



**Universidad
Norbert Wiener**

UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

**“PREVALENCIA DE FRACTURAS CORONARIAS NO
COMPLICADAS EN NIÑOS DE 3 A 6 AÑOS EN EL DISTRITO DE
SAN BARTOLO – LIMA 2018.”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE CIRUJANO DENTISTA

Presentado por:

Bachiller: LINARES MORI, MELISSA GABRIELA.

Asesor: Mg. CD. Esp. GARAVITO CHANG, ENNA.

LIMA – PERÚ

2018

Dedicatoria

A mis padres por el interminable amor, a Catalina y a mis abuelos por ser luz y protección día a día.

Agradecimiento

A la Dra. Enna Garavito, mi asesora, y a la Dra. Mey Villacorta; por la paciencia y el apoyo brindado para terminar este trabajo de investigación y así poder culminar los estudios de pregrado satisfactoriamente.

A mi casa de estudios, la Universidad Norbert Wiener, por las enseñanzas impartidas durante los 5 años de mi carrera.

Asesor de tesis

Mg. CD. Esp. GARAVITO CHANG, ENNA.

Jurado

Presidente: Dra. Esp. CD. Jaqueline Céspedes Porras.

Secretario: Mg. CD. Jessica Hamamoto Ichikawa.

Vocal: Mg. CD. Leyla Bamonde Segura.

ÍNDICE

RESUMEN / SUMMARY.....	11
1. CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	13
1.1. Planteamiento del problema.....	13
1.2. Formulación del problema.....	13
1.3. Justificación.....	14
1.4. Objetivo.....	14
1.4.1. General.....	14
1.4.2. Específicos.....	15
2. CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	16
2.1. Antecedentes:.....	16
2.2. Base teórica.....	23
2.3. Hipótesis.....	28
2.4. Variables e indicadores.....	29
2.5. Definición operacional de términos.....	29
3. CAPÍTULO III: DISEÑO Y MÉTODO.....	31
3.1. Tipo y nivel de investigación.....	31
3.2. Ámbito de investigación.....	31
3.3. Población y muestra.....	31
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos:.....	33

3.5. Procesamiento y análisis de datos.....	<u>33</u>
3.6. Aspectos éticos.....	34
4. CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	35
4.1. Resultados.....	35
4.2. Discusión	43
5. CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	45
5.1. Conclusiones.....	45
5.2. Recomendaciones	46
REFERENCIAS.....	47
ANEXOS.....	50
Anexo 1	51
Anexo 2	52
Anexo 3	53
Anexo 4	54
Anexo 5	55
Anexo 6	56
Anexo 7	57
Anexo 8	58
Anexo 9	58
Anexo 10	59

Anexo 11	59
Anexo 12	60
Anexo 13	60
Anexo 14	61
Anexo 15	61

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1.	35
Gráfico 1.	36
Tabla 2.	37
Gráfico 2.	38
Tabla 3.	39
Gráfico 3.	40
Tabla 4.	41
Tabla 5.	42

RESUMEN

Las fracturas dentales son causas de atención odontológica de urgencia, originadas principalmente por traumatismos accidentales o provocados, en los que no sólo afectan al tejido dental, sino también labios, mucosas, lengua, etc.; alterando la fonética, estética y función de menor. Repercuten principalmente a los menores ya que estos tienen menor destreza motora. Objetivo: Determinar la prevalencia de fracturas coronarias no complicadas en pre-escolares de 3 a 6 años en el distrito de San Bartolo – Lima 2018. Materiales y método: Fue un estudio cuantitativo, descriptivo, prospectivo, transversal, en el que participaron 112 pre-escolares, con edades entre 3 a 6 años, se realizó el examen clínico con el equipo de diagnóstico y se colocó los hallazgos en una ficha de recopilación. Resultados: Se halló una prevalencia del 39.3% de fracturas coronarias no complicadas, y las edades más prevalentes fueron de 4 a 5 años con 17,9% y 11.6% respectivamente, los pre-escolares del género masculino presentaron mayor prevalencia de fracturas con el 22.3%; mientras que en el género femenino fue del 17%, los dientes con mayor prevalencia de fractura de corona no complicada fueron las piezas 51 y 61, con el 32.2% y el tipo de fractura más prevalente fue la fractura de esmalte con el 52.2%, seguido de la fractura de esmalte y dentina con el 42.2% y por último de la infracción de esmalte con el 5.6%.

Palabras claves: Fractura dental, traumatismo, preescolares.

SUMMARY

One of the main causes for dental care emergencies are dental fractures, which are caused majorly by accidental or provoked trauma in dental tissues, but also lips, mucous membranes, tongue, etc.; It also causes alterations on the phonetic, aesthetic, motor skills and life quality of preschoolers. Objective: To establish the prevalence of uncomplicated coronary fractures in children from 3 to 6 years in the district of San Bartolo - Lima 2018. Materials and methods: this study was quantitative, descriptive, prospective and cross-sectional in which 112 preschoolers participated, with ages between the 3 and 6 range, the clinical examination was carried out with the diagnostic team and the findings were placed in a physical data bank. Results: 39.3% of the results were for uncomplicated coronary fractures, with the most prevalent ages of 4 to 5 years; male preschoolers had the highest prevalence of fractures with a 56.8%; while in females the percentage was of 43.2%, the teeth with highest prevalence of not complicated crown fracture were the teeth 51 and 61, with 32.2% and the most prevalent type of fracture was the enamel fracture with 52.2 %, followed by the enamel and dentin fracture with a 42.2% and the enamel infraction with 5.6%.

Keywords: Fracture, dental trauma, preschool.

1. CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Las fracturas dentales son una causa de atención odontológica, así como las caries y odontalgias; estas son originadas principalmente por traumatismos ya sean accidentales o provocados, llegando no sólo a afectar tejido dental, si no también, labios, mucosa, lengua y tejido periodontal generando problemas estéticos, fonéticos, masticatorios y hasta psicológicos.

Tienen una incidencia mayor en la edad temprana, ya que en los niños la primera etapa de vida es de aprendizaje: gatear, caminar y correr, en un proceso de error – aprender; en el cual una caída o golpe jugando podría provocar este tipo de injurias, también en aquellos que son víctimas de abuso físico en casa, en el nido, colegio o en los lugares más frecuentados, ya sean parques, piscinas, etc.

Por la cantidad, frecuencia y facilidad para este tipo de situaciones, las fracturas dentoalveolares por traumatismos han sido punto de interés y de estudio para colegas, llegando a suponer que el nivel de frecuencia en pre-escolares es abismalmente alto en comparación con otros grupos etarios.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál será la prevalencia de fracturas coronarias no complicadas en niños pre-escolares de 3 a 6 años en el distrito de San Bartolo – Lima 2018?

1.3. Justificación

Siendo las fracturas coronarias una preocupación constante para los odontólogos y padres de familia por las diferentes complicaciones que podrían presentar en un supuesto caso de atención inoportuna o incorrecta, es importante conocer la prevalencia de estos casos para mantener informados a padres, maestros y a todo aquel que cargue con posición de cuidador de niños pre-escolares, para asegurar un buen manejo de una situación si es que se presentara.

El presente proyecto de investigación científica pretende concientizar sobre la frecuencia de este tipo de injurias y así ampliar conocimientos de atención. En consecuencia, este proyecto proporcionará datos estadísticos que enriquecerán el conocimiento de los padres, apoderados y maestros sobre la importancia de cómo prevenir y actuar ante este tipo de injurias.

Esto permitirá la realización de un buen diagnóstico temprano, una adecuada planificación del tratamiento, un buen manejo clínico para prevenir complicaciones futuras.

1.4 Objetivo

1.4.1 General

Determinar la prevalencia de fracturas coronarias no complicadas en pre-escolares de 3 a 6 años en el distrito de San Bartolo – Lima 2018.

1.4.2 Específicos

- Determinar la prevalencia de fracturas coronarias no complicadas en pre-escolares de 3 a 6 años en el distrito de San Bartolo – Lima 2018, según la edad.
- Determinar la prevalencia de fracturas coronarias no complicadas en pre-escolares de 3 a 6 años en el distrito de San Bartolo – Lima 2018, según género.
- Determinar la prevalencia de fracturas coronarias no complicadas en pre-escolares de 3 a 6 años en el distrito de San Bartolo – Lima 2018, según las piezas dentarias.
- Determinar la prevalencia de fracturas coronarias no complicadas en pre-escolares de 3 a 6 años en el distrito de San Bartolo – Lima 2018, según tipo de fractura.

2. CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes:

González X, et al. (2016): Desarrollaron un análisis de traumatismos orales en niños con edades comprendidas entre los 7 y 11 años para especificar las características epidemiológicas. El estudio fue observacional, descriptivo y transversal en niños de dos escuelas primarias de Cuba, la población fue de 643 niños y la muestra de 70 niños con traumatismos dentales diagnosticados, teniendo en cuenta variables como: sexo, edad, tipo de trauma y factores predisponentes. Resultados: En la muestra se encontró predominancia en las edades entre 9 y 10 años (38.5% y 35.5% respectivamente), mostrando al sexo masculino como los más afectados por traumas dentales (68.6%), el 55% presentó un aumento de overjet y el 45% incompetencia labial, considerando la práctica de deportes como causa principal con el 81.4%, además este tipo de fracturas no complicadas de corona es de mayor prevalencia con un 60%. Concluyó que hay factores predisponentes al traumatismo dental y con más prevalencia se presenta en niños entre 9 y 10 años, con overjet aumentado, que practican algún deporte y el tipo de fractura más reportada es la fractura de corona no complicada.¹

Corrêa-Faria (2015) examinó en Diamantina (Brasil) a 301 niños, y teniendo el 51,8% de pre-escolares hombres concluyó que la prevalencia de traumas

dentales fue del 33,9% y el 32,6% de estos casos fueron fracturas de corona el tipo más común. La pieza dental más afectada fue el incisivo central superior derecho con un 15% de afección, seguido con un 14,3% el incisivo central superior izquierdo. La cifra más alarmante de este estudio es el 79,4% de los padres, cuidadores o titulares que no tenían conocimiento de las fracturas en los niños.²

Ñique J. (2014): Realizó un estudio con el objetivo de precisar la frecuencia de fracturas coronarias en niños de 2 a 5 años de tipo no complicado, en un Centro Educativo Inicial en Cajamarca, la población estuvo formada por 134 niños. Fue un análisis cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, con la técnica de observación por medio del examen clínico y se registraron los datos en una ficha de recolección. Usó los programas SPSS v. 23 y excel 2012 para el análisis estadístico y la prueba Chi-cuadrado determinó la asociación de variables cualitativas. La frecuencia de fracturas coronarias no complicadas en niños resultó estadísticamente significativa ($p < 0.001$). Concluyó que si existe frecuencia de fracturas coronarias no complicadas en niños.³

Duarte L. (2013): Ejecutó un estudio con el propósito de evaluar la frecuencia y las características de los traumas dentales en niños y en adolescentes que se atendieron en un Hospital de Colombia, la investigación fue desde febrero del 2010 hasta enero del 2013. Dicho estudio fue descriptivo, observacional y retrospectivo, ya que analizó 813 historias, mediante los diagnósticos CIE-10 de

lesiones traumáticas; luego de tomar en cuenta criterios de exclusión e inclusión, la muestra quedó en 288 pacientes. En resultados: de los 288 pacientes con urgencias odontológicas, el 43.1% presentaron traumatismo dentoalveolar, el 36% (105) eran de género femenino y el 64% (183) de género masculino, el número de piezas dentarias traumatizadas fue de 391; la mayor cantidad de pacientes fue del grupo de 1 a 3 años de edad con el 42% y la causas más frecuentes eran: caídas desde su propia altura (40.6%), golpes contra objetos (22.2%), y las lesiones más frecuentes fueron la luxación (333 dientes), seguidas por fractura coronal no complicada 47 (46%), se encontró mayor afección en los incisivos centrales superiores y los laterales en segunda instancia. Concluyó que el traumatismo dental es más común en el género masculino de 1 a 3 años, y que predominan las lesiones de luxación, siendo más frecuente la subluxación.⁴

Kovacs M, et al. (2012): Elaboraron una investigación retrospectiva para estimar la incidencia de trauma dental en dientes deciduos y permanentes entre niños y adolescentes que asistieron a dos clínicas dentales en Targu Mures, Rumania, entre 2003 y 2011, así como también los factores relacionados, incluido el género, edad, actividades físicas y overjet del incisivo. Como muestra fueron seleccionados todos los registros de la clínica de Ortodoncia entre enero del 2003 y agosto del 2011, de donde se pasaron a fichas de recolección de datos considerando también el overjet. Resultados: la prevalencia del traumatismo dental fue del 24.5%. En dientes temporales no tuvo significancia

el género y la edad frecuente de traumatismo fue entre 1 y 2 años. En dientes permanentes, se encontró el grupo de edad más afectado entre 11 y 12 años, siendo preferentemente niños. Las causas más comunes fueron las caídas, en los dientes temporales durante el aprendizaje de caminar y en dientes permanentes durante el ciclismo u otros accidentes deportivos. El tipo de trauma frecuente fue la luxación lateral y en los permanentes fue la fractura con afectación del esmalte y dentina, pero sin exposición de pulpa dental, y el overjet asociado a incompetencia labial y frecuencia del trauma dental. Se concluyó que la incidencia de traumatismos dentales en niños y adolescentes es similar a la encontrada en otros estudios y se necesitan más estudios epidemiológicos para obtener una visión más completa del trauma dental en Rumania.⁵

Castro P, et al. (2012): Realizaron una investigación descriptiva, en el que evaluaron a 604 niños, de 15 años o menos, que se atendieron en una Clínica de Odontopediatría en Chile, con diagnóstico de TDA, con el objetivo de clasificar los TDA según Andreasen, así como también determinar su frecuencia, número y tipo de dientes afectados, según sexo, edad y causa del mismo. En ambos tipos de denticiones la frecuencia fue del 58.77%; siendo afectados: 636 piezas dentales permanentes y 414 temporales. En la dentición permanente las fracturas coronarias de tipo no complicadas tuvieron como resultado un 40.88% y las piezas dentarias perjudicadas con mayor porcentaje de fueron los incisivos centrales (77.66%), se encontró mayor incidencia en el sexo masculino (64.97%), siendo la edad más frecuente de TDA los 8 años, y la causa principal fueron las caídas que tuvieron lugar en instalaciones del

colegio (46.87%). La subluxación fue el diagnóstico más frecuente en dentición decidua (39.61%), la pieza más afectada fue el incisivo central superior (82.13%) y se encontró mayor incidencia de traumatismos en el grupo de 2 años teniendo como causa predominante a las caídas ocurridas en casa (29.07%).⁶

Sousa Filho (2011) Realizó en Teresina (Brasil) una investigación sobre la prevalencia de traumas dentales en pre-escolares, en el cual se concluyó que el 31,8%, de una muestra de 220 niños, presentaron uno o más dientes afectados con algún tipo de fractura y se observó también que no había diferencia estadísticamente significativas entre la ocurrencia de traumatismos dentales y la edad o el género. También se encontró como pieza más afectada al incisivo central superior izquierdo en el 48.4% y al incisivo central superior derecho en un 43,2%; el 54,1% de los dientes evaluados presentan cambio de color en la corona y proceso fistuloso, el 35,5% presentaron fracturas coronarias, el 5,4% sufrieron avulsión y el 2,7% luxaciones intrusivas.⁷

Acosta A. (2011): Efectuó una investigación con el propósito de hallar la prevalencia de traumatismo dental en Odontopediatría de la UANL, México. El estudio fue retrospectivo, donde se tomaron historias clínicas de niños de 2 a 10 años con el fin de determinar la prevalencia de traumatismos orales ocurridos en el postgrado de odontopediatría de dicha universidad en México. Esta investigación se desarrolló revisando expedientes de niños de 2 a 10 años que fueron a consulta por traumatismo dental desde el 2005 hasta el 2007. Se

encontró que la prevalencia de traumatismo dental fue del 2.5%, se encontró con mayor frecuencia en hombres, la edad que predominó fue los 2 años y la principal causa fueron caídas. La dentición decidua fue la más afectada, y las piezas más perjudicadas fueron los incisivos centrales en las dos denticiones, en cuanto al tipo de lesión la subluxación fue el diagnóstico más frecuente. ⁸

Carmona E, et al. (2010) Ejecutaron una investigación retrospectiva, descriptiva y cuantitativa, con la finalidad de detallar cómo se comportan los traumatismos dentales y sus características en niños con edades comprendidas entre 1 a 12 años que tuvieron atención en la Clínica Estomatológica Manuel Angulo Farrán, cuya población fueron 188 historias clínicas y la muestra quedó en 80 historias ingresadas en la especialidad de Ortodoncia con antecedentes traumáticos. En resultados se encontró que el género más afectado fue el femenino con un 56,25%, el grupo de 1-3 años fue el más lesionado con un 43.75%, el factor de riesgo que resaltó fue la incompetencia labial, la zona más afectada fue la de los incisivos superiores con 71,25% (57 de 80), la dentición temporal presentó más traumas con 70%, y en cuanto a lesiones se registra la concusión con 33,89%, seguida de la infracción del esmalte 30.5% y por fractura no complicada de corona 22,03%.⁹

Tumen E, et al. (2009) realizó en la ciudad de Anatolia en Turquía, un estudio a 657 niños (346 hombres y 311 mujeres) entre 5 meses a 6 años de edad en el que se analizó la epidemiología de los traumatismos dentales en sus piezas deciduas, utilizaron la clasificación modificada por Ellis. Dos examinadores

debidamente capacitados recolectaron y distribuyeron los datos recaudados por edad y sexo, etiología del trauma dental, prevalencia del diente y el tipo del daño en los dientes examinados clínicamente. Los resultados se pasaron por el programa estadístico para Ciencias Sociales (SPSS) y se encontró que del total de niños afectados con una o más piezas con fractura dental, el 78,8% fueron varones, el 63,63% fueron niños entre 37 a 48 meses de edad y el 92,68% fueron los incisivos centrales superiores las piezas más afectadas. Las caídas cubren el 66.7% de la etiología de los traumatismos, la mayoría de los niños con lesiones solo tienen en una pieza dental (3,81%), mientras que el 1,21% tienen dos piezas afectadas y el 94.9% no tienen ningún trauma dental. La fractura coronaria más común en esta investigación fue sólo en esmalte dental (65,9%).¹⁰

Muñoz X. et al. (2006): Realizó junto a sus colaboradores una investigación con el propósito de precisar el predominio de TDA en 336 niños entre las edades de 3 a 5 años en Chile. La prevalencia fue de 11.90%, en cuanto a las lesiones el 72% fueron lesiones de esmalte, 25% presentaron cambio de color, y sólo el 2.5% fueron lesiones de tejidos blandos. Hubo una diferencia en la prevalencia, ya que los niños que estaban en Jardines particulares, sólo tuvieron el 8,73% de TDA, mientras que de los niños que estaban en Jardines públicos tuvieron el 13.8% de TDA. En cuanto al género los niños de género masculino presentaron 20% más que las del género femenino y se presentó más TDA en niños de 3 años. ¹¹

2.2 BASE TEÓRICA:

PREVALENCIA¹²

La prevalencia indica la frecuencia de un suceso y está definida como una cantidad de la población que padece determinado suceso, que puede ser la enfermedad que se estudia en ese momento determinado y se denomina como Prevalencia (p). No tiene dimensiones y no puede ocupar valores menores de 0. Se expresa como casos encontrados en determinados habitantes, población o muestra, y que mientras más personas la constituyen, más real es el estudio. Generalmente sólo utiliza una aproximación del total de la población.

La prevalencia de una enfermedad puede aumentar dependiendo de la duración de la enfermedad, del tiempo que demoren los pacientes en curarse, el incremento de casos con la misma patología, inmigración de casos, emigración de sanos y que se puedan contagiar. Por el contrario, la prevalencia de una enfermedad puede disminuir cuando es menor la duración de ésta, o la tasa de letalidad es muy alta, cuando disminuyen los casos nuevos. En conclusión, la prevalencia de una patología depende de muchos factores y el principal es la duración de la enfermedad.

Es por esto que los estudios de prevalencia no buscan dar pruebas de causalidad, sino nos sirven para valorar si es necesaria la asistencia sanitaria, con el fin de mejorar y proyectar los servicios de salud para considerar necesidades asistenciales y mejorar la calidad de vida de las personas.

Traumatismo dental

Existen muchas definiciones sobre el trauma dental, una de ellas lo determina como un impacto sobre estructuras dentales biológicas o alrededor de las cuales puede derivarse algún tipo de lesión, ¹⁴ también se considera con carácter de urgencia dentro de la atención en odontología y requiere un tratamiento de inmediato, ya que el pronóstico bueno de las piezas dentales afectadas depende de una intervención adecuada y rápida.¹⁵

El diagnóstico y tratamiento de los traumatismos dentoalveolares es muy complejo ya que puede que abarque uno o todos de los tejidos dentarios como hueso, pulpa, cemento, dentina, esmalte, y para poder tener un buen resultado se requiere un manejo multidisciplinario.¹⁴

CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA

Las lesiones traumáticas dentales se clasifican teniendo en cuenta los siguientes factores: anatómicos, patológicos, de consideraciones terapéuticas y según grado de severidad.¹⁶

Según la OMS en 1995:

- Fracturas:
 - Fractura de esmalte
 - Fractura de corona sin afectar pulpa
 - Fractura de corona con afectación de pulpa
 - Fractura de raíz
 - Fractura corona-raíz
 - Fractura no específica

- Luxación
- Intrusión o Extrusión
 - Extrusión
 - Avulsión
 - Otras lesiones

Según ANDREASEN 2007

1. Lesiones de los tejidos duros dentales y de la Pulpa

- Infracción del esmalte
- Fractura del esmalte
- Fractura coronal no complicada
- Fractura coronal complicada
- Fractura coronal-raíz no complicada
- Fractura radicular

2. Lesiones de los tejidos periodontales

- Concusión
- Subluxación
- Luxación intrusiva
- Luxación extrusiva
- Luxación lateral
- Avulsión

3. Lesiones del hueso de soporte

- Conminución
- Fractura de la pared alveolar
- Fractura del proceso alveolar

- Fractura maxilar o mandibular

4. Lesiones de la encía o de la mucosa oral

- Abrasión
- Laceración
- Contusión

IADT (International Association of Dental Traumatology) 2012.¹⁷

1. Lesiones de luxación

- Concusión
- Subluxación
- Extrusión
- Luxación lateral
- Intrusión
- Avulsión

2. Lesiones de fractura dental y del hueso alveolar

- Infracción del esmalte
- Fractura del esmalte
- Fractura coronaria no complicada
- Fractura coronaria complicada
- Fractura corono radicular no complicada
- Fractura corono radicular complicada
- Fractura de la raíz
- Fractura alveolar
- Fractura maxilar o mandibular

CÓDIGO CIE-10

Según el Código CIE-10 (Código Internacional de Enfermedades), estos son los códigos que pueden presentarse luego de un traumatismo.¹⁸

- (S01) Herida de la cabeza
 - (S01.4) Herida de la mejilla y de la región temporomandibular
 - (S01.5) Herida del labio y de la cavidad bucal

- (S02) Fractura de huesos del cráneo y de la cara
 - (S02.4) Fractura del malar y del hueso maxilar superior
 - (S02.5) Fractura de los dientes
 - (S02.6) Fractura del maxilar inferior

- (S03) Luxación, esguince y torcedura de articulaciones y de ligamentos de la cabeza
 - (S03.0) Luxación del maxilar
 - (S03.2) Luxación de diente
 - (S03.4) Esguinces y torceduras del maxilar
 - (S03.5) Esguinces y torceduras de articulaciones y ligamentos de otras partes y las no especificadas de la cabeza

CLASIFICACIÓN DE LAS FRACTURAS CORONARIAS:

1. FRACTURAS NO COMPLICADAS DE LA CORONA:¹⁹⁻²²

- a) Infracción de esmalte: Es una fractura incompleta en el esmalte dental, se ve como una fisura o una grieta y no hay pérdida de sustancia dental.
- b) Fractura de esmalte: Este tipo de fractura incluye pérdida dentaria pero sólo localizada en el esmalte.
- c) Fractura esmalte – dentina: Esta fractura incluye pérdida de sustancia a nivel de esmalte y dentina pero no existe compromiso pulpar.

2. FRACTURAS COMPLICADAS DE LA CORONA:

A) Fractura esmalte - dentina con compromiso pulpar^{22, 23}

Esta fractura incluye esmalte, dentina y pulpa, en donde la principal inquietud en un diente aun inmaduro después de una exposición pulpar es preservar la vitalidad de la misma para que continúe la formación radicular y el proceso de cierre apical sin problema alguno. La pulpa en exposición debe ser cubierta y sellada o cerrada para evitar que se contamine, y hay varios estudios que demuestran que la ausencia de infección es necesaria para la reparación pulpar.²⁴

2.3. Hipótesis:

NO PRESENTA

2.4. Variables e indicadores:

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	VALOR
Tipo de fractura coronaria no complicada	Cualitativo	Ficha de recolección de datos	Nominal	<ul style="list-style-type: none">• 0: Infracción de esmalte• 1: Fractura de esmalte• 2: Fractura de esmalte y dentina
Edad	Cuantitativa	DNI	Razón	<ul style="list-style-type: none">• 3 años• 4 años• 5 años• 6 años
Sexo	Cualitativa	DNI	Nominal	<ul style="list-style-type: none">• Masculino• Femenino
Pieza dental	Cualitativo		Nominal	Piezas: 51, 52, 53, 54, 55, 65, 64, 63, 62, 61, 75, 74, 73, 72, 71, 81, 82, 83, 84, 85.

2.5. Definición Operacional de Términos:

VARIABLES CAPTADAS Y FORMA DE MEDICIÓN.

EDAD: Es una variable cuantitativa, la edad fue registrada como el número de años cumplidos al momento de registrar el traumatismo.

GÉNERO: Es una variable cualitativa, se anotó como masculino o femenino de acuerdo a como éste registrado en el Documento Nacional de Identidad.

TIPO DE FRACTURA CORONARIA NO COMPLICADA: Es una variable cualitativa, se registró de acuerdo a la clasificación de la Asociación Internacional de Traumatología:

- 0: Infracción del esmalte
- 1: Fractura de esmalte
- 2: Fractura de esmalte y dentina, sin afección pulpar.

3. CAPÍTULO III: DISEÑO Y MÉTODO

3.1. Tipo y nivel de investigación

Tipos de Estudio:

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, prospectivo, transversal.

Nivel de Investigación

Descriptivo

3.2. Ámbito de investigación

La investigación fue realizada en el IEI 539 Virgen de Fátima, en el distrito de San Bartolo – Lima, Perú.

3.3. Población y muestra

Población:

Estuvo constituida por la totalidad de 251 niños pre-escolares que estudian en el distrito de San Bartolo, Lima – Perú.

Muestra

La muestra estuvo constituida por 112 niños pre-escolares que estudian en el distrito de San Bartolo, Lima – Perú, elegidos mediante muestreo no probabilístico, las edades comprendidas fueron entre los 3 a 6 años. Este tamaño muestral fue determinado mediante la fórmula de estimación de una proporción (fórmula para determinar el tamaño de la muestra de FISTERRA).²⁵

$$n = \frac{Nz^2pq}{d^2n - 1 + z^2pq}$$

Dónde:

n = Número buscado de elemento de la muestra.

z = Nivel de confiabilidad (en este caso fue del 95%, equivalente a 1.96).

p = Proporción de éxito o proporción esperada (en este caso 15% equivalente a 0.15).

q = Probabilidad de fracaso 1-p (para la investigación: 1-0.15= 0.85).

d = Precisión (Error máximo admisible en términos de proporción) en este caso fue del 5% equivalente a 0.05).

$$n = \frac{Nz^2pq}{d^2n - 1 + z^2pq}$$

$$n = \frac{(251)(1.96)^2(0.15)(0.85)}{(0.05)^2(251 - 1) + (1.96)^2(0.15 \times 0.85)}$$

$$N = 112$$

Criterios de inclusión

- Pre-escolares entre los 3 y 6 años de edad.
- Niños con dentición decidua.
- Pre-escolares con consentimiento informado firmados por un padre de familia y/o titular.

Criterios de exclusión:

- Niños con dentición mixta.
- Niños que presenten complicaciones sistémicas, enfermedades congénitas, etc.
- Pre-escolares sin autorización para ser parte del estudio.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

A la hora de ingreso de los pre-escolares se conversó con cada tutor, padre o madre de familia y se les hizo entrega del consentimiento informado, en donde se detalló la intervención que se le hará a su menor hijo(a), en donde el padre o madre de familia firmó si acepta que su hijo(a) participe del estudio.

El evaluador estuvo con gorro, mascarilla; se utilizó el equipo de diagnóstico privado para cada niño(a) que consta de espejo, explorador, baja lenguas y guantes de diagnóstico, los cuales cambió con cada niño(a) evaluado(a).

Posteriormente se realizó un examen bucal de rutina a su menor hijo(a) y se anotó en la ficha de recolección de datos que se encuentra en el Anexo 5.

Se elaboró una ficha de recolección de datos para poder colocar datos de identificación del menor y si presenta fractura coronaria no complicada y el tipo según:

- 0: Infracción del esmalte
- 1: Fractura de esmalte
- 2: Fractura de esmalte y dentina, sin afección pulpar.

3.5. Procesamiento y análisis de datos

Se procedió a obtener la estadística descriptiva de las variables cualitativas en estudio, registradas en una tabla de frecuencia. Todos los análisis fueron realizados mediante el programa Microsoft Excel 2010 y el paquete estadístico SPSS Versión 24.0.

3.6. Aspectos éticos

- Permiso solicitado a la institución.
- Consentimiento informado a padres de familia y/o titulares.
- La recolección de datos no comprometió la salud de los participantes.
- La información obtenida es de carácter confidencial.

4. CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

Tabla 1

Prevalencia de fracturas coronarias no complicadas en pre-escolares de 3 a 6 años en el distrito de San Bartolo – Lima 2018.

	Fracturas coronarias no complicadas	
	N	%
Si	44	39.3
No	68	60.7
Total	112	100

En la tabla y gráfico 1. Se observa que el 39.3% de pre-escolares de 3 a 6 años presenta fracturas coronarias no complicadas, mientras que el 60.7% de pre-escolares no presenta fracturas coronarias no complicadas.

Gráfico 1

Prevalencia de fracturas coronarias no complicadas en pre-escolares de 3 a 6 años en el distrito de San Bartolo – Lima 2018.

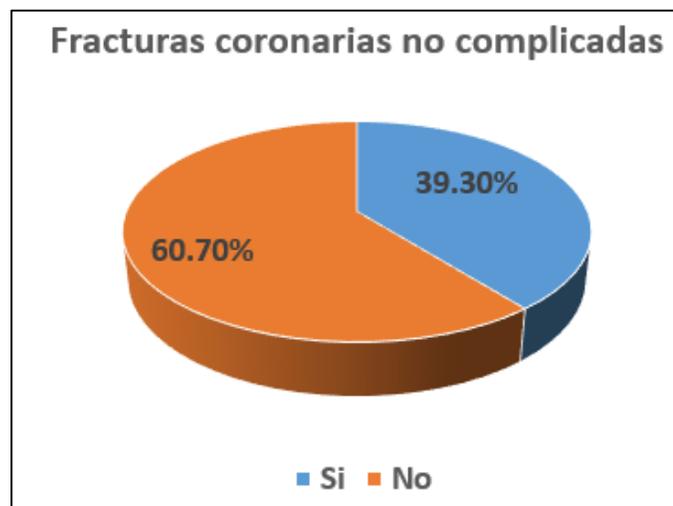


Tabla 2

Prevalencia de fracturas coronarias no complicadas en pre-escolares de 3 a 6 años en el distrito de San Bartolo – Lima 2018, según la edad.

Edad	Fracturas coronarias no complicadas				Total	
	SI		NO		N	%
	N	%	N	%		
3 años	4	3.6	9	8.03	13	11.6
4 años	20	17.9	12	10.7	32	28.6
5 años	13	11.6	13	11.6	26	23.2
6 años	7	6.3	34	30.4	41	36.6
Total	44	39.3	68	60.7	112	100

En la tabla y gráfico 2, se observa que existe más prevalencia de fracturas coronarias en las edades de 4 a 5 años con el 17.9% y el 11.6% respectivamente, seguido de a los 6 años con el 6.3% y por último a los 3 años con el 3.6%

Gráfico 2

Prevalencia de fracturas coronarias no complicadas en pre-escolares de 3 a 6 años en el distrito de San Bartolo – Lima 2018, según la edad.

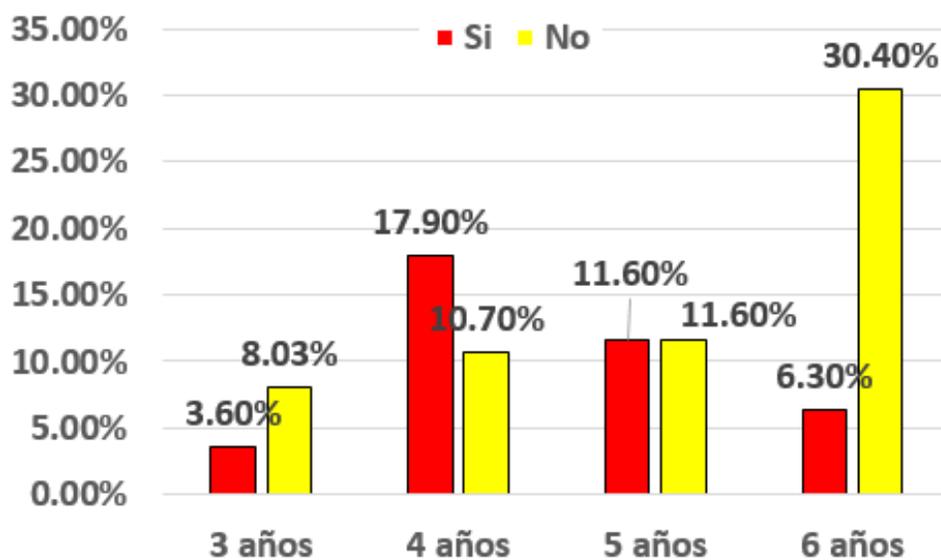


Tabla 3

Prevalencia de fracturas coronarias no complicadas en pre-escolares de 3 a 6 años en el distrito de San Bartolo – Lima 2018, según género.

Género	Fracturas coronarias no complicadas				Total	
	SI		NO		N	%
	N	%	N	%		
Femenino	19	17.0	19	17.0	38	33.9
Masculino	25	22.3	49	43.75	74	66.1
Total	44	39.3	68	60.7	112	100

En la tabla y gráfico 3 se aprecia que existe mayor prevalencia de fracturas coronarias no complicadas en el género masculino con el 22.3% y en el género femenino la prevalencia es del 17.0% del 100% de niños evaluados.

Gráfico 3

Prevalencia de fracturas coronarias no complicadas en pre-escolares de 3 a 6 años en el distrito de San Bartolo – Lima 2018, según género.

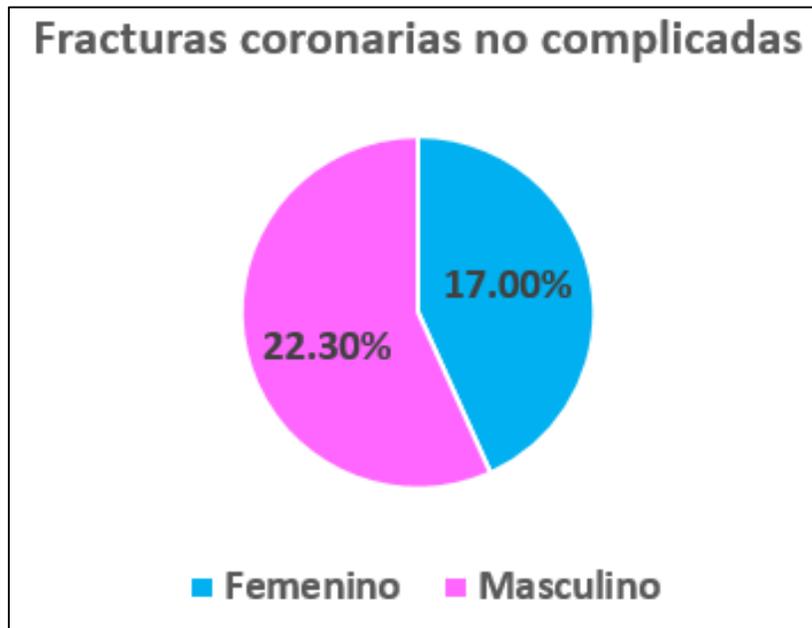


Tabla 4

Prevalencia de fracturas coronarias no complicadas en pre-escolares de 3 a 6 años en el distrito de San Bartolo – Lima 2018, según las piezas dentarias.

Piezas	Fracturas coronarias no complicadas	
	N	%
51 y 61	29	32.2
52 y 62	13	14.4
53 y 63	7	7.8
54 y 64	2	2.2
55 y 65	2	2.2
71 y 81	13	14.4
72 y 82	5	5.6
73 y 83	3	3.3
74 y 84	7	7.8
75 y 85	9	10
Total	90	100

En la tabla 4 se aprecia que los dientes con mayor prevalencia de fractura de corona no complicada fueron las piezas 51 y 61 con el 32.2%; seguido de las piezas 52 y 62; y 71 y 81 con el 14.4% ambas.

Tabla 5

Prevalencia de fracturas coronarias no complicadas en pre-escolares de 3 a 6 años en el distrito de San Bartolo – Lima 2018, según el tipo de fractura.

Tipo de Fractura	Fracturas coronarias no complicadas	
	N	%
Infracción de esmalte	5	5.6
Fractura de esmalte	47	52.2
Fractura esmalte – dentina	38	42.2
Total	90	100

En la tabla 5 se observa que el tipo de fractura más prevalente fue la fractura de esmalte con el 52.2%, seguido de la fractura en esmalte y dentina con el 42.2% y por último de la infracción de esmalte con el 5.6%.

4.2. Discusión

González X, et al. (2016): Elaboraron un estudio de carácter descriptivo en dos escuelas primarias de Cuba en niños de 7 a 11 años diagnosticados con traumatismos dentales, la lesión más prevalente fue la fractura no complicada de la corona con el 60%; coincidiendo también en que los más afectados fueron los niños del género masculino presentándose con el 68.6%, mientras que en este estudio fue del 22.3%; también encontraron que los factores predisponentes fueron el overjet aumentado y practicar algún deporte; cabe mencionar que en este estudio no se estudiaron las causas de las fracturas, sería un punto muy importante para determinar qué medidas se deben de tomar para mejorar el cuidado.

Corrêa-Faria (2015): Examinó a 301 preescolares y encontró que la prevalencia fue del 33.9%, lo que se asemeja con este estudio que presentó el 39.3%, siendo la fractura más común el de corona; mientras que la pieza más afectada fue el incisivo central superior con un 15%; lo que coincide con este estudio ya que fue el mismo con el 32.2%

Ñique J. (2014): Realizó un estudio en 134 preescolares de 2 a 5 años, en el que si encontró fracturas coronarias complicadas en niños; al igual que en este estudio que la prevalencia fue del 39.3%.

Duarte L. (2013): Realizó un estudio en 288 pacientes (niños y adolescentes), en los cuales el 43.1% presentaron lesiones de trauma dentoalveolar, y el 64% eran del género masculino; lo que coincide con este estudio en el que el 22.3% fue del mismo género. También encontró que las causas más frecuentes eran las caídas y fue más prevalente entre las edades de 1 a 3 años; lo que discrepa de este estudio que fue de 4 a 5 años. También encontró que la fractura con mayor incidencia es la fractura coronaria no complicada con el 46% y dentro de este porcentaje la fractura de esmalte con el 22.6%, lo que coincide con este estudio con el 52.2%, y por último las piezas dentarias con mayor afección fueron los incisivos superiores, seguido de las piezas laterales, coincidiendo con el presente estudio.

Muñoz X. et al. (2006): Realizaron una investigación de prevalencia de lesiones traumáticas dentales en 336 niños entre los 3 y 5 años con 11 meses. Se encontró prevalencia de 11.90% de traumatismos; presenta poca prevalencia lo que discrepa de este estudio que presentó el 39.3%; presentó el 72% de traumatismos de esmalte, lo que se asemeja a este estudio con el 52.2%. Los más afectados fueron del género masculino con un 20% más que el género femenino; coincidiendo con este estudio en el que el género masculino tuvo 22.3% de incidencia.

5. CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Se halló una prevalencia del 39.3% de pre-escolares que presentan fracturas coronarias no complicadas.
- Se determinó que existe más prevalencia de fracturas coronarias no complicadas entre las edades de 4 y 5 años y por último en las edades de 6 y 3 años.
- Se encontró mayor prevalencia de fracturas coronarias no complicadas en el género masculino que en el femenino.
- Los dientes con mayor prevalencia de fractura de corona no complicada fueron los incisivos centrales superiores deciduos.
- El tipo de fractura más prevalente fue la fractura de esmalte; luego la fractura de esmalte y dentina; y por último, de la infracción de esmalte.

5.2. Recomendaciones

- Realizar la investigación tomando como punto de partida las causas de los traumatismos dentales.
- Investigar los conocimientos previos sobre los traumatismos dentales, por parte de los profesores de los pre-escolares.
- Realizar charlas preventivas sobre traumatismos dentales con y sin exposición pulpar con el fin de saber cómo actuar si se presenta esta situación.
- De encontrar traumatismo dental en el menor, colocar la manera de solucionarlo en el control del menor con el fin de conservar el diente, función y estética del mismo.

REFERENCIAS

1. González X, Crespo M, Cardentey J, Porras O. Traumatismos dentales en niños de 7 a 11 años. Rev. Ciencias Médicas de Pinar del Río. 2016; 20(4): 465-71.
2. Corrêa-Faria P. et al. Influence of clinical and socioeconomic indicators on dental trauma in preschool children. Braz Oral Res [online]. 2015; 29(1):1-7.
3. Ñique J. Frecuencia de las fracturas coronarias no complicadas en niños pre-escolares de 2 a 5 años que acuden a un Centro Educativo Inicial de la ciudad de Cajamarca, 2014. [Tesis de especialidad] Perú: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2015. 91.
4. Duarte L. Prevalencia y caracterización del trauma dentoalveolar en niños y adolescentes atendidos por el servicio de salud oral en la Fundación HOMI Hospital de la Misericordia en el período febrero 2010- enero 2013.. [Tesis]. Bogotá (Colombia): Universidad Nacional de Colombia; 2013. 70.
5. Kovacs M, Pacurar M, Petcu B, Bukhari C. Prevalence of traumatic dental injuries in children who attended two dental clinics in Targu Mures between 2003 and 2011. Oral Health Dent Manag. 2012 Sep;11(3):116-24.
6. Castro P., Dreyer E. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral. 2012; 5(3); 128-131.
7. Souza Filho. Prevalencia de traumatismo dentario en preescolares. Arq Odontol, 2011; 47(1):18-24.
8. Acosta A. Prevalencia de traumatismos dentales en niños de dos a diez años que acudieron al posgrado de Odontopediatría de la U.A.N.L. del 2005 al 2007.

- [Tesis Magistral]. Nuevo León (México): Universidad Autónoma de Nuevo León; 2011. 62.
9. Carmona E, et al. Lesiones traumáticas orales en la infancia. *Correo Científico Médico de Holguín*. 2010; 14(1).
 10. Tumen E. et al. The prevalence and etiology of dental trauma among 5-72 months preschool children in South-Eastern Anatolia, Turkey. *Journal of International Dental and Medical Research*. 2009; 2(2): 40–44.
 11. Muñoz X. et al. Prevalencia de traumatismos dentoalveolares en niños preescolares de la comuna de Concepción. Chile. *Odontol Pediatr*. 2006: 5(1); 9-12.
 12. Moreno A., Moreno S., Corcho A. Principales medidas en epidemiología. *Actualizaciones*. 2000; 42(4): 337-48.
 13. Conceptos epidemiológicos: incidencia y prevalencia. Disponible en: <https://www.eupati.eu/es/farmacoepidemiologia-es/conceptos-epidemiologicos-incidencia-y-prevalencia/>
 14. Eraso Martínez N, Castillo Quijano D, Montenegro Guerrero M, Mafla Chamorro A. Estudio retrospectivo de trauma dentoalveolar en escolares de Pasto, Colombia. *Revista Nacional de Odontología*. 2011; 7(12): 49-55.
 15. Mendoza Mendoza A., Garcia Ballesta C., *Traumatología Oral en Odontopediatría*. Editorial OCEANO/ergon España, 2012.
 16. Andreasen J.O., Andreasen F.M., Andersson L. *Textbook and Color Atlas of Traumatic Injuries to the Teeth*. 4ª edición 2007 blackwel Munksgaard
 17. Guía interactiva del trauma dental de la IADT (International Association of Dental Traumatology). Disponible en: www.dentaltraumaguide.org

18. CIE-10. Disponible en: <http://www.cie10.org/>
19. García C, Mendoza, A: (2003) Traumatología Oral en Odontopediatría. Diagnóstico y Tratamiento Integral. Madrid. Editorial: Ergon
20. Henostroza, G: (2010) Adhesión en odontología restauradora. Editorial Ripano. Asociación Latinoamericana de Operatoria Dental y Biomateriales. 2da Edición. Madrid
21. Stefanello, A; González, P; Prates, R: (2005) Odontología restauradora y estética. Editorial Amolca. Brasil.
22. Andreasen, J.O; Andreasen, F.M; Andersson, L: (2010) Texto y Atlas a Color de Lesiones Traumáticas a las Estructuras Dentales. Cuarta Edición. Oxford, Editorial AMOLCA.
23. Boj, J.R; Catalá, M; García, C; Mendoza, A: (2005) Odontopediatría. Barcelona. Editorial: Masson
24. Welburv RR. Traumatic injuries to the teeth. Pediatric Dentistry. Third Edition. 2005.
25. Tamaño muestral. Tomado de Fistera. Disponible en: https://www.fistera.com/gestor/upload/guias/tamano_muestral.xls

ANEXOS

ANEXO 1



4A-5 SOLICITUD DE DESIGNACIÓN DE ASESOR

Lima, 28 de junio de 2018

Dra. Brenda Vergara Pinto

Directora de EAP de Odontología
Universidad Privada Norbert Wiener
Presente.-

De mi mayor consideración:

Es grato saludarlo y solicitar la designación de la Mg. Esp. ENNA GARAVITO CHANG como Asesor de mi Trabajo de Investigación, tesis tomando en cuenta que para la comunicación de la EAP se utilice el siguiente correo electrónico ennagaravito@gmail.com
Asimismo, cabe resaltar que mis datos son:

Nombres y apellidos completos: Melissa Gabriela Linares Mori

Título de tesis "PREVALENCIA DE FRACTURAS CORONARIAS EN NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS EN EL DISTRITO DE SAN BARTOLO - LIMA 2018"

Carrera profesional: Odontología

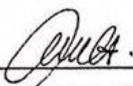
Correo electrónico: mel.linaresm@gmail.com

Teléfonos: 920749587

Además, solicito a Ud. el registro de mis datos consignados líneas arriba en la base de datos de la EAP

radeciendo su gentil atención a la presente, me despido de Ud.

Atentamente,


Firma del solicitante
Melissa Gabriela Linares Mori
DNI Nº 71419104



F-CV4-4A-5

ANEXO 2



Solicito aprobación de título de proyecto de investigación

Dra. Brenda Vergara Pinto

Directora de la Escuela Académico Profesional de Odontología

Yo Melissa Gabriela Linares Mori Bachiller/CD de la EAP de Odontología de la Universidad Norbert Wiener, identificado con DNI 71419104 , código 2011100139, domiciliado en Av Cristobal de Peralta Sur 885 Int 4 Valle Hermoso - Surco, con número de teléfono celular y correo electrónico 920749587 – mel.linaresm@gmail.com; me presento ante usted y expongo que:

Siendo requisito para la obtención del Título de Cirujano Dentista en la realización del Proyecto de investigación Tesis.

Solicito la aprobación del título de Proyecto de Investigación:

“PREVALENCIA DE FRACTURAS CORONARIAS EN NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS EN EL DISTRITO DE SAN BARTOLO – LIMA. 2018 ”

Agradezco su atención a la presente, le reitero mi estima y consideración personal.

Bachiller

Melissa Gabriela Linares Mori

DIRA FINA GARAVITO CHANG
C.O.P. 1200 RNE: 1054
Mg. CD. Esp.

Fina Garavito Chang

Lima 28/06/2018

Adjunto:

Matriz de Consistencia.



ANEXO 3



4A7

CONFORMIDAD DEL PROYECTO DE TESIS POR EL ASESOR

Lima, 20 de septiembre del 2018

Dra. Brenda Vergara Pinto
Director(a) de la EAP Odontología
Presente.-
Universidad Privada Norbert Wiener
Presente.-

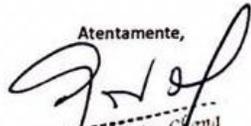
De mi mayor consideración:

Es grato saludarlo e informarle que luego de revisar el Proyecto de Tesis "PREVALENCIA DE FRACTURAS CORONARIAS NO COMPLICADAS EN NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS EN EL DISTRITO DE SAN BARTOLO – LIMA. 2018" presentado por Melissa Gabriela Linares Mori, manifiesto mi conformidad ya que cumple con todos los requisitos académicos solicitados por la Universidad Privada Norbert Wiener, el mismo que cumple con la originalidad establecida en el artículo 12.3 del Reglamento del Registro Nacional de Trabajo de Investigación para optar Grados Académicos y Títulos Profesionales - RENATI.

Asimismo, el proyecto de tesis será desarrollado y ejecutado en el plazo de 1 mes, para la obtención del Título Profesional de Cirujano Dentista.

Del mismo modo, manifiesto a Ud. mi aceptación de participar como ASESORA de la referida Tesis.

Atentamente,


Dra. Ena. Garavito Chang
ODONTÓLOGA
C.O.P. 12900 RNE 7064
Firma del Asesor

Apellidos y Nombres del Asesor: Mg. CD. Esp. GARAVITO CHANG, ENNA.



F-CV4-4A-7

ANEXO 4

FICHA CLÍNICA

FRACTURAS NO COMPLICADAS EN LA DENTICIÓN DECIDUA

1.- ANAMNESIS

Edad:

Sexo:

2.- EXAMEN CLÍNICO

Exploración Clínica - Tejidos duros:

	PIEZA DENTARIA: 51, 52, 53, 61, 62, 63, 71, 72, 73, 81, 82 y 83.	Sí (1)	No (2)
Infracción en diente deciduo			
Fractura de Esmalte no complicada en diente deciduo			
Fractura de Esmalte y Dentina no complicada en diente deciduo			

ANEXO 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Sofía Vila Pichigua
identificado con DNI N° 40125573 con este documento legal AFIRMO que tengo conocimiento sobre el trabajo de investigación de la investigadora Bach. Melissa Gabriela Linares Mori.

Se me permitió hacer preguntas para aclarar todo tipo de dudas y he recibido suficiente información sobre el estudio de Frecuencia de fracturas coronarias no complicadas en niños pre-escolares de 2 a 5 años que acuden al IEI 539 Virgen de Fátima en el distrito de San Bartolo.

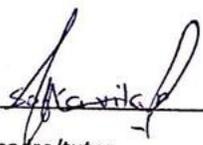
He conversado con la investigadora y tengo claro que no implica ninguna intervención clínica (sólo un examen visual), que los datos suministrados son de carácter confidencial y no serán usados o expuestos de manera individual.

Estoy conforme con la participación voluntaria de mi menor hijo (a):

Briana Naomi Mendoza Vila

Identificado con DNI N° 81191591 y que dichos resultados de la investigación puedan ser publicados con fines científicos.

Lima 25 de 10 del 2018


Firma del padre/tutor

ANEXO 6



SOLICITUD DE PERMISO

Lima, 11 de octubre del 2018

Sra. Viveca Guadalupe Salazar Ávila

Directora del IEI 539 Virgen de Fátima, distrito de San Bartolo – Lima, Perú.
Presente.-

De mi mayor consideración:

Es grato saludarla y presentarme, soy Melissa Gabriela Linares Mori, Bachiller de la carrera de odontología de la Universidad privada Norbert Wiener, con DNI 71419104 y código 201100139, la presente es para solicitar el permiso correspondiente para desarrollar un trabajo de investigación en el centro de estudios del cual usted está a cargo, con el fin de optar por el título de Cirujano Dentista.

El título de tesis es "PREVALENCIA DE FRACTURAS CORONARIAS EN NIÑOS DE 3 A 6 AÑOS EN EL DISTRITO DE SAN BARTOLO – LIMA 2018"

El estudio no implica ninguna intervención mayor en los estudiantes, sólo un examen visual para la recolección de datos, posterior al permiso de los padres firmado en el consentimiento informado.

Agradeciendo su gentil atención a la presente. me despido de Ud.

Atentamente,

Bachiller
Melissa Gabriela Linares Mori
UNI N° /1419104

ANEXO 7



INSTITUCIÓN EDUCATIVA INICIAL N° 539

“Virgen de Fátima”

“Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional”

Viernes, 12 de octubre del 2018

Srta. Melissa Linares Mori:

Por medio de la presente me dirijo a usted para agradecerle considerar a nuestra institución educativa inicial en el trabajo de investigación para su proceso de titulación y a su vez, darle respuesta a su solicitud.

El día martes 25 de octubre del presente año podemos acondicionarle un área en nuestras instalaciones para que pueda realizar el análisis clínico respectivo a cada niño, posterior a confirmar la autorización de los padres de familia.

En espera de su respuesta, reciba un afectuoso saludo.

Atentamente

Viveca Salazar Ávila
Directora I.E.I. N° 539
Virgen de Fátima

ANEXO 8



ANEXO 9



ANEXO 10



ANEXO 11



ANEXO 12



ANEXO 13



ANEXO 14



ANEXO 15

