

**UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRÍGUEZ DE
MENDOZA DE AMAZONAS**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL
DE ESTOMATOLOGÍA**



INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN

**PREVALENCIA DE PERDIDA DE PIEZAS DENTARIAS EN
ESTUDIANTES DE ESTOMATOLOGÍA, UNIVERSIDAD
NACIONAL TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE
AMAZONAS, CHACHAPOYAS - 2017.**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

AUTOR : Bach. José Miner López Muñoz.

ASESOR : Mg. Franz Tito Coronel Zubiato.

Registro N° 390-2017

**CHACHAPOYAS – PERÚ
2017**

DEDICATORIA

A mis padres por darme la luz de la vida, por ser siempre guía para poder visualizar mi camino con claridad y lograr siempre mis objetivos trazados, venciendo los obstáculos de cada día.

A mis hermanos y familia en general por su apoyo incondicional durante mi formación como Cirujano dentista.

AGRADECIMIENTO

A los estudiantes de la Escuela Profesional de Estomatología, por haberme permitido entrar a su espacio personal, durante el proceso de recolección de datos.

Al Mg. Franz Tito Coronel Zubiato, Asesor de éste trabajo de investigación quien contribuyó muy gentilmente para su elaboración y culminación.

Al C.D. Alexander Calderón Javo por su apoyo incondicional, a los Técnicos en prótesis dental Lander Calle Salvador y Jesús Portugués Neciosupe.

A los docentes de la Escuela Profesional de Estomatología de la Facultad de Ciencias de la Salud por haber aportado con sus conocimientos para lograr nuestra formación profesional en esta carrera tan anhelada.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág
Dedicatoria	i
Agradecimiento	ii
Autoridades universitarias	iii
Visto bueno de la asesora	iv
Jurado evaluador	v
Índice	vi
Índice de tablas	vii
Índice de gráficos	viii
Índice de anexos	ix
Resumen	x
Abstract	xi
I. Introducción	12
II. Objetivos	14
III. Marco teórico	15
IV. Material y métodos	29
41 Tipo y diseño de investigación	29
42 Población, muestra y muestreo	29
43 Métodos, técnicas e instrumento de recolección de datos	31
44 Análisis y presentación de los datos	32
V. Resultados	33
VI. Discusión	47
VII. Conclusiones	55
VIII. Recomendaciones	56
IX. Referencias bibliográfica	57
Anexos	60

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1: Prevalencia de pérdida de piezas dentarias, en los estudiantes, de la Escuela Profesional de Estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza-2017.	33
Tabla 2: Prevalencia de pérdida de piezas dentarias anteriores y posteriores, en los estudiantes, de la Escuela Profesional de Estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza-2017.	38
Tabla 3: Prevalencia de pérdida de piezas dentarias por arcada, en los estudiantes, de la Escuela Profesional de Estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza-2017.	41
Tabla 4: Prevalencia de pérdida de piezas dentarias por cuadrantes, en los estudiantes, de la Escuela Profesional de Estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza-2017.	44

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1: Prevalencia de pérdida de piezas dentarias, en los estudiantes, de la Escuela Profesional de Estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza-2017.	34
Figura 2: Prevalencia de pérdida de piezas dentarias anteriores y posteriores, en los estudiantes, de la Escuela Profesional de Estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza-2017.	39
Figura 3: Prevalencia de pérdida de piezas dentarias arcada superior e inferior, en los estudiantes, de la Escuela Profesional de Estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza-2017.	42
Figura 4: Prevalencia de pérdida de piezas dentarias cuadrantes en los estudiantes, de la Escuela Profesional de Estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza-2017.	45

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO N° 1 Índice CPOD.....	66
ANEXO N°2 Lista de cotejo.....	69

DECLARACIÓN JURADA

Yo, Franz Tito Coronel Zubiato con DNI N° 40402618, con domicilio legal en el Jr. 2 de Mayo N° 624 de la ciudad de Chachapoyas, Docente nombrado en la Categoría de Auxiliar (TC) de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, en la cual indico como asesor de la tesis titulada “Prevalencia de pérdida de piezas dentarias en estudiantes de Estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Chachapoyas – 2017”, presentado por el **Bachiller en Estomatología** José Miner López Muñoz; por lo que doy testimonio y visto bueno a la ejecución de dicha tesis.

Para mayor conformidad firmo al pie.

Chachapoyas, 12 de Setiembre del 2017.

Mg. FRANZ TITO CORONEL ZUBIATE
DNI N° 40402618
Docente Nombrado Ax. TC

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Ph.D. Dr. Jorge Luís Maicelo Quintana

Rector

Dr. Oscar Andrés Gamarra Torres

Vicerrector Académico (e)

Dra. María Nelly Luján Espinoza

Vicerrectora de Investigación (e)

Dr. Policarpio Chauca Valqui

Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud

Mg. Oscar Pizarro Salazar

Director de la Escuela Profesional de Estomatología

JURADO DE TESIS

(Resolución de Decanato N° 390-2017-UNTRM-VRAC/F.C.S)

.....
Dr. Policarpio Chauca Valqui
Presidente

.....
Mg. Oscar Pizarro Salazar
Secretario

.....
Mg. Nelly Del Carmen Villegas Ampuero
Vocal

RESUMEN

La presente investigación de enfoque cuantitativo, de nivel descriptivo, de tipo: observacional, prospectivo, transversal y de análisis estadístico univariado, se realizó con el objetivo de: Determinar la prevalencia de pérdida de piezas dentarias, en los estudiantes, de Estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza – 2017. La muestra estuvo constituida por 181 estudiantes, para registrar los datos se utilizó una ficha de registro de casos de pérdida dentaria. Los resultados evidencian que existe una tasa de prevalencia alta en la pieza dentaria 36 con 248.61×1000 ; La pieza dentaria más resaltante respecto a la tasa de prevalencia media es la pieza 16 con 99.4×1000 y también la más perdida. La tasa de prevalencia de los dientes anteriores alta y media no existe. La tasa de prevalencia de la arcada superior se tiene que la pieza dentaria 26 presenta una tasa de prevalencia alta con 133×1000 la misma que muestra mayor pérdida. En el cuadrante III, se tiene que la tasa de prevalencia alta es de 248.61×1000 que corresponde a la pieza dentaria 36. Se llegó a las siguientes conclusiones: La tasa de prevalencia más baja y resaltante es la pieza dentaria 37 con 49.72×1000 . En los dientes anteriores. La pieza dentaria 16 presenta una tasa de prevalencia media con 99.4×1000 . La pieza dentaria 23 presenta la más baja prevalencia con 11.0×1000 , pero a la vez es la más perdida. La pieza dentaria 16 presenta una prevalencia media con 99.4×1000 , pero a la vez es la más perdida. En conclusión existe una alta prevalencia de pérdida de piezas dentarias proporcionalmente en cada uno de cuadrantes

Palabras claves: Prevalencia, pérdida, dientes y estudiantes.

ABSTRACT

The present investigation of quantitative focus, of descriptive, guy level: Observacional, prospective, transverse and of uni-varied statistical analysis, he came true with the objective of: Determining the prevalence of loss of dental pieces, in the students, of Estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez of Mendoza – 2017. The sample was composed of 181 students, in order to register data a data card of cases of dental loss was used. Results evidence a rate of high prevalence in the dental piece existing 36 with 248,61 x 1000; The piece would furnish with teeth noteworthy in relation to the rate of half a prevalence the piece is 16 with 99,4 x 1000 and also the more prostitute. Tall and average the rate of prevalence of the anterior teeth does not exist. The rate of prevalence of the superior arcade is known that the piece would furnish 26 with teeth the x presents a rate of high prevalence with 133 x 1000 the same that shows bigger loss. In the quadrant III, the x is known that the rate of high prevalence is of 248,61 x 1000 that you reciprocate 36 to the dental piece. He took place to the following findings: Lowermost and noteworthy the rate of prevalence is the dental piece 37 with 49,72 x 1000. In the anterior teeth. The piece would furnish 16 with teeth the x presents a rate of half a prevalence with 99,4 x 1000. The piece would furnish 23 with teeth the x presents the lowermosttest prevalence with 11,0 x 1000, but she is at the same time the most lost. The piece would furnish 16 with teeth the x presents a half a prevalence with 99,4 x 1000, but she is at the same time the most lost. Prostitute's tall prevanlencia of dental pieces in conclusion exists proportionally in each of quadrants

Key words: Prevalence, loss, teeth and students.

I. Introducción

En todo el mundo se considera que la pérdida de dientes es consecuencia natural del envejecimiento, y que el 86% de las personas de alguna manera lo han experimentado (Galés, 2004, pp. 68 - 85).

La pérdida de los dientes está ampliamente ligado a las medidas preventivas que en el mundo se puedan realzar por parte de las instituciones gubernamentales, tal es así que, el acceso a atención sanitaria bucodental es limitado; a menudo los dientes o no se tratan o son extraídos, En África el porcentaje de odontólogos por habitante es aproximadamente de uno por cada 150 000 personas, frente a uno por cada 2000 en la mayoría de los países industrializados. Por otro lado, si bien ha habido cierto avance en la reducción de la caries dental entre la población joven de los países desarrollados, para muchas personas mayores ésta sigue siendo una de las principales fuentes de dolor y mala salud (Petersen, 2014, p. 39).

En los países de Europa, se vio que un 45% de las personas habían perdido hasta nueve dientes (Desvarieux, 2016, p. 42).

En Chile, existe una pérdida dentaria cercana a los 11,4 % en adultos de 35 y 44 años. En pacientes de 16 a 24 años solo el 61.8% presenta la dentición completa. El 98.4 % de las personas presentaban algún grado de desdentamiento y el 12.5% eran edéntulos totales. Las piezas dentarias están perdidas al momento del diagnóstico odontológico (Gamonal et, al, 1998, p. 77).

En Cuba el mayor índice de ausencia de piezas dentarias fue el primer molar inferior derecho con un total de 16 niños que representó el 37,2 %. En orden de frecuencia encontramos en segundo lugar el inferior izquierdo con 15 para un 34,9%, seguido por el primer molar superior derecho con 9 (21%) y por último tres primeros molares superior izquierdo para el 6,9% (Rodríguez, et al, 2008, p. 54).

En México; individuos de 45 años y más existe una mayor proporción de edéntulos representado con el 22% (Navarrete, 2013, p. 38).

Venezuela. La frecuencia de la pérdida del primer molar permanente con relación a los cuatro cuadrantes que conforman las arcadas dentarias; resultando un mayor porcentaje de pérdida de la mencionada pieza dentaria en el maxilar inferior con un 56% aproximadamente contra un 44% del maxilar superior, de los cuales 30% son del primer molar inferior derecho y un 26% para el primer molar inferior izquierdo (Sousa, 2013, p. 67).

En Paraguay. Se determinó la pérdida del PMP con relación a los cuatro cuadrantes que conforman las arcadas dentarias, resultando una mayor cantidad de dientes perdidos en los cuadrantes maxilar superior derecho y maxilar inferior izquierdo (Barreiro, 2012, p. 44).

En México la pérdida dental se da en un 55% ya presenta pérdida de más de cuatro dientes (De La Fuente, 2008, p. 45)

En Cajamarca la perdida dentaria es Conforme avance la edad, aumenta la frecuencia de Edentulismo y la frecuencia de personas con trabajo, excepto en el caso de los adultos mayores a 65 años de edad quienes en mayor proporción no trabajan. (Belaúnde, M., 2011. p. 17)

En Amazonas, la situación no es adversa, muy por el contrario. El 88 % de la población total de las comunidades indígenas, presentan pérdida de las piezas dentarias, debiéndose básicamente al aspecto cultural, al nivel educativo, al acceso hacia los servicios de salud; de los cuales, el 67 % se debe a la caries dental y la diferencia se encuentra netamente relacionada con la edad, etc. (Vargas, 2015, p. 22)

En Estomatología, los estudiantes también presentan pérdida de las piezas dentarias en la que se desconoce realmente las cifras exactas de éstas; si bien es cierto, llevamos nuestro conocimientos teóricos prácticos a reflejarlos en una ficha odontológica, todos con dentición permanentes siendo así el llenado de odontograma en el cual se registra el estado de cada pieza dental, al finalizar se llevó a cabo un análisis, observando que la pedida de piezas dentarias es común, y cuando se les preguntó las causas, refieren múltiples factores, esto ocurre en la formación como Cirujanos Dentistas.

II. Objetivos

2.1.Objetivo general

Determinar la prevalencia de pérdida de piezas dentarias, en los estudiantes, de Estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza-2016.

2.2.Específicos:

- Identificar la prevalencia de pérdida de piezas dentarias anteriores y posteriores, en los estudiantes de Estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Chachapoyas -2016.
- Identificar la prevalencia de pérdida de piezas dentarias por arcada, en los estudiantes de Estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Chachapoyas -2016.
- Identificar la prevalencia de pérdida de piezas dentarias en cuadrantes, en los estudiantes de Estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Chachapoyas -2016.
- Caracterizar a la población objeto de estudio.

III. Marco Teórico

1. Antecedentes de la investigación.

Después de realizar las búsquedas bibliográficas e investigaciones sobre las variables se encontraron los siguientes antecedentes que ha siguiente se detalla

Nivel internacional

Fresno (2009). Chile; en su estudio cuyo objetivo fue: evaluar el estado de salud oral y cuantificar la prevalencia de caries dental, pérdida de dientes y necesidad de tratamiento en los estudiantes de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Los resultados evidencian: el promedio del índice COPD de la muestra fue 14.59. Todos los estudiantes tenían historia de caries. Con un promedio de 1.25. El 98.43% de los individuos de la muestra presentaban algún grado de desdentamiento, Las conclusiones fueron: esta población presenta un gran daño en cuanto a su salud oral, especialmente debido a pérdida de dientes. La magnitud del daño e importancia del entorno social como determinante en la generación de éste, obliga a enfrentar el problema y buscar soluciones desarrollando y aplicando programas gubernamentales de promoción y atención en salud oral a toda la población.

De La Fuente, (2008). México. Se llevó a cabo el estudio cuyo objetivo fue: Conocer la prevalencia de caries y pérdida dental para calcular las necesidades terapéuticas en estudiantes de educación media superior que ingresan a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Muestra comprendida de 77191 estudiantes, en su resultados demuestra que la pérdida dental, en el año 2003 se observó una prevalencia menor (31.3%) respecto de los dos años subsecuentes (2004, 34.5% y 2005, 34.2%). en conclusión, en relación con la pérdida dental, la razón de dos dientes perdidos por estudiante pone de manifiesto la necesidad de instrumentar políticas que promuevan condiciones ambientales para facilitar y fortalecer una cultura de prevención y promoción a la salud (prácticas de autocuidado y estilos de vida), que integren la salud bucal dentro de la salud general para conseguir mejores resultados.

Nacional

Barreiro, (2012). Perú. Se llevó a cabo estudio cuyo objetivo fue: Determinar la Pérdida prematura del primer molar permanente en niños de 7 a 18 años de un Hogar interno de la Ciudad de Asunción, Paraguay. Muestra comprendida entre las edades de 7 a 18 años. En sus resultados evidencian que: el 56 % presentaron pérdida del PMP con relación a los cuatro cuadrantes que conforman las arcadas dentarias; en conclusión, existió una mayor cantidad de dientes perdidos en los cuadrantes maxilar superior derecho y maxilar inferior izquierdo.

González, (2000). Perú. En un estudio cuyo objetivo fue “determinar la prevalencia de la pérdida dentaria en personas del Sector el Barranco, Callao-2000.” Sus resultados evidencian que, del total de pacientes femeninos (82), 45 pacientes presentaron ausencia de alguno de los primeros molares permanentes, lo que representa un 32% de la muestra total, en comparación con 37 pacientes que no presentaron ausencia de ninguno de los primeros molares permanentes. Con respecto al sexo masculino 32 pacientes de un total de 60, presentaron ausencia de alguno de los primeros molares permanentes, lo que representa un 23% de la muestra total, mientras que 28 pacientes no presentaron ausencia de los molares en estudio. Se obtuvo que el diente con mayor índice de ausencia fue el primer molar permanente inferior derecho con un 42%, en segundo lugar de ausencia encontramos el primer molar superior derecho con un 33%, seguido por el primer molar superior izquierdo con un 15% y por último el primer molar inferior izquierdo con un 10%.

Díaz, (2009) Lima. Se llevó a cabo el estudio cuyo objetivo fue: Determinar los factores asociados al Edentulismo en pacientes diagnosticados en la clínica de la UNMSM durante los periodos 2005-2006- 2007. Muestra 180 historias clínicas. En sus resultados se evidencian que: En cuanto al Edentulismo el mayor porcentaje de piezas perdidas corresponde a las molares con 499 extraídas (51%) seguidas de las premolares con 317 extraídas (33%). En conclusión El mayor porcentaje de piezas perdidas corresponde a las molares seguidas de las premolares, las molares las inferiores son los dientes más extraídos, seguidos de los superiores. Las piezas que presentan un mayor porcentaje con indicación de exodoncia corresponden también

a las molares, seguidas por las premolares. De las molares las que presentan una mayor indicación de exodoncia son las molares inferiores, seguidas de las molares superiores. Las piezas menos pérdidas son los caninos inferiores y los incisivos inferiores.

Nivel local

No se encontró investigaciones realizadas con las variables de estudio en el Departamento de Amazonas.

2. Bases teóricas.

a) Prevalencia

Para poder determinar el significado del término prevalencia, se hace necesario, en primer lugar, conocer el origen etimológico del mismo. En este caso, podemos decir que deriva del latín, concretamente de la suma de tres componentes claramente delimitados. (Pérez, 2015, p. 88).

- El prefijo “pre-”, que puede traducirse como antes.
- El verbo “valere”, que es sinónimo de “permanecer en plenitud”.
- El elemento “ente”, que indica “agente”.
- El sufijo “-ia”, que se usa para establecer una “cualidad”.

Es el número de todos los casos nuevos y antiguos de una enfermedad o manifestaciones de un hecho durante un período determinado de tiempo.

- Prevalencia puntual: cuántas personas de un grupo definido están enfermas en un determinado momento. Ejemplo hipotético: 1% de los empleados están esta semana enfermos.
- Prevalencia de periodo: la proporción de personas que están o estarán enfermas en algún momento. Ejemplo hipotético: 10% de los habitantes de este pueblo tendrá un resfriado en algún momento durante su vida.

Fórmula: $Prevalencia = \frac{\text{Casos antiguos} + \text{casos nuevos}}{\text{Pob. Afectada}} \times 1000$ que pueden llegar a padecer la enfermedad. (Pérez, 2015, p. 89).

- Tasa de Prevalencia: es el número de personas afectadas presente en una población en un momento específico dividido entre el número de personas presentes en la población en ese momento. También se denomina prevalencia de punto. (Pérez, 2015, p. 91).

$$T. P. = \frac{\text{Casos antiguos + casos nuevos}}{\text{Población específica en un momento dado}} \times 1000$$

b) Piezas dentarias. Nomenclatura dental.

En la práctica clínica, es necesaria un sistema “taquigráfico” rápido para registrar los datos. En el mundo se emplean muchos métodos pero solo aquí consideraremos la de 1947, el comité de la American Dental Association (ADA) recomendó el sistema simbólico (Zsigmondy-Palmer) como método de enumeración de elección para la numeración. Pero la Federation Dentaire Internationale (FDI) propuso el sistema de dos dígitos para ambas denticiones, temporal y permanente, que ha sido adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Ahs y Nelson, 2004, p, 2).

Sistema de dos dígitos o Federación Dental Internacional (FDI). Para la dentición temporal, el primer dígito indica el cuadrante (de 1 al 4) para la dentición permanente y para la dentición temporal (del 5 al 8). El segundo dígito indica el diente en el cuadrante del 1 al 8 para los dientes permanentes y del 1 al 5 para los temporales (Ahs y Nelson, 2004, p, 2).

1. Piezas permanentes:

Los dientes permanentes, comienza con la erupción de los primeros molares permanentes, la caída de los incisivos deciduos y la aparición de los incisivos permanentes. Después de la pérdida de los caninos y molares temporales, hacen erupción los caninos y premolares definitivos, y posteriormente el segundo molar. La erupción completa consta de 32 dientes y se completa hacia los 18-25 años, si no existe alguna ausencia congénita (Ahs y Nelson, 2004, p, 2)

Piezas anteriores:

- **Incisivos:** Uno de los 8 dientes frontales, 4 en cada arcada dentaria, que aparecen como dientes de leche en la lactancia, y son sustituidos durante la infancia por los incisivos definitivos, que permanecen hasta una edad avanzada. La corona del incisivo tiene forma de cincel, con un borde cortante afilado. Los incisivos superiores son más grandes y fuertes que los inferiores, y se dirigen oblicuamente hacia abajo y hacia delante. (Figun Y Gariño, 2009, p. 12).
- **Caninos:** Cualquiera de los cuatro dientes, dos en cada maxilar, situado inmediatamente por fuera de los dientes incisivos en la dentadura humana. El diente canino es mayor y más fuerte que los incisivos y sobresale por encima de los demás dientes en ambas arcadas. Sus raíces penetran profundamente en los huesos originando unas señales evidentes sobre la arcada alveolar. Los caninos aparecen como diente temporal a los 16 a 20 meses después del nacimiento. La erupción de los caninos permanentes se produce a la edad de 11 o 12 años (Figun Y Gariño, 2009, p. 12).

Diente posterior.

Cualquiera de los premolares y molares de los maxilares superior e inferior de la dentición permanente o de las prótesis.

- **Premolares:** Cada uno de los ocho dientes, cuatro en cada arcada dental, situados por fuera y detrás de los dientes caninos. Los premolares aparecen durante la infancia y permanecen hasta la vejez. Son más pequeños y más cortos que los dientes caninos. (Figun Y Gariño, 2009, p. 12).
- **Molares:** cada uno de los 12 dientes molares, seis en cada arcada dentaria, tres localizados por detrás de los premolares. La corona de los molares es prácticamente cúbica, convexa en su superficie bucal y lingual y aplanada en sus superficies de contacto, donde presentan cuatro o cinco

cúspides separadas por surcos cruzados; asimismo, poseen un cuello largo redondeado (Figura Y Gariño, 2009, p. 12).

2. Pérdida dentaria.

Etiología de la pérdida dental: Por su complejidad, sobre la salud actúan diversos determinantes o factores, que deben ser considerados dentro del concepto de salud. Dado el avance en la ciencia, la medicina, la tecnología y el conocimiento en general, la gran mayoría de estos factores pueden modificarse. Dos son las causas principales de la pérdida de dientes: la caries y la enfermedad periodontal. Estas enfermedades se caracterizan por ser crónicas y de particularidad acumulativa. (Alvarez, 2015, p. 24).

Caries dental, es una enfermedad multifactorial, que comprende la interacción de factores del huésped, la dieta, el tiempo y la placa dental. La ingestión frecuente de carbohidratos es el principal factor en la mayoría de los casos. Una concentración elevada de ácido y una gran frecuencia de contacto provocan la desmineralización de la superficie dental (Henostroza, 2001, p. 13).

Lesión inicial del esmalte aparece cuando el pH a nivel de la superficie del diente supera el nivel que puede contrarrestar la remineralización. Los iones ácidos penetran profundamente en las porosidades de los prismas, provocando una desmineralización (Henostroza, 2001, p. 41).

Caries dentinaria, las bacterias sintetizan ácidos que disuelven el hidroxiapatita de la dentina. Conforme avanza la lesión van cambiando la textura y el color de la dentina (Henostroza, 2001, p. 29).

Patología pulpar: Al ser imposible determinar el diagnóstico histológico de la pulpa, sin extraerla y examinarla, se ha desarrollado un sistema de clasificación clínica. Este sistema se basa en los síntomas del paciente y los resultados de las pruebas clínicas. El término pulpa sana se refiere a una

pulpa vital, libre de enfermedades, el diente y su aparato de sostén no tienen una respuesta dolorosa a la percusión o palpación (Hernán, 2001 p. 25).

- Pulpitis reversible, implica una pulpa inflamada que conserva la vitalidad, y que mantiene la capacidad reparadora suficiente para recuperar la salud si se elimina el irritante que la causa. (Alvarez, 2015, p. 31)
- Pulpitis irreversible puede ser aguda, sub aguda (exacerbación leve de una pulpitis crónica) o crónica. La pulpa con inflamación aguda es sintomática, mientras que la pulpa con inflamación crónica es asintomática en la mayoría de casos. Sintomatología: el dolor persiste después de quitar el estímulo, El calor intensifica la respuesta al progresar la inflamación, y el frío tiende a aliviar el dolor en las fases avanzadas de la pulpitis, dolor espontáneo, difuso, localizado o irradiado, sordo, pulsátil de larga duración. Examen clínico: Caries profunda, restauraciones defectuosas, grandes obturaciones, trauma oclusal, algunas veces movilidad dentaria. Tratamiento: Pulpectomía y/o exodoncia (Hernán, 2001 p. 28).
- Necrosis pulpar es la muerte pulpar de los dientes permanentes con pérdida de su estructura como consecuencia final de un proceso patológico en el cual la pulpa no puede reintegrarse a la normalidad por no tener capacidad de reacción Criterio diagnóstico: caries amplias y profundas, ligera movilidad, radiográficamente se observa un engrosamiento del ligamento periodontal, asintomática, cambio de color. Tratamiento: Pulpectomía y/o exodoncia (Hernán, 2001 p. 29).
- Patología periapical. Los tejidos periapicales, lo contrario del pulpar, presentan condiciones muy satisfactorias que favorecen la reparación de su salud. La región periapical está constituida de estructuras que presentan íntima relación entre sí, tales como el ápice radicular, ligamento periodontal apical y hueso alveolar (Hernán, 2001 p. 35).

- a)** Periodontitis apical aguda es una inflamación aguda del periodonto de corta duración, determinada por los más variados agentes etiológicos. Cuadro clínico.- dolor espontaneo no muy intenso localizado que a veces llega a ser pulsátil. Ligera extrusión del diente respuesta positiva a la percusión. Tratamiento: Pulpectomía, exodoncia. (Hernán, 2001 p. 37).
- b)** Periodontitis apical crónica, es la inflamación y destrucción del periodonto apical. Cuadro clínico: Es una lesión de larga data, asintomática por lo general. Las pruebas revelan poco o ningún dolor a la percusión. En los casos donde la lesión ha perforado la cortical ósea la palpación sobre apical puede causar molestia. Diagnostico La radiografía es el punto clave para el diagnóstico, ya que la periodontitis apical crónica se asocia con imágenes radiolúcidas perirradiculares. Estas imágenes radiolúcidas pueden variar desde un ensanchamiento del espacio del ligamento y resorción de la lámina dura, hasta la destrucción del hueso perirradicular que evidencia francas lesiones radiolúcidas periapicales. Tratamiento: endodoncia, exodoncia (Hernán, 2001 p. 37).
- c)** Absceso periapical con fístula, son procesos periapicales con acúmulos purulentos circunscriptos, agudos, subagudos o crónicos, que se muestran semiológicamente como una lesión inflamatoria, localizada y fluctuante. La mayoría de los abscesos localizados en el interior de la boca, la cara o el cuello tienen un origen periodontal o pulpar. Los procesos periapicales suelen ser precedidos por los problemas pulpares por lo general una necrosis pulpar no tratada puede ser la causa inicial de los problemas periapicales. (Hernán, 2001 p. 38).

El trasvase de endotoxinas, bacterias y restos necróticos a la zona de un posible foco en el periápice. Cuadro clínico el absceso acaba por abrirse al exterior (fistulización), y se observa entonces la típica afectación de la piel o mucosa si el absceso es intrabucal que se vuelve tensa y de un rojo brillante, dejando entrever uno o varios puntos de color blanco amarillento, por donde se perforara y dejara salir el exudado purulento. Tratamiento: Drenaje del absceso, extracción del diente para eliminar el proceso infeccioso, endodoncia (Hernán, 2001 p. 38).

- d) Absceso periapical sin fístula, es la respuesta inflamatoria avanzada exudativa e intensamente sintomática de los tejidos conjuntivos periapicales. Se observa aumento de volumen y enrojecimiento del área comprometida, presencia de ganglios inflamados, fiebre. En los casos crónicos se observa zona radiopaca a nivel apical (osteítis condensante). Complicaciones: Diseminación del proceso a estructuras óseas y espacios anatómicos adyacentes (Hernán, 2001 p. 39).
- e) **Otras alteraciones que causa pérdidas dentarias:** Periodontitis juvenil, resorciones radicales atípicas Involuntarias, más del 50% de los traumatismos se observan en cabeza y cuello (caídas, accidentes automovilísticos), que afecta los dientes anteriores superiores más frecuentemente. Actividades deportivas, asaltos, riñas, violencia familiar. Malos hábitos orales entre los cuales se encuentran: sacar la lengua, chupeteo del dedo gordo, mordida del labio inferior, que producen movilidad dentaria y rizólisis temprana de sus raíces. Alteraciones congénitas, donde los dientes se presentan con poca o nada de raíz lo que favorece sus pérdidas. Enfermedades sistémicas como: Síndrome de Páilon - Lefevre, Histiocitosis X, Neutropenia, Hipofosfatasa, Diabetes. Iatrogénica por perforación del piso pulpar, perforación de la furca, fractura de la raíz durante Entre las causas por las que los dientes son perdidos

prematuramente, se podría decir que los dientes anteriores son perdidos generalmente a causa de traumatismos y los molares en su mayoría por la caries dental (Hernán, 2001 p. 37).

f) Consecuencias de la pérdida prematura de dientes permanentes. La pérdida prematura de los dientes primarios trae la inclinación y migración de los dientes vecinos ya que disponen de mayor tiempo para moverse de su posición original, lo que trae consigo la disminución del espacio para el sucesor permanente, el acortamiento del perímetro del arco, malposiciones dentarias, apiñamientos, , dificultad para masticar y alimentarse, alteraciones fonéticas, diastemas y alteraciones de oclusión; que dependen del sitio, del maxilar y del número de dientes afectados Al perderse un diente su antagonista continúa el proceso de erupción hasta extruirse y producir alteración en el plano oclusal, y pérdida de la dimensión vertical. Pueden darse cambios estructurales en el tejido óseo y dependiendo de la edad en que ocurre la pérdida dental, puede haber defectos en la altura del hueso alveolar. A nivel del tejido blando existen anomalías causadas en la mucosa gingival como la queratinización. Además se instauran hábitos perniciosos como la colocación de la lengua en los espacios edéntulos. Estos pueden contribuir a formar Pseudoprognatismo. Interferencias en el proceso, en la secuencia de erupción normal y en muchos casos se presenta erupción ectópica de algunos dientes permanentes, esto debido a que se pueden producir alteraciones de las posiciones preruptiva del germen del diente permanente como inclinaciones rotaciones (Ahs y Nelson, 2004, p, 2)

g) La pérdida prematura de dientes permanentes está asociada con la instalación de maloclusiones Clase I en sus distintos tipos. La inclinación y migración de los dientes vecinos ya que disponen de mayor tiempo para moverse de su posición original, lo que trae

consigo la disminución del espacio, el acortamiento del perímetro del arco, malposiciones dentarias, apiñamientos, diastemas y alteraciones de oclusión en ambas arcadas influye el número de dientes afectados. Al perderse un diente su antagonista continúa el proceso de erupción hasta extruirse y producir alteración en el plano oclusal, y pérdida de la dimensión vertical. A nivel del tejido blando existen anomalías causadas en la mucosa gingival como la queratinización. (Ahs y Nelson, 2004, p, 2)

- h)** La pérdida prematura de un incisivo permanente compromete la estética puede producir alteraciones en el desarrollo fonético, debido a que hay muchos sonidos que requieren que la lengua toque la cara palatina de los incisivos superiores. En los casos de pérdida unilateral de un canino permanente, los incisivos tienden a desplazarse lateralmente hacia su espacio produciendo desviaciones de la línea media y asimetría dental. El perímetro del arco mandibular puede acortarse desde el frente debido a la presión que ejercen los labios o una actividad anormal del músculo mentoniano se pueden inclinar los incisivos permanentes hacia lingual, haciéndoles perder sus topes y aumentando el resalte y la sobremordida. (Ahs y Nelson, 2004, p, 2)

- i)** En la pérdida del primer molar primario es poco probable que se pierda el espacio, debido al movimiento mesial de los posteriores, pero especialmente en la mandíbula los caninos temporales e incisivos temporales o permanentes se pueden desplazar distalmente para producir asimetría en el arco dental (Ahs y Nelson, 2004, p, 2)

3. Teorías y/o modelo

Teoría epidemiológica de John Snow (1858)

John Snow era un escéptico de la teoría de los miasmas entonces dominante que afirma que las enfermedades como el cólera o la peste Negro fueron causadas por la contaminación o una forma nociva de "mal aire", pero la evidencia le llevó a creer que no se debió a respirar aire contaminado.

Snow más tarde utilizó un mapa de puntos para ilustrar cómo los casos de cólera agrupado alrededor de la bomba. También hizo un uso sólida de estadísticas para ilustrar la conexión entre la calidad de la fuente de los casos el agua y el cólera estudio de Snow fue un acontecimiento importante en la historia de la Salud pública, y la geografía, y puede ser considerado como el acontecimiento fundacional de la ciencia de la Epidemiología. Basándose en el registro de las defunciones por cólera ocurridas entre 1848-49, Snow observó que los distritos de la zona sur de Londres concentraban la mayor cantidad de casos en términos absolutos y daban cuenta de la más alta tasa de mortalidad, muy superior a la del resto de la ciudad (8,0 y 2,4 defunciones por 1.000 habitantes. (Cerde, J., 2007, p, 3)

Se considera a John Snow, porque fue el primero se encargó de realizar búsqueda de casos en una comunidad, en una familia etc., por lo tanto en la estomatología, y específicamente en el presente para determinar el número de casos se realizó la búsqueda de casos de pérdida de piezas dentarias, en cada persona. Entonces la búsqueda de casos no solo se realiza en una comunidad o una familia sino también en una persona.

2.4.1. Definición de términos básicos.

- **Perdidos (P):** La pérdida de los dientes permanentes componente "P" o dientes perdidos.
- **Cariados Perdidos y Obturados (CPOD):** Índice para medir los dientes cariados componente "C", perdidos componente "P", y obturados componente "O" validado por Norma Técnica RM N° 596-2006.
- **Estudiante.** Individuo que se dedica al aprendizaje, puesta en práctica y lectura de conocimientos sobre alguna ciencia, disciplina o arte.

- **Exodoncia.** Acto de sacar algo que está hundido, inmerso o sepultado en algo.
- **Arcada:** una arcada o arco dental es el grupo de dientes en la mandíbula o en el maxilar. Tendremos arcada superior, para el maxilar superior, y arcada inferior, en la mandíbula. El término “hemiarcada” hace referencia a la mitad izquierda o derecha de cada arcada.
- **Hemiarcada:** una hemiarcada es la mitad de una arcada, que se divide en cuatro partes: superior derecha, superior izquierda, inferior derecha, inferior izquierda.

4. Hipótesis

En este tipo de estudio las hipótesis ya están implícitas.

5. Variable de estudio

a) Monovariable

O = prevalencia de pérdida de piezas dentarias

Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORE S	CATEGORIA		ESCALA
				Dimensio nes	Variable	
Prevalencia de pérdida Piezas dentarias perdidas.	<p>Def. Conceptual: Pérdida de dentición permanente antes del tiempo.</p> <p>Def. Operacional: Pérdida de dientes en estudiantes de estomatología de acuerdo a la localización de cada diente</p> <p>Se medirá con el índice "P".</p>	Piezas Anteriores	<ul style="list-style-type: none"> • Superior anterior piezas(11-13; 21-23) • Inferior anterior. Piezas (31-33; 41-43) 	Ausente	<p>Alto = más de 100 * 1000</p> <p>Medio =de 50 a 99 *1000</p> <p>Bajo = menor de 50 * 1000</p>	<p>Para medir la variable se utilizó la Escala ordinal.</p>
		Piezas Posteriores	<ul style="list-style-type: none"> • Superior posterior piezas (14-17; 24-27) • Inferior posterior piezas (34-37; 44-47) 	Presente		
		Arcada Cuadrantes	<ul style="list-style-type: none"> • Arcada superior • Arcada inferior • Cuadrante I piezas (11-17) • Cuadrante II piezas (21-27) • Cuadrante III piezas (31-37) • Cuadrante IV piezas (41-47) 	Ausente		
				Presente		<p>Para los ítems se utilizó la escala dicotómica.</p> <p>Sí = 1 No = 0</p>

IV. Material y Métodos

4.1. Tipo y diseño de investigación

La presente investigación fue de enfoque cuantitativo; de nivel descriptivo; de tipo: Según la intervención del investigador es observacional; según la planificación de la toma de datos será prospectivo; según el número de ocasiones en que se medirá la variable de estudio será transversal y según el número de variables de interés será de análisis estadístico simple de frecuencias. (Supo, 2014. pp. 35 - 45).

De enfoque cuantitativo porque permitió cuantificar los datos mediante el uso de la estadística. De nivel descriptivo porque describió los hechos tan igual como sucede en la naturaleza. Tipo de investigación: Observacional porque no se manipularon las variables ya que los datos reflejaran la evolución natural de los eventos; Prospectivo porque los datos se recolectaran de fuentes primarias o sea directamente de la muestra objeto de estudio. Transversal por que las variables se midieron en una sola ocasión. (Supo, 2014. pp. 35 - 45).

El diagrama de este tipo de estudio es el siguiente:



Dónde:

M = La muestra de estudio.

O = Prevalencia de piezas dentarias perdidas.

4.2. Población, muestra y muestreo

Universo muestral: Estuvo conformada por 181 estudiantes de la Escuela Profesional de Estomatología, Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez Mendoza de Amazonas. Matriculados en el semestre académico 2017.

Estudiantes matriculados de la Escuela Profesional de Estomatología de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, 2017.

CICLO	fi	%
I	23	13
II	24	13
III	15	8
IV	2	1
V	20	11
VI	30	17
VII	25	14
VIII	15	8
IX	21	12
X	6	3
TOTAL	181	100

Fuente: DGAYRA 2017.

Criterio de Inclusión:

- Todos los estudiantes que se encontraron matriculados.
- Todos los estudiantes que desearon participar de manera voluntaria en el presente trabajo de investigación.

Criterio de Exclusión:

- Los estudiantes que no desearon participar en el presente trabajo de investigación.
- No se considera la tercera molar.

4.3. Métodos, técnicas, instrumentos y procedimiento de recolección de datos

Método: Se utilizó el método de la encuesta. (Canales, 1968, p. 224).

Técnica: Se utilizó la técnica del cuestionario.

Instrumento: Se utilizó la ficha de registro de casos de pérdida dentaria, del cual para obtener el número de casos perdidos se realizó mediante el uso del odontograma oficial del Ministerio de Salud (MINSa, Norma Técnica RM N° 596-2006).

Para medir la variable se mostró la prevalencia puntual en porcentajes de acuerdo al número de dientes perdidos que se observó y se registró. La medición se realizó por dimensiones como: piezas dentarias perdidas anteriores y posteriores, por arcada y en cuadrantes, dicho registro de casos tuvo dos alternativas, midiéndose en la escala dicotómica. Y para medir las variables se utilizó la escala ordinal, mostrándose en los resultados correspondientes.

Procedimiento, se realizó mediante los siguientes pasos:

- Se solicitó autorización al Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas para la aplicación del instrumento y ejecución del presente trabajo de investigación.
- Una vez obtenido el permiso, se procedió a fijar fecha, día y hora en que se aplicó el índice CPOD.
- Se aplicó el índice CPOD a la muestra objeto de estudio.
- Recolectamos los datos de acuerdo al instrumento y en la cantidad requerida para la muestra.
- Una vez recogido los datos se revisaron, se introdujo a un sistema de cómputo y fueron tabulados en la computadora a través de la aplicación de métodos estadísticos computarizados en los formatos respectivos.
- Los datos obtenidos se tabularon con el apoyo de paquetes estadísticos
- Finalmente se hizo un análisis de los resultados encontrados.

4.4. Análisis de datos

La información final fue procesada en el software SPSS versión 23, Microsoft Excel. Para el análisis de los resultados y responder al objetivo general se utilizó la tasa de prevalencia, considerado como una de las medidas epidemiológicas. Los resultados se muestran en tablas y figuras.

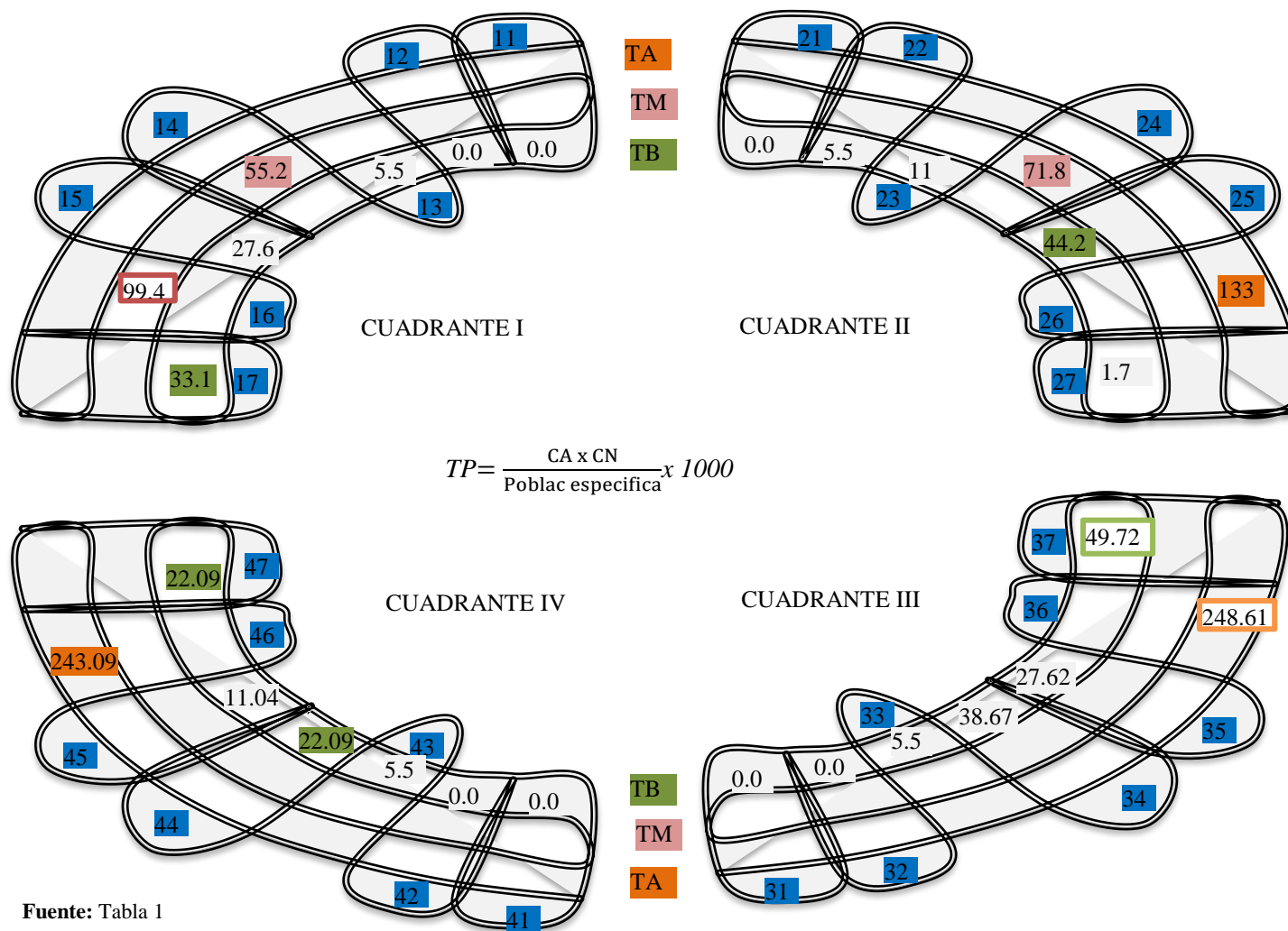
V. Resultados

Tabla 1: Prevalencia de pérdida de piezas dentarias, en los estudiantes, de la Escuela Profesional de Estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza-2017.

Pieza	Casos				TP x 1000 hab	
	Si		No		Muestra	Población
	fi	%	fi	%	181	203
11	0	0	181	100	0.0	0
12	0	0	181	100	0.0	0
13	1	0.6	180	99.4	5.5	4.92
14	10	5.5	171	94.5	55.2	49.26
15	5	2.8	176	97.2	27.6	49.26
16	18	9.9	163	90.1	99.4	88.66
17	6	3.3	175	96.7	33.1	29.55
21	0	0	181	100	0.0	0
22	1	0.6	180	99.4	5.5	4.92
23	2	1.1	179	98.9	11.0	9.85
24	13	7.2	168	92.8	71.8	64.03
25	8	4.4	173	95.6	44.2	39.4
26	24	13.3	157	86.7	133	118.22
27	3	1.7	178	98.3	1.7	14.77
31	0	0	181	100	0.0	0
32	0	0	181	100	0	0
33	1	0.6	180	99.4	5.52	4.92
34	7	3.9	174	96.1	38.67	34.48
35	5	2.8	176	97.2	27.62	24.63
36	45	24.9	136	75,1	248.61	221.67
37	9	5	172	95	49.72	44.33
41	0	0	181	100	0	0
42	0	0	181	100	0	0
43	1	0.6	180	99.4	5.52	4.92
44	4	2.2	177	97.8	22.09	19.7
45	2	1.1	179	98.9	11.04	9.85
46	44	24.3	137	75.7	243.09	216.74
47	4	2.2	177	97.8	22.09	19.7
Total	213	4.2	4855	95.79	1.17	1.04

Fuente: Índice P aplicado a los estudiantes de la Escuela Profesional de Estomatología de la UNTRM.

Figura 1: Prevalencia de pérdida de piezas dentarias, en los estudiantes, de la Escuela Profesional de Estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza-2017.



En la tabla y figura 1, se puede observar que: No existe una tasa de prevalencia de casos analizados de la pieza 11, 12, 21, 31, 32, 41, y 42, las piezas dentarias presentes, en los estudiantes de la Escuela Profesional de Estomatología, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas.

La pieza dentaria 36 presenta la tasa de prevalencia más alta con 248.61 x 1000, pero a la vez es la más perdida. La pieza dentaria más resaltante respecto a la tasa de prevalencia media es la pieza 16 con 99.4 x 1000 y también la más perdida. La tasa de prevalencia más baja y resaltante es la pieza dentaria 37 con 49.72 x 1000.

La tasa de prevalencia es alta de los casos analizados de la pieza 36 es de 248,61 x 1000, entre presentes y ausentes, de los cuales 136 piezas dentarias se encuentran presentes y 45 piezas dentarias se encuentran ausente.

La tasa de prevalencia es alta de los casos analizados de la pieza 46 es de 243,09 x 1000, entre presentes y ausentes, de los cuales 137 piezas dentarias se encuentran presentes y 44 piezas dentarias se encuentran ausente.

La tasa de prevalencia es alta de casos analizados de la pieza 26 es de 133 x 1000, entre presentes y ausentes, de los cuales 157 piezas dentarias se encuentran presentes y 24 piezas dentarias se encuentran ausente.

La tasa de es prevalencia media de los casos analizados de la pieza 16 es de 99,44 x 1000, entre presentes y ausentes, de los cuales 163 piezas dentarias se encuentran presentes y 18 piezas dentarias se encuentran ausente.

La tasa de prevalencia es media de los casos analizados de la pieza 24 es de 71,82 x 1000, entre presentes y ausentes, de los cuales 168 piezas dentarias se encuentran presentes y 13 piezas dentarias se encuentran ausente.

La tasa de prevalencia es media de los casos analizados de la pieza 14 es de 55,24 x 1000, entre presentes y ausentes, de los cuales 171 piezas dentarias se encuentran presentes y 10 piezas dentarias se encuentran ausentes.

La tasa de prevalencia es baja de los casos analizados de la pieza 37 es de 49,72 x 1000, entre presentes y ausentes, de los cuales 172 piezas dentarias se encuentran presentes y 9 piezas dentarias se encuentran ausente.

La tasa de prevalencia es baja de los casos analizados de la pieza 25 es de 44,19 x 1000, entre presentes y ausentes, de los cuales 1173 piezas dentarias se encuentran presentes y 8 piezas dentarias se encuentran ausente.

La tasa de prevalencia es baja de los casos analizados de la pieza 34 es de 38,67 x 1000, entre presentes y ausentes, de los cuales 174 piezas dentarias se encuentran presentes y 7 piezas dentarias se encuentran ausente.

La tasa de prevalencia es baja de los casos analizados de la pieza 17 es de 33,14 x 1000, entre presentes y ausentes, de los cuales 175 piezas dentarias se encuentran presentes y 6 piezas dentarias se encuentran ausente.

La tasa de prevalencia es baja de los casos analizados de la pieza 15 es de 27,62 x 1000, entre presentes y ausentes, de los cuales 176 piezas dentarias se encuentran presentes y 5 piezas dentarias se encuentran ausente.

La tasa de prevalencia es baja de los casos analizados de la pieza 35 es de 27,62 x 1000, entre presentes y ausentes, de los cuales 176 piezas dentarias se encuentran presentes y 5 piezas dentarias se encuentran ausente.

La tasa de prevalencia es baja de los casos analizados de la pieza 44 es de 22,09 x 1000, entre presentes y ausentes, de los cuales 177 piezas dentarias se encuentran presentes y 4 piezas dentarias se encuentran ausente.

La tasa de prevalencia es baja de los casos analizados de la pieza 47 es de 22,09 x 1000, entre presentes y ausentes, de los cuales 177 piezas dentarias se encuentran presentes y 4 piezas dentarias se encuentran ausente.

La tasa de prevalencia es baja de casos analizados de la pieza 23 es de 11,04 x 1000, entre presentes y ausentes, de los cuales 179 piezas dentarias se encuentran presentes y 2 piezas dentarias se encuentran ausente.

La tasa de prevalencia es baja de los casos analizados de la pieza 45 es de 11,04 x 1000, entre presentes y ausentes, de los cuales 179 piezas dentarias se encuentran presentes y 2 piezas dentarias se encuentran ausente.

La tasa de prevalencia es baja de los casos analizados de la pieza 22 es de 5,52 x 1000, entre presentes y ausentes, de los cuales 180 piezas dentarias se encuentran presentes y 1 piezas dentarias se encuentran ausente.

La tasa de prevalencia es baja de los casos analizados de la pieza 33 es de 5,52 x 1000, entre presentes y ausentes, de los cuales 180 piezas dentarias se encuentran presentes y 1 piezas dentarias se encuentran ausente.

La tasa de prevalencia es baja de los casos analizados de la pieza 43 es de 5,52 x 1000, entre presentes y ausentes, de los cuales 180 piezas dentarias se encuentran presentes y 1 piezas dentarias se encuentran ausente.

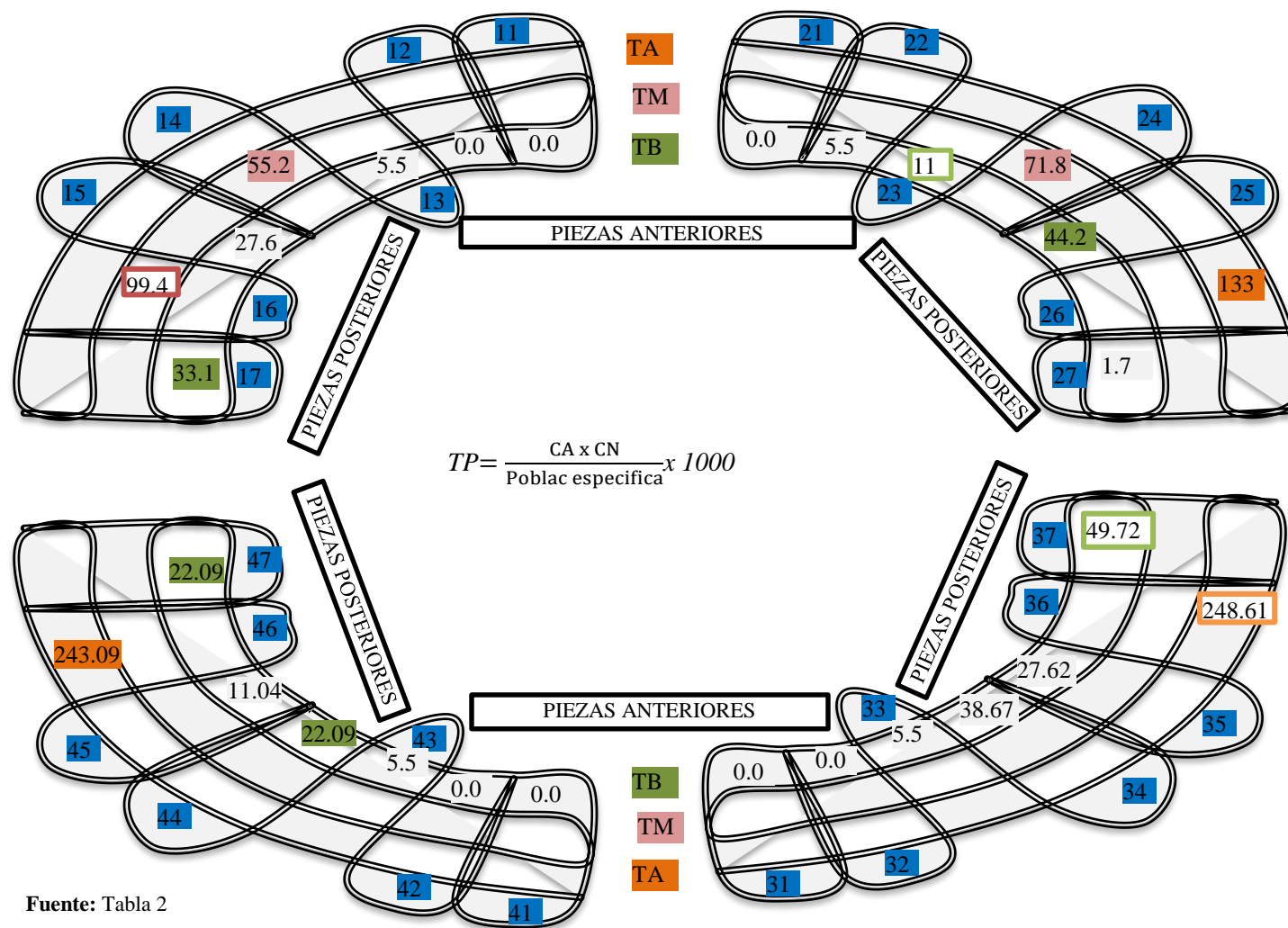
La tasa de prevalencia es baja de los casos analizados de la pieza 27 es de 1,65 x 1000, entre presentes y ausentes, de los cuales 178 piezas dentarias se encuentran presentes y 3 piezas dentarias se encuentran ausente.

Tabla 2: Prevalencia de pérdida de piezas dentarias anteriores y posteriores, en los estudiantes, de la Escuela Profesional de Estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza-2017.

Pieza	Prevalencia de piezas				TP x 1000	
	Si		No		Muestra	Población
	fi	%	fi	%	181	203
11	0	0	181	100	0.0	0
12	0	0	181	100	0.0	0
13	1	0.6	180	99.4	5.5	4.92
21	0	0	181	100	0.0	0
22	1	0.6	180	99.4	5.5	4.92
23	2	1.1	179	98.9	11.0	9.85
31	0	0	181	100	0.0	0
32	0	0	181	100	0	0
33	1	0.6	180	99.4	5.52	4.92
41	0	0	181	100	0	0
42	0	0	181	100	0	0
43	1	0.6	180	99.4	5.52	4.92
piezas posteriores						
14	10	5.5	171	94.5	55.2	49.26
15	5	2.8	176	97.2	27.6	49.26
16	18	9.9	163	90.1	99.4	88.66
17	6	3.3	175	96.7	33.1	29.55
24	13	7.2	168	92.8	71.8	64.03
25	8	4.4	173	95.6	44.2	39.4
26	24	13.3	157	86.7	133	118.22
27	3	1.7	178	98.3	1.7	14.77
34	7	3.9	174	96.1	38.67	34.48
35	5	2.8	176	97.2	27.62	24.63
36	45	24.9	136	75.1	248.61	221.67
37	9	5	172	95	49.72	44.33
44	4	2.2	177	97.8	22.09	19.7
45	2	1.1	179	98.9	11.04	9.85
46	44	24.3	137	75.7	243.09	216.74
47	4	2.2	177	97.8	22.09	19.7
Total	213	4.2	4855	95.79	1.17	1.04

Fuente: Índice P aplicado a los estudiantes de la Escuela Profesional de Estomatología de la UNTRM.

Figura 2: Prevalencia de pérdida de piezas dentarias anteriores y posteriores, en los estudiantes, de la Escuela Profesional de Estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza-2017.



Fuente: Tabla 2

En la tabla y figura 2, se puede observar que: La pérdida de piezas dentarias anteriores, en los estudiantes de la Escuela Profesional de Estomatología, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, se tiene que con respecto a la tasa de prevalencia alta y media no existe. La pieza dentaria 23 presenta la más baja prevalencia con 11.0×1000 , pero a la vez es la más perdida.

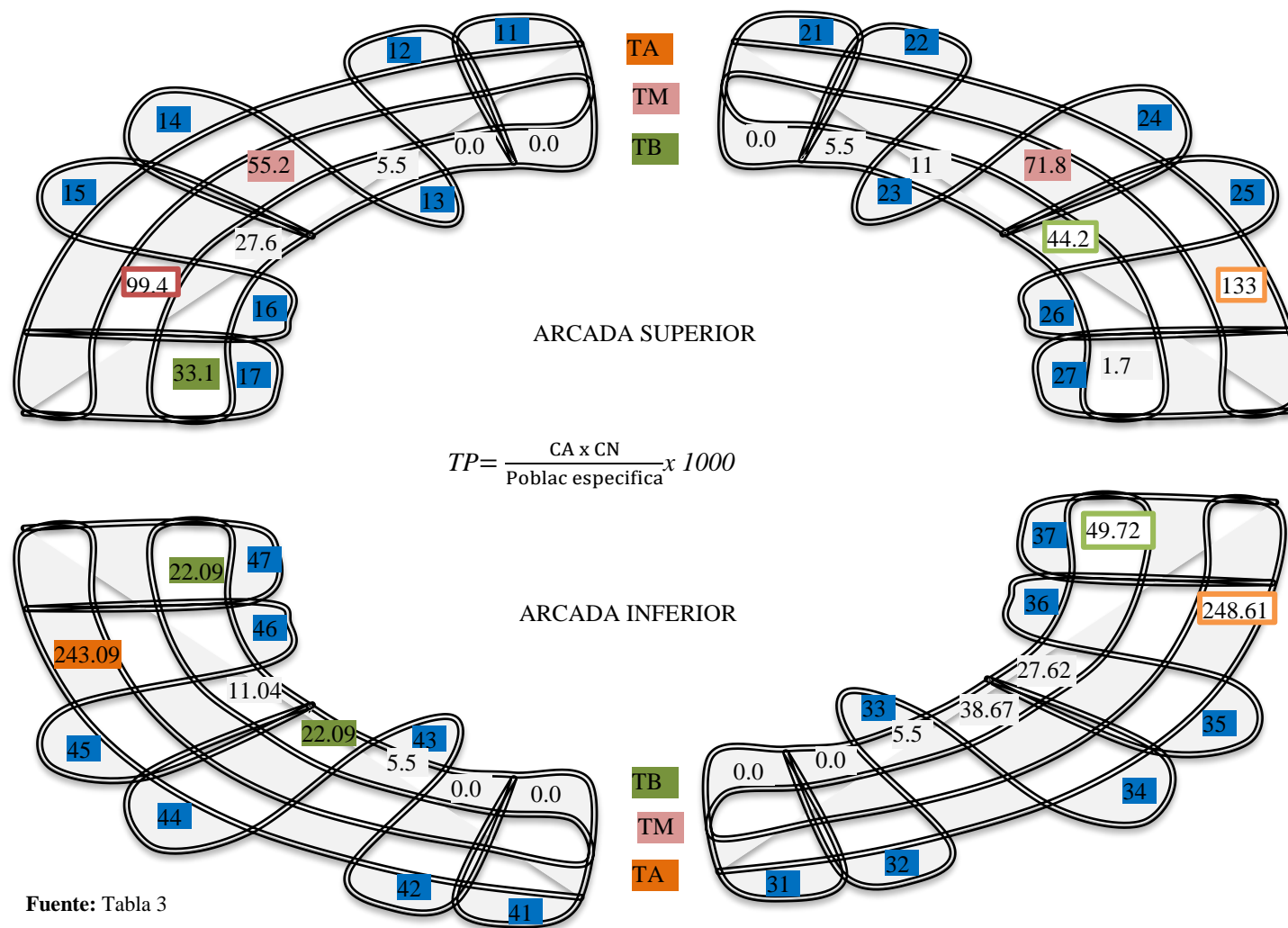
La pérdida de piezas dentarias posteriores, en los estudiantes de la Escuela Profesional de Estomatología, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, se tiene que la pieza dentaria 36 presenta una tasa de prevalencia alta con 248.61×1000 la misma que muestra mayor pérdida, La pieza dentaria más resaltante respecto a la tasa de prevalencia media es la pieza 16 con 99.4×1000 y también la más perdida. La pieza dentaria 37 presenta la más baja prevalencia con 49.72×1000 , pero a la vez es la más perdida.

Tabla 3: Prevalencia de pérdida de piezas dentarias arcada superior e inferior, en los estudiantes, de la Escuela Profesional de Estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza-2017.

Pieza	Prevalencia de piezas				TP x 1000	
	Si		No		Muestra	Población
	fi	%	fi	%	181	203
11	0	0	181	100	0.0	0
12	0	0	181	100	0.0	0
13	1	0.6	180	99.4	5.5	4.92
14	10	5.5	171	94.5	55.2	49.26
15	5	2.8	176	97.2	27.6	49.26
16	18	9.9	163	90.1	99.4	88.66
17	6	3.3	175	96.7	33.1	29.55
21	0	0	181	100	0.0	0
22	1	0.6	180	99.4	5.5	4.92
23	2	1.1	179	98.9	11.0	9.85
24	13	7.2	168	92.8	71.8	64.03
25	8	4.4	173	95.6	44.2	39.4
26	24	13.3	157	86.7	133	118.22
27	3	1.7	178	98.3	1.7	14.77
arcada inferior						
31	0	0	181	100	0.0	0
32	0	0	181	100	0	0
33	1	0.6	180	99.4	5.52	4.92
34	7	3.9	174	96.1	38.67	34.48
35	5	2.8	176	97.2	27.62	24.63
36	45	24.9	136	75.1	248.61	221.67
37	9	5	172	95	49.72	44.33
41	0	0	181	100	0	0
42	0	0	181	100	0	0
43	1	0.6	180	99.4	5.52	4.92
44	4	2.2	177	97.8	22.09	19.7
45	2	1.1	179	98.9	11.04	9.85
46	44	24.3	137	75.7	243.09	216.74
47	4	2.2	177	97.8	22.09	19.7
Total	213	4.2	4855	95.79	1.17	1.04

Fuente: Índice P aplicado a los estudiantes de la Escuela Profesional de Estomatología de la UNTRM.

Figura 3: Prevalencia de pérdida de piezas dentarias de la arcada superior e inferior, en los estudiantes, de la Escuela Profesional de Estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza-2017.



Fuente: Tabla 3

En la tabla y figura 3, se puede observar que: La pérdida de piezas dentarias de la arcada superior, en los estudiantes de la Escuela Profesional de Estomatología, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, se tiene que la pieza dentaria 26 presenta una tasa de prevalencia alta con 133×1000 la misma que muestra mayor pérdida. La pieza dentaria 16 presenta una prevalencia media con 99.4×1000 , pero a la vez es la más perdida. La tasa de prevalencia más baja es de 44.2×1000 que corresponde a la pieza 25.

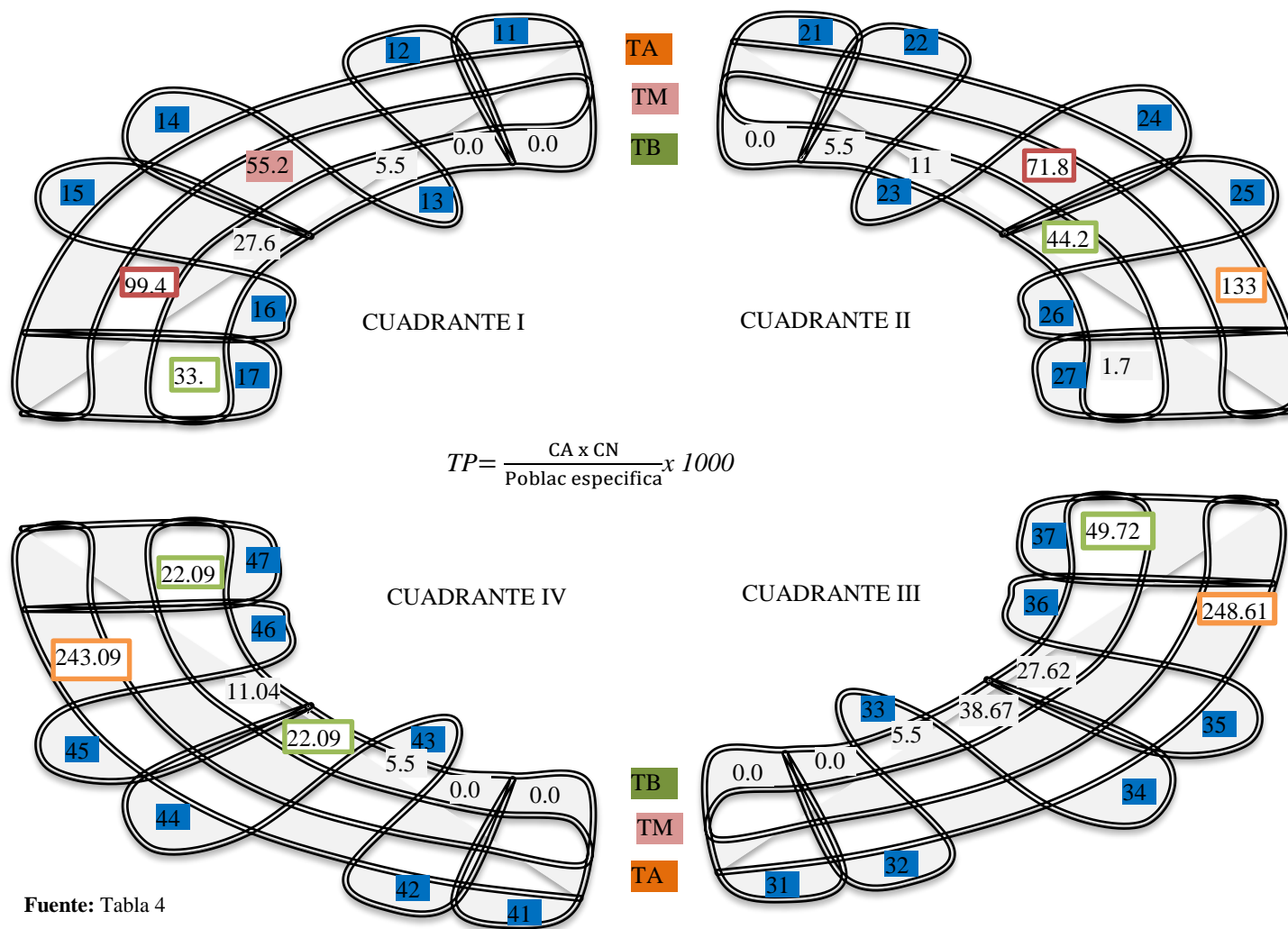
La pérdida de piezas dentarias de la arcada inferior, en los estudiantes de la Escuela Profesional de Estomatología, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, se tiene que la pieza dentaria 36 presenta una tasa de prevalencia alta con 248.61×1000 la misma que muestra mayor pérdida. No existe tasa de prevalencia media. La tasa de prevalencia más baja es de 49.72×1000 que corresponde a la pieza 37.

Tabla 4: Prevalencia de pérdida de piezas dentarias por Cuadrantes, en los estudiantes, de la Escuela Profesional de Estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza-2017.

Pieza	Prevalencia de piezas				TP x 1000	
	Si		No		Muestra	Población
	fi	%	fi	%	181	203
11	0	0	181	100	0.0	0
12	0	0	181	100	0.0	0
13	1	0.6	180	99.4	5.5	4.92
14	10	5.5	171	94.5	55.2	49.26
15	5	2.8	176	97.2	27.6	49.26
16	18	9.9	163	90.1	99.4	88.66
17	6	3.3	175	96.7	33.1	29.55
Cuadrante II						
21	0	0	181	100	0.0	0
22	1	0.6	180	99.4	5.5	4.92
23	2	1.1	179	98.9	11.0	9.85
24	13	7.2	168	92.8	71.8	64.03
25	8	4.4	173	95.6	44.2	39.4
26	24	13.3	157	86.7	133	118.22
27	3	1.7	178	98.3	1.7	14.77
Cuadrante III						
31	0	0	181	100	0.0	0
32	0	0	181	100	0	0
33	1	0.6	180	99.4	5.52	4.92
34	7	3.9	174	96.1	38.67	34.48
35	5	2.8	176	97.2	27.62	24.63
36	45	24.9	136	75.1	248.61	221.67
37	9	5	172	95	49.72	44.33
Cuadrante IV						
41	0	0	181	100	0	0
42	0	0	181	100	0	0
43	1	0.6	180	99.4	5.52	4.92
44	4	2.2	177	97.8	22.09	19.7
45	2	1.1	179	98.9	11.04	9.85
46	44	24.3	137	75.7	243.09	216.74
47	4	2.2	177	97.8	22.09	19.7
Total	213	4.2	4855	95.79	1.17	1.04

Fuente: Índice P aplicado a los estudiantes de la Escuela Profesional de Estomatología de la UNTRM.

Figura 4: Prevalencia de pérdida de piezas dentarias por cuadrantes, en los estudiantes, de la Escuela Profesional de Estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza-2017.



En la tabla y figura 4, se puede observar que: La pérdida de piezas dentarias del cuadrante I, en los estudiantes de la Escuela Profesional de Estomatología, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, se tiene que no existe tasa de prevalencia alta. La pieza dentaria 16 presenta la tasa de prevalencia media con 99.4×1000 . La tasa de prevalencia más baja es de 33.1×1000 que corresponde a la pieza 17.

La pérdida de piezas dentarias del cuadrante II, en los estudiantes de la Escuela Profesional de Estomatología, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, se tiene que la tasa de prevalencia alta es de 133×1000 que corresponde a la pieza dentaria 26. La tasa de prevalencia media es de 71.8×1000 que corresponde a la pieza 24. La tasa de prevalencia más baja es de 44.2×1000 que corresponde a la pieza 25.

La pérdida de piezas dentarias del cuadrante III, en los estudiantes de la Escuela Profesional de Estomatología, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, se tiene que la tasa de prevalencia alta es de 248.61×1000 que corresponde a la pieza dentaria 36. No existe tasa de prevalencia media. La tasa de prevalencia más baja es de 49.72×1000 que corresponde a la pieza 37.

La pérdida de piezas dentarias del cuadrante IV, en los estudiantes de la Escuela Profesional de Estomatología, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, se tiene que la tasa de prevalencia alta es de 243.09×1000 que corresponde a la pieza dentaria 46. No existe tasa de prevalencia media. La tasa de prevalencia más baja es de 22.09×1000 que corresponde a las piezas 44 y 47.

VI. DISCUSIÓN

En la tabla y figura 1, no existe una tasa de prevalencia de casos analizados de la pieza 11, 12, 21, 31, 32, 41, y 42, las piezas dentarias presentes, en los estudiantes de la Escuela Profesional de Estomatología, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas.

La pieza dentaria 36 presenta la tasa de prevalencia más alta con 248.61×1000 , pero a la vez es la más perdida. La pieza dentaria más resaltante respecto a la tasa de prevalencia media es la pieza 16 con 99.4×1000 y también la más perdida. La tasa de prevalencia más baja y resaltante es la pieza dentaria 37 con 49.72×1000 .

La tasa de prevalencia es alta de los casos analizados de la pieza 36 es de $248,61 \times 1000$, entre presentes y ausentes, de los cuales 136 piezas dentarias se encuentran presentes y 45 piezas dentarias se encuentran ausente. La tasa de prevalencia es alta de los casos analizados de la pieza 46 es de $243,09 \times 1000$, entre presentes y ausentes, de los cuales 137 piezas dentarias se encuentran presentes y 44 piezas dentarias se encuentran ausente. La tasa de prevalencia es alta de casos analizados de la pieza 26 es de 133×1000 , entre presentes y ausentes, de los cuales 157 piezas dentarias se encuentran presentes y 24 piezas dentarias se encuentran ausente.

La tasa de es prevalencia media de los casos analizados de la pieza 16 es de $99,44 \times 1000$, entre presentes y ausentes, de los cuales 163 piezas dentarias se encuentran presentes y 18 piezas dentarias se encuentran ausente. La tasa de prevalencia es media de los casos analizados de la pieza 24 es de $71,82 \times 1000$, entre presentes y ausentes, de los cuales 168 piezas dentarias se encuentran presentes y 13 piezas dentarias se encuentran ausente. La tasa de prevalencia es media de los casos analizados de la pieza 14 es de $55,24 \times 1000$, entre presentes y ausentes, de los cuales 171 piezas dentarias se encuentran presentes y 10 piezas dentarias se encuentran ausentes.

La tasa de prevalencia es baja de los casos analizados de la pieza 37 es de $49,72 \times 1000$, entre presentes y ausentes, de los cuales 172 piezas dentarias se encuentran presentes y 9 piezas dentarias se encuentran ausente.

La tasa de prevalencia es baja de los casos analizados de la pieza 25 es de $44,19 \times 1000$, entre presentes y ausentes, de los cuales 1173 piezas dentarias se encuentran presentes y 8 piezas dentarias se encuentran ausente.

La tasa de prevalencia es baja de los casos analizados de la pieza 34 es de 38,67 x 1000, entre presentes y ausentes, de los cuales 174 piezas dentarias se encuentran presentes y 7 piezas dentarias se encuentran ausente. La tasa de prevalencia es baja de los casos analizados de la pieza 17 es de 33,14 x 1000, entre presentes y ausentes, de los cuales 175 piezas dentarias se encuentran presentes y 6 piezas dentarias se encuentran ausente. La tasa de prevalencia es baja de los casos analizados de la pieza 15 es de 27,62 x 1000, entre presentes y ausentes, de los cuales 176 piezas dentarias se encuentran presentes y 5 piezas dentarias se encuentran ausente. La tasa de prevalencia es baja de los casos analizados de la pieza 35 es de 27,62 x 1000, entre presentes y ausentes, de los cuales 176 piezas dentarias se encuentran presentes y 5 piezas dentarias se encuentran ausente. La tasa de prevalencia es baja de los casos analizados de la pieza 44 es de 22,09 x 1000, entre presentes y ausentes, de los cuales 177 piezas dentarias se encuentran presentes y 4 piezas dentarias se encuentran ausente. La tasa de prevalencia es baja de los casos analizados de la pieza 47 es de 22,09 x 1000, entre presentes y ausentes, de los cuales 177 piezas dentarias se encuentran presentes y 4 piezas dentarias se encuentran ausente. La tasa de prevalencia es baja de los casos analizados de la pieza 23 es de 11,04 x 1000, entre presentes y ausentes, de los cuales 179 piezas dentarias se encuentran presentes y 2 piezas dentarias se encuentran ausente. La tasa de prevalencia es baja de los casos analizados de la pieza 45 es de 11,04 x 1000, entre presentes y ausentes, de los cuales 179 piezas dentarias se encuentran presentes y 2 piezas dentarias se encuentran ausente.

La tasa de prevalencia es baja de los casos analizados de la pieza 22 es de 5,52 x 1000, entre presentes y ausentes, de los cuales 180 piezas dentarias se encuentran presentes y 1 piezas dentarias se encuentran ausente. La tasa de prevalencia es baja de los casos analizados de la pieza 33 es de 5,52 x 1000, entre presentes y ausentes, de los cuales 180 piezas dentarias se encuentran presentes y 1 piezas dentarias se encuentran ausente. La tasa de prevalencia es baja de los casos analizados de la pieza 43 es de 5,52 x 1000, entre presentes y ausentes, de los cuales 180 piezas dentarias se encuentran presentes y 1 piezas dentarias se encuentran ausente. La tasa de prevalencia es baja de los casos analizados de la pieza 27 es de 1,65 x 1000, entre presentes y ausentes, de los cuales 178 piezas dentarias se encuentran presentes y 3 piezas dentarias se encuentran ausente.

Fresno (2009). Chile; en su estudio cuyo objetivo fue: evaluar el estado de salud oral y cuantificar la prevalencia de caries dental, pérdida de dientes y necesidad de tratamiento en los estudiantes de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Los resultados evidencian: el promedio del índice COPD de la muestra fue 14.59 x 1000. Todos los estudiantes tenían historia de caries. Con un promedio de 1.25. El 98.43% de los individuos de la muestra presentaban algún grado de desdentamiento. Las conclusiones fueron: esta población presenta un gran daño en cuanto a su salud oral, especialmente debido a pérdida de dientes. La magnitud del daño e importancia del entorno social como determinante en la generación de éste, obliga a enfrentar el problema y buscar soluciones desarrollando y aplicando programas gubernamentales de promoción y atención en salud oral a toda la población.

Contrastando con los resultados obtenidos, existe similitud, esto, por el grado de desdentamiento, porque las muestras objeto de estudios son diferentes, por un lado Fresno, ha utilizado una muestra de la población de la Pontificia Universidad Católica de Chile, en el caso de este estudio se ha trabajado con estudiantes de la Escuela Profesional de Estomatología, de la Facultad de Ciencias de la Salud, donde, dentro del proceso de formación profesional está la prevención para evitar la pérdida de las piezas dentarias. Por otro lado, si bien es cierto, los estudiantes de la mencionada Escuela provienen en su mayoría provienen de zonas rurales, pero son personas jóvenes donde realizan las actividades preventivas como el cepillado diario de los dientes, quizás en su mayoría cumpliendo las recomendaciones necesarias de realizar el cepillado hasta por cuatro veces al día, vale decir, al momento de levantarse, y después de cada comida. Actualmente también existen actividades preventivas promocionales entre Educación Básica Regular y el Ministerio de Salud, en la que se ejecutan actividades como por ejemplo “Salud Escolar”, donde el personal de salud realiza actividades integrales como las relacionadas con la salud oral de los estudiantes. Se coincide en que la magnitud del daño e importancia del entorno social como determinante en la generación de éste, obliga a enfrentar el problema y buscar soluciones desarrollando y aplicando programas gubernamentales de promoción y atención en salud oral a toda la población.

De La Fuente, (2008). México. Se llevó a cabo el estudio cuyo objetivo fue: Conocer la prevalencia de caries y pérdida dental para calcular las necesidades terapéuticas en

estudiantes de educación media superior que ingresan a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Muestra comprendida de 77191 estudiantes, en sus resultados demuestra que la pérdida dental, en el año 2003 se observó una prevalencia menor (31.3%) respecto de los dos años subsecuentes (2004, 34.5% y 2005, 34.2%). En conclusión, en relación con la pérdida dental, la razón de dos dientes perdidos por estudiante pone de manifiesto la necesidad de instrumentar políticas que promuevan condiciones ambientales para facilitar y fortalecer una cultura de prevención y promoción a la salud (prácticas de autocuidado y estilos de vida), que integren la salud bucal dentro de la salud general para conseguir mejores resultados.

Comparando con los resultados del presente estudio, aquí sí existe similitud, porque en este caso la muestra que utilizó De la Fuente fueron de igual modo estudiantes universitarios ingresantes, donde la mayoría de todas las piezas permanentes están presentes; de igual modo respecto en el estudio de La Fuente muestra una tasa de prevalencia menor con 31.3% y respecto a los resultados obtenidos se tiene una tasa de prevalencia baja de la 37 con 49.72, también sea la edad un factor que en muchos de los casos determina la pérdida de las piezas dentarias.

Díaz, (2009) Lima. Se llevó a cabo el estudio cuyo objetivo fue: Determinar los factores asociados al Edentulismo en pacientes diagnosticados en la clínica de la UNMSM durante los periodos 2005-2006- 2007. Muestra 180 historias clínicas. En sus resultados se evidencian que: En cuanto al Edentulismo el mayor porcentaje de piezas perdidas corresponde a las molares con 499 extraídas (51%) seguidas de las premolares con 317 extraídas (33%). En conclusión El mayor porcentaje de piezas perdidas corresponde a las molares seguidas de las premolares, las molares las inferiores son los dientes más extraídos, seguidos de los superiores. Las piezas que presentan un mayor porcentaje con indicación de exodoncia corresponden también a las molares, seguidas por las premolares. De las molares las que presentan una mayor indicación de exodoncia son las molares inferiores, seguidas de las molares superiores. Las piezas menos pérdidas son los caninos inferiores y los incisivos inferiores.

Contrastando con los resultados obtenidos, sí existe relación, puesto que en cuanto a los molares y premolares son los más perdidos. Esto se debería porque son los primeros

dientes en aparecer, son los más anatómicos y los más jóvenes según erupción, son los primeros en realizar función respecto a la dentición permanente. También influyen las técnicas de higiene oral adecuadas o correctas, para ello se debería incrementar las visitas odontológicas a fin de prevenir.

En la tabla y figura 2; la pérdida de piezas dentarias anteriores, en los estudiantes de la Escuela Profesional de Estomatología, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, se tiene que con respecto a la tasa de prevalencia alta y media no existe. La pieza dentaria 16 presenta una tasa de prevalencia media con 99.4. La pieza dentaria 23 presenta la más baja prevalencia con 11.0 por mil, pero a la vez es la más perdida.

La pérdida de piezas dentarias posteriores, en los estudiantes de la Escuela Profesional de Estomatología, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, se tiene que la pieza dentaria 36 presenta una tasa de prevalencia alta con 248.61 la misma que muestra mayor pérdida. La pieza dentaria 37 presenta la más baja prevalencia con 49.72 por mil, pero a la vez es la más perdida.

Fresno (2009). Chile; en su estudio cuyo objetivo fue: evaluar el estado de salud oral y cuantificar la prevalencia de caries dental, pérdida de dientes y necesidad de tratamiento en los estudiantes de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Los resultados evidencian: el promedio del índice COPD de la muestra fue 14.59. Todos los estudiantes tenían historia de caries. Con un promedio de 1.25. El 98.43% de los individuos de la muestra presentaban algún grado de desdentamiento, Las conclusiones fueron: esta población presenta un gran daño en cuanto a su salud oral, especialmente debido a pérdida de dientes. La magnitud del daño e importancia del entorno social como determinante en la generación de éste, obliga a enfrentar el problema y buscar soluciones desarrollando y aplicando programas gubernamentales de promoción y atención en salud oral a toda la población.

Comparando con los resultados obtenidos, se deduce que existe mayor prevalencia de pérdida de las piezas dentarias que corresponden a las posteriores, consecuentemente

serían los molares los más afectados, pero, tampoco sería un problema muy saltante puesto existen cifras que no son alarmantes en lo que se refiere a las presentes en comparación a los ausentes. Existe evidentemente buena conservación de dientes, aunque en su mayoría de los que se encuentran afectados sería las caries dentales la causa principal por la que éstos estarían siendo más afectados, pero no optan por extraer las piezas dentarias sino más bien por repararlos, mediante curaciones.

En la tabla y figura 3, se tiene, que la pérdida de piezas dentarias de la arcada superior, en los estudiantes de la Escuela Profesional de Estomatología, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, se tiene que la pieza dentaria 26 presenta una tasa de prevalencia alta con 133×1000 la misma que muestra mayor pérdida. La pieza dentaria 16 presenta una prevalencia media con 99.4×1000 , pero a la vez es la más perdida. La tasa de prevalencia más baja es de 44.2×1000 que corresponde a la pieza 25.

La pérdida de piezas dentarias de la arcada inferior, en los estudiantes de la Escuela Profesional de Estomatología, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, se tiene que la pieza dentaria 36 presenta una tasa de prevalencia alta con 248.61×1000 la misma que muestra mayor pérdida. No existe tasa de prevalencia media. La tasa de prevalencia más baja es de 49.72×1000 que corresponde a la pieza 37.

González, (2000). Perú. En su estudio cuyo objetivo fue “determinar la prevalencia de la pérdida dentaria en personas del Sector el Barranco, Callao - 2000.” Sus resultados evidencian que, del total de pacientes femeninos (82), 45 pacientes presentaron ausencia de alguno de los primeros molares permanentes, lo que representa un 32% de la muestra total, en comparación con 37 pacientes que no presentaron ausencia de ninguno de los primeros molares permanentes. Con respecto al sexo masculino 32 pacientes de un total de 60, presentaron ausencia de alguno de los primeros molares permanentes, lo que representa un 23% de la muestra total, mientras que 28 pacientes no presentaron ausencia de los molares en estudio. Se obtuvo que el diente con mayor índice de ausencia fue el primer molar permanente inferior derecho con un 42%, en segundo lugar de ausencia encontramos el primer molar superior derecho con un 33%, seguido por el

primer molar superior izquierdo con un 15% y por último el primer molar inferior izquierdo con un 10%.

Realizando la comparación con los resultados obtenidos se muestra gran similitud, se tiene que existe igual prevalencia respecto a la pérdida de las piezas dentarias tanto en la arcada superior como inferior, de igual forma en los resultados obtenidos por Casanova, muestra pérdida de piezas dentarias similares en ambas arcadas; el efecto estructural del esmalte del diente también sería la causal por lo que exista mayor prevalencia de pérdida de piezas dentarias en los estudiantes. La mala posición dentaria es otro aspecto influyente al igual la pérdida de espacio de la longitud del arco dentario, la anatomía ósea y las enfermedades más prevalentes.

En la tabla y figura 4. La pérdida de piezas dentarias del cuadrante I, en los estudiantes de la Escuela Profesional de Estomatología, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, se tiene que no existe tasa de prevalencia alta. La pieza dentaria 16 presenta la tasa de prevalencia media con 99.4×1000 . La tasa de prevalencia más baja es de 33.1×1000 que corresponde a la pieza 17. La pérdida de piezas dentarias del cuadrante II, en los estudiantes de la Escuela Profesional de Estomatología, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, se tiene que la tasa de prevalencia alta es de 133×1000 que corresponde a la pieza dentaria 26. La tasa de prevalencia media es de 71.8×1000 que corresponde a la pieza 24. La tasa de prevalencia más baja es de 44.2×1000 que corresponde a la pieza 25. La pérdida de piezas dentarias del cuadrante III, en los estudiantes de la Escuela Profesional de Estomatología, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, se tiene que la tasa de prevalencia alta es de 248.61×1000 que corresponde a la pieza dentaria 36. No existe tasa de prevalencia media. La tasa de prevalencia más baja es de 49.72×1000 que corresponde a la pieza 37. La pérdida de piezas dentarias del cuadrante IV, en los estudiantes de la Escuela Profesional de Estomatología, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, se tiene que la tasa de prevalencia alta es de 243.09×1000 que corresponde a la pieza dentaria 46. No existe tasa de prevalencia media. La tasa de prevalencia más baja es de 22.09×1000 que corresponde a las piezas 44 y 47.

Barreiro, (2012). Perú. Se llevó a cabo estudio cuyo objetivo fue: Determinar la Pérdida prematura del primer molar permanente en niños de 7 a 18 años de un Hogar interno de la Ciudad de Asunción, Paraguay. Muestra comprendida entre las edades de 7 a 18 años. En sus resultados se evidencian que: el 56 % presentaron pérdida del PMP con relación a los cuatro cuadrantes que conforman las arcadas dentarias; en conclusión, existió una mayor cantidad de dientes perdidos en los cuadrantes maxilar superior derecho y maxilar inferior izquierdo.

Comparando con los resultados, no existe similitud respecto a la pérdida de las piezas dentarias del cuadrante inferior izquierdo, debido a que los más perdidos son los primeros molares. Barreiro, refiere que en el cuadrante maxilar superior derecho y el maxilar inferior izquierdo existió una mayor cantidad de dientes perdidos, para el caso de los resultados obtenidos en la presente investigación se obtiene que en el cuadrante III, la tasa de prevalencia es alta con 248.61×1000 y en el cuadrante IV la tasa es alta con 243.09×1000 . La forma de acostumbrarse a la masticación y también de la manera como se realiza el cepillado de los dientes sería la causa por la que se acentúa la pérdida de los mismos, sin embargo, ésta pérdida, puede variar estos resultados según las edades en las que optaría tomarlos como parte de las muestras objeto de estudio. Todo ello guarda relación a los factores de pérdida anteriormente mencionados.

VII. CONCLUSIONES

- La tasa de prevalencia es alta en la pieza dentaria 36 con 248.61×1000 , con respecto a la tasa de prevalencia media es la pieza 16 con 99.4×1000 , y la tasa de prevalencia más baja es la pieza dentaria 37 con 49.72×1000 . Además la pérdida es conforme a la prevalencia.
- la tasa de prevalencia alta y media en dientes anteriores no existe. La pieza dentaria 23 presenta la más baja prevalencia con 11.0×1000 . En posteriores la tasa de prevalencia es alta con 248.61×1000 pieza 36. La tasa de prevalencia media es la pieza 16 con 99.4×1000 . La pieza dentaria 37 presenta la más baja prevalencia con 49.72×1000 .
- En la arcada superior la tasa de prevalencia es alta con 133×1000 de la pieza 26. La pieza dentaria 16 presenta una prevalencia media con 99.4×1000 . La tasa de prevalencia más baja es de 44.2×1000 que corresponde a la pieza 25. En la arcada inferior, se tiene que la pieza dentaria 36 presenta una tasa de prevalencia alta con 248.61×1000 la misma que muestra mayor pérdida. No existe tasa de prevalencia media. La tasa de prevalencia más baja es de 49.72×1000 que corresponde a la pieza 37.
- La prevalencia de pérdida de piezas dentarias en el cuadrante I, se tiene que no existe tasa de prevalencia alta. La pieza dentaria 16 presenta la tasa de prevalencia media con 99.4×1000 . La tasa de prevalencia más baja es de 33.1×1000 que corresponde a la pieza 17. En el cuadrante II se tiene que la tasa de prevalencia alta es de 133×1000 que corresponde a la pieza dentaria 26. La tasa de prevalencia media es de 71.8×1000 que corresponde a la pieza 24. La tasa de prevalencia más baja es de 44.2×1000 que corresponde a la pieza 25. En el cuadrante III, se tiene que la tasa de prevalencia alta es de 248.61×1000 que corresponde a la pieza dentaria 36. No existe tasa de prevalencia media. La tasa de prevalencia más baja es de 49.72×1000 que corresponde a la pieza 37. En el cuadrante IV, se tiene que la tasa de prevalencia alta es de 243.09×1000 que corresponde a la pieza dentaria 46. No existe tasa de prevalencia media. La tasa de prevalencia más baja es de 22.09×1000 que corresponde a las piezas 44 y 47.

VIII. RECOMENDACIONES

A la Dirección de Salud Amazonas, enfatizar la atención integral de salud de las personas mediante el programa de Salud Escolar, de tal forma que se promueva las actividades preventivas promocionales en la salud oral de los estudiantes de Educación Básica Regular, para evitar la pérdida temprana de las piezas dentarias en los ciclos de vida posteriores.

A la Facultad de Ciencias de la Salud. Que exista ejes temáticos transversales en la programación y ejecución de los sílabos, para sensibilizar y formar a los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud, promoviendo actividades de promoción y prevención de la salud oral, evitando la pérdida de las piezas dentarias y que se fomente a nivel de toda las escuelas profesionales existentes en las diversas facultades de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas.

Que se realicen más estudios relacionados a la variable de estudio.

Realizar convenios con instituciones públicas y privadas para sensibilizar a las personas en actividades preventivo promocionales sobre salud oral.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarez, A. (2015). *Actualidad mundial en pérdida de piezas dentarias*, Editorial Continental.
- Arteaga, O. (2009). *Prevalencia de Caries y Pérdida de Dientes en Población de 65 a 74 Años de Santiago, Chile*, (Tesis de pregrado). Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0718539109700278>
- Ash, M., & Nelson, S. (2004). *Wheeler Anatomía, Fisiología y Oclusión Dental*, editorial el Sevier, Madrid, España
- Barreiro, C. (2012). *Perdida prematura del primer molar permanente en niños de 7 a 18 años de un Hogar interno de la Ciudad de Asunción, Paraguay* (tesis pregrado). Recopilado de <http://www.scielo.cl/pdf/piro/v3n2/art02pdf>
- Barreiro, J. (2012). *Los problemas de salud oral*. 1era. Edición. Editorial. Editorial Mc graw Hill. España
- Belaunde, A. (2006). *Asociación del acceso a la atención dental y el Edentulismo* (tesis de pregrado). Cayetano Heredia, Lima
- Belaúnde, M. (2011). *Relación entre el acceso a la atención dental y el edentulismo en pobladores de 18 a 65 años de edad del distrito de Cajabamba, provincia de Cajabamba, departamento de Cajamarca, durante el periodo febrero – mayo de 2011* (Tesis de pregrado). Recuperado de <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/>
- Birmingham, R. (2015). *La odontología en el mundo*, 1era Edición, Editorial Continental.
- Canales, F. (1994). *Metodología de la Investigación Científica. Manual para desarrollo de personal de salud*, 2da edición. Editorial Washington. México.
- Casanova, F. (2004). *Odontología Fundamental*, 3era Edición, Editorial Editores S.A., Chile
- Cerda, J. (2007). John Snow, *La Epidemia de Cólera y el Nacimiento de la Epidemiología moderna* (Tesis de pregrado). Recuperado de: [http://www.ph.ucla.edu/epi/snow/revchilenainfectol24\(4\).331_4_2007.pdf](http://www.ph.ucla.edu/epi/snow/revchilenainfectol24(4).331_4_2007.pdf)
- De La Fuente, J., et al. (2006). *Caries y perdida dental en estudiantes preuniversitarios mexicanos*, (tesis de pregrado). Universidad nacional Autónoma de México, Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?>
- Desvarieux, A. (2016). *Situación de la Caries Dental*, 1era Edición, Editorial samasshuan, España

- Desvarieux, A. (2016). *Situación de la caries dental*. 1era. Edición Editorial samasshuan, Madrid.
- Díaz, P. (2009). *Factores asociados al edentulismo en pacientes diagnosticados en la Clínica de la Facultad de Odontología UNMSM* (Tesis de pregrado). Recopilado de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2180/1/D>
- Figun, E., & Gariño, R. (2009). *Anatomía Odontológica Funcional y Aplicada*, editorial el Ateneo, Chile.
- Fresno, M., (2010). *Prevalencia de Caries, Pérdida de Dientes y Necesidad de Tratamiento en Población Adulta Mapuche-Huilliche de Isla Huapi*, (Tesis de pregrado). Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0>
- Galé, S. (2004). Problema mundial de las enfermedades bucodentales. Ginebra. OMS. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/>
- Galés, F. (2004). *Odontología Experimental*, 2da, Edición, Editorial Interamericana, México
- Gamonal, H. (1998). *Salud Estomatológica*. 2da. Edición. Editorial Interamericana, Chile.
- García, J. (2010). *Pérdida de dientes en adolescentes y adultos jóvenes universitarios mexicanos* (Tesis de pregrado). Recuperado de: <https://www.uaeh.edu.mx/>
- Gonzales, M. (2010). *Prevalencia de Caries, Pérdida de Dientes y Necesidad de Tratamiento en Población Adulta Mapuche-Huilliche de Isla Huapi* (Tesis de pregrado). Recopilado de <http://www.scielo.cl/pdf/piro/v3n2/art02.pdf>
- Henostroza, G. (2001). *Caries Dental*. Editorial Universidad peruana Cayetano Heredia, Lima
- Hernan, M. (2001). *Terapia Pulpar*. Editorial Universidad peruana Cayetano Heredia, Lima
- Hernández, R. (2012). *Metodología de la Investigación Científica*. 5ta. Edición, Editorial Mc Graw Hill, España.
- Huamán, E. (2014). *Realidad odontológica*. 1era. Edición, Editorial Mc Graw Hill. España. investigacion/icsa/LI_EnferAlter/Carlo_Med/62.pdf
- Navarrete, H. (2013). *Pérdidas de Dientes en la Población Adulta*. 2da. Edición, Editorial Mc Graw Hill. España.
- Olate, S., et al. (2006). *Extracciones e indicaciones de extracciones dentales en población rural chilena de 11 a 30 años*, (tesis de pregrado). Recopilado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0718539110700446>

- Pérez, A. (2015). *El Estudio Estomatológico en el Mundo*. 1era Edición, Editorial Sevallos. Chile
- Petersen, H. (OMS) (2014). *La Odontología y sus Consecuencias*, 1era. Edición, Editorial Mc Graw Hill. España.
- Petesen, E. (2004). *Problema mundial de las enfermedades bucodentales*. Ginebra. OMS. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004>.
- Rodríguez, J. (2008). *Factores que Intervienen en la Estomatología*, (tesis de pre grado). Calletano heredia. Lima script=sci_arttext&pid=7
- Sousa, A. (2013). *Realidad Mundial estomatológica. Segunda Edición*. Editorial Sevallos. España
- Supo, J. (2014). *Metodología de la investigación científica*. 5ed. editorial Universitaria. Arequipa Perú.
- Tapia, A. (2012). *Experiencias Odontológicas en América y el Caribe*. “2da Edición, Editorial Cristobal, Guatemala.
- Tenecela, P. (2014). *Odontología en las Personas Adultas*. 1era. Edición. Editorial Sanpertegui. Chile
- Vargas, J. (2015). *Realidad problemática Nacional*. Editorial Alva, Lima
- Zamora, J. (2012). *Realidad de la Odontología*. 1era Edición. Editorial Sanpertegui. Chile.

ANEXOS

ANEXO N° 1

INDICE CPOD

(MINSA, Norma Técnica RM N° 596-2006). Modificado por el Autor)

I. INSTRUCCIONES:

En el proceso de examen, el examinador inspecciona visualmente y con el auxilio del explorador, las caras oclusales, vestibular, distal, lingual y mesial, de todos los dientes permanentes presentes (excepto terceros molares). El examen es realizado con el auxilio de un espejo bucal y explorador con extremidad bien afilada. La posición del paciente debe ser tal que el examinador tenga una visibilidad óptima de los cuadrantes a ser examinados.

- 1. Diente permanente cariado.** Cuando existan las siguientes evidencias de lesiones cariosas: Opacidad, mancha blanca o marrón, consistentes con desmineralización del esmalte. (Diferenciar con fluorosis, pigmentaciones). Mancha blanca o marrón consistente con desmineralización (aspecto blanco tiza sin brillo). Las fisuras en las cuales el extremo del explorador se prende, serán clasificadas como cariadas (presencia evidente de tejido blando en la base de la fisura, opacidad a lo largo de los márgenes o una mancha indicando presencia de lesión cariosa subyacente y en casos proximales si el explorador no se desliza cuando se hacen movimientos en la dirección Cervico-oclusal) Sombra oscura de dentina decolorada subyacente al esmalte intacto o mínima cavidad en esmalte (sombra gris, azul, marrón) Ruptura localizada del esmalte debido a caries sin dentina visible. Cavidad detectable con dentina visible. Cavidad extensa con dentina y/o pulpa visible. El diente presenta solamente raíces o corona parcialmente destruida.
- 2. Diente permanente obturado** Cuando el diente esta obturado con material permanente. Si esta obturado y cariado es clasificada como cariado.
- 3. Diente permanente extraído** De acuerdo a la edad del paciente el diente debería estar presente y fue extraído por caries. En caso de duda consultar al paciente y examinar la forma del reborde y la presencia o ausencia del diente homologo. Este criterio no será utilizado para temporarios.

4. **Diente con extracción indicada.** El diente que presenta solamente raíces o corona parcialmente destruida. los dientes temporarios. los criterios de clasificación son los mismos de los dientes permanentes
5. **Reglas Especiales:** Un diente es considerado como erupcionado cuando cualquier porción de su superficie estuviese expuesta en la cavidad bucal y pudiese ser tocada por el explorador.

Un diente es considerado presente, aun cuando la corona está totalmente destruida, quedando solamente las raíces. Los dientes supernumerarios no son clasificados. Si un diente temporal está retenido y su sucesor permanente está presente, se clasifica solamente el permanente. El paciente con Ortodoncia fija queda excluido del estudio Epidemiológico. Los terceros molares no se consideran en este estudio. En caras proximales la caries se puede determinar por cambio de coloración.

II. PROCEDIMIENTOS PARA EL EXAMINADOR:

Use siempre el explorador, evítelo solo en caries avanzadas a fin de no causar dolor o incomodidad al paciente. Indague con el paciente la causa de la extracción, más si la respuesta no es concluyente, siga su propio juicio clínico. Aproveche la oportunidad de realizar educación para la salud, cuando el paciente se muestre interesado en hacer preguntas sobre la encuesta. El paciente deberá estar sentado en forma apropiado para facilitar la máxima visibilidad y comodidad del examinador.

ANEXO N° 2

Se registrará con las disposiciones de la norma técnica del uso del odontograma oficial del ministerio de salud.

LISTA DE COTEJO.

PIEZA DENTARIA	LISTA DE COTEJO		TOTAL
	SI (presenta)	NO (presenta)	
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
TOTAL			

PIEZAS DENTARIA	SI (presenta)	NO (presenta)	TOTAL
ANTERIORES			
11			
12			
13			
21			
22			
23			
31			
32			
33			
41			
42			
43			
TOTAL			

POSTERIORES			
14			
15			
16			
17			
24			
25			
26			
27			
34			
35			
36			
37			
44			
45			
46			
47			
TOTAL			

PIEZA DENTARIA	SI (presenta)	NO (presenta)	TOTAL
ARCADA SUPERIOR			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
TOTAL			

PIEZA DENTARIA	SI (presenta)	NO (presenta)	TOTAL
CUADRANTE I			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
TOTAL.			

CUADRANTE II			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
TOTAL			
CUADRANTE III			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
CUADRANTE IV			
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
TOTAL			