	43	19,5	120	54,6	
Absceso periapical con fístula	4	1,8	12	5,4	
Absceso periapical sin fístula	6	2,7	7	3,2	
Total	59	26,7	161	73,3	

Fuente: Propia del autor

*Prueba estadística Chi cuadrado

Conforme a la tabla 3, la necrosis pulpar fue la causa más prevalente de exodoncia de dientes deciduos en los niños de 6 años a 10 años con el 54,6 %.

De igual manera, se aplicó la prueba estadística de Chi-cuadrado obteniéndose un valor $p= 0,529$ es mayor al 0,05 de significancia, por lo que, se encuentra suficiente evidencia estadística para afirmar que el grupo etario no está relacionado a las causas más prevalentes de exodoncia de dientes deciduos.

Tabla 4. Causas más prevalentes de exodoncia de dientes deciduos en menores atendidos en un centro de salud público, Piura 2017 – 2020, según el tipo de diente

Causas más prevalentes de exodoncia de dientes deciduos	Tipo de pieza dental extraída						P-valor
	Incisivos		Caninos		Molares		
	f	%	f	%	f	%	
Caries de la dentina	0	0,0	0	0,0	1	0,5	
Pulpitis irreversible	2	0,9	0	0,0	25	11,4	
Necrosis pulpar	17	7,7	6	2,7	140	63,7	
Absceso periapical con fístula	2	0,9	0	0,0	14	6,3	0,736
Absceso periapical sin fístula	3	1,3	1	0,5	9	4,1	
Total	24	10,8	7	3,2	189	86	

Fuente: Propia del autor

*Prueba estadística Chi cuadrado

Conforme a la tabla 4, la necrosis pulpar fue la causa más prevalente de exodoncia de dientes deciduos en molares con un 63,7 %. Por otro lado, se empleó la prueba estadística de Chi-cuadrado donde se obtuvo un valor $p = 0,736$ el cual es mayor al 0,05 de significancia, existiendo suficiente evidencia estadística para aseverar que el tipo de diente no está relacionado con las causas más prevalentes de exodoncia de dientes deciduos.

Tabla 5. Causas más prevalentes de exodoncia de dientes deciduos en menores atendidos en un centro de salud público, Piura 2017 – 2020, según el número de dientes extraídos.

Causas más prevalentes de exodoncia de dientes deciduos	Número de piezas dentales extraídas				P-valor
	1 pieza dentaria		2 o más piezas dentarias		
	f	%	f	%	
Caries de la dentina	1	0,5	0	0,0	0,889
Pulpitis irreversible	18	8,2	9	4,1	
Necrosis pulpar	108	49,1	55	25,0	
Absceso periapical con fístula	11	5,0	5	2,2	
Absceso periapical sin fístula	10	4,5	3	1,4	
Total	148	67,3	72	32,7	

Fuente: Propia del autor

*Prueba estadística Chi cuadrado

Según la tabla 5, la necrosis pulpar fue la causa más prevalente de exodoncia donde el 49,1 % correspondió a la extracción de una pieza dentaria. Del mismo modo, se procedió a realizar la prueba estadística de Chi-cuadrado obteniéndose un valor $p = 0,889$ el cual es mayor al 0,05 de significancia, en el cual existe suficiente evidencia estadística para asegurar que el número de dientes extraídos no está relacionado con las causas más prevalentes de exodoncia de dientes deciduos.

Tabla 6. Causas más prevalentes de exodoncia de dientes deciduos en menores atendidos en un centro de salud público, Piura 2017 – 2020, según localización

Causas más prevalentes de exodoncia de dientes deciduos	Localización				P-valor
	Arcada superior		Arcada inferior		
	f	%	f	%	
Caries de la dentina	1	0,5	0	0,0	0,679
Pulpitis irreversible	10	4,5	17	7,8	
Necrosis pulpar	62	28,2	101	45,9	
Absceso periapical con fístula	5	2,2	11	5,0	
Absceso periapical sin fístula	6	2,7	7	3,2	
Total	84	38,1	136	61,9	

Fuente: Propia del autor

*Prueba estadística Chi cuadrado

Según la tabla 6, la necrosis pulpar fue la causa más prevalente de exodoncia de dientes deciduos donde el 45,9 % de extracciones se localizó en la arcada inferior. Igualmente, se aplicó una prueba estadística de Chi-cuadrado obteniéndose un valor $p = 0,679$ el cual es mayor al 0,05 de significancia, en donde, existe evidencia estadística suficiente para asegurar que la localización no está relacionada con las causas más prevalentes de exodoncia de dientes deciduos.

V. DISCUSIÓN

La relevancia de la presente investigación dentro del contexto científico social es que se realizó en un establecimiento de salud público y que tiene a una odontopediatra ejerciendo labores hace ya varios años, este detalle pasa desapercibido por la población debido a que asisten cuando ya es demasiado tarde por lo que la extracción de los dientes deciduos es la única opción.

En la presente investigación, determinó que la necrosis pulpar fue la causa de exodoncia en la mayoría de los dientes deciduos en menores que asistieron a un centro de salud representando el 74,1 %; este diagnóstico es una consecuencia que deriva de la caries dental. En la misma línea, Maslak E, et al.¹² en su investigación realizada en Rusia demostró que el 69,2 % de las extracciones de dientes primarios fueron secuelas de caries dental, los niños acudían de emergencia al servicio de odontología presentando dolor agudo e inflamación severa. Esto se debe a que la mayoría de los pacientes menores asisten al consultorio solo cuando presentan lesiones cariosas severas que no han sido tratadas, con destrucción parcial o total del tejido dental, motivo por el cual el especialista opta por la extracción temprana de estos dientes temporales. Además, la exodoncia está indicada en dientes con destrucción extensa de la corona y reabsorción de las raíces, los cuales no pueden ser restaurados; en algunos casos, existe la preferencia de los padres o a otras razones determinadas por el dentista que la extracción es la mejor opción, a pesar de que el diente afectado tenga la posibilidad de ser restaurado.³⁹ La caries dental es una enfermedad progresiva, tanto así que la dentina y la pulpa presentan una gran resistencia a la lesión cariosa, cuando la lesión es profunda se inicia una reacción antiinflamatoria por partes de los odontoblastos; aun así la pulpa no se ve afectada; porque tiene regulación en el desarrollo de la inflamación, regeneración y vascularización. Usualmente, se considera a una lesión cariosa como un proceso dinámico; su progresión no solo se limita a la infiltración bacteriana y del ambiente local, sino de la respuesta que muestra la pulpa.⁶⁰ Regularmente, la caries dental ocasiona destrucción y disolución de tejidos dentales, provocando desde pulpitis, abscesos periapicales hasta llegar a la necrosis pulpar.³⁵

También, se halló que el sexo femenino tuvo mayor prevalencia de exodoncia de dientes deciduos con el 37,8 % en comparación con el sexo masculino que obtuvo el 36,3 %. Del mismo modo, el estudio de Demiriz L, et al.¹⁷ se obtuvo mayor exodoncia de dientes primarios en niñas con el 56,6 %, entretanto los niños alcanzaron el 43,4 %. A diferencia Bansal M, et al.¹⁸ en su estudio, halló que los niños tenían mayor pérdida de dientes deciduos con un 52,5 %, mientras que las niñas presentaron el 47,5 %. Cabe indicar que la diferencia entre ambos sexos no fue estadísticamente significativa; esto debido a que la prevalencia de caries dental por género seguido de exodoncia es un tema controvertido ya que en varios estudios existen variaciones en los resultados, en tanto es probable que la dieta basada en el género esté relacionada o que sea un factor de riesgo de caries ya que no existió alguna diferencia significativa entre niños y niñas en términos de CPOD reportados.³⁰

A nivel del grupo etario, arrojó que los menores de 6 a 10 años representado con el 73,2 % tiene mayor prevalencia de extracción en dientes deciduos frente a un 26,8 % el cual corresponde al grupo etario conformado por las edades de 2 a 5 años. Por el contrario, según el estudio retrospectivo de Candan M, et al.¹³ realizado en Turquía, determinó que en los registros dentales de los pacientes pediátricos con edades que oscilan entre los 3 a 5 años se les extirparon los dientes deciduos debido a que presentaron caries temprana de la infancia. Conforme con la Academia Estadounidense de Odontología Pediátrica AAPD, la caries de la primera infancia ocurre antes de los 71 meses de edad, esta caries puede extenderse a varios dientes deciduos; también indica que durante la infancia los mecanismos de defensa del huésped aún no están consolidados, a ello se le suma las diferentes bacterias orales colonizadas, el comportamiento de salud oral en este grupo etario y los hábitos nutricionales lo que contribuye a la diversidad y complejidad de esta caries.³⁴ Por otro lado, el grupo etario de 6 a 10 años se encuentran en etapa escolar, por lo que la caries dental sigue siendo una carga importante de salud pública en países en desarrollo, afectando al 60 % - 90 % de esta población, este creciente nivel de caries se debió a gran parte al aumento del consumo de azúcares y a la reducción de exposición de flúor en los colegios.⁶¹

En cuanto al tipo de pieza dental extraída, se notó que el molar deciduo obtuvo el 85,9% de prevalencia de exodoncia, seguido por el incisivo con el 10,9 % y, por último, el canino con el 3,2 % de extracciones. De igual manera, en el estudio realizado por Salim N, et al.¹⁰ en Jordania, los datos recogidos concluyeron que el 56,9 % de los dientes que requirieron extracción fueron los molares temporales inferiores; asimismo, los dientes temporales menos comunes que requirieron exodoncia fueron los incisivos con el 3,5 %. Siguiendo la misma línea, en el análisis realizado por Neslihan C, et al.¹⁶ determinó que el 69 % de las exodoncias correspondían a los primeros y segundos molares deciduos. Generalmente, la inflamación pulpar por caries dental no tratada puede conducir a la pérdida prematura de los molares deciduos lo que trae como consecuencia una alta incidencia en la pérdida de espacio en el 96 % de exodoncias; además, está dispuesto que la remoción de los molares temporales antes de los 8 años retrasa la erupción de los dientes sucesores, simultáneamente, también puede aparecer defectos en el desarrollo de esmalte en los dientes permanentes.⁶² Las pérdidas prematuras de los molares temporales, también se debe a las características morfológicas que presentan como fosas profundas, grietas a nivel oclusal y las superficies lisas a nivel proximal; además el grosor del esmalte y la dentina son muy delgados, estas particularidades favorecen a la placa bacteriana, esto sumado a otros factores etiológicos como la elevada ingesta de carbohidratos fermentables, cantidad de bacterias, el estado de salud general, hábitos en el cepillado dental y componentes de la saliva.³¹

Con respecto al número de piezas dentales extraídas, se obtuvo el 67,3 % de exodoncias de solo una pieza, mientras, que el 32,7 % corresponde a las extracciones de dos a más piezas. Igualmente, Assadi A, et al.¹⁵ en Bagdad, encontró que el 60,8 % de la población pediátrica se le había removido un diente deciduo; asimismo, el 39,2 % se les habían extraído más de un diente primario. Por el contrario, según el estudio de Cornejo S, et al.¹⁴ en Perú, se removieron el 51,8 % de dos a más piezas dentarias y al 48,2 % solo se le retiró un solo diente. Los efectos de las pérdidas pueden variar de acuerdo con el tipo de diente primario que se pierde, el estado de formación del diente definitivo, las características previas que tienen los maxilares y el tiempo en que el paciente acude al odontólogo. La salud bucal de los niños se ve comprometida y depende mucho del conocimiento,

importancia y actitud de los padres; la principal idea errónea que tienen es que estos dientes serán cambiados por lo que no les brindan el cuidado necesario para conservarlos; tal es así, que los resultados de un estudio arrojaron que el 68 % de los padres pensaba que no era necesario realizar tratamiento; otro dato fue que el 56 % de los padres entendía que el tratamiento de los dientes de leche evitaría más caries, además, se observó que el 42 % de los padres de familia tenían conciencia de mantener los dientes primarios para así evitar el movimiento de otros dientes.⁶³

Existe una alta prevalencia de caries en niños amamantados con fórmula, un claro ejemplo es que la caries de la primera infancia se desarrolla en los niños que son alimentados con biberón durante la noche, también se incluye el consumo de alimentos complementarios que contienen azúcares libres; además, no existe una base sólida de hábitos en higiene oral por parte de los padres desde la erupción del primer diente de leche. Otro factor que se le atribuye es la solvencia económica ya que los niños con recursos bajos suelen ser descuidados por sus padres a la hora de realizarse tratamientos dentales.⁶⁴ La declaración de Bangkok del IAPD, recomienda: concientizar a todas las partes involucradas acerca de la caries de primera infancia EEC, evitar el consumo de azúcares libres en niños menores de 2 años, realizar el cepillado dental al menos dos veces al día y brindar información preventiva.⁶⁵ Se puede atribuir a estas medidas como las que generan un cambio en los hábitos del niño de esta manera se espera que se logre una reforma total sobre la importancia de conservar los dientes temporales.

Existen equipos de atención conformado por profesionales de la salud bucodental, los cuales se encargan de realizar un trabajo preventivo y de control de las lesiones cariosas, asistiendo más que todo a los colegios, por lo tanto, este personal realiza diferentes actividades entre ellas la exposición al flúor es clave para reducir la prevalencia y la gravedad de la caries; existen dos formas de aportar flúor a la población: la exposición sistemática que incluye el agua potable fluorada, el enriquecimiento con flúor a la sal y la fluorización de la leche. La exposición tópica implica el cepillado de dientes por lo menos dos veces al día con pasta dentales que contengan entre 1000 a 1500 ppm de fluoruro. Otras maneras de contener la progresión de la caries es la aplicación periódica de flúor barniz al 5% logrando prevenir el desarrollo de nuevas lesiones cariosas en los dientes primarios y ayuda

a remineralizar las lesiones en el esmalte, para mantener la eficacia se debe aplicar cada tres a seis meses. Los sellantes también juegan un papel importante en la reducción de desarrollo y progresión de la caries, estos se aplican en fosas y fisuras de los molares. Para las lesiones cavitadas se aplica una solución de fluoruro diamino de plata al 38% semestral o anualmente, ayudando a detener el avance de la lesión, minimiza molestias pulpares lo que mantiene al diente sin síntomas el mismo que puede conservarse hasta su exfoliación.⁶⁶

Se ha demostrado la importancia que tiene la dentición decidua para el desarrollo de la futura dentición permanente, lo que explica que la pérdida prematura de este tipo de dientes tendría consecuencias negativas que afectan su funcionalidad presentando problemas de maloclusión, a lo que se agrega el desplazamiento de los dientes adyacentes provocando una desarmonización dentaria, pérdida de longitud en los arcos por la mesialización del diente posterior, cierre de espacios lo que dificulta la erupción natural del diente permanente, en lo que respecta a los dientes anteriores se puede presentar distalización al espacio edéntulo; extrusión del diente antagonista; problemas a nivel sagital, vertical y transversal; a nivel de la articulación temporomandibular existe presencia de disfunción. Los pacientes menores ante la pérdida precoz se someten a tratamientos que incluyen prótesis y aparatología tempranas; además, existe una incidencia en el desarrollo de malos hábitos creados por la lengua.⁶⁷

Para terminar, la mayor frecuencia de exodoncia de dientes primarios de acuerdo con la localización es la arcada inferior con el 61,8 % mientras que la arcada superior posee el 38,2 %. Por el contrario, en el estudio de Sankar P, et al.¹¹ en la India describe que la mayoría de las extracciones se realizaron en el maxilar superior con el 53,60 % en comparación con el con el arco inferior. Se sabe que existen principales diferencias en la forma de los arcos dentales con la oclusión fisiológica y estas se deben a las especificidades como los tamaños sagitales, diagonales y transversales y el tipo de diente; los parámetros normales de los maxilares pueden sufrir cambios después de la erupción del siguiente grupo de dientes los permanentes, esto debido a distintos factores lo que incluye la pérdida temprana de los dientes de leche. Morfológicamente, la integridad de la arcada que contiene a los dientes primarios ejerce una importante influencia en el

mantenimiento de la longitud de los arcos, las consecuencias en el sector anterior por la pérdida anticipada de los dientes temporales son de consideración afectando el habla, debido que estos dientes juegan un papel importante en la fonación lo que podría desencadenar distintos problemas como dificultad para articular palabras, trastornos en el habla, alteración al momento de pronunciar las palabras ya sea omitiendo, añadiendo o distorsionando fonemas.⁶⁸

Dentro de la metodología utilizada su fortaleza radicó en la investigación fue cuantitativa la recopilación y análisis de los datos fueron obtenidos a través de los registros del libro de atenciones odontológicas y de las historias clínicas este proceso ayudo a simplificar tiempos en la recolección de datos. Asimismo, los resultados fueron detallados en una tabla de frecuencia, este recuento de la información obtenida del instrumento determino que la causa más prevalente de exodoncia de dientes deciduos fue la necrosis pulpar seguida por otras causas igual de relevantes. Además, en las tablas de contingencia la cuales cruzaron información con la variable principal, se obtuvo que los valores p fueron mayores al 0,05 de significancia lo que implicó que existe suficiente evidencia científica para asegurar que las covariables detalladas como sexo, grupo etario, tipo de pieza extraída, número de dientes extraídos y la localización no están relacionadas con las causas más prevalentes de exodoncia de dientes deciduos.

Por otro lado, la debilidad que se apreció fue en el análisis documental en la búsqueda, recuperación y en la interpretación de algunas historias clínicas debido a su antigüedad el estado de conservación era deficiente esto dificultó su observación y en algunos casos no se tomó en cuenta estas historias.

VI. CONCLUSIONES

- 1.- La causa más prevalente de exodoncia de dientes deciduos en menores atendidos en centro de salud público de Piura entre los años 2017 – 2020, fue el diagnóstico de necrosis pulpar.
- 2.- La necrosis pulpar fue la causa más prevalente de exodoncia de dientes deciduos, en donde afectó más al sexo femenino que al sexo masculino.
- 3.- La necrosis pulpar fue la causa más prevalente de exodoncia de dientes deciduos, en donde afectó más al grupo etario conformado por los niños de 6 a 10 años que al grupo de 2 a 5 años.
- 4.- Los molares deciduos fueron el tipo de dientes con mayor cantidad de exodoncia en menores atendidos en un centro de salud público, Piura 2017 – 2020.
- 5.- En cuanto al número de piezas extraídas, se determinó que una pieza dentaria fue extraída con más frecuencia en menores atendidos en un centro de salud público Piura 2017 – 2020.
- 6.- Finalmente, con respecto a la localización, la arcada inferior fue la ubicación con más exodoncia de dientes deciduos en menores atendidos en un centro de salud público Piura 2017 – 2020.

VII. RECOMENDACIONES

- 1.- Se plantea que el estado a través del ministerio de salud capacite a los docentes de manera adecuada sobre salud bucal, factores riesgo, el cuidado y la conservación de los dientes temporales para que puedan difundir esta información a los niños en etapa preescolar y escolar.
- 2.- Asimismo, el estado debe conformar brigadas en salud oral conformada por odontólogos donde asistan a las comunidades y brinden tratamientos de prevención como la aplicación de flúor, difundan información sobre el cuidado de los dientes, técnicas del cepillado entre otras medidas.
- 3.- Se plantea que el ministerio de salud integre la atención primaria que brindan los diferentes centros de salud donde participen los profesionales de la salud no especializados en salud oral en actividades relacionadas con la prevención, importancia de los dientes primarios y efecto que ocasiona la caries dental.
- 4.- Se sugiere que el centro de salud Santa Julia reporte la problemática para que las autoridades en salud oral de la región apliquen medidas de corrección en los programas de salud oral. Asimismo, sugiere replicar esta investigación en los diferentes establecimientos de salud de la región Piura, el cual mostraría la realidad problemática de la población infantil, el aporte de nuevos datos tendría un impacto en la comunidad científica nacional.
- 5.- Es necesario concientizar a que los padres de familia influyan en la importancia de los primeros dientes para ello deben crear hábitos saludables en la dieta con un aporte nutricional, un correcto y frecuente cepillado dental y la visita al odontólogo.

REFERENCIAS

1. Iman I, Dwiatmoko S, Setyorini D. Incidence picture of early loss of primary first molar teeth in 6-9 years old children in dental hospital of Jember university. Rev JKG. [Internet]. 2021 [Citado 17 mayo 2022] 8(2); 161. Disponible en: <https://doi.org/10.31983/jkg.v8i2.7071>
2. Infosalus.com [Internet]. Madrid: Europa Press; 2020 [actualizado 20 mar 2020; citado 18 mayo 2022]. Disponible en: <https://tinyurl.com/25mzo5wc>
3. MINSA: Ministerio de Salud [Internet]. Perú: MINSA; 2022 [actualizado 04 feb 2022; citado 18 mayo 2022]. Disponible en: <https://tinyurl.com/2abzskfg>
4. Ceja S, Palacios M, Vargas N, Pérez M. Pérdida prematura de dientes temporales en niños de cinco a 10 años que acuden a la facultad de odontología en Durango. Rev Oral [Internet]. 2019 [Citado 17 mayo 2022] 20 (62); 1675. Disponible en: <https://tinyurl.com/27n66zrv>
5. Nadelman P, Bedran N, Magno M. Premature loss of primary anterior teeth and its consequences to deciduous dental arch and speech pattern: a systematic review and meta-analysis. Jour of Ped Dent [Internet]. 2020 [Citado 17 mayo 2022] 31 (5); 600. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/ipd.12644>
6. Nadelman P, Magno M, Piton M, Regal A. Does the premature loss of primary anterior teeth cause morphological, fuctional and psychosocial consequences?. Brasil Res Oral [Internet]. 2021 [Citado 17 mayo 2022] 35(92); 5 – 8. Disponible en: <https://tinyurl.com/2ymxq2xd>
7. Gibas M, Loster B. The effect of premature extraction of primary molars on spatial conditions and formation of malocclusion a systematic review. J Stoma [Internet]. 2018 [Citado 17 mayo 2022] 71(5); 420. Disponible en: <https://tinyurl.com/2c2ahdxw>
8. Samuel S, Selvaraj D, Ebenezer J, Rebekah S, Koshy S. Nature and pattern of primary teeth extractions in a tertiarycare hospital setting in south India. Indian J Dent Res. [Internet]. 2018 [Citado 17 mayo 2022] 29 (2); 1. Disponible en: <https://tinyurl.com/2aq5n48a>
9. Bitencourt F, Rodrigues J, Toassi R. Narratives about a stigma: attributing meaning to the early loss of deciduous teeth on children´s caregivers. Braz Oral Res. [Internet]. 2021 [Citado 17 mayo 2022] 35 (44); 3 – 8. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2021.vol35.0044>

10. Salin N, Sawair F, Meyad F, Satterhwaite J, Abukaraky A. Pattern, frequency and causes of dental extraction among children/adolescents syrian refugees: an observational study . BMC Pediatrics. [Internet]. 2022 [Citado 24 mayo 2022] 22 (100); 1. Disponible en: <https://tinyurl.com/2bh7ont7>
11. Sankar P, Mani G, Ravindran V. Nature and pattern of primary teeth extraction among children in Chennai city with aerly childhood caries. Jour of Cont Issu in Busi and Gover. [Internet]. 2021 [Citado 24 mayo 2022] 27 (2); 3308. Disponible en: <https://tinyurl.com/2385pm2l>
12. Maslak E, Fomenko I, Kasatkina A, Kamennova T, Khmizova T. Et al. Reasons for primary teeth extraction in children aged 1-14 years: a retrospective study. Palarch's Journal. [Internet]. 2020 [Citado 24 mayo 2022] 17(6); 13948. Disponible en: <https://tinyurl.com/2c3ohws2>
13. Candan M, Buldur B. Primary tooth extraction pattern among Turkish children with severe early childhood caries treated under general anesthesia. Pesqui Bras Odon Ped Clín Integr. [Internet]. 2020 [Citado 24 mayo 2022] 20(5382); 1-2. Disponible en: <https://tinyurl.com/25m7oyl6>
14. Cornejo S, Moya Z. Factores relacionados a la pérdida prematura de dientes deciduos en niños de 6 – 10 años de cuatro colegios públicos de Puno. Odontol Pediatr. [Internet]. 2020 [Citado 17 mayo 2022] 19 (2); 54 – 7. Disponible en: <https://doi.org/10.33738/spo.v19i2.135>
15. Assadi A. Patterns and causes of teeth extraction among children attending Baghdad dental teaching hospital. Inter Jour of Med Resea & Healt Scien. [Internet]. 2018 [Citado 24 mayo 2022] 7(5); 88-9. Disponible en: <https://tinyurl.com/2a7mh7f8>
16. Neslihan C, Faruk O, Kurt M, Elasan S. Surgical evaluation of the early extraction of deciduous teeth by faculty of dentistry oral and maxilofacial surgery clinic throughout a year: retrospective study. East J Med. [Internet]. 2018 [Citado 24 mayo 2022] 23(3); 182-5. Dispibile en: <https://tinyurl.com/284o5rtl>
17. Demiriz L, Hazar E. Reasons for the extraction of primary teeth in primary school-age children in Zonguldak, Turkey: a retrospective study. Meandros Med Dent J. [Internet]. 2018 [Citado 24 mayo 2022] 19(32); 2. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4274/meandros.21939>

18. Bansal M, Gupta N, Gupta P, Arora V, Thakar S. Reasons for extraction in primary teeth among 5-12 years school children in Haryana, India – A cross-sectional study. *J Clin Exp Dent*. [Internet]. 2017 [Citado 24 mayo 2022] 9(4); 545 – 6. Disponible en: <https://doi.org/10.4317%2Fjced.53076>

19. Verma N, Bansal A, Tyagi P, Jain A, Tiwari U, Gupta R. Eruption chronology in children: A cross-sectional study. *Int J Clin Pediatr Dent*. [Internet]. 2017 [Citado 31 mayo 2022] 10 (3); 278. Disponible en: <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10005-1450>

20. Ogorescu O, Popa M, Isac C, Pinosanu R, Olaru D, Et al. Eruption timing and sequence of primary teeth in a sample of Romanian children. *Diagnostics*. [Internet]. 2022 [Citado 31 mayo 2022] 12 (606); 1 -2. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/diagnostics12030606>

21. Hovorakova M, Lesot H, Peterka M, Peterkova R. Early development of the human dentition revisited. *J Anat*. [Internet]. 2018 [Citado 31 mayo 2022] 4 (233); 137. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/joa.12825>

22. Bastos R, Alencar L, Andrade D, Alencar M. Evaluation of the relationship of signs and symptoms during the period of eruption of deciduous teeth. *Rev Odontopediatra Lat*. [Internet]. 2019 [Citado 31 mayo 2022] 9 (2); 133. Disponible en: <https://tinyurl.com/26ytpck>

23. Ahmadi F, Reza A, Basir A. Evaluations of factors related to the first deciduous tooth eruption time in infants born in Hamadan, Iran. *Avicenna J Dent Res*. [Internet]. 2017 [Citado 31 mayo 2022] 9 (2); 1. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5812/ajdr.60714>

24. Elkhatib M, El-Dokky N, Nasr R. The eruption sequence of primary and permanent teeth in a group of children a cross-sectional study. *E D J*. [Internet]. 2021 [Citado 31 mayo 2022] 67 (1); 42. Disponible en: <https://tinyurl.com/2d7mgrna>

25. Jarka J, Angerman A. The sequence of replacement of deciduous teeth by permanent teeth in the lateral maxillary segments and its clinical significance. *Forum Ortod*. [Internet]. 2021 [Citado 31 mayo 2022] 17(2); 94 – 5. Disponible en: <https://doi.org/10.5114/for.2021.107528>

26. Sandóval F. Basic principles of dentistry to the pediatrician first part. *Rev Soc Bol Ped*. [Internet]. 2015 [Citado 31 mayo 2022] 54 (1); 51 – 2. Disponible en: <https://tinyurl.com/27ytlmoe>

27. Oliveira J. Manual de anatomía dental y pulpar de dientes primarios. DEPU. [Internet]. 2018 [Citado 31 mayo 2022] 1; 10 – 21. Disponible en: <https://tinyurl.com/25xexxzh>
28. Ahmed H, Musale P, El Shahawy O, Dummer P. Application of a new system for classifying tooth, root and canal morphology in the primary dentition. Rev IEJ. [Internet]. 2020 [Citado 31 mayo 2022] 53 (2); 28 – 9. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/iej.13199>
29. Castro A, Córtes C, Ferreira J, Machado R, Araújo D. Importance of deciduous teeth: maternal perceptions and early childhood caries. Pesq Bras Odontoped Clin Integr. [Internet]. 2017 [Citado 31 mayo 2022] 17 (1); 2. Disponible en: <https://tinyurl.com/26us4pts>
30. Alzate F, Serrano L, Cortes L, Torres E, Rodríguez M. Chronology and sequence of tooth eruption in the first transitional period. Rev CES Odont. [Internet]. 2016 [Citado 31 mayo 2022] 29(1); 60 – 1. Disponible en: <https://tinyurl.com/29zoba2c>
31. Berna K, Abidin A, Uzel I. Evaluation of risk factors in caries formation in children. Blak J Dent Med. [Internet]. 2020 [Citado 31 mayo 2022] 24; 45 – 6. Disponible en: <https://doi.org/10.2478/bjdm-2020-0007>
32. Basso M. Updates concepts in cariology. RAOA. [Internet]. 2019 [Citado 31 mayo 2022] 107 (1); 26. Disponible en: <https://tinyurl.com/2b5grwqy>
33. Ferreira D, Jacquett N, Ibarrola M. Early childhood caries. Pediatr [Internet]. 2018 [Citado 31 mayo 2022] 45 (3); 243. Disponible en: <https://tinyurl.com/23c3qjov>
34. Alazmah A. Early childhood caries: a review. JCDP [Internet]. 2017 [Citado 31 mayo 2022] 18 (8): 732 – 3. Disponible en: <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10024-2116>
35. Sun H, Zhang W, Zhou X. Risk factors associated with early childhood caries. Chin J Dent Res. [Internet]. 2017 [Citado 31 mayo 2022] 20 (2); 98. Disponible en: <https://tinyurl.com/23qf9grm>
36. Deng Y, Feng G, Hu B, Kuang Y, Song J. Effects of papacarie on children with dental caries in primary teeth: a systematic review and meta-analysis. BSPD, IAPD [Internet]. 2018 [Citado 31 mayo 2022] 1. Disponible en: <https://tinyurl.com/2yg2m7pd>

37. Perona G. Comparación del diagnóstico de lesiones de caries en la dentición decidua con el índice OMS y ICDAS II-LAA en pacientes infantiles. Rev Odon Ped. [Internet]. 2020 [Citado 31 mayo 2022] 14(1); 30 – 7. Disponible en: <https://tinyurl.com/26xajlo6>
38. Zhan C, Huang M, Yang X, Hou J. Dental nerves: a neglected mediator of pulpitis. IEJ. [Internet]. 2021 [Citado 31 mayo 2022] 54; 85 – 9. Disponible en: Disponible en: <https://doi.org/10.1111/iej.13400>
39. Bouillaguet S, Manoil D, Girard M, Louis J, Gaia N, Et al. Root microbiota in primary and secondary apical periodontitis. Front Microbiol. [Internet]. 2018 [Citado 31 mayo 2022] 9 (2374); 1 – 2. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fmicb.2018.02374>
40. Esparza S, Aranda M, Noyola M, Sánchez L. Principios fundamentales para el diagnóstico, manejo y tratamiento de las infecciones odontogénicas. Revisión de la literatura. Rev Odon Mex. [Internet]. 2020 [Citado 31 mayo 2022] 24(1); 10 - 4 Disponible en: <https://tinyurl.com/2yceqwu3>
41. Coria L, Buldo M, Lenarduzzi A, Corominola A, Rodríguez P. First lower premolar with two canals and double fistulous patch Clinical case. Rev Fac Odontol. [Internet]. 2021 [Citado 31 mayo 2022] 36(84); 8 - 9 Disponible en: <https://tinyurl.com/2bm633gp>
42. Coll J, Dhar V, Vargas K. Use of non-vital pulp therapies in primary teeth. PediatrDent. [Internet]. 2020 [Citado 31 mayo 2022] 12(1); 3 – 7. Disponible en: <https://tinyurl.com/244387az>
43. Borja M, Pinos L, Trindade P, Pansieri J, Moura G. Main approaches to malocclusions and orthognathic surgery in facial aesthetic: an integrative review. J Med Health Sci. [Internet]. 2022 [Citado 31 mayo 2022] 3(2); 1 – 2. Disponible en: <https://doi.org/10.54448/mdnt22S206>
44. Pino E, Castillo J. Toma de decisión para colocar mantenedor de espacio después de la pérdida prematura de primeros molares primarios: revision de literatura. Rev UPCH. [Internet]. 2017 [Citado 31 mayo 2022] 7(1); 37 – 8. Disponible en: <https://tinyurl.com/2d3pvplw>
45. Manohar J, Mani G. Knowledge and attitude of parents regarding childrens primary teeth & their willingness for treatment. Pharm Sci & Res. [Internet]. 2017 [Citado 31 mayo 2022] 9(2); 194 -5. Disponible en: <https://tinyurl.com/2as6hqvx>

46. Meyer F, Enax J. Early childhood caries: epidemiology, aetiology and prevention. IJD. [Internet]. 2018 [Citado 31 mayo 2022] 10 (7); 3-4. Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2018/1415873>
47. Ramamurthy P, Rath A, Sidhu P, Fernandes B, Nettem S, Et al. Sealants for preventing dental caries in primary teeth. Coch Lib Wiley. [Internet]. 2018 [Citado 31 mayo 2022] 3 (12); 1-4. Disponible en: <https://doi.org/10.1002%2F14651858.CD012981>
48. Ríos R. Metodología para la investigación y redacción. 1a ed. España: Universidad de Málaga [Internet], 2017. [Citado 20 junio 2022]; 80. Disponible en: <https://tinyurl.com/2oc4cbd2>
49. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 6ª ed. México DF: Universidad de Celaya. [Internet]. 2017 [Citado 20 junio 2022]; 152-6. Disponible en: <https://tinyurl.com/y3a7tmvj>
50. Vera G, Ojeda B, Villamar A, Romero H. Prevalencia de las extracciones prematuras en niños menores de 8 años. Ciencia Dig. [Internet]. 2019 [Citado 21 junio 2022]; 3 (4.1). Disponible en: <https://doi.org/10.33262/cienciadigital.v3i4.1.969>
51. Diccionario de la lengua española. Sexo [Internet]. 300ª ed. Real Academia Española RAE; 2021 [Citado 21 junio 2022]. 1. Disponible en: <https://dle.rae.es/sexo#otras>
52. Diccionario español. Rango de edad [Internet]. Reverso diccionario; 2021 [Citado 21 junio 2022]. Disponible en: <https://tinyurl.com/27f3o2q9>
53. Feruza K, Sherzod S. Consequences of early extraction of deciduous teeth in children. Eur Med Res Perio. [Internet]. 2021 [Citado 21 junio 2022] 1 (1); 51 – 2. Disponible en: <https://tinyurl.com/24rzofp5>
54. Andronic A. Prevalence of early loss of primary teeth in 6 – 10 year old school children in Sibiu. AMT. [Internet]. 2017 [Citado 21 junio 2022] 22 (4); 128 - 9. Disponible en: <https://tinyurl.com/2bmngz6m>
55. Umakanth K, Jeevanandan G, Govindaraju L. Evaluation of the requirement of extraction of primary mandibular first molar in children aged between 3 to 5 years. INT-JECSE. [Internet]. 2022 [Citado 21 junio 2022] 14 (3); 1556. Disponible en: <https://tinyurl.com/2xolgh8w>

56. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. CIE – 10. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. OPS. 2018 [Citado 21 junio 2022] 1; 514 – 6. Disponible en: <https://tinyurl.com/y2nhxweg>
57. Ministerio de Salud [Internet]. Norma técnica de salud para el uso del odontograma. MINSA. 2019 [Citado 21 junio 2022]. Disponible en: <https://tinyurl.com/2dzsxwed>
58. Asamblea Médica Mundial [Internet]. Declaración de Helsinki – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. AMM 2015 [Citado 04 julio 2022] Disponible en: <https://tinyurl.com/y92zz49v>
59. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Pautas y orientación operativa para la revisión ética de la investigación en salud con seres Humanos. OPS 2012 [Citado 04 julio 2022]; 14 Disponible en: <https://tinyurl.com/23u8ju9j>
60. Conrads G. About I. Pathophysiology of dental caries. Monograp Oral Scie. [Internet]. 2018 [Citado 01 setiembre 2022]1 (10); 2 -8 Disponible en: <https://tinyurl.com/27r4humb>
61. Kaur G. Analysis of prevalence of dental caries in school going children. Int Jour Res Heal All Sci. [Internet]. 2022 [Citado 01 setiembre 2022] 8 (1); 51. Disponible en : <https://tinyurl.com/2bbb8lvp>
62. Nitanee F, Hesse D, Caldeira G, Americano A, Mendes V. The effect of pulp inflammation and premature extraction of primary molars on the successor permanent teeth. Int J Ped Dent. [Internet]. 2020 [Citado 01 setiembre 2022] 30; 18 -9. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/ipd.12568>
63. Ramakrishnan M, Banu S, Ningthoujam S, Samuel V. Evaluation of knowledge and attitude of parents about the importance of maintaining primary dentition across sectional study. Jfmpc. [Internet]. 2019 [Citado 01 setiembre 2022] 8(18); 414 – 8. Disponible en: https://doi.org/10.4103%2Fjfmpe.jfmpe_371_18
64. Zeng L, Zeng Y, Zhou Y, Wen J, Wan L, Et al. Diet and lifestyle habits associated with caries in deciduous teeth among 3 to 5-year-old preschool children in Jiangxi province China. BCM [Internet]. 2018 [Citado 01 setiembre 2022] 18 (224); 2-7 Disponible en: <https://tinyurl.com/2682mcpb>
65. Pitts N, Baez R, Diaz-Guallory C. Caries de la primera infancia: La Declaración de Bangkok del IAPD. Odon Pediatr. [Internet]. 2020 [Citado 01 setiembre 2022] 19 (1); 45 – 8 Disponible en: <https://tinyurl.com/26e6utgh>

66. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Manual de aplicación Poner fin a la caries dental en la infancia OMS 2021 [Citado 01 setiembre 2022] 1; 19 – 35. Disponible en: <https://tinyurl.com/2cmy8kda>
67. Guerrero M, Carrillo D, Gutiérrez J, García R, Gómez N. Pérdida prematura de molares temporales, factor etiológico de maloclusión. Rev. Tamé. [Internet]. 2016 [Citado 01 setiembre 2022] 5 (14); 508 - 9 Disponible en: <https://tinyurl.com/2yqyy979>
68. Kochkonyan T, Domenyuk D, Shkarin V, Dmitrienko S, Domenyuk S. Variant anatomy of transitional occlusion dental arch at optimal occlusal relationships. Dent Euromedica. [Internet]. 2022 [Citado 01 setiembre 2022] 12 (2); 128 - 9 Disponible en: <https://tinyurl.com/23ttzcyq>

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES DE ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Causas más prevalentes de exodoncia	Motivo por el cual se lleva a cabo un procedimiento quirúrgico el cual consiste en la extracción de piezas dentales temporales afectados a nivel de los tejidos duros, pulpa y tejidos periapicales causados por caries dental. ⁵⁰	Motivo de eliminación operatoria de dientes primarios los cuales han sufrido alguna patología provocada por la caries, será medido por los registros que se encuentran en la data del establecimiento de salud, el cual ha utilizado el CIE 10. ⁵⁶ Dichos datos serán recolectados en el instrumento.	K02.1 = Caries de la dentina K04.0 = Pulpitis irreversible K04.1 = Necrosis pulpar K04.6 = Absceso periapical con fístula K04.7 = Absceso periapical sin fístula	Nominal

Sexo	Características biológicas y fisiológicas que definen a una especie. ⁵¹	Dato del paciente que se encuentra almacenado en libro de atenciones del servicio en el centro de salud.	Masculino Femenino	Nominal
Grupo Etario	Conjunto de personas agrupadas según su mismo número de años o un aproximado. ⁵²	Información descrita y registrada en el libro de atenciones odontológicas del establecimiento de salud.	Infantes (2 años a 5 años) Niños (6 años a 10 años)	Ordinal
Tipo de pieza dental extraída	Remoción de algún diente deciduo ubicado en la cavidad oral, el cual se encuentra en mal estado debido a la desmineralización provocada por la caries dental y cuya clasificación está conformada por los incisivos, caninos y molares superiores e inferiores. ⁵³	Eliminación del diente temporal que presenta lesión de caries, según el tipo de diente, registrada en la historia clínica del paciente. ⁵⁷	Incisivos Caninos Molares	Nominal

<p>Número de piezas dentales extraídas</p>	<p>Extracción de 1 a más piezas dentarias primarias cuyas estructuras presentan lesiones cariosas. ⁵⁴</p>	<p>Remoción de uno o más dientes, los cuales se encuentran registrado (os) en la data del establecimiento de salud.</p>	<p>1 pieza dentaria 2 o más piezas dentarias</p>	<p>Razón</p>
<p>Localización</p>	<p>Distribución de las piezas dentales deciduas las cuales están fijadas en el maxilar superior e inferior. ⁵⁵</p>	<p>Ubicación de los dientes primarios en la cavidad oral.</p>	<p>Arcada superior Arcada inferior</p>	<p>Nominal</p>

ANEXO 3

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Escuela Profesional de Estomatología

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS POR JUICIO DE EXPERTOS


1.	NOMBRE DEL EXPERTO	DR GIANCARLO JESUS RODRIGUEZ VELARDE										
2.	PROFESIÓN	DOCENTE										
3.	GRADO ACADÉMICO	DOCTOR										
4.	ESPECIALIDAD	SAWD PÚBLICA										
5.	EXPERIENCIA PROFESIONAL	7 AÑOS										
6.	INSTITUCIÓN DONDE LABORA	UCV - UAP - UNP - UNT.										
7.	CARGO QUE OCUPA	DOCENTE										
8.	TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	Prevalencia de exodoncia en dientes deciduos en menores atendidos en un centro de salud, Piura 2017 - 2020										
9.	APELLIDOS Y NOMBRES DEL INVESTIGADOR(A)	Peña Apaestegui Irina Vanessa										
10.	INSTRUMENTO EVALUADO (marcar con un X al que corresponde)	<table border="1"> <tr> <td>CUESTIONARIO</td> <td></td> <td>MODIFICADO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ENTREVISTA</td> <td></td> <td>CREADO</td> <td>X</td> </tr> </table>			CUESTIONARIO		MODIFICADO		ENTREVISTA		CREADO	X
CUESTIONARIO		MODIFICADO										
ENTREVISTA		CREADO	X									
11.	OBJETIVO DEL INSTRUMENTO	<p>La presente ficha de recolección de datos tendrá como propósito obtener información acerca de exodoncia en dientes deciduos en menores atendidos en un centro de salud, Piura 2017 - 2020</p> <p>ESTIMADO EXPERTO LE PIDO SU COLABORACIÓN PARA QUE LUEGO DE UN RIGUROSO ANÁLISIS DE LOS ITEMS DEL PRESENTE INSTRUMENTO MARQUE CON UN ASPA EL CASILLERO QUE CREE CONVENIENTE DE ACUERDO A SUS CRITERIO Y EXPERIENCIA PROFESIONAL DEMOSTRANDO SI CUENTA CON LOS REQUERIMIENTOS MÍNIMOS DE FORMULACIÓN PARA SU POSTERIOR APLICACIÓN. MARQUE CON UN ASPA EN (A) SI ESTÁ DE ACUERDO O EL ITEM (D) SI ESTÁ EN DESACUERDO. SI ESTÁ EN DESACUERDO POR FAVOR REALICE SUGERENCIAS.</p>										
12.	DETALLE DEL INSTRUMENTO	El instrumento consta de reactivos y ha sido construido, teniendo en cuenta la revisión de la literatura, luego del juicio de expertos que determinará la validez de contenido. Finalmente será aplicado a las unidades de análisis de esta investigación. Requiere sólo una administración.										
13.	DETALLE DEL INSTRUMENTO											


Dr. Giancarlo Rodríguez Velarde
 DOCENTE EN INVESTIGACIÓN EN SALUD
 ASESOR ESTADÍSTICO EN CIENCIAS DE LA SALUD
 CNP 4814

14. INSTRUCCIONES DE LLENADO DEL INSTRUMENTO (Colocar en el recuadro izquierdo las indicaciones establecidas por usted para el correcto llenado del instrumento y la escala, ejm.)					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lea cuidadosamente los planteamientos antes de contestar. ▪ Asegúrese de tener claro el contenido del planteamiento antes de responder o en caso de duda, consulte al investigador(a). ▪ Asegúrese de contestar todos los planteamientos que se indican en el instrumento. ▪ Para cada ítem se responderá con una sola respuesta. <p>A= DE ACUERDO: cuando lo realiza siempre. D= EN DESACUERDO: cuando nunca realiza esa actividad</p>	DE ACUERDO	<input checked="" type="checkbox"/>	EN DESACUERDO	D	
	SUGERENCIAS				
15. ASPECTOS (DIMENSIONES) A EVALUAR CON EL INSTRUMENTO (Colocar en el recuadro izquierdo los indicadores (ítems) a evaluar con el presente instrumento, ejm.)					
INSTRUMENTO TIPO TEST					
1. Historia Clínica		DE ACUERDO	<input checked="" type="checkbox"/>	EN DESACUERDO	D
a. Número de la historia clínica	<input checked="" type="checkbox"/> A				D
SUGERENCIAS					
2. Sexo		DE ACUERDO	<input checked="" type="checkbox"/>	EN DESACUERDO	D
a. Femenino	<input checked="" type="checkbox"/> A				D
b. Masculino	<input checked="" type="checkbox"/> A				D
SUGERENCIAS					
3. Grupo Etario		DE ACUERDO	<input checked="" type="checkbox"/>	EN DESACUERDO	D
a. Infantes 2 a 5 años	<input checked="" type="checkbox"/> A				D
b. Niños 6 a 10 años	<input checked="" type="checkbox"/> A				D
SUGERENCIAS					
4.- Diagnostico		DE ACUERDO	<input checked="" type="checkbox"/>	EN DESACUERDO	D
a. K02.1 Caries de dentina	<input checked="" type="checkbox"/> A				D
b. K04.0 Pulpitis irreversible	<input checked="" type="checkbox"/> A				D
c. K04.1 Necrosis pulpar	<input checked="" type="checkbox"/> A				D
d. K04.6 Absceso periapical con fistula	<input checked="" type="checkbox"/> A				D
e. K04.7 Absceso periapical sin fistula	<input checked="" type="checkbox"/> A				D
SUGERENCIAS					




Dr. Giancarlo Rodríguez Velarde
 DOCENTE EN INVESTIGACIÓN Y TESTS
 ASesor ESTADÍSTICO EN CIENCIAS DE LA SALUD
 CRIP 48164—RNE-1400274—RNE 000285

5.- Número de piezas extraídas		DE ACUERDO	<input checked="" type="checkbox"/>	EN DESACUERDO	D
a. 1 pieza	<input checked="" type="checkbox"/> D	SUGERENCIAS			
b. 2 a más piezas	<input checked="" type="checkbox"/> D				
6.- Tipo de pieza dental extraída		DE ACUERDO	<input checked="" type="checkbox"/>	EN DESACUERDO	D
a. Incisivos	<input checked="" type="checkbox"/> D	SUGERENCIAS			
b. Caninos	<input checked="" type="checkbox"/> D				
c. Molares	<input checked="" type="checkbox"/> D				
7.- Localización		DE ACUERDO	<input checked="" type="checkbox"/>	EN DESACUERDO	D
a. Superior	<input checked="" type="checkbox"/> D	SUGERENCIAS			
b. Inferior	<input checked="" type="checkbox"/> D				
16.	RESULTADOS DE ITEMS	ÓPTIMOS	<input checked="" type="checkbox"/>	REFORMULAR	ANULAR O CAMBIAR
17.	COMENTARIOS GENERALES				
NINGUNO.					
18.	OBSERVACIONES FINALES				
NINGUNO					
DR. RODRIGUEZ VELARDE GRANCANIO		40350491			
APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO		DNI			
					
Dr. Grancaño Rodríguez Velarde FORMA Y SELLO <small>PROFESOR ESTADÍSTICO EN CIENCIAS DE LA SALUD</small> <small>C.M.P. 46194 - R.N.E. N°0274 - R.N.E. 000285</small>					
Piura, 16 de Julio del 20.??					

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS POR JUICIO DE EXPERTOS

1.	NOMBRE DEL EXPERTO	AGÜERO ALVA JOSE		
2.	PROFESIÓN	CIRUJANO-DENTISTA		
3.	GRADO ACADÉMICO	MAGISTER		
4.	ESPECIALIDAD	ODONTOPEDIATRIA		
5.	EXPERIENCIA PROFESIONAL	30 AÑOS		
6.	INSTITUCIÓN DONDE LABORA	UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO PIURA		
7.	CARGO QUE OCUPA	DOCENTE		
8.	TITULO DE LA INVESTIGACIÓN			
Prevalencia de exodoncia en dientes deciduos en menores atendidos en un centro de salud, Piura 2017 - 2020				
9.	APELLIDOS Y NOMBRES DEL INVESTIGADOR(A)			
PEÑA APAESTEGUI IRINA VANESSA				
10.	INSTRUMENTO EVALUADO (marcar con un X al que corresponde)			
CUESTIONARIO		<input type="checkbox"/>	MODIFICADO	<input type="checkbox"/>
ENTREVISTA		<input type="checkbox"/>	CREADO	<input checked="" type="checkbox"/>
11.	OBJETIVO DEL INSTRUMENTO			
<p>La presente ficha de recolección de datos tendrá como propósito obtener información acerca de exodoncia en dientes deciduos en menores atendidos en un centro de salud, Piura 2017 - 2020</p> <p>ESTIMADO EXPERTO LE PIDO SU COLABORACIÓN PARA QUE LUEGO DE UN RIGUROSO ANÁLISIS DE LOS ITEMS DEL PRESENTE INSTRUMENTO MARQUÉ CON UN ASPA EL CASILLERO QUE CREE CONVENIENTE DE ACUERDO A SUS CRITERIO Y EXPERIENCIA PROFESIONAL DEMOSTRANDO SI CUENTA CON LOS REQUERIMIENTOS MÍNIMOS DE FORMULACIÓN PARA SU POSTERIOR APLICACIÓN. MARQUE CON UN ASPA EN (A) SI ESTÁ DE ACUERDO O EL ITEM (D) SI ESTÁ EN DESACUERDO. SI ESTÁ EN DESACUERDO POR FAVOR REALICE SUGERENCIAS.</p>				
12.	DETALLE DEL INSTRUMENTO			
<p>El instrumento consta de reactivos y ha sido construido, teniendo en cuenta la revisión de la literatura, luego del juicio de expertos que determinará la validez de contenido. Finalmente será aplicado a las unidades de análisis de esta investigación. Requiere sólo una administración.</p>				
13.	DETALLE DEL INSTRUMENTO			


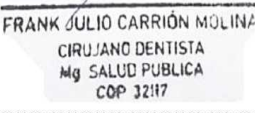
14. INSTRUCCIONES DE LLENADO DEL INSTRUMENTO (Colocar en el recuadro izquierdo las indicaciones establecidas por usted para el correcto llenado del instrumento y la escala, ejm.)					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lea cuidadosamente los planteamientos antes de contestar. ▪ Asegúrese de tener claro el contenido del planteamiento antes de responder o en caso de duda, consulte al investigador(a). ▪ Asegúrese de contestar todos los planteamientos que se indican en el instrumento. ▪ Para cada ítem se responderá con una sola respuesta. <p>A= DE ACUERDO: cuando lo realiza siempre. D= EN DESACUERDO: cuando nunca realiza esa actividad</p>	DE ACUERDO	<input checked="" type="checkbox"/>	EN DESACUERDO	D	
	SUGERENCIAS				
15. ASPECTOS (DIMENSIONES) A EVALUAR CON EL INSTRUMENTO (Colocar en el recuadro izquierdo los indicadores (ítems) a evaluar con el presente instrumento, ejm.)					
INSTRUMENTO TIPO TEST					
1. Historia Clínica		DE ACUERDO	<input checked="" type="checkbox"/>	EN DESACUERDO	D
a. Número de la historia clínica	<input checked="" type="checkbox"/> D	SUGERENCIAS			
2. Sexo		DE ACUERDO	<input checked="" type="checkbox"/>	EN DESACUERDO	D
a. Femenino	<input checked="" type="checkbox"/> D	SUGERENCIAS			
b. Masculino	<input checked="" type="checkbox"/> D				
3. Grupo Etario		DE ACUERDO	<input checked="" type="checkbox"/>	EN DESACUERDO	D
a. Infantes 2 a 5 años	<input checked="" type="checkbox"/> D	SUGERENCIAS			
b. Niños 6 a 10 años	<input checked="" type="checkbox"/> D				
4.- Diagnostico		DE ACUERDO	<input checked="" type="checkbox"/>	EN DESACUERDO	D
a. K02.1 Caries de dentina	<input checked="" type="checkbox"/> D	SUGERENCIAS			
b. K04.0 Pulpitis irreversible	<input checked="" type="checkbox"/> D				
c. K04.1 Necrosis pulpar	<input checked="" type="checkbox"/> D				
d. K04.6 Absceso periapical con fistula	<input checked="" type="checkbox"/> D				
e. K04.7 Absceso periapical sin fistula	<input checked="" type="checkbox"/> D				

5.- Número de piezas extraídas		DE ACUERDO	<input checked="" type="checkbox"/>	EN DESACUERDO	D
a. 1 pieza	<input checked="" type="checkbox"/> D	SUGERENCIAS			
b. 2 a más piezas	<input checked="" type="checkbox"/> D				
6.- Tipo de pieza dental extraída		DE ACUERDO	<input checked="" type="checkbox"/>	EN DESACUERDO	D
a. Incisivos	<input checked="" type="checkbox"/> D	SUGERENCIAS			
b. Caninos	<input checked="" type="checkbox"/> D				
c. Molares	<input checked="" type="checkbox"/> D				
7.- Localización		DE ACUERDO	<input checked="" type="checkbox"/>	EN DESACUERDO	D
a. Superior	<input checked="" type="checkbox"/> D	SUGERENCIAS			
b. Inferior	<input checked="" type="checkbox"/> D				
16. RESULTADOS DE ITEMS	ÓPTIMOS	<input checked="" type="checkbox"/>	REFORMULAR	ANULAR O CAMBIAR	
17. COMENTARIOS GENERALES					
18. OBSERVACIONES FINALES					
AGÜERO ALVA JOSE			07264854		
.....				
APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO			DNI		
					
FIRMA Y SELLO					
Piura, 23 de JULIO del 2022					

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS POR JUICIO DE EXPERTOS

1.	NOMBRE DEL EXPERTO	CARRION MOLINA FRANK JULIO	
2.	PROFESIÓN	CIRUJANO-DENTISTA	
3.	GRADO ACADÉMICO	MAGISTER	
4.	ESPECIALIDAD	MAESTRO EN SALUD PUBLICA CON MENCIÓN EN GERENCIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD	
5.	EXPERIENCIA PROFESIONAL	08 AÑOS	
6.	INSTITUCIÓN DONDE LABORA	UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO	
7.	CARGO QUE OCUPA	DOCENTE	
8.	TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN		
Prevalencia de exodoncia en dientes deciduos en menores atendidos en un centro de salud, Piura 2017 - 2020			
9.	APELLIDOS Y NOMBRES DEL INVESTIGADOR(A)		
PEÑA APAESTEGUI IRINA VANESSA			
10.	INSTRUMENTO EVALUADO (marcar con un X al que corresponde)		
	CUESTIONARIO	<input type="checkbox"/>	MODIFICADO
	ENTREVISTA	<input type="checkbox"/>	CREADO X
11.	OBJETIVO DEL INSTRUMENTO		
<p>La presente ficha de recolección de datos tendrá como propósito obtener información acerca de exodoncia en dientes deciduos en menores atendidos en un centro de salud, Piura 2017 - 2020</p> <p>ESTIMADO EXPERTO LE PIDO SU COLABORACIÓN PARA QUE LUEGO DE UN RIGUROSO ANÁLISIS DE LOS ITEMS DEL PRESENTE INSTRUMENTO MARQUÉ CON UN ASPA EL CASILLERO QUE CREE CONVENIENTE DE ACUERDO A SUS CRITERIO Y EXPERIENCIA PROFESIONAL DEMOSTRANDO SI CUENTA CON LOS REQUERIMIENTOS MÍNIMOS DE FORMULACIÓN PARA SU POSTERIOR APLICACIÓN. MARQUE CON UN ASPA EN (A) SI ESTÁ DE ACUERDO O EL ITEM (D) SI ESTÁ EN DESACUERDO. SI ESTÁ EN DESACUERDO POR FAVOR REALICE SUGERENCIAS.</p>			
12.	DETALLE DEL INSTRUMENTO		
<p>El instrumento consta de reactivos y ha sido construido, teniendo en cuenta la revisión de la literatura, luego del juicio de expertos que determinará la validez de contenido. Finalmente será aplicado a las unidades de análisis de esta investigación. Requiere sólo una administración.</p>			
13.	DETALLE DEL INSTRUMENTO		

14. INSTRUCCIONES DE LLENADO DEL INSTRUMENTO (Colocar en el recuadro izquierdo las indicaciones establecidas por usted para el correcto llenado del instrumento y la escala, ejm.)					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lea cuidadosamente los planteamientos antes de contestar. ▪ Asegúrese de tener claro el contenido del planteamiento antes de responder o en caso de duda, consulte al investigador(a). ▪ Asegúrese de contestar todos los planteamientos que se indican en el instrumento. ▪ Para cada ítem se responderá con una sola respuesta. <p>A= DE ACUERDO: cuando lo realiza siempre. D= EN DESACUERDO: cuando nunca realiza esa actividad</p>	DE ACUERDO	<input checked="" type="checkbox"/>	EN DESACUERDO	D	
	SUGERENCIAS				
15. ASPECTOS (DIMENSIONES) A EVALUAR CON EL INSTRUMENTO (Colocar en el recuadro izquierdo los indicadores (ítems) a evaluar con el presente instrumento, ejm.)					
INSTRUMENTO TIPO TEST					
1. Historia Clínica		DE ACUERDO	<input checked="" type="checkbox"/>	EN DESACUERDO	D
a. Número de la historia clínica	<input checked="" type="checkbox"/> D	SUGERENCIAS			
2. Sexo		DE ACUERDO	<input checked="" type="checkbox"/>	EN DESACUERDO	D
a. Femenino	<input checked="" type="checkbox"/> D	SUGERENCIAS			
b. Masculino	<input checked="" type="checkbox"/> D				
3. Grupo Etario		DE ACUERDO	<input checked="" type="checkbox"/>	EN DESACUERDO	D
a. Infantes 2 a 5 años	<input checked="" type="checkbox"/> D	SUGERENCIAS			
b. Niños 6 a 10 años	<input checked="" type="checkbox"/> D				
4.- Diagnostico		DE ACUERDO	<input checked="" type="checkbox"/>	EN DESACUERDO	D
a. K02.1 Caries de dentina	<input checked="" type="checkbox"/> D	SUGERENCIAS			
b. K04.0 Pulpitis irreversible	<input checked="" type="checkbox"/> D				
c. K04.1 Necrosis pulpar	<input checked="" type="checkbox"/> D				
d. K04.6 Absceso periapical con fistula	<input checked="" type="checkbox"/> D				
e. K04.7 Absceso periapical sin fistula	<input checked="" type="checkbox"/> D				

5.- Número de piezas extraídas		DE ACUERDO	<input checked="" type="checkbox"/>	EN DESACUERDO	D
a. 1 pieza	<input checked="" type="checkbox"/> D	SUGERENCIAS			
b. 2 a más piezas	<input checked="" type="checkbox"/> D				
6.- Tipo de pieza dental extraída		DE ACUERDO	<input checked="" type="checkbox"/>	EN DESACUERDO	D
a. Incisivos	<input checked="" type="checkbox"/> D	SUGERENCIAS			
b. Caninos	<input checked="" type="checkbox"/> D				
c. Molares	<input checked="" type="checkbox"/> D				
7.- Localización		DE ACUERDO	<input checked="" type="checkbox"/>	EN DESACUERDO	D
a. Superior	<input checked="" type="checkbox"/> D	SUGERENCIAS			
b. Inferior	<input checked="" type="checkbox"/> D				
16. RESULTADOS DE ITEMS	ÓPTIMOS	<input checked="" type="checkbox"/>	REFORMULAR	ANULAR O CAMBIAR	
17. COMENTARIOS GENERALES					
18. OBSERVACIONES FINALES					
CARRION MOLINA FRANK JULIO			46115977		
.....				
APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO			DNI		
 					
.....					
FIRMA Y SELLO					
Piura, 29 de JULIO del 2022					

ANEXO 4

DECLARACIÓN JURADA SIMPLE

DECLARACIÓN JURADA SIMPLE

Yo, Mary Carmen Cárdenas Pozo, de nacionalidad peruana, con DNI N° 028.70466, de profesión Cirujano Dentista Odontopediatra, con COP N° 6079 y RNE N° 757, me encuentro laborando actualmente en el Establecimiento de Salud I-4 Santa Julia de la Dirección Regional de Salud Piura.

DECLARO BAJO JURAMENTO:

Haber realizado los diagnósticos y procedimientos a los pacientes menores atendidos en el servicio de odontología del Establecimiento de Salud I-4 Santa Julia en los años 2017 – 2020.

En señal de conformidad firmo el presente documento.

Piura, 15 de agosto del 2022.

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
ES I-4 SANTA JULIA
Mary Carmen Cárdenas Pozo
Dra. Mary Carmen Cárdenas Pozo
CIRUJANO DENTISTA ODONTOPEDIATRA
COP. 6079 RNE 757

Firma y Sello

ANEXO 5

CARTA DE PRESENTACIÓN AL JEFE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD



Universidad
César Vallejo

"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

Piura, 18 de julio de 2022

Señor(a)
DR. MANUEL GIRON MARTINEZ
JEFE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD
ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-4 SANTA JULIA
MZ. G14 LOTE N° 13 AV. CIRCUNVALACION, PIURA

Asunto: Autorizar para la ejecución del Proyecto de Investigación de Estomatología

De mi mayor consideración:

Es muy grato dirigirme a usted, para saludarlo muy cordialmente en nombre de la Universidad Cesar Vallejo Filial Piura y en el mío propio, desearle la continuidad y éxitos en la gestión que viene desempeñando.

A su vez, la presente tiene como objetivo solicitar su autorización, a fin de que el(la) Bach. IRINA VANESSA PEÑA APAESTEGUI, con DNI 45199898, del Programa de Titulación para universidades no licenciadas, Taller de Elaboración de Tesis de la Escuela Académica Profesional de Estomatología, pueda ejecutar su investigación titulada: **"PREVALENCIA DE EXODONCIA EN DIENTES DECIDUOS EN MENORES ATENDIDOS EN UN CENTRO DE SALUD, PIURA 2017 - 2020"**, en la institución que pertenece a su digna Dirección; agradeceré se le brinden las facilidades correspondientes.

Sin otro particular, me despido de Usted, no sin antes expresar los sentimientos de mi especial consideración personal.

Atentamente,

Mary Lisset Bermeo Flores
Coordinadora del Taller de Tesis de Estomatología

cc: Archivo PTUN

www.ucv.edu.pe



ANEXO 6

AUTORIZACIÓN DE APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO (CON FIRMA Y SELLO)



GOBIERNO
REGIONAL
PIURA

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PIURA
ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-4 SANTA JULIA
Teléfono : 355781
e.s.i4.santa.julia@gmail.com
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Veintiséis de Octubre, 19 JUL 2022

OFICIO N° 648 -2022-GOB.REG.PIURA.DRSP-ESSJ

Señorita
IRINA VANESSA PEÑA APAESTEGUI
BACHILLER EN ODONTOLOGIA
Presente.-

ASUNTO : AUTORIZACION PARA REALIZAR PROYECTO DE TESIS

REFERENCIA : CARTA DE FECHA 18 DE JULIO DEL 2022

Es grato dirigirme a usted, para saludarle muy cordialmente y a la vez, hacerle llegar mi aprobación y autorización en coordinación con el Servicio de Odontología, para la realización del Proyecto de Tesis "Prevalencia de exodoncia de dientes deciduos en menores atendidos en el Centro de Salud I-4 Santa Julia".

Agradezco de antemano su atención al presente, quedo de usted.

Atentamente,



MANUEL EDUARDO GIRON MANRIQUE
MEDICO JEFE
C.M.P. 48378

MGM/esm.
c.c archivo
P.19.07.2022

ANEXO 7

**CONSOLIDADO DE ATENCIONES ODONTOLÓGICAS ESTABLECIMIENTO
DE SALUD I-4 SANTA JULIA PERIODO 2017 - 2020**

CONSOLIDADO DE ATENCIONES ODONTOLÓGICAS SANTA JULIA PERIODO 2017 - 2020

N°	H.C	EDAD	SEXO	DIAGNÓSTICO	PROCEDIMIENTO
1	1030230303	8	M	ABSCESO PERIAPICAL CON FISTULA	EXODONCIA
2	2013729104	7	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
3	1070217503	10	F	PULPITIS IRREVERSIBLE	EXODONCIA
4	1060389302	7	M	PULPITIS IRREVERSIBLE	EXODONCIA
5	1070153106	6	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
6	1040122302	5	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
7	1060331404	5	M	ABSCESO PERIAPICAL	EXODONCIA
8	4004511102	7	F	PULPITIS IRREVERSIBLE	EXODONCIA
9	1060088204	6	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
10	1632120102	7	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
11	1050210207	8	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
12	2002579203	9	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
13	1050049116	9	F	PULPITIS IRREVERSIBLE	EXODONCIA
14	1060274202	6	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
15	2013862105	6	F	PULPITIS IRREVERSIBLE	EXODONCIA
16	1070224104	5	M	PULPITIS IRREVERSIBLE	EXODONCIA
17	7040060102	6	F	ABSCESO PERIAPICAL	EXODONCIA
18	2005101100	6	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
19	1319867104	6	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
20	1316207102	6	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
21	1313086103	6	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
22	1030003303	7	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
23	1632137102	5	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
24	1050088405	7	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
25	1312292101	9	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
26	2002579204	6	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
27	1020234402	7	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
28	1632225104	8	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
29	1030035303	6	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
30	1020247902	4	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
31	2014001104	8	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
32	1030116503	6	M	PULPITIS IRREVERSIBLE	EXODONCIA
33	1070049205	9	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
34	1030271203	8	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
35	1050153471	5	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
36	1060273402	7	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
37	1020168203	7	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
38	1030035203	5	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
39	1070051102	5	M	PULPITIS IRREVERSIBLE	EXODONCIA
40	1070040202	10	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
41	1316807102	7	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
42	1070361203	7	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
43	1070361202	10	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA

MINISTERIO DE SALUD
SECRETARÍA GENERAL DE SALUD
E/S I-4 SANTA JULIA

Dra. Mary Carmen Cardenas
CIRUJANO DENTISTA ODONTOPEDIATRA
COP. 8096 RNE 757

CONSOLIDADO DE ATENCIONES ODONTOLÓGICAS SANTA JULIA PERIODO 2017 - 2020

N°	H.C	EDAD	SEXO	DIAGNÓSTICO	PROCEDIMIENTO
44	1070040203	6	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
45	1050306402	7	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
46	1030306104	9	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
47	1040273205	7	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
48	1050305304	9	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
49	1070204113	7	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
50	1020094203	9	M	ABSCESO PERIAPICAL	EXODONCIA
51	1060310202	9	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
52	1020164411	3	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
53	1010030203	8	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
54	7050025103	8	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
55	1030079602	4	M	PULPITIS IRREVERSIBLE	EXODONCIA
56	1050228110	9	M	PULPITIS IRREVERSIBLE	EXODONCIA
57	1070190404	7	M	PULPITIS IRREVERSIBLE	EXODONCIA
58	1316347103	7	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
59	1070190403	9	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
60	1030095205	8	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
61	1010030304	10	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
62	1515073104	9	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
63	1030188305	4	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
64	1030093204	7	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
65	1010081203	10	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
66	1316624101	8	M	PULPITIS IRREVERSIBLE	EXODONCIA
67	1315073104	9	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
68	1310578104	7	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
69	4002388102	7	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
70	1020193103	7	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
71	1050177403	7	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
72	1030081104	5	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
73	1010085702	7	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
74	1060002302	6	M	ABSCESO PERIAPICAL	EXODONCIA
75	1319636102	5	F	ABSCESO PERIAPICAL	EXODONCIA
76	1070086105	9	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
77	1050078108	10	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
78	3004400102	7	F	ABSCESO PERIAPICAL	EXODONCIA
79	1010085703	4	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
80	1316279102	10	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
81	1060345302	10	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
82	1050182402	7	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
83	2004886203	8	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
84	1060144111	4	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
85	1020160503	6	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
86	1312258104	7	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA


 INSTITUTO DE SALUD
 DEPARTAMENTO REGIONAL DE SALUD
 ES. ICA
 Dr. Mary Carmen Cardenas
 CIRUJANO DENTISTA ODONTOPEDIATRA
 COP. 0079 / RNE 757

CONSOLIDADO DE ATENCIONES ODONTOLÓGICAS SANTA JULIA PERIODO 2017 - 2020

N°	H.C	EDAD	SEXO	DIAGNÓSTICO	PROCEDIMIENTO
87	2000891102	2	F	ABSCESO DENTAL	EXODONCIA
88	1311313104	8	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
89	1010086303	8	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
90	1060078204	8	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
91	1060243202	5	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
92	1060438206	8	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
93	1314813105	7	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
94	1070041205	8	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
95	1632375103	10	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
96	1020003292	9	M	PULPITIS IRREVERSIBLE	EXODONCIA
97	1316292102	7	F	ABSCESO PERIAPICAL	EXODONCIA
98	1050064113	9	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
99	2008971102	5	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
100	1316751103	10	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
101	1060345303	4	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
102	1010075304	9	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
103	1010135302	6	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
104	1632259202	7	M	ABSCESO PERIAPICAL	EXODONCIA
105	1040112603	4	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
106	1316577102	6	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
107	1070575105	5	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
108	2009669102	5	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
109	1010238504	10	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
110	1310158204	6	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
111	1030141203	4	F	PULPITIS IRREVERSIBLE	EXODONCIA
112	1410160102	8	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
113	1020035204	6	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
114	1636260102	5	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
115	1010138204	5	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
116	1313787103	7	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
117	1030073202	10	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
118	1020152206	7	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
119	1316143102	6	M	ABSCESO PERIAPICAL	EXODONCIA
120	1070135106	7	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
121	1070096210	9	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
122	1030063403	8	M	PULPITIS IRREVERSIBLE	EXODONCIA
123	1010204604	4	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
124	1020094204	9	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
125	1060319602	6	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
126	1030277203	6	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
127	3000866105	8	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
128	3000066105	8	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
129	1020085308	5	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA


MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO ECUATORIANO DE
 ESTADÍSTICA Y CENSOS
 E.S. 142486701
 Dña. Mary Carmen Cordero
 CIRUJANA DENTISTA QUINTA FLORES
 COP. 8079 E.A.E. 787

CONSOLIDADO DE ATENCIONES ODONTOLÓGICAS SANTA JULIA PERIODO 2017 - 2020

N°	H.C	EDAD	SEXO	DIAGNÓSTICO	PROCEDIMIENTO
130	1632329103	8	F	PULPITIS IRREVERSIBLE	EXODONCIA
131	1630178102	8	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
132	1060147108	6	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
133	1050064115	5	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
134	1632258203	8	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
135	1070103203	5	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
136	1030272302	4	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
137	1030275105	6	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
138	1632210105	7	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
139	1040033402	6	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
140	1070067204	6	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
141	1030073502	8	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
142	1010164204	6	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
143	1632051104	6	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
144	1060195302	5	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
145	1060344202	4	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
146	1050307202	8	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
147	1070433402	5	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
148	2004677204	4	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
149	1030224204	5	M	ABSCESO DENTOALVEOLAR	EXODONCIA
150	1030264105	9	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
151	3001688103	5	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
152	1050022504	6	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
153	1020019204	3	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
154	1060174403	6	M	ABSCESO PERIAPICAL	EXODONCIA
155	1070299403	5	M	ABSCESO PERIAPICAL	EXODONCIA
156	1070465104	5	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
157	1050211402	5	M	ABSCESO PERIAPICAL	EXODONCIA
158	6000199105	7	M	ABSCESO PERIAPICAL	EXODONCIA
159	1050182403	6	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
160	1060078203	10	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
161	3005061102	3	M	ABSCESO PERIAPICAL	EXODONCIA
162	1060086306	5	M	ABSCESO PERIAPICAL	EXODONCIA
163	1020031204	2	M	PULPITIS IRREVERSIBLE	EXODONCIA
164	1020031202	9	F	ABSCESO PERIAPICAL	EXODONCIA
165	1312292103	6	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
166	1070103202	8	M	ABSCESO PERIAPICAL	EXODONCIA
167	1050042202	2	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
168	1316218104	6	F	ABSCESO PERIAPICAL	EXODONCIA
169	1060002403	4	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
170	1070098202	3	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
171	1030058602	4	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
172	1632217202	4	M	ABSCESO PERIAPICAL SIN FISTULA	EXODONCIA


 ADMINISTRACION DE SALUD
 MINISTERIO DE SALUD
 DR. Mary Carrion Cardenas
 CIRUJANO DENTISTA ODONTOPEDIATRA
 COP 6079 RNE 757

CONSOLIDADO DE ATENCIONES ODONTOLÓGICAS SANTA JULIA PERIODO 2017 - 2020

Nº	H.C	EDAD	SEXO	DIAGNÓSTICO	PROCEDIMIENTO
173	1316100102	6	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
174	3004620104	6	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
175	1020085307	9	F	ABSCESO PERIAPICAL	EXODONCIA
176	1070190405	5	F	ABSCESO PERIAPICAL	EXODONCIA
177	1316088103	6	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
178	1050155204	4	M	ABSCESO PERIAPICAL	EXODONCIA
179	1313816102	4	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
180	1050217207	6	M	ABSCESO PERIAPICAL	EXODONCIA
181	3000981103	9	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
182	1030140401	6	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
183	1030216202	3	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
184	1312476204	7	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
185	1040343402	7	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
186	1319646207	8	F	PULPITIS IRREVERSIBLE	EXODONCIA
187	1060068203	6	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
188	1310114102	4	M	ABSCESO PERIAPICAL	EXODONCIA
189	1030067503	9	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
190	1632320103	5	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
191	1040210303	9	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
192	1070408402	4	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
193	1050160203	7	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
194	1070190302	10	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
195	1030079203	2	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
196	1070423310	9	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
197	1050109103	8	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
198	1631779102	8	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
199	1632246104	6	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
200	1050103102	9	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
201	1050103103	9	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
202	1313859103	9	M	PULPITIS IRREVERSIBLE	EXODONCIA
203	1020214206	8	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
204	1030292303	8	F	PULPITIS IRREVERSIBLE	EXODONCIA
205	1050209103	7	M	ABSCESO PERIAPICAL CON FISTULA	EXODONCIA
206	1070036105	8	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
207	1070015310	9	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
208	1030064107	9	F	PULPITIS IRREVERSIBLE	EXODONCIA
209	1632245101	6	M	PULPITIS IRREVERSIBLE	EXODONCIA
210	1030079202	6	F	CARIES DE DENTINA	EXODONCIA
211	1001085702	7	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
212	1070036104	10	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
213	1050249203	6	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
214	1030074502	7	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
215	2004880203	6	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA


 INSTITUCIÓN DE SALUD
 SANTA JULIA
 DR. Mary Carrión Carrión
 CEDIJANG DENTISTA ODONTÓLOGA
 COP. 6679 RNE 757

CONSOLIDADO DE ATENCIONES ODONTOLÓGICAS SANTA JULIA PERIODO 2017 - 2020

N°	H.C	EDAD	SEXO	DIAGNÓSTICO	PROCEDIMIENTO
216	1030079502	5	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
217	1020142103	7	F	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA
218	1010085704	5	M	PULPITIS IRREVERSIBLE	EXODONCIA
219	1070178205	9	F	ABSCESO PERIAPICAL SIN FISTULA	EXODONCIA
220	1310762203	8	M	NECROSIS PULPAR	EXODONCIA

MINISTERIO DE SALUD
SECRETARÍA DE SALUD
D.S. 4589973
Dra. Mary Carolina Gárdenero
CIRUJANA PERIÓDICA ODONTOPEDIATRA
COP. 8079 NRE 757

ANEXO 8

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS PERIODO ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-4 SANTA JULIA PERIODO 2017 – 2020

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

H.C	SEXO		GRUPO ETARIO		DIAGNOSTICO					NUMERO DE PIEZAS EXTRAIDAS		SUPERIOR TIPO DE PIEZA DENTAL EXTRAIDA			INFERIOR TIPO DE PIEZA DENTAL EXTRAIDA		
	M	F	INFANTES 2 A 5 AÑOS	NIÑOS 6 A 10 AÑOS	K02.1 CARIES DENTINA	K04.0 PULPITIS IRREVERSIBLE	K04.1 NECROSIS PULPAR	K04.6 ABSCESO PERIAPICAL CON FISTULA	K04.7 ABSCESO PERIAPICAL SIN FISTULA	1	2 a más	INCISIVOS	CANINOS	MOLARES	INCISIVOS	CANINOS	MOLARES
2013729104		X		X			X			X							X
1070217503		X		X		X				X							X
1030230303	X			X			X			X			X				X
1060389302	X			X		X				X			X				X
1070153106	X			X		X				X			X	X			X
1313859103	X			X		X				X							X
1040122302	X		X				X			X							X
1070066105	X			X		X				X			X				X
4004511102		X		X		X				X							X
1060088204	X			X			X			X							X
1632120102		X		X			X			X							X
1020214206		X		X			X			X							X
1050210207		X		X			X			X	X						X
2002579203		X		X			X			X							X
1050049116		X		X		X				X							X
2013862105		X		X		X				X							X
1070224104	X		X			X				X			X				X
1060274202		X		X			X			X							X
7040060102		X		X			X			X	X						X
2005101100	X			X			X			X							X
1319867104		X	X				X			X							X
1316207102		X		X			X			X							X
1313086103		X		X			X			X							X
1030003303	X			X			X			X							X
1632137102	X		X				X			X							X
1050088405		X		X			X			X			X				X
1312292101	X			X			X			X							X
1020234402		X		X			X			X							X
2002579204		X		X			X			X							X
1632225104		X		X			X			X							X
1030035303		X		X			X			X							X
1020247902	X		X				X			X			X				X
2014001104	X			X			X			X							X
1030116503	X			X		X				X							X
1070049205	X			X			X			X			X				X
1030271203		X		X			X			X	X		X				X

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

H.C	SEXO		GRUPO ETARIO		DIAGNOSTICO					NUMERO DE PIEZAS EXTRAIDAS		SUPERIOR TIPO DE PIEZA DENTAL EXTRAIDA			INFERIOR TIPO DE PIEZA DENTAL EXTRAIDA		
	M	F	INFANTES 2 A 5 AÑOS	NIÑOS 6 A 10 AÑOS	K02.1 CARIES DENTINA	K04.0 PULPITIS IRREVERSIBLE	K04.1 NECROSIS PULPAR	K04.6 ABSCESO PERIAPICAL CON FISTULA	K04.7 ABSCESO PERIAPICAL SIN FISTULA	1	2 a más	INCISIVOS	CANINOS	MOLARES	INCISIVOS	CANINOS	MOLARES
1050153471	X		X				X			X			X				X
1060273402		X		X			X			X							X
1090035203	X		X				X			X		X					X
10700051102	X		X			X				X			X				X
1070040202	X		X				X			X							X
1316807102		X		X			X			X	X						X
1070361203	X			X			X			X							X
1070361202	X			X			X			X							X
1070040203	X			X			X			X							X
1050306402		X		X			X			X					X		X
1030306104	X			X			X			X							X
1040273205		X		X			X			X							X
1050305304		X		X			X			X			X				X
1070204113	X			X			X			X			X				X
1060310202	X			X			X			X							X
1020164411		X	X				X			X			X				X
1010030203	X			X			X			X	X						X
7050025103	X			X			X			X							X
1030079602	X		X			X				X							X
1050228110	X			X			X			X							X
1070190404	X			X		X				X							X
1316347103		X		X			X			X			X				X
1070190403	X			X			X			X							X
1030095205		X		X			X			X			X				X
1010030304	X			X			X			X			X				X
1515073104	X			X			X			X							X
1030188305	X		X				X			X			X				X
1090093204	X			X			X			X							X
10100081203		X		X			X			X							X
1316624101	X			X		X				X							X
1315073104	X			X		X				X	X		X				X
1310578104	X			X			X			X	X		X				X
4002388102		X		X			X			X	X						X
1020193103		X		X			X			X	X						X
1050177403		X		X			X			X			X				X
1030081104	X		X				X			X				X			X

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

H.C	SEXO		GRUPO ETARIO		DIAGNOSTICO					NUMERO DE PIEZAS EXTRAIDAS		SUPERIOR TIPO DE PIEZA DENTAL EXTRAIDA			INFERIOR TIPO DE PIEZA DENTAL EXTRAIDA		
	M	F	INFANTES 2 A 5 AÑOS	NIÑOS 6 A 10 AÑOS	K02.1 CARIES DENTINA	K04.0 PULPITIS IRREVERSIBLE	K04.1 NECROSIS PULPAR	K04.6 ABSceso PERIAPICAL CON FISITULA	K04.7 ABSceso PERIAPICAL SIN FISITULA	1	2 a más	INCISIVOS	CANINOS	MOLARES	INCISIVOS	CANINOS	MOLARES
1010085702		X		X			X				X						X
1060002302	X			X			X				X						X
1319636102		X	X				X				X						X
1050078108	X			X			X			X							X
3004400102		X		X			X										X
1010085703		X	X				X			X			X				X
1315279102	X			X			X			X			X				X
1050345302		X		X			X			X							X
1050182402		X		X			X			X				X			X
2004886203		X		X			X			X							X
1050144111	X	X					X			X							X
1020160503		X		X		X					X						X
1312258104	X			X			X			X							X
2000891102		X	X					X		X		X					X
1311313104	X			X			X			X			X				X
1010086303		X		X			X			X							X
1060078204		X		X			X			X			X				X
1060243202		X	X				X			X			X				X
1060438206		X		X			X			X			X				X
1314813105	X	X		X			X			X	X						X
1050078203		X		X			X			X							X
1070041205		X		X		X				X							X
1632375103	X			X			X					X					X
1020003292		X		X		X				X							X
1316292102		X		X				X		X							X
1020094203	X			X				X	X			X					X
1050064113	X			X			X			X							X
1316751103	X			X			X			X			X				X
1010075304		X		X			X			X			X				X
1010135302		X		X			X			X					X		X
1020031202		X		X			X			X					X		X
1632259202	X			X			X			X							X
1040112603		X	X				X			X			X				X
1316577102	X			X			X			X							X
1070575105		X	X				X			X							X
2009669102		X	X				X			X			X				X

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

H.C	SEXO		GRUPO ETARIO		DIAGNOSTICO					NUMERO DE PIEZAS EXTRAIDAS		SUPERIOR TIPO DE PIEZA DENTAL EXTRAIDA			INFERIOR TIPO DE PIEZA DENTAL EXTRAIDA		
	M	F	INFANTES 2 A 5 AÑOS	NIÑOS 6 A 10 AÑOS	K02.1 CARIES DENTINA	K04.0 PULPITIS IRREVERSIBLE	K04.1 NECROSIS PULPAR	K04.6 ABSceso PERIAPICAL CON FISITULA	K04.7 ABSceso PERIAPICAL SIN FISITULA	1	2 a más	INCISIVOS	CANINOS	MOLARES	INCISIVOS	CANINOS	MOLARES
1010238504		X		X			X			X							X
1310158204	X			X			X			X							X
1030141203		X	X			X				X			X				X
1410160102	X			X			X			X	X						X
1020035204	X			X			X			X							X
1636260102		X	X				X			X	X			X			X
1010138204		X	X				X			X			X				X
1313787103		X		X			X			X			X				X
1030073202		X		X			X			X							X
1020152206	X			X			X			X							X
1316143102	X			X			X			X			X				X
1070135106	X			X			X			X							X
1070096210	X			X			X			X							X
1030063403	X			X			X			X	X						X
1010204604		X	X				X			X			X				X
1020094204	X			X			X			X							X
1060319602		X		X			X			X							X
1030277203		X		X			X			X			X				X
3000866105		X		X			X			X							X
3000666105		X		X			X			X							X
1020085308	X		X				X			X							X
1632329103		X		X		X				X			X				X
1630178102	X			X			X			X							X
1060147108		X		X			X			X			X				X
1050064115	X		X				X			X							X
1632258203	X			X			X			X							X
1070103203	X		X				X			X			X				X
1030272302		X	X				X			X			X				X
1030275105		X		X			X			X							X
1632210105	X			X			X			X							X
1040033402		X	X				X			X			X				X
1070067204	X			X			X			X							X
1030073502		X		X			X			X							X
1010164204	X			X			X			X			X	X			X
1632051104		X		X			X			X			X				X
1060195302		X	X				X			X							X

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

H.C	SEXO		GRUPO ETARIO		DIAGNOSTICO					NUMERO DE PIEZAS EXTRAIDAS		SUPERIOR TIPO DE PIEZA DENTAL EXTRAIDA			INFERIOR TIPO DE PIEZA DENTAL EXTRAIDA		
	M	F	INFANTES 2 A 5 AÑOS	NIÑOS 6 A 10 AÑOS	K02.1 CARIES DENTINA	K04.0 PULPITIS IRREVERSIBLE	K04.1 NECROSIS PULPAR	K04.6 ABSCESO PERIAPICAL CON FISTULA	K04.7 ABSCESO PERIAPICAL SIN FISTULA	1	2 a más	INCISIVOS	CANINOS	MOLARES	INCISIVOS	CANINOS	MOLARES
1060344202	X		X				X				X						X
1030292303		X		X		X				X							X
1070465104	X		X				X			X							X
1070423310	X			X				X		X					X		
1631779102	X			X			X			X							X
1050209103	X			X			X			X			X				
1632246104		X		X			X			X							X
1050103102	X			X						X			X				X
1070036105	X			X			X			X				X			
1020168203	X			X			X			X			X				
1070015310	X			X			X			X							X
1030064107		X		X		X				X							X
1632245101	X			X			X			X			X				
1060068203		X		X			X			X							X
1030079202				X	X					X			X				
1001085702		X		X			X			X			X				
1070036104		X		X			X			X			X				
1050249203		X		X			X			X							X
1030074502	X			X			X			X							X
2004880203		X		X			X			X							X
1310114102	X		X					X		X							X
1030079502	X			X			X			X							X
1020031204	X		X		X					X			X				
1070190302	X			X			X			X							X
1030079203		X	X				X			X		X					
1020142103		X		X			X			X			X				
1010085704	X		X			X				X							X
1070178205		X		X					X	X			X				
1060331404	X		X						X								X
1050307202		X		X			X			X							X
1070433402	X		X				X			X			X				
2004677204		X	X				X			X			X				
1030224204	X		X					X		X		X					
1030264105	X			X			X			X							X
3001688103		X	X				X			X		X					
1310762203	X			X			X			X			X				

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

H.C	SEXO		GRUPO ETARIO		DIAGNOSTICO					NUMERO DE PIEZAS EXTRAIDAS		SUPERIOR TIPO DE PIEZA DENTAL EXTRAIDA			INFERIOR TIPO DE PIEZA DENTAL EXTRAIDA		
	M	F	INFANTES 2 A 5 AÑOS	NIÑOS 6 A 10 AÑOS	K02.1 CARIES DENTINA	K04.0 PULPITIS IRREVERSIBLE	K04.1 NECROSIS PULPAR	K04.6 ABSCESO PERIAPICAL CON FISTULA	K04.7 ABSCESO PERIAPICAL SIN FISTULA	1	2 a más	INCISIVOS	CANINOS	MOLARES	INCISIVOS	CANINOS	MOLARES
1050022504	X			X			X			X					X		X
1020019204	X		X				X			X		X					X
1060174403	X			X				X		X							X
1070299403	X		X				X			X			X				
1050211402	X			X				X		X							X
6000199105	X			X				X		X							X
1050182403		X		X			X			X							X
2000871102		X	X				X			X			X				
1060245303		X	X				X			X		X					
1313816102		X	X				X			X							X
1632320109		X	X				X			X							X
1030067509		X		X			X			X							X
1070408402		X	X				X			X		X					
1050217207		X		X			X	X		X							X
1030140401	X			X			X			X			X				
1312476204		X		X			X			X							X
1319646207		X		X		X				X							X
1050160203		X		X			X			X							X
1060343402		X		X			X			X							X
1070190405		X	X				X			X							X
1020085307		X		X			X			X			X				
1030058602	X		X				X			X	X						
1060002403		X	X				X			X		X					
1070098202		X	X				X			X			X				
1060086306	X		X				X			X			X				
3005061102	X		X				X			X	X						
1070103202	X			X			X			X							X
1312292103	X			X			X			X							X
1030216202	X		X				X			X		X					
1316218104		X		X			X			X							
1050042202	X		X				X			X							X
3004620104	X			X			X			X							X
1318100102		X		X			X			X							X
1632217202	X		X				X		X	X		X					
1050155204	X		X				X			X		X					
1316088103	X			X			X			X							X

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

H.C	SEXO		GRUPO ETARIO		DIAGNOSTICO					NUMERO DE PIEZAS EXTRAIDAS		SUPERIOR TIPO DE PIEZA DENTAL EXTRAIDA			INFERIOR TIPO DE PIEZA DENTAL EXTRAIDA		
	M	F	INFANTES 2 A 5 AÑOS	NIÑOS 6 A 10 AÑOS	K02.1 CARIES DENTINA	K04.0 PULPITIS IRREVERSIBLE	K04.1 NECROSIS PULPAR	K04.6 ABSCESO PERIAPICAL CON FISTULA	K04.7 ABSCESO PERIAPICAL SIN FISTULA	1	2 o más	INCISIVOS	CANINOS	MOLARES	INCISIVOS	CANINOS	MOLARES
3000981103		X		X			X				X			X			
1040210303		X		X			X				X						X
1050103103	X			X			X			X							X
1050109103	X			X			X			X							X

CONSTANCIA DE CULMINACIÓN DE PROYECTO DE TESIS



GOBIERNO REGIONAL PIURA
GERENCIA DE DESARROLLO SOCIAL
DIRECCION REGIONAL DE SALUD PIURA

ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-4 SANTA JULIA

"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANIA NACIONAL"

CONSTANCIA DE CULMINACION DE
PROYECTO DE TESIS



El Dr. Manuel Eduardo Girón Martínez Médico Jefe del Establecimiento de Salud I-4 Santa Julia

HACE CONSTAR QUE :

Irina Vanessa Peña Apaestegui

Identificada con DNI N°45199898, Bachiller en el Programa de Titulación de la Universidad Cesar Vallejo Filial Piura, ha culminado Satisfactoriamente la Ejecución del Proyecto de Tesis Titulado **"PREVALENCIA DE EXODONCIA EN DIENTES DECIDUOS EN MENORES ATENDIDOS EN UN CENTRO DE SALUD, PIURA 2017 – 2020"** realizado en el E.S. I-4 Santa Julia

Se extiende el presente documento a solicitud de la interesada para los fines que estime pertinentes.

Esté documento carece de valor para cualquier trámite legal.

Veintiséis de Octubre, 17 de Agosto del 2022



DIRECCION REGIONAL DE SALUD PIURA
Dr. Manuel Eduardo Girón Martínez
MEDICO JEFE
C.M.P. 42378

ANEXO 11

TABLAS DEL PROGRAMA ESTADÍSTICO IBM SPSS

SPSS Statistics Archivo Editar Ver Datos Transformar Insertar Formato Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda Resultado Vanesa Peña.spv [Documento2] - IBM SPSS Statistics Visor

Tablas personalizadas

		f	%
Prevalencia de exodoncia en dientes deciduos	K02.1 = Caries de la dentina	1	0,5%
	K04.0 = Pulpitis irreversible	27	12,3%
	K04.1 = Necrosis pulpar	163	74,1%
	K04.6 = Absceso periapical con fistula	16	7,3%
	K04.7 = Absceso periapical sin fistula	13	5,9%
	Total	220	100,0%

Tablas personalizadas

Tabla 1

Prevalencia de exodoncia en dientes deciduos	K02.1 = Caries de la dentina	Sexo			
		Masculino		Femenino	
		f	%	f	%
	K02.1 = Caries de la dentina	0	0,0%	1	0,5%
	K04.0 = Pulpitis irreversible	15	6,8%	12	5,5%
	K04.1 = Necrosis pulpar	80	36,4%	83	37,7%
	K04.6 = Absceso periapical con fistula	9	4,1%	7	3,2%
	K04.7 = Absceso periapical sin fistula	9	4,1%	4	1,8%
	Total	113	51,4%	107	48,6%

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON H: 140, W: 1164 pt.

SPSS Statistics Archivo Editar Ver Datos Transformar Insertar Formato Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda Resultado Vanesa Peña.spv [Documento2] - IBM SPSS Statistics Visor

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

Prevalencia de exodoncia en dientes deciduos	Chi-cuadrado	Sexo	
		df	
		Sig.	
	3,401	4	
		,493 ^{1b}	

Los resultados se basan en filas y columnas no vacías en cada subtabla más interna.

- Más del 20 % de las casillas de esta subtabla habían previsto recuentos de casillas menores que 5. Los resultados del chi-cuadrado podrían no ser válidos.
- El recuento de casilla mínimo previsto en esta subtabla es menor que uno. Los resultados del chi-cuadrado podrían no ser válidos.

Tablas personalizadas

Tabla 1

Prevalencia de exodoncia en dientes deciduos	K02.1 = Caries de la dentina	Grupo etario			
		Infantes (2 años a 5 años)		Niños (6 años a 10 años)	
		f	%	f	%
	K02.1 = Caries de la dentina	0	0,0%	1	0,5%
	K04.0 = Pulpitis irreversible	6	2,7%	21	9,5%
	K04.1 = Necrosis pulpar	43	19,5%	120	54,5%
	K04.6 = Absceso periapical con fistula	4	1,8%	12	5,5%
	K04.7 = Absceso periapical sin fistula	6	2,7%	7	3,2%
	Total	59	26,8%	161	73,2%

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON H: 140, W: 1164 pt.

SPSS Statistics Archivo Editar Ver Datos Transformar Insertar Formato Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda Lun 20:45

Resultado Vanesa Peña.spv [Documento2] - IBM SPSS Statistics Visor

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

		Sexo	
Prevalencia de exodoncia en dientes deciduos	Chi-cuadrado	3,401	
	df	4	
	Sig.	,493 ^{a,b}	

Los resultados se basan en filas y columnas no vacías en cada subtabla más interna.

a. Más del 20 % de las casillas de esta subtabla habían previsto recuentos de casillas menores que 5. Los resultados del chi-cuadrado podrían no ser válidos.

b. El recuento de casilla mínimo previsto en esta subtabla es menor que uno. Los resultados del chi-cuadrado podrían no ser válidos.

Tablas personalizadas

Tabla 1

		Grupo etario			
		Infantes (2 años a 5 años)		Niños (6 años a 10 años)	
		f	%	f	%
Prevalencia de exodoncia en dientes deciduos	K02.1 = Caries de la dentina	0	0,0%	1	0,5%
	K04.0 = Pulpitis irreversible	6	2,7%	21	9,5%
	K04.1 = Necrosis pulpar	43	19,5%	120	54,5%
	K04.6 = Absceso periapical con fistula	4	1,8%	12	5,5%
	K04.7 = Absceso periapical sin fistula	6	2,7%	7	3,2%
	Total	59	26,8%	161	73,2%

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON H: 140, W: 1164 pt.

SPSS Statistics Archivo Editar Ver Datos Transformar Insertar Formato Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda Lun 20:47

Resultado Vanesa Peña.spv [Documento2] - IBM SPSS Statistics Visor

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

		Número de piezas dentales extraídas	
Prevalencia de exodoncia en dientes deciduos	Chi-cuadrado	1,133	
	df	4	
	Sig.	,889 ^{a,b}	

Los resultados se basan en filas y columnas no vacías en cada subtabla más interna.

a. Más del 20 % de las casillas de esta subtabla habían previsto recuentos de casillas menores que 5. Los resultados del chi-cuadrado podrían no ser válidos.

b. El recuento de casilla mínimo previsto en esta subtabla es menor que uno. Los resultados del chi-cuadrado podrían no ser válidos.

Tablas personalizadas

Tabla 1

		Localización			
		Arcada superior		Arcada inferior	
		f	%	f	%
Prevalencia de exodoncia en dientes deciduos	K02.1 = Caries de la dentina	1	0,5%	0	0,0%
	K04.0 = Pulpitis irreversible	10	4,5%	17	7,7%
	K04.1 = Necrosis pulpar	62	28,2%	101	45,9%
	K04.6 = Absceso periapical con fistula	5	2,3%	11	5,0%
	K04.7 = Absceso periapical sin fistula	6	2,7%	7	3,2%
	Total	84	38,2%	136	61,8%

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON H: 140, W: 1164 pt.

SPSS Statistics Archivo Editar Ver Datos Transformar Insertar Formato Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda Resultado Vanesa Peña.spv [Documento2] - IBM SPSS Statistics Visor

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

		Localización	
Prevalencia de exodoncia en dientes deciduos	Chi-cuadrado	2,311	
	df	4	
	Sig.	,679 ^{a,b}	

Los resultados se basan en filas y columnas no vacías en cada subtabla más interna.

a. Más del 20 % de las casillas de esta subtabla habían previsto recuentos de casillas menores que 5. Los resultados del chi-cuadrado podrían no ser válidos.

b. El recuento de casilla mínimo previsto en esta subtabla es menor que uno. Los resultados del chi-cuadrado podrían no ser válidos.

Tablas personalizadas

Tabla 1

Prevalencia de exodoncia en dientes deciduos		Tipo de pieza dental extraída					
		Incisivos		Caninos		Molares	
		f	%	f	%	f	%
K02.1 = Caries de la dentina		0	0,0%	0	0,0%	1	0,5%
K04.0 = Pulpitis irreversible		2	0,9%	0	0,0%	25	11,4%
K04.1 = Necrosis pulpar		17	7,7%	6	2,7%	140	63,6%
K04.6 = Absceso periapical con fistula		2	0,9%	0	0,0%	14	6,4%
K04.7 = Absceso periapical sin fistula		3	1,4%	1	0,5%	9	4,1%
Total		24	10,9%	7	3,2%	189	85,9%

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON H: 140, W: 1164 pt.

SPSS Statistics Archivo Editar Ver Datos Transformar Insertar Formato Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda Resultado Vanesa Peña.spv [Documento2] - IBM SPSS Statistics Visor

Tabla 1

Prevalencia de exodoncia en dientes deciduos		Tipo de pieza dental extraída					
		Incisivos		Caninos		Molares	
		f	%	f	%	f	%
K02.1 = Caries de la dentina		0	0,0%	0	0,0%	1	0,5%
K04.0 = Pulpitis irreversible		2	0,9%	0	0,0%	25	11,4%
K04.1 = Necrosis pulpar		17	7,7%	6	2,7%	140	63,6%
K04.6 = Absceso periapical con fistula		2	0,9%	0	0,0%	14	6,4%
K04.7 = Absceso periapical sin fistula		3	1,4%	1	0,5%	9	4,1%
Total		24	10,9%	7	3,2%	189	85,9%

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

		Tipo de pieza dental extraída	
Prevalencia de exodoncia en dientes deciduos	Chi-cuadrado	5,196	
	df	8	
	Sig.	,736 ^{a,b}	

Los resultados se basan en filas y columnas no vacías en cada subtabla más interna.

a. Más del 20 % de las casillas de esta subtabla habían previsto recuentos de casillas menores que 5. Los resultados del chi-cuadrado podrían no ser válidos.

b. El recuento de casilla mínimo previsto en esta subtabla es menor que uno. Los resultados del chi-cuadrado podrían no ser válidos.

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON H: 140, W: 1164 pt.

ANEXO 12

PRUEBA ESTADÍSTICA

Test Estadístico

OE1: Determinar la prevalencia de exodoncia en dientes deciduos en menores atendidos en un centro de salud, Piura 2017 – 2020, según sexo.

H₀: El sexo no está relacionado a la prevalencia de exodoncia en dientes deciduos en menores atendidos en un centro de salud.

H₁: El sexo está relacionado a la prevalencia de exodoncia en dientes deciduos en menores atendidos en un centro de salud.

Nivel de confianza: 95%

Nivel de significancia: 5%

Estadístico:

Chi-cuadrado: 3.401

Grados de libertad: 4

P-valor: 0.493

Conclusión: A un nivel de 5% de significancia, existe suficiente evidencia estadística para no rechazar la hipótesis nula (H₀), por lo tanto, afirmar que el sexo no está relacionado a la prevalencia de exodoncia en dientes deciduos en menores atendidos en un centro de salud.

OE2: Determinar la prevalencia de exodoncia en dientes deciduos en menores atendidos en un centro de salud, Piura 2017 – 2020, según la edad.

H₀: La edad no está relacionado a la prevalencia de exodoncia en dientes deciduos en menores atendidos en un centro de salud.

H₁: La edad está relacionado a la prevalencia de exodoncia en dientes deciduos en menores atendidos en un centro de salud.

Nivel de confianza: 95%

Nivel de significancia: 5%

Estadístico:

Chi-cuadrado: 3.176

Grados de libertad: 4

P-valor: 0.529

Conclusión: A un nivel de 5% de significancia, existe suficiente evidencia estadística para no rechazar la hipótesis nula (H_0), por lo tanto, afirmar que la edad no está relacionado a la prevalencia de exodoncia en dientes deciduos en menores atendidos en un centro de salud.

OE3: Determinar la prevalencia de exodoncia en dientes deciduos en menores atendidos en un centro de salud, Piura 2017 – 2020, según tipo de diente.

H_0 : El tipo de diente no está relacionado a la prevalencia de exodoncia en dientes deciduos en menores atendidos en un centro de salud.

H_1 : El tipo de diente está relacionado a la prevalencia de exodoncia en dientes deciduos en menores atendidos en un centro de salud.

Nivel de confianza: 95%

Nivel de significancia: 5%

Estadístico:

Chi-cuadrado: 5.196

Grados de libertad: 8

P-valor: 0.736

Conclusión: A un nivel de 5% de significancia, existe suficiente evidencia estadística para no rechazar la hipótesis nula (H_0), por lo tanto, afirmar que el tipo de diente no está relacionado a la prevalencia de exodoncia en dientes deciduos en menores atendidos en un centro de salud.

OE4: Determinar la prevalencia de exodoncia en dientes deciduos en menores atendidos en un centro de salud, Piura 2017 – 2020, según el número de dientes extraídos.

H₀: El número de dientes extraídos no está relacionado a la prevalencia de exodoncia en dientes deciduos en menores atendidos en un centro de salud.

H₁: El número de dientes extraídos está relacionado a la prevalencia de exodoncia en dientes deciduos en menores atendidos en un centro de salud.

Nivel de confianza: 95%

Nivel de significancia: 5%

Estadístico:

Chi-cuadrado: 1.133

Grados de libertad: 4

P-valor: 0.889

Conclusión: A un nivel de 5% de significancia, existe suficiente evidencia estadística para no rechazar la hipótesis nula (H₀), por lo tanto, afirmar que el número de dientes extraídos no está relacionado a la prevalencia de exodoncia en dientes deciduos en menores atendidos en un centro de salud.

OE5: [Determinar la prevalencia de exodoncia en dientes deciduos en menores atendidos en un centro de salud, Piura 2017 – 2020; según la localización.](#)

H₀: La localización no está relacionado a la prevalencia de exodoncia en dientes deciduos en menores atendidos en un centro de salud.

H₁: La localización está relacionado a la prevalencia de exodoncia en dientes deciduos en menores atendidos en un centro de salud.

Nivel de confianza: 95%

Nivel de significancia: 5%

Estadístico:

Chi-cuadrado: 2.311

Grados de libertad: 4

P-valor: 0.679

Conclusión: A un nivel de 5% de significancia, existe suficiente evidencia estadística para no rechazar la hipótesis nula (H_0), por lo tanto, afirmar que la localización no está relacionado a la prevalencia de exodoncia en dientes deciduos en menores atendidos en un centro de salud.

ANEXO 13

FOTOS



Figura 1,2 : Visita al consultorio de odontología del establecimiento de salud Santa Julia para coordinar con la jefa del servicio la aplicación del proyecto de investigación.



Figura 3,4: En el área de admision del centro de salud y el proceso de búsqueda de las historias cónicas.



Figura 5,6: Proceso de verificación y recolección de datos.



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, CARRION MOLINA FRANK JULIO, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de ESTOMATOLOGÍA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - PIURA, asesor de Tesis titulada: "Causas más prevalentes de exodoncia de dientes deciduos en menores atendidos en un centro de salud público, Piura 2017 - 2020", cuyo autor es PEÑA APAESTEGUI IRINA VANESSA, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 11.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

PIURA, 27 de Febrero del 2023

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
CARRION MOLINA FRANK JULIO DNI: 46115977 ORCID: 0000-0001-5139-0019	Firmado electrónicamente por: FJCARRION el 27- 02-2023 10:02:13

Código documento Trilce: TRI - 0534979