

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
NUEVOS TIEMPOS, NUEVAS IDEAS**

FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA



**RELACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE PIEZAS DENTALES AUSENTES Y LA
CALIDAD DE HIGIENE BUCAL EN PACIENTES DE LA CLINICA
ESTOMATOLOGICA DE LA UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
EN EL AÑO 2018**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
CIRUJANO - DENTISTA**

PRESENTADO POR EL:

Bach. Ronald David, Montoya Gómez

LIMA - PERÚ

2019

DEDICATORIA

A Dios que siempre ilumina mis pasos.

A mis padres por su apoyo incondicional durante toda mi carrera.

A mi madre por brindarme seguridad, protección y con sus consejos darme la fuerza y sabiduría.

A mi abuelo Felipe por apoyarme en la realización como profesional.

AGRADECIMIENTOS

Mi primer agradecimiento va dirigido a Dios ya que gracias a él todo es posible, porque nunca permitió que me rindiera en el camino y siempre me acompañó en el día a día en la elaboración de la investigación.

A la Dra. Anita Kori Morales Aguirre, asesora de la presente investigación, quien me guio con sus conocimientos y aportes valiosos para mi investigación, haciendo de esta manera una investigación con éxito.

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Nº 01 Distribución de las personas según el género.	55
Nº 02 Distribución de participantes según edad.	55
Nº 03 Relación entre el número de piezas dentales ausentes y la calidad de la higiene bucal.	56
Nº 04 Relación entre el número de piezas dentales ausentes y la calidad de la higiene bucal; mediante la prueba chi cuadrado(x^2) y el nivel de significancia(p).	57
Nº 05 Relación entre el número de piezas dentales ausentes y el número de piezas dentales con caries en pacientes del sexo femenino de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018.	57
Nº 06 Relación entre el número de piezas dentales ausentes y el número de piezas dentales con caries en pacientes del sexo femenino; mediante la prueba del chi cuadrado(x^2) y el nivel de significancia(p).	58
Nº 07 Relación entre el número de piezas dentales ausentes y el IHOS en pacientes de 18 a 35 años.	58
Nº 08 Relación entre el número de piezas dentales ausentes y el IHOS en pacientes de 18 a 35 años mediante la prueba del chi cuadrado (x^2) y el nivel de significancia(p).	59
Nº 09 Relación entre el número de piezas dentales ausentes	59

y el número de piezas dentales con caries en
pacientes del sexo femenino.

- | | | |
|--------------|--|-----------|
| Nº 10 | Relación entre el número de piezas dentales ausentes
y el número de piezas dentales con caries en
pacientes del sexo femenino; mediante la prueba del chi
cuadrado(x^2) y el nivel de significancia(p). | 60 |
| Nº 11 | Relación entre el número de piezas dentales ausentes
y el número de piezas dentales con caries en pacientes
de 18 a 35 años. | 61 |
| Nº 12 | Relación entre el número de piezas dentales ausentes
y el número de piezas dentales con caries en pacientes
de 18 a 35 años; mediante la prueba del chi cuadrado(x^2)
y el nivel de significancia(p). | 62 |
| Nº 13 | Relación entre el número de piezas dentales ausentes
y el sangrado en pacientes del sexo femenino. | 62 |
| Nº 14 | Relación entre el número de piezas dentales ausentes
y el sangrado en pacientes del sexo femenino; mediante
la prueba del chi cuadrado(x^2) y el nivel de significancia(p). | 63 |
| Nº 15 | Relación entre el número de piezas dentales ausentes
y el sangrado en pacientes de 18 a 35 años. | 64 |
| Nº 16 | Relación entre el número de piezas dentales ausentes
y el sangrado en pacientes de 18 a 35 años; mediante
la prueba del chi cuadrado(x^2) y el nivel de significancia(p). | 65 |

ÍNDICE

	Pág.
Caratula.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimientos.....	iii
Indice.....	iv
Indice de Tablas.....	v
Resumen.....	vi
Abstract.....	vii
Introducción.....	viii
Capítulo I: Fundamentos Teóricos de la Investigación	
1.1. Marco Teórico.....	1
1.1.1. Pérdida dentaria.....	1
1.1.1. Etiología de la pérdida dentaria.....	2
1.1.1.2 Factores asociados a la pérdida dentaria.....	3
1.1.2 Causas de la Pérdida Dental.....	4
1.1.2.1 Caries dental.....	4
1.1.2.2 Epidemiología.....	5
1.1.2.3 Factores Etiológicos.....	6
1.1.3 Clasificación de la Caries Dental.....	7
1.1.3.1 Localización Fosas y Fisuras.....	7
1.1.3.2 Localización Superficies Lisas.....	7
1.1.3.2.1 Según las zonas que conforman:.....	8
1.1.3.2.2 Según el tipo de Lesión.....	8
1.1.3.2.3 Según su profundidad	8
1.1.3.2.4 Según la velocidad de progresión.....	8

1.1.4 Clasificación Según su Causa Dominante.....	9
1.1.4.1 Caries radicular.....	9
1.1.4.2 Caries Rampante.....	9
1.1.4.3 Caries al primer molar permanente.....	10
1.1.5 Enfermedad periodontal.....	10
1.1.5.1 Etiología de la Enfermedad Periodontal.....	10
1.1.5.2 Etiología de la Periodontitis y la pérdida dentaria.....	11
1.1.5.3 Factores de Riesgo de Periodontitis.....	12
1.1.6Traumatismo.....	12
1.1.7 La Edad.....	12
1.1.8 Clasificación de la Caries según Índices.....	13
1.1.8.1 Clasificación de Black.....	13
1.1.8.2 Índice MOUNT Y HUME.....	13
1.1.9 Edentulismo.....	14
1.1.9.1 Clasificación del Edéntulo Total o Parcial.....	16
1.1.9.2 Clasificación de Kennedy.....	16
1.1.10 Higiene oral.....	18
1.1.11 Índice de higiene oral.....	18
1.1.11.1 Índice de higiene oral simplificado.....	19
1.1.11.2 Índice de CPOD.....	19
1.1.11.3 Índice Gingival Simplificado de Ainamo.....	21
1.1.11.4 Índice de Ainamo.....	22
1.1.12 Técnicas de Cepillado.....	23
1.1.12.1 Técnica de Fones.....	23
1.1.12.2 Técnica de Bass.....	23
1.1.12.3 Técnica de Bass modificado.....	23
1.1.12.4 Técnica de Stillman.....	24

1.1.12.5 Técnica de chárter.....	24
1.1.13 Complementos de la Higiene Bucal.....	24
1.1.13.1 Cepillo Dental.....	24
1.1.13.2 Cepillos interdentaes.....	25
1.1.13.3 Hilo dental.....	25
1.1.13.4 Pasta o crema dental.....	26
1.1.13.5 Colutorios o enjuagatorios.....	26
1.2 Investigaciones.....	27
1.3 Marco conceptual.....	36
Capítulo II: El problema, Objetivos, Hipótesis y Variables	
2.1. Planteamiento de Problema.....	39
2.1.1. Descripción de Realidad Problemática.....	39
2.1.2. Definición del Problema.....	41
2.2. Finalidad y objetivos de la Investigación.....	42
2.2.1. Finalidad.....	42
2.2.2. Objetivo General y Específicos.....	43
2.2.2.1. Objetivo General.....	43
2.2.2.2. Objetivos Específicos.....	43
2.2.3. Delimitación del Estudio.....	44
2.2.3.1 Delimitación Espacial.....	44
2.2.3.2 Delimitación Temporal.....	44
2.2.3.3 Delimitación Social.....	44
2.2.3.4 Delimitación Metodológica.....	45
2.2.4. Justificación e Importancia del Estudio.....	45
2.3. Hipótesis y Variables.....	46
2.3.1 Hipótesis Principal y Específicas.....	46
2.3.2 Variables e Indicadores.....	47

Capítulo III: Método Técnica e Instrumentos

3.1. Población y Muestra.....	48
3.1.1. Población.....	48
3.1.1.1. Tamaño de Muestra.....	48
3.1.2. Muestra.....	49
3.1.3. Criterios de Inclusión.....	49
3.1.4. Criterios de Exclusión.....	50
3.2. Diseño Utilizado en el Estudio.....	50
3.2.1. Diseño.....	50
3.2.2. Tipo de Investigación.....	50
3.2.3. Enfoqué.....	50
3.2.2 Secuencia Temporal.....	51
3.2.3 Temporalidad.....	51
3.2.4 Asignación de Factores.....	51
3.2.5 Finalidad.....	51
3.2.6 Diseño Específico.....	51
3.2.7 Nivel.....	51
3.3. Técnica e Instrumento de Recolección de Datos.....	52
3.3.1. Técnica de Recolección de Datos.....	52
3.3.2. Instrumento de Recolección de Datos.....	52
Validación del Instrumento.....	53
3.4. Procesamiento de Datos.....	54

Capítulo IV: Presentación y Análisis de los Resultados

4.1. Presentación de Resultados.....	55
4.2 Contrastación de Hipótesis.....	66
4.3 . Discusión de Resultados.....	75

Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Conclusiones.....	78
5.1.1. Conclusión General.....	78
5.1.2. Conclusiones Específicas.....	78
5.2. Recomendaciones.....	80
Bibliografía.....	81
Anexo.....	86

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue determinar la relación entre el número de piezas dentales ausentes y la calidad de higiene bucal en pacientes de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018. El diseño metodológico fue descriptivo, el tipo de la investigación fue transversal, retrospectivo y observacional. Para la ejecución de la investigación se utilizó una muestra conformada por 316 historias clínicas, obtenidas en los ambientes de la Clínica Estomatológica del Adulto de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, que fueron seleccionados en forma no aleatorias por conveniencia que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. El procedimiento para la obtención de los datos consistió en evaluar las historias clínicas generales en el apartado del Odontograma, determinando cuantas piezas dentarias se encuentran ausentes, el índice de CPOD, evaluar historias clínicas del Área de Periodoncia, registrando el Índice de Higiene Oral Simplificado y el de Ainamo. Luego se realizará una estadística descriptiva e inferencial sobre las dimensiones del estudio, se colocará los datos obtenidos en el programa Microsoft Excel y luego se realizará la estadística descriptiva e inferencial en el programa SPSS en su versión 24. Resultados: Los datos recolectados evidenciaron una relación bi-variada significativa entre el número de piezas dentales ausentes y la calidad de higiene bucal. Conclusiones: Se concluyó que en las historias clínicas observadas existe relación entre el número de piezas dentales ausentes y la calidad de higiene bucal.

Palabras Claves:

Epidemiología, Sondaje Periodontal, Flora Bacteriana, Índice Gingival.

ABSTRACT

The objective of the present investigation was to determine the relationship between the number of missing dental pieces and the quality of oral hygiene in patients of the Stomatology Clinic of the Inca Garcilaso de la Vega University during 2018. The methodological design was descriptive, the type of the research was transversal, retrospective and observational. For the execution of the research, a sample consisting of 316 medical records was used, obtained in the settings of the Stomatology Clinic of the Adult of the Faculty of Stomatology of the Inca Garcilaso de la Vega University, which were selected in a non-random way for convenience that They met the inclusion and exclusion criteria. The procedure for obtaining the data consisted of evaluating the general clinical histories in the Odontogram section, determining how many teeth are absent, the CPOD index, evaluating clinical histories of the Periodontics Area, recording the Simplified Oral Hygiene Index and Ainamo's. Then a descriptive and inferential statistics on the dimensions of the study will be carried out, the data obtained in the Microsoft Excel program will be placed and then the descriptive and inferential statistics will be carried out in the SPSS program in version 24. Results: The collected data evidenced a relationship Significant bi-varied between the number of missing teeth and the quality of oral hygiene. Conclusions: It was concluded that in the medical records observed there is a relationship between the number of missing teeth and the quality of oral hygiene.

Keywords:

Epidemiology, Periodontal Probe, Bacterial Flora, Gingival Index.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la pérdida de las piezas dentarias ocurre por diferentes causas, entre ellas están los traumatismos, caries dental y las infecciones, por todas estas razones se hace difícil la vitalidad de una pieza dentaria; por lo tanto, se produciría cambios en los tejidos que dan resistencia y fijación a los dientes y así se produce dolor, fragilidad por lo tanto la pérdida de las piezas dentarias.

La frecuencia de pérdida de las piezas dentarias es mayor en el maxilar inferior, en cuanto a la localización es más frecuente en la zona posterior.

El avance de la enfermedad periodontal trae como resultado la ausencia de piezas dentarias, en varios estudios de investigación no consideran la prevalencia de la enfermedad periodontal un factor importante. Por otra parte, la mayoría de las investigaciones relacionan el avance progresivo de la enfermedad periodontal con la pérdida dentaria.

La enfermedad periodontal causa del 30% al 35% de las exodoncias dentales por otro lado el 50% es causado por caries dental.

Por lo tanto, las lesiones cariosas son la principal razón de las exodoncias, la frecuencia de la ausencia dentaria, se debe a la higiene bucal deficiente, el tabaco y el estrato socioeconómico.

No presentar piezas dentarias con el transcurso de tiempo trae como resultado una desarmonía oclusal, por lo tanto, se pierde la función masticatoria provocando problemas funcionales y enfermedades digestivas. Por lo tanto, es necesario el reemplazo de las piezas dentarias, ya sea por el uso de prótesis o implantes dentales.

Cuando hay pérdida dental, se producen varios cambios tales como la disminución de la dimensión vertical oclusal.

El principal problema de salud bucal en la población adulta es la caries dental seguido por la enfermedad periodontal, ambas afectan la calidad de vida, fonación, deglución, masticación, la vida social, autoestima y causan problemas nutricionales y estéticos.

Según la Organización Mundial de la Salud en el Perú, la salud bucal es un problema de salud pública que se debe tomar en consideración.

La pérdida dentaria se podría prevenir planteando programas preventivos, es indispensable considerar el estado de la cavidad bucal de la población.

Mantener en óptimas condiciones las piezas dentarias, encía y cavidad bucal para evitar patologías dependerá de la adecuada higiene bucal, el correcto uso del cepillo e hilo dental para así poner tener una protección dental de forma continua.

Los pacientes que protegen sus piezas dentarias son los pacientes edéntulos parciales por que ya tienen conocimiento de las consecuencias de no presentar piezas dentarias.

La siguiente investigación benefició a los alumnos para que tengan conocimiento de los problemas de salud pública más importantes como la caries dental, que representa un 95 % de la población y las medidas que se deberá tomar en consideración, como la implementación de programa preventivos y charlas educativas de salud bucal tanto en la práctica odontológica comunitaria como en los ambientes privados del ejercicio de la profesión, también a los docentes para que tengan conocimiento que al ser un problema de salud pública, se deberá explicar a los alumnos las medidas a realizar en cada caso en cuanto a la orientación a los pacientes, es por todo lo manifestado que el objetivo de la presente investigación fue determinar la relación del número de piezas dentales ausentes y la calidad de la higiene bucal en pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, para que de esta manera poder sugerir mejoras, como la implementación de programas preventivos, educativos y charlas informativas a los pacientes sobre la higiene bucal y los riesgo que conllevaría su pérdida.

Capítulo I: Fundamentos Teóricos de la Investigación

1.1. Marco Teórico

1.1.1. Pérdida dentaria

No poseer una pieza dentaria o más con el tiempo trae como consecuencia una desarmonía oclusal, es así que disminuye la función masticatoria, por lo tanto, provocando problemas funcionales. Las enfermedades digestivas ocurren porque no presentan una buena masticación y deglución de los alimentos. ¹

Los problemas de salud bucal más conocidos es la pérdida de dientes de la población adulta mayor entre ellas tenemos a la caries dental y la enfermedad periodontal, según la literatura han evidenciado que la pérdida de dientes afecta a la calidad de la vida, la fonación, la deglución, la masticación y la vida social. ²

También puede afectar la autoestima y causar alteraciones nutricionales y estéticas.³

En el Brasil en el año 2003 entre la edad de 20 años que representa el 10,3% de la población presentan sus piezas dentarias y en el 2010 aumento al 11,5%. ³

Se realizó una encuesta nacional de salud bucal en Brasil en el 2010, se llegó a la conclusión que los individuos entre las edades de 65 a 74 años tienen en promedio 25.3 dientes ausentes y más de la mitad son destentados total que son un promedio de 53.7%. ³

Existen variadas razones de la pérdida dentaria en primer lugar es la caries dental y la enfermedad periodontal, cuando los pacientes reciben atención odontológica optima se previene y evita. ⁴

En Chile se realizó una investigación en el año 2003, en la que se identificó la prevalencia de edentulismo parcial en una población entre la edad de 35 a 44 años que representaban el 79.7% de la población, por otro lado, las poblaciones entre las edades de 65 años a 74 años tenían un 98.9% de edentulismo parcial, y 29.1% presentaban edentulismo total. ⁴

Se determinó como tratamiento definitivo la exodoncia por los factores de riesgo que presentaba; la poca atención odontológica, deficiente higiene bucal, poco nivel de educación, vivienda en un sector rural y la edad es considerada por que cuando aumenta los años, aparecen varias enfermedades de acuerdo a la edad y el estilo de vida. ⁴

Existen lugares donde hay poca atención dental, es imposible ejecutar un tratamiento integral a los pacientes por las características clínicas y el escaso acceso al lugar, por tal motivo es difícil el cargo del odontólogo. ⁴

Tener una buena salud dental es importante para el bienestar de los pacientes y las personas de la tercera edad presentan mayor peligro de no tener piezas dentarias por lo tanto produciría problemas nutricionales, de deglución y dificultades para comunizarse, poca autoestima, poco interés de ser aceptados en la sociedad, infecciones, problemas en el estado físico y mental. Por consiguiente; trae problemas en la calidad de vida de los pacientes.⁵

1.1.1.1 Etiología de la pérdida dentaria.

La pérdida de las piezas dentarias de manera continua es tomada en cuenta parte del ciclo de vida natural, por esta razón se desarrolla la mayor pérdida de piezas dentarias en pacientes de la tercera edad .¹

Según estudios se ha asociado la pérdida de las piezas dentarias al origen y causa a enfermedades crónicas, problemas de memoria, percepción y solución de problemas de poco nivel de educación, problemas de necesidades primarias, acceso limitado a servicios de la salud, pocos fondos culturales y deficiente higiene bucal. ¹

La pérdida dental no es totalmente parte de la tercera edad, se desarrolla por las condiciones inadecuadas de la infancia, es importante tener estrategias de salud bucal. ⁶

El edentulismo afecta en mayor magnitud a los pacientes, alterando la función masticatoria que es muy importante.⁷

Los factores asociados al edentulismo: biológicamente es importante en la dieta, salud, educación, atención odontológica y programas de salud bucodental. ³

La población presenta mala higiene bucal, por el escaso nivel socioeconómico, el mínimo acceso a los servicios de salud y poca utilización de los servicios de salud. Variadas investigaciones confirman que el edentulismo está asociada con el estado nutricional, la calidad de vida y el género sexual del paciente. ⁸

1.1.1.2 Factores asociados a la pérdida dentaria.

Los factores de riesgo más comunes tenemos a la edad del paciente, grado de educación, nivel socioeconómico, ocupación, sexo, factores sistémicos, endocrinológicos, discrasias sanguíneas, fármacos y mala alimentación. ⁶

En la actualidad el Perú se encuentra relacionado con lo socioeconómico, para un mayor énfasis es importante verificar las últimas encuestas del INEI, las encuestas nos dan otro enfoque de posibles factores asociados a la pérdida dentaria como es el grado de instrucción, ocupación y sexo. ⁶

Al producirse la pérdida de una pieza dentaria, la cresta residual pierde el estímulo para la remodelación ósea por lo que se produce una pérdida de volumen, tamaño y espesor. Esta información no es de conocimiento habitual de los pacientes y los cambios que se producen en la cresta ósea después de realizar la exodoncia en cada paciente. ⁹

La pérdida dentaria es más frecuente en el maxilar inferior que en el maxilar superior, en cuanto a su localización se encuentra en la zona posterior. Por lo tanto, la arcada del maxilar inferior presenta mayor grosor en comparación con la arcada del maxilar superior. ⁹

La variedad de cambios hace posible más difícil la realización de una prótesis implantada soportada y prótesis parcial removibles, porque cuando ocurre una pérdida dentaria, existen cambios en la mucosa oral. ⁹

La encía adherida del hueso alveolar es sustituida por una mucosa poco queratinizada y poco traumática, en el sentido estético la pérdida dentaria es muy importante para el paciente. ⁹

Los cambios en la facie del individuo se producen por la pérdida dental por consecuencia la disminución de la dimensión vertical oclusal, para devolver esta función es primordial realizar restauraciones dentales y confecciones de prótesis dental. ⁹

1.1.2 Causas de la Pérdida Dental

1.1.2.1 Caries dental

La caries dental es una enfermedad progresiva, que se desarrolla en el tejido dentario, cuando existe contacto microbiano, se presenta un desequilibrio entre la pieza dentaria y la placa dental que se encuentra alrededor, con el pasar del tiempo se pierden los minerales de la superficie del diente. Por lo tanto, es el primer signo de la pérdida de los tejidos duros del diente por tal motivo es llamada una enfermedad contagiosa e irreversible.¹⁰

También se puede denominar como una enfermedad infecto contagiosa que se determina por la descomposición de manera avanzada de los tejidos calcificados de las piezas dentarias por este motivo se produce la caries dental que es la pérdida de los componentes de la superficie dentaria en consecuencia se desmineraliza la zona mineral y se disgrega en la zona orgánica, por consecuencia de los microorganismos en la fermentación de los carbohidratos sobre la superficie dental.⁶

La acidez tiene influencia en el desarrollo de caries dental, está asociada a una dieta rica en carbohidratos.⁷

Después que se desmineraliza el esmalte, se observará una mancha color blanco o una mancha parda, posteriormente la caries dental seguirá su progresión continuando en la zona de la dentina en la última fase atacará a la pulpa dental desarrollándose la inflamación posteriormente se llegará a necrosar y finalmente la zona que se encuentra alrededor del ápice se inflamará por lo tanto ocasionará una infección periapical.⁷

Definir la caries dental ha tenido muchas controversias, el primer concepto definido fue por Miller en el año 1980, que fue aceptada por el consenso de profesión en el ciclo XX.¹¹

Se experimentó in vitro la caries dental en piezas dentarias de personas que sus dientes fueron extraídos y también en animales, finalmente se encontraron buenos resultados. Se reconoció a las bacterias como el *Streptococcus mutans* que dan origen a esta enfermedad que es la caries dental.¹¹

La organización mundial de la salud define la caries dental que es de evolución patológica, localizado, que se origina después de la erupción dental, es como el reblandecimiento del tejido duros de la cavidad bucal.¹⁰

Según la OMS, no se diagnostica una lesión cariosa a las manchas blancas, también aquellas que tienen un color tiza, puntos rugosos y cambios de color, fisuras que se encuentran en la superficie del esmalte que se adhiere al explorador que no se observa en el interior un área de color blanco.¹⁰

1.1.2.2 Epidemiología

La Organización Mundial de la salud en el año 2003, ejecutó un reporte sobre cómo se encuentra la salud oral, en donde señala que la caries dental daña en gran cantidad a los países industrializados en un 60 a 90 por ciento en infantes que ingresan a la escuela e incrementando en la población adulta, llegando a la conclusión que es más prevalente y riguroso en la población de los países latinoamericanos y asiáticos; por lo tanto en países africanos es poco prevalente y riguroso.¹¹

Se realizó un estudio en el año 2000 que se desarrolló por la Organización Mundial de la Salud; tomando en consideración el índice de CPOD, se llegó a la conclusión que existe más prevalencia de caries en niños 12 años por lo tanto presenta un grado muy alto en América Latina.¹¹

La epidemiología presenta cambios a nivel mundial, según la realización de diversos estudios indican que se encuentra mayor al 90 por ciento, pero según la Organización Mundial de la Salud la prevalencia a nivel global es la caries dental teniendo un 95%, para llegar a esta conclusión se dividió en grupos dependiendo de la edad niños de 12 años y adultos entre las edades de 35 a 44 años.¹¹

Mukashyaka en el año 2015, ejecutó un estudio que determinaba el tratamiento de caries dental en un centro de salud, en el cual se llegó a la conclusión que un 97.6% habían presentado exodoncias dentales por el motivo de la caries dental y un 74.9% a causa de pulpitis crónica.¹²

Varios estudios de epidemiología de la caries dental, se elaboraron en países asiáticos como lo explica Joel en el año 2015, para cual determinó la prevalencia y avance de la caries dental en 992 pacientes que tenían entre 12 a 15 años, se llegó

a la conclusión 34.3% y 46.7%; consecuentemente, presentaban caries dental mientras que el avance de la caries fue de 0.8 en los 12 años de edad y 1.2 en los 15 años de edad. ¹³

Se realizó una investigación en china en el año 2015, lo realizaron Xioa, Zhang y Xu en el cual se realizó en pacientes que presentaban fisuras en la cavidad bucal en lo que se observó que la prevalencia de caries dental en esta zona, se llegó a la conclusión que aumenta por la edad de los pacientes que presentaban una fisura bucal; por lo tanto no existe una diferencia entre la dentición decidua y dentición permanente. ¹³

Se ejecutó un estudio en adolescentes entre las edades de 15 a 19 años, que presentaban variadas razas que fue ejecutado en Brasil en el 2015; se llegó a la conclusión de un índice de 9.2, la menor parte era de raza blanca, mientras tanto se consideró como factor de riesgo a la educación de la salud oral. ¹⁴

Álvarez L. y col (Uruguay:2015), encontraron un CPOD medio de 15.2 para pacientes entre las edades de 34-44 años y de 24.1 para los pacientes de 65-74 años en una población de 769 personas. ¹⁵

En Medellín en el año 2013, se llegó a la conclusión que la caries dental fue de 11, que aumento según la edad del paciente, se obtuvo una prevalencia del 72.1% por lo que se necesitó la implementación de programas sobre la salud bucal, con mayor énfasis a la población adulta. ¹⁶

En Perú en el 2013; se realizó un estudio sobre el perfil epidemiológico de la caries dental e higiene oral, por lo que se revisó a una población escolar se llegó a la conclusión de un ceod en preescolares de 4.1 y en las mujeres con caries de 4.2, por lo tanto, presenta asociación en el índice de cepod con el aprendizaje y prácticas de los padres de familia. ¹⁷

1.1.2.3 Factores Etiológicos

El origen de la caries dental necesita de muchos factores entre ellas, encontramos a la flora bacteriana, la dieta y el tiempo. Cuando la superficie de la raíz está comprometida con el medio bucal, la saliva tiene contacto directo con el cemento radicular. ⁷

El cemento radicular presenta una zona rugosa y sus fibras de colágeno se descomponen cuando están al aire libre por lo tanto; dejan más propensas al ingreso de bacterias. ⁷

A todos los factores se implementa la mala higiene bucal, con el pasar de los años, se presentará las lesiones cariosas en la zona radicular, hay que recordar que el cemento radicular con la dentina por ser menos mineralizadas que el esmalte, presenta un pH de 6.0 a 6.5 que es muy elevado y la desmineraliza comienza rápidamente. ⁶

La caries dental comienza en la zona del esmalte; puede darse en la corona o en la zona radicular, se destruye la zona del esmalte hacia el interior de las piezas dentales. La pulpa inflamada produce el dolor en consecuencia se puede producir periodontitis y flemones. ⁷

1.1.3 Clasificación de la Caries Dental

La caries dental se ha distribuido de diferentes maneras algunas de estas son.¹¹

1.1.3.1 Localización Fosas y Fisuras

Se manifiestan en las áreas oclusales, en caras vestibulares y linguales de molares. En la zona de fosas y fisuras son más susceptibles a tener caries dental porque interiormente es delgada es así que admite la presencia de observarse la dentina; por tal motivo se encuentra restos de los alimentos, es así que se forma la descomposición de los alimentos y el escape de los ácidos.¹¹

Las características principales de las fosas y fisuras presentan un tono pardo o negro, a menudo es dificultoso de ubicar en su estadio inicial, porque embriológicamente la desmineralización comienza cuando se observa una mancha color blanco, aparece en las zonas de las paredes que desarrollan las fisuras que puede pasar desapercibido por el odontólogo, por lo tanto, en algunas ocasiones se logra ver una opacidad en los contornos de la fisura por la desmineralización del esmalte .¹¹

1.1.3.2 Localización Superficies Lisas

Se forma en las zonas proximales de los dientes, también se desarrolla en vestibular y lingual en el tercio gingival, es muy difícil que se halle en diferentes áreas, por lo

tanto, cuando ahí dientes en mala posición o mal formación por la técnica de cepillado. ¹¹

1.1.3.2.1 Según las zonas que conforman:

Simples: Son aquellas que comprenden un área dentaria. ¹⁷

Compuestas: Son aquellas que comprenden dos áreas dentarias. ¹⁷

Complejas: Son aquellas que comprenden más de tres áreas dentarias. ¹⁷

1.1.3.2.2 Según el tipo de Lesión

Lesión Primaria: Se forma en zonas que no presentan ninguna lesión. ¹⁷

Lesión Secundaria: Se forma alrededor de las restauraciones; en su mayoría presentan bordes rugosos, fracturas, restauraciones mal colocadas tienen problemas en unión con el material restaurador son mal colocados por este motivo no presentan una buena adhesión. ¹⁷

1.1.3.2.3 Según su profundidad

Lesión no cavitaria: Se descompone la zona del esmalte dental, sin formar una cavidad. ¹¹

Lesión superficial: El fondo demarca al esmalte dentario. ¹¹

Lesión moderada: Aparece poco en la dentina. ¹¹

Lesión profunda: El avance progresivo tiene contacto con la dentina. ¹¹

Lesión profunda sin compromiso pulpar: Perjudica ala dentina que se encuentra cerca a la pulpar. ¹¹

Lesión profunda con compromiso pulpar: Adquiere poca exposición de la pulpa. ¹¹

1.1.3.2.4 Según la velocidad de progresión:

Lesión aguda: Se presenta clínicamente cuando involucra la dentina o elaborar daño a la pulpa, usualmente se presenta en niños y adultos es una lesión avanza velozmente. La forma de la dentina es de color amarillo; por lo tanto existe un dolor. ¹⁷

Lesión crónica: Esta lesión avanza pausadamente; por lo tanto existe un daño pulpar más lento, en comparación con la lesión aguda. La dentina con caries es de color pardo oscuro y no existe dolor.¹⁷

1.1.4 Clasificación Según su Causa Dominante

1.1.4.1 Caries radicular

Son denominadas como lesiones avanzadas que se localiza en el cemento y la dentina, por lo general es una clase de caries que se desarrolla por el trabajo de la placa bacteriana y la microflora bucal origen de la retracción gingival por motivo del incremento de la edad, se produce lesiones periodontales.¹⁸

Se manifiesta en una lesión crónica gradualmente que se desarrolla en forma lenta. En la mayoría de casos se encuentra protegida por una superficie de biofilms. Conforme progrese la lesión, se contemplará de un color pardo y debilitada la dentina .¹¹

Para poder diagnosticar; se necesita la inspección visual y la exploración también se realiza una prueba radiográfica para localizar la caries radicular en que zonas se encuentra ya sea en mesial o en distal .¹¹

1.1.4.2 Caries Rampante

Se presenta mayormente de forma blanca y de una tonalidad amarillenta, con una progresión rápida perjudicando a todas las piezas dentarias, en algunos casos dañando la pulpa. Esta clase de caries se percibe con grande continuidad y con un mayor avance en niños primordialmente entre las edades de 2.5 a 3 años de edad.¹⁸

Es aquella lesión cariosa que progresa de manera apresurada, es enormemente aguda, causa daño a las piezas dentarias y las zonas de la superficie dentaria no son propensos a la caries dental. ¹¹

Se caracteriza por su evolución, por el motivo que la pulpa dental es incapaz de cuidarse, que podrían ocasionar daños a los tejidos. ¹¹

Se pueden apreciar lesiones blancas, lesiones amarillas y lesiones amarillas oscuras en todas las edades, pero con mayor frecuencia en niños de 4 y 8 en casos nuevos. Mayormente pueden impactar en la dentición decidua hasta principios de la adolescencia. ¹¹

Se consideró factores del origen y causa de la enfermedad, lo fundamental es el entorno familiar como la dieta, la alimentación, El uso inadecuado de una buena higiene bucal y el cuidado que se realiza a las piezas dentarias. ¹¹

1.1.4.3 Caries al primer molar permanente

La primera pieza dentaria en erupcionar es la primera molar permanente por lo tanto es más susceptible a presentar caries dental por no realizarse una buena higiene bucal, promoción y prevención de la salud oral. ¹¹

1.1.5 Enfermedad periodontal:

La enfermedad periodontal forma un grupo de estados de inflamatorias de los tejidos del soporte de las piezas dentarias; que es producida por bacterias. En estudios realizados en la actualidad, el conocer el inicio de las enfermedades periodontales ha logrado avances notorios, se considera que la periodontitis se da por motivo del biofilms dental.¹⁹

Esta patología es determinada por la inflamación posteriormente el deterioró del ligamento periodontal y la ausencia del tejido óseo de soporte. El origen comúnmente es el biofilms y traumas de la oclusión, se puede desarrollar lenta o rápidamente el avance de la enfermedad. ⁶

1.1.5.1 Etiología de la Enfermedad Periodontal

El intermediario del origen principal de la enfermedad periodontal es la gran cantidad de bacterias patológicas y de los componentes que se encuentran en la encía marginal lo que conllevaría a la tumefacción sin explicación. ¹⁹

Aunque estos patógenos son indispensable para desarrollarse la periodontitis por lo que la aparición no es tan importante para desarrollar la enfermedad. ¹⁹

Se ha identificado ampliamente la labor de la microflora subgingival en el origen de la periodontitis crónica. Variados estudios han confirmado la semejanza en los periodontos patógenos y se ha hallado en los individuos que presentan la periodontitis crónica lo tienen; por lo tanto presentan microorganismos diferentes como son Porphyromona gingivales, aggregatibacter actinomycetemcomitans, tannerella forsythensis, eikenella corrodens, campylobacter rectus, peptoestreptococo micros, treponema denticola y la prevotella intermedium. ²⁰

Por este motivo en el área odontológica se promueve el desarrollo de procedimientos a los pacientes con dificultades de una higiene bucal para así recuperar la función, la estética y la armonía del sistema estomatognático. ²¹

Asimismo; en las zonas subgingivales de los individuos que presentan periodontitis crónica, se ha hallado diferentes microorganismos como son los bacilos entéricos gran negativos. ²⁰

Por lo tanto; la continuidad de esta patología también es variada. En general lo conocido sobre la formación microbiana de la placa subgingival se formó en estudios ejecutados en Europa y Estados Unidos por lo tanto; en países como Latinoamérica es poca la información. ²⁰

1.1.5.2 Etiología de la Periodontitis y la pérdida dentaria

El avance de la enfermedad periodontal causa la ausencia dentaria como resultado existen estudios de nuevas enfermedades que no consideran la prevalencia del avance de la enfermedad, los pacientes que desconocen el origen causal de la enfermedad son más susceptibles a presentar periodontitis y posteriormente la ausencia dentaria. Por otra parte; existen pacientes que se rehúsan a conocer el origen y causa para poder así prevenirla. Por consiguiente, todo esto está asociada a las causas de la ausencia dentaria. ⁵

Fundamentalmente trae como desenlace; la aparición de la periodontitis como motivos de la exodoncia de las piezas dentarias de pacientes que presentan dentición permanente y las exodoncias múltiples de piezas dentaria que es llamado también despeje dentario total. ⁵

Por lo tanto; las lesiones cariosas son la causa principal de las exodoncias en los casos del despeje dentario en su totalidad. Las razones que causan la ausencia dentaria son comúnmente; la higiene bucal deficiente, el tabaco, estrato socio económico. ⁵

Es difícil poder explicar la pérdida dentaria relacionada con la prevalencia de enfermedad periodontal; se evalúa el problema asignando a la población, con mayor énfasis a la agrupación de pacientes de la tercera edad. Se debe incorporar la información dada en los datos de la ausencia dentaria, se toma en cuenta de mala manera la existencia y consecuencias de la enfermedad. ⁵

1.1.5.3 Factores de Riesgo de Periodontitis

Las patologías son de origen y causa multifactorial por lo tanto; cuando se indaga la asociación de la causa. Se determina la relación entre la explicación del origen, causa del agente y lo que produce debe ser debatida por qué no se desarrolla de igual manera en los casos.⁵

La mayoría de los casos, las enfermedades son de tipo infecciosa, se determina por que deben presentar características para desencadenar enfermedades. Los microbios mayormente no producen signos y síntomas determinantes de la enfermedad.⁵

1.1.6 Traumatismo:

Las piezas dentarias en su formación habitual, están en protrusión como las fosas nasales, el mentón por el tanto es susceptible a tener accidentes. Los pacientes con edad avanzada que tienen un pequeño golpe provocarían una fractura de las piezas dentarias, coronas dentales y la raíz de las piezas dentarias endodonciados son mayormente fracturadas fácilmente.⁶

La fractura dental tiene un tratamiento por lo tanto; existes causas relacionadas como es la edad de los pacientes que mayormente se realizaría la extracción de la pieza dentaria que ha sido accidentada .⁶

1.1.7 La Edad

Las pérdidas de las piezas dentarias con la edad presentan variados cambios una de ellas es la relación de adultos edéntulos que presentan una considerable disminución por lo tanto; los pacientes desdentados que necesitan atención aumentan por esta razón la necesidad de tratamiento del edentulismo parcial. La disminución de la ausencia dentaria se debe al método preventivo de la fluorización de las aguas que un 62 % de americanos la utilizaron, es así que disminuye la aparición de caries dental y por lo tanto la perdida dentaria.⁹

Por lo tanto, investigaciones recientemente realizadas muestran que los pacientes protegen más sus piezas dentarias, hoy en día los pacientes edéntulos parciales son en un promedio de 71.5% entre las edades de 65 a 74 años de edad y un alto grado de porcentaje indica que los dientes más ausentes son los primeros molares

seguido de los segundos molares y el maxilar más edéntulos es el maxilar mayormente.⁹

1.1.8 Clasificación de la Caries según Índices

1.1.8.1 Clasificación de Black

Black clasificó la caries dental fundamentándose por el origen y el tratamiento, mediante estas normas; las lesiones cariosas se catalogaron en dos agrupaciones.¹¹

Grupo 1: fosas y fisuras lesionadas.¹¹

Grupo 2: áreas lisas lesionadas.¹¹

Se dividió el grupo 1 en una clase y el grupo 2 en cuatro clases:

Clase 1: Fosas y fisuras lesionadas en las zonas oclusales de molares y premolares los 2/3 oclusales de las zonas vestibulares y palatina de molares y de zonas palatinas de los incisivos.¹¹

Clase 2: Zona proximal que es la mesial y distal de molares y premolares lesionadas.¹¹

Clase 3: Zona proximal que es la mesial y distal de piezas dentarias anteriores lesionadas.¹¹

Clase 4: Zona proximal de piezas dentarias anteriores con atribución en el angulo incisal y también que necesite la eliminación de la lesión.¹¹

Clase 5: Zona vestibular y palatina o lingual de las piezas dentarias anteriores y posteriores presentan lesiones en el tercio gingival.¹¹

1.1.8.2 Índice MOUNT Y HUME

Se determinó el índice de Mount y Hume en un método de cavidad que asocian la posición, la medida y el cuidado.¹¹

Identificar tres situaciones: fisuras y puntos, zonas de contacto y zonas cervicales.¹¹

La dimensión de la lesión es determinada como: lesión primaria con oportunidad de una remineralización, lesión de la caries dental más allá de la

remineralización, lesión cariosa grande con fractura de la cúspide por el motivo de la caries dental y ausencia del borde incisal o la cúspide. ¹¹

1.1.9 Edentulismo

Se denomina al edentulismo como la ausencia total de las piezas dentarias de los dos maxilares; la pérdida avanzada de las piezas dentarias definimos como la pérdida de más de nueve dientes permanentes por otra parte la dentición funcional es la aparición de 21 piezas dentarias que se necesitan para una masticación óptima.²

La Organización Mundial de la Salud lo considera como un resultado para una correcta salud dental, a las piezas dentarias restantes que posee cada individuo, es importante la relevancia de las pérdidas de las piezas dentarias en adultos mayores y lo que trae como desenlace la pérdida de dientes en ancianos y sus factores de riesgo.²

La Organización Mundial de la Salud (OMS); toma como indicador y dato esencial para la vigilancia de la salud bucal, al número de dientes restantes que tiene la persona es por ello que hace un énfasis al impacto de la pérdida.²

Conceptualizamos al edentulismo como un daño, cambia enormemente en todo el mundo, observándose múltiples factores entre ellos formas de cultura, estilo de vida y salud de los individuos. ³

En Brasil la pérdida dental es una dificultad de salud pública como una gran prevalencia e impactos negativos en la vida de los pacientes, a pesar que se tiene un sistema preventivo y rehabilitadora con altas tecnológica, orientada a la promoción de la salud dental. ³

Podemos determinar al edentulismo parcial o total no traumático como la ausencia dental en su mayoría se da por enfermedades infecciosas; tales como la caries dental, la parotiditis y enfermedades periodontales; contacto con sustancias tóxicas, el tabaco, medicamentos, factores del metabolismo como la enfermedad de Paget y osteoporosis con afectación maxilar y problemas como el bruxismo. ²²

Es la ausencia completa e incompleta de los dientes, su primordial razón es caries dental, la periodontitis crónica, fracturas radiculares, mala higiene oral y el grado socio demográfico. ⁸

La ausencia dental presenta como resultado el cambio del sistema estomatognático; que trae como consecuencia una imperfección en la función masticatoria, causando daño al estado nutricional, la salud y su condición de vida.⁸

También se le determina como un estado de salud bucal, se debe a la ausencia de piezas dentarias, se desarrolla por la caries dental y la enfermedad periodontal. Se clasifica en edentulismo parcial y total.²¹

La pérdida dental cambia la función del sistema estomatognático; la masticación, la fonética y la estética. En la función masticatoria interviene una alteración en la dieta por parte de los individuos, forzando al cambio de la alimentación se tendría que consumir alimentos de consistencia blanda.²¹

Por lo tanto; el área de la odontología rehabilitadora se encarga de desarrollar los procedimientos a los individuos con problemas con cualquier grado de dificultad recuperando la función, estética y armonía del sistema estomatognático por el uso de prótesis parcial, fija y totales para reemplazar los dientes perdidos, buscando una buena oclusión; ahí prótesis mal colocadas o malogradas por tanto tiempo en la cavidad bucal, se llega a imposibilitar el consumo de alimentos de forma correcta, formando a si perjuicios estomatológicos. Es importante para mantener y mejorar la salud de la cavidad bucal de los individuos porque esto mejora la calidad de vida.²¹

Se menciona al edentulismo parcial y total por la ausencia de unas piezas dentarias o a la ausencia total, por este lado las características de los individuos son dañada afectando la calidad de vida presentando así problemas en el habla, comer y sonreír, sobre todo en la parte estética.⁴

Generalmente; el edentulismo se desarrolla en la tercera edad y presentan varias causas.²²

Por lo tanto; se debería tomar en cuenta la ausencia dental en diferentes etapas según su severidad: el edentulismo primordial comparado con otros estudios; la pérdida avanzada de piezas dentarias que daña de forma inmediata los años de la vida (AVAD), es un caso habitual que relaciona los efectos de varias patologías, afecciones y factores de riesgo en el bienestar de la ciudad y la ausencia de dentición funcional es un problema desarrollado por la Organización Mundial de la Salud.²

1.1.9.1 Clasificación del Edéntulo Total o Parcial:

La clasificación de Kennedy tomada en cuenta por Dr. Edward Kennedy en el año 1925 en la cual dividió los maxilares parcialmente sin piezas dentarias en cuatro tipos básicos, posteriormente propuso cambios; las zonas sin piezas dentarias que tenían cambios con las clases básicas; eran similares que la clasificación de Bailyn y Skinner. Se juntó los maxilares incompletamente desdentados para disponer principios que posibiliten el diseño de cada caso.¹⁸

1.1.9.2 Clasificación de Kennedy

La clasificación de los maxilares parcialmente sin piezas dentarias, se usó la propuesta por Kennedy que las determina en diferentes clases. ⁹

Se colocó dos categorías la del desdentado y dentado total que no estaban dentro de la clasificación de Kennedy original. ⁴

Clase 1: zona sin piezas dentarias en ambos lados en sentido posterior de las piezas dentarias normales. ⁹

Clase 2: zona sin piezas dentarias en un lado en sentido posterior a las piezas dentarias. ⁹

Clase3: Zona sin piezas dentaria en un lado con piezas dentarias anteriormente y posteriormente de la zona sin piezas dentarias. ⁹

Clase4: zona sin piezas dentaria en un lado que pase la línea media del maxilar y anteriormente a las piezas dentarias. ⁹

Clase 4: área edéntula única bilateral (que atraviesa la línea media), anterior a los dientes naturales remanentes. ⁹

Desdentado Total: Se tomó en cuenta cuando una persona no tenía ningunas piezas dentarias en los maxilares examinados. ⁴

Dentado total: Se tomó en consideración a pacientes que tenían 28 piezas dentarias en la cavidad bucal, no se consideró los terceros molares. ⁴

El beneficio de este sistema, nos da a conocer rápidamente el maxilar parcialmente sin piezas dentarias y diferenciar las prótesis soportadas por dientes de las soportadas por dientes y mucosa. ⁹

Los odontólogos han tomado este sistema por el diseño de las dentaduras parciales porque se asocia la arcada con el diseño que se necesita para confeccionar la prótesis. Por lo tanto; se pueden superar los problemas en el diagnóstico, plan de tratamiento y formación de las restauraciones. ⁹

Reglas de Applegate para la aplicación de la clasificación de Kennedy:

Se realizó ocho reglas fundamentales para poder realizarlo de manera más eficaz ante toda situación que se efectuará .⁶

Regla 1: Se realizará después y no antes de las exodoncias de las piezas dentarias que cambiaría la clasificación original. ^{6,9}

Regla 2: No se tomará en cuenta si no se encuentra presente el tercer molar y no será sustituido. ^{6,9}

Regla 3: Se encuentra un tercer molar y se tomara en cuenta como pilar se le considerara en la clasificación. ^{6,9}

Regla 4: Si se encuentra ausente un segundo molar y no es sustituido por lo tanto no se considerará en la clasificación. ^{6,9}

Regla 5: Las zonas sin piezas dentarias más posterior es la que define la clasificación. ^{6,9}

Regla 6: Las zonas sin piezas dentarias diferentes de las que se realiza la clasificación se establecerá alteraciones y son llamadas por una numeración. ^{6,9}

Regla 7: Se toma en cuenta el aumento de las áreas sin piezas dentarias adicionales y la extensión de las transformaciones no se considera. ^{6,9}

Regla 8: No existen alteraciones en los arcos de la clase IV. ^{6,9}

1.1.10 Higiene oral

La limpieza dental es el bienestar de las piezas dentarias, encías y cavidad bucal para poder evitar las patologías de la boca. El éxito de una óptima limpieza dental proporciona el uso del cepillo dental, uso del hilo dental y obtener una protección dental de forma continua. ²³

Las piezas dentarias en buenas condiciones tienen poca caries dental y poseerlos en buenas condiciones trae como consecuencia deficiente placa bacteriana por lo

tanto; se debe considerar las encías en buen estado presentar las siguientes características como es el color rosado y firmes cuando las piezas dentarias están en óptimas condiciones. ¹⁰

Por esta situación la limpieza dental determina el entorno correcto para tener una adecuada higiene bucal porque desecha los residuos de alimentos de la cavidad bucal previniendo la halitosis y formando el confort en la boca, perfeccionando la estética y la calidad de vida de los pacientes por lo tanto; simboliza de manera óptima una excelente higiene bucal porque advierte de las patológicas orales más comunes entre ellas es la enfermedad periodontal y la caries dental. ^{24,25}

La cavidad bucal es habitada por variados microbios, con el paso de los años se alojan bacterias en la capa de las piezas dentarias y tejidos blancos desarrollándose el biofilms al comienzo no es dañino para las piezas dentarias por lo tanto; se empleará complementos que nos favorecen para evitar resultados negativos. ^{24,25}

1.1.11 Índice de higiene oral

La óptima limpieza dental se toma en cuenta por la cantidad y presencia del biofilms mediante el índice de higiene oral que nos da a conocer la magnitud de la higiene bucal. ^{24,25}

Se examina el biofilms dental de varias formas una de ellas es el examen químico es aquel que ataca al agente causal y el examen mecánico es aquel que ataca al agente causal y a la habita natural. ^{24,25}

La existencia del biofilms y las patologías periodontales presentan asociación esto trae como consecuencia la presencia de variadas formar para medir el grado de deficiencia de la higiene bucal. ^{24,25}

1.1.11.1 Índice de higiene oral simplificado

El Índice de higiene oral de Greene y Vermillion propuesto en el año 1960 que antes fue llamado como el nombre de Índice de Higiene Oral Simplificado que se realizó por la variación del examen realizadó y reduciría el tiempo necesitado. ²⁶

En este índice se inspeccionada solo seis zonas dentarias de la totalidad de zonas anteriores y zonas posteriores de la boca. ²⁶

Las zonas dentales que se examinaron fueron: las vestibulares del primer molar superior derecho, el incisivo central superior derecho, el primer molar superior izquierdo, también las zonas linguales del primer molar inferior izquierdo, primer molar inferior derecho e incisivo central inferior izquierdo.²⁶

Se desarrolla en basándonos en dos principios la cantidad de detritus orales y la cantidad de placa bacteriana, calculo dentaria y restos de alimentos, en este índice los restos de alimentos se toman en consideración así sean suaves y duros se examinan en los lugares vestibulares y linguales de seis dientes elegidos.²⁷

El resultado se obtiene mediante la media de los detritus bucales, se realizó contando los valores hallados y dividiendo entre las zonas examinadas.²⁸

Para hallar la media del cálculo dentario se utilizó el mismo método en conclusión el IHOS; que es la suma del promedio de los detritus bucales y el cálculo de las piezas dentarias para llegar al grado en que se encuentra se debe seguir esta escala: Excelente 0, Bueno 0.1 a 1.2, Regular 1.3 a 3.0 y Malo 3.1 a 6.0.²⁸

1.1.11.2 Índice de CPOD

Klein y colaboradores introdujeron en 1938 el índice COP como una medida de experiencia acumulativa de caries en la dentición permanente y temporal. Es así como la ocurrencia de caries se describe en términos de piezas dentarias cariadas, obturadas o perdidos (COPD) o superficies dentarias (COPS), y correspondientemente en la dentición primaria o temporal como coed o coes.¹¹

Es importante el índice para conocimientos del predominio en la odontología, este sistema es reconocido por la Organización Mundial de la Salud, se logra alcanzar el promedio de lo conseguido de cada paciente de las piezas dentarias permanentes, ya sea cariados, ausentes por la caries dental y obturado también se logra introducir las exodoncias por caries dentales imposibles de restaurar de los pacientes evaluados.¹¹

Tomando en consideración la ausencia dentaria es complicado establecer las causas de la caries dental; por tal motivo existen equivocaciones con el tema de su uso que se debe tomar en consideración:¹¹

Las piezas dentarias que esta obturada y con caries dental, se toma en cuenta en el diagnóstico más grave.¹¹

La pérdida dentaria se toma en cuenta, cuando no está presente en boca después de 3 años de la erupción habitual. ¹¹

Luego de la edad de 25 años la tercera molar no se visualiza, se le considera como ausente por el motivo que no existe incidencia de la extracción.¹¹

La restauración por medio de corona se considera diente obturado. ¹¹

Según la Organización Mundial de la Salud determina el Índice de Cpod en la dentición permanente en individuos de los 12 años de edad en adelante, como un determinante de la salud bucal de una población, por lo tanto, de acuerdo con el puntaje obtenido presenta niveles según su gravedad: Muy Bajo 0.0 a 1.1, Bajo 1.2 a 2.6, Moderado 2.7 a 4.4, Alto 4.5 a 6.5, Muy Alto más 6.6. ²⁹

Ventajas del CPOD:

Las ventajas del uso es la manera simple presenta un valor su aplicación, tiene un sencillo uso para poblaciones de gran tamaño, se emplea de manera global para calcular la cronología de la caries dental, promueve la relación en consecuencia y la búsqueda de lo nuevo de las patologías por medio del espacio del tiempo, que se desarrolla en variados países. ³⁰

Su uso es de manera sencilla, la adaptación de su utilización, el fácil uso para grandes comunidades por lo tanto es muy practicada en poblaciones grandes.¹¹

Posee mayor uso generalmente para medir la historia de la caries por lo tanto; favorece la contraposición del desenlace.¹¹

Ha sido el más utilizado universalmente para la medición de historia de caries y esto posibilita la comparación de resultado y el control de la patología por el transcurso de los días y en variados lugares del mundo. ¹¹

Por lo tanto; se utiliza este índice que medirá la cronología del presente y pasado de las caries dentales de las personas o de la localidad. ³⁰

Por consecuencia; se presenta por medio de la sumatorias de las piezas dentarias con caries dental, piezas dentarias ausentes por el motivo de la caries dental y obturadas por tanto; se determinará por medio una escala 0 a 32; en una determinada población se tendrá mediante la media. ³⁰

Desventajas del CPOD:

Los datos que tenemos no están asociados con las piezas dentarias con algún problema por lo tanto; se deberá tomar en consideración la edad.¹¹

El índice de CPOD presenta el mismo valor a las piezas dentarias inexistentes, presentan caries dental sin un tratamiento y las piezas dentarias con buenas restauraciones.¹¹

El valor del índice puede dar a conocer a la lesión cariosa por el motivo de la prevención de las restauraciones. Se podría llegar a la conclusión de un resultado erróneo con las restauraciones dentales por motivos de la estética, no obstante, el índice no toma en consideración las piezas dentarias selladas.¹¹

1.1.11.3 Índice Gingival Simplificado de Ainamo

La hemorragia gingival es la principal característica de la enfermedad periodontal, por delante antes que suceda el cambio de color, textura o forma. Se emplea para la localización de síntomas iniciales de la gingivitis, el sangrado en algunos casos se detecta en lugares superficialmente sanos.³¹

La finalidad de este índice es apoyar el pronóstico de la culminación del tratamiento periodontal, si se encuentra inexistente y si se encuentra asociado con la disminución de la placa bacteriana e inflamación gingival también si presenta opciones que la enfermedad periodontal avance son mínimas.³¹

El índice gingival simplificado o llamado también índice de hemorragia gingival descrita por Ainamo y Bay en 1975.³²

Tiene por finalidad incluir la gingivitis y el nivel de severidad que se obtiene por medio de este análisis, se realizó mayormente para estudios personales o una cantidad mínima de personas, en general es más apropiado los índices que emplean la hemorragia o sangrado como principio básico.³²

Cuando se obtiene un sangrado positivo se encuentra asociado que existe una función inflamatoria en la profundidad de la bolsa periodontal, en este índice solo se evalúa el sangrado tras el sondeo sin establecer su magnitud, para poder ejecutar este índice, se necesita un espejo bucal y una sonda periodontal, se procederá a

examinar si los cuadros puntos evaluados sangran al realizar el sondeo periodontal o si no sangran al realizar el sondeo periodontal. ³²

La afectación por gingivitis se establece por un porcentaje que se obtiene dividiendo la cantidad de zonas que sangran al realizar el sondaje por el número de zonas dentarias inspeccionadas y multiplicando el resultado por cien, el índice mencionado solo se aplica a nivel individual de cada paciente. ³²

1.1.11.4 Índice de Ainamo

Se le denomina índice de CPITN por sus siglas en inglés Community Periodontal Index Treatment Needed, también llamado índice Periodontal de necesidades de tratamiento de la comunidad, que fue desarrollado por Ainamo en 1982, es muy usado por encuestas de la población y de manera individual. ⁵

Es aprobado por la Federación Dental Internacional (FDI) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). ⁵

Se realizó de la siguiente manera la boca se separa en seis sextantes, evitando los caninos permanentes, no considerándolos las terceras molares. La revisión se ejecuta en estas piezas dentarias: 1.7- 1.6; 1.1; 2.6-2.7; 3.6-3.7; 3.1; 4.6-4.7. ⁵

Para la ejecución de este índice se utilizó una sonda periodontal por lo tanto; la Organización Mundial de Salud, considera si estas piezas dentarias no están, se evaluará la totalidad de las piezas dentarias del sextante, para luego proceder a apuntar la calificación de las piezas dentarias que fueron más dañadas. ⁵

Para este índice se utilizó con la ayuda de una sonda periodontal por otro lado la Organización Mundial de la Salud, indica que si estos dientes no están presentes, se examinan todos los dientes del sextante, anotando la puntuación del diente más afectado. ⁵

1.1.12 Técnicas de Cepillado

1.1.12.1 Técnica de Fones

Es la técnica más usada, se utilizó de la siguiente manera las cerdas del cepillo dental se ponen en la zona de las piezas dentarias, las piezas dentarias de la zona superior se deberán cepillar haciendo movimientos de rotación hacia la parte de abajo y las piezas dentarias inferiores se cepilla moviendo el cepillo dental hacia la zona

de arriba, de tal forma los lados de las cerdas dentales cepillen la encía como las piezas dentarias haciendo un desliz de forma de arco. Las piezas dentarias premolares y molares se limpian realizando movimientos de vaivén de frotación sobre las zonas del diente. ⁵

1.1.12.2 Técnica de Bass

Para ejecutar esta técnica el cepillo dental se posiciona sobre el surco gingival en una angulación de 45 grados en relación con el vértice de la pieza dentaria, luego las cerdas del cepillo dental se oprimen ligeramente para que entre en el surco gingival. Se aconseja 10 movimientos presionando en la zona donde se realizó. ³³

1.1.12.3 Técnica de Bass modificado

Se desarrolla ubicando las cerdas del cepillo dental encima de la encía dental en una posición de 45 grados, las cerdas del cepillo dental deben estar en contacto con la zona dental y la encía dental, el cepillado deberá ser ligeramente suave, la zona dentaria tomara de dos a tres piezas dentarias haciendo actividad giratoria hacia adelante y atrás. ³⁴

Luego se realizara movimientos en el cepillo dental en asociación de dos a tres piezas dentarias luego se realizara nuevamente, se usará un Angulo de 45 grados para que tener contacto con la zona dental y la encía dental. ³⁴

El uso del cepillo dental se realiza despacio realizando agitaciones en forma de circular consecutivamente realizar agitaciones de adelante hacia atrás en la zona interna luego colocar el cepillo en forma recta en la zona posterior de los dientes de la parte anterior. ³⁴

Se realiza agitaciones hacia la zona de arriba y abajo, se tomará en cuenta la zona de adelante del cepillo para luego colocarlo en la zona masticatoria y realizar agitaciones leves en sentido de adelante y atrás, se debe tomar en cuenta el cepillado dental de la lengua en sentido anterior y posterior para una óptima limpieza de la lengua, así desvanecer las bacterias que conforman la halitosis dental. ³⁴

1.1.12.4 Técnica de Stillman

En esta técnica se posiciona el cepillo dental con los lados de las cerdas en los lados de sus puntas en posición de reposo, se comienza sobre la zona cervical de

las piezas dentarias y de las encías dentales juntas es así que desarrolla en sentido apical una angulación oblicua de 45 grados con mayor eje en las piezas dentarias.³⁴

El cepillo dental se posicionada en la zona más alta que en otras técnicas usadas, se realiza movimientos de agitación con el que se moverá hacia la zona coronal moviéndola en forma vertical, efectuando la limpieza de la encía hacia la corona. ³⁴

Se desarrollará mayormente los lados de las cerdas dentales, así prevenir que ingresen al surco gingival, está considerado para la higiene del área con recesión gingival y exposición radicular.³⁴

1.1.12.5 Técnica de chárter

Se utiliza el cepillo dental con las cerdas dentales en dirección hacia la corona, en una angulación de 45 grados siguiendo el eje de las piezas dentarias. ³⁴

Las cerdas del cepillo dental no ingresan al surco gingival por lo tanto; logran ingresar las zonas interproximales, teniéndolo ahí se realiza movimientos de agitación para una buena higiene. Es conveniente en individuos con patologías periodontales y que no presentan puntos de contacto de las piezas dentarias. Se indica estos procedimientos de la limpieza de los espacios interproximal. ³⁴

1.1.13 Complementos de la Higiene Bucal

1.1.13.1 Cepillo Dental

Es un material de uso principal para suprimir el biofilms dental, que no causa daños en los tejidos blandos y duros que debe cumplir varios puntos de vistas. Se deberá entre ellas su elaboración con cerdas sintéticas, suaves y con puntas redondas para poder suprimir las consecuencias que podría traer al tejido gingival. ³⁵

Un buen cepillo dental cumple las siguientes características un correcto tamaño de la cabeza del cepillo dental debe ser corta para poder ingresar correctamente en la boca del paciente, la amplitud de la zona activa del cepillo que es correcto cuando tapa dos piezas dentarias juntas.³⁶

El cepillo dental se pueden encontrar microorganismo como bacterias, virus y hongos en las cerdas dentales. ³⁶

1.1.13.2 Cepillos interdentes

Los cepillos dentales interproximales se conforman por filamentos de nailon que son suaves que se encuentran sujetos por un alambre de acero inoxidable que son de forma cónica y cilíndrica con cerdas colocadas en un mango.³⁷

Los cepillos de la zona interdental se usan para mantener la correcta higiene de las zonas de las piezas dentarias que son cóncavas, irregulares y grandes, se encuentran juntos a las zonas interdentes de gran magnitud.³⁷

Se realiza el uso de los cepillos dentales colocándolos en la zona oblicua en la zona interdental en sentido apical; se aplicará la buena limpieza realizando agitaciones en sentido de vaivén, se utiliza este cepillo dental cuando existe surcos y concavidades en las piezas dentarias. Los cepillos interproximales tienen una limpieza de la zona interdental para aquellos pacientes que presentan periodontitis.³⁷

1.1.13.3 Hilo dental

El empleo del hilo dental, se usa en las zonas interproximales de las piezas dentarias, porque es el lugar donde el cepillo dental, no presenta un acceso directo. La exclusión del uso traería como consecuencia caries interproximal, Sin embargo en niños es usado bajo la supervisión de un profesional, se deberá considerar el óptimo desarrollo del uso del hilo dental.³⁸

Se utiliza de 30 a 45 cm de hilo dental, se envuelve los dedos del medio de las dos manos, luego se deja un espacio de 20 cm, se coloca los hilos dentales por los pulgares y el dedo índice manteniéndolos de 3 a 4 cm. Se desplaza el hilo dental entre cada pieza dentaria, se procede a acomodar el hilo dental de la zona de la pieza dentaria, finalmente se realiza actividad de movimientos superiores e inferiores para repetirla una y otra vez.³⁷

1.1.13.4 Pasta o crema dental

Se emplea en concentraciones del 0.12 al 2.0 %, por el motivo de la carga positiva que presenta, no es recomendable colocarlos en los dentífricos habituales, porque impide con el Sulfato de Sodio y con el Mono Flúor Fosfato de Sodio, los dos presentan cargas negativas; por lo general un dentífrico que contiene clorhexidina debe ser exclusivamente hecho del mismo.³³

1.1.13.5 Colutorios o enjuagatorios

Los enjuagues bucales junto con una solución de flúor, son capaces de eliminar las bacterias de la cavidad bucal, remineralizando y protegiendo a las piezas dentarias por lo tanto; convendría realizarse topicación de flúor, entre los más usados tenemos al fluoruro de sodio neutro que presenta mayor concentración.³⁹

Se deberá tomar en consideración para el uso diario una solución al 0,05% que corresponde al 0,023 de fluoruro, otra al 0,2% que poseería un 0,009 de fluoruro, se aconseja el uso de forma semanal o a los quince días. ³⁹

En otros países como en cuba se utiliza en infantes en edades entre los 5 y 14 años de edad, el uso se aplica colocando una tableta que presenta un gramo de fluoruro de sodio para colocarlo en agua de 500ml. Cada paciente ingiere 10ml de la solución. ³⁹

Para la óptima limpieza es aconsejable que tengan la solución en la cavidad bucal por un periodo de 60 segundos, se deberá realizar movimientos para un resultado óptimo, se debe tomar en cuenta después de hacer el uso de enjuagatorios, flúor y barniz no se debe ingerir alimentos hasta después de 2 horas, tampoco cepillarse las piezas dentarias hasta después de doce horas y por último dieta blanca durante 12 horas. ³⁹

Cuando se presenta riesgo de caries dental se usa la solución de fluoruro de sodio a 2% en combinación con laserterapia, se usará durante un periodo de 5 días seguidos, también se usará cada 3 meses o una vez al año.⁵

1.2 Investigaciones

Angel P, Fresco MC, Cisternas P, Lagos M, Moncada G (2010); realizaron una investigación transversal cuyo objetivo era examinar como se encuentra la salud bucal y la cantidad de individuos que presentan caries dental, ausencia de piezas dentarias y la falta de tratamientos a los pobladores adultos de la ciudad de Mapuche Huillique, para lo cual se evaluaron a 64 pacientes, que firmaron el consentimiento informado y fueron evaluados por un odontólogo con la clasificación de CPOD siguientes las normas de la OMS, los antecedentes fueron colocados en la ficha adhoc. Se realizó los análisis estadísticos. Los resultados encontrados fueron que la media del índice de CPOD del ejemplar fue 14.59. Integramente los pacientes presentaban relatos sobre la caries dental por consiguiente los que mantenían sus piezas dentarias son en promedio 71.43% por lo que poseían lesión cariosa sin curarlo con una media de 1.5. Por otra parte el 98.43% de los pacientes tenían alto grado de presentar pérdida dentaria, mientras que el 12.5% no tenían ninguna pieza dentaria. La totalidad de la población que equivale al 100% requiere mayor cuidado odontológico para la posterior rehabilitación con prótesis u operatoria dental por lo tanto los pacientes de aquella ciudad tienen mayor deterioro de la salud bucal por el motivo de la pérdida de piezas dentarias. ³⁹

García JO, Loyola JP, Patiño N, Islas H, Mendoza M, Medina CE (2010); realizaron una investigación transversal que tiene como resultado de definir el alto índice de ausencia dentaria de dientes permanentes en una localidad universitaria de adolescentes y adultos jóvenes, también saber la asignación por su edad y el sexo, se tomaron en consideración adolescentes que presentaban de 16 a 25 años, se escogieron de manera aleatoria y que estén inscritos en la universidad. Se realizó la evaluación para detectar la caries, se pudo determinar por el criterio de la OMS, para la ausencia dentaria se catalogó como cero sin ausencia dentaria y uno con ausencia dentaria. Los resultados encontrados muestran la media de edades de los pacientes incluidos de $18,20 \pm 1,65$, por lo que el 52% son de sexo masculino. La media de piezas dentarias con caries dental fue $1,01 \pm 1,84$ y de piezas dentarias obturadas fue de $2,57 \pm 3,59$. El grupo de pacientes que presentaban por lo menos una pieza dentaria perdida fue de 18,0% que en la totalidad representaría al 185 pacientes, la media de piezas dentarias perdidas o ausentes fue de $0,46 \pm 1,13$ por

consiguiente $2,54 \pm 1,32$ son aquellos que tenían al menos una pieza dentaria perdida o ausente. La cantidad máxima de piezas dentarias perdidas o ausentes fue de cinco. Tras la realización del estudio bivariado se demuestra idéntico que las de sexo femenino no presentan más piezas dentarias que los de sexo masculino por lo tanto los que presentaban más piezas dentarias obturadas son aquellos que perdieron más piezas dentarias, es así que cuando la edad se incrementa la ausencia de piezas dentarias se desarrolla de igual forma. Se concluyó que por cada año cumplido se incrementa la probabilidad de poseer al menos una pieza dentaria perdida con un porcentaje de 11% ($p < 0,05$). Por otra parte los de sexo femenino presentaron 41% más peligro de tener por lo menos una pieza dentaria ausente que los de sexo masculino. Por lo tanto se llegó a la conclusión que los pacientes que tenían más de seis obturaciones presentaban gran probabilidad de presentar piezas dentarias ausentes. ⁴⁰

Pérez LY, De Armas A, Fuentes E, Rosell F, Urrutia D (2011); realizaron una investigación transversal y descriptiva que tiene como resultado definir la prevalencia de las patologías periodontales y la asociación con la causa del peligro. Para ello se necesitó 426 pacientes entre 15 años a 59 años que en total fueron 871 que pertenecían a 5 consultorios de un policlínico, primero se realizó una investigación para poder conocer cuando se conoce de la limpieza bucal, se revisaron las historias clínicas de periodoncia previa firma del asentimiento informado, se midió la clasificación de la enfermedad periodontal, también se evaluó usando la clasificación de higiene oral simplificada. Por lo tanto los resultados encontrados fueron del total de 426 pacientes estudiados presentaban gingivitis (205) y periodontitis (62). Solo 160 pacientes estaban sanos, por lo tanto la patología periodontal fue de 62.4% y la gingivitis fue de 48.1% de 205 individuos perjudicados por lo tanto en la presencia de la periodontitis con un 14.3% que en la totalidad serían 61 individuos. Al momento de desarrollar un test de semejanza de la simetría de la prueba individual, se descubrió una prevalencia mayormente para los pacientes que presentaban gingivitis. Para ellos se presentan las continuidades total y parcial de la proporción de las patologías periodontales evaluando su magnitud. Por consiguiente la presencia de gingivitis y la periodontitis tienen con más continuidad de manera leve, es así que se consigue presentar el 71.4% del global de individuos con alguno tipo de enfermedad, al conocer la forma adelantada de la enfermedad

se presento un 28.6% de los individuos fueron dañados. Es asi que no presenta difencias significativas tanto en la gingivitis o la periodontitis cuando nos referimos a hablar de la gran magnitud del lesion en lo referente a la prevalencia de la patologia peridontal por la edad y el sexo. Por lo tanto se pudo conocer el avance de la patologia en pacientes entre las edades de 15 a 24 años y los que tenian 40 a 59 años de edad respectivamente. Se concluyo que estos resultados no son muy importantes, otros resultados son iguales al efectuar la semejanza entre el sexo masculino y el sexo femenino, tambien tras la realizacion de la apresiacion de la limpieza dental en los pacientes enfermos según el indice que fue utilizado se conoce que presenta una asociacion con la destreza de la limpieza dental de manera incorrecta con los items mala, regular y la presencia de la patologia periodontal. Los que presentan malas tecnicas de cepillado fueron alrededor de 95.1%, es asi que solo 4.9% realizaban una optima limpieza dental, tras la observacion de la continuidad del optimo cuidado de de la salubridad periodontal y la asociacion con el grado de entendimiento que se realiza de manera correctar e incorrecta soobre la salubridad de la cavidad bucal que presentaban todos los indivudios de la muestra realizada por ultimo se conocio el grado de conocimiento incorrector sobre la salubridad de la cavidad bucal que fue de 94.2% de los individuos que presentan la patologia perdontal y una relacion muy grande con las dos variables. ⁴¹

Gomez NI. Morales MH (2012); realizaron una indagación descriptiva, observacional de corte transversal en donde se buscó definir la clasificacion de las piezas dentarias que presentan caries dental, piezas ausentes y piezas dentarias obturados mediante el indice de CPOD y definir la clasificacion de la limpieza dental simplicado llamado IHOS, de adolesentes universitarios que se incorporaron en la ciudad de veracruz provincia de Mexico; para lo cual se evaluó 195 estudiantes, 65 estudiantes de la casa de estudios de odontologia, 65 estudiantes de la casa de estudios de medicina humana y 65 estudiantes de la casa de estudios de enfermeria, Se buscó referencias de la casa de estudios de odontologia por medio un formato hecho por dos segmentos que presentaban la edad, genero sexual e higiene bucal, luego se realizó el interrogatorio se preguntó cuántas veces al día se realiza el cepillado dental, uso adecuado del cepillo dental, profilaxis, presenta de gingivorragia espontánea y mecánica, realización de tratamientos ortodónticos antes o ahora, presencia de dolor de los terceros molares, por otra parte la

evaluación clínica se realizó por medio del índice de CPO-D se revisó la afectación por caries de los dientes permanentes teniendo en consideración de 0.0 a 1.1 muy bajo, 1.2 a 2.6 bajo, 2.7 a 4.4 moderado, 4.5 a 6.5 alto y 6.6 a mas muy alto e IHOS, se revisó 6 piezas dentarias 1 molar superior derecho, incisivo central superior derecho, 1 molar superior izquierda, incisivo central inferior izquierdo de lo mencionado la superficie vestibular y 1 molar inferior izquierda superficie lingual y 1 molar permanente inferior derecho superficie lingual. Se revisó a los individuos con un equipo de trabajo conformados por dos asistentes, el índice de IHOS presenta dos formas, el índice de residuos simplificado (DIS) y el Índice de cálculo (CI-S). Se procedió a evaluar en el nivel de 0 a 3. Considerando el número cero como No existe pigmentación, se catalogó a uno como biofilms que no encuentra no más de un tercio en la zona de la pieza dentaria, dos como el biofilms tapa más de un tercio de la zona dentaria, por lo tanto tres el biofilms tapa más de dos tercios de la zona dental, por otro para calcular el resultado del IHOS se realizó la sustracción de los resultados y dividirla entre el número de zonas revisadas para finalmente tener el nivel de higiene bucal: Excelente 0.0, Bueno 0.1 a 1.2, Regular 1.3 a 3.0 y Malo de 3.1 a 6.0. Se llegó a la conclusión que la media de la edad de los pacientes evaluados fueron conformada entre los 18 años que porcentualmente sería de 46.6%, los que tenían 21 años conformado por 5.1%; el género femenino fue el más destacado con un 70% de la población total. Los datos más sobresalientes de la investigación es la cantidad de oportunidades que los adolescentes se desarrolló la higiene bucal de los dientes porque esta asociado con la aparición de enfermedades y problemas en la cavidad bucal, al realizar la inspección clínica presentaron que el 89% no presentaban gingivorragia espontánea; no obstante el 77% de los individuos de la ciudad la presentan cuando ejecutan al contacto manual, el 11 % exponer haber presentado hemorragia de las encías sin alguna evidencia, en cuanto a la evaluación del IHOS se llegó a la conclusión que los estudiantes tenían un 81.5% bueno, 17.4 regular y malo 1.02%, por otra parte el índice de CPOD es demasiado alto que porcentualmente sería de un 13.1 excediendo el gráfico propuesto por la OMS por lo que se definió la prevalencia de las lesiones cariosas de los jóvenes estudiantes por un 80.9%, llegando a la conclusión que la mitad de las piezas dentarias han sido tratadas por esta patología ósea obturadas un 47% por lo tanto el 37.9 % fueron extraídos también se tomó en cuenta que la zona de estudios está conformada por jóvenes que se incorporan a la zona de salubridad

que requieren tener un nivel bajo de alteraciones y enfermedades orales por lo tanto el índice de CPOD es muy alto según los niveles propuesto por la OMS. ²⁹

Ramos JL (2014); realizó una indagación descriptiva de corte transversal, por lo que se buscó acordar la asociación de la ausencia dentaria con la óptima limpieza de la cavidad bucal en los jóvenes de la Universidad de Loja, para lo cual se evaluó 894 estudiantes, 442 de sexo masculino y 452 de sexo femenino, estudiantes que presentan 18 a 30 años de edad, que firmaron el consentimiento informado y estudiantes que tenían pérdida de dientes, se usó la historia clínica odontológica cuando se obtuvo los datos fue colocada en un programa con una plantilla antes realizada. Los resultados encontrados fueron los 894 jóvenes estudiantes presentaron una ausencia dentaria grande de 1081, mientras que la media de jóvenes estudiantes que no presentaron ausencia de los dientes fue de un porcentaje de 55%, por lo que el 45% tenían ausencia de las piezas dentarias. En cuando a la condición de la limpieza dental es regular con un valor porcentual del 53%, en cuando al uso ordinario del cepillado dental fue de 53.35%, el empleo del hilo dental con un valor porcentual de 29%, el uso adecuado de los enjuagatorios de la cavidad bucal con un 33%, por lo tanto el 38.92% por lo menos frecuenta al dentista un par de veces. La asociación de la ausencia dentaria y el óptimo desarrollo de la salud oral se conformo por el grado bueno en el IHOS, por lo que 352 individuos tenían un 40% en respecto a la constatación de la ausencia dentaria fue de 105 piezas dentarias con un valor porcentual de 10%. Por otra parte lo que presentaron el grado regular de IHOS son alrededor de 477 individuos con un valor porcentual serian 53% por consiguiente la continuidad de la ausencia dentaria fue de 410 piezas dentarias perdidas que equivalen a 53%, por consiguiente la ausencia dental es de 410 piezas dentaria que equivale en un valor porcentual al 38%, con respecto al gado malo de IHOS presentaron 7% que son alrededor 65 individuos entre ellos presentan la ausencia de 566 piezas dentarias que conforma el 52%. Finalmente se termino la realización del labor formativo la ausencia dentaria y la asociación con la óptima limpieza bucal en los jóvenes universitarios de la universidad nacional de Loja en el año 2014. ⁴²

López SA, et al (2016); realizaron una investigación transversal cuyo objetivo es evaluar diferentes formas de salubridad bucal en los escolares de dieciocho colegios de nivel primario en la zona de Navolato, Sinaloa de la ciudad de México. Se evaluara aquellos que estaban inscritos en la escuela, que tenga la edad entre seis o siete años, que sus padres participen en el estudio y firmar el asentimiento informado. Se pidió al papa y a la mamá que respondan el siguiente cuestionario, se procedió a la evaluación intraoral antes de reclutar los resultados; si no tenía perdida de piezas dentales temporales se colocó cero, si tenía perdida se colocó 1, la perdida rápida se obtuvo disminuyendo doce meses de la tabla de erupción de dientes permanentes; para obtener la caries dental se basó según la OMS, para el principio de placa bacteriana se tomó en cuenta el índice de higiene oral simplificado para conocer el grado de higiene bucal de los escolares, posteriormente para poder calcular la adquisición de azúcar, se evaluó semanal, luego si el consumo es alto y bajo el refresco consumido por un día, si fue menos de uno se colocó 0 y si fue más de uno como 1 y las condiciones socioeconómica se halló según el trabajo de los padres. Los resultados fueron los siguientes de un total de 833 escolares, de los cuales 52.1% eran mujeres y 54.9% tenían 7 años. La gran magnitud de no presentar por lo menos una pieza dentaria fue de 24.7%, y el número promedio de dientes faltantes fue de 0.47 ± 1.08 . Entre los 206 escolares con dientes perdidos, observamos un total de 381 dientes perdidos; Se extrajeron 101 y 280 e indicaron para extracción, respectivamente; Las variables que se asociaron significativamente incluyeron la edad de la madre, el número de dientes cariados, la presencia de placa, la constancia del cepillado dentario, la adquisición de dulces, refrescos y el tipo cuidado de la salud bucal en el año. Notamos que una edad mayor de la madre actúa como un factor protector para la pérdida de dientes primarios; por el contrario, la gran cantidad de piezas dentarias con caries dental y la mayor cantidad de placa fueron los indicadores de riesgo de pérdida de dientes. De manera similar, una menor frecuencia de cepillado dental, un mayor consumo de azúcares en dulces, el consumo de refrescos y el uso de servicios dentales en el último año se asociaron positivamente con la pérdida de dientes. Basado en nuestro modelo de regresión logística multivariable, tras la acomodación por la edad y el sexo tanto masculino como femenino después, la prevalencia de pérdida primaria de dientes se asoció positivamente ($p < 0.05$) con el mayor cantidad de piezas dentarias con caries dental (OR = 1.11, IC 95% = 1.03–1.20), el mayor número de dientes llenos (OR = 1.23,

95% IC = 1.13–1.34), una menor frecuencia de cepillado dental (OR = 1.60, 95% CI = 1.18–2.15) y un mayor consumo de refrescos (OR = 1.89, 95% CI = 1.13–3.16). La peor condición de higiene bucal fue uno de los factores que encontramos para predecir de manera más significativa la pérdida de dientes (OR = 3.24, IC 95% = 1.65–6.39); los servicios de atención dental curativa también se asociaron con la pérdida de dientes (OR = 2.83, IC 95% = 2.30–3.49). Además, en menor medida, encontramos que el uso de servicios dentales preventivos se asoció con la pérdida de dientes (OR = 1.93, IC 95% = 1.24–3.00).⁹

Villavicencio JF (2017); realizó una indagación transversal, descriptivo, observacional cuyo objetivo era describir el índice de piezas dentarias con caries, piezas dentarias ausentes y piezas dentarias obturadas en dentición permanente mediante el índice de CPOD y también utilizando el índice de higiene oral simplificado mediante el índice de IHOS de los pobladores de las zonas rurales del cantón Baños de Agua Santa para así acordar la importancia de la salubridad de la cavidad bucal, para la cual se evaluó pacientes entre la edad de 18 a 64 años, personas que vivan en el sector, seleccionados y que firmen el consentimiento informado, se realizó la inspección intra oral para realizar el índice de CPOD siguiendo las normas de la OMS, luego se realiza el índice de higiene oral simplificado evaluando los dientes utilizados en el actual índice finalmente se realizó la encuesta de salud oral ya elaborada. Los resultados nos muestran que el valor medio CPOD de la población es de 10.03, siendo en hombres este valor medio CPOD de 10.58 y en mujeres un valor medio CPOD de 9.85, lo cual nos indica una muy alta prevalencia de caries según la escala de cuantificación de la OMS. Según grupos etarios, el estudio muestra un nivel moderado de caries entre las edades de 18-24 años con un valor medio CPOD de 4,3, siendo el grupo más afectado aquel en edades comprendidas entre 55-64 años con un alto grado de caries más alto que del valor estándar del CPOD de 16,98. Se determinó estadísticamente que existe significancia en asociación con la constancia del cepillado dental y la presencia de las lesiones cariosas, determinando que mientras mayor era la constancia del cepillado dental diario en los pobladores, el índice CPOD disminuía, aunque no considerablemente. Se relacionó el índice IHOS global de la población arrojó un porcentaje del 54% con una condición buena de higiene bucal, el 43% con una condición regular y el 3% con una condición de higiene bucal deficiente.¹⁰

Lao W, Araya H(2018); realizaron una investigación transversal cuyo objetivo era definir la prevalencia de las patologías periodontales en la población de costa rica, para lo cual fue evaluado por odontólogos previamente capacitados por tal motivo se usó el índice de INTPC, se procedió a dividir la cavidad bucal en sextantes y las muelas del juicio no se tomaron en consideración a no ser que tomen la función de los segundos molares se determinó lo siguiente higiene bucal, sangrado, calculo dental, tamaño de la bolsa periodontal y piezas dentarias perdidas, para luego se apuntó lo más grave para todo este procedimiento se utilizó la sonda periodontal. Se dividió según las edades de los pacientes y realizo las pruebas estadísticas correspondientes. Los resultados encontrados fueron la prevalencia y la conducta de las patologías periodontales en el periodo de existencia. Por lo que se indico que en diferentes zonas de salubridad mostraron minima limpieza bucal, grandes patologías periodontales y cual se le denomina el sextante nulo que perdio dientes y en cuento a la calidad de higiénica bucal se minimiza la enfermedad periodontal aumenta para lo cual se pierde piezas dentarias en la cavidad bucal. ¹¹

Graos WF (2009); realizó una investigacion descriptiva de corte transversal cuyo objetivo fue definir si presenta asociacion con las constantes lesiones cariosas, el índice de limpieza dentaria y el grado de instrucción de los costumbres de la limpieza dental en adolescentes entre las edades de sobre hábitos de higiene oral en adolescentes de 12 a 16 años de edad del C.E.E. "San Nicolás" Trujillo, a a 2009 para lo cual se evaluo a 158 alumnos; 77 personas de sexo masculino y 81 personas de sexo femenino, que estén ABEGS, LOPET Y ABEN y que los padres de familia firmen el consentimiento informado, posteriormente se ejecuto una encuesta de las costumbres de la limpieza dental por consecuencia de las lesiones cariosas, también se realizó una hoja dental para registrarlo luego de realizar el índice de CPOD y el índice de higiene oral simplificado, se llevo a la conclusion en cuanto a la prevalencia de las lesiones cariosas porcentualmente fue de 99%, por lo que se localizo un índice CPOD de 5.9 que seria un alto grado. Por consiguiente el indice de higiene oral que se observo es insuficiente con un valor porcentual de un 51.25%, despues del bueno con un valor 42.25% y el malo con un 6.5%. Por lo tanto el grado entendimiento sobre las costumbres de la higiene bucal que fue logrado por las jovenes estudiantes es de regular con un 50%, bueno con un 35.5% y malo con un 14.5%. Al poder asociar la prevalencias de las lesiones cariosas, el

Índice de higiene oral y el grado de entendimiento de los costumbres de higiene bucal con el sexo ya sea masculino o femenino de los jóvenes estudiantes no se pudo encontrar asociaciones estadísticamente significativa con la constancia de las lesiones cariosas y el índice de higiene oral. Por lo tanto se logró conocer la asociación estadísticamente significativa entre la frecuencia de las lesiones cariosas y el grado de entendimiento de las costumbres de la limpieza dental. ³⁸

Caballero C, Enríquez G, García C (2012); realizaron una indagación transversal y descriptivo, cuyo objetivo es decidir la asociación con la práctica de las lesiones cariosas y limpieza dentaria en estudiantes de Sechura, se formó por 438 escolares y que sus padres estén informados de su participación en el estudio, tener entre 5 y 12 años, realizó de manera voluntaria para el diagnóstico de su bienestar de su boca, se procedió a la evaluación con el índice de CPOD y ceod para obtener resultados de las prácticas actuales o antiguas de las lesiones cariosas y el índice de IHS para hallar la aparición del biofilm dental en las zonas de las piezas dentarias, se realizó la evaluación basándose en los principios de la Organización Panamericana de Salud, los resultados fueron se localizó que de la totalidad el 56% de niños tenían lesiones cariosas en la localidad de formación, mientras que el índice de higiene oral presenta el 40% de los estudiantes tienen una óptima limpieza dental por otra parte el 26% tiene un grado más menor considerándolo como bajo de el índice mencionado, los que presentaban entre 9 a 12 años de edad presentan mayor incidencia de tener lesiones cariosas comparado con otros estudiantes con menor edad basándose en la indagación, también se halló una asociación significativamente estadística ($p=0,028$) con la aparición de las lesiones cariosas y el género sexual de los niños ya sea masculino o femenino respectivamente por lo tanto los de sexo masculino presentaban más disposición de tener las lesiones cariosas que de los que tenían el sexo femenino por consiguiente no se halló relación con el índice de higiene oral, las variables edad y género. Por último se halló una asociación estadísticamente significativa ($p<0,001$), con la aparición de lesiones cariosas y la limpieza dental de los escolares con índice de higiene oral regular y mala tenían más importancia de presentar caries dental que los estudiantes con el Índice de Higiene oral buena. ⁴³

Avalos JC. Huilca N. Picasso MA. Omori E. Gallardo A (2015); realizaron una indagación observacional, descriptiva y transversal cuyo objetivo era definir el grado de conocimientos en salud oral asociada con la óptima higiene oral de la población escolar entre las edades 9 y 12 años para lo cual se evaluó 76 escolares, se obtuvo la información por un cuestionario estructurado que evaluaba la edad, el sexo, conocimiento de la salud oral y el índice de higiene oral simplificado. Se busco preguntas con varias opciones sobre las causas, prevención y las principales enfermedades bucales, para poder clasificar el nivel de conocimientos se tomó en cuenta las respuestas correctas en consideraciones a niveles cero que no respondió, cinco estuvo cerca de la certera respuesta y diez que acepto a la respuesta, posteriormente se sumó los puntajes y se logro clasificar según el puntaje en bueno de 85 a 100, regular 60 a 84 y menor de 60 como malo, para calcular la calidad de la higiene oral se utilizó el índice de higiene oral simplificado se procedió a investigar con un espejo dental, un explorador dental y sustancia reveladora para identificar la placa bacteriana. Los resultados encontrados fueron conformados por 76 estudiantes: 39 de sexo femenino con un valor porcentual de 51,3% y 37 de sexo masculino con un valor porcentual de 48,7%. En relación al grado de inteligencia la mayoría tiene un regular conocimiento de la salud oral con un valor porcentual de 72,4%, después por bueno con un valor porcentual de 22,4% y malo con un valor porcentual de 5,3%. Al desarrollar el estudio inferencial no se logro conocer la asociación entre el grado de inteligencia en relación al género sexual ($P = 0,781$). Por otro lado la calidad de la limpieza bucal la mayoría tenía una mala higiene con un valor porcentual de 59.2%, después de un regular con un valor porcentual de 38.2% y bueno con un valor porcentual de 2.6%. Finalmente a la ejecución del estudio inferencial no se localizo una asociación con la calidad de higiene bucal y el género sexual ($P = 0,094$), cuando se analizó el grado de inteligencia en la salud bucal en asociación con la óptima limpieza dental en el análisis estadístico del chi-cuadrado se logro evidenciar que no presenta una asociación significativa entre las variables ($P = 0,360$).⁴⁴

Cava C, et al (2015); realizaron una indagación descriptiva transversal y observacional cuyo objetivo era indicar la asociación entre el índice de higiene oral simplificado (IHOS) y el índice CPOD en individuos tratados en una clínica odontológica universitaria para lo cual se evaluó a los individuos que se presentaron a la clínica odontológica, pacientes mayores de 18 años con aparente buen estado de salud general, se realizó la inspección de los pacientes usando el índice de higiene oral simplificado que fue supervisado por docentes del área de rehabilitación oral, luego se realizó el índice de cpod. Los resultados encontrados fueron que los pobladores de estudio fueron en su totalidad 194 pacientes, para lo cual se dividió en Índice de IHOS y Índice de CPOD. Por lo tanto la estimación presentada de IHOS es en bueno con un valor porcentual de 54.1%, bueno con un valor porcentual de 37.6%, malo con un valor porcentual de 5.2% , regular con un valor porcentual de 3.1% y excelente con un valor porcentual de 3.1% , mientras que se localizó el índice CPOD bajo con un valor porcentual de 80.4%, moderado con un valor porcentual de 7.7% y alto con un valor porcentual de 11.9%. Por lo tanto no existe asociación entre el IHOS e Índice CPOD por lo que son independientes entre sí ($p= 0,898$). ⁴⁵

1.2 MARCO CONCEPTUAL

- **CARIES:**

Presenta una evolución patológica y ubicación de origen externo, por lo general empieza posteriormente de la formación dentaria, definido por un ablandamiento del tejido duro de las piezas dentarias y un cambio hacia la creación de una cavidad, por lo tanto es tomada en cuenta como una patología que lesiona y deshace a los órganos dentarios por medios físicos y químicos de principio contagioso.⁴⁶

- **CALCULO:**

Presenta un aspecto de una masa en estado sólido, que se incorpora en las zonas de las piezas dentarias y otras zonas de la cavidad bucal como la encía libre, encía adherida, piezas dentarias tanto en la zona oclusal como en las zonas proximales, el cálculo dental pocas veces se localiza en los dientes desiguales y es poco usual en las piezas dentarias permanentes en niños pequeños, por lo tanto se localiza con mayor prevalencia en los 9 años de edad y en general en gran parte de los adultos.⁴⁷

- **CEPILLADO:**

Se utiliza variedad de implementos de higiene bucal en distintas culturas, el cepillo dental es una herramienta empleada con mayor continuidad y énfasis para excluir la placa dentaria, el correcto uso del cepillo dental se desarrolla por tres componentes primordialmente; la forma del cepillo, la capacidad del paciente para manejarlo, el hábito y el tiempo del cepillado por lo tanto se logrará un óptimo control de la placa bacteriana durante un largo tiempo.⁵

- **EDENTULISMO PARCIAL:**

La pérdida de una pieza dentaria trae consigo, en un primer contacto la pérdida del hueso en forma vestibular palatino o lingual y una ligera pérdida del hueso en forma vertical que posteriormente forma una línea cóncava que junto al extremo más cervical del ligamento periodontal de las zonas proximales de las piezas dentarias con prevalencia hacia la pérdida dentaria.⁴⁸

- **EPIDEMIOLOGÍA:**

Se ocupa de la examinación de aspectos de la salud de variedad de poblaciones, para así debatir eventualidades positivas y negativas que se innovaría incluyendo métodos, acciones y diferentes aspectos para poder variarlo de una manera correcta.⁴⁶

- **FLÚOR:**

Presenta un origen más electronegativo por un límite considerable por lo tanto es un elemento mayormente reactivo que predomina alrededor del mundo, por consiguiente se origina características físicas químicas que lo denominan como singulares, el uso propio y social de los fluoruros como una forma preventiva de la caries dental se ha propagado de manera rápida por lo tanto tiene el trabajo de obstaculizar en la disolución del esmalte dental para así beneficiar la remineralización de lugares desmineralizados e impedir en el metabolismo la formación de bacterias.³⁰

- **PLACA DENTAL:**

Es una forma de una biopelícula bacteriana, una difícil formación de varios grupos bacterianos desiguales en un similar ambiente por lo tanto esta distribución presenta distintas formas positivas sobresalientes para las bacterias y el huésped.⁴⁷

- **SALIVA:**

Es una sustancia parcialmente densa que se impregna sobre las zonas de la cavidad bucal menos el surco gingival por consiguiente la secreción salival es originada de variedad de glándulas por lo tanto son la glándula parotida, glándula submentoniana y sublinguales, existen otras glándulas denominadas menores que se expanden en diferentes zonas de la cavidad bucal.³⁰

- **SONDAJE PERIODONTAL:**

Es denominada a la parte diagnóstica y a las distintas incógnitas de principio pulpar o periapical por lo tanto la ausencia de la inserción periodontal influye ampliamente en la predicción del tratamiento y al evitar la ausencia dental.⁴⁹

- **TRAUMA OCLUSAL:**

Se define como un cambio de origen patológico o también variaciones que se desarrollan en el periodonto como consecuencia de fuerzas excesivas realizadas por los músculos masticatorios. Por lo tanto elaboran lesiones en el periodonto y también en sus tejidos, la gran fuerza producida podría lastimar a la articulación temporomandibular. ⁵

Capítulo II: El problema, Objetivos, Hipótesis y Variables

2.1. Planteamiento de Problema

2.1.1. Descripción de Realidad Problemática

La pérdida de las piezas dentarias sucede por diferentes motivos como son los traumatismos, caries dental y las infecciones, se hace difícil la vitalidad de una pieza dentaria por ese motivo, por consiguiente, se produce cambios alrededor de los tejidos que dan resistencia y fijación a la pieza dentaria, en consecuencia, produce dolor, fragilidad por lo tanto la pérdida de la pieza dentaria. ¹

La pérdida de las piezas dentarias es más frecuente en el maxilar inferior, en su localización más frecuente en sentido posterior por ese motivo la arcada inferior es más gruesa. ⁹

Se ha concluido la relación de la ausencia dentaria con el aumento de la edad del paciente, también se concluye en la mayoría de casos se pierden los dientes posteriores y las últimas piezas dentarias que se encuentran en la cavidad bucal son los mandibulares anteriores, mayor frecuencia los caninos. ⁵

El avance de la enfermedad periodontal en consecuencia produce ausencia dentaria en muchas literaturas no se toma en cuenta la prevalencia de la enfermedad y el avance de la misma todo esto está relacionado con la ausencia dentaria. ⁵

Mientras más edad tiene el paciente, la enfermedad periodontal se encuentra a mayor magnitud que la pérdida dentaria. La enfermedad periodontal causa del 30% al 35% de las exodoncias dentales por otro lado el 50% es causado por caries dental. ⁵

Por lo tanto, las lesiones cariosas es la principal razón de las exodoncias, por lo tanto, las causas de la ausencia dentaria son la higiene bucal deficiente, el tabaco y el estrato socioeconómico. ³

No presentar piezas dentarias con el transcurso de tiempo trae como resultado una desarmonía oclusal es así que poco a poco, se pierde la función masticatoria provocando problemas funcionales y provocando enfermedades digestivas por tal motivo se necesita reemplazar las piezas dentarias perdidas.¹

Cuando se obtiene pérdida dental por el poco reborde residual se presenta varios cambios como en lo facial por consecuencia se desarrolla disminución de la dimensión vertical oclusal.⁹

Existen varias razones de la pérdida dentaria en general se encuentra la caries dental y la enfermedad periodontal, si los pacientes reciben una atención buena se puede prevenir y evitar. Cuando la enfermedad este muy avanzada se realiza un tratamiento conservador. ⁴

Al ocurrir la ausencia de piezas dentarias, la cresta residual no aprovecha el incentivo y se produce la desaparición del volumen de la cresta en su tamaño y espesor, esto no es conocido mayormente en los pacientes que tienen pérdida dentaria por el motivo que los cambios son diferentes en un grupo determinado de pacientes.⁹

Los problemas de salud bucal en una población adulta es en primer lugar la caries dental y la enfermedad periodontal según investigación, afecta a la calidad de vida, la fonación, la deglución, la masticación y la vida social.²

También pudiendo afecta la autoestima y causar problemas en la función de nutrición y estética.³

Según la Organización Mundial de la Salud en el Perú es un problema de salud pública por lo que se debe tomar en consideración en las políticas de salud en el año 2000, se propuso que menos del 50% de las personas entre la edad de 64 a 74 años tienen más de 20 piezas dentarias. ³

En Brasil se realizó un estudio sobre la pérdida dentaria, se llegó a la conclusión las personas entre las edades de 65 a 74 años presentan un promedio de 25.3 dientes perdidos y son destentados totales un promedio de 53.7%. ³

En Chile se realizó una investigación en el 2003, se llegó a la conclusión la prevalencia de edentulismo parcial fue de 79.7% en las edades de 35 a 44 años de edad y las personas de 65 a 74 años presentaron un 98.9% de edentulismo y en general el 29.1% presentaban edentulismo total. ⁴

La pérdida dentaria se podría prevenir planteando programas promocionales y preventivos es indispensable considerar el estado de la cavidad bucal de la población. ⁴

La limpieza dental es el bienestar de las piezas dentarias, encías y cavidad bucal para así poder evitar patologías en la cavidad bucal, el éxito dependerá de la higiene bucal desarrollada por el uso correcto del cepillo dental, uso de hilo dental y obtener una protección dental de forma continua. ²³

Es primordial para los pacientes, que indica una buena salud bucal de la cavidad bucal, en los pacientes adultos mayores presenta un peligro no presentar piezas dentarias porque trae como consecuencia problemas nutricionales, problemas de deglución, dificultad para hablar, poca autoestima, infecciones, problemas en el estado físico y mental por consiguiente problemas en la calidad de vida. ⁵

Se desarrolló un método preventivo para la disminución de la ausencia dentaria llamado fluorización de las aguas que un 52% de americanos lo utilizan, es así que disminuye la aparición de caries dental por lo tanto también la pérdida dentaria. ⁵

Por lo tanto, investigaciones realizadas muestran que protegen sus piezas dentarias, en la actualidad son aquellos pacientes que son edéntulos parciales que son un promedio de 71.5% entre las edades de 74 años de edad. ⁹

Por lo tanto, la limpieza dental adecuada, determina una buena higiene bucal previniendo así halitosis y formando el confort en la cavidad bucal, es así que perfecciona la estética y la calidad de vida en los pacientes. ^{24,25}

2.1.2. Definición del Problema

2.1.2.1 Problema General

- ¿Cuál es la relación entre el número de piezas dentales ausentes y la calidad de la higiene bucal en pacientes de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018?

2.1.2.2 Problemas Específicos

1. ¿Cuál es la relación entre el número de piezas dentales ausentes y el IHOS en pacientes de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018 de acuerdo al sexo?
2. ¿Cuál es la relación entre el número de piezas dentales ausentes y el IHOS en pacientes de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018 de acuerdo a edad?
3. ¿Cuál es la relación entre el número de piezas dentales ausentes y el número de piezas dentales con caries en pacientes de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018 de acuerdo al sexo?
4. ¿Cuál es la relación entre el número de piezas dentales ausentes y el número de piezas dentales con caries en pacientes de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018 de acuerdo a edad?
5. ¿Cuál es la relación entre el número de piezas dentales ausentes y el sangrado en pacientes de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018 de acuerdo al sexo?
6. ¿Cuál es la relación entre el número de piezas dentales ausentes y el sangrado en pacientes de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018 de acuerdo a edad?

2.2. Finalidad y objetivos

2.2.1. Finalidad

La presente investigación tuvo por finalidad determinar la relación entre el número de piezas dentales ausentes y la calidad de higiene bucal de los pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica del Adulto en el año 2018 de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, también conocer si existe algún tipo de asociación o relación con las variables de estudio.

La higiene bucal es importante para el bienestar de las piezas dentarias, encías y cavidad bucal, para así poder prevenir enfermedades bucales, en general dependerá de las limpiezas de las piezas dentarias, como es el eficaz uso del cepillo dental, hilo dental y enjuagues bucales que son un complemento para la óptima limpieza dental, también tener conocimientos de las técnicas cepillado y de los implementos necesarios para una buena higiene bucal.

El aporte de la presente investigación, se identificó que los problemas de salud pública más relevante es la caries dental según la organización mundial de la salud es la patología más prevalente con un 95% de la población la presenta, con el tiempo conllevaría a la pérdida dentaria es en este contexto que este trabajo busco determinar la relación entre el número de piezas dentales ausentes y la calidad de la higiene bucal, mediante la observación de las historias clínicas generales e historias clínicas del área de Periodoncia, siguiendo los criterios propuestos para establecer vínculos entre la ciencias, sociedad y la metodología, para así poder identificar que presentan los pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica del adulto de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

2.2.2. Objetivo General y Específicos

2.2.2.1. Objetivo General

- Determinar la relación entre el número de piezas dentales ausentes y la calidad de la higiene bucal en pacientes de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018.

2.2.2.2. Objetivos Específicos

1. Establecer la relación entre el número de piezas dentales ausentes y el IHOS en pacientes de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018 de acuerdo al sexo.
2. Establecer la relación entre el número de piezas dentales ausentes y el IHOS en pacientes de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018 de acuerdo a edad.
3. Determinar la relación entre el número de piezas dentales ausentes y el número de piezas dentales con caries en pacientes de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018 de acuerdo al sexo.
4. Determinar la relación entre el número de piezas dentales ausentes y el número de piezas dentales con caries en pacientes de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018 de acuerdo a edad.
5. Identificar la relación entre el número de piezas dentales ausentes y el sangrado en pacientes de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018 de acuerdo al sexo.
6. Identificar la relación entre el número de piezas dentales ausentes y el sangrado en pacientes de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018 de acuerdo a edad.

2.3. Delimitación del estudio

2.3.1 Delimitación Espacial

La presente investigación se realizó en los ambientes de la Clínica Estomatológica del Adulto de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

2.3.2 Delimitación Temporal

Esta investigación se llevó a cabo en el semestre académico 2019-I período comprendido entre los meses de marzo a junio del año en mención.

2.3.3 Delimitación Social

La investigación sirvió para determinar la relación entre el número de piezas dentales ausentes y la calidad de la higiene bucal en pacientes de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

2.3.4 Delimitación Metodológica

El estudio se llevó a cabo bajo el modelo descriptivo de corte transversal mediante el uso de una ficha de recolección de datos donde se observó y evaluó las historias clínicas general e historias clínicas de periodoncia de la Clínica Estomatológica del Adulto de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, para así determinar si existe relación y asociación.

La presente investigación se ejecutó en el semestre académico 2019, periodo comprendido entre los meses de agosto a diciembre del año en mención, constituyéndose así los límites temporales del estudio. El estudio se realizó por medio del modelo observacional mediante el análisis de fichas epidemiológicas de pacientes, los cuales se sometieron a los procesos planificados por el investigador, permitiendo así comprender mejor la relación entre el número de piezas dentales ausentes y la calidad de higiene bucal.

La obtención y evaluación de los datos se realizó en los ambientes de la Clínica Estomatología del Adulto de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

2.4. Justificación e importancia del estudio

La presente investigación determinó la relación entre el número de piezas dentales ausentes y la calidad de la higiene bucal, así se conoció si existe alguna relación entre las variables ya mencionadas en la investigación.

La siguiente investigación beneficiará a la salud pública que es aquella que busca la salud de la población, para así mostrar condiciones de vida, bienestar y desarrollo, porque la caries dental es una enfermedad muy prevalente según la OMS presenta un 95% de la población, que conllevaría a la pérdida dentaria, para así implementar como prevención programas de salud bucal, así promover y prevenir la salud bucodental con programas preventivo de charlas educativas y

demostrativas de la caries dental, técnicas de cepillado, uso de hilo dental, del flúor y sobre todo la atención odontológica de manera continua.

2.5. Hipótesis y Variables

2.5.1. Hipótesis Principal

- Determinar la relación entre el número de piezas dentales ausentes y la calidad de la higiene bucal en pacientes de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018.

2.5.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

1. El número de piezas dentales ausentes es directamente proporcional al IHOS en pacientes del sexo femenino de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018.
2. El número de piezas dentales ausentes es directamente proporcional al IHOS en pacientes de 18 a 35 años de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018.
3. El número de piezas dentales ausentes es directamente proporcional al número de piezas dentales con caries en pacientes del sexo femenino de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018.
4. El número de piezas dentales ausentes es directamente proporcional al número de piezas dentales con caries en pacientes de 18 a 35 años de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018.
5. El número de piezas dentales ausentes es directamente proporcional al sangrado en pacientes del sexo femenino de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018.
6. El número de piezas dentales ausentes es directamente proporcional al sangrado en pacientes de 18 a 35 años de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018.

2.6 Variables e Indicadores

En la presente investigación participan las siguientes variables con sus respectivos indicadores.

A. Variables de Estudio:

- **Variable Independiente:**

- Calidad de Higiene Bucal.

- **Indicadores:**

- Índice de Higiene Oral Simplificado.
- Índice de CPOD.
- Índice de Sangrado Ainamo.

- **Variable Dependiente:**

- Número de piezas Ausentes.

- **Variables Interviniente:**

- Sexo.

- Masculino.
- Femenino.

- Edad.

- 18 a 35 años.
- 36 a 64 años.
- 65 a 80 años.

Capítulo III: Método Técnica e Instrumentos

3.1. Población y Muestra

3.1.1. Población

La población de estudio estuvo constituida por 600 pacientes del área de Periodoncia Atendidos en la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, quienes acudieron en el semestre académico 2018.

3.1.1.1. Tamaño de Muestra

Para el cálculo de la muestra se utilizó la forma de cálculo muestral para una sola población la cual se calculó al 95 % de nivel de confianza 5% de error en población finita.

$$n = \frac{N Z^2 S^2}{d^2 (N-1) + Z^2 S^2}$$

$$N = 600$$

$$n = ?$$

$$Z = 1.96$$

$$S^2 = 30000$$

$$d = 1$$

$$DS = 173$$

$$n = (600 \times (1.96 \times 1.96) \times 173)$$

$$\frac{((1 \times 1))}{x599 + (1.96 \times 1.96) \times 173}$$

$$n = \frac{398758.08}{1263.5968}$$

$$n = 315.57$$

$$n = \mathbf{316}$$

3.1.2. Muestra

La muestra fue no aleatoria por conveniencia integrada por 316 historias clínicas de la Clínica Estomatológica del Adulto de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega que cumplieron los criterios de selección.

3.1.3. Criterios de Inclusión

La muestra cumplió con los siguientes criterios:

- Historias clínicas de pacientes hombres y mujeres atendidos periodontalmente en la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.
- Historias clínicas de pacientes adultos de 18 a 80 años de edad.
- Historias Clínicas de pacientes en Aparente Buen Estado de Salud General.
- Historias Clínicas completas y bien realizadas.
- Historias Clínicas Periodontales que presenten el Índice de Ihos, Índice Cpod e Índice de Ainamo, completos y correctamente realizados.
- Historias Clínica General e Historias Clínicas Periodontales firmadas por los docentes encargados del área, para asegurarse que están bien realizadas.

3.1.4. Criterios de Exclusión

- Historia clínica de pacientes menores de 18 años de edad.
- Historia clínica de pacientes que sean edéntulos totales.
- Historia clínica de pacientes con enfermedad sistémica.
- Historia clínica incorrectamente realizadas e incompletas.
- Historias Clínicas Periodontales que no presenten el Índice de Ihos, Índice Cpod e Índice de Ainamo.
- Historias Clínicas Generales e Historias Clínicas Periodontales que no estén firmadas por el docente encargo del área.

3.2. Diseño Utilizado en el Estudio

3.2.1. Diseño

Su diseño que se ejecutó es de tipo descriptivo, debido a que busca emplear el conocimiento teórico para conocer la relación entre el número de piezas dentarias ausentes y la calidad de higiene bucal en los pacientes de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

3.2.2. Tipo de Investigación

La investigación se realizó mediante la secuencia transversal, retrospectivo, observacional.

3.2.3. Enfoque

El enfoque del estudio se realizó de manera cualitativa en la cual busca recabar información subjetiva sobre una variable.

Aplicada:

Establecer una relación basados en estudios teóricos el cual se realizó una relación entre la calidad de higiene bucal con la pérdida de piezas dentarias.

3.2.1 ENFOQUE

Cuantitativo:

Se evaluó estudios concisos, breves, objetivos, recolectan información sobre un asunto en específico.

3.2.2 SECUENCIA TEMPORAL

Transversal:

La recolección de los datos del estudio se realizó por medio de una única medición, por lo cual el investigador evaluó las unidades muestrales en un único momento de tiempo.

3.2.3 TEMPORALIDAD

Retrospectivo:

Buscó evaluar al paciente en un momento del tiempo pasado.

3.2.4 ASIGNACIÓN DE FACTORES

Observacional:

El factor de estudio que se desea evaluar, se realizó de manera natural por lo que el investigador no ejecutó su exposición, limitándose a reportar las características de los eventos que observa.

3.2.5 FINALIDAD

Descriptiva:

El estudio es realizado para establecer las características de los elementos del estudio como la calidad de higiene bucal y el número de piezas dentarias ausentes de los pacientes.

3.2.6 DISEÑO ESPECÍFICO

Corte Transversal:

El estudio fue evaluado para poder realizar descripciones o vinculaciones de manera observacional de la calidad de higiene bucal y de las piezas dentarias ausentes de los pacientes.

3.2.7 NIVEL

Relacional:

El estudio de tipo relacional son aquellos que realizaron identificación, asociación o relación de variables; tales como la calidad de la higiene bucal y el número de piezas dentarias ausentes.

3.3. Técnica e Instrumento de Recolección de Datos

3.3.1. Técnica de Recolección de Datos

Primero se presentó el proyecto del estudio a la Oficina de Grados y títulos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega para su revisión y aprobación para el desarrollo del proyecto.

Luego de aprobado el desarrollo del proyecto se presentó el documento respectivo donde se solicitó el permiso para la revisión de las historias clínicas de la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en la oficina de grados y títulos para poder realizar la muestra de la investigación correspondiente al mes de Marzo a Junio del semestre 2019-I, después aceptado el permiso solicitado se procedió a coordinar los días de evaluación, se evaluó las historias clínicas y se colocó los resultados en la ficha de recolección de datos.

3.3.2. Instrumento de Recolección de Datos

El instrumento de recolección de datos empleado en la presente investigación se ejecutó mediante una ficha de observación ad-hoc, elaborada para los fines específicos de la investigación, la cual estuvo conformada por ítems abiertos y cerrados acorde a los indicadores de la variable operacionalizadas. La mencionada ficha se ejecutó de manera aplicada únicamente por el investigador, todas las mediciones fueron llevadas a cabo bajo las mismas circunstancias.

La recolección de los datos se realizó a cabo de manera secuencial según la disposición de los indicadores, ello se realizó a cabo evaluando cada unidad muestral de forma individual. Para lograr los objetivos planificados se llevó a cabo los siguientes pasos de manera secuencial.

Ausencia dentaria

Se procedió a observar las historias clínicas del adulto de pacientes atendidos en el apartado de odontograma y se identificó cuantas piezas dentales ausentes presentan o no presentan, luego se colocó en la ficha de recolección de datos.

Calidad de Higiene Bucal.

Se procedió a realizar la observación de las historias clínicas del adulto de pacientes que fueron atendidos en el área de Periodoncia en el apartado de Índice de Higiene Oral Simplificado, luego se identificó su clasificación de acuerdo a su puntaje

obtenido, luego se observó el índice de cpod e identificó el grado en que se encuentra; finalmente observó el índice de sangrado de Ainamo e identifico si presenta o no presenta y el grado que presenta para luego anotar en la ficha de Observación de Recolección de datos.

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

El instrumento que se empleó al ser una ficha Ad-hoc, se ejecutó la validación previa a su aplicación final, la cual se reliazó en base a la determinación de su viabilidad, sensibilidad al cambio, confiabilidad y validez.

La viabilidad del instrumento se ejecutó en base a su sencillez, ya que al constar de solo 1 cara, y de no requerir procedimientos complejos, la recolección de datos no supone esfuerzos excesivos por parte del investigador.

La validez; a nivel lógico los reactivos del instrumento se ejecutó de manera válida ya que su construcción sigue una secuencia ordenada y una comprensión gramatical adecuada; la validez de contenido se realizó mediante la evaluación por juicio de 3 expertos quienes fueron:

- CD. Alejandro Estrada Andrew.
- CD. Eric Cuba Gonzales.
- CD. Cecilia Castañeda Espinosa.

Los jueces calificaron las características del instrumento por medio de una ficha de validación por expertos, para lo que se le entregó a cada uno la matriz de consistencia interna del estudio; las puntuaciones obtenidas por la evaluación de cada uno de los jueves validadores fueron integradas en la matriz de validación por jueces, lo que permitió obtener la validez de contenido global. Por su parte cada uno de los reactivos fue validado en contenido por medio de la prueba estadística V de Aiken.

A nivel de constructo, la validez fue establecida debido a que se alcanzó previamente validez lógica, de contenido.

3.4. Procesamiento de Datos

Para el procesamiento de datos se utilizó una Laptop Marca ASUS, modelo TP501U Intel(R), de 4GB de memoria RAM con sistema operativo Windows10 y el programa Microsoft Excel 2016, donde se almacenó los datos obtenidos, que permitió hacer la estadística.

La información recolectada fue analizada con el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Science) en su versión de acceso; en la cual se llevó a cabo la aplicación de estadística descriptiva para establecer la distribución de los datos recolectados a través de medidas de tendencia central, dispersión, forma y posición.

También se utilizó estadística inferencial para la docimasia de las hipótesis de la investigación, la cual se llevó a cabo mediante la realización de la prueba estadística no paramétrica Chi Cuadrado de Pearson para la comprobación de las hipótesis bivariados con dos variables cualitativas, los supuestos bivariados que serán comprobados, y que contengan una variable cualitativa, previa identificación de la distribución normal de los datos aplicando la prueba KolmogorovSmirnov. Tanto los resultados de las pruebas estadísticas descriptivas como inferenciales fueron expresadas mediante tablas y figuras. Los resultados muestrales fueron inferidos a la población mediante estimación por intervalo a un 95% de confianza.

Capítulo IV: Presentación y Análisis de los Resultados

4.1. Presentación de Resultados

Tablas de frecuencia de cada variable de este estudio de investigación.

Tabla N° 1

Distribución de las personas según el género.

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	175	55.4%
Femenino	141	44.6%

Los resultados reflejaron que el 55.4% de la población fueron de sexo masculino, por lo tanto, este es el sexo de mayor prevalencia en la muestra.

Tabla N° 2

Distribución de participantes según edad.

	Frecuencia	Porcentaje
18 a 35 años	101	32%
36 a 64 años	178	56.3%
65 a 80 años	37	11.7%

Los resultados reflejaron que el 56.3% (N.º=178) de la población, se encuentra dentro del rango 36 a 64 años por lo tanto este es el rango de edad prevalente.

Tabla N° 3

Relación entre el número de piezas dentales ausentes y la calidad de la higiene bucal.

		IHO				
			Excelente	Buen	Regular	Malo
			o			
Número de piezas ausentes	0 a 8 piezas	Recuento	2	10	39	43
		%	0.6%	3.2%	12.3%	13.6%
	9 a 16 piezas	Recuento	0	18	57	39
		%	0%	5.7%	18%	12.3%
	17 a 24 piezas	Recuento	1	3	57	36
		%	0.3%	0.9%	18%	11.4%
	25 a 32 piezas	Recuento	0	0	5	6
		%	0%	0%	1.6%	1.9%

Los resultados mostraron que los pacientes con pérdida de dientes entre 9 a 24 piezas dentarias presentaron un IHOS Regular (18%). Sin embargo, los pacientes con mayor pérdida de piezas dentarias de 25 a 32 piezas presentaron un IHOS Malo solo con un 1.9%. Razón por la cual se demostró que no existe una relación directamente proporcional entre las piezas dentarias ausentes y el Índice de Higiene Oral Simplificado.

Tabla N° 4

Relación entre el número de piezas dentales ausentes y la calidad de la higiene bucal; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p).

	Valor	gl	Sig. Asintótica (p)
Chi-cuadrado de Pearson	17.743	9	0.038

Nivel de significancia = 0.05

En lo referente a la Relación entre el número de piezas dentales ausentes y la calidad de la higiene bucal, se observó que el valor de X^2 fue de 17.743 y el nivel de significancia de $p < 0.05$.

Tabla N° 5

Relación entre el número de piezas dentales ausentes y el número de piezas dentales con caries en pacientes del sexo femenino de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018.

		Índice de CPOD				
			Excelente	Bueno	Regular	Malo
Femenino (Número de piezas ausentes)	0 a 8 piezas	Recuento	0	0	8	41
		%	0%	0%	5.7%	29.1%
	9 a 16 piezas	Recuento	0	0	12	34
		%	0%	0%	8.5%	24.1%
	17 a 24 piezas	Recuento	0	1	4	33
		%	0%	0.7%	2.8%	23.4%
	25 a 32 piezas	Recuento	0	0	2	6
		%	0%	0%	1.4%	4.3%

Los resultados demostraron que los pacientes con pérdida de piezas dentarias de 0 a 8 presentaron un CPOD Malo (29.1%). Sin embargo, los pacientes con mayor pérdida dentaria de 25 a 32 piezas presentaron un CPOD Malo solo con un 4.3%. Razón por la cual se demostró que no existe una relación directamente proporcional

entre el número de piezas dentarias con caries y el número de piezas dentarias ausentes.

Tabla N° 6

Relación entre el número de piezas dentales ausentes y el número de piezas dentales con caries en pacientes del sexo femenino; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p).

		Valor	gl	Sig. Asintótica (p)
Chi cuadrado	Femenino	6.290	6	0.392

Nivel designificancia= 0.05

En lo referente a la Relación entre el número de piezas dentales ausentes y el IHOS del sexo femenino se observó que el valor fue de X^2 es de 6.290 y el nivel de significancia de $p>0.05$.

Tabla N° 7

Relación entre el número de piezas dentales ausentes y el IHOS en pacientes de 18 a 35 años.

		Índice de higiene oral simplificado				
			Excelente	Bueno	Regular	Malo
18 a 35 años	0 a 8 piezas	Recuento	2	10	20	2
		%	2%	9.9%	19.8%	2%
	9 a 16 piezas	Recuento	0	18	36	0
		%	0%	17.8%	35.6%	0%
	17 a 24 piezas	Recuento	1	2	6	0
		%	1%	2%	5.9%	0%
	25 a 32 piezas	Recuento	0	0	4	0
		%	0%	0%	4%	0%

Los resultados demostraron que los pacientes entre edades de 18 a 35 años que presentaron de 9 a 16 piezas dentarias ausentes presentaron un IHOS Regular (35.6%). Sin embargo, los pacientes con mayor pérdida dentaria de 25 a 32 piezas

presentaron un IHOS Regular con un 4%. Razón por la cual se demostró que no existe una relación directamente proporcional al número de piezas dentales ausentes y el IHOS en pacientes de 18 a 35 años de edad.

Tabla N° 8

Relación entre el número de piezas dentales ausentes y el IHOS en pacientes de 18 a 35 años; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p).

		Valor	gl	Sig. Asintótica (p)
Chi-cuadrado de Pearson	18 a 35 años	11.214	9	0.261

Nivel de significancia= 0.05

En lo referente a la Relación entre el número de piezas dentales ausentes y el IHOS en pacientes de 18 a 35 años se observó que el valor fue de X^2 es de 11.214 y el nivel de significancia de $p > 0.05$.

Tabla N° 9

Relación entre el número de piezas dentales ausentes y el número de piezas dentales con caries en pacientes del sexo femenino.

		Índice de CPOD				
			Muy bajo	Bajo	Moderado	Alto
Femenino	0 a 8 piezas	Recuento	0	0	29	20
		%	0%	0%	20.6%	14.2%
	9 a 16 piezas	Recuento	0	0	17	29
		%	0%	0%	12.1%	20.6%
	17 a 24 piezas	Recuento	0	0	18	20
		%	0%	0%	12.8%	14.2%
	25 a 32 piezas	Recuento	0	2	1	5
		%	0%	1.4%	0.7%	3.5%

Los resultados demostraron que los pacientes del sexo femenino que presentaron de 0 a 8 piezas dentales ausentes presentaron un Índice de CPOD Moderado (20.6%), los que presentaron de 9 a 16 piezas dentales ausentes presentaron un Índice de CPOD Alto (20.6%). Sin embargo, los pacientes con mayor pérdida dentaria de 25 a 32 piezas presentaron un CPOD Alto (3.5%). Razón por la cual se demostró que no existe una relación directamente proporcional entre el número de piezas dentales y el número de piezas careadas en pacientes del sexo femenino.

Tabla N° 10

Relación entre el número de piezas dentales ausentes y el número de piezas dentales con caries en pacientes del sexo femenino; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p).

		Valor	gl	Sig. Asintótica (p)
Chi cuadrado	Femenino	40.278	6	0.000

Nivel de significancia = 0.05

En lo referente a la Relación entre el número de piezas dentales ausentes y el CPOD del sexo femenino, el valor de X^2 fue de 40.278 y el nivel de significancia de $p < 0.05$.

Tabla 11

Relación entre el número de piezas dentales ausentes y el número de piezas dentales con caries en pacientes de 18 a 35 años.

		Índice de CPOD				
			Muy bajo	Bajo	Moderado	Alto
18 a 35 años	0 a 8 piezas	Recuento	0	0	25	9
		%	0%	0%	24.8%	8.9%
	9 a 16 piezas	Recuento	5	5	23	21
		%	5%	5%	22.8%	20.8%
	17 a 24 piezas	Recuento	0	0	6	3
		%	0%	0%	5.9%	3%
	25 a 32 piezas	Recuento	0	0	3	1
		%	0%	0%	3%	1%

Los resultados demostraron que los pacientes de 18 a 35 años de edad, que presentaron de 0 a 8 piezas dentales ausentes presentaron un índice de CPOD Moderado (24.8%). Sin embargo, los pacientes con mayor pérdida dentaria de 25 a 32 piezas presentaron un CPOD Moderado (3%). Razón por la cual se demostró que no existe relación directamente proporcional al número de piezas dentales con caries en pacientes de 18 a 35 años de edad.

Tabla N° 12

Relación entre el número de piezas dentales ausentes y el número de piezas dentales con caries en pacientes de 18 a 35 años; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p).

		Valor	gl	Sig. Asintótica (p)
Chi-cuadrado de Pearson	18 a 35 años	13.759	9	0.131

Nivel de significancia = 0.05

En lo referente a la Relación entre el número de piezas dentales ausentes y el número de piezas dentales con caries en pacientes de 18 a 35 años se observó que el valor de X^2 fue de 13.759 y el nivel de significancia de $p > 0.05$.

Tabla N° 13

Relación entre el número de piezas dentales ausentes y el sangrado en pacientes del sexo femenino

		Sangrado gingival		
			No	Si
Femenino	0 a 8 piezas	Recuento	15	34
		%	10.6%	24.1%
	9 a 16 piezas	Recuento	10	36
		%	7.1%	25.5%
	17a 24 piezas	Recuento	9	29
		%	6.4%	20.6%
	25 a 32 piezas	Recuento	3	5
		%	2.1%	3.5%

Los resultados demostraron que de acuerdo al sexo femenino, el número de piezas dentales ausentes que presentaron de 9 a 16 piezas dentales ausentes presentaron la presencia de sangrado gingival (25.5%). Sin embargo, los pacientes con mayor pérdida dentaria de 25 a 32 piezas, si presentaron sangrado gingival (3.5%). Razón por la cual se demostró que no existe relación directamente proporcional al sangrado gingival en pacientes del sexo femenino.

Tabla N° 14

Relación entre el número de piezas dentales ausentes y el sangrado en pacientes del sexo femenino; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p).

		Valor	gl	Sig. Asintótica (p)
Chi-cuadrado de Pearson	Femenino	1.618	3	0.655

Nivel de significancia= 0.05

En lo referente a la Relación entre el número de piezas dentales ausentes y el sangrado en pacientes del sexo femenino, se observó que el valor de X^2 fue de 1.618 y el nivel de significancia de $p > 0.05$.

Tabla N° 15

Relación entre el número de piezas dentales ausentes y el sangrado en pacientes de 18 a 35 años.

		Sangrado gingival		
			No	Si
18 a 35 años	0 a 8 piezas	Recuento	8	26
		%	7.9%	25.7%
	9 a 16 piezas	Recuento	17	37
		%	16.8%	36.6%
	17a 24 piezas	Recuento	3	6
		%	3%	5.9%
25 a 32 piezas	Recuento	2	2	
	%	2%	2%	

Los resultados demostraron que los pacientes entre las edades de 18 a 35 años, que presentaban entre 9 a 16 piezas dentarias ausentes presentaron sangrado gingival (36.6%). Sin embargo, los pacientes con mayor pérdida dentaria de 25 a 32 piezas; si presentaron y no presentaron sangrado gingival (2%). Razón por la cual se demostró que no existe relación directamente proporcional al sangrado gingival en pacientes de 18 a 35 años de edad.

Tabla N° 16

Relación entre el número de piezas dentales ausentes y el sangrado en pacientes de 18 a 35 años; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p).

		Valor	gl	Sig. Asintótica (p)
Chi-cuadrado de Pearson	18 a 35 años	1.548	3	0.671

Nivel de significancia = 0.05

En lo referente a la Relación entre el número de piezas dentales ausentes y el sangrado en pacientes de 18 a 35 años, el valor de X^2 fue de 1.548 y el nivel de significancia de $p > 0.05$.

CONTRASTACIÓN DE HIPOTESIS

Contrastación de Hipótesis General

A fin de poder realizar la docimasia de esta hipótesis, se realizó el ritual de significancia estadística, para lo cual se realizó una secuencia ordenada de pasos:

Formulación de Hipótesis General:

H₀: No existe relación entre el número de piezas dentales ausentes y la calidad de la higiene bucal en pacientes de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018.

H_a: Existe relación entre el número de piezas dentales ausentes y la calidad de la higiene bucal en pacientes de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018.

H₀: Hipótesis nula, H_a: Hipótesis alterna.

Establecer el Nivel de Significancia

Para la presente investigación se decidió trabajar con un nivel de confianza del 95%, correspondiente a un nivel de significancia (α) de 5% = 0.05.

Determinación del Estadígrafo a Emplear

Mediante la prueba de Chi cuadrado, se determinó la Relación entre el número de piezas dentales ausentes y la calidad de la higiene bucal.

	Valor	gl	Sig. asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	17.743	9	0.038

Nivel de significancia = 0.05

Toma de Decisión

Dado que, el resultado de la prueba de chi cuadrado utilizado para variables cualitativas es de 17.743 mayor al chi cuadrado crítico de la tabla 16.9190, con 9 grado de libertad y el P-Valor = 0.038 ($p < 0.05$), se rechaza la hipótesis nula es decir existe relación entre el número de piezas dentales ausentes y la calidad de la higiene bucal en pacientes de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018.

Interpretación

Al encontrarse con un P- Valor = 0.038($p < 0.05$), se rechaza la hipótesis nula (H_0) por lo que declararemos que se ha establecido la dependencia de las variables; es decir existe relación entre el número de piezas dentales ausentes y la calidad de higiene bucal en pacientes de la clínica estomatológica de la universidad inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018.

Formulación de Hipótesis específica N° 1:

H₀: El número de piezas dentales ausentes no es directamente proporcional al IHOS en pacientes del sexo femenino de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018.

H_a: El número de piezas dentales ausentes es directamente proporcional al IHOS en pacientes del sexo femenino de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018.

H₀: Hipótesis nula, H_a: Hipótesis alterna

Establecer el Nivel de Significancia

Para la presente investigación se decidió trabajar con un nivel de confianza del 95%, correspondiente a un nivel de significancia (α) de 5% = 0.05.

Determinación del Estadígrafo a Emplear

Mediante la prueba de Chi cuadrado, se determinó la Relación entre el número de piezas dentales ausentes y la calidad de la higiene bucal del sexo femenino.

		Valor	gl	Sig. Asintótica (p)
Chi cuadrado	Femenino	6.290	6	0.392

Nivel de significancia = 0.05

Toma de Decisión

Dado que, respecto al sexo Femenino el resultado de la prueba de chi cuadrado utilizado para variables cualitativas es de 6.290 mayor al chi cuadrado crítico de la tabla 12.5916, con 6 grado de libertad y el P-Valor = 0.392 ($p > 0.05$), se acepta la hipótesis nula es decir el número de piezas dentales ausentes no es directamente proporcional al IHOS en pacientes del sexo femenino de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018.

Interpretación

Al encontrarse con un P-Valor= 0.392($p > 0.05$), se acepta la hipótesis nula (H_0), por lo que declararemos que se ha establecido la independencia de las variables; es decir no existe relación entre el número de piezas dentales ausentes y el Ihos en pacientes de sexo femenino de la clínica estomatológica de la universidad inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018.

Formulación de Hipótesis específica N° 2:

H₀: El número de piezas dentales ausentes no es directamente proporcional al IHOS en pacientes de 18 a 35 años de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018.

H_a: El número de piezas dentales ausentes es directamente proporcional al IHOS en pacientes de 18 a 35 años de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018.

H₀: Hipótesis nula, H_a: Hipótesis alterna

Establecer el Nivel de Significancia

Para la presente investigación se decidió trabajar con un nivel de confianza del 95%, correspondiente a un nivel de significancia (α) de 5% = 0.05.

Determinación del Estadígrafo a Emplear

Mediante la prueba de Chi cuadrado, se determinó si el número de piezas dentales ausentes es directamente proporcional al IHOS en pacientes de 18 a 35 años.

		Valor	gl	Sig. Asintótica (p)
Chi-cuadrado de Pearson	18 a 35 años	11.214	9	0.261

Nivel de significancia = 0.05

Toma de Decisión

Dado que, respecto a las personas de 18 a 35 años el resultado de la prueba de chi cuadrado utilizadó para variables cualitativas es de 11.214 menor al chi cuadrado crítico de la tabla 16.9190, con 9 grado de libertad y el P-Valor = 0.261 ($p > 0.05$), se acepta la hipótesis nula es decir el número de piezas dentales ausentes no es directamente proporcional al IHOS en pacientes de 18 a 35 años de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018.

Interpretación

Al encontrarse con un P-Valor= 0.261($p > 0.05$), se acepta la hipótesis nula (H_0), por lo que declararemos que se ha establecido la independencia de las variables; es decir no existe relación entre el número de piezas dentales ausentes y el IHOS en pacientes de 18 a 35 años de la clínica estomatológica de la universidad inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018.

Formulación de Hipótesis específica N° 3:

H₀: El número de piezas dentales ausentes no es directamente proporcional al número de piezas dentales con caries en pacientes del sexo femenino de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018.

H_a: El número de piezas dentales ausentes es directamente proporcional al número de piezas dentales con caries en pacientes del sexo femenino de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018.

H₀: Hipótesis nula, H_a: Hipótesis alterna

Establecer el Nivel de Significancia

Para la presente investigación se decidió trabajar con un nivel de confianza del 95%, correspondiente a un nivel de significancia (α) de 5% = 0.05.

Determinación del Estadígrafo a Emplear

Mediante la prueba de Chi cuadrado, se determinó si el número de piezas dentales ausentes es directamente proporcional al número de piezas dentales con caries en pacientes del sexo femenino.

		Valor	gl	Sig. Asintótica (p)
Chi cuadrado	Femenino	40.278	6	0.000

Nivel de significancia = 0.05

Toma de Decisión

Dado que, respecto al sexo Femenino el resultado de la prueba de chi cuadrado utilizado para variables cualitativas es de 40.278 mayor al chi cuadrado crítico de la tabla 12.5916, con 6 grado de libertad y el P-Valor = 0.000 ($p < 0.05$), se rechaza la hipótesis nula es decir el número de piezas dentales ausentes es directamente proporcional al número de piezas dentales con caries en pacientes del sexo femenino de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018.

Interpretación:

Al encontrarse con un P-Valor=0.000($p < 0.05$), se rechaza la hipótesis nula (H_0), por lo que declararemos que se ha establecido la dependencia de las variables; es decir si existe relación entre el número de piezas dentales ausentes y el número de piezas dentales con caries en pacientes del sexo femenino de la clínica estomatológica de la universidad inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018.

Formulación de Hipótesis específica N° 4:

H₀: El número de piezas dentales ausentes no es directamente proporcional al número de piezas dentales con caries en pacientes de 18 a 35 años de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018.

H_a: El número de piezas dentales ausentes es directamente proporcional al número de piezas dentales con caries en pacientes de 18 a 35 años de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018.

H₀: Hipótesis nula, H_a: Hipótesis alterna

Establecer el Nivel de Significancia

Para la presente investigación se decidió trabajar con un nivel de confianza del 95%, correspondiente a un nivel de significancia (α) de 5% = 0.05.

Determinación del Estadígrafo a Emplear

Mediante la prueba de Chi cuadrado, se determinó si el número de piezas dentales ausentes es directamente proporcional al número de piezas dentales con caries en pacientes de 18 a 35.

		Valor	gl	Sig. Asintótica (p)
Chi-cuadrado de Pearson	18 a 35 años	13.759	9	0.131

Nivel de significancia = 0.05

Toma de Decisión

Dado que, respecto a las personas de 18 a 35 años el resultado de la prueba de chi cuadrado utilizado para variables cualitativas es de 13.759 menor al chi cuadrado crítico de la tabla 16.9190, con 9 grado de libertad y el P-Valor = 0.131 ($p > 0.05$), se acepta la hipótesis nula es decir el número de piezas dentales ausentes no es directamente proporcional al número de piezas dentales con caries en pacientes de 18 a 35 años de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018.

Interpretación

Al encontrarse con un P-Valor=0.131($p > 0.05$), se acepta la hipótesis nula (H_0), por lo que declararemos que se ha establecido la independencia de las variables; es decir no existe relación entre el número de piezas dentales ausentes y el número de piezas dentales con caries en pacientes de 18 a 35 años de la clínica estomatológica de la universidad inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018.

Formulación de Hipótesis específica N° 5:

H₀: El número de piezas dentales ausentes no es directamente proporcional al sangrado en pacientes del sexo femenino de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018.

H_a: El número de piezas dentales ausentes es directamente proporcional al sangrado en pacientes del sexo femenino de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018.

H₀: Hipótesis nula, H_a: Hipótesis alterna

Establecer el Nivel de Significancia

Para la presente investigación se decidió trabajar con un nivel de confianza del 95%, correspondiente a un nivel de significancia (α) de 5% = 0.05.

Determinación del Estadígrafo a Emplear

Mediante la prueba de Chi cuadrado, se determinó si el número de piezas dentales ausentes es directamente proporcional al sangrado en pacientes del sexo femenino.

		Valor	gl	Sig. Asintótica (p)
Chi cuadrado	Femenino	1.618	3	0.655

Nivel de significancia = 0.05

Toma de Decisión

Dado que, respecto al sexo Femenino el resultado de la prueba de chi cuadrado utilizado para variables cualitativas es de 1.618 mayor al chi cuadrado crítico de la tabla 7.8147, con 3 grado de libertad y el P-Valor = 0.655 ($p > 0.05$), se acepta la hipótesis nula es decir el número de piezas dentales ausentes no es directamente proporcional al sangrado en pacientes del sexo femenino de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018.

Interpretación

Al encontrarse con un P-Valor= 0.655($p > 0.05$), se acepta la hipótesis nula (H_0), por lo que declararemos que se ha establecido la independencia de las variables; es decir no existe relación entre el número de piezas dentales ausentes y el sangrado en pacientes del sexo femenino de la clínica estomatológica de la universidad inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018.

Formulación de Hipótesis específica N° 6:

H₀: El número de piezas dentales ausentes no es directamente proporcional al sangrado en pacientes de 18 a 35 años de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018.

H_a: El número de piezas dentales ausentes es directamente proporcional al sangrado en pacientes de 18 a 35 años de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018.

H₀: Hipótesis nula, H_a: Hipótesis alterna

Establecer el Nivel de Significancia

Para la presente investigación se decidió trabajar con un nivel de confianza del 95%, correspondiente a un nivel de significancia (α) de 5% = 0.05.

Determinación del Estadígrafo a Emplear

Mediante la prueba de Chi cuadrado, se determinó si el número de piezas dentales ausentes es directamente proporcional al sangrado en pacientes de 18 a 35 años de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018.

		Valor	gl	Sig. Asintótica (p)
Chi-cuadrado de Pearson	18 a 35 años	1.548	3	0.671

Nivel de significancia = 0.05

Toma de Decisión

Dado que, respecto a las personas de 18 a 35 años el resultado de la prueba de chi cuadrado utilizado para variables cualitativas es de 1.548 menor al chi cuadrado crítico de la tabla 7.8147, con 3 grado de libertad y el P-Valor = 0.671 ($p > 0.05$), se acepta la hipótesis nula es decir el número de piezas dentales ausentes no es directamente proporcional al sangrado en pacientes de 18 a 35 años de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018.

Interpretación

Al encontrarse con un P-Valor= 0.671($p > 0.05$), se acepta la hipótesis nula (H_0), por lo que declararemos que se ha establecido la independencia de las variables; es decir no existe relación entre el número de piezas dentales y el sangrado en pacientes de 18 a 35 años de la clínica estomatológica de la universidad inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018.

4.2. Discusión de Resultados

La investigación tuvo como objetivo principal determinar la relación entre el número de piezas dentales ausentes y la calidad de higiene bucal en los pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, la población estuvo comprendida por los pacientes que fueron atendidos durante todo el periodo del 2018, siendo la muestra con la que se llevó a cabo el estudio 316 pacientes que han sido atendidos en la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en lo que se llegó a la conclusión que existe relación entre las variables por lo tanto es directamente proporcional, en un estudio realizado por Ramos JL (2014), se determinó la relación entre la pérdida dentaria con la calidad de higiene bucal no se ha podido constatar si existe o no algún tipo de relación entre las variables según este estudio.

En cuanto a la relación entre el número de piezas dentales ausentes y el IHOS en relación con el sexo femenino que fue un 44.6 % (N°141), que no existe algún tipo de relación entre las variables por lo tanto no es directamente proporcional. En el estudio realizado por Ramos JL (2014), se definió el índice de IHOS con un nivel bueno de un porcentaje de 40% y su frecuencia de pérdida dentaria fue de un 10 %, los que presentaban nivel de regular de IHOS con un 53% y su frecuencia de pérdida de dientes es de 38% por otra parte los que tenían un Ihos malo con un porcentaje de 7% y tenían una pérdida de dientes de un 52%. En otro estudio realizado por Grados WF (2009) en Perú, Al relacionar el índice de Ihos, con el género sexual y la caries dental que conllevaría a la pérdida dentaria no se encontró ningún tipo de relación, solo se pudo hallar la relación de la caries dental que conllevaría a la pérdida dentaria con el índice de IHOS.

En cuanto a relacionar el número de piezas dentales ausentes y el IHOS en pacientes de 18 a 35 años, se llegó a la conclusión que no presenta relación por lo tanto no es directamente proporcional, en otro estudio realizado por Ramos JL (2014), en que entre las edades de 18 a 35 años de edad, no se perdieron piezas dentaria en un 55%, mientras que un 45% presentaba pérdida dentaria, en otro estudio realizado por Gomez NI, Morales Mh(2012), en Chile se evaluó el índice de Cpod que indicaría la pérdida de las piezas dentarias y el índice de IHOS; por lo tanto resulto la edad más evaluada fue la de 18 años con 46.6%, mientras que los que presentaban 21 años con un 5.1%.

En cuanto a determinar la relación entre el número de piezas dentales ausentes y el número de piezas dentales con caries en pacientes de sexo femenino, se llegó a la conclusión que si existe relación entre ambos sexos por lo tanto es directamente proporcional en un estudio realizado por Villavicencio JF(2017), se muestra un índice de Cpod de 10.58 en el sexo Masculino y el sexo femenino con un Cpod de 9.85 que nos indica una alta prevalencia de caries dental, se determinó que mientras más es el cepillado el Cpod; el índice de caries es menor.

En cuanto a determinar la relación entre el número de piezas dentales ausentes y el número de piezas con caries en pacientes de 18 a 35 años, se llegó a la conclusión que no existe relación por lo tanto no es directamente proporcional, por otra parte, entre las edades de 36 a 64 años se concluyó que si existe relación y entre las edades de 65 a 80 años que tomo resultado que no existe relación alguna; en un estudio realizado por García JO, Loyola JP, Patiño N, Islas H, Mendoza M, Medina CE (2010), se tomaron en consideración entre las edades de 16 a 25 años, mientras que el promedio de edad fue de 18 a 22 años, siendo el promedio de caries de 1 a 2 piezas dentarias y la pérdida de al menos un diente entre un 18% (n° 185), los dientes perdidos entre 1 a 2, 1 a 3 y máximo 5 piezas dentales perdidas, también se llegó a la conclusión que mientras más edad existe más pérdida de piezas dentarias. Las mujeres tienen 41% más riesgo de presentar al menos un diente perdido que los hombres y concluyo que los que presentaron más de seis obturaciones tienen mayor posibilidad de no presentar un diente también un estudio realizado por Villavicencio JF(2017), se muestra un nivel moderado de caries entre las edades de 18 a 24 años con un valor medio de Cpod de 4.3 por consiguiente el grupo más afectado entre las edades de 55 a 64 años con un nivel de caries muy alto con un valor medio de cpod de 16.95.

En cuanto a determinar la relación entre el número de piezas dentales ausentes y el sangrado gingival del sexo femenino, se llegó como resultado que no presente algún tipo de relación entre sí por lo tanto no es directamente proporcional, en el estudio de Pérez LY, De Armas A, Fuentes E, Rossell F, Urrutia D (2011), la presencia de gingivitis con un 48.1% que con llevaría a la presencia de sangrado gingival y periodontitis 62.4% que conllevaría a la pérdida dentaria, cuando existe el avance continuo de lo ya mencionado, otro estudio Gomez NI, Morales MH(2012), el género sexual que predominó fue el sexo femenino con 70%, mientras que el sexo masculino con un 30%, en este estudio el 89% de los estudiantes no

presentaba sangrado gingival, mientras que el 77% si presentaba sangrado gingival sin alguna evidencia, mientras que el 11% presentaba sangrado gingival sin alguna evidencia, en el índice de Cpod resulto muy alto con un 13.1 sobre pasando la escala de la OMS; por lo tanto esto indico la prevalencia de caries dental en un 80.9% que conllevaría a la futura pérdida dentaria.

En cuanto a determinar la relación entre el número de piezas dentales ausentes y el sangrado en pacientes de 18 a 35 años, se tomó como resultado que no presentaron asociación entre las edades de 18 a 35 años, 36 a 64 años y 65 a 80 años; por lo tanto no es directamente proporcional, otro estudio de Gomez NI, Morales MH(2012), en las edad evaluadas de 18 años con un 46.6%, mientras los que tenían 21 años con un 5.1% se concluyó que el 89% no presentaban sangrado espontaneo y el 77% si presentaban sangrado a la realizacion de la estimulación de manera mecánica y el 11% presentaba sangrado sin alguna evidencia.

Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Conclusiones

5.1.1. Conclusión General

1. Tras el análisis de la evidencia presentada al realizar la prueba chi cuadrado para variables cualitativas que es de 17.743 mayor al chi cuadrado crítico de la tabla 16.9190, con 9 grados de libertad y presentando un p-valor = 0.038($p < 0.05$); por lo tanto, se determinó que existe relación entre la variable número de piezas dentales ausentes y la calidad de la higiene bucal en los pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018.

5.1.2. Conclusiones Específicas

1. Al realizar la prueba chi cuadrado utilizado para variables cualitativas es de 6.290 mayor al chi cuadrado crítico de la tabla 12.5916, con 6 grados de libertad y presentando un p-valor=0.392($p > 0.05$); por lo tanto se determinó que no existe relación entre el número de piezas dentales ausentes y el IHOS de acuerdo al sexo femenino en los pacientes de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018; por tal motivo, no existe relación directa entre las variables.
2. Al realizar la prueba chi cuadrado utilizado para variables cualitativas es de 11.214 menor al chi cuadrado crítico de la tabla 16.9190, con 9 grado de libertad y el p-valor= 0.261($p > 0.05$); por lo tanto, no existe relación entre el número de piezas dentales ausentes y el IHOS en pacientes de 18 a 35 años de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018, por tal motivo no existe relación directamente proporcional entre las variables.

3. Al realizar la prueba chi cuadrado utilizado para variables cualitativas es de 40.278 mayor al chi cuadrado crítico de la tabla 12.5916, con 6 grado de libertad y el p-valor=0.000 ($p < 0.05$); por lo tanto, existe relación entre el número de piezas dentales ausentes y el número de piezas dentales con caries de acuerdo al sexo femenino en los pacientes de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018, por tal motivo existe relación directa entre las variables.
4. Al realizar la prueba chi cuadrado utilizado para variables cualitativas es de 13.759 menor al chi cuadrado crítico de la tabla 16.9190, con 9 grado de libertad y el p-valor= 0.131 ($p > 0.05$); por lo tanto no existe relación entre el número de piezas dentales ausentes y el número de piezas dentales con caries en los pacientes de 18 a 35 años de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018; por tal motivo no existe relación directa entre las variables.
5. Al realizar la prueba chi cuadrado utilizado para variables cualitativas es de 1.618 mayor al chi cuadrado crítico de la tabla 7.8147, con 3 grado de libertad y el p-valor= 0.655 ($p > 0.05$); por lo tanto, no existe relación entre el número de piezas dentales ausentes y el sangrado de acuerdo al sexo femenino en los pacientes de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018, por tal motivo no existe relación directa entre las variables.
6. Al realizar la prueba chi cuadrado utilizado para variables cualitativas es de 1.548 menor al chi cuadrado crítico de la tabla 7.8147, con 3 grado de libertad y el p-valor= 0.671($p > 0.05$); por lo tanto no existe relación entre el número de piezas dentales ausentes y el sangrado en pacientes de 18 a 35 años de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018, por tal motivo no existe relación directa entre las variables.

5.2. Recomendaciones

- Aplicar el estudio en una población de estudio distinta, ya sea en un medio hospitalaria con pacientes atendidos periodontal menté entre cantidades establecidas del género masculino y femenino.
- Emplear más investigaciones sobre la ausencia dentaria asociada a la higiene bucal en facultades de odontología estableciéndolo en base a rango de edades de adolescencia, adultez y tercera edad.
- Realizar el estudio a pacientes hayan sido atendidos en periodoncia anteriormente.
- Realizar nuevos estudios de enfermedad sistémicas asociadas a la ausencia dentaria en base a la prevalencia de enfermedades más destacadas en el país.
- Realizar de manera correcta el llenado de las historias clínicas periodontales bajo supervisión del docente a cargo del área.
- Buscar realizar campañas de promoción y prevención bucodental en el ámbito Universitario y Hospitalario.
- Realizar las investigaciones de la perdida dentaria asociada al estrato socios económicos de los pacientes, el género sexual y rango de edades establecidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. López ME. Pérdida dentaria y su relación con las alteraciones funcionales del sistema masticatorio [tesis de titulación]. PortoViejo:Universidad San Gregorio de Porto Viejo; 2012.
2. Nordenram G, Davidson T, Gynther G, Helgesson G, et al. Qualitative studies of patients' perceptions of loss of teeth, the edentulous state and prosthetic rehabilitation: asystematic review with meta-synthesis. *Acta Odontol Scand* 2013; 71(1):937-951.
3. Nawaz A. Oral health status and self rated health in 80-year-old community-dwelling people. *Rev Ali Nawaz* 2012; 1(1):1-30.
4. Peltzer K, Hewlett S, Yawson AE, Moynihan P, et al. Prevalence of loss of all teeth (edentulism) and associated factors in older adults in china, ghana, india, mexico, russia and south africa. *Int J Environ Res Public Health* 2014; 11(1):11308-11324.
5. Lindhe J, Lang NP, Karring T. *Periodontologia clinica e implantologia odontológica*. 6ed. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana; 2017.
6. Díaz PG. Factores asociados al edentulismo en pacientes diagnosticados en la clínica de la facultad de odontología UNMSM [tesis de titulación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009.
7. Palma BD. La colaboración en la atención odontológica de los niños con necesidades educativas especiales y su incidencia en la salud oral de los alumnos del instituto fiscal de educación especial maria buitran de zumarraga periodo octubre 2009-feberero2009 [tesis de titulación]. PortoViejo: Universidad San Gregorio de PortoViejo; 2010.
8. Borda MG, et al. Edentulism and its relationship with sef- rated health: secondary analysis of the sabe ecuador 2009 study. *Acta Odontol Latinoom* 2017; 30(2): 83-89.
9. Garcez C, Morales A, Ribeiro AE, Menezes L, Giacomelli G. Edentulism, severe tooth lass and lack of functional dentition in elders: a study in southern brazil. *Braziliam Dental Journal* 2016; 27(3): 345-352.

10. Núñez DP, García L. Bioquímica de la caries dental. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* 2010; 9(2):156-166.
11. Brown JR, Vargas LH. Caries dental según cpod, icdas ii y mount y hume en pacientes adultos del centro de salud de moronacocha [tesis de titulación]. Iquitos: Universidad nacional de la Amazonía peruana; 2014.
12. Mukashyaka C, Uzabakiriho B, Amoroso L, Mpunga T, Odhiambo J, Mukashema P, et al. Dental caries management at a rural distric hospital in northern Rwanda: a neglected disease. *Public Health Action* 2015; 5(3):158-61.
13. Goel R, VEDI A, Veerasha K, Sogi G, Gambhir R. Oral hygien practices and dental caries prevalence among 12 & 15 years school children in ambala, haryana – a cross-sectional study. *J Clin Exp Dent* 2015; 7(3):374-9.
14. Araujo A, Ferreria E, Gomes V, Marcenes W. Inequality of experience of dental caries between different ethnic groups of Brazilians aged 15 to 19 years. *PLoS One* 2015; 10(12):1-9.
15. Álvarez L, Liberman J, Abreu S, Mangarelli C, Correa M, Demarco F, et al. Dental caries in uruguayan adults and elders:findings from the first uruguayan national oral health survey. *Cad Saude Publica* 2015; 31(8):1663-72.
16. Ramirez B, Gonzales E, Morales J. Dental caries experience in population aged, 25,35, 45, 55 and 65-year-olds, medellin (colombia),2011. *Rev CES Odont* 2013; 26(2):36-48.
17. Alvarez MP. Prevalencia de caries en el asentamiento de la cultura de cotocollao del ecuador [tesis titulación]. Ecuador:Universidad Central del Ecuador; 2017.
18. Vasquez JA. Prevalencia de caries dental en niños de 6 años examinados en las escuelas de la parroquia yanuncay de la ciudad de cuenca 2016 [tesis titulación]. Ecuador:Universidad Católica de Cuenca; 2016.
19. Pretel CL. Relación entre factores de riesgo y enfermedad periodontal[tesis de titulación]. Perú:Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2011.
20. Ardila Medina CM, Arbeláez Montoya MI, Guzmán Zuluaga IC. Perfil microbiológico subgingival de pacientes con periodontitis crónica en una población de colombia. *Av Periodon Implantol* 2012; 24(1): 47-53.

21. Benyamini Y. Self-ratings of health and longevity: a healthpsychologist's viewpoint onepidemiological findings. *The European Health Psychologist* 2008; 10(1):10-13.
22. Cano Gutiérrez C, Borda MG, Arciniegas AJ, Borda CX. Edentulism and dental prostheses in the elderly: impact on quality of life measured with euroQol—visual analog scale. *Acta Odontol Latinoam* 2015; 28(1):149-155.
23. Silvia ET, Oliveira RT, Leces CR. Factores asociados ao edentulismo funcional en i dosos brasileiros. *Com ciencias saude* 2016; 27(2):129-138.
24. Gutierrez VL, Leon RA, Castillo DE. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. *Rev Estomatol Herediana* 2015; 25(3):179- 89.
25. Vanegas E, Villavicencia E, Alvarado O, Ordoñez P. Frecuencia del edentulismo parcial y total en adultos y su relación con factores asociados en la clínica universitario cuenca ecuador 2016; 26(4):215-21.
26. Díaz C. Índice de higiene oral en escolares de 12 años en la parroquia de san joaquín del cantón cuenca provincia del azuay ecuador 2016 [tesis titulación]. Ecuador: Universidad Católica de Cuenca; 2016.
27. Cortes V, Carrasco F, Vergara C. Prevalencia de edentulismo parcial y total en islas butachauques y tac, quemchi,2013. *Rev Chil Salud Publica* 2014; 18(3): 257-262.
28. Gonzales JC. Higiene bucal como factor de riesgo en la prevalencia de caries dental en niños de 6 años [tesis titulación]. Perú:Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2018.
29. Gomez NI. Morales MH. Determinación de los índices CPO-D e IHOS en estudiantes de la universidad veracruzana, méxico. *Rev Chil Salud Pública* 2012; 16(1):26-3.
30. Cuenca E, Baca P. Odontología preventiva y comunitarita principios, métodos y aplicaciones. 4ta ed. España: Editorial Elsevier Masson; 2013.
31. Coronado DA. Estado de salud periodontal de gestantes después del uso de una pasta dental con extractos vegetales [tesis titulación]. Perú:Universidad Nacional Mayor de San Marcos;2009.
32. Sanchez A, Saura M, Moya MJ. Manual de prácticas de periodoncia de odontología clinica odontológica universitaria. España: Editorial Universidad de Murcia; 2009.

33. Paccha TM. Relacion del índice de higiene oral con la frecuencia y técnica del cepillado dental en hombres y mujeres de 18 a 30 años en los alumnos de la universidad nacional de Loja periodo mayo – julio 2014 [tesis titulación]. Ecuador:Universidad Nacional de Loja; 2014.
34. Bordoni N, Escobar A, Castillo R. Odontología pediátrica la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. 1ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2010.
35. Barreno G. Proyecto educativo para promover la higiene bucodental en los niños de la escuela fiscal mixta 17 de julio de la comunidad miguicho adentro. Cantón Santa Ana. Provincial Manabí 2011 [tesis bachiller]. Riobamba- Ecuador: Escuela superior politencia de chimborazo; 2011.
36. Campos MM. Efectividad de un programa educativo de salud bucal en escolares de 1° año de secundaria de la I.E. san antonio de padua – cañete [tesis bachiller]. Lima:Universidad Nacional Federico Villarreal; 2010.
37. Yncio SI. Prevalencia de caries dental en relación al nivel de conocimiento sobre medidas de higiene oral en primigestas y multigestas que se atendieron en el policlínico francisco pizarro es salud rímac de marzo a mayo 2008 [tesis bachiller]. Lima: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2009.
38. Graos WF. Relación entre la caries dental, el índice de higiene oral y el nivel de conocimientos sobre hábitos de higiene oral en adolescentes de 12 a 16 años de edad del C.E.E san nicola trujillo en el 2009 [tesis de titulación]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2009.
39. Angel P, Fresco MC, Cisternas P, Lagos M, Moncada G. Prevalencia de caries, pérdida de dientes y necesidad de tratamiento en población adulta mapuche huilliche de isla huapi. Rev Clin Periodoncias Implantol Rehabil Oral 2010; 3(2):69-72.
40. García JO, Loyola JP, Patiño N, Islas H, Mendoza M, Medina CE. Pérdida de dientes en adolescentes y adultos jóvenes universitarios mexicanos.Rev Estomatol Herediana 2010; 20(4):191-195.
41. Pérez LY, De Armas A, Fuentes E, Rosell F, Urrutia D. Prevalencia de enfermedad periodontal y factores de riesgo asociados policlínico pedro borras pinar del rio. Rev Ciencias Médicas 2011; 15(2):53-64.

42. Ramos JL. Pérdida dental y su relación con la calidad de higiene oral en los y las estudiantes de la universidad nacional de Loja de la modalidad de estudio presencial en el periodo mayo- julio de 2014 [tesis de titulación]. Loja:Universidad Nacional de Loja; 2014.
43. Caballero C, Enriquez G, García C. Relación entre la experiencia de caries dental e higiene bucal en escolares de la provincia de sechura-piura en el año.2010. Rev Estomatol Herediana 2012; 22(1):16-19.
44. Cava C, et al. Relación entre índice ihos e índice cpod en pacientes atendidos en la clínica especializada de la universidad de san martín de porres. Kiru 2015; 12(2):33-36.
45. Cava C, et al. Relación entre índice ihos e índice cpod en pacientes atendidos en la clínica especializada de la universidad de san martín de porres. Kiru 2015; 12(2):33-36.
46. Lopez F. Epidemiología enfermedades transmisibles y crónico degenerativas. 3 ed. México: Editorial Manual Moderno; 2011.
47. Eley BM, Soory M, Manson JD. Periodoncia. 6 ed. España: Editorial Elsevier; 2012.
48. Serra I, Serra S, Serra A. Anatomía bucodental. 1 ed. España: Editorial Universitat de Barcelona; 2018.
49. Gutmann JL, Lovdahl PE. Solución de problemas en endodoncia. 5 ed. España: Editorial Elsevier; 2012.

ANEXO

ANEXO 1. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



FICHA DE OBSERVACION AD-HOC DE RECOLECCION DE DATOS

RELACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE PIEZAS DENTALES AUSENTES Y LA CALIDAD DE HIGIENE BUCAL EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA EN EL AÑO 2018

a) DATOS GENERALES:

Numero de Historia Clínica:

Sexo: Masculino Femenino

Fecha de Nacimiento:

Fecha de Evaluación:

b) DATOS ESPECIFICOS:

• Sangrado Gingival de Ainamo: No Si

• Índice de Higiene Oral Simplificado:

Excelente Bueno Regular Malo
0 0.1-1.2 1.3-3.0 3.1-6.0

• Número de piezas ausentes.....

0-8 9-16 17-24 25-32

• Índice de CPOD

Muy Bajo Bajo Moderado Alto
0.0-1.1 1.2- 2.6 2.7- 4.4 4.5-6.0

ANEXO 2. FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN (Juicio de Expertos) Modelo RTP

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del informante: ALEJANDRO ESTRADA, ANDREW
 1.2 Cargo e institución donde labora: DOCENTE PERIODONCIA
 1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: FICHA DE OBSERVACION AD-HOC
 1.4 Autor del instrumento: MONTAÑA GARCÍA, RONALD DAVID


II. ASPECTOS DE LA VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	CALIFICACION				
		Deficiente 01 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					✓
2. Objetividad	Permite medir hechos observables.				✓	
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.				✓	
4. Organización	Presentación ordenada				✓	
5. Suficiencia	Comprende aspectos reconocidos				✓	
6. Pertinencia	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.				✓	
7. Consistencia	Pretende conseguir datos basados en teorías o modelos teóricos.				✓	
8. Análisis	Descompone adecuadamente las variables / indicadores / medidas.			/		
9. Estrategia	Los datos por conseguir responden a los objetivos de investigación.					✓
10. Aplicación	Existencia de condiciones para aplicarse.					✓

IV. CALIFICACIÓN GLOBAL: Marcar con una aspa)

Aprobado	Desaprobado	Observado
X		

Lugar y fecha: Lima 08 de Mayo 2019


 Firma del experto Informante

DNI. No. 40100000 UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA FACULTAD DE ESTOMATOLOGIA 688458371

Dr. Andrew Alejandro Estrada
 Periodoncia e Implantología Oral
 COORDINADOR

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN
(Juicio de Expertos)
Modelo RTP

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del informante: CUBA GONZALES ERIC
 1.2 Cargo e institución donde labora: DOCENTE PERIODONCIA
 1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: FICHA DE OBSERVACION AD-HOC
 1.4 Autor del instrumento: MONTAÑA GÓMEZ RONALD DAVID

II. ASPECTOS DE LA VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	CALIFICACION				
		Deficiente	Regular	Buena	Buena	Excelente
		01 - 20%	21 - 40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					X
2. Objetividad	Permite medir hechos observables.				X	
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					X
4. Organización	Presentación ordenada					X
5. Suficiencia	Comprende aspectos reconocidos				X	
6. Pertinencia	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.					X
7. Consistencia	Prende conseguir datos basados en teorías o modelos técnicos.					X
8. Análisis	Descompone adecuadamente las variables / indicadores / medidas.					X
9. Estrategia	Los datos por conseguir responden a los objetivos de investigación.					X
10. Aplicación	Existencia de condiciones para aplicarse.					X

IV. CALIFICACIÓN GLOBAL: Marcar con una X)

Aprobado	Desaprobado	Observado
X		

Lugar y fecha: 05 Marzo 2019


Mg. Exp. ERIC CUBA GONZALES
 CIRUJANO - DENTISTA
 COP. 14788
 Firma del experto Informante
 DNI. No. 10285201 Teléfono: 997427860

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN
(Juicio de Expertos)
Modelo RTP

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del informante: CASTAÑEDA ESPINOSA CECILIA
 1.2 Cargo e institución donde labora: DOCENTE DE CLINICA DEL ADULTO UZIGU
 1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: FICHA DE EVALUACION AD-HOC
 1.4 Autor del instrumento: MONTAÑA GOMEZ RONALD DAVID

II. ASPECTOS DE LA VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	CALIFICACION				
		Deficiente	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente
		01 - 20%	21 - 40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					X
2. Objetividad	Permite medir hechos observables.					X
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					X
4. Organización	Presentación ordenada					X
5. Suficiencia	Comprende aspectos reconocidos					X
6. Pertinencia	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.					X
7. Consistencia	Pretende conseguir datos basados en teorías o modelos teóricos.					X
8. Análisis	Descompone adecuadamente las variables / indicadores / medidas.					X
9. Estrategia	Los datos por conseguir responden a los objetivos de investigación.					X
10. Aplicación	Existencia de condiciones para aplicarse.					X

IV. CALIFICACIÓN GLOBAL: Marcar con una X

Aprobado	Desaprobado	Observado
X		

Lugar y fecha: 08-03-2019

Castañeda

 Firma del experto Informante

CLINICA ESTOMATOLÓGICA
 U.I.G.V.
 Cecilia Castañeda Espinosa
 CIP 43074

DNI. No. 08194644 Teléfono: 994646087

ANEXO3. SOLICITUD PARA EJECUCIÓN



FACULTAD DE ESTOMATOLOGIA

Lima, 28 de Febrero de 2019

Dr. Luis Adolfo Cervantes Ganoza
Decano de la Facultad de Estomatología.
Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

PRESENTE. –

Yo Ronald David Montoya Gomez en mi calidad de Bachiller de la Facultad de Estomatología, identificado con DNI N° 73021547 y código de estudiante N°73021547 me presento ante usted y expongo que, al encontrarme elaborarlo mi tesis para optar por el título de Cirujano Dentista, con el docente como asesora Dra. Anita Kori Aguirre Morales, deseo se me brinde las facilidades para llevar a cabo la ejecución de mi tesis, de título: *"Relación entre el número de piezas dentales ausentes y la calidad de higiene bucal en pacientes de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2018"* motivo por el cual le pide me permita:

- Revisar las Historias Clínicas Generales y del Área de Periodoncia de la Clínica Estomatológica del adulto del año 2018.

Por lo antes expuesto, le solicito se pueda generar los medios necesarios para llevar a cabo la obtención de los datos a fines.

Atentamente.

.....
Bachiller: Montoya Gomez Ronald David

Código: 73021547

ANEXO 4. MATRIZ DE CONSISTENCIA INTERNA

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	Indicadores	METODOLOGÍA
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cuál es la relación entre el número de piezas dentales ausentes y la calidad de la higiene bucal en pacientes de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</p> <p>1. ¿Cuál es la relación entre el número de piezas dentales ausentes y el IPOS en pacientes de la clínica estomatológica</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar la relación entre el número de piezas dentales ausentes y la calidad de la higiene bucal en pacientes de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>1. Establecer la relación entre el</p>	<p>Variable Independiente</p> <p>Calidad de la Higiene Bucal</p> <p>• Variables Dependiente</p> <p>Piezas Dentarias Ausentes</p> <p>• Variable Interviniente</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Índice de Higiene Oral Simplificado ▪ Índice de CPOD ▪ Índice de Sangrado <ul style="list-style-type: none"> • Sexo: <ul style="list-style-type: none"> Masculino Femenino • Edad <ul style="list-style-type: none"> 18 a 35 años 36 a 64 años 65 a 80 años 	<p>1. Diseño de la investigación:</p> <p>Descriptivo.</p> <p>2. Tipo de investigación:</p> <p>Prospectivo.</p> <p>3. Corte del estudio:</p> <p>Transversal.</p> <p>4. Enfoque:</p> <p>Cualitativo.</p> <p>Población y Muestra</p> <p>La población de estudio estará constituida por 600 pacientes del área de</p>

<p>de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018 de acuerdo al sexo?</p> <p>2. ¿Cuál es la relación entre el número de piezas dentales ausentes y el IHOS en pacientes de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018 de acuerdo a edad?</p> <p>3. ¿Cuál es la relación entre el número de piezas dentales ausentes y el número de piezas dentales con caries en pacientes de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante</p>	<p>número de piezas dentales ausentes y el IHOS en pacientes de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018 de acuerdo al sexo.</p> <p>2. Establecer la relación entre el número de piezas dentales ausentes y el IHOS en pacientes de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega</p>			<p>Periodoncia Atendidos en la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, quienes acudieron en el semestre académico 2018</p> <p>La muestra fue no aleatoria por conveniencia integrada por 234 historias clínicas de la Clínica Estomatológica del Adulto de la Facultad de Estomatología de la Universidad</p>
---	--	--	--	--

<p>el año 2018 de acuerdo al sexo?</p> <p>4. ¿Cuál es la relación entre el número de piezas dentales ausentes y el número de piezas dentales con caries en pacientes de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018 de acuerdo a edad?</p> <p>5. ¿Cuál es la relación entre el número de piezas dentales ausentes y el sangrado en pacientes de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018 de acuerdo al sexo?</p>	<p>durante el año 2018 de acuerdo a edad.</p> <p>3. Determinar la relación entre el número de piezas dentales ausentes y el número de piezas dentales con caries en pacientes de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018 de acuerdo al sexo.</p> <p>4. Determinar la relación entre el número de piezas</p>			<p>Inca Garcilaso de la Vega que cumplieron los criterios de selección.</p>
---	---	--	--	---

<p>6. ¿Cuál es la relación entre el número de piezas dentales ausentes y el sangrado en pacientes de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018 de acuerdo a edad?</p>	<p>dentales ausentes y el número de piezas dentales con caries en pacientes de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018 de acuerdo a edad.</p>			
	<p>5. Identificar la relación entre el número de piezas dentales ausentes y el sangrado en pacientes de la clínica estomatológica de la Universidad</p>			

	<p>Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018 de acuerdo al sexo.</p> <p>6. Identificar la relación entre el número de piezas dentales ausentes y el sangrado en pacientes de la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2018 de acuerdo a edad.</p>			
--	---	--	--	--

ANEXO 5. REGISTRO FOTOGRAFICO

