

**UNIVERSIDAD NACIONAL
"HERMILIO VALDIZÁN"**

**FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA**



**PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL Y NECESIDAD
PROTÉSICA EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE
ODONTOLOGÍA EN EL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO
VALDIZÁN MEDRANO-HUÁNUCO-2017**

TESISTAS:

Bach. Dennise Marilia, RIOS LINO

Bach. Margoth Guisela, MELGAREJO PRIMO

ASESOR:

C.D Víctor Abraham, AZAÑEDO RAMIREZ

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE
CIRUJANO DENTISTA**

HUÁNUCO; PERÚ

2018

DEDICATORIA

RIOS LINO, DENNISE MARILIA

A Dios Padre; a mi mamita Amanda, a mis padres Crecenciana y Balduino, a mis amores Cataleya y Tanhu, a mis hermanos y familiares que siempre me brindaron todo su apoyo incondicional.

MELGAREJO PRIMO MARGOTH GUISELA

A Dios y a la Virgen de Guadalupe, a mis padres Herminia y Alejandro, a mi novio y a mis hermanos, quienes siempre me brindaron su apoyo y a mis amigos por permitirme aprender más de la vida a su lado.

Esto es posible gracias a ustedes.

AGRADECIMIENTOS

- Nuestra gratitud a nuestro asesor de tesis CD. Víctor Abraham Azañedo Ramírez, docente nombrado en la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán por su asesoría y amistad, por su conocimiento y experiencia para el desarrollo del presente estudio.
- Al CD. Jubert Torres Chávez docente nombrado en la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, y Cirujano Dentista nombrado en el Hospital Regional Hermilio Valdizán, por brindarnos las facilidades del caso, para realizar el presente estudio
- Al CD. César Lincol Gonzales Soto docente nombrado en la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán.
- Al Mg. Antonio Alberto Ballarte Baylón, coordinador de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, por el apoyo brindado para la culminación del presente estudio.
- A nuestros docentes quienes con su dedicada labor han contribuido con nuestra formación académica, aspectos que nos hacen capaz de desenvolvemos y afrontar retos con profesionalismo.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de edentulismo parcial y la necesidad protésica en pacientes que acuden al servicio de Odontología en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco 2017.

Metodología: Este estudio fue de tipo transversal, nivel descriptivo. La muestra estudiada estuvo representada por 40 pacientes edéntulos parciales. Para la recolección de datos se utilizaron como instrumentos la ficha de registro de datos de las historias clínicas y odontogramas.

Resultados: Según la contrastación y prueba de hipótesis se tuvo el resultado de: χ^2 : $0.05 < 2.07$ donde se aceptó la H_1 , que afirma: Existe alta prevalencia de edentulismo parcial y la necesidad protésica en pacientes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2017.

Conclusiones: Un porcentaje de 30% de los pacientes evaluados presentaron una prevalencia de edentulismo parcial de clase II según las clasificación de Kennedy, el 25%, de clase I, el 25%, de clase III y, el 20%, de clase IV. Del total, un porcentaje promedio de 75% indicaron tener una necesidad protésica parcial superior e inferior según la realización de tratamiento removible, el 25%, la no removible.

Palabras Clave: Prevalencia, Edentulismo Parcial, Necesidad Protésica.

SUMMARY

Objective: To determine the prevalence of partial edentulism and the prosthetic need in patients who attend the dentistry service at the Hermilio Valdizán Medrano Huánuco 2017 Regional Hospital.

Methodology: This study was of a transeversal type, descriptive level. The sample studied was represented by 40 clinical histories of partial edentulous patients. For the data collection, the data record form of the medical records was used as instruments.

Results: According to the test and hypothesis test, the result was: $0.05 < 2.07$ where H_0 was accepted, which states: There the prevalence of partial edentulism and the prosthetic need in patients who come to the Hermilio Regional Hospital Valdizán Medrano - Huánuco 2017

Conclusions: that a percentage of 30% of patients evaluated had a partial class II edentulism prevalence according to the Kennedy classification, 25% class I, 25% class III, and 20% class IV. Of which, an average percentage of 75% indicated having a higher and lower partial prosthetic need according to the performance of removable treatment and 25% non-removable

KEYWORDS: Prevalence, Partial Edentulism, Prosthetic Need.

INDICE

RESUMEN	Pág.
SUMMARY	
INDICE	
INTRODUCCIÓN	
CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1 Identificación y planteamiento del problema.....	8
1.2 Delimitación de la investigación.....	10
1.3 Formulación del problema.....	11
1.3.1 Problema general	11
1.3.2 Problemas específicos.....	11
1.4 Formulación de objetivos.....	11
1.4.1 Objetivo general.....	11
1.4.2 Objetivos específicos.....	12
1.5 Justificación e importancia de la investigación.....	12
1.6 Limitaciones de la investigación.....	13
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes de estudios realizados.....	14
2.1.1 Antecedentes Internacionales.....	14
2.1.2. Antecedentes nacionales.....	18
2.2 Bases teóricas y científicas.....	21
2.3 Definición de términos básicos	30
2.4 Formulación de hipótesis.....	30
2.5 Identificación de variables.....	31
2.6 Definición operacional de variables.....	32

CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 Nivel y tipo de estudio	33
3.2 Diseño y método de investigación.....	34
3.3 Población y muestra.....	34
3.4 Determinación de la población y muestra	34
3.5 Técnica e instrumentos de recolección de datos.....	34
3.6 Técnica de procesamiento, análisis de datos.....	36
CAPITULO IV: DISCUSIÓN DE RESULTADO.....	37
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	42
CONCLUSIONES.....	44
RECOMENDACIONES.....	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46
ANEXOS.....	52

INTRODUCCIÓN

En la presente investigación se detalla el edentulismo parcial y su prevalencia asociado a la necesidad protésica en los pacientes que acuden al servicio de Odontología en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano.

El edentulismo parcial es una deficiencia de amplia distribución a pesar de la prevención, los recursos y métodos de tratamiento que, han progresado considerablemente en las últimas décadas; las piezas dentarias se siguen perdiendo. Los Estudios epidemiológicos en diferentes países independientemente de la situación socioeconómica, político y cultural indican que la ausencia de piezas dentarias se observa en un 80% de la población, sin considerar edéntulos totales.³⁴

Existen múltiples causas y factores que pueden producir la pérdida de piezas dentales, las principales, son la caries y la enfermedad periodontal.³⁵ Estas enfermedades son combatibles y es posible evitarlas siempre que exista el acceso odontológico en una etapa en la que enfermedad no esté avanzada y se pueda realizar un tratamiento conservador.^{35,36}

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 IDENTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La condición de Salud Bucal en el Perú, atraviesa una situación crítica debido a la alta prevalencia de enfermedades Odontostomatológicas, a pesar de los programas de prevención y promoción que se brindan en algunas zonas del país. La salud oral deficiente en adultos mayores ha sido evidenciada en altos niveles en la pérdida de dientes, por la experiencia de caries dental y enfermedad periodontal. Como resultado, el anciano reduce la variedad de alimentos que consume, haciendo una dieta monótona y de bajo valor nutricional.¹

Se puede afirmar, que la población que sufre de esta afección, tiende a tener problemas normo funcionales que impiden desenvolverse con normalidad en el diario vivir, además, la población que padece este mal, en su mayoría pierde sus piezas dentarias, situación que se relaciona con problemas económicos, sociales, de edad, de género, nivel cultural, intelectual, costumbre, hábitos, entre otros.²

Las consecuencias del edentulismo parcial afectan a nivel físico como la reabsorción del hueso alveolar, movimientos dentarios indeseados, daños en la articulación temporomandibular y también psicológicos como la disminución de la autoestima.³

Las piezas dentarias cumplen una función específica y grupal, es por esto que al perderse una pieza el resto del grupo tiene una exigencia extra. Cuando se ha perdido un sector de piezas, anterior o posterior, se ponen en riesgo todos los sectores cumpliendo funciones que no corresponden a su anatomía y generando TCM (Trastornos Cráneo Mandibulares).⁴

El cuerpo humano es un complejo sistema que para su funcionamiento tiene que llevar a cabo diversos mecanismos fisiológicos; uno de ellos es la digestión, este proceso se inicia en la boca mediante la masticación. Para una eficiente masticación es necesaria la

presencia de los dientes ya que estos cumplen funciones específicas de acuerdo a su morfología; la ausencia de dientes va a dificultar la masticación produciendo así diversos problemas para la salud desde problemas en la nutrición hasta disfunción temporomandibulares.⁵

Los diversos tipos de edentulismos parciales, descritos a través de la clasificación realizada por el Dr. Kennedy en 1925, muchas veces son causantes de una posible alteración del rendimiento masticatorio en estos pacientes. A pesar de lo anterior la instalación de una prótesis removible parcial debiese de aumentar el rendimiento masticatorio en estos últimos.⁶

El edentulismo parcial o total es más prevalente en adultos, pero esto es consecuencia de que a edades tempranas no obtuvieron buenos hábitos de higiene oral y tampoco un adecuado acceso a la atención dental. La accesibilidad cultural consiste en los hábitos y las costumbres que la población tiene en cuanto al cuidado y la conservación de su salud bucal, se considera una barrera para obtener una atención satisfactoria.⁷

Existe una población adulta que presenta edentulismo parcial de las cuales una gran cantidad optan por la no reposición protésica oportuna de las piezas dentarias perdidas, y además de la desinformación acerca de las diferentes alteraciones que puede ocasionarle la falta de reposición protésica oportuna.⁸

Las enfermedades bucales como la caries o las periodontopatías, no son las únicas causas para que un paciente se convierta en edéntulo. Las investigaciones han demostrado que muchos factores no relacionados con las enfermedades bucales como: nivel sociocultural, actitud, conducta, características del sistema de atención pública odontológica y salud, representan factores importantes en la etiología del edentulismo. Además, existe una importante relación entre el estado edéntulo y las personas de estratos sociales bajos. Por tanto, es razonable concluir, que el edentulismo obedece a diferentes combinaciones de determinantes culturales y conductuales, así como al tratamiento recibido a lo largo de muchos años.⁹

El Edentulismo Parcial es una condición muy frecuente en la población, situación que se enfrenta debido a la falta de educación sanitaria o simplemente al bajo nivel socioeconómico, lo que conlleva al paciente a realizarse tratamientos radicales y termina perdiendo sus piezas dentales. Las principales causas de edentulismo son caries, enfermedad periodontal y traumatismos, tales que pueden ser controladas mediante la terapéutica en etapas tempranas. Esto sugiere que el edentulismo se puede prevenir y es nuestra obligación como profesionales dar a conocer la real dimensión del problema, ya que mayormente el paciente no accede a tratamientos conservadores por limitantes económicos y ante la desesperación por el dolor eligen la exodoncia, sin tener en cuenta las consecuencias futuras.¹⁰

Durante el periodo del internado hospitalario 2017, de agosto a diciembre, en el servicio de Odontología del Hospital Regional Hermilio Valdizán, vimos pacientes edentulos parciales y totales. Realizamos una encuesta a los pacientes y a la vez Seleccionamos las historias clínicas de los pacientes edentulos parciales para nuestra muestra de estudio, en ellos vimos la gran necesidad del uso de la prótesis; Debido a la prevalencia de casos en el servicio decidimos realizar la investigación mediante los odontogramas por su alta precisión.

1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Tema: prevalencia de edentulismo parcial y necesidad protésica en pacientes que acuden al servicio de Odontología en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano-Huánuco-2017

Objeto de estudio: historias clínicas

Campo de acción: Edentulismo parcial y necesidad protésica

Área: pacientes que acuden al servicio de Odontología en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano-Huánuco-2017

Periodo: 2017

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1 Problema General

¿Cuál es la prevalencia de edentulismo parcial y la necesidad protésica en pacientes que acuden al servicio de Odontología en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco 2017?

1.3.2 Problemas específicos

- ¿Cuál es la prevalencia de edentulismo parcial según las edades en los pacientes que acuden al servicio de Odontología en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco 2017?

- ¿Cuál es la prevalencia de edentulismo parcial en los pacientes masculinos que acuden al servicio de Odontología en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco 2017?

- ¿Cuál es la prevalencia de edentulismo parcial en los pacientes femeninos que acuden al servicio de Odontología en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco 2017?

- ¿Cuál es la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los pacientes que acuden al servicio de Odontología en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco 2017?

- ¿Cuál es la prevalencia de necesidad protésica en los pacientes que acuden al servicio de Odontología en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco 2017?

1.4. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo General

- Determinar la prevalencia de edentulismo parcial y la necesidad protésica en pacientes que acuden al servicio de Odontología en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco 2017.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Determinar la prevalencia de edentulismo parcial según las edades en pacientes que acuden al servicio de Odontología en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco 2017

- Hallar la prevalencia de edentulismo parcial en pacientes masculinos que acuden al servicio de Odontología en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco 2017.

- Hallar la prevalencia de edentulismo parcial en pacientes femeninos que acuden al servicio de Odontología en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco 2017

- Hallar prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los pacientes que acuden al servicio de Odontología en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco 2017

- Identificar la necesidad protésica en Pacientes que acuden al servicio de Odontología en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco 2017

1.5. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

El propósito de este trabajo de investigación es dar a conocer la prevalencia de edentulismo parcial y la necesidad protésica en pacientes que acuden al servicio de Odontología en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco 2017.

Se realiza esta investigación porque durante nuestro internado hospitalario durante los meses agosto-diciembre 2017 observamos que muchos pacientes que acudían al servicio de Odontología nos preguntaban si hacíamos prótesis o que su seguro integral de salud (SIS) cubría todo el gasto. Entonces allí observamos la gran necesidad protésica que tiene los pacientes, a partir de ello nace este trabajo de investigación.

Es conveniente llevar a cabo la investigación ya que en muchos centros de salud pública no cuentan con todos los materiales para brindar a los pacientes todos los tratamientos a realizar especialmente las prótesis parciales removible. Los pacientes no puedan atenderse en un consultorio dental privado debido principalmente a su condición socioeconómica. El beneficio que se deriva de esta investigación es aportar o dar a conocer la prevalencia de edentulismo parcial y la necesidad protésica, ya que hasta el momento no se conoce trabajos de investigación respecto al tema a nivel regional y local.

1.6. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Para la investigación se encontrarán las siguientes limitaciones:

- Disponibilidad de tiempo para la investigación; por el corto tiempo de rotación por cada servicio.
- Escasos antecedentes relacionado al tema

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIOS REALIZADOS

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES:

- Cedeño C. (2014), Ecuador. **Edentulismo parcial según clasificación de Kennedy en la población adulta de 30 a 70 años de la parroquia colon del cantón Portoviejo, durante el periodo marzo-agosto 2014.** El **Objetivo** del estudio fue Determinar la frecuencia de edentulismo parcial según clasificación de Kennedy en la población adulta de 30 a 70 años de la parroquia Colón del cantón Portoviejo, durante el periodo marzo-agosto 2014. **Material y Método:** Estudio de tipo epidemiológico descriptivo, observacional de corte transversal, lo que permitirá realizar la observación a un determinado número de personas de la parroquia Colón, en este caso correspondiente al 1% del total de la población, La investigación será de corte transversal, Para caracterizar el edentulismo parcial según clasificación de Kennedy se analizaron las fichas dentales de observación lo que permitió determinar su frecuencia dentro del porcentaje de personas a quienes se les realizó el análisis u observación. **Resultados:** Las fichas de recolección de datos que se utilizó con las 150 personas de la parroquia Colón, muestran que de acuerdo a la clasificación de Kennedy en edentulismo parcial con respecto a la edad en la Clase I, II y III, predominan los rangos entre 30-40 años con un porcentaje de 37.31%(18 personas), 51-60 años con un porcentaje de 43.55%(27 personas) y 61-70 años con un porcentaje de 47.62% (40 personas). Con respecto a la edad en la Clase IV, predomina el rango entre 51-60 años con un porcentaje de 42.11% (8 personas) y en la Clase V, predomina el rango de edad entre 61-70 años en un 100% (1 persona). **Conclusiones** De acuerdo a la clasificación de Kennedy en edentulismo parcial, se encontró que la Clase III es la de mayor frecuencia en ambos maxilares dentro de la población que fue parte de este estudio, seguida por la Clase I y en tercer lugar la Clase II, mientras que las de menor frecuencia fueron las Clase IV y la Clase V y finalmente la Clase VI no tuvo ningún caso en los maxilares superior e inferior. ¹¹

- **Cortés V, Carrasco F. (2014), Chile. Prevalencia De Edentulismo Parcial Y Total En Islas Butachauques Y Tac, Quemchi, 2013.** El **Objetivo** fue Determinar la prevalencia de edentulismo y clasificación topográfica de Kennedy en población mayor de 20 años de islas Butachauques y Tac. **Material y Método:** Estudio observacional descriptivo. Se incluyeron sujetos mayores de 20 años en los servicios de salud de islas Butachauques y Tac durante los meses de agosto y septiembre de 2013. Se solicitó a cada sujeto de investigación la firma de un consentimiento informado. La información recopilada fue ingresada a una planilla de registro de datos diseñada para la investigación. Las variables utilizadas fueron género, edad, cantidad de dientes presentes, portador de prótesis y tipo de edentulismo según clasificación topográfica de Kennedy, para luego realizarse un análisis de estadística descriptiva mediante SPSS 18 (IBM® SPSS® software). **Resultados:** Fueron evaluados 88 sujetos, de los cuales un 39.7% hombres y un 60.3% mujeres. Un 89.7% de los sujetos presentó ausencia de al menos uno de sus dientes y del total de éstos, el 29.4% utilizaba prótesis dentales. La clasificación de Kennedy maxilar más prevalente fue Clase 3 y en la arcada Mandibular fueron similares resultados para Clase 1 y 3. **Conclusión:** Estos resultados demuestran la alta prevalencia de sujetos edéntulos en los distintos servicios de salud de las islas y la necesidad de realizar programas de promoción y prevención para minimizar el daño en la salud de las personas de estas localidades.¹²

- **Cargua J. (2016), Ecuador. Prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en la ciudad de Quito 2016.** El **Objetivo** fue definir el grado de prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los habitantes de la ciudad de Quito, como base de información el edentulismo parcial clase III predomina en edades tempranas, afectando a hombres como a mujeres en arcos maxilares, promoviendo como hipótesis que el edentulismo de clase III de Kennedy prevalece en pacientes mayores 30 años de género femenino en el maxilar inferior, **Material y Método:** bajo un enfoque de tipo descriptivo, transversal, observacional y epidemiológico. **Resultados:** Se realizó encuestas a una muestra de 384 personas según criterio de inclusión y exclusión, se aplicó la observación clínica y para la tabulación de

resultados, se utilizó cuadros y gráficos según variables de estudio, cuyo resultados relevantes fueron que: la población quiteña la clase III es más prevalente con un 82,81%, clase II con 19,93%, clase I con 15,41%, clase IV con 11,39%; según edad de 30-39 años, predominó la clase III con 54,67%, el género femenino la clase III sobresalió con 31,83% y en el arco superior la clase III prepondera con un 26,80%. Respecto a las **conclusiones**, este esfuerzo investigado es la base para recomendar la realización periódica de este tipo de estudio a nivel provincial y nacional por parte de entidades público- privadas, concienciar al profesional para el desarrollo de técnicas que permitan prevenir diagnosticar y crear un plan de tratamiento rehabilitador para reducir los índices de edentulismo parcial en la población; finalmente promover el cuidado de la salud oral en los habitantes de la ciudad de Quito.²

- **Vanegas E, Villavicencio E, Alvarado O y Ordoñez P. (2016), Ecuador. Frecuencia del edentulismo parcial y total en adultos y su relación con factores asociados en la clínica universitaria Cuenca Ecuador 2016.** El **Objetivo** fue Conocer la frecuencia y relación de los tipos de edentulismo con el estado nutricional, calidad de vida, género y edad de los pacientes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca. **Material y Métodos:** Se analizaron 378 pacientes adultos para determinar el tipo de edentulismo más frecuente. El estado nutricional se calculó mediante el índice de masa corporal y el impacto en la calidad de vida se analizó con el cuestionario OHIP 14. Se registraron los datos en SPSSvs.21 y se ejecutó el análisis de Odds Ratio. **Resultados:** el edentulismo parcial es el tipo de pérdida dental más frecuente (75%), la clase III de Kennedy fue predominante en ambos maxilares (42% maxilar superior y 40% mandíbula). Se observó asociación entre la calidad de vida y edentulismo (OR: 0,06 IC95% (0,03 – 0,11) edentulismo parcial, OR: 2,85 IC95% (1,747 - 4,647) edentulismo total) pero no se encontró relación entre el edentulismo con el estado nutricional y el género de los pacientes. El grupo de edad mayor a 40 años se consideró un factor de riesgo de edentulismo total (OR: 20,10 IC95% (7,188 - 56,203)). **Conclusiones:** El edentulismo es un factor de riesgo para una menor calidad de vida. Además la pérdida dental depende de la edad, a mayor edad, mayor riesgo de

edentulismo. No hubo predisposición por el género, afectando a ambos géneros por igual, finalmente no existe correlación entre el edentulismo parcial o total y el estado nutricional de los pacientes.¹³

- **Chuquimarca B, Tipantuña V. (2017), Ecuador. Prevalencia de edentulismo parcial asociado a la calidad de vida de pacientes que acuden a la Clínica de Pregrado de la Facultad de Odontología, Universidad Central del Ecuador, 2016 – 2017.** El **Objetivo** fue Determinar la prevalencia de Edentulismo Parcial según la Clasificación de Kennedy, asociado a la Calidad de Vida de pacientes de 40 a 80 años de edad, que acuden a la Clínica de Pregrado de Octavo y Noveno semestre de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador, periodo 2017. **Material y Método** Es un estudio observacional de corte transversal, ya que se registraron datos sin modificación de aspectos, en un tiempo único. La información se transcribió en fichas específicamente realizadas para la investigación, **Resultados** La información obtenida de la aplicación del cuestionario se organizó en una base de datos en el programa SPSS 23, donde a más del código de la respuesta de cada ítem se hizo constar el grupo etario, género y clase de edentulismo parcial superior e inferior con el fin de realizar el análisis estadístico en relación a los objetivos. El grupo meta consistió en 73 casos, con edades entre 40 y 80 años, que se distribuyeron de la siguiente manera: 36 casos de entre 40 – 60 años (49,3%), 37 casos de entre 60 – 80 años (50,7%), en relación al género se analizaron 40 casos del género femenino (54,8%) y 33 del género masculino (45,2%). En el grupo meta se diagnosticó la clase de edentulismo, de acuerdo a la Clasificación de Kennedy, para arcada inferior y superior. **Conclusiones** La Clase de Kennedy que prevaleció en la arcada superior fue la Clase III (espacio edéntulo unilateral con pilar posterior) con el 39,7% de los casos, y de igual manera que en la arcada inferior con en el 34,2%, además sobresale la Clase I (espacios edéntulos bilaterales posteriores) con el 26% de los casos. Existe mayor porcentaje de edentulismo parcial en el género femenino en comparación con el género masculino. Los ítems que evidenciaron mayor dificultad según la encuesta OHIP-14 fueron; vergüenza, cambio en el sabor de los alimentos, interrupción de sus alimentos, insatisfacción en general y dolor. Las dimensiones

correspondientes a la encuesta OHIP-14 con mayor perjuicio para los pacientes parcialmente edéntulos, fueron Incomodidad psicológica, Dolor, Inhabilidad física e Inhabilidad psicológica.¹⁰

2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES:

- **Cisneros M, Verástequi A, Fernández H (2014), Lima. Prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy en pacientes adultos de una clínica docente universitaria. (2014).** El **Objetivo** fue Determinar mediante el diagnóstico clínico la prevalencia de edentulismo parcial en pacientes adultos, considerando la cantidad de arcadas edéntulas, utilizando la clasificación de Kennedy. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo, desarrollado en la clínica de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas. Se estudiaron 200 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, contabilizándose 359 maxilares edéntulos parciales. Los datos se obtuvieron mediante un examen clínico estomatológico, consignándolos en una ficha clínica juntamente con lo reportado en la anamnesis; los datos fueron cuantificados con el programa estadístico SPSS. **Resultados:** Según la anamnesis, la caries dental fue la causa de mayor pérdida dentaria 77%, seguida de la enfermedad periodontal 20%; la referencia de problemas gástricos representó 15%. En el examen clínico, el grupo etéreo de 31 a 50 años presentó mayor cantidad de arcos edéntulos parciales 51,81%; en el sexo femenino se encontró mayor cantidad de casos 72,14%, en la mandíbula hubo más prevalencia 51,81%. La clase III fue la más frecuente 52,65%; y, con modificación uno maxilar y mandibular concentró el 25,07%; menos frecuente fue la clase IV 3,06%; la clase III predominó en ambos sexos 36,21% para el femenino y 16,44% para el masculino. **Conclusión:** La mayor prevalencia de edentulismo parcial corresponde a la población adulta joven de 31 a 50 años, a predominio del sexo femenino, la clase III es la más predominante, la caries dental y la enfermedad periodontal son las causantes de mayor pérdida dentaria.¹⁴

- **Gutierrez V, León R, Castillo D. (2015), Lima. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal.** El **Objetivo** fue Determinar la frecuencia de edentulismo y la necesidad de tratamiento protésico en pobladores adultos de 18 a 64 años de edad del ámbito urbano marginal del Asentamiento Humano El Golfo de Ventanilla, distrito de Ventanilla, Callao – Lima, 2014. **Material y Métodos:** Estudio transversal, descriptivo, observacional. La población estuvo formada por 1350 personas y la muestra calculada fue de 168 adultos, quienes fueron evaluados mediante una ficha de recolección de datos, estructurada a partir de un cuestionario de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para personas edéntulas. **Resultados:** Se determinó que existió una frecuencia de edentulismo en la población de 121 (72%) y la necesidad de tratamiento protésico de forma parcial y total presente para el maxilar superior fue de 100 (59,6%) y en el maxilar inferior de 113 (67,3%). **Conclusiones:** La mayoría de la población tenía edentulismo y necesidad de tratamiento protésico.¹⁵

- **Avedaño E. (2016), Lima. Prevalencia de edentulismo parcial y necesidad protésica en pacientes que acuden a la clínica de pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos del 2013 al 2014.** El **Objetivo** fue Identificar la Prevalencia de edentulismo parcial y necesidad protésica en pacientes que acuden a la clínica de pregrado de la facultad de odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos del año 2013 al 2014. **Materiales y Metodos:** la población elegible fue de 243 pacientes, 89 varones y 154 mujeres que se realizaron una PPR en la clínica de pregrado de la facultad de odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos del año 2013 al 2014. Se recolectó los datos en una ficha de cotejo donde se registró la información que está en las historias de los pacientes edéntulos parciales. **Resultados:** Se encontró que de los 363 maxilas que se realizaron el tratamiento de PPR la Clase I de Kennedy es la más prevalente con 41.3 % (150 casos); la siguiente Clase de mayor frecuencia fue la Clase II con el 32 % (116 casos), luego tenemos a la Clase III con el 25.1% (91 casos) y finalmente a la Clase IV con el 1.7% (6 casos). Además de los 243 pacientes que se realizaron el tratamiento de

PPR la necesidad protésica de la clase I de Kennedy fue 132 (54,3 %) pacientes, de la clase II de Kennedy fue 91 (37,4 %) pacientes, de la clase III de Kennedy fue 82 (33,7 %) pacientes y de la clase IV de Kennedy fue 5 (2,1 %) pacientes. **conclusiones:** La mayor prevalencia de edentulismo parcial según el género que se realizó tratamiento de PPR es el sexo femenino con 154 pacientes (63,4%) a comparación al sexo masculino con 89 pacientes (36,6 %). 2. De un total de 363 maxilares edéntulos parciales, según el género la tuvo mayor prevalencia el sexo femenino por maxila con 231 (63.6%) y 132 (36.4%) maxilares pertenecieron al sexo masculino. Además en edentulismo se presentó más en el maxilar inferior con 200 (55,1 %) que los maxilares superiores con 163 (44,9 %).³

- **Tantas S. (2017) Lima. Edentulismo parcial o total, y la calidad de vida en pacientes adultos mayores del Departamento de Geriatria del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, año 2016** El **Objetivo** fue Determinar la relación entre el edentulismo parcial o total, y calidad de vida en pacientes adultos mayores con ausencia parcial o total de sus piezas dentarias del Departamento de Geriatria del Hospital Nacional Arzobispo Loayza del año 2016. Es un estudio descriptivo, observacional y transversal. **Materiales y Métodos:** Evalúa a 152 personas adultas mayores mediante un cuestionario dividido en tres partes, la primera de datos generales como edad y sexo, la segunda del odontograma y la tercera parte corresponde al índice GOHAI que consta de 12 ítems relacionados a la salud oral, que comprenden tres dimensiones: la función física, función psicosocial, y el dolor e incomodidad. En los **resultados** se observa que el GOHAI en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza indica un valor de 33.71. El 1.3% presenta respuesta de salud bucodental regular, con un GOHAI de 51.50 y el 98.7% presenta respuesta de mala calidad de vida con un GOHAI de 33.47. **Concluye** que la mayor parte de la muestra presenta una autopercepción mala de su calidad de vida relacionada a su salud oral. ¹

- Vega E. (2017) Trujillo. **Prevalencia de edentulismo parcial en pacientes adultos atendidos en la Unidad de Segunda Especialización en estomatología de la Universidad Nacional de Trujillo.** El **Objetivo** fue determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes adultos atendidos en la Unidad de Segunda Especialización en Estomatología de la Universidad Nacional de Trujillo. Se realizó un estudio tipo descriptivo, retrospectivo y transversal. **Materiales y Metodos:** En este estudio se evaluó un total de 339 historias clínicas de pacientes adultos, entre 25-70 años que cumplieron con los criterios de selección, que fueron atendidos en la Unidad de Segunda Especialización en Estomatología de la Universidad Nacional de Trujillo durante los años 2011 – 2016. **Resultados:** Se halló diferencia altamente significativa entre las variables en los maxilares y en los grupos etáreos. . La **Conclusión** fue que la mayor prevalencia de la clase III de Kennedy 50.59%, esta clase predominó en los maxilares, géneros y grupos etáreos ⁵

2.1.3 ANTECEDENTES REGIONALES Y LOCALES:

No se encontraron antecedentes en la región

2.2 BASES TEÓRICAS Y CIENTIFICAS

2.2.1 Edentulismo parcial

Es la pérdida de algunos de los dientes permanentes en la persona adulta.¹⁶ El edentulismo no es una condición patológico heredable, es la consecuencia de una enfermedad infecciosa sea esta enfermedad periodontal o caries dental. Sin embargo, la intensidad de la reabsorción en las áreas edentulas, si corresponde a un factor genético el cual corresponde al gen que codifica al factor de crecimiento de fibroblastos FGFRIOP2/WIT3.O.¹⁷ La pérdida de dientes no es una problemática actual; los estudios realizados en momias egipcias, etruscas, fenicias, griegas y romanas revelan el hallazgo de intervenciones quirúrgicas¹⁸. Los mayas practicaban la mutilación dentaria con motivos estrictamente religiosos y rituales¹⁹. Los que realizaban estas cirugías eran sangradores, curanderos y barberos²⁰.

Se considera como una agresión a la integridad del sistema estomatognático ya que se alteran funciones normales y la estética, viendo afectada negativamente la calidad de vida.³³ El edentulismo parcial es una deficiencia de amplia distribución, que a pesar de la prevención, los recursos y métodos de tratamiento que han progresado considerablemente en las últimas décadas, las piezas dentarias se siguen perdiendo y estudios epidemiológicos en diferentes países independientemente de la situación socioeconómica, político y cultural indican que la ausencia de piezas dentarias se observa en un 80% de la población, sin considerar edéntulos totales.³⁴

2.2.2 Las principales causas del edentulismo son:

Existen múltiples causas y factores que pueden producir la pérdida de piezas dentales, siendo las principales, la caries y la enfermedad periodontal.³⁵ Estas enfermedades son prevenibles y es posible evitarlas siempre que exista el acceso odontológico en una etapa en la enfermedad no esté avanzada y se pueda realizar un tratamiento conservador.^{35, 36} El traumatismo es la tercera causa muy común y que al verse afectada la pulpa o el periodonto es posible la extracción dental.³⁷

- **2.2.2.1 Caries Dental:** La caries dental es una enfermedad que desintegra de manera progresiva los tejidos calcificados del diente, al estar avanzada con destrucción coronal completa la única opción de tratamiento es la extracción dentaria.²³

La caries es una enfermedad microbiológica infecciosa que se caracteriza por disolución y destrucción localizada de los tejidos calcificados de los dientes.³⁸ Su desarrollo se da por una serie de exacerbaciones que se caracterizan por periodos de alta producción de ácido, como resultado del metabolismo bacteriano sobre los alimentos provenientes de la dieta, causando la disolución de los tejidos duros del diente.^{38,39} La estructura de la comunidad bacteriana consiste en una masa de células muy condensadas, unidas entre sí y al diente por una matriz viscosa, pegajosa de hidratos de carbono.³⁹ A este conjunto de bacterias y matriz colectiva se le conoce como placa la cual por medio de su actividad metabólica produce la caries y enfermedad periodontal.⁴⁰ La placa bacteriana como un

material blando con gran adhesión sobre la superficie de los dientes, está constituida principalmente por bacterias y sus productos, con una secuencia altamente organizada.⁴⁰

- **2.2.2.2 Enfermedad Periodontal:** Por pérdida de tejido de soporte del diente.¹⁷ la enfermedad periodontal es causa de edentulismo por que produce la pérdida progresiva del tejido de soporte del diente, incluyendo la destrucción del ligamento periodontal y la pérdida de hueso de soporte produciendo la movilidad dentaria con posterior caída del diente.^{21,22}

Es una enfermedad de origen bacteriano caracterizada por reacciones inflamatorias que destruyen los tejidos de soporte de los dientes (hueso alveolar, ligamento periodontal, cemento), su etiología principal es la placa bacteriana, situación que empeora cuando se presenta una escasa producción de saliva, tabaquismo y principalmente una mala higiene bucal, favoreciendo a la colonización bacteriana y sus efectos, lo que predispone la pérdida del aparato de soporte y por lo tanto al edentulismo.^{41,42}

- **2.2.2.3 Traumatismo:** se da en los accidentes del macizo facial que deja como secuela la pérdida de dientes.¹⁷ El traumatismo en el macizo facial afecta a un 20% a 25% de la población actual.²⁴

Los traumatismos dentoalveolares son lesiones de extensión e intensidad variables que se producen en los dientes, hueso y tejidos de sostén, como resultado de un impacto físico contra ellos.⁴³

Los traumatismos se clasifican de la siguiente manera:⁴⁴

- Fracturas coronarias: fisuras del esmalte, fractura coronaria no complicada, fractura coronaria complicada.
- Fracturas radiculares: fracturas intraalveolares, fractura coronoradicular
- Luxación concusión, subluxación, luxación lateral, intrusión, luxación extrusiva
- Avulsión

2.2.2 Factores

- **Edad Avanzada:** la pérdida de dientes se relaciona con el avance de la edad simplemente porque las personas mayores han estado expuestas durante más tiempo a la caries, enfermedad periodontal o traumatismo.³⁵

- **Factores socioeconómicos:** se asocia a la pérdida dental puesto que se limita los servicios odontológicos por el costo de los tratamientos, lo que se completa con la falta de conocimiento de los pacientes acerca de las consecuencias y al no tomar medidas preventivas o no optar por el tratamiento restaurador necesario debido a recursos económicos insuficientes, provoca enfermedades dentales progresivas que conllevan al edentulismo.⁴⁵

- **Iatrogenias:** el daño producido a los pacientes por parte de profesionales durante un procedimiento odontológico erróneo, involuntario puede ocasionar la pérdida dental, sean estos tratamientos endodónticos, protésicos, o de ortodoncia cualquiera de ellos es necesario seguir un protocolo exacto que evite futuras consecuencias.^{35,45}

- **Factores Sociodemográficos:** el acceso a los servicios de salud limita a los habitantes según el área de residencia.³⁵ Situación que se da principalmente en zonas rurales donde existe una privación de necesidades básicas o recursos para la educación, considerando los principales obstáculos que perjudican la salud.³⁵

2.2.3 Consecuencias Del Edentulismo Parcial

2.2.3.1 Consecuencias Físicas Y Anatómicas

• **Resorción Ósea:** La pérdida ósea es un proceso continuo que se presenta después de la extracción dentaria.⁴⁶ La reabsorción ósea continúa durante toda la vida pudiendo variar entre los pacientes y entre los sitios edéntulos, el reborde mandibular muestra una resorción continua a un ritmo constante, mientras que el reborde maxilar se estabiliza a los tres años de la extracción dentaria.⁴⁶

- **Lesiones Mucosas:** Las lesiones sobre la mucosa se deben principalmente al uso de prótesis, cuya base tiende a ser colonizada por microorganismos que promueven la infección, una secuela frecuente es la estomatitis, otros efectos sobre la mucosa es el desarrollo de úlceras y reacciones hiperplásicas.³⁷

- **Alteraciones estéticas:** La disminución de la dimensión vertical afecta la altura facial, la misma que muestra una apariencia envejecida, con cambios sustanciales en el perfil de los tejidos blandos, protrusión mandibular, sonrisa invertida, líneas nasogenianas más marcadas.³⁷

2.2.3.2 Consecuencias Biomecánicas:

- **Eficacia Masticatoria:** El número de dientes es el determinante clave del estado de salud oral. Se ha demostrado que un indicador importante para la eficacia masticatoria es el número de piezas dentales en buen estado, por lo que un remanente dentario inferior a 20 dientes está asociado al rendimiento masticatorio defectuoso.⁴⁶

- **Consecuencias Fonéticas:** La mayoría de paciente encontrará que la pronunciación de algunos sonidos será diferentes de lo acostumbrado especialmente cuando se pierden la mayoría de dientes y en especial por el uso de prótesis.³⁷

- **Migración Dental:** La pérdida de dientes naturales puede afectar la oclusión del paciente causado por el desplazamiento de los dientes vecinos hacia el nuevo espacio provocado por la extracción, la migración de los dientes su inclinación, rotación, extrusión, intrusión, puede reducir el apoyo periodontal y causando a su vez la pérdida del hueso alveolar resultando así el edentulismo.^{37,46}

2.2.3.3 Consecuencias Psicosociales:

Al perder sus piezas dentales los pacientes no suelen encontrarse con un entorno especialmente empático para su situación, por lo que significa en términos de aflicción la perdida de una parte del cuerpo ocasiona sentimientos de inferioridad y una autoevaluación negativa, para muchos este acontecimiento representa el contraste de la

juventud, la belleza y atractivo, factores que son los ideales de una sociedad moderna.³⁷ Si bien existen investigaciones que relatan la problemática del edentulismo; esta no alcanza a dimensionar la complejidad del problema. Se considera que el edentulismo puede provocar la pérdida de autoestima, la ansiedad y la depresión puede sobrevenir, provocando en casos extremos el aislamiento de dichos pacientes.³⁷

2.2.4 Pérdida de los dientes y la edad

Nadie duda de la relación que existe entre pérdida de diente y de edad. Se ha comprobado una relación específica de la ausencia de los dientes con el incremento de la edad y la existencia de los dientes que se retienen más tiempo que otros. Se ha sugerido que la pérdida de dientes varía según la arcada y que se pierden antes los dientes maxilares que los mandibulares. También se ha insinuado que existe otra diferencia dentro de la misma arcada, perdiéndose los dientes posteriores más rápidamente que los anteriores. Con bastante frecuencia los últimos dientes que permanecen en boca son los mandibulares anteriores especialmente los caninos y es frecuente encontrarse con un maxilar edéntulo opuesto a una arcada mandibular con dientes anteriores.²⁵

2.2.5 Prótesis Parcial Removible

La Prótesis parcial removible tiene relación con el reemplazo de los dientes y de sus estructuras vecinas para los pacientes edéntulos parciales mediante sustitutos artificiales que son fácilmente insertados y removidos de la boca. El servicio de la prótesis parcial removible tiene el potencial de cumplir con una meritoria función en el programa de salud bucal con la actitud correcta de la profesión, la prótesis parcial removible es un buen recurso para restaurar al edéntulo parcial. El éxito de estas restauraciones protésicas están basadas en un cuidadoso examen clínico complementado con exámenes auxiliares en los que se incluye el uso de los modelos montados en el articulado en relación céntrica y en adecuada dimensión vertical. Los modelos permiten el examen en el paralelógrafo, el análisis de la oclusión, la articulación de los dientes en relación oclusal decidida, visualizar los desgastes y modificaciones a realizarse en los dientes y guían en la preparación de los dientes. Por consiguiente, el modelo final, la dimensión

vertical, la relación oclusal, la estética y el diseño de la prótesis parcial removible, está disponible para el técnico del laboratorio dental.²⁶

2.2.6 Clasificación de Kennedy²⁷

Para el diseño de la prótesis parcial removible se han propuesto varias clasificaciones para facilitar el diseño aplicando principios básicos en cada caso de dentadura parcial, de modo que no se tomen en cuenta solo aspectos mecánicos, sino también las condiciones biológicas de los tejidos orales que están en contacto con la prótesis en función. La clasificación de edentulos parciales más aceptadas y conocidas es la de Kennedy que considera las siguientes clases:

2.2.6.1 Clase I

Áreas bilaterales posteriores a los dientes remanentes (extremo libre bilateral)²⁷

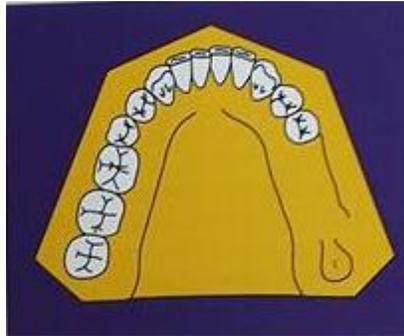


Figura 1 Clase I

Fuente: Tomado de Loza (2007)

2.2.6.2 Clase II

Áreas edéntulas unilaterales posterior a los dientes remanentes. (Extremo libre



unilateral).²⁷

Figura 2 Clase II

Fuente: Tomado de Loza (2007)

2.2.6.3 Clase III

Áreas edéntulas unilateral posterior con dientes remanentes anterior y posterior a ella, inadecuados para asumir solos el soporte de la prótesis.²⁷

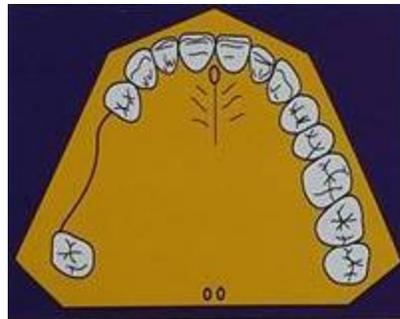


Figura 3 Clase III

Fuente: Tomado de Loza (2007)

2.2.6.4 Clase IV

Áreas edéntula única anterior y bilateral a los dientes remanentes (extremo libre anterior). El área edentula anterior debe comprender ambos lados de la línea media.²⁷

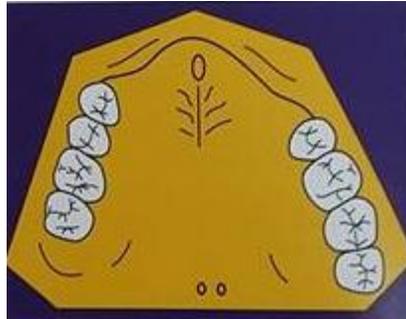


Figura 4 Clase IV

Fuente: Tomado de Loza (2007)

2.2.7 Indicaciones para Prótesis Parcial Removible²⁸

Como sucede en esta profesión, en la mayoría de los casos las indicaciones son fáciles de determinar, pero en toda profesión existe casos en los que se hace difícil y complicado tomar una decisión. Es decir que se puede plantear varias soluciones viables, pero solo una de ellas será siempre la mejor y solo la experiencia, la preparación del profesional puede dar al paciente una solución que será la mejor y que dará mejores resultados a largo plazo.

Las principales indicaciones para una prótesis parcial removible son las siguientes:

- 1.- Extracciones recientes y en zonas extensas desdentadas como consecuencia de un traumatismo con largos periodos de cicatrización. En estos casos una prótesis parcial removible sin preparar ningún alojamiento en los dientes remanentes, puede ser una solución provisional adecuado por un tiempo limitado.
- 2.- En todos aquellos casos de extremo libre unilateral o bilaterales en los que por la causa que fuere no se puede colocar implantes.

3.-En aquellas bocas con movilidad generalizada de tipo I, una prótesis de tipo estabilizadora en todas las piezas de la arcada dentaria, permitirá mantener los dientes estables.

4.- Por consideración económicas.²⁸

2.2.8 Logros con la rehabilitación

Los logros con la rehabilitación más importantes, es devolver al paciente su autoestima, función estética y armonía oral mediante las prótesis dentales de pérdidas de dientes, solucionar problemas estéticos, siempre buscando la recuperación completa de la salud oral.

El odontólogo compete reconocer precozmente las modificaciones patógenas del sistema masticatorio y en caso necesario tratarlas debidamente. El tratamiento odontoprotésico presupone mucho más que la simple habilidad manual para elaborar la prótesis dental.³⁰

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Edentulismo Parcial:** el edentulismo parcial es la pérdida de algunos de los dientes permanentes en la persona adulta.¹⁶

- **Clase de Edentulismo:** Clase de brecha edéntula según la clasificación de Kennedy con sus modificaciones respectivas.³

- **Maxilar:** Se divide en maxilar superior e inferior. El maxilar superior es un hueso par, situado en el centro de la cara, presta a las piezas dentarias superiores sus correspondientes puntos de implantación. El maxilar inferior situado en la parte inferior y posterior de la cara, es un hueso impar central y simétrico.³²

- **PPR:** Prótesis Parcial Removible

- **TCM:** Trastornos Cráneo Mandibulares.⁴

2.4 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

Hi: Existe alta prevalencia de edentulismo y la necesidad protésica en pacientes que acuden al servicio de odontología en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2017.

Ho: No existe alta prevalencia de edentulismo y la necesidad protésica en pacientes que acuden al servicio de odontología en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2017.

2.5 IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

2.5.1 Variable principal:

Edentulismo parcial

Necesidad protésica

2.5.2 Variables intervinientes:

Edad

Sexo

2.6 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLES	CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION
VARIABLE PRINCIPAL				
Edentulismo Parcial	Perdida de algunos de los dientes permanentes	Clasificación de Kennedy	. Clase I . Clase II . Clase III . Clase IV	Nominal
Necesidad Protésica	Cantidad de tratamiento protésico	Realización de Prótesis	. PPR Superior . PPR Inferior	Nominal
VARIABLES INTERVINIENTES				
edad	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.	. años		De razón
sexo	Características externas de las personas.	. femenino . masculino		Nominal

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

3.1 NIVEL Y TIPO DE INVESTIGACIÓN

3.1.1 NIVEL DE INVESTIGACIÓN:

Descriptivo: Describe fenómenos sociales o clínicos en una circunstancia temporal y geográfica determinada. Su finalidad es describir y/o estimar parámetros.⁴⁷

Donde la población de estudio se define en términos de tiempo y espacio, y solo tiene una variable, y puede tener hipótesis empírica.⁴⁷

3.1.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN:

- SEGÚN LA INTERVENCIÓN DEL INVESTIGADOR:

Observacional: no existe intervención del investigador; los datos reflejan la evolución natural de los eventos, ajena a la voluntad del investigador.⁴⁸

- SEGÚN EL NÚMERO DE OCASIONES EN QUE MIDE LA VARIABLE DE ESTUDIO:

Transversal: todas las variables son medidas en una sola ocasión; se trata de muestras independientes.⁴⁸

- SEGÚN EL NÚMERO DE OCASIONES EN QUE MIDE LA VARIABLE DE ESTUDIO:

Descriptivo: el análisis estadístico es univariado porque solo describe o estima parámetros en la población de estudio a partir de una muestra.⁴⁸

3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

DISEÑO EPIDEMIOLÓGICO:

Planteaba estudiar los eventos adversos a la salud en poblaciones humanas, es decir enfermedades y muerte en seres humanos.⁴⁸

DISEÑO DESCRIPTIVO:

Constituyen el grueso de los estudios epidemiológicos, estos estudios pretenden dar a conocer la dinámica de la enfermedad en la población.⁴⁸

DISEÑO DE PREVALENCIA:

Es un diseño que contiene un estudio observacional, transversal y descriptivo.⁴⁸

M – O

Donde:

M= representa la muestra de estudio.

O= representa a los datos de la variable de estudio.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

- **POBLACION:** Para el estudio está conformado como población todos los pacientes edéntulos parciales atendidos en el servicio de odontología del Hospital Regional Hermilio Valdizán entre ambos sexos.

- **MUESTRA:** Para la selección de la muestra se utilizó el método de muestreo no probabilístico por conveniencia, es decir dicha muestra estará representado al 100 % de la población estimado (40 pacientes edentulos parciales).

Dicha muestra será seleccionada mediante los siguientes criterios

3.4 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

3.3.1. CRITERIOS DE INCLUSION

- ❖ Pacientes parcialmente edéntulos, con la clasificación de Kennedy clase I, clase II, clase III y clase IV.
- ❖ Pacientes de ambos géneros que tuvieron de 61 a 84 años de edad, la división se realizó de acuerdo al número de pacientes que estaban dentro de este rango de edad.

3.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSION

- ❖ Pacientes edéntulos totales superior e inferior, porque ya no tienen necesidad de prótesis parcial removible sino de una prótesis total.
- ❖ Pacientes con prótesis fija; ya que estos pacientes no necesitan prótesis parcial removible.

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

- TÉCNICAS:

Análisis documental; para obtener datos importantes de los pacientes de la muestra en estudio.

-INSTRUMENTOS:

Para el análisis documental, como instrumento se utilizó la ficha de registro y odontogramas para detectar los casos de prevalencia de edentulismo parcial y necesidad protésica de los pacientes que acuden al servicio de odontología en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano- Huánuco.

3.6 TÉCNICAS DE RECOJO, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS

a. Técnicas de recojo:

- Elaboración de instrumento según los objetivos y variables de estudio.
- Codificación del instrumento.
- Revisión y validación del instrumento de la investigación.
- Aplicación del instrumento validado a la muestra en estudio.

b. Técnica de procesamiento de datos:

- Los datos fueron procesados después de la aplicación del instrumento a través del recuento manual por el paloteo.
- Los datos fueron procesados a través de la estadística inferencial para la contrastación y prueba de hipótesis mediante la significancia del chi cuadrado.

c. Técnicas de presentación de datos:

- Los datos fueron presentados en cuadros y gráficos estadísticos según los objetivos y variables en estudio.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.- ANALISIS DE RESULTADOS

Tabla 01: Edad de pacientes que acuden al servicio de odontología en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco, 2017.

EDAD (años)	fi	%
61 - 69	10	25
70 - 77	20	50
78 – 84	10	25
TOTAL	40	100

Fuente: Ficha de registro (Historia Clínicas)

INTERPRETACION

La tabla 01; nos indica que un porcentaje de 50% (20) de pacientes con edentulismo parcial estudiados presentaron edades entre 70 a 77 años, el 25% (10) entre 61 a 69 años y, el 25% (10) entre 78 a 84 años.

Tabla 02; Sexo de pacientes que acuden al servicio de odontología en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano – Huánuco, 2017.

SEXO	fi	%
Masculino	24	60
Femenino	16	40
Total	40	100

Fuente: Ficha de registro (Historias Clínicas)

INTERPRETACION

La tabla 02; nos señala que el 60% (24) de pacientes con edentulismo parcial estudiados pertenecen al sexo masculino y, el 40% (16) al sexo femenino.

Tabla 03: Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes que acuden al servicio de odontología en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano – Huánuco, 2017.

PPREVALENCIA DE EDENTULISMO	fi	%
Clase I	10	25
Clase II	12	30
Clase III	10	25
Clase IV	8	20
Total	40	100

Fuente: Ficha de registros (Historias Clínicas)

INTERPRETACION

En la tabla 03; se observa que un porcentaje de, 30% (12) de pacientes que acudieron al servicios de odontología presentaron edentulismo parcial de clase II según la clasificación de Kennedy, el 25% (10) de clase I, el 25% (10) de clase III y, el 20% (8) de clase IV.

Tabla 04: Necesidad protésica en pacientes según la realización de tratamiento de prótesis removibles al servicio de odontología en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco, 2017.

NECESIDAD PROTESICA	REALIZ. DE PROTESIS				TOTAL	
	SI		NO			
	fi	%	fi	%	fi	%
• Protésica Parcial superior	32	80	8	20	40	100
• Protésica Parcial inferior	26	65	14	35	40	100
PROMEDIO TOTAL	30	75	10	25	40	100

Fuente: Ficha de registros (Historia Clínicas)

INTERPRETACION

En la tabla 04; se muestra que, un promedio porcentual de 75% (30) de pacientes evaluadas indicaron una necesidad protésica parcial superior e inferior y el 25% (10) no tienen necesidad protésica.

Tabla 05: Prevalencia de edentulismo parcial y la necesidad protésica en pacientes que acuden al servicio de odontología Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano Huánuco, 2017.

PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL	NECESIDAD PROTÉSICA				TOTAL	
	SI		NO		fi	%
	fi	%	fi	%		
Clase I	8	20	2	5	10	25
Clase II	10	25	2	5	12	30
Clase III	6	15	4	10	10	25
Clase IV	6	15	2	5	8	20
PROMEDIO TOTAL	30	75	10	25	40	100

Fuente: Ficha de registro (Historias Clínicas)

INTERPRETACION

En la tabla 05; nos indica que, un porcentaje promedio de 30% (12) de pacientes estudiadas presentaron una prevalencia de edentulismo parcial de clase II, el 25% (10) de clase I, el 25% (10) de clase III y, el 20% (8) de clase IV. De los cuales, un 75% (30) de pacientes indicaron presentar una necesidad protésica removible y, el 25 % (10) no necesitaron protésica removible.

CONTRASTACION Y PRUEBA DE HIPOTESIS SEGÚN LA ESTADISTICA INFERENCIAL MEDIANTE LA NO PARAMETRICA DE LA SIGNIFICANCIA

DEL CHI CUADRADO: $X^2 : \sum \frac{(FO - Fe)^2}{Fe}$

Donde:

$X^2 : \chi^2$

\sum : sumatoria

Fo Frecuencia observada

Fe: Frecuencia esperada

PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL	NECESIDAD PROTESICA		TOTAL
	SI	NO	
	fi	fi	fi
Clase I	8	2	10
Clase II	10	2	12
Clase III	6	4	10
Clase IV	6	2	8
TOTAL	30	10	40

La tabla corresponde a $4 \times 2 (4 - 1 = 3)(2 - 1 = 1) = 3$ grados de libertad a alfa 0.05 (7.82).

Para obtener la frecuencia esperada se realizó el siguiente cálculo:

$$\frac{30 \times 10}{40} = 7.5$$

$$\frac{10 \times 10}{40} = 2.5$$

$$\frac{30 \times 12}{40} = 9$$

$$\frac{10 \times 12}{40} = 3$$

$$\frac{30 \times 10}{40} = 7.5$$

$$\frac{10 \times 10}{40} = 2.5$$

$$\frac{30 \times 8}{40} = 6$$

$$\frac{10 \times 8}{40} = 2$$

Reemplazamos la formula tenemos:

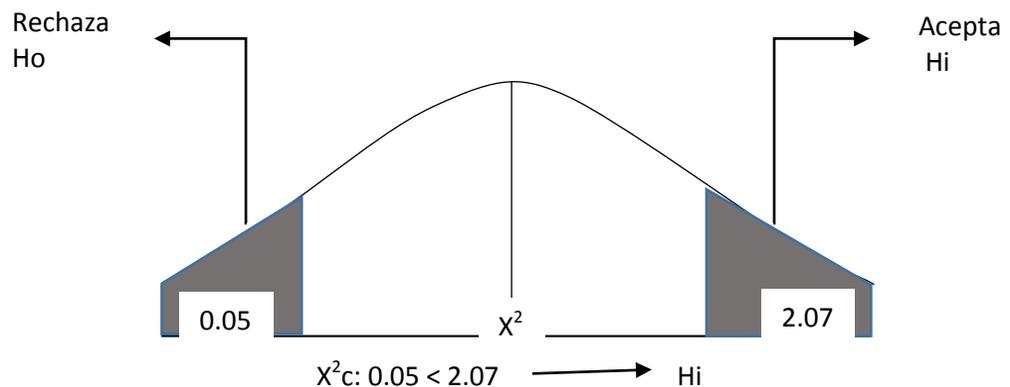
$$X^2 : \frac{(8-7.5)^2}{7.5} + \frac{(10-9)^2}{9} + \frac{(6-7.5)^2}{7.5} + \frac{(6-6)^2}{6} + \frac{(2-2.5)^2}{2.5} + \frac{(2-3)^2}{3} + \frac{(4-2.5)^2}{2.5} + \frac{(2-2)^2}{2}$$

$$X^2: 0.33 + 0.11 + 0.3 + 0 + 0.1 + 0.33 + 0.9 + 0$$

$$X^2: 2.07 \text{ (Fe)}$$

Por tanto; $X^2: 0.05 < 2.07$ entonces se aceptó la hipótesis de investigación (Hi), que afirma: Existe alta la prevalencia de edentulismo y la necesidad protésica en pacientes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano – Huánuco, 2017.

LÍNEA DE SIGNIFICANCIA SEGÚN LA CAMPANA DE GAUSS



DISCUSION DE RESULTADOS

De acuerdo con los resultados obtenidos mediante la prueba de hipótesis según la significancia del chi cuadrado se obtuvo que hay alta prevalencia de edentulismo parcial y la necesidad protésica en pacientes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco 2017 con una prueba de: ($X^2 = 0.05 > 2.07$). A partir de estos se llegaron a las siguientes conclusiones: El 50% de pacientes con edentulismo parcial presentaron edades entre 70 y 77 años, el 25%, entre 61 y 69 y el 25%, entre 78 y 84 años. De los cuales, el 60% pertenecen al sexo masculino y 40%, al femenino. Un 30% presentaron prevalencia de edentulismo parcial de clase II según la clasificación de Kennedy el 25%, de clase I, el 25%, de clase III y el 20%, de clase IV. Un promedio de 75% de pacientes indicó tener la necesidad protésica parcial superior e inferior según la realización de tratamiento removible y el 25%, la no removible.

Frente a ello Cedeño C. que de acuerdo a la clasificación de Kennedy en edentulismo parcial con respecto a la edad en la Clase I, II y III, predominan los rangos entre 30 y 40 años con un porcentaje de 37.31%(18 personas), 51 y 60 años con un porcentaje de 43.55%(27 personas) y 61-70 años con un porcentaje de 47.62% (40 personas). Con respecto a la edad en la Clase IV, predomina el rango entre 51-60 años con un porcentaje de 42.11% (8 personas) y en la Clase V, predomina el rango de edad entre 61-70 años en un 100% (1 persona). De acuerdo a la clasificación de Kennedy en edentulismo parcial, se encontró que la Clase III es la de mayor frecuencia en ambos maxilares dentro de la población que fue parte de este estudio, seguida por la Clase I y en tercer lugar la Clase II, mientras que las de menor frecuencia fueron las Clase IV y la Clase V. Finalmente la Clase VI no se identificó en los maxilares superior e inferior.¹¹

Por otra parte, Cargua J. la clase III es más prevalente con un 82,81%, clase II con 19,93%, la clase I con 15,41%, la clase IV con 11,39%; según edad de 30-39 años, predominó la clase III con 54,67%, en el género femenino la clase III sobresalió con 31,83% y en el arco superior la clase III prepondera con un 26,80%.¹²

Asimismo, Gutiérrez V, León R, Castillo D. que existió una frecuencia de edentulismo en la población de 121 (72%) y la necesidad de tratamiento protésico de forma parcial y total presente para el maxilar superior fue de 100 (59,6%) y en el maxilar inferior de 113 (67,3%). La mayoría de la población tenía edentulismo y necesidad de tratamiento protésico.¹⁵

Del mismo modo Avedaño E. (2016), Lima. Clase I de Kennedy es la más prevalente con 41.3 % (150 casos); la siguiente Clase de mayor frecuencia fue la Clase II con el 32 % (116 casos), luego tenemos a la Clase III con el 25.1% (91 casos) y finalmente a la Clase IV con el 1.7% (6 casos). Además de los 243 pacientes que se realizaron el tratamiento de PPR la necesidad protésica de la clase I de Kennedy fue 132 (54,3 %) pacientes, de la clase II de Kennedy fue 91 (37,4 %) pacientes, de la clase III de Kennedy fue 82 (33,7 %) pacientes y de la clase IV de Kennedy fue 5 (2,1 %) pacientes.³

Al respecto Cisneros M, Verástequi A, Fernández H. En el examen clínico, el grupo etáreo de 31 a 50 años presentó mayor cantidad de arcos edéntulos parciales 51,81%; en el sexo femenino se encontró mayor cantidad de casos 72,14%, en la mandíbula hubo más prevalencia 51,81%. La clase III fue la más frecuente 52,65%; y, con modificación uno maxilar y mandibular concentró el 25,07%; menos frecuente fue la clase IV 3,06%; la clase III predominó en ambos sexos 36,21% para el femenino y 16,44% para el masculino. La mayor prevalencia de edentulismo parcial corresponde a la población adulta joven de 31 a 50 años, a predominio del sexo femenino, la clase III es la más predominante, la caries dental y la enfermedad periodontal son las causantes de mayor pérdida dentaria.¹⁴

CONCLUSIONES

De acuerdo a los objetivos planteados y estudiados en la investigación se llegaron a conclusiones:

1. Un porcentaje de 30% de pacientes de la muestra estudiada presentaron una prevalencia de edentulismo parcial de clase II según la clasificación de Kennedy, el 25% de clase I, el 25% de clase III y, el 20% de clase IV. De los cuales un 75% indicaron una necesidad protésica y, el 25% no indicaron una necesidad protésica.
2. Según las edades de los pacientes con edentulismo parcial estudiados, un 50% presentaron edades entre 70 a 77 años, el 25% entre 61 a 69 años y, el 25% entre 78 a 84 años.
3. Según la muestra evaluada, se encontraron 24 pacientes con edentulismo parcial estudiadas que pertenece al sexo masculino, lo que representa el 60 %.
4. Según la muestra evaluada, se encontraron 16 pacientes con edentulismo parcial estudiadas que pertenece al sexo femenino, lo que representa el 40 %.
5. Un porcentaje de 30% de pacientes de la muestra estudiada presentaron una prevalencia de edentulismo parcial de clase II según la clasificación de Kennedy, el 25% de clase I, el 25% de clase III y, el 20% de clase IV.
6. Un porcentaje promedio de 75% de pacientes evaluados de la muestra estudiada indicó tener la necesidad protésica parcial superior e inferior según la realización de tratamientos removible y el 25%, la no removible.

RECOMENDACIONES

1. Los profesionales cirujanos dentistas deben fortalecer los protocolos de atención para así orientar sus diagnósticos y tratamientos durante la atención al paciente con problemas de edentulismo parcial.
2. Es necesario que se realicen este tipo de estudios con mayor frecuencia, a nivel provincial, ya que es conocido que el nivel socioeconómico e intelectual repercute en el cuidado de la salud oral.
3. Sería recomendable que en base a estos resultados se tomen las medidas necesarias tanto en la mejor distribución de las políticas de prevención como en el mejor manejo clínico de los casos de Clase II, al ser esta clase de Kennedy la más prevalente de acuerdo a la investigación.
4. Realizar investigaciones relacionados al tema con otras muestras e instituciones de salud odontológica de la región, con el objetivo de evitar problemas de edentulismo parcial.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Tantas S. Edentulismo parcial o total, la calidad de vida en pacientes adultos mayores del departamento de geriatría del hospital nacional Arzobispo Loayza, 2016. Título profesional de cirujano dentista. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2017. 1p
2. Cargua J. Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en la ciudad de Quito. 2016. Título de odontólogo. Ecuador, QUITO: UDLA, 2016. 1p
3. Avendaño E. Prevalencia de edentulismo parcial y necesidad protésica en pacientes que acuden a la clínica de pregrado de la facultad de odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos del 2013 al 2014. Título profesional de cirujano dentista. Lima, Perú: Universidad Mayor de San Marcos, 2016. 14p.
4. Santilli I. Naturalización del Edentulismo en Poblaciones Vulnerables. Estudio de caso en Tilcara, Provincia de Jujuy. Argentina. Rev FOUNT. 2015; 33:30
5. Vega E. Prevalencia de edentulismo parcial en pacientes adultos atendidos en la unidad de segunda especialización en estomatología de la universidad nacional de Trujillo. Grado de bachiller en estomatología. Trujillo, Perú: Universidad Nacional de Trujillo, 2017. 1p
6. Luengo D, Moyano G. Estudio comparativo de rendimiento masticatorio en pacientes desdentados parciales con y sin prótesis parcial removible. Rev dental de Chile. 2012; 102(3): 5p
7. Tito R. Relación entre el edentulismo y la accesibilidad cultural a la atención dental en pobladores de 18 a 64 años de edad de la capital del distrito Acora-Puno 2015. Título profesional de cirujano dentista. Puno, Perú: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO, 2015. 13p
8. Tintaya M. Influencia del edentulismo parcial no tratado sobre el estado periodontal de los dientes remanentes en pacientes de la clínica odontológica de la UNA - Puno,

2015. Título profesional de cirujano dentista. Puno, Perú: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO, 2015. 12p

9. Borja M. edentulismo y su incidencia en el conjunto de estructuras esquelético-musculares de la cavidad oral. Título de odontólogo. Portoviejo – Manabí – Ecuador: Universidad San Gregorio De Porto Viejo, 2012. 1p.

10. Chuquimarca B. Tipantuña V. Prevalencia de edentulismo parcial asociado a la calidad de vida de pacientes que acuden a la Clínica de Pregrado de la Facultad de Odontología, Universidad Central del Ecuador, 2016 – 2017. Título de Odontóloga. Quito, Ecuador: Universidad Central Del Ecuador, 2017. 2p.

11. Cedeño C. Edentulismo parcial según clasificación de Kennedy en la población adulta de 30 a 70 años de la parroquia colon del cantón Portoviejo, durante el periodo marzo-agosto 2014. Título de Odontólogo. Portoviejo – Manabí, República del Ecuador: Universidad San Gregorio De Portoviejo. 2014. VII p

12. Cortés V. Carrasco F. Prevalencia De Edentulismo Parcial Y Total En Islas Butachauques Y Tac, Quemchi, 2013. Rev Chil Salud Pública. 2014; 18 (3): 257 p.

13. Venegas E, Villavicencio E, Alvarado O, Ordoñez P. (2016). Frecuencia del edentulismo parcial y total en adultos y su relación con factores asociados en la clínica universitaria Cuenca Ecuador 2016. Rev Estomatol Herdiana.2016.26 (4):2

14. Cisnero M, Verástegui A, Fernández H. Prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy en pacientes adultos de una clínica docente universitaria. Rev Científica Alas Peruanas. 2014; 1(1): 3-4pp

15. Gutiérrez V, León R, Castillo D. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. Rev Estomatol Herdiana.2015; 25(3):1

16. López JV. Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en el servicio de rehabilitación oral del centro médico naval “Cirujano Mayor Távara”. (Tesis de cirujano dentista). (Lima): universidad nacional mayor de san marcos; 2011.

17. Scribd [Internet] San Francisco: Scribd; 2006. [actualizado 13 set 2010; citado de 01 de febrero 2018]. Disponible en:

<https://es.scribd.com/doc/163588491/Guia-de-practica-clinica-EDENTULO-PARCIAL-a-validar-pdf>

18. Domínguez G, Pozo M. La Odontología en el Perú y el mundo. 1°Ed. Perú: Serral; 2004.

19. Gador[internet]. Buenos Aires: Gador, 1940. [actualizados Abril 2015; citado 25 agosto 2016]. Disponible en: http://www.gador.com.ar/wp-content/uploads/2015/04/hist_odotonto08.pdf

20. Muñoz T, et al. Cirugía bucal para pregrado y el odontólogo general. Bases de la cirugía bucal. 1° Ed. Venezuela: Amolca; 2012

21. Lindhe J, Lang NP, Karring T. periodontología clínica e implantología odontológica. Vol 1. 5° ed. Buenos Aires: médica panamericana; 2009

22. Armitage GC. Development of a classification system for periodontal disease and conditions. Ann periodontol. 1999;4:1-6.

23. Hinostroza HG. Caries dental: principios y procedimientos para el diagnóstico. Lima: universidad Cayetano Heredia; 2007.

24. Andreassen JO. Lesiones Traumáticas De Los Dientes. Labor; 1984

25. Carr AB, McGivney GP, Brown DT. McCracken: prótesis parcial removible. 11a ed. Madrid: Elsevier; 2006. p. 3-4

26. Chalco AV. Análisis de la calidad del diseño de prótesis parcial removible en modelos de trabajo en laboratorios del mercado de lima 2008. [Tesis de Cirujano Dentista]. [Arequipa]: Universidad Católica de Santa María; 2009.

103p

27. Loza D, Valverde R. Diseño de Prótesis Parcial Removible. Madrid: Ripano, S.A., 2013. 101-102
28. Desplats EM, Mallat S. Prótesis parcial removible y sobredentaduras. Madrid: Elsevier; 2003. P. 1-2
29. Cosme DC, Baldisserotto SM, Fernandes E de L, Rivaldo EG, Rosing CK, Shinkai RSA. Functional evaluation of oral rehabilitation with removable partial dentures after five years. *Journal of Applied Oral Science*. 2006; 14(2):111–6.
30. Geering A, Kundert M. Atlas de prótesis total y sobredentaduras. 2^{da} ed. Madrid: Salvat; 1988. P. 3
31. RAE: Real Academia Española [internet] España: RAE; 1713. [Actualizado oct 2014; citado 08 de febreo 2018]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=ENxffh>.
32. Testut L, Latarjet M. Tratado de Anatomia Humana. 9º ed. Barcelona: Salvat; 1965.
33. Miller E. Prótesis Parcial Removible. 1 Edición. México: Ed Interamericana; 1975.
34. Sánchez A Clasificación del Paciente Parcialmente Edéntulo Según el Método del Colegio Americano de Prostodoncia y su relación con el Estado Periodontal en Sujetos Tratados en la Universidad Central de Venezuela. Art4.pdf [Internet]. 2009 [consultado 2018 febrero 10]; 47 (3): 1-17 Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2009/3/pdf/art4.pdf>
35. Carrasco F, Cortés V. Prevalencia de edentulismo parcial y total en islas Butachauques y Tac, Quemchi. 35674. [Internet]. 2013 [Citado 2018]; 18 (3): 257-262. Disponible en: <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/33956/35674>
36. Khalifa N, Allen P, et al. Factors associated with tooth loss and prosthodontic status among Sudanese adult. *J ORAL Sci*. [Internet]. 2012 [consultado 2018 febrero 18]; 54(4): 303-12.

37. Molin M, Gunne J. Prótesis Removible. 1 Edición. Venezuela: Ed. Copyrigh Amolca; 2014
38. Luengas M, Sáenz L. Aspectos sociales y biológicos del edentulismo en México un problema visible de las inequidades en salud. S1665138316300027. pdf [Internet]. 2015 [consultado 2018 febrero 20]; 16(2):29-36. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-ciencias-clinicas-399-articulo-aspectos-socialesbiologicos-del-edentulismo-S1665138316300027>
39. Clifford M. Sturdevant, Roger E. Barton, Clarence L, et al. Arte y Ciencia de la Operatoria Dental. 2 Edición. Buenos Aires-Argentina: Ed Médica Panamericana; 1987.
40. Barrancos J, Barrancos P. Operatoria Dental integración Clínica. 4 Edición. Buenos Aires-Argentina: Ed Médica Panamericana; 2006
41. Bassi F. Rehabilitación protésica. 1 Edición. Torino-Italia: Editorial Amolca; 2011.
42. Batista W, Miyashita E, Gómez G. Rehabilitación Oral: Previsibilidad y Longevidad. 1 Edición. Brazil: Editorial Amolca; 2014
43. Fernández M. Rodríguez A, Vila D. Características asociadas al trauma dentoalveolar en incisivos superiores.est03213 [Internet]. 2013 [consultado 2018 febrero 23]: 49(2):153-161 Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/est/v50n2/est03213.pdf>
44. Berman L, Blanco L, Cohen S. Manual clínico de traumatología dental. 1ra. Edición. Amsterdam: Elsevier; 2008.
45. Rendon R. Prótesis Parcial Removible.1 Edición. México: Ed Médica Panamericana; 2004.
46. Emami E, Kabawat M. The Impact of Edentulismo on Oral and General Health. Int J Dent [Internet]. 2013 [Citado 8 de Mayo 2013]; 213(4): 98-305

47. Supo J. bioestadístico en vivo. Los niveles de la investigación científica.2015 noviembre 25[consultado 2018 febrero 23][1:57:44min]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=ZvNWov5eUoU>

48. Supo J. bioestadístico en vivo. José Supo - Taller de Tesis: Diseños de Investigación (Parte I).2015 febrero 11[consultado 2018 febrero 24][1:49:58min]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=25C3-BmdL1E>

ANEXOS

ANEXO 1: Solicitud dirigido al Director del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano para realizar la ejecución del proyecto de tesis.

ARGO

Solicitado: AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR
EJECUCIÓN DE PROYECTO DE TESIS

HOSPITAL REGIONAL HUÁNUCO
Dirección Regional de Salud
Hermilio Valdizan Medrano
MESA DE PACIENTES
RECIBIDO

27 OCT. 2017
Registro: 11917
Hora: 8:28 am
Recibido por: VALDIZAN

SEÑOR:

Med. HERIBERTO HIDALGO CARRASCO
DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN
MEDRANO - HUÁNUCO

Los que suscribimos: MELGAREJO PRIMO Margoth Guisela identificado con DNI N° 45676041 Y RÍOS LINO Dennise Marilia, identificado con DNI N°46143278, alumnas del XII Ciclo Odontología de la universidad Nacional Hermilio Valdizan Medrano de la Ciudad de Huánuco. Ante Ud. Respetuosamente nos presentamos y exponemos:

Que estando culminando a la fecha el XII Ciclo de la carrera de Odontología, Solicito ante Ud. El permiso correspondiente para realizar la ejecución del proyecto de tesis titulado "PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL Y NECESIDAD PROTÉSICA EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLÓGÍA EN EL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO- HUÁNUCO 2017"

POR LO EXPUESTO: Ruego a Usted acceder a mi solicitud

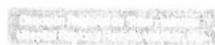
Adjunto:

- CD de tesis
- Copia Resolución para ejecución de tesis


MELGAREJO PRIMO Margoth


RÍOS LINO Dennise Marilia

ANEXO 2: Carta de aceptación brindando facilidades para realizar la ejecución del proyecto tesis.



"Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú"
"Año del Buen Servicio del Ciudadano"



Huánuco, 04 de diciembre de 2017.

CARTA N° 049/2017-GRH-DRS-HRHVMH-HCO-DE-UADI.

Señorita:

Margoth Guisela, MELGAREJO PRIMO.

Alumna de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco.

Presente.-

REFERENCIA : Oficio N° 029-DPTO.ODONT-HRHVM.

Es grato dirigirme a Usted, para saludarlo cordialmente e informarle sobre la solicitud de brindar facilidades para la ejecución de su proyecto de Tesis, al respecto contando con la opinión favorable de la Jefatura del Departamento de Odontología, del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, por lo que esta Dirección **AUTORIZA** la realización de su proyecto de Tesis titulado: "PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL Y NECESIDAD PROTESICA EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA EN EL HOSPITAL DE CONTINGENCIA HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO DE HUANUCO 2017", para cuyo objetivo, deberá coordinar con la Jefatura del Departamento de Odontología, para que le brinde las facilidades del caso, en vías de regularización a partir del 20 de Noviembre al 20 de Diciembre del presente año.

Sin embargo es pertinente recomendar que del proceso de la investigación desarrollada, la información obtenida y los resultados alcanzados, deban ser de carácter **RESERVADO Y CONFIDENCIAL**, debiendo ser utilizado solo con fines estrictamente académicas, a responsabilidad única de la investigadora, debiendo alcanzar una copia del trabajo desarrollado a la Unidad de Apoyo a la Docencia.

Sin otro particular, se remite el presente para su conocimiento y fines.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
Dirección Regional de Salud
Hospital Regional "Hermilio Valdizán Medrano"

Mg. ROBERTO MIRANDA CARRASCO
C.R.P. 19906 - Daje 13027
DIRECTOR EJECUTIVO

HTHC/CJ&CH/cjcch.
Hco. 04.12.2017.
C.c. Jef. Dpto. Odontología.
Archivo

www.hospitalvaldizanhuano.gub.pe
Jr. Hermilio Valdizán N° 950
Huánuco - Perú
Telf: (051) 3370
FAX: (05251) 3370



"Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú"
"Año del Buen Servicio del Ciudadano"

Huánuco, 04 de diciembre de 2017.



CARTA N° 050-2017-GRH-DRS-HRHVMH-HCO-DE-UA01

Señorita:
Dennise Marilia, RIOS LINO.
Alumna de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco.
Presente.

REFERENCIA : Oficio N° 029-DPTO.ODONT-HRHVM.

Es grato dirigirme a Usted, para saludarlo cordialmente e informarle sobre la solicitud de brindar facilidades para la ejecución de su proyecto de Tesis, al respecto contando con la opinión favorable de la Jefatura del Departamento de Odontología, del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, por lo que esta Dirección **AUTORIZA** la realización de su proyecto de Tesis titulado: "PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL Y NECESIDAD PROTESICA EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA EN EL HOSPITAL DE CONTINGENCIA HERMILO VALDIZÁN MEDRANO DE HUANUCO 2017", para cuyo objetivo, deberá coordinar con la Jefatura del Departamento de Odontología, para que le brinde las facilidades del caso, en las de regularización a partir del 20 de Noviembre al 20 de Diciembre del presente año.

Sin embargo es pertinente recomendar que el proceso de la investigación desarrollada, la información obtenida y los resultados alcanzados, deban ser de carácter **RESERVADO Y CONFIDENCIAL**, debiendo ser utilizados solo con fines estrictamente académicas, a responsabilidad única de la investigadora, debiendo alcanzar una copia del trabajo desarrollado a la Unidad de Apoyo a la Docencia.

Sin otro particular, se remite el presente para su conocimiento y fines.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL HUANUCO
Dirección Regional de Salud
Hospital Regional "Hermilio Valdizán Medrano".
Mg. HERIBERTO HERNÁNDEZ CARRASCO
CNR 15585 - N° 42977
DIRECTOR EJECUTIVO

HTHC/CJ/CH/cjcch.
Hco. 04.12.2017.
C.c. Jef. Dpto. Odontología.
Archivo

www.hospitalhuano.com

Jr. Hermilio Valdizán N° 950
Huánuco
Tel: 0881 4190
Tel: 0881 (51) 3370

E.P ODONTOLOGIA

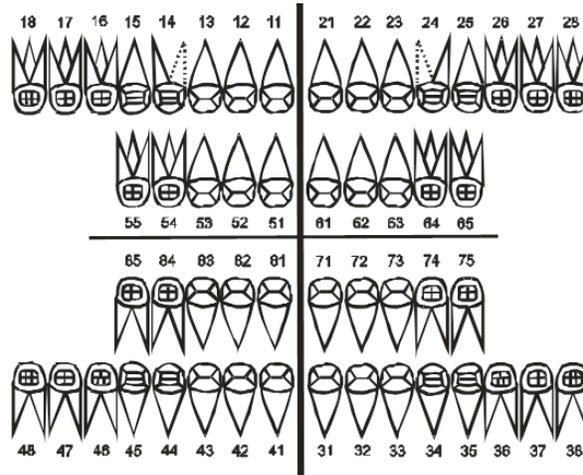
Ficha De Recolección De Datos

Nombres:

Edad:

Sexo:

1. Odontograma:



2. Clasificación de Kennedy a la que pertenece arcada superior

I () II () III () IV ()

3. Clasificación de Kennedy a la que pertenece arcada inferior

I () II () III () IV ()

4. Necesidad protésica.

SI () NO ()

Prótesis Parcial Removible superior ()

Prótesis parcial Removible inferior ()

Prótesis parcial superior. e inferior ()

ANEXO 4: Encuesta

HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO

UNIVERSIDAD HERMILIO VALDIZAN

E.P ODONTOLOGIA

Encuesta Para Identificar La Necesidad Protésica

NOMBRE:

EDAD:

FECHA:

SEXO:

- | | Si | NO |
|---|-----------|-----------|
| 1. ¿Usted tiene dificultad al comer o masticar? | () | () |
| 2. ¿usted tiene dificultad al hablar? | () | () |
| 3. ¿Siente que su mordida ha cambiado en los últimos años? | () | () |
| 4. Al perder algunos dientes ¿se dio cuenta que el diente contrario cambio de posición? | () | () |
| 5. Usted cree que la falta de algunos dientes le afecta psicológicamente? | () | () |
| 6. Usted cree que la falta de algunos dientes le afecta en la estética? | () | () |
| 7. ¿sabe usted que es una prótesis parcial removible? | () | () |
| 8. ¿alguna vez ha usado una prótesis parcial removible? | () | () |
| 9. ¿actualmente usa una prótesis parcial removible? | () | () |
| 10. ¿está en buenas condiciones?
¿Cuánto tiempo lo viene usando?_____ | () | () |
| 11. ¿usted desea portar una prótesis parcial removible? | () | () |

ANEXO 5: Copia de ficha de atención estomatológica del Hospital Hermilio Valdizán.



PERU MINISTERIO DE SALUD

H.C.: 3321-41
Fecha: 07-09-17

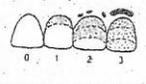
FICHA DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA

NOMBRES Y APELLIDOS: Wilfredo Lopez Robles
 CODIGO SIS: _____ N° DNI: 92260002
 OCUPACION: _____ ACOMPAÑANTE: _____ PROCEDENCIA: Gestante: SI NO
 EDAD: 36 PESO: 65 Kg TALLA: 1.68 T: 36 P.A.: 110/80
 MOTIVO DE CONSULTA: Sacado m^o de ante
 ANTECEDENTES MEDICO PERSONALES: NO NO NO
 ANTECEDENTES MEDICOS FAMILIARES: NO NO NO

EXAMEN CLINICO	ESTOMATOLÓGICO
Labios: Normal (X) Alterada ()	
Carrillos: Normal (X) Alterada ()	
Paladar: Normal (X) Alterada ()	
Enfía: Normal () Alterada (X)	
Lengua: Normal (X) Alterada ()	
ATM: Asintomáticos () Sintomáticos ()	
Oclusión: Normal () Alterada (X)	
Piso de boca: Normal (X) Alterada ()	

Observaciones: _____

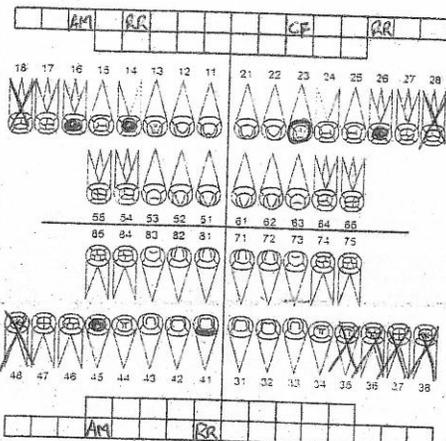
Uso de cepillo dental	Habitual	Ocasional	Nunca
Experiencia de caries	Menor a 2 superficies cariadas	2 a 6 superficies cariadas	Mayor a 6 superficies cariadas
Consumo de azúcares	Hasta 3v/día	4v/día	Mayor a 4 veces/día
Estado de higiene (Índice IHO-S)	Buena: 0 a 1.2	Regular: 1.3 a 2	Mala: 3.1 a 6
Índice CPOD / ceod	0,0 a 2,5	2,7 a 4,4	4,5 - 6,5
Riesgo de caries	BAJO	MODERADO	ALTO

INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHO-S) **	Placa blanda *	Piezas	Placa calcificada
		1.6	
		1.1	
		2.6	
		3.6	
		3.1	
	4.6		
INDICE DE PB Y PC			
INDICE DE HO-S			

* aplica a grupo niño ** a partir de adolescente

CARIADO	PERDIDO/EXTRACCIÓN INDICADA	OBTURADO	TOTAL	INDICE CPOD

ODONTOGRAMA



Instrucción de higiene oral	1°s	2°s	3°s	4°s
Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales				

EXAMENES AUXILIARES: _____

DIAGNOSTICO / CIE-10: Necrosis pulpar

PLAN DE TRATAMIENTO: Exodoncia Simple Pza 3.3, y
4.2.

TRATAMIENTO/ CDT: _____

GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
 INSTITUTO REGIONAL DE SALUD "Hermilio Valdizán"
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
 DOPS - CONSULTORÍA DENTARIA
 C.A.M. N° 1004
 Calle del Uniparalelepípedo 1004



PERU Ministerio de Salud

FICHA DE ATENCION ESTOMATOLOGICA

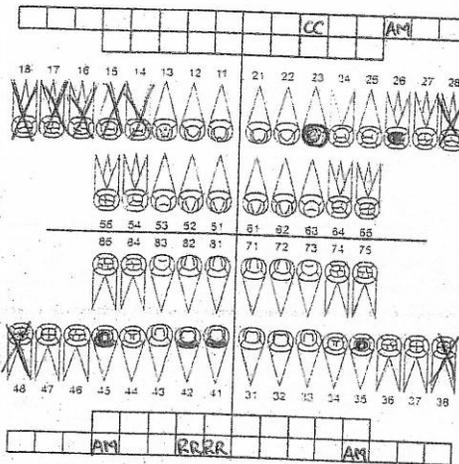
H.C.: 5426-35

Fecha: 04-09-17

NOMBRES Y APELLIDOS: Dolina Verment Huerto
 CODIGO SIS: _____ N° DNI: 82471172 ACOMPAÑANTE: _____ PROCEDENCIA: Gestante: SI NO
 OCUPACION: _____ EDAD: 69 PESO: 70 kg TALLA: 1.65 P.A.: 120/80 mmHg
 MOTIVO DE CONSULTA: Curación de diente
 ANTECEDENTES MEDICOS PERSONALES: No refiere
 ANTECEDENTES MEDICOS FAMILIARES: No refiere

EXAMEN CLINICO	ESTOMATOLOGICO
Labios:	Normal (X) Alterada ()
Carrillos:	Normal (X) Alterada ()
Paladar:	Normal (X) Alterada ()
Enfija:	Normal () Alterada (X)
Lengua:	Normal (X) Alterada ()
ATM:	Asintomáticos () Sintomáticos ()
Oclusión:	Normal () Alterada (X)
Piso de boca:	Normal (X) Alterada ()

ODONTOGRAMA



Observaciones:

Uso de cepillo dental	Habitual	Ocasional	Nunca
Experiencia de caries	Menor a 2 superficies cariadas	2 a 6 superficies cariadas	Mayor a 6 superficies cariadas
Consumo de azúcares	Hasta 3v/día	4v/día	Mayor a 4 veces/día
Estado de higiene (Índice IHO-S)	Buena: 0 a 1.2	Regular: 1.3 a 2	Mala: 3.1 a 5
Índice CPOD / ceod	0.0 a 2.5	2.7 a 4.4	4.5 - 6.5
Riesgo de caries	BAJO	MODERADO	ALTO

INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHO-S) **	Placa blanda *	Piezas	Placa calcificada
	1.6		
	1.1		
	2.6		
	3.6		
	3.1		
4.6			
INDICE DE PB Y PC			
INDICE DE HO-S			

* aplica a grupo niño ** a partir de adolescente

INDICE CPOD / ceod

CARIADO	PERIODI/EXTRACCIÓN INDICADA	OBTURADO	TOTAL	INDICE CPOD

	1°s	2°s	3°s	4°s
Instrucción de higiene oral				
Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales				

EXAMENES AUXILIARES:

DIAGNOSTICO / CIE-10: Caries de dentina
Necrosis pulpar, Periodontitis Aguda

PLAN DE TRATAMIENTO:
Examen odontológico, I. d. o.
Asesoría nutricional

TRATAMIENTO/ CDT:

GOBIERNO REGIONAL HUANUCO
 Dirección Regional de Salud
 Hospital "Fernando Vallejo Guerrero"
 Esp. SARG Cabrer Martínez
 C.O.P. 3632 R.N.E. 1607
 Jefe del Departamento de Odontología

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL



H.C.: 9097-21
Fecha: 11-08-17

FICHA DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA

NOMBRES Y APELLIDOS: Bertha Guadalupe Chavez Gestante: SI NO
 CODIGO SIS: _____ N° DNI: 82464832 PROCEDENCIA: _____
 OCUPACIÓN: _____ ACOMPAÑANTE: _____
 EDAD: 62 PESO: 68 Kg. TALLA: 1.70 T°: 36.1 P.A.: 100/80 mm Hg.
 MOTIVO DE CONSULTA: Exodon de diente
 ANTECEDENTES MEDICOS PERSONALES: no refiere
 ANTECEDENTES MEDICOS FAMILIARES: no refiere

EXAMEN CLINICO	ESTOMATOLÓGICO		
Labios:	Normal	<input checked="" type="checkbox"/>	Alterada ()
Carrillos:	Normal	<input checked="" type="checkbox"/>	Alterada ()
Paladar:	Normal	<input checked="" type="checkbox"/>	Alterada ()
Enfía:	Normal	()	Alterada (X)
Lengua:	Normal	<input checked="" type="checkbox"/>	Alterada ()
ATM:	Asintomáticos	()	Sintomáticos ()
Oclusión:	Normal	()	Alterada (X)
Piso de boca:	Normal	<input checked="" type="checkbox"/>	Alterada ()

Observaciones:

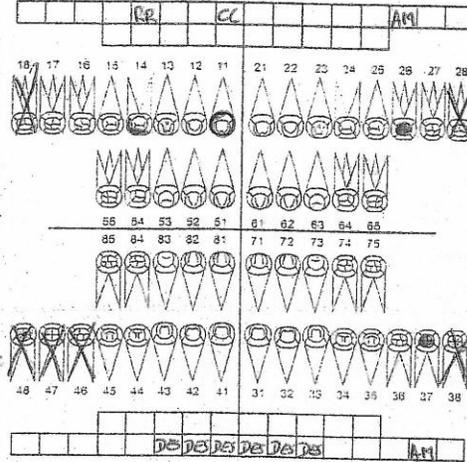
Uso de cepillo dental	Habitual	Ocasional	Nunca
Experiencia de caries	Menor a 2 superficies cariadas	2 a 6 superficies cariadas	Mayor a 6 superficies cariadas
Consumo de azúcares	Hasta 3v/día	4v/día	Mayor a 4 veces/día
Estado de higiene (índice IHO-S)	Buena 0 a 1.2	Regular 1.3 a 2	Mala 3.1 a 6
Índice CPOD / ceod	0,0 a 2,6	2,7 a 4,4	4,5 - 6,5
Riesgo de caries	BAJO	MODERADO	ALTO

INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHO-S) **	Placa blanda *	Piezas	Placa calcificada
			1.6
		1.1	
		2.6	
		3.6	
		3.1	
		4.6	
INDICE DE PB Y PC			
INDICE DE HO-S			

* aplica a grupo niño ** a partir de adolescente

CARIADO	PERDIDO/EXTRACCIÓN INDICADA	OBTURADO	TOTAL	INDICE CPOD

ODONTOGRAMA



	1°s	2°s	3°s	4°s
Instrucción de higiene oral				
Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales				

EXAMENES AUXILIARES:

DIAGNOSTICO / CIE-10: Caries de dentina
Pta. 4-3

PLAN DE TRATAMIENTO:
Restauración con ionómero
Fotowrdo.

TRATAMIENTO/ CDT:

Gobierno Regional HUANUCO
Dirección Regional de Salud
Hospital "Helmuth Volkmann-Haydara"
Esp. Srd. César Martínez
C.P. 3031 H.A. 1455
Jefe del Departamento de Odontología

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL



PERU Ministerio de Salud

FICHA DE ATENCION ESTOMATOLOGICA

H.C.: 7794-38
Fecha: 14-08-17

NOMBRES Y APELLIDOS: Talento Topa Bonilla
 CODIGO SIS: _____ N° DNI: 22431918 ACOMPAÑANTE: _____
 OCUPACION: _____ PROCEDENCIA: Gestante: SI NO
 EDAD: 63 PESO: 60 kg. TALLA: 1.65 T: 36 P.A.: 110/80 m.m hg.
 MOTIVO DE CONSULTA: acarón diente
 ANTECEDENTES MEDICO PERSONALES: no refiere
 ANTECEDENTES MEDICOS FAMILIARES: no refiere

EXAMEN CLINICO	ESTOMATOLOGICO	
Labios:	Normal	(X) Alterada ()
Carrillos:	Normal	(X) Alterada ()
Paladar:	Normal	(X) Alterada ()
Enfía:	Normal	() Alterada (X)
Lengua:	Normal	(X) Alterada ()
ATM:	Asintomáticos	() Sintomáticos ()
Oclusión:	Normal	() Alterada (X)
Piso de boca:	Normal	(X) Alterada ()

Observaciones:

Uso de cepillo dental	Habitual	Ocasional	Nunca
Experiencia de caries	Menor a 2 superficies cariadas	2 a 6 superficies cariadas	Mayor a 6 superficies cariadas
Consumo de azúcares	Hasta 3v/día	4v/día	Mayor a 4 veces/día
Estado de higiene (Índice IHO-S)	Buena 0 a 1.2	Regular 1.3 a 2	Mala 3.1 a 6
Índice CPOD / ceod	0,0 a 2,6	2,7 a 4,4	4,5 - 6,5
Riesgo de caries	BAJO	MODERADO	ALTO

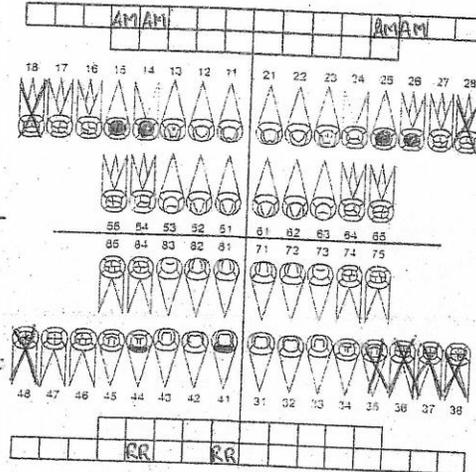
INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHO-S) **	Placa blanda *	Piezas	Placa calcificada
			1.6
		1.1	
		2.6	
		3.6	
		3.1	
		4.5	
INDICE DE PB Y PC			
INDICE DE HO-S			

* aplica a grupo niño

** a partir de adolescente

CARIADO	PERDIDO/EXTRACCIÓN INDICADA	OBTURADO	TOTAL	INDICE CPOD

ODONTOGRAMA



	1's	2's	3's	4's
Instrucción de higiene oral				
Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales				

EXAMENES AUXILIARES:

DIAGNOSTICO / CIE-10: Necrosis pulpar Pta. 2.1, 2.2

PLAN DE TRATAMIENTO: Exodoncia Pta. 2.1, 2.2

TRATAMIENTO/ CDT:

GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
 Dirección Regional de Salud
 Hospital "Dr. Víctor Alarcón Huánuco"
 Esp. S307 Centro Máster
 C.O.P. 3837 I.E. 1457
 Jefe del Departamento de Odontología

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

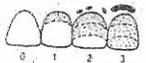
FICHA DE ATENCION ESTOMATOLOGICA

NOMBRES Y APELLIDOS: JUAN BERON RIVERA
 CODIGO SIS: _____ N° DNI: 10334093 PROCEDENCIA: Gestante: SI NO
 OCUACION: _____ ACOMPAÑANTE: _____
 EDAD: 60 PESO: 60 Kg. TALLA: 1.58 T: 31 P.A.: 110/80
 MOTIVO DE CONSULTA: Carie de diente
 ANTECEDENTES MEDICO PERSONALES: NO Refiere
 ANTECEDENTES MEDICOS FAMILIARES: NO Refiere

EXAMEN CLINICO	ESTOMATOLOGICO	
Labios:	Normal (X)	Alterada ()
Carrillos:	Normal (X)	Alterada ()
Paladar:	Normal (X)	Alterada ()
Encha:	Normal ()	Alterada (X)
Lengua:	Normal (X)	Alterada ()
ATM:	Asintomáticos ()	Sintomáticos ()
Oclusión:	Normal ()	Alterada (X)
Piso de boca:	Normal (X)	Alterada ()

Observaciones:

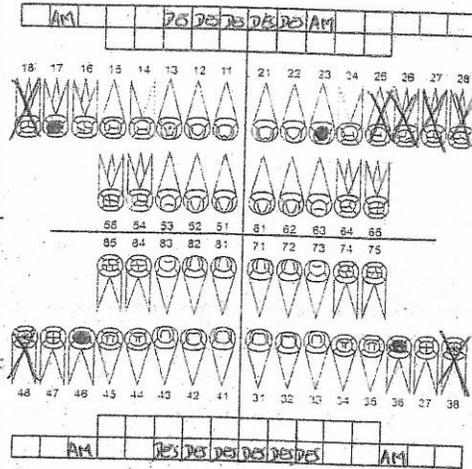
Uso de cepillo dental	Habitual	Ocasional	Nunca
Experiencia de caries	Menor a 2 superficies cariadas	2 a 6 superficies cariadas	Mayor a 6 superficies cariadas
Consumo de azúcares	Hasta 3v/día	4v/día	Mayor a 4 veces/día
Estado de higiene (índice IHO-S)	Buena: 0 a 1.2	Regular: 1.3 a 2	Mala: 3.1 a 6
Índice CPOD / ceod	0,0 a 2,6	2,7 a 4,4	4,5 - 6,5
Riesgo de caries	BAJO	MÓDERADO	ALTO

INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHO-S) **	Placa blanda a	Piezas	Placa calcificada
		1.6	
		1.1	
		2.6	
		3.6	
		3.1	
		4.6	
INDICE DE PB Y PC			
INDICE DE HO-S			

* aplica a grupo niño ** a partir de adolescente

CARIADO	PERDIDA/EXTRACCION INDICADA	OSTURADO	TOTAL	INDICE CPOD

ODONTOGRAMA



	1°s	2°s	3°s	4°s
Instrucción de higiene oral				
Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales				

EXAMENES AUXILIARES:

DIAGNOSTICO / CIE-10: Carie de dentina

PLAN DE TRATAMIENTO: Restauración con Resina.

TRATAMIENTO/ CDT:

GOBIERNO REGIONAL HUANUCO
 Dirección Regional de Salud
 Hospital "Fidel Velázquez Medrano"
 Esp. Sabor Castro Martínez
 C.P. 0037 R.N. 1897
 Uga del Departamento de Odontología

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL