

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

E.A.P. ODONTOLOGÍA



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
<http://www.udh.edu.pe>

INFORME FINAL DE TESIS:

"GINGIVITIS EN RELACIÓN AL MARGEN CERVICAL DE CORONAS
COMPLETAS EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL HERMILIO
VALDIZAN – HUÁNUCO, 2016"

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTADO POR:

Bachiller. Manuel, TARAZONA CASTILLO

ASESOR(A): Dra. Luz, PRECIADO LARA

HUÁNUCO – PERÚ

2016

Esta tesis de investigación esta dedica A:

Dios.

Mis padres que con su ayuda incondicional
Forjaron un buen porvenir en mi vida académica

AGRADECIMIENTO

A Jehová nuestro Dios por no abandonarnos en los momentos más difíciles e iluminar mi camino.

A mis hermanos: Por sus apoyos incondicionales.

A mi asesora: Luzpreciado y jurados: Walter Palacios, Álvaro Cornejo y Cristopher Flores por sus abnegados labores en el asesoramiento y desenvolvimiento en la ejecución de mi tesis.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la relación entre la gingivitis y el margen cervical de coronas completas en pacientes atendidos en el servicio de Odontología del Hospital Hermilio Valdizan-Huánuco, 2016

MATERIALES Y MÉTODOS: Se aplicó una ficha de índice gingival a los 50 participantes con la finalidad de obtener información sobre el estado gingival de cada paciente, también se emplearon un cuestionario en forma escrita para recolectar dato acerca del tipo de margen cervical de las coronas completas de cada participante así como el tiempo de instalación. Los datos fueron analizados estadísticamente mediante las variables estudiadas, la medida de correlación entre variables a usar fue la Chi-cuadrada, con un nivel de confianza significativo del 99%, con un margen de error del 1% y con 1 grados de libertad. El método de investigación utilizado fue descriptivo, con un nivel y diseño de investigación correlacional.

RESULTADO: La correlación entre las variables, gingivitis y el margen cervical de coronas completas que los pacientes arrojaron que hay presencia de gingivitis en un 64% obtuvieron el 32% con ubicación del margen supragingival de la corona completa, seguido del 24% con ubicación del margen yuxtagingival de la corona completa y solo el 8% con ubicación del margen subgingival de la corona completa, mientras que los pacientes en donde no se evidenciaron gingivitis esto en un 36% se observó que el 28% fue con ubicación del margen yuxtagingival de la corona completa, seguido de un 8% con ubicación del margen supragingival de la corona completa y un 0% con ubicación del margen gingival subgingival de la corona completa.

CONCLUSIÓN: De acuerdo con los resultados obtenidos, analizados e interpretados se determinó que si existe correlación directa entre la gingivitis y el margen cervical de las coronas completas de los pacientes en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano.

RECOMENDACION: Emplear los resultados de este proyecto para brindar información actualizada, a partir de los cuales se tome como referente para la mejora de los programas preventivos implantados en la actualidad.

PALABRAS CLAVE: Gingivitis, Margen cervical de coronas completas.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the relationship between gum disease and cervical margin full crowns in patients treated in the Hospital of Dentistry Hermilio Valdizan-Huanuco, 2016

MATERIALS AND METHODS: A record of gingival index was applied to the 50 participants in order to obtain information on the gingival status of each patient, a questionnaire was also used in written form to collect data about the type of cervical margin full crowns of each participant as well as installation time. The data were statistically analyzed using the variables studied, the extent of correlation between variables to be used was the Chi-square, with a significant level of confidence of 99%, with a margin of error of 1% and 1 degrees of freedom. The research method used was descriptive, with a level and correlational research design.

RESULTS: The correlation between variables, gingivitis and cervical margin full crowns patients showed that there is presence of gingivitis by 64% obtained 32% with location of supragingival margin of the full crown, followed by 24% location yuxtagingival margin full crown and only 8% with location subgingival margin full crown, while patients where there gingivitis showed that 36% was observed that 28% was with location yuxtagingival margin full crown, followed by an 8% margin supragingival location full crown and 0% with subgingival location of the gingival margin of the full crown.

CONCLUSION: According to the results obtained, analyzed and interpreted was determined that if there is a direct correlation between gum disease and cervical margin full crowns of patients in the Hermilio Valdizan Medrano Regional Hospital.

RECOMMENDATION: Use the results of this project to provide updated information, from which it is taken as a reference for improving preventive programs implemented today.

KEYWORDS: Gingivitis, cervical margin full crowns.

ÍNDICE

CAPITULO I PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción del problema-----	01
1.2 Formulación del problema-----	03
1.3 Objetivo general y específicos-----	04
1.4. Hipótesis y/o sistema de hipótesis-----	05
1.5 Justificación -----	05

CAPITULO II MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes (Autor, título y conclusiones)-----	07
2.2. Bases Teóricas-----	13
2.3. Definición de términos -----	31
2.4. Sistema de variables-----	32
2.5. Operacionalización de variables-----	34

CAPITULO III MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación -----	35
3.2. Diseño y esquema de investigación-----	36
3.3. Población y Muestra -----	37
3.4. Instrumentos de recolección de datos-----	38
3.5. Técnica de recojo, procesamiento y presentación de datos-----	41

CAPITULO IV RESULTADOS

4.1. Aplicación estadística-----	44
4.2. Contrastación de la hipótesis-----	54

CAPÍTULO V DISCUSIÓN

CONCLUSIONES-----	59
SUGERENCIAS-----	61
BIBLIOGRAFÍA-----	62
ANEXOS-----	67

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla N° 1	Distribución de frecuencia y porcentajes con respecto a la prevalencia de gingivitis en pacientes portadores de coronas completas	45
Tabla N° 2	Distribución de frecuencia y porcentajes con respecto a la posición del margen cervical que más predomina en coronas completas de los pacientes	46
Tabla N° 3	Distribución de frecuencia y porcentajes con respecto a la relación entre el tiempo de instalación de las coronas completas de los pacientes atendidos	48
Tabla N° 4	Distribución de frecuencia de la gingivitis con relación al margen cervical de coronas completas en los pacientes	49
Tabla N° 5	Distribución de porcentaje de la gingivitis con relación al margen cervical de coronas completas en los pacientes	50

ÍNDICE DE GRAFICOS

		Pág.
Gráfico N° 1	Distribución de porcentajes con respecto a la prevalencia de gingivitis en pacientes portadores de coronas completas	45
Gráfico N° 2	Distribución de porcentajes con respecto a la posición del margen cervical que más predomina en coronas completas de los pacientes	47
Gráfico N° 3	Distribución de porcentajes con respecto a la relación entre el tiempo de instalación de las coronas completas de los pacientes atendidos	48
Gráfico N° 4	Distribución de porcentaje de la gingivitis con relación al margen cervical de coronas completas en los pacientes	50

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La gingivitis es una afección que constituye la etapa inicial de la enfermedad periodontal. Se caracteriza por la inflamación y sangrado de las encías. La causa principal de la gingivitis es la acumulación de placa a nivel del margen gingival, por ello cuando una pieza dental requiere ser rehabilitado ya sea por una corona o restauración directa a nivel de este margen, es necesario procurar hacer una buena preparación para evitar el empaquetamiento alimenticio y el desarrollo de esta afección.

La prevalencia de gingivitis a nivel mundial es de 10 a 15 % según la Dra. Catherine Le Galés-Camus, Subdirectora General de la OMS para Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental. En Latinoamérica el país con mayor prevalencia es Chile con 47% de la población adulta y el Perú ocupa el 3er lugar en prevalencia de gingivitis con 33%. Hay muchas causas que producen la gingivitis, entre ellas las coronas mal adaptadas que invaden los tejidos, en otros casos los tipos de sellado marginal como son, supra, yuxta o infra gingival¹.

Hay reportes científicos que informan de gingivitis crónica y recesión gingival en cualquiera de los tres casos de sellado gingival².

Este proyecto de investigación tiene como finalidad reconocer la relación que existe entre la gingivitis a los márgenes cervicales de coronas completas en los pacientes atendidos en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano.

Por lo tanto esta problemática me ha con llevado a realizar este proyecto de investigación titulado, “Gingivitis en relación al margen cervical de coronas completas en pacientes atendidos en el servicio de odontología del Hospital Hermilio Valdizan – Huánuco 2016.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

- **General**

¿Existe relación entre la gingivitis y el margen cervical de coronas completas en pacientes atendidos en el servicio de Odontología del Hospital Hermilio Valdizan-Huánuco, 2016?

- **Específicos**

- **Pe1.** ¿Cuál es la prevalencia de gingivitis en pacientes portadores de coronas completas atendidos en el hospital Hermilio Valdizan-Huánuco 2016, según género
- **Pe2.** ¿Cuál es la posición del margen cervical que más predomina en coronas completas de pacientes atendidos en el hospital Hermilio Valdizan-Huánuco 2016.
- **Pe3.** ¿Existe relación entre el tiempo de instalación de las coronas completas de pacientes atendidos en el hospital Hermilio Valdizan y la frecuencia de casos de gingivitis.

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

- **General**

Determinar la relación entre la gingivitis y el margen cervical de coronas completas en pacientes atendidos en el Hospital Hermilio Valdizan-Huánuco, 2016

- **Específicos**

Oe1. Identificar es la prevalencia de gingivitis en pacientes portadores de coronas completas atendidos en el hospital Hermilio Valdizan-Huánuco 2016,según genero

Oe2. Determinar es la posición del margen cervical que más predomina en coronas completas de pacientes atendidos en el hospital Hermilio Valdizan-Huánuco 2016.

Oe3. Determinar la relación entre el tiempo de instalación de las coronas completas de pacientes atendidos en el hospital Hermilio Valdizan y la frecuencia de casos de gingivitis.

1.4. HIPÓTESIS

- **Hipótesis de investigación**

Existe asociación entre la gingivitis y el margen cervical de coronas completas en pacientes atendidos en el Hospital Hermilio Valdizan-Huánuco, 2016.

- **Hipótesis nula**

No existe asociación entre la gingivitis y el margen cervical de coronas completas en pacientes atendidos en el Hospital Hermilio Valdizan-Huánuco, 2016.

1.5. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La rehabilitación protésica hoy en día es un procedimiento habitual en la consulta odontológica, la mejora en las condiciones de vida y la gran cantidad de información disponible han incrementado el interés de los individuos en recuperar piezas dentales dañadas de modo severo. La Gingivitis es un estado clínico-patológico que se ve favorecido cuando corona se presenta mal adaptada crea inflamación en el tejido gingival por la mala adaptación de las coronas. La severidad de la inflamación gingival, puede progresar hasta la

pérdida de inserción gingival y llegar a afectar a los tejidos de sostén y soporte del diente.

En tal sentido, la presente tesis busca evaluar la frecuencia de casos en que las coronas completas presentan inflamación del margen gingival y la relación con la posición del margen cervical.

Motivar a los odontólogos a valorar la preparación de las terminaciones cervicales de las coronas en la cavidad oral.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

Internacionales

- **Bustos L. y Oyander C. Chile 2012.** Determino la “Condición Periodontal de las Prótesis Fijas Singulares Realizadas en la Clínica Odontológica Integral del Adulto de la Universidad Mayor de Temuco”, cuyo objetivo fue determinar la condición periodontal en prótesis fijas singulares (PFS) realizadas en la clínica odontológica Integral del Adulto I y II de la Universidad Mayor de Temuco entre los años 2007 y 2009. Utilizo una metodología de estudio descriptivo y transversal en una muestra de 41 pacientes donde se evaluaron 73 PFS mediante un examen clínico. Los parámetros periodontales evaluados en este estudio fueron edema y

eritema, sangramiento y recesión gingival. La frecuencia de edema y eritema fue de 81%, el sangramiento lo encontramos en un 77% y la recesión gingival en un 27%. Respecto al material, las PFS que presentaron más problemas de edema y eritema fueron las de metal cerámica con un 82%. Del total de los 41 pacientes observados, la mayoría estaban satisfechos con su rehabilitación. Finalmente se concluyó que no existió evidencia estadísticamente significativa para concluir que existe una asociación entre las variables edad, sexo, año de atención y las variables edema y eritema, sangramiento y recesión gingival. En cambio, si se encontró evidencia estadísticamente significativa entre el tiempo/ durante los años académicos en el que se realizaron las PFS y la recesión gingival³.

- **Sánchez L. et al. Colombia 2008.** Determino las “Bacterias anaeróbicas presentes en el surco gingival de pacientes durante el tratamiento protodóntico fijo”, cuyo objetivo fue determinar las bacterias anaeróbicas presentes en el surco gingival de pacientes durante el tratamiento protodóntico fijo, se utilizó una metodología de investigación aplicado con un nivel cuasi experimental en una muestra de 45 pacientes de los cuales el grupo experimental estuvo conformado por 30 muestras provenientes de pacientes con prótesis parcial fija y 15 muestras provenientes de personas sin este tratamiento protodóntico, como grupo control. Las muestras obtenidas con punta de papel, fueron aisladas en agar sangre e incubadas en medio anaerobio. Se les realizó la prueba de aerotolerancia. Se llegó a la conclusión que un total de 12 bacterias anaeróbicas fueron observadas: 8.33% bacilos Gram negativos, 58.33 % bacilos Gram positivos y 33.33 %

cocos Gram positivos. En el grupo control ninguna bacteria anaeróbica fue aislada. Únicamente fueron observados cocos facultativos Gram positivos (100%). En el grupo experimental, un total de 12 bacterias anaeróbicas fueron observadas: 33.33 % cocos y 66.66 % bacilos. Se encontró una diferencia significativa entre la proporción de cocos y bacilos ($p = < 0.05$). Los resultados de este estudio confirmaron que la presencia de prótesis fijas resultó en un cambio en la composición de la microflora anaeróbica del surco gingival, compatible con enfermedad periodontal⁴.

- **Rafael Salazar J. y Giménez Xiomara. Venezuela 2008.** Determino la “Agresión gingival con los procedimientos restauradores”. Cuyo objetivo fue determinar el efecto de la posición del margen de la corona en los alrededores tejidos periodontales. Utilizo una metodología de investigación retrospectiva. Las búsquedas se realizaron en las bibliotecas de PubMed y Cochrane desde 1965 hasta septiembre 2008 se llevaron a cabo. La búsqueda identificó un total de 392 títulos, llegando a la conclusión que los estudios incluidos mostraron que colocación de los márgenes de la corona subgingivalmente aumentan la inflamación gingival. Sin embargo, la relación entre la profundidad de la posición del margen de la corona y la gravedad de la inflamación no se pudo confirmar. La evidencia científica del efecto potencial de los márgenes de la corona subgingivales en los niveles de inserción y de hueso periodontal era insuficiente para ninguna conclusión⁵.

➤ **Rosales Larenas. V. Chile 2006.** Determino los “Cambios en los tejidos periodontales inferidos por el provisional durante el tratamiento”, cuyo objeto de estudio fue determinar los cambios en los tejidos periodontales inferidos por el provisional durante el tratamiento, utilizo una metodología de estudio descriptivo observacional en una muestra de 26 pacientes con indicación de prótesis fija, Se confeccionó una ficha especial que permitió comparar, el estado clínico inicial, con los posibles cambios periodontales evaluados a los 14 y 28 días, llego a la conclusión que no existen diferencias estadísticamente significativas en promedios de índice gingival entre las caras pulida y no pulida, evaluadas al día 1, día 14 y día 28. Sin embargo si se observan cambios clínicos, como por ejemplo aumento en el índice gingival al día 14 y una disminución de este mismo al día 28 en las caras no pulidas⁶.

- **Antecedentes Nacionales**

➤ **Güere Chuquillanqui Jimmy. Perú 2013.** Determino la “Influencia de la mala adaptación de las coronas fenestradas en el desarrollo de la enfermedad periodontal en piezas dentarias anteriores en pobladores en la localidad de Carpapata – Tarma enero julio 2013”. Cuyo objeto de estudio fue determinar la influencia de la mala adaptación de las coronas fenestradas en el desarrollo de la enfermedad periodontal en piezas dentarias anteriores, utilizo una metodo de investigación descriptiva con un diseño de investigación correlacional. Llegando a la conclusión que si hay relación directa entre la mala adaptación de las coronas fenestradas en el desarrollo de la enfermedad periodontal⁷.

➤ **Chavez Vereau N y Alarcón Palacios M. Perú 2012.** Determinaron la: “Enfermedad gingival en adolescentes, diagnóstico y tratamiento.” Cuyo objetivo fue demostrar que con la fase inicial de tratamiento se puede dar mejoría a los tejidos gingivales, sumado con una buena instrucción de higiene oral del paciente con la utilización de elementos complementarios que influyan en el control bacteriano de la zona, usando la metodología se realizó un estudio descriptivo, observacional; La muestra estuvo conformada por adolescente comprendido entre la edad de 15 años, llegando a la conclusión que los signos clínicos de la gingivitis asociada a la pubertad tienen muchas de las características clínicas similares de la gingivitis inducida por placa, por lo tanto es de gran relevancia el diagnóstico diferencial en estos casos, aunque las enfermedades periodontales están limitadas a la encía, la respuesta inflamatoria que inicia la enfermedad gingival, parece ser una condición previa para la destrucción de pérdida de tejido conectivo de inserción apical a la unión cemento esmalte⁸.

➤ **Motta C. A. Perú- Lima 2011.** Determino la: “Higiene bucal y gingivitis en alumnos con discapacidades intelectuales del colegio especial “Santa Teresa de Courdec” mayo – junio 2011.” Cuyo objetivo fue determinar el estado de salud gingival e higiene bucal en alumnos con discapacidades intelectuales del Colegio Especial “Santa Teresa de Courdec”. Se realizó un estudio descriptivo, la muestra comprendió 88 alumnos con discapacidades intelectuales (16 con Autismo, 48 con retardo mental sin patología asociada y 24 con Síndrome de Down) de ambos sexos de entre 4 a 25 años de edad, Se utilizó para la inflamación gingival el Índice Gingival modificado de Løe y Sillnes y para evaluar la higiene bucal, se utilizó el Índice de Higiene Oral modificado de Løe y

Sillness. Llegando a la conclusión que el Índice Gingival modificado según edad es leve en el 95.45% de los alumnos; el Índice Gingival modificado según sexo es leve en el 96.6% de los hombres y en el 93.10% de las mujeres, el Índice de Higiene Oral simplificado según edad es bueno en el 53.95% de los alumnos; el Índice de Higiene Oral simplificado es bueno en el 55.93% del sexo masculino y en el 68.96% del sexo femenino⁹.

➤ **Torres O. J, Perú-Lima 2010.** Determino la: “Relación del nivel hormonal y la gingivitis en niños de 10 y 13 años del albergue “ciudad de dios” y el colegio particular “mi Buen Jesús” de Lima en el año 2010.” Cuyo objetivo fue determinar el estado de salud gingival e higiene bucal en alumnos con discapacidades intelectuales del Colegio Especial “Santa Teresa de Courdec”. Se realizó un estudio descriptivo, la muestra comprendió 88 alumnos con discapacidades intelectuales (16 con Autismo, 48 con retardo mental sin patología asociada y 24 con Síndrome de Down) de ambos sexos de entre 4 a 25 años de edad. Se utilizó para la inflamación gingival el Índice Gingival modificado de Löe y Sillnes y para evaluar la higiene bucal, se utilizó el Índice de Higiene Oral modificado de Löe y Sillness. Llegando a la conclusión que existe una influencia del nivel hormonal sobre el Índice gingival según los grupos de casos y el grupo de controles; si existe relación significativa entre el nivel hormonal (Normal/elevado) y el sangrado según los grupos de casos y el grupo de controles, a un mejor IHOS menor nivel de sangrado, existe una influencia significativa del índice Gingival sobre el IHOS según los grupos de Casos y el Grupo de Controles, a un mejor IHOS menor nivel de gingivitis¹⁰.

- **Regionales**

➤ **Esteban T. y Flores G. Huánuco 2011.** Determinaron el: “Nivel de conocimiento sobre higiene bucal y la prevalencia de la gingivitis en gestantes atendidos en el hospital regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco en el año 2011”. Cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión el año 2002. Se realizó un estudio descriptivo y observacional, la muestra comprendió 75 primigestas que acudieron al servicio de gineco-obstetricia en donde se aplicó un cuestionario de 22 preguntas sobre asuntos odontológicos. Llegando a la conclusión que si existe correlación entre el nivel de conocimiento sobre la higiene oral y el índice gingival en gestantes atendidos en el hospital regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco en el año 2011, el nivel de conocimiento sobre higiene bucal que tienen las gestantes se observó que tienen un regular nivel de conocimiento en razón de 77%, un nivel malo de conocimiento en razón de 16% y un nivel bueno de conocimiento en razón de 7%¹¹.

2.2. BASES TEÓRICAS

- **Prótesis Fija**

Cualquier artificio que restituye dientes perdidos y que es cementada, atornillada o mecánicamente unida a un diente natural preparado , a dientes al estado de raíz y / o a pilares implantológicos¹².

Para rehabilitar a un paciente mediante prótesis fija es necesario realizar una correcta evaluación, diagnóstico y planificación que permita disminuir la posibilidad de errores que se puedan cometer y lograr así el éxito del tratamiento¹³.

Entre los varios factores que deben ser considerados al realizar un tratamiento de rehabilitación, uno de los más importantes es el estado gingival y/o periodontal. De este modo, el odontólogo debe ser capaz de diagnosticar las enfermedades periodontales simples, razón por la cual antes de iniciar cualquier tratamiento es de gran importancia examinar clínica y radiográficamente los tejidos periodontales, de modo de que con este análisis se determine si el periodonto está en condiciones de recibir un aparato protésico¹⁴.

En general, es importante determinar, entre otros factores, el estado en que se encuentra el periodonto de inserción y protección, junto con la masa crítica de soporte alveolar¹⁵.

Para entender la relación entre prótesis fija y periodonto es necesario conocer anatomía y función de los tejidos periodontales, junto con los cambios que experimenta frente a diversos factores que alteran su estabilidad¹⁶.

Coronas en Prótesis Fija

Es una restauración individual, de una sola pieza. Recubre completamente la pieza, previamente tallada (corona sobre diente) o se coloca sobre un implante colocado a tal fin (corona sobre implantes)¹⁷.

Tipos de coronas.

- **Coronas completas:** Es el último intento de preservar un diente. Útil cuando el diente a restaurar necesita ser recontorneado por que se convierten en contornos normales son las mejores en retención y resistencia.

Corona completa = corona total = corona de recubrimiento total = corona total colada.

Indicaciones: cuando se necesita una retención máxima.

Contraindicación: no usarse sino se ha controlado el proceso de caries, tampoco debe usarse para prolongar la longevidad de una corona en boca en la que el entorno no ha sido sometido a control¹⁸.

- **Coronas veneer (metal- material estético)**

Las Coronas Veneer o de metal con frente Estético se fabrican en metal, la parte del frente se hace con material estético de tipo acrílico, composites o porcelanas. En tratamientos en donde se necesitan muchas resistencias están indicadas. Por su alto componente metálico no son muy estéticos¹⁹.

- **Coronas jacket (porcelana o acrílico)**

Son coronas (fundas) de recubrimiento total realizadas en este caso en material acrílico (plástico). Se utilizan principalmente como tratamiento transitorio antes de la colocación de una corona definitiva de porcelana o metal-porcelana.

Se realiza la preparación adecuada y se toman las impresiones con el material preciso siguiendo las indicaciones del fabricante. Tras el vaciado se confecciona la corona en el laboratorio, que se prueba, se ajusta y se termina. Posteriormente se procede al cementado provisional y/o definitivo²⁰.

- **Coronas metal cerámica.**

La creciente demanda de estética y los mejoramientos de la calidad de fabricación por los laboratorios han hecho de las coronas metalo-cerámicas las restauraciones más frecuente empleadas. Su excelente estética sustituye con ventajas las coronas metálicas y, cuando son adecuadamente equilibradas,

también ofrecen resultados satisfactorios en términos oclusales, por eso, tienen una indicación clínica bastante amplia.

Indicaciones

Como una restauración individual de todos los dientes posteriores y anteriores que necesitan de una restauración de cobertura total. Debe ser reconocido, sin embargo, que en situaciones de extrema exigencia estética, las coronas de porcelana pura tienen un resultado ampliamente superior, aunque tengan una resistencia inferior. La evaluación de los aspectos estéticos y oclusales es la que determina la selección del tipo de restauración.

En la rehabilitación de los requisitos oclusales, plano de oclusión, dimensión vertical, relación céntrica y guía anterior.

Como retentor de prótesis fija complejas, pudiendo aun recibir modificaciones para soportar un gancho de prótesis removible o un encaje de precisión o semiprecisión.

Contraindicaciones

En pacientes jóvenes con pulpa voluminosa, donde hay grandes riesgos de exposición pulpar, dada la profundidad de los desgastes, o de generar lesiones irreversibles pulpares por aproximación, dadas las exigencias del desgaste coronario.

En dientes anteriores manchados o descolorados, sin embargo, intactos o con restauraciones de pequeña extensión. En esos casos, la solución estética debe ser buscada a través de carillas laminadas.

En dientes posteriores con la superficie vestibular intacta. Restauraciones metálicas fundidas, coronas parciales o restauraciones metálicas adhesivas son indicadas, siempre que la estética lo permita.

En puentes fijos de pequeña extensión, en dientes bien alineados sin movilidad y sin pérdida significativa de inserción. Retentores parciales intra y extracoronales o prótesis adhesivas permiten soluciones más conservadoras con un excelente pronóstico.

Ventajas

La restauración de metalocerámica combina la estética de la porcelana con la resistencia del metal. Una apariencia natural puede ser conseguida por la incorporación de pigmentos internos o de superficie.

La restauración abarca todas las superficies coroneles, proporcionando excelentes calidades retentivas, por eso, está indicada como retentor de prótesis fijas más complejas o extensas.

Presenta una ventaja significativa en relación a las coronas metales acrílicos, en la confección de coronas de veneer. La porcelana como un revestimiento estético no es porosa, no sufre las modificaciones de color y los desgastes de las resinas. Es el material usado en prótesis que más dificulta la adherencia de

placa microbiana, cuando es bien glaseado, siendo por eso, altamente biocompatible.

El tiempo necesario y la dificultad de preparación son menores que para las preparaciones parciales y semejantes a las coronas metálicas.

Desventajas

Como en todas las coronas totales, la principal desventaja es de orden biológico y son restauraciones que requieren de una gran cantidad de reducción de tejido para acomodar metal y porcelana.

Un diseño incorrecto de la estructura metálica o en pacientes con bruxismo, sin protección, puede llevar a cuarteaduras o fracturas del revestimiento de porcelana.

El equilibrio de los contactos oclusales es más delicado de ser conseguido. Además de eso, puede provocar desgaste acelerado de los dientes antagonistas naturales, principalmente si no hay distribución adecuada a los contactos oclusales y una correcta guía anterior.

Una dificultad frecuente es la obtención del color y su valor correcto, por la falta de comunicación entre el profesional y el técnico de laboratorio. Ese problema generalmente es subestimado por el principiante.

La complejidad de los procedimientos clínicos y de laboratorio para su obtención hace que la restauración en metalocerámica esté entre las de costo más elevado²¹.

- **Margen Cervical**

Puede clasificarse de la siguiente forma.

Según su ubicación.

- **Margen supragingival.** Límite más a oclusal de la encía.

Ventajas:

- Fácil higiene y control.
- Fácil reproducción.
- Fácil preparación.
- Antiestético.

Indicaciones:

- Sector posterior.
- Caras linguales y palatinas.
- Pacientes lábil Periodontal²².

- **Margen yuxta-gingival.** Queda al mismo nivel que la encía.

- Bastante estético.

-Menos daño periodontal.

- **Margen subgingival.** Terminación dentro del surco gingivodentario (1-2mm.).Se mete 0.5mm dentro del surco gingival, si metiéramos más:

Ventajas:

- Muy estético ya que es típico en personas que al reírse muestran las encías.
- Menor susceptibilidad a las caries.

Desventajas:

- Alteraría la flora del surco, produciéndose una mayor acumulación de P.B. lo que llevaría a un daño periodontal mayor.
- se potencia inflamación gingival.
- Potencial lesión periodontal.
- Difícil reproducción.

Indicaciones:

- Caries, erosiones, abfracciones, erosiones
- Repeticiones de tratamientos.
- Necesidad de mejorar la forma de resistencia y retención de una corona clínica corta;
- Presencia de caries o restauraciones se extienden apical al margen gingival;
- Modificación del perfil de emergencia; y estética²³.

- **Encía**

La encía es la parte de la mucosa bucal que reviste los procesos alveolares de los maxilares y rodea los cuellos de los dientes²⁴.

Tipos de encía

- **Encía marginal:** corresponde al borde de la encía que rodea a los dientes como un collar, tiene aproximadamente 1mm de ancho en sentido corono apical formando la pared blanda del surco gingivodentario. El surco marginal corresponde a un surco que se encuentra 1mm por debajo del margen de la encía en vestibular, que por dentro se corresponde con el fondo del surco gingivodentario²⁵.
- **Surco gingivodentario:** corresponde al espacio poco profundo alrededor del diente circunscrito por la superficie dentaria, por un lado, y el revestimiento epitelial del margen libre de la encía o epitelio del surco por el otro. Tiene forma de V²⁶.
- **Encía adherida:** este tipo de encía está unida firmemente al periostio del proceso alveolar. Limita apicalmente con el límite mucogingival, que lo va a separar de la mucosa alveolar y coronalmente llega hasta el surco marginal²⁷.

- **Papila interdental:** corresponde a la porción de encía que se encuentra en el espacio interproximal por debajo del área de contacto. Su forma puede ser piramidal, dependiendo del punto de contacto entre los dientes vecinos y la altura ósea interproximal²⁸.

Características de una encía sana

Color: por lo general el color de la encía sana se describe como rosado pálido, dependiendo del aporte vascular, el grosor y el grado de la queratinización del Epitelio, así como la presencia de células que contengan pigmentos²⁹.

Tamaño: corresponde a la suma total de la masa de elementos celulares e intercelulares de la encía y su vascularización. Su tamaño varía en relación a su estado de salud. En la enfermedad gingival se ve alterado, aumentando de tamaño por la extravasación de líquidos durante el proceso inflamatorio³⁰.

Forma: la forma de la encía depende del contorno y tamaño de las áreas interdetales, las cuales a su vez dependen de la posición y forma dentaria. La papila gingival es la parte más coronal de la encía a nivel interproximal. Su margen gingival es delgado y tiene una terminación contra el diente en filo de cuchillo³¹.

Consistencia: La encía es firme y resiliente, con excepción del margen libre, se fija firmemente al hueso subyacente. La naturaleza colágena del tejido conjuntivo y su inmediación con el mucoperiostio del hueso alveolar determinan

la consistencia firme de la encía insertada. Las fibras gingivales contribuyen a la firmeza del margen de la encía³².

Textura superficial: una encía sana generalmente es rugosa y granulada, presentando un puntado con aspecto de cáscara de naranja en la mayoría de los pacientes.

La salud periodontal puede ser catalogada como un estado de equilibrio en el cual la población de las bacterias bucales coexiste con el huésped. La ruptura de dicho equilibrio motiva alteraciones de ambas entidades. Al final, causa la destrucción de los tejidos conectivos del periodonto³³.

- **Gingivitis**

Es una forma de enfermedad periodontal que involucra inflamación e infección que destruyen los tejidos de soporte de los dientes, incluyendo las encías, los ligamentos periodontales y los alvéolos dentales (hueso alveolar). La gingivitis se debe a los efectos a largo plazo de los depósitos de placa, un material adherente compuesto de bacterias, moco y residuos de alimentos que se desarrolla en las áreas expuestas del diente³⁴.

Microscópicamente

La gingivitis se caracteriza por la presencia de un exudado inflamatorio celular. Edema de la lámina propia gingival, destrucción de las fibras gingivales y proliferación del epitelio sulcular³⁵.

Causas y factores de riesgo

La gingivitis es la primera forma de enfermedad periodontal que supone una inflamación y/o infección que destruye el tejido de soporte óseo, incluyendo la gíngiva (encías), los ligamentos periodontales y por último los alvéolos dentales (hueso alveolar). La gingivitis es causada por los efectos a largo plazo de los depósitos de placa, que es un material adherente que se desarrolla en las áreas expuestas del diente y es ocasionada por bacterias, moco y residuos de comida.

La placa es la principal causa de caries dental y, si no se remueve, se mineraliza formando un depósito duro denominado cálculo (sarro) que se acumula en la base del diente. La placa y el cálculo causan irritación e inflamación mecánica de la gíngiva y las bacterias y sus toxinas hacen que ésta se infecte, se inflame y se vuelva sensible. La gingivitis puede también ser causada por cualquier tipo de lesión o trauma en las encías, incluyendo el cepillado y el uso de seda dental demasiado fuerte.

Entre los factores de riesgo para el desarrollo de la gingivitis se encuentran la diabetes no controlada, el embarazo (debido a los cambios hormonales que aumentan la sensibilidad de las encías), la enfermedad general (sistémica) y los malos hábitos de higiene dental. Los dientes mal alineados, los bordes ásperos de las obturaciones y la aparatología oral mal colocada o contaminada (ortodoncias, prótesis, puentes y coronas) pueden irritar las encías e incrementar los riesgos de gingivitis. Los medicamentos como la fenitoína, los anticonceptivos y la ingestión de metales pesados como el plomo y el bismuto, también están asociados con el desarrollo de la gingivitis.

Muchas personas experimentan la gingivitis en diversos grados. Ésta se desarrolla generalmente durante la pubertad o durante las primeras etapas de la edad adulta debido a los cambios hormonales y dependiendo de los hábitos de higiene oral del paciente, esta condición frecuentemente puede persistir o recurrir³⁶.

Sintomas

- Úlceras orales
- Encías inflamadas
- Encías con coloración roja púrpura
- Encías brillantes
- Encías que sangran con facilidad y aparece sangre en el cepillo dental, inclusive con un cepillado suave
- Encías que se muestran sensibles sólo al tacto, si no se tocan son indoloras³⁷.

Placa bacteriana

Corresponde a una película transparente e incolora, adherida a la superficie dentaria. Es una entidad organizada, proliferante y enzimáticamente activa, está compuesta por microorganismos, elementos orgánicos e inorgánicos, que existen en una matriz intercelular que también contienen algunas células del huésped, como epiteliales, macrófagos y leucocitos. El proceso de formación de la placa se puede dividir en tres fases: producción de una cubierta llamada película en la superficie dental, colonización bacteriana y maduración de la placa.

Existe una evidente relación causa – efecto entre la formación de placa bacteriana y la respuesta inflamatoria gingival. Las enfermedades periodontales son producidas por una reacción inflamatoria localizada en respuesta a una infección bacteriana alrededor del diente, y son manifestadas por una alteración de la integridad de los tejidos que lo soportan³⁸.

La gingivitis es una forma de enfermedad periodontal en la cual los tejidos gingivales presentan inflamación, siendo la destrucción tisular leve y reversible, se caracteriza por un cambio en la composición de la placa bacteriana, con un incremento de la presencia de bacterias Gram negativas. Aquellas bacterias gatillan una respuesta del hospedero localizado, produciéndose eritema, edema, pérdida del punteado y sangramiento al sondaje. La gingivitis ocurre naturalmente en la mayoría de los individuos, aunque su severidad varía. La presentación histológica incluye cambios vasculares con incremento de la permeabilidad y vaso dilatación, y la presencia de un exudado de PMNN migrando desde los tejidos hacia el crévice gingival. Los neutrófilos tienen

mecanismos antimicrobianos altamente especializados que forman la primera línea de defensa contra las bacterias. Los neutrófilos activados también producen mediadores quimiotácticos y vaso activos que perpetúan la respuesta inflamatoria del hospedero.

La periodontitis es una respuesta inflamatoria crónica a las bacterias subgingivales, produciéndole una destrucción tisular periodontal irreversible y pérdida dentaria. La progresión de la periodontitis es crónica, con períodos cíclicos de exacerbación y remisión, y puede permanecer desapercibida con síntomas mínimos en las primeras etapas. Es diagnosticada clínicamente por pérdida de inserción entre el diente y los tejidos de soporte (pérdida de inserción clínica), por profundización del crevice gingival (profundidad del saco), y/o por evidencia radiográfica de pérdida ósea³⁹.

La periodontitis es una enfermedad multifactorial, con la presencia de bacterias patógenas que son necesarias pero no suficientes. La respuesta inmune e inflamatoria del hospedero al ataque bacteriano es un determinante crítico de susceptibilidad para desarrollar la enfermedad destructiva, bajo la influencia de múltiples factores genéticos, ambientales y de comportamiento. Por lo tanto, aunque la progresión de la enfermedad es de naturaleza episódica a nivel de sitio dentario, el riesgo de desarrollar enfermedad periodontal es principalmente basado a nivel de paciente más que a nivel de sitio.

Los sitios periodontales sanos son caracterizados por la presencia de una placa bacteriana compuesta principalmente de microorganismos Gram positivos. En esta situación, el fluido gingival crevicular (FGC) representa un

exudado del suero, fluyendo desde los tejidos gingivales hacia el crevice gingival.

En periodontitis, la placa bacteriana Gram negativa se desarrolla y coloniza profundamente dentro del crevice gingival (placa subgingival) y propaga una respuesta inflamatoria crónica. La presencia de patógenos subgingivales específicos es otro indicador de enfermedad, siendo necesario pero no suficiente para producir enfermedad. Los índices de placa (medición visual de la cantidad de placa supragingival acumulada en un sitio) no están fuertemente asociados con los signos clínicos de enfermedad periodontal.

Sin embargo, el control de placa es extremadamente importante en pacientes y en sitios enfermos, para disminuir la progresión de la enfermedad. Varios patógenos periodontales han sido identificados y clasificados en diferentes grupos de acuerdo a su asociación con salud, gingivitis o periodontitis. A medida que la placa madura, se hace más patogénica, y paralelamente, la respuesta inflamatoria del hospedero evoluciona de aguda a crónica⁴⁰.

Examen Clínico

Un examen periodontal meticuloso es un sistema de recopilación de datos de importancia crucial, necesaria para llegar al diagnóstico y desarrollar un plan de tratamiento. Es una actividad donde el examinador busca los signos y síntomas de enfermedad periodontal u otras anormalidades. Se realiza una inspección general para valorar los cambios de color, forma y textura de los tejidos gingivales. Además, se realiza una evaluación de los factores etiológicos o

predisponentes. Se toman y registran mediciones detalladas de la profundidad de sondaje y nivel de inserción clínica o relativa en cada diente⁴¹.

- **Índice Gingival de Löe y Silness Modificado.**

Características Generales:

Se examinan los dientes de **Ramfjord**, son 6 dientes: (1.6; 2.1; 2.4; 3.6; 4.1; 4.4)

Se registran las 4 superficies lisas de cada diente, esto suma un valor máximo posible de 24 mediciones **(4 x 26)**.

El promedio del total de las mediciones efectuadas constituye el IG para toda la boca del individuo.

Se emplea sonda periodontal para el examen⁴².

Criterios

Ausencia de inflamación.	0
Inflamación leve, leve cambio en el color y hay edema gingival. No sangra al sondaje.	1
Inflamación moderada, enrojecimiento, edema e hipertrofia gingival. Sangra al Sondaje (a los 10 segundos).	2
Inflamación severa, marcado enrojecimiento e hipertrofia. Puede haber ulceraciones. Tiende al sangramiento espontáneo.	3

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Cerámica:** El término cerámica deriva de la palabra griega Keramos que significa “material quemado”. En odontología, se usan tres tipos diferentes de compuestos de porcelana, según su aplicación: uno es para los dientes de dentadura o placas, son una mezcla de polvos de feldespato, arcilla y cuarzo a esto se le suele denominar porcelana de alta temperatura. La porcelana se utiliza para rehabilitar la función al colocar coronas o puentes, para la restauración situando rellenos en las muelas o incrustaciones, es cosmética dental al colocar como frente estético de los dientes. Éstos van encima como las uñas postizas, por lo que requieren de mayor preparación. Las coronas de porcelana son cementadas sobre los dientes o molares como fundas individuales o unidas para crear una estructura protésica o puentes.
- **Corona:** parte del diente que abarca desde su cuello dentario hasta su borde incisal o cara oclusal; es la porción del diente cubierta por esmalte, permanece durante toda la vida del diente y puede identificarse incluso en dientes extraídos.
- **Corona metal cerámica:** Es una mezcla de resistencia del metal y estética. Está constituida por casquete metálico donde recibe la cerámica como un enchapado.
- **Línea de terminación:** Se denomina línea de terminación en prótesis fija a la configuración del margen de las preparaciones el cual, delimita diente sano del preparado.

- **Margen gingival:** cresta de la encía libre que rodea los dientes como un collar y que está separada de la encía fija adyacente por una depresión lineal, el surco gingival libre. También recibe el nombre de encía marginal.
- **Metal:** Son elementos químicos que se caracterizan por ser buenos conductores del calor y la electricidad. Poseen alta densidad y son sólidos en temperaturas normales. Los metales se utilizan en Odontología Restauradora y Protésica debido a sus cualidades, principalmente porque Poseen resistencia suficiente a las fuerzas masticatorias. La mayoría de los metales vienen en aleaciones.

2.4. SISTEMA DE VARIABLES

Definición conceptual de las variables:

- **Gingivitis (Variable independiente)**

La gingivitis es una enfermedad bucal generalmente bacteriana que provoca inflamación y sangrado de las encías, causada por los restos alimenticios que quedan atrapados entre los dientes.

Existen varios tipos de gingivitis, según la causa pueden ser inducida por placa bacteriana y otras no inducidas por placa bacterianas, todas con las mismas manifestaciones clínicas. Cuando esta enfermedad evoluciona a un estado crónico, provoca bolsas periodontales, movilidad dentaria, sangrado excesivo y

espontáneo, y pérdida del hueso alveolar que sostiene a los dientes, con la gran posibilidad de perder piezas dentales.

Margen cervical de coronas completas (Variable dependiente)

Los márgenes cervicales de las coronas completas está a nivel del tercio cervical de la corona y por su acabado y posición de la corona en el diente puede causar inflamación gingival por lo que se dice que son los componentes del elenco de restauración más susceptibles al fracaso, tanto biológicamente y mecánicamente.

De acuerdo a su ubicación puede ser supragingival en donde no contacta con la encía, yuxtagingival en donde queda a nivel de la encía y la supragingival en donde termina dentro del surco gingivo dentario.

2.5. OPERAZIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	INSTRUMENTO	TECNICA
Variable Independiente: Vd. (X) Gingivitis	Leve	- Leve inflamación gingival - Leve cambio de coloración de la encía - Ausencia de sangrado gingival	Cualitativa ordinal	Índice gingival	Observación directa
	Moderada	- Inflamación gingival moderada - Cambio de coloración de la encía enrojecida - Perdida del puntillado de la encía. - Presencia de sangrado gingival provocado			
	Severa	- Inflamación gingival severa - Encías eritematosas, lisa y brillante - Puede haber ulceraciones - Presencia de sangrado gingival espontaneo			
Variable dependiente Vi (X) Margen cervical de coronas completas	Margen supragingival	- Límite más a oclusal de la encía.	Cualitativa nominal	Cuestionario	Test Cognoscitivo
	Margen yuxta-gingival	- Queda al mismo nivel de la encía			
	Margen subgingival	- Termina dentro del surco gingivodentario (1 – 2 mm)			
Variable Interviniente Pacientes	Etapa psicofisiológico de la vida humana	Genero	Femenino	Cuestionario	Observación directa / Encuesta
			Masculino		
		Edad	De 18 a 70 años		

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

❖ Tipo de investigación

- Según el periodo de estudio:

Investigación transversal.- Es un estudio transversal pues la muestra fué evaluada en un corte de tiempo (solo una vez).

- Según la ocurrencia:

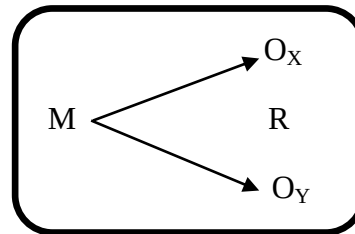
Investigación prospectiva: El grupo de estudio fué estudiado en el presente.

❖ Nivel de investigación

Investigación Correlacional: El presente estudio relaciono dos variables.

3.2. DISEÑO Y ESQUEMA DE INVESTIGACIÓN

Diseño correlacional



Dónde:

M = Muestra (Adultos de 18 a 70 años)

R = Rango de relación

O_x, O_y = Observaciones (O_x= Gingivitis; O_y= Margen cervical de coronas completas)⁴³.

- Este trabajo de investigación no es experimental ya que solo se limita a observar y relacionar las variables mas no se manipulara dichas variables.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Determinación del Universo/Población.- Se realizó el estudio en una población conformada por todos los pacientes que acudieron al Hospital Regional Hermilio Valdizan de 18 hasta 70 años portadores de coronas completas en el periodo 2016.

- **Muestra (n)**

Selección de la muestra

Según **Gamarra** (2006), la muestra es el sub conjunto de la población. Para que un sector de la población sea considerado como muestra, se requiere que todos los elementos de ella pertenezcan a la población. No son muestras los sujetos de la muestra que no pertenecen a la población⁴⁴.

Criterio de selección de datos

Criterios de Inclusión

Se incluyeron en el estudio a los pacientes que reunían los siguientes criterios.

- Pacientes que acudieron al Hospital Hermilio Valdizan que comprenden entre las edades de 18 a 70 años.
- Pacientes portadores de coronas completas.

Criterios de Exclusión

Se excluyeron en el estudio a los pacientes que reunían los siguientes criterios.

- Pacientes menores de 18 y mayores de 70 años de edad.
- Pacientes no portadores de coronas completas.

Tipo de muestreo

El tipo de muestreo fué no probabilístico, la toma de muestra se hizo al azar seleccionando a 50 pacientes comprendida entre 18 y 70 años.

3.4. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Previamente a iniciar el proceso de recolección de la información se envió una carta solicitando autorización dirigida al jefe del Hospital Hermilio Valdizan Huánuco se explicó detalladamente el proceso de recolección de datos. Una vez obtenida las autorizaciones se procedió a evaluar a cada paciente portador de coronas completas considerando los criterios de inclusión. El instrumento utilizado en el estudio fué un cuestionario para el paciente y una ficha clínica en la cual se registraron datos relacionados al estado periodontal del paciente a estudiar.

- **Fuentes de recolección de datos**

Para el estudio que se realizó se obtuvo datos de la siguiente manera:

Fuentes Primarias

Cuando los datos se consiguen directamente de quienes son su objeto de estudio, es decir a través de las encuestas y el examen clínico que se les realizaran a los pacientes.

Fuentes Secundarias

Cuando los datos se consiguen a través de terceras que son las historias clínicas que se obtuvo del archivo central del Hospital Hermilio Valdizan.

- **Técnicas de recolección de datos**

Para la recolección efectiva de información se utilizaron las siguientes técnicas:

La observación

Según **Choque y rojas (1995)**, la observación es una técnica de registro empírica, que permite conocer la realidad a través de la percepción directa de los objetos y fenómenos.

En este proyecto de investigación se hizo uso de la observación directa y participante de la siguiente manera:

- Evaluación protésica: mediante el cual se verificaron a los pacientes portadores de aparatos protésicos fijos, dentro de ello se consideró el odontograma que indica a las piezas dentarias de evaluación.
- Evaluación gingival: se utilizó para el diagnóstico y clasificación de la condición gingival de acuerdo a los parámetros establecidos para el levantamiento del índice gingival de Löe y Silness.

El Cuestionario

Son las preguntas elaboradas en forma escrita que fué empleadas a una de la muestra con la finalidad de obtener información acerca de la variable independiente para saber si consumen la hoja de coca y la cal.

Índice de Higiene oral de Löe y Silness

Es la ficha de recolección de datos para determinar el grado de inflamación gingival.

3.5. TÉCNICA DE RECOJO, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS

Técnica de recojo de datos

El plan de recojo de los datos se realizó mediante la aplicación de un cuestionario, cuyos resultados fué sometidos al programa SPSS y se utilizó el siguiente software:

- Procesador de texto Microsoft Office Word 2013.

Procesamiento de datos

Se empleó una base de datos de acuerdo a las variables estudiadas, la medida de correlación entre variables a usar es la Chi-cuadrada.

Prueba de Chi-cuadrada

$$X^2 = \sum \frac{(fo - fe)^2}{fe}$$

Dónde:

X = Prueba no paramétrica de Chi-cuadrada para variables

fo = Frecuencia observada.

fe = Frecuencia esperada⁴⁵.

Presentación de datos

Los resultados y la información recolectada fueron analizados y procesados mediante cuadros estadísticos con sus respectivos gráficos (Diagrama en barras).

CAPITULO IV

RESULTADOS

Siguiendo los criterios de inclusión y exclusión, el estudio incluyó un total de 50 pacientes de 18 a 70 años (30 pacientes fueron del género masculino y 20 pacientes del género femenino) en el Hospital Regional Hermilio Valdizan, el cual los datos fueron recolectados durante los meses de enero a mayo del 2016.

4.1. APLICACIÓN ESTADÍSTICA

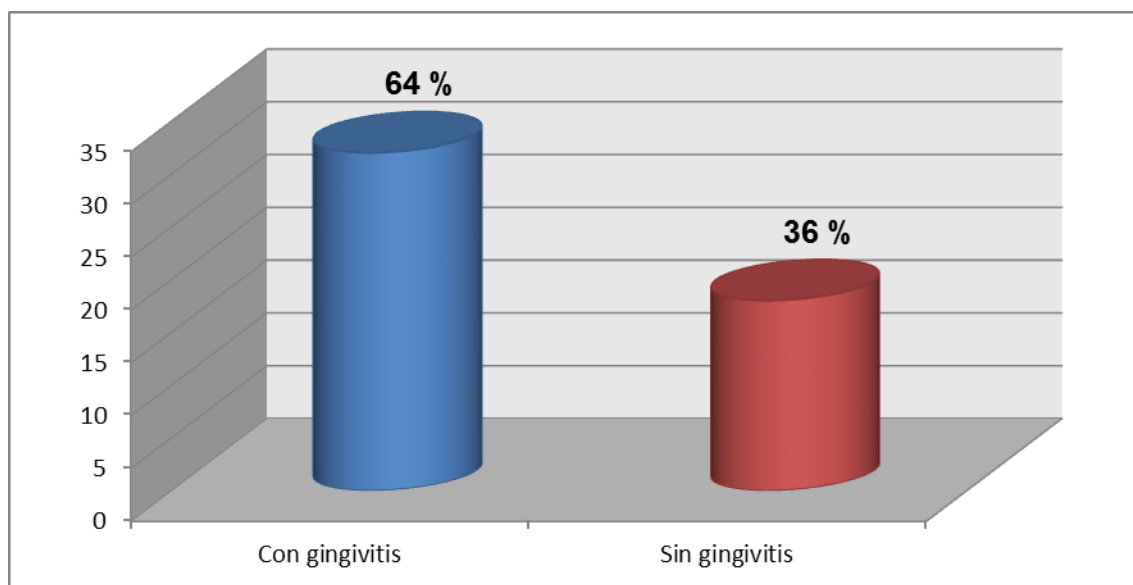
⚙ Estadísticos descriptivos

Tabla N° 1: Distribución de frecuencia y porcentajes con respecto a la prevalencia de gingivitis en pacientes portadores de coronas completas

PREVALENCIA DE GINGIVITIS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Con gingivitis	32	64%
Sin gingivitis	18	36%
TOTAL	50	100 %

FUENTE: Índice Gingival obtenido de los pacientes, enero a mayo del 2016

Gráfico N° 1: Distribución de porcentajes con respecto a la prevalencia de gingivitis en pacientes portadores de coronas completas



FUENTE: Tabla N° 1

Interpretación de resultados

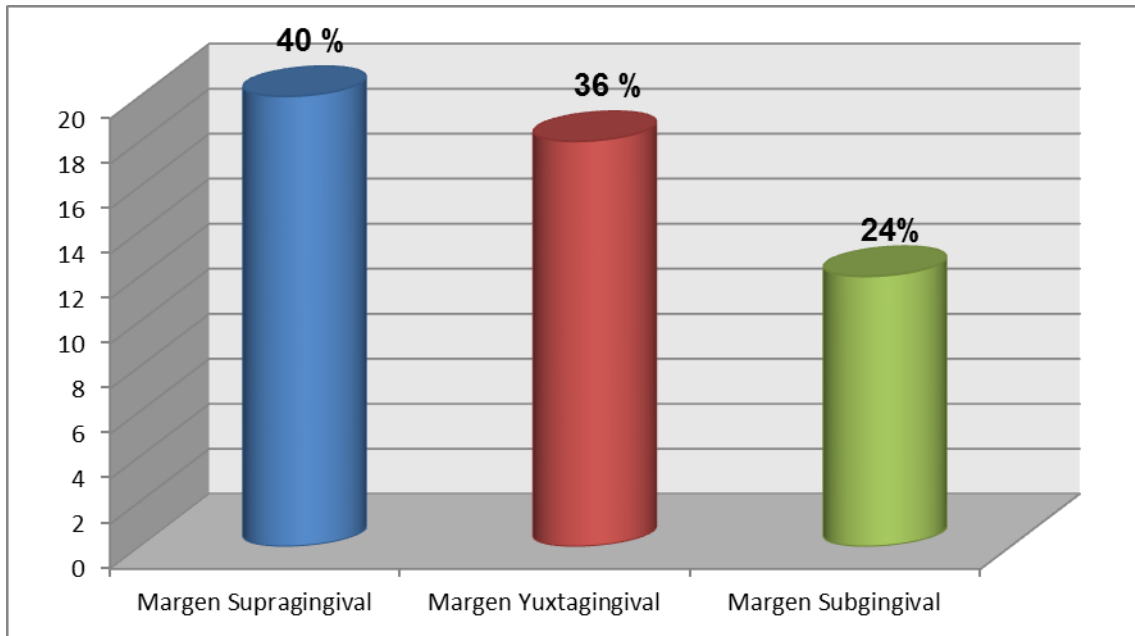
En relación a la prevalencia de gingivitis en pacientes portadores de coronas completas, según los datos obtenidos y organizados en la tabla N° 1 y gráfico N° 1, se puede distinguir que la mayor prevalencia se evidencio en las personas con presencia de gingivitis en un 64% y la menor prevalencia se evidencia en personas con ausencia de gingivitis en un 36%.

Tabla N° 2: Distribución de frecuencia y porcentajes con respecto a la posición del margen cervical que más predomina en coronas completas de los pacientes

POSICIÓN DEL MARGEN CERVICAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Margen Supragingival	20	40%
Margen Yuxtagingival	18	36%
Margen Subgingival	12	24%
TOTAL	50	100 %

FUENTE: Ficha de evaluación obtenido de los pacientes, enero a mayo del 2016

Gráfico N° 2: Distribución de porcentajes con respecto a la posición del margen cervical que más predomina en coronas completas de los pacientes



FUENTE: Tabla N° 2

Interpretación de resultados

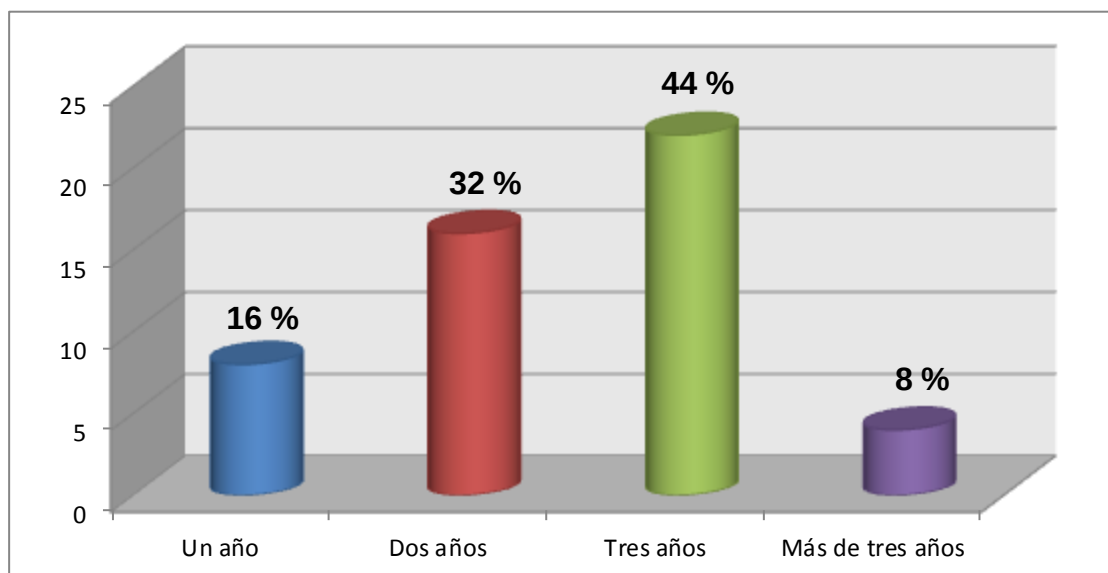
En relación a la posición del margen cervical que más predomina en coronas completas de los pacientes, según los datos obtenidos y organizados en la tabla N° 2 y gráfico N° 2, se puede distinguir que la mayor prevalencia se evidencio en el margen supragingival en un 40%, seguido del margen yuxtagingival en un 36% y la menor prevalencia se evidencio en el margen subgingival en un 24%.

Tabla N° 3: Distribución de frecuencia y porcentajes con respecto a la relación entre el tiempo de instalación de las coronas completas de los pacientes atendidos

TIEMPO DE INSTALACIÓN DE LAS CORONAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Un año	8	16%
Dos años	16	32%
Tres años	22	44%
Más de tres años	4	8%
TOTAL	50	100 %

FUENTE: Ficha de evaluación obtenidos de los pacientes, enero a mayo del 2016

Gráfico N° 3: Distribución de porcentajes con respecto a la relación entre el tiempo de instalación de las coronas completas de los pacientes atendidos



FUENTE: Tabla N° 3

Interpretación de resultados

En relación entre el tiempo de instalación de las coronas completas de los pacientes atendidos, según los datos obtenidos y organizados en la tabla N° 3 y gráfico N° 3, se puede distinguir que la mayor prevalencia se evidencio en un periodo de tres años de instalación en un 44%, seguido de un periodo de instalación de dos años en un 32%, continuando en un periodo de instalación de un año en un 16% y la menor prevalencia se evidencia en un periodo de instalación de más de tres años en un 8%.

Estadísticos inferencial

- **Cuadro de contingencia entre las variables**

Tabla N° 4: Distribución de frecuencia de la gingivitis con relación al margen cervical de coronas completas en los pacientes

PRESENCIA DE GINGIVITIS		UBICACIÓN DEL MARGEN CERVICAL		
		Margen Supragingival	Margen Yuxtagingival	Margen Subgingival
		20	18	12
Con gingivitis	32	16	12	4
Sin gingigitis	18	4	14	0
TOTAL		50		

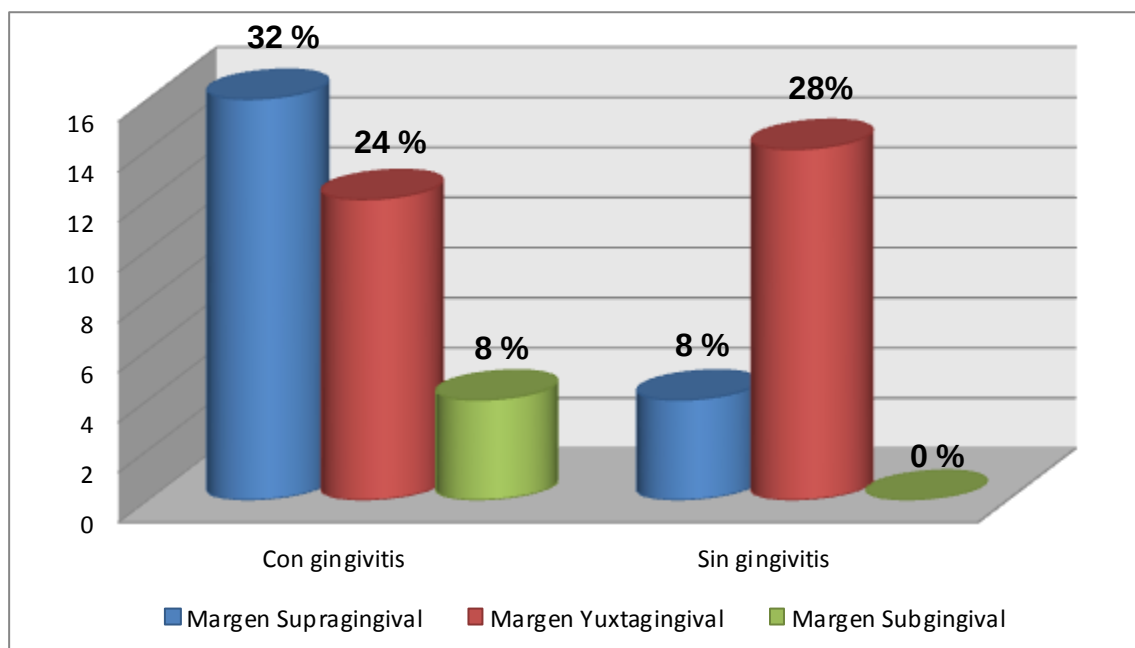
FUENTE: Índice gingival y ficha de evaluación obtenido de los pacientes, enero a mayo del 2016

Tabla N° 5: Distribución de porcentaje de la gingivitis con relación al margen cervical de coronas completas en los pacientes

PRESENCIA DE GINGIVITIS		UBICACIÓN DEL MARGEN CERVICAL		
		Margen Supragingival	Margen Yuxtagingival	Margen Subgingival
		40%	36%	24%
Con gingivitis	64%	32%	24%	8%
Sin gingivitis	36%	8%	28%	0%
TOTAL		100%		

FUENTE: Índice gingival y ficha de evaluación obtenido de los pacientes, enero a mayo del 2016

Gráfico N° 4: Distribución de porcentaje de la gingivitis con relación al margen cervical de coronas completas en los pacientes



FUENTE: Tabla N° 4 y N°5

Interpretación de resultados

La correlación entre las variables, gingivitis y el margen cervical de las coronas completas, arrojaron que los pacientes con presencia de gingivitis en un 64% obtuvieron el 32% con ubicación del margen supragingival de la corona completa, seguido del 24% con ubicación del margen yuxtagingival de la corona completa y solo el 8% con ubicación del margen subgingival de la corona completa, mientras que los pacientes en donde no se evidenciaron gingivitis esto en un 36% se observó que el 28% fue con ubicación del margen yuxtagingival de la corona completa, seguido de un 8% con ubicación del margen supragingival de la corona completa y un 0% con ubicación del margen gingival subgingival de la corona completa.

- **Aplicación de la Chi-Cuadrada para la comprobación de la correlación entre las variables.**

Determinación de la formula.

$$X^2 = \sum \frac{(fo - fe)^2}{fe}$$

Dónde:

X = Prueba no parametrica de Chi-cuadrada para variables

fe = Frecuencia esperada.

fo = Frecuencia observada.

Determinación de la frecuencia observada (fe)

$$fe = \frac{(\text{total de renglones}) \times (\text{total de columnas})}{n}$$

Dónde: n = Total

Tabla N° 6: Distribución de la frecuencia esperada

PRESENCIA DE GINGIVITIS		UBICACIÓN DEL MARGEN CERVICAL		
		Margen Supragingival	Margen Yuxtagingival	Margen Subgingival
		20	18	12
Con gingivitis	32	12.8	11.5	7.7
Sin gingivitis	18	7.2	6.5	4.3
TOTAL		50		

- **Aplicación de la formula (Chi-cuadrada).**

Cuadro N° 1: Procedimiento para calcular la Chi-cuadrada.

$\chi^2 =$	fo	fe	$\frac{(fo - fe)^2}{fe}$
Con gingivitis/ Margen supragingival	16	12.8	0.8
Con gingivitis/ Margen Yuxtapingival	12	11.5	0.02
Con gingivitis/ Margen Subgingival	4	7.7	1.8
Sin gingivitis/ Margen supragingival	4	7.2	1.4
Sin gingivitis/ Margen Yuxtapingival	14	6.5	8.6
Sin gingivitis/ Margen Subgingival	0	4.3	4.3
$\chi^2 =$			50

$$\chi^2 = 16.92$$

- **Determinación de los grados de libertad (gl)**

$$gl = (f-1)(c-1)$$

Dónde:

f = Numero de filas del cuadro de contingencia.

c = Numero de columnas del cuadro de contingencia.

- **Aplicación de la formula (grados de libertad)**

$$gl = (2-1)(3-1)$$

$$gl = 2$$

- **Elección del nivel de significancia**

Para que nuestro resultado de X^2 sea significativo tenemos que utilizar un nivel de significancia del 1% (0.01) ²⁸

Nivel de significancia = 0.01

- **Comprobando los grados de libertas en la tabla de distribución de la Chi-Tabular.**

Cuadro N° 2: Distribución de la Chi-Tabular de acuerdo a los grados de libertad.

gl	Niveles de significación para hipótesis bilaterales					
	0.20	0.10	0.05	0.02	0.01	0.001
1	1.64	2.71	3.84	5.41	6.64	10.87
2	3.22	4.60	5.99	7.82	9.21	13.82

Interpretación: El valor a empatar entre el nivel de confianza de 0.01 con el grado de libertad 1 resultó a 9.21

4.2. CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS

El valor de X^2 calculado estadísticamente para evaluar hipótesis acerca de la relación entre las variables es de 16.92, el cual fue superior a Chi-tabular de 9.21 (Valor obtenido del empate entre el nivel de significancia y grado de libertad debidamente establecido).

Chi-Cuadrada		Chi-Tabular
	>	
(16.92)		(9.21)

Como este valor de X^2 es superior a Chi-tabular, se puede rechazar la hipótesis nula y afirmar que las variables enfermedad periodontal y el consumo habitual de la hoja de coca y cal están relacionados.

Cuadro N° 1: Distribución de las hipótesis (H_1 y H_0)

TIPO DE HIPÓTESIS		ACEPTACION
H_1	Existe asociación entre la gingivitis y el margen cervical de coronas completas en pacientes atendidos en el Hospital Hermilio Valdizan-Huánuco, 2016	ACEPTADO ✓
H_0	No existe asociación entre la gingivitis y el margen cervical de coronas completas en pacientes atendidos en el Hospital Hermilio Valdizan-Huánuco, 2016	RECHAZADO X

CAPITULO V

DISCUSION

En este apartado se realiza la confrontación de la situación problemática formulada, las bases teóricas y las hipótesis formuladas en razón con los resultados.

- **Contrastación de resultados con los problemas planteados.**

¿Existe relación entre la gingivitis y el margen cervical de coronas completas en pacientes atendidos en el Hospital Hermilio Valdizan-Huánuco, 2016?

En relación a la prevalencia de gingivitis en pacientes portadores de coronas completas, se determinó que la mayor prevalencia se evidencio en las personas con presencia de gingivitis en un 64% y la menor prevalencia se evidencia en personas con ausencia de gingivitis en un 36%. En relación a la posición del margen cervical que más predomina en coronas completas de los pacientes, se determinó que la mayor prevalencia se evidencio en el margen supragingival en un 40%, seguido del margen yuxtagingival en un 36% y la menor prevalencia se evidencio en el margen subgingival en un 24%. En relación entre el tiempo de instalación de las coronas completas de los pacientes atendidos, se determinó que la mayor prevalencia se evidencio en

un periodo de tres años de instalación en un 44%, seguido de un periodo de instalación de dos años en un 32%, continuando en un periodo de instalación de un año en un 16% y la menor prevalencia se evidencia en un periodo de instalación de más de tres años en un 8%. La correlación entre las variables, gingivitis y el margen cervical de las coronas completas, se determinó que con presencia de gingivitis en un 64% obtuvieron el 32% con ubicación del margen supragingival de la corona completa, seguido del 24% con ubicación del margen yuxtagingival de la corona completa y solo el 8% con ubicación del margen subgingival de la corona completa, mientras que los pacientes en donde no se evidenciaron gingivitis esto en un 36% se observó que el 28% fue con ubicación del margen yuxtagingival de la corona completa, seguido de un 8% con ubicación del margen supragingival de la corona completa y un 0% con ubicación del margen gingival subgingival de la corona completa.

- Contrastación de resultados con los referentes bibliográficos y antecedentes.

El presente estudio el 64% de la muestra se evidenciaron con gingivitis y 36% sin gingivitis. También se determinó la posición del margen cervical donde la mayor prevalencia se evidencio en el margen supragingival en un 40%, seguido del margen yuxtagingival en un 36% y la menor prevalencia se evidencio en el margen subgingival en un 24%.

Estos resultados coinciden con el siguiente tema de investigación:

- **Bustos L. y Oyander C. Chile 2012.** Determino la “Condición Periodontal de las Prótesis Fijas Singulares Realizadas en la Clínica Odontológica Integral del Adulto de la Universidad Mayor de Temuco”, obteniendo como resultado, eritema fue de 81%, el sangramiento lo encontramos en un 77% y la recesión gingival en un 27%. Respecto al material, las PFS que presentaron más problemas de edema y eritema fueron las de metal cerámica con un 82%.

- **Contrastación de hipótesis**

De acuerdo a los resultados obtenidos y procesados en las tablas y gráficos del presente proyecto de investigación se puede observar a través del cálculo de la prueba estadística Chi-Cuadrada, donde se demostró que si existe relación directa entre la gingivitis y el margen cervical de coronas completas en los pacientes del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano. Como se pudo comprobar que Chi-Cuadrada es mayor que Chi-Tabular, se acepta la hipótesis alterna, rechazando la hipótesis nula, considerando 2 grados y libertad con un 1% de nivel de significativita.

CONCLUSIONES

- ☺ De acuerdo con los resultados obtenidos, analizados e interpretados se determinó que si existe correlación directa entre la gingivitis y el margen cervical de las coronas completas de los pacientes en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano.
- ☺ En relación a la prevalencia de gingivitis en pacientes portadores de coronas completas, según los datos obtenidos, analizados e interpretados se determinó que la mayor prevalencia se evidencio en las personas con presencia de gingivitis en un 64% y la menor prevalencia se evidencia en personas con ausencia de gingivitis en un 36%.
- ☺ En relación a la posición del margen cervical que más predomina en coronas completas de los pacientes, según los datos obtenidos, analizados e interpretados se determinó que la mayor prevalencia se evidencio en el margen supragingival en un 40%, seguido del margen yuxtapingival en un 36% y la menor prevalencia se evidencio en el margen subgingival en un 24%.
- ☺ En relación entre el tiempo de instalación de las coronas completas de los pacientes atendidos, según los datos obtenidos, analizados e interpretados se determinó que la mayor prevalencia se evidencio en un periodo de tres años de instalación en un 44%, seguido de un periodo de instalación de dos años en un 32%, continuando en un periodo de instalación de un año en un

16% y la menor prevalencia se evidencia en un periodo de instalación de más de tres años en un 8%.

SUGERENCIAS

- ♦ Emplear los resultados de este proyecto para brindar información actualizada, a partir de los cuales se tome como referente para la mejora de los programas preventivos implantados en la actualidad.
- ♦ Concientizar a las personas portadores de coronas completas la importancia de tener una buena higiene bucal, libre de inflamación gingival, motivarlas y educarlas en relación a medidas de prevención.
- ♦ Educar a los pacientes personas portadores de coronas completas acudir de manera periódica al odontólogo para el respectivo control después del año de su instalación.
- ♦ En los hospitales, en los centros de salud, en las clínicas, consultorios privados y en la clínica de la universidad deberían trabajar programas preventivos teniendo en cuenta a las personas portadoras de coronas completas ya que se demostró que existe relación en contraer inflamación gingival.

BIBLIOGRFIA

1. **Amato F, Macca U, Borlizzi D. (2013).** The American Journal of Esthetic Dentistry. Volumen 3. No.1.Spring 2013.
2. **Shenoy A, Shenoy N, Babannavar R. (2012).** Periodontal considerations determining the design and location of margins in restorative dentistry. J Interdiscip Dentistry 2012; 2:3-10.
3. **Bustos Medina L. y Oyanader Martínez C. (2012).** Condición Periodontal de las Prótesis Fijas Singulares Realizadas en la Clínica Odontológica Integral del Adulto de la Universidad Mayor de Temuco, en *International journal of odontostomatology*. págs. 195 al 200. URL disponible: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2012000200013
4. **Liliana Sánchez L. et al (2008).** Bacterias anaeróbicas presentes en el surco gingival de pacientes durante el tratamiento prostodóntico fijo en *Publicación científica de ciencias biomédicas* NOVA. Pags. 101 al 212 Vol 6. URL disponible:http://www.unicolmayor.edu.co/invest_nova/NOVA/NOVA9_ART1_GINGIVAL.pdf
5. **Rafael Salazar J. y Giménez Xiomara (2008).** Agresión gingival con los procedimientos restauradores en Artículo científico Acta odontológica venezolana vol 47. URL disponible: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2009/3/art20.asp>
6. **Viviana Fabiola Rosales Larenas (2006).** Cambios en los tejidos periodontales inferidos por el provisional durante el tratamiento. Santiago de chile – Chile. [tesis para obtener el título de cirujano dentista]: Universidad de

Chile 2006. URL disponible:
http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2006/rosales_v/sources/rosales_v.pdf

7. **Güere Chuquillanqui Jimmy. (2013).** Determino la “Influencia de la mala adaptación de las coronas fenestradas en el desarrollo de la enfermedad periodontal en piezas dentarias anteriores en pobladores en la localidad de Carpapata – Tarma enero julio 2013. Tarma – Perú. [tesis para obtener el título de cirujano dentista]: Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión. URL disponible:

<http://www.cop.org.pe/bib/tesis/JIMMYGUERECHUQUILLANQUI.pdf>

8. **Chavez Vereau, N; Alarcón Palacios, M (2012)** en “enfermedad gingival en adolescentes, diagnóstico y tratamiento”. Revista estomatológica herediana. Págs. 167y 170. Url disponible:

http://www.upch.edu.pe/faest/publica/2012/vol22_n3/reh_vol22_n3_12_art05.pdf

9. **Motta candela, aurora del pilar (2011).** Higiene bucal y gingivitis en alumnos con discapacidades intelectuales del colegio especial “santa teresa de courdec” mayo – junio 2011. Lima – Perú. [tesis para obtener el título de cirujano dentista]: Universidad de San Martin de Porres 2011. URL disponible: <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/auroradelpilarmottacandela.pdf>

10. **Torres oliva, Javier Iván (2010).** Relación del nivel hormonal y la gingivitis en niños de 10 y 13 años del albergue “ciudad de dios” y el colegio particular “mi buen Jesús” de lima en el año 2010. Lima – Perú [tesis para obtener el título de cirujano dentista]: universidad nacional mayor de san marcos 2010.

- 11. Alvino Teresa E y Flores Picón G.** Nivel de conocimiento sobre higiene bucal y la prevalencia de la gingivitis en gestantes atendidos en el hospital regional hermiliovaldizán medrano de huánuco en el año 2011. [tesis para obtener el título de cirujano dentista]: universidad nacional hermiliovaldizán medrano 2011.
- 12. Rosenstiel SF, Land MF y Fujimoto, J (2008).** “Prótesis fija contemporánea” Brasil – 2008. Cuarta edición Pag. 7
- 13. IBID** Pág. 8
- 14. IBID** Pág. 9
- 15. IBID** Pág. 10
- 16. IBID** Pág. 11
- 17. Milleding Percy (2013).** “Preparaciones para prótesis fija”. España – 2013. Primera edición. Pág. 32
- 18. IBID** Pág. 34
- 19. IBID** Pág. 35 y 36
- 20. IBID** Pág. 37 al 39
- 21. IBID** Pág. 40 al 46
- 22. Pegoraro Fernando L (2007).** “Prótesis fija” Brasil – 2007. Cuarta edición. Pág. 52
- 23. IBID** Pág. 53 al 56
- 24. Waite MY Strahan JD (2005).** “Atlas en color de periodoncia” España – 2005. Tercera edición 2005. Pág. del 20
- 25. IBID** Pág. 21
- 26. IBID** Pág. 22
- 27. IBID** Pág. 23 y 24

28. **IBID** Pág. 25
29. **IBID** Pág. 26 al 32
30. **IBID** Pág. 33 al 39
31. **IBID** Pág. 40
32. **IBID** Pág. 41 al 43
33. **IBID** Pág. 44
34. **Edited by Barry M. Eley, JD (2011).** Manson and Mena Soory.
“Periodoncia”. México – 2011. Sexta Edición. Pág. 52.
35. **IBID** Pág. 53 al 58
36. **IBID** Pág. 59 al 63
37. **IBID** Pág. 64
38. **Newman G y Michael (2014).** “Periodontología clínica de carranza”. Italia –
2014. Décimo primera edición. Pág. 26
39. **IBID** Pág. 26 al 32
40. **IBID** Pág. 33 al 39
41. **Vila Vilma G y Barrios Carolina E. (2004).** Estado gingival y evaluación de
la higiene bucal en adultos mayores con relación al uso de prótesis dental.
Universidad Nacional del Noroeste. 2004. URLA Disponible en:
<http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/com2005/3-Medicina/M-120.pdf>
42. **Bertha y Hidagashida.** “odontología preventiva” segunda edición 2009.
Págs. 146 al 153 y del 212 al 230
43. **Alarcón Montoya, G; Prado Juscamaita JI Y Albornoz Solís, Y.**
“Metodología de la investigación científica en salud” Primera edición 2009,
Pillcomarca-Huánuco. Pág. 219.

44. Hernández Sampieri, R; Fernández Collado, C Y Baptista Lucio P.

“Metodología de la investigación” Cuarta edición 2006, Distrito federal-México.

Págs.471 al 476

45. ÑAUPAS PAITÁN H et al (2012). *“Metodología de la investigación científica*

y elaboración de tesis” Segunda Edición 2012, Lima-Perú. Pág. 207, 223 y

244.

ANEXOS



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
E. A. P. DE ODONTOLOGÍA



HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

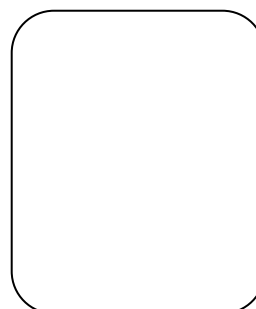
Yo:..... con
DNI:....., doy constancia de haber sido informada y de haber
entendido en forma clara el presente trabajo de investigación; cuya finalidad es
obtener información que podrá ser usada en la planificación de acciones de
desarrollo y mejoras en la salud integral de los adolescentes. Teniendo en
cuenta que la información obtenida será de tipo confidencial y sólo para fines
de estudio y no existiendo ningún riesgo; acepto que rellenar la encuesta y ser
examinado por el responsable del proyecto.

Responsable del trabajo: Manuel, TARAZONA CASTILLO

Bachiller en odontología

Fecha de aplicación:

Firma del paciente





UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

E. A. P. DE ODONTOLOGÍA

INSTRUMENTO

FICHA EVALUATIVA



Nombre del paciente:

Edad..... Sexo..... fecha/...../.....

Cuestionario:

1.- Tipo de corona

2.- Tiempo de colocada la corona

a) 1 año..... ()

b) 2 años..... ()

c) 3 años..... ()

d) Mas de 3 años..... ()

CRITERIOS EMPLEADOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN DE LA CODICIÓN GINGIVAL DE ACUERDO A LOS ÁRAMETROS ESTABLECIDOS PARA EL LEVANTAMIENTO DEL INDICE GINGIVAL DE LÖE Y SILNESS (IG)

APARIENCIA	SANGRADO	INFLAMACION	CODIGO
Encía normal	No hay	Ninguno	0
Cambio ligero de rosa a rojo y edema ligeramente perceptible, la textura que es ligeramente lisa	No hay	Leve	1
Enrojecimiento, aumento de volumen y presencia de edema	Presencia de sangrado a la presión de tejido	moderado	2
Marcado enrojecimiento, aumento de volumen, edema y presencia de ulceración	Sangrado espontaneo	Severo	3

VALIDACION DE INSTRUMENTO

I.- DATOS GENERALES:

Fecha...../...../.....

1.1 Nombre del Experto:

1.2 Cargo e Institución donde labora:

1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación:

1.4 Autor (es) del instrumento:

1.5 título de la investigación: **GINGIVITIS EN RELACIÓN AL MARGEN CERVICAL DE CORONAS COMPLETAS EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE ODONTOLOGIA DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN – HUANUCO, 2016**

II ASPECTO DE LA VALIDACIÓN:

	CRITERIOS	deficiente 1	baja 2	regular 3	buena 4	muy buena 5
1.claridad	Está formulado con lenguaje apropiado					
2.objetividad	Evalúa características observables					
3 actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología					
4. organización	Existe una organización lógica					
5. suficiencia	Comprende los aspectos de cantidad y calidad					
6. intencionalidad	Adecuado para identificar la presencia de las alteraciones objeto de estudio					
7. consistencia	Basado en aspectos teórico - científicos					
8. coherencia	Entre los índices, indicadores y las dimensiones					
9. metodología	La estrategia responde al propósito del diagnóstico					
10. pertinencia	El instrumento es adecuado al tipo de investigación					
CONTEO TOTAL DE MARCAS: (realizadas El conteo total en cada una de las categorías De la escala)		A	B	C	D	E

Coefficiente de valides: $(1 \times A) + (2 \times B) + (3 \times C) + (4 \times D) + (5 \times E) =$

III CALIFICACION GLOBAL: Ubique el coeficiente de valides obtenido y marque con una aspa en el círculo correspondiente

categoría	intervalo
DESAPROBADO	[0.00 – 1.60]
OBSERVADO	<0.60 – 0.70]
APODADO	<0.70 – 1.00]

Opinión de aplicabilidad:

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: GINGIVITIS EN RELACIÓN AL MARGEN CERVICAL DE CORONAS COMPLETAS EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE ODONTOLOGIA DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN – HUÁNUCO, 2016

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	2. OBJETIVOS	3. HIPÓTESIS
General ¿Existe relación entre la gingivitis y el margen cervical de coronas completas en pacientes atendidos en el Hospital Hermilio Valdizan-Huánuco, 2016? Específicos Pe1. ¿Cuál es la prevalencia de gingivitis en pacientes potadores de coronas completas atendidos en el servicio de odontología en el hospital Hermilio Valdizan-Huánuco 2016, según genero Pe2. ¿Cuál es la posición del margen cervical que más predomina en coronas completas de pacientes a tendidos en el hospital Hermilio Valdizan-Huánuco 2016. Pe3. ¿Existe relación entre el tiempo de instalación de las coronas completas de pacientes atendidos en el hospital Hermilio Valdizan y la frecuencia de casos de gingivitis.	General Determinar la relación entre la gingivitis y el margen cervical de coronas completas en pacientes atendidos en el Hospital Hermilio Valdizan-Huánuco, 2016 Específicos Oe1. ¿Identificar es la prevalencia de gingivitis en pacientes potadores de coronas completas atendidos en el servicio de odontología en el hospital Hermilio Valdizan-Huánuco 2016,según genero Oe2. Determinar es la posición del margen cervical que más predomina en coronas completas de pacientes a tendidos en el hospital Hermilio Valdizan-Huánuco 2016. Oe3. Determinar la relación entre el tiempo de instalación de las coronas completas de pacientes atendidos en el hospital Hermilio Valdizan y la frecuencia de casos de gingivitis.	Hipótesis de investigación Existe asociación entre la gingivitis y el margen cervical de coronas completas en pacientes atendidos en el Hospital Hermilio Valdizan-Huánuco, 2016. Hipótesis nula No existe asociación entre la gingivitis y el margen cervical de coronas completas en pacientes atendidos en el Hospital Hermilio Valdizan-Huánuco, 2016.

4. VARIABLE

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	INSTRUMENTO	TECNICA
Variable Independiente: Vd. (X) Gingivitis	Leve	- Leve inflamación gingival - Leve cambio de coloración de la encía - Ausencia de sangrado gingival	Cualitativa ordinal	Índice gingival	Observación directa
	Moderada	- Inflamación gingival moderada - Cambio de coloración de la encía enrojecida - Pérdida del puntillado de la encía. - Presencia de sangrado gingival provocado			
	Severa	- Inflamación gingival severa - Encías eritematosas, lisa y brillante - Puede haber ulceraciones - Presencia de sangrado gingival espontáneo			
Variable dependiente Vi (X) Margen cervical de coronas completas	Margen supragingival	- Límite más a oclusal de la encía.	Cualitativa nominal	Cuestionario	Test Cognoscitivo
	Margen yuxta-gingival	- Queda al mismo nivel de la encía			
	Margen subgingival	- Termina dentro del surco gingivodentario (1 – 2 mm)			
Variable Interviniente Pacientes	Etapa psicofisiológico de la vida humana	Genero	Femenino	Cuestionario	Observación directa / Encuesta
			Masculino		
		Edad	De 18 a 70 años		

ANEXO N° 6

Fotografías del Proceso de Recolección de Datos



Examen clínico intraoral



Restauración Protésica con presencia de gingivitis

Corona Metálica fenestrada con terminación supragingival

