



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ESTOMATOLOGÍA**

TESIS

**ESTADO DE SALUD PERIODONTAL EN PIEZAS CON
PRÓTESIS FIJA EN PACIENTES ATENDIDOS EN CENTRO
DE PRACTICA PRE-CLÍNICA Y CLÍNICA DE
ESTOMATOLÓGIA DE LA UNIVERSIDAD SEÑOR DE
SIPÁN.**

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

Autor:

Bach. Peña Carrasco Julio Brhayan

<https://orcid.org/0000-0001-9497-8058>

Asesor:

Mg.CD. Paola Beatriz La Serna Solari

<https://orcid.org/0000-0002-4073-7387>

Línea de Investigación:

Ciencias de la vida y cuidado de la salud humana

Pimentel – Perú

2020

**ESTADO DE SALUD PERIODONTAL EN PIEZAS CON
PRÓTESIS FIJA EN PACIENTES ATENDIDOS EN CENTRO
DE PRACTICA PRE-CLÍNICA Y CLÍNICA DE
ESTOMATOLÓGIA DE LA UNIVERSIDAD SEÑOR DE
SIPÁN.**

Aprobación del informe de investigación

Mg.CD. Paola Beatriz La Serna Solari
Presidente del jurado de tesis

Mg.CD. Ojeda Gómez Roberto Carlos
Secretario del jurado de tesis

Mg. CD. Lavado La Torre Milagros
Vocal de jurado de tesis

DEDICATORIA

Al ser divino DIOS, verdadera fuente de amor y sabiduría.

A mis padres por el apoyo incondicional durante mi carrera, porque gracias a ellos conozco el valor de la responsabilidad que se debe vivir cada día como un compromiso de esfuerzo y dedicación

Peña Carrasco Julio Brhayan

AGRADECIMIENTO

A DIOS, quien me cobijo con su manto de sabiduría e inspiro para desarrollar mi tesis.

A todos mis docentes que me apoyaron en este proceso de formación, con sus conocimientos, paciencia y dedicación.

A mi prestigiosa Universidad Señor de Sipán por formarme como profesional.

A mi asesora Mg.CD. Paola Beatriz La Serna Solari, por su apoyo y enseñanzas en estos largos años y que han sido fundamentales para mi investigación.

**ESTADO DE SALUD PERIODONTAL EN PIEZAS CON PRÓTESIS FIJA
EN PACIENTES ATENDIDOS EN CENTRO DE PRACTICA PRE-CLÍNICA Y
CLÍNICA DE ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN.**

STATUS OF PERIODONTAL HEALTH IN PARTS WITH FIXED PROSTHESIS
ENACTMENTS AT THE PRE-CLINICAL PRACTICE CENTER AND
STOMATOLOGICAL CLINIC OF THE UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN.

Peña Carrasco, Julio Brhayan

Resumen

Este estudio tiene como objetivo determinar la salud periodontal en piezas con prótesis fija en pacientes tratados en Practica Pre-Clínica y clínica de Estomatología de la universidad señor de Sipán. Este es un estudio cuantitativo con diseño descriptivo y observacional. La población de estudio consistió en 150 piezas con prótesis fija tratados en la clínica dental USS. Los datos se registraron en el periodonto grama. Los investigadores son calibrados por expertos que han llegado a un acuerdo satisfactorio; más tarde, utilizando la sonda periodontal de Carolina del Norte, un evaluador que había sido calibrado antes del estudio evaluó la profundidad de la exploración, la pérdida de inserción clínica y la recesión gingival. Durante el sondaje periodontal, se introdujo el instrumento en toda la circunferencia del pilar y registre la zona más profunda cerca de una de las seis ubicaciones mencionadas. Para la evaluación de los resultados fue usada la prueba de test de student y para los datos numéricos, se utilizará el porcentaje de la media y la desviación estándar correspondientes. Los resultados muestran que el 77,7% de los pacientes tratados en la clínica de la USS de Practica Pre-Clínica y Clínica, su estado de salud periodontal en piezas con prótesis fija es óptima, por otro lado, el 22.3% de los pacientes, su estado periodontal en piezas con prótesis fija es deficiente.

Palabras clave: dentadura parcial fija, periodoncia, enfermedades de las encías

Abstract

The objective of this study is to determine the periodontal health in teeth with fixed prostheses in patients treated in the Pre-Clinical Practice and the Stomatology Clinic of the Señor de Sipán University. This is a quantitative study with a descriptive and observational design. The study population consisted of 150 teeth with fixed prostheses treated at the USS dental clinic. The data were recorded in the periodontium grass. Experts who have reached a satisfactory agreement calibrate investigators; later, using the North Carolina periodontal probe, an evaluator who had been calibrated prior to the study evaluated the depth of the examination, clinical attachment loss, and gingival recession. During periodontal probing, the instrument was introduced to the entire circumference of the abutment and record the deepest area near one of the six mentioned locations. For the evaluation of the results, the student's test was used and for the numerical data, the percentage of the mean and the corresponding standard deviation will be used. The results show that 77.7% of the patients treated in the USS Clinic for Pre-Clinical and Clinical Practice, their periodontal health in teeth with fixed prostheses is optimal, on the other hand, 22.3% of the patients, its periodontal status in pieces with a fixed prosthesis is poor.

Keywords: dentured partial fixed, periodontics, gingival disease

ÍNDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
Resumen.....	vi
Abstract	vii
I. INTRODUCCIÓN	9
1.1. Realidad Problemática	9
1.2. Antecedentes de investigación	10
1.3. Teorías relacionadas al tema	14
1.4. Formulación del problema	26
1.5. Justificación	26
1.6. Hipótesis	27
1.7. Objetivo	27
1.7.1. Objetivo General	27
1.7.2. Objetivos Específicos	27
II. MATERIAL Y MÉTODOS	28
2.1. Tipo y diseño de investigación	28
2.2. Población y muestra	28
2.3. Variables y operacionalización	30
2.4. . Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad 32	
2.5. . Procedimientos de análisis de datos	35
2.6. . Aspectos éticos	35
2.7. . Criterios de rigor científico	36
III. RESULTADOS	36
3.1. Tablas y figuras	36
3.2. Discusión de resultados	42
IV. CONCLUSIONES	44
V. ANEXOS	49
ANEXO 6	57
ANEXO 7	61

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad Problemática.

El propósito planteado en la terapia periodontal ha cambiado a lo largo de los años, de tal manera que el pronóstico como el tratamiento no solo se centran en la Elimina la causalidad del proceso inflamatorio y también puede regenerar la estructura de soporte perdida en la secuencia del ciclo dental.^{1,2}; Asimismo, la enfermedad periodontal se ha convertido en un problema de salud pública en nuestro país, afectando a nuestras comunidades.

A nivel internacional, según estudios realizados a través de los años, ha sido una gran desventaja periodontal, el uso de las prótesis fijas, no por el uso propio en sí, sino por la calidad de la restauración y varios factores como la adaptabilidad de los pacientes y los cuidados a llevar. Estudios llevados en Ecuador, México, Egipto, Estados Unidos, Francia, etc. coinciden en que el estado de salud periodontal es fundamental para el éxito de las prótesis fijas.

A nivel nacional no se tiene muy en cuenta los cuidados post restauración, y no se tiene una cultura de llevar controles, los cuales son muy importantes para realizar seguimiento adecuado a cada tratamiento que se puedan realizar.

A nivel local se pretende evaluar la calidad del control y el estado periodontal en una de las grandes universidades que enseñan el tratamiento de la elaboración de prótesis fija. A partir de ello incentivar a las otras escuelas en las otras universidades a plantearse evaluar la calidad de sus tratamientos, mediante un seguimiento. Ya que estas prótesis fijas son elaboradas para el cumplimiento de un record académico y clínico dentro de las universidades, pero gustaría saber que tan bien se le está haciendo a la sociedad con el beneficio de hacerles tratamientos rehabilitadores casi gratuitos en pre- grado. Ya que, al realizar el tratamiento, se cumple con el objetivo, pero no hay un seguimiento adecuado para garantizar el tratamiento efectuado (que tanto dura o puede durar).

Respecto a ello se plantearía hacer cursos íntegros de rehabilitación oral, que tengan el plazo de un año, para lo cual dentro de ese tiempo poder hacer seguimiento y controles de los tratamientos realizados en las universidades.

El concepto de biotipo periodontal es muy importante para evaluar el estado de salud. La estructura anatómica del contorno gingival se ha descrito a través de investigaciones que correlacionan la forma de los dientes y la altura de la corona de los dientes con las características morfológicas del tejido óseo y de las encías. Se han propuesto varios métodos para la medición clínica del grosor gingival, incluida la transparencia de la sonda visual, la exploración transgingival y métodos directos como la ecografía y la tomografía computarizada.⁴

La investigación en salud periodontal actual se medirá por diferentes métodos, como profundidad de sondaje, detección de sangre, recesión gingival y nivel de inserción clínica, que predecirán la salud periodontal óptima o deficiente y se incluyen en libros y estudios epidemiológicos; resultados proporcionados se basan en una población fuera de Perú.

El propósito de este estudio fue determinar la salud periodontal de los dientes definidos en pacientes tratados en la Clínica Dental USS.

1.2. Antecedentes de investigación

Katherine D. Influencia del Sellado Marginal en Prótesis Fijas y estado de Salud Periodontal [en línea]. Ecuador – Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas [2019]. para obtener el título de odontólogo.

La enfermedad periodontal es una patología inflamatoria basada en conceptos ampliamente estudiados en la literatura, como su etiología infecciosa y la respuesta crónica del huésped. Una de las causas de la enfermedad periodontal en pacientes con prótesis fija es el mal sellado de los bordes, que se produce en la prótesis cuando se retiene. En otras palabras, debemos obtener suficiente fuerza de sujeción, resistencia y fuerza de sellado en la interfaz entre el material de restauración y el diente de soporte, que es uno de los factores decisivos para la durabilidad a largo plazo de la prótesis fija en la cavidad bucal y la cavidad bucal. Así que no hay problema. El propósito fue determinar el efecto del sellado del borde de la prótesis fija sobre la salud periodontal de los pacientes que acudieron a la clínica dental UCSG desde A2017 hasta B2018.

Observamos que 110 pacientes evaluados (100%); la mayoría eran mujeres con frecuencia del 64,55%; a diferencia de los hombres, solo representa el 35,45% del total de casos. El estado de salud periodontal de estos pacientes en preparaciones dentales fue en su mayoría de grado 0, lo que representa el 59,09%. Esto significa que las encías están sanas y no hay inflamación ni sangrado durante la detección. Entre las preparaciones dentales más utilizadas, se encontró la yuxtagingival (80), que representa el 72,73%; el supragingival (19), que representa el 17,27% de los casos; el índice de retención con mayor incidencia fue el nivel 2 con el 46%; esto significa que los bordes no están demasiado estirados ni cerrados, pero existen sutiles diferencias entre los dientes y la prótesis fija. En conclusión, podemos decir que existe una relación entre la salud periodontal y las restauraciones fijas que son poco adaptables o tienen un perfil excesivamente grande. Por lo tanto, el control periodontal debe realizarse antes, durante y después de cualquier tratamiento de rehabilitación para lograr y asegurar su éxito, función, vida útil y salud del paciente. Para realizar y garantizar su éxito, función, duración y felicidad de los pacientes.

Internacional [2017], Cuenca- Ecuador, Campoverde, "Estado Periodontal En Dientes Con Prótesis Fija Y Dientes Sin Prótesis Fija De Pacientes Atendidos En La Facultad De Odontología De La Universidad De Cuenca". Para obtener el título de odontólogo.

Con el fin de comparar el estado periodontal de dientes fijos y dentaduras postizas sanas, estos pacientes fueron tratados en la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca durante el período 2014-2015 y cumplieron con los criterios de selección. Como resultado, al comparar las secciones transversales, de los 60 pacientes examinados, las mujeres representaron el 72% y los dientes posteriores representaron el 74,6%. Se encontraron diferencias significativas entre los parámetros clínicos examinados. Se encuentra que la profundidad de detección del diente fijo es de 2,10 mm, la profundidad de detección del diente contralateral sano es de 1,68 mm, la pérdida de inserción clínica del diente fijo es de 0,85 mm y la del diente contralateral es de 0,35 mm. Se detectó sangrado y esta relación fue del 80,6% en el grupo de prótesis fija y del 44,4% en el grupo de prótesis no fija. En cuanto a las placas bacterianas, se encontró que el nivel de placa del fragmento con la prótesis fija fue de 1,01, mientras que el nivel de placa del fragmento contralateral fue de 0,73. Conclusión: Se encuentra la relación entre el estado

periodontal y la existencia de dientes fijos, lo que significa que los valores de los parámetros clínicos de los dientes fijos se incrementan en comparación con los dientes de control.

Quiroz T. Frecuencia de Enfermedad Periodontal [en línea]. Perú Facultad de Ciencias y Salud [2019]. Para optar el título profesional de cirujano dentista.

La enfermedad comienza con la gingivitis, que es un proceso inflamatorio en el que las encías sangran sin afectar los huesos y al no ser tratadas correctamente evolucionan a un estadio más avanzado, y así se desarrolla el proceso destructivo denominado periodontitis, en el que se ve afectada la encía y el periodonto de soporte, lo que provoca a futuro la pérdida de piezas dentarias.^{1,2} La enfermedad periodontal se inicia aunque tiene entre 30 y 35 años, su gravedad irá en aumento con el tiempo, aunque también es común entre los jóvenes.

La encuesta confirmó que no existen muchos estudios sobre la prevalencia y el tratamiento de la enfermedad periodontal en el Perú. Sin embargo, esta es la causa más común de pérdida de dientes en la población peruana. El informe del MINSA señala que la prevalencia de la enfermedad periodontal es del 85%⁵, por lo que se considera una de las mayores amenazas para la salud dental en nuestro país.

Objetivo Determinar la incidencia de enfermedad periodontal en pacientes de 20 a 70 años atendidos en la sala de periodontal del Hospital Central Militar en 2016. En conclusión, en resumen, la incidencia de enfermedad periodontal en pacientes de 20 a 70 años atendidos en la sala de periodontal del hospital fue del 54% de la central militar, 50% de periodontitis crónica y 4% de periodontitis agresiva en 2016.

Rashid SA, Al-Wajwahdni AL, Hussy DL. Egipto (2016) the periodontal response to the cantilevered bridge. La salud periodontal se evaluó en 336 dientes pilares. Los índices periodontales utilizados son: índice de placa (PI), índice gingival (GI), índice de sangrado (BI), profundidad de la bolsa (PB) y movilidad. La adaptación marginal, la gingival también se evaluó la extensión de los retenedores y la presencia o ausencia de caries alrededor de cada margen de retención. Se recopiló información sobre el historial de despegamiento y se informó una tasa de éxito del

93%, los índices periodontales se compararon estadísticamente. La adaptación marginal de los retenedores era de alto estándar y la caries no parecía ser un problema.

Valderhaug J y Heloe LA. EEUU (2016) Oral hygiene in a group of patients supervised with fixed prosthesis. En un grupo de pacientes se estudió el estado de higiene bucal, estado de las encías, profundidad alveolar y la incidencia de caries dental durante 5 años. (114) que habían sido tratados con prótesis dentales fijas. Antes del tratamiento protésico, los pacientes recibieron tratamiento periodontal. Durante el estudio, los sujetos participaron en un programa de higiene oral. Los márgenes de la corona se localizaron subgingivalmente, en la encía y supragingival. Cuando los márgenes de la corona se ubicaron subgingivalmente, hubo un aumento en los puntajes del índice gingival, y la profundidad de la bolsa, en comparación con la colocación supragingival. Una mejora de la salud gingival se registró donde los márgenes de la corona se ubicaron por encima de la encía.

Pockpa ZA, et al. Francia (2015). Para optar el título de Odontólogo Evaluation of the periodontal health of the prosthetic pillars. La fabricación de prótesis fijas puede encontrar indicaciones según la estética y / o función del paciente, y los requerimientos del paciente son más fuertes en términos de satisfacción. Para lograr esto, existen opciones especiales para mantener la salud periodontal del pilar de la prótesis. El propósito de este estudio es evaluar la salud periodontal de pilares protésicos fijos. En los 100 pilares examinados, se registraron gingivitis, recesión gingival, osteólisis y movilidad. Además, alrededor del 60% de los pacientes tienen una higiene bucal insuficiente y menos del 30% de los pacientes mantienen regularmente las prótesis. En resumen, a partir de este estudio, las principales complicaciones que afectan a los pilares de restauración periodontal son la osteólisis (29%), la gingivitis (14%) y la recesión gingival (13%).

1.3. Teorías relacionadas al tema

1.3.1 Estado de salud periodontal.

Se refiere a una serie de enfermedades inflamatorias que pueden afectar los tejidos de soporte de los dientes, encías, huesos, cemento y ligamento periodontal. Se cree que esto es el resultado de un desequilibrio entre la interacción inmune del huésped y la placa dental que se asienta entre el surco gingival. Esto incluye cualquier tipo de infección que afecte los tejidos circundantes y de soporte de los dientes. Por lo general, comienza con gingivitis. Si no se trata adecuadamente, puede provocar una infección tardía de periodontitis. Las encías y los huesos de soporte pueden dañarse gravemente y causar la pérdida de dientes. De acuerdo, la causa más común de pérdida dental de los dientes en la población es la enfermedad periodontal.^{2,3,4}

En cuanto a la salud periodontal es una de las enfermedades más comunes en la cavidad bucal, se considera una inflamación infecciosa que afecta la inserción y tejido protector de los dientes. Dependiendo de la extensión de la infección, puede causar la pérdida completa del tejido de soporte del diente. 9,10. Controlar la infección y reducir la inflamación; controlar la placa bacteriana mediante métodos mecánicos y químicos. 9, 11

1.3.2. Prótesis fija

Este es un tratamiento que restaura sus dientes naturales gastados o caídos a través de un método adaptado a otros. Pueden ser; coronas o tapas separadas pueden reparar partes dañadas o faltantes del diente, y los puentes pueden reemplazar las partes faltantes y fijarlas en dientes adyacentes a través de la corona. En ambos casos, es necesario grabar o procesar las partes fundadas y se cementan.

Las restauraciones fijas son más cómodas, más tolerables y menos inconvenientes que las restauraciones móviles, aunque tienden a ser más caras y requieren un seguimiento más frecuente por parte del odontólogo. Con el tiempo, la contracción natural del hueso maxilar o la retracción de las encías suele dejar la articulación entre el diente y el manguito, lo que puede provocar daños estéticos, que requerirán reemplazo.^{16,17}

1.3.2.1 Beneficios de la prótesis fija

Evita la movilización de los dientes mesiales o distales, las fuerzas laterales dañinas, el impacto de los alimentos y la formación de bolsas periodontales.

(16)

Al restaurar el antagonista, puede evitar esta tendencia a la extrusión del diente. Puede distribuir la fuerza de mordida para que la fuerza aumentada pueda distribuirse mejor. Al restaurar la eficiencia de la masticación, proporciona beneficios funcionales a las encías y los tejidos de soporte, y reduce la posibilidad de cambios degenerativos en el tejido periodontal de los dientes naturales debido a la falta de función.¹⁶

Proporciona un efecto estabilizador mediante férulas, permitiendo que los dientes naturales mantengan funciones útiles. Al restablecer las relaciones funcionales, toda la dentición puede establecer condiciones que conduzcan al establecimiento y mantenimiento de la salud periodontal.¹⁶

1.3.2.2 Consideraciones periodontales de la prótesis fija

1.3.2.2.1 Consideraciones intra-protésicas. -- Las restauraciones protésicas con buena adaptabilidad cervical, contornos anatómicos adecuados y textura de superficie lisa también tendrán la instalación y propagación de placas bacterianas.¹⁶

1.3.2.2.2 Prótesis unitaria: La variabilidad de una sola restauración es grande; se recomienda que los pacientes con periodontales reducidos realicen coronas completas porque son más resistentes a la deformación que las coronas parciales. Se ha encontrado que esta característica se debe al cemento y a la oclusión. Debido a la reducción del deterioro. Menor pérdida de retención para la reparación final.^{16,19}

1.3.2.2.3 Terminación cervical de las restauraciones protésicas. - Cuando hay lesiones de caries o falta de estructura dentaria en la zona cervical, el tiempo clínico de la corona es corto o los requisitos estéticos son altos, normalmente el borde de la preparación o restauración de la corona se coloca en la zona subgingival^{12,13}. Los pacientes con encías retraídas pueden tener un impacto técnico en la

fabricación de prótesis. Por tanto, para evitar la inactivación de la pulpa dental, se deben realizar diferentes preparaciones dentales con pacientes sin depresiones.^{18,19}

1.3.2.2.4 Contorno de las restauraciones protésicas. -

Protección de las encías: la teoría sostiene que el contorno de la restauración moldeada está diseñado para proteger los márgenes gingivales del daño mecánico, hoy la teoría se considera una teoría empírica sin un respaldo científico evidente. La teoría se basa principalmente en los siguientes tres aspectos a defender: protección de los bordes de las encías, estimulación de las encías y contornos autolimpiantes.²⁰

Movimiento muscular; se sugiere que el contorno de la corona es demasiado grande para evitar el efecto de autolimpieza de los músculos y hacer que la comida se acumule en el surco, pero Lindhe, Wicén,^{22, 23}. (1969) señalaron que en ausencia de limpieza, el mecanismo autolimpiante evita el desarrollo de gingivitis.

Higiene bucal; esta teoría se basa en que la placa dental es la principal causa de caries dental e inflamación de las encías, por lo que las coronas dentales deben promover la eliminación de la placa dental y no contribuir a la acumulación de sarro.²³

1.3.2.2.5 Localización de la terminación marginal.

Supragingival; Situado 1 o 2 mm por encima del borde de las encías, resulta beneficioso tanto para el paciente (higiene) como para el odontólogo (fácil de pulir, fijación temporal, generación de impresiones y consolidación de fijación temporal).^{13,19}

Yuxtagingival; ubicada a nivel del margen gingival.

Infragingival; Ubicado en el surco gingival hasta 0,5 mm. Una posición que puede lograr un efecto estético en la corona híbrida, pero dificulta los pasos de higiene y operación ya mencionados. ^{13,19}

1.3.3. Epidemiología

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en un país / región de emergencia durante 2001-2002, el estudio nacional de epidemiología de la salud bucal, este estudio muestra que la prevalencia de enfermedad periodontal es del 85%. A lo largo de los años, también se ha tratado de determinar si la enfermedad está aumentando o disminuyendo; si la incidencia en una zona es mayor que en otra, y las personas con una determinada enfermedad presentan características diferentes a las que no la padecen. Por tanto, mostrar interés en la población, entender quién está enfermo, dónde y cuándo, es un paso necesario para entender las razones de la distribución de la salud periodontal y aplicar este conocimiento al control de la enfermedad periodontal. Para los problemas de salud bucal, el principal interés de las investigaciones epidemiológicas es comprender cómo se distribuye la enfermedad periodontal según el tiempo, la dieta y la raza.^{2,3}

1.3.4. Riesgos para realizar tallados en prótesis fija.

Cabe mencionar que los riesgos para elaborar un tallado dependen mucho del criterio del odontólogo al momento de la determinación del tratamiento y la pericia con la que se ejecuta dicho procedimiento.

Existen casos en los que el diente es vital y puede haber desgaste excesivo por parte del operador, ocasionando una lesión interna a nivel pulpar.

Existen casos en la que los muñones de soporte no puedan cumplir con las condiciones mecánicas para aceptar la restauración hecha en laboratorio.

Sirve mucho cumplir con las indicaciones de estructuras pilares de soporte (ley de ante), tal indicación ayuda a la estabilidad y equilibrio de fuerzas entre la restauración con prótesis fija y los dientes que la soportan.

Estas tallas se dividirán en dos categorías, una es para coronas que cubren coronas completas y la otra es para coronas parcialmente cubiertas o puentes fijos. (incrustaciones).

En este primer punto menciono que el tallado del diente debe estar completamente cubierto por la corona dental realizada en el laboratorio., lo que nos interesa respecto a lo que llega del laboratorio es la terminación de la corona elaborada en su porción gingival, donde esta se encuentra con la

enciá, tanto por su cara vestibular, palatina e interproximal, punto el cual esta enfocado en la evaluación hecha en la clínica dental de la USS.

1.3.5. Gestión ambiental de residuos en el tratamiento de prótesis fija.

Para la elaboración de una prótesis fija (corona o puente), en la clínica dental de la USS, se cumplen todos los protocolos de bioseguridad para la atención del paciente. La universidad cuenta con un flujograma de eliminación de desechos, el cual es llevado al pie de la letra por el alumno y paciente, ya que estos son supervisados por sus docentes a cargo en el periodo de clínica del adulto e internado estomatológico con rehabilitación integral de pacientes.

Respecto a los materiales utilizados para la elaboración de prótesis fija, cabe mencionar lo siguiente:

Las restauraciones de prótesis fija (puentes y coronas) son hechas en laboratorios externos a nuestra universidad.

Existe un orden para la ejecución del tratamiento de prótesis fija: elaboración de tallado de prótesis fija, previa autorización del docente a cargo y previa evaluación del plan de tratamiento del paciente. Los materiales utilizados en este caso abarcan a todos los elementos de protección del alumno y paciente (gorros descartables, guantes, lentes, campos descartables, suctores, mascarillas), con ello se empieza a atender al paciente, para lo cual se utiliza material totalmente estéril, certificado por la misma clínica dental de la USS. Se comienza con el tallado propio de la pieza dental, por lo que se utilizan (kit de fresas de tallado, pieza de mano y succión constante), después de ese procedimiento ya aprobado por el docente a cargo, sigue la toma de impresión definitiva , en la cual se utiliza silicona, la cual será enviada al laboratorio dental para la elaboración de la restauración, una vez terminado ello sigue la elaboración de un diente provisional, el cual debe ser hecho por el alumno, utilizando los siguientes materiales (acrílico de curado rápido, monómero, vaso dapen, espátulas de mezclado, vaselina o aislante, papel de mordida y kid de fresas para desgaste y pulido deacrílico).

Terminado y ejecutado el procedimiento, el alumno se encarga de la desinfección de su unidad dental y de la eliminación de material utilizado en las distintas bolsas disponibles en la clínica dental de la USS.

1.3.6. Seguridad del alumno antes de la ejecución del tratamiento.

Se refiere a un conjunto de actividades previas antes de la ejecución del tratamiento, en la clínica dental de la USS cuenta con un área de esterilización la cual certifica y garantiza el óptimo estado de los instrumentos a usar.

Se enfatiza mucho a los alumnos de la clínica dental de la USS, al realizar cualquier tratamiento, ya en este caso a la elaboración de prótesis fija (puente o corona) a mantener una ergonomía adecuada, orden del instrumental y seguridad de ubicación, con la finalidad de evitar algún tipo de accidente.

1.3.7. Recesiones gingivales

La definición de margen gingival es el desplazamiento del margen gingival a la conexión del esmalte cuando la superficie apical está expuesta al ambiente oral^{4,5}. Otros autores lo definen como la migración del margen gingival a lo largo de la superficie radicular del ápice de la raíz⁵. Carranza confirmó que la disminución; provoca exposición de la superficie de la raíz por el desplazamiento de la punta de la raíz de la encía^{3,5}. Para comprender su significado, es necesario distinguir la postura real de las encías de la postura aparente. La posición real corresponde al nivel de inserción del epitelio dental, y la posición aparente es la altura de la corona en el borde de las encías, por lo que la posición real de las encías en lugar de su posición aparente determina la gravedad de la depresión^{3,4}. Las encías posteriores suelen estar inflamadas, pero pueden ser normales excepto por la posición⁴. La recesión a veces se localiza en dientes, sobre una sola superficie, sobre un grupo de dientes o posiblemente generalizado en la boca.^{1,2,4}

1.3.3.1) Clasificación de la recesión gingival Según la muy útil clasificación de Miller de la recesión gingival en 1985, teniendo en cuenta la posible cobertura radicular.^{2,3}

Clase I, No supera la recesión de la línea mucogingival (LMG). No hay pérdida de hueso o tejido blando entre los dientes

Clase II, Cumplir o superar el declive de LMG. Sin pérdida de hueso o tejido blando entre los dientes. ³

Clase III, Cumplir o superar el declive de LMG. La pérdida de hueso o tejido blando entre los dientes es apical en relación con la unión del látex, pero es coronal en relación con el vértice del receso.

Clase IV, La recesión supera a LMG. La pérdida de hueso proximal está en la cima del declive. En los defectos de Tipo I y Tipo II, se puede lograr una cobertura radical completa (100%), mientras que las depresiones de Tipo III solo pueden lograr una cobertura parcial. La recesión tipo IV no está cubierta por raíces.

2,3

1.3.8. Enfermedad periodontal

Se refiere a una serie de enfermedades inflamatorias que afectan a los tejidos de sostén de dientes, encías, huesos, cemento y ligamento periodontal. Se cree que esto es el resultado de un desequilibrio entre la interacción inmunitaria del huésped y la placa dental ubicada entre el surco gingival. Incluye cualquier tipo de infección que afecte los tejidos circundantes y de soporte de los dientes. Por lo general, comienza con gingivitis. Si no se trata adecuadamente, puede provocar una infección tardía de periodontitis. Las encías y los huesos de sostén pueden dañarse gravemente y provocar la pérdida de dientes. Definitivamente, la causa mas primordial o común de la perdida dental es la enfermedad periodontal.^{2,3,4}

1.3.8.1 Epitelio escamoso estratificado (Queratinizado)

Es similar al epitelio escamoso estratificado, excepto que las células superficiales del primero están compuestas por células muertas y su núcleo y

citoplasma son reemplazados por queratina. Este epitelio constituye la epidermis, una capa resistente al roce e impermeable al agua.^{4,5,8}

1.3.9.0 Periodonto

El diente está rodeado por tejido periodontal o ligamento periodontal (del latín peri, que significa "alrededor"; la palabra griega odonto, que significa "diente"). Estos brindarán el soporte necesario para que puedan realizar diferentes funciones. El tejido periodontal está compuesto por encías, ligamento periodontal, cemento radicular y hueso alveolar. El ligamento periodontal es parte del sistema de masticación o boca.^{2,4,5}

1.3.9.1 La encía.- Las encías forman parte de la mucosa oral (protegen la membrana periodontal), recubren el proceso alveolar de la mandíbula y rodean los dientes en el cuello uterino. El grosor de las encías varía con la edad, se vuelve más grueso en la juventud y adelgaza en la edad adulta. Además, las encías de las mujeres y la mandíbula inferior se vuelven más delgadas.^{2,4}

La anatomía gingival se constituye por:

- Borde o encía libre; corresponde al borde de la encía que rodea la encía como un anillo dentado, aproximadamente 1 mm. Es ancho en dirección a la corona, formando una pared blanda del surco gingival.
- Encías adheridas; este tipo de encía se adhiere firmemente al periostio del proceso alveolar. Está limitada por el límite gingival de la mucosa superior, que la separa de la mucosa alveolar y alcanza coronalmente el surco marginal.
- Papila o encía interdental; Corresponde a la parte gingival en el espacio interdental debajo del área de contacto. Su forma puede ser piramidal.

- Cemento dental, es un tejido muy fino que recubre la superficie de la raíz del diente. Deficiencia de vasos sanguíneos y nerviosos. La parte superior es más gruesa, la parte de la corona es más delgada.^{2,4,5}. El adhesivo de la raíz es casi imperceptible en la radiografía. Los adultos son más gruesos que los niños y la diferencia entre ellos son micrones. La deposición de cemento de raíz es un proceso continuo. La formación de dientes en el área apical puede compensar el movimiento de masticación, por lo que el cemento se puede formar más rápidamente en el área apical.^{6,7}. Entre los 11 y los 70 años, el espesor promedio del cemento se ha triplicado, con el mayor aumento en el área apical. Cuando la cantidad de cálculo dental adherido excede el nivel normal, se formará una gran cantidad de bultos en la parte apical de la raíz del diente, lo que se denomina hipercementosis (la respuesta defensiva del tejido periapical caracterizada por la formación evidente de cemento óseo radicular).

1.3.9.2 Ligamento periodontal.- El ligamento periodontal es un tejido conectivo que rodea la raíz del diente y lo une al hueso, manteniendo así el diente en su alveolar. Está hecho de cemento insertado en los dientes y fibras de colágeno (fibras de Sharpey) en los huesos. Actúa como un amortiguador y distribuye la fuerza al hueso alveolar. Más ancho en la coronilla y la parte superior, contrayéndose en el medio.^{1,2} Las células del ligamento periodontal son: fibroblastos, osteoblastos, osteoclastos, células epiteliales, células mesenquimales indiferenciadas (perivascular), macrófagos, mastocitos y eosinófilos. Las células también contienen una matriz que cubre los espacios entre las fibras. celda. Los ingredientes principales son: glicosaminoglicanos, como ácido hialurónico, proteoglicanos; y glicoproteínas, como fibronectina y laminina, con un contenido de agua del 70%.^{3,6,7,9} La vascularización del ligamento periodontal proviene de las arterias alveolares superior e inferior, y pasa por los vasos sanguíneos apicales, los vasos sanguíneos del hueso alveolar y las anastomosis gingivales.²³ Las fibras nerviosas sensoriales que transmiten dolor y presión pueden inervar la inversión del ligamento periodontal. Estas fibras ingresan al ligamento

periodontal a través del área alrededor del ápice y el canal del hueso alveolar.

^{11,12}. **Las funciones del ligamento periodontal son diversas:**

- Formativa; Contiene células necesarias para la nueva formación (fibroblastos), huesos (osteoblastos); cemento (osteoblastos); sustancias básicas (fibroblastos y otras sustancias que se pueden distinguir de los pericitos)^{5,6,7}
- Restaurativa; durante el movimiento fisiológico (medulación), los ligamentos participan en la formación y absorción de cemento, huesos y fibras. Este proceso ocurre durante el ajuste del ligamento periodontal, enfrentando la fuerza de mordida y reparando el daño.^{14,15}
- Físicas; Son herramientas que cubren la transmisión de la fuerza de mordida al hueso, la inserción del diente al hueso y el mantenimiento de una relación adecuada entre el tejido de la encía y los dientes. Todos estos tienen la función de resistencia, es decir, pueden absorber el impacto de la fuerza de mordida. Dentro del ámbito de las funciones físicas y de fuerza, las fibras del ligamento periodontal juegan otro papel, que es limitar el movimiento lateral de los dientes y la deformación del tejido periodontal bajo presión. La transmisión de la fuerza de mordida depende de la fuerza axial ejercida sobre los dientes. Cuando se aplica fuerza horizontalmente, se iniciarán dos fases, que son características del movimiento dental: la primera fase es en el ligamento periodontal, y la segunda fase producirá un desplazamiento óseo bucal y lingual a medida que el diente rota a lo largo del eje. fuerza. Aumenta y cambia. En la zona de tensión, el haz de fibras se comprime y los dientes se mueven.^{20,29}
- Nutricional; El ligamento periodontal suministra nutrientes al cemento, los huesos y las encías a través de los vasos sanguíneos. Además, proporciona drenaje linfático para los vasos sanguíneos de la papila interdental y las encías marginales.^{13,17}
- Sensitiva; El ligamento periodontal está muy innervado por fibras nerviosas sensibles, que pueden transmitir el tacto, la presión y el dolor a través de la vía del nervio trigémino. El haz de nervios ingresa al ligamento periodontal desde el área alrededor del ápice y pasa a través

del catéter de hueso alveolar a lo largo del trayecto de los vasos sanguíneos. Se dividen en fibras mielinizadas, que eventualmente pierden la vaina de mielina y se fusionan en uno de los cuatro tipos de terminaciones nerviosas: terminaciones nerviosas; terminaciones nerviosas. Tiene una configuración arbórea; cuerpos en forma de Ruffini, ubicados principalmente en la zona del ápice de la raíz; en forma de espiral, registrada principalmente en la zona de la raíz media; y un extremo en forma de hueso, envuelto por un saco fibroso, ubicado principalmente en el ápice. El final libre es la causa del dolor. El ligamento también tiene propioceptores, que proporcionan información sobre la tensión, el movimiento y la posición. .^{5,6,7,3}

1.3.9.3 Hueso alveolar. - Es el tejido óseo que contiene las cavidades de los alvéolos o las raíces de los dientes. Los fragmentos óseos que quedan entre un alveolar y otro alveolar adyacente se denominan interdental o interalveolar o septo. La parte del hueso que cubre las superficies de la mejilla y la lengua se llama superficie de la mejilla y el hioides, respectivamente.

Las organizaciones que son sensibles al cambio se remodelan constantemente. Está muy vascularizado e innervado. El hueso alveolar está compuesto por dos tipos de hueso: hueso compacto y hueso trabecular.⁵

Hueso compacto; consiste en una cubierta ósea fuerte y compacta que protege el hueso trabecular de daños físicos y químicos, incluido el interior de la cavidad. La salud alveolar también está cubierta por la duramadre de la lámina, en cortes de mordida, en salud periodontal o incluso gingivitis, aproximadamente a 1 o 2 mm del tubo de esmalte-cemento, se ve la broca alveolar ^{17,18}. Cuando la lámina duramadre sufre una rápida absorción, como una periodontitis rápida, el hueso esponjoso o trabecular expuesto quedará expuesto y se puede perder una gran cantidad de hueso de soporte del diente hasta el punto de que el diente se cae. ^{14,15,17}

Generalmente, cuando se produce la reabsorción interdental, los métodos de tratamiento actuales difícilmente pueden garantizar un retorno a los niveles normales. Por tanto, la evidencia radial muestra si existe una lámina duramadre para detectar la reabsorción ósea en la etapa inicial, lo cual es muy

importante para un buen pronóstico y prevención oportuna del desarrollo de la enfermedad. Es importante resaltar cuando existe evidencia radiológica de que la altura de la corona ha caído por debajo de lo normal, pero al mismo tiempo hay evidencia de que la lámina duramadre tiene continuidad e integridad. Absorber "inactivo". Porque puede formar una nueva forma de capa protectora.^{5,7,10}. La duramadre adyacente al ligamento periodontal es perforada por muchos catéteres de Volkmann a través de los cuales los vasos sanguíneos y los nervios llegan a los ligamentos desde el hueso alveolar. Los haces de fibras de Sharpey también se insertan en la corteza, similares a los atrapados en el cemento de raíz.

Hueso trabecular; debido a que es similar en estructura a este material, también se le llama hueso esponjoso. Está compuesto por trabéculas óseas formadas por osteoblastos, y la anastomosis trabecular forma una red ósea o tejido reticular, que caracteriza al tejido. Los osteoblastos, células responsables de la formación de tejido similar al hueso, están compuestos de fibras de colágeno y una matriz de glicoproteínas y proteoglicanos; cuando se produce la calcificación debido a depósitos minerales, quedan atrapados en el tejido similar al hueso y luego se convierten en grupos hidroxiapatita y hueso. Los osteoblastos atrapados se denominan células óseas. Las células óseas de la laguna ósea calcificada se unen al pasar a través del citoplasma de los túbulos que se comunican con la laguna y se unen a la superficie ósea con osteoblastos. Este mecanismo de comunicación utiliza diferentes mecanismos de control hormonal para intercambiar regularmente los niveles de calcio y fosfato en la sangre.^{6,7}

Por razones que no se comprenden completamente, la calcificación ósea forma láminas concéntricas que rodean los vasos sanguíneos, formando una estructura llamada Sistema de Haver, que nutre todas las células. La unidad del sistema de Havers representa la forma en que las células óseas se comunican a través de procesos citoplásmicos en túbulos llamados huesos.^{5,7,8,10}

1.3.10. Prevalencia

Es el número total de individuos que exhiben un determinado atributo o enfermedad en un momento o período específico, dividido por la población total en ese momento o en la mitad del período. También cuantifica la proporción de la población que padece la enfermedad (o cualquier otro evento) en un momento dado y proporciona una estimación de la proporción de sujetos con la enfermedad en esa población en ese momento.^{3,4}

1.4 Formulación del problema

¿Cuál es el estado de salud periodontal en piezas con prótesis fija en pacientes atendidos en el Centro de Practica Pre-Clínica y Clínica de Estomatología de la Universidad Señor de Sipan?

1.5 Justificación

La importancia del estado óptimo en un periodonto con prótesis fija, es muy relevante ya que protege las zonas de soporte definitivo que tiene el paciente. La presente investigación se realizó porque existe una alta prevalencia de enfermedad periodontal asociado a prótesis fija, según los antecedentes encontrados, como consecuencia se va conducir a realizar diversas mediciones para determinar el estado de salud periodontal siendo este óptimo o deficiente. Por tanto, conocer el biotipo periodontal, la recesión gingival y el índice de higiene bucal influirán en ella se concientizará e incluirá controles a los pacientes para su adecuada evaluación periódica, porque esto es muy importante para planificar un tratamiento dental. Por lo tanto, es conveniente realizar esta investigación porque no hay investigación en esta área, y hay menos investigación en todo el país. Teniendo en cuenta la diversidad genética y cultural de los humanos en el Perú, la región Lambayeque tiene ciertas costumbres en la higiene bucal, en las que se superará la falta o incorrecta higiene bucal. Por ello, se recomienda realizar este estudio para

visualizar mejor a los odontólogos de la Universidad de Seina de Saipán para que puedan planificar con mayor precisión cada tratamiento, ya sea tratamiento periodontal puro o tratamientos que puedan afectar a las restauraciones fijas. , Por lo que cada vez que nos registramos o vamos al dentista, debemos conocer el estado de salud periodontal para prevenir futuras complicaciones y obtener la satisfacción del paciente.

1.6 Hipótesis

Entre los pacientes atendidos en el Centro preclínico y las clínicas dentales de la Universidad Señor de Sipán, los dientes con restauraciones fijas tuvieron la mejor salud periodontal.

1.7 Objetivo.

1.7.1 Objetivo General.

Determinar el estado de salud periodontal en piezas con prótesis fija en pacientes atendidos en el Centro de Practica Pre-Clínica y Clínica de Estomatológica de la Universidad Señor de Sipán.

1.7.2 Objetivos Específicos.

- 1.7.2.1 Decidir la profundidad de sondaje de la prótesis fija en pacientes tratados en el Centro de Práctica Preclínica y Clínica Dental de la Universidad Señor de Sipán.
- 1.7.2.2 Decidir el NIC en dientes con prótesis fija, en pacientes atendidos en Centro de Practica Pre-Clínica y clínica de Estomatología de la universidad señor de sipan
- 1.7.2.3 Decidir la recesión gingival en piezas con prótesis fija, en pacientes tratados en Centro de Practica Pre-Clínica y clínica de Estomatología de la universidad señor de sipan

1.7.2.4 Determinar el sangrado al sondaje en piezas con prótesis fija, en pacientes atendidos en el Centro de Practica Pre-Clínica y clínica de Estomatología de la universidad señor de sipan

1.7.2.5 Proponer estrategias de seguimiento recomendadas para asegurar el papel de las prótesis fijas en la salud periodontal Centro de Práctica Preclínica y Medicina Dental de la Universidad Señor de Sipán.

II. MATERIAL Y METÓDOS.

2.1. Tipo y diseño de investigación.

Tipo

Según el método de investigación, será cuantitativo

Diseño

Basado en la manipulación de las variables de investigación, el diseño es observacional.

Según el número de variables a analizar, el diseño es descriptivo.

2.2. Población y muestra

La población de estudio incluirá 150 pilares fijos de los dientes, que serán tratados en el Centro de Practica Pre-Clínica y Clínica de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán.

Muestra:

Dado que se conoce la población, las fórmulas que se utilizarán son fórmulas limitadas, en este caso serán pacientes tratados en el Centro de Practica Pre-Clinica y Clínica de Estomatológica de la Universidad Señor de Sipán.

$$n = (Z^2 * p * q * N) / (E^2 (N-1) + Z^2 * p * q)$$

Donde:

N = Total de la población (dientes pilares con prótesis fija atendidos en el Centro de Practica Pre-Clinica y Clínica de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán.) = 112

$Z^2 = 1,96$ cuadrados (si la seguridad es del 95%)

p = Relación esperada (en este ejemplo, 5% = 0,05)

q = 1 – p (En este caso, 1-0,05 = 0,95)

E = Error estadístico 5% = 0.05

Criterios de selección

➤ Criterios de inclusión

- Pacientes edéntulos parciales.
- Pacientes que presenten prótesis fija unitaria o puente fijo.
- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes que quieran participar en el estudio.
- Pacientes que firmaron consentimiento informado.
- Pacientes que tenga un índice de higiene oral de salud menor o igual a un 25%.

➤ **Criterios de exclusión**

- Pacientes edéntulos totales.
- Pacientes con encías ennegrecidas.
- Pacientes gestantes.
- Pacientes fumadores.

2.3. Variables y operacionalización

Variable dependiente	Definición Conceptual	Definición operacional	Indicador	Valor Final	Tipo de Variable	Escala	Técnica, instrumentos, análisis documental
Estado de Salud periodontal	Una parte importante del diagnóstico de la salud periodontal es el examen clínico de los tejidos periodontales. La enfermedad periodontal incluye una	La suma de las características específicas de las encías para determinar la salud de las encías humanas.	Periodontograma Profundidad al Sondaje Nivel de Inserción Clínica Margen Gingival Sangrado al Sondaje	(0)Deficiente (1)Óptimo	Cuantitativa	Nominal	Periodontograma

	variedad de patologías, las más comunes de las cuales son la gingivitis y la periodontitis asociadas con la placa bacteriana.						
Variable independiente	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicador	Valor Final	Tipo de Variable	Escala	Técnica, instrumentos, análisis documental
Piezas con Prótesis Fija	La prótesis fija consiste en un dispositivo que se utiliza para medir la cavidad bucal de un paciente. El dispositivo tiene uno o más dientes que se colocan en la cavidad bucal	Aquella pieza artificial que reemplaza dientes perdidos y/o restauran y protegen los deteriorados de forma fija	Puente protético Corona	(0) Dos o más piezas (1) Una pieza	Cuantitativa	Nominal	Historia Clínica

	para reemplazar la pérdida de dientes.						
--	--	--	--	--	--	--	--

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Técnica de recolección de datos

Solicite el permiso adecuado al director encargado del Centro de Practica Pre-Clínica y Clínica de Estomatológica de la Universidad Señor de Sipán para llevar a cabo la investigación (ANEXO1)

La tecnología considerada en el estudio es la observación clínica y los datos se registran en el formulario de recolección de datos. El evaluador entrevistó a cada paciente con autorización previa. Explicó las razones de la investigación, los propósitos de la investigación, los procedimientos, los riesgos y los beneficios, y declaró claramente que la investigación respetará la privacidad y confidencialidad de la información personal. Los pacientes que participaron en la investigación firmaron un formulario de consentimiento informado. (ANEXO 2)

Una vez que el paciente firma voluntariamente, se han tomado todas las medidas de bioseguridad necesarias utilizando equipo previamente estéril, y los datos se pueden recolectar a través de documentos especiales de recolección de datos. (ANEXO 3)

El alumno fue capacitado y calibrado para ejecutar la investigación por el Mg.CD. Heber Arbildo Vega, de acuerdo a la identificación e identificación entre el periodontólogo y el evaluador, los resultados obtenidos por el análisis Kappa

por Kern's se encuentran entre 0.8-1.0, lo que indica que la similitud entre las observaciones es satisfactoria, por lo tanto, utilice este código para obtener El resultado es válido y confiable (ANEXO 4).

Instrumentos de recolección de datos

Protocolos de experimentación de la selección del paciente:

Se realizó la selección a los pacientes portadores de prótesis fija en cada paciente del Centro de Practica Pre-Clínica y Clínica de Estomatológica de la Universidad Señor de Sipán, considerando los criterios de inclusión y exclusión del estudio, posteriormente se evaluó al paciente en Centro de Practica Pre-Clínica Estomatológica USS. Respetando las normas de bioseguridad, posterior a la firma del consentimiento.

Luego se realizó el índice de O'Leary, de tal manera garanticemos que el paciente llegue a la prueba de sondaje con una muy buena higiene (-25%), utilizando pastilla reveladora de placa bacteriana; posteriormente se realizó la profilaxis con un cepillo de Robinson en la pieza de mano de baja velocidad (NSK) con pasta profiláctica. (ANEXO 5)

De recolección de datos:

Se preparó el campo para todas las medidas de bioseguridad con instrumentos esterilizados; a continuación, el inspector continuó utilizando la sonda periodontal de Carolina del Norte marca Hu-Friedy, y luego recopiló los datos obtenidos en el instrumento de tabla de recolección de datos, y con base en la Figura para evaluación, donde: (ANEXO 6)

Se utilizaron sondas periodontales de la marca Hu-Friedy en Carolina del Norte para evaluar el estado periodontal, y el evaluador que calibró antes del estudio evaluó la profundidad del examen, la pérdida de apéndices clínicos y la recesión gingival. La profundidad de la sonda y la pérdida de inserción clínica

se midieron sistemáticamente en seis lugares alrededor del pilar. (mesiobucal, bucal, distobucal, mesiolingual, lingual, distolingual). Durante el sondaje periodontal, introduzca el instrumento en toda la circunferencia del pilar y registre la sonda más profunda cerca de una de las seis ubicaciones mencionadas. La profundidad de la sonda es la distancia desde el borde de la encía hasta la parte inferior de la ranura o bolsa de la sonda. El nivel clínico de unión se refiere a la distancia desde lo normal (LAC) hasta la parte inferior del surco o bursa. La recesión gingival es la distancia desde CAL hasta el límite gingival.

Deficiente:

- ✓ Profundidad al sondaje es $\geq 4\text{mm}$
- ✓ $\text{NIC} \geq 1\text{mm}$
- ✓ UCA-MG es $\geq -2\text{mm} - \geq 1\text{mm}$
- ✓ Si presenta sangrado al sondaje.

Óptimo:

- ✓ Profundidad al sondaje es $< 3\text{mm}$
- ✓ $\text{NIC} 0\text{mm}$
- ✓ UCA-MG es 0mm
- ✓ No presenta sangrado al sondaje.

Validación y confiabilidad de instrumentos

La efectividad del instrumento: se elaboró una tabla para la recolección de los resultados, con instrucciones detalladas para la investigación y los expertos del C.D.

Las pruebas de confiabilidad se han realizado a través de una prueba piloto con un coeficiente Kappa de 0.8-1.0, lo que muestra que según la escala Kappa, la similitud entre las observaciones es satisfactoria, por lo que este código es válido y confiable. (ANEXO 04)

2.5. Procedimientos de análisis de datos

Una vez recopilada toda esta información, se pasa al programa de Excel para que cada dato pueda ser tabulado y luego transferido a un programa especial, Spss 23.0, para su posterior análisis estadístico. En cuanto a la comparación de cada variable, utilice la prueba del alumno, para los datos numéricos, cada variable está representada por un porcentaje correspondiente, media y desviación estándar correspondientes. Luego, para el análisis estadístico, se obtuvo un nivel de significancia del 5%.

2.6. Aspectos éticos

El autor afirma que los procedimientos seguidos están en línea con los estándares morales y morales de la Academia Peruana de Odontología, y tomando en cuenta la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki (2013), se mantiene la confidencialidad, el bienestar y la salud de los pacientes. Resulta que el objetivo principal de la investigación médica humana es comprender las causas, la evolución y los efectos de las enfermedades, y mejorar las intervenciones de prevención, diagnóstico y tratamiento (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso las mejores prácticas deben evaluarse continuamente en cuanto a seguridad, eficacia, accesibilidad y calidad a través de la investigación. Cumpla con las regulaciones del Centro de Práctica Preclínica y Medicina Dental USS y mejore el control de calidad al realizar proyectos de investigación.

Los investigadores tienen la obligación ética de publicar y difundir los resultados de sus investigaciones. Además, tienen la responsabilidad de divulgar los resultados de su investigación en humanos al público y son responsables de la integridad y precisión del informe. Todas las partes deben aceptar los estándares éticos de transmisión de información. En la investigación anterior se debe citar la fuente de financiamiento y la afiliación de la institución. Los informes de investigación que no cumplan con los principios descritos en esta declaración no deben aceptarse para su publicación.

2.7. Criterios de rigor científico

El autor principal del asunto estableció una serie de estándares. Como lo citan Hernández, Fernández y Baptista (2014), se resumen en: validez interna, validez externa (generalización), confiabilidad y objetividad.

III. RESULTADOS

3.1. Tablas y figuras

Tabla 1

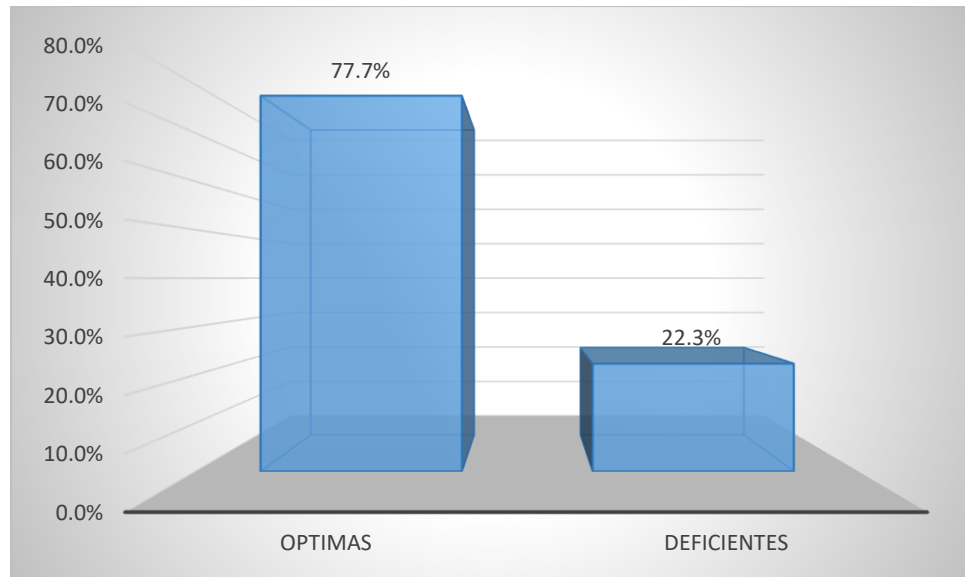
La salud periodontal de los dientes con prótesis fija entre los pacientes tratados en el Centro de Práctica Pre-Clínica y Clínica de Estomatología de la Universidad Señor de Sipan.

	Frecuencias	Porcentajes	Significancia	D de Cohen
Optimas	87	77.7%	P = 0,002	D = 1,24
Deficientes	25	22.3%	P < 0,01	D > 0,80
Total	112	100%		

Fuente: Elaboración propia

Figura1:

La salud periodontal de los dientes con prótesis fija entre los pacientes tratados en el Centro de Práctica Pre-Clínica y Clínica de Estomatología de la Universidad Señor de Sipan.



Fuente: Elaboración propia

En la tabla y/o figura 1; observamos el 77,7% de los pacientes atendidos en el *Centro de Práctica Pre-Clínica y Clínica de Estomatología de la Universidad Señor de Sipan*, su estado de salud periodontal en piezas con prótesis fija es óptima, por otro lado, el 22.3% de los pacientes, su estado periodontal en piezas con prótesis fija es deficiente.

También, se observa que, su estado de salud periodontal en piezas con prótesis fija es significativo, siendo corroborado por la *d* de cohen que indica que la significancia es muy fuerte.

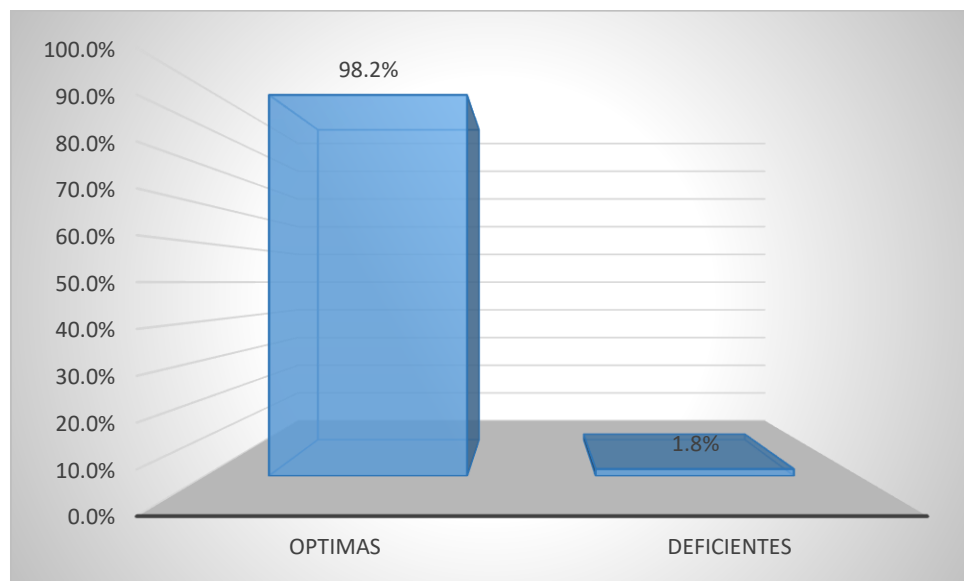
Tabla 2.

Profundidad de sondaje en piezas con prótesis fija en pacientes atendidos en el Centro de Práctica Pre-Clínica y Clínica de Estomatología de la universidad Señor De Sipan.

	Frecuencias		Desviación estándar	Porcentajes	Significancia	D de Cohen
	Media	N				
Optimas	110	1,68	112	,819	98.2%	P = 0,000 D = 1,59
Deficientes	2				1.8%	P < 0,01 D > 0,80
Total	112				100%	

Fuente: Elaboración propia

Figura 2: *Profundidad de sondaje en piezas con prótesis fija en pacientes atendidos en el Centro de Práctica Pre-Clínica y Clínica de Estomatología de la universidad Señor de Sipan.*



Fuente: Elaboración propia

En la tabla y/o figura 2; se observa que, el 98,2% de los pacientes atendidos en el *Centro de Práctica Pre-Clínica y Clínica de Estomatología de la universidad señor de sipan*, su profundidad de sondaje en piezas con prótesis fija es óptima, por otro lado, el 1.8% de los pacientes, su profundidad de sondaje en piezas con prótesis fija es deficiente. También, se observa que, su profundidad de sondaje en piezas con prótesis fija es significativa,

siendo corroborado por la d de cohen que indica que la significancia es muy fuerte.

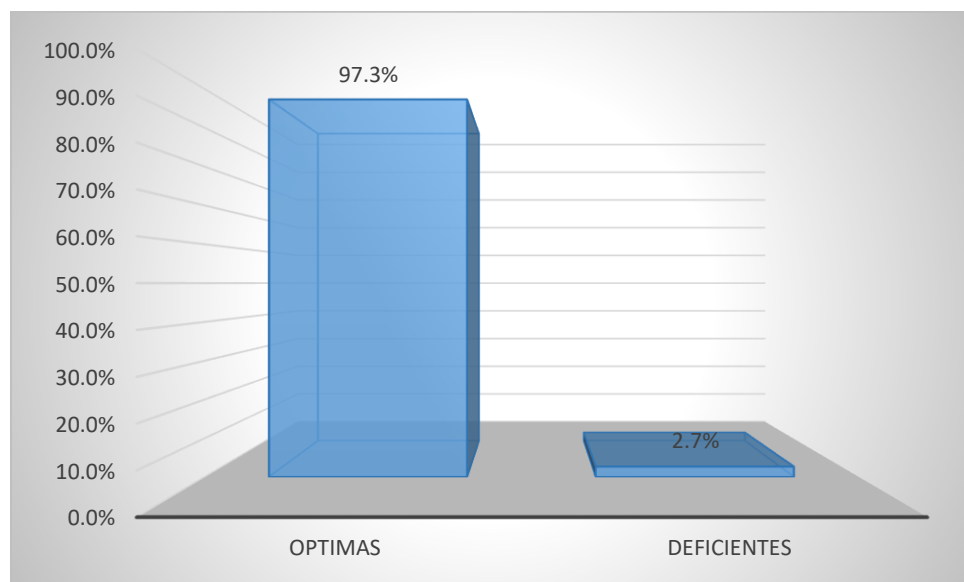
Tabla 3.

Nivel de inserción clínica en piezas con prótesis fija en pacientes atendidos en el Centro de Práctica Pre-Clínica y Clínica de Estomatología de la universidad señor de sipan.

	Frecuencias		Desviación estándar	Porcentajes	Significancia	D de Cohen
	Media	N				
Optimas	109	,24	,524	97.3%	P = 0,001	D = 1,32
Deficientes	3			2.7%	P < 0,01	D > 0,80
Total	112			100%		

Fuente: Elaboración propia

Figura 3: Nivel de inserción clínica en piezas con prótesis fija en pacientes atendidos en el Centro de Práctica Pre-Clínica y Clínica de Estomatología de la universidad señor de sipan.



Fuente: Elaboración propia

En la tabla y/o figura 3; se visualiza que, el 97,3% de los pacientes atendidos en el Centro de Práctica Pre-Clínica y Clínica de Estomatología de la universidad Señor De Sipan, su nivel de inserción clínica en piezas con

prótesis fija es óptima, por otro lado, el 2.7% de los pacientes, su nivel de inserción clínica en piezas con prótesis fija es deficiente.

También, se observa que, su nivel de inserción clínica en piezas con prótesis fija es significativo, siendo corroborado por la d de cohen que indica que la significancia es muy fuerte.

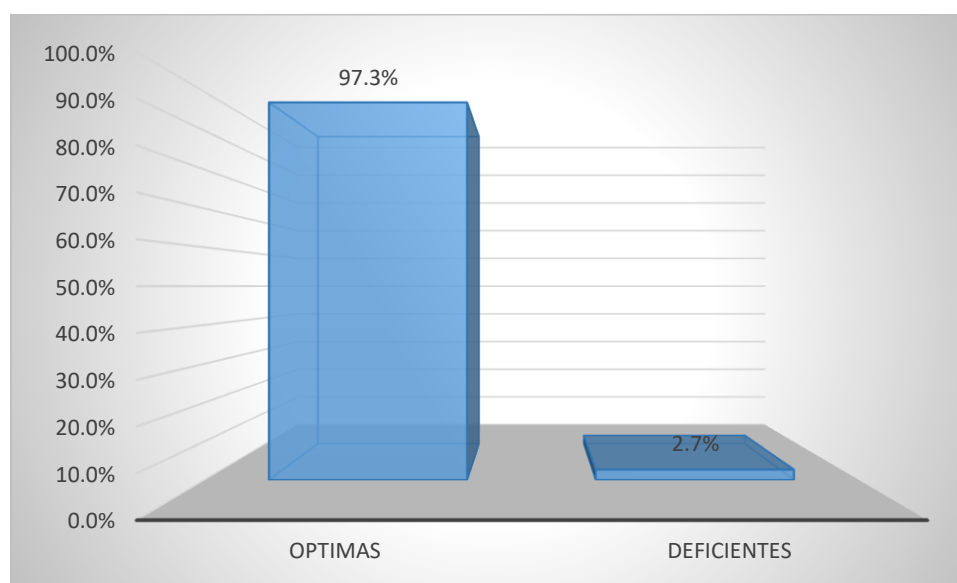
Tabla 4

Recesión gingival en piezas con prótesis fija en pacientes atendidos en el Centro de Práctica Pre-Clínica y Clínica de Estomatología de la universidad señor de sipan.

	Frecuencias	Porcentajes	Significancia	D de Cohen
Optimas	109	97.3%	P = 0,000	D = 1,46
Deficientes	3	2.7%	P < 0,01	D > 0,80
Total	112	100%		

Fuente: Elaboración propia

Figura 4: *Recesión gingival en piezas con prótesis fija en pacientes atendidos en el Centro de Práctica Pre-Clínica y Clínica de Estomatología de la universidad señor de sipan.*



Fuente: Elaboración propia

En la tabla y/o figura 4; se observa que, el 97,3% de los pacientes atendidos en Centro de Práctica Pre-Clínica y Clínica de Estomatología de la universidad señor de sipan, su Recesión gingival en piezas con prótesis fija es óptima, por otro lado, el 2.7% de los pacientes, su recesión gingival en piezas con prótesis fija es deficiente.

También, se observa que, su recesión gingival en piezas con prótesis fija es significativo, siendo corroborado por la de d de cohen que indica que la significancia es muy fuerte.

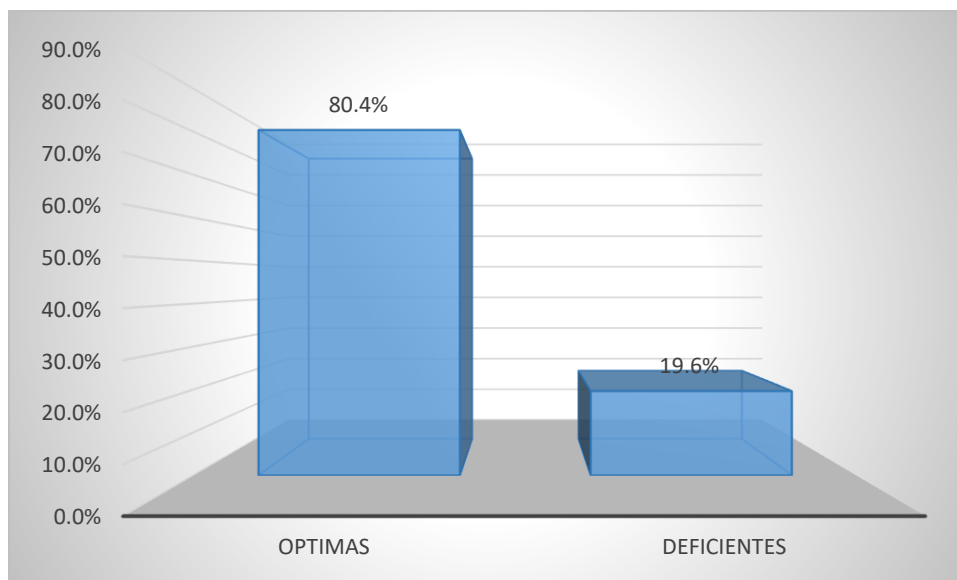
Tabla 5

Sangrado al sondaje en piezas con prótesis fija en pacientes atendidos en Centro de Práctica Pre-Clínica y Clínica de Estomatología de la universidad señor de sipan.

	Frecuencias	Porcentajes	Significancia	D de Cohen
Optimas	90	80.4%	P = 0,000	D = 1,89
Deficientes	22	19.6%	P < 0,01	D > 0,80
Total	112	100%		

Fuente: Elaboración propia

Figura 5: Sangrado al sondaje en piezas con prótesis fija en pacientes atendidos en Centro de Práctica Pre-Clínica y Clínica de Estomatología de la universidad señor de sipan.



Fuente: Elaboración propia

En la tabla y/o figura 5; se observa que, el 80,4% de los pacientes atendidos en el Centro de Práctica Pre-Clínica y Clínica de Estomatología de la universidad señor de sipan, su Sangrado al sondaje en piezas con prótesis fija es óptima, por otro lado, el 19.6% de los pacientes, su Sangrado al sondaje en piezas con prótesis fija es deficiente.

También, se observa que, su Sangrado al sondaje en piezas con prótesis fija es significativo, siendo corroborado por la de d de cohen que indica que la significancia es muy fuerte.

3.2. Discusión de resultados

El estado periodontal y la presencia de prótesis pueden hacer que más personas se pongan prótesis. Por tanto, el propósito de este estudio es determinar la salud periodontal protésica de los pacientes atendidos por la consulta preclínica y las clínicas dentales de la Universidad Señor de Sipán.

Los resultados obtenidos en el estudio de **Pockpa ZA y et al (2015)** donde se evaluó la salud periodontal del pilar de prótesis fija. En los 100 pilares examinados, se registraron gingivitis, recesión gingival, osteólisis y movilidad. En resumen, según este estudio, en comparación con los 97 pacientes del estudio, las complicaciones que afectaron a los pilares de restauración periodontal fueron básicamente osteólisis (29%), gingivitis (14%) y recesión gingival (13%). Entre los pacientes atendidos en el centro de práctica preclínica y odontología de la Universidad Siñorde Sipan, el 3% de los pacientes utilizó prótesis fijas para hacer la mejor recesión gingival, mientras que en el 2,7% En los pacientes, su recesión gingival es la mejor prótesis fija con componentes insuficientes.

El estado de la profundidad al sondaje en piezas con prótesis fija, nos dice que el 98,2% de los pacientes su profundidad de sondaje y en 97,3% su nivel de inserción clínica en piezas con prótesis fija es óptima, lo que difiere con el estudio de **Valderhaug J y col (2016)**. Donde dice que hubo un aumento en los puntajes de recesión gingival y la profundidad de la bolsa, donde se concluyó que el 80% de los pacientes con prótesis fija tenía un estado de salud periodontal deficiente.

En cuanto a los índices periodontales utilizados fueron: índice gingival (GI), índice de sangrado (BI), profundidad al sondaje (PS) se observa que, el 77,7% de los pacientes, su estado de salud periodontal en piezas con prótesis fija es óptima, por otro lado, el 22.3% de los pacientes, su estado periodontal en piezas con prótesis fija es deficiente. Así también los estudios de **Rashid SA y Col (2016)** encontraron con una tasa de éxito del 93%, en los índices periodontales de piezas con prótesis fija.

IV. CONCLUSIONES

El estado de salud periodontal en piezas con prótesis fija en pacientes tratados en el Centro de Práctica Pre-Clínica y Clínica de Estomatología de la universidad Señor de Sipan es óptimo.

El nivel de Profundidad de sondaje en piezas con prótesis fija en pacientes tratados en el Centro de Práctica Pre-Clínica y Clínica de Estomatología de la universidad Señor de Sipan es óptimo.

El NIC en piezas con prótesis fija en pacientes tratados en el Centro de Práctica Pre-Clínica y Clínica de Estomatología de la universidad Señor de Sipan es óptima

La recesión gingival en piezas con prótesis fija en pacientes tratados en el Centro de Práctica Pre-Clínica y Clínica de Estomatología de la universidad Señor de Sipan es óptima.

Es el sangrado al sondaje en piezas con prótesis fija, en pacientes tratados en el centro de prácticas pre clínica y clínica de estomatología de la universidad señor de sipan, es óptimo.

RECOMENDACIONES

En el proceso de evaluación, el personal médico debe ser más riguroso al evaluar las restauraciones protésicas fijas para que las restauraciones exitosas (como una buena adaptabilidad de los bordes) puedan mantener la salud periodontal.

Antes, durante y después de cualquier tratamiento en la boca, el control estricto del estado periodontal es fundamental para asegurar su éxito, función, longevidad y bienestar del paciente.

Los estudiantes deben enfocarse en obtener más conocimientos teóricos y de procedimientos sobre restauraciones fijas y enfermedades periodontales.

La función debe primar sobre la estética, porque muchas veces los estudiantes solo ven el exterior sin darse cuenta de que poco a poco van cambiando la encía.

Establecer protocolos en cuanto a la programación de las rehabilitaciones en el centro de prácticas pre clínica y clínica de estomatología de la universidad señor de sipan, para que los alumnos tengan una semana establecida como mínimo para poder llevar a cabo las cementaciones de sus prótesis fijas.

Tener un seguimiento adecuado de las restauraciones con prótesis fija, adecuando un control específico, basado en días o semanas de evaluación post cementación, garantizando efectividad y calidad de las restauraciones realizadas.

REFERENCIAS

1. De la Rosa-Garza M, Cepeda Bravo JA, Caffesse R. Pronóstico periodontal y su evolución. *P & O*. 2005;15. 151–62.
2. Botero P, Quintero AM. Evaluación de los biotipos periodontales en la dentición permanente. *CES Odontol*. 2001; 14:14.
3. Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR, Carranza FA. *Periodontología clínica de Carranza*. 11 ed. Ed. AMOLCA; 2014. W2W2
4. Jornung J, Fardal O. Perceptions of patient's smiles: A comparison of patient's and dentist's opinions. *J Am Dent Assoc*. 2007; 138:1544–53.
5. Wolf HF, Edith M, Rateitschak KH. *Atlas en color de Odontología: Periodoncia*. 3 ed. MASSON; 2005.
6. Ainamo J, Löe H. Anatomical characteristics of gingiva: A clinical and microscopic study of the free and attached gingiva. *J Periodontol*. 1966; 37:5–13.
7. Ainamo J, Talari A. The increase with age of the width of attached gingiva. *J Periodontal Res*. 1976; 11:182–8.
8. Olsson M, Lindhe J. Periodontal characteristics in individuals with varying form of the upper central incisors. *J Clin Periodontol*. 1991; 18:78–82.
9. Seibert J, Lindhe J. Esthetics in periodontal therapy. In: Lindhe J, editor. *Textbook of Clinical Periodontology*. 3rd ed. Copenhagen: Munksgaard; 1997. p. 647–81.
10. De Rouck T, Eghbali R, Collys K, de Bruyn H, Cosyn J. The gingival biotype Revisited: Transparency of the periodontal probe through the gingival margin as a method to discriminate thin from thick gingival. *J Clin Periodontol*. 2009; 36:428–33.
11. Castellanos TA, de la Rosa RM, de la Garza M, Cafesse RG. Enamel matrix derivate and coronal flaps to cover marginal tissue recessions. *J Periodontol*. 2006; 77:7–14.
12. Eger T, Muller H-P, Heineke. Ultrasonic determination of gingival thickness, subject variation and influence of tooth type and clinical features. *J Clin Periodontol*. 1996; 23:839–45.

13. Müller HP, Könönen E. Variance components of gingival thickness. *J Periodontal Res.* 2005; 40:239–44.
14. Leblebicioglu B, Rawal S, Mariotti A. A review of the functional and esthetic requirements for dental implants. *J Am Dent Assoc.* 2007; 138:321–9.
15. Harris RJ. A comparative study of root coverage obtained with an acellular dermal matrix versus a connective tissue graft: Results of 107 recession defects in 50 consecutively treated patients. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2000; 20:51–9.
16. Claffey N, Shanley D. Relationship of gingival thickness and bleeding to loss of probing attachment in shallow sites following nonsurgical periodontal therapy. *J Clin Periodontol.* 1986; 13:654–7.
17. Vandana KL, Savitha B. Thickness of gingival in association with age, gender and dental arc location. *J Clin Periodontol.* 2005; 32:828–30.
18. Baldi C, Pini-Prato G, Pagliaro U, Nieri M, Saletta D, Muzzi L, et al. Coronally advanced flap procedure for root coverage. Is flap thickness a relevant predictor to achieve root coverage? A 19-case series. *J Periodontol.* 1999; 70:1077–84.
19. Cochran W. *Técnicas de Muestreo.* 3 era Edición México: CECSA; 1977. p. 507.
20. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población Total por Sexo de las Principales Ciudades, 2000-2015. Perú. p 50.
21. Paredes-Nomberto FM. Prevalencia, severidad e indicadores de riesgo de las recesiones gingivales en pacientes del Hospital Central de la Policía Nacional del Perú [Tesis para reportar tesis tomatol med dent cir maxilofac . 2016;57(3):158–163 163 obtener el Título de Cirujano Dentista]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Odontología; 2011.
22. Arora R, Narula SC, Sharma RK, Tewari S. Supracrestal gingival tissue: Assessing relation with periodontal biotypes in a healthy periodontium. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2013; 33:763–71.
23. Zawawi KH, Al-Harhi SM, Al-Zahrani MS. Prevalence of gingival biotype and its relationship to dental malocclusion. *Saudi Med J.* 2012; 33:671–5.

24. Barraza-Gallardo JM, López-García IA, Tobar-Ayala AV. Prevalencia de los diferentes biotipos gingivales en dentición permanente en pacientes atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador. [Trabajo de graduación para obtener el título de Doctor en Cirugía Dental]. El Salvador: Universidad de El Salvador. Facultad de Odontología; 2012.
25. Klein-Riquelme CC. Biotipo Periodontal y recesiones gingivales: prevalencia e indicadores de riesgo en adolescentes entre 15 a 19 años ~ de la ciudad de Santiago. [Trabajo de Investigación requisito para optar al título de Cirujano Dentista]. Santiago: Universidad de Chile. Facultad de Odontología; 2014.
26. García-Cortés JO. Biotipos gingivales y su relación con características dentales, bucales y faciales, higiene oral, dieta y factores sociodemográficos en jóvenes de la ciudad de San Luis de Potosí [Tesis para obtener el grado de Maestría en Salud Pública]. San Luis de Potosí: Universidad Autónoma de San Luis de Potosí. Facultad de Enfermería; 2014.
27. Olsson M, Lindhe J, Marinello CP. On the relationship between crown form and clinical features of the gingiva in adolescents. *J Clin Periodontol.* 1993; 20:570–7.
28. Stellini E, Comuzzi L, Mazzocco F, Parente N, Gobbato L. Relationships between different tooth shapes and patient's periodontal phenotype. *J Periodontol Res.* 2013; 48:657–62.
29. Fischer KR, Grill E, Jockel-Schneider Y, Bechtold M, Schlagenhaut U, Fickl S. On the relationship between gingival biotypes and supracrestal gingival height: Crown form and papilla height. *Clin Oral Implants Res.* 2013; 25:894–8.

V. ANEXOS

ANEXO 1

SOLICITUD DE PERMISO A LA UNIVERSIDAD USS



Formulario valorado
S/ 20.00

FORMATO DE SOLICITUD

Se solicita: Autoregistro PISA
Escuela Proteccion de Tesis

Señor (a), Srta.
CD. ROBERTO OJEDA GOMEZ
Bellanca Pedro Lazaresco con DNI N° 73718414

(Nombre y Apellidos del solicitante)
Email: bellanca@smi.com.pe Teléfono: 920517734 Dirección: P.F. Blacura de 177-FB

Año (al. Con el debido respeto se ampara lo siguiente):
Que en mi condición de: Alumno Estomatológico - X - Ciclo

(Padre - Docente - Alumno) (Especialidad - Ciclo)
Recurso a su honorable despacho para solicitarle lo siguiente:

- Escuela Proteccion de Tesis
- Permiso de Salida Gratuita en Tesis con Revisión Fisa en
- pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica de la
- USS - 2018
- Permanencia PISA

Por lo expuesto, agradezco obtener a quien correspondiera se atienda mi petición por ser de justicia.

Chiclayo, 17 de MAYO 2018

Firma del Solicitante

- Anexos:
- a. _____
 - b. _____
 - c. _____



ANEXO 2

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Institución: Universidad Señor de Sipán

Investigador: Peña Carrasco Brhayan

Título: “Estado de Salud periodontal en piezas con Prótesis Fija en pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica de la USS, 2018”.

Propósito del Estudio:

Estamos invitando [a usted/a su hijo(a)] a participar en un estudio llamado:

.....
.....

Procedimientos:

.....
.....

Riesgos:

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

Beneficios:

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

Costos e incentivos

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

Confidencialidad:

Le podemos garantizar que la información que (usted brinde/de su hijo) es absolutamente confidencial, ninguna persona, excepto los investigador(es)

_____ , quienes manejarán la información obtenida, la cual es anónima, pues cada entrevista será codificada, no se colocará nombres ni apellidos. Su nombre no será revelado en ninguna publicación ni presentación de resultados.

Uso de la información obtenida:**EJEMPLO**

Deseamos conservar [sus muestras/las muestras de su hijo(a)] almacenadas por 10 años. Estas muestras serán usadas para evaluar algunas pruebas diagnósticas. También usaremos esto para diagnosticar otras enfermedades. Estas muestras solo serán identificadas con códigos.

Si usted no desea que las muestras de su hijo(a) permanezcan almacenadas ni utilizadas posteriormente, su hijo(a) aún puede seguir participando del estudio.

Autorizo a tener [mis muestras/las muestras de mi hijo(a) almacenadas: SI NO

Además, la información de los resultados de su hijo(a) será guardada y usada posteriormente para estudios de investigación beneficiando al mejor conocimiento de la enfermedad y permitiendo la evaluación de medidas de control de hidatidosis, se contará con el permiso del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, cada vez que se requiera el uso de las muestras y estas no serán usadas en estudios genéticos.

Derechos del paciente:

Si usted decide [participar/que su hijo(a) participe] en el estudio, podrá retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno.

Cualquier duda respecto a esta investigación, puede consultar con los investigadores,

_____ al _____ teléfono

_____. Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad Señor de Sipán, teléfono 074- 481610 anexo 6203

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente [a participar/que mi hijo(a) participe] en este estudio, comprendo que cosas le pueden pasar si participa en el proyecto, también entiendo el que puede decidir no participar, aunque yo haya aceptado y que puede retirarse del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Participante, Padre o apoderado

Nombre:

DNI:

Fecha

Testigo

Nombre:

DNI:

Fecha

Investigador

Nombre:

DNI:

Fecha

ANEXO 3

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha:

Estado de Salud Periodontal:

Pilar 1:

MG	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>										<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>									
PS- PL																				
NIC-SS																				
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> P/L																		

Pilar 2:

MG	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>										<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>									
PS- PL																				
NIC-SS																				
	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> P/L																		

Deficiente

Óptimo

ANEXO 4

CALIBRACION


RESULTADOS DEL ÍNDICE DE KAPPA:

Formato de los datos en un estudio de concordancia

		Especialista			Total
		OPTIMO	DEFICIENTE		
Estudiante	OPTIMO	Recuento	10	0	10
		% del total	66,7%	0,0%	66,7%
	DEFICIENTE	Recuento	1	4	5
		% del total	6,7%	26,7%	33,3%
Total		Recuento	11	4	15
		% del total	73,3%	26,7%	100,0%

		Medidas simétricas			
		Error estándar			
		Valor	asintótico	Aprox. S	Aprox. Sig.
Medida de acuerdo	Kappa	,842	,151	3,303	,001
N de casos válidos		15			

Valoración del Índice Kappa	
Valor de k	Fuerza de la concordancia
< 0.20	Pobre
0.21 - 0.40	Débil
0.41 - 0.60	Moderada
0.61 - 0.80	Buena
0.81 - 1.00	Muy buena


 C.D. Heber J. Arboldo Vega
 M.G./ESE RESPONSABILIDAD
 1978

ANEXO 5

CALIBRACION

Calibración entre el estudiante y el especialista

		Especialista			
		OPTIMO	DEFICIENTE	Total	
Estudiante	OPTIMO	Recuento	10	0	10
		% del total	66,7%	0,0%	66,7%
	DEFICIENTE	Recuento	1	4	5
		% del total	6,7%	26,7%	33,3%
Total		Recuento	11	4	15
		% del total	73,3%	26,7%	100,0%

Medidas simétricas

		Error estándar			
		Valor	asintótico	Aprox. S	Aprox. Sig.
Medida de acuerdo	Kappa	,842	,151	3,303	,001
N de casos válidos		15			

Dado que la prueba de kappa es altamente significativa ($p < 0.01$) lo que indica que existe concordancia muy buena (0,842) entre los resultados del especialista con los resultados del estudiante sobre el estado de salud periodontal


Para el especialista existen 10 con nivel óptimo al igual que el estudiante representando el 66,7%, asimismo para el especialista existen 4 con nivel deficiente al igual que el estudiante representando el 26,7%.

En total de coincidencias ($10+4=14$) de 15 ósea el 93.4%% de concordancia entre los resultados del especialista con el estudiante con respecto al del estado de salud periodontal.

INSTRUMENTO DE MEDIDAS DE CONCORDANCIA

1. NOMBRE DEL ASESOR	HEBER ISAC ARBILDO VEGA	
2.	PROFESIÓN	CIRUJANO DENTISTA
	ESPECIALIDAD	PERIODONCIA
	GRADO ACADÉMICO	MAESTRO EN ESTOMATOLOGIA
	EXPERIENCIA PROFESIONAL	9 AÑOS
	CARGO	DOCENTE A TIEMPO PARCIAL
Título de la Investigación: ESTADO DE SALUD PERIODONTAL EN PIEZAS CON PRÓTESIS FIJA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA ESTOMATOLOGICA USS		
3. DATOS DEL TESISISTA: ESTUDIANTE 10mo CICLO ESTOMATOLOGIA		
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	PEÑA CARRASCO JULIO BRHAYAN
3.2	ESCUELA PROFESIONAL	ESTOMATOLOGIA
4. INSTRUMENTO EVALUADO	1. Estudio de concordancia KAPPA	
5. OBJETIVOS DEL INSTRUMENTO	<p>GENERAL</p> <p>Determinar el Estado de Salud Periodontal en piezas con Prótesis Fija en pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica de la USS</p>	

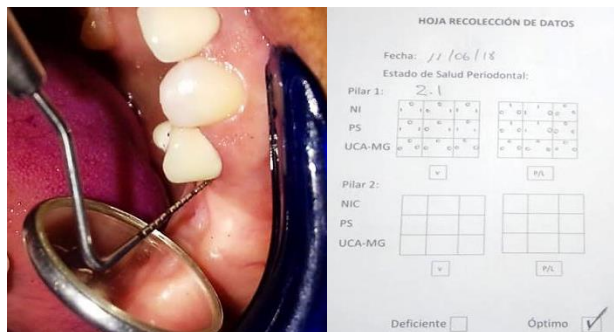
OBJETIVOS DEL INSTRUMENTO	ESPECÍFICOS
	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar la Profundidad al Sondaje en piezas con Prótesis Fija. - Determinar el Nivel de Inserción Clínica en piezas con Prótesis Fija. - Determinar la Recesión Gingival en piezas con Prótesis Fija. - Determinar el Sangrado al Sondaje en piezas con Prótesis Fija.


 C.D. Heber J. Arbildo Vega
 MG/ENSE PERIODONCIA
 (V. 2257) C. 1476

Se realizó el índice de O'Leary, de tal manera garanticemos que el paciente llegue a la prueba de sondaje con una muy buena higiene (-25%)



Se realizó las mediciones en base a los cuatro parámetros que se deben cumplir para lograr como resultado, si es Optima o Deficiente



Se procede a hacer el llenado de las fichas de recolección de datos

Evaluación del paciente en Centro de Práctica Pre-Clínica y Clínica de Estomatología de la universidad señor de sipan. Respetando las normas de bioseguridad.



Se realizó el índice de O'Leary, de tal manera garanticemos que el paciente llegue a la prueba de sondaje con una muy buena higiene (-25%), se utilizó pastilla reveladora, pasta profiláctica y escobilla de Robinson.



Evaluación de prótesis fija en cada paciente de en Centro de Practica Pre-Clínica Estomatológica USS. En este caso se evaluaron 3 dientes pilares (11, 21,23).



Evaluación
pilar 11



Evaluación
pilar 21



Evaluación
pilar 23



Se realizó las mediciones en base a los cuatro parámetros que se deben cumplir para lograr como resultado, si es Optima o Deficiente.

ANEXO 7

CARTA DE ACEPTACION PARA RECOLECCION DE DATOS



"Año de la lucha contra la corrupción e impunidad"

Chiclayo, 17 de mayo del 2018

Quien suscribe:

Dra. Paola La Serna Solari
Coordinadora de Estomatología
Universidad Señor de Sipán

AUTORIZA: Permiso para recojo de información pertinente en función del proyecto investigación, denominado: ESTADO DE SALUD PERIODONTAL EN PIEZAS CON PRÓTESIS FIJA EN PACIENTES ATENDIDOS EN CENTRO DE PRACTICA PRE-CLÍNICA Y CLÍNICA DE ESTOMATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN

Por el presente, el que suscribe, Dra. Paola La Serna Solari; Coordinadora de la Escuela de Estomatología de la USS, AUTORIZO al alumno: Peña Carrasco Brhayam Julio, identificado con DNI N°73218414 estudiante de la Escuela Profesional de Estomatología, y autor del trabajo de investigación denominado: ESTADO DE SALUD PERIODONTAL EN PIEZAS CON PRÓTESIS FIJA EN PACIENTES ATENDIDOS EN CENTRO DE PRACTICA PRE-CLÍNICA Y CLÍNICA DE ESTOMATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN, el acceso a las salas de del C.P.P.C.C.E para ejecución del proyecto enunciado líneas arriba de quien solicita se garantice la absoluta confidencialidad de la información solicitada.

Atentamente

Dra. Paola La Serna Solari
Coordinadora Escuela de Estomatología
Universidad Señor de Sipán