

“UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN”

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



**“IMPACTO DEL CUIDADO DE SALUD BUCAL SOBRE EL GRADO DE
EDENTULISMO EN PERSONAS ENTRE 20 A 60 AÑOS DE EDAD EN EL
DISTRITO DE PILLCO MARCA - HUÁNUCO. 2015”.**

Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista

PRESENTADO POR:

Bach. Mariluz Villanueva Rivera

Bach. Yuly María Corne Jara

ASESOR

Jubert Torres Chávez

HUANUCO - PERU

2015

DEDICATORIA

A DIOS, porque ser guía en nuestro camino a seguir y a pesar de las piedras que puso en nuestras vidas siempre nos dio la fuerza para continuar adelante con ánimo y perseverancia.

A NUESTROS PADRES, aquellas personas tan queridas que a pesar de todo nos dieron fuerzas para continuar adelante con los estudios siempre con aquellas palabras las que nos animaron a continuar y superarnos cada día más.

A NUESTROS HERMANOS, que nos dieron el ejemplo, estudiando y esforzándose cada día, siempre estuvieron cuando los necesitábamos, gracias por su apoyo incondicional y sin restricciones.

A NUESTROS AMIGOS, quienes de alguna forma acompañaron, apoyaron y enseñaron.

AGRADECIMIENTO

Al Dr. Jübert Torres Chávez, por su apoyo como asesor en la realización de nuestra tesis.

A todos los Doctores que revisaron nuestro trabajo de investigación y nos apoyaron con sus consejos y puntos de vista, por su apoyo en los aspectos metodológicos y estadísticos.

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN, quien nos brindó la oportunidad de estudiar en sus aulas y adquirir nuevos conocimientos.

A la E. A. P. DE ODONTOLOGÍA de la UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN porque nos acogió como un miembro más de la Familia Odontológica, miembros que siempre buscan crecer en todos los ámbitos personal, cultural y espiritual.

A los pobladores del distrito de Pillco Marca que participaron en el estudio y que son el motivo de nuestra investigación. A los Doctores del Aclas Pillco Marca por accedernos y facilitarnos en la ejecución de nuestra investigación.

RESUMEN

Objetivo. Determinar la influencia del cuidado de salud bucal sobre el grado de edentulismo en personas entre 20 a 60 años de edad en el distrito de Pillco Marca - Huánuco. 2015.

Material y métodos. La presente investigación fue de nivel básico de tipo cuantitativo, se encuestaron y examinaron la cavidad bucal a 390 personas, 202 género femenino y 188 género masculino situadas en la zona demográfica urbano y rural. Se aplicó ficha de observación y cuestionario, Se utilizaron el paquete estadístico Programa office y SPSS 20, el Chi-cuadrado de Pearson, pruebas estadísticas de Contraste de Fisher, Kruskal-wallis y U Mann Whitney.

Resultados. El total de las personas estudiados presentaron grado de edentulismo al 100%, de los cuales el 31.8% (124) presentaron el grado de edentulismo 1°, el 22.6% (88) 2°, el 20.8% (81) 3°, el 13.3% (52) 0° y, el 11.5% (45) 4°.

Conclusiones. Los resultados obtenidos indican que el riesgo de perder piezas dentarias es por falta de orientación, cuidado personal y la prestación de servicios de salud bucal; por lo que es necesario que se implemente un programa de promoción y prevención de la salud bucodental para mejor la calidad de vida.

Palabras Clave: Cuidado de salud bucal y grado de edentulismo.

SUMMARY

Objective. To determine the influence of oral health care on the degree of edentulism in people between 20-60 years of age in the district of Pillco Marca - Huánuco. 2015.

Material and methods. This research was quantitative basic, were surveyed and examined the oral cavity to 390 people, 202 female and 188 male population located in urban and rural areas. Was applied observation sheet and questionnaire, the statistical package SPSS 20 program and office, the Pearson Chi -square statistical tests Contrast Fisher, Kruskal - Wallis and Mann Whitney U were used.

Results. The total number of people studied had edentulism degree of 100% , 31.8 % (124) edentulism grade 1 , 22.6 % (88) 2nd , 20.8 % (81) 3rd , 13.3 % (52) 0 ° and 11.5 % (45) 4th .

Conclusions. The results indicate that the risk of losing teeth is due to lack of guidance, personal care and provision of oral health; so it is necessary that a program of promotion and prevention of oral health for better quality of life is implemented.

Keywords: Oral health care and degree of edentulism.

INTRODUCCIÓN

En el Perú existe muchos problemas de salud bucal y un alto número de individuos edéntulos y nuestra región de Huánuco no es ajeno a ello. El edentulismo es una de las patologías que tienen distintos grados de afección: parcial y total. Este problema no afecta solo a las personas de edad avanzada, como es común pensar. Hay diversas causas que hacen que la franja de edad a la que puede afectar sea muy amplia.

Una mala salud bucodental puede tener profundas repercusiones en la salud general y en la calidad de vida. La caries dental, la enfermedad periodontal, las extracciones en serie, etc. trajeron como consecuencia el edentulismo en sus diferentes grados tanto en hombres como en mujeres, que provoca problemas funcionales, de deglución y fonación, dificultades en la masticación, así como problemas estéticos y biopsicosociales.

En muchos países, el acceso a atención sanitaria bucodental es limitado; a menudo los dientes o no se tratan o son extraídos, así como hay ausencia de programas dirigidos hacia los mismos por lo que sistemas de salud bucodental han de estar orientados hacia los servicios de atención primaria de salud y la prevención.

El objetivo del presente estudio fue determinar la influencia del cuidado de salud bucal sobre el grado de edentulismo en personas entre 20 a 60 años de edad en el distrito de Pillco Marca - Huánuco.

Es intención que este trabajo sirva como base para estudios futuros y para la organización, planificación y ejecución de programas preventivo promocionales, con el objetivo de reducir el alto número de pacientes edéntulos.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	6
I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	10
1.1. Identificación y planteamiento del problema.....	10
1.2. Delimitación de la investigación.....	14
1.3. Formulación del problema.....	14
1.3.1. Problema general.....	14
1.3.2. Problemas específicos.....	14
1.4. Formulación de objetivos.....	15
1.4.1. Objetivo general.....	15
1.4.2. Objetivos específicos.....	15
1.5. Justificación e importancia de la investigación.....	15
1.6. Limitaciones.....	16
II. MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de estudios realizados.....	17
2.1.1. Antecedentes internacionales.....	17
2.1.2. Antecedentes nacionales.....	26
2.1.3. Antecedentes regionales.....	28
2.2. Bases teóricas y científicas.....	29
2.3. Definición de términos básicos.....	62

2.4. Hipótesis	
2.4.1. Hipótesis general.....	63
2.4.2. Hipótesis específicos.....	63
2.5. Identificación de variables.....	64
2.6. Operacionalización de variables.....	65
III. MARCO METODOLÒGICO	
3.1. Nivel y tipo de investigación.....	66
3.2. Diseño y método de investigación.....	66
3.3. Determinación de la población y muestra.....	68
3.3.1. Población.....	68
3.3.2. Muestra.....	68
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	71
3.4. Técnicas de procesamiento, análisis de datos.....	71
IV. DISCUSIÒN DE RESULTADOS	
RESULTADOS.....	73
DISCUSIÒN.....	99
CONCLUSIONES.....	103
RECOMENDACIONES.....	105
REFERENCIAS BIBLIOGRÀFICAS.....	107
ANEXOS.....	116

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 IDENTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Si se revisa la historia de la humanidad se encuentra que el hombre, como individuo, grupo o masa, ha requerido conservarse sano porque percibe que esta condición le permite lograr otros atributos de tanta trascendencia, juventud, belleza, inmortalidad, poder y gloria. Si se analiza debidamente la relación existente entre esos atributos, se encuentra su fundamento racional y científico para no desligarlas ya que son dependientes, interdependientes y /o complementarias

La Odontología ha evolucionado acorde con la transformación que ha sufrido nuestra sociedad. Mientras que antiguamente la mayoría de los pacientes acudían al dentista por dolor, hoy en día muchos de ellos acuden a la clínica dental por motivos estético u otras causas.

La salud bucal es un componente social complejo que rebasa el campo de la atención odontológica, las enfermedades crónicas son los principales problemas de salud pública en la mayor parte del mundo; debido principalmente a los estilos de vida cambiantes, que incluyen las dietas ricas en azúcares, el uso generalizado de tabaco y el aumento del consumo de alcohol. Las enfermedades bucales son consideradas como uno de los principales problemas de salud pública debido a su alta prevalencia e incidencia en todas las regiones del mundo, y como en todas las enfermedades, la mayor carga es en las poblaciones desfavorecidas y marginadas

socialmente. El tratamiento de las enfermedades bucales es extremadamente costoso y no es factible en la mayoría de los países de ingresos bajos y medianos.¹

Las enfermedades bucodentales son consideradas un problema de Salud Pública por su alto grado de frecuencia. Se presentan entre la población sin distinción de raza, género, edad y nivel Socioeconómico, y han sido cada vez más reconocidos como importantes causadores de impacto negativo en la calidad de vida de los individuos. La Organización Mundial de Salud reconoce que las enfermedades bucales causan dolor, sufrimiento, constringimientos psicológicos y privaciones sociales, trayendo prejuicios en alto nivel individual y colectivo. Las condiciones de salud bucal y el estado de los dientes son considerados señales de exclusión social y son indicadores de la calidad de vida de la población.

El cambio demográfico tiene varias repercusiones en la salud oral. Se estima que el 70% de los pacientes ha sufrido pérdida de algún diente. Con el mismo incremento de la esperanza de vida se incrementa el riesgo de pérdida dentaria por lo que existe una relación directamente proporcional entre la edad y el edentulismo.²

Entre los factores de riesgo asociados a la presencia de edentulismo, se tiene a la edad, grado de instrucción, nivel socio-económico, ocupación, factores sistémicos, endocrinológicos, discrasias sanguíneas, uso de medicamentos y malnutrición.

La pérdida de dientes debida a extracción, accidente o enfermedad periodontal, va desencadenar la sobrecarga en los dientes remanentes, alteraciones

del plano oclusal, pérdida del reborde alveolar : es una condición clínica que puede ser desencadenada por una patología previa de la estructura dental o de sus tejidos de soporte, para lo cual debe considerarse diversas opciones de tratamiento. Por consiguiente, desde el punto de vista académico, la pérdida dental más que un diagnóstico podría ser considerado un hallazgo, que de no ser tratado a tiempo puede llegar a desencadenar alteraciones oclusales y a su vez puede comprometer otros elementos del sistema Estomatognático, como la articulación temporomandibular y los músculos de cara y cuello. Esta pérdida de dientes puede ser parcial o total.³⁻⁴

Cuando una persona es edéntulo, pierde toda conexión con las funciones que realizan los dientes en la boca. Entre estas, cabe resaltar a la alimentación, ya que sus deficiencias aumentan la susceptibilidad a las enfermedades, lo que incrementa el índice de morbilidad y mortalidad en el país. Es por ello que se estima que cerca de la mitad de los trastornos que se presentan en edad adulta podrían estar asociados a deficiencias nutricionales.⁵⁻⁶⁻⁷ El paciente edéntulo total o parcial se ve afectado en el equilibrio orgánico y social; ésta condición transforma su aspecto facial, el lenguaje, interviene en la alimentación y por ende modifica la nutrición, provoca alteraciones de la expresión y en los sentimientos. Además, está ligado a la parte emocional y psicológica. Los dientes perdidos comúnmente son los molares. Esta situación de edentulismo de extremo libre es la más común, frecuentemente se restaura.

Además, raramente se da en pacientes menores de 25 años y es más común en la arcada inferior.⁸⁻⁹

Se sabe que el estado de salud bucal de la población peruana es insatisfactoria y corresponde al de una sociedad subdesarrollada en cuyo interior se da la marginación y la injusticia social, y esto es debido a diferentes situaciones sociales, culturales y principalmente económicas, también por la escasa y pobre información que se brinda a la población sobre medidas preventivas de promoción, rehabilitación adecuada de la salud bucal y la inaccesibilidad de los servicios de salud.

El presente trabajo de investigación: Impacto de Salud Bucal sobre el Grado del Edentulismo en personas de 20 a 60 años de edad en el Distrito de Pillco Marca – Huánuco. 2015; tiene importancia epidemiológica porque nos permitirá conocer los factores de cuidado personal y de salubridad que conllevan al edentulismo en dicha población. Además que nos permitirá realizar comparaciones con otros estudios realizados tanto en nuestro país como en otros países. Y con estos datos poder hallar soluciones y políticas de salud adecuadas para lograr disminuir el problema del edentulismo y sus consecuencias, especialmente en las zonas de bajos niveles socio-económicos, para ello habrá que conocer las características, complejidad, magnitud y de esta manera poder planificar las acciones que deban realizarse por las autoridades pertinentes.

1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación se encuentra enmarcada en una investigación de un grupo poblacional local, en este caso pobladores de entre 20 a 60 años de edad del distrito de Pillco Marca - Huánuco durante el periodo enero – febrero del 2015. Pretende identificar el impacto del cuidado de salud bucal sobre el grado de edentulismo.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1 PROBLEMA GENERAL

¿Cómo influye el cuidado de salud bucal sobre el grado de edentulismo en personas entre 20 a 60 años de edad en el distrito de Pillco Marca – Huánuco. 2015?

1.3.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS

¿Cuáles son las pautas de cuidado personal de salud bucal en personas entre 20 a 60 años según grupo de edad y género?

¿Cuáles son las características de los servicios de salubridad bucal?

¿Cuál es la frecuencia y grado de edentulismo en los pacientes del distrito de Pillco Marca?

1.4 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la influencia del cuidado de salud bucal sobre el grado de edentulismo en personas entre 20 a 60 años de edad en el distrito de Pillco Marca - Huánuco. 2015.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar las pautas de cuidado personal de salud bucal en personas en personas entre 20 a 60 años según grupo de edad y género.
- Evaluar las características de salubridad bucal
- Identificar la frecuencia y grado de edentulismo en los pacientes del distrito de Pillco Marca.

1.5 JUSTIFICACION E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

El Edentulismo desde hace muchos años se traduce como una patología de creciente prevalencia en nuestro país, se traduce como consecuencia del conjunto de enfermedades de la cavidad oral (caries, enfermedad periodontal, etc.). En el Perú un alto porcentaje de individuos presentan caries dental a los dos años de edad, estas cifras colocan al Perú entre los países latinoamericanos de mayor prevalencia de enfermedad dental. Sin embargo hasta el momento no existe un estudio del impacto

de cuidado de salud bucal sobre el grado de edentulismo en la población del distrito de Pillco Marca.

Un estudio de la situación epidemiológica edentular nos permitiría tener un mejor panorama de la situación de salud en el distrito de Pillco Marca y con ello servir de base para investigaciones futuras y planteamientos para la prevención de la caries y el cuidado de la salud general de enfermedades de la boca. De esta manera, se favorecerá de manera preventivo promocional la disminución de la caries dental y enfermedad periodontal que son la causa principal del edentulismo; a su vez se evitarán las consecuencias del edentulismo como son, la disminución de la eficacia de la masticación, alteración de los dientes restantes, extrusión y atricción de dientes, desviación mandibular, disfunción de la articulación temporomandíbular, las alteraciones estéticas y entre otros.

1.6 LIMITACIONES

Para el estudio se tendrá en cuenta las posibles limitaciones:

- Por tratarse de un estudio medido en un sólo tiempo, no se pudieron observar las consecuencias del edentulismo y las necesidades de tratamiento.
- Pobladores que no accedieron hacerse el examen clínico por desconfianza, vergüenza y/o otras razones.
- Falta de accesibilidad y tiempo por parte de los pacientes.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIOS REALIZADOS

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

BERMÚDEZ S. et al. (Venezuela-2014)¹⁰. La pérdida parcial o total de la dentición natural es el resultado más frecuente de caries dental o enfermedad periodontal. Estos, ocasionan la extracción temprana de las piezas dentarias permanentes trayendo como consecuencia la necesidad de rehabilitación al individuo afectado. **OBJETIVO:** Determinar las necesidades protésicas de los pacientes de la población de Río Chico-Edo. Miranda. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo y transversal. El instrumento de recolección de datos fue la Historia Clínica empleada por ambos centros, se estudiaron 701 pacientes entre masculinos y femeninos que acudieron a solicitar tratamiento odontológico al ambulatorio urbano tipo III Centro de Especiales Médico Odontológicas (C.E.M.O.) y el ambulatorio urbano tipo II Asociación Damas Salesianas (ADS) durante el período agosto-noviembre 2010. Se elaboró una matriz de datos en el programa Excel para la organización de los datos. **RESULTADOS:** 72% de la muestra eran mujeres y 28% eran hombres. La edad más afectada fue entre 21 y 30 años (28%). De acuerdo a las necesidades protésicas el 71% requiere una o más prótesis fija, 26% requerían prótesis parciales removibles tanto dento-soportadas como dento-muco-soportadas y 3% requería de prótesis

totales.

ARCE W. y cols. (Costa Rica-2012)¹¹ Propuesta del plan de mejora de la salud bucodental en el Hogar del Adulto Mayor Alfredo y Delia Gonzales Flores de san Pablo de Heredia.

El presente estudio tiene como propósito conocer los hábitos de salud bucodental y conocimientos en cuanto a la promoción de la salud bucodental en la población del Hogar del Adulto Mayor Alfredo y Delia Gonzales Flores de san Pablo de Heredia. En el mes de enero 2012 realiza una encuesta a cuarenta y ocho residentes activos que cumplen con los requisitos de inclusión del estudio. Se les realizaron un examen clínico dental de cada uno, se le evaluaron hábitos de higiene oral y salud general. Al aumentar la población de personas de la tercera edad, se presentaron retos de tipo económico, social, político que exigen a los estados y a las autoridades sanitarias competentes la generación de políticas que permitan solucionar las necesidades de este grupo de la población. La promoción de la salud es una estrategia que se debe adoptar para lograr la equidad en este grupo desprotegido y así mejorar su calidad de vida.

Los resultados obtenidos indican que el índice de riesgo de salud bucal decae con la edad, por la pérdida de las piezas dentales, por lo que es necesario que se implemente un programa de promoción y prevención de la salud bucodental para el adulto mayor para que pueda mantener durante mayor tiempo sus piezas dentales y así mantener una vejez con mejor calidad de vida.

LUNA G. (Ecuador-2011)¹². El presente estudio tuvo como objetivo conocer la Incidencia de Edentulismo Parcial según la Clasificación de Kennedy en Los internos del Centro De Rehabilitación Social de la Ciudad de Loja. El universo estuvo constituido por 414 internos, 373 de sexo masculino y 41 de sexo femenino, esto tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

Para lograr el objetivo se examinó la cavidad bucal de los internos, se llenó una historia clínica, para establecer las causas y la frecuencia de la pérdida de piezas dentales; se tomaron fotografías de todos los maxilares parcialmente edéntulos e impresiones, mediante estos instrumentos se procedió a realizar la clasificación.

Los resultados de la investigación revelaron que: La clase III de Kennedy es la más frecuente en ambos maxilares con un total de 55,72% y la modificación III-1 en ambos maxilares con 26,91%. Según la edad, en los rangos de: menores de 20 años; 20 a 39 y de 40 a 59 años, la clase III de Kennedy es la más frecuente, a excepción del rango de mayores de 60, en la cual la clase I es la que predomina. Según el Sexo, tanto en los hombres como en las mujeres y en ambos maxilares la clase III de Kennedy fue la más frecuente.

GARCIA CM Et al. (2011)¹³ Este estudio tuvo como objetivo verificar la comprensión de las experiencias de los familiares en relación al cuidado con la salud bucal de los niños. Es un estudio cualitativo, realizado en 2007, en un distrito de la salud del municipio de Ribeirao Preto-SP, con 12 cuidadores. Se realizó el referencial teórico de la vulnerabilidad y la perspectiva hermética. Tres categorías

empíricas fueron elaboradas: los significados del cuidado de la salud bucal, en busca de las causas y de la prevención de daños bucales, y la realidad de los servicios de salud bucal. Entre otros elementos potencializadores de la vulnerabilidad infantil a los daños bucales, emergieron la supervaloración de la casualidad biológica, la atención de la alta complejidad y la odontología estética; y, entre los protectores, la valorización de la sabiduría popular y la integración de acciones y conocimientos profesionales. Se señala que debe ser efectuada la revisión de las estrategias de prevención y promoción de la salud bucal, ofreciendo elementos para auxiliar a los servicios de la salud a reorganizar el cuidado con la salud bucal de niños.

SÁNCHEZ M. Et al. (México – 2011)¹⁴. Realizó un estudio en la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez, mediante muestreo no probabilístico por conveniencia de 102 pacientes mayores de 60 años con algún grado de edentulismo. Se aplicó ficha de identificación para datos personales e información referente a enfermedades, y se hizo una revisión de la cavidad oral para detectar problemas odontológicos.

El índice CPOD fue de 16.10, con un promedio de 1.76 de dientes cariados y 10.68 de dientes perdidos. Con respecto a la clasificación de Kennedy, la mayor prevalencia se observó en las clases III (34.3%) y I (43.1%) para el maxilar superior e inferior, respectivamente. Se encontró relación o asociación con significado entre los dientes perdidos y la edad, hipertensión arterial y la capacidad de hablar y pronunciar correctamente, y entre los dientes cariados y el estado nutricional.

VARELA G. (Costa Rica-2010)¹⁵. El edentulismo es la ausencia o la pérdida total o parcial de los dientes, su causa puede ser congénita o adquirida, también el edentulismo total o parcial conlleva a importantes alteraciones estéticas. Pudiendo disminuir la autoestima, inducir alteraciones en la pronunciación de las palabras, en la función masticatoria y en la articulación temporomandibular. El presente estudio se realizó en una muestra de 60 personas mayores de 50 años que asistieron a la clínica de odontología del Hospital Escalante Pradilla en San Isidro de Pérez Zeledón, a los cuales se les aplicó una entrevista para conocer su estado dental, los resultados obtenidos fueron que existe un 95% de edentulismo ya sea parcial o total en la muestra entrevistada, además, el género que se vio más afectado es el femenino con un 68%, el 42% de los individuos no utilizan ningún tipo de prótesis, también se puede apreciar que las personas de esa zona prefieren la prótesis removible (con un 91%) más que la prótesis fija (con solo un 9% de los entrevistados que portaban prótesis).

RODRÍGUEZ A. Et al. (Cuba-2009)¹⁶. En el Análisis de la Situación de Salud del área la necesidad de prótesis estomatológica representó el principal problema de salud. Se realizó un estudio descriptivo y transversal en el período de mayo 2008 a mayo 2009 para determinar la necesidad de prótesis estomatológica en el Policlínico Docente David Moreno Domínguez de Santa Rita, municipio Jiguaní, provincia Granma con una población de 15 y más años de edad, de 11192 habitantes y una muestra constituida por 1254. Se aplicó el formulario por el investigador en el hogar

de los pacientes en condiciones de luz natural, utilizando espejos bucales o depresores linguales. Para dar salida a los objetivos se tuvieron en cuenta diferentes variables como la edad, el sexo, tipo de prótesis necesitada, necesidad de prótesis estomatológica sentida y no sentida. Se obtuvo como resultado que la necesidad de prótesis estomatológica en el área de salud objeto de estudio fue elevada; el sexo femenino y el grupo de edad de 60 y más años constituyeron los de mayor necesidad de prótesis estomatológica; el tipo de prótesis estomatológica más necesitado resultó la parcial removible inferior y la necesidad sentida predominó sobre la no sentida.

CANCIO O. Et al. (Venezuela – 2009)¹⁷. Fundamento: la prótesis dental es la ciencia y el arte de reemplazar las porciones coronales de los dientes naturales perdidos y sus partes asociadas. Objetivo: determinar la necesidad de prótesis de los pacientes mayores de quince años del sector uno y dos que se atendieron en la clínica Las Margaritas, estado Falcón, Venezuela. Método: se realizó un estudio observacional descriptivo, longitudinal y retrospectivo. El universo fue de mil novecientos cuatro pacientes y la muestra de seiscientos pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Resultados: el grupo de edades más afectado fue el de quince a treinta y cuatro años con trescientos cincuenta y cinco pacientes para un 55,7% y el sexo predominante fue el masculino con trescientos treinta y dos pacientes para un 52,1%, el sexo femenino se presentó con trescientos cuatro pacientes para un 47,7%, observándose una diferencia mínima. El tipo de prótesis más necesitada fue la parcial con un 83,7% principalmente en la arcada inferior. Existe mayor incidencia la clase III de Kennedy con doscientos cincuenta y

un pacientes en la arcada superior para un 29%, y doscientos pacientes en la arcada inferior para un 22,3%. La clase IV resultó ser la menos representada con solo dieciséis pacientes en la arcada superior para un 1,8%. Conclusiones: el sexo femenino fue el más necesitado y el grupo de edades con mayor afectación fue el de quince a treinta y cuatro años. La arcada más involucrada fue la superior y la prótesis parcial la más necesitada por arcada. En ambos sexos se necesita mayor número de prótesis parcial.

MEDINA C, Et al. (Mexico-2006)¹⁸ Políticas de salud bucal en México: disminuir las principales enfermedades. Una descripción.

Se presenta una breve descripción de lo que ha sido hasta ahora la historia de las políticas de salud en México. Este trabajo no intenta ser exhaustivo, ni mucho menos un estudio sobre evaluación de políticas de salud bucal, pues se vería enfrentado a la fuerte limitación de la disponibilidad de información desarrollada en el área de la salud bucal. En primer lugar se abordan los inicios de la profesión dental y la forma en la que se desarrolló; su comienzo como una profesión dirigida al individuo y su posterior inmersión en el campo de la salud pública. Posteriormente se presentan datos de estudios epidemiológicos realizados en los últimos años principalmente sobre la caries dental en escolares. Termina esta parte tomando en cuenta la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y se trata la importancia de la salud bucal como un elemento de la salud general y por ende del bienestar y de la calidad de vida del individuo.

Concluimos el trabajo como un análisis acerca de cómo ha impactado la política de salud bucal a la salud de ciertos grupos poblacionales. Se propone generar información epidemiológica estricta y adecuada.

LAMBERTINI A. Et al. (Venezuela-2005)¹⁹. Realizó un estudio con la finalidad de conocer las necesidades protésicas de los pacientes que acudieron al Centro de Atención a Pacientes con Enfermedades Infectocontagiosas "Dra. Elsa La Corte" (CAPEI) de la Universidad Central de Venezuela entre noviembre del 2003 y noviembre del 2004. Se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal con la revisión de 300 historias clínicas. Se analizaron las variables: sexo, nivel de instrucción y necesidades protésicas. Se agruparon los datos y se analizaron con el método de porcentajes y números absolutos. Resultados: El 78,67% de los pacientes estudiados pertenecían al sexo masculino, el 49% de estos pacientes cursaron incompletos o terminaron sus estudios de bachillerato. En cuanto a las necesidades protésicas el 73,67% necesitaban algún tipo de prótesis dental, de estos, el 94,12% eran edéntulos parciales y el 5,88% edéntulos totales. El 74,21% de los pacientes con necesidades protésicas pertenecían al sexo masculino y el 25,79% al sexo femenino. Solo el 16,29% de estos pacientes fueron restaurados protésicamente. Conclusiones: En la población estudiada existe un alto porcentaje de necesidades de prótesis dental, con predominio de prótesis parciales.

RODRIGUEZ A, Et al. (Cuba -1999)²⁰ vigilancia epidemiológica del estado de salud bucal.

Se expusieron aspectos relacionados con la Vigilancia Epidemiológica del estado de salud bucal de la población general, con fines metodológicos. Se plantean los objetivos y las premisas para establecer el sistema de vigilancia, así como la caracterización de la comunidad basados en los elementos fundamentales para un sistema de vigilancia. Se pretende evaluar el costo y calidad de la atención de la salud bucal para lograr el aprovechamiento eficiente de los recursos.

Se realizaron investigaciones relacionadas con el sistema de vigilancia. Se establecen las fuentes, la frecuencia y las vías de información. Se estructura el sistema de vigilancia a nivel de la atención primaria de salud bucal. Se determinan las enfermedades o eventos a vigilar; así como los datos relacionadas con los grupos de población, enfermedades bucales y control higiénico- sanitario.

SÁNCHEZ A. Et al. (Venezuela-1998)²¹. Estudió las necesidades protésicas de 1107 pacientes que asisten a la Facultad de Odontología de la U.C.V. en el periodo Enero - Febrero de 1995, con el objetivo de analizar la distribución por tipo de prótesis, edad y sexo. El 66.7% de la población estudiada requiere de algún tipo de prótesis dental, la mayor concentración de necesidades protésicas se encuentra en el sexo femenino y en la edad comprendida entre los 25 y 44 años de edad; la mayor parte de la demanda la constituyen la Prótesis Parciales Removibles, seguida de la Prótesis Fija y en menor proporción la Prótesis Total. Los datos obtenidos coinciden

con los datos de estudios previos como lo es el E.P.I.O. 1972, por lo que es evidente que las condiciones de salud bucal no ha variado en las últimas décadas, esto posiblemente debido a las características de la atención odontológica del país, donde se ha observado una desigual distribución de la atención en base a los estratos sociales, la carencia de políticas de salud efectivas y donde predomina un modelo de atención curativo.

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

CANO D. (Lima - 2010)²². Determinó las piezas dentarias perdidas y las brechas edéntulas a restaurar, así como la necesidad y el uso de prótesis dental en una población adulta de trabajadores de una empresa petrolera de la provincia de Talara en el año 2009. Se evaluó clínicamente la ausencia de piezas dentarias y fotográficamente la presencia o ausencia de brechas edéntulas en 134 trabajadores, de los cuales 104 presentaron ausencia de piezas dentarias (77.61%). El promedio de piezas dentarias perdidas en el sexo masculino es de 3.31 y en el Femenino es de 3.27, no existiendo diferencias estadísticamente significativo entre los grupos ($p=0.675$). La pieza dentaria más frecuentemente perdida en el sexo Masculino, en el Maxilar Superior la segunda premolar (32,46%), y en el maxilar inferior la primera molar (46,37%); en el sexo femenino, en el Maxilar Superior, fue la segunda premolar (63,16%), y en el maxilar inferior la primera molar (59,09%).

El 11,54% de todos los participantes no presenta brechas edéntulas ni utiliza algún tipo de prótesis, las brechas de 1 pieza son más frecuentes. Hay 96 brechas edéntulas en el sexo masculino que necesitan prótesis, y en el sexo femenino hay 11 brechas

edéntulas que necesitan prótesis. Se utilizan 51 prótesis, siendo 45 en el sexo Masculino y 6 en el femenino.

LÓPEZ J. (Perú - 2009)²³. El presente estudio tuvo como objetivo conocer la Prevalencia de Edentulismo Parcial según la Clasificación de Kennedy en pacientes entre los 20 y 90 años de edad de ambos sexos en el servicio de Rehabilitación Oral del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” para lo cual se tomó como muestra 161 pacientes, 145 hombres y 16 mujeres. El promedio de edad general fue de 58.8 años y la pieza ausente con mayor frecuencia fue la pieza 4.6 (5,30%), y la menos frecuente la pieza 3.3 (0,45%).

La Clase I fue la Clase de Kennedy que presentó el mayor porcentaje con el 38.43% seguida por la Clase II con el 37.68%, la Clase III con el 23.3% y finalmente la Clase IV con el 1.1%. La Clase I mandibular estricta (sin modificación) resultó ser la más frecuente en relación a las demás clasificaciones tomando en cuenta las modificaciones con el 20.4% .No se encontraron casos de Clase IV en el maxilar inferior ni en el sexo femenino.

Se encontró que conforme avanza la edad, aumenta la prevalencia de maxilares edéntulos parciales, mostrando el pico más alto en el rango de edad de 50 a 59 años para luego disminuir la frecuencia en casi la misma proporción en que aumentaron. En relación al género, las 4 clasificaciones de Kennedy mostraron una mayor preponderancia del sexo masculino sobre el femenino.

CARRERA J. (Perú – 2006)²⁴. El estudio determinó la frecuencia y clase de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy entre los pobladores residentes en el AAHH “Sol Naciente” del distrito de Carabayllo-Lima en el año 2005. El estudio fue del tipo transversal y se desarrolló en el paradigma cuantitativo. En este estudio se evaluó un total de 127 pobladores mayores de 14 años de edad que cumplieron con los criterios de selección.

Entre los principales resultados encontramos que presentaron algún tipo de edentulismo parcial un 66.1% de la población evaluada, de la misma manera se registró que la clase III fue la más frecuente tanto en el sexo masculino como en el femenino, en cuanto a la edad se registró que la clase III también fue la más frecuente casi todos los decenios, excepto en el séptimo decenio donde la clase II fue la más frecuente en ambos maxilares, también se registró que el edentulismo parcial del maxilar inferior fue el más frecuente y el sexo femenino presentó una mayor frecuencia de edentulismo parcial.

2.1.3. ANTECEDENTES REGIONALES

Hasta la fecha no se han encontrado investigaciones sobre el tema.

2.2. BASES TEÓRICAS Y CIENTÍFICAS

I. EDENTULISMO

El edentulismo es la ausencia o la pérdida total o parcial de los dientes, y su causa puede ser congénita o adquirida. Los edentulismos congénitos totales son una manifestación de los síndromes congénitos muy graves y, generalmente, no compatibles con la vida. El edentulismo adquirido, es decir, la pérdida de dientes durante nuestra vida, es un hecho más común que el edentulismo congénito, y suele ser secundario en procesos como caries, patología periodontal o traumatismos.²⁷

El edentulismo se refiere a la pérdida de todos los dientes deciduos y permanentes. Este puede afectar sustancialmente la salud oral y general como también la calidad de vida, incluyendo el gusto por las comidas y la nutrición. Algunas evidencias sugieren que el estado de salud oral, particularmente el edentulismo, pueden afectar la ingesta alimentaria. La pérdida de todos los dientes, aún con prótesis total, reduce la efectividad de la masticación y afecta la percepción del sabor, las preferencias y los patrones de consumo de las comidas. Todo ello, afecta en gran medida en el estado anímico de las personas edéntulos, ya que su calidad de vida no es la misma a diferencia de cuando tenían todas sus piezas dentarias presentes en boca.²⁸⁻²⁹⁻³⁰

Edentulismo se define como la pérdida de todos los dientes permanentes y es el resultado terminal de un proceso multifactorial que implica diversos

procesos biológicos; así como los factores no biológicos relacionados con los procedimientos dentales. Esto afecta la salud oral, la salud en general y la calidad de vida de las personas afectadas, ya que varía la dieta alimenticia, puede variar el gusto de los alimentos y trae como consecuencia la malnutrición y desnutrición.³¹

La pérdida de dientes puede afectar a las personas de cualquier edad, pero ésta es más prevalente en el adulto mayor, ya que son más susceptibles a adquirir enfermedades bucales como la caries dental y la enfermedad periodontal. Anteriormente, se pensaba que la pérdida de dientes era una parte inevitable del ciclo de la vida por la misma reabsorción ósea, pero estudios e investigaciones recientes han demostrado que no todas las enfermedades orales son inevitables por los cambios de la edad, ya que existe una gran variedad de métodos preventivos para mantener las piezas dentarias por un largo período de tiempo. Es por ello que se considera al edentulismo temprano como una falta de interés y educación por la salud bucal.

Todo ello nos lleva a la conclusión de que la presencia de edentulismo en nuestro país, se debe a una falta de conocimientos sobre cuidado dental, ya que no se le da la importancia debida. Existen diversos factores que pueden desencadenar una amplia gama de enfermedades en la cavidad bucal, las cuales ocasionan que se inicie el proceso de pérdida de dientes y, por ende, aumente el índice de edentulismo en la población.

1.1. EL PROBLEMA BIO-FUNCIONAL DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

Mientras los arcos dentales estén completos y no existan brechas edéntulos, podemos esperar que el sistema Estomatognático funcione normalmente tanto en el orden mecánico como en el fisiológico. Sin embargo, cuando se pierden dientes, ya sea por cualquier motivo, hay una alteración de funciones en proporción al número de piezas perdidas y su importancia en el arco dentario.

Que el individuo continúe tomando sus alimentos y llevando una vida normal, no significa que el funcionamiento normal de su mecanismo masticatorio haya sido alterado, los dientes aún restantes llevan ahora una sobrecarga de fuerzas.

Ya que se perdieron piezas dentarias, muchas han sido las alteraciones, es lógico esperar variación del medio, y la aparición de nuevos esfuerzos. La naturaleza no siempre puede acomodarse a esta nueva situación, y si no se procede al reemplazo por medio de aparatos de prótesis, puede ser alterado todo el arco dentario.³²

Debido a la pérdida de piezas dentarias sufrida por los sujetos edéntulos parciales, la dentición residual experimenta una continua adaptación manifestándose con la migración mesial para compensar el desgaste interproximal y los cambios en la posición de los dientes. Debido a ello toda la dentición residual experimenta una disminución del rendimiento masticatorio habitual, la cual va a ser compensado deglutiendo partículas más grandes y gruesas y no por medio de una masticación más

prolongada del alimento ni por un incremento en el número de golpes masticatorios.³³

Según Franks (1979), el edentulismo tiene gran significado para un individuo en términos de calidad de vida y se resume en: nutrición, fonación, autoestima y aceptación social. La sola pérdida de los molares está asociada con la función oral deteriorada, y al respecto, muchos autores afirman que sin los molares, la función masticatoria, estabilidad oclusal y función de la articulación temporomandibular (ATM) estarían afectados.³⁴

En USA y Europa las principales causas de pérdida dentaria son la caries dental y las periodontopatías. La prevalencia del edentulismo difiere substancialmente en la mayoría de los países del mundo.³⁵

Algunos de los índices más altos son encontrados en el Reino Unido y Nueva Zelanda, y los más bajos en Estados Unidos. En Suecia (1969), 49% de las personas de 54 a 64 años de edad no poseen ningún diente, subiendo hasta un 65% en el grupo de 65 a 74 años de edad.³⁶

En España, en una muestra de 531 adultos mayores (65-74 años), el porcentaje de edentulismo total era de 20.7% y el grado de edentulismo era mayor en hombres que en mujeres.³⁷

Pérdida de los dientes y la edad

McCracken (2006), nos explica que se ha comprobado una relación específica de la pérdida de piezas con el incremento de la edad y la existencia de algunas que se retienen más tiempo que otras. Se ha sugerido que la pérdida de dientes varía según la arcada y que se pierden antes los maxilares que los mandibulares. También se ha comprobado que existe otra diferencia dentro de la misma arcada, y los posteriores se pierden más rápidamente que los anteriores. Con bastante frecuencia los últimos dientes que permanecen en boca son los mandibulares anteriores, especialmente los caninos, y es bastante frecuente encontrarse con un maxilar edéntulo opuesto a una arcada mandibular con dientes anteriores.²⁷

Grado de edentulismo

0= No se pierde los dientes debido a caries o enfermedad periodontal.

1=Pérdida de 1 a 4 primeros molares permanente.

2=Pérdida de hasta 12 dientes posteriores, con exclusión de los sujetos que solo han perdido los primeros molares permanentes.

3=Pérdida de hasta 12 dientes incluyendo un diente anterior.

4=Pérdida de más de 12 dientes.

1.2. EFECTO DEL EDENTULISMO

Existen una serie de impactos negativos asociados al edentulismo. Entre ellos; la disminución de la habilidad para masticar y hablar y la pobre alimentación que conlleva la enfermedad.

-Salud física

Las partes de la boca más importantes la constituyen los dientes, ya que son las herramientas que el ser humano utiliza para poder masticar una amplia gama de alimentos con valores nutricionales variados. Pero, cuando estos son perdidos por diversas razones, ya no es posible que la persona mastique con la misma efectividad a diferencia de cuando se tenían todas las piezas dentarias presentes. La función masticatoria disminuye ocasionando un cambio brusco en la elección de las comidas. La evidencia nos da a comprender que la población edéntula evita comidas tales como frutas, vegetales y carnes, siendo sus alimentos de elección las comidas procesadas, ya que tiene mayor facilidad para consumirlas.⁴⁰

Como las personas edéntulas no tienen una dieta rica en nutrientes, consumen en su mayoría vitaminas, minerales y proteínas con el fin de mejorar su alimentación, pero aun así se encuentran en un alto riesgo de presentar malnutrición a diferencia de las personas dentadas que no poseen ningún problema para el consumo de las comidas. Diversos estudios han realizado exámenes odontológicos recolectando datos sobre la dieta establecida en cada sujeto, y han llegado a la conclusión de que las personas dentadas tienen un consumo mayor de vitamina C, vitamina E, calcio,

proteínas, fibra, hierro, tiamina, riboflavina, niacina, ácido pantoténico e intrínseco. Con toda esa información, se confirma la hipótesis de que la ingesta de nutrientes tiene mayor aporte calórico en la población que posee piezas dentarias a diferencia de la población edéntula. Es por ello que se considera a esta última como grupo de riesgo para sufrir diversas enfermedades crónicas por las mismas deficiencias nutricionales que poseen.⁵

-Salud psicológica

Diversos estudios han encontrado que la presencia de piezas dentarias en boca tiene un gran aporte social y cultural en el ser humano, por lo que las personas que los han perdido parcial o totalmente, por distintas razones, tienden a evitar las interacciones sociales con el fin de evadir una situación embarazosa cuando la otra persona descubra las alteraciones orales adquiridas. Esto quiere decir que un alto porcentaje de individuos tiende a sentir incomodidad por la deficiencia de su salud oral frente a la población. En cierta forma, se puede decir que el edentulismo limita las interacciones sociales y culturales en el entorno, por lo que provoca sentimientos inevitables de baja autoestima y agobio por el estado de salud oral adquirido.⁵

-Calidad de vida

El estado en que se encuentra la dentición del adulto repercute en diversos aspectos de la vida cotidiana, como son: la nutrición, autoestima, relaciones con el entorno, bienestar y salud general.⁵

Cuando una persona es edéntula, pierde toda conexión con las funciones que realizan los dientes en la boca. Entre estas, cabe resaltar a la alimentación, ya que se trata de la dieta que cumple con todas las necesidades del organismo.⁶

La nutrición constituye uno de los factores que tienen marcado efecto sobre el envejecimiento, ya que sus deficiencias aumentan la susceptibilidad a las enfermedades, lo que incrementa el índice de morbilidad y mortalidad en el país. Es por ello que se estima que cerca de la mitad de los trastornos que se presentan en edad adulta podrían estar asociados a deficiencias nutricionales.⁵⁻⁷

Los dientes, además de su participación en la alimentación, también repercuten un componente estético. Estos brindan soporte y estructura a los tejidos duros y blandos de la boca, por lo que su ausencia implica cambios morfológicos en el rostro y, por ende, alteraciones psicológicas incluyendo la baja autoestima y la evasión de relaciones interpersonales. A través de la conservación de los dientes en boca, se busca mantener la calidad de vida con el fin de que perpetúe la percepción que se tiene del grado de gusto por la dentición presente en el desempeño de las actividades de la vida diaria.⁵

Asimismo, la falta de dientes también ha sido considerada como un factor de riesgo en el desarrollo de desnutrición en adultos mayores. En especial, cuando no se realiza una rehabilitación total adecuada con dientes que reemplacen piezas perdidas y faciliten la selección consumo de los alimentos.⁵

1.2 PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO

En el Perú, las enfermedades orales más prevalentes son la caries dental y la enfermedad periodontal, las cuales afectan la permanencia de los dientes en boca. Esto se debe a diversas razones, siendo la más observada porque la persona no acude al profesional de la salud hasta que el dolor dental es insoportable, por lo que los tratamientos a realizar se restringen a la exodoncia. Asimismo, ya sea por falta de interés, ausencia de conocimiento o problemas económicos, la mayoría no se realiza el tratamiento indicado. La mayor parte de personas cuando sufren alguna patología oral que conlleva al dolor e incomodidad en la cavidad oral, optan por la exodoncia antes que otro tratamiento, por lo que la pérdida de dientes se produce antes del tiempo esperado.³⁸

Entre los factores de riesgo asociados a la presencia de edentulismo, se tiene a la edad, grado de instrucción, nivel socio-económico, ocupación, factores sistémicos, endocrinológicos, discrasias sanguíneas, uso de medicamentos y malnutrición. En Celendín, el factor de riesgo más predisponente es el socio-económico, ya que según encuestas realizadas por el INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática), la tasa de desempleo a nivel distrital según género, es de 15.5% en varones y 20.3% en mujeres, reflejando un mayor acceso a oportunidades de trabajo de los varones, principalmente por causas culturales y sociales.³⁹

II. SALUD

Definición de la OMS

En 1946, la OMS definió en su Carta Constitucional la salud como” el estado completo de bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de las afecciones y enfermedades”. Se considera la salud no solo como la ausencia de la enfermedad, sino como un estado de salud óptimo positivo, sintetizado en la expresión “completo bienestar”. Además, no solo se refiere al área física del ser humano, sino que por primera vez se incluyen las áreas mental y social.⁴¹

Al salirnos de este marco, cualquier manifestación será considerada anormal y el paciente podrá ser clasificado como un enfermo. Entonces podemos decir que el concepto de normal, en lo que a salud se refiere, es todo aquello que esté contenido en este marco imaginario, de manera que el que esté fuera de este marco será considerado como enfermo. En cuanto más la enfermedad se separe de este marco de formalidad, será más fácil diagnosticarla, ya que los daños anatómicos y los daños funcionales serán más evidentes. Por lo que podemos concluir que el tratamiento y el restablecimiento de la salud, en este caso, será más difícil de ser alcanzado.⁴¹

La OMS ha definido la salud oral como un estándar de los tejidos orales, relacionado con el individuo y su sociedad, permitiendo que este coma, hable y socialice sin enfermedad activa, incomodidad o vergüenza, lo cual contribuye el bienestar general.⁴²

Sin embargo, la OMS desde 1948, define a la salud como un concepto básico que mantiene hasta la actualidad: “completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad y malestar”.⁴³

Concepto dinámico de salud

Muchos autores entre ellos Terris, discrepan de la definición de la OMS, según este autor, debería eliminarse la palabra “completo” de la definición de la OMS, ya que la salud, como la enfermedad, no es un absoluto, porque existen distintos grados de salud como hay también diversos grados de enfermedad.

De acuerdo con este concepto, tanto la salud como la enfermedad forman un continuo cuyos extremos son el óptimo estado de salud, por un lado, y la muerte, por el otro. En este continuo existe una zona neutra no bien definida, lo cual significa que la separación entre la salud y la enfermedad no es absoluta, y que a menudo es imposible distinguir lo normal de lo patológico. La salud y la enfermedad no son, pues, estadísticas sino dinámicas, ya que existen diferentes niveles de salud positiva y enfermedad.

Las evidencias actuales demuestran una relación entre las enfermedades orales con los problemas de salud general. Hay un interés creciente en que uno de los objetivos del futuro de la odontología sea promover la salud general a través de la salud oral.³⁴ Teniendo como premisa el conocer la historia natural de la enfermedad y detectar prever cualquier cambio o factor condicionante.⁴⁴

En el Perú, la salud bucal se ve afectada por múltiples factores. La ausencia de una cultura de prevención es muy frecuente, y la mayoría de las personas solo acude al dentista cuando tiene molestias y presenta una patología bucal avanzada. Esta situación está relacionada con las condiciones socioeconómicas de nuestra población. Por todo esto, la patología dental es sumamente prevalente en nuestro país. Es así que el Colegio Odontológico del Perú estima que el 95% de la población presenta caries dental.⁴⁵

El cuidado de la salud bucal consiste en mantener la boca y los dientes sanos. Es importante que comience en la infancia. Si no es así, se pueden tener problemas con los dientes y encías, como caries o la pérdida de los dientes.

2.1 Salud Pública

Es la disciplina encargada de la protección de la salud a nivel poblacional. En este sentido, busca mejorar las condiciones de salud de las comunidades mediante la promoción de estilos de vida saludables, las campañas de concienciación, la educación y la investigación.

El desarrollo de la salud pública depende de los gobiernos, que elaboran distintos programas de salud para cumplir con los mencionados objetivos.

Funciones

- La prevención epidemio-patológica (con campañas masivas de vacunación gratuita).

- La protección sanitaria (control del medio ambiente y de la contaminación),
- la promoción sanitaria (a través de la educación)
- la restauración sanitaria (para recuperar la salud).

La salud pública también debe gestionar los recursos para asegurar que sus servicios llegarán a la mayor cantidad de gente posible. La salud pública no puede ofrecer servicios de avanzada para ciertas personas y descuidar las condiciones de salud del resto, ya que parte de un principio comunitario y no personal. Al depender del Estado, la salud pública no debería hacer distinciones entre los habitantes de una misma región.

La percepción general acerca de la efectividad de los sistemas de salud pública varía considerablemente de acuerdo al país. ¹⁸

Formas de acción para conservar la salud

los niveles de prevención o historia natural de la salud es la descripción de las medidas que fomentan o proporcionan la salud, previenen, diagnostican, tratan y limitan las enfermedades y rehabilitan las secuelas de las mismas, todo con el fin de preservar la salud.

Considero que también puede dominárselo formas de acción para preservar la salud, pues ese es el gran objetivo de los niveles de prevención e igualmente pueden definirse como la historia natural de la salud porque esos niveles son las formas de

acción que permiten generar y conservarla salud o, en su defecto, tratar y eliminar la enfermedad para recuperar la salud y conservarla nuevamente.

Salud es la manifestación somática y psíquica de las condiciones de vida ideales o positivas, biológicas, sociales, económicas y políticas, en una persona o población.

Salud, según la Real Academia Española de la Lengua, es el estado en que el organismo ejerce normalmente todas sus funciones en que se encuentra un organismo en un momento determinado.

Salud, según el Diccionario de Ciencias de la salud es el estado en el que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones o el estado de bienestar óptimo físico, mental y social, con ausencia de la enfermedad.

Métodos de educación para la salud.

En educación es importante lo que decimos como lo hacemos. Esto hace que se distinga habitualmente entre educación formal (se hace de manera abiertamente intencionada) y educación informal (no abiertamente intencionada) expresada a través de nuestros comportamientos o de nuestro modo de estar.

Los métodos de Eps se emplean para transmitir los mensajes educativos y varían dependiendo del número y las características de las personas a la que van dirigidos.²¹

Se clasifican en diferentes métodos de educación sanitaria:

Directos: existe comunicación entre ambos en las dos direcciones; se utilizan la palabra hablada y se emplean en la educación de los individuos o grupos.

Indirectos: existe distancia en tiempo y/o espacio entre el educador y educando, interponiéndose entre los diferentes medios técnicos de comunicación, y se emplean en la educación de grupos o colectividades.²¹

2.2. DETERMINANTES DE LA SALUD

Después de la Segunda Guerra Mundial la mayoría de los gobiernos de los países industrializados iniciaron una política social y sanitaria destinada a paliar las desigualdades que en salud y protección social se derivan de las diferencias económicas. Esa política, calificada como del “estado del bienestar” pretendía eliminar o al menos disminuir las diferencias que respecto a salud y la enfermedad ocasionaban las desigualdades económicas. En odontología por ejemplo, y en muchos países como el Reino Unido y el del Norte de Europa, se ampliaron y universalizaron las prestaciones sanitario-odontológicas, y el número de odontólogos se elevó enormemente. Como consecuencia de esta situación, el gasto sanitario inicio un crecimiento acelerado; sin embargo, este enorme esfuerzo no se correspondió con una mejora de los niveles de salud de la población. En este sentido la evolución de las enfermedades orales fue realmente un paradigma de fracaso de una política en la

que los servicios odontológicos estuvieron enfocados más hacia el tratamiento y la curación que hacia la prevención de la enfermedad.⁴⁹

Según Lalonde, el nivel de la salud de la comunidad está determinado por las interacciones de estas cuatro variables:

- El medio ambiente (contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural).
- el estilo de vida (conductas de salud).
- el sistema de asistencia sanitaria.
- la biología humana (genética, envejecimiento).⁴⁹

Numerosos estudios efectuados después del informe Lalonde han confirmado la importancia de los estilos de vida como determinantes de la salud en los países desarrollados. También han confirmado que la distribución de los recursos que estos países destinan al sector de la salud esta extraordinariamente sesgada a favor de la asistencia sanitaria.⁴⁹

Este enfoque de los determinantes de la salud aplicado a los problemas de salud oral ofrece nuevas e interesantes perspectivas para abordar tales problemas y comprender sus factores causales así como las vías adecuadas para su prevención.⁴⁹

III.SALUD BUCAL

La caries y la enfermedad periodontal son las dos afecciones bucodentales más comunes, llevar unos buenos hábitos de higiene dental es la principal vía de prevención. El cepillado dental de forma rutinaria ayuda a controlar y eliminar la placa bacteriana y así prevenir la aparición de enfermedades de dientes y encías.

- Están descritas diferentes técnicas de cepillado, aunque todas persiguen el mismo fin: conseguir una correcta higiene dental. El cepillado debe ser cuidadoso, con movimientos circulares suaves sobre la parte externa de los dientes, después sobre la interna, de arriba abajo y por dentro y por fuera y, finalmente, sobre la superficie masticadora. ²⁶
- Asegúrate de cepillar todas las superficies de los dientes y encías y no te olvides de la lengua.
- La frecuencia más aconsejable es de 3 veces al día, después de las comidas.
- El tiempo de cepillado recomendado se sitúa en 3 minutos
- Una técnica de cepillado demasiado agresiva puede provocar la recesión de la encía (la encía se desplaza por un traumatismo repetido exponiendo la superficie de la raíz dental). Cepillarte con demasiada fuerza no implica mejor limpieza de los dientes y puede ser perjudicial para tus encías y dientes.

- Cambia el cepillo o el cabezal cada 3 meses o antes si aparecen signos de desgaste (cerdas aplastadas).
- El cabezal del cepillo de dientes debe ser adecuado al tamaño de la cavidad bucal para así alcanzar todos los recovecos de la boca. Utiliza cepillos con cerdas de dureza media o suave y redondeadas para evitar dañar las encías y el esmalte dental. ²⁶
- Utiliza pasta dental como coadyuvante del cepillado. Los dentífricos incorporan principios activos que aportan un efecto adicional al cepillado: flúor→para la prevención y tratamiento de la caries dental, Nitrato de potasio, cloruro potasio, cloruro de estroncio... → para el control de la hipersensibilidad dental, clorhexidina, hexetidina, triclosán... → para la prevención y tratamiento de las enfermedades periodontales y peróxido de carbamida o de hidrógeno→antimanchas.
- Utiliza hilo dental, cepillos interdetales y colutorios para llegar a zonas de difícil acceso (espacios interdetales)
- El empleo de seda o hilo dental requiere cierta destreza para evitar daños en encías. Son muy útiles en bocas en las que la disposición de los dientes no permiten un fácil acceso.

- Los cepillos interdetales presentan un sistema de colores para identificar el grosor de las cerdas del cepillo, es importante usar el tamaño correcto. El cepillo interdental debe pasar entre los dientes a nivel de la encía sin forzar y moviendo de dentro a fuera.
- Durante el embarazo existe mayor riesgo de caries y enfermedades de las encías por los cambios hormonales y vasculares que se producen durante la gestación. Si estás embarazada o piensas quedarte embarazada, no descuides tu higiene bucal y acude a tu dentista.
- Se recomienda el cepillado de los primeros dientes temporarios dos veces al día (mañana y noche) con una gasa o cepillo pediátrico ultrasuave.
- Existen pastas específicas para los más pequeños (el índice de abrasión y la cantidad de flúor que incorporan las hacen aptas para su uso en esta población: desde los 2 a los 6 años pueden usar pastas que contengan 500 ppm de flúor y desde los 6 años con un contenido de 1000 a 1450 ppm de flúor)
- Ayúdale a cepillarse hasta los 6-8 años; los pequeños no poseen la habilidad manual para hacerlo apropiadamente y no son conscientes de las consecuencias que acarrea un cepillado ineficiente. Los

mayores se cepillarán bajo la supervisión de un adulto. Si el cepillado se convierte en una tarea difícil, intenta crear una atmósfera distendida.

- Con aparato de ortodoncia la higiene de la boca ha de ser más minuciosa, Se deben utilizar productos específicos.

Buena salud bucodental:

- Realiza una correcta higiene bucal
- El cuidado de la salud bucal comienza en la infancia
- Cuida tus hábitos alimenticios: mantén una dieta equilibrada, limitando el consumo de alimentos y bebidas azucaradas. Intenta no picar entre horas
- No fumes: el tabaco aumenta las posibilidades de padecer enfermedades bucodentales, además de los perjuicios que para la salud en general provoca la adicción al tabaco
- Visita a tu dentista de manera regular²⁶

2.2. LA SALUD ORAL COMO INTEGRANTE DE LA SALUD GENERAL

“La salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, no es solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y el logro del grado más alto posible de salud que es un objetivo social importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud”.

Se sabe que el estado de salud bucal de la población peruana es insatisfactoria y corresponde al de una sociedad subdesarrollada en cuyo interior se da la marginación y la injusticia social, y esto es debido a diferentes situaciones sociales, culturales y principalmente económicas, también por la escasa y pobre información que se brinda a la población sobre medidas preventivas de promoción, rehabilitación adecuada de la salud bucal y la inaccesibilidad de los servicios de salud.⁴⁸

2.3. SALUD ORAL Y CALIDAD DE VIDA

Diversos investigadores han adoptado teorías y cuestionarios estructurados para poder analizar e interpretar el impacto que genera la salud oral sobre la calidad de vida. MacEntee y colaboradores han realizado un estudio a base de entrevistas, con el fin de explorar el impacto que ofrece la salud oral sobre la vida diaria de las personas tanto dentadas como edéntulas. Se combinó la información obtenida de las

encuestas con los conceptos recientes sobre la salud y la incapacidad descrita por la OMS para construir un nuevo modelo de salud oral. Brondani y colaboradores utilizaron información adicional reunida de varios grupos de personas adultas para desarrollar un modelo de salud oral adecuadamente. El resultado fue un esquema compuesto por 4 temas principales: confort, salud general, higiene y dieta, los cuales afectan la vida de los individuos social y personal.⁴⁶⁻⁴⁷

Este esquema muestra la interacción entre los 4 temas principales (dieta, higiene, confort y salud general), como también la influencia del ambiente personal y social en la salud oral. Se ilustra el potencial que posee una persona para adaptarse a la incapacidad e influencia que los temas principales ejercen sobre las actividades cotidianas de las personas. El modelo está basado directamente en las experiencias de la población adulta con buena salud. Este combina las teorías actuales de envejecimiento con énfasis en la adaptación física, psicológica y social con el fin de mantener un sentido de coherencia y una respuesta positiva hacia la salud deficiente, a pesar de su tendencia para perjudicar la calidad de vida en edad adulta.

El deterioro oral es una etapa inevitable en la edad adulta, pero no necesariamente tiene que producir un impacto negativo sobre la calidad de vida. El envejecimiento usualmente surge mediante una serie de experiencias imprevistas, mediante las cuales las personas se adaptan para hacer frente a la adversidad. Usualmente, los individuos tienden a asimilar la mala salud oral para compensar las expectativas y percepciones de pérdida, por lo que modifican actividades y expectativas con el fin de sobrellevar una calidad de vida aceptable. Esto quiere decir

que las personas con mala salud oral al no sentirse a gusto con su situación, evitan interacciones con las personas de su entorno con el fin de evadir un escenario incómodo, lo que repercute indiscutiblemente sobre la calidad de vida.⁴⁶⁻⁴⁷⁻⁴⁸

Diversos cuestionarios han sido desarrollados para poder documentar y medir el efecto negativo que ejerce la mala salud oral sobre la calidad de vida. Aun así, es difícil interpretar las mediciones de un modo práctico y clínico. Es por ello que se establece un modelo de salud oral con el uso de conceptos actuales sobre envejecimiento e incapacidades. Como un complemento de los cuestionarios existentes que evalúan el impacto que produce la mala salud oral en la calidad de vida, este nuevo modelo ofrece una base conceptual derivada directamente de la población adulta según el diseño de los estudios y encuestas recientes.⁴⁶

El adecuado cuidado dental previene muchos problemas

Los efectos de un pobre cuidado dental varían desde el deterioro de dientes y caries hasta gingivitis, periodontitis y pérdida dental. Afortunadamente, el adecuado cuidado dental, incluyendo limpiar correcta y regularmente los dientes, puede prevenir la mayoría de estos problemas.²⁵

Si no limpias tus dientes muy bien todos los días, te estás poniendo a ti mismo en riesgo de deterioro dental. Los signos tempranos del deterioro incluyen agujeros visibles en tus dientes, dolor cuando muerdes y sensibilidad o dolor en tus dientes.

Cuando los carbohidratos en la comida y bebidas que consumes no son limpiados de los dientes regularmente, proveen el combustible para las bacterias causantes de la caries. Estas bacterias pueden empezar a formar placa bacteriana sobre los dientes dentro de 20 minutos después de comer, así que si eres un comedor frecuente de bocadillos, tal vez querrás limpiar tus dientes más a menudo que dos veces al día. La verdad es que las bacterias están casi siempre presentes en la boca, y la limpieza frecuente junto con la limitación de alimentos ricos en azúcares puede ayudar a prevenir el deterioro.²⁵

VI. IMPACTO DE LOS PROGRAMAS Y ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN ODONTOLOGÍA

Si un niño, entre los dos o tres años, ingresa al consultorio del paciente bucodentalmente sano, clínica de prevención específica o clínica del sano en odontología o del escolar bucodentalmente sano y se le aplican todas las medidas preventivas posibles de ejecutar, como educación de salud bucodental, aplicación de sellantes y aplicación tópica de fluoruros y además repite todos los años las actividades y asiste periódicamente a sus controles, puede llegar hasta los 60,70,80 y más años sin caries dental y enfermedad periodontales.⁴⁴

Si a una población entera se le somete a programas preventivos completos puede reducir la caries dental y las periodontopatías hasta en un 95%, dependiendo de la comunidad, profundidad y seriedad de los programas.

Los enjuagues o aplicaciones tópicas con fluoruros, en forma sistemática y continuada, por si solos pueden lograr la reducción de caries hasta el 30%.

La correcta aplicación de sellantes de fisura reduce caries dental hasta un 100% de las superficies dentales selladas.

La ingestión de flúor en el agua de consumo público, de los 0 hasta los 14 ó 15 años, reduce caries hasta en un 60%.

La higiene bucodental practicada diariamente en forma excelente, es decir retire totalmente la placa bacteriana, por si sola, reduce caries y periodontopatias hasta en un 98%.

La ingesta de una dieta no cariogénicas puede también lograr la reducción de caries dental hasta en un 98%.

Si una persona ingiere flúor desde cuando nace, se aplica frecuentemente flúor sobre las superficies dentales, se le colocan correctamente sellantes en las fisuras y facetas de sus dientes, hace una buena higiene bucodental y controla la dieta cariogénicas, no tendrá caries dental ni enfermedad periodontal durante su vida.

3.1 PROGRAMA DE SALUD BUCAL

Para algunos autores FEJERKOV citado por BALDA⁴⁴ podemos predecir en quienes se puede desarrollar la caries dental con más severidad; es decir existen

grupos de riesgo, altamente susceptible al desarrollo de esta enfermedad; así el programa estableció niveles de atención primario:

1. Comunidad, a través de sus organizaciones y población en general
2. Centros Educativos, escolares de nivel inicial y primario.
3. Establecimientos de Salud: en gestantes y puérperas, en grupos control y demanda (grupo de riesgo).

Como la sociedad sujeta a programación es muy compleja, pues confluye en una gama de creencias e idiosincrasias, costumbres, hábitos ideologías, etc. Es necesario establecer bases conceptuales comunes para ir a dialogar con la población. **BALDA**⁴⁴ al respecto dice “es importante comprender que las caries se ha establecido en la boca, mucho tiempo antes de que aparezcan las primeras manifestaciones clínicas en forma de lesiones visibles”.

Considerando estas condiciones MINSA definió las acciones preventivas en la política de salud bucal, al respecto el **Dr. Erick Maguiña**⁴⁵ menciona:

Mediante la dirección general de salud de las personas, se norma las diversas actividades preventivas y recuperativas, para atender la necesidades de salud bucal de la población teniendo en cuenta la alta prevalencia de enfermedades estomatológicas, como la caries dental con una prevalencia del 84%, y de acuerdo a la producción de servicios a nivel nacional, ocupa el 2do., lugar como motivo de consulta, se establece el fortalecimiento de las acciones preventivas mediante el uso de fluoruros.

- Sistemática masiva: fluorización de la sal (RM 0131-85).

- Tópicas enjuagatorios de flúor
- Aplicación de pasta dentales fluoradas
- Aplicación en flúor gel solo en niños con alto riesgo de caries

En 1986 se promulgo el D.S Nro. 10-86 declarando prioritario y de necesidad pública el desarrollo, aplicación y ejecución del programa de salud bucal en todo el territorio nacional; orientado sobre todo a los aspectos preventivos promocionales y la atención en cobertura de atención estomatológica.⁴⁶

Para su efecto se consideró al grupo escolar de 6 a 15 años como el más numeroso de los grupos de riesgos, así se estableció prioridad según edad. La aplicación de flúor gel se ha incrementado desde 1995 y al principio se utilizó la técnica de cubeta de stock; sin embargo a su alto costo y la falta de profesionales odontólogos se condujo a su aplicación a la técnica de autocepillado.⁴⁵

Esto no significa la desatención a los grupos de otras edades que también son considerados en su sistema de atención. En síntesis el programa de salud establece sus grupos de riesgos estomatológicos, en ese sentido considera en primer lugar a los niños (3-9 años de edad) seguido de las gestantes.

Esta selección de la población se debe a la escasez de recursos humanos y materiales para extenderse a toda la población escolar. Al respecto debemos señalar que el **programa de salud bucal** posee uno de los presupuestos más bajos con respecto a otros programas; a pesar de enfrentar a dos de las enfermedades más prevalentes de la población peruana. Frente a estas dificultades se viene utilizando diversas

alternativas para poder conseguir la enorme tarea de elevar la calidad de salud bucal en el Perú.

Agua fluorada⁴⁷

La fluorización del agua sigue siendo la mejor administración de fluoruros, porque reúne una serie de características de importancia.

- Llega a todos sin que nadie tenga que hacer nada para ello.
- Su acción es doble, sistémico, tópico, y es de por vida.
- La concentración de 1ppm garantiza un menor riesgo de toxicidad.⁴⁸⁻⁵¹
- La frecuencia de exposición es alta haciéndola más efectiva.
- El costo benéfico es alto en comparación con el resto de las formas.

La concentración de flúor en el agua del Perú es de 0.17 ppm,⁴⁵ la concentración de Flúor en Lima es de 0.6 –1.3 ppm, por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS), sugirió la fluorización de la sal. **SEPPA**⁵² en un interesante artículo sobre el futuro de los programas preventivo, menciona que la fluorización del agua no tiene grandes resultados en ciudades con diferentes niveles de servicios básicos de atención y de una heterogénea estructura social, esta condición corresponde a una nueva recaída por eso debemos buscar otra alternativa.

Sal fluorada

Constituye una alternativa viable y mucho más económica que la fluorización de las aguas, ya que solo el 1% del líquido se utiliza para el consumo humano. Los valores de flúor en la sal van de 180-220 ppm tal como lo recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS). La fluorización no altera las propiedades fisicoquímicas de la sal.⁵³

La toxicidad aguda se produce en dosis iguales o mayores a 2.5gr de sales de flúor, lo que puede llevar a un paciente a la muerte. La toxicidad crónica se produce como resultado de la ingesta acumulada 5-7 años por niveles superiores a 220ppm con la evidencia clínica de la fluorosis.⁵³

La fluorización de la sal está considerada como uno de los mejores métodos. En 1985 el Ministerio de Salud opta por la fluorización de la sal para consumo humano, mediante la D.S.131-85, la cual norma a las empresas elaboradoras de este producto añadir 200ppm de flúor por cada kilo de sal ⁴⁵⁻⁵⁴. En abril de 1989, se concretó la recomendación de la Organización Panamericana de Salud (OPS), sobre la fluorización de la sal, con apoyo de la fundación Kellogg creándose el programa nacional sobre la fluorización de la sal para consumo humano.⁵⁴

Enjuagatorios con fluoruro de sodio al 2%.

Dirigidos a escolares y pre escolares de centros educativos estatales por ser un grupo más vulnerables. Viene a ser la estrategia más económica y de acción

masiva para la prevención de la caries. Este programa se inicia desde marzo del año escolar respectivo mediante la capacitación de los profesores en el manejo del FNa. Los enjuagatorios se inician en abril y concluyen en diciembre, se realiza una vez por semana completando un total de 32 enjuagatorios en el año. Para que se considere a un niño protegido, debe participar como mínimo en 28 enjuagatorios.

3.2 NIVELES DE PREVENCIÓN

La Prevención puede considerarse como cualquier medida que permita reducir la probabilidad de aparición de una afección o enfermedad, o bien detener o reducir su progresión.⁵⁵⁻⁵⁶⁻⁵⁷

Por lo tanto, lo que pretende la prevención es evitar o disminuir la enfermedad, para así poder mantener la Salud, entendiendo por Salud según la OMS como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afección y enfermedades”.⁵⁵

Pueden clasificarse cuatro niveles de prevención, que corresponde a las diferentes fases del desarrollo de la enfermedad.

- Prevención primordial.
- Prevención primaria.
- Prevención secundaria
- Prevención terciaria.

Todas son importantes y complementarias, aunque las prevenciones primordiales y la primaria son las que más han contribuido a la salud y al bienestar de la población en su conjunto.⁵⁸⁻⁵⁹

Prevención Primordial

Es el nivel de prevención más recientemente reconocido.

El objetivo de la prevención primordial es evitar el surgimiento y la consolidación de patrones de vida social, económica y cultural de los que se sabe contribuyen a elevar el riesgo de la enfermedad.

La prevención primordial es necesaria también frente a los efectos mundiales de la contaminación, y aplicable en las industrias.⁵⁹

Prevención Primaria

El propósito de la prevención primaria es eliminar la incidencia de la enfermedad mediante el control de sus causas y de los factores de riesgo.

La prevención primaria implica dos estrategias a menudo complementarias y que reflejan dos puntos de vista etiológicos. Una estrategia se dirige a toda la población para reducir el riesgo promedio (estrategia poblacional), la otra, a las personas cuyo riesgo de enfermedad es alto por exposiciones particulares (estrategia de grupo de alto riesgo).

Los estudios epidemiológicos han demostrado que las estrategias de grupo de alto riesgo dirigidas a proteger a los individuos susceptibles son más eficientes para

las personas que tienen mayor riesgo para una enfermedad, no obstante, estas personas pueden contribuir en escasa medida a la carga global de enfermedad de la población.

En estos casos hay que recurrir a estrategia poblacional o a una combinación de ambas.

La ventaja principal de la estrategia poblacional es que no requiere la delimitación del grupo de alto riesgo. Su principal inconveniente es que ofrece escaso beneficio a cada persona individual, puesto que el riesgo absoluto de enfermedad es muy bajo.⁵⁹

Prevención Secundaria

La prevención secundaria persigue la curación de los pacientes y la reducción de las consecuencias más graves de la enfermedad mediante diagnóstico y tratamiento precoces. Comprende todas las medidas disponibles para la detección precoz en individuos y poblaciones y para una intervención rápida y efectiva. Está dirigida al período entre el comienzo de la enfermedad y el momento en que suele hacerse el diagnóstico y su propósito es reducir la prevalencia de la enfermedad.

La prevención secundaria suele aplicarse a enfermedades cuya historia natural comprende un período precoz en el que son fáciles de diagnosticar y tratar la progresión hacia un estadio más grave puede detenerse. Los dos requisitos principales para que un programa de prevención secundaria resulte útil son que se

disponga de un método seguro y exacto en la detección de la enfermedad, preferiblemente estadio preclínico, y que existan métodos terapéuticos eficaces.⁵⁹

Prevención Terciaria

La prevención terciaria tiene como meta reducir el progreso o las complicaciones de una enfermedad ya establecida es un aspecto importante de la terapéutica y de la medicina rehabilitadora. Consiste en medidas encaminadas a reducir las secuelas y discapacidades, minimizar los sufrimientos causados por la pérdida de la salud y facilitar la adaptación de los pacientes a cuadros incurables. La prevención terciaria suele ser difícil separar del tratamiento.⁵⁹

3.3. SALUD BUCODENTAL PARA TODOS LOS HABITANTES DEL MUNDO

La salud es un completo bienestar físico y mental, no solo ausencia de la enfermedad. Así lo ha definido la OMS, Organización Mundial de la Salud, para interpretar de esa manera el pensamiento científico universal, que la salud como resultante de un proceso social, económico y político.⁶⁰

A pesar de todas las críticas, la definición de la OMS es la que más se exige a los dirigentes del mundo que cumplan con una gestión gubernamental en beneficio de la población que se traduzca en salud. Es posible que sea la razón de las críticas.

El propósito de todas las actividades del hombre es alcanzar el máximo de bienestar y felicidad. En los casos específicos de la medicina y la odontología es el de conservar al paciente sano y bucodentalmente sano.⁶⁰

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Cuidado de salud bucal: El cuidado de la salud bucal consiste en mantener la boca y los dientes sanos. Es importante que comience en la infancia. Si no es así, se pueden tener problemas con los dientes y encías, como caries o la pérdida de los dientes.

Impacto de salud. La OMS define la evaluación del impacto en la salud (EIS) como una combinación de procedimientos, métodos y herramientas a través de las cuales se puede juzgar una política, programa o proyecto en relación con sus efectos potenciales sobre la salud de la población y la distribución de tales efectos.

Edentulismo: Es la pérdida de alguno o todos los dientes definitivos en una persona adulta. Si afecta sólo a unos pocos se denomina **edentulismo parcial** y si afecta a todos los dientes, **edentulismo total**.

Grado de edentulismo: Clasificación de la pérdida de dientes, basado en la posición del diente y el número de dientes perdidos.

Servicio de salud: Los Servicios son organismos estatales funcionalmente descentralizados y están dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio para el cumplimiento de sus fines. Sus sedes y territorios serán establecidos por decreto supremo del Ministerio de Salud, por orden del Presidente.

A los Servicios de Salud les corresponderá la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas.

Higiene bucodental: Recurso fundamental que mediante hábitos de limpieza correcta de dientes y boca previene enfermedades o trastornos que afectan su función normal y eficiencia.

2.4. HIPÓTESIS

2.4.2. Hipótesis General

H1: El cuidado de salud bucal influye sobre el grado de edentulismo en personas entre 20 a 60 años de edad en el distrito de Pillco Marca – Huánuco. 2015.

Ho: El cuidado de salud bucal no influye sobre el grado de edentulismo en personas entre 20 a 60 años de edad en el distrito de Pillco Marca – Huánuco. 2015.

2.4.3. Hipótesis Específicos

La edad, el sexo, el grado de instrucción y la procedencia influyen sobre el grado de edentulismo en personas entre 20 a 60 años de edad en el distrito de Pillco Marca – Huánuco. 2015.

2.5. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

Variable Independiente

Cuidado de salud bucal.

Variable Dependiente

Grado de edentulismo.

Variables Intervinientes

Edad

Sexo

Grado de Instrucción

Procedencia

2.6. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	DIMENSIÓN	CATEGORÍAS O VALORES	INDICADORES	FUENTE
Cuidado de Salud Bucal.	Mantener la boca y los dientes sanos.	Ausencia de fenómenos patológicos en la cavidad oral.	Cualitativa	Nominal	Cuidado Personal	Higiene Visita al dentista Uso de aparato protésico	Actividad del autocuidado.	Cuestionario
					Salubridad	Existencia de servicios odontológicos. Accesibilidad a los servicios odontológicos. Satisfacción del servicio.	Prestación de servicios de salud bucal.	Cuestionario
Grado de edentulismo	Grado de edentulismo, basado en la posición del diente y el número de dientes perdidos.	Clasificación de la pérdida de dientes considerando datos cualitativos (posición de los dientes que falta) y datos cuantitativos (número de dientes que faltan).	Cualitativa	Ordinal		0: No se pierde los dientes debido a caries o enfermedad periodontal 1: Pérdida de 1 a 4 primeros molares permanente. 2: Pérdida de hasta 12 dientes posteriores, con exclusión de los sujetos que solo han perdido los primeros molares permanentes. 3: Pérdida de hasta 12 dientes incluyendo un diente anterior. 4: Pérdida de más de 12 dientes.	Índice OMS para evaluar grado de edentulismo	Ficha de observación

Edad	Tiempo de vida en años después del nacimiento.	Cantidad de años cumplidos	Cuantitativa discreta	Cuantitativa de razón	Número de años cumplidos	Jóvenes (20-29) Adultos (30 -59) Adulto Mayor (60)	DNI	Cuestionario
Género	Diferencias fenotípicas y genotípicas que diferencian a los seres humanos	Diferencias fenotípica.	cualitativa nominal dicotómica	Nominal	Características demográficas	Masculino Femenino	DNI	Cuestionario
Grado de instrucción	Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	Nivel educativo de las personas.	Cualitativa	Ordinal		Analfabeta Primaria Secundaria Superior incompleto Superior completo	Estudios realizados	Cuestionario
Procedencia	Característica social que indica lugar de origen de un individuo.	Lugar la procedencia que refiere el individuo registrada en su DNI	Cualitativa	Nominal	Demográfico	Rural Urbano	Zona de vivienda	Cuestionario

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. NIVEL Y TIPO DE INVESTIGACIÓN

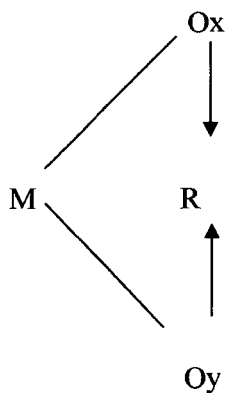
Nivel: De acuerdo a la rigurosidad de la investigación el estudio es de nivel básico, porque tiene como objetivo determinar las características de un fenómeno, así establecer las relaciones entre las variables en estudio.

Tipo: De acuerdo a los objetivos de la investigación y de la naturaleza de los problemas que interesa analizar es de tipo cuantitativo, porque está destinada a aportar un cuerpo organizado de conocimientos científicos.

3.2. DISEÑO Y MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.

Para la investigación se tuvo en cuenta el tipo de diseño no experimental, descriptivo analítico, transversal.

Dicho esquema es el siguiente:



Dónde:

M: Representará a la muestra en estudio

Ox: Representará a los datos de la variable independiente (Cuidado de la salud bucal).

Oy: Representará a los datos de la variable dependiente (Grado de edentulismo).

R: Representará a la relación de datos ambas variables.

Método: pertenece al método no experimental.

3.3. DETERMINACIÓN DE LA POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. Población: La población de estudio está constituido por 20.590 pobladores entre las edades de 20 a 60 años de ambos sexos del distrito de Pillco Marca que según el último censo del año 2011 presentó 36,202 habitantes.

3.2.2. Muestra: Para la selección de la muestra se utilizó el método del muestreo probabilístico aleatorio estratificado. Es decir, dicha muestra será representativa.

Pobladores	Edad	Número	%
Jóvenes	20 -29 años	155	39.7
Adultos	30 -59 años	229	58.7
Adulto mayor	60 años	6	1.5
	Total	390	99.9

Se realizó en base a la información dada por el INEI a través del último Censo 2011.

La muestra fue de 377 pobladores determinada por la siguiente fórmula muestral:

$$n_o = \frac{Z^2 P(1-P)}{E^2}$$

$$n = \frac{n_o}{1 + \frac{n_o}{N}}$$

Descripción:

N= Número de pobladores.

n = Tamaño de la muestra.

Z= Nivel de confianza de 95% (valor estándar de 1.96).

P = Proporción de la población que se estima tiene una característica determinada Perú (0.5).

E = Margen de error de 5% (valor estándar de 0.05).

Aplicando la fórmula:

$$N_o = \frac{(1.96)^2 \times 0.5 (1-0.5)}{(0.05)^2}$$

$$n_o = 384.16$$

Reemplazando:

$$n = \frac{n_o}{1 + \frac{n_o}{N}}$$

N= Número de pobladores.

n= Tamaño de Muestra requerida.

$$n = \frac{384.16}{1 + \frac{384.16}{20590}}$$

$$n = 377.12$$

Tamaño de muestra: 377 habitantes

Para tal efecto, la muestra fue seleccionada a través de los siguientes criterios.

Unidad de muestreo: Persona de entre 20 a 60 años de edad.

El grupo de personas incluidos fueron seleccionados bajo el siguiente criterio:

Criterios de Inclusión:

- Personas de 20 a 60 años.
- Personas edéntulos parciales o totales, con dentadura completa.
- Posibilidad de realizar el examen clínico de la cavidad oral.
- Cuestionarios válidos.
- Pacientes que quieren participar en el estudio mediante el consentimiento informado firmado.

Criterios de Exclusión:

- Cuestionarios incompletos.
- Pacientes con problemas psicológicos.
- Personas que no permitieron que se le realice la exploración oral.
- Pacientes que no pertenecen al distrito de Pillco Marca.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1 Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos

Técnicas:

Observación clínica: se observó los problemas dentales de la muestra en estudio.

Entrevista: Mediante el cual se obtuvieron información acerca de los datos de filiación, cuidado personal de salud bucal y prestación de servicios de salud bucal.

Instrumentos:

Se usó como instrumento el cuestionario estructurado para identificar los datos personales de los pobladores de la muestra en estudio, así como la frecuencia de cepillado, insumos usados para la higiene bucal, frecuencia con que se acude al dentista, razones por lo que acude al dentista, uso de aparato protésico, accesibilidad a servicios odontológicos, satisfacción con el servicio odontológico brindado, existencia de profesionales capacitados y si los pobladores recibieron o no orientación sobre salud bucal.

Para la observación clínica, como instrumento se usó una ficha de observación clínica para observar la cavidad oral y detectar el grado de edentulismo.

3.5. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO, ANÁLISIS DE DATOS

* **Procesamiento de datos:** Los datos fueron procesados o tabulados de la siguiente manera:

- Los datos fueron procesados después de la aplicación del instrumento a través del recuento manual por el paloteo.
- Los datos también fueron procesados el método electrónico a través del paquete estadística Programa office y SPSS 20.

* **Análisis de datos:** Los datos de la investigación fueron presentados en cuadros y gráficos estadísticos según los objetivos y variables en estudio; para luego ser analizados e interpretados dichos datos más significativos.

- Los datos fueron procesados a través de la estadística inferencial para la contrastación y prueba de hipótesis, utilizando la estadística no paramétrica de la significancia del Chi-cuadrado de Pearson, pruebas estadísticos de Contraste de Fisher, Kruskal-wallis y U Mann Whitney.

CAPITULO I V

RESULTADOS

Tabla 01
Distribución del grado de edentulismo según la zona geográfica del Distrito de Pillco Marca –Huánuco.2015.

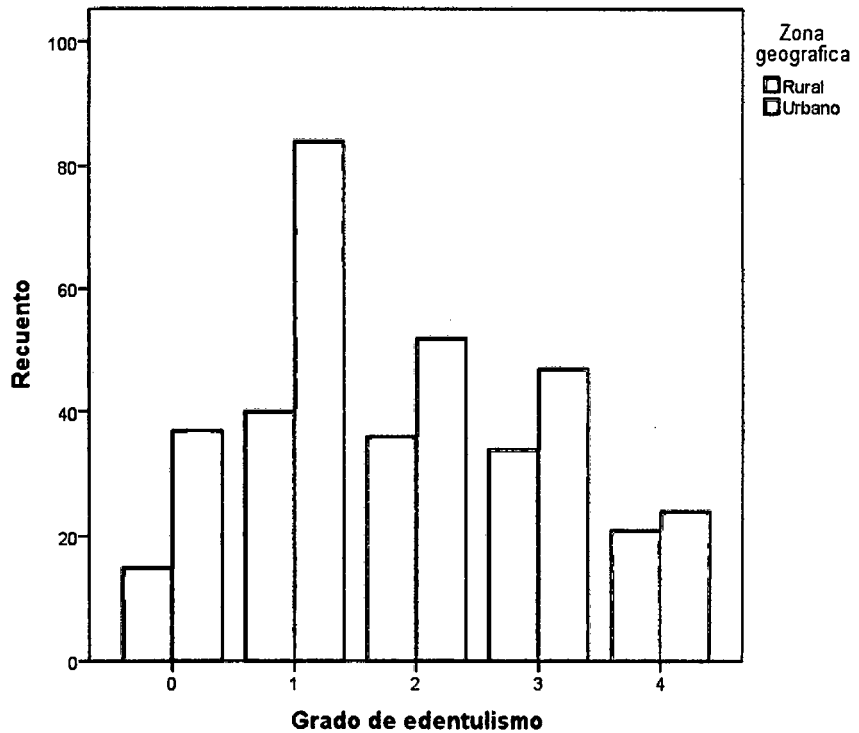
		Zona geográfica		Total	
		Rural	Urbano		
Grado de edentulismo	0	Recuento	15	37	52
		% dentro de Zona geográfica	10,3%	15,2%	13,3%
	1	Recuento	40	84	124
		% dentro de Zona geográfica	27,4%	34,4%	31,8%
	2	Recuento	36	52	88
		% dentro de Zona geográfica	24,7%	21,3%	22,6%
	3	Recuento	34	47	81
		% dentro de Zona geográfica	23,3%	19,3%	20,8%
	4	Recuento	21	24	45
		% dentro de Zona geográfica	14,4%	9,8%	11,5%
Total	Recuento	146	244	390	
	% dentro de Zona geográfica	100,0%	100,0%	100,0%	

FUENTE: Ficha de Observación y Cuestionario.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. de Monte Carlo (bilateral)			Sig. de Monte Carlo (unilateral)		
				Sig.	Intervalo de confianza al 95%		Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior		Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	5,861 ^a	4	,210	,215^b	,207	,223			
Razón de verosimilitudes	5,895	4	,207	,216 ^b	,208	,224			
Estadístico exacto de Fisher	5,865			,213^b	,205	,221			
Asociación lineal por lineal	5,444 ^c	1	,020	,024^b	,021	,026	,012^b	,010	,014
N de casos válidos	390								

Gráfico de barras



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La tabla N°1, nos muestra que, el 31.8% (124) presentaron grado 1° de edentulismo, el 22.6% (88) grado 2°, el 20.8% (81) grado 3°, el 13.3% (52) grado 0° y, el 11.5% (45) grado 4°. De la misma manera la población rural está conformada 146 personas de las cuales el 27.4% (40) predomina el grado 1° de edentulismo y el 24.7% (36) grado 2° y la población urbana está conformada por 244 personas el 34.4% (84) predomina el grado 1° y el 21.3% (52) grado 2°.

Según la Prueba de Chi –cuadrado el valor $p = 0,215$ por lo que no es determinante la zona geográfica para el grado de edentulismo.

Según la Prueba de Fisher el valor $p = 0,213$ confirma que no es determinante la zona geográfica.

Tabla 02
Distribución del grado de edentulismo según el género del Distrito de Pillco
Marca- Huánuco 2015.

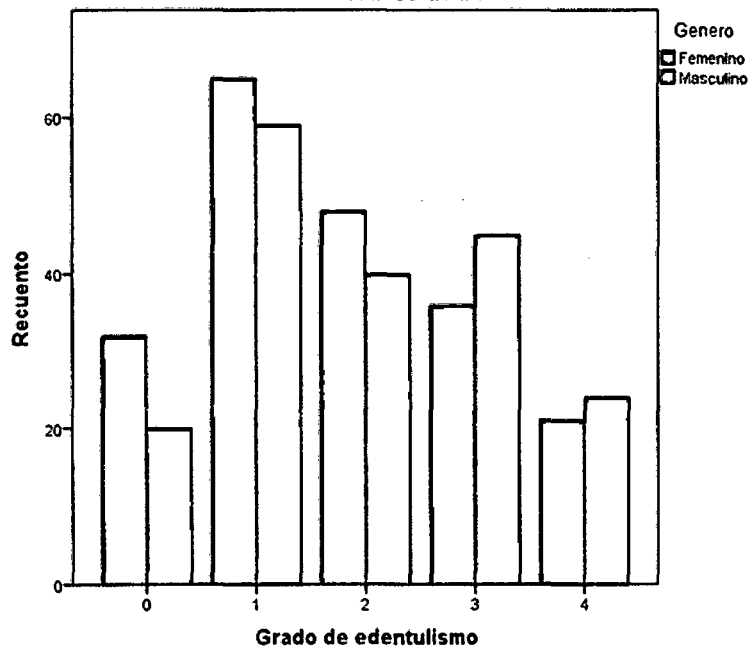
Grado de edentulismo		Género		Total
		Femenino	Masculino	
0	Recuento	32	20	52
	% dentro de Género	15,8%	10,6%	13,3%
1	Recuento	65	59	124
	% dentro de Género	32,2%	31,4%	31,8%
2	Recuento	48	40	88
	% dentro de Género	23,8%	21,3%	22,6%
3	Recuento	36	45	81
	% dentro de Género	17,8%	23,9%	20,8%
4	Recuento	21	24	45
	% dentro de Género	10,4%	12,8%	11,5%
Total	Recuento	202	188	390
	% dentro de Género	100,0%	100,0%	100,0%

FUENTE: Ficha de Observación y Cuestionario

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. de Monte Carlo (bilateral)		Sig. de Monte Carlo (unilateral)			
				Sig.	Intervalo de confianza al 95%		Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior		Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	4,490 ^a	4	,344	,348^b	,338	,357			
Razón de verosimilitudes	4,513	4	,341	,347 ^b	,338	,356			
Estadístico exacto de Fisher	4,473			,349^b	,340	,358			
Asociación lineal por lineal	3,152 ^c	1	,076	,078 ^b	,073	,083	,039 ^b	,035	,042
N de casos válidos	390								

Gráfico de barras



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La tabla N°2, nos muestra que, el género femenino está conformado 202 personas de las cuales el 32.2% (65) presentaron grado 1° de edentulismo y el 23.8% (48) grado 2° y, el género masculino está conformado por 188 personas de los cuales el 31.4% (59) presentaron grado 1° de edentulismo y el 23.9% (45) grado 3°.

Según la **Prueba de Chi –cuadrado** el valor $p= 0,348$ por lo que no es determinante el grado de edentulismo según el género, porque tanto los varones y las mujeres pierden dientes.

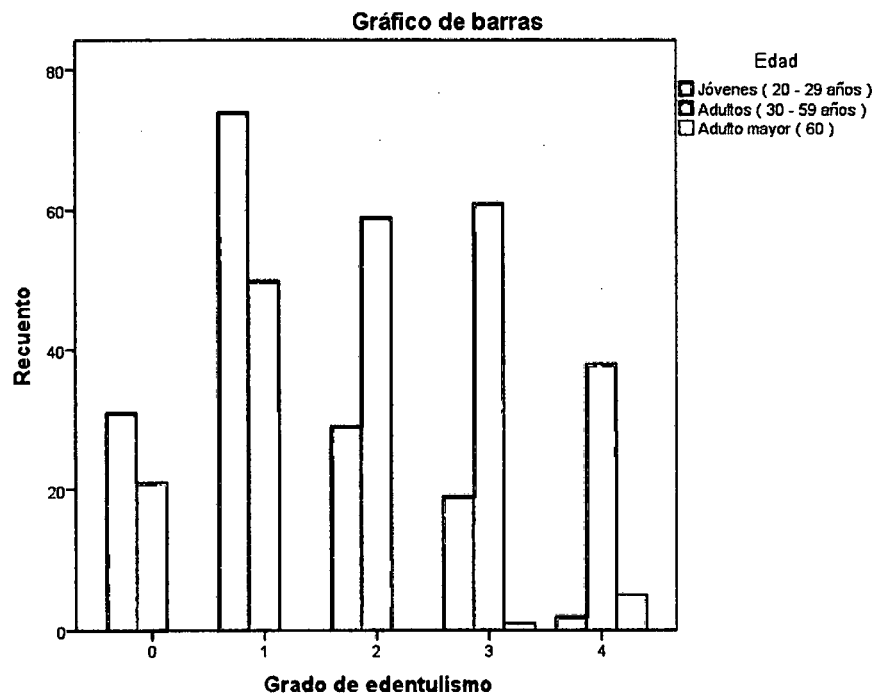
Según la **Prueba de Fisher** el valor $p= 0,349$ confirma que no es determinante el grado de edentulismo según el género.

Tabla 03
Distribución del grado de edentulismo según la edad de las personas del Distrito de Pillco Marca -Huánuco.2015.

		Edad			Total
		Jóvenes (20 - 29 años)	Adultos (30 - 59 años)	Adulto mayor (60)	
Grado de edentulismo	0 Recuento	31	21	0	52
	% dentro de Edad	20,0%	9,2%	,0%	13,3%
1	Recuento	74	50	0	124
	% dentro de Edad	47,7%	21,8%	,0%	31,8%
2	Recuento	29	59	0	88
	% dentro de Edad	18,7%	25,8%	,0%	22,6%
3	Recuento	19	61	1	81
	% dentro de Edad	12,3%	26,6%	16,7%	20,8%
4	Recuento	2	38	5	45
	% dentro de Edad	1,3%	16,6%	83,3%	11,5%
Total	Recuento	155	229	6	390
	% dentro de Edad	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

FUENTE: Ficha de Observación y Cuestionario

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. de Monte Carlo (bilateral)			Sig. de Monte Carlo (unilateral)		
				Sig.	Intervalo de confianza al 95%		Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior		Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	89,044 ^a	8	,000	,000 ^b	,000	,000			
Razón de verosimilitudes	85,289	8	,000	,000 ^b	,000	,000			
Estadístico exacto de Fisher	78,988			,000 ^b	,000	,000			
Asociación lineal por lineal	66,803 ^c	1	,000	,000 ^b	,000	,000	,000 ^b	,000	,000
N de casos válidos	390								



ANALISIS E INTERPRETACIÓN

La tabla N° 3, nos muestra que, la población según la edad está conformada por 155 jóvenes (20-29 años) de las cuales 47.7% (74) presentaron grado 1° de edentulismo y el 18.7% (29) grado 2°; 229 adultos (30-59 años) de las cuales el 26.6% (61) grado 3° y el 25.8% (59) grado 2° y, 06 adulto mayor (60 años) de las cuales el 83.3% grado 4° y el 16,7% grado 3°.

Según la **Prueba de Chi –cuadrado y la Prueba de Fisher** el valor $p=0,000$ por lo que es determinante según la edad que presenta la población perderá más dientes.

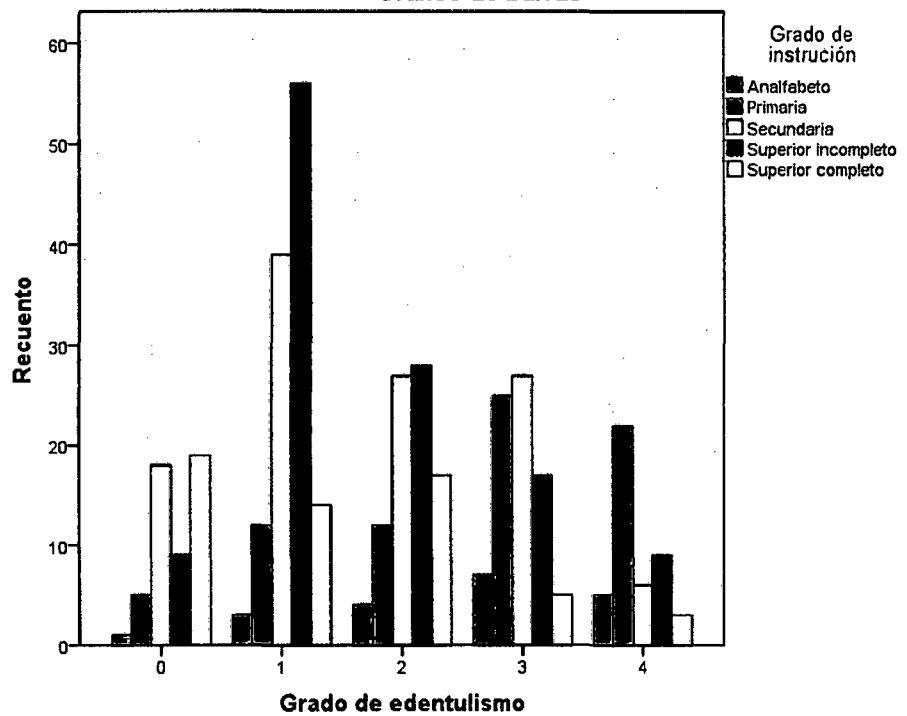
Tabla 04
Distribución del grado de edentulismo según el grado de instrucción de las personas del Distrito de Pillco Marca- Huánuco.2015.

		Grado de instrucción					Total
		Analfabeto	Primaria	Secundaria	Superior incompleto	Superior completo	
Grado de edentulismo	0 Recuento	1	5	18	9	19	52
	% dentro de Grado de instrucción	5,0%	6,6%	15,4%	7,6%	32,8%	13,3%
	1 Recuento	3	12	39	56	14	124
	% dentro de Grado de instrucción	15,0%	15,8%	33,3%	47,1%	24,1%	31,8%
	2 Recuento	4	12	27	28	17	88
	% dentro de Grado de instrucción	20,0%	15,8%	23,1%	23,5%	29,3%	22,6%
	3 Recuento	7	25	27	17	5	81
	% dentro de Grado de instrucción	35,0%	32,9%	23,1%	14,3%	8,6%	20,8%
	4 Recuento	5	22	6	9	3	45
	% dentro de Grado de instrucción	25,0%	28,9%	5,1%	7,6%	5,2%	11,5%
Total	Recuento	20	76	117	119	58	390
	% dentro de Grado de instrucción	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

FUENTE: Ficha de Observación y Cuestionario

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. de Monte Carlo (bilateral)		Sig. de Monte Carlo (unilateral)			
				Sig.	Intervalo de confianza al 95%		Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior		Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	89,106 ^a	16	,000	,000 ^b	,000	,000			
Razón de verosimilitudes	82,103	16	,000	,000 ^b	,000	,000			
Estadístico exacto de Fisher	79,534			,000 ^b	,000	,000			
Asociación lineal por lineal	43,095 ^c	1	,000	,000 ^b	,000	,000	,000 ^b	,000	,000
N de casos válidos	390								

Gráfico de barras



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

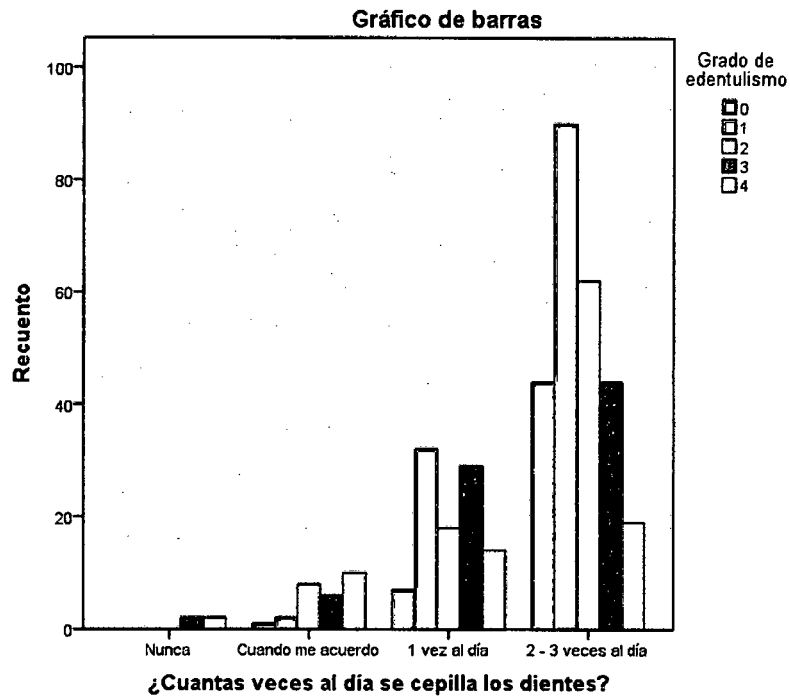
La tabla N°4, nos indica que, 119 de personas estudiados presentaron grado instrucción analfabeto el 35% grado 3° de edentulismo y 25% grado 4°, grado de instrucción primaria el 32.9% grado 3° y 28.9% grado 4°, grado de instrucción secundaria el 33.3% grado 1° de edentulismo y 23.1% grado 2°, grado de instrucción superior incompleto el 47.1% grado 1° y el 23.5% grado 2° y, el grado de instrucción superior completo el 32.8% grado 0° y 29.3% grado 2°.

Según la Prueba de Chi –cuadrado y la Prueba de Fisher el valor $p=0,000$ es determinante el grado de instrucción, en el grado de edentulismo.

Tabla 05
Frecuencia del grado de edentulismo según el número de veces que usa el cepillo las personas del Distrito de Pilco Marca- Huánuco.2015.

		Grado de edentulismo					Total	
		0	1	2	3	4		
¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes?	Nunca	Recuento % dentro de Grado de edentulismo	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	2 2,5%	2 4,4%	4 1,0%
	Cuando me acuerdo	Recuento % dentro de Grado de edentulismo	1 1,9%	2 1,6%	8 9,1%	6 7,4%	10 22,2%	27 6,9%
	1 vez al día	Recuento % dentro de Grado de edentulismo	7 13,5%	32 25,8%	18 20,5%	29 35,8%	14 31,1%	100 25,6%
	2 - 3 veces al día	Recuento % dentro de Grado de edentulismo	44 84,6%	90 72,6%	62 70,5%	44 54,3%	19 42,2%	259 66,4%
TOTAL	Recuento % dentro de Grado de edentulismo	52 100,0%	124 100,0%	88 100,0%	81 100,0%	45 100,0%	390 100,0%	

FUENTE: Ficha de Observación y Cuestionario



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La tabla N°5, se observa que, el 66.4% (259) de la muestra estudiada utiliza el cepillo de 2 a 3 veces al día, el 25.6% (100) una vez al día, el 7% (27) se cepilla cuando se acuerda y, el 1% (4) nunca se cepilla.

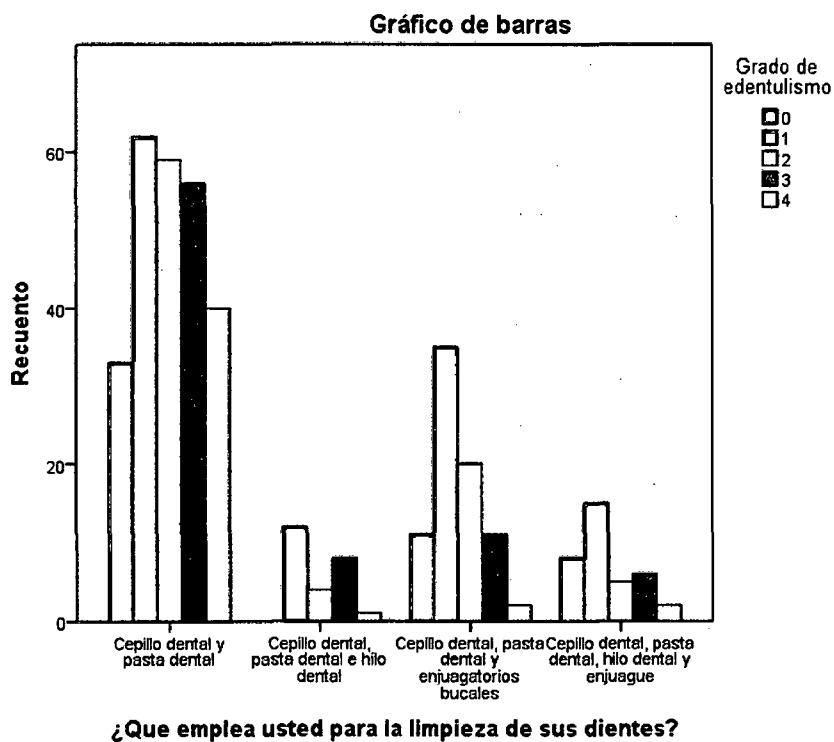
De los cuales el 84.6% de personas utilizan el cepillo de 2 a 3 veces por día y 13.5% 1 vez al día en grado 0° de edentulismo, 72.6% utilizan el cepillo de 2 a 3 veces por día y 25.8% una vez al día con grado 1°, el 70,5% utilizan el cepillo de 2 a 3 veces por día y 20.5% 1 vez al día con grado 2°, el 54.3% utilizan el cepillo de 2 a 3 veces por día y el 35.8% 1 vez al día con grado 3° y, el 42.2% utilizan el cepillo de 2 a 3 veces por día y el 31.1% 1 vez al día con grado 4°.

Según la **Prueba de Kruskal – Wallis** el valor $p=0,012$ lo que es determinante el grado del edentulismo y las veces que usa el cepillo dental.

Tabla 06
Frecuencia del grado de edentulismo según los insumos de higiene bucal que emplean las personas del Distrito de Pilco Marca -Huánuco.2015.

		Grado de edentulismo					Total	
		0	1	2	3	4		
¿Que emplea usted para la limpieza de sus dientes?	Cepillo dental y pasta dental	Recuento % dentro de Grado de edentulismo	33 63,5%	62 50,0%	59 67,0%	56 69,1%	40 88,9%	250 64,1%
	Cepillo dental, pasta dental e hilo dental	Recuento % dentro de Grado de edentulismo	0 .0%	12 9,7%	4 4,5%	8 9,9%	1 2,2%	25 6,4%
	Cepillo dental, pasta dental y enjuagatorios bucales	Recuento % dentro de Grado de edentulismo	11 21,2%	35 28,2%	20 22,7%	11 13,6%	2 4,4%	79 20,3%
	Cepillo dental, pasta dental, hilo dental y enjuague	Recuento % dentro de Grado de edentulismo	8 15,4%	15 12,1%	5 5,7%	6 7,4%	2 4,4%	36 9,2%
TOTAL	Recuento % dentro de Grado de edentulismo	52 100,0%	124 100,0%	88 100,0%	81 100,0%	45 100,0%	390 100,0%	

FUENTE: Ficha de Observación y Cuestionario



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La tabla N°6, nos indica que, el 64.1% (250) de la muestra estudiada utilizan cepillo y pasta dental para la limpieza de los dientes, el 20.3% (79) usa cepillo, pasta, enjuague bucal, el 9.2% (36) usa cepillo, pasta e hilo dental y enjuague bucal y, el 6.4% (25) utilizan cepillo, pasta e hilo dental.

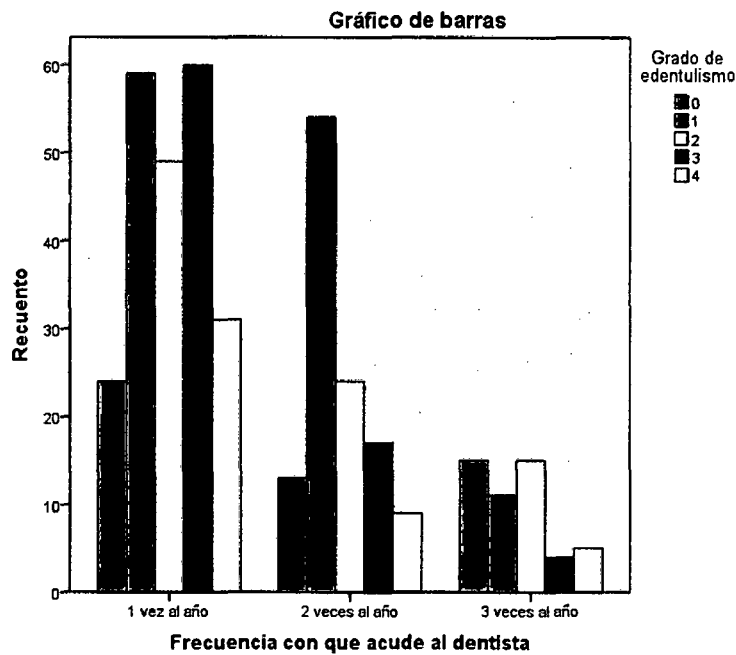
Del total de las personas estudiadas según el insumo de higiene bucal que utiliza, el 63.5% utilizaron cepillo y pasta dental y el 21.2% utilizaron cepillo, pasta dental e hilo dental en grado 0° de edentulismo, el 50% utilizaron cepillo y pasta dental y el 28.2% utilizaron cepillo, pasta dental e hilo dental en grado 1°, el 67% utilizaron cepillo y pasta dental y el 22.7% utilizaron cepillo, pasta dental e hilo dental en grado 2°, el 69.1% utilizaron cepillo y pasta dental y el 13.6% utilizaron cepillo, pasta dental e hilo dental en grado 3° y, el 88.9% utilizaron cepillo y pasta dental y el 4.4% utilizaron cepillo, pasta dental, hilo dental y enjuague bucal en grado 4°.

Según la Prueba de Kruskal – Wallis el valor $p=0,000$ es determinante el uso de insumos como: cepillo, pasta dental, hilo dental y enjuagues para reforzar la limpieza de sus dientes.

Tabla 07
Frecuencia del grado de edentulismo según la visita anual al dentista de las personas del Distrito de Pillco Marca -Huánuco.2015

			Grado de edentulismo					Total
			0	1	2	3	4	
Frecuencia con que acude al dentista	1 vez al año	Recuento % dentro de Grado de edentulismo	24 46,2%	59 47,6%	49 55,7%	60 74,1%	31 68,9%	223 57,2%
	2 veces al año	Recuento % dentro de Grado de edentulismo	13 25,0%	54 43,5%	24 27,3%	17 21,0%	9 20,0%	117 30,0%
	3 veces al año	Recuento % dentro de Grado de edentulismo	15 28,8%	11 8,9%	15 17,0%	4 4,9%	5 11,1%	50 12,8%
TOTAL		Recuento % dentro de Grado de edentulismo	52 100,0%	124 100,0%	88 100,0%	81 100,0%	45 100,0%	390 100,0%

FUENTE: Ficha de Observación y Cuestionario



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La tabla N°7, se observa que, el 57.2% (223) de la muestra estudiado visita anual al dentista 1 vez al año, el 30% (117) 2 veces al año y, el 12.8% (50) 3 veces al año.

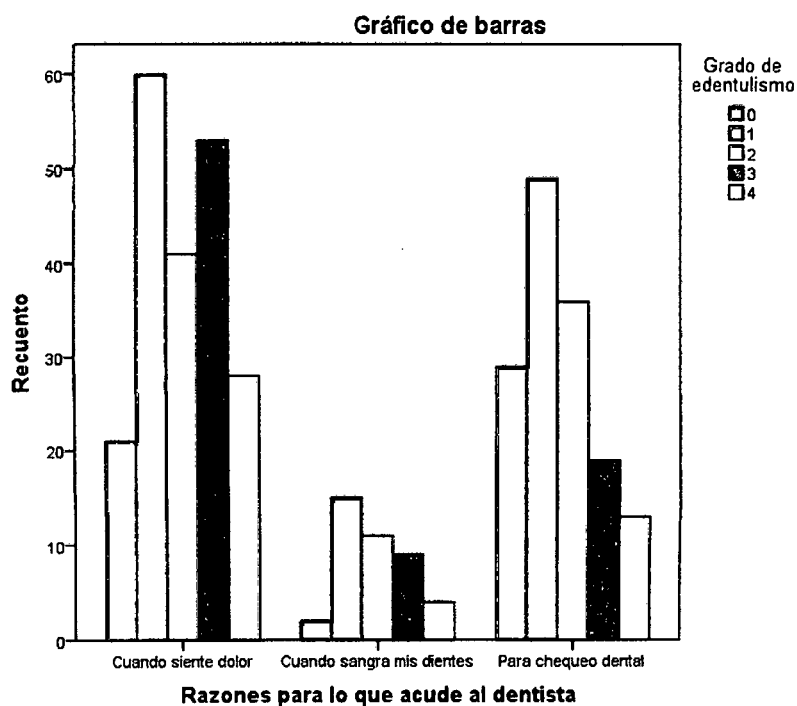
Del total de las personas estudiadas según el visita anual al dentista, el 46.2% visitan al dentista 1 vez al año y el 25% 2 veces por año en grado 0° de edentulismo, el 47.6% 1 vez al año y el 43.5% 1 vez al año en grado 1°, el 55.7% 1 vez al año y el 27.3% 2 veces al año en grado 2°, el 74.1% 1 vez al año y el 21% 2 veces al año en grado 3° y, el 68.9% 1 vez al año y el 20% 2 veces al año en grado 4°.

Según la **Prueba de Kruskal – Wallis** el valor $p= 0,002$ por lo que es determinante de que cuantas veces al año acude al Dentista.

Tabla 08
Distribución del grado de edentulismo según razones que acude al dentista las personas del Distrito de Pilco Marca- Huánuco.2015

			Grado de edentulismo					Total
			0	1	2	3	4	
Razones para lo que acude al dentista	Quando siente dolor	Recuento % dentro de Grado de edentulismo	21 40,4%	60 48,4%	41 46,6%	53 65,4%	28 62,2%	203 52,1%
	Quando sangra mis dientes	Recuento % dentro de Grado de edentulismo	2 3,8%	15 12,1%	11 12,5%	9 11,1%	4 8,9%	41 10,5%
	Para chequeo dental	Recuento % dentro de Grado de edentulismo	29 55,8%	49 39,5%	36 40,9%	19 23,5%	13 28,9%	146 37,4%
TOTAL	Recuento % dentro de Grado de edentulismo	52 100,0%	124 100,0%	88 100,0%	81 100,0%	45 100,0%	390 100,0%	

FUENTE: Ficha de Observación y Cuestionario



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La tabla N°8, se observa que, el 52.1% (203) de la muestra estudiado acuden al dentista cuando siente dolor, el 37.4% (146) por chequeo dental y, el 10.5% (41) cuando sangras sus dientes.

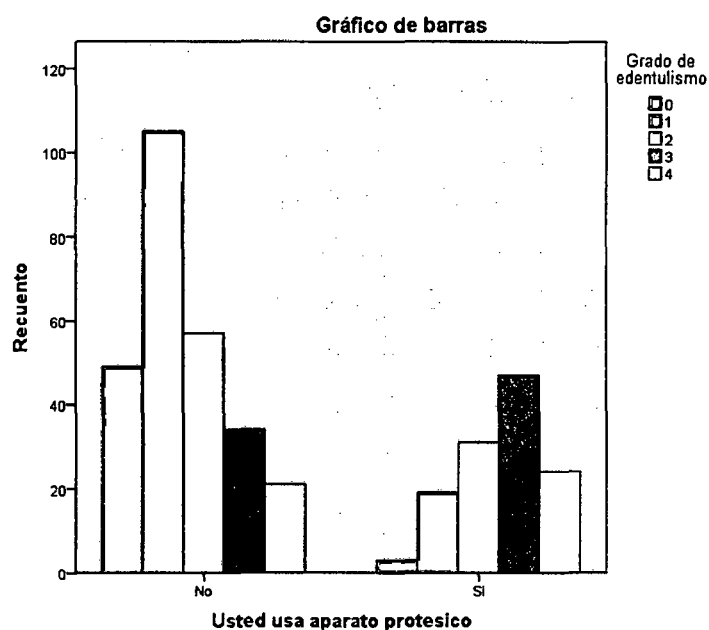
Del total de las personas estudiadas según las razones que acude al dentista, el 55.8% acude al dentista para chequeo dental y 40.4% cuando siente dolor en grado 0° de edentulismo, el 48.4% cuando siente dolor y el 39.5% para chequeo dental en grado 1°, el 46.6% cuando siente dolor y el 40.9% para chequeo dental en grado 2°, el 65.4% cuando siente dolor y el 23.5% para chequeo dental en grado 3° y, el 62.2% cuando siente dolor y el 28.9% para chequeo dental en grado 4°.

Según la Prueba de Kruskal – Wallis el valor $p= 0,023$ siendo determinante las razones por la cual las personas acuden al dentista.

Tabla 09
Relación del grado de edentulismo con el uso de Aparato Protésico Dental en el Distrito de Pillco Marca -Huánuco.2015

		Grado de edentulismo					Total	
		0	1	2	3	4		
Usted usa aparato protésico	No	Recuento	49	105	57	34	21	266
	% dentro de Grado de edentulismo	94,2%	84,7%	64,8%	42,0%	46,7%	68,2%	
Si	Recuento	3	19	31	47	24	124	
	% dentro de Grado de edentulismo	5,8%	15,3%	35,2%	58,0%	53,3%	31,8%	
TOTAL	Recuento	52	124	88	81	45	390	
	% dentro de Grado de edentulismo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

FUENTE: Ficha de Observación y Cuestionario



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La tabla N°9, se observa que, el 68.2% (266) de la muestra estudiada no usan aparato protésico dental y, el 31.8% (124) si usan.

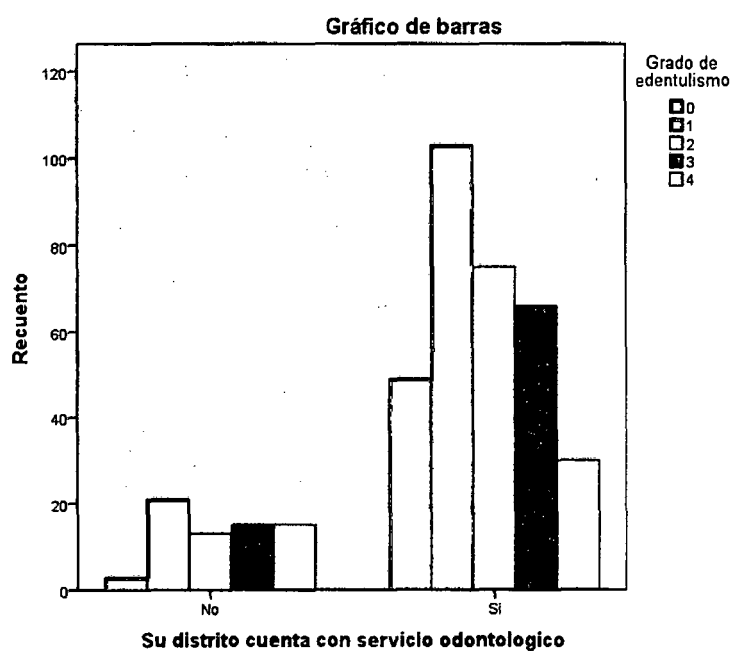
Del total de las personas estudiadas según, **no es portador de prótesis dental** se observó el grado 0° con un total de 94.2%, el 84.7% grado 1°, el 64.8% grado 2°, y **si es portador de prótesis dental** el 58% grado 3° y, el 53.3% grado 4°.

Según la **Prueba de U Mann Whitney**, el valor $p= 0,001$ siendo determinante a más pérdida de piezas dentarias habrá mayor uso de aparato protésico dental.

Tabla 10
Distribución del grado de edentulismo según la existencia del servicio odontológico el distrito de Pilco Marca -Huánuco.2015

		Grado de edentulismo					Total
		0	1	2	3	4	
Su distrito cuenta con servicio odontológico	Recuento	3	21	13	15	15	67
	No % dentro de Grado de edentulismo	5,8%	16,9%	14,8%	18,5%	33,3%	17,2%
	Recuento	49	103	75	66	30	323
	Si % dentro de Grado de edentulismo	94,2%	83,1%	85,2%	81,5%	66,7%	82,8%
TOTAL	Recuento	52	124	88	81	45	390
	% dentro de Grado de edentulismo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

FUENTE: Ficha de Observación y Cuestionario



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La tabla N°10, se observa que, el 82.2% (323) de la muestra estudiada afirmaron que su distrito Si cuenta con un servicio odontológico y, el 17.2% (67) afirmaron que no cuentan.

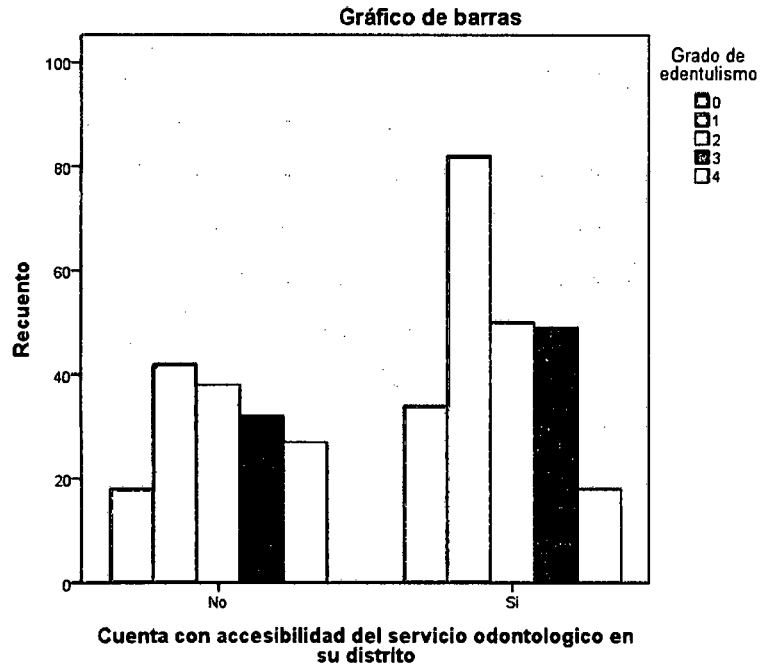
Del total de las personas estudiadas según, **si su distrito cuenta con servicio odontológico**, se observó el grado 0° con un total de 94.2%, el 83.1% grado 1°, el 85.2% grado 2°, el 81.5% grado 3° y, el 66.7% grado 4°.

Según, la **Prueba de U Mann Whitney**, el valor $p=0,673$ por lo que es no es determinante que el distrito cuenta con servicio Odontológico para que reciban atención y orientación sobre el cuidado de salud bucal.

Tabla 11
Distribución del grado de edentulismo según accesibilidad del servicio odontológico en el distrito de Pilco Marca- Huánuco.2015

		Grado de edentulismo					Total
		0	1	2	3	4	
Cuenta con accesibilidad del servicio odontológico en su distrito	Recuento	18	42	38	32	27	157
	No						
	% dentro de Grado de edentulismo	34,6%	33,9%	43,2%	39,5%	60,0%	40,3%
	Recuento	34	82	50	49	18	233
Si	% dentro de Grado de edentulismo	65,4%	66,1%	56,8%	60,5%	40,0%	59,7%
TOTAL	Recuento	52	124	88	81	45	390
	% dentro de Grado de edentulismo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

FUENTE: Ficha de Observación y Cuestionario



ANALISIS E INTERPRETACIÓN

La tabla N°11, se observa que, el 59.7% (233) de la muestra estudiada manifestaron que su distrito si cuenta con accesibilidad del servicio odontológico y, el 40.3% (157) manifestaron que no cuenta con accesibilidad.

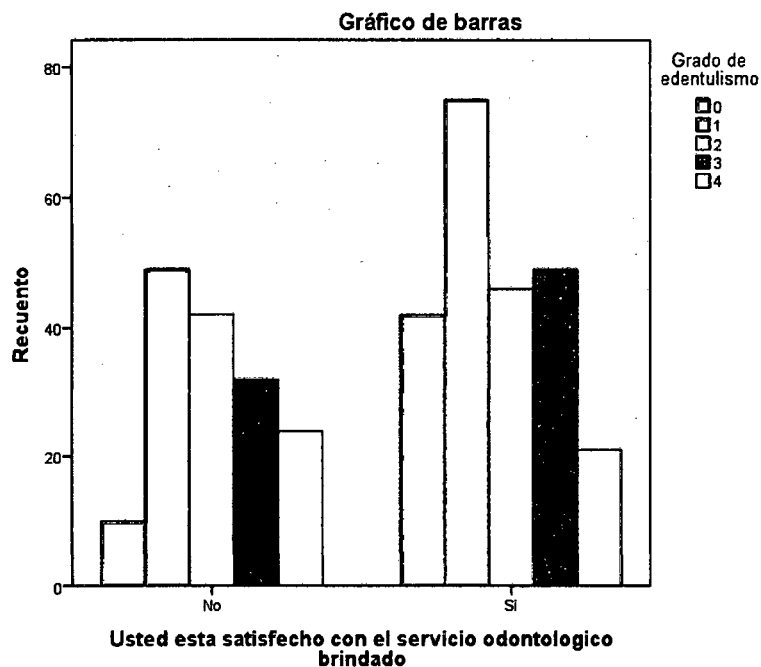
Del total de las personas estudiadas según, **si es accesible el servicio odontológico**, el 65.4% grado 0°, 66.1% grado 1°, el 56.8% grado 2°, el 60.5% grado 3°, y, el 60%, grado 4° **no es accesible el servicio odontológico**.

Según, la **Prueba de U Mann Whitney**, el valor $p= 0,169$ por lo cual no es determinante la accesibilidad servicio Odontológico.

Tabla 12
Distribución del grado de edentulismo según satisfacción con el servicio odontológico brindado en el Distrito de Pillco Marca- Huánuco.2015

		Grado de edentulismo					Total	
		0	1	2	3	4		
Usted está satisfecho con el servicio odontológico brindado	No	Recuento	10	49	42	32	24	157
		% dentro de Grado de edentulismo	19,2%	39,5%	47,7%	39,5%	53,3%	40,3%
	Si	Recuento	42	75	46	49	21	233
		% dentro de Grado de edentulismo	80,8%	60,5%	52,3%	60,5%	46,7%	59,7%
TOTAL	Recuento	52	124	88	81	45	390	
	% dentro de Grado de edentulismo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

FUENTE: Ficha de Observación y Cuestionario



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La tabla N°12, se observa que, el 59.7% (233) de la muestra estudiada manifestaron que están satisfecho con el servicio odontológico brindado y, el 40.3% (157) manifestaron que no están satisfechos.

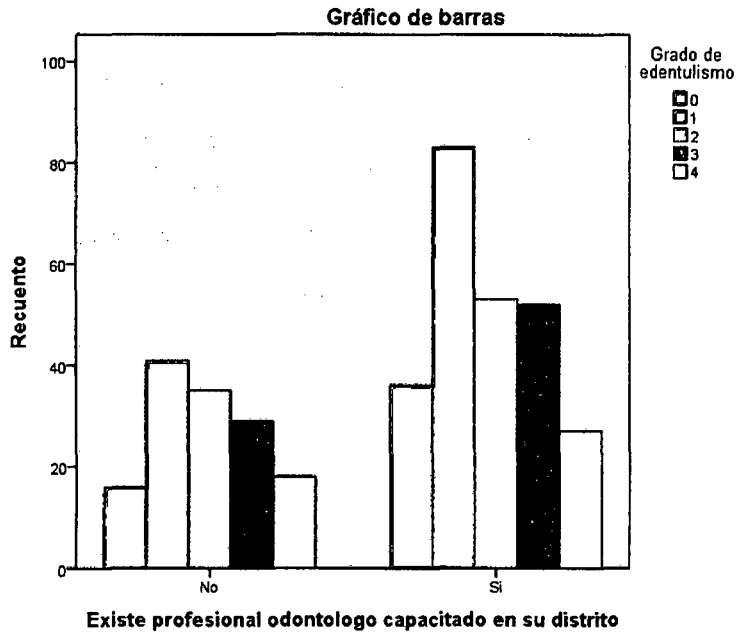
Del total de las personas estudiadas según, **Si están satisfecho con el servicio odontológico**, el 80.8% grado 0° de edentulismo, el 60.5% grado 1°, el 52.3% grado 2°, el 60.5% grado 3° y, el 53.3% grado 4° no están satisfechos con el servicio brindado.

Según, la **Prueba de U Mann Whitney**, el valor $p= 0,235$ por lo cual no es determinante si está satisfecho o no con el servicio odontológico brindado.

Tabla 13
Distribución del grado de edentulismo según la capacidad profesional odontólogo que le atiende en el Distrito de Pillco Marca- Huánuco.2015

		Grado de edentulismo					Total
		0	1	2	3	4	
Existe profesional odontólogo capacitado en su distrito	Recuento	16	41	35	29	18	139
	No % dentro de Grado de edentulismo	30,8%	33,1%	39,8%	35,8%	40,0%	35,6%
	Recuento	36	83	53	52	27	251
	Si % dentro de Grado de edentulismo	69,2%	66,9%	60,2%	64,2%	60,0%	64,4%
TOTAL	Recuento	52	124	88	81	45	390
	% dentro de Grado de edentulismo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

FUENTE: Ficha de Observación y Cuestionario $p= 0,317$



ANALISIS E INTERPRETACIÓN

La tabla N°13, se observa que, el 64.4% (251) de la muestra estudiada afirmaron que en su distrito existen profesionales de odontología capacitados y, el 35.6% (139) manifestaron que no existe.

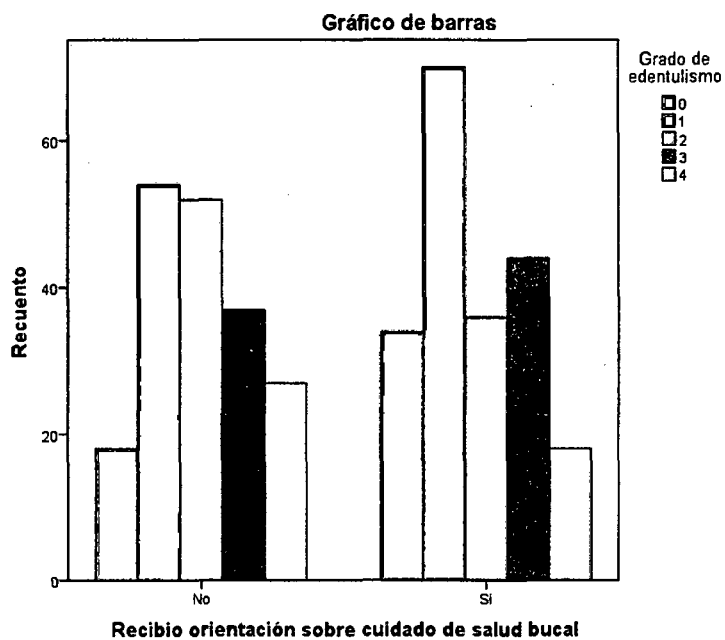
Del total de las personas estudiadas según, **si existe profesional odontólogo capacitado**, el 69.2% grado 0° de edentulismo, el 66.9% grado 1°, el 60.2% grado 2°, el 64.2% grado 3°, y, el 60% grado 4°.

Según, la **Prueba de U Mann Whitney**, el valor $p=0,317$ por lo que no es determinante si existe profesional odontológico capacitado en un distrito.

Tabla 14
Distribución del grado de edentulismo según orientación que recibió sobre el cuidado de salud bucal las personas del Distrito de Pillco Marca- Huánuco.2015

		Grado de edentulismo					Total
		0	1	2	3	4	
Recibió orientación sobre cuidado de salud bucal	No	Recuento 18	54	52	37	27	188
	% dentro de Grado de edentulismo	34,6%	43,5%	59,1%	45,7%	60,0%	48,2%
Si	Recuento	34	70	36	44	18	202
	% dentro de Grado de edentulismo	65,4%	56,5%	40,9%	54,3%	40,0%	51,8%
TOTAL	Recuento	52	124	88	81	45	390
	% dentro de Grado de edentulismo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

FUENTE: Ficha de Observación y Cuestionario p= 0,026



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La tabla N°14, se observa que, el 52.1% (202) de la muestra estudiados si recibieron orientación sobre el cuidado de salud bucal y, el 48.2% (188) no recibieron orientación.

Del total de las personas estudiadas según, **si recibió orientación sobre el cuidado de salud bucal**, el 65.4% grado 0° de edentulismo, el 56.5% grado 1°, el 59,1% grado 2°, el 54.3% grado 3° y el 60% grado 4° no recibieron orientación.

Según la **Prueba de U Mann Whitney**, tiene $p= 0,026$ siendo determinante la orientación sobre el cuidado de salud bucal para minimizar la perdida de los dientes.

PRUEBA KRUSKAL – WALLIS

Estadísticos de contraste a,b

	¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes?	¿Que emplea usted para la limpieza de sus dientes?	Frecuencia con que acude al dentista	Razones para lo que acude al dentista
Chi-cuadrado	10.869	22.988	14.399	9.505
gl	3	3	3	3
Sig. asintót.	.012	.000	.002	.023

PRUEBA U MANN WHITNEY

Estadísticos de contraste

	Recibió orientación sobre cuidado de salud bucal	Usted usa aparato protésico	Su distrito cuenta con servicio odontológico	Cuenta con accesibilidad del servicio odontológico en su distrito	Usted está satisfecho con el servicio odontológico brindado	Existe profesional odontólogo capacitado en su distrito
U de Mann-Whitney	4608,000	4370,000	5338,000	4948,000	5008,000	5090,000
W de Wilcoxon	8524,000	12120,000	13088,000	8864,000	8924,000	9006,000
Z	-2,225	-3,356	-,422	-1,375	-1,187	-1,001
Sig. asintót. (bilateral)	,026	,001	,673	,169	,235	,317

a. Variable de agrupación: Grado de edentulismo

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la influencia del cuidado de salud bucal sobre el grado de edentulismo en personas entre 20 a 60 años de edad en el distrito de Pillco Marca - Huánuco. 2015.

Respecto a los resultados sobre el grado de edentulismo y la zona geográfica; nuestro proceso de investigación se estudiaron un total 390 personas, la población rural estuvo conformada de 146 y la Urbana de 244; conformado por género femenino 202 (51.8%) y, el género masculino 188 (48.2%). Se asemejan frente al estudio **“SOCIO-DEMOGRAPHIC FACTORS AND EDENTULISM: the Nigerian experience”**. Se estudiaron un total de 152 pacientes con 80 (52,6%) hombres y 72 (47,4%) mujeres, que se- presentaron en dos clínicas situadas en una zona urbana y una zona rural.

Respecto a los resultados sobre el grado de edentulismo y el género, nos muestra que, el género femenino está conformado 202 (51.8%) de las cuales el 32.2% con grado 1° de edentulismo y, el género masculino está conformado por 188(48.2%) personas de los cuales el 31.4% de los cuales ambos presentaron grado 1° de edentulismo, que es similar a los resultados de **CANCIO O. et al.** El sexo predominante fue el masculino con trescientos treinta y dos pacientes para un 52,1%, el sexo femenino se presentó con trescientos cuatro pacientes para un 47,7%. **LUNA**

G. Según el Sexo, tanto en los hombres como en las mujeres y en ambos maxilares la clase III de Kennedy fue la más frecuente.

Respecto a los resultados sobre la relación entre grado de edentulismo y la edad está conformada por 155 jóvenes (20-29 años) de las cuales 47.7% presentaron grado 1° de edentulismo (perdida de primeros molares), 229 adultos (30-59 años) el 26.6% grado 3° (perdida de hasta 12 dientes incluyendo dientes anteriores) y, adulto mayor (60 años) de las cuales el 83.3% grado 4° (pérdida de más de 12 dientes). Este hallazgo coincide con un estudio realizado por **Hobdell** donde se menciona que a partir de los 35 años aumenta el porcentaje de personas edéntulas. Difiere frente al estudio realizado por **BERMÚDEZ S. et al.** La edad más afectada fue entre 21 y 30 años (28%). **NÚÑEZ L**, En Suecia, 49% de las personas de 54 a 64 años de edad no poseen ningún diente, subiendo hasta un 65% en el grupo de 65 a 74 años de edad.

Respecto a los resultados sobre la relación entre el grado de edentulismo y el cuidado personal de la salud bucal, el 66.4% de la muestra estudiada utiliza el cepillo de 2 a 3 veces al día, el 25.6% una vez al día, el 7% se cepilla cuando se acuerda y, el 1% nunca se cepilla. Los elementos usados para la higiene bucal el 64.1% de la muestra estudiada utilizan cepillo y pasta dental para la limpieza de los dientes, el 20.3% usa cepillo, pasta, enjuague bucal, el 9.2% usa cepillo, pasta e hilo dental y enjuague bucal y, el 6.4% utilizan cepillo, pasta e hilo dental.

Respecto a los resultados sobre la relación del grado del edentulismo y el uso de aparato protésico dental: Del total de las personas estudiadas, el 68.2% (266) no usan aparato protésico dental: siendo el 84.7% grado 1° (perdida de primeros molares), el 64.8% grado 2° (perdida hasta 12 dientes posteriores), y, el 31.8% si usan, el 58% grado 3° (perdida de hasta 12 dientes incluyendo dientes anteriores) y, el 53.3% grado 4° (pérdida de más de 12 dientes). Coinciden frente al estudio realizado por **BERMÚDEZ S. et al.** Encontró de acuerdo a las necesidades protésicas el 71% requiere una o más prótesis fija, 26% requerían prótesis parciales removibles tanto dento-soportadas como dento-muco-soportadas y 3% requería de prótesis totales.

En cuanto a la relación del grado de edentulismo y la prestación de servicios de salud: el 82.2% de la muestra estudiada afirmaron que su distrito Si cuenta con servicio odontológico y, el 17.2% afirmaron que no cuentan. El 64.4% de la muestra estudiada afirmaron que en su distrito existen profesionales de odontología capacitados y, el 35.6% manifestaron que no existe. Frente al estudio realizado por **RODRIGUEZ A, et al.** Vigilancia epidemiológica del estado de salud bucal. Se expusieron aspectos relacionados estado de salud bucal de la población general, con fines metodológicos. Se realizaron investigaciones relacionadas con el sistema de vigilancia. Se establecen las fuentes, la frecuencia y las vías de información. Se estructura el sistema de vigilancia a nivel de la atención primaria de salud bucal. Se determinan las enfermedades o eventos a vigilar; así como los datos relacionadas con los grupos de población, enfermedades bucales y control higiénico- sanitario.

Así mismo la relación del grado del edentulismo y la orientación sobre el cuidado de la salud bucal, el 52.1% de la muestra estudiados si recibieron orientación y, el 48.2% no recibieron orientación. El 57.2% de la muestra estudiado visita anual al dentista 1 vez al año, el 30% veces al año y, el 12.8% de 3 veces al año. El 52.1% de la muestra estudiado acuden al dentista cuando siente dolor, el 37.4% por chequeo dental y, el 10.5% cuando sangras sus dientes. Se asemeja Frente al estudio realizado por **PERAZA W.** Encontró los resultados obtenidos indican que el índice de riesgo de salud bucal decae con la edad, por la pérdida de las piezas dentales, por lo que es necesario que se implemente un programa de promoción y prevención de la salud bucodental para el adulto mayor para que pueda mantener durante mayor tiempo sus piezas dentales y así mantener una vejez con mejor calidad de vida.

No se puede ignorar la responsabilidad y el deber que tenemos todos, especialmente las personas involucradas en el sector de salud bucal, de hallar una solución a este problema, especialmente en la mayor promoción y prevención de salud bucal, y también del aspecto restaurador, para ello habrá que investigar pormenorizadamente, conocer las características, complejidad y en especial la magnitud. Para así poder planificar las acciones pertinentes que deban realizarse.

CONCLUSIONES

Finalmente se concluye en lo siguiente:

El total de las personas estudiados presentaron grado de edentulismo al 100%, de las cuales el 31.8% (124) grado de edentulismo 1°, el 22.6% (88) 2°, el 20.8% (81) 3°, el 13.3% (52) 0° y, el 11.5% (45) 4°.

El grado de edentulismo más frecuente es el 31.8% grado 1° de edentulismo, siendo esto según el género femenino 32.2% y el masculino el 31.4%.

Referido al grado de edentulismo según la edad jóvenes 47.7% grado 1° de edentulismo, adultos el 26.6% grado 3° y, adulto mayor el 83.3% grado 4°.

Referido al cuidado personal se encontró que el 66,4% utiliza el cepillo de 2 a 3 veces por día, el 64.1% utilizan los insumos como pasta y cepillo dental, el 57.2% visitan al dentista 1 vez por año y el 52.1% acuden al dentista por dolor dental.

Referido a la salubridad se encontró que el 82.2% afirmaron que su distrito si cuenta con servicio odontológico, el 59.7% es accesible el servicio odontológico, el 59.7% están satisfechos con el servicio odontológico brindado y el 64.4% afirmaron que cuentan con profesional odontólogo capacitado y, el 52.1% si recibieron orientación sobre el cuidado de salud bucal.

Referido al uso de aparato protésico dental, el 68.2% (266) de la muestra estudiada no usan aparato protésico dental y, el 31.8% (124) si usan.

Referido a la zona geográfica está conformado; el 37.4% la población rural y el 62.6% la población urbana.

RECOMENDACIONES

1. El MINSA en alianza con las Universidades, el Colegio Odontológico de Huánuco y las Sociedades Científicas desarrollen una ENCUESTA NACIONAL DE SALUD BUCAL con rigor científico que sirva de estudio de base para la planificación y toma de decisiones futuras.
2. El MINSA y la DIRESA incluyan dentro de las actividades de promoción de la salud, aspectos relacionados a la salud bucal, las mismas que sumadas a las que vienen desarrollando permitirán brindar una atención integral a los usuarios con enfoque de derechos, equidad de género e interculturalidad. Los mismos que deben ser implementados desde el nivel inicial, y progresivamente al nivel primario, secundario y superior.
3. A las autoridades de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Fomentar la creación de un plan curricular a nivel de pre y post grado que permita desarrollar habilidades de comunicación educativo – preventivo en el profesional de Salud, con el fin de que éste pueda educar de forma eficaz a la población.
4. Los profesionales de salud odontológica de la región Huánuco deben realizar medidas preventivas en relación del control y prevención de las enfermedades bucales, es decir aplicando los conceptos y las prácticas preventivos al conjunto de la población, realizando campañas preventivas por medios informativos radiales, televisivos, sobre el cuidado de salud bucal en la población de la región de Huánuco.

5. El profesional de odontología durante la asistencia terapéutica bucodental deben realizar diagnóstico y tratamiento precoz y oportuna, siendo única medida efectiva de prevención de la aparición de la caries dental enfermedad periodontal y otras enfermedades bucodentales.
6. La Odontología tiene todas las posibilidades técnicas y científicas para conservar la salud bucal de la población e impulsar las actividades preventivas que se pueden aplicar para evitar la presencia de enfermedades bucodental.
7. Los organismos de la salud pública deben evaluar las necesidades de salud de la población, investigar el surgimiento de riesgos para la salud y analizar los determinantes de dichos riesgos. De acuerdo a lo detectado, deben establecer las prioridades y desarrollar los programas y planes que permitan responder a las necesidades la población.

VI.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. **BARROS LP**, Gropo LN, Petribú K, Colares V.: Avaliação da qualidade de vida en adolescentes: revisão da literatura. J Bras Psiquiatr (2008); 57(3): 212-7.
2. **MARCUS S.** Drury T, tooth retention and tooth loss in the permanent dentition of adults: United States, 1988-1991. J Dent Res 1996; 75 spec: 684-695.
3. **THE GLOSSARY OF PROSTHODONTIC** Terms. J. Prosthodont. 2005; 94: p. 10-92.
4. **ROSENSTIEL S.** Contemporary Fixed Prosthodontics: Mosby Company; 1988. -Hernandez M. Rehabilitacion Oral para el Paciente Geriatrico: UNIBIBLOS; 2001.
5. **ESQUIVEL R**, Jiménez J. El efecto de los dientes perdidos. Odontología Actual. 2008; 5(58):48-52.
6. **HUTTON B**, Feine J, Morais J. Is there an association between edentulismo and nutritional state? J Can Dent Assoc. 2002; 68(3):182-7.
7. **SUZUKI K**, Nomura T, Sakurai M, Naoki S, Yamanaka S, Matsukubo T. Relationship between Number of Present Teeth and Nutritional Intake in Institutionalized Eldery. Bull Tokyo Dent Coll. 2005; 46(4):135-143.
8. **OSAWA, J. (1995).** Prostodoncia Total. México. D.C.: Universidad Autónoma de México.
9. **MISH, C. E. (2007).** Prótesis Dental Sobre Implantes. Madrid: ELSEVIER.

10. **BERMÚDEZ S**, Márquez J, Restucia G, Kamman M, Zambrano O; Flores A; et al. Necesidades protésicas de la población de rio chico edo. Miranda agosto – noviembre 2010. Act Odontol Venez 2014; 52(1): 1-7
11. **ARCE W**. Peraza D. Propuesta de un Plan de Mejora de la Salud Bucodental en el Hogar del Adulto Mayor Alfredo y Delia Gonzales Flores de san Pablo de Heredia. Programa de maestría nacional en gerencia de la salud. Instituto Centroamericano de Administración Pública- Costa Rica. 2012.
12. **LUNA MEJÍA G**. Incidencia de edentulismo parcial según la clasificación de kennedy en el centro de rehabilitación social de la ciudad de loja en el periodo junio – noviembre del 2011. Proyecto de Tesis Previo a la Obtención del Título de Odontólogo General. UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA- Ecuador: Edit; 2011.
13. **GARCIA CM**, Fredemir P, Lucia M, García CM. Experiencias del familiar en relación al cuidado con la salud bucal de niños. Rev. Latino-Am. Enfremagem 2011; 19(1): 08 pantallas.
14. **SÁNCHEZ M**, Román M, Dávila R, Pedraza AG. Salud bucal en Pacientes adultos mayores y su asociación con la calidad de vida. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2011; 16(2):110-115.
15. **VARELA UREÑA G**. Edentulismo en Costa Rica: Área de Pérez Zeledón. Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología-Costa Rica.2010.

16. **RODRÍGUEZ MORENO AM.**, Moreno Rodríguez DI., “Necesidad de Prótesis Estomatológica. Policlínico de Santa Rita. MAYO 2008- 2009. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA POLICLÍNICO DOCENTE “DAVID MORENO DOMÍNGUEZ” SANTA RITA, MUNICIPIO JIGUANÍ PROVINCIA GRANMA-Cuba. 2009.
17. **CANCIO O**, Nápoles I, Marín I, Ley L. Necesidad de prótesis en pacientes mayores de 15 años. AMC 2009; 13 (4).
18. **MEDINA CE**, Maupome G, Ávila L, Pelcastre B, Pontigo A: Políticas de salud bucal en México: Disminuir las principales enfermedades. Una descripción. Rev. Biomed 2006; 17 (4); 269-286.
19. **LAMBERTINI A**, Proserpi A, Guerra ME, Tovar V, Brito F. Necesidades protésicas de los pacientes que acudieron al Centro de Atención al Paciente con Enfermedades Infectocontagiosas.” Dra. Elsa La Corte” (CAPEI) de la Universidad Central de Venezuela entre noviembre del 2003 y noviembre del 2004. Act Odontol Venez 2005; 44(3): 342-5.
20. **PRODRIQUEZ A**, Valiente C. Vigilancia epidemiológica del estado de salud bucal, Rev. Cubana estomatol 1999; 36 (2): 158-70.
21. **SÁNCHEZ AE**, Troconis I, Di Geronimo M. Necesidades protésicas de los pacientes que asisten a la facultad de odontología de la u.c.v. Acta Odont Venez 1998; 36(2): 92-99.

22. **CANO ÁLVAREZ DN.** Determinación de piezas dentarias perdidas y brechas edéntulas a restaurar en una población adulta de trabajadores de una empresa petrolera de la provincia de talara en el año 2009. TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE CIRUJANO DENTISTA. UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA-Perù.2010.
23. **LÓPEZ OLIVERA J.** Prevalencia de edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy en el Servicio de Rehabilitación Oral del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara". Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Universidad nacional mayor de san marcos-Perú. 2009.
24. **CARRERA RIVERA J.** Frecuencia y clase de edentulismo parcial según la clasificación de kennedy en pobladores residentes del AA.HH "sol naciente" del distrito de carabayllo-lima en el año 2005. Tesis para optar el título de cirujano dentista. Universidad peruana Cayetano Heredia – Perú. 2006.
25. Oral-B®, la marca de cepillos dentales más usada por dentistas. ©2015 Procter & Gamble. Todos los derechos reservados.
26. Colegio de farmacéuticos Pontevedra. Salud bucal.
27. **MCCRACKEN.** Prótesis parcial removible. Buenos Aires, Editorial médica Panamericana- 2006.
28. **LEE J, Weyant R, Corby P, Kritchevsky S, Harris T, Rooks R, Rubin S, Newman A.** Edentulism and nutritional status in a biracial sample of well-

- functioning, community-dwelling elderly: the Health, Aging, and Body Composition Study. *Am J Clin Nutr.* 2004; 79:295-302.
29. **CAPUÑAY J**, Alvarado F, Pinedo V. Depresión en el adulto mayor. Estudio de una serie de pacientes de consultorio externo de medicina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Rev. Med. Hered.* 1996; 7:172-7.
30. **GARCILLÁN, R** et al. (2010). Salud bucodental y calidad de vida oral en los mayores. Madrid: 978-84-694-0762-2.
31. **SHAMRANY M**. Is depression associated with edentulism in Canadian adults? (Tesis Magistral). Toronto (Canadá): Departamento de Odontología, Universidad de Toronto; 2008.
32. **BALAREZO JA**. Relación entre nivel Socio-Económico-Cultural y la situación de Salud Bucal en pobladores de zonas urbano-marginadas del Cono Norte de Lima Metropolitana. Lima-Perú. [Tesis para optar el grado de Bachiller en Estomatología]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.; 1986.
33. **CARRETERO D.A**. Deficiencia masticatoria por pérdida dentaria como factor de riesgo para dispepsia en el adulto mayor. [Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.; 2008.
34. **NÚÑEZ L**, Corona M, Campos I, González E, Álvarez I. Necesidad de rehabilitación protésica en ancianos institucionalizados. *Rev Cubana Estomatol* 2007;44(3)1-3

35. **SAIZAR, P:** Prostodoncia total. Ed. Buenos Aires: Editorial Mundi Buenos Aires; 1972.
36. **AINAMO JUKKA AND LASSI ALVESALO.** Caries prevalence in a Finis rural population. *Acta Odontol Scand.* 1970;28(3):271-81.
37. **EUSTAQUIO M.** Estudio Epidemiológico de Salud Oral en Adultos. Comunidad Valenciana 2006. [Tesis Doctoral]. Valencia: Universidad de Valencia.; 2008.
38. **DÍAZ P.** Factores asociados al edentulismo en pacientes diagnosticados en la Clínica de la Facultad de Odontología UNMSM. (Tesis de Pregrado). Lima (Perú): Facultad de Odontología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009.
39. **INEI – Censos Nacionales 2007: de población y Vivienda.**
40. **NEVES F, Balbinot J, Rosario M, Aparecido J.** Oral status and its association with general quality of life in older independent-living south-Brazilians. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2009; 37:231-40
41. **SILVIO B.** Nociones y Principios de la Semiología Bucal .Masson
42. **BRONDANI M, Bryant SR, MacEntee MI.** Elders assessment of an evolving model of oral health. *Gerodontology.* 2007; 4(4):189-195. Misrachi C, Rios M, Morales I, Urzúa J, Barahona P. Calidad de vida y condición de salud oral en embarazadas chilenas e inmigrantes peruanas. *Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública.* 2009; 26(4):455-61

43. **VILAGUT G**, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer G, Quintana J, Santed R y col. El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac. Sanit. 2005; 19(2):135-50.
44. **BALDA ZAVARCE**, Rebeca. Tratamiento de la enfermedad de caries y del agente causal usando fluoruros Acta odontológica Venezolana 37(3) 1999 Edición Española.
45. **MINISTERIO DE SALUD** Cremas Dentales, flúor gel y enjuagatorios, cortesía del Dr. Erick Maguiña Alarcón, responsable del Programa de Salud Bucal. Ministerio de Salud.emaguinaa@minsa.gob.pe
46. **IRURETA GOYENA** Marcelo. Tipos de Flúor para la prevención de caries dental e inflamación de las encías <http://www.sdpt.net/tipos-fluor.htm>.2001.
47. **JAYANTH. V AMD RUMANELNER** Recomendaciones para el uso de fluoruros en niños. boletín de la Asociación Argentina de Odontología para niños 27(3) set/dic 1998.
48. **BALAREZO JA**. Relación entre nivel Socio-Económico-Cultural y la situación de Salud Bucal en pobladores de zonas urbano-marginadas del Cono Norte de Lima Metropolitana. Lima-Perú. [Tesis para optar el grado de Bachiller en Estomatología].Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.; 1986.
49. **EMIL C**. Odontología Preventiva y Comunitaria: 3^{ra} edición Masson pag.8-9.

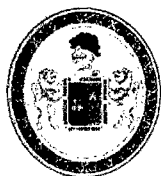
50. **VICENTE O.** Odontología Preventiva y Comunitaria: 3^{ra} edición Masson
Pág. 395.
51. **ORUE RODRÍGUEZ, Gladis.** Prevalencia y Estado de Higiene Bucal en
población de niños de edades entre los 3, 6, 12 años del Dpto. de San Martín
en el año 1998. Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista UPSM 1999.
52. **SEPPA LUSA** The future of preventive programs in countries, with deferent
system for dental caries. Caries Research 35 (suppl 1) 2001. Reporte Cuidado
Oral 14(1) 2003.
53. **BERMÚDEZ S, MÁRQUEZ J, Restucia G, Kamman M, Zambrano O;**
Flores A; et al. Necesidades protésicas de la población de rio chico edo.
Miranda agosto – noviembre 2010. Act Odontol Venez 2014; 52(1): 1-7
54. **CUROTTO BOTTO, MUYO.** Programa de fluorización de salud bucal año
1 N ° 1, Lima Perú ene/feb.1993.
55. **CUENCA SALA, E.; MANAU NAVARRO, C.; SERRA MAJEM, L.**
“Odontología Preventiva y Comunitaria”. España, Editorial Masson S.A., 2da
Ed., 1999.
56. **HIGASHIDA, Bertha.** “Odontología Preventiva”. México, Editorial
McGraw-Hill Interamericana, 2000.
57. **KATZ, S. McDONALD, J. L.; STOOKEY, G.** “Odontología Preventiva en
Acción”. México, Editorial Médica Panamericana S.A., 3ra Ed., 1993.

58. **ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD** Modulo de principios de epidemiología para el control de enfermedades 2da edición Unidad N° 2: salud y Enfermedad dela población Pág. 12-20,2002.
59. **ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD** Publicación científica (551):85-98.2003.
60. **ERNESTO S.** Odontología Preventiva y Comunitaria: 3^{ra} edición Masson Pág. 459.

ANEXOS

ANEXO 01

Documento de consentimiento informado



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO
VALDIZAN



TÍTULO: “Impacto del cuidado de salud bucal sobre el grado de edentulismo en personas entre 20 a 60 años de edad en el distrito de Pillco Marca - Huánuco. 2015”.

OBJETIVO: Para poder determinar la influencia del cuidado de salud bucal sobre el grado de edentulismo en personas entre 20 a 60 años de edad en el distrito de Pillco Marca - Huánuco. 2015.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombres y Apellidos:

Entiendo que es de importancia conocer el grado de edentulismo en personas entre 20 a 60 años de edad en el distrito de Pillco Marca, para prestar mayor importancia al cuidado de salud bucal, también comprendo que para poder conocer esto es necesario que mi persona participe de dicha investigación siendo un paciente colaborador en el momento en el que se me entreviste y se me realice un examen clínico.

Se me ha explicado que dichos exámenes se realizarán sólo una vez y que no se presentará ningún problema de salud después de realizarlos, y que se me informara de dichos resultados para tener mejor conocimiento del problema. Entiendo las condiciones y los objetivos de la investigación que se va a realizar y estoy satisfecha con la información y orientación para la realización de tratamientos recibida por parte de los investigadores.

Después de haber leído el contenido de este consentimiento y estando conforme con lo que se estipula, acepto ser partícipe de dicha investigación.

DNI:

Huánuco.....de.....del

2015

ANEXO 02

Ficha de recolección de datos



UNHEVAL
UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZOLA

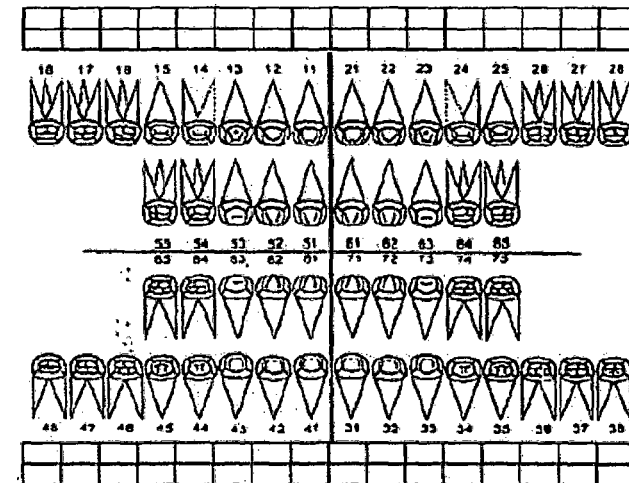
GENERO	
MASCULINO	FEMENINO

FECHA

Apellidos Y Nombres: _____

Edad: _____

VALORACION DEL EDENTULISMO	
0	No se pierde los dientes debido a caries o enfermedad periodontal.
1	Perdida de 1 a 4 primeros molares permanente.
2	Perdida de hasta 12 dientes posteriores, con exclusión de los sujetos que solo han perdido los primeros molares permanentes.
3	Perdida de hasta 12 dientes incluyendo un diente anterior.
4	Pérdida de 12 dientes a más.



ANEXO 03

Cuestionario



UNHEVAL
UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
CUESTIONARIO



TEMA: “IMPACTO DEL CUIDADO DE SALUD BUCAL SOBRE EL GRADO DE EDENTULISMO EN PERSONAS ENTRE 20 A 60 AÑOS DE EDAD EN EL DISTRITO DE PILLCO MARCA – HUANUCO. 2015”.

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud bucal. Sus respuestas permitirán saber cómo es el cuidado de su salud bucal personal.

Datos generales del encuestado

Apellidos y nombres:

Edad:

Sexo: masculino () femenino ()

Grado de instrucción:

Analfabeto ()

Primaria ()

Secundaria ()

Superior incompleto ()

Superior completo ()

Procedencia:

Rural ()

Urbano ()

Preguntas.

Cuidado personal de salud bucal.

1. ¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes?

Nunca ()

1 vez al día ()

2-3 veces al día ()

Cuando me recuerdo ()

2. ¿Qué emplea usted para la limpieza de sus dientes?
- Cepillo dental + pasta dental ()
 - Cepillo dental + hilo dental ()
 - Cepillo dental + enjuague bucal ()
 - Cepillo dental + enjuague bucal + hilo dental ()

3. Frecuencia con que acude al dentista.

- 1 vez al año ()
- 2 veces al año ()
- 3 veces al año ()

4. Razones por lo que acude al dentista.

- Cuando siento dolor ()
- Cuando sangran mis dientes ()
- Para chequeo dental ()

5. Usted usa aparato protésico.

- Sí ()
- No ()

Prestación de servicios de salud bucal.

6. El distrito cuenta con servicios odontológicos.

- Sí ()
- No ()

7. Accesibilidad de servicio odontológico en su distrito.

- Sí ()
- No ()

8. Usted está satisfecho con el servicio odontológico brindado.

- Sí ()
- No ()

9. Existe profesional odontólogo capacitado en su distrito.

- Sí ()
- No ()

10. Recibió orientación sobre el cuidado de salud bucal.

- Sí ()
- No ()

ANEXO 04

Fotografías de la investigación

FOTOGRAFIAS DE TRABAJO DE INVESTIGACION







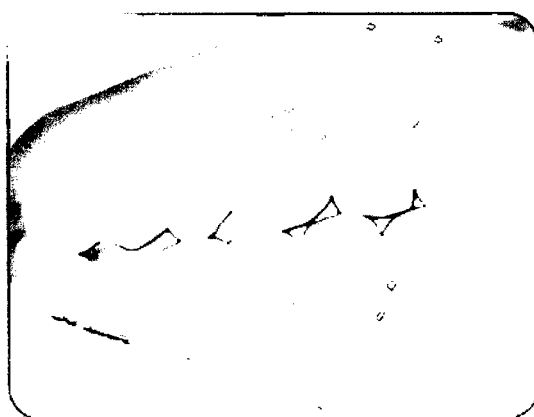
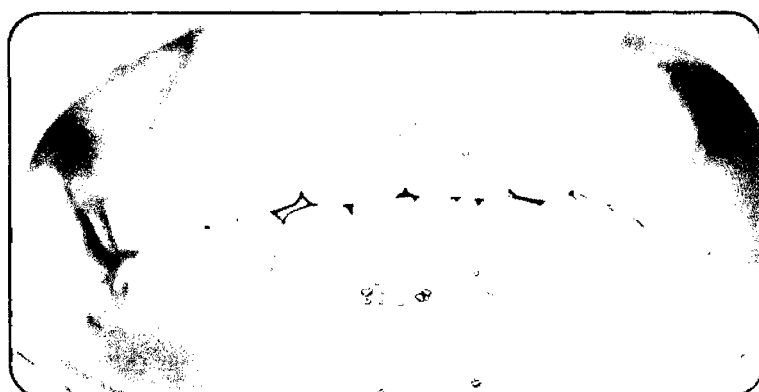
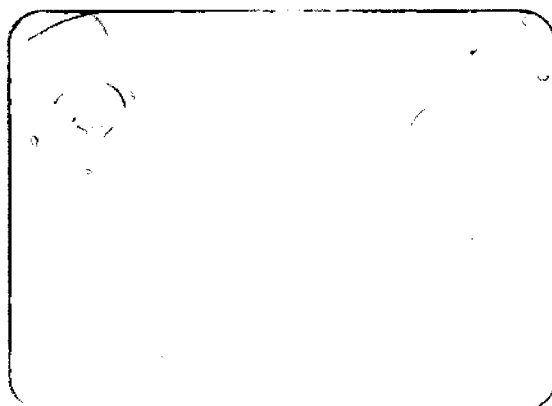
ANEXO 05

FOTOGRAFIAS DE TRABAJO DE INVESTIGACION

INTRAORALES

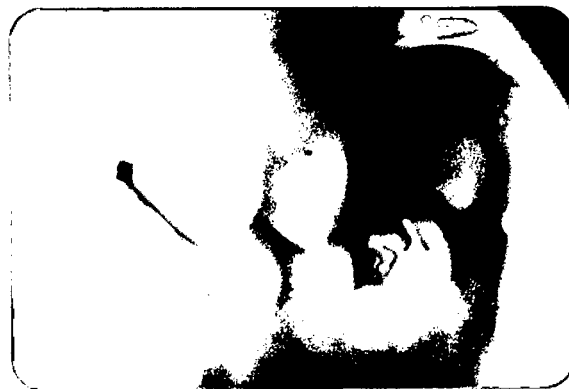
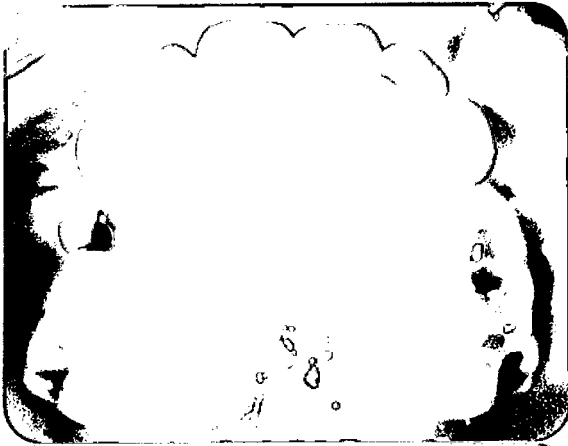
FOTOGRAFIAS DE PACIENTES EXAMINADOS

EDENTULISMO GRADO I



FOTOGRAFIAS DE PACIENTES EXAMINADOS

EDENTULISMO GRADO II



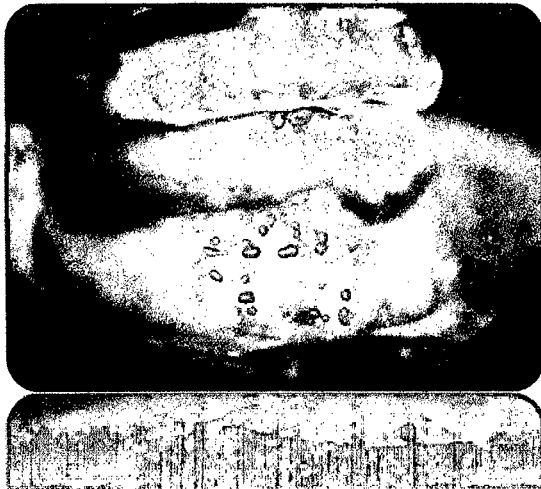
FOTOGRAFIAS DE PACIENTES EXAMINADOS

EDENTULISMO GRADO III



FOTOGRAFIAS DE PACIENTES EXAMINADOS

EDENTULISMO GRADO IV



ANEXO 06

Carta de aceptación para la ejecución de la investigación



Juntos Trabajando por tu salud.

CENTRO DE SALUD POTRACANCHA- ACLAS PILLCO MARCA

"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"

Pillco Marca 10 de Abril del 2015

Señores:

Yuli Corne Jara

Mariluz Villanueva Rivera

Bachiller en Odontología

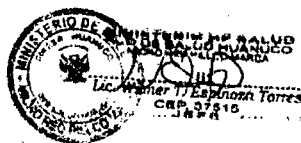
Huánuco

De mi mayor consideración

Tengo el agrado de dirigirme a usted para hacer llegar mis cordiales saludos y a la vez comunicarle, que habiendo recibido el proveído de fecha 23 de Febrero del presente año, se le autoriza para la ejecución del proyecto de Tesis "IMPACTO DEL CUIDADO DE SALUD SOBRE EL GRADO DE EDENTULISMO EN PERSONAS ENTRE 20 A 60 AÑOS DE EDAD EN EL DISTRITO DE PILLCO MARCA-HUANUCO.2015", en el servicio de Odontología del Centro de Salud Potracancha.

Sin otro en particular me despido de usted.

Atentamente,



ANEXO 07

Informe de opinión de expertos de instrumento de investigación

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y Nombres del Informante:
- 1.2. Cargo e Institución donde labora:
- 1.3. Nombre del Instrumento motivo de evaluación:
...Cuestionario de servicio de salud.
- 1.4 Título de la Investigación:
"IMPACTO DEL CUIDADO DE SALUD BUCAL SOBRE EL GRADO DE EDENTULISMO EN PERSONAS ENTRE 20 A 60 AÑOS DE EDAD EN EL DISTRITO DE PILICO MARCA - HUÁNUCO. 2015".
- 1.5 Autor del Instrumento: Villanueva Rivera Mariluz - Come Jara YulyMaria.

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.				X	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en elementos observables.					X
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.			X		
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.				X	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad.					X
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de la investigación.				X	
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico-científicos.				X	
8. COHERENCIA	Entre las dimensiones, indicadores e índices.					X
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación.					X
10. OPORTUNIDAD	El instrumento será aplicado en el momento oportuno o más adecuado según sus procedimientos.					X
PROMEDIO VALIDACION						8

Adaptado de OLANO, A. (2003)

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN: *8*%. IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

El instrumento puede ser aplicado, tal como está elaborado.

El instrumento debe ser mejorado antes de ser aplicado.

Lugar y fecha. *Huanuco 16 de febrero 2015*

Firma del Profesional Experto.

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y Nombres del Informante:
- 1.2. Cargo e Institución donde labora:
- 1.3. Nombre del Instrumento motivo de evaluación:
"EVALUACIÓN DE SERVICIO DE SALUD"
- 1.4 Título de la Investigación:
"IMPACTO DEL CUIDADO DE SALUD BUCAL SOBRE EL GRADO DE EDENTULISMO EN PERSONAS ENTRE 20 A 60 AÑOS DE EDAD EN EL DISTRITO DE PILI CO MARCA - HUÁNUCO. 2015".
- 1.5 Autor del Instrumento: Villanueva Rivera Mariluz - Come Jara Yuly Maria.

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.			X		
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en elementos observables.				X	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.				X	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.				✓	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad					X
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de la investigación.				X	
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico-científicos.				✓	
8. COHERENCIA	Entre las dimensiones, indicadores e índices.				X	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.					X
10. OPORTUNIDAD	El instrumento será aplicado en el momento oportuno o más adecuado según sus procedimientos.					X
PROMEDIO DE VALIDACIÓN						

Adaptado de OLANO, Atilio (2003).

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN: 80%. IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

(...) El instrumento puede ser aplicado, tal como está elaborado.

(...) El instrumento debe ser mejorado antes de ser aplicado.

Lugar y fecha: Huánuco, 19 de Febrero del 2015

Firma del Profesional Experto.


 Dr. José P. Robles León
 Rematador Oral
 C.O. 12413 RUC 877

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y Nombres del Informante: *C. Jara Yuly Maria*
- 1.2. Cargo e Institución donde labora:
- 1.3. Nombre del Instrumento motivo de evaluación:
Guía de observación de hábitos de higiene bucal
- 1.4. Título de la Investigación:
"IMPACTO DEL CUIDADO DE SALUD BUCAL SOBRE EL GRADO DE EDENTULISMO EN PERSONAS ENTRE 20 A 60 AÑOS DE EDAD EN EL DISTRITO DE PILICOMARCA - HUÁNUCO. 2015".
- 1.5. Autor del Instrumento: Villanueva Rivera Mariluz - Come Jara Yuly Maria.

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.			X		
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en elementos observables.				X	
3. ADECUACIÓN	Se refiere al avance de la ciencia y tecnología.				X	
4. VALORACIÓN	Se refiere a la importancia de los aspectos en cantidad y calidad.				X	
5. VALORACIÓN	Se refiere a la importancia de los aspectos de la investigación.				X	
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico-científicos.					X
8. COHERENCIA	Entre las dimensiones, indicadores e índices.					X
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación.					X
10. OPORTUNIDAD	El instrumento será aplicado en el momento oportuno o más adecuado según sus procedimientos.				X	
PROTECCIÓN						

II. Opinión de validación: *Buena* (Opinión de validación)



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN DE HUÁNUCO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO
PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA


En Cayhuayna, a los 17 días del mes de Abril del año dos mil quince, siendo las 12 horas con 00 minutos, y de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la UNHEVAL, se reunieron en el aula N° 301 de la EAP de Odontología, los miembros del Jurado Calificador de tesis, nombrados con Resolución N° 091-2015-UNHEVAL-FM-D, de fecha 13.Abr.2015, para proceder con la evaluación de la Tesis titulada: "IMPACTO DEL CUIDADO DE SALUD BUCAL SOBRE EL GRADO DE EDENTULISMO EN PERSONAS ENTRE 20 A 60 AÑOS DE EDAD EN EL DISTRITO DE PILLCO MARCA HUÁNUCO. 2015", elaborado por las Bachilleres en Odontología VILLANUEVA RIVERA, Mariluz y CORNE JARA, Yuly María.

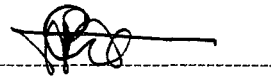
El Jurado Calificador de Tesis está conformado por los siguientes docentes:


- | | |
|-------------------------------------|-------------|
| + CD. César Lincoln GONZÁLES SOTO | Presidente |
| + CD. Rafael CACHAY CHÁVEZ | Secretario |
| + CD. Víctor AZAÑEDO RAMÍREZ | Vocal |
| + Mg. Marco Antonio OLIVARES GARCÍA | Accesitario |

Finalizado el acto de sustentación de Tesis, el Presidente del Jurado Evaluador indica a los sustentantes y al público presente retirarse de la sala de sustentación por un espacio de cinco minutos para deliberar y emitir la calificación final, quedando Aprobado los sustentantes VILLANUEVA RIVERA, Mariluz y CORNE JARA, Yuly María, con la nota de 17 equivalente a Muy bueno con lo cual se da por concluido el proceso de sustentación de Tesis a horas 13:20, en fe de lo cual firmamos.

Cayhuayna, abril 17 del 2015


PRESIDENTE


SECRETARIO


VOCAL

- Bueno (14,15 y 16)
- Muy Bueno (17 y 18)
- Excelente (19 y 20)