



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

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

TÍTULO:

“AUSENCIA DE PRIMEROS MOLARES PERMANENTES
EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
ODONTOLOGÍA DEL HOSPITAL II ESSALUD HUARAZ
DEL DEPARTAMENTO DE ÁNCASH EN EL PERIODO DE
JULIO – DICIEMBRE 2018”

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
CIRUJANO DENTISTA

AUTORA:

Bach. OLIVIA ISABEL BACA TERRONES

ASESOR:

Mgtr. ALAN MAYKOL BERMEJO TERRONES

CHIMBOTE – PERU

2019

TÍTULO:

“AUSENCIA DE PRIMEROS MOLARES PERMANENTES EN
PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA
DEL HOSPITAL II ESSALUD HUARAZ DEL DEPARTAMENTO DE
ÁNCASH EN EL PERIODO DE JULIO – DICIEMBRE 2018”

EQUIPO DE TRABAJO

- Alumna: Bach. Olivia Isabel Baca Terrones
- Asesor: Mgtr. Alan Maykol Bermejo Terrones

HOJA DE FIRMA DEL JURADO Y ASESOR

Dr. ELIAS AGUIRRE SIANCAS

PRESIDENTE

Mgtr. ADOLFO SAN MIGUEL ARCE

MIEMBRO

Mgtr. SALLY CASTILLO BLAZ

MIEMBRO

Mgtr. ALAN MAYKOL BERMEJO TERRONES

ASESOR

AGRADECIMIENTO

A Dios, por darme esta vida,
guiar mi camino, protegerme de
todo mal y su misericordia
infinita hacia mí.

A mi familia, por el inmenso
amor, apoyo y comprensión que
me demuestran y me da fuerza
para seguir hacia adelante.

A mis docentes, por brindarme
sus conocimientos y apoyo a lo
largo de mi carrera universitaria.

A mi asesor, por su apoyo
brindado en el desarrollo de esta
investigación.

DEDICATORIA

**A mi mamá, mi tía y mi
hermana,** quienes siempre están
ahí incondicionalmente para mí.

A la memoria de mi padre, por
su amor y enseñanzas que jamás
olvidaré.

**A la memoria de Kim
Jonghyun,** por demostrarme que
con esfuerzo, dedicación y amor
se logran cumplir los más
grandes sueños.

RESUMEN

La presente investigación se realizó con el objetivo de determinar la ausencia de primeras molares en pacientes que acudieron al Servicio de Odontología del Hospital II ESSALUD de la Ciudad de Huaraz del Departamento de Áncash en el periodo Julio – Diciembre del 2018. Este estudio es de tipo cuantitativo, nivel descriptivo y diseño transversal y retrospectivo. La población de trabajo estuvo constituida por 515 historias clínicas de los pacientes que asistieron a la consulta en el Servicio de Odontología del Hospital II ESSALUD Huaraz en el periodo Julio – Diciembre del 2018 y que presentaron ausencia de uno o más primeros molares permanentes. Se trabajó con muestreo probabilístico por conveniencia, y de acuerdo a la fórmula de poblaciones finitas para obtener el tamaño muestral, se consideró a 220 historias clínicas, de las cuales se revisó el odontograma realizado por el odontólogo asignado a la atención, determinando así la ausencia de primeros molares permanentes. Como resultado, se halló que la ausencia de los primeros molares permanentes fue de un 48.2% del total en mujeres adultas, seguido de un 33.6% de hombres adultos. Un 9.1% del total fueron hombres adultos mayores con ausencia de primeros molares, y un 5.9% mujeres. En el grupo de adolescentes, un 2.7% del total fueron mujeres y solo un 0.5%, hombres. Concluyendo que las mujeres adultas que acudieron al Servicio de Odontología del Hospital II ESSALUD de la Ciudad de Huaraz del Departamento de Áncash en el periodo Julio – Diciembre del 2018 presentan una alta frecuencia de ausencia de primeras molares permanentes, y que es el primer molar inferior derecho el de mayor ausencia.

Palabras claves: Ausencia, género, grupo etario, primeros molares.

ABSTRACT

The present investigation was carried out with the objective of determining the absence of first molars in patients who attended the Dentistry Service of Hospital II ESSALUD of the City of Huaraz of the Department of Áncash in the period July - December 2018. This study is of type quantitative, descriptive level and transversal and retrospective design. The work population consisted of 515 clinical histories of the patients who attended the consultation in the Dentistry Service of Hospital II ESSALUD Huaraz in the period July - December 2018 and that does not occur in one or more permanent first molars. It was carried out with probabilistic sampling for convenience, and according to the formula of finite populations to obtain the sample size, it can be seen in 220 clinical histories, the odontogram performed by the dentist for care has been reviewed, thus determining the absence of permanent first molars. As a result, the absence of the first molars occurred in the past 48.2% of the total in adult women, followed by 33.6% of adult men. 9.1% of the total were adult women with the absence of first molars, and 5.9% women. In the group of adolescents, 2.7% of the total were women and only 0.5%, men. Concluding that the adult women who attended the Dentistry Service of Hospital II ESSALUD of the City of Huaraz of the Department of Áncash in the period July - December 2018 will present a high frequency of absence of permanent first molars, and that is the first lower molar right of greatest absence.

Keywords: Absence, age group, first molars, gender.

CONTENIDO

1. Título de la tesis	ii
2. Equipo de trabajo.....	iii
3. Hoja de firma del jurado y asesor	iv
4. Hoja de agradecimiento y dedicatoria	v
5. Resumen y Abstract	vii
6. Contenido	ix
7. Índice de tablas	x
I. Introducción	1
II. Revisión de la literatura.....	4
2.1 Antecedentes.....	4
2.2 Bases teóricas.....	16
III. Hipótesis.....	22
IV. Metodología	23
4.1 Diseño de la investigación.....	23
4.2 Población y muestra	23
4.3 Definición y operacionalización de variables e indicadores	24
4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	26
4.5 Plan de análisis	26
4.6 Matriz de consistencia	27
4.7 Principios éticos.....	28
V. Resultados	29
5.1 Resultados	29
5.2 Análisis de los resultados	32
VI. Conclusiones.....	35
Aspectos complementarios.....	36
Referencias bibliográficas.....	37
Anexos.....	43

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Ausencia de primeros molares en pacientes que acuden al Servicio de Odontología del Hospital II ESSALUD Huaraz del Departamento de Áncash en el periodo Julio – Diciembre 2018 según grupo etario	31
Tabla 2: Ausencia de primeros molares en pacientes que acuden al Servicio de Odontología del Hospital II ESSALUD Huaraz del Departamento de Áncash en el periodo Julio – Diciembre 2018 según género	32
Tabla 3: Distribución de ausencia de primeros molares en pacientes que acuden al Servicio de Odontología del Hospital II ESSALUD Huaraz del Departamento de Áncash en el periodo Julio – Diciembre 2018 según la ubicación de las piezas dentarias en cuadrantes.....	33

INTRODUCCION

La pérdida de una pieza dental dentro de la cavidad oral genera una serie de problemas para el paciente pues se produce desequilibrio en el sistema estomatognático. Las causas que conllevan a una extracción dental son múltiples, desde caries, enfermedad periodontal, traumatismos hasta ser alternativa de tratamientos ortodónticos.

El primer molar permanente es la unidad más importante dentro de la masticación y es parte esencial en el desarrollo de una oclusión funcionalmente óptima. La pérdida de este molar puede conducir a alteraciones en las arcadas dentarias que se pueden perpetuar y complicar con el paso del tiempo si es que no se toman las medidas adecuadas para prevenir y/o corregir dicho problema.¹

La incidencia de pérdida de los primeros molares es alta en nuestra población. Una condición es el alto consumo de azúcares desde edades tempranas y la deficiente higiene bucal, la cual termina desencadenando la muy conocida caries.

Esta alta prevalencia de caries se manifiesta en la pérdida prematura de primeros molares en niños, adolescentes y adultos jóvenes. La enfermedad periodontal suele complementar este cuadro de pérdidas dentarias a medida que el paciente tiene mayor edad.²

El primer molar permanente suele ser un diente muy susceptible a la caries dental después de su erupción, la cual se da alrededor de los 6 años de edad. Incluso pueden aparecer en boca sin haber exfoliado ninguna pieza dental temporal, por ende, los padres suelen desconocer que es una pieza permanente.³

Factores como la edad en que erupciona, agregado a la poca motivación sobre la limpieza bucal, no se le da la importancia y el cuidado necesario. Por ello, lamentablemente, tiene muy poco tiempo de vida sana en la boca de un niño.

En el caso de esta pieza dental, considerada “la llave” de la oclusión, su ausencia puede generar desviaciones de las piezas dentarias adyacentes, extrusión de la pieza antagonista y trastornos de las articulaciones temporomandibulares, entre otras alteraciones. Como consecuencia de estas alteraciones se desarrolla una oclusión traumática, la cual da oportunidad a que se generen trastornos periodontales por trauma durante la masticación.^{1,4}

En la consulta se observa con frecuencia a pacientes afectados por caries avanzadas en los primeros molares permanentes, en muchos de los casos ya no es posible su restauración y/o tratamientos de conductos, siendo la exodoncia el tratamiento a seguir.³

En nuestro país se implementan diferentes medidas de prevención para minimizar la afectación de las enfermedades en la cavidad oral. Algunos de ellos a nivel masivo como la fluoración del agua potable. Como no siempre es suficiente, existen programas de prevención en los que se incentiva y enseña a la población, sobre la importancia del cuidado de los dientes y la correcta higiene bucal. Todo ello en busca de prevenir el desarrollo temprano de la caries dental, la cual es una de las causas más frecuentes para la pérdida temprana de los dientes, incluyendo a los primeros molares permanentes, piezas dentales que son objeto del presente estudio.⁵

En la zona sierra del país se ha observado a lo largo de los años una alta prevalencia de pérdida dentaria a edades tempranas, y la Ciudad de Huaraz no es la excepción. A pesar de que actualmente existen diversos tratamientos para la conservación de la pieza dentaria afectada, el limitado conocimiento sobre la importancia de los primeros molares permanentes y el restringido alcance económico hace que muchos de los pacientes recurran a tratamientos de exodoncia.

Estos aspectos tan importantes sobre la pérdida dentaria en nuestra población nos lleva a realizar el presente estudio sobre la ausencia de primeros molares permanentes en pacientes atendidos en el Servicio de Odontología del Hospital ESSALUD de la ciudad de Huaraz en el periodo Julio – Diciembre del año 2018.

De acuerdo a ello, nos formulamos la siguiente pregunta: ¿Cuál es la ausencia de primeros molares en pacientes atendidos en el Servicio de Odontología del Hospital II Essalud Huaraz del Departamento de Áncash en el periodo de Julio - Diciembre 2018? Donde tenemos como objetivo principal determinar la ausencia de los primeros molares en los pacientes que fueron atendidos en la consulta odontológica del Hospital II Essalud Huaraz en el periodo de Julio - Diciembre 2018.

A partir de este estudio, se brindará información actualizada sobre este problema que aqueja a la población ancashina debido a que no existen estudios recientes con respecto a este problema en la Ciudad de Huaraz, de allí su importancia teórica. Tiene también importancia ética y social, porque sirve para evidenciar que parte de la población es más frecuente a sufrir este problema brindando conocimiento de ello al odontólogo y generando alternativas de prevención y tratamiento para la población ancashina.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Antecedentes

Sánchez y col. (2017). En su estudio titulado “Pérdida del primer molar permanente: factores de riesgo y salud bucodental en adolescentes” se buscó determinar la relación entre ciertos factores de riesgo y la pérdida del primer molar permanente. Para ello se realizó un estudio descriptivo y transversal a una muestra de 185 alumnos de la Escuela Básica Urbana Frank País que acudieron a la consulta odontológica de la Clínica Estomatológica de Especialidades en Cienfuegos, Cuba, en el periodo de Octubre del 2011 y Marzo del 2012. Se seleccionó a pacientes de entre 12 a 14 años. Las variables estudiadas fueron sexo, hábito de higiene bucal, hábito de dieta cariogénica, salud bucodental. Como resultados se pudo observar que de acuerdo al sexo hubo un predominio en el sexo masculino con un 14.1%, en menor incidencia el sexo femenino con un 5.4%. Según la relación entre la higiene bucal y su relación con la pérdida del primer molar permanente se corroboró que el 50.8% de la muestra presentó higiene bucal deficiente, donde el 63.9% presentaron pérdida del primer molar permanente. También se observó que el 57.38% de la muestra tuvo alto consumo de dieta cariogénica, de los cuales el 80.6 % presentó la pérdida del primer molar permanente.⁶

Benites (2016). En su estudio llamado “Prevalencia de pérdida de primeras molares permanentes y su relación con el índice de O’Leary en escolares de 11 a 16 años de edad en la Institución Educativa 80819 Francisco Lizarzaburu - El Porvenir” se realizó con el fin de determinar la relación entre prevalencia de pérdida del primer molar permanente y el índice de O’Leary. Fue una

investigación de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal. La población de estudio estuvo conformada por 145 estudiantes de 11 a 16 años, todos pertenecientes a los grados de primero a quinto de I.E. 80819 Francisco Lizarzaburu ubicado en el Distrito de El Porvenir, Provincia de Trujillo, Departamento de La Libertad. Se los evaluó durante los meses de Marzo a Agosto del 2016, realizando un registro de cada estudiante. La recolección de datos se realizó evaluando la presencia o ausencia de primeros molares permanentes, lesiones cariosas y la placa bacteriana. Se obtuvo como resultado que la prevalencia de pérdida del primer molar permanente según cuadrantes dentarios de los 145 pacientes evaluados, el 93.1% tienen presente los primeros molares permanentes en el cuadrante superior derecho, mientras que el 6.9% ausentes; en el cuadrante superior izquierdo el 95.2% tiene presente y el 4.8%, ausente; en el cuadrante inferior izquierdo el 94.5% tiene presente y el 5.5%, ausente; y en el cuadrante inferior derecho el 92.4% tiene presente y el 7.6%, ausente. Resultado mayor tendencia de pérdida de primer molar permanente la pieza 4.6, seguido de la pieza 1.6, luego la pieza 3.6, y finalmente la pieza 2.6. Según género, en el sexo masculino el cuadrante con mayor pérdida de primer molar permanente fue el cuadrante superior derecho (pieza 1.6) con el 5.5%; el cuadrante inferior izquierdo (pieza 3.6) con el 4.1%; el cuadrante inferior derecho (pieza 4.6) con el 2.8%; y finalmente el cuadrante superior izquierdo (pieza 2.6) con el 2.1%. En el sexo femenino el cuadrante con mayor pérdida de primer molar permanente fue el cuadrante inferior derecho (pieza 4.6) con el 4.8%; seguido del cuadrante superior izquierdo (pieza 2.6) con el 2.7%; el cuadrante superior derecho (pieza 1.6) con el 1.4%; de igual manera el

cuadrante inferior izquierdo (pieza 3.6) con el 1.4%. Según el índice de O'Leary se encontró el 87.6% con higiene bucal deficiente, el 6.9%, aceptable y 5.5%, adecuado. En las conclusiones se afirma que según el cuadrante, el de mayor porcentaje de ausencia de primer molar permanente fue el inferior derecho presentando un 7.6%; según género, los hombres presentaron mayor pérdida con un porcentaje de 3.6%; según índice de O'Leary, las mujeres presentan un mayor estado de higiene bucal deficiente (89.7%). Finalmente, se estableció relación entre la pérdida del primer molar permanente y el índice de O'Leary.⁷

Cuyac y col. (2016). En su estudio titulado “Pérdida prematura del primer molar permanente en niños de la escuela primaria Antonio López. México. 2016.” El objetivo fue determinar la pérdida del primer molar permanente, dar conocer la importancia de dicha pieza dental en salud bucal de la población ya que, según los autores, existe un amplio desconocimiento de las consecuencias de la pérdida prematura del primer molar. El estudio fue observacional, descriptivo y transversal. Se realizó en niños de la escuela “Antonio López Coloma” en Matanzas, México, en el periodo de Enero a Marzo del año 2015. La población total estudiada fue de 165 niños de entre 6 y 11 años. Las variables fueron edad, sexo y localización del primer molar permanente. Como resultados se obtuvo que según edad, los niños de 11 años fueron los que presentaron mayor ausencia de primer molar permanente (40% del total de pacientes con pérdida de la pieza dental). El 97% de los estudiados no presentó pérdida de primer molar permanente, solo se presentó en 2.95% de los cuales 3 pacientes (1.77%) fueron mujeres y 2 pacientes (1.18%), hombres. Según la

ubicación del primer molar permanente con mayor ausencia, se observó que fue el inferior izquierdo (pieza 3.6) seguido del inferior derecho (pieza 4.6). Se concluyó que, hubo predominio de ausencia de primer molar permanente en pacientes de 11 años y de sexo femenino. Los resultados obtenidos sobre la pérdida del molar en estudio, fue inferior a lo encontrado en la literatura.⁸

Díaz (2015). En su estudio “Prevalencia de la ausencia del primer molar permanente en pacientes mayores de 6 años de edad atendidos en el Centro de Atención Odontológica de Facultad de Odontología de la Universidad de Las Américas en el periodo de Abril a Junio del 2015” se buscó determinar las causas de la pérdida del primer molar, asociarlo de acuerdo al género y edad. El estudio fue observacional, descriptivo y transversal. La población estuvo conformada por todos los pacientes mayores de 6 años que acudieron al Centro Odontológico de la Universidad de Las Américas en Quito, Ecuador, durante el periodo en estudio. Se tomó en cuenta a los pacientes que presentaban pérdida de uno o más primeros molares permanentes, con presencia o ausencia de prótesis removible, o que hubiesen perdido el primer molar definitivo por trauma o rehabilitación. No se consideró a pacientes portadores de prótesis totales o quienes presentaban restos radiculares de la pieza número 6. De los 3500 pacientes asistentes a la consulta, se evaluó a 100 quienes cumplían con los requisitos de inclusión. En los resultados, de acuerdo a las causas se determinó que un 91% fue por caries, seguido de enfermedad periodontal y traumatismo, con 4% cada uno, y solo 1% por rehabilitación oral. En cuanto al género se mostró que la pérdida dental por caries fue de 96% en mujeres y 83% en hombres. La ausencia del primer molar permanente en mujeres fue del 59%,

y un 41% en hombres. La cantidad de piezas perdidas según género se presentó un total de 90 piezas perdidas (42%) en el sexo masculino y 123 molares perdidos (58%) en el sexo femenino. De acuerdo a la edad, se mostró una mayor prevalencia en pacientes de 27 a 55 años. De acuerdo a ubicación de las piezas dentarias, se demostró que el primer molar inferior del cuadrante 4 (pieza 4.6) es el de mayor ausencia, seguido del primer molar inferior del cuadrante 3 (pieza 3.6). Se concluyó que la caries es la causa principal de la pérdida de los primeros molares permanentes, por ende, es la pieza dental que tiene mayor frecuencia de pérdida en comparación con las demás por su temprana erupción. También se encontró que estos problemas se dan con mayor frecuencia en mujeres que en hombres, y con una media de edad de 27 años.⁹

Tenecela y col. (2014). Realizaron un estudio llamado “Prevalencia de pérdida dental prematura en dentición permanente; primer molar permanente de alumnos de entre 6 y 12 años de la escuela Abdón Calderón de la parroquia Turi del Cantón, Cuenca 2013 - 2014” que tuvo como objetivo determinar la pérdida prematura del primer molar permanente en niños de 6 a 12 años que acudían a la mencionada escuela. Fue un estudio de tipo observacional y descriptivo, que tuvo como muestra a 160 escolares, 83 niños y 77 niñas. Las variables trabajadas en el estudio fueron, edad, género, primer molar permanente. Se halló que el 96.4% primeros molares permanentes se encontraban en cavidad bucal, solo un 3.6% (23 piezas dentales) se encontraba ausente, perteneciendo el 2% (13 piezas dentales) al sexo femenino, y el 1.6% (10 piezas dentales) al sexo masculino. Se presentó mayor frecuencia de

ausencia del primer molar inferior derecho (pieza 4.6) con el 34.8%, seguido del primer molar superior derecho (pieza 1.6) y el primer molar inferior izquierdo (pieza 3.6) ambos con 26.1%; por último, el primer molar superior izquierdo (pieza 2.6) con 13%. Se concluyó que solo un 3.6% de la población mostró pérdida del primer molar permanente. La pieza con mayor ausencia fue el primer molar inferior derecho.¹⁰

Reyes y col. (2013). Realizó un estudio titulado “Pérdida del primer molar permanente en niños de 6-12 años de edad. Colón. 2013” de tipo observacional, descriptivo y transversal, en la escuela René Fraga Moreno en Colón, Matanzas, Cuba, durante el periodo de Noviembre del 2012 a Enero 2013 a niños de 6 a 12 años, con el objetivo de determinar la pérdida del primer molar permanente. La muestra estuvo conformada por 41 niños, que presentaban al menos la pérdida de uno de los primeros molares permanentes. La edad, sexo, primer molar ausente, higiene bucal y dieta cariogénica fueron las variables consideradas para el estudio. Se evaluó a los niños y se analizaron los resultados, los cuales reflejaron que los niños de 12 años fueron los que presentaron mayor ausencia de primeros molares (31.7%), seguido de los niños con 10 y 11 años de edad, ambos con 17.2%. Según género, el sexo masculino representó un 65.8%, y el sexo femenino, 34.2%. Según la higiene bucal, el 60.9% resultó con una higiene bucal inadecuada. Y el 87.8% tenían una dieta cariogénica. Según la ubicación del primer molar permanente, resultó con una mayor ausencia el primer molar inferior derecho (pieza 4.6) con 60.9%, seguido del primer molar inferior izquierdo (pieza 3.6) con 29.2%, continuó el primer molar superior derecho (pieza 1.6) con 17.4%, por último, el primer

molar superior izquierdo (pieza 2.6) con 12.1%. Se concluyó que los niños de mayor edad (12 años) y de sexo masculino, fueron los más afectados con la pérdida de primeros molares permanentes. El primer molar inferior derecho fue el más ausente en cavidad oral. Predominó el consumo de dieta cariogénica y la higiene bucal inadecuada.¹¹

Antelo y col. (2012). Su estudio titulado “La pérdida del primer molar permanente en niños de 12 a 14 años de edad” se realizó con el fin de determinar la pérdida del primer molar permanente en pacientes de 12 a 14 años que asistieron al Servicio de Estomatología del Centro de Diagnóstico Los Godos en Maturín, Venezuela, durante Enero del 2010 a Enero del 2011. Como variables de estudio se consideró el primer molar permanente ausente, la causa de pérdida, higiene oral, oclusión, edad y sexo. Fue un estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal. El población estuvo conformada por 993 niños, los cuales cumplían los criterios de inclusión, se les evaluó y como resultado se obtuvo que 399 pacientes (40.2%) presentaron pérdida de primer molar permanente, de los cuales la mayoría resultó ser de sexo masculino (57.2%) y en un 42.4% de sexo femenino. Según la edad, la mayoría resultó ser niños de 14 años (35.1%); en segundo lugar, niños de 13 años (33.6%), y por último, niños de 12 años (31.3%). De acuerdo a la oclusión que presentaban, resultó que un 62.2% presentó oclusión normal o compensada, y el 37.8% tenía maloclusión. Según las causas de pérdida de primer molar permanente, se presentó que el 98.7% fue por caries dental, 0.8% por traumatismo y 0.5% por enfermedad periodontal. Según ubicación, el primer molar permanente inferior derecho (pieza 4.6) mostró una mayor prevalencia

con un 34.8%, seguido del primer molar inferior izquierdo (pieza 3.6) con 32.1%, el primer molar permanente superior derecho (pieza 1.6) presentó 20.1% de pérdida, y por último, el primer molar superior izquierdo (pieza 2.6) con 8%. Se observó también que un 5% de los niños evaluados presentó pérdida de más de un primer molar. Según la higiene bucal que presentaron los niños el 64.2% tenía higiene bucal deficiente, y el 35.8%, higiene bucal adecuada. Se concluye que la pérdida de primer molar permanente se presentó en casi la mitad de la población estudiada, el sexo masculino fue el más afectado con la pérdida de esta pieza dental, y que esta ausencia resultó ser relativo con la edad, es decir, a mayor edad, mayor pérdida. La maloclusión se evidenció en más de la tercera parte de los niños con ausencia del primer molar permanente. La causa principal de pérdida dental fue la caries, y la higiene bucal resultó ser mayormente deficiente.¹²

Barreiro y col. (2012). En el trabajo de investigación titulado “Pérdida prematura del primer permanente en niños de 7 a 18 años de un hogar interno de la Ciudad de Asunción, Paraguay” se tuvo como objetivo determinar la presencia o ausencia de los primeros molares permanentes, así como evaluar el estado de dicho molares y cuál es su afección más común. La población de trabajo estuvo conformada solamente por varones de entre 7 18 años presentes en el hogar al momento de la evaluación. Las variables consideradas fueron diente sano (pieza totalmente erupcionada con fosas y fisuras en buen estado y/o obturadas), diente ausente (agenesia o extracción dentaria); diente enfermo (pieza dental con caries o diagnóstico para tratamiento de conductos). Los resultados fueron del total de niños evaluados, a todos se le fue encontrados

afecciones en los primeros molares permanentes. A 4 niños (19% del total) se les encontró previo tratamiento realizado en algún molar. En relación a los cuadrantes, se halló que la mayor cantidad de dientes ausentes se dio en el maxilar superior izquierdo (cuadrante 2) y en el maxilar inferior derecho (cuadrante 4). De 21 pacientes, se evaluó 61 piezas dentarias, el 100% presentó caries activa y se halló 23 primeros molares ausentes. Finalmente se concluyó que, el principal motivo de pérdida de primer molar permanente fue la caries dental.¹³

De Sousa y col. (2010). En su estudio titulado “Causas y consecuencias de la pérdida prematura del primer molar permanente en pacientes atendidos en el Hospital Luis Razetti Municipio de Tucupita, Edo. Delta Amacuro” tuvo como objetivo conocer las causas y consecuencias de perder un primer molar permanente en los pacientes que asistían a la consulta odontológica en el Hospital Luis Razetti ubicado en Tucupita, Delta Amacuro, Venezuela, y así poner en marcha planes de acción con el fin de revertir ese problema. El estudio fue de tipo observacional, descriptivo, transversal para determinar prevalencia de caries y pérdida prematura de primer molar permanente de pacientes que acudieron al Servicio de Odontología de dicho hospital, en el periodo de Agosto a Octubre del año 2010. Se tomó como criterio de inclusión a pacientes que acudieron a dos o más citas durante el periodo de estudio y que las edades fluctuaran entre 10 a 35 años. Las variables consideradas fueron de edad, sexo, la presencia de caries en el primer molar permanente y la pérdida o ausencia del mismo. Los datos se recolectaron en días y horas laborales del hospital. Se consideró como diente perdido a la ausencia total de la pieza dentaria,

destrucción coronaria de más del 70% o presencia de restos radiculares. Como resultado se obtuvo, de un total de 70 pacientes evaluados 27 (39%) presentó ausencia de primer molar permanente, de los cuales 14 (52%) pacientes eran del sexo femenino y 13 (48%) del sexo masculino. Con respecto a la edad, de la muestra de 70 pacientes, se pudo observar que 13 pacientes (10 a 19 años) eran los que más presentaban alguno de los primeros molares permanentes cariados o perdidos seguido por 9 pacientes del grupo de 20 a 24 años. También se determinó la frecuencia de la pérdida del primer molar permanente en relación a los cuatro cuadrantes de las arcadas dentarias; siendo de mayor pérdida el primer molar inferior derecho (30%), seguido del primer molar inferior izquierdo y el primer molar superior izquierdo con 26% cada uno, por último, el primer molar superior derecho con 18%. Finalmente determinaron como posible causa única la caries dental, en los 27 pacientes a los que se les diagnosticó la pérdida de primer molar, de los 70 pacientes evaluados. En conclusión, se obtuvo que el 38% del total de la población mostró pérdida de alguno de los primeros molares y 53%, con presencia de caries. Además, la pérdida de molares inferiores resultó ser mayor a la de molares superiores.³

Pupo y col. (2008). En su estudio titulado “Pérdida del primer molar permanente en niños de 7 a 13 años” se tuvo como objetivos determinar cuál era la pérdida de primeros molares permanentes en los niños de la comunidad y tomar acciones para mejorar la higiene bucal, la salud y la calidad de vida de la población. El estudio realizado fue de tipo observacional, descriptivo y prospectivo. El universo estuvo conformado por 63 niños de 7 a 13 años pertenecientes al sector 1 de la urbanización Las Margaritas, en Carirubana,

Falcón, Venezuela, desde Septiembre de 2005 a Mayo de 2006. De los cuales solo 28 cumplieron con los criterios de inclusión. Las variables estudiadas fueron la edad, sexo, daño causado a las estructuras bucales e higiene bucal del niño. Se obtuvo como resultado, del total de niños analizados, 16 pacientes (57,4 %) correspondieron al sexo masculino, y 12 pacientes (42,6 %) al sexo femenino. De acuerdo a la edad se obtuvo un mayor número de pacientes de entre 10 y 11 años con un total de seis niños (21,4%), seguidos por 5 pacientes (17,9%) de 13 años. De acuerdo al índice de ausencia se obtuvo en primer lugar al primer molar inferior derecho (pieza 4.6) con un total de 16 niños (37,2 %), seguido del primer molar inferior izquierdo (pieza 3.6) con 15 niños (34,9%); en tercer lugar, el primer molar superior derecho (pieza 1.6) con 9 (21%), y por último el primer molar superior izquierdo (pieza 2.6) con 3 pacientes (6,9%). También se encontró que 17 niños presentaron extrusión del antagonista; 13 niños, masticación unilateral; y 10 niños, migraciones de dientes adyacentes y giroversión. Al analizar el índice de higiene de los niños estudiados se encontró que 11 pacientes (39,2%) presentaba un índice de higiene “aceptable”; 17 (60,8%), fueron “no aceptable”. Se evaluó la relación entre la pérdida de primeros molares permanentes y su índice de higiene, se obtuvo que de 11 pacientes que perdieron un molar, ocho de ellos tenía higiene como aceptable; de 14 pacientes con dos primeros molares perdidos, sólo tres tenían índice de higiene aceptable. Los pacientes que perdieron tres y cuatro primeros molares permanentes, todos presentaron una higiene bucal no aceptable. Se concluyó que los pacientes más afectados con la ausencia de primer permanente fueron los pacientes de género masculino y con edad entre 10 y 11 años; el diente con

mayor frecuencia de pérdida fue el primer molar inferior derecho; la extrusión del antagonista del primer molar permanente fue la afección bucal con mayor presencia en el estudio realizado; la mayoría de niños presentó una higiene bucal no aceptable lo que establece una relación de la higiene como factor de riesgo en la pérdida dentaria.¹⁴

2.2. Bases teóricas

A. El primer molar permanente

Es un diente fundamental que determina el patrón de masticación y desempeña el papel de guía en el desarrollo y mantenimiento de la oclusión apropiada.⁸

El primer molar permanente inicia su calcificación en la semana 25 de vida intrauterina. Alrededor de los 5 años de edad se empieza a ver su calcificación radicular, para su posterior erupción en boca alrededor de los 6 años. No le precede ninguna pieza dentaria es por eso que la mayoría de las madres confunden el proceso, restándole la importancia que se merece y trayendo como consecuencia la futura pérdida de dicha pieza.

El primer molar es considerado “la llave” de la oclusión o la llave de Angle, de la cual existen tres clases.

El primer molar permanente es el diente con mayor susceptibilidad a perderse a una edad temprana. Los inferiores suelen contraer más rápido la caries, debido al tiempo en que erupcionan, por lo que se encuentran más expuestos a un medio ácido favorable para la desmineralización. Su anatomía y morfología lo hacen susceptible a la acumulación de placa bacteriana. Debido a la ley de gravedad los restos alimentarios permanecen más tiempo en el maxilar inferior.¹⁵

a. Causas de la pérdida del primer molar permanente

Caries dental: Enfermedad infectocontagiosa y multifactorial de alta prevalencia que afecta a la mayoría de la población y desde temprana

edad, siendo así una de las principales causas de pérdida dentaria. Se desarrolla cuando las piezas dentales erupcionan, con la formación de placa bacteriana y la agregación bacteriana (*Streptococcus mutans*) conlleva a una desmineralización ácida, patología propia de la enfermedad.^{3, 16}

La lesión cariosa requiere un diente susceptible con un determinado tiempo de exposición que permita la desmineralización del esmalte dental. Todos los dientes pueden ser afectados por igual, aunque el primer molar permanente tiene cierta susceptibilidad por su tiempo de erupción, morfología, etc.¹⁷

Si la lesión cariosa no es tratada a tiempo y/o adecuadamente, consigue propagarse provocando la destrucción parcial o total de la pieza. La lesión consigue desarrollarse en un lapso aproximado de seis meses, desde su inicio hasta generar lesiones avanzadas que comprometen la pulpa dental y la consecuente destrucción coronaria, ocasionando pérdida prematura de la pieza dental.^{9, 18}

Enfermedad periodontal: La gingivitis es frecuente en niños y adolescentes. Proceso que se caracteriza por el enrojecimiento, edema y sangrado de los tejidos blandos que rodean al diente. Si la gingivitis no es tratada y controlada a tiempo puede evolucionar hacia una lesión más compleja como lo es la periodontitis, la que se caracteriza por pérdida de sostén óseo, presencia de bolsas periodontales, movilidad dentaria y por ende, una pérdida dental.^{17, 19}

La destrucción periodontal es mayormente causada por la periodontitis agresiva, la cual aparece entre la adolescencia y la adultez temprana. Cuando esta es generalizada, se caracteriza por la extensa destrucción ósea. Durante sus fases de progresión, en ella dominan las especies *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans*. La periodontitis agresiva localizada se caracteriza por la pérdida ósea en torno a los primeros molares e incisivos. Esta aparece en la pubertad o un poco después. Los organismos predominantes asociados son *Haemophilus*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Capnocytophaga ochracea*, *Neisseria*, *Bacteroides intermedius*.^{9, 15}

Traumatismos: Los traumatismos bucodentales son lesiones que se producen en los dientes, hueso y demás tejidos de sostén, como consecuencia de un impacto físico contra estos; la conservación de los tejidos dentarios constituye el objetivo primordial en este caso. Son impredecibles en su intensidad y extensión, no siguen un patrón etiopatogénico. La prevalencia suele ser alta durante la infancia y la pubertad, provocados por accidentes escolares y actividades deportivas.^{17, 20}

Rehabilitación oral: La extracción de piezas dentales con fines protésicos es otra de las razones de pérdida dental. Entre las causas con propósito terapéutico tenemos a la rehabilitación protésica, implantes y

en algunos casos de tratamientos de ortodoncia. En casos donde se indica extracción del primer molar permanente para fines ortodónticos es cuando existe una mal posición dentaria moderada, protrusión de ambos maxilares, mordida abierta posterior o maloclusión clase II y III.^{21, 22}

b. Consecuencias de la pérdida del primer molar permanente

La ausencia del primer molar trae como consecuencia disminución de la eficacia en la masticación de hasta el 50%, ya que el bolo alimenticio se desplaza hacia lado no afectado.

Permite que los dientes adyacentes al ausente entre en migraciones y rotaciones, ya que tienden a ocupar el espacio vacío dejado por el primer molar, los antagonistas se extruyen buscando el contacto dentario. Estos avanzan a un nivel más rápido de lo usual a comparación de los dientes vecinos, termina extrayéndose.

Al extraer prematuramente el primer molar permanente se produce un déficit óseo en los maxilares impidiendo el desarrollo de éstos, provocando la desalineación del plano de oclusión entre incisivos de ambos maxilares, y de esta manera, altera la mordida.

La pérdida del primer molar permanente desarrollará una oclusión traumática causada por la rotación y desviación de dientes adyacentes.

Los premolares son los dientes con mayor tendencia a presentar desviación distal de mayor intensidad. En niños de 8 a 10 años se producirá un mayor grado de movimiento, en los mayores de 10 años, si

la pérdida se produce después de la erupción del segundo molar permanente, sólo se produce la desviación de ese diente.^{3, 15, 17, 21}

B. Clasificación de maloclusión de Angle

Ante la pérdida de la primera molar, como ya se mencionó, se altera la oclusión en cavidad oral generando así la pérdida de la llave de oclusión según Angle, quién basado en estudios de cráneos e individuos vivos, logró establecer los principios de oclusión. Observó que el primer molar superior se encuentra bajo el contrafuerte lateral del arco cigomático, denominándolo "cresta llave" del maxilar superior, consideró a esta relación como biológicamente invariable e hizo de ella la base de su clasificación. En 1899 diseñó un esquema simple y universalmente aceptado. Utilizó el término "clase" para denominar las distintas relaciones mesiodistales de los dientes entre las arcadas dentarias y los maxilares, todo ellos dependientes de la posición sagital de los primeros molares permanentes, a los que consideró como unos puntos fijos de referencia en la arquitectura craneofacial.²³

Angle dividió a las maloclusiones en tres grandes grupos: Clase I, Clase II y Clase III.

a. Maloclusión Clase I

Está caracterizada por las relaciones mesiodistales normales de los maxilares y arcos dentales, indicada por la oclusión normal de los primeros molares, esto quiere decir que la cúspide mesiovestibular de la

primera molar superior ocluye en el surco vestibular del primer molar inferior.^{24, 25}

b. Maloclusión Clase II

Ocurre cuando los primeros molares inferiores ocluyen distalmente de su relación normal con los primeros molares superiores, es decir, que la cúspide mesiovestibular de la primera molar superior ocluye por delante del surco vestibular del primer molar inferior. Consecutivamente, los demás dientes ocluirán anormalmente y estarán forzados a una posición de oclusión distal, causando retrusión o falta de desarrollo de la mandíbula.^{25, 26}

c. Maloclusión Clase III

Caracterizada por la oclusión mesial de ambas hemiarquadas del arco dental inferior, es decir, cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye por detrás del surco vestibular del primer molar inferior. En estos casos puede existir apiñamiento de moderado a severo en ambas arcadas, mayormente en el arco superior. Además de la inclinación lingual de los incisivos inferiores y caninos, la cual se hace más pronunciada cuanto más sea severo el caso, debido a la presión del labio inferior en su intento por cerrar la boca y disimular la maloclusión. El sistema neuromuscular suele ser anormal encontrando en protrusión ósea mandibular, retrusión maxilar o ambas. El perfil facial suele ser cóncavo o recto.^{23, 26}

III. HIPÓTESIS

El estudio no presenta hipótesis por ser descriptivo.

IV. METODOLOGÍA

4.1. Diseño de la investigación

Esta investigación es de tipo cuantitativo, pues se utilizó la recolección de datos de diversas fuentes con base en medición numérica y análisis estadísticos para analizar patrones de comportamiento cuantificando el problema en estudio. Es de nivel descriptivo, porque especifica las propiedades, características y perfiles de un grupo determinado de personas, grupo o comunidad el cual ha sido sometido a análisis. Su diseño es transversal, porque se recolectó datos en un tiempo único y limitado, con el propósito es describir variables, y analizar la incidencia en un momento dado; y es a la vez, retrospectivo, pues los datos fueron recogidos de registros realizados antes del inicio del presente estudio, analizando presuntas relaciones entre variables y características causales de la enfermedad en estudio.^{27, 28, 29}

4.2. Población y muestra

Población:

La población estuvo conformada por 515 historias clínicas de pacientes atendidos en el Servicio de Odontología del Hospital II Essalud de Huaraz del Departamento de Áncash durante el periodo Julio – Diciembre 2018.

Muestra:

Para la obtención de la muestra se utilizó un muestreo probabilístico por conveniencia, y se usó la siguiente fórmula de poblaciones finitas para obtener el tamaño muestral.

$$n = \frac{Z^2 * p * q * N}{(e^2 * (N - 1)) + Z^2 * p * q}$$

Donde:

- N = 515 historias clínicas (Población)
- n = Muestra
- e = 0.05 (5% Error máximo)
- p = 0.5 (Variabilidad positiva)
- q = 0.5 (Variabilidad negativa)
- Z = 1.96 (Intervalo de confianza al 95%)

$$n = \frac{1.96^2 * 0.5 * 0.5 * 515}{(0.05^2 * (515 - 1)) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = 220$$

La muestra corresponde a 220 historias clínicas.

4.3. Definición y operacionalización de variables e indicadores

Variable: Primeros molares permanentes,

Covariables: Edad y sexo.

Variables y Covariables	Definiciones operacionales	Dimensiones	Indicadores	Tipo	Escala de Medición	Valores
Primeros molares permanentes	Piezas dentales que erupcionan a partir de los 6 años de edad y que tienen como función triturar los alimentos	Ausencia de molares permanentes	Pieza 16 Pieza 26 Pieza 36 Pieza 46	Cualitativa	Nominal	Sí No
Edad	Tiempo cronológico de vida cumplido por el paciente al momento de la entrevista.	Números de años cumplidos	Aproximadamente de 6 años en adelante	Cuantitativa	Razón	-Adolescente (12-17 años) -Adulto (18-64 años) -Adulto mayor (65 años a +)
Sexo	Condición de un organismo que define entre masculino y femenino	Masculino Femenino	Caracteres Sexuales	Categorica	Nominal	Masculino Femenino

4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Procedimiento para obtener la muestra:

Se solicitó la autorización al Director del Hospital II ESSALUD Huaraz por medio de una carta de presentación previamente solicitada al Director de la Escuela de Odontología y expedida para su presentación (ANEXO 2), para que se brindara las facilidades del caso y así realizar este estudio.

Procedimiento para el estudio del material:

Se explicó al Director y al Jefe del Servicio de Odontología el propósito y características del estudio. Se permitió revisar las historias clínicas de pacientes atendidos en el Servicio de Odontología.

Se obtuvo 515 historias clínicas que corresponden a todos los pacientes atendidos por el odontólogo de turno.

4.5. Plan de análisis:

Para el análisis estadístico de las historias clínicas recolectadas, primero se calculó la muestra mediante una fórmula estadística de población finita que arrojó como resultado 220, es decir, la muestra fue de 220 historias clínicas para el análisis de datos. Se usó una guía de recolección de datos (ANEXO 3), se tomó nota del número de historia clínica, edad, sexo del paciente y de los primeros molares permanentes que estaban ausentes según el odontograma. Se utilizó estadística descriptiva, ordenando y tabulando los datos obtenidos según las variables de estudio. Los resultados fueron presentados en tablas de acuerdo a los objetivos señalados con su respectiva interpretación.

4.6. Matriz de consistencia

Problema	Objetivos	Variables	Metodología
<p>¿Cuál es la ausencia de primeros molares en pacientes atendidos en el Servicio de Odontología del Hospital II Essalud Huaraz del Departamento de Áncash en el periodo de Julio - Diciembre 2018?</p>	<p>Objetivo general: Determinar la ausencia de primeros molares permanentes en pacientes atendidos en el Servicio de Odontología del Hospital II Essalud Huaraz del Departamento de Áncash en el periodo Julio – Diciembre 2018.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>1) Determinar el grupo etario en que se presenta mayor ausencia de primeros molares permanentes.</p> <p>2) Determinar el género que tiene tendencia a presentar mayor ausencia de primeros molares permanentes.</p> <p>3) Determinar cuál de los cuatro primeros molares permanentes presenta mayor ausencia.</p>	<p>- Primeros molares permanentes</p> <p>- Edad</p> <p>- Sexo</p>	<p>Tipo: Cuantitativo</p> <p>Nivel: Descriptivo</p> <p>Diseño: Transversal y retrospectivo</p> <p>Población: 515 historias clínicas de pacientes atendidos en el Servicio de Odontología del Hospital II Essalud de Huaraz del Departamento de Áncash durante el periodo Julio – Diciembre 2018.</p> <p>Muestra: Se utilizó muestreo probabilístico por conveniencia, se aplicó la fórmula de poblaciones finitas. La muestra corresponde a 220 historias clínicas.</p>

4.7. Principios éticos:

El estudio se desarrolló respetando los diversos principios jurídicos y éticos, como los derechos de autor y la confidencialidad de los datos personales de las pacientes, siguiendo las normas éticas de la Declaración de Helsinki.³⁰

V. RESULTADOS

5.1. Resultados

Tabla 1: Ausencia de primeros molares en pacientes que acuden al Servicio de Odontología del Hospital II ESSALUD Huaraz del Departamento de Áncash en el periodo Julio – Diciembre 2018 según grupo etario.

	Adolescente (12-17 años)		Adulto (18-64 años)		Adulto mayor (65 años a +)		TOTAL	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Número de personas con ausencia de primeros molares	7	3.2%	180	81.8%	33	15%	220	100%

Interpretación: Se observa que de acuerdo al grupo etario, la ausencia de primeros molares presentó en siete (7) adolescentes que representan el 3.2% del total de evaluados; en los adultos, fueron ciento ochenta (180) pacientes que representan el 81.8%; y en los adultos mayores, fueron treinta y tres (33) pacientes que representan el 15% del total.

Tabla 2: Ausencia de primeros molares en pacientes que acuden al Servicio de Odontología del Hospital II ESSALUD Huaraz del Departamento de Áncash en el periodo Julio – Diciembre 2018 según género.

	Femenino		Masculino		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Número de personas con ausencia de primeros molares	125	56.8%	95	43.2%	220	100%

Interpretación: Se observa que de acuerdo al género, la ausencia de primeros molares presentó en ciento veinticinco (125) personas de sexo femenino que representan el 56.8% del total de evaluados; y noventa y cinco (95) personas de sexo masculino que representan el 43.2% del total.

Tabla 3: Distribución de ausencia de primeros molares en pacientes que acuden al Servicio de Odontología del Hospital II ESSALUD Huaraz del Departamento de Áncash en el periodo Julio – Diciembre 2018 según la ubicación de las piezas dentarias en cuadrantes.

	TOTAL	
	n	%
Primer molar superior derecho (pieza 16)	86	19.82%
Primer molar superior izquierdo (pieza 26)	70	16.13%
Primer molar inferior izquierdo (pieza 36)	131	30.18%
Primer molar inferior derecho (pieza 46)	147	33.87%
TOTAL	434	100%

Interpretación: Se observa que fueron cuatrocientos treinta y cuatro (434) primeros molares ausentes de las 220 historias clínicas revisadas. Siendo la pieza dentaria con mayor ausencia el primer molar inferior derecho (pieza 46) con ciento cuarenta y siete (147) dientes representando el 33.87% del total de primeros molares ausentes; seguido del primer molar inferior izquierdo (pieza 36) con ciento treinta y un (131) dientes representando el 30.18%; luego, el primer molar superior derecho (pieza 16) con ochenta y seis (86) piezas dentarias representando el 19.82%; y por último, el primer molar superior izquierdo (pieza 26) con setenta (70) piezas dentarias representando el 16.13% del total de primeros molares ausentes.

5.2. Análisis de los resultados

En el presente estudio se evaluó la ausencia de primeros molares permanentes en pacientes atendidos en el Servicio de Odontología del Hospital II ESSALUD de la ciudad de Huaraz del Departamento de Áncash en el periodo Julio – Diciembre del 2018.

De la muestra conformada por 220 historias con las cuales se trabajaron los resultados, se halló que las edades fluctuaban entre 12 a 87 años, por lo que se dividió en tres grupos etarios (adolescentes, de 12 a 17 años; adultos, de 18 a 64 años; adultos mayores, de 65 a más años de edad). Además de clasificar por género (femenino y masculino).

De acuerdo a los grupos etarios, se obtuvo como resultado que 7 pacientes pertenecieron al grupo de adolescentes, representando al 3.2% del total de evaluados; 180 pacientes adultos representando el 81.8%; y 33 pacientes adultos mayores representando el 15%.

De acuerdo al género, se obtuvo que 125 pacientes fueron de sexo femenino, representando el 56.8% del total de evaluados, y 95 pacientes de sexo masculino representando el 43.2%.

Comparando con el estudio realizado por **Díaz**, realizado en el Centro de Atención Odontológica de Facultad de Odontología de la Universidad de Las Américas, Ecuador, resulta similar de acuerdo a grupos etarios, donde presenta mayor ausencia de primeras molares permanentes en pacientes adultos (27-55 años). También es similar de acuerdo a género, pues se obtuvo que la ausencia del primer molar permanente fue del 58% en pacientes de sexo femenino y de 42% en pacientes de sexo masculino, es decir, que las mujeres obtuvieron un

porcentaje más alto de ausencia de primeros molares permanentes en comparación con los hombres.

De igual manera existe una similitud de acuerdo al género con el estudio realizado por **De Sousa y col.** en el Servicio de Odontología del Hospital Luis Razetti de la Ciudad de Tucupita en Venezuela donde se obtuvo como resultado que el 52% eran de sexo femenino y 48% del sexo masculino. Eso demuestra que pacientes del sexo femenino son las más afectadas por la ausencia de primeros molares permanentes en cavidad oral.

No obstante, podemos ver que en otros estudios realizados, como es el caso de **Sánchez y col.** donde hubo un predominio de ausencia de primeros molares permanentes en pacientes del sexo masculino con un 14.1% del total de la población en estudio, y muestra menor incidencia de ausencia de primeros molares permanentes en pacientes del sexo femenino con tan solo un 5.4% del total de la población. En el estudio realizado por **Reyes y col.**, también presentan predisposición del sexo masculino por la ausencia de primeros molares permanentes representando un 66% del total de la población en estudio, y en pacientes de sexo femenino solo un 34%.

De acuerdo a ubicación de los primeros molares permanentes en los cuatro cuadrantes de las arcadas dentarias, se halló que el primer molar inferior derecho (pieza 46) fue la pieza dental con mayor ausencia (33.87%), seguido del primer molar inferior izquierdo (pieza 36) con un 30.18% de ausencia; en tercer lugar, el primer molar superior derecho (pieza 16) y un 19.82%; por último, el primer molar superior izquierdo (pieza 26) con 16.13%. Estos resultados son similares al estudio de **Benites**, realizados en la Institución

Educativa 80819 Francisco Lizarzaburu en el Distrito de El Porvenir, en la Provincia de Trujillo, donde también se obtuvo que el primer molar el cuadrante inferior derecho (pieza 46) es el más ausente, y la pieza 26 es la menos frecuente de presentar ausencia.

De igual manera, el estudio de **Díaz**, coincide en que la pieza más ausente entre los pacientes es el primer molar inferior del cuadrante 4 (pieza 46), seguido del primer molar inferior del cuadrante 3 (pieza 36), y en último lugar, la pieza 26. El estudio realizado por **Teneceles y col.** coincide con todas las investigaciones mencionadas anteriormente, en que el primer molar inferior derecho (pieza 46) representando 35% del total, es el más ausente. Y el menos ausente es el primer molar superior izquierdo (pieza 26) con 13% del total.

Según el estudio realizado por **Reyes y col.**, arrojó resultados similares al demostrar que la pieza 46 resultó ser la más ausente con un 56% de la población total, seguido de la pieza 36 con 24% de ausencia. Luego, la pieza 16 con 12% de ausencia, y por último, la pieza 26 con 8%.

En el estudio de **Antelo y col.** se obtuvo el mismo orden de ausencia de los primeros molares permanentes en comparación con el trabajo realizado en la presente investigación.

VI. CONCLUSIONES

De las 220 historias clínicas revisadas, se obtuvo que:

1. El 100% de la muestra presenta ausencia de uno o más primeros molares permanentes en cavidad oral.
2. Existe una mayor frecuencia de ausencia de primeros molares permanentes en pacientes de sexo femenino, en comparación con pacientes de sexo masculino.
3. Según el grupo etario, los pacientes con mayor ausencia de primeras molares fueron los adultos, seguido de los adultos mayores y en menor porcentaje, los adolescentes.
4. De acuerdo a la ubicación de los primeros molares permanentes en los cuatro cuadrantes dentarios, es más frecuente la ausencia del primer molar inferior derecho (pieza 46), seguido del primer molar inferior izquierdo (pieza 36); luego, el primer molar superior derecho (pieza 16); y por último, el primer molar superior izquierdo (pieza 26).

ASPECTOS COMPLEMENTARIOS

1. Este estudio se enfoca en la ausencia de primeros molares permanentes en los pacientes atendidos en el Servicio de Odontología del Hospital II ESSALUD Huaraz del Departamento de Áncash en el periodo Julio – Diciembre del 2018.
2. La evaluación se dio en 220 historias clínicas (muestra del presente estudio), todas de pacientes que presentaron ausencia de uno o más primeros molares permanentes ausentes y se trabajó en la obtención de resultados a partir de ello.
3. Para ampliar ese conocimiento sobre los pacientes se podría evaluar en un mayor rango tiempo y de pacientes, para recaudar cifras más exactas.
4. Evaluar en su totalidad a los pacientes que acuden a la consulta y revisar cuantos presentan los primeros molares permanentes y cuantos no.
5. Ser evaluados personalmente por el equipo investigador, y no solo con recojo de información de historias clínicas realizadas antes del inicio del estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Dopico M., Castro C. Importancia del primer molar permanente y consecuencias clínicas de su pérdida en edades tempranas del desarrollo. Revista RAAO. 2015; 54 (2): 23-27. Disponible en: <https://www.ateneo-odontologia.org.ar/articulos/liv02/articulo4.pdf> [Visto el 15 de Enero del 2019]
2. Proaño M. Causas de exodoncia en pacientes adultos atendidos en el quirófano de la facultad de odontología de la Universidad de Las Américas. [Tesis para optar al título de odontólogo.]. Quito, Ecuador. Universidad de Las Américas. 2016. Disponible en: <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/5867/1/UDLA-EC-TOD-2016-69.pdf> [Visto el 15 de Enero del 2019]
3. De Sousa J., Moronta, N., Quirós O. Causas y consecuencias de la pérdida prematura del primer molar permanente en pacientes atendidos en el hospital Luis Razetti, Municipio Tucupita, Edo. Delta Amacuro periodo Agosto - Octubre, 2010. Rev. Latin. de Ortodon. y odontopediatr. 2013. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/art-20/> [Visto el 15 de Enero del 2019]
4. Nakata M., Wei S. Guía Oclusal en Odontopediatría. Médico-Odontológicas Latinoamericana C.A. 1992. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/37383672/Guia-Oclusal-en-Odontopediatria> [Visto el 16 de Enero del 2019]
5. Espinoza E., Pachas F. Programas preventivos promocionales de salud bucal en el Perú. Rev. Estomatol Herediana. 2013; 23(2):101-108. Disponible en: https://www.academia.edu/23966840/Programas_preventivos_promocionales_de_salud_bucal_en_el_Per%C3%BA._Articulo_de_Revisi%C3%B3n_Review_Articl

e_Promotional_preventive_oral_health_programs_in_Peru [Visto el 17 de Enero del 2019]

6. Sánchez D., Pons Y., Betancourt A., Santateresa A. Pérdida del primer molar permanente: factores de riesgo y salud bucodental en adolescentes. Rev. Finlay. 2017; 7(1). Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000100004[Visto el 20 de Enero del 2019]
7. Benites J. Prevalencia de pérdida de primeras molares permanentes y su relación con el índice de O'Leary en escolares de 11 a 16 años de edad en la institución educativa 80819 Francisco Lizarzaburu - El Porvenir [Tesis para la obtención de grado de bachiller en estomatología.] Trujillo, Perú. Universidad Nacional de Trujillo. 2016. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/7518/PROTEJIDO%20%20TESIS%20%20BENITES.pdf?sequence=3&isAllowed=y> [Visto el 24 de Enero del 2019]
8. Cuyac M., Reyes B., Mirabal M., Villegas I., Alfonso B., Duque V. Pérdida prematura del primer molar permanente en niños de la escuela primaria “Antonio López”. México. 2016. Rev Méd Electrón. 2017; 39(3). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedele/me-2017/me173t.pdf> [Visto el 15 de Febrero del 2019]
9. Diaz V. Prevalencia de la ausencia del primer molar permanente en pacientes mayores de 6 años de edad atendidos en el centro de atención odontológica de facultad de odontología de la universidad de Las Américas en el periodo de abril a junio del 2015. [Trabajo de titulación para optar al título de odontólogo.] Quito, Ecuador. Universidad de Las Américas. 2015. Disponible en:

<http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/5305/1/UDLA-EC-TOD-2016-38.pdf>

[Visto el 24 de Enero del 2019]

10. Tenecela E., Rivera L. Prevalencia de pérdida dental prematura en dentición permanente; primer molar permanente de alumnos de entre 6 y 12 años de la escuela Abdón Calderón, de la parroquia Turi del Cantón, Cuenca 2013-2014. [Tesis para la obtención de grado del título de odontólogo.] Universidad de Cuenca, Ecuador. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20529/1/TESIS%20EDISON%20TENECELA%20ADRIAN%20RIV.pdf> [Visto el 20 de Febrero del 2019]
11. Reyes B., Cuyac M., Alfonso B., Mirabal M., Duque M., Sánchez Y. Pérdida del primer molar permanente en niños de 6-12 años de edad. Colón. 2013. Rev. Med. Electrón. 2015; 37(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000300004 [Visto el 21 de Febrero del 2019]
12. Antelo L., Vásquez L., León Y. La pérdida del primer molar permanente en niños de 12 a 14 años de edad. Mediciego. 2012; 18(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol18_supl2_2012/articulos/t-7.html [Visto el 21 de Febrero del 2019]
13. Barreiro C., Maidana A. Pérdida prematura del primer permanente en niños de 7 a 18 años de un Hogar interno de la Ciudad de Asunción, Paraguay. Órgano oficial de la Sociedad Paraguaya de Pediatría. 2012; 39(3): 179-182. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4221438> [Visto el 21 de Febrero del 2019]

14. Pupo D., Batista X., Nápoles I., Rivero O. Pérdida del primer molar permanente en niños de 7 a 13 años. Rev. Arch. Méd. de Camagüey. 2008; 12(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000500008 [Visto el 21 de Febrero del 2019]
15. Silva, T. Repercusión del primer molar permanente en la oclusión dental en niños(as) de 7 -11 años en las escuelas de la Parroquia Bolívar – Pelileo. [Tesis para la obtención de título de odontólogo.] Ecuador. Universidad Regional Autónoma de los Andes. 2010. Disponible en: <http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/173>
16. Rodriguez H., Lopez M. El embarazo: su relación con la salud bucal. Rev. Cubana Estomatolog. 2003. 40(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol40_2_03/est09203.htm [Visto el 21 de Febrero del 2019]
17. Valarezo T. Causas y consecuencias de la pérdida prematura del primer molar permanente en niños de la escuela “Louis Pasteur” de la parroquia Santiago – Loja. Periodo Marzo – Julio 2016. [Tesis para la obtención de título de odontólogo.] Universidad Nacional de Loja. 2016. [Visto el 22 de Febrero del 2019]
18. Mijares. Estudios epidemiológicos nacionales. Fundacresa. 1981-1987.
19. Hernández, L. P., Cándano, A. d., Ayala, E. F., Puentes, F. R., & Díaz, D. U. (2011). Prevalencia de enfermedad periodontal y factores de riesgo asociados. Policlínico Pedro Borrás, Pinar del Río. Scielo - Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942011000200006&script=sci_arttext&tlng=en [Visto el 22 de Febrero del 2019]

20. Obregón T., Hernández S., Guerra J. El trauma dental en la atención primaria de salud. Rev. Ciencias Médicas. 2013; 17(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000200008 [Visto el 20 de Febrero del 2019]
21. Angarita N., Cedeño C., Pomonty D., Quilarque L., Quirós O., Maza P., et al. Consecuencias de la pérdida prematura del primer molar permanente. Rev Latin. de Ortodoncia y Odontopediatr. 2009.
22. Rey D., Oberti G., Sierra A. Extracción del primer molar permanente como una alternativa en el tratamiento de ortodoncia. Rev. CES Odont. 2012; 25(1): 44-53. Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/2224>
23. Ugalde F. Clasificación de la maloclusión en los planos anteroposterior, vertical y transversal. Revista ADM. 2007; 14(3): 97-109.
24. Almandoz A. Clasificación de maloclusiones. [Investigación bibliográfica del proceso de suficiencia profesional para obtener el título de Cirujano Dentista] Lima. Universidad peruana Cayetano Heredia. 2011. Disponible en: <http://www.cop.org.pe/bib/investigacionbibliografica/ALESSANDRARITAALMANDOZCALERO.pdf> [Visto el 20 de Enero del 2019]
25. Di Santi J, Vázquez V. Maloclusión Clase I: definición, clasificación, características clínicas y tratamiento. Rev. Latin. de Ortodoncia y Odontopediatr.2003.
26. Proffit W. Ortodoncia Teoría y Práctica. 2 ed. Madrid, España Mosby Doyma Libros. 1994.
27. Hernández R., Fernández C., Baptista L. Metodología de la investigación. 4ta Edición. Ed. Mac Graw-Hill. 2006. Disponible en: <https://es.scribd.com/>

doc/38757804/Metodologia-de-La-Investigacion-Hernandez-Fernandez-Batista-4ta-Edicion [Visto el 11 de marzo del 2019]

28. Medina A. Investigación prospectiva y retrospectiva. Disponible en: https://prezi.com/gx5h_zaqfpmv/investigacion-prospectiva-y-retrospectiva/ [Visto el 11 de marzo del 2019]
29. Moreno P. El profesorado de Educación Física y las competencias básicas en TIC en el desarrollo de su actividad profesional. Capítulo III: Metodología de la investigación. Pág. 180. Universidad Rovira I Virgili, Departamento de Pedagogía. Facultad de ciencias de la educación y Psicología. 2005. Disponible en: https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8917/Capitulo_III_Marco_Metodol_gico.pdf [Visto el 11 de Marzo del 2019]
30. Helsinki. Declaración De Helsinki De La Amm – Principios Éticos Para Las Investigaciones Médicas En Seres Humanos. 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013.

ANEXOS



ANEXO 1

Mapa geográfico



ANEXO 2

Carta de Presentación



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

"Año de la lucha contra la corrupción e impunidad"

Chimbote, 16 de febrero del 2019

CARTA N° 66-2019- DIR-EPOD-FCCS-ULADECH Católica

Sr.:

Dr. Fernando del Valle Espejo

Director del Hospital II ESSALUD Huaraz

Presente.

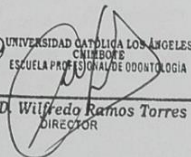
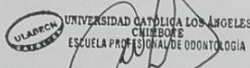
A través del presente, reciba Ud. el cordial saludo en nombre de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, en esta ocasión en mi calidad de director de la Escuela Profesional de Odontología, para solicitarle lo siguiente:

En cumplimiento del Plan Curricular del programa de Odontología, la estudiante viene desarrollando la asignatura de Taller de Tesis, a través de un trabajo de investigación denominado "AUSENCIA DE MOLARES PERMANENTES EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL HOSPITAL II ESSALUD HUARAZ DEL DEPARTAMENTO DE ANCASH EN EL PERÍODO DE JULIO – DICIEMBRE 2018"

Para ejecutar su investigación, la alumna ha seleccionado la institución que Ud. dirige, por lo cual, solicito brindarle las facilidades del caso a la estudiante: **Olivia Isabel Baca Terrones**; a fin de realizar el presente trabajo.

Es propicia la oportunidad, para reiterarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente;



Mg. C.D. Wilfredo Ramos Torres
DIRECTOR

Av. Pardo N° 4045 - Chimbote - Perú
Teléfono: (043) 350411 - (043) 209131
E-mail: uladech_odontologia@hotmail.com
Web Site: www.uladech.edu.pe

ANEXO 3

Guía de recolección de datos

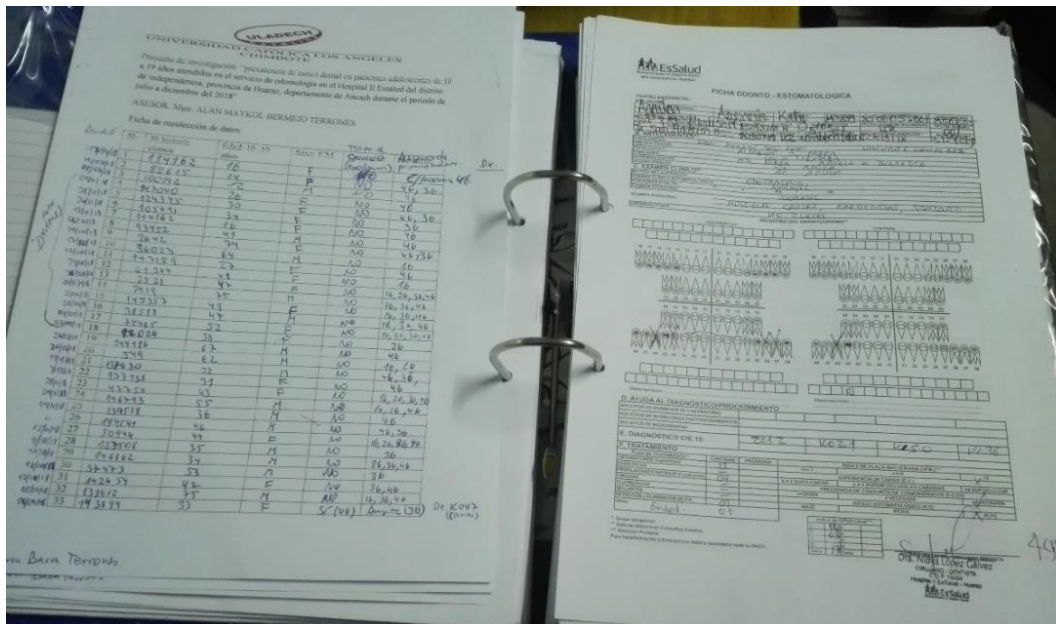
N°	Edad	Sexo	Primeros molares ausentes en el momento de la atención
1	31	F	36, 46
2	70	M	26, 46
3	28	F	16, 36
4	45	F	36, 46
5	72	F	16, 26, 36, 46
6	25	F	46
7	67	F	16, 26, 36, 46
8	44	F	26, 36, 46
9	42	M	46
10	32	F	36, 46
11	31	F	16
12	50	F	16, 36
13	16	F	36, 46
14	26	F	16, 36
15	44	F	36
16	60	M	26, 36
17	44	F	46
18	61	F	26, 36, 46
19	28	F	36, 46
20	33	F	16, 26
21	30	M	36, 46
22	25	F	36, 46
23	67	M	46
24	62	M	16, 26
25	22	M	36, 46
26	31	F	46
27	43	F	16, 26, 36, 46
28	55	M	16, 26, 46
29	36	M	46
30	46	M	36, 46
31	44	F	16, 26, 36, 46
32	35	M	36
33	34	M	26, 36, 46
34	53	M	36
35	42	F	36, 46
36	75	M	16, 36, 46
37	33	F	36
38	30	M	16
39	36	M	16, 36, 46
40	56	F	46
41	65	F	16, 26, 36, 46
42	25	F	46
43	67	M	46
44	62	M	16
45	22	M	36, 46
46	43	F	16, 26, 36, 46
47	31	F	46
48	43	F	16, 26, 36, 46
49	55	M	16, 26, 46
50	36	M	36, 46
51	46	M	36, 46
52	72	F	46
53	35	M	16, 36
54	34	M	26, 36, 46
55	53	M	36
56	42	F	36, 46
57	75	M	16, 36, 46
58	33	F	36
59	30	M	16
60	41	F	36, 46
61	36	M	16, 36
62	56	F	46
63	65	F	16, 26, 36, 46
64	25	F	46
65	23	F	36
66	60	M	36
67	68	M	36, 46
68	62	M	26
69	36	F	26, 36, 46
70	63	M	26, 46
71	48	F	36
72	43	F	16, 36, 46
73	57	M	16
74	17	F	46
75	32	F	36, 46
76	69	M	26, 36, 46
77	37	F	36
78	50	F	16
79	49	F	16
80	38	M	16
81	45	F	16
82	49	M	46
83	62	M	16, 26, 46
84	66	F	16, 26, 36, 46
85	68	M	46
86	47	F	16, 36
87	47	F	16, 26
88	59	F	36, 46
89	59	M	16, 26, 36
90	64	M	16, 26
91	58	M	16, 26
92	68	M	36, 46
93	49	F	26, 36, 46
94	25	F	46
95	16	F	46
96	14	F	36, 46
97	12	M	46
98	26	F	46
99	30	F	36, 46
100	34	F	36
101	16	F	46
102	41	M	46
103	74	F	36, 46
104	64	M	16
105	27	F	46
106	48	F	16

107	47	F	16, 26, 36, 46
108	75	M	16, 36, 46
109	45	F	36
110	34	F	36, 46
111	43	F	36, 46
112	68	F	36, 46
113	30	M	36, 46
114	67	M	36, 46
115	27	F	36, 46
116	45	M	36
117	33	F	36, 46
118	63	F	16, 26, 36, 46
119	53	M	36, 46
120	60	M	16, 46
121	36	F	36, 46
122	53	M	36, 46
123	60	F	16, 36, 46
124	59	F	46
125	76	F	16, 26, 36, 46
126	44	M	36
127	38	M	26
128	30	M	36, 46
129	55	F	26, 46
130	63	M	16, 26, 46
131	53	F	16, 26, 36, 46
132	50	M	26
133	48	M	26
134	33	F	46
135	40	M	16, 26, 36
136	36	M	46
137	34	F	36
138	61	M	26, 36, 46
139	38	F	16, 36
140	63	M	16, 26, 36, 46
141	71	F	36, 46
142	58	F	26, 46
143	33	F	36, 46
144	51	M	36, 46
145	38	M	36, 46
146	48	M	16, 36, 46
147	45	F	16, 36, 46
148	33	M	36, 46
149	69	M	36, 46
150	64	M	16
151	56	F	36
152	36	F	16, 46
153	73	M	16, 26, 36, 46
154	41	M	36
155	44	F	36, 46
156	42	M	46
157	53	M	16, 26, 36, 46
158	74	F	16, 26
159	81	M	16, 36, 46
160	33	F	16, 36
161	29	F	16, 36
162	75	M	16, 26, 36, 46
163	56	M	16, 36
164	48	F	16, 36
165	26	F	16, 26, 36
166	29	F	16, 46
167	46	M	16

168	57	M	16, 36, 46
169	44	F	16, 46
170	48	F	46
171	33	F	36
172	60	M	16, 26, 46
173	50	F	16
174	56	F	16
175	58	F	26, 46
176	50	F	46
177	75	M	16, 26, 36, 46
178	28	M	16, 36
179	29	F	36, 46
180	47	F	36, 46
181	63	M	16, 26, 36, 46
182	55	F	16, 26, 46
183	39	F	36, 46
184	58	F	36
185	66	F	36
186	33	M	36
187	50	F	16, 36, 46
188	60	M	16, 26, 46
189	58	F	26, 46
190	54	M	16, 26, 46
191	57	F	16, 26, 36, 46
192	43	F	36, 46
193	61	F	46
194	65	F	26, 36, 46
195	34	F	26
196	32	M	16, 26, 36, 46
197	40	F	16
198	49	M	36
199	45	F	26
200	43	F	46
201	32	F	46
202	32	F	46
203	39	F	16, 26
204	87	M	16, 26, 46
205	50	F	26, 46
206	48	F	36, 46
207	75	M	16, 26, 36
208	57	M	16
209	49	F	16, 36, 46
210	64	F	46
211	60	M	26, 36, 46
212	78	M	26
213	45	M	26, 36, 46
214	29	M	46
215	47	F	26, 36, 46
216	62	M	26
217	47	M	46
218	35	F	36
219	35	F	36
220	47	F	26, 46

ANEXO 4

Evidencia fotográfica



Recolección de datos

