

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Odontología

Escuela Profesional de Odontología



**FACTORES RELACIONADOS A LAS EXODONCIAS DENTARIAS DE
DIENTES DECIDUOS EN NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS. CLÍNICA ODONTOLÓGICA.
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA, AÑO-2017.**

Tesis presentada por el Bachiller:

Torres Quispe Yasmani Yordan

Para optar el Título Profesional de

Cirujano Dentista

Asesor: Dr. Figueroa Banda Alberto

Arequipa – Perú

2018

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA
URB. SAN JOSE SIN - UMACOLLO

DR AGUSTIN CARPIO PONCE

BOLETA DE DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS Nro 105

Vista la solicitud que presenta don (ña **TORRES QUISPE YASMANI YORDAN** sobre el dictamen de la Tesis titulada "**FACTORES RELACIONADOS A LAS EXODONCIAS DENTARIAS DE DIENTES DECIDUOS EN NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS, CLINICA ODONTOLOGICA. UCSM 2017**" y en concordancia con la Ley Universitaria 30220, y el Art. 13 del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Odontología, se nombra el JURADO DICTAMINADOR para que en el lapso de ocho a diez días, se sirvan evaluar el dictamen correspondiente

DR AGUSTIN CARPIO PONCE
DRA ZAIDA MOYA DE CALDERON
DRA ELSA VASQUEZ HUERTA

Arequipa, 13 de DICIEMBRE del 2017

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARÍA

Dr. MARTÍN LARRY RUSADO LINARES
Decano de la Facultad de Odontología

INFORME

*Ar Decano Quispe con informe q'
el jurado Jurado de Investigación de
Consejo los siguientes observaciones -
Artículos - Luego Hechos los
Consejos de puntaje se Tesis*

pto
Abasto

Arequipa, 2017 20-12

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA
URB. SAN JOSE SIN - UMACOLLO

DRA ZAIDA MOYA DE CALDERON

BOLETA DE DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS Nro 105

Vista la solicitud que presenta don (ña **TORRES QUISPE YASMANI YORDAN** sobre el dictamen de la Tesis titulada "**FACTORES RELACIONADOS A LAS EXODONCIAS DENTARIAS DE DIENTES DECIDUOS EN NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS, CLINICA ODONTOLOGICA. UCSM 2017**" y en concordancia con la Ley Universitaria 30220, y el Art. 13 del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Odontología, se nombra el JURADO DICTAMINADOR para que en el lapso de ocho a diez días, se sirvan evaluar el dictamen correspondiente

DR AGUSTIN CARPIO PONCE
DRA ZAIDA MOYA DE CALDERON
DRA ELSA VASQUEZ HUERTA

Arequipa, 13 de DICIEMBRE del 2017

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARÍA

Dr. MARTÍN LARREA RUSPOLI
Decano de la Facultad de Odontología

INFORME

Señor Decano; Se revisó el proyecto de borrador presentado por el Sr. bachiller Torres Quispe Yasmani Yordan y se realizó las siguientes correcciones: Introducción, Resumen, sistema de pie de página, presentación de cuadros estadísticos, conclusiones, recomendaciones; por lo que una vez corregido se otorga el dictamen favorable y así pueda proceder con los trámites correspondientes

Atentamente,

Arequipa, 2017 Junio 22

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA
URB. SAN JOSE S/N - UMACOLLO

DRA ELSA VASQUEZ HUERTA

BOLETA DE DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS Nro 105

Vista la solicitud que presenta don (ña **TORRES QUISPE YASMANI YORDAN** sobre el dictamen de la Tesis titulada **"FACTORES RELACIONADOS A LAS EXODONCIAS DENTARIAS DE DIENTES DECIDUOS EN NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS, CLINICA ODONTOLOGICA. UCSCM 2017"** y en concordancia con la Ley Universitaria 30220, y el Art. 13 del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Odontología, se nombra el JURADO DICTAMINADOR para que en el lapso de ocho a diez días, se sirvan evaluar el dictamen correspondiente

DR AGUSTIN CARPIO PONCE
DRA ZAIDA MOYA DE CALDERON
DRA ELSA VASQUEZ HUERTA

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARÍA

Dr. MARTÍN LARRY ROSADO LIMARES
Decano de la Facultad de Odontología


Arequipa, 13 de DICIEMBRE del 2017

INFORME

Dr. Agustín Carpio Ponce,
Decano de la Facultad de Odontología.
Habeis revisado el borrador de tesis y indica concuerda
en los indicadores, unidades de estudio, conclusiones, fecha de redacción de datos y fuentes de
sintetización.
Habiendo realizado las correcciones del precepto del
Dictamen Favorable.
Atte.

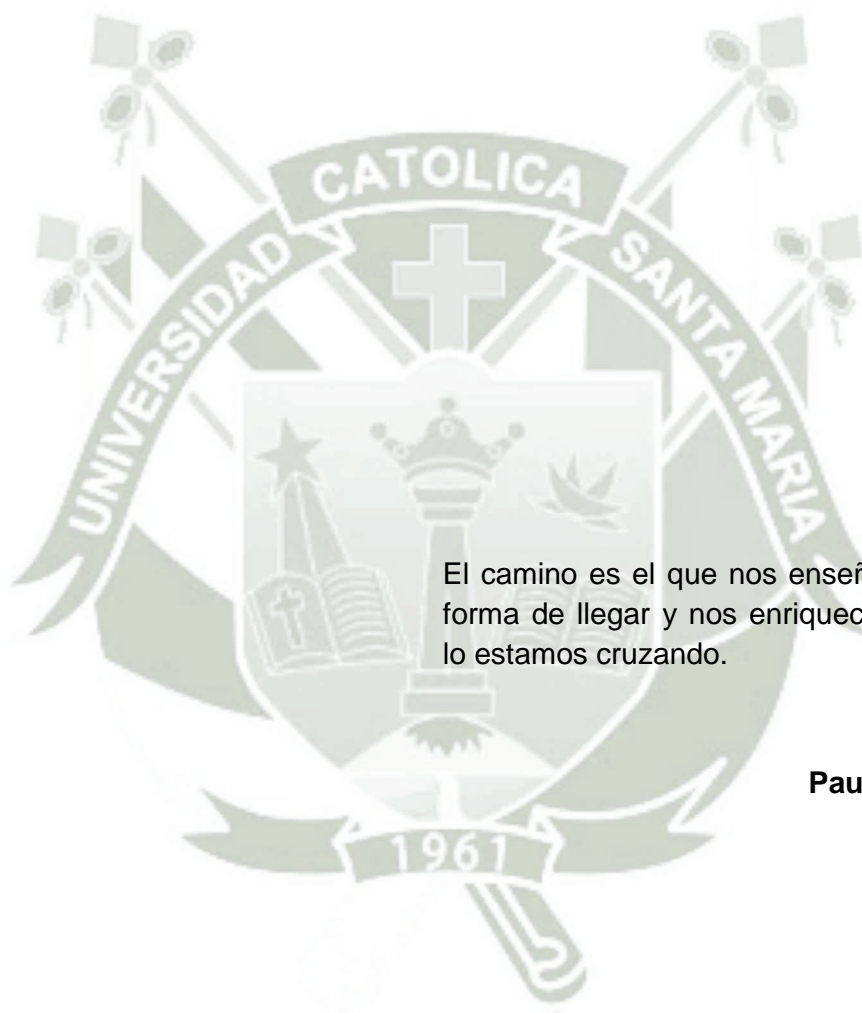
Arequipa, 2017 11 de Junio

Este trabajo está dedicado en primer lugar a mis padres Gonzalo y Rosario quienes me inculcaron valores y me brindaron su apoyo incondicionalmente en todo momento.



A mis hermanos Mirian, Arlene y Elvis, por Compartir momentos maravillosos conmigo y siempre estar dispuestos a apoyarme.

A mis amigos Francisco, Karolayn, Rosa, Yuleysi y luz, Por el apoyo que me brindan en todo momento.



El camino es el que nos enseña la mejor forma de llegar y nos enriquece mientras lo estamos cruzando.

Paulo Coelho.

INTRODUCCIÓN

La pérdida de dientes primarios, se refiere a la pérdida de dientes deciduos, caducos o de leche, que puede llegar a comprometer el mantenimiento natural del espacio o longitud del arco y por ende la erupción del diente permanente.

Durante el transcurso de la vida, la integridad de los dientes se ve afectado por causas como: patología pulpar, traumatismos, etc. Dando como resultado en la mayoría de los casos la pérdida dentaria decidua. Esto ocasiona en el futuro, un desequilibrio dentario con migraciones dentarias, pérdida de espacio, extrusión del diente antagonista, que ocasiona consecuencias dañinas al sistema estomatognático y el bienestar psicológico del niño.

En la actualidad en de la práctica odontológica, se observan a niños de edad temprana con cuadros de afectación dentaria grave que por lo general son solucionadas con exodoncias. Por ende el cirujano dentista debe saber explicar a los padres la importancia de mantener los dientes temporales y las consecuencias que provoca la pérdida prematura para saber diagnosticar a tiempo y así aplicar las medidas que se necesitan para su prevención.

La investigación que a continuación se desarrolla, fue de tipo descriptiva transversal. Se tomó como unidad de análisis, historias clínicas de pacientes integrales niños entre las edades de 5 y 12 años atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santa María, Arequipa 2017.

La tesis consta de 3 capítulos. En el Capítulo I, referido al Planteamiento Teórico, se incluye el problema, los objetivos, el marco teórico y la hipótesis.

En el Capítulo II, se aborda el Planteamiento Operacional, consistente en la técnica, instrumentos y materiales, así como el campo de verificación y las estrategias de recolección y manejo de resultados.

En el Capítulo III, se presentan los Resultados de la investigación consistentes en procesamiento y análisis estadístico de la información a través de tablas, interpretaciones y gráficas, así como la Discusión, las Conclusiones y las Recomendaciones.

Finalmente, se incluye con las Referencias Bibliográficas, así como los Anexos correspondientes.

RESUMEN

La investigación tiene como objetivo conocer los factores relacionados a las exodoncias dentarias de dientes deciduos en niños de 5 a 12 años.

Materiales y métodos: el tipo de investigación corresponde un estudio descriptivo y transversal; la muestra se conformó por 342 dientes deciduos extraídos bajo anestesia local en la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santa María. El instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos donde se incluyó: sexo, edad, pieza dentaria, diagnóstico, preparación psicológica, anestesia, mesa de trabajo, indicaciones para los padres y control clínico post exodoncia. **Resultados:** Se obtuvieron como resultados que la mayor frecuencia de exodoncias de piezas deciduas realizadas fue a la edad de 9 años con 24.56% y en el sexo masculino con 52.05%, mientras que la menor frecuencia se presentó en 12 años con 1.75% y en el sexo femenino con 47.95%. La mayor frecuencia de piezas dentarias deciduas extraídas, fue la pieza dentaria 7,4 con 9.94%, mientras que la menor frecuencia se presentó en la pieza dentaria 7,2 con 1.17%. El diagnóstico más frecuente de la patología pulpar u otras causas, para exodoncias de dientes deciduos, fue la rizólisis con 40.06%, seguido de resto radicular con 37.43%. En cuanto a preparación psicológica del paciente pediátrico previo a las exodoncias de dientes deciduos, se aplicó la técnica de decir, mostrar, hacer en un 97.37% de los casos; El comportamiento del paciente pediátrico durante la técnica anestésica tópica previo a las exodoncias de dientes deciduos, presentó un comportamiento definitivamente positivo con 76.32%; mientras para la anestesia local presentó un comportamiento levemente positivo con 76.02%. La mesa de trabajo para exodoncias dentarias deciduas, la mayor frecuencia presentó una preparación correcta con 71.05%; mientras que la visibilidad de la mesa de trabajo, fue visible para el niño con 100%. Las indicaciones para los padres, hubo mayor frecuencia, sin indicaciones con 66.08%, mientras que la menor frecuencia presentó indicaciones escritas con 5.65%. Se logró determinar que no realizaron control clínico a los 7 días con 52.92%, y se realizó control clínico en un 47.08%.

Palabras claves: Exodoncias dentarias - Dientes deciduos.

ABSTRACT

The objective of the research is to know the factors related to dental extractions of deciduous teeth in children from 5 to 12 years old.

Materials and methods: the type of research corresponds to a descriptive and transversal study; the sample consisted of 342 deciduous teeth extracted under local anesthesia at the Dental Clinic of the Catholic University of Santa María. The instrument used was the data collection form where it was included (sex, dental age, diagnosis, psychological preparation, anesthesia, work table, indications for parents and clinical control post exodontia). Results: Results were obtained that the highest frequency of exodoncias of deciduous pieces was at the age of 9 years with 24.56% and in the male with 52.05%, while the lowest frequency occurred in 12 years with 1.75% and in the female with 47.95%. The highest frequency of extracted deciduous dental pieces was tooth piece 7.4 with 9.94%, while the lowest frequency was found in tooth piece 7.2 with 1.17%. The most frequent diagnosis of pulp pathology or other causes, for exodoncias of deciduous teeth, was rizolysis with 40.06%, followed by root rest with 37.43%. Regarding the psychological preparation of the pediatric patient prior to the exodoncias of deciduous teeth, the technique of saying, showing, doing in 97.37% of the cases was applied; The behavior of the pediatric patient during the topical anesthetic technique prior to the exodoncias of deciduous teeth, showed a definitely positive behavior with 76.32%; while for local anesthesia I show a slightly positive behavior with 76.02%. The work table for dental exudates deciduous, the highest frequency presented a correct preparation with 71.05%; while the visibility of the work table was visible to the child with 100%. Indications for parents were more frequent, without indications with 66.08%, while the lowest frequency presented written indications with 5.65%. It was determined that they did not perform clinical control at 7 days with 52.92%, and clinical control was performed in 47.08%.

Key words: Dental extractions - deciduous teeth.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

RESUMEN

ABSTRACT

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO	1
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	2
1.1. Determinación del problema	2
1.2. Enunciado	2
1.3. Descripción	2
1.4. Justificación.....	5
2. OBJETIVOS.....	7
3. MARCO TEÓRICO	8
3.1. Conceptos básicos.....	8
3.1.1. Concepto de dentición primaria:	8
3.1.2. Fisiología de la erupción	8
3.1.3. Patología Pulpar	13
3.1.4. Estados de la Pulpa	14
3.1.5. Exodoncia	16
3.1.6. Anestesia local.....	21
3.1.7. Manejo del comportamiento.....	29
3.2. Antecedentes investigativos.....	36
CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	43
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.....	44
1.1. Técnica.....	44
1.2. Instrumentos	45
1.3. Materiales.....	45
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	45
2.1. Ubicación espacial	45

2.2. Ubicación temporal.....	46
2.3. Unidades de estudio.....	46
3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	48
3.1. Organización	48
3.2. Recursos	49
3.3. Validación del instrumento	49
4. ESTRATEGIA PARA EL MANEJO DE LOS DATOS	49
4.1. Nivel de sistematización de los datos.....	49
4.2. Nivel de estudio de los datos.	50
CAPÍTULO III RESULTADOS	51
DISCUSIÓN	70
CONCLUSIONES	73
RECOMENDACIONES	75
BIBLIOGRAFÍA	76
HEMEROGRAFÍA.....	78
INFORMATOGRAFIA.....	79
ANEXOS	80
ANEXO Nº 1 FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	81
ANEXO Nº 2 MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN	83
ANEXO Nº 3 DOCUMENTOS	93
ANEXO Nº 4 SECUENCIA FOTOGRÁFICA.....	97

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA Nº 1 EDAD DE LOS NIÑOS SOMETIDOS A EXODONCIA EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA.....	52
TABLA Nº 2 SEXO DE LOS NIÑOS SOMETIDOS A EXODONCIA EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA.....	54
TABLA Nº 3 PIEZAS DENTARIAS DECIDUAS EXTRAÍDAS EN NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA.....	56
TABLA Nº 4 DIAGNOSTICO DE LA PATOLOGÍA PULPAR PREVIO A LAS EXODONCIAS DENTARIAS DECIDUAS EN NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA.....	58
TABLA Nº 5 PREPARACIÓN PSICOLÓGICA PREVIO A LAS EXODONCIAS DENTARIAS DECIDUAS EN NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA.....	60
TABLA Nº 6 ESCALA DE FRANKL DURANTE LA APLICACIÓN DE LA TÉCNICA ANESTÉSICA PARA EXODONCIAS EN DIENTES DECIDUAS DE NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA.....	62
TABLA Nº 7 MESA DE TRABAJO PREVIO A LAS EXODONCIAS DE DIENTES DECIDUOS EN NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA.....	64
TABLA Nº 8 INDICACIONES POST OPERATORIAS PARA LOS PADRES DE LOS NIÑOS SOMETIDOS A EXODONCIA EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA.....	66
TABLA Nº 9 FRECUENCIA DE LAS INDICACIONES DEL CONTROL CLÍNICO POST EXODONCIA A LOS 7 DÍAS EN LOS NIÑOS EN ESTUDIO DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA – AREQUIPA 2017.....	68

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO Nº 1	EDAD DE LOS NIÑOS SOMETIDOS A EXODONCIA EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA.....	53
GRÁFICO Nº 2	SEXO DE LOS NIÑOS SOMETIDOS A EXODONCIA EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA.....	55
GRÁFICO Nº 3	PIEZAS DENTARIAS DECIDUAS EXTRAÍDAS EN NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA	57
GRÁFICO Nº 4	DIAGNOSTICO DE LA PATOLOGÍA PULPAR PREVIO A LAS EXODONCIAS DENTARIAS DECIDUAS EN NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA	59
GRÁFICO Nº 5	PREPARACIÓN PSICOLÓGICA PREVIO A LAS EXODONCIAS DENTARIAS DECIDUAS EN NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA.....	61
GRÁFICO Nº 6	ESCALA DE FRANKL DURANTE LA APLICACIÓN DE LA técnica ANESTÉSICA PARA EXODONCIAS EN DIENTES DECIDUAS DE NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA	63
GRÁFICO Nº 7	MESA DE TRABAJO PREVIO A LAS EXODONCIAS DE DIENTES DECIDUOS EN NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA.....	65
GRÁFICO Nº 8	INDICACIONES POST OPERATORIAS PARA LOS PADRES DE LOS NIÑOS SOMETIDOS A EXODONCIA EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA	67
GRÁFICO Nº 9	FRECUENCIA DE LAS INDICACIONES DEL CONTROL CLÍNICO POST EXODONCIA A LOS 7 DÍAS EN LOS NIÑOS EN ESTUDIO DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA – AREQUIPA 2017	69



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

I.- PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Determinación del problema

La presente tesis a realizar surge como necesidad de saber los factores relacionados a las exodoncias de dientes deciduos extraídas en la asignatura de Clínica Integral Del Niño II de la clínica odontológica de La Universidad Católica De Santa María, durante el año 2017.

Es importante saber los factores relacionados a las extracciones de dientes deciduos, para así tener un registro epidemiológico de dientes temporales extraídos en nuestra facultad, así como de analizar cuál es la causa principal de extracción de piezas temporarias, así como de los factores relacionados a estas, en la población infantil de nuestra ciudad.

El proyecto se ejecutó en la clínica odontológica de la Universidad Católica de Santa María.

1.2. Enunciado

FACTORES RELACIONADOS A LAS EXODONCIAS DENTARIAS DE DIENTES DECIDUOS EN NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS. CLÍNICA ODONTOLÓGICA, UCSM, AÑO-2017.

1.3. Descripción

a. Área del conocimiento

- **Área general** : Ciencias de la Salud.
- **Área específica** : Odontología.
- **Especialidad** : Odontopediatría.
- **Línea** : Cirugía Bucal

b. Análisis u operacionalización de las variables

Variables	Indicadores	Sub indicadores
Piezas dentales temporales extraídas	1. Edad	5 a 12 Años
	2. Sexo	2.1. Masculino 2.2. Femenino
	3. Pieza Dentaria	3.1. Incisivos 3.2. Caninos 3.3. Molares
	4. Diagnostico	4.1. Rizólisis 4.2. Patología pulpar 4.2.1. Pulpitis reversible 4.2.2. Pulpitis irreversible 4.2.3. Necrosis pulpar 4.3. Restos radiculares 4.4. Motivos ortodonticos 4.5. Otros
	5. Preparación Psicológica	5.1. Decir, mostrar, hacer. 5.2. Modelado 5.3. Distracción contingente 5.4. Escape contingente
	6. Anestesia	6.1. Tópica (escala de Frankl) 6.1.1. Definitivamente negativo 6.1.2. levemente negativo 6.1.3. levemente positivo 6.1.4. Definitivamente positivo 6.2. A. Local (escala de Frankl) 6.2.1. Definitivamente negativo 6.2.2. levemente negativo 6.2.3. levemente positivo 6.2.4. Definitivamente positivo
	7. Mesa de trabajo	7.1. Preparación de la mesa de trabajo. 7.1.1. Correcto 7.1.2. Incorrecto 7.2. Disposición de la mesa de trabajo. 7.2.1. Visible para el niño 7.2.2. No visible para el niño
	8. Indicaciones a los padres	8.1. Orales 8.2. Escritas 8.3. Sin indicaciones
	9. Control clínico	9.1. A los 7 días 9.1.1. SI 9.1.2. NO

c. Interrogantes básicas

- ¿En qué edad y sexo se realiza exodoncias dentarias deciduas, en niños de 5 a 12 años de la clínica odontológica de la Universidad Católica De Santa María, 2017?
- ¿Cuál es pieza dentaria con exodoncias dentarias deciduas en niños de 5 a 12 años de la clínica odontológica de la Universidad Católica De Santa María, 2017?
- ¿Cuál es el diagnostico en exodoncias dentarias deciduas en niños de 5 a 12 años de la clínica odontológica de la Universidad Católica De Santa María, 2017?
- ¿Se realiza preparación psicológica previa a las exodoncias dentarias deciduas en niños de 5 a 12 años de la clínica odontológica de la Universidad Católica De Santa María, 2017?
- ¿Qué técnica anestésica es utilizada en exodoncias dentarias deciduas en niños de 5 a 12 años de la clínica odontológica de la Universidad Católica De Santa María, 2017?
- ¿Cómo es la mesa de trabajo para exodoncias dentarias deciduas en niños de 5 a 12 años de la clínica odontológica de la Universidad Católica De Santa María, 2017?
- ¿Qué indicaciones se les brinda a los padres después de exodoncias dentarias deciduas en niños de 5 a 12 años de la clínica odontológica de la Universidad Católica De Santa María, 2017?
- ¿Se realiza el control clínico a los 7 días después de exodoncias dentarias deciduas en niños de 5 a 12 años de la clínica odontológica de la Universidad Católica De Santa María, 2017?

d. Taxonomía de la investigación

	ABORDAJE	Cuantitativo
TIPO DE ESTUDIO	Por la técnica de recolección	Observacional
	Por la secuencia temporal	Transversal
	Por el número de mediciones o de las variables	Transversal
	Por el ámbito de recolección	Documental
	DISEÑO	Descriptivo
	NIVEL	Descriptivo

1.4. Justificación

La investigación justifica por diferentes razones.

a. Relevancia científica

La presente investigación será de mucha ayuda en el aporte de conocimientos sobre salud bucal específico a nivel de la cirugía oral de niños en la Facultad de Odontología de la Universidad Católica de Santa María y a la vez tener un registro de una parte de la población infantil de la ciudad de Arequipa

b. Relevancia contemporánea

Los datos tomados y resueltos en esta investigación, pertenece al X semestre del año 2017

c. Relevancia social

El presente estudio contribuirá a los alumnos de clínica en nuestra facultad para ampliar los conocimientos de las necesidades estomatológicas de los pacientes infantiles y sobre todo gran

sensibilidad e interés hacia sus problemas ayudando de alguna manera a su integración a los planes de prevención, diagnóstico y tratamiento, en busca de su incorporación social.

d. Originalidad

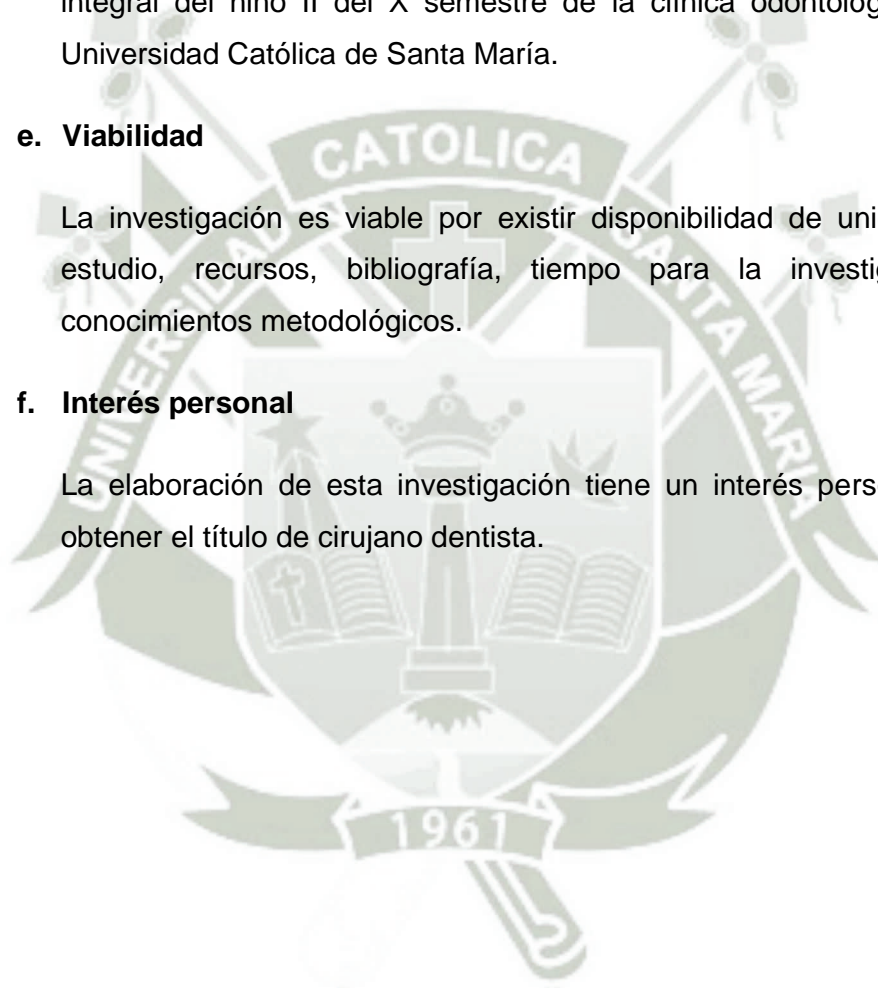
El presente trabajo de investigación posee una originalidad específica ya que no se tiene un registro de datos respecto al registro de extracciones de piezas dentarias temporales, en el curso de clínica integral del niño II del X semestre de la clínica odontológica de la Universidad Católica de Santa María.

e. Viabilidad

La investigación es viable por existir disponibilidad de unidades de estudio, recursos, bibliografía, tiempo para la investigación y conocimientos metodológicos.

f. Interés personal

La elaboración de esta investigación tiene un interés personal para obtener el título de cirujano dentista.



2. OBJETIVOS

- 2.1. Determinar en qué edad y sexo se realizó exodoncias dentarias deciduas en niños de 5 a 12 años de la clínica odontológica de la Universidad Católica De Santa María, 2017.
- 2.2. Determinar cuál es la pieza dentaria en exodoncias dentarias deciduas en niños de 5 a 12 años de la clínica odontológica de la Universidad Católica De Santa María, 2017.
- 2.3. Determinar cuál es el diagnostico en las exodoncias dentarias deciduas en niños de 5 a 12 años de la clínica odontológica de la Universidad Católica De Santa María, 2017.
- 2.4. Determinar cuál es la preparación psicológica previa a las exodoncias dentarias deciduas en niños de 5 a 12 años de la clínica odontológica de la Universidad Católica De Santa María, 2017.
- 2.5. Determinar qué técnica anestésica es utilizada en exodoncias dentarias deciduas en niños de 5 a 12 años de la clínica odontológica de la Universidad Católica De Santa María, 2017.
- 2.6. Determinar cómo es la mesa de trabajo para exodoncias dentarias deciduas en niños de 5 a 12 años de la clínica odontológica de la Universidad Católica De Santa María, 2017.
- 2.7. Determinar que indicaciones se les brinda los padres después de las exodoncias dentarias deciduas en niños de 5 a 12 años de la clínica odontológica de la Universidad Católica De Santa María, 2017.
- 2.8. Determinar si se realiza el control clínico a los 7 días después de las exodoncias dentarias deciduas en niños de 5 a 12 años de la clínica odontológica de la Universidad Católica De Santa María, 2017.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Conceptos básicos

3.1.1. Concepto de dentición primaria:

La iniciación del germen del diente primario ocurre durante las primeras 6 semanas de vida intrauterina. La erupción del primer diente primario comienza cerca de los 6 meses después del nacimiento, y todos los dientes primarios erupcionan generalmente entre los 2 ½ años de edad, cuando los segmentos molares primarios entran en oclusión.¹

3.1.2. Fisiología de la erupción

Tradicionalmente, se denomina erupción dentaria al movimiento del diente desde su posición de desarrollo dentro del proceso alveolar, hasta que alcanza una posición funcional dentro de la cavidad oral. La aparición del diente en la cavidad oral recibe el nombre de emergencia o erupción dentaria.²

Lo que en principio constituye los rodetes gingivales recubiertos por su epitelio oral, van a sufrir una serie de transformaciones, que darán lugar a la aparición en primer lugar, de la dentición temporal decidua, que progresivamente y tras la reabsorción de su raíz se verá sustituida por homónimos permanentes. En los extremos distales de ambas arcadas (zonas retromolares), harán su aparición los primeros, segundos y terceros molares, quedando de esta forma constituida en su totalidad la dentición permanente.³

Aunque se han propuesto muchas teorías sobre los factores responsables de la erupción dentaria, parece ser que los más citados son:

- Crecimiento radicular.

¹ MINORU NAKATA. *Guía oclusal en odontopediatría*. Pág. 11

² ADRIANO-ANAYA, María del Pilar. *Edad de la Erupción Permanente en una Población Infantil de la Ciudad de México*. Pág. 255.

³ *Ibíd.* Págs. 255-256.

- Proliferación de la vaina epitelial radicular de Hertwing.
- Fuerzas ejercidas por los tejidos vasculares alrededor y debajo de la raíz.
- Crecimiento del hueso alveolar y fenómenos de aposición en el fondo.
- Crecimiento de la dentina, la constricción pulpar y el crecimiento de la membrana periodontal por la maduración del colágeno en el ligamento.
- Presiones por la acción muscular que envuelve a la dentadura.
- Reabsorción de la cresta alveolar y el desarrollo de los tabiques alveolares.⁴

Dado que todos estos procesos suceden en el mismo momento de la erupción, es difícil saber cuál de ellos es la causa de la erupción dental. Por tanto, la erupción es el resultado de una interrelación entre todos estos factores, si bien el crecimiento de la raíz y de los procesos alveolares constituyen en gran parte, los factores esenciales en el proceso eruptivo.⁵

Moyers (1981) distingue tres fases de erupción:⁶

- *Fase pre eruptiva.* corresponde a la etapa en la que, completada la calcificación de la corona, se inicia la formación de la raíz y tiene lugar la migración intraalveolar hacia la superficie de la cavidad oral. Incluso durante esta fase pre eruptiva, el germen dentario realiza pequeños movimientos de inclinación y giro, en relación con el crecimiento general de los maxilares.
- *Fase eruptiva pre funcional.* Es la etapa en la que el diente está presente ya en boca sin establecer contacto con el antagonista. Cuando el diente perfora la encía, su raíz presenta aproximadamente entre la mitad y los 2/3 de su longitud final.

⁴ BOJ, Juan. Op. Cit. Págs. 35-36.

⁵ Ibid. Págs. 35-36.

⁶ Citado por BARBERÍA LEACHE E. *Erupción dentaria. Prevención y tratamiento de sus alteraciones.* Pediatr Integral. Págs. 229-40.

- *Fase eruptiva funcional.* En esta fase el diente ya establece su oclusión con el antagonista y los movimientos que ocurren van a durar toda la vida, tratando de compensar el desgaste o abrasión dentaria.⁷

a. Erupción de la dentición temporal

Es habitual que la aparición en boca de los dientes deciduos produzca una escasa sintomatología, apareciendo un ligero enrojecimiento e hinchazón de la mucosa oral que será sustituido por una pequeña isquemia en el punto en el que el diente perfora la encía. Ambos epitelios oral y dental se unen. Los dientes temporales comienzan hacer su aparición en boca a los 6 meses de edad y su secuencia eruptiva es la siguiente: incisivo central inferior, incisivo central superior, incisivo lateral superior, incisivo lateral inferior, primer molar inferior, primer molar superior, canino inferior, canino superior, segundo molar inferior y segundo molar superior. Es decir, en general, los dientes de las arcadas inferiores preceden a los de la superior, aunque los incisivos laterales superiores suelen preceder a los inferiores. Pueden considerarse como totalmente normales pequeñas variaciones individuales a las que frecuentemente se les atribuye una influencia genética. De todos modos, entre los 24 y 36 meses de edad han hecho ya su aparición los 20 dientes de la dentición temporal, encontrándose ya a los 3 años totalmente formados y en oclusión. En la erupción de los dientes temporales no es posible dar fechas precisas, puesto que es normal una gran variabilidad de acuerdo con las razas, clima, etc., pero sí que es útil tener siempre presente la edad promedio para determinar si hay adelantos o retrasos notorios en la dentición. Por tanto, la erupción dentaria puede verse afectada por multitud de factores:⁸

- *Influencia del sexo.* Se ha estudiado la influencia hormonal en el desarrollo de la dentición. Se sabe que los niveles de testosterona en los varones varían a lo largo de las distintas etapas del crecimiento hallando altos niveles desde la décima a la vigésima semana de vida

⁷ BURGUEÑO TORRES, Laura. *Cronología y secuencia de erupción de los dientes temporales en una muestra infantil de la Comunidad de Madrid.* Pág. 32.

⁸ *Ibid.* Pág. 32.

intrauterina, así como en los primeros meses de vida y en la adolescencia, coincidiendo con periodos en los que el desarrollo dentario se encuentra más avanzado en los niños que en las niñas.

- *Influencia de la raza.* Menor en la dentición decidua que en la permanente, pero presentes en función de la población estudiada.
- *Nivel socioeconómico.* En los niños de un menor nivel socioeconómico se produce una emergencia dentaria más retardada con respecto a los de un nivel medio o alto.⁹

b. Reabsorción radicular, fisiología y patología de la dentición temporal

Como ya se ha descrito, la raíz de un diente temporal completa su formación al año de hacer su erupción, por lo tanto, a los 3-4 años de edad, todos los dientes temporales han completado su formación radicular. La reabsorción fisiológica de las raíces de los dientes temporales es un proceso intermitente en el que se alternan periodos de reabsorción activa con otros más prolongados de reposo, durante los cuales se ponen en marcha procesos reparadores que establecen la inserción periodontal de la zona reabsorbida. Durante estos periodos de reparación sobre la superficie, se deposita cemento radicular ordinario, y si estos procesos de reparación superan por algún motivo a los de la reabsorción, el resultado puede ser una anquilosis, con la consiguiente infraoclusión del diente. La reabsorción de la dentina radicular es realizada por los odontoblastos, células multinucleadas, que aparecen exclusivamente sobre la superficie radicular donde se va a producir la reabsorción. Aunque el proceso de reabsorción radicular es iniciado y estimulado por la erupción del germen del diente permanente, en los casos de agenesia de dichos dientes permanentes, el diente temporal sufre igualmente un proceso de lenta reabsorción, probablemente debido a que la fuerza masticatoria sobre el

⁹ BURGUEÑO TORRES, Laura. *Ob. Cit.* Pág. 32.

diente temporal envejecido produce una sobrecarga sobre su ligamento periodontal que induce a la reabsorción.¹⁰

c. Erupción de la dentición permanente

En la aparición de esta segunda dentición, se da una mayor variabilidad como consecuencia de la influencia de factores hormonales y de la diferencia de sexo, pudiéndose admitir unos valores promedio para varones y mujeres, si bien se ha de admitir un adelanto proporcional de 3 a 7 meses en las hembras. Sin embargo, en un estudio realizado sobre la población española, se ha encontrado que, aunque los incisivos centrales, laterales y primeros molares erupción antes en las niñas, los caninos, primeros molares y segundos premolares, así como los segundos molares, comienzan su erupción a edades similares en ambos sexos. Clásicamente se admite que el primer diente definitivo que erupción es el primer molar permanente. Este molar erupción a los 6 años, por distal del segundo molar temporal. De los 6 años y medio a los 7 erupción el incisivo central inferior; a continuación, y por este orden, erupción los incisivos centrales superiores, seguidos de los laterales inferiores y superiores lo hacen sobre los 8 años. En esta etapa del recambio nos encontramos en dentición mixta primera fase; posteriormente tiene lugar el recambio en los sectores laterales, y desde este momento hasta su finalización constituye el periodo de dentición mixta segunda fase. Alcanzada esta situación, hay que hacer diferenciación entre la arcada superior y la inferior, puesto que la secuencia es diferente en ambas. En la arcada inferior aparecerá en primer lugar el canino, seguido del primer y segundo premolar, si bien podemos encontrar un cierto número de casos en los que el canino hace su aparición tras el primer premolar y antes de que lo haga el segundo. Cualquier otra situación sería patológica y se vería incrementada cuando el segundo molar permanente erupción antes de que esta secuencia ideal o normal se haya completado. En la arcada superior sucedería algo similar, siendo siempre el canino el que podría cambiar su cronología, ya que los más frecuente es que este se haga después de la aparición del primer premolar

¹⁰ BURGUEÑO TORRES, Laura. *Ob. Cit.* Pág. 32.

y antes del segundo o bien después de la erupción de los premolares. Sin embargo, lo que siempre se considera como anómalo es la erupción del segundo molar permanente antes de que se haya producido el recambio del segundo molar temporal.¹¹

3.1.3. Patología Pulpar

Diversas causas producen las patologías pulpares y el proceso patogénico básico que se desarrolla es el de la respuesta inflamatoria. La pulpa va a reaccionar originando una pulpitis que es la inflamación que ocurre como respuesta a mecanismos directos e inmunitarios¹².

La pulpa es un tejido conectivo delicado que se encuentra entremezclado en forma abundante con vasos sanguíneos muy pequeños, vasos linfáticos, nervios mielinizados y no mielinizados, y células no diferenciadas de tejido conectivo. Igual que otros tejidos conectivos que se encuentran en el cuerpo, reacciona a la infección bacteriana u otros estímulos irritantes mediante una respuesta inflamatoria. A pesar de estas circunstancias, los estudios indican que una pulpa lesionada tiene cierta capacidad para recuperarse, pero es incierto el grado. Baume (1970), clasificó a los factores etiológicos de la patología pulpar en dos grupos:¹³

- a) Factores locales (los cuales producen inflamación de la pulpa) y que estos a su vez pueden ser:
 - La irritación mecánica
 - La irritación térmica
 - La irritación química
 - La irritación bacteriana

- b) Factores Sistémicos (los cuales predisponen a la degeneración), y que estos pueden ser:
 - Condición general severa
 - Deficiencias nutricionales

¹¹ BURGUEÑO TORRES, Laura. *Ob. Cit.* Pág. 32.

¹² Citado por FERNÁNDEZ, Teresita. *Patologías pulpares y tratamientos endodónticos en dientes primarios. Estudio de casos.* Pág. 50.

¹³ VILLASANA, Arelys. *Patología pulpar y su diagnóstico.* Págs. 1-3

- Desordenes endocrinos
- Condición periodontal.¹⁴

3.1.4. Estados de la Pulpa

a. Vital

El diente se presenta clínica y funcionalmente normal.

b. Estados Reversibles

Pulpitis Reversible

Caracterizado por fenómenos vasculares que aún se mantienen dentro de márgenes fisiológicos.

El síntoma distintivo es el dolor a cambios de temperatura, alimentos dulces o ácidos. El dolor es provocado, agudo punzante, de corta duración, desaparece con el retiro del estímulo. La causa generalmente es obvia: una caries, o una cavidad con exposición dentinaria.

El tratamiento recomendado consiste en retirar la causa que la origine. De ser necesario se realizará recubrimiento pulpar con hidróxido de calcio o una pulpotomía.

c. Estados Irreversibles

1. Pulpitis Aguda

Se caracteriza por la presencia de exudado inflamatorio en la pulpa dentaria. A veces con la presencia de exudado purulento (pulpitis abscedosa). El dolor es agudo, pulsátil, punzante, espontáneo. Este tipo de dolor es más severo y permanece después del retiro de la causa y puede aumentar con el calor y en algunas veces disminuye con el frío, además de estar sensible a la mordida. El tratamiento es urgente y la pulpa debe ser removida inmediatamente o el diente extraído.¹⁵

¹⁴ VILLASANA, Arelys. Ob .cit. Págs. 1-3.

¹⁵ GUILLEN CHUJUTALLI. Teddy. *Avances de terapia pulpar en odontología pediátrica*. Págs. 9-11.

II. *Pulpitis Crónica*

Es una inflamación que se caracteriza por presentar síntomas de la larga duración, si los hubiera. En esta situación es imposible recuperar la pulpa a su estado normal. Posteriormente la pulpa degenerará y morirá por una atrofia gradual. Si la situación cambia, puede reactivarse como una pulpitis aguda. La causa sería cualquier irritante moderado actuando por un largo periodo de tiempo. Su tratamiento sería la pulpectomía o la extracción del diente.¹⁶

III. *Necrosis Pulpar*

Se pueden considerar: Séptica y Aséptica.

- *Necrosis aséptica*

Es la muerte pulpar sin la participación de microorganismos. Producida por traumatismos que producen la ruptura del paquete vasculo-nervioso a nivel del foramen apical. Al quedar sin irrigación y nutrición el tejido pulpar se necrosa. El diente puede presentar, después del incidente, movilidad acentuada e incluso extrusión por avulsión. La corona puede presentar coloración rojiza producto de una hemorragia interna. Si la evolución no es favorable, la necrosis producirá inmediatamente una calcificación de la cavidad pulpar. La corona adquirirá paulatinamente una coloración amarillenta. Radiográficamente se observará ausencia de patología periapical. De comprobar la pérdida de vitalidad pulpar, es recomendable la pulpectomía. Si el niño es pequeño el diente puede quedar en observación.¹⁷

¹⁶ GUILLEN CHUJUTALLI. Teddy. Págs. 9-11.

¹⁷ Ibid. Págs. 9-11.

- *Necrosis séptica*

Es la muerte pulpar por invasión bacteriana, frecuentemente por caries dental. También es causada por pulpitis crónica no tratada. El proceso es continuo y progresivo hasta comprometer íntegramente la pulpa dentaria. Al examen clínico el diente presenta una lesión cariosa amplia con compromiso pulpar. Durante muchos casos, los dientes deciduos son asintomáticos durante la fase inflamatoria. En otros casos, puede ser severo. La presión pulpar incrementa por lo presencia de productos de degradación producen compresión en los terminales nerviosos del área periapical, produciendo sensibilidad en el diente afectado. El dolor puede ser muy intenso espontáneamente, agraviándose con el dolor. El tratamiento indicado es la pulpectomía.¹⁸

3.1.5. Exodoncia

Es la parte de la cirugía bucal que se ocupa, mediante unas técnicas y un instrumental adecuado, de practicar la avulsión o extracción de un diente o porción de este del lecho óseo que lo alberga.¹⁹

Extracción en Odontopediatría

Las razones para las extracciones dentarias en Odontopediatría han ido variando con respecto a los patrones de salud oral en el niño. Las indicaciones que conducen a la realización de extracción dentaria en el niño son:²⁰

Dentición temporal:

En términos generales las indicaciones son similares a las de los adultos y se dividen en locales y sistémicas.²¹

¹⁸ GUILLEN CHUJUTALLI, Teddy. *Avances de terapia pulpar en odontología pediátrica*. Págs. 9-11.

¹⁹ DONADO RODRÍGUEZ, Manuel. *Cirugía Bucal Patológica y técnica*. Pág. 297

²⁰ Ibid. Pág. 297

²¹ Ibid. Pág. 297

Sistémicas:

- Focos sépticos en pacientes con compromiso general controlado.
- Focos sépticos en pacientes que van a ser irradiados en cabeza y cuello.

Es importante recordar que los pacientes pediátricos que van a recibir tratamiento de exodoncia y presentan algún compromiso sistémico deben ser estabilizados antes de la extracción.²²

Locales:

- Estados patológicos pulpares en dientes no susceptibles de tratamiento con compromiso de la bi o trifurcación.
- Dientes con caries avanzada que no se puedan restaurar.
- Dientes retenidos o supernumerarios.
- Consideraciones ortopédicas y ortodóncicas.
- Retención de dientes deciduos.
- Fracturas por trauma.
- Dientes relacionados con patologías óseas (quistes, tumores benignos con posibilidad de recidivas, osteomielitis).
- Dientes anquilosados o sumergidos, porque la falta del punto de contacto puede originar pérdida de la longitud de arco.²³

Dentición permanente:

- Caries.
- Traumatismos.
- Ortodoncia.
- Problemas económicos.
- Razones médicas de carácter general (pacientes con discapacidad, tratamientos oncológicos u otros).
- Problemas periodontales.
- Anomalías dentales.

²² DONADO RODRÍGUEZ, Manuel. *Cirugía Bucal Patología y técnica*. Pág. 297

²³ BEZERRA DA SILVA. Lea ased. *Tratado de odontopediatría*. Pág. 214.

- Alteraciones de la erupción.
- Asociados a patología neoformativa en maxilares.²⁴

Las contraindicaciones para la realización de extracciones en el paciente infantil en general (dentición temporal y permanente) son:

- Inmadurez psicológica del niño (considerar anestesia general).
- Inmadurez física del niño (sobre todo en lo referente a gérmenes dentarios próximos al área afectada).
- Problemas neoformativos locales (particularmente angiomas).
- Deficiencias en el sistema inmunológico del paciente.
- Coagulopatias (sin control terapéutico previo).
- Enfermedades generales graves cuya evolución pueda empeorar por la práctica del procedimiento de extracción.
- Falta de firma del consentimiento informado.²⁵

a. Consideraciones previas a la extracción

Antes de proceder a la extracción dentaria en odontopediatría, es necesario recordar que se debe realizar una historia clínica detallada del paciente donde figuren expresamente antecedentes de procedimientos quirúrgicos y posibles complicaciones presentes, con la finalidad de establecer un protocolo específico para el paciente de riesgo. Igualmente se tomarán las medidas adecuadas de profilaxis antibiótica cuando las condiciones médicas del paciente lo requieran. Ante la presencia de cualquier duda de carácter pediátrico en el paciente subsidiario de extracción, deben realizarse las interconsultas necesarias con la finalidad de anticiparse, evitar urgencias y obtener el consenso y, en caso, la autorización escrita de los diferentes especialistas corresponsables de la salud del niño.²⁶

²⁴ BEZERRA DA SILVA. Lea ased. *Tratado de odontopediatría*. Pág. 214.

²⁵ Ibid. Pág. 214.

²⁶ BOJ, Juan. Ob. Cit. Págs. 319-327.

b. Material necesario

Fórceps. Se componen de un mango y una parte activa, donde se sitúan las valvas que deben adaptar y ajustar perfectamente a la corona del diente o molar, de forma que la fuerza que se ejerza sea convenientemente transmitida y el movimiento de luxación y desalojo del diente del alveolo sea seguro. Se utilizan, por tanto, cuando la corona dentaria se encuentra total o parcialmente conservada.

Botadores. En ciertos casos, previstos a través de la inspección clínica y las pruebas radiológicas, se impone la necesidad del empleo de estos instrumentos para la extracción de raíces o dientes temporales muy destruidos o anquilosados. Como ya se ha comentado, es imprescindible evaluar el estado de los dientes contra los que se realizara la fuerza en la maniobra de luxación, ya que dientes permanentes con escasa formación radicular o temporales con reabsorción radicular avanzada complicarían o contraindicarían estas maniobras.²⁷

Periostotomo. Es un instrumental empleado en muchos casos de forma sistemática para la extracción dentaria como paso previo al empleo de fórceps. Ayuda a liberar la inserción epitelial.²⁸

Curetas de legrado. Escasa vez es necesaria su utilización tras la extracción en dentición temporal. Existe el riesgo de dañar el germen sucesor.²⁹

Material para sutura. En general no será necesario como material para extracción en dentición temporal, salvo casos en los que esté prevista la realización de colgajo quirúrgico, o se prevea un elevado número de extracciones y el paciente sea poco colaborador para llevar acabo la hemostasia, en cuyo caso se empleará preferentemente sutura de tipo reabsorbible.³⁰

²⁷ BOJ, Juan. Ob. Cit. Págs. 319-327.

²⁸ *Ibíd.* Págs. 319-327.

²⁹ *Ibíd.* Págs. 319-327.

³⁰ *Ibíd.* Págs. 319-327.

c. Extracción de dientes temporales

- *Extracción de dientes del sector anterosuperior*

En el caso de los dientes del sector anterosuperior se encuentran las ventajas, de cara a la extracción, de ser dientes unirradiculares, con lo cual se controla mejor la técnica de cara a minimizar la posibilidad de fractura radicular y, además, se trata de un sector dentario con fácil accesibilidad y visibilidad. La causa que más frecuentemente van a indicar la extracción dentaria en este sector son las etiología traumática e infecciosa por caries. En ambos casos es frecuente el deterioro de la corona dentaria, lo cual dificulta la realización de una correcta presa con fórceps; en estas circunstancias la luxación cuidadosa con botador facilitara el desalojo alveolar del diente.³¹

- *Extracción de molares temporales superiores*

La presencia de una gran convexidad coronaria, junto con la altura del contorno cervical próximo a la unión amelocementaria, conlleva que sea frecuente no conseguir una buena presa con el fórceps, sobre todo en el caso del primer molar temporal (presenta el tubérculo de zuckerandl), que pueda tallarse en caso necesario. Las extracciones van precedidas de la desinserción epitelial. A continuación, se puede utilizar un botador recto para comenzar la luxación radicular. La pinza o fórceps a adecuado para este sector es la universal n°.150 o 150S, en el caso de preferir el tamaño pediátrico. Los movimientos adecuados para la desinserción de estos molares deben procurar una expansión del hueso alveolar mediante desplazamientos primero palatinos y después vestibulares de forma alterna. Cuando mayor sea la longitud de las raíces y la convexidad radicular, estos movimientos deben ser más pronunciados y con mayor recorrido. La fuerza ejercida debe ser ligera pero continua.³²

³¹ BOJ, Juan. Ob. Cit. Págs. 319-327.

³² *Ibíd.* Págs. 319-327.

- *Extracción de dientes del sector anteroinferior*

Los fórceps recomendados son el universal n°151 o el pediátrico 151S. La técnica básicamente no varía de la descrita para el grupo anterosuperior, si bien debe recordarse que en este sector mandibular los gérmenes dentarios quedan situados en la porción más apical y lingual, por lo que los movimientos de luxación evitaran dañar estas zonas en aras de permitir la correcta odontogénesis de los sucesores.³³

Los movimientos adecuados para la luxación son básicamente de rotación. Es preciso considerar que la arcada mandibular posee un hueso menos esponjoso que el maxilar, por lo que la tendencia a la fractura de las raíces dentarias durante el movimiento de luxación es mayor.³⁴

- *Extracción de molares temporales inferiores*

Los pasos que han de realizarse en la extracción de molares inferiores no difieren de los relatados hasta el momento para los demás dientes temporales. Tras despegar la inserción epitelial se realiza el comienzo de la luxación con un botador recto, cuidando el lugar de apoyo y estabilidad de los dientes adyacentes, y protegiendo los tejidos blandos (labio y lengua) con la mano contraria. Posteriormente con el mismo tipo de fórceps universal n° 151 o 151S se realizarán de forma firme y continua movimientos en sentido vestíbulo lingual.³⁵

3.1.6. Anestesia local

a. Concepto

El éxito de cualquier técnica quirúrgica, independientemente de la edad del paciente, depende de una anestesia local profunda y de que la técnica de esta sea lo menos traumática posible.³⁶

³³ BOJ, Juan. Ob. Cit. Págs. 319-327.

³⁴ BOJ, Juan. Ob. Cit. Págs. 319-327.

³⁵ *ibíd.* Págs. 319-327.

³⁶ CÁRDENAS JARAMILLO, Darío. *Odontología pediátrica*. Pág. 205

La anestesia local es la pérdida temporal de la sensación de dolor por un agente aplicado tópicamente o inyectado, sin alterar el nivel de consciencia. Prevenir el dolor durante los procedimientos odontológicos puede fomentar una relación de confianza entre el paciente y el odontólogo, disminuyendo el miedo y la ansiedad, logrando una actitud positiva ante el tratamiento. La administración de anestesia local debe ser considerada dentro del manejo de comportamiento del paciente odontopediátrico. Usar vocabulario “amigable” adecuado a la edad, anestésicos tópicos, técnicas correctas de inyección, analgesia con óxido nítrico y técnicas de manejo pueden ayudar al paciente a tener una experiencia positiva durante la administración de la anestesia local.³⁷

b. Dosis

Es muy importante calcular la dosis necesaria de anestésico local en función de la edad y el peso corporal del niño, y no excederse nunca de la dosis máxima permitida. Utilizaremos siempre la dosis óptima para cada procedimiento odontológico. El anestésico más utilizado en odontopediatria, con vasoconstrictor, es la lidocaína al 2% con adrenalina de 1:100.000 y sin vasoconstrictor, la mepivacaina al 3%. La lidocaína al 2% contiene 36 mg de anestésico en cada carpule, la dosis máxima recomendada es de 4mg/kg, y posee un tiempo de acción en los tejidos blandos de 3 a 5 h y, a nivel pulpar, de 60-90 min. Las dosis de adrenalina asociadas a lidocaína al 2% son 1:50.000, 1:80.000 y 1:100.000. Mepivacaina al 3% contiene 54 mg de anestésico en cada cartucho, la dosis máxima recomendada es de 4mmg/kg, siendo la duración a nivel de tejidos blandos de 2h a nivel pulpar de ½ h.³⁸

c. Técnicas de anestesia local

c.1. Anestesia tópica.

Algunos autores han cuestionado su utilidad en el paciente pediátrico, entre otros aspectos por su fuerte sabor, que los pacientes pueden asociar

³⁷ BRAGA DE ABREU-E-LIMA, Fabio. *El uso de anestésicos locales en Odontopediatria*. Pág. 123.

³⁸ BOJ, Juan. Ob. Cit. Pág. 286.

con medicamentos, y el otro aspecto consiste en que los pacientes con experiencias previas lo asocian con la inserción de una aguja. La aplicación de un anestésico tópico puede ayudar a disminuir la incomodidad de la anestesia inyectada. La anestesia tópica es efectiva en los tejidos superficiales (2-3 mm de profundidad). Existe en el mercado una gama muy variada de anestésicos tópicos de sabor agradable y en diferentes presentaciones (gel, pomada, aerosol, parches). Se recomienda el uso de benzocaína al 20% en gel, aplicada con una pequeña torunda de algodón, secando previamente el área de aplicación. Su periodo de acción puede variar entre 30 segundos y 2 minutos, dependiendo de la casa comercial.³⁹

Las recomendaciones sobre los anestésicos tópicos son las siguientes:

- Un anestésico tópico puede ser usado antes de la inyección del anestésico local para reducir la molestia asociada a la penetración de la aguja.
- Las propiedades farmacológicas del anestésico tópico deben ser conocidas.
- Se sugiere el uso de una válvula spray dosificadora cuando se utiliza una solución en aerosol.
- La absorción sistémica de lidocaína tópica debe ser considerada para el cálculo de la dosis máxima total de anestésico.⁴⁰

c.2. Anestesia a presión

Mediante un dispositivo de inyección a presión, a modo de jeringa sin aguja, se puede obtener una anestesia superficial antes de la aplicación del anestésico local mediante inyección. Se aplica en la encía el anestésico alcanza la submucosa directamente. La inyección a presión produce una anestesia superficial instantánea, es un método rápido, aunque la brusquedad de la inyección puede causar un cierto sobresalto y ansiedad del paciente.⁴¹

³⁹ CÁRDENAS JARAMILLO, Darío. Ob. Cit. Págs. 205-206.

⁴⁰ BRAGA DE ABREU-E-LIMA, Fabio. *El uso de anestésicos locales en Odontopediatría*. Pág. 125.

⁴¹ *ibíd.* Pág. 125.

c.3. Anestesia dental electrónica

Consiste en la aplicación de una corriente eléctrica administrada por una batería de bajo voltaje (9V) entre dos electrodos que se adhieren a la piel (mejillas o mentón). El odontólogo puede controlar su amplitud hasta 60 Ma.⁴²

c.4. Anestesia por inyección

Es muy importante una correcta preparación del niño antes de la aplicación de la inyección. El odontólogo debe utilizar un lenguaje positivo y que se adapte al nivel de comprensión del niño. Así pues, se cambiará el término pinchazo por pellizco y diente anestesiado por dormido. No se debe mentir al niño, y describiremos la situación con palabras tranquilizadoras. Cambiaremos el término dolor por molestias y hormigueo.⁴³

d. Tipos de anestesia local

d.1. Anestesia infiltrativa

Es la anestesia en la cual la solución es inyectada hasta la intimidad de los tejidos ocurriendo su difusión en este medio.⁴⁴

Consiste en la administración del anestésico en las ramas terminales del nervio, por lo que también se le denomina “anestesia terminal o periférica”, se utiliza sobre todo en el maxilar superior ya que el hueso es tipo laminar con una cortical poco densa y muy vascularizado, lo que facilita su penetración. Anestesia el nervio difundándose a través del periostio y el hueso de la zona. En los molares e incisivos superiores es la técnica más empleada. Se inserta la aguja en el pliegue mucovestibular con una profundidad cercana a los ápices vestibulares del diente a anestesiarse y con una angulación de 45°, orientado el bisel de la aguja hacia el hueso y desplazando el labio superior hacia la aguja y no al revés. Dicha técnica también se utiliza en los dientes anteriores mandibulares, ya que el hueso

⁴² BRAGA DE ABREU-E-LIMA, Fabio. Pág. 125.

⁴³ Ibid. Pág. 125.

⁴⁴ GUEDES-PINTO, Antonio y cols. *Rehabilitación bucal en odontopediatría*. Pág.93

cortical vestibular de esta zona no es tan grueso como en el resto de la mandíbula.⁴⁵

d.2. Anestesia troncular

Consiste en aplicar el anestésico en el tronco nervioso principal o cerca de este. También se denomina “regional o de conducción”.

Es la técnica que se utiliza para los molares inferiores, realizando un bloqueo del nervio dentario inferior. Para su aplicación, se coloca la yema del pulgar sobre la hendidura coronoides del borde anterior de la rama, y los otros dedos en el borde posterior de esta. Se inserta la aguja entre el borde oblicuo interno y el rafe pterigomandibular. La inyección se realizará apoyándonos en el primer molar temporal o premolar contralateral. La altura dependerá de la edad: en niños por debajo del plano oclusal y en adolescentes y adultos por encima de este. También se realiza la anestesia del nervio bucal largo junto con la anestesia del dentario inferior, con la finalidad de colocar una goma dique o realizar una extracción de molares.⁴⁶

d.3. Anestesia intraligamentosa

Las técnicas de inyección intraligamentosa son de hecho un sistema de aplicación intraosea, alcanzando el anestésico la cresta del hueso alveolar a través del ligamento periodontal. Se puede realizar con una aguja y una jeringa convencionales, pero son preferibles las jeringas especiales, porque pueden producir más fácilmente la presión necesaria para la inyección. En esta técnica la aguja se introduce en el surco gingival, por lo general en la parte mesiovestibular de la raíz, y se avanza por la superficie de la raíz hasta notar la resistencia de la cresta alveolar, donde se inserta.⁴⁷

⁴⁵ GUEDES-PINTO, Antonio y cols. Pág.93

⁴⁶ *Ibíd.* Pág.93

⁴⁷ BOJ, Juan. Ob. Cit. Págs. 286-289.

d.4. Anestesia controlada por ordenador

Actualmente se dispone de varios dispositivos de inyección controlada por ordenador. Estos sistemas han motivado una expectación creciente y están diseñados para reducir el dolor provocado por la inyección, pudiendo liberar el anestésico a un volumen, presión y velocidad constantes. Además, el aspecto de la aguja es menos amenazante, por lo que tienen una buena aceptación por parte del niño.⁴⁸

e. Consideraciones anatómicas

La estructura ósea del niño, así como su madurez emocional, son factores que se deben tener en cuenta antes de iniciar el procedimiento de anestesia local. En cuanto a la estructura ósea es necesario recordar que tan mineralizado está el hueso y cuál es su densidad. El hueso del maxilar superior y de la mandíbula en los adultos es, generalmente, más compacto, mientras que en el niño es menos denso y en proceso de mineralización; por esta razón la difusión del agente anestésico local a través de las capas óseas del niño es mucho más rápida. Estas razones anatómicas exigen, entonces que en los procedimientos de anestesia local en niños la penetración de la aguja debe ser menor cuando se pone anestesia infiltrativa o troncular. Otras consideraciones que se deben tener en cuenta son:

Área de la tuberosidad. Una penetración muy profunda en esta área puede producir un hematoma, porque se puede lesionar el plexo venoso pterigoideo o la arteria alveolar postero-superior.⁴⁹

Bloqueo del nervio dentario inferior. La profundidad de la penetración de la aguja se debe reducir porque la rama mandibular es más corta en sentido vertical y más estrecho en la dirección antero-posterior.⁵⁰

Procedimientos de anestesia local. Los procedimientos de bloqueo se definen como aquellos en los cuales se deposita un agente anestésico en

⁴⁸ BOJ, Juan. Ob. Cit. Págs. 286-289.

⁴⁹ CÁRDENAS JARAMILLO, Darío. Ob. Cit. Págs. 207-210.

⁵⁰ *Ibíd.* Págs. 207-210.

la fuente del tronco anestésico, mientras que la anestesia infiltrativa se refiere a la aplicación del medicamento en las ramas terminales del tronco nervioso. En odontología pediátrica estas son las dos formas de anestesia local más frecuentemente usadas, ya sea para procedimientos quirúrgicos o para odontología restauradora.⁵¹

Anestesia en la zona de molares superiores. Los molares primarios y permanentes están inervados por el nervio alveolar posterior y del alveolar medio. Como se mencionó anteriormente, debido a la permeabilidad del maxilar superior, en los niños se puede anestesiar infiltrativamente cerca de los ápices con el bisel orientado hacia el hueso o en los casos en que se requiera en la tuberosidad.⁵²

Anestesia palatina. En los procedimientos quirúrgicos se necesita refuerzo infiltrativo por palatino para el nervio palatino posterior o nasopalatino. Este procedimiento suele ser muy doloroso. Se puede intentar la técnica a través de la papila o localmente en la zona, hasta observar la isquemia del tejido.⁵³

Anestesia en la zona anterosuperior. Esta zona esta inervada por el nervio alveolar anterior. Se debe utilizar la aguja extra corta, con la precaución de depositar el líquido muy lentamente, en la zona de los ápices dentarios. Cuando se está cerca de la línea media se sugiere infiltrar el lado contralateral, porque se puede presentar una inervación cruzada en esta zona. Otra opción para la anestesia de esta área es la infiltración del nervio infraorbitario. La aguja se puede insertar en el fondo del pliegue mucovestibular, entre el lateral y primer molar primario, un poco más profunda.⁵⁴

Anestesia en el maxilar inferior. Por la densidad ósea de la mandíbula se sugieren las técnicas tronculares en lugar de las infiltrativas. La inervación de las estructuras dentarias del maxilar inferior permanente y temporal está

⁵¹ CÁRDENAS JARAMILLO, Darío. Ob. Cit. Págs. 207-210.

⁵² *Ibíd.* Págs. 207-210.

⁵³ *Ibíd.* Págs. 207-210.

⁵⁴ *Ibíd.* Págs. 207-210.

dada por el nervio maxilar inferior. Este penetra en la mandíbula por el agujero del conducto del dentario inferior, ubicado en la cara interna de la rama mandibular. Comparado con los adultos, en los niños esta zona anatómica se encuentra más posterior y más inferior. El agujero se localiza en la dentición temporal sobre el plano oclusal o ligeramente sobre este.⁵⁵

f. Fracaso de la anestesia local

Ante un fracaso de la anestesia local debemos analizar la causa.

- Técnica defectuosa.
- Inyección intramuscular. Trae como consecuencia dolor y trismo postoperatorio.
- Inyección intravenosa. Se produce la dispersión rápida del anestésico y no causa el efecto deseado. También puede producirse un hematoma en la zona.
- Anastomosis de la zona anestesiada. Una anestesia inadecuada en la zona anteroinferior, después de un bloqueo mandibular o mentoniano, puede deberse a la anastomosis de las fibras nerviosas del otro lado de la línea media. Si nos encontramos con esta situación debe realizarse una infiltración supraperiostica del diente involucrado.
- Tratamiento de duración más largo que el tiempo de anestesia.
- Confusión del paciente sobre lo que percibe como dolor y el resto de sensaciones existentes durante un tratamiento dental.
- Inyección de tejidos inflamados. La infección y la inflamación local pueden modificar la fisiología del tejido que causa liberación de sustancias neuroactivas y disminución del PH.⁵⁶

g. Complicaciones de la anestesia local

Complicaciones generales

- Sobredosis.
- Reacciones alérgicas.
- Sincope (hipertensión vasovagal).⁵⁷

⁵⁵ CÁRDENAS JARAMILLO, Darío. Ob. Cit. Págs. 207-210.

⁵⁶ BOJ, Juan. Ob.Cit. Págs. 289-291.

⁵⁷ *Ibíd.* Págs. 289-291.

Complicaciones locales

- Inyección dolorosa.
- Necrosis palatina.
- Trismo.
- Infección en el lugar de la inyección.
- Complicaciones nerviosas.
- Rotura de la aguja anestésica.
- Mordedura parestésica.⁵⁸

3.1.7. Manejo del comportamiento

a. Concepto

El manejo de la conducta del paciente pediátrico existe un entrenamiento y un conocimiento del desarrollo emocional y psicológico. Las tendencias sociales, las actitudes de los padres, los aspectos éticos y las controversias jurídicas han llevado a que se revisen muchas técnicas restrictivas utilizadas tradicionalmente. Es quizás en la definición de los objetivos terapéuticos donde mayor agudeza y criterio debe tener el profesional, ya que existen parámetros fijos que puedan aplicarse a cada caso y dependerá de una ponderada valoración que se logre un éxito clínico tanto en el corto como largo plazo.⁵⁹

b. Factores:

Los principales factores para tener en cuenta son:

- *Calidad del tratamiento.* Brindar al paciente un tratamiento de calidad, lo que supone una selección adecuada de las técnicas apropiadas, con el fin de realizar procedimientos acordes con los criterios clínicos aceptados.
- *Seguridad.* Proteger la integridad y seguridad físicas del paciente. Debe evitarse el compromiso de la vía aérea, por bronco aspiración o deglución de materiales u otros objetos.

⁵⁸ BOJ, Juan. Ob.Cit. Págs. 289-291.

⁵⁹ CÁRDENAS JARAMILLO, Darío. *Fundamentos de Odontología Pediátrica* Pág. 22

- *Comunicación.* Se debe establecer comunicación tanto con el paciente como con sus padres. Aun con aquellos pacientes de corta edad puede lograrse una comunicación no verbal. Se busca una interrelación positiva y se trata de evitar la confrontación a pesar de que exista rechazo hacia el tratamiento.
- *Confianza y motivación.* Otro objetivo es que tanto el paciente como sus padres desarrollen una actitud positiva y motiven para regresar a los controles preventivos futuros. Un buen manejo y una buena motivación pueden servir como ayuda eficaz de prevención.⁶⁰

Escalas de comportamiento de Frankl

Categoría	Descripción
Definitivamente negativo	<ul style="list-style-type: none"> • Rechaza el tratamiento • Llanto intenso • Movimientos fuertes de las extremidades • No es posible la comunicación verbal • Comportamiento agresivo.
Levemente negativo	<ul style="list-style-type: none"> • Rechaza el tratamiento • Movimientos leves de las extremidades • Comportamiento tímido-bloquea la comunicación • Acepta y acata algunas ordenes • Llanto monotonico.
Levemente positivo	<ul style="list-style-type: none"> • Acepta tratamiento de manera cautelosa • Llanto esporádico • Es reservado • Se puede establecer comunicación verbal • Fluctúa fácilmente entre levemente negativo y levemente positivo.
Definitivamente positivo	<ul style="list-style-type: none"> • Cooperación • Buena comunicación • Motivación e interés por el tratamiento • Relajación y control de las extremidades

Cuadro 1: Escalas de comportamiento de Frankl (tomado de BORDONI, Noemí. *Odontología pediátrica, la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*)⁶¹

⁶⁰ BORDONI, Noemí. *Odontología pediátrica, la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. Pág. 93.

⁶¹ *Ibíd.* Pág. 93.

c. Técnicas de manejo del comportamiento

Tipo	Clasificación	Técnica
Técnicas no farmacológicas	Técnicas comunicativas	<ul style="list-style-type: none"> • Decir-mostrar-hacer • Control de voz • Refuerzo positivo • Refuerzo negativo • Modelado • Distracción contingente • Escape contingente • Tiempo y fuera • Comunicación no verbal
	Técnicas no comunicativas	<ul style="list-style-type: none"> • Inmovilización física • Clásica • Tabla restrictiva • Mano en la boca
Técnicas farmacológicas	Sedación consiente	<ul style="list-style-type: none"> • Leve • Interactiva • No interactiva-estimulante
	Sedación profunda	<ul style="list-style-type: none"> • No interactiva-no estimulante
	Anestesia general	<ul style="list-style-type: none"> • Anestesia general

Cuadro 2: Clasificación de las principales técnicas de manejo del comportamiento (tomado de CÁRDENAS JARAMILLO, Darío. Odontología pediátrica)

c.1. Comunicativas

Decir-mostrar-hacer

Habitualmente se conoce por la técnica del –diga-muestre-haga-o de la triple E de –explique –ensene-ejecute.⁶²

⁶² BARBERIA LEACHE, Elena. Ob. Cit. Pág. 129

Es la técnica psicológica más sencilla de aplicar en los niños no receptivos, se debe utilizar:

- En la visita inicial del niño.
- En visitas siguientes, con procedimientos nuevos para el niño.
- En niños referidos, no familiarizados con la atención odontológica.⁶³

Aplicación: secuencia progresiva de la introducción a la consulta en el niño no receptivo.

- Niño entra al consultorio (aun no sube al sillón).
- Colocar el espejo en la boca.
- Enseñar el explorador, aplicado en la uña y el diente del niño.
- Enseñar cómo funciona el aire de la jeringa triple en la mano y el diente del niño.
- Enseñar cómo funciona la cánula de succión en un vaso de agua y en la boca del niño.
- El niño debe de recostarse en el sillón.
- Realizar el examen bucal con el mínimo de instrumental.
- Enseñar al niño cómo funciona la baja velocidad.
- Enseñar al niño cómo funciona la alta velocidad.
- Aplicar la anestesia tópica en la encía del niño.
- Aplicar la cánula de succión en la boca del niño.
- Aplicar anestesia tópica y anestesia local y/o troncular en la boca del niño.
- Realizar la cavidad dentaria o la exodoncia planificada.⁶⁴

Modelado

Debido a la limitación de ciertas técnicas en el manejo de la conducta para obtener resultados favorables en niños con problemas de comportamiento, se han sugerido nuevas alternativas como modelado en vivo y video por ser técnicas comunicativas que crean un ambiente más favorable para el éxito del tratamiento. En Odontología, la técnica de Modelado consiste en

⁶³ MOYA DE CALDERÓN, Zaida. *Odontopediatría, Clínica basada en evidencias*. Págs. 51-52

⁶⁴ *Ibíd.* Págs. 51-52

permitir al niño observar a otros niños adaptarse a un tratamiento odontológico y así prepararlos para aceptar el tratamiento y mostrarles lo que se espera de ellos. No se requiere características especiales para realizar la técnica, no influye el sexo o raza, pero si la edad y la experiencia previa. Se ha demostrado que el modelado reduce el temor en niños y niñas entre 3 y 13 años de edad. Los niños con experiencia odontológica previa han mostrado beneficiarse menos con la técnica que aquellos que no la han tenido. Sin embargo, el modelado en combinación con otras técnicas como decir-mostrar-hacer, o refuerzo positivo, si parece ser efectivo.⁶⁵

- *Objetivo:* disminuir la ansiedad del paciente y reforzar un comportamiento positivo.
- *Indicaciones:* pacientes que tengan desarrollo emocional y comunicación verbal suficientes para entender el objetivo de la técnica.
- *Contraindicaciones:* no se contraindica en ningún paciente. Sin embargo, es de poca utilidad en pacientes que, debido a su corta edad, no tienen aún el desarrollo emocional adecuado para entender la técnica.⁶⁶

Empatía y apoyo

Es la capacidad de comprender y experimentar los sentimientos de los niños, sin perder la propia objetividad. Aplicación:

- Permitir expresarse a los niños.
- Confortar a los niños cuando es necesario.
- Estimular a los niños frente a una conducta aceptable.
- Escuchar los comentarios de los niños cuando deseen hablar.

⁶⁵ CADAVID TORRES, Paula. *Eficacia de la Técnica de modelado con video preoperatorio en pacientes de 4 a 6 años de edad*. Pág. 4.

⁶⁶ CÁRDENAS JARAMILLO, Darío. Ob. Cit. Pág. 36.

Manejo de la contingencia

Incluye la presencia o retiro de reforzadores de conducta. Los reforzadores pueden ser positivos y negativos; son positivos cuando su presencia aumenta la frecuencia de una conducta, son negativos cuando su retiro ayuda a eliminar el estímulo aversivo.⁶⁷

Los reforzadores positivos pueden ser:

- Materiales
- Sociales
- De actividad⁶⁸

Reforzadores positivos sociales: se emplean los *elogios* (eso está bien, excelente, gracias por tu ayuda, buen trabajo, etc.); las *expresiones faciales* (sonreír, guiñar el ojo, parecer interesado, reírse); *muestras de cercanía* (hablarle al oído, caminar juntos, comer juntos, jugar juntos); *contacto físico* (apretón de manos, palmear la cabeza el hombro o la espalda, dar al niño un abrazo, tocar suavemente sus manos, brazos u hombros, sentarlo en el regazo).⁶⁹

Distracción contingente

Distracción es una técnica que desvía la atención del paciente ante lo que puede ser percibido como un procedimiento desagradable. Dar al paciente una pausa corta durante un procedimiento estresante puede ser un uso eficaz de distracción antes de considerar la aplicación de técnicas más avanzadas de orientación del comportamiento. Objetivos: Los objetivos de la distracción son:⁷⁰

⁶⁷ MOYA DE CALDERÓN, Zaida. *Ob. cit.* Págs. 51-52

⁶⁸ *Ibíd.* Págs. 51-52

⁶⁹ *Ibíd.* Págs. 53-54

⁷⁰ *Ibíd.* Págs. 51-52

- Disminuir la percepción de los estímulos desagradables.
- Evitar conductas negativas o de rechazo. Indicaciones: Puede ser usado en todos los pacientes.

Indicaciones: Puede ser usado en todos los pacientes.⁷¹

Contraindicaciones: Ninguna.⁷²

Escape contingente

Es una variación de la distracción contingente, que consiste en un acuerdo previo entre el profesional y el niño durante un procedimiento invasivo como la aplicación de anestesia local, puede ocurrir que el niño presione el pabellón de su oreja con fuerza, levantar la pierna derecha, apretar entre sus manos un peluche, etc. Con la distracción contingente y el escape contingente se logra en el niño disminuir la sensación de algo desagradable y evitar conductas negativas, puede aplicarse en todos los niños sin restricción alguna.⁷³

Tiempo fuera

Es una variación del manejo de la contingencia que elimina el refuerzo negativo, puede emplearse en algunos casos como por ejemplo en niños menores de cuatro años, donde se pierde el control, de la situación odontológica. El profesional decide suspender el procedimiento e indica a los padres que continuara en otra sesión de trabajo.⁷⁴

⁷¹ MOYA DE CALDERÓN, Zaida. *Ob. cit.* Págs. 51-52

⁷² ASCENÇÃO KLATCHOIAN, Denise. *Adaptación del comportamiento del paciente pediátrico.* Pág. 50

⁷³ MOYA DE CALDERÓN, Zaida. *Ob. Cit.* Págs. 51-52

⁷⁴ *Ibíd.* Pág. 55

3.2. Antecedentes investigativos

3.2.1. Internacionales

a. **Título:** Estudio de la prevalencia y causas de las exodoncias en una población infantil española

Autor: LUCAVECHI-ALCAYAGA, Tania y cols.

Fuente: RCOE vol. 9. No. 1 ene/feb 2004

Resumen: Existe gran cantidad de estudios que examinan las razones que llevan a la extracción dental en adultos, pero poca información sobre la exodoncia en las poblaciones infantiles. Con este estudio se pretendió estudiar la frecuencia y distribución de las extracciones, así como los motivos de las mismas en una muestra concreta. *Material y Método.* Se revisaron los expedientes de pacientes de 0 a 15 años, anotando la edad, sexo y el o los dientes extraídos, tomándose en consideración los motivos de extracción para cada diente. *Resultados.* De los 1062 expedientes revisados el 40,5% tenían historias de extracciones. Del total de las extracciones el 89,5% se realizaron en dentición temporal y el 10,5% en dentición permanente. El rango de edad donde se realizaron la mayor cantidad de exodoncias fue entre los 6-9 años (45,91%). El motivo más frecuente fue por causas ortodóncicas (44,75%). Los primeros molares temporales superiores fueron los dientes más extraídos.

Conclusiones: Podemos destacar que, las razones ortodóncicas y la caries, constituyen las causas más frecuentes para la indicación de exodoncias en esta población, los incisivos centrales, los primeros y segundos molares son los dientes más extraídos, y por último existen diferencias importantes entre los distintos grupos de edad.

b. Título: Pérdida prematura de dientes temporales en pacientes de 6 años atendidos en el Hospital de Curanilahue, 2006 - 2010.

Autor: ORTIZ G. Patrick

Fuente: Revista de la Sociedad Chilena de Odontopediatría 2010, vol. 25(2)

Resumen:

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes GES 6 años del Hospital Dr. Rafael Avaria V, Curanilahue, entre los años 2006 – 2010. Se seleccionaron por conveniencia fichas que en el registro del odontograma mostraron ausencia prematura y las que tenían indicación de exodoncia de caninos y molares temporales al momento del ingreso a tratamiento, Resultados: El 49,3 % de los niños presentaron pérdidas prematuras, el 8.5 fue el diente más afectado, y la mayor frecuencia se encontró en el sexo masculino, la principal causa de exodoncia de estos dientes corresponde a caries y patología pulpar (98,6%) y un (1,4%) por indicación ortodóncica.

Conclusiones:

En la muestra casi la mitad de los niños ya se ha realizado exodoncias o tiene indicaciones de estas principalmente por caries con gran destrucción en una zona de gran importancia en la mantención de la longitud del arco y por ende en la prevención de maloclusiones futuras, de ahí la necesidad de hacer énfasis en la importancia de las acciones preventivas y tratamientos conservadores en estas etapas de la vida.

c. Título: Prevalencia de la pérdida prematura de dientes primarios en pacientes atendidos en la Clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de san Carlos de Guatemala en los años 2012-2015

Autor: MALDONADO MAZARIEGOS, Rocael Alberto.

Fuente: Repositorio de tesis de la USAC

Resumen: La pérdida prematura de piezas primarias ha sido evidenciada por diversas investigaciones a nivel mundial.

En el presente estudio, se revisaron fichas clínicas de pacientes integrales niños terminados atendidos en la clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala ingresados durante los años 2012-2015.

De un total de 414 fichas clínicas, 204 fueron seleccionadas al azar. De ellas el 75%, es decir 153, se analizaron para el estudio, mientras que 25%, 51 fichas clínicas, fueron excluidas.

Factores como: edad > 9 años (41.2%), ausencia de set de radiografías (35.3%), año de ingreso < 2012 (17.6%) y una combinación de edad > 9 años y ausencia de set de radiografías (5.9%) fueron criterios de exclusión que no permitieron la recolección y/o interpretación de datos.

Al analizar la prevalencia de la pérdida prematura de dientes primarios en la muestra, valores altos fueron encontrados (49.7%), acercándose a los datos obtenidos por otros autores que presentaron rangos de 4.3% - 49.3%.

Conclusiones:

- La pérdida prematura de dientes primarios encontrada en la muestra fue de 49.7%.
- En cuanto al sexo y la edad, la pérdida prematura de dientes primarios afectó más a los pacientes de sexo masculino y a los seis años.
- El segundo molar inferior izquierdo primario fue la pieza dental que con mayor prevalencia se perdió prematuramente.
- El mayor número de dientes perdidos prematuramente se localizaron en la arcada mandibular y en el sector posterior.

- El mayor porcentaje de pacientes, presentó dos piezas primarias perdidas prematuramente en un rango de 1 a 6 dientes perdidos por paciente.

3.2.2. Nacionales

a. Título: Pérdida prematura de dientes deciduos en niños de 3-9 años de edad sometidos a tratamiento odontológico integral bajo anestesia general en el instituto nacional de salud del niño, 2014.

Autor: LADY LUZ HUAMÁN RICCE

Fuente: Repositorio de Tesis de la UNMSM

Resumen: El presente estudio tiene como objetivo conocer la frecuencia de pérdida prematura de dientes deciduos en niños de 3 a 9 años de edad en el Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN) en el año 2014. Es un estudio descriptivo, prospectivo y transversal, en una población de pacientes sometidos a Tratamiento Odontológico Integral bajo anestesia general, atendidos en la Unidad de Cirugía Bucal del Servicio de Cirugía Bucomaxilofacial del Área de Odontología, se tomó registro de 70 pacientes, finalmente la muestra estuvo constituida por 270 dientes deciduos. Se confeccionó un instrumento y mediante un examen clínico a cada paciente se registró el diagnóstico odontológico de los dientes con patología pulpar, periapical y remanente radicular; posteriormente se evaluó cada pieza que haya sido extraída y se procedió a realizar su estudio a través de las radiografías panorámicas. Se consideró como pérdida prematura si al momento de la exodoncia del diente deciduo su respectivo sucesor se encontró en Estadios de Nolla 0 a 7; teniendo en cuenta que el hueso que recubre al folículo del permanente no haya sido destruido por la infección. Resultados: los dientes extraídos antes de su exfoliación normal representaron un 84.8%; mientras que solo al 15.2% se les realizó exodoncias a tiempo. Las causas de exodoncias prematuras fueron Pulpitis irreversible con 24.9%; seguido de Absceso periapical con fístula 20.1%; Remanente radicular 20.1% etc. Conclusiones: Se encontró una alta frecuencia de pérdida prematura de dientes deciduos

constituyendo un 84.8% la principal causa fue por Pulpitis irreversible. La mayor cantidad de exodoncias de los dientes deciduos ocurrieron cuando sus respectivos dientes sucesores se encontraron en el Estadio de Nolla 5. Los primeros molares son los dientes con mayor cantidad de exodoncias prematuras; de las cuales la pieza 7.4 es la que se extrajo con mayor frecuencia.

Conclusiones: Se encontró una alta frecuencia de pérdida prematura de dientes deciduos constituyendo un 84.8% constituyendo la principal causa por Pulpitis irreversible. La mayor cantidad de exodoncias de los dientes deciduos ocurrieron cuando sus respectivos dientes sucesores se encontraron en el Estadio de Nolla 5. Los primeros molares son los dientes con mayor cantidad de exodoncias prematuras; de las cuales la pieza 7.4 es la que se extrajo con mayor frecuencia. En cuanto a la edad, los niños de 4 años son los que presentaron mayor número de pérdida prematura. La mayoría de ellos presentó exodoncias de 2 y 3 dientes deciduos. Los molares inferiores del lado izquierdo son los dientes que presentaron mayor porcentaje de exodoncias tanto en pacientes de Lima como de Provincia evidenciando que la pérdida prematura de dientes deciduos es un problema de salud pública a nivel nacional.

b. Título: Factores asociados a la pérdida prematura de molares deciduos en pacientes de 6 a 10 años atendidos en la Clínica de Odontopediatría, Facultad de Odontología Universidad Nacional de la Amazonia Peruana 2006 - 2016

Autor: VARGAS CHÁVEZ, Samantha.

Fuente: Repositorio de Tesis de la UNAP

Resumen:

El presente estudio, tuvo como objetivo determinar qué Factores están asociados a la Pérdida Prematura de Molares Deciduos, mediante las historias clínicas de los pacientes de 6 a 10 años atendidos en la clínica de odontopediatría, Facultad de Odontología, UNAP 2006-2016.

Materiales y métodos: El tipo de investigación fue cuantitativo; no experimental, transversal, correccional y retrospectivo. La muestra estuvo conformada por 329 historias clínicas pertenecientes a los pacientes atendidos en la Clínica de Odontopediatría, Facultad de Odontología, UNAP. El instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos, donde está incluido el odontograma, se registraron las variables independientes (sexo, edad, frecuencia de cepillado, higiene oral, visita al dentista) y la variable dependiente (PPMD). Resultados: Entre los hallazgos más importantes del estudio se encontró lo siguiente: el porcentaje de PPMD fue de 61,1%. En cuanto al diente de mayor frecuencia de pérdida fue la 7.5 segunda molar inferior izquierda con 31,6%. El 31,3% (103 pacientes) de niños tuvieron PPMD de 3 o más dientes (severo). El 19,1% de niños que perdieron 3 o más molares deciduos prematuramente fueron del sexo masculino. El 28,9% de niños que perdieron 3 o más molares deciduos prematuramente tuvieron de 7 a más años. El 29,8% de niños que perdieron 3 o más molares deciduos prematuramente se cepillan menos de 3 veces al día. El 24,4% de niños que perdieron 3 o más molares deciduos prematuramente tuvieron mala higiene oral. El 29,8% de niños que perdieron 3 o más molares deciduos prematuramente visitaban al dentista después de los 6 meses.

Conclusiones:

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación, se puede concluir lo siguiente:

- El 61,1% (201 de 329) niños perdieron 1 o más molares deciduos prematuramente (PPMD).
- El diente con mayor frecuencia de PPMD fue, la segundo molar inferior izquierdo con 31,6% (104 de 586).
- El 31,3% de niños tuvieron PPMD de 3 o más dientes (severo).
- El 19,1% de niños que perdieron de 3 o más molares deciduos prematuramente fueron del sexo masculino ($p = 0,000$).
- El 28,9% de niños que perdieron de 3 o más molares deciduos prematuramente tuvieron 7 o más años ($p = 0,000$).

- El 29,8% de niños que perdieron 3 o más molares deciduos prematuramente se cepillan menos de 3 veces al día ($p = 0,000$).
- El 24,4% de niños que perdieron 3 o más molares deciduos prematuramente tuvieron mala higiene oral ($p = 0,005$).
- El 29,8% de niños que perdieron 3 o más molares deciduos prematuramente visitaban al dentista después de los 6 meses ($p = 0,000$).
- Todas las variables estudiadas (sexo, edad, frecuencia de cepillado, higiene oral y visita al dentista) están relacionadas con la PPMD y en todos los casos la diferencia es significativa ($p < 0,05$).





CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

II.- PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnica

En el presente trabajo de investigación se utilizó la técnica observacional, como se ilustra en el siguiente cuadro.

a. Esquemmatización

VARIABLES	TÉCNICA	INSTRUMENTOS
Piezas dentales extraídos	Observacional	Ficha de observación

b. Procedimiento

El presente trabajo de investigación consistió en la revisión de historias clínicas para evaluar los factores relacionados a las extracciones de piezas temporales de pacientes niños de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santa María (unidades de estudio).

Se revisaron las extracciones de piezas temporales en historias clínicas realizadas por los alumnos del X semestre, matriculados en el curso de Clínica Integral del niño II, de la Clínica Odontológica de la UCSM.

La técnica que se empleo fue la observación de las extracciones de piezas temporales en las historias clínicas de los alumnos del X semestre, en la clínica odontológica de la UCSM.

Se observó que las historias clínicas estén debidamente autorizada por los docentes encargados del curso de Clínica Integral del niño II, para su evaluación tendremos en cuenta si la extracción pertenece al

género femenino o masculino, la edad del paciente, el número de la pieza extraída, posteriormente observaremos el diagnóstico a que grupo dentario pertenece, si se realiza la preparación psicológica, que tipo de anestesia se utiliza, como es la mesa de trabajo, si se brinda las indicaciones a los padres por escrito y finalmente si realizan el control a los 7 días después de realizada la extracción dentarias temporales.

1.2. Instrumentos

1.2.1. Instrumento documental

Se utilizaron las historias clínicas de pacientes niños, atendidos en la clínica odontológica de la universidad católica de santa María de la asignatura de Clínica Integral del Niño II del X semestre atendido durante el año 2017 para la recolección de datos.

1.2.2. Instrumento mecánico

- Computadora
- Cámara digital

1.3. Materiales

- Artículos de escritorio
- Hojas bond

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial

- **Ámbito General:** Arequipa
- **Ámbito específico:** Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santa María.

2.2. Ubicación temporal

Se realizó la recolección de datos entre agosto y noviembre del 2017. La investigación posee una visión transversal, porque la información fue obtenida en un solo momento de las historias clínicas de los pacientes.

2.3. Unidades de estudio

Historias clínicas de cada paciente, realizadas en la clínica odontológica de la Universidad Católica de Santa María.

a) **Alternativas:** Universo o población

b) **Universo cualitativo.**

b.1) Criterios de inclusión

- Historias clínicas de pacientes en clínica integral del niño II del X semestre del año 2017.
- Historias clínicas de pacientes en clínica integral del niño II del X semestre del año 2017 llenadas de manera correcta en cuanto a la edad, sexo, diagnóstico, y piezas dentarias extraídas.
- Historias clínicas de pacientes en la clínica integral del niño II del X semestre del año 2017 que estén autorizadas por el docente.
- Historias clínicas de pacientes en clínica integral del niño II del X semestre del año 2017 mayores de 5 años de edad.
- Historias clínicas de pacientes en clínica integral del niño II del X semestre del año 2017 menores de 12 años de edad.
- Historias clínicas de pacientes en clínica integral del niño II del X semestre del año 2017 que presenten piezas dentarias temporales por extraer.

b.2) Criterios de exclusión

- Historias clínicas de pacientes en clínica integral del niño II del X semestre del año 2017 llenado de manera correcta en cuanto a la edad, sexo, diagnóstico, pieza dentaria extraída que por algún motivo el niño no se deje realizar la exodoncia.
- Historias clínicas de pacientes en la clínica integral del niño II del X semestre del año 2017 que estén autorizadas por el docente que no corresponda a la cátedra.
- Historias clínicas de pacientes en clínica integral del niño II del X semestre del año 2017 que presenten piezas dentarias temporales por extraer que sean pacientes especiales.

c) Universo cuantitativo

N=2360 dientes deciduos extraídos aproximadamente

d) Universo formalizado

N° EXODONCIAS POR ALUMNO	N° DE ALUMNOS MATRICULADOS	N° DIENTES EXTRAÍDOS
20	118	2360 aproximadamente

FUENTE: Récord de exodoncias solicitado en el curso de C.I.N.II SEMESTRE X-2017.

e) Tamaño de muestra:

La muestra está comprendida por la totalidad de piezas dentarias temporales extraídas obteniendo así un total de 342 dientes. El total de la población (N) es de 2360 aproximadamente por lo que aplicamos la siguiente fórmula para el cálculo de la muestra con una confiabilidad del 95% y un margen de error del 5%.

E: 5%

NC: 95%

P: 50%

$$n = \frac{N \times 400}{N + 400}$$

$$n = \frac{2360 \times 400}{2360 + 400} = \frac{944,000}{2760}$$

$$n = 342.02$$

$$n = 342 \text{ dientes}$$

Leyenda:

E: Margen de error.

NC: Nivel de confianza.

P: Probabilidad.

Temporalidad

Se trata de una investigación de tipo transversal ya que se realizó la recolección de la muestra en un único momento.

3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

Previamente a la aplicación del instrumento de investigación se coordinó acciones previas:

- Autorización del Director de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santa María.
- Coordinación con los docentes y personal encargados de los turnos de mañana y tarde clínica odontológica para así poder realizar el estudio correspondiente.

3.2. Recursos

3.2.1. Recursos humanos

Investigador: Yasmani Yordan Torres Quispe

Asesor: Dr. Alberto Figueroa Banda

3.2.2. Recursos físicos

- Clínica odontológica de la Universidad Católica de Santa María, en donde se realizará la investigación.

3.2.3. Recursos financieros

El financiamiento es personal por motivos de investigación.

3.2.4. Recursos institucionales

- Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santa María.
- Biblioteca de la Universidad Católica de Santa María.
- Internet.

3.3. Validación del instrumento

La prueba piloto se realizó en 10 historias clínicas, pertenecientes a pacientes comprendidos entre 5 y 12 años de edad, del curso de Clínica integral del niño II escogidas al azar.

4. ESTRATEGIA PARA EL MANEJO DE LOS DATOS

4.1. Nivel de sistematización de los datos

a. Tipo de procesamiento

Los datos fueron procesados manualmente.

b. Plan de operaciones

- **Clasificación de los datos:** La información obtenida fue convenientemente ordenada en una matriz de sistematización.

- **Recuento de los datos:** fue de forma computarizada.
- **Análisis de los datos:**

VARIABLE	CARÁCTER ESTADÍSTICO	ESCALA DE MEDICIÓN	ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA
Piezas dentales extraídas	Cuantitativa	nominal	Frecuencia Mediana Media moda

- **Tabulación:** Se utilizó tablas de doble entrada en relación a las variables estudiadas.
- **Graficación:** Se planteó utilizar las gráficas tipo barra simple para determinar la prevalencia de piezas dentarias temporales extraídas.

4.2. Nivel de estudio de los datos.

4.2.1. Metodología

Se utilizó la jerarquización, de los datos, comparación de los mismos y apreciación crítica.

4.2.2. Modalidad previsible

Se aplicó una interpretación después de cada gráfica y una discusión después.

4.2.3. Operaciones para la interpretación

Se realizó análisis y síntesis, inducción y deducción.

4.2.4. Nivel de interpretación

Para las interpretaciones se utilizaron el análisis y la deducción.



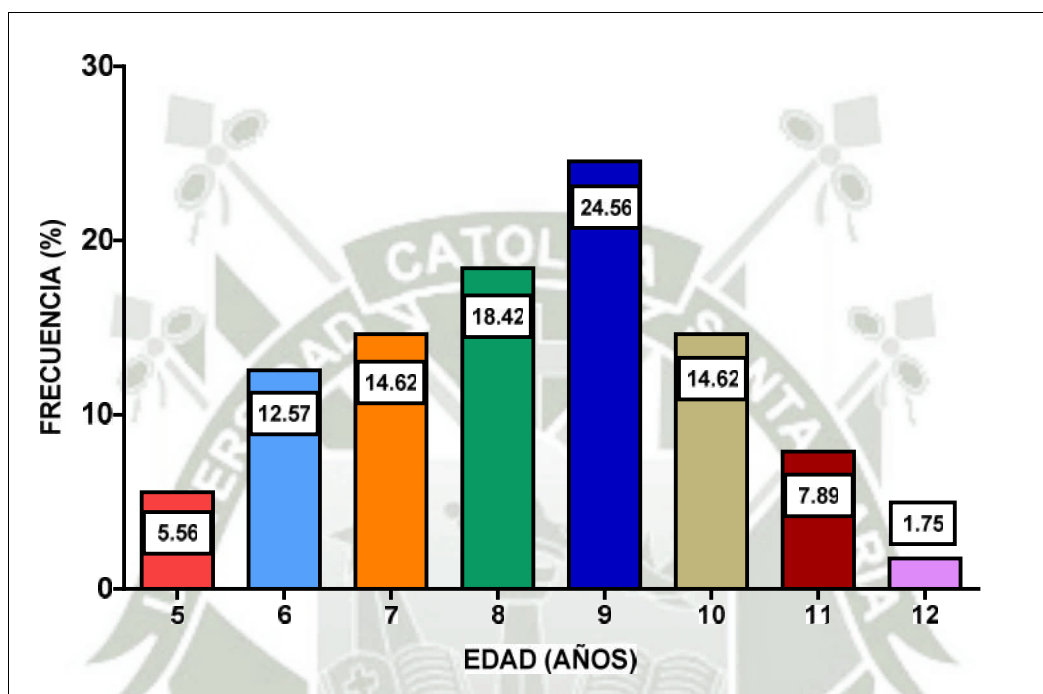
TABLA N° 1
EDAD DE LOS NIÑOS SOMETIDOS A EXODONCIA EN LA CLÍNICA
ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA

EDAD (Años)	FRECUENCIA	
	N°	%
5	19	5.56
6	43	12.57
7	50	14.62
8	63	18.42
9	84	24.56
10	50	14.62
11	27	7.89
12	6	1.75
Total	342	100.00

Fuente: Elaboración personal. Matriz de Sistematización.

En la presente tabla se muestran las frecuencias de edades, presentándose en mayor frecuencia la edad de 9 años con 24.56 %, mientras que la menor frecuencia se presentó en 12 años con 1.75 %, en niños de la Clínica Odontológica.

GRÁFICO N° 1
EDAD DE LOS NIÑOS SOMETIDOS A EXODONCIA EN LA CLÍNICA
ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA



Fuente: Elaboración personal. Matriz de Sistematización.

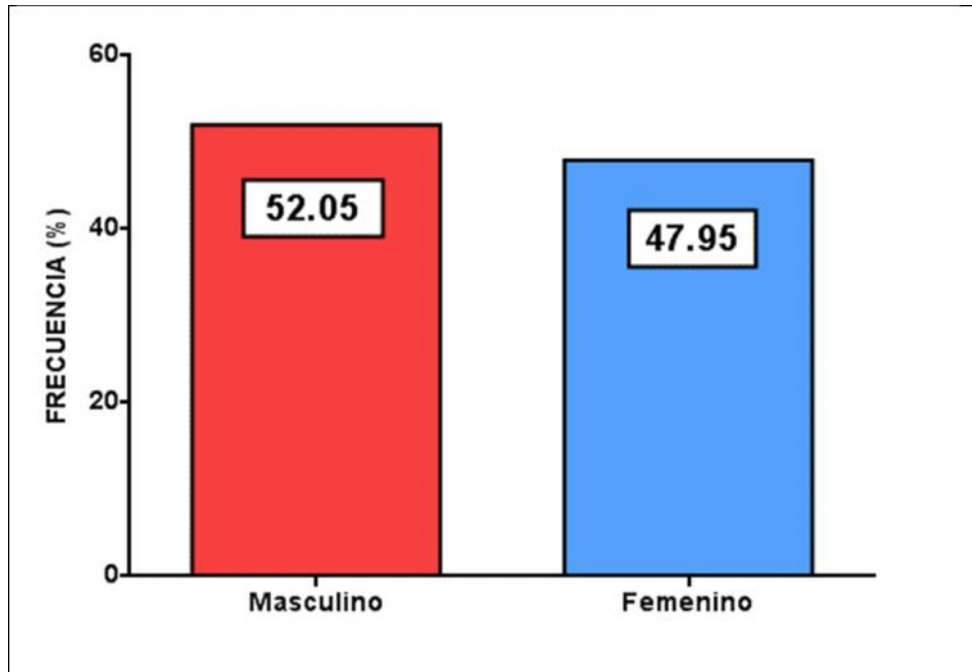
TABLA N° 2
SEXO DE LOS NIÑOS SOMETIDOS A EXODONCIA EN LA CLÍNICA
ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA

SEXO	FRECUENCIA	
	N°	%
Masculino	178	52.05
Femenino	164	47.95
Total	342	100.00

Fuente: Elaboración personal. Matriz de Sistematización.

En la presente tabla se muestran las frecuencias del sexo, presentándose en mayor frecuencia el sexo masculino con 52.05%, y en menor frecuencia el sexo femenino con 47.95%, en niños de la Clínica Odontológica.

GRÁFICO Nº 2
SEXO DE LOS NIÑOS SOMETIDOS A EXODONCIA EN LA CLÍNICA
ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA



Fuente: Elaboración personal. Matriz de Sistematización.



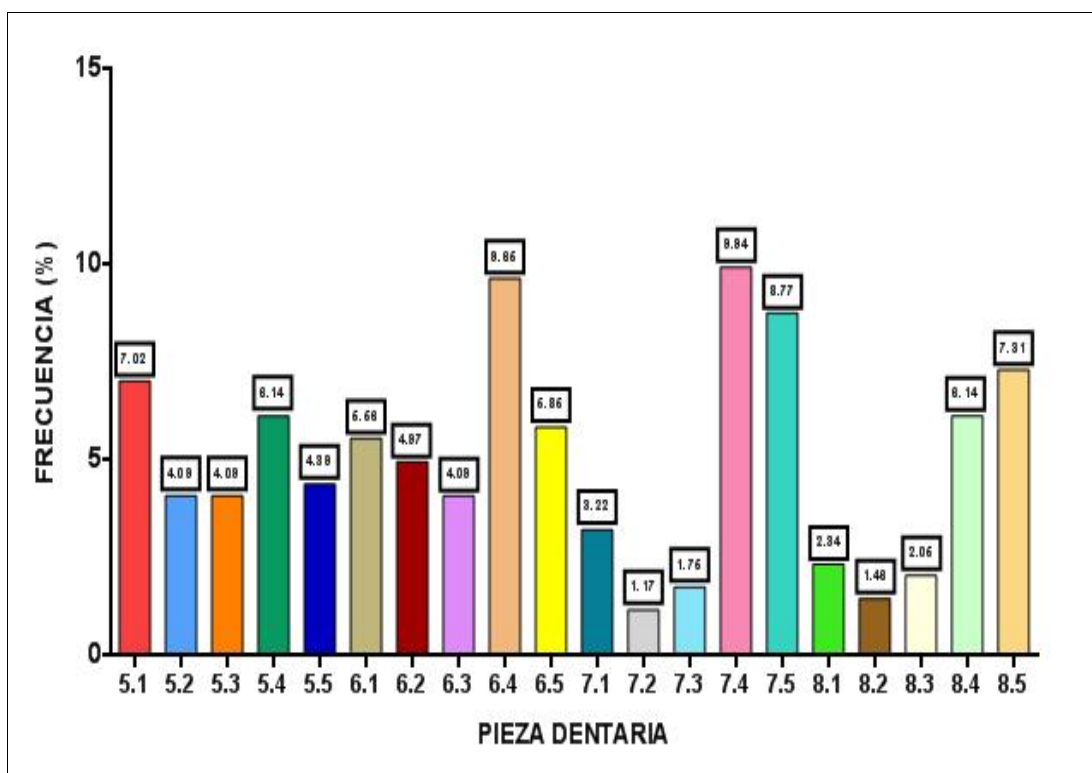
TABLA N° 3
PIEZAS DENTARIAS DECIDUAS EXTRAÍDAS EN NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS EN
LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA
MARÍA

PIEZA DENTARIA	FRECUENCIA	
	N°	%
5.1	24	7.02
5.2	14	4.09
5.3	14	4.09
5.4	21	6.14
5.5	15	4.39
6.1	19	5.56
6.2	17	4.97
6.3	14	4.09
6.4	33	9.65
6.5	20	5.85
7.1	11	3.22
7.2	4	1.17
7.3	6	1.75
7.4	34	9.94
7.5	30	8.77
8.1	8	2.34
8.2	5	1.46
8.3	7	2.05
8.4	21	6.14
8.5	25	7.31
Total	342	100.00

Fuente: Elaboración personal. Matriz de Sistematización.

En la presente tabla se muestran las frecuencias de piezas dentarias perdidas, presentándose en mayor frecuencia la pieza dentaria 7,4 con 9.94%, mientras que la menor frecuencia se presentó en la pieza dentaria 7,2 con 1.17%, en niños de la Clínica Odontológica.

GRÁFICO N° 3
PIEZAS DENTARIAS DECIDUAS EXTRAÍDAS EN NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS EN
LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA
MARÍA



Fuente: Elaboración personal. Matriz de Sistematización.

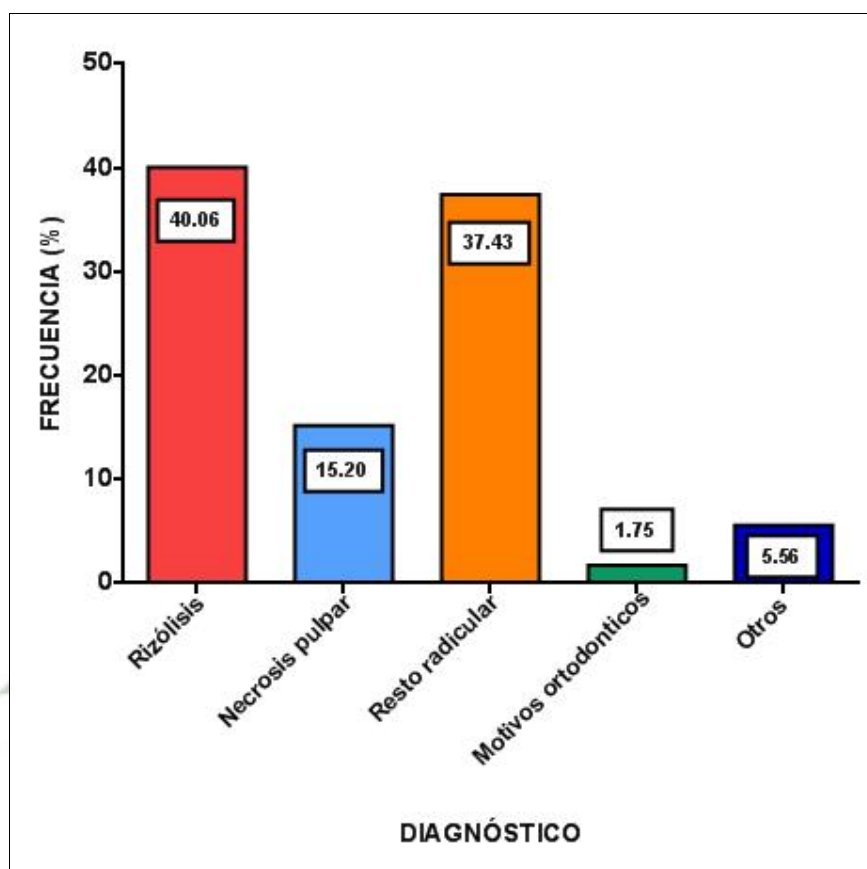
TABLA N° 4
DIAGNOSTICO DE LA PATOLOGÍA PULPAR PREVIO A LAS EXODONCIAS
DENTARIAS DECIDUAS EN NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS EN LA CLÍNICA
ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA

DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	
	N°	%
Rizólisis	137	40.06
Patología Pulpar		
Pulpitis reversible	0	0.00
Pulpitis irreversible	0	0.00
Necrosis pulpar	52	15.20
Resto radicular	128	37.43
Motivos ortodonticos	6	1.75
Otros	19	5.56
Total	342	100.00

Fuente: Elaboración personal. Matriz de Sistematización.

En la presente tabla, se muestran las frecuencias del diagnóstico en exodoncias dentarias deciduas, presentándose en mayor frecuencia la rizólisis con 40.06%, mientras que la menor frecuencia fue por motivos ortodonticos con 1.75%, en niños de la Clínica Odontológica.

GRÁFICO N° 4
DIAGNOSTICO DE LA PATOLOGÍA PULPAR PREVIO A LAS EXODONCIAS
DENTARIAS DECIDUAS EN NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS EN LA CLÍNICA
ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA



Fuente: Elaboración personal. Matriz de Sistematización.

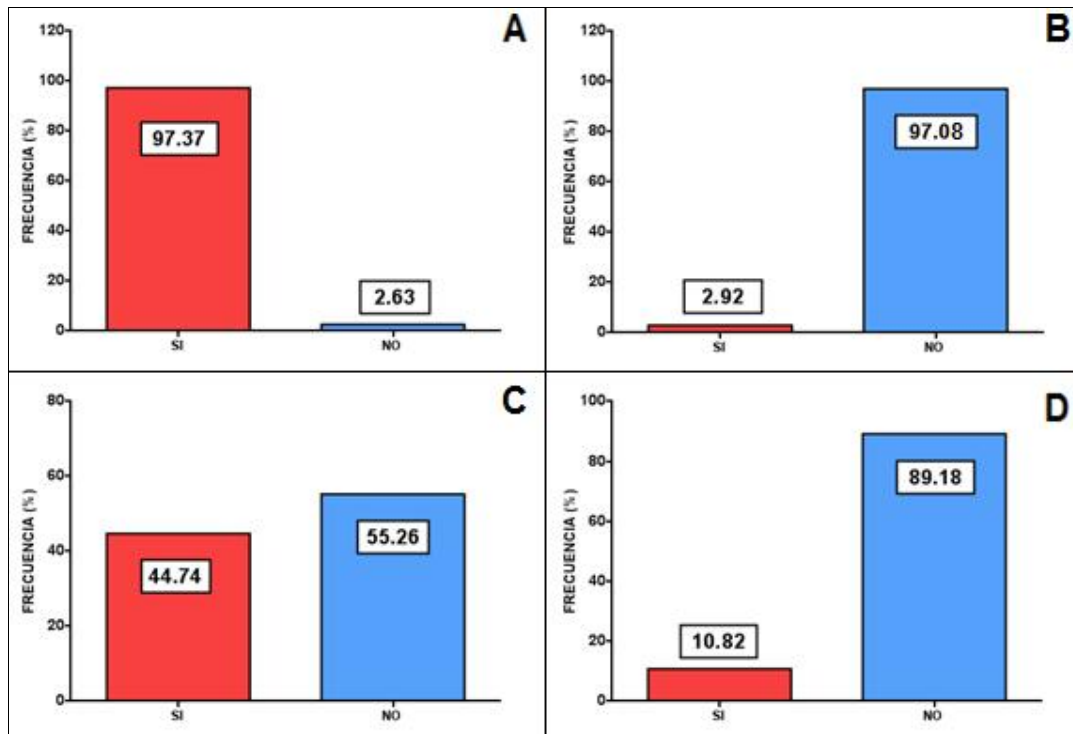
TABLA N° 5
PREPARACIÓN PSICOLÓGICA PREVIO A LAS EXODONCIAS DENTARIAS
DECIDUAS EN NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE
LA UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA

PREPARACIÓN PSICOLÓGICA	FRECUENCIA	
	N°	%
Decir, Mostrar, Hacer		
Si	333	97.37
No	9	2.63
Total	342	100.00
Modelado		
Si	10	2.92
No	332	97.08
Total	342	100.00
Distracción contingente		
Si	153	44.74
No	189	55.26
Total	342	100.00
Escape contingente		
Si	37	10.82
No	305	89.18
Total	342	100.00

Fuente: Elaboración personal. Matriz de Sistematización.

En la presente tabla, se muestran las frecuencias de la preparación psicológica en exodoncias dentarias deciduas, la mayor frecuencia presento pacientes pediátricos en los cuales se realizó la técnica Decir, Mostrar, Hacer con 97.37%; mientras que el 97.08% no realizo la técnica del modelado. En cuanto a la distracción contingente el 55.26% no la realizaron, mientras el 89.18% no realizo la técnica de escape contingente, en niños de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santa María – Arequipa 2017.

GRÁFICO Nº 5
PREPARACIÓN PSICOLÓGICA PREVIO A LAS EXODONCIAS DENTARIAS
DECIDUAS EN NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE
LA UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA



Fuente: Elaboración personal. Matriz de Sistematización.

En los gráficos se observan las frecuencias de la Preparación Psicológica en exodoncias dentarias deciduas en niños de 5 a 12 años de la Clínica Odontológica: **A.** Decir-mostrar-hacer **B.** Modelado **C.** Distracción contingente **D.** Escape contingente.

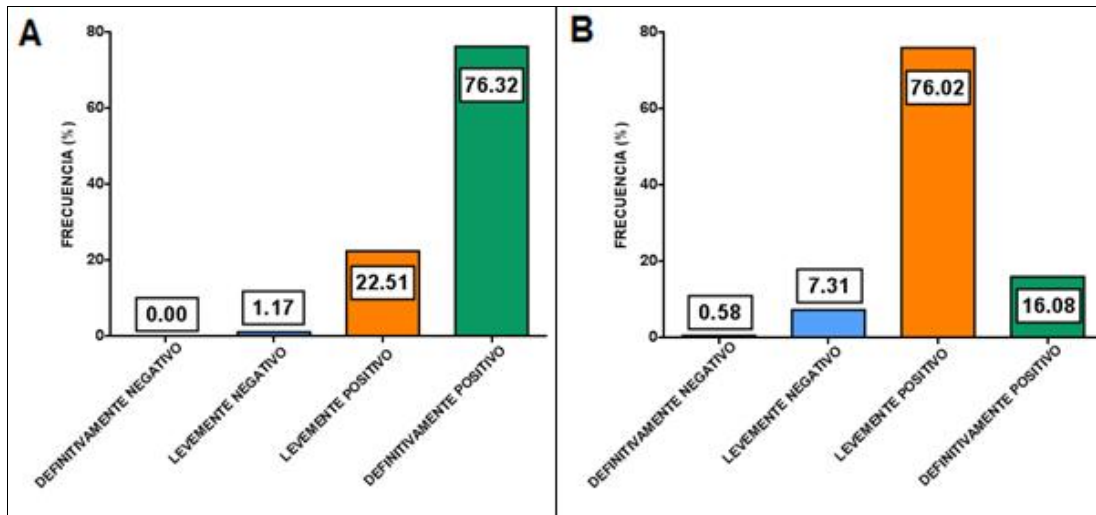
TABLA N° 6
ESCALA DE FRANKL DURANTE LA APLICACIÓN DE LA TÉCNICA
ANESTÉSICA PARA EXODONCIAS EN DIENTES DECIDUAS DE NIÑOS DE 5
A 12 AÑOS DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD
CATÓLICA SANTA MARÍA

ANESTESIA	FRECUENCIA	
	N°	%
Tópico		
Definitivamente negativo	0	0.00
Levemente Negativo	4	1.17
Levemente Positivo	77	22.51
Definitivamente positivo	261	76.32
Total	342	100.00
Local		
Definitivamente negativo	2	0.58
Levemente Negativo	25	7.31
Levemente Positivo	260	76.02
Definitivamente positivo	55	16.08
Total	342	100.00

Fuente: Elaboración personal. Matriz de Sistematización.

En la presente tabla se muestran las frecuencias de técnica anestésica utilizada en exodoncias dentarias deciduas, la mayor frecuencia para la anestesia tópica presentó un comportamiento definitivamente positivo con 76.32%; mientras para la anestesia local la mayor frecuencia presentó un comportamiento levemente positivo con 76.02%, en niños de la Clínica Odontológica.

GRÁFICO Nº 6
ESCALA DE FRANKL DURANTE LA APLICACIÓN DE LA técnica
ANESTÉSICA PARA EXODONCIAS EN DIENTES DECIDUAS DE NIÑOS DE 5
A 12 AÑOS DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD
CATÓLICA SANTA MARÍA



Fuente: Elaboración personal. Matriz de Sistematización.

En los gráficos se observan las frecuencias de la Escala de Frankl según técnica anestésica utilizada en exodoncias dentarias deciduas en niños de 5 a 12 años de la Clínica Odontológica: **A.** Escala de Frankl según técnica de anestesia tópica **B.** Escala de Frankl según técnica de anestesia local.

TABLA N° 7
MESA DE TRABAJO PREVIO A LAS EXODONCIAS DE DIENTES DECIDUOS
EN NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA
UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA

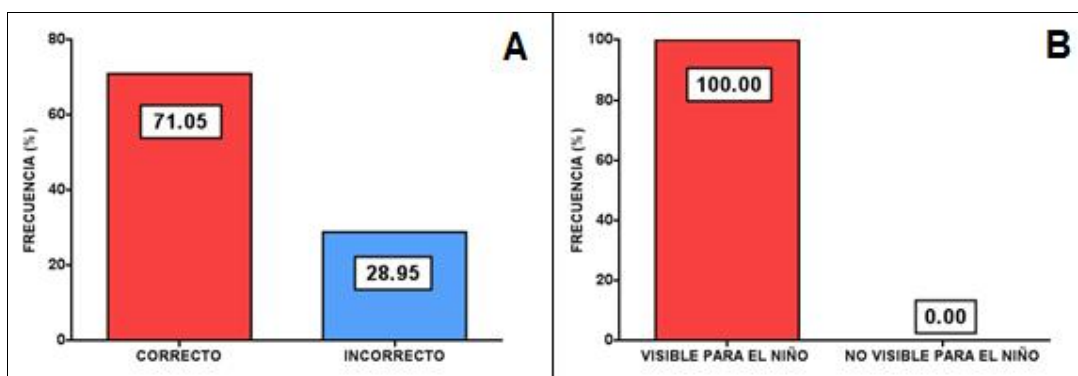
MESA DE TRABAJO	FRECUENCIA	
	N°	%
Preparación de la mesa de trabajo		
Correcto	243	71.05
Incorrecto	99	28.95
Total	342	100.00
Visibilidad de la mesa de trabajo		
Visible para el niño	342	100.00
No visible para el niño	0	0.00
Total	342	100.00

Fuente: Elaboración personal. Matriz de Sistematización.

En la presente tabla de la mesa de trabajo para previo a las exodoncias dentarias deciduas, la mayor frecuencia para la preparación de la mesa de trabajo presento una preparación correcta con 71.05%; mientras la mayor frecuencia para la disposición de la mesa de trabajo presento una disposición visible al niño con 100%, en niños de la Clínica Odontológica.

GRÁFICO Nº 7

MESA DE TRABAJO PREVIO A LAS EXODONCIAS DE DIENTES DECIDUOS
EN NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA
UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA



Fuente: Elaboración personal. Matriz de Sistematización.

En los gráficos se observan las frecuencias de preparación de la mesa de trabajo previo a exodoncias dentarias deciduas en niños de 5 a 12 años de la Clínica Odontológica: **A.** preparación de la mesa de trabajo **B.** Disposición del Instrumental según visibilidad de la mesa de trabajo.

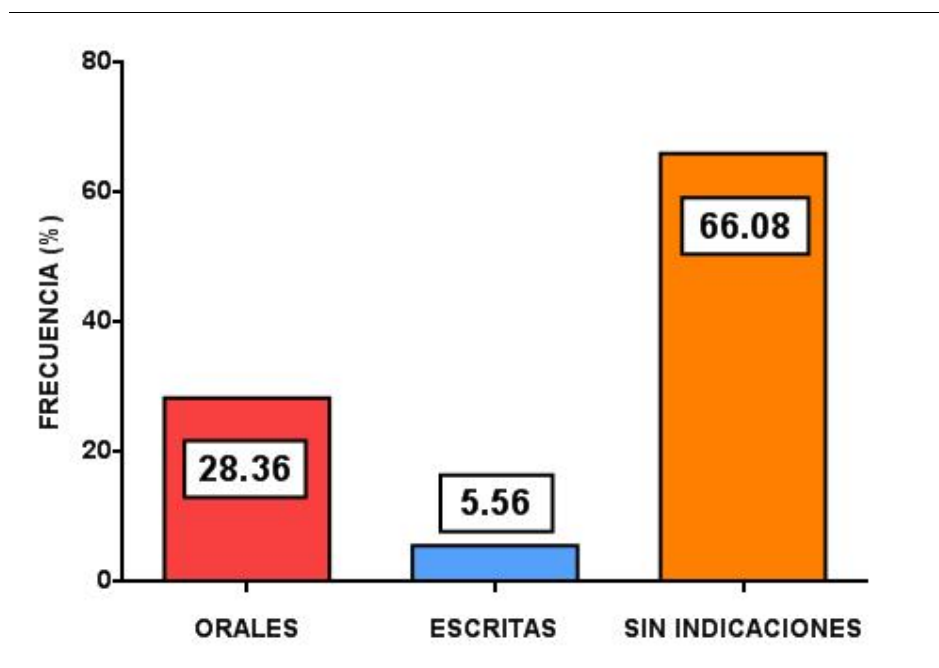
TABLA N° 8
INDICACIONES POST OPERATORIAS PARA LOS PADRES DE LOS NIÑOS
SOMETIDOS A EXODONCIA EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA
UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA

INDICACIONES A LOS PADRES	FRECUENCIA	
	N°	%
Orales	97	28.36
Escritas	19	5.56
Sin indicaciones	226	66.08
Total	342	100.00

Fuente: Elaboración personal. Matriz de Sistematización.

En la presente tabla, se muestran las frecuencias de indicaciones a los padres, presentándose en mayor frecuencia sin indicaciones con 66.08 %, mientras que la menor frecuencia presentó indicaciones escritas con 5.65%, en niños de la Clínica Odontológica.

GRÁFICO Nº 8
INDICACIONES POST OPERATORIAS PARA LOS PADRES DE LOS NIÑOS
SOMETIDOS A EXODONCIA EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA
UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA



Fuente: Elaboración personal. Matriz de Sistematización.

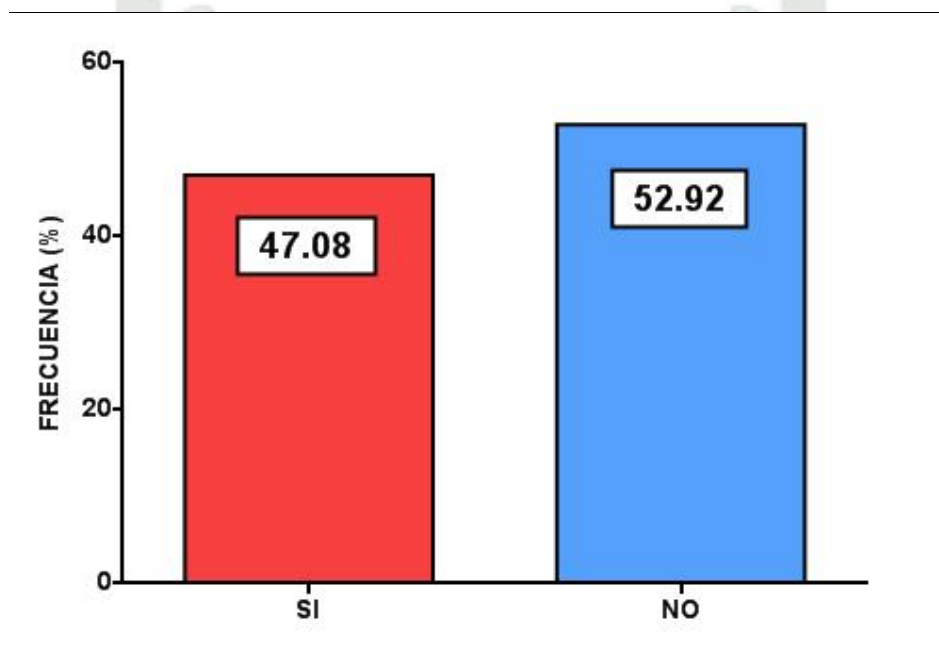
TABLA N° 9
FRECUENCIA DE LAS INDICACIONES DEL CONTROL CLÍNICO POST
EXODONCIA A LOS 7 DÍAS EN LOS NIÑOS EN ESTUDIO DE LA CLÍNICA
ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA –
AREQUIPA 2017

CONTROL CLÍNICO	FRECUENCIA	
	N°	%
Si	161	47.08
No	181	52.92
Total	342	100.00

Fuente: Elaboración personal. Matriz de Sistematización.

En la siguiente tabla se muestran las frecuencias de control clínico a los 7 días en exodoncias dentarias deciduas, presentándose en mayor frecuencia los que no realizaron control clínico post exodoncia a los 7 días con 52.92%, mientras que la menor frecuencia realizó control clínico con 47.08%, en niños de la Clínica Odontológica.

GRÁFICO N° 9
FRECUENCIA DE LAS INDICACIONES DEL CONTROL CLÍNICO POST
EXODONCIA A LOS 7 DÍAS EN LOS NIÑOS EN ESTUDIO DE LA CLÍNICA
ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA –
AREQUIPA 2017



Fuente: Elaboración personal. Matriz de Sistematización.

DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como fin determinar los factores relacionados a las exodoncias de dientes deciduos en niños de 5 a 12 años según sexo, grupo dentario, diagnóstico y determinar a su vez si se realizó una preparación psicológica previa, la técnica anestésica más utilizada, la disposición del instrumental, las indicaciones a los padres y el control post-operatorio a los 7 días, en niños de la clínica odontológica.

LUCAVECHI (2004). La extracción de dientes temporales es una parte común e importante de la práctica odontopediátrica y los estudios de frecuencia de exodoncias en la población pueden darnos valiosa información en cuanto a la prevalencia de enfermedad dental. Se han realizado muchos estudios en diferentes países (industrializados y en vías de desarrollo) para determinar las razones por las que se ha llevado a cabo las exodoncias. La mayoría de estos han encontrado que la caries es la razón principal, cuando es considerada toda la muestra. Sin embargo, al dividir la población en grupos etarios, los estudios llevados a cabo en países industrializados, dan como resultado la disminución de extracciones por caries y el aumento por razones ortodóncicas, en los grupos más jóvenes

Al analizar los resultados encontramos que, de las 342 piezas dentales deciduas extraídas, la mayor frecuencia de exodoncias de piezas dentales deciduas fue a la edad de 9 años con 24.56 %. *LUCAVECHI, (2004) reportó que se analizaron un total de 1062 historias de pacientes cuya edad se encontraba comprendida entre 0 y 15 años, informó que donde se realizaron la mayor cantidad de exodoncias fue entre los 6-9 años (45,91%). ORTIZ (2010), quien informó que a los 6 años la prevalencia de exodoncia de dientes deciduos fue del 49.3%. MALDONADO, (2016), quien analizó 204 fichas clínicas, encontrándose que la mayor cantidad de exodoncias fue a los 6 años (22,2%). HUAMAN (2014) observó que la mayor cantidad de exodoncias prematuras de dientes deciduos se dio a los 4 años (125) representado el 54.6% de los casos. VARGAS (2016), encontró que de los 329 pacientes atendidos, el 61,1% (201 pacientes) tuvieron pérdida prematura de 1 a más molares deciduos.*

Podemos observar en los resultados de los estudios que la pérdida de dientes deciduos varía en relación a la edad del paciente, por lo tanto, podemos asumir que no hay relación entre la pérdida de dientes deciduos y la edad del niño, sin embargo, en todos los estudios la frecuencia de pérdida de dientes deciduos fue elevada.

La mayor frecuencia de exodoncias de piezas dentales deciduas se dio en el sexo masculino con 52.05%, *LUCAVECHI, (2004)*, reportó que hubo mayor frecuencia de extracciones prematuras de dientes deciduos en el sexo masculino 39.84%, mas no hubo diferencia significativa respecto al sexo femenino (36.72%). *ORTIZ, (2010)*, reportó que se encontró mayor frecuencia de pérdida prematura de dientes deciduos en el sexo masculino. *MALDONADO (2016)*, reportó que hubo mayor frecuencia de extracciones prematuras de dientes deciduos en el sexo masculino 54.2%. *HUAMAN, (2014)*, reportó que la pérdida prematura de dientes deciduos tuvo mayor frecuencia en el sexo masculino con 59.0% de los casos. *VARGAS (2016)*, reportó en su estudio que la pérdida prematura de dientes deciduos fue mayor en el sexo masculino 50.8%.

Podemos observar que, al igual que en este estudio con los resultados de los antecedentes, la pérdida de dientes deciduos fue más frecuente en el sexo masculino, por lo tanto, podemos asumir que existe cierta relación entre la pérdida de dientes deciduos y el sexo del niño.

La mayor frecuencia de piezas dentales deciduas extraídas, fue la pieza dentaria 7,4 con 9.94%. *LUCAVECHI (2004)*, reportó que los primeros molares temporales superiores fueron los dientes más extraídos (14,7%). *ORTIZ (2010)*, reportó que la pieza dental decidua más extraída fue el segundo molar inferior derecho (8.5). *MALDONADO (2016)*, reportó que la pieza dental más extraída fue la segunda molar temporal inferior izquierda (7.5) con 13.6% de los casos. *HUAMAN (2014)*, reportó que la pieza dental decidua más extraída fue el primer molar inferior izquierdo (7.4) con un 14% de los casos. *VARGAS (2016)*, reportó en su estudio que la pieza dental decidua más extraída fue la segunda molar inferior izquierda (7.5) con 31.6% de los casos.

Podemos observar que, al igual que los resultados de los antecedentes, la pérdida de dientes deciduos fue más frecuente en el grupo molar, por lo tanto, podemos asumir que existe cierta relación entre la pérdida de dientes deciduos y el grupo dentario.

El diagnóstico más frecuente de la patología pulpar u otras causas, para exodoncias de dientes deciduos, fue la rizólisis con 40.06%. *LUCAVECHI (2004)*, reportó que la causa principal de extracción de dientes deciduos, fue por motivos ortodónticos (44.75%) seguida por caries y patología pulpar (36.57%). *ORTIZ, (2010)*, reportó que la causa principal de extracción de dientes deciduos corresponde a caries y patología pulpar (98,6%) y un (1,4%) por indicación ortodóntica. *HUAMAN (2014)*, reportó que la causa principal de extracción de dientes deciduos corresponde a la patología periapical 41% (94 dientes) seguido de patología pulpar 39% (89 dientes), y por último remanente radicular 20% (46 dientes).

Podemos observar que la causa principal de pérdida de dientes deciduos en los antecedentes, fue caries y patología pulpar y motivos ortodónticos, por lo tanto, podemos asumir que la pérdida de dientes deciduos se da por motivos diferentes, sin embargo, la frecuencia de pérdida de dientes deciduos por motivos de caries y patología pulpar es muy alta.

CONCLUSIONES

PRIMERA:

La mayor frecuencia de exodoncias de piezas deciduas fue a la edad de 9 años con 24.56 % y en el sexo masculino con 52.05%, mientras que la menor frecuencia se presentó en 12 años con 1.75% y en el sexo femenino con 47.95%.

SEGUNDA:

La mayor frecuencia de piezas dentarias deciduas extraídas, fue la pieza dentaria 7,4 con 9.94%, mientras que la menor frecuencia se presentó en la pieza dentaria 7,2 con 1.17%.

TERCERA:

El diagnóstico más frecuente de la patología pulpar u otras causas, para exodoncias de dientes deciduos, fue la rizólisis con 40.06%, mientras que la menor frecuencia fue por motivos ortodónticos con 1.75%.

CUARTA:

En cuanto a preparación psicológica del paciente pediátrico previo a las exodoncias de dientes deciduos, realizo la técnica Decir, Mostrar, Hacer con 97.37% de los casos; mientras que el 97.08% no realizo la técnica del modelado. En cuanto a la técnica de distracción contingente el 55.26% no realizo, mientras el 89.18% no realizo la técnica de escape contingente.

QUINTA:

El comportamiento del paciente pediátrico durante la técnica anestésica tópica previo a las exodoncias de dientes deciduos, presento un comportamiento definitivamente positivo con 76.32%; mientras para la anestesia local presento un comportamiento levemente positivo con 76.02%.

SEXTA:

La mesa de trabajo para exodoncias dentarias deciduas, la mayor frecuencia presento una preparación correcta con 71.05%; mientras que la visibilidad de la mesa de trabajo, fue visible para el niño con 100%.

SÉPTIMA:

Las indicaciones a los padres, hubo mayor frecuencia, sin indicaciones con 66.08%, mientras que la menor frecuencia presentó indicaciones escritas con 5.65%.

OCTAVA:

Se logró determinar que no realizaron control clínico post exodoncia a los 7 días con 52.92%, y se realizó control clínico en un 47.08%.



RECOMENDACIONES

1. Implementar y reforzar métodos y técnicas de prevención contra la caries dental, a los niños y padres que acuden a la clínica odontológica ya ésta es la principal causa de las exodoncias de dientes deciduos.
2. Trabajar en un plan preventivo para que los pacientes con dentición decidua que acuden a la clínica odontológica, se les brinde información sobre las consecuencias de la pérdida de dientes deciduos, así como los diferentes tratamientos.
3. Considerar la extracción dental de dientes deciduos como la última alternativa de tratamiento, explicando a los padres la función que cumple la dentición decidua y la importancia de mantenerla, hasta su recambio fisiológico, y a su vez promover las visitas periódicas al odontólogo.
4. Implementar prácticas con enfoques preventivos en la asistencia de los niños con dentición decidua, realizando campañas, con los estudiantes de odontología, para así de esta forma mejorar la salud bucal de los niños.
5. Realizar más trabajos de investigación en la Facultad de Odontología de nuestra universidad y en todo el país, que permitan medir la de pérdida de dientes primarios, así como los factores asociados a estas.
6. Instruir al estudiante de odontología del X semestre, en técnicas de preparación psicológica del paciente pediátrico, puesto que el estudio revelo que no se aplican, a su vez mejorar y mantener la disposición del instrumental de la mesa de trabajo de la forma más correcta. Mejorar las indicaciones a los padres, el presente trabajo de investigación revelo que son muy pocas, e incidir en el control clínico a los 7 días después de las exodoncias dentarias deciduas ya que el presente trabajo de investigación revela que se realizaron pocos controles clínicos.

BIBLIOGRAFÍA

- ADRIANO-ANAYA, María del Pilar. *Edad de la Erupción Permanente en una Población Infantil de la Ciudad de México*. 2015.
- ASCENÇÃO KLATCHOIAN, Denise. *Adaptación del comportamiento del paciente pediátrico*. Manual de Referencia para Procedimientos en Odontopediatría. Asociación Latinoamericana de Odontopediatría. Livraria Santos Editora Ltda. Brasil. 2010.
- BARBERIA LEACHE, Elena. *Odontopediatría*. Editorial Masson. Segunda Edición. Barcelona. 2002
- BEZERRA DA SILVA. Lea assed. *Tratado de Odontopediatría*. Editorial Amolca. Tomo I. 2008
- BOJ, Juan. *Odontopediatría*. Editorial Masson. Primera Edición. Barcelona. 2005.
- BORDONI, Noemí. *Odontología pediátrica, la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. Editorial. Panamericana. Buenos Aires. 2010
- BURGUEÑO TORRES, Laura. Cronología y secuencia de erupción de los dientes temporales en una muestra infantil de la Comunidad de Madrid. 2011.
- CALEYA ZAMBRANO, Antonia. Trabajo de investigación: Tamaños radiculares y coronales de molares temporales en una muestra de niños españoles. España. 2011.
- CÁRDENAS JARAMILLO, Darío. *Odontología pediátrica*. Editorial. CIB. Cuarta Edición. Corporación Medellín. 2009.
- DONADO RODRÍGUEZ, Manuel. *Cirugía Bucal Patología y técnica*. Editorial Masson. Tercera Edición. Barcelona. 2010

- FERNANDEZ, Teresita. Patologías pulpares y tratamientos endodónticos en dientes primarios. Estudio de casos. Venezuela. 2012.
- GUEDES-PINTO, Antonio y cols. Rehabilitación bucal en odontopediatría. Editorial Amolca. Primera Edición. España. 2003
- MINORU NAKATA. Guía oclusal en odontopediatría. Editorial. Actualidades Medico Odontológicas Latinoamerica, C.A. Primera edicion. Venezuela. 1997
- MOYA DE CALDERÓN, Zaida. *Odontopediatría, Clínica basada en evidencias*. 2da edición. Arequipa, Perú. 2017
- PONCE CÁCERES, Carol. Características morfológicas de la dentición decidua, Universidad Garcilaso de la Vega. Perú. 2017.
- VILLASANA, Arelys. Patología pulpar y su diagnóstico. Odontólogo, Universidad Central de Venezuela. 2000.

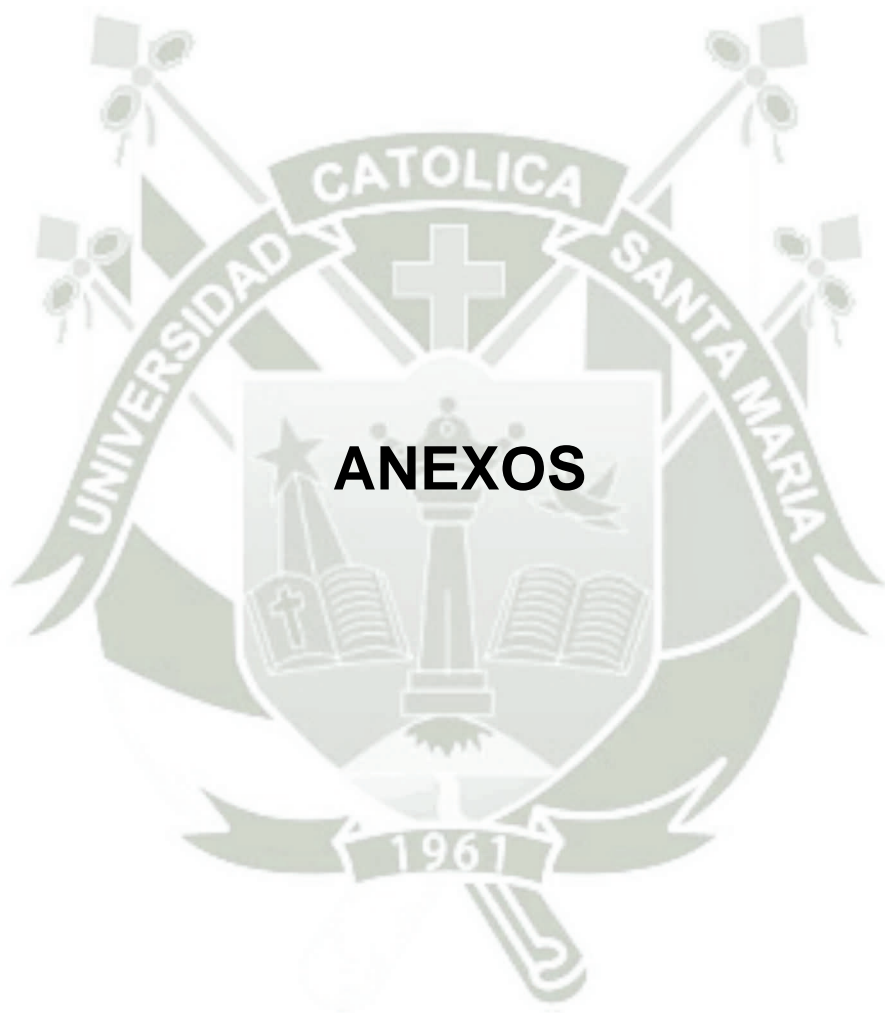


HEMEROGRAFÍA

- BRAGA DE ABREU-E-LIMA, Fabio. El uso de anestésicos Locales en odontopediatría. Manual de Referencia para Procedimientos en Odontopediatría. Capitulo-15. Asociación Latinoamericana de Odontopediatría. Livraria Santos Editora Ltda. Brasil. 2010.
- CADAVID T, Paula Andrea; Giaimo C, Claudia Adriana; Cárdenas V, Juan Manuel. Eficacia de la Técnica de modelado con video preoperatorio en pacientes de 4 a 6 años de edad. Revista CES Odontológica. Vol. 12, No. 1. Valencia. 1999
- HUAMÁN RICCE Lady Luz Pérdida prematura de dientes deciduos en niños de 3-9 años de edad sometidos a tratamiento odontológico integral bajo anestesia general en el instituto nacional de salud del niño, 2014. Repositorio de Tesis de la UNMSM
- MALDONADO MAZARIEGOS, Rocael Alberto. Prevalencia de la pérdida prematura de dientes primarios en pacientes atendidos en la Clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de san Carlos de Guatemala en los años 2012-2015. Repositorio de tesis de la USAC
- ORTIZ G. Patrick. Pérdida prematura de dientes temporales en pacientes de 6 años atendidos en el Hospital de Curanilahue, 2006 - 2010. Revista de la Sociedad Chilena de Odontopediatría 2010, vol. 25(2)
- VARGAS CHÁVEZ, Samantha. Factores asociados a la pérdida prematura de molares deciduos en pacientes de 6 a 10 años atendidos en la Clínica de Odontopediatría, Facultad de Odontología Universidad Nacional de la Amazonia Peruana 2006 – 2016. Repositorio de Tesis de la UNAP

INFORMATOGRAFIA

- <http://repositorio.udec.cl/bitstream/handle/11594/1652/Trabajo+Investigaci%F3n.Image.Marked.pdf?sequence=1>, recuperado del 02-02-2018
- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2004000100005, recuperado del 02-03-2018 Lucavechi-Alcayaga, Tania Estudio de la prevalencia y causas de las exodoncias en una población infantil española
- http://www.carlosboveda.com/Odontologosfolder/odontoinvitadoold/odontoinvitado_24.htm, recuperado del 02-04-2018
- <http://www.cop.org.pe/bib/investigacionbibliografica/TEDDYRODOLFOGUILLE NCHUJUTALLI.pdf> recuperado del 02-02-2018
- <http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/v9Suppli/medoralv9supplip58.pdf> recuperado del 03-03-2018
- http://www.repositorio.usac.edu.gt/6168/1/T_2678.pdf, recuperado del 22-02-2018
- <https://hera.ugr.es/tesisugr/18065235.pdf>, recuperado del 23-02-2018
- <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art-17/>. recuperado del 20-04-2018





Ficha Nro. _____

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“FACTORES RELACIONADOS A LAS EXODONCIAS DENTARIAS DE DIENTES DECIDUOS EN NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS. CLÍNICA ODONTOLÓGICA, UCSM-2017”

1. **EDAD** ----- 2. **SEXO** M () F () 3. **PIEZA DENTARIA:** _____

4. DIAGNOSTICO.

Rizólisis	Patología pulpar	Resto radicular	Motivos ortodónticos	Otros
	Necrosis pulpar. () Pulpitis reversible. () Pulpitis irreversible ()			

5. PREPARACIÓN PSICOLÓGICA

- Decir, Mostrar, Hacer. SI () NO ()
- Modelado SI () NO ()
- Distracción contingente SI () NO ()
- Escape contingente SI () NO ()

6. ANESTESIA

Tópica (Escala de Frankl)	A. Local(escala de Frankl)
Definitivamente Negativo () Levemente Negativo () Levemente Positivo () Definitivamente Positivo ()	Definitivamente Negativo () Levemente Negativo () Levemente Positivo () Definitivamente Positivo ()

7. MESA DE TRABAJO

Preparación de la mesa de trabajo	Disposición de la mesa de trabajo
Correcto () Incorrecto ()	visible para el niño () No visible para el niño ()

8. INDICACIONES A LOS PADRES

- () Orales
- () Escritas
- () Sin Indicaciones

9. CONTROL CLÍNICO A LOS 7 DÍAS

- () Si
- () NO



ANEXO N° 2
MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN

Nº de ficha	EDAD	GÉNERO	PIEZA EXTRAÍDA	DIAGNOSTICO	PREPARACIÓN PSICOLÓGICA	ANESTESIA	MESA DE TRABAJO	INDICACIONES A LOS PADRES	CONTROL CLÍNICO A LOS 7 DÍAS
1.	11	F	65	5	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	3	NO
2.	11	F	75	5	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	3	NO
3.	9	M	85	2-A	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	SI
4.	9	M	64	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	SI
5.	9	M	52	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	SI
6.	8	F	84	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	SI
7.	8	F	64	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	SI
8.	8	F	85	2-A	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	3	SI
9.	8	F	52	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	3	SI
10.	8	F	52	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	3	SI
11.	8	F	62	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	3	SI
12.	7	M	52	1	1-A;2-B;3-A;4-B	1-C;2-C	1-A;2-A	1	NO
13.	8	M	62	1	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	NO
14.	8	M	61	1	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	NO
15.	8	F	73	1	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	NO
16.	10	M	74	2-A	1-A;2-B;3-B;4-B	1-C;2-C	1-A;2-A	2	NO
17.	7	F	74	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-C;2-C	1-A;2-A	3	NO
18.	9	F	65	2-A	1-A;2-B;3-A;4-B	1-C;2-B	1-B;2-A	3	NO
19.	10	M	64	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-D	1-A;2-A	2	NO
20.	9	M	85	3	1-A;2-B;3-A;4-B	1-C;2-C	1-A;2-A	3	SI
21.	12	F	53	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	3	NO
22.	8	M	64	1	1-A;2-B;3-A;4-B	1-C;2-C	1-A;2-A	3	NO
23.	9	M	64	2-A	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	NO
24.	9	M	74	2-A	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	NO
25.	9	F	54	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	NO
26.	8	M	74	2-A	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	3	SI
27.	11	M	75	2-A	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	3	SI
28.	11	M	54	2-A	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-D	1-A;2-A	3	NO
29.	7	M	85	2-A	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	NO
30.	7	M	84	2-A	1-A;2-B;3-A;4-B	1-C;2-C	1-A;2-A	3	NO
31.	7	M	62	1	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	1	NO
32.	9	M	74	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	SI
33.	8	F	74	1	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	1	NO
34.	8	F	62	1	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	1	NO
35.	8	M	84	1	1-A;2-B;3-A;4-B	1-C;2-C	1-A;2-A	1	NO
36.	8	M	84	2-A	1-A;2-B;3-A;4-B	1-C;2-C	1-A;2-A	1	SI

Nº de ficha	EDAD	GÉNERO	PIEZA EXTRAÍDA	DIAGNOSTICO	PREPARACIÓN PSICOLÓGICA	ANESTESIA	MESA DE TRABAJO	INDICACIONES A LOS PADRES	CONTROL CLÍNICO A LOS 7 DÍAS
37.	8	M	64	2-A	1-A;2-B;3-A;4-B	1-C;2-C	1-A;2-A	1	SI
38.	8	M	65	2-A	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	1	SI
39.	9	F	64	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	3	SI
40.	9	F	55	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	3	SI
41.	9	F	84	2-A	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	3	SI
42.	6	M	51	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	SI
43.	11	F	64	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-D	1-B;2-A	3	NO
44.	6	F	71	1	1-A;2-B;3-A;4-B	1-C;2-C	1-A;2-A	1	NO
45.	6	F	81	1	1-A;2-B;3-A;4-B	1-C;2-B	1-A;2-A	1	NO
46.	7	M	75	2-A	1-A;2-B;3-A;4-B	1-C;2-B	1-A;2-A	1	SI
47.	7	M	85	2-A	1-A;2-B;3-A;4-B	1-C;2-B	1-A;2-A	1	SI
48.	7	M	52	1	1-A;2-B;3-A;4-B	1-C;2-B	1-A;2-A	1	NO
49.	11	F	55	5	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-D	1-A;2-A	3	SI
50.	11	F	75	5	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-D	1-A;2-A	3	SI
51.	9	M	73	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	SI
52.	8	F	64	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	NO
53.	9	F	65	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	SI
54.	9	F	64	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	SI
55.	5	M	82	1	1-A;2-B;3-A;4-B	1-C;2-B	1-B;2-A	1	NO
56.	8	F	53	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	3	SI
57.	8	F	52	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	3	SI
58.	7	M	61	1	1-A;2-B;3-A;4-B	1-C;2-C	1-A;2-A	3	NO
59.	6	M	82	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-B	1-A;2-A	1	NO
60.	6	M	51	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-B	1-A;2-A	1	NO
61.	6	M	61	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	SI
62.	9	M	64	2-A	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	SI
63.	9	M	65	2-A	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	NO
64.	9	M	55	1	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	NO
65.	9	M	64	3	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	SI
66.	9	M	74	3	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	SI
67.	7	M	81	1	1-A;2-B;3-A;4-B	1-C;2-C	1-A;2-A	3	NO
68.	9	M	53	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	3	NO
69.	9	M	85	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	3	NO
70.	10	M	85	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	NO
71.	9	M	63	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	NO
72.	9	M	55	1	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	NO
73.	7	F	51	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	1	NO
74.	8	M	65	1	1-A;2-B;3-A;4-A	1-C;2-C	1-A;2-A	1	NO
75.	8	F	73	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	1	SI

Nº de ficha	EDAD	GÉNERO	PIEZA EXTRAÍDA	DIAGNOSTICO	PREPARACIÓN PSICOLÓGICA	ANESTESIA	MESA DE TRABAJO	INDICACIONES A LOS PADRES	CONTROL CLÍNICO A LOS 7 DÍAS
76.	8	F	74	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	1	SI
77.	9	F	75	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	1	SI
78.	9	F	83	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	1	SI
79.	9	F	84	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-D	1-B;2-A	3	SI
80.	9	F	85	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;1-D	1-B;2-A	3	SI
81.	9	F	75	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-D	1-B;2-A	3	SI
82.	9	F	74	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-D	1-B;2-A	3	SI
83.	10	M	73	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	NO
84.	10	M	71	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	NO
85.	10	M,	72	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	1	NO
86.	7	F	54	3	1-A;2-B;3-A;4-B	1-C;2-C	1-A;2-A	1	NO
87.	7	F	52	3	1-A;2-B;3-A;4-B	1-C;2-C	1-B;2-A	3	SI
88.	7	F	51	3	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	3	SI
89.	9	M	85	3	1-A;2-B;3-A;4-B	1-C;2-C	1-B;2-A	3	SI
90.	9	M	84	3	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	3	SI
91.	10	F	63	3	1-A;2-B;3-A;4-A	1-D;2-C	1-A;2-A	1	NO
92.	9	F	65	3	1-A;2-B;3-A;4-B	1-C;2-C	1-A;2-A	1	NO
93.	9	F	53	3	1-B;2-B;3-A;4-B	1-C;2-C	1-A;2-A	1	NO
94.	10	M	75	3	1-B;2-B;3-A;4-B	1-C;2-C	1-A;2-A	1	NO
95.	6	M	51	3	1-A;2-B;3-A;4-A	1-D;2-C	1-A;2-A	1	NO
96.	7	F	53	3	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	NO
97.	7	F	83	3	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	NO
98.	8	F	84	1	1-A;2-B;3-A;4-A	1-D;2-C	1-A;2-A	3	NO
99.	8	F	61	1	1-A;2-B;3-A;4-A	1-D;2-C	1-A;2-A	3	NO
100.	6	F	85	2-A	1-A;2-A;3-A;4-A	1-C;2-C	1-A;2-A	1	NO
101.	6	F	84	2-A	1-A;2-A;3-A;4-A	1-C;2-C	1-A;2-A	1	NO
102.	7	F	55	1	1-A;2-A;3-A;4-B	1-D;2-D	1-A;2-A	2	NO
103.	8	F	74	1	1-A;2-A;3-A;4-B	1-D;2-D	1-A;2-A	2	NO
104.	8	F	64	1	1-A;2-A;3-A;4-B	1-D;2-D	1-A;2-A	2	NO
105.	8		75	1	1-A;2-A;3-A;4-B	1-D;2-D	1-A;2-A	2	NO
106.	7	F	85	1	1-A;2-A;3-A;4-B	1-D;2-D	1-A;2-A	2	NO
107.	8	F	52	1	1-A;2-B;3-A;4-A	1-D;2-C	1-A;2-A	1	NO
108.	10	F	62	3	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	1	NO
109.	5	F	72	1	1-A;2-B;3-A;4-B	1-C;2-B	1-A;2-A	3	NO
110.	5	F	71	1	1-A;2-B;3-A;4-B	1-C;2-B	1-A;2-A	3	NO
111.	11	F	65	3	1-A;2-B;3-A;4-A	1-C;2-C	1-A;2-A	3	SI
112.	11	F	55	3	1-A;2-B;3-A;4-A	1-C;2-C	1-A;2-A	3	SI
113.	7	F	82	1	1-A;2-A;3-A;4-A	1-C;2-C	1-A;2-A	3	SI
114.	6	F	62	1	1-A;2-A;3-A;4-A	1-C;2-C	1-A;2-A	3	SI

Nº de ficha	EDAD	GÉNERO	PIEZA EXTRAÍDA	DIAGNOSTICO	PREPARACIÓN PSICOLÓGICA	ANESTESIA	MESA DE TRABAJO	INDICACIONES A LOS PADRES	CONTROL CLÍNICO A LOS 7 DÍAS
115.	9	F	74	1	1-A;2-B;3-A;4-A	1-D;2-C	1-A;2-A	1	NO
116.	9	M	84	3	1-A;2-B;3-A;4-A	1-C;2-C	1-A;2-A	3	NO
117.	6	F	62	1	1-A;2-B;3-A;4-A	1-D;2-B	1-A;2-A	2	SI
118.	8	M	85	3	1-A;2-B;3-A;4-A	1-D;2-C	1-A;2-A	3	NO
119.	7	F	81	1	1-A;2-B;3-A;4-A	1-D;2-D	1-A;2-A	3	NO
120.	8	F	75	3	1-A;2-B;3-A;4-A	1-D;2-D	1-A;2-A	2	SI
121.	8	F	74	3	1-A;2-B;3-A;4-A	1-D;2-C	1-A;2-A	2	SI
122.	10	F	64	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-D	1-B;2-A	3	NO
123.	6	M	72	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-C;2-C	1-A;2-A	3	SI
124.	6	M	71	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	SI
125.	7	F	61	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	3	SI
126.	7	F	51	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	SI
127.	6	F	54	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	1	SI
128.	7	F	52	1	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	1	NO
129.	8	M	52	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	1	NO
130.	11	M	85	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-D	1-A;2-A	3	NO
131.	12	F	65	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-D	1-B;2-A	3	NO
132.	11	M	53	5	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-D	1-A;2-A	3	NO
133.	11	M	84	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-D	1-A;2-A	3	NO
134.	11	M	64	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-D	1-A;2-A	3	NO
135.	11	M	74	5	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-D	1-B;2-A	3	NO
136.	9	F	65	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	3	SI
137.	9	M	64	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	3	NO
138.	9	M	75	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	NO
139.	9	F	63	5	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	NO
140.	10	M	55	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	3	NO
141.	6	M	81	5	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	1	NO
142.	6	M	71	5	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	1	NO
143.	7	M	71	5	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	1	NO
144.	6	M	62	1	1-A;2-B;3-A;4-A	1-D;2-C	1-A;2-A	1	NO
145.	6	M	51	2-A	1-A;2-B;3-A;4-A	1-C;2-B	1-A;2-A	1	NO
146.	9	F	85	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	3	NO
147.	9	F	84	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	3	NO
148.	9	F	65	2-A	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	3	NO
149.	9	F	83	1	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	3	NO
150.	5	M	62	1	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-B	1-B;2-A	1	NO
151.	5	M	52	2-A	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	SI
152.	5	M	51	2-A	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	SI
153.	5	M	64	2-A	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	3	SI

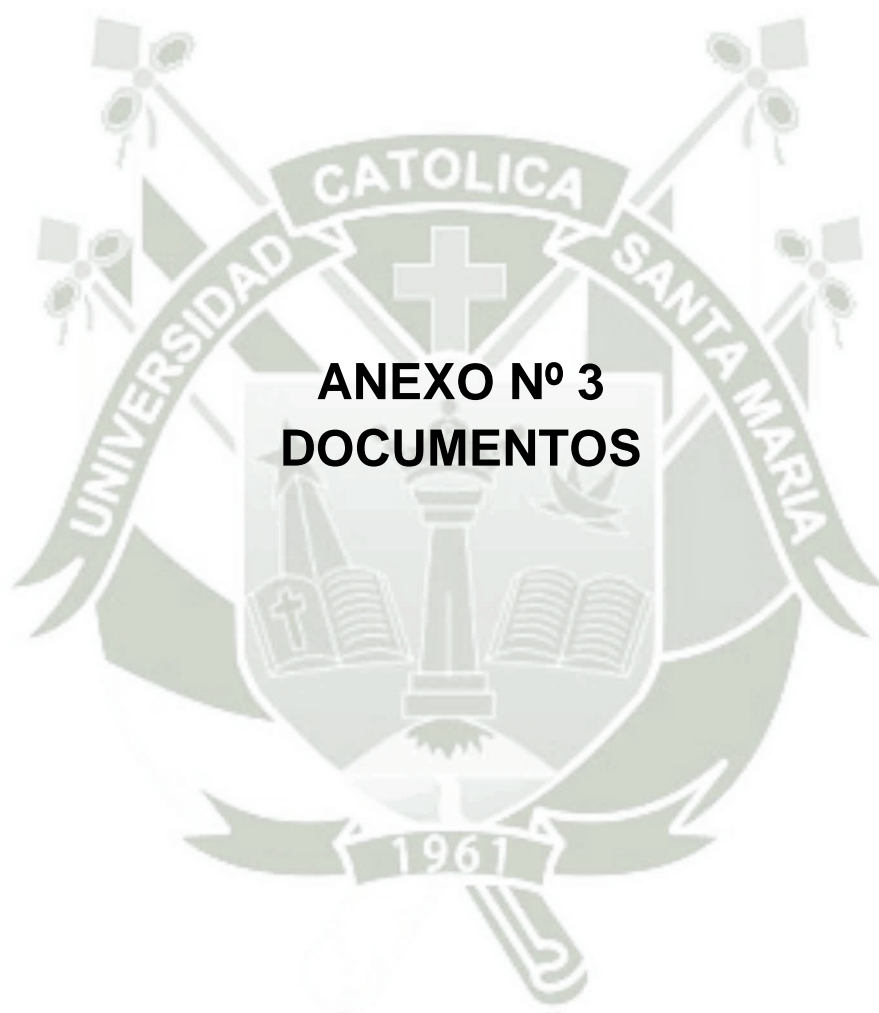
Nº de ficha	EDAD	GÉNERO	PIEZA EXTRAÍDA	DIAGNOSTICO	PREPARACIÓN PSICOLÓGICA	ANESTESIA	MESA DE TRABAJO	INDICACIONES A LOS PADRES	CONTROL CLÍNICO A LOS 7 DÍAS
154.	5	M	74	2-A	1-A;2-B;3-B;4-B	1-C;2-C	1-A;2-A	3	SI
155.	5	M	84	2-A	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	NO
156.	6	F	74	2-A	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	1	NO
157.	9	M	54	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	1	SI
158.	10	F	74	1	1-A;2-B;3-A;4-A	1-D;2-C	1-B;2-A	3	NO
159.	7	F	62	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-C;2-C	1-A;2-A	3	SI
160.	7	F	63	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	NO
161.	8	M	62	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	3	SI
162.	7	F	62	1	1-A;2-A;3-A;4-A	1-C;2-C	1-A;2-A	3	SI
163.	5	M	51	3	1-A;2-B;3-A;4-A	1-C;2-A	1-A;2-A	1	NO
164.	5	M	61	3	1-A;2-B;3-A;4-A	1-C;2-A	1-A;2-A	1	NO
165.	7	F	71	1	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-D	1-A;2-A	3	NO
166.	10	M	75	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	NO
167.	10	M	85	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	3	SI
168.	10	M	74	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	SI
169.	10	M	64	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	NO
170.	10	M	65	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	NO
171.	10	M	74	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	SI
172.	8	M	64	1	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	SI
173.	6	F	61	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-B;2-B	1-B;2-A	3	SI
174.	6	F	51	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-B;2-B	1-B;2-A	3	SI
175.	5	F	61	2-A	1-A;2-B;3-A;4-B	1-B;2-B	1-A;2-A	3	SI
176.	5	F	51	2-A	1-A;2-B;3-A;4-B	1-B;2-B	1-A;2-A	3	SI
177.	7	M	55	2-A	1-A;2-B;3-B;4-B	1-C;2-C	1-A;2-A	2	SI
178.	7	M	75	2-A	1-A;2-B;3-B;4-B	1-C;2-C	1-A;2-A	2	SI
179.	7	M	74	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-C;2-C	1-A;2-A	2	SI
180.	6	F	54	2-A	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-D	1-A;2-A	3	NO
181.	9	F	74	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-D	1-B;2-A	3	NO
182.	6	F	84	2-A	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	NO
183.	9	M	52	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	SI
184.	9	M	54	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	SI
185.	8	F	53	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	SI
186.	8	F	54	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	SI
187.	8	F	63	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	1	NO
188.	10	M	74	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	3	SI
189.	10	M	54	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-D	1-B;2-A	3	SI
190.	7	F	55	2-A	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	SI
191.	8	F	84	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	3	SI
192.	5	F	74	2-A	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	3	SI

Nº de ficha	EDAD	GÉNERO	PIEZA EXTRAÍDA	DIAGNOSTICO	PREPARACIÓN PSICOLÓGICA	ANESTESIA	MESA DE TRABAJO	INDICACIONES A LOS PADRES	CONTROL CLÍNICO A LOS 7 DÍAS
193.	9	M	84	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	SI
194.	10	M	63	4	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-D	1-A;2-A	3	SI
195.	9	M	85	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	SI
196.	10	F	74	1	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-D	1-B;2-A	3	SI
197.	10	F	75	1	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-D	1-B;2-A	3	NO
198.	9	F	55	2-A	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-D	1-A;2-A	3	SI
199.	9	F	85	2-A	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-D	1-A;2-A	3	SI
200.	9	M	64	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	SI
201.	9	M	63	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	SI
202.	9	M	62	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	3	SI
203.	6	M	64	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	1	NO
204.	9	M	65	2-A	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	SI
205.	10	F	53	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	SI
206.	10	M	75	4	1-B;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	3	SI
207.	10	M	64	4	1-B;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	3	SI
208.	10	M	64	5	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	3	SI
209.	10	M	74	2-A	1-B;2-B;3-A;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	1	NO
210.	10	M	65	2-A	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	1	NO
211.	10	M	54	4	1-B;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	1	NO
212.	10	M	75	5	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-D	1-A;2-A	1	NO
213.	10	F	63	3	1-A;2-B;3-A;4-A	1-D;2-C	1-A;2-A	2	NO
214.	10	F	54	3	1-A;2-B;3-A;4-A	1-D;2-C	1-A;2-A	2	NO
215.	7	M	85	2-A	1-A;2-B;3-A;4-B	1-C;2-C	1-A;2-A	3	SI
216.	10	F	64	3	1-A;2-B;3-A;4-A	1-D;2-C	1-A;2-A	2	NO
217.	10	M	53	4	1-A;2-B;3-B;4-B	1-C;2-C	1-B;2-A	1	NO
218.	10	M	63	4	1-A;2-B;3-B;4-B	1-C;2-C	1-B;2-A	1	NO
219.	7	F	61	1	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	1	NO
220.	6	F	51	1	1-A;2-B;3-A;4-B	1-C;2-C	1-A;2-A	1	NO
221.	6	F	61	1	1-A;2-B;3-A;4-B	1-C;2-C	1-B;2-A	1	NO
222.	6	M	75	5	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	1	NO
223.	9	F	85	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	3	SI
224.	8	F	54	3	1-A;2-B;3-B;4-A	1-D;2-C	1-A;2-A	3	NO
225.	8	F	53	3	1-A;2-B;3-B;4-A	1-D;2-C	1-B;2-A	3	NO
226.	9	F	65	3	1-A;2-B;3-B;4-A	1-D;2-C	1-A;2-A	2	SI
227.	10	M	55	3	1-B;2-B;3-B;4-B	1-D;2-D	1-B;2-A	2	SI
228.	10	M	53	3	1-B;2-B;3-B;4-B	1-D;2-D	1-A;2-A	2	SI
229.	12	F	75	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	NO
230.	12	F	74	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	NO
231.	12	M	85	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	1	NO

Nº de ficha	EDAD	GÉNERO	PIEZA EXTRAÍDA	DIAGNOSTICO	PREPARACIÓN PSICOLÓGICA	ANESTESIA	MESA DE TRABAJO	INDICACIONES A LOS PADRES	CONTROL CLÍNICO A LOS 7 DÍAS
232.	12	M	75	3	1-A;2-B;3-B,4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	1	NO
233.	11	M	64	5	1-A;2-B;3-A;4-A	1-C;2-C	1-A;2-A	1	NO
234.	10	M	63	5	1-A;2-B;3-A;4-A	1-C;2-C	1-A;2-A	1	NO
235.	5	M	51	1	1-A;2-B;3-A;4-B	1-C;2-C	1-A;2-A	1	SI
236.	6	M	54	3	1-A;2-B;3-A;4-B	1-C;2-C	1-A;2-A	1	SI
237.	6	F	74	3	1-A;2-B;3-A;4-B	1-C;2-C	1-A;2-A	1	SI
238.	6	F	75	3	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	1	NO
239.	10	F	83	3	1-A;2-B;3-A,4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	1	SI
240.	9	F	54	1	1-B;2-B,3-B,4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	1	SI
241.	9	F	85	3	1-A,2-B;3-A;4-A	1-C;2-C	1-A;2-A	1	NO
242.	8	M	64	1	1-A;2-B;3-A;4-A	1-C;2-C	1-A;2-A	1	NO
243.	8	M	51	3	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	1	NO
244.	8	M	54	3	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	1	NO
245.	8	M	65	3	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	1	NO
246.	8	M	74	3	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	1	NO
247.	8	M	75	3	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	1	NO
248.	9	F	54	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	NO
249.	9	F	64	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	NO
250.	9	F	84	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	NO
251.	8	F	75	2-A	1-A;2-B;3-A;4-A	1-C;2-C	1-A;2-A	1	NO
252.	10	F	63	3	1-A;2-B;3-A;4-A	1-C;2-C	1-A;2-A	1	NO
253.	6	F	54	3	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	1	NO
254.	6	F	64	3	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	1	NO
255.	8	M	52	5	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	3	SI
256.	8	M	51	5	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	3	SI
257.	10	M	74	3	1-A,2-B,3-B,4-B	1-D,2-D	1-A;2-A	3	NO
258.	10	M	55	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D,2-D	1-A;2-A	3	SI
259.	10	M	54	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-D	1-A;2-A	3	SI
260.	10	M	84	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-D	1-A;2-A	3	SI
261.	10	M	74	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-D	1-A;2-A	3	SI
262.	10	M	75	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-D	1-A;2-A	3	SI
263.	7	M	62	2-A	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	1	NO
264.	11	F	53	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-D	1-A;2-A	3	NO
265.	7	M	62	1	1-A;2-B;3-A;4-B	1-C;2-C	1-A;2-A	3	NO
266.	10	M	83	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	SI
267.	10	M	75	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	SI
268.	10	M	65	3	1-A;2-B;3-B,4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	SI
269.	7	M	51	1	1-A;2-B;3-A;4-B1	1-C;2-C	1-A;2-A	3	SI
270.	7	M	61	1	1-A;2-B;3-A;4-B	1-C;2-C	1-A;2-A	3	SI

Nº de ficha	EDAD	GÉNERO	PIEZA EXTRAÍDA	DIAGNOSTICO	PREPARACIÓN PSICOLÓGICA	ANESTESIA	MESA DE TRABAJO	INDICACIONES A LOS PADRES	CONTROL CLÍNICO A LOS 7 DÍAS
271.	9	F	53	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-D	1-A;2-A	3	SI
272.	9	F	54	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-D	1-A;2-A	3	SI
273.	7	F	61	3	1-A;2-B;3-A;4-B	1-C;2-C	1-B;2-A	3	SI
274.	7	F	62	1	1-A;2-B;3-A,4-B	1-C;2-C	1-B;2-A	3	SI
275.	8	M	51	1	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	3	SI
276.	8	M	61	1	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	3	SI
277.	7	F	61	3	1-A;2-B;3-A;4-B	1-C;2-C	1-A;2-A	3	SI
278.	7	F	62	1	1-A;2-B;3-A,4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	SI
279.	8	M	61	1	1-A;2-B;3-A,4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	SI
280.	8	M	51	1	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	3	SI
281.	8	M	55	1	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	3	SI
282.	7	M	52	2-A	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	1	NO
283.	11	F	74	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-D	1-B;2-A	3	NO
284.	11	F	73	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-D	1-B;2-A	3	NO
285.	9	F	63	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	NO
286.	9	F	73	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	NO
287.	6	F	71	1	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	1	NO
288.	6	F	81	1	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	1	NO
289.	9	M	51	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	NO
290.	9	M	61	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	NO
291.	8	M	51	1	1-A;2-B;3-B,4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	1	NO
292.	8	M	61	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	1	NO
293.	11	M	63	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-D	1-B;2-A	3	NO
294.	11	M	75	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-D	1-B;2-A	3	NO
295.	11	M	64	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-D	1-B;2-A	3	NO
296.	5	F	51	1	1-A;2-B;3-A;4-B	1-C;2-B	1-A;2-A	1	NO
297.	5	F	61	1	1-A;2-B;3-A;4-B	1-C;2-B	1-A;2-A	1	NO
298.	5	F	75	2-A	1-A;2-B;3-A;4-B	1-C;2-B	1-A;2-A	1	NO
299.	5	F	64	2-A	1-A;2-B;3-A;4-B	1-C;2-B	1-A;2-A	1	NO
300.	7	F	51	1	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	NO
301.	8	F	83	3	1-A;2-B;3-A,4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	SI
302.	8	F	84	3	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	SI
303.	8	M	55	2-A	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	3	SI
304.	8	M	74	2-A	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	3	SI
305.	8	M	85	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	3	SI
306.	8	M	75	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	3	SI
307.	6	F	74	3	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	1	NO
308.	6	F	75	3	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	SI
309.	6	F	64	1	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	SI

Nº de ficha	EDAD	GÉNERO	PIEZA EXTRAÍDA	DIAGNOSTICO	PREPARACIÓN PSICOLÓGICA	ANESTESIA	MESA DE TRABAJO	INDICACIONES A LOS PADRES	CONTROL CLÍNICO A LOS 7 DÍAS
310.	6	F	65	1	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	SI
311.	6	M	54	1	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	1	NO
312.	6	M	64	1	1-A;2-B;3-A;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	1	NO
313.	9	M	63	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	3	NO
314.	6	M	82	1	1-A;2-B;3-A;4-B	1-C;2C	1-A;2-A	3	NO
315.	11	F	75	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-D	1-A;2-A	3	NO
316.	11	F	85	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-D	1-A;2-A	3	NO
317.	7	F	64	2-A	1-A;2-B;3-A,4-B	1-C;2-B	1-A;2-A	3	SI
318.	7	F	74	2-A	1-A;2-B;3-A,4-B	1-C;2-B	1-A;2-A	3	SI
319.	7	F	71	1	1-A;2-B;3-A;4-B	1-C;2-B	1-A;2-A	3	SI
320.	7	F	81	1	1-A;2-B;3-A;4-B	1-C;2-B	1-A;2-A	3	SI
321.	6	M	51	1	1-A;2-B;3-A;4-B	1-C;2-C	1-A;2-A	1	NO
322.	6	M	61	1	1-A;2-B;3-A,4-B	1-C;2-C	1-A;2-A	1	NO
323.	9	M	72	5	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	SI
324.	9	M	82	5	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	SI
325.	9	F	85	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	SI
326.	9	F	84	1	1-A;2-B;3-B,4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	SI
327.	9	F	83	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	SI
328.	9	F	75	1	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	SI
329.	9	F	55	3	1-A;2-B,3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	SI
330.	7	M	81	1	1-A;2-B;3-A;4-B	1-C;2-C	1-A;2-A	1	NO
331.	7	M	71	1	1-A;2-B;3-A;4-B	1-C;2-C	1-A;2-A	1	NO
332.	9	M	53	1	1-A;2-B;3-B,4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	3	NO
333.	9	M	75	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	NO
334.	9	M	74	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	NO
335.	11	M	85	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-D	1-B;2-A	3	SI
336.	11	M	84	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-D	1-B;2-A	3	SI
337.	11	F	65	3	1-A;2-B,3-B;4-B	1-D;2-D	1-A;2-A	3	SI
338.	11	F	54	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-D	1-B;2-A	3	SI
339.	9	M	81	3	1-A,2-B;3-B;4-B	1-D;1-C	1-B;2-A	3	SI
340.	9	M	71	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	3	SI
341.	9	M	51	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-B;2-A	3	SI
342.	9	M	65	3	1-A;2-B;3-B;4-B	1-D;2-C	1-A;2-A	3	SI
	TOTAL	342	PIEZAS						





UNIVERSIDAD CATOLICA DE "SANTA MARIA"
Vice Rectorado Administrativo



..... Formato N° 004

Formato obligatorio para trámites



**SOLICITO: PERMISO PARA REALIZAR TRABAJO
DE INVESTIGACIÓN**

**SEÑOR DIRECTOR DE LA CLINICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD CATOLICA
DE SANTA MARIA**

Yo, **YASMANI YORDAN TORRES QUISPE**,
identificado con el código 2009192041,
Egresado de la Escuela Profesional de
Odontología, me presento ante usted y
expongo:

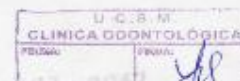
Que, por motivo de realizar un trabajo de
Investigación y Recopilación de Información para mi Plan de Tesis titulado:
**"FACTORES RELACIONADOS A LA EXODONCIAS DENTARIAS DE DIENTES DECIDUOS
EN NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS. CLINICA ODONTOLÓGICA, UCSM – 2017"** SOLICITO
PERMISO PARA UTILIZAR LAS INSTALACIONES DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA,
para desarrollar mi Proyecto de Tesis.

POR LO EXPUESTO:

Ruego a usted acceder a mi solicitud.

Arequipa 4 de Octubre de 2017


YASMANI YORDAN TORRES QUISPE
Código 2009192041



11 OCT 2017 3:53 pm

EXP. 45184 SR. TORRES QUISPE YASMANI YORDAN

Arequipa, 6 de OCTUBRE del 2017

PASE A DOCTOR
ALBERTO ALVARADO ACO
Director de la Clínica Odontológica
Presente.-

Visto el documento que antecede, pase a su Dirección para su conocimiento y fines..
Atentamente,

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Dr. MARTIN LARRY ROSADO
Decano de la Facultad de Odontología

MLRL/Dec.
Mrg.

Arequipa, 12 de octubre del 2017

Pase al Sr. **TORRES QUISPE, YASMANI YORDAN**, Egresado de Facultad de Odontología, para que pueda realizar su proyecto de tesis en la Clínica Odontológica.
Atentamente,

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Mgtr. Alberto Alvarado Aco
DIRECTOR CLÍNICA ODONTOLÓGICA

AAAA/DR.
Ifd.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, estoy de acuerdo en participar de la investigación “FACTORES RELACIONADOS A LAS EXODONCIAS DENTARIAS DE DIENTES DECIDUOS EN NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS. CLÍNICA ODONTOLÓGICA, UCSM-2017” Se me ha explicado los objetivos y procedimientos del estudio. Por lo tanto, al firmar este documento autorizo que me incluyan en esta investigación sin compromiso o interés alguno.

FIRMA DEL ALUMNO

FIRMA DEL INVESTIGADOR





ANEXO N° 4
SECUENCIA FOTOGRÁFICA

SECUENCIA FOTOGRÁFICA



Foto 1: En la presente imagen observamos la pieza Nro. 7.1 con persistencia a la erupción



Foto 2: En la presente imagen se observa la exodoncia de la pieza 7.1



Foto 3: En la presente imagen se observa la pieza 7.1 extraída



Foto 4: En la presente imagen observamos la pieza 6.5 con diagnóstico de necrosis pulpar



Foto 5: En la presente imagen se observa el alveolo pos exodoncia



Foto 6: En la presente imagen se observa la pieza 6.5 extraída



Foto 7: En la presente imagen se observa la pieza 7.4 con diagnóstico de resto radicular



Foto 8: En la presente imagen se observa el alveolo pos exodoncia de la pieza 7.4



Foto 9: En la presente imagen se observa los restos radiculares de la pieza 7.4 extraída