



# Universidad de Huánuco

Facultad de Ciencias de la Salud

E.A.P ODONTOLOGÍA



**TESIS**

**CAUSAS QUE DETERMINAN LA EXODONCIA DENTAL EN PACIENTES  
ADULTOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CARLOS SHOWING  
FERRARI - AMARILIS 2016**

Para optar el título profesional de:

**DCIRUJANO DENTISTA**

**TESISTA**

LAURENTE CERVANTES, Beatriz

**ASESOR**

CD. Fernández Briceño, Sergio A

HUÁNUCO – PERÚ

2017

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo, en primer lugar a Dios por haberme dado la vida y permitirme culminar mi carrera profesional. A mis padres por ser el pilar más importante y por demostrarme su cariño y su apoyo incondicional.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a la Universidad de Huánuco por brindarme la oportunidad de poder estudiar, demostrar todo lo aprendido y hoy poder decir que soy una profesional. Agradecer a todos los docentes de la Escuela Académica Profesional de odontología por su esfuerzo y dedicación.

## RESUMEN

La investigación se realizó con el objetivo de determinar las causas que determinan la exodoncia dental en pacientes adultos que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis, 2016. El estudio fue de tipo de investigación básico, nivel descriptivo y método no experimental. La muestra de estudio estuvo formada por 100 pacientes adultos de ambos sexos. El instrumento para la recolección de datos se utilizó las Historias Clínicas y un cuestionario con preguntas relacionados a las causas que determinan la exodoncia dental. Por tanto, se llegaron a conclusiones: Un 56% de adultos presentaron edades entre 23 – 35 años con más extracciones dentales, de los cuales el 61% fueron de sexo femenino; el 59% de promedio general de pacientes afirmaron que la mala higiene bucal, la forma inadecuada de alimentarse, el nivel socioeconómico y el sistémico fueron las causas determinantes para la exodoncia dental.

Palabra Clave: Exodoncia dental.

## **SUMMARY**

The investigation was carried out with the objective of determining the causes that determine dental extraction in adult patients who attend the Carlos Showing Ferrari - Amarilis Health Center, 2016. The study was of basic research type, descriptive level and non-experimental method. The study sample consisted of 100 adult patients of both sexes. The instrument for data collection was used the Clinical Histories and a questionnaire with questions related to the causes that determine the dental exodoncia. Therefore, conclusions were reached: 56% of adults had ages between 23 - 35 years with more dental extractions, of which 61% were female; 59% of the general average of patients affirmed that poor oral hygiene, inadequate feeding, socioeconomic level and systemic level were the determining factors for dental exodontia.

Keyword: dental Exodontia.

## INDICE

<b>RESUMEN</b>	<b>5</b>
<b>SUMMARY</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>9</b>
<b>CAPÍTULO I</b>	<b>11</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA INDICE</b>	<b>11</b>
1.1. Descripción del problema	11
1.2. Formulación del problema	13
1.3. Objetivos de la investigación	14
Objetivo General	14
Objetivo específico	14
1.4. Hipótesis y/o sistema de hipótesis	14
1.5. Justificación	15
1.6. Viabilidad o factibilidad	16
1.7. Limitaciones	16
<b>CAPÍTULO II</b>	<b>17</b>
<b>MARCO TEÓRICO</b>	<b>17</b>
2.1. Antecedentes	17
2.2. Bases teóricas	22

2.3.	Definición de términos	42
2.4.	Sistema de Variables	43
2.5.	Operacionalización de variables	44
<b>CAPÍTULO III</b>		<b>45</b>
<b>MARCO METODOLÓGICO</b>		<b>45</b>
3.1.	Tipo, nivel y método de investigación	45
3.2.	Diseño y esquema de investigación	45
3.3.	Población y muestra	46
3.4.	Instrumentos de recolección de datos	47
3.5.	Técnicas de recojo, procedimiento y representación de datos	47
<b>CAPÍTULO IV</b>		<b>49</b>
	Resultados	49
	Discusión	60
<b>CAPITULO V</b>		<b>62</b>
<b>CONCLUSIONES</b>		<b>62</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>		<b>63</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>		<b>64</b>
<b>ANEXOS</b>		<b>70</b>



## INTRODUCCIÓN

Los dientes son órganos pequeños de consistencia, que actúan fundamentalmente en el proceso masticatorio como elementos pasivos, así como en el mecanismo de la fonación para asegurar la pronunciación de los sonidos dentilabiales; desempeñan además un gran papel en la conservación de la estética facial.

La dentición se considera parte del sistema digestivo. Su principal función consiste en el desmenuzamiento de los alimentos. Cada uno de los grupos de piezas dentarias tiene una función distinta: las piezas dentarias anteriores (incisivos y caninos) desgarran los alimentos, las pequeñas muelas anteriores (pre molares) los desmenuzan y las grandes muelas (molares) los trituran. Por este motivo, para desmenuzar adecuadamente los alimentos se necesita una dentición completa y fuerte.

La exodoncia es el acto quirúrgico mediante el cual se extraen los dientes de sus alvéolos con el menor trauma posible. Esta debe ser considerada como último recurso en la odontología moderna. Debemos tener como prioridad la promoción y prevención en busca de la conservación de las estructuras dentarias, como parte de la salud general de los individuos.

Son múltiples las causas que llevan a realizar alguna extracción dental de las diferentes etapas de la vida. En ocasiones se clasifican órganos dentales sanos, buscando mejorar la masticación o para prevenir o corregir una mal oclusión, pero en la mayoría de los casos se extraen por estar afectados por enfermedades que no solo impiden su función masticatoria, sino que ponen en riesgo la salud de la persona.

Es indispensable que nosotros como profesionales y estudiantes de odontología consideremos promover la salud bucal y dar a conocer las consecuencias que causan la pérdida de un órgano dentario en una edad temprana, tal como: maloclusión, padecimientos del ATM y atrofia de los músculos de la cara.

El propósito de la investigación es determinar las causas que determinan la exodoncia dental en pacientes adultos que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari - Amarilis 2016, para lo cual la presente tesis se encuentra dividida en cinco capítulos, de la siguiente manera:

Capítulo I: donde se detalló el motivo por el cual nos planteamos el problema, del estudio, la formulación del problema, la justificación de la investigación, los objetivos y las limitaciones.

En el capítulo II: se revisaron los conocimientos previos, señalando los antecedentes, las bases teóricas, definición de términos, hipótesis y variables del estudio.

En el capítulo III: se detalló la metodología del estudio, describiendo el tipo de estudio, el área de estudio, la población y muestra, el plan de recolección, análisis de procesamiento y presentación de los resultados.

En el capítulo IV: se presenta la interpretación de datos y contrastación de hipótesis.

En el capítulo V: se realizó la discusión, conclusión y recomendaciones

Finalmente se detallan las referencias bibliográficas y se muestran los anexos.

## CAPÍTULO I.

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Los dientes son órganos pequeños de consistencia, que actúan fundamentalmente en el proceso masticatorio como elementos pasivos, así como en el mecanismo de la fonación para asegurar la pronunciación de los sonidos dentilabiales; desempeñan además un gran papel en la conservación de la estética facial.<sup>1</sup>

La dentición se considera parte del sistema digestivo. Su principal función consiste en el desmenuzamiento de los alimentos. Cada uno de los grupos de piezas dentarias tiene una función distinta: las piezas dentarias anteriores (incisivos y caninos) desgarran los alimentos, las pequeñas muelas anteriores (pre molares) los desmenuzan y las grandes muelas (molares) los trituran. Por este motivo, para desmenuzar adecuadamente los alimentos se necesita una dentición completa y fuerte. Además, la dentadura toma parte en la estructuración del habla; si falta alguna pieza el habla se hace menos clara.<sup>2</sup>

En la antigua Mesopotamia, como refiere Febres Codero, las Tablas Asirías de la colección Kuyunjik mencionan que un “dentista” aconsejó a su Rey la tracción de los dientes de su hijo, por ser estos las causas de la enfermedad que padecía. Este concepto de infección focal se anticipa casi tres mil años al expresado por Hunter en 1910.<sup>3</sup>

En las culturas de la antigua India, imperios Persa y Chino, y en otras altas culturas primarias, prehelénicas o precolombinas, se encuentran referencias de distintos procesos odontológicos y, entre ellos de la avulsión dentaria. La exodoncia se practicaba golpeando directamente sobre la corona o sobre una

madera a modo de escoplo, lo que daba lugar a la fractura del diente o de las corticales óseas alveolares.<sup>4</sup>

Son múltiples las causas que llevan a realizar alguna extracción dental de las diferentes etapas de la vida. En ocasiones se clasifican órganos dentales sanos, buscando mejorar la masticación o para prevenir o corregir una maloclusión, pero en la mayoría de los casos se extraen por estar afectados por enfermedades que no solo impiden su función masticatoria, sino que ponen en riesgo la salud de la persona.<sup>5</sup>

Como señalan muchos investigadores en el campo de la salud bucal, las acciones preventivas son la mejor estrategia de afrontar los diversos problemas de salud desde el espacio geográfico de una comunidad hasta los de una nación y desde un orden individual hasta un orden poblacional. Donde el número de pacientes jóvenes y adultos que solicitan la extracción de un diente es elevado, debido a la poca higiene, estatus social y falta de información de medidas preventivas.<sup>6</sup>

La salud humana se presenta como un mosaico de diferentes situaciones donde interactúan los más diversos factores. Sin embargo, existe consenso mundial en que el alto número de patologías crónicas son las complicaciones más importantes dada las diferentes implicancias que conlleva, como por ejemplo: en el empobrecimiento de la calidad de vida, el impacto en la sociedad por los costos que demanda a los programas de salud, las limitaciones económicas que eventualmente sufren los pacientes que las padecen, las complicaciones en los tratamientos y toma de decisiones, etc. Las caries y las periodontopatías son las manifestaciones más claras en el ámbito oral, determinando diversas situaciones en su presentación, tratamiento y pronóstico.<sup>7</sup>

Con respecto a las descripciones hechas o fundamentadas me motivaron a realizar el siguiente problema a investigar:

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

Ante lo expuesto nos formulamos las siguientes interrogantes:

### **PROBLEMA GENERAL**

¿Cuáles son las causas que determinan la exodoncia dental en pacientes adultos que acuden al Centro Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis, 2016?

### **PROBLEMA ESPECÍFICO**

- ¿Cuáles son las edades y el sexo con más número de extracciones dentales en pacientes adultos en estudio?
- ¿Cuáles son las causas higiénicas que determinan a la exodoncia dental en pacientes adultos?
- ¿Cuáles son las causas alimenticias que determinan a la exodoncia dental en pacientes adultos?
- ¿Cuáles son las causas socioeconómicas que determinan a la exodoncia dental en pacientes adultos?
- ¿Cuáles son las causas del estado sistémico que determinan a la exodoncia dental en pacientes adultos?

### 1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

#### Objetivo General

- Determinar las causas de la exodoncia dental en pacientes adultos que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2016.

#### Objetivo específico

- Identificar la edad y sexo con más número de extracciones dentales en pacientes adultos en estudio.
- Describir las causas higiénicas que determinan a la exodoncia dental en pacientes adultos en estudio.
- Identificar las causas alimenticias que determinan a la exodoncia dental en pacientes adultos en estudio.
- Identificar las causas socioeconómicas que determinan a la exodoncia dental en pacientes adultos en estudio.
- Describir las causas del estado sistémico que determinan a la exodoncia dental en pacientes en estudio.

### 1.4. HIPÓTESIS

- **HI:** Las causas con mayor frecuencia que determinan la exodoncia dental en pacientes adultos que acuden al Centro de salud Carlos Showing Ferrari- Amarilis 2016.
- **HO:** Las causas con menor frecuencia que determinan la exodoncia dental en pacientes adultos que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari- Amarilis 2016.

## 1.5. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se justifica por las siguientes razones:

- **Razones teóricas:**

Es indispensable que nosotros como profesionales y estudiantes de odontología consideremos promover la salud bucal y dar a conocer las consecuencias que causan la pérdida de un órgano dentario en una edad temprana, tal como: maloclusión, padecimientos del ATM y atrofia de los músculos de la cara. Por tal razón y consiente con el compromiso que se tiene para contribuir con la población en la prevención de la perdida dentaria y en la búsqueda de problemas para encontrar respuestas que los solucionen, considero de vital importancia la realización de esta investigación, que además de lo antes señalado permitirá fortalecer los conocimientos y experiencias, conociendo los futuros cirujanos dentistas.

- **Razones prácticas:**

Como señalan muchos profesionales en el campo de la salud bucal, las acciones preventivas son la mejor estrategia de afrontar los diversos problemas de salud desde el espacio geográfico de una comunidad hasta los de una nación y desde un orden poblacional; ya que el número de paciente jóvenes y adultos que solicitan la extracción de un diente es elevado, debido a la poca higiene, estatus social y falta de información de medidas preventivas.

- **Razones Metodológicas:**

Esperando que esta investigación sirva de apoyo a la comunidad odontológica, de manera especial a los estudiantes de odontología, con la finalidad de identificar los elementos de riesgo que llevan a la mutilación dentaria, para generar estrategias y unir esfuerzos que eviten las consecuencias que el edentulismo conlleva.

## **1.6. VIABILIDAD O FACTIBILIDAD**

- La investigación es viable, porque se dispondrá con los recursos humanos, económicos y materiales necesarios para el estudio.
- La investigación es factible, porque se conducirá y dominará la metodología de la investigación correctamente según el problema planteado.

## **1.7. LIMITACIONES**

Para realizar la investigación se tendrá algunas limitaciones como: la falta de apoyo y cooperación de la muestra durante el estudio, así también el financiamiento para cubrir los gastos de viáticos, transportes y suministro institucional.



## CAPÍTULO II.

### MARCO TEÓRICO

#### 2.2. ANTECEDENTES

##### ANTECEDENTES INTERNACIONALES

David Enrique Villares López, José Ignacio Rosado Olarán, José Enrique Villares Rodríguez, Ana Isabel González González, Ricardo Rodríguez Barrientos. (2015) <sup>8</sup>

**“Análisis de las causas de exodoncia en dentición permanente en pacientes que acuden a la consulta de odontología de un centro de salud de atención primaria”**

**Objetivo:** El presente estudio persigue conocer las causas de exodoncia en la consulta de odontología de Atención Primaria en el Centro de Salud Juncal (Torrejón de Ardoz) y valorar que diente/s son los más subsidiarios de ser extraídos, ver si hay un mayor número de exodoncias según edad y sexo, conocer la frecuencia de extracciones en población inmigrante y conocer la carga que suponen las exodoncias en el contexto de la presión asistencial diaria en la Unidad de Salud bucodental. **Método:** Realizamos un estudio de campo, epidemiológico descriptivo, observacional transversal, siendo la población de estudio los pacientes mayores de 6 años que acuden a la consulta a demanda de odontología de Atención Primaria y que se les exodoncia uno o varios dientes de la dentición permanente. **Resultados:** Se realizaron 773 exodoncias, un 48% a varones y un 52% a mujeres. La media de edad fue 46,72 años y el grupo con mayor número de exodoncias fue el comprendido entre 60-69 (21,73%). La caries fue la causa más frecuente de exodoncia (63,9%), seguida de la enfermedad periodontal (17,6%) y la alteración de la erupción de los cordales (6,7%). **Conclusiones:** Es necesario

potenciar el desarrollo de actividades de promoción y prevención dental en la población infantil de 6-15 años en Atención Primaria e implementar actividades de higiene oral en población adulta, para disminuir la tasa de exodoncias en las Unidades de Salud bucodental.

**Roca, Cristóbal Alarcón Chile, (2014)<sup>9</sup>**

**“Diagnósticos que indican extracción dental en pacientes anticoagulados del hospital y CRS El Pino, San Bernardo, Chile, 2014”**

**Objetivo:** En esta investigación nos propusimos realizar un catastro de los diagnósticos que indiquen la necesidad de extracciones dentales para pacientes anticoagulados. **Método:** Nuestra investigación fue un estudio descriptivo que contó con una muestra de 154 pacientes anticoagulados del Hospital y CRS El Pino, San Bernardo, Chile 2014. A cada uno de los cuales se les realizó un examen oral, y se consignó en una ficha aquellos diagnósticos que indicaran una o más extracciones dentarias. **Resultados:** Un 57 % de los pacientes presentaba un diagnóstico que indicaba una o más extracciones dentales. Los diagnósticos dentales que indicaban extracción dental más frecuentes fueron la necrosis, que se consideró a aquellos dientes con la cámara pulpar expuesta al medio y decoronados (dientes al estado de resto radicular) (102), luego la periodontitis severa (98) y después el ADAC (17). Y el INR promedio fue de 2,3. **Conclusiones:** Hay una alta prevalencia de pacientes anticoagulados del CRS y Hospital El Pino que requieren de una o más extracciones. El valor promedio de INR se encuentra dentro del rango normal de un anticoagulado, por lo que podrían realizarse las exodoncias necesarias.

**Carlo Eduardo Medina Solís, América Patricia Pontigo Loyola, Eduardo Pérez Campos, Pedro Hernández Cruz, Rubén De la Rosa Santillana, José de Jesús Navarete Hernández, Gerardo Maupomes. (2013)<sup>10</sup>**

**“Principales razones de extracción de dientes permanentes en una muestra de adultos mexicanos”**

**Objetivo:** Identificar las razones principales para extracción dental en pacientes adultos que acuden a clínicas dentales universitarias. **Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal en 331 sujetos de entre 18 y 85 años de edad ( $45.37 \pm 13.85$ ) que acudieron a las clínicas dentales de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo entre enero y diciembre de 2009. Los datos sobre edad, sexo, diente y motivo para la extracción (clasificación de Kay & Blinkhorn, 1986) se analizaron mediante pruebas no paramétricas en STATA 9.0. **Resultados:** En total se realizaron 779 extracciones. La mayoría de las personas que requirieron el servicio fueron mujeres (66.8%). La principal razón fue por caries dental (43.1%;  $n = 323$ ), seguida de enfermedad periodontal (27.9%;  $n = 209$ ) y razones protésicas (21.51%,  $n = 161$ ). En promedio se realizaron más extracciones entre los pacientes de 45 a 85 años que entre los menores de 45 años ( $p < 0.01$ ). No se observaron diferencias significativas del motivo de extracción por sexo ( $p > 0.05$ ). Existieron diferencias ( $p < 0.001$ ) respecto al motivo de extracción en cuanto a edad (la extracción por enfermedad periodontal se incrementó conforme la edad); pacientes con visita única vs. Aquéllos con visitas múltiples (caries en pacientes presentándose por única vez vs. enfermedad periodontal en aquéllos con visitas múltiples). Por tipo de diente: superiores, posteriores y molares se extrajeron más por caries mientras que inferiores, anteriores e incisivos fueron extraídos más frecuentemente por enfermedad periodontal. **Conclusiones:** La caries dental fue la razón más común para la extracción de dientes, seguida por enfermedad periodontal. Se encontraron diferencias del motivo de las extracciones por características del paciente y del tipo de diente.

**Andrés Gómez Delgado, Mauricio Montero Aguilar (2007-2009)<sup>11</sup>**

**“Razones para la extracción de piezas dentales en la Facultad de Odontología”**

**Objetivos:** determinar las principales razones y reportar los patrones de extracción de piezas dentales en la población bajo estudio. **Materiales y métodos:** se incluyó a todos los pacientes que asistieron al servicio de exodoncia que presta la Facultad de Odontología, de la Universidad de Costa Rica, entre los años 2007 y 2009 de quienes se obtuvo el expediente clínico con la información completa. Se clasificó cada extracción en una de las ocho categorías preestablecidas y se evaluaron las variables: tipo de diente, sexo y edad del paciente. **Resultados:** se incluyeron 2618 exodoncias, de las cuales el 52% fueron realizadas a mujeres. La edad promedio de la población fue  $36,29 \pm 16,1$ . La caries dental fue la principal razón en el 50% de los casos, la enfermedad periodontal en el 17,8%, y las terceras molares en el 17%. Las mujeres buscaron más tratamientos electivos, mientras que, en los hombres las extracciones se realizaron sobre todo por caries y enfermedad periodontal. A partir de los 51 años de edad, la enfermedad periodontal se convirtió en la principal razón para extracción. **Conclusión:** los esfuerzos destinados a reducir la tasa de extracciones dentales por enfermedad, tienen que enfocarse a educar a la población costarricense sobre la caries y enfermedad periodontal, y futuros estudios deben monitorear el efecto de dichas intervenciones en el tiempo.

## ANTECEDENTES NACIONALES

CARLA SONIA SARAIVA SILVA (2006)<sup>12</sup>

**“Estudio comparativo de motivos de extracción dental en zonas urbano marginales de lima metropolitana y de la clínica estomatológica central de la Universidad Peruana Cayetano Heredia”**

**Objetivo:** Comparar los motivos de las exodoncias de dientes permanentes realizadas en zonas urbano-marginales de Lima Metropolitana (ZUM) de enero a setiembre del 2005 y en la Clínica Estomatológica Central (CEC) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia entre enero y diciembre del 2004. **Materiales y métodos:** Se revisaron las fichas clínicas para evaluar los motivos de extracciones dentales de 1025 piezas extraídas a 714 individuos en ZUM (promedio: 35.92 + 14.51 años. En la CEC se evaluaron las HC de 963 individuos con 1213 piezas extraídas (promedio: 39.50 + 17.42 años). Toda esta información se registró en una ficha de recolección de datos. **Resultados:** De las 1025 exodoncias realizadas en ZUM el motivo más frecuente fue caries dental (89.7%) seguido de enfermedad periodontal (8.0%). El porcentaje de exodoncias realizadas por caries dental fue mayor en mujeres (90.5%) y para enfermedad periodontal fue mayor en varones (10.0 %). La caries dental fue el motivo principal en individuos menores de 70 años, a partir de esta edad predominó la enfermedad periodontal y mixta. De las 1213 exodoncias realizadas en la CEC el motivo más frecuente fue caries dental (63.9%) seguido de ortodoncia (13.8%). En ambos casos fue mayor en varones. Ortodoncia fue el motivo principal entre los 10 y 19 años de edad. Tanto en ZUM como en la CEC se encontró que el tipo de diente extraído con mayor frecuencia fue la molar. En las ZUM fueron la primera molar superior derecha e inferior izquierda, mientras que en la CEC fueron las terceras molares superiores. **Conclusión:** En ZUM y en la CEC el motivo más frecuente fue caries dental, el cual afectó a todos los tipos dentarios. El número de exodoncias realizadas por individuo fue

mayor en ZUM (1.44 + 0.44) que en la CEC de la UPCH (1.26 + 0.59).  
Palabras clave: Extracción dental, caries dental, enfermedad periodontal.

## **ANTECEDENTES REGIONALES**

No se registra

### **2.2. BASES TEÓRICAS**

La exodoncia es el acto quirúrgico mediante el cual se extraen los dientes de sus alveolos con el menor trauma posible. Es una cirugía laboriosa que requiere una técnica muy cuidadosa, por lo que con frecuencia se producen accidentes y complicaciones desde muy simples hasta muy complejas.

La exodoncia debe ser considerada como último recurso en la odontología moderna. Debemos tener como prioridad única la promoción y prevención en busca de la conservación de las estructuras dentarias como parte de la salud general de los individuos.<sup>13</sup>

Son múltiples los estudios publicados sobre las causas por las que se realizan las Extracciones dentarias; como son:

#### **➤ CAUSAS HIGIENICAS**

En la universidad nacional de Colombia Durante los estudio de odontología, de la mano de profesores salubristas y comprometidos con la erradicación de las patologías bucodentales de mayor prevalencia e incidencia. José Domingo Prada Caballero, Víctor Hugo Montes Campuzano, Inés Tavera de Morales y Elkin Mejía Vélez, estos autores participaron en la realización de programas extramurales comunitarios que comenzaron a márcalo por el resto de la vida al observar tanta patología, tantas personas con mala y pésima higiene dental, caries dental y

periodontopatias que fueron causa para la realización de las exodoncias dentales. La cual estas personas quedaban desdentadas a causa de estas problemáticas.

En el año rural realizado en Galetas (Sucre) fue impactante encontrar una mayoritaria población con los mismos problemas detectados en los programas comunitarios de la universidad y con la atención odontológica, que todo lo solucionaban con exodoncias y, como consecuencia, desdentaban a la población, hasta el extremo de que personas jóvenes ya necesitaban prótesis totales.<sup>14</sup>

Por la cual es importante la **Higiene bucal**; Los primeros estudios epidemiológicos, llevados a cabo hace más de cuatro décadas, mostraron que la mayor prevalencia y severidad de la gingivitis y periodontitis estaban estrechamente asociadas con la mala higiene bucal de las poblaciones estudiadas, y todos los estudios posteriores lo siguieron confirmando.

Después de comer se puede hacer enjuagues con la propia saliva, que es antiséptica y remineralizante. También se puede frotar la lengua por todas las superficies dentales vestibulares, palatolinguales y oclusales.

Así mismo se pueden frotar con los dedos y con las uñas, o con una tela, gasa o toalla, con la cual se pueda retirar la placa bacteriana dental o residuos de alimentos adheridos a los dientes. Como sustancias abrasivas se pueden utilizar sal, arena, carbón molido u hojas de árboles y, si se tienen conocimientos específicos de plantas naturales, se puede acudir a frotarse con hojas de limón, mango o cualquier planta que tengas hojas con cierto grado de abrasividad.<sup>15</sup>

#### - **Enfermedad periodontal**

Viene a ser una infección causada por los microorganismos de la placa, y, como tal, desde principios de siglo se ha intentado la terapia antimicrobiana. En 1968 en hallazgo de Bader y Goldhaber de que la tetraciclina se excreta en la saliva y en el fluido gingival dio renovados ímpetus a estas modalidades terapéuticas.

Junto con el tratamiento instrumental de la bolsa periodontal, la terapia antimicrobiana puede ser importante para eliminar bacterias a las cuales no se puede llegar por medios instrumentales (bacterias en los tejidos o localizadas en zonas inaccesibles), El uso de agentes antimicrobianos también podría reducir las infecciones de cirugía periodontal o disminuir la frecuencia de visitas al mantenimiento, o ambas cosas.<sup>16</sup>

#### - **Cepillo dental**

Es un elemento constituido por manos de cerdas sujetas a una cabeza que actúan en forma de barrido o brillo en las superficies dentales y retiran los residuos de alimentos adheridos a ellas.<sup>17</sup>

El cepillo dental ha evolucionado a lo largo de la historia: en el año 3000 a.C., los Egipcios utilizaban pequeñas ramas con puntas desgastadas que llamaban “palos” para realizar su limpieza dental; posteriormente, los Chinos inventaron los cepillos con cerdas de jabalí siberiano, con mango de bambú o huesos de pollo; más adelante se le cambiaron las cerdas por suaves crines de caballo. Día a día han cambiado las formas, los diseños, las cerdas y todos los elementos que conforman el cepillo dental para cada paciente, dependiendo de sus necesidades, tenga muchas opciones en su elección de este elemento de higiene oral, cumpliendo con los requerimientos específicos para su uso y que no afecten a sus estructuras duras y blandas de la cavidad oral.<sup>18</sup>

#### - **El cepillado dental**

Se entiende como cepillado dental eficaz la eliminación mecánica de la placa dental supragingival y subgingival, llevada a cabo en el ámbito doméstico por el propio individuo o, si sus capacidades psicomotrices están limitadas por los cuidadores del mismo.



Los objetivos del cepillado son eliminar los restos de alimentos, interferir en la formación de la placa dentogingival, y estimular y queratinizar la mucosa de la encía.

Un excelente cepillado es el que se hace en forma minuciosa y logra un índice de placa bacteriana cero, es decir, ausencia total de residuos alimenticios o placa bacteriana dental, sin rayar o deteriorar el esmalte dental, sin lesionar los tejidos blandos adyacentes, mucosas o lengua y sin producir problemas locales o sistémicos que pueden ser producidos por sustancias no indicadas o no adecuadas.<sup>19</sup>

#### - **Cuidado o mantenimiento de los cepillos dentales**

Hay que tener los cepillos dentales limpios, asépticos, porque, de lo contrario pueden ser causantes de problemas locales o sistémicos en el organismo.

En 1990 Herazo Acuña y Del Río (100) realizaron una investigación en los cepillos dentales de una familia y encontraron además de las bacterias propias de la cavidad oral había bacterias gastroentéricas como la Echerichia Coli.

En 1997 en la Universidad de Cartagena los profesores Días Caballero, León Montoya, Vivero y Abello (102) realizaron una investigación en 50 baños de igual número de casas de Cartagena para evaluar el área de salpicadura máxima de la descarga de inodoros y su relación con su ubicación de los cepillos dentales. Encontraron que la mayoría de los cepillos estaban colocados a 108cm promedio de distancia de la taza del inodoro y que las salpicaduras producidas por la descarga del inodoro podían llegar hasta 145 cm, lo cual contaminaba o podía contaminar los cepillos dentales que se encontraban a distancias inferiores a 150cm.<sup>20</sup>

#### - **Técnicas de cepillado dental**

Es importante conocer las técnicas de cepillado ya que el paciente puede necesitar utilizar principios de varias técnicas para limpiarse adecuadamente. Guiar al paciente hacia unos métodos que satisfagan las necesidades individuales es más importante acentuar una técnica particular. Ningún método por sí solo es mejor que otro.

#### - **Técnica de Bass/ Sulcular**

Este método se acepta generalmente para eliminar de forma eficaz la placa del área del surco. Utilizada principalmente por pacientes periodontales.

Método: se coloca el cepillo en una posición de 45 grados hacia apical en el surco gingival, solo la primera hilera se aproximara al surco, mientras que la hilera adyacente tocara el margen gingival. Cuando el cepillo se presiona ligeramente, las cerdas se adaptan a la forma del surco. Se realiza una ligera vibración mesiodistal sin desplazar las cerdas del cepillo. Este movimiento tiene un efecto de succión, de modo que los restos existentes en el surco gingival o bolsa periodontal ascienden por capilaridad, "pasando" al cepillo. Las caras oclusales se cepillan con el cabezal paralelo a la superficie oclusal con movimiento vibratorio corto anteroposterior.<sup>21</sup>

#### - **Técnica vertical rotatoria / de barrido/de Stillman modificada**

Es útil para estimular y limpiar el área cervical.

Método: se colocan las cerdas del cepillo formando un ángulo de 45 grados con la superficie del diente, hacia apical y apoyadas ligeramente en la encía, luego se realiza un movimiento vertical de barrido desde gingival hacia la cara oclusal en forma repetida mediante un giro de mango. En las caras oclusales se colocan las cerdas perpendiculares haciendo un movimiento de barrido anteroposterior.

#### - **Técnica de Stillman**

Se busca una mayor queratinización de la mucosa mediante masajeo de la encía. Puede producir cierto grado de recesión gingival por eso se usa más la técnica modificada.

Método: se coloca el cepillo en la zona del surco gingival con angulación de 45 grados, se presiona ligeramente sobre el borde gingival y se efectúa un movimiento rotatorio del cabezal sin desplazar los filamentos.

#### - **Técnica de charters**

No es muy eficaz no elimina la placa del surco, su objetivo más bien es la limpieza de las áreas interproximales.

Método: el cepillo se coloca con angulación de 45 grados pero en el sentido contrario, hacia oclusal, y se efectúan movimientos rotatorios de vaivén a lo largo de la cara vestibular.

#### - **Técnica de Smith-Bell**

Método: se dirige el cepillo en la misma dirección que llevarían los alimentos durante la masticación, como si fuese una autoclisis alimentaria, un barrido desde coronal a apical del diente, con una angulación de 90 grados.

#### - **Técnica de fones/ circular**

Es común en pacientes no enseñados

Método: las cerdas se colocan perpendiculares al eje mayor del diente y se realizan movimientos giratorios ascendentes y descendentes con la boca cerrada en oclusión.<sup>22</sup>

#### - **Hilo dental**

El hilo dental permite el mejor acceso y sirve para limpiar correctamente las superficies dentales proximales planas o convexas de los pacientes con un tejido

periodontal sano que no ha sufrido recesión interproximal. El empleo del hilo dental también se recomienda para los pacientes que presentan pérdida del tejido interdental, aunque se debe recordar que es menos eficaz en las superficies radiculares cóncavas.

Existen distintos tipos de hilo dental. Se considera que el hilo dental sin cera es más eficaz para eliminar la placa.

Se han propuesto diversos métodos para utilizar la seda, cuya utilización depende de los siguientes principios:

1. El hilo debe fijarse con seguridad alrededor del dedo mayor de cada mano y tensarse dejando una pequeña distancia (2.5-5cm) entre los dedos índice y pulgar que lo sujetan. Deben ser necesario se puede recomendar un mango porta hilo como ayuda.
2. No se debe forzar el hilo dentro del surco gingival, ya que se puede provocar una lesión de los tejidos blandos. Debe pasarse suavemente a través de los puntos de contacto interproximales.
3. Se coloca en principio en la base del surco gingival y luego se mueve hacia arriba y hacia abajo entre el surco y el punto de contacto interproximal. El hilo se curva alrededor del diente procurando no lastimar el tejido gingival.
4. Existen varios tipos de grosores y textura que pueden aplicarse bajo puentes fijos o implantes.
5. Conviene comprobar con regularidad la técnica con la que el paciente aplica el hilo dental para garantizar su correcta utilización.<sup>23</sup>

- **Dentífricos (pasta dental)**

Los dentífricos contribuyen a la eliminación de la placa bacteriana mediante sus detergentes y abrasivos; si contienen flúor reforzaran el esmalte dental y prevendrán la caries.

Sus objetivos: son limpiar y pulir los dientes, mantener el aliento fresco, ser vehículo de agentes terapéuticos y favorecer la salud oral.

En función de su presentación existen cuatro tipos: polvo, pasta, líquido o gel.

#### **a) Principios activos, dentífricos terapéuticos**

Deber ser activos y biodisponibles en la formulación. La actividad del agente terapéutico depende de su eliminación en el lugar adecuado, de la concentración adecuada en el lugar de acción y de su sustentabilidad.

#### **b) Principios activos, dentífricos terapéuticos**

Deber ser activos y biodisponibles en la formulación. La actividad del agente terapéutico depende de su eliminación en el lugar adecuado, de la concentración adecuada en el lugar de acción y de su sustentabilidad.

##### **➤ Flúor, dentífrico anticaries**

Impide la disolución del esmalte por la acción de la placa dental. Se usan el fluoruro de estaño (es inestable y produce tinciones) monofluorofosfato de sodio, fluoruro de sodio (incompatible con algunos abrasivos) y el fluoruro de aminas. Han demostrado reducir considerablemente la incidencia de caries. El uso de dentífrico sin flúor no tiene ningún efecto anticaries.

- Inhibidores del cálculo

Los pirofosfatos y citratos de Zinc pueden prevenir el depósito de cálculo, impidiendo la precipitación de las sales minerales de la saliva en la placa, pero no eliminan el que ya existe. Aun así es más eficaz una buena técnica de cepillado.

- Agentes desensibilizantes.

Nitrato de potasio, cloruro de estroncio, nitrato de sodio precipitan taponando los túbulos dentinarios expuestos al aire. También se usan fluoruro de sodio

- Agentes antisépticos

Clorhexidina, derivados de amonio cuaternario, acción germicida o bacteriostática son dentífricos medicinales.

- Problemas gingivales

Triclosan, sobre todo si se combina con citrato de zinc.<sup>24</sup>

#### ➤ **Enjuagues bucales**

Al igual que las pastas dentales, los enjuagues bucales se utilizan sólo como saborizantes y en general para disimular el mal aliento. El enjuague debe ser un complemento de la higiene y cuidado bucal.

Existen en el mercado enjuagues que contienen fluoruro y son muy recomendables para niños que han recibido una aplicación tópica por el dentista. Los diferentes tipos de fluoruro para adultos deben ser recomendados por su dentista.

#### ➤ **Enjuagues antiplacas**

Otros enjuagues son llamados antiplaca, pero hasta hoy no existe ninguno que elimine más placa que el cepillado. El enjuague debe su acción antiplaca a su fórmula antiséptica y no a los textos comerciales. Si bien existen un par de enjuagues más efectivos, ninguno llega a las zonas difíciles del cepillado, entre diente y diente, o por debajo del margen de la encía. Solo ayudan a prevenir o a reducir la placa bacteriana que esté por encima del margen de la encía y pueden ser eficaces para controlar la gingivitis cuando el dentista le recomiende.

Un enjuague antiplaca debe mostrar eficacia contra bacterias que provocan enfermedades, no solamente contra cualquier bacteria.

Entre los compuestos químicos que contienen los enjuagues más efectivos y aceptables están solo de fórmula con clorhexidina (0.12 por ciento) y otro que

contiene timol-eucaliptos-mentol, los cuales ya se pueden conseguir en el mercado.

Un enjuague (15 a 20 ml) para ser más eficaz debe usarse de preferencia sin diluir y permanecer en la boca haciendo un buche de 30 a 60 segundos dos veces al día. Después del enjuague conviene no tomar o comer ningún alimento durante los próximos 30 minutos.<sup>25</sup>

## **CAUSAS SOCIOECONOMICAS**

Para algunos autores, el estado socioeconómico y su relación con el nivel cultural, puede influir en la ansiedad dental de modo que, de un bajo nivel socioeconómico se desprende una menor cooperación y un mayor nivel de carencia frente a los tratamientos dentales, ya que el bajo nivel cultural y económico entorpece el funcionamiento de los tratamientos, llevando así a la penosa decisión de la extracción dental.<sup>26</sup>

## **CAUSAS ALIMENTICIOS**

Son factores de riesgo para el padecimiento de enfermedades bucodentales, entre otros, la mala alimentación, el tabaquismo, el consumo nocivo de alcohol y la falta de higiene bucodental, aunque existen también diversos determinantes sociales.<sup>27</sup>

El régimen alimenticio y la manera en que se consumen los alimentos son, por tanto, importantes en el cuidado de la salud dental. Esto pone de manifiesto que el estilo de vida y los hábitos en la ingesta de las personas condicionan el estado de salud en todos los niveles físicos en que ésta se expresa.

Al hablar de salud dental significa algo más que dientes en buen estado. La integridad de la cavidad oral facilita una alimentación favorable, se necesita tener dientes y encías saludables para masticar y tragar los alimentos eficazmente y para absorber los nutrientes indispensables que, a su vez, proporcionan una salud

en general; de la misma manera, una nutrición equilibrada, como así también hábitos alimentarios adecuados fomentan una beneficiosa salud dental.

Por otro lado, es sabido que no todos los individuos tienen acceso de la misma forma al tratamiento y prevención en salud dental. Hay ciertos sectores de bajos ingresos que son los más afectados y esto repercute en su forma de alimentarse, ya que sumados a la ausencia de dentición o infecciones presentes está la escasa posibilidad de elegir alimentos sanos y nutritivos empeorando aún más la situación, ya que la mala alimentación (nutrición) agrava las enfermedades de la mucosa oral y es también un factor que favorece la dolencia.

Paralelamente existe un sector de la población que tiene la posibilidad cierta de acceder a las prácticas odontológicas y a mejorar su salud dental seleccionando los alimentos adecuados utilizando la información y formación que obtener por diferentes medios sociales, lo que lo hace totalmente voluntario, es decir, aquí si cabe la decisión personal de cada individuo.

Lo expuesto demuestra la evidencia relación que existe entre alimentos, nutrición, trastornos bucodentales y posibilidad de acceso al tratamiento y prevención, sumado a que durante toda la vida la alimentación y la nutrición continúan afectando la integridad de dientes, hueso, fosa oral, la resistencia a la infección y la longevidad del diente.<sup>28</sup>

## > **CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS**

- **Bebidas alcohólicas y cigarrillo (tabaquismo)**

Fumar desde muy joven, consumir mayor cantidad de tabaco y combinar el hábito tabáquico con las ingesta alcohólica aumentan el riesgo de producir cáncer oral. Además a esto debemos sumar la susceptibilidad individual relacionada con la propia genética, la cual define la capacidad enzimática del cuerpo para eliminar los carcinógenos derivados del tabaco. Como la nitrosamina o la benzopirina.



La evidencia actual demuestra que la enfermedad periodontal se inicia antes en los pacientes fumadores y que la pérdida de dientes se relaciona tanto como la cantidad diaria de tabaco consumido como el número de años de duración del hábito tabáquico. Debido a la pérdida de soporte periodontal provocada por el tabaco, este hábito afecta igualmente en forma perjudicial a los implantes dental, al acelerar la pérdida de soporte óseo, con lo que aumenta el riesgo de pérdida del implante, especialmente de aquellos colocados en el maxilar superior. Conviene resaltar que la evaluación del fracaso por la pérdida del implante.<sup>29</sup>

En relación con las caries dentales, el hábito tabáquico provoca una disminución en el flujo salival. Algunos autores incluso, valoran un diferente efecto neutralizador de la saliva de los fumadores. Además, su efecto sobre el soporte periodontal provoca el aumento de superficies radiculares expuestas, con lo que el riesgo de sufrir una lesión de caris también es mayor. Un estudio de longitudinal de seguimientos de pacientes en tratamiento periodontal durante 12 años mostró que los pacientes fumadores presentaban un mayor número de lesiones de forma estadísticamente significativa, así como una mayor presencia de estreptococos mutans.<sup>30</sup>

#### ➤ **Los carbohidratos**

Los carbohidratos son moléculas formadas por carbono hidrógeno de oxígeno, todos los carbohidratos son azúcares pequeños, solubles en agua (glucosa y fructosa. Por ejemplo), o bien cadenas como el almidón y la celulosa, que se elaboran enlazando subunidades de azúcar. si una carbohidrato se compone de una sola molécula de azúcar, se le describe como monosacáridos (“un azúcar” en griego), si se enlazan uno o más monosacáridos forman un disacárido (“dos azucares ”), o un polisacárido “muchos azucares”.<sup>31</sup>

#### • **Los carbohidratos presentes en el organismo**

Son tanto de origen oxígeno como endógeno. Los de origen exógeno proceden de la dieta, que contiene cereales (arroz, maíz, trigo), hortalizas (bulbos,

raíces, verduras), legumbres (alubias, garbanzos, guisantes, habas, lentejas), tubérculos (patatas), frutas, dulces, confituras, jaleas, mermeladas, leche y productos lácteos. Además tanto el hígado como la corteza renal pueden formar glucosa a partir de aminoácidos gluconeogénicos, ácido láctico y del glicerol de las grasas.<sup>32</sup>

- **Carbohidratos y la caries dental**

La caries dental es una de las enfermedades orales de mayor difusión. Su origen ha sido asociado a los carbohidratos de los alimentos desde el comienzo de la investigación científica de patologías dentales. Es todavía cierto que el tomar, alimentos que contienen carbohidratos supone un factor de riesgo.<sup>33</sup>

- **Azúcares de la dieta y prevalencia de caries**

El estudio de Vipeholm fue el primero en establecer una diferencia entre los efectos de la cantidad de azúcar que se ingiere frente a la frecuencia en su ingestión. El estudio demostró que la restricción del consumo de azúcar a cuatro comidas principales al día, no incrementa significativamente la actividad cariogénica, incluso si se administraban cantidades considerables de azúcar (300 g/día). En cambio, cuando, entre comidas, se su ministraron entre 8 y 24 refrigerios diarios conteniendo azúcar, la incidencia de caries creció de forma dramática.<sup>34</sup>

- **Frecuencia de ingestión de carbohidratos fermentables**

En lo que se refiere a conducta del paciente, el factor que conlleva un mayor riesgo de caries es la frecuencia de ingestión de carbohidratos fermentables. Está demostrado que lo que causa la caries es la frecuencia de consumo de carbohidratos fermentables, más que la cantidad total de carbohidratos consumidos. Los ácidos formados por la fermentación de los carbohidratos son ácidos orgánicos débiles y, en la mayoría de los casos, provocan únicamente una caries crónica de escasa importancia, que suele progresar a partir de una lesión

subsuperficial típica. La caries avanza más rápidamente si el consumo frecuente de azúcares se mantiene durante mucho tiempo o, si existe una deficiencia grave de factores protectores naturales.

En algunas circunstancias, la adición de ácidos muy erosivos puede exacerbar considerablemente el problema.<sup>35</sup>

### ➤ **CAUSAS DEL ESTADO SISTÉMICO**

Hoy en día, la relación entre la salud bucodental y la repercusión sobre el organismo de las enfermedades sistémicas, no solo no se discute, sino que numerosos estudios han demostrado ya su estrecha relación. Lo que se manifiesta en la boca puede afectar al resto del cuerpo y lo que sucede en el resto del cuerpo puede tener efecto en la boca. En otras palabras, la salud bucal es importante y está relacionada con la salud y el bienestar general.

La infección en la boca puede aumentar los niveles de azúcar en la sangre y hacer que la diabetes (que es una enfermedad sistémica) sea más difícil de controlar. Asimismo, se ha constatado que los adultos con diabetes mal controlada tienen un riesgo tres veces más alto de tener enfermedad periodontal que aquellos que no tienen diabetes y, aunque con mucha menor frecuencia y relevancia, la diabetes también podría causar otros problemas bucales como infecciones oportunistas como la candidiasis oral, boca seca, boca ardiente, agrandamiento de las glándulas salivales, infecciones post-exodoncia (extracción dental), o alteraciones en la percepción del gusto. Otro hecho que se encuentra ampliamente documentado es que la boca puede ser un depósito directo para la contaminación bacteriana de los pulmones, pasando los microorganismos de esta al sistema respiratorio, desarrollándose neumonías bacterianas. Además, personas con una inmunidad debilitada por diferentes motivos tienen más probabilidades de adquirir infecciones micóticas y virales en la boca así como algunos trastornos de la sangre, gastrointestinales como ERGE (Enfermedad de reflujo gastroesofágico) y enfermedades respiratorias que tienen también repercusión oral. Gran repercusión sobre la salud oral tienen también algunos de los medicamentos que se toman de

forma habitual para patologías sistémicas, en algunos casos comunes como la hipertensión o el insomnio. Algunos de estos fármacos pueden ocasionar boca seca (Xerostomía). Esta disminución de flujo salival genera diferentes problemas orales derivados de la falta de protección que tiene la saliva en la cavidad oral, que se ve suprimida al disminuir su síntesis. Entre otros, los principales problemas derivados de la disminución de saliva son: aumento del riesgo de caries dentales, infecciones bucales ocasionadas por agentes oportunistas como la *Cándida* y otras infecciones orales. Asimismo, la carencia de vitaminas pueden tener graves efectos en la boca y en los dientes, y el consumo de tabaco y los malos hábitos alimenticios pueden afectar también el territorio orofacial y la piel del rostro. La buena salud puede comenzar con la boca. Sin embargo, a menudo los padres, profesionales de salud y proveedores de servicios pasan por alto su relación con la salud general.<sup>36</sup>

#### - **La diabetes mellitus (DM)**

Se considera un síndrome que agrupa diferentes enfermedades crónicas, en general de etiología hereditaria, se caracteriza por una alteración del metabolismo de los hidratos de carbono, las proteínas y los lípidos.

Esta alteración global metabólica se produce por una insuficiente actividad periférica de la insulina que no siempre se debe a una disminución cuantitativa de esta. El déficit parcial o total de esta hormona segregada por el páncreas trae como consecuencias el aumento de glucosa en la sangre y su presencia en orina, ya que en condiciones metabólicas normales no debe hallarse.

La DM afecta a cerca de 4 % a 6% de la población mundial y casi un 80 % de los casos aparece después de los 50 años de edad. Debido al aumento de la incidencia de esta enfermedad se considera que el 20% de la población mayor de 65 años tiene DM.

Además se observan manifestaciones de tipo metabólico que se origina a partir de estados hiperglucémicos con la aparición de glucosuria, poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso.

## ✓ **Clasificación**

- DM tipo 1 o insulino dependiente (DMID)
- DM tipo 2 o no insulino dependiente (DMNID)
- Diabetes gestacional

### - **Diabetes tipo 1**

Abarca aproximadamente el 15 % de población diabética. Ocurre por lo general en niños y adolescentes pero puede aparecer a cualquier edad. Hay absoluta deficiencia de secreción de insulina que se suple con la administración exógena para prevenir la cetosis.

La etiopatogenia se resume en un proceso facilitado por la presencia de determinados alelos de clase II en el brazo corto del cromosoma, el cual a partir de la acción de una infección viral, toxinas o fracciones proteicas de diverso origen alimentario, desencadena en una autoagresión de origen inmunitario celular y humoral que ataca y distribuye las células beta de los Islotes de Langerhans, productoras de insulina.<sup>37</sup>

Cuando los niveles de insulina caen por debajo de los límites fisiológicos dejan de producir los efectos metabólicos reguladores de la glucemia y se altera el balance proteico y lipídico.

Esta alteración de la regularización metabólica conduce a un estado de hiperglucemia con tendencias a la cetoacidosis, la destrucción proteica progresiva y un deterioro generalizado que incluye el equilibrio ácido-base y el balance hidrosalino con la siguiente repercusión clínica, que implica la posibilidad aguda de muerte o crónica de complicaciones degenerativas si el proceso no se controla.

### - **Diabetes tipo 2**

Se caracteriza por un efecto de la secreción de la insulina o disminución de la sensibilidad tisular frente a ella.

La población que padece la DM de tipo 2 constituye alrededor del 80% de la población total de diabetes y afecta fundamentalmente a personas mayores de 40 años. El riesgo de desarrollo de tipo 2 de la DM aumenta con la edad, la falta de actividad física, el antecedente de diabetes gestacional, la obesidad, la hipertensión y las dislipidemias.

En general este tipo de diabetes cursa por años sin diagnóstico ya que la hiperglucemia evoluciona sin síntomas. Sin embargo el riesgo de desarrollo de las complicaciones a nivel macrovascular y microvascular es muy alto.

Las personas con DM tipo 2 responden de manera satisfactoria al descenso de peso, el control de la dieta, la actividad física y los hiperglucemiantes orales.

#### - **Diabetes gestacional**

Desde el punto de vista clínico esta entidad es muy parecida a la MD de tipo 2y la presentan entre 2 y el 4% de las embarazadas. Existe una intolerancia a la glucosa reversible, que se limita al período gestacional.

La DG aumenta el riesgo de morbimortalidad perinatal y la propensión de las madres que las padecen a que se establezcan hipertensión crónica y riesgo de contraer diabetes 5 a 10 años más tarde.<sup>38</sup>

#### - **Manifestaciones clínicas de la diabetes en la cavidad oral**

Ser diabético no significa tener lesiones en la cavidad oral sino que es un estado predisponente.

Las manifestaciones bucales más frecuentes son las siguientes:

#### - **Lesiones gingivales**

La primera etapa de la enfermedad periodontal y a menudo ocurre por una higiene deficiente que favorece la acumulación de la placa bacteriana sobre los dientes y las encías. Al principio consiste en una ligera inflamación, que luego evoluciona a un aspecto eritematoso, con sangrado y dolor.

Esta situación es reversible con sólo intensificar y corregir la higiene oral. En los informes diabéticos (en especial en el tipo 1, que son los que suelen padecer gingivitis), esta enfermedad progresa rápidamente a una periodontitis si no se corrige a tiempo la deficiencia higiénica.<sup>39</sup>

- **Lesiones periodontales**

Esta es la patología de la que más se habla en el caso de los pacientes diabéticos. Ella se presenta con las mismas características que en los individuos sanos con la diferencia de que se presentan con abscesos periodontales. Este tipo de infecciones afectan la necesidad de insulina, por lo que un correcto mantenimiento periodontal la dosis de insulina requeridas son menores.

- **Xerostomía**

La xerostomía tiene su origen en el aumento de la diuresis y la disminución de volumen de líquido extracelular, lo cual produce hiposialia.

En esta patología intervine la neuropatía periférica que contribuye a disminuir la cantidad de saliva. Esta falta de saliva trae aparejada la alteración del sentido del gusto y también de la sensación de ardor a causa de esta misma sequedad ya que hay atrofia de las papilas del dorso lingual. La falta de barrido produce sobre la superficie lingual pequeñas grietas de difícil. Los estados hiperglucémicos conducen rápidamente a la hiposialia ya que en el aumento de concentración de glucosa de sangre determine que aumente la presión osmótica para poder diluir esa gran cantidad circulante y no se comprometa la actividad renal.<sup>40</sup>

- **Infecciones micóticas**

Una de las características importantes en individuos diabéticos es la predisposición a infecciones por *Candida albicans*, un hongo oportunista que se encuentra dentro de la flora como microorganismo saprofito.

El equilibrio en que se halla puede romperse debido a las variables inmunológicas del paciente, el repetido uso de antibióticos o también el estado de cetoacidosis.

Muchas veces la presencia diabética se acompaña de candidiasis aguda, que se ubica preferentemente en el dorso de la lengua y el paladar duro y blando. Esta infección puede aparecer también en los genitales.<sup>41</sup>

## **ENFERMEDADES CARDIACOS**

Las enfermedades cardiovasculares son importantes por tratarse de un de los problemas de salud más frecuentes en la población y porque presenta altas tasas de morbilidad. El enfermo con patología cardiovascular es un paciente de riesgo en la clínica odontológica, en especial cuando no está controlado desde el punto de vista médico.

Los factores que contribuyen a la hipertensión además de la tensión emocional, son la obesidad, dieta inadecuada, con ingestión de abundantes alimentos ricos en colesterol y triglicéridos, sedentarismo, tabaquismo o diabetes.

La atención odontológica en pacientes hipertensos:

Un paciente hipertenso bien controlado no supone riesgo en la clínica, aun que, debido a las situaciones de estrés que se puedan producir en la misma, hay que tener presente las siguientes consideraciones en estos enfermos durante el manejo clínico odontológico:

- Conocer si existen antecedentes personales de hipertensión.
- Realizar una interconsulta
  - Conocer el control de la hipertensión
  - Saber que medicamentos toma en este momento<sup>42</sup>

### **- Paciente con arritmias cardiacas**

Las arritmias cardíacas pueden aparecer en individuos sanos, en pacientes con diversos tratamiento farmacológicos y en personas con ciertas enfermedades sistémicas.



El corazón debe bombear sangre de forma constante y continúa; si por cualquier razón se interrumpe, no llegara la sangre a todos los tejidos del organismo. En la aurícula derecha hay un grupo de células que constituyen el nódulo sinusal, que actúa como un marcapasos. En él se producen impulsos eléctricos dependerá de la actividad en cada momentos, desde 60 a 80 latidos por minuto en situación de descanso, hasta 200 latidos por minuto durante el ejercicio. Cuando la generación o conducción de los impulsos eléctricos es defectuosa se producen las arritmias.

Los síntomas asociados a las arritmias son la aparición de palpitaciones, mareos, disnea, síncope y angor. Pudiendo incluso desencadenar un paro cardíaco. El dentista puede prevenir muchas urgencias médicas relacionadas con las arritmias si es consciente de las cuales son sus pacientes de riesgo y toma las preocupaciones oportunas durante el tratamiento dental.<sup>43</sup>

## **LA ANEMIA**

Es un signo de temprana presentación, suscitado en gran parte por el déficit de eritropoyetina, si bien también influyen otros factores, como las hemorragias gástricas, la hemolisis de los glóbulos rojos derivada de la misma uremia, la desnutrición o el déficit de hierro, de vitamina B12 y de ácido fólico. La inmunidad celular se ve afectada por el deterioro de la quimiotaxis en los granulocitos y por el menor número de linfocitos B, pues existe una cierta atrofia de los órganos linfoides. Una inmunidad humoral atenuada por el déficit gammaglobulinas contribuye al notable aumento de las incidencias de las infecciones bacterianas. La hemostasia se encuentra limitada. Existe una disfunción de las plaquetas que menoscaba su capacidad de adhesión y de agregación. Se manifiesta por la aparición de petequias y por una mayor facilidad para el sangrado de la piel y en las mucosas ante pequeñas agresiones.<sup>44</sup>

## **REACCIONES ALÉRGICAS**

Generalmente las reacciones alérgicas son ocasionadas por drogas. Para el odontólogo es necesario reconocerlas y hacer el diagnóstico diferencial con las lesiones dermatológicas, que presentan manifestaciones gingivales.

Al incorporar el arsenal terapéutico sulfonamidas, barbitúricos y una variedad de antibióticos, la sensibilidad ha aumentado.

Las manifestaciones de la sensibilidad por drogas son multiformes. Se pueden apreciar formaciones vesiculares o bulbosas, pigmentadas o no en forma de máculas. La encía está frecuentemente comprendida dando manifestaciones erosivas. Cuando se compromete toda la mucosa gingival puede tener características descamativas. Las manifestaciones clínicas de la respuesta alérgica al uso de determinado dentífrico, se expresa con frecuencia por una descamación del epitelio que deja una zona eritematosa a veces ligeramente dolorosa, el pronóstico de estas lesiones es bueno si se logra descubrir el alérgeno.<sup>45</sup>

### **2.3. DEFINICIÓN DE TERMINOS**

#### **La exodoncia:**

Es el acto quirúrgico mediante el cual se extraen los dientes de sus alveolos con el menor trauma posible. Es una cirugía laboriosa que requiere una técnica muy cuidadosa, por lo que con frecuencia se producen accidentes y complicaciones desde muy simples hasta muy complejas.<sup>46</sup>

#### **Higiene bucal**

Los primeros estudios epidemiológicos, llevados a cabo hace más de cuatro décadas, mostraron que la mayor prevalencia y severidad de la gingivitis y periodontitis estaban estrechamente asociadas con la mala higiene bucal de las poblaciones estudiadas, y todos los estudios posteriores lo siguieron confirmando.

<sup>47</sup>

#### **Los carbohidratos**

Los carbohidratos son moléculas formadas por carbono hidrógeno de oxígeno, todos los carbohidratos son azúcares pequeños, solubles en agua (glucosa y

fructosa. Por ejemplo), o bien cadenas como el almidón y la celulosa, que se elaboran enlazando subunidades de azúcar.<sup>48</sup>

### **Caries dental**

La caries dental es una de las enfermedades orales de mayor difusión. Su origen ha sido asociado a los carbohidratos de los alimentos desde el comienzo de la investigación científica de patologías dentales. Es todavía cierto que el tomar, alimentos que contienen carbohidratos supone un factor de riesgo.<sup>47</sup>

### **El cepillado dental**

El cepillado de dientes es el primer paso en la higiene bucodental para eliminar la placa y restos alimenticios de la superficie de los dientes.<sup>49</sup>

### **Técnicas de cepillado dental**

Es importante conocer las técnicas de cepillado ya que el paciente puede necesitar utilizar principios de varias técnicas para limpiarse adecuadamente. Guiar al paciente hacia unos métodos que satisfagan las necesidades individuales es más importante acentuar una técnica particular. Ningún método por sí solo es mejor que otro.<sup>50</sup>

## **2.5. SISTEMA DE VARIABLES**

Variable principal

- Causas que determinan la exodoncia dental

Variable intervinientes

- Edad
- Sexo

## 2.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION
VARIABLE PRINCIPAL			
Causas que determinan la exodoncia dental.	Causas higiénicas.	* Cepillado * Pasta dental * Enjuague * Hilo Dental	Nominal
	Causas socioeconómicas	* Ingreso Económico * Accesibilidad al Tratamiento	Nominal
	Causas alimenticias	* Consumo de sustancias nocivas * Consumo de carbohidratos	Nominal
	Causas del estado sistémico	* Diabetes * Anemia * Reacciones alérgicas * Enfermedades Cardíacas	Nominal
VARIABLE INTERVINIENTE			
EDAD	Años	23 – 35 36 – 45 46 – 65	De razón
SEXO	Género	Femenino Masculino	Nominal

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1. TIPO, NIVEL Y MÉTODO DE INVESTIGACIÓN**

➤ **Tipo de investigación**

El estudio pertenece al tipo básica, donde se caracteriza porque parte de un marco teórico y permanece en él; la finalidad radica en formular nuevas teorías o modificar las existentes, en incrementar los conocimientos científicos, pero sin contrastarlos con ningún aspecto práctico.

➤ **Nivel de investigación**

El estudio pertenece al nivel descriptivo, porque tuvo el propósito de describir las situaciones y eventos; es decir cómo y como se manifestó un determinado fenómeno.

➤ **Método de investigación**

El estudio pertenece al método no experimental, porque la variable no fue manipulada; por otra parte, la muestra no recibió ningún estímulo durante la investigación.

#### **3.2. DISEÑO Y ESQUEMA DE INVESTIGACIÓN**

- El diseño de la investigación estuvo representado por el descriptivo simple. Dicho esquema fue el siguiente.

**M – O**

Dónde:

**M:** estuvo representado por la muestra en estudio

**O:** representó a la observación de la variable en estudio.

### 3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

- ✓ **Población:** Estuvo conformado por 100 pacientes de ambos sexos, divididos en tres grupos de edades: 23 – 35 años, 36 – 45 años, 46 – 65 años que fueron sometidos a exodoncia dental, cuando acudieron al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari- Amarilis.
- ✓ **Muestra:** Para la selección de la muestra se utilizó el método de muestreo No probabilístico por conveniencia; es decir, la muestra estuvo representada al 100% de la población estimada.

Para obtener la muestra se tuvo en cuenta los siguientes criterios:

- ✓ **Criterios de inclusión**
  - Paciente que representan exodoncias dentales entre las edades 23 a 65 años de ambos sexos.
  - Pacientes que requieren participar en el estudio según el acontecimiento informado firmado.
- ✓ **Criterios de exclusión**
  - Pacientes sin problemas dentales
  - Pacientes que abandonan durante la recolección de
  - datos.

### **3.4. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

#### **✓ Técnicas**

- Análisis documental, para obtener datos importantes de la muestra en estudio que acudieron al servicio de odontología – Centro de Salud Carlos Showing Ferrari.
- Encuesta, donde fueron encuestados todos los pacientes que presentaron exodoncia dental de la muestra en estudio.

#### **✓ Instrumentos**

- Para el análisis documental, como instrumento se utilizó las Historias Clínicas de la muestra seleccionado para obtener los datos de la variable interviniente.

Para la encuesta, como instrumento se utilizó un cuestionario con preguntas relacionados a las causas que determinan la exodoncia dental en pacientes de la muestra seleccionada.

### **3.5. TÉCNICAS DE RECOJO, PROCEDIMIENTO Y REPRESENTACIÓN DE DATOS**

#### **a) Técnicas de recojo**

- Construcción de instrumentos de recolección de datos.
- Revisión y validación del instrumento por profesionales expertos en la investigación.
- Aplicación del instrumento a las muestras seleccionadas para el estudio.

### **b) Procedimientos de datos**

- Los datos fueron tabulados después de la aplicación del instrumento a la muestra estudiado, mediante el proceso manual por el paloteo por ser sencillo, preciso y exacto; donde la muestra fue pequeña.
- Los datos fueron procesados mediante la estadística descriptiva para medir la dispersión a través del programa Excel.

### **c) Presentación de datos**

- Los datos se presentaron en tablas o cuadros estadísticos de una y doble entrada según los objetivos y variables de investigación.
- Los datos se presentaron en figuras o gráficos relacionados a los cuadros diseñados.



## CAPITULO IV

### RESULTADOS

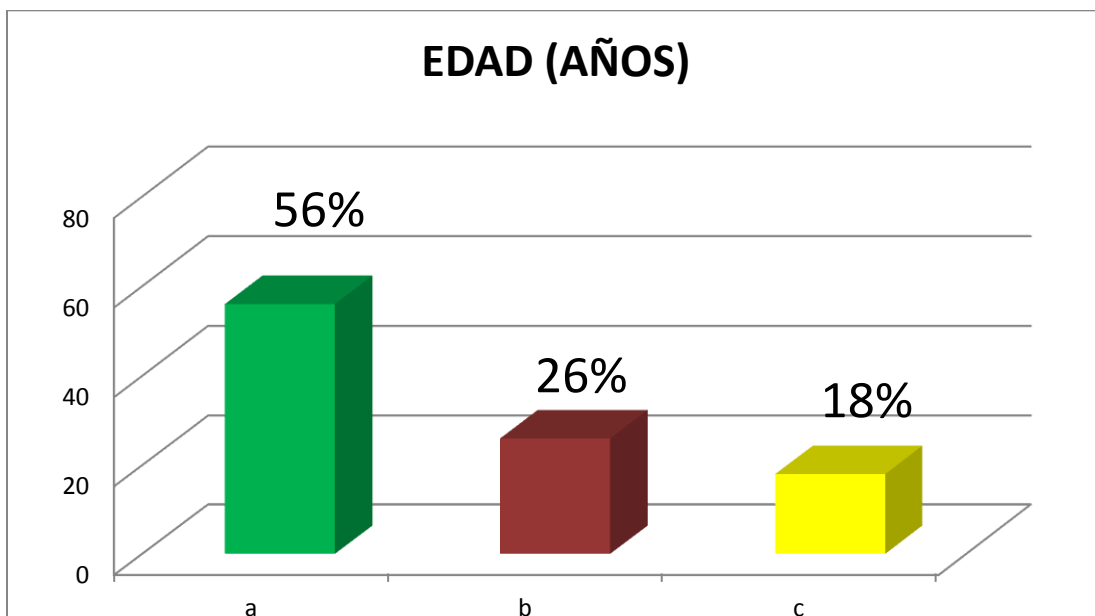
#### CUADRO N° 1

PACIENTES ADULTOS SEGÚN EDAD CON MÁS NÚMERO DE EXTRACCIONES DENTALES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CARLOS SHOWING FERRARI – AMARILIS, 2016.

EDAD (años)	N°	%
23 - 35	56	56
36 - 45	26	26
46 - 65	18	18
TOTAL	100	100

Fuente: encuesta

#### GRÁFICO N°1



EDAD (años):

a: 23 – 35

b: 36 – 45

c: 46 – 65

## INTERPRETACIÓN

Un porcentaje de 56% (56) de pacientes adultos estudiados presentaron edades entre 23-35 años que más números de extracciones dentales tuvieron, el 26% (26) presentaron edades entre 36-45 años y, el 18 % (18) entre 46 – 65 años.

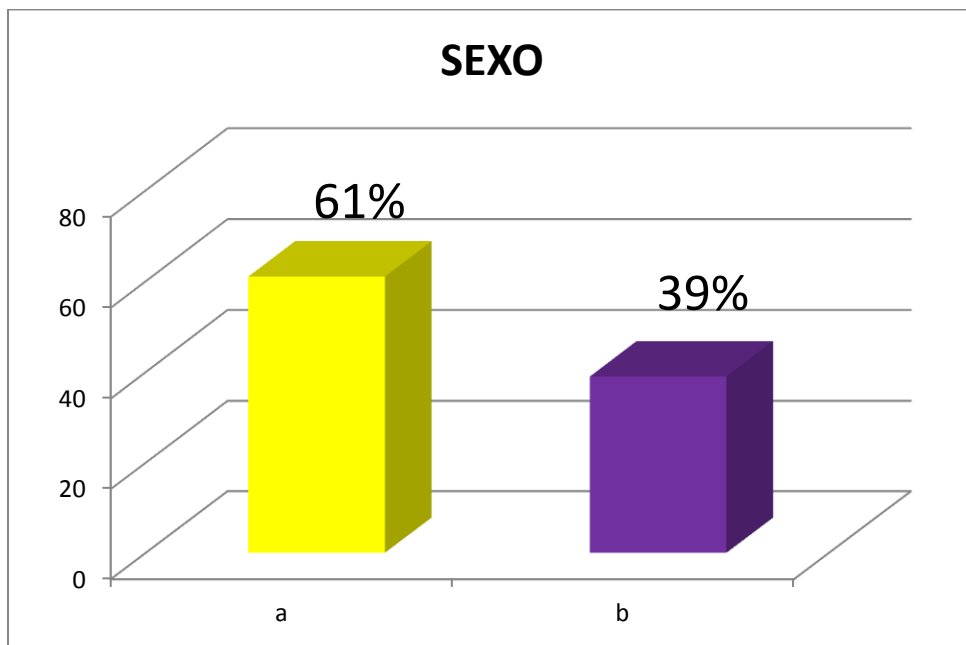
### CUADRO N° 2

PACIENTES ADULTOS SEGÚN SEXO CON MÁS NÚMERO DE EXTRACCIONES DENTALES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CARLOS SHOWING FERRARI – AMARILIS, 2016.

SEXO	N°	%
FEMENINO	61	61
MASCULINO	39	39
TOTAL	100	100

Fuente: encuesta

### GRÁFICO N° 2



a: Femenino

b: Masculino

## INTERPRETACIÓN

Un porcentaje de 61% (61) de pacientes adultos estudiados pertenecen al sexo femenino que más número de extracciones dentales presentaron y, el 39% (39) fueron de sexo masculino.

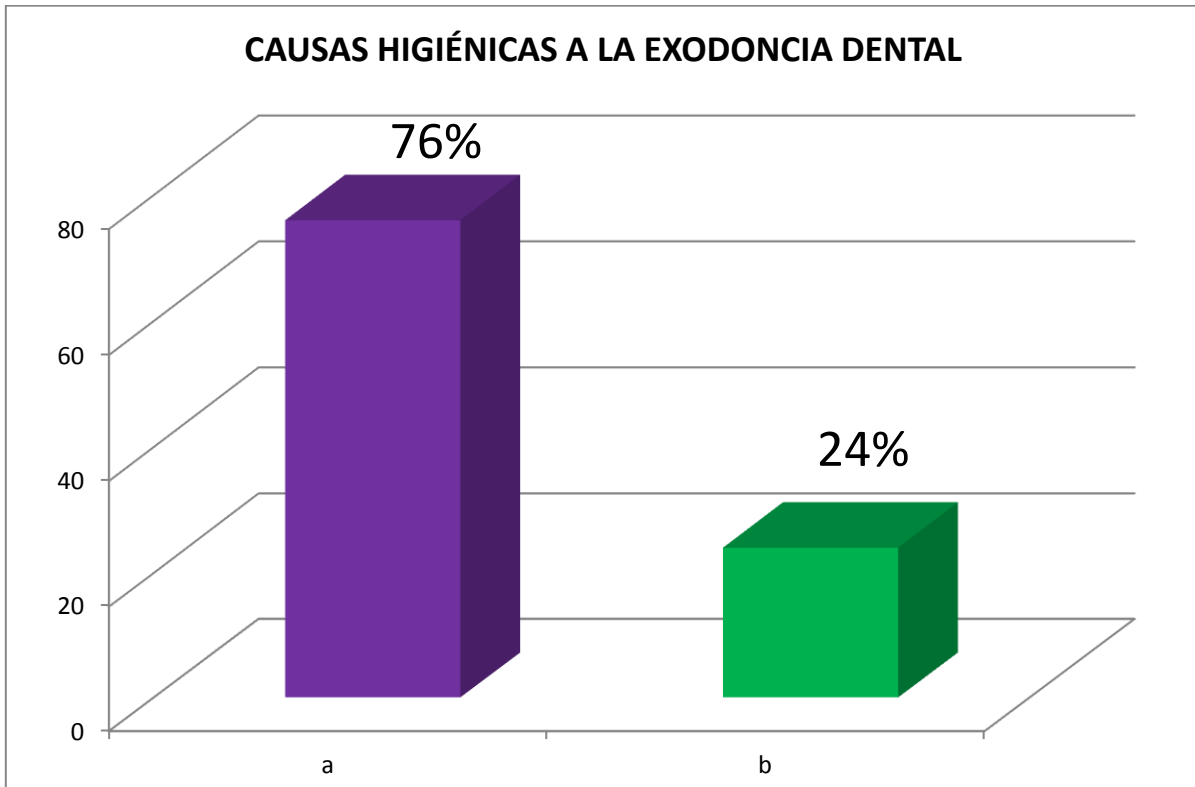
### CUADRO N° 3

CAUSAS HIGIÉNICAS QUE DETERMINAN A LA EXODONCIA DENTAL EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CARLOS SHOWING FERRARI – AMARILIS, 2016.

CAUSAS HIGIENICAS A LA EXODONCIA DENTAL	PACIENTES				TOTAL	
	SI		NO			
	N°	%	N°	%	N°	%
-El inadecuado cepillado del diente le causó para realizarse la exodoncia dental	96	96	4	4	100	100
-Por no usar la pasta dental para su higiene fue la causa para acudir a la exodoncia dental.	94	94	6	6	100	100
-El inadecuado enjuague bucal después de la higiene dental fue la causa para ingresar a la exodoncia dental.	32	32	68	68	100	100
-La mala utilización del hilo dental después de una alimentación fue la causa para acudir la exodoncia dental.	80	80	20	20	100	100
PROMEDIO TOTAL	76	76	24	24	100	100

Fuente: encuesta

**GRÁFICO N° 3**



a : SI

b : NO

### INTERPRETACIÓN

Un promedio de 76% (76) de pacientes adultos estudiados afirmaron que las Inadecuadas higiene bucal son causas determinantes para la exodoncia dental y, el 24% (24) no son las causas.

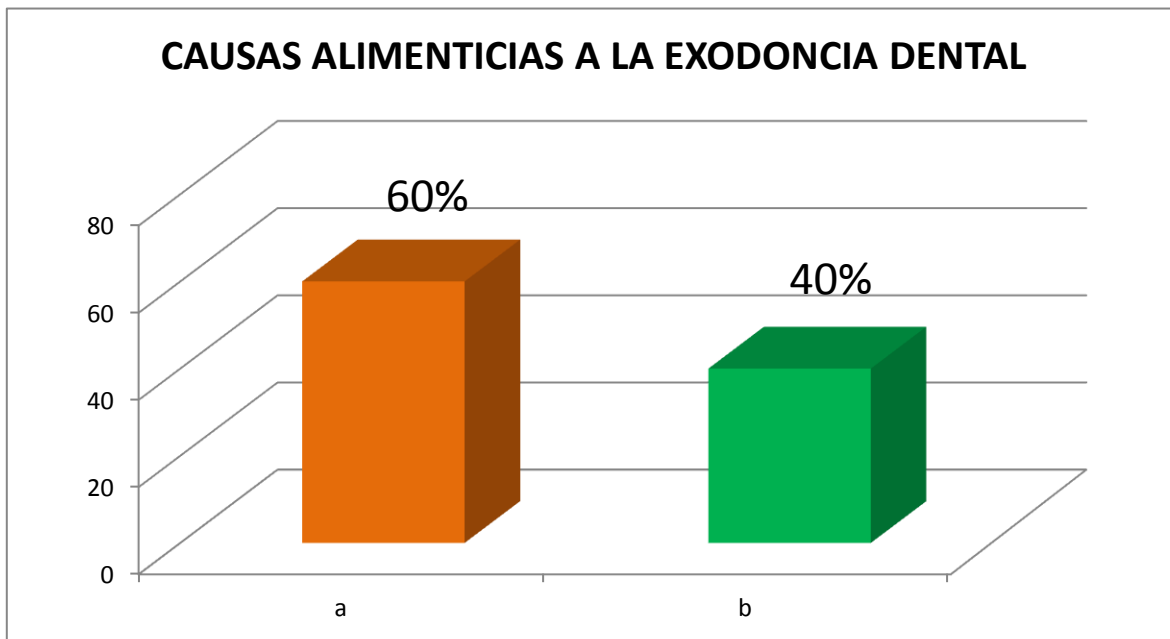
#### CUADRO N° 4

CAUSAS ALIMENTICIAS QUE DETERMINAN A LA EXODONCIA DENTAL EN  
PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CARLOS  
SHOWING FERRARI – AMARILIS, 2016.

CAUSAS ALIMENTICIAS A LA EXODONCIA DENTAL	PACIENTES				TOTAL	
	SI		NO			
	N°	%	N°	%	N°	%
-El consumo de sustancias nocivas fue la causa para ingresar a la exodoncia dental.	24	24	76	76	100	100
-Los alimentos a base de dulces fue la causa para ingresar a la exodoncia dental.	87	87	13	13	100	100
-La inadecuada alimentación nutritiva fue la causa para que acuda a la exodoncia dental.	68	68	32	32	100	100
PROMEDIO TOTAL	60	60	40	40	100	100

Fuente: encuesta

GRÁFICO N° 4



a: SI

b: NO

#### INTERPRETACIÓN

Un porcentaje promedio de 60%(60) de pacientes adultos manifestaron que el alimentarse inadecuadamente son causas determinantes para la exodoncia dental y, el 40% (40) manifestaron que no son las causas.

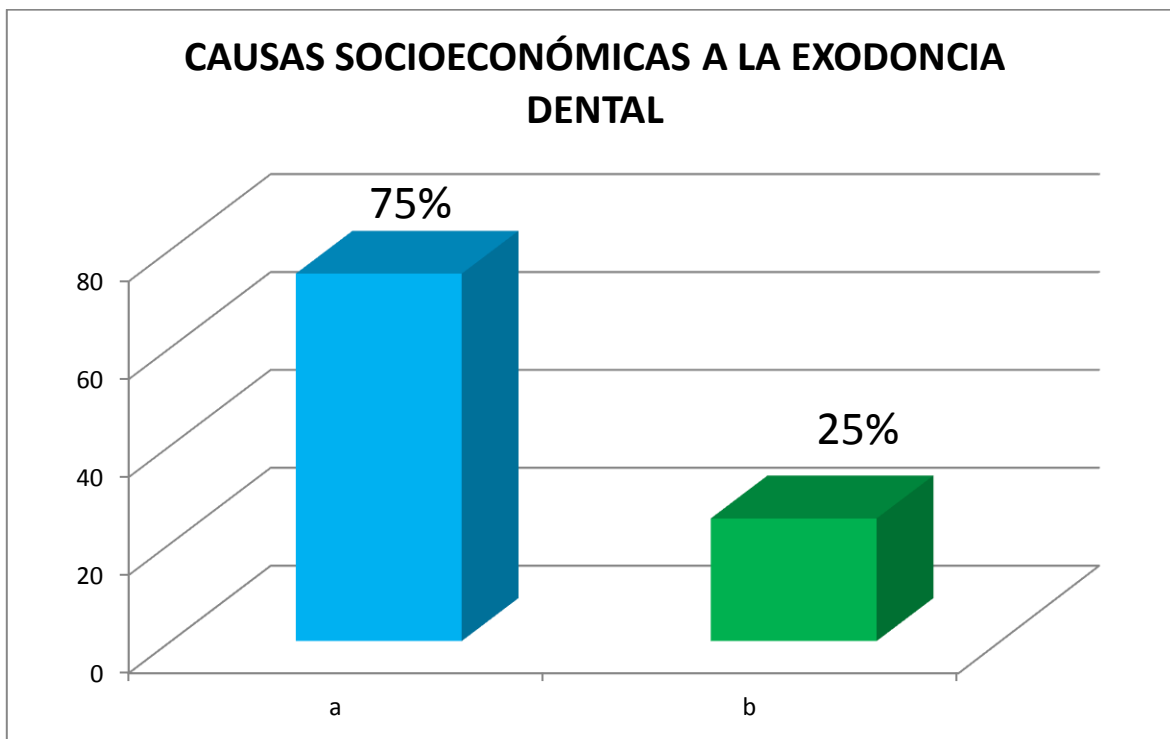
### CUADRO N°5

CAUSAS SOCIOECONÓMICAS QUE DETERMINAN A LA EXODONCIA DENTAL EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CARLOS SHOWING FERRARI – AMARILIS, 2016.

CAUSAS SOCIOECONOMICAS A LA EXODONCIA DENTAL	PACIENTES				TOTAL	
	SI		NO		N°	%
	N°	%	N°	%		
-El ingreso económico que perciben fue la causa para acudir a una exodoncia dental.	57	57	43	43	100	100
-La falta de conocimiento no acude a su tratamiento dental y es causa para la exodoncia.	92	92	8	8	100	100
PROMEDIO TOTAL	75	75	25	25	100	100

Fuente: encuesta

**GRÁFICO N° 5**



a : SI

b : NO

### INTERPRETACIÓN

Un porcentaje promedio de 75% (75) de pacientes adultos estudiados indicaron que el nivel socioeconómico son causas determinantes para la exodoncia dental y, el 25% (25) indicaron que no son las causas.



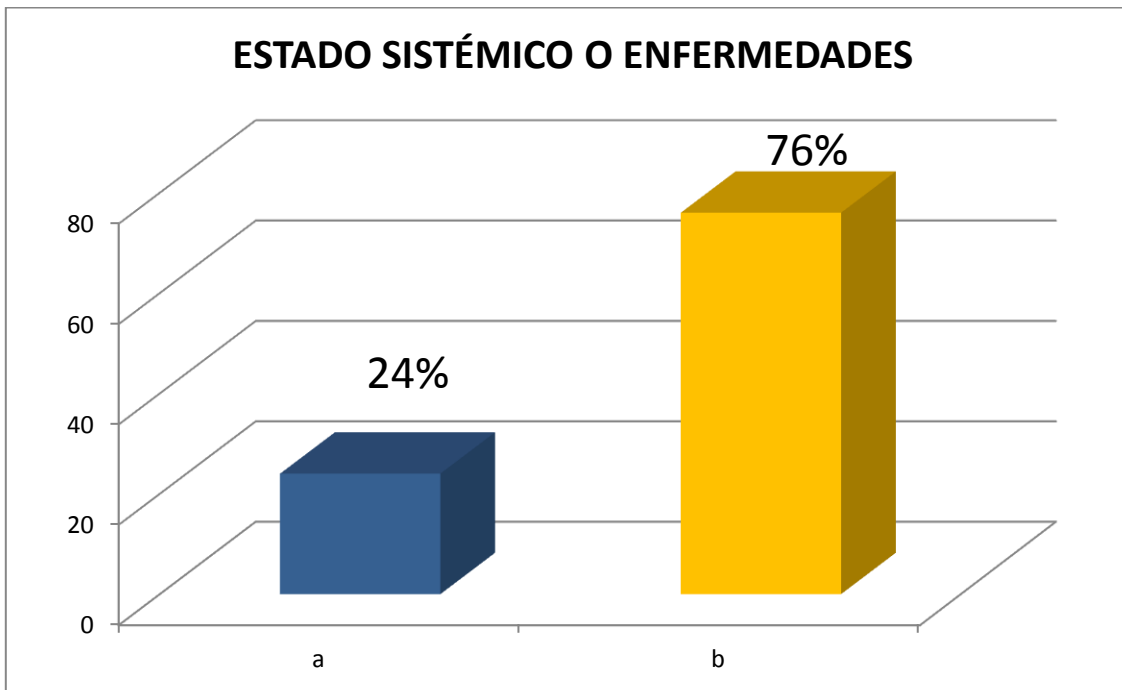
### CUADRO N° 6

CAUSAS DEL ESTADO SISTÉMICO O ENFERMEDADES QUE DETERMINAN A LA EXODONCIA DENTAL EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CARLOS SHOWING FERRARI – AMARILIS, 2016.

ESTADO SISTEMÁTICO O ENFERMEDADES	N°	%
SI	24	24
NO	76	76
TOTAL	100	100

Fuente: encuesta

### GRÁFICO N° 6



a : SI

b : NO

## INTERPRETACIÓN

Un porcentaje promedio de 76% (76) de pacientes adultos estudiados demostraron que el estado sistémico o enfermedades no son causas determinantes para la exodoncia dental y, el 24% (24) si son determinantes causas.

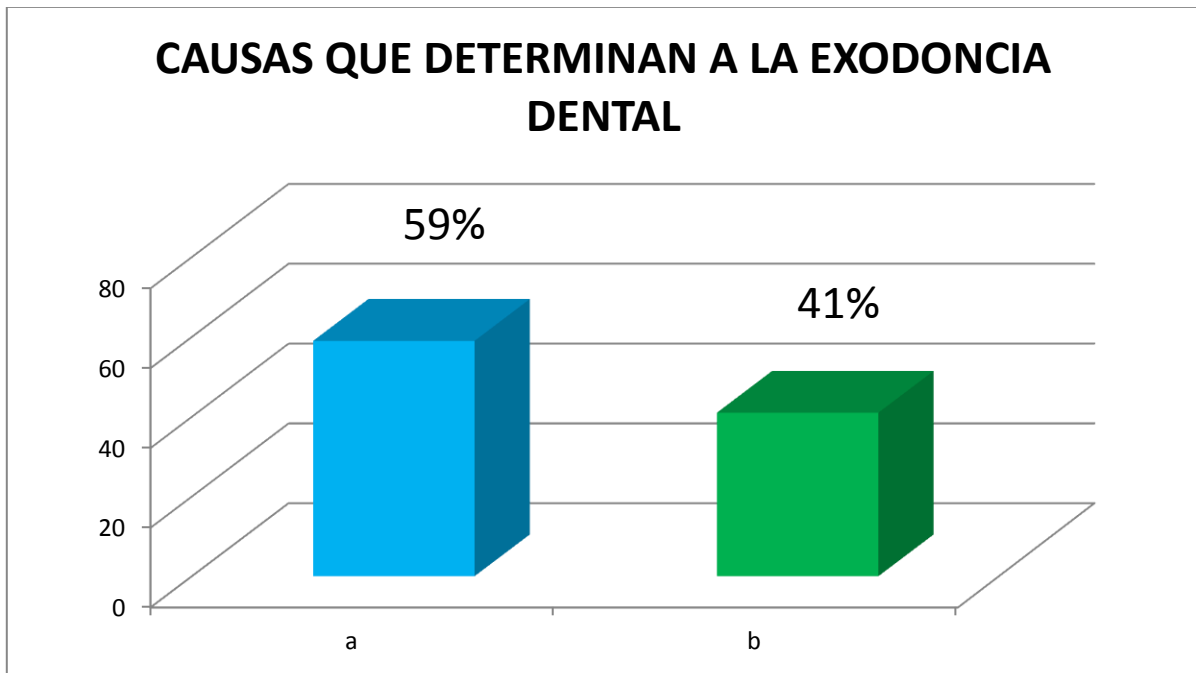
### CUADRO N° 7

CAUSAS QUE DETERMINAN LA EXODONCIA DENTAL EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CARLOS SHOWING FERRARI – AMARILIS, 2016.

CAUSAS A LA EXODONCIA DENTAL	PACIENTES				TOTAL	
	SI		NO		N°	%
	N°	%	N°	%		
• Higiénicas bucal	76	76	24	24	100	100
• Alimenticias	60	60	40	40	100	100
• Socioeconómicas	75	75	25	25	100	100
• Sistémico	24	24	76	76	100	100
PROMEDIO TOTAL	59	59	41	41	100	100

Fuente: encuesta

GRÁFICO N° 7



a : SI

b : NO

### INTERPRETACIÓN

Un porcentaje promedio de 59% (59) de pacientes adultos estudiados demostraron que la mala higiene bucal, la inadecuada forma alimentarse, el nivel socioeconómico y el estado sistémico o enfermedades si son causas determinantes para la exodoncia dental y, el 41% (41) demostraron que no son causas determinantes.

## DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Según los resultados obtenidos en la investigación “Causas que determinan la exodoncia dental en pacientes adultos que acuden al centro de salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis”. Se encontraron que un porcentaje de 56% de pacientes estudiados presentaron edades entre 23 – 35 años que más número de extracciones dentales tuvieron y, el 61% pertenecieron al sexo femenino. Un 76% afirmaron que la mala higiene bucal fueron las causas determinantes para la exodoncia dental; el 60% fueron la forma inadecuada de alimentarse para la exodoncia dental; el 75% fueron el nivel socioeconómico para la exodoncia dental; el 76% demostraron que el estado sistémico o enfermedades no fueron las causas determinantes para la exodoncia dental. Un promedio general de 59% de pacientes de la muestra estudios demostraron que dichas causas indicadas anteriormente son las causas determinantes para la exodoncia dental. Frente a ello, Gustavo Alfonso Sotelo y Soto menciona que la exodoncia es el acto quirúrgico mediante el cual se extraen los dientes de sus alvéolos con menor trauma posible. Esta debe ser considerada como último recurso en la odontología moderna. Debemos tener como prioridad la promoción y prevención en busca de la conservación de las estructuras dentarias, como parte de la salud general de los individuos. Por otra parte, Cosme G, y Leonardo B. indican que la exodoncia es aquella parte de la cirugía maxilofacial o bucal que se ocupa, mediante unas técnicas e instrumental adecuado, de practicar la avulsión o extracción de un diente o porción del mismo, del lecho óseo que lo alberga.

De tal modo, Villares L, Rosado O, Villares R, Gonzales G, Rodríguez B. señalan que en su estudio encontraron el grupo con mayor número de exodoncia fue el comprendido entre edades de 60 – 69 (21, 73%). La caries fue la causa más frecuente de exodoncia (63, 9%), seguida de la enfermedad periodontal (17, 6%). Y la alteración de la erupción de los cordales (6,7%). De los cuales, dichos resultados que presentan los autores en mención no tiene ninguna relación con los datos encontrados en nuestro estudio.

Así mismo, Carlos Eduardo Medina y Cols. En su estudio de 779 extracciones realizados; la mayoría de las personas fueron mujeres (66,8%); la principal razón fue por caries dental (43.1%), seguida de enfermedad periodontal (27.9%) y razones protésicas (21.51%). En promedio se realizaron más extracciones entre los pacientes de 45 – 85 años que entre los menores de 45 años. No se observaron diferencias significativas del motivo de extracción por sexo. Dando énfasis, que la caries dental fue la razón más común para la extracción de dientes, seguido por enfermedad periodontal. Se encontraron diferencias del motivo de las extracciones por características del paciente y del tipo de diente. Resultados que encontraron dichos autores en su estudio no presentan ninguna semejanza con los datos percibidos en nuestra investigación.

Por otro lado, Andrés Gómez y Mauricio Montero en su estudio informan que un 52% de mujeres se realizaron la exodoncia dental; la edad promedio de la población fue de  $36,29 \pm 16,1$ . La caries dental fue la principal razón en el 50% de los casos, la enfermedad periodontal en el 17,8% y las terceras molares en el 17%. Las mujeres buscaron más tratamientos electivos, mientras que en los hombres las extracciones se realizaron sobre todo por caries y enfermedad periodontal. A partir de los 51 años de edad, la enfermedad periodontal se convirtió en la principal razón para la extracción. Por tanto, los autores que indican los resultados no concuerdan con las dimensiones o indicadores propuestas y los resultados obtenidos dentro nuestra investigación.

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES

1. Según los datos generales, un porcentaje mayoritario de 56% de pacientes adultos estudiados presentaron edades entre 23 – 35 años que más número de extracciones dentales tuvieron y, el 61% fueron de sexo femenino.
2. Un porcentaje promedio de 76% de pacientes adultos de la muestra estudiados afirmaron que la mala higiene bucal son las causas determinantes para la exodoncia dental.
3. Un porcentaje promedio de 60% de pacientes adultos de la muestra estudiados manifestaron que la forma inadecuada de alimentarse fueron las causas determinantes para la exodoncia dental.
4. Un porcentaje promedio de 75% de pacientes adultos de la muestra estudiados indicaron que los niveles socioeconómicos fueron las causas determinantes para la exodoncia dental.
5. Un promedio porcentual de 76% de pacientes adultos de la muestra estudiados demostraron que el estado sistémico o enfermedades no son causas determinantes para la exodoncia dental.
6. Un porcentaje promedio general de 59% de pacientes adultos estudiados demostraron que la mala higiene bucal, la forma inadecuada de alimentarse, el nivel socioeconómico y el estado sistémico fueron causas determinantes para la exodoncia dental.

## **SUGERENCIAS O RECOMENDACIONES**

1. El Profesional y Estudiantes de la Carrera Odontológica deben potenciar el desarrollo de actividades de promoción y prevención dental en la población rural y urbana de la Región Huánuco, para disminuir la tasa de exodoncia en las unidades de salud bucodental.
2. Los Estudiantes de Odontología que realizan sus prácticas comunitarias y asistenciales hospitalarias deben promover la salud bucal y dar a conocer las consecuencias que causa la pérdida de un órgano dentario en una edad temprana en la población de Instituciones Educativas de Huánuco.
3. Los futuros Cirujanos Dentistas deben contribuir con la población en la prevención de la pérdida dentaria y en la búsqueda de problemas para encontrar respuestas y dar solución en el campo de la salud bucal.
4. Realizar estudios similares con otras poblaciones e Instituciones de esta manera confrontar datos y tener como antecedentes para otros estudios a nivel regional y nacional.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Emili Cuenca sala, Pilar Vaca García. Odontología Preventiva y Comunitaria. 4ª ed. España: Elsevier Masson; 2005.
2. Cosme Gay Escoda, Leonardo Berini Aytes. Cirugía Bucal. 1ª ed. Barcelona: ERGON S.A; 1999.
3. Carlos Maccuzet Olivar. Anestesia local en Odontología. 2ª ed. México: Manual moderno; 2006.
4. GEOFFREY L. HOW. La extracción dental. 3ª ed. México: Manual Moderno; 1994.
5. Gustavo Alfonso Sotelo y Soto. Técnicas Quirúrgicas en Exodoncia y Salud Bucal. Universidad Veracruzana. (2008). 2 (1) 1- 62.
6. JOEL M. BERNS. ¿Por qué reponer una Muela Perdida? 2ª ed. España: Quintessence S. I.; 1998.
7. J.O. Andreassen y F. M. Andreassen. Lesiones dentarias traumáticas. 1ª ed. Madrid: Médica panamericana S.A.; 1990.
8. David Enrique Villares López, José Ignacio Rosado Olarán, José Enrique Villares Rodríguez, Ana Isabel González González, Ricardo Rodríguez Barrientos . Análisis de las causas de exodoncia en dentición permanente en pacientes que acuden a la consulta de odontología de un centro de salud de atención primaria. Dialnet. (2015); 12 (1). 7-14.



9. Cristobal Alarcón. Diagnósticos que indican extracción dental en pacientes anticoagulados del hospital y CRS El Pino, San Bernardo, Chile, 2014. *Andrés Bello* (2015); 16(1): 23.
10. Carlo Eduardo Medina Solís, América Patricia Pontigo Loyola, Eduardo Pérez Campos, Pedro Hernández Cruz, Rubén De la Rosa Santillana, José de Jesús Navarrete Hernández, Gerardo Maupomes. Principales razones de extracción de dientes permanentes en una muestra de adultos mexicanos. *Investigación Clínica.* , 2013; (65)-2: 141-149.
11. Andrés Gómez Delgado, Mauricio Montero Aguilar, Razones para la extracción de piezas dentales en la Facultad de Odontología, Universidad de Costa Rica. *UCR.*, 2011; (13)-1: 36-41.
12. Carla Sonia Saravia Silva. Estudio comparativo de motivos de extracción dental en zonas urbano marginales de lima metropolitana y de la clínica estomatológica central de la universidad peruana Cayetano Heredia. *universidad peruana Cayetano heredia.*2006; 1-55.
13. Cosme Gay E. Leonardo Berini A. *Op.cit.*, p. 25.
14. Herazo Acuña, Benjamín. *Clínica del sano en odontología.* 4°Ed. Bogotá: Eco Ediciones; 2012.
15. *Ibit.*, p. 54.
16. *Ibit.*, p. 65.
17. *Ibit.*, p. 72.

18. Ibit., p. 74.

19. Félix de Carlos Villafranca, Noelia Alfonzo Hernández, Pilar Fernández Mondragón, Olga Mansilla, Tajerina, Ángela García Pérez, Luis Hernández Gonzales, Libia López Iglesias, Carmen Perillán Méndez, Belén Días Esnal, Berta Pardo López, Covadonga Álvarez Abad, Mónica Cobo Plana, José García Bermejo, José Manuel Ania palacios, Carmen Rosa Junquera Velazco, Luis Silva García, Juan Manuel Cobo Plana, Juan José García Fernandez. Higienistas Dentales. Vol. 2. ed. España: Mad; 2006.

20. Herazo Acuña B. Op.cit., p. 76.

21. Félix de Carlos V, Noelia Alfonzo H, Pilar Fernández M, Olga Mansilla, Tajerina, Ángela García P, Luis Hernández Gonzales, Libia López I, Carmen Perillán M, Belén Días E, Berta Pardo L, Covadonga Álvarez A, Mónica Cobo P, José García B, José Manuel A, Carmen Rosa J, Luis Silva G, Juan Manuel C, Juan José F. Op.cit., p. 45.

22. Ibit., p. 56.

23. Julio Barrancos Mooney, Patricio J. Barrancos Operatoria Dental Integración Clínica. 4ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2006

24. Félix de Carlos V, Noelia Alfonzo H, Pilar Fernández M, Olga Mansilla, Tajerina, Ángela García P, Luis Hernández Gonzales, Libia López I, Carmen Perillán M, Belén Días E, Berta Pardo L, Covadonga Álvarez A, Mónica Cobo P, José García B, José Manuel A, Carmen Rosa J, Luis Silva G, Juan Manuel C, Juan José F. Op.cit., p. 62.

25. Agustín Zerón. Como conservar sus dientes y sus encías toda la vida. 1ª ed. México: D.F; 2003.
26. Lucia Lago Méndez. Exodoncia tercer molar inferior anatómico, quirúrgico y ansiedad dental en el postoperatorio. 3º Ed. Colombia: medico panamericana; 2012.
27. Organización Mundial de la Salud [Sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>. Consultado: abril de 2012.
28. María Natalia Giménez. Nutrición y Alimentación: Su relación con la Salud Bucal. [Tesis Doctoral]. Rosario, Santa Fe: Panamericana; 2011.
29. Emeli Cuenca Sala, Pilar Baca García. Op.cit., p.30.
30. Ibit., p. 31.
31. Teresa Audesirk, Gerald Audesirk. Biología la vida en la tierra. 6ª ed. Cuba: R.C.A; 2001.
32. M. Hernández Rodríguez, A. Sastre Gallego. Tratado de nutrición. 1ª ed. Madrid: Días de Santos; 2001.
33. Organizaciones de las naciones unidas por la agricultura y la alimentación. Carbohidratos en la nutrición humana. 1ª ed. Roma: Viale delle Terme di Caracalla; 1999.

34. Ibit., p. 42.

35. Graham J. Mount, W.R.Hume. conservación y restauración de la estructura dental. 1ª ed. Madrid, España: Harcourt Brace; 1999.

36. Human Technology. Relación entre la salud bucodental y la salud general. [Sitio en Internet]. Disponible en:  
<http://btibiotechnologyinstitute.com/mx/pacientes/salud-dental/relacion-entre-salud-bucodental-y-salud-general/>. Consultado: noviembre de 2011.

37. Eduardo L. Ceccotti, Ricardo R. Sforza, Julio Cesar Carzoglio, Ricardo Luberti, Juan Carlos Flichman. El diagnóstico en clínica estomatológica. 1ª ed. Buenos Aires: Médica panamericana; 2007.

38. Ibit. P. 47.

39. Ibit., p. 49.

40. Ibit., p. 51.

41. Ibit., p. 52.

42. Francisco J. Silvestre, Andrés Plaza. Odontología en pacientes especiales. 1ª ed. España: Guada Impresores SL; 2007.

43. Ibit., p. 37.

44. Ibit., p. 39.

45. María Beatriz Ferro Camargo. Fundamentos de la odontología. 2ª ed. Bogotá: CTP; 2007.

46. Cosme Gay E. Leonardo Berini A. Op.cit., p. 39.

47. Herazo Acuña, B. Op.cit., p. 45.

48. Teresa Audesirk, G. Op.cit., p. 56.

49. Organizaciones de las naciones unidas por la agricultura y la alimentación. Op.cit., p.37.

50. Félix de Carlos Villafranca, Noelia Alfonzo Hernández, Pilar Fernández Mondragón, Olga Mansilla, Tajerina, Ángela García Peres, Luis Hernández Gonzales, Libia López Iglesias, Carmen Perillán Méndez, Belén Días Esnal, Berta Pardo López, Covadonga Álvarez Abad, Mónica Cobo Plana, José García Bermejo, José Manuel Ania palacios, Carmen Rosa Junquera Velazco, Luis Silva García, Juan Manuel Cobo Plana, Juan José García Fernandez. Higienistas Dentales. Op.cit., p. 56.

# ANEXOS

CAUSAS QUE DETERMINAN LA EXODONCIA DENTAL EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CARLOS SHOWING FERRARI-AMARILIS 2016					
PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
<p>Formulación del prolema ante lo expuesto formulamos los siguientes interrogantes</p> <p><b>Problema general:</b></p> <p>¿Cuáles son las causas que determinan la exodoncia dental en pacientes adultos que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari - Amarillis, 2016?</p> <p><b>Problema específico:</b></p> <p>¿Cuáles son las edades y el sexo con mas numeros de extracciones dentales en pacientes adultos en estudio?</p> <p>¿Cuáles son las causas higienicas que determinan la exodoncia dental en pacientes adultos?</p> <p>¿Cuáles son las causas alimenticias que determinan la exodoncia dental en pacientes adultos ?</p> <p>¿Cuales son las causas socioeconomicas que determinan a la exodoncia dental en pacientes adultos?</p> <p>¿Cuales son las causas del estado sistemico que determinan la exodoncia en pacientes adultos?</p>	<p><b>Objetivo general</b></p> <p>. Determinar las causas que determinan la exodoncia dental en pacientes adultos que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari - Amarillis, 2016.</p> <p><b>Obejetivos específicos</b></p> <p>. Identificar la edad y sexo con más número de extracciones dentales en pacientes adultos en estudio.</p> <p>. Describir las causas higiénicas que determinan la exodoncia dental en pacientes adultos en estudio.</p> <p>. Identificar las causas alimenticios que determinan la exodoncia dental en pacientes adultos en estudio.</p> <p>. Identificar las causas socioecnómicas que determinan a la exodoncia dental en pacientes adultos en estudio.</p> <p>. Describir las causas del</p>	<p>HI:Las causas que determinan la exodoncia dental son con mayor frecuencia en pacientes adultos que acuden al centro de salud Carlos Showing Ferrari-Amarillis</p> <p>HO:Las causas que determinan la exodoncia dental son con menor frecuencia en pacientes adultos que acuden al centro de salud Carlos Showing Ferrari - amarillis 2016</p>	<p><b>Variable principal</b></p> <p>. Causas que determinan la exodoncia dental.</p>	<p>. Causas Higiénicas</p> <p>. Causas Socioeconómicas</p> <p>. Causas Alimenticios</p> <p>. Causas del Estado Sistémico</p>	<p>. Cepillado</p> <p>. Pasta dental</p> <p>. Enjuague</p> <p>. Hilo dental</p> <p>. Ingreso económico</p> <p>. Accesibilidad al tratamiento</p> <p>. Consumo de sustancias nocivas.</p> <p>. Consumo de carbohidratos</p> <p>. Diabetes</p> <p>. Anemia</p> <p>. Reacciones alergicos</p> <p>. Enfermedades cardíacas</p>
	<p>. 23 - 35</p> <p>. 36 - 45</p> <p>. 46 - 65</p>	<p>. Años</p>	<p><b>Variable intervinientes</b></p> <p>. Edad</p> <p>. Sexo</p>	<p>. Género</p>	<p>. Femenino</p> <p>. Masculino</p>

TIPO, NIVEL Y MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	PRESUPUESTO
<p><b>Tipo de investigación:</b></p> <p>Pertenece al tipo básica.</p>	<p><b>Técnicas:</b></p> <p>*Análisis documental, para obtener datos importantes de la muestra en estudio que acuden al servicio de odontología - Centro de salud Carlos Showing Ferrari.</p> <p>*Encuesta, donde serán encuestados todos los pacientes que presentan exodoncia dental de la muestra en estudio.</p>	<p><b>RECURSOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Humanos</li> <li>. Materiales</li> <li>. Materiales de escritorio</li> <li>. Servicio terceros</li> <li>. Otros gasto.</li> </ul>
<p><b>Nivel de Investigación:</b></p> <p>Pertenece al nivel descriptivo.</p>	<p>* <b>Instrumentos:</b> para el análisis documental, como instrumento se hará uso de las historias clínicas de la muestra seleccionada para obtener los datos de la variable interviniente.</p>	
<p><b>Método de Investigación:</b></p> <p>Pertenece al método no experimental, porque la variable no será manipulada.</p>	<p>* Para la encuesta como Instrumento se utilizara un cuestionario con preguntas relacionados a las causas que determinan la exodoncia dental en pacientes de la muestra seleccionada.</p>	
<p><b>Diseño y esquema de la investigación:</b></p> <p>El diseño de la investigación estará representado por el descriptivo simple; Dicho esquema es el siguiente: M - O dónde:</p> <p><b>M:</b> estará representado por la muestra de estudio.</p> <p><b>O:</b> representa la observación de la variable en estudio.</p>		



**Población y muestra:**

**Población:**

Estuvo conformado por 100 pacientes de ambos sexos, divididos en tres grupos de edades: 23 – 35 años, 36 – 45 años, 46 – 65 años que fueron sometidos a exodoncia dental, cuando acudieron al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari- Amarilis.

**Muestra:**

No probabilístico por conveniencia para la Investigación, la muestra estará representada al 100% de la población estimada.

Para obtener la muestra se tendrá en cuenta los siguientes criterios:

**Criterio de inclusión:**

\*Pacientes que representan exodoncias dentales entre las edades 23 - 65 años de ambos sexos

\* Pacientes que quieren participar en el estudio según el consentimiento informado firmado.

**Criterio de exclusión:**

\*pacientes sin problemas dentales

\* Pacientes que abandonan durante la recolección de datos.

**“CAUSAS QUE DETERMINAN LA EXODONCIA DENTAL EN PACIENTES ADULTOS  
QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CARLOS SHOWING FERRARI – AMARILIS -  
2016”**

Estimado paciente: A continuación se presenta preguntas sobre las causas que determinan la exodoncia dental.

Solicitamos su colaboración, las respuestas a este cuestionario son anónimas para lograr en lo posible la mayor veracidad en sus respuestas.

**Gracias.**

I. Datos generales

1. ¿Qué edad tiene usted?
  - ( ) 23 – 35 años
  - ( ) 36 – 45 años
  - ( ) 46 – 65 años
  
2. ¿A qué género pertenece usted?
  - ( ) Masculino
  - ( ) Femenino

II. Datos sobre causas de higiene dental

1. ¿Cree usted, que el inadecuado cepillado del diente fue la causa para realizarse la exodoncia dental?

Si ( )                      No ( )

2. ¿Usted cree que por no usar la pasta dental para su higiene fue la causa para acudir a la exodoncia dental?

Si ( )                      No ( )

3. ¿El no usar enjuague bucal después de la higiene dental, cree usted que fue la causa para ingresar a la exodoncia dental?

Si ( )                      No ( )

4. ¿Por la mala utilización del hilo dental después de una alimentación fue la causa para acudir a la exodoncia dental?

Si ( )                      No ( )

III. Datos sobre causas socioeconómicas

5. ¿Cree usted que el ingreso económico que percibe fue la causa para acudir a una exodoncia dental?

Si ( )                      No ( )

Si es SI, cuanto percibe mensualmente: .....soles

6. ¿Usted cree, que por la falta de conocimiento no acude a su tratamiento dental y es causa para la exodoncia?

Si ( )

No ( )

IV. Datos sobre causas alimenticias

7. ¿Cree usted por el consumo de sustancias nocivas fue la causa para ingresar a la exodoncia dental?

Si ( )

No ( )

Si es SI, ¿Cuál de las sustancias nocivas consume? :

( ) Bebidas alcohólicas

( ) Cigarro

( ) Coca

( ) Otros

8. ¿Cree que los alimentos a base de dulces fue la causa para ingresar a la exodoncia dental?

Si ( )

No ( )

Si es SI, ¿Cuáles son esos tipos de dulces que consume? :

( ) Caramelos

( ) Chocolates

( ) Gaseosas

( ) Otros: .....

9. ¿Cree por la inadecuada alimentación nutritiva, fue la causa a que usted acude a la exodoncia dental?

Si ( )

No ( )

V. Datos sobre causas del estado sistémico o enfermedades.

10. ¿Cree usted que las enfermedades que presenta fue la causa a que asista a la exodoncia dental?

Si ( )

No ( )

Si es SI, que enfermedades presenta:

( ) Diabetes

( ) Anemia

( ) Padecimientos alérgicos

( ) Padecimientos cardiacos

# FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION

**Título de la Investigación:**

COUSIS QUE DETERMINAN EL COMPORTAMIENTO DE LOS ESTUDIANTES EN EL AULA  
 Pregunta: ¿CÓMO SE COMPORTAN LOS ESTUDIANTES EN EL AULA? (Caso de estudio: Universidad de Huánuco)  
 Pregunta: ¿CÓMO SE COMPORTAN LOS ESTUDIANTES EN EL AULA? (Caso de estudio: Universidad de Huánuco)

**I. DATOS INFORMATIVOS DEL EXPERTO VALIDADOR**

Apellidos y Nombres : RECIO LARA PABLO DE  
 Cargo o Institución donde labora : SECRETARÍA DE GESTIÓN FCS  
 Nombre del Instrumento de Evaluación : CUESTIONARIO  
 Teléfono : 962547014  
 Lugar y fecha : UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO / 23/08/2016  
 Autor del Instrumento : LAURENTE CERONTES BEDOZ

**II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO:**

Indicadores	Criterios	Valoración	
		SI	NO
Claridad	Los indicadores están formulados con un lenguaje apropiado y claro.	X	
Objetividad	Los indicadores que se están midiendo están expresados en conductas observables.	X	
Contextualización	El problema que se está investigando está adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.	X	
Organización	Los ítems guardan un criterio de organización lógica.	X	
Cobertura	Abarca todos los aspectos en cantidad y calidad	X	
Intencionalidad	Sus instrumentos son adecuados para valorar aspectos de las estrategias	X	
Consistencia	Sus dimensiones e indicadores están basados en aspectos teórico científicos	X	
Coherencia	Existe coherencia entre los indicadores y las dimensiones de su variable	X	
Metodología	La estrategia que se está utilizando responde al propósito de la investigación	X	
Oportunidad	El instrumento será aplicado en el momento oportuno e más adecuado	X	

**III. OPINION GENERAL DE LOS INSTRUMENTOS**

.....  
 .....  
 .....

**IV. RECOMENDACIONES**

.....  
 .....

Huánuco, 23 de Agosto de 2016



Firma del experto

DNI 22465462

*(Handwritten signature)*  
 De - Cerón de Bedoz

## FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION

**Título de la Investigación:**

CAUSAS QUE DETERMINAN LA EXODORCIA DENTRO EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CARLOS SHOWING FERREI AMAROS - 2016

**I. DATOS INFORMATIVOS DEL EXPERTO VALIDADOR**

Apellidos y Nombres : C.D. ANIBAL ESPINOZA GRIJALVA  
 Cargo o Institución donde labora : DOCENTE  
 Nombre del Instrumento de Evaluación : CUESTIONARIO  
 Teléfono :  
 Lugar y fecha : UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO / 25/08/2016  
 Autor del Instrumento : AURENTE DE VONTES, BEATRIZ

**II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO:**

Indicadores	Criterios	Valoración	
		SI	NO
Claridad	Los indicadores están formulados con un lenguaje apropiado y claro.	X	
Objetividad	Los indicadores que se están midiendo están expresados en conductas observables.	X	
Contextualización	El problema que se está investigando está adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.	X	
Organización	Los ítems guardan un criterio de organización lógica.	X	
Cobertura	Abarca todos los aspectos en cantidad y calidad	X	
Intencionalidad	Sus instrumentos son adecuados para valorar aspectos de las estrategias	X	
Consistencia	Sus dimensiones e indicadores están basados en aspectos teórico científicos	X	
Coherencia	Existe coherencia entre los indicadores y las dimensiones de su variable	X	
Metodología	La estrategia que se está utilizando responde al propósito de la investigación	X	
Oportunidad	El instrumento será aplicado en el momento oportuno o más adecuado	X	

**III. OPINION GENERAL DE LOS INSTRUMENTOS**

**IV. RECOMENDACIONES**

Huánuco, 25 de AGOSTO de 2016



Firma del experto  
C.D. ANIBAL ESPINOZA GRIJALVA  
 DNI 6.000.17222  
 DOCENTE

## FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION

**Título de la Investigación:**

CAUSAS QUE DETERMINAN LA EXODONCIA DENTAL EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CARLOS SHONBERG FERRARI-AMARUSZCIG

**I. DATOS INFORMATIVOS DEL EXPERTO VALIDADOR**

Apellidos y Nombres : CD. ROBLES LEÓN, JOSÉ  
 Cargo o Institución donde labora : DOCENTE  
 Nombre del Instrumento de Evaluación : PREGUNTAS  
 Teléfono :  
 Lugar y fecha : UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO / 29/08/2016  
 Autor del Instrumento : LAURENTE CERVANTES BERTIZ

**II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO:**

Indicadores	Criterios	Valoración	
		SI	NO
Claridad	Los indicadores están formulados con un lenguaje apropiado y claro.	X	
Objetividad	Los indicadores que se están midiendo están expresados en conductas observables.	X	
Contextualización	El problema que se está investigando está adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.	X	
Organización	Los ítems guardan un criterio de organización lógica.	X	
Cobertura	Abarca todos los aspectos en cantidad y calidad	X	
Intencionalidad	Sus instrumentos son adecuados para valorar aspectos de las estrategias	X	
Consistencia	Sus dimensiones e indicadores están basados en aspectos teórico científicos	X	
Coherencia	Existe coherencia entre los indicadores y las dimensiones de su variable	X	
Metodología	La estrategia que se está utilizando responde al propósito de la investigación	X	
Oportunidad	El instrumento será aplicado en el momento oportuno y más adecuado	X	

**III. OPINION GENERAL DE LOS INSTRUMENTOS**

.....  
 .....

**IV. RECOMENDACIONES**

.....

Huánuco, 29 de AGOSTO de 201 6

**UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO**  
CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA

CD. JOSÉ ROBLES LEÓN

C.O.P. 12410

Firma del experto

DNI 22598288