



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

TESIS

**“RELACIÓN ENTRE EL MARGEN CERVICAL DE LAS CORONAS
PROTÉSICAS FENESTRADAS Y LA ALTERACIÓN DE LA SALUD BUCAL
DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD
HUASCAHURA – AYACUCHO 2021”**

**PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
CIRUJANO DENTISTA**

AUTOR:

BACH. VILLACRESIS TREJO, ERIK JHOEL

ASESOR:

CD. MG. DR. PARIJULCA FERNANDEZ, ISRAEL ROBERT

LINEA DE INVESTIGACIÓN:

SALUD PÚBLICA Y PREVENTIVA EN ESTOMATOLOGÍA

HUANCAYO – PERÚ

2021

DEDICATORIA

A mis padres y hermano que a pesar de fallarles están ahí para apoyarme y corregir mis errores, a Dios por permitirme estar aún con vida.

AGRADECIMIENTO

Principalmente, a mis padres y hermano, así como también a familiares cercanos y mejores amigos(a) por motivarme en los momentos que sentía rendirme y apoyarme a lo largo de toda mi carrera universitaria.

Al asesor de la tesis el Cd. Mg. Dr. Israel Robert Pariajulca Fernández, quien nos brindó, conocimientos para poder continuar con el trabajo de investigación, brindándonos información y accesibilidad de algunos materiales.

A la Licenciada Estela Mendoza Paucar encargada del Puesto de Salud Huaschahura por su apoyo y colaboración para la recolección de datos.

A la Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt por permitirme ser parte de su institución.

PAGINA DEL JURADO

Presidente

Secretario

Vocal

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo ERIK JHOEL VILLACRESIS TREJO con DNI: 70141551 bachiller de la Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt, con la tesis titulada “RELACIÓN ENTRE EL MARGEN CERVICAL DE LAS CORONAS PROTÉSICAS FENESTRADAS Y LA ALTERACIÓN DE LA SALUD BUCAL DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD HUASCAHURA – AYACUCHO 2021”.

Declaramos bajo juramento que:

- 1) La tesis es de nuestra autoría.
- 2) He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
- 3) La tesis no ha sido auto plagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
- 4) Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificarse la falta de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), auto plagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumimos las consecuencias y sanciones que de nuestras acciones se deriven, sometiéndonos a la normatividad vigente de la Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt.

Mayo del 2021



Erik Jhoel Villacresis Trejo

DNI: 70141551

ÍNDICE

	Pag:
CARATULA.....	i
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
PAGINA DEL JURADO	iv
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD.....	v
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	9
II. METODO.....	25
2.1 Tipo y diseño de investigación:.....	25
2.2. Operacionalizacion de variable:.....	25
2.3. Población, muestra y muestreo.....	25
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	26
2.5. Procedimiento.....	27
2.6. Método de análisis de datos.....	27
2.7. Aspectos éticos.....	28
III. RESULTADOS.....	29
IV. DISCUSIÓN.....	34
V. CONCLUSIONES.....	36
RECOMENDACIONES.....	37
REFERENCIAS.....	38
ANEXOS.....	41

RESUMEN

El propósito de la presente investigación fue determinar la relación entre el margen cervical de las coronas protésicas fenestradas y las alteraciones de la salud bucal de los pacientes atendidos en el Puesto de Salud Huascahura – Ayacucho 2021. El tipo de investigación fue correlacional, descriptivo y transversal. La muestra está conformada por 60 pacientes, el 35% tuvieron el tipo Subgingival de terminación del margen cervical de las coronas protésicas fenestradas; el 45% tuvieron el tipo Yuxtagingival de terminación del margen cervical de las coronas protésicas fenestradas y el 20% tuvieron tipo Supragingival de terminación del margen cervical de las coronas protésicas fenestradas; **el 58.3% tuvieron presencia de caries en las piezas dentales rehabilitadas con coronas protésicas fenestradas en la margen interno de la cara fenestrada;** el 60% presentaron sangrado gingival tras el sondaje en las piezas dentales rehabilitadas con coronas protésicas fenestradas. La media del tiempo de instalación de las coronas fenestradas es de 2 años y una desviación estándar de 1 año. Del total de pacientes con Margen cervical de las coronas protésicas fenestradas Yuxtagingival el 44.4% presentan Caries dental recidivante con Margen interno de la cara fenestrada; del total de pacientes con Margen cervical de las coronas protésicas fenestradas Yuxtagingival el 66.7% presentan Sangrado gingival tras el sondaje. Conclusión: Existe relación entre el margen cervical de las coronas protésicas fenestradas y las alteraciones de la salud bucal de los pacientes atendidos en el Puesto de Salud Huascahura – Ayacucho 2021.

Palabras claves: margen cervical de las coronas protésicas fenestradas, alteraciones de la salud bucal, salud bucal.

ABSTRACT

The purpose of this research was to determine the relationship between the cervical margin of fenestrated prosthetic crowns and oral health alterations in patients treated at the Huaschura Health Post – Ayacucho 2021. The type of research was correlational, descriptive, cross-sectional. The sample will be made up of 60 patients. 35% had the Subgingival type of termination of the cervical margin of the fenestrated prosthetic crowns; 45% had the Juxtagingival type of termination of the cervical margin of fenestrated prosthetic crowns and 20% had Supragingival type of termination of the cervical margin of fenestrated prosthetic crowns; 58.3% had the presence of caries in the teeth rehabilitated with fenestrated prosthetic crowns in the internal margin of the fenestrated face; 60% presented gingival bleeding after probing in teeth rehabilitated with fenestrated prosthetic crowns. The mean installation time for fenestrated crowns is 2 years and a standard deviation of 1 year. Of the total number of patients with the cervical margin of the juxtagingival fenestrated prosthetic crowns, 44.4% present recurrent dental caries with the internal margin of the fenestrated face; of the total number of patients with cervical margin of juxtagingival fenestrated prosthetic crowns, 66.7% present gingival bleeding after probing. Conclusion: There is a relationship between the cervical margin of fenestrated prosthetic crowns and alterations in oral health of patients treated at the Post Health Huaschura – Ayacucho 2021.

Key words: cervical margin of fenestrated prosthetic crowns, oral health disorders, oral health.

I. INTRODUCCIÓN

La caries dental es la enfermedad bucodental más prevalente a nivel mundial; en el caso del Perú el 95% de la población la padece según estudios nacionales.

Cuando la caries afecta gran extensión de la estructura dental, se hace necesarios tratamientos más complejos que las restauraciones dentales que se necesitan cuando no comprometen gran parte de los dientes.

En algunos departamentos al interior del país, la cultura local dicta patrones estéticos que pueden ser predisponentes al desarrollo de lesiones cariosas, sin importar las consecuencias que podría llevarlos a futuro incluso pudiendo llegar a la pérdida de las piezas dentales.

Si bien es cierto la caries recidivante se asocia al fracaso por una mala adaptación de una restauración definitiva, también se puede producir en los márgenes entre los dispositivos protésicos fijos (coronas o pilares de puentes) y la estructura dental remanente.

La gingivitis es la segunda enfermedad más prevalente en el Perú, con una tasa del 85%; esta enfermedad está asociada principalmente a la presencia de placa bacteriana, aunque existen otros factores como la asociación al consumo de drogas o medicamentos, factores hormonales, entre otros.

El nivel al cual se puede trabajar el tallado dental en relación a la altura del margen gingival puede generar una mayor exposición a la cercanía de bacterias, que puede ser factor etiológico para la instauración de la gingivitis.

Un tallado deficiente a la hora de realizar una corona protésica, involucra un posible contacto inadecuado con el antagonista, lo que puede traer como consecuencia que se atricione el borde incisal de este o que gane movilidad por el trauma oclusal.

En algunos centros poblados no hay profesionales Estomatólogos, por lo que la necesidad de atención de la salud dental es abordada por técnicos dentales u otras personas no calificadas para realizar tratamientos odontológicos, no siendo consientes estos de los problemas bucales que pueden ocasionar al paciente a futuro.

Por el alto predominio de rehabilitaciones convencionales de los pobladores en esta zona geográfica, optan por ser portadores de coronas fenestradas porque todavía se tiene un concepto social y estético, que resulta atractivo entre ellos por tener este tipo de aditamento en sus diferentes presentaciones como figuras o símbolos. Ya que es algo más llamativo para los pacientes de la zona que se pueden dar en distintos materiales.

A continuación se presentan los antecedentes nacionales relacionados con la investigación. Según Alvarado J. Rodas L.(2018) (1): En su estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre el estado de salud de la encía con el tipo de línea de terminación de coronas singulares en pacientes atendidos en el Centro Especializado en Formación Odontológica de la Universidad Católica Santo Toribio de Mongrovejo de Chiclayo, 2013 – 2016. El estudio fue retro prospectivo, transversal y observacional, se realizó un índice gingival de Loe y Silnes, historia clínica donde se registró el tipo de línea de terminación y también una ficha de recolección de datos donde se registraron el tiempo de instalación de la prótesis y las características de la encía, se estudiaron 59 prótesis fijas singulares de los pacientes que fueron atendidos. Los resultados obtenidos fueron, se encontró que el 54% de coronas singulares presentaban inflamación leve en las encías y que el 56% presentaba una línea de terminación yuxtagingival, el 37% una terminación infragingival y el 7% de terminación supragingival. Concluyendo que si existe relación entre el estado de salud de la encía con el tipo de línea de terminación de coronas singulares.

A si mismo Ortegá K. (2017) (2): En su estudio tuvo como objetivo determinar el estado periodontal de pacientes con prótesis fija en relación al tipo y adaptación marginal, evaluados en el área de diagnóstico de la Clínica Odontológica de la Universidad Privada de Tacna – 2016. El estudio fue de tipo transversal, observacional, prospectivo y analítico, se utilizó una ficha de recolección de datos y se estudiaron 50 pacientes. En los resultados obtenidos, se encontraron que, en cuanto al estado periodontal según tipo de prótesis, del total de pacientes que usan corona ninguna presenta periodontitis crónica, el 77,78% son sanos y el 22,22% presenta gingivitis. Concluyendo que del total de personas que usan coronas presentan una calidad de adaptación marginal regular y que presentan gingivitis, mientras que del total de pacientes que tienen una buena calidad de adaptación marginal se encuentra periodontalmente sanos.

Igualmente Yupán A. (2017) (3): En su estudio el objetivo fue determinar las complicaciones periodontales de los dientes pilares de prótesis fija convencional post cementación en pacientes de 30 a 70 años de edad atendidos en la posta medica Construcción Civil de La Victoria en el año 2016. El estudio fue de tipo descriptivo, observacional, aplicado, transversal y retrospectivo, y se realizó el índice de sangrado al sondaje de Ainamo y Bay, índice de movilidad dental de Miller y una ficha de recolección

de datos, en 60 pacientes de 30 a 70 años de edad analizados clínicamente. Obteniendo como resultados sangrado al sondaje en coronas de 1° premolar una prevalencia de 48,1% y en cuanto a la movilidad dentaria de los dientes pilares presentan movilidad de tipo I los 1° premolares con una prevalencia del 72,2%. Concluyendo la investigación se determina que si presentan complicaciones periodontales después de la cementación de las prótesis fijas convencionales.

Además Tarazona M. (2016) (4): En su estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre la gingivitis y el margen cervical de coronas completas en pacientes atendidos en el servicio de Odontología del Hospital Hermilio Valdizan – Huánuco, 2016. El tipo de investigación fue transversal, prospectiva y con un nivel de investigación correlacional, se utilizó el índice de higiene oral de Loe y Silness y un cuestionario, en 50 pacientes entre los 18 y 70 años de edad evaluados clínicamente. Obteniendo como resultados que sí hay presencia de gingivitis en un 64%; en cuanto al margen cervical el 40% con ubicación supragingival de la corona completa, seguido de las que tienen ubicación del margen yuxtagingival de la corona completa 36%; y solo el 24% con ubicación del margen de la corona completa a nivel subgingival, y el tiempo de instalación de las coronas completas se observa que hay mayor prevalencia de los que llevan 3 años de instalación con una frecuencia de 44% seguido de 2 años de instalación con una frecuencia de 32%. Concluyendo de acuerdo a los resultados obtenidos, analizados e interpretados se determinó que si existe correlación directa entre la gingivitis y el margen cervical de coronas completas de los pacientes que fueron atendidos en el Hospital Regional Hermilio Valdizan.

A si mismo Larico E. Saavedra P. (2016) (5): En este estudio tuvieron como objetivo identificar la prevalencia de retracción gingival en portadores de prótesis fija en pacientes del Centro de Salud Class Santa Adriana, Juliaca – 2016. El estudio fue de tipo transversal, prospectivo, descriptivo y explicativo o causal, se utilizó un periodontograma y una ficha de recolección de datos, en 121 pacientes de 30 a 60 años de edad examinados. Los resultados mostraron que un 91,7% presentan prótesis sobre extendidas, un 96,7% presenta una terminación gingival deficiente y como respuesta de los tejidos presentan un 58,7% de pacientes presentan retracción gingival. Concluyendo que existe una influencia significativa de la prevalencia de retracción gingival en portadores de prótesis fija en pacientes del Centro de Salud Class Santa Adriana.

Igualmente Velásquez M. (2016) (6): En su estudio tuvo como objetivo determinar la adaptación cervical y la salud gingival en las piezas portadoras de coronas provisionales durante el tratamiento protésico en pacientes que acuden a la clínica odontológica de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna el año 2015. El estudio fue de tipo descriptivo, de corte transversal, se estudiaron 78 coronas provisionales mediante una ficha de observación clínica. Los resultados demostraron que el 96,15% se encontraban mal adaptadas, el 33,33% presentó inflamación leve, el 30,77% presentó inflamación moderada, el 24,36% presentó una encía normal mientras que solo el 11,54% presentó una inflamación severa. Concluyendo que se encontraron un alto índice de coronas mal adaptadas y una inflamación leve en los tejidos periodontales.

A continuación se presenta los antecedentes internacionales: Según Campoverde N. Palacios V. (2017) (7): En su estudio, tuvo como objetivo comparar el estado periodontal de dientes con prótesis fija y su homólogo contralateral sano, en los pacientes que fueron atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca durante los años 2014 – 2015. El estudio fue de tipo transversal y comparativo; y se realizó el Índice de sangrado al sondaje de Lindhe, en 60 pacientes de 19 a 75 años, examinados clínicamente. Los resultados obtenidos muestran en cuanto al sangrado al sondaje una prevalencia del 80,6% en el grupo de pacientes con prótesis fija; con respecto a la terminación de las prótesis, el 37,5% fue subgingival y el 6,25% fue supragingival. Concluyendo que se encontró relación entre el estado periodontal y la presencia de prótesis fija, lo cual se expresa en el aumento de los valores de los parámetros clínicos examinados en las piezas con prótesis fija en comparación con el diente control.

A si mismo Segovia A. (2017) (8): En su estudio tuvo como objetivo determinar la prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes portadores de prótesis fija que acuden a la unidad de atención odontológica Uniandes. El estudio fue de tipo transversal, prospectivo, descriptiva y explicativa, se realizó una encuesta y examen clínico en 30 pacientes portadores de prótesis fija elegidos por los criterios de inclusión y exclusión. Obteniendo como resultados que el 43% presenta enfermedad periodontal, el 39% tejido sano y el 18% presenta gingivitis, el 27% de la prótesis fija tenían sobre contorno y el 73% no presenta sobre contorno, el 33% tenía una ubicación supragingival y el 67% una ubicación subgingival. Concluyendo que el 43% de pacientes presentaban enfermedad

periodontal, el 67% una ubicación supragingival y el 13,3% presentaba restos de cemento de adherencia a la prótesis fija, lo que desencadenaba la enfermedad periodontal.

Sánchez M, Vélez A. (2016) (9): En su estudio tuvo como objetivo conocer el estado protésico de los pacientes con prótesis fija atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca entre 2012 – 2015. El estudio fue de tipo descriptivo, se realizó un cuestionario y examen clínico en 149 pacientes portadores de prótesis entre hombres y mujeres. Los resultados mostraron una adecuada adaptación marginal en 47 pacientes (31.5%), escalón negativo en 72 pacientes (48.3) y escalón positivo en 30 pacientes (20.1), en cuanto a la salud gingival en relación a la prótesis fija se encontró 34 pacientes (22.8%) con periodonto sano, 94 pacientes (63.1%) con gingivitis y 21 pacientes (14.1%) con periodontitis. Concluyendo que el estado protésico de los pacientes portadores de prótesis fija es considerado malo, al encontrarse una frecuencia de 87.9% de prótesis en mal estado, ya que más resalta en el estudio fue la presencia de escalón negativo y además la presencia de gingivitis en las piezas portadoras de las mismas con un 63.1%.

Igualmente Santos I. (2015) (10): En su estudio tuvo como objetivo evaluar el estado periodontal en pacientes portadores de prótesis fija que fueron atendidos en la Universidad Católica Santiago de Guayaquil en el semestre A-2014. El estudio fue de tipo transversal y descriptivo, se utilizó un periodontograma para registrar los datos de 50 pacientes de 20 a 60 años de edad. Los resultados obtenidos de pacientes observados fue que en la ubicación de la prótesis fija la subgingival presenta una prevalencia de 54% seguido de la supragingival con una prevalencia del 46%. Se concluye que las prótesis fijas que se ubican en la zona subgingival presentan un mayor porcentaje de enfermedad periodontal a diferencia de la zona supragingival.

En relación a las teorías y enfoques conceptuales de la presente investigación se define que las coronas protésicas son restauraciones permanentes indirectas que revisten todo el diente. Pueden ser de distinto material como metal, metal-porcelana, porcelana, metal-acrílico o de cerámico. Son imprescindibles cuando la pieza dentaria está parcialmente destruido, cuando tiene obturaciones amplias, piezas descoloradas, desalineadas o averiadas. Debe reproducir la morfología y contornos de las partes averiadas de la corona de una pieza dentaria. (11)

Suelen ser también llamadas fundas que se instalan sobre el diente natural del paciente, que anticipadamente ha sido tratado y luego tallado para sobre ella colocar la funda o corona, estas son realizadas por técnicos dentales de manera artesanal, personificados para cada paciente y ajustándose a las necesidades de su anatomía.

También se dice que es una restauración extracoronaria cementada que cubre la superficie externa de la corona clínica. Este debe imitar la morfología y los contornos de las porciones maltratadas de la corona de un diente, para que esta pueda cumplir su función. También ha de preservar la estructura dentaria remanente de una lesión integrada.

Si reviste toda la corona clínica dental, la reparación se llama corona de recubrimiento completo o total. Puede estar totalmente confeccionada con aleaciones de oro, plata o de cerámica, también podemos encontrar de metal resina, o únicamente de resina acrílica. En caso solo cubriera algunas partes de la corona clínica dental, se le nombraría como corona de recubrimiento parcial. (12)

a. Tipos: Coronas completas. – Es una rehabilitación aplicada correctamente, repone por completo un diente adecuándolo a una excelente oclusión, relación próximo-gingival y cubriendo a los dientes de las caries. Cuenta con una superior margen de condescendencia de cualquier restauración, las coronas completas son fabricadas con el mismo nivel de técnica y son menos dispuestas al fracaso que las coronas $\frac{3}{4}$ o incrustaciones.(13)

En el último plan de conservar un diente. Útil cuando la pieza dentaria a restaurar requiere ser re-contorneada por que se transforman en contornos normales, son las más preferibles en retención y resistencia, están indicadas cuando se precisa una retención máxima y una desventaja es que no debe usarse si no se ha examinado la pieza dentaria de la caries, menos aún debe emplearse para extender la longevidad de una corona en la cavidad bucal en la que el contexto no ha sido a control. (14)

- **Coronas Veneer.** – Las coronas de este tipo o también llamadas de metal con frente estético se confeccionan en metal, la porción del anverso se realiza con material estético de tipo acrílico, composites o porcelanas. En tratamientos en donde se urgen muchas resistencias están sugeridas. Por su elevado componente metálico no son muy estético.(15)

También es llamada restauración mixta ya que tiene una cara vestibular con una subestructura metálica y sobre esta lleva el componente estético, los restos de la fachada tienen solo meta de tal manera que solo se hacen desgastes minúsculos.

El tallado de la cara vestibular es de 1.5 mm en piezas de bajo volumen y 2mm en piezas de mayor volumen. La cúspide guía, las caras proximales y la cara palatina o lingual se rebajan 1 mm. En una diente antero superior: la cara vestibular, el borde incisal y la fosa palatina requiere 1.5 mm de desgaste, el resto de caras (palatino axial, proximales) solo 1 mm. En una pieza dentaria antero inferior, el borde incisal 1.5 mm, la fosa al no acoger fuerzas solo se reduce 1mm, el resto de caras se reducen igual a lo ya explicado.

- **Coronas Jacket.** – Estas coronas fueron patentados en 1889 por Charles H. Land. Son coronas que envuelven el diente original con un material llamado porcelana. Aunque son extremadamente habituales, las primeras coronas estéticas poseían inconvenientes de estabilidad con micro fisuras en su interior.(16)

También se dice que son coronas de recubrimiento total que está elaborado con material acrílico (plástico). Se emplean esencialmente como tratamiento provisional antes de la instalación de una corona definitiva de porcelana o metal-porcelana.

Se procede a una elaboración adecuada y se toman las impresiones con el material conveniente, siguiendo las indicaciones del fabricante. Tras el vaciado se fabrica la corona en el laboratorio, que se prueba, se ajusta y se hace el acabado final. Para posteriormente ser cementados de manera provisional y/o definitiva por el odontólogo.
(17)

- **Corona Metal Cerámica.** – Las coronas metal – cerámica se basan en una manta de cerámica adherida a una cofia delgada de metal colado que se adecua al tallado de la pieza dentaria. Dicha restauración compone las fuerzas y el ajuste necesario de una corona de metal colado con el efecto estético de una corona de cerámica. La corona metal – cerámica es 2.8 veces más fuerte que la solo cerámica. Con relación a la estética, es fundamental una conveniente preparación, en todo caso, se contemplará un sobre contorneado o translucidez de la restauración.(18)
- **Corona Fenestrada.** – Durante muchos tiempos el hombre ha desmembrado, decorado y adornado sus dientes, bordeándolos con metal, este tipo de corona

fragmentada ha sido empleado como retenedor de puentes por muchos años con diferentes casos de éxitos y fracasos.

Su principal ventaja que se le da a la aplicación de este tipo de corona es: Una mínima destrucción de la corona natural al momento del tallado y de soporte y sencillez en la construcción.

Este tipo de coronas se adapta principalmente en dientes anteriores y particularmente a los caninos, debido a que se solicita un menor tallado para adecuarse a su forma natural del diente, en cuanto a los incisivos inferiores también es más o menos favorable para este tipo de corona. Estas coronas están fabricadas de materiales como el oro, plata – paladio, cromo – níquel, cromo – cobalto o aleaciones de cobre. (19)

Se dice también que las coronas fenestradas son aquellas que van a cubrir de manera parcial al diente con metal (con ventana vestibular), en la actualidad en algunas oportunidades las ubican en dientes sanos como un ornamento más, esta praxis es dañina para las piezas dentarias y con el tiempo atraen más problemas que beneficios.

La principal desventaja que nos ofrece es que los márgenes defectuosos de la corona fenestrada con llevan a la producción y acumulación de la placa bacteriana, donde los microorganismos crecen y producen destrucción al diente vital, trayendo problemas de caries, mal aliento o dolor. (20)

Preparación Dentaria.- La planificación de una corona dental que percibirá la restauración de una corona fenestrada da comienzo con los principios de la modificación de la estructura coronal, con el objetivo de alcanzar el camino de ingreso y salida a la restauración colada.

Las transformaciones hechas al esmalte de la corona dental son de tipo conservador y solamente busca el espacio que llenara la restauración metal.

Pasos a seguir:

1.- Corte Incisal.- Debe realizarse con una fresa de diamante en forma de fisura rectangular mediana, esta incisión debe tener una angulación aproximadamente de 45° con relación al eje largo del diente a modo de que la medida de estructura que se desgaste

permita el espesor del metal que no obstaculice con la oclusión en todos los movimientos mandibulares, este desgaste puede ser hasta 1mm y medio en toda su extensión del borde.

2.- Corte Proximal. – La disminución proximal, mesial y distal debe de realizarse con una fresa de diamante mediana punta redonda o también con la fresa en forma de llama, esta incisión debe ejecutarse de manera que se creen cortes paralelos no mayor de 6° para lograr la vía de ingreso y conseguir fricción y estabilidad de la prótesis.

El desgaste se lleva a cabo única y solamente sobre el esmalte, realizando un movimiento de sierra (arriba –abajo), estimando cuidado de no dañar la pieza dentaria próxima.

3.- Corte Lingual.- Este desgaste debe realizarse con una fresa de diamante en forma de balón americano, con este desgaste se va reducir la fosa lingual y los rebordes marginales linguales, con el fin de formar un espacio adecuado para que pueda tomar posesión el metal de la corona colada.

Del mismo modo que las paredes proximales el paralelismo es su más grande éxito, ya que con esto se obtiene una mayor retención. El desgaste debe realizarse solamente en el esmalte.

4.- Corte Bucal.- Para realizar este corte se usa una fresa de diamante tronco cónica o en forma de llama, con prioridad en aquellas piezas dentarias que muestran curvatura significativa en el tercio gingival y que por esta razón lo haga más retentiva.

Se realiza de tal modo que en la zona gingival deje una diminuta escala o una terminación en filo de cuchillo para la culminación del borde gingival de la corona fenestrada, con este desgaste se alcanza el medio de inserción de la corona colada, consiguiendo así que sea paralelo al eje largo de la pieza dentaria.

5.- Corte para el Terminado Gingival.- La línea de terminación gingival de la corona fenestrada se realiza en forma de un diminuto hombro, de una amplitud uniforme de ¼ de milímetro, para que sea útil como asiento o tope de los márgenes gingivales del armazón metálico. Esta línea de terminación debe alcanzar hasta el margen libre de la encía.

Con una fresa de diamante en forma cónica delgada de punta redonda debe juntarse el diminuto hombro lingual a las paredes proximales y al desgaste bucal para complementar así, el contorno marginal del tallado.

6.- Preparación Final. – Para finalizar el desgaste se usa una fresa tronco cónica en una pieza de alta velocidad y discos de lija de baja velocidad, la pieza dentaria se debe redondear y alisarse todos los ángulos y líneas formadas por los diferentes tallados, para impedir ángulos línea pronunciadas que obstaculicen el encaje del armazón metálico de la corona fenestrada. (21)

Margen cervical: Supragingival. – Es cuando se ubica alejado del margen gingival. Tiene menos efecto sobre el periodonto; clásicamente no se admite este margen debido a su apariencia antiestética que es debido a la diferencia en el color y opacidad del material restaurador con el diente. En la actualidad se busca materiales más traslucidos, para proporcionar estética y salud al periodonto.

- **Yuxtagingival.** – Se sitúa al mismo nivel que el margen gingival, en el pasado, este tipo de margen no era aceptable, ya que retenía más placa bacteriana que otros dos tipos de terminaciones gingivales y como resultado causaba inflamación gingival. Pero en la actualidad las cosas se han modificado ahora requerido a las técnicas de pulido y por lo tanto se puede utilizar para mantener el periodonto sano.
- **Subgingival.** – El margen de la restauración se ubica por debajo de la encía marginal. Ofrece buenos resultados estéticos, pero brinda un alto riesgo de dañar el periodonto al momento del tallado, si el espacio biológico es violentado. A esto se le agrega el difícil acceso para el acabado y pulido que intervendrá como nicho para el crecimiento bacteriano y causara la inflamación de los tejidos periodontales.(22)

Ventajas de las coronas dentales

- Brindar soporte a una pieza dentaria que ha sido afectada de manera importante por la caries dental.
- Reparar una pieza dentaria luego de un procedimiento endodóntico.
- Fortificar una pieza dentaria parcialmente agrietado o roto.
- Preservar una pieza dentaria desgastada.
- Soportar un puente dental.(23)

Las coronas dentales son una muy buena elección a largo plazo porque tienen un tiempo de duración de por lo menos 5 a 15 años, que agranda la satisfacción del paciente con el tratamiento.

El procedimiento con las coronas dentales tiene un alto grado de éxito en cuanto a otros procesos dentales de la restauración. Esto ha sido sostenido por diversos estudios científicos que estudiaron su uso. (24)

Desventajas de las coronas protésicas dentales: Una de las principales desventajas que tiene una pieza dental cuando recibe una corona protésica, es la afectación del equilibrio biológico que tiene; por lo que este tipo de tratamientos requieren una gran reducción en relación a la cantidad de tejido o estructura dental para que pueda recibir el elemento protésico que puede ser solo metálico, sólo estéticas o de tipo metal cerámico.

El no adecuado diseño de la estructura interna (metálica) de las coronas protésicas, es uno de los factores que, junto al bruxismo, pueden ocasionar el fracaso de las mismas por presentar fisuras o fracturas de la capa estética. Se debe tener en cuenta que es difícil lograr un equilibrio de los contactos oclusales, e importante a la vez; además, se puede provocar un desgaste brusco en los bordes incisales o cúspides de los dientes antagonistas naturales. Lo anterior expresado se da generalmente cuando no hay una distribución adecuada en cuanto al contacto a nivel oclusal, así como una correcta guía anterior. (25)

Ahora pasamos a definir las alteraciones de la Salud Bucal:

a.- Caries.- En los años 1947 se describió como una afección de los tejidos calcificados del diente, ocasionada por ácidos que derivan de la acción de microorganismos sobre los hidratos de carbono. Su mecanismo de acción se caracteriza por dos fases: la descalcificación de la sustancia inorgánica y la desintegración de la sustancia inorgánica.

Kajes, Gordon y Fitzgerald en 1960 determinaron que la caries obedecía de tres factores primordiales: factor microorganismo, factor sustrato y factor diente.

Según la Organización Mundial de la Salud la caries dental lo define como un proceso localizado de principio multifactorial que empieza después de la erupción dentaria, disponiendo el reblandecimiento del tejido duro del diente, progresando hasta crear una cavidad, el responsable de la caries es la bacteria streptococcus Mutans.(26)

Asimismo, también lo definimos como un desarrollo patológico caracterizado por la destrucción ubicada de los tejidos duros suspicaces del diente, ocasionadas por ácidos fruto de la fermentación de hidratos de carbono y que suceden por la interacción de distintos factores de riesgo y protectores.(27)

Caries Recidivante.- También es llamada caries secundaria, esta ha sido presentada como uno de los motivos fundamentales para la sustitución de restauraciones dentales.

La caries recidivante forma una de las consideraciones más usuales de cambio en restauraciones, este tipo de caries suele manifestarse alrededor o por debajo de las restauraciones existentes. Los conceptos de caries recidivante y caries primaria se distinguen en que esta es una lesión que progresa cerca de una restauración, y la caries primaria se produce y desarrolla en un área dentaria no restaurada con anticipación.

Vamos a encontrar 3 factores que pueden influir al desarrollo de esta caries:

- Técnica restauradora.
- Propiedad del material restaurador.
- Control de placa dental por parte del paciente.

Cuando se examina la técnica del método restaurador, se valora al margen gingival que suele ser frágil a la contaminación por la filtración de fluidos gingivales y saliva, entre la matriz y el margen cavo superficial, y si la restauración se localiza en el margen gingival o subgingival al colocar la primera capa del material restaurador, se cubre el piso gingival, imposibilitando acceso visual y así incrementando las deficiencias en la conformación del material restaurador a ese nivel, y estos desperfectos vacíos contribuyen al desarrollo de la placa bacteriana y después a la formación de caries recidivante.

La lesión de caries recidivante o secundaria suele darse en dos zonas: en el esmalte o cemento del área dentaria formando una lesión superficial y en el esmalte o dentina a lo largo de la unión diente – material restaurador formando una lesión de pared.

La caries recidivante ocurre con mayor regularidad en las zonas cervicales y proximales de las restauraciones y frecuentemente va hallarse una sólida conexión con la acumulación de placa bacteriana en esa área la cual complica su eliminación. Esta caries se ubica con mucha más frecuencia en zonas retentivas donde se acumula la placa

bacteriana, y sobre contornos y subcontornos marginales de restauraciones ya sean coronas protésicas. (28)

b.- Placa Bacteriana. – Es una película transparente e incolora, pegada a la superficie dentaria. Es una sustancia organizada, proliferante y enzimáticamente dinámica, está integrada por microorganismos, componentes orgánicos e inorgánicos, que viven en una matriz intercelular que así mismo encierran algunas células del huésped, como células epiteliales, macrófagos y leucocitos. El proceso de creación de la placa se puede distribuir en tres fases: producción de una cubierta llamada película en la superficie dental, colonización bacteriana y maduración de la placa.

Existe una cierta relación causa – efecto entre la creación de la placa bacteriana y la respuesta inflamatoria gingival. Las enfermedades periodontales son producidas por una repulsión inflamatoria localizada en respuesta a una infección bacteriana al contorno del diente, y son reveladas por una perturbación de la plenitud de los tejidos que lo sostienen. (29)

Después del sumergimiento de un sustrato sólido en el medio líquido de la cavidad bucal, las macromoléculas hidrófobas empiezan a crear una película condicionante denominada película adquirida, formada de distintas glucoproteínas salivales (mucinas) y anticuerpos.(30)

c.- Gingivitis. – Es la tumefacción de la encía, que suele ser de manera progresiva y reversible con características que pueden ser descriptivas en las fases clínicas, microscópica, ultra estructural, bioquímico y fisiológico, clínicamente puede ser identificada por los signos de tumefacción como son el enrojecimiento, inflamación, hemorragia, exudado y menos usual que tenga dolor. La gingivitis se origina esencialmente como una enfermedad crónica recurrente, la cual es una inflamación gingival duradera y frecuentemente indolora. La destrucción de los tejidos y la reconstrucción tienen espacio en la gingivitis crónica.

Esta interacción de destrucción y reparación dañan el espacio clínico de la encía cambiando su color de un rojo ligero hasta un rojo brillante, en el momento que domina la destrucción tisular suele ser de consistencia blanda ; cuando la reparación es el desarrollo predominante puede ser firme o fibrótica y los márgenes obtusos. Los márgenes gingivales pueden estar incrementados por el edema, fibroso o pueden retraerse

cuando la encía es de una textura delgada y fina, cuando la pared gingival del surco manifiesta inflamación es nombrada bolsa infra y supragingival.

Las características clínicas de la gingivitis suelen ser diversas en la misma cavidad bucal y en distintos pacientes, por tal motivo se realizan las siguientes anotaciones:

- Extensión de la lesión: localizada y generalizada.
- Distribución de la lesión: papilar, marginal y adherida.
- Estado de inflamación: aguda y crónica.
- Rasgos clínicos en la evaluación: cambio de color, hiperplasia, ulceración, necrosis, formación de pseudomenbranas, exudado purulento, seroso y hemorragia. (31)

Índice de Sangrado de Lindhe (IG-s), 1983 modificado de Ainamo y Bay (GBI-s) 1975.- Se ubica dentro de los índices gingivales, asimismo es conocido como sangrado al sondaje (SAS) o más preciso en sus siglas en inglés (GBI= Gingival Bleeding Index).

Para su aplicación se introduce la sonda periodontal especial esquematizada por la Organización Mundial de la Salud (Morita, Japón) o sondas periodontales tipo Hu-Friedy la cual se usa para valorar la profundidad del surco gingival a través del área crevicular de cada una de las piezas dentarias y se va apuntando en sus unidades gingivales si hay presencia de sangre o no (clasificación dicotómica) completando el espacio en caso es afirmativo, bien pintando, usando SI/NO o también con +/- según el diseño de la ficha.

Se debe aguardar entre 15 a 20 segundos para su interpretación. Se calcula el porcentaje de las superficies sangrantes de la boca con la siguiente ecuación.

$$\text{GBI-s, IG-s} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de puntos sangrantes en boca}}{\text{N}^\circ \text{ total de superficies exploradas (Max. 128)}} \times 100$$

Si el resultado es igual o inferior a 30% corresponde a una gingivitis localizada, mientras que un valor de 30% a más corresponde a una gingivitis generalizada. (32)

En cuanto a la formulación del problema principal se ha visto por conveniente optar por la siguiente interrogante: ¿Existe relación entre el margen cervical de las coronas protésicas fenestradas y las alteraciones de la salud bucal de los pacientes atendidos en el Puesto de Salud Huascahura – Ayacucho 2021?

Y en cuanto a los problemas secundarios se determinó:

- ¿Cuál es el tipo de terminación del margen cervical de las coronas protésicas fenestradas de los pacientes atendidos en el Puesto de Salud Huascahura – Ayacucho 2021?
- ¿Cómo se da la presencia de caries en las piezas dentales rehabilitadas con coronas protésicas fenestradas en los pacientes atendidos en el Puesto de Salud Huascahura – Ayacucho 2021?
- ¿Cómo se presenta el sangrado gingival tras el sondaje en las piezas dentales rehabilitadas con coronas protésicas fenestradas en los pacientes atendidos en el Puesto de Salud Huascahura – Ayacucho 2021?
- ¿Cuál es el tiempo de instalado de la corona protésica fenestrada en los pacientes atendidos en el Puesto de Salud Huascahura – Ayacucho 2021?

En lo que respecta a la justificación de la investigación, la importancia del presente trabajo radica en que siendo las coronas protésicas fenestradas un tipo de corona muy utilizado en diferentes grupos poblacionales del Perú, no existen investigaciones científicas que reporten las debilidades con respecto a sus características, en relación a su adaptación, como la presencia de caries recidivante o alteración en el tejido gingival; por lo que esta investigación se dirige a generar nuevo conocimiento respetando el método científico.

La relevancia radica en que como responsables de la salud bucodental de la población, debemos orientarla a tratamientos que sean duraderos y ayuden a conservarla o mejorarla; por lo que necesitamos cifras que reflejen o apoyen nuestras sugerencias o no sugerencias sobre algunos tratamientos.

Los pacientes odontológicos en general, dentro de ellos a los que acuden al Puesto de Salud Huascahura ubicado en el departamento de Ayacucho, serán los más beneficiados pues podrán decidir en base a la educación para la salud que podremos proporcionarles, al momento de escoger hacerse una corona dental protésica.

A continuación se presenta el objetivo principal de la investigación el cual es: Determinar la relación entre el margen cervical de las coronas protésicas fenestradas y las alteraciones

de la salud bucal de los pacientes atendidos en el Puesto de Salud Huascahura – Ayacucho 2021.

Y en cuanto a los objetivos secundarios se determinó:

- Reconocer el tipo de terminación del margen cervical de las coronas protésicas fenestradas de los pacientes atendidos en el Puesto de Salud Huascahura – Ayacucho 2021.
- Identificar cómo se da la presencia de caries en las piezas dentales rehabilitadas con coronas protésicas fenestradas en los pacientes atendidos en el Puesto de Salud Huascahura – Ayacucho 2021.
- Determinar la presencia de sangrado gingival tras el sondaje en las piezas dentales rehabilitadas con coronas protésicas fenestradas en los pacientes atendidos en el Puesto de Salud Huascahura – Ayacucho 2021.
- Conocer el tiempo de instalado de la corona protésica fenestrada en los pacientes atendidos en el Puesto de Salud Huascahura – Ayacucho 2021.

La hipótesis general de la investigación es que: Si existe relación entre el margen cervical de las coronas protésicas fenestradas y las alteraciones de la salud bucal de los pacientes atendidos en el Puesto de Salud Huascahura – Ayacucho 2021.

Y las hipótesis secundarias se determinaron de la siguiente manera:

- El tipo de terminación del margen cervical que más predominó es el yuxtagingival de las coronas protésicas fenestradas de los pacientes atendidos en el puesto de salud Huascahura – Ayacucho 2021.
- La presencia de caries en las piezas dentales rehabilitadas con coronas protésicas fenestradas de mayor prevalencia se ubicó en el margen interno de la cara fenestrada, en los pacientes atendidos en el puesto de Salud Huascahura – Ayacucho 2021.
- Si existe sangrado gingival tras el sondaje en las piezas dentales rehabilitadas con coronas protésicas fenestradas en los pacientes atendidos en el Puesto de Salud Huascahura – Ayacucho 2021.
- El tiempo de instalación de las coronas fenestradas es de 2 años en los pacientes atendidos en el puesto de salud Huascahura – Ayacucho 2021.

II. MÉTODO

2.1. Tipo y diseño de investigación.

El tipo de investigación será transversal ya que las variables serán medidas en una sola ocasión, prospectiva por que los datos necesarios para el estudio son recogidos al propósito de la investigación. Y el nivel de Investigación es correlacional ya que en el presente estudio relaciona dos variables.

2.2. Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	VALORES	TIPO DE VARIABLE
Margen cervical de las coronas protésicas fenestradas	Adimensional	Tipo de terminación del margen cervical de la corona protésica fenestrada	Subgingival	Dependiente Cualitativa
			Yuxtagingival	
			Supraringival	
Alteraciones de la salud bucal	Caries dental recidivante	Ubicación de la caries recidivante	Margen interno de la cara fenestrada	Independientes Cualitativas
			Margen cervical	
	Sangrado gingival tras el sondaje	Índice de Lindhe	Ausente	
			Presente	
Tiempo de instalada la corona fenestrada	Adimensional	Años de instalación	___ años	Interviniente Cuantitativa

2.3. Población, muestra y muestreo

La población está conformada por 200 pacientes quienes acuden al Puesto de Salud Huaschura – Ayacucho en el año 2021.

Muestra

Si la población es finita, es decir conocemos el total de la población y deseásemos saber cuántos del total tendremos que estudiar la respuesta sería:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

donde:

- N = Total de la población
- $Z_{\alpha}^2 = 1.96^2$ (si la seguridad es del 95%)
- p = proporción esperada (en este caso 50% = 0.55)
- q = 1 – p (en este caso 1-0.5 = 0.5)
- d = precisión (en este caso deseamos un 5%).

$$n = \frac{200 * 1,96^2 * 0.5 * 0.5}{0.05^2 * (200 - 1) + 1,96^2 * 0.5 * 0.5} = 60$$

Está conformada por 60 pacientes quienes acuden al Puesto de Salud Huascahura – Ayacucho en el año 2021. Dentro de los criterios de inclusión tenemos:

- Pacientes mayores de 18 años de edad.
- Pacientes portadores de coronas fenestradas.
- Pacientes que acuden al puesto de salud Huascahura.

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

La técnica a utilizar fue por medio de un consentimiento informado donde el paciente autorizo su estudio, luego se utilizó un instrumento que será una ficha de evaluación donde se registra el año que lleva con la corona fenestrada, el tipo de terminación del margen cervical, la ubicación de la caries recidivante y un índice de Lindhe oral donde se registra el sangrado gingival.

Se seleccionaron un total de 60 pacientes donde se les registraron los ítems de la investigación.

2.5. Procedimiento

Para poder efectuar la recolección de datos, se inició mandando una solicitud a la persona encargada o jefe del Puesto de Salud Huascahura, donde se adjuntó la carta de presentación de la presente investigación; obtenida la aprobación, se procedió a conversar con el personal de salud del establecimiento para que puedan derivar a todos los pobladores que acudan al establecimiento de salud específicamente al servicio de odontología para su evaluación de manera ordenada y empleando todo los protocolos de bioseguridad.

Una vez tomada en cuenta los criterios de inclusión, se procedió a la evaluación de aquellos pacientes portadores de coronas fenestradas, donde se les explico con detalle el objetivo del estudio a cada posible participante y se absolvieron todas las inquietudes o preguntas que puedan tener con respecto a este; en el caso que las personas tengan un predominio en la lengua hablada al dialecto Quechua, se les proporciono también la información de esa forma, asegurándonos del entendimiento mediante preguntas dirigidas a que ellos nos cuenten que es lo que han aceptado; respetando las normas éticas.

Luego el participante firmo el consentimiento informado autorizando su participación y paso a la unidad dental para su evaluación respectiva donde se llenó una ficha que contiene los ítems de investigación, para la evaluación periodontal se utilizó una sonda periodontal y un índice de Lindhe donde se registró el sangrado gingival, luego de registrar los datos se les brindo una charla de higiene bucal a cada participante para que así mejore sus condiciones de salud periodontal.

2.6. Método de análisis de datos

Una vez obtenidos los datos se registraron en el instrumento de investigación, luego la información de datos se pasó al programa Microsoft Excel 2015 donde fueron

codificados y tabulados en una hoja de cálculo. El procesamiento se realizó con el programa estadístico SPSS 20.

2.7. Aspectos éticos

El presente trabajo no conto con implicancias éticas ya que se cumplió con todos los principios y medidas como la solicitud dirigida a la encargada del Puesto de Salud Huaschura para poder realizar la recolección de datos, bioseguridad al momento de recolectar los datos, tanto para el paciente como para el investigador, solicitud y autorización por parte de la Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt.

III. RESULTADOS

Tabla N° 1.

Tipo de terminación del margen cervical de las coronas protésicas fenestradas de los pacientes atendidos en el Puesto de Salud Huascahura – Ayacucho 2021.

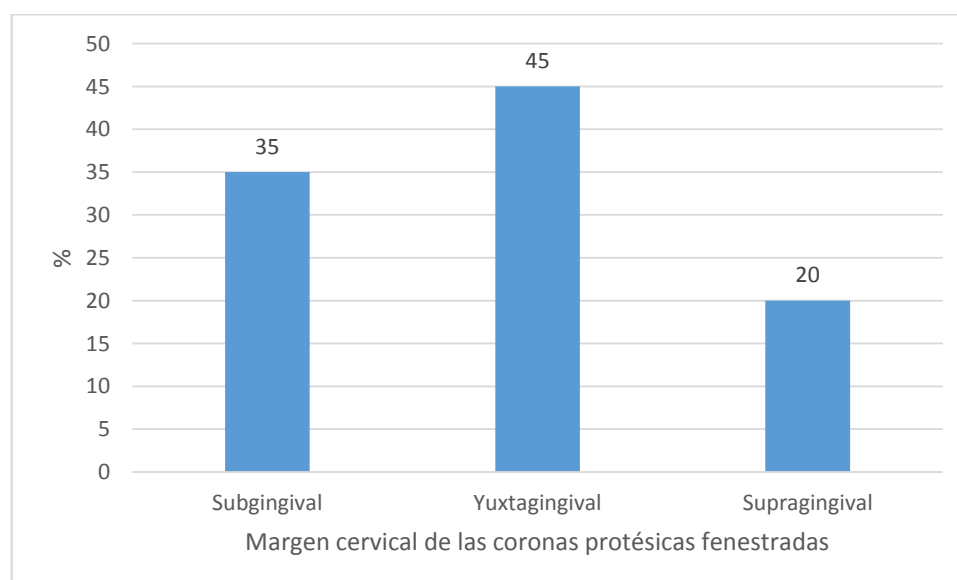
	N	%
Subgingival	21	35.0
Yuxtagingival	27	45.0
Supragingival	12	20.0
Total	60	100.0

Fuente. Elaboración propia de la ficha de recolección de datos – 2021.

De la tabla y el grafico N° 1 se aprecia que del total de pacientes atendidos el 35% tuvieron el tipo Subgingival de terminación del margen cervical de las coronas protésicas fenestradas; el 45% tuvieron el tipo Yuxtagingival de terminación del margen cervical de las coronas protésicas fenestradas y el 20% tuvieron tipo Supragingival de terminación del margen cervical de las coronas protésicas fenestradas.

Grafico N° 1.

Tipo de terminación del margen cervical de las coronas protésicas fenestradas de los pacientes atendidos en el Puesto de Salud Huascahura – Ayacucho 2021.



Fuente. Datos de la tabla N°1.

Tabla N° 2.

Presencia de caries en las piezas dentales rehabilitadas con coronas protésicas fenestradas en los pacientes atendidos en el Puesto de Salud Huascahura – Ayacucho 2021.

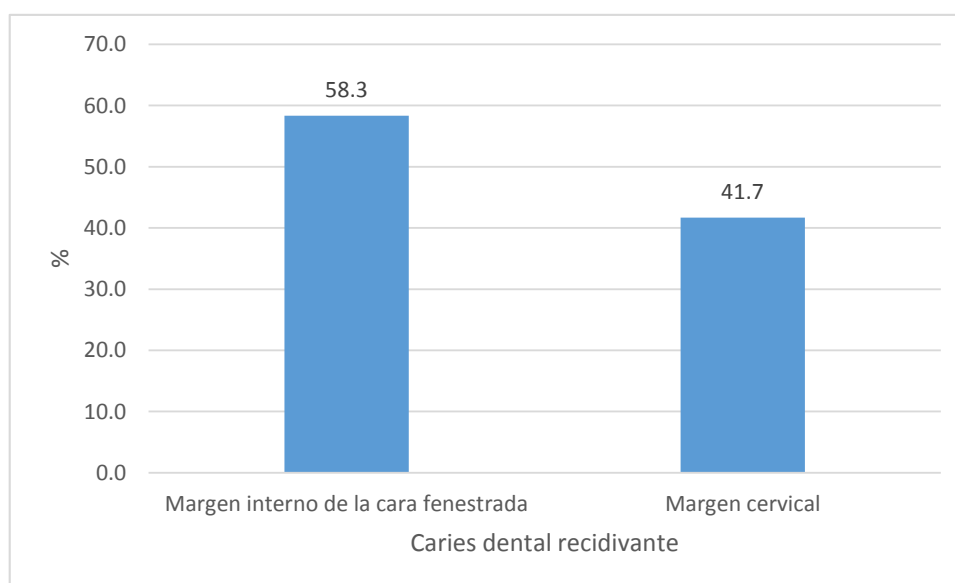
	n	%
Margen interno de la cara fenestrada	35	58.3
Margen cervical	25	41.7
Total	60	100.0

Fuente. Elaboración propia de la ficha de recolección de datos – 2021.

De la tabla y el grafico N° 2 se aprecia que del total de pacientes atendidos el 58.3% tuvieron presencia de caries en las piezas dentales rehabilitadas con coronas protésicas fenestradas en la margen interno de la cara fenestrada.

Grafico N° 2.

Presencia de caries en las piezas dentales rehabilitadas con coronas protésicas fenestradas en los pacientes atendidos en el Puesto de Salud Huascahura – Ayacucho 2021.



Fuente. Datos de la tabla N° 2.

Tabla N° 3.

Presencia de sangrado gingival tras el sondaje en las piezas dentales rehabilitadas con coronas protésicas fenestradas en los pacientes atendidos en el Puesto de Salud Huaschahura – Ayacucho 2021.

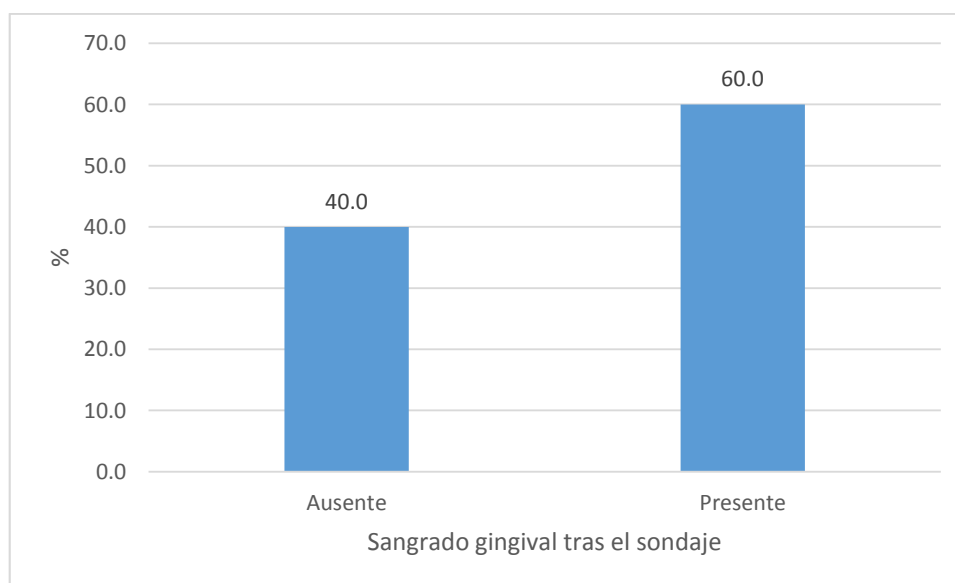
	n	%
Ausente	24	40.0
Presente	36	60.0
Total	60	100.0

Fuente. Elaboración propia de la ficha de recolección de datos – 2021.

De la tabla y el grafico N° 3 se aprecia que del total de pacientes el 60% presentaron sangrado gingival tras el sondaje en las piezas dentales rehabilitadas con coronas protésicas fenestradas.

Grafico N° 3.

Presencia de sangrado gingival tras el sondaje en las piezas dentales rehabilitadas con coronas protésicas fenestradas en los pacientes atendidos en el Puesto de Salud Huaschahura – Ayacucho 2021.



Fuente. Datos de la tabla N° 3.

Tabla N° 4.

Tiempo de instalado de la corona protésica fenestrada en los pacientes atendidos en el Puesto de Salud Huaschura – Ayacucho 2021.

	Media	Desviación estándar
Tiempo de instalado de la corona protésica fenestrada	2 años	1 año

Fuente. Elaboración propia de la ficha de recolección de datos – 2021.

De la tabla N° 4 la media del tiempo de instalación de las coronas fenestradas es de 2 años y una desviación estándar de 1 año.

Tabla N° 5.

Caries dental recidivante según Margen cervical de las coronas protésicas fenestradas

			Margen cervical de las coronas protésicas fenestradas			Total
			Subgingival	Yuxtagingival	Supraringival	
Caries dental recidivante	Margen interno de la cara fenestrada	n	14	12	9	35
		%	66.7%	44.4%	75.0%	58.3%
	Margen cervical	n	7	15	3	25
		%	33.3%	55.6%	25.0%	41.7%
Total	n	21	27	12	60	
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Fuente. Elaboración propia de la ficha de recolección de datos – 2021.

Chi cuadrado: 32,43 $p=0.000 < 0.05$ existe relación estadística

De la tabla N° 5 se aprecia que del total de pacientes con Margen cervical de las coronas protésicas fenestradas Yuxtagingival el 44.4% presentan Caries dental recidivante con Margen interno de la cara fenestrada. Se encontró relación estadística y Caries dental recidivante según Margen cervical de las coronas protésicas fenestradas.

Tabla 6.
Sangrado gingival tras el sondaje según Margen cervical de las coronas protésicas fenestradas

			Margen cervical de las coronas protésicas fenestradas			
			Subgingival	Yuxtagingival	Supragingival	Total
Sangrado gingival tras el sondaje	Ausente	n	10	9	5	24
		%	47.6%	33.3%	41.7%	40.0%
	Presente	n	11	18	7	36
		%	52.4%	66.7%	58.3%	60.0%
Total		n	21	27	12	60
		%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente. Elaboración propia de la ficha de recolección de datos – 2021.

Chi cuadrado: 56,32 $p=0.000 < 0.05$ existe relación estadística

De la tabla N° 6 se aprecia que del total de pacientes con Margen cervical de las coronas protésicas fenestradas Yuxtagingival el 66.7% presentan Sangrado gingival tras el sondaje. Se encontró relación estadística Sangrado gingival tras el sondaje y Margen cervical de las coronas protésicas fenestradas.

IV. DISCUSIÓN

Nuestros resultados reportan que el 35% tuvieron el tipo Subgingival de terminación del margen cervical de las coronas protésicas fenestradas; el 45% tuvieron el tipo Yuxtagingival de terminación del margen cervical de las coronas protésicas fenestradas y el 20% tuvieron tipo Supragingival de terminación del margen cervical de las coronas protésicas fenestradas; **el 58.3% tuvieron presencia de caries en las piezas dentales rehabilitadas con coronas protésicas fenestradas en el margen interno de la cara fenestrada**; el 60% presentaron sangrado gingival tras el sondaje en las piezas dentales rehabilitadas con coronas protésicas fenestradas; la media del tiempo de instalación de las coronas fenestradas es de 2 años y una desviación estándar de 1 año. Del total de pacientes con Margen cervical de las coronas protésicas fenestradas Yuxtagingival el 44.4% presentan Caries dental recidivante con Margen interno de la cara fenestrada; del total de pacientes con Margen cervical de las coronas protésicas fenestradas Yuxtagingival el 66.7% presentan Sangrado gingival tras el sondaje. Estos resultados coinciden con la investigación de Alvarado J. Rodas L. (2018) Concluyendo que si existe relación entre el estado de salud de la encía con el tipo de línea de terminación de coronas singulares. Ortegá K. (2017) Concluyendo que del total de personas que usan coronas presentan una calidad de adaptación marginal regular y que presentan gingivitis, mientras que del total de pacientes que tienen una buena calidad de adaptación marginal se encuentra periodontalmente sanos. Yupán A. (2017) Concluyendo la investigación se determina que si presentan complicaciones periodontales después de la cementación de las prótesis fijas convencionales. Tarazona M. (2016) Concluyendo de acuerdo a los resultados obtenidos, analizados e interpretados se determinó que si existe correlación directa entre la gingivitis y el margen cervical de coronas completas de los pacientes que fueron atendidos en el Hospital Regional Hermilio Valdizan. Larico E. Saavedra P. (2016) Concluyendo que existe una influencia significativa de la prevalencia de retracción gingival en portadores de prótesis fija en pacientes del Centro de Salud Class Santa Adriana. Velasquez M. (2016) Concluyendo que se encontraron un alto índice de coronas mal adaptadas y una inflamación leve en los tejidos periodontales. Campoverde N. Palacios V. (2017) Concluyendo que se encontró relación entre el estado periodontal y la presencia de prótesis fija, lo cual se expresa en el aumento de los valores de los parámetros clínicos examinados en las piezas con prótesis fija en comparación con el diente control. Segovia A. (2017) Concluyendo que el 43% de pacientes presentaban

enfermedad periodontal, el 13,3% presentaba restos de cemento de adherencia y la prótesis fija lo que desencadenaba enfermedad periodontal. Sánchez M. Vélez A. (2016) Concluyendo que el estado protésico de los pacientes portadores de prótesis fija es considerado malo, al encontrarse una frecuencia de 87.9% de prótesis en mal estado, ya que más resalta en el estudio fue la presencia de escalón negativo y además la presencia de gingivitis en las piezas portadoras de las mismas con un 63.1%. Santos I. (2015) Se concluye que las prótesis fijas que se ubican en la zona subgingival presentan un mayor porcentaje de enfermedad periodontal a diferencia de la zona supragingival. En relación a las teorías y enfoques conceptuales de la presente investigación se define que las coronas protésicas viene hacer una restauración particular para una pieza dentaria vital o necrótica. Suelen ser también llamadas fundas, sobre todo por el paciente, que no las ve como un aditamento protésico en sí. Es así ya que en realidad las coronas se instalan sobre el diente natural del paciente, que anticipadamente ha sido tratado y luego tallado para sobre ella colocar la funda o corona, como en toda prótesis fija los dientes son realizados por técnicos dentales de manera artesanal, personificados para cada paciente y ajustándose a las necesidades de su anatomía.

V. CONCLUSIONES

- El 45% tuvieron el tipo Yuxtagingival de terminación del margen cervical de las coronas protésicas fenestradas y el 20% tuvieron tipo Supragingival de terminación del margen cervical de las coronas protésicas fenestradas.
- El 58.3% tuvieron presencia de caries en las piezas dentales rehabilitadas con coronas protésicas fenestradas en la margen interno de la cara fenestrada.
- El 60% presentaron sangrado gingival tras el sondaje en las piezas dentales rehabilitadas con coronas protésicas fenestradas.
- La media del tiempo de instalación de las coronas fenestradas es de 2 años y una desviación estándar de 1 año.
- Del total de pacientes con Margen cervical de las coronas protésicas fenestradas Yuxtagingival el 44.4% presentan Caries dental recidivante con Margen interno de la cara fenestrada. Se encontró relación estadística entre Caries dental recidivante y Margen cervical de las coronas protésicas fenestradas.
- Del total de pacientes con Margen cervical de las coronas protésicas fenestradas Yuxtagingival el 66.7% presentan Sangrado gingival tras el sondaje. Se encontró relación estadística Sangrado gingival tras el sondaje y Margen cervical de las coronas protésicas fenestradas.

RECOMENDACIONES

- Durante la evaluación de los procedimientos, los profesionales de la salud deben ser más estrictos al momento de evaluar las restauraciones de Prótesis Fija para que pueda dar como resultado rehabilitaciones exitosas con buena adaptación marginal que procure la conservación de la salud periodontal.
- Los estudiantes deben preocuparse por adquirir unos mayores conocimientos tanto teóricos como procedimentales de la especialidad de Prótesis Fija y de Periodoncia.
- Se debe priorizar lo funcional antes que lo estético, pues muchas veces los estudiantes solo ven lo externo sin darse cuenta que están alterando de manera gradual la encía.

REFERENCIAS

- 1) Alvarado J, Rodas L. Relación entre el estado de salud de la encía con el tipo de línea de terminación de coronas singulares en pacientes atendidos en el centro especializado en formación odontológica de Universidad Católica Santo Toribio de Mongrovejo Chiclayo 2013-2016. [Tesis pre grado]. Chiclayo; 2018.
- 2) Ortegál Málaga K. Estado periodontal de pacientes con prótesis fija en relación al tipo y adaptación marginal evaluados en el área de diagnóstico de la clínica odontológica de la Universidad Privada de Tacna 2016. [Tesis pre grado]. Tacna; 2017.
- 3) Yupán Gamarra A. Complicaciones periodontales en dientes pilares de prótesis fija convencional post cementación de pacientes entre 30 a 70 años atendidos en la posta medica construcción civil de la Victoria en el año 2016. [Tesis pre grado]. Lima; 2017.
- 4) Tarazona Castillo M. Gingivitis en relación al margen cervical de coronas completas en pacientes atendidos en el Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco, 2016. [Tesis pre grado]. Huánuco; 2016.
- 5) Larico E, Saavedra M. Prevalencia de retracción gingival en portadores de prótesis fija, en pacientes del centro de salud Class Santa Adriana Juliaca, Julio – septiembre 2016. [Tesis pre grado]. Juliaca; 2016.
- 6) Velásquez Callacondo M. Adaptación cervical y la salud gingival en las piezas portadoras de coronas provisionales durante el tratamiento protésico en pacientes que acuden a la clínica odontológica de la universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann – Tacna 2016. [Tesis pre grado]. Tacna; 2016.
- 7) Campoverde N, Palacios V. Estado periodontal de dientes con prótesis fija y su homólogo contralateral sano, de los pacientes fueron atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca. [Tesis pre grado]. Ecuador; 2017.
- 8) Segovia Almeida A. Prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes portadores de prótesis fija que acuden a la unidad de atención odontológica “Uniandes” – Ambato – Ecuador – 2017. [Tesis pre grado].Ecuador; 2017.
- 9) Sánchez M, Vélez A. Estado de prótesis fija en los pacientes atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca en el periodo 2012 – 2015. [Tesis pre grado]. Ecuador; 2016.
- 10) Santos Mendoza I. Prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes portadores de prótesis fija en la clínica odontológica UCSG. [Tesis pre grado]. Ecuador; 2015.
- 11) Shillingburg JR, Fundamentos Esenciales en Prótesis Fija. 3era ed. Madrid: Quintessence; 2002.

- 12) Yupán Gamarra A. Complicaciones periodontales en dientes pilares de prótesis fija convencional post cementación de pacientes entre 30 a 70 años atendidos en la posta medica construcción civil de la Victoria en el año 2016. [Tesis pre grado]. Lima; 2017.
- 13) Smith P. ¿Cuál es el lugar de la corona completa en odontología restauradora? Revista estadounidense de ortodoncia y cirugía oral. [Internet] 1947 junio. [acceso el 9 de abril de 2021]; 33(6). Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0096634747900197?np=y>
- 14) Milleding P. Preparaciones para prótesis fija. 1era edición. España; 2013. p.32.
- 15) Milleding P. Preparaciones para prótesis fija. 1era edición. España; 2013. p. 35-36.
- 16) Al-Wahadni A. The roots of dental porcelain: a brief historical perspective. Dental news, 1999; 6(2):43-44.
- 17) Milleding P. Preparaciones para prótesis fija. 1era edición. España; 2013. p.37-39.
- 18) Shillingburg H, Sather D, Wilson E, Cain J, Mitchell D, Blanco L, Kessler C. Fundamentals of fixed prosthodontics.2nd ed. Chicago: Quintessence Publishing Co; 1981. p. 115-19.
- 19) Valdez Barillas K. Frecuencia de Corona Fenestrada “Open Face”, evaluación clínica y percusión sociocultural en habitantes del Municipio de Sanarate, departamento de El Progreso. [Tesis pre grado]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas; 1995.
- 20) Güere Chuquillanqui J. Influencia de la Mala Adaptación de las Coronas Fenestradas en el Desarrollo de la Enfermedad Periodontal en Piezas Dentarias Anteriores en Pobladores de la Localidad de Carpapata – Tarma Enero – Julio 2009. [Tesis pre grado]. Cajamarca: Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión. Facultad de Ciencias de la Salud; 2009.
- 21) López Estrada M. Determinación de criterios clínicos en la construcción de coronas fenestradas (open face) para el área de prótesis parcial fija de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala. [Tesis pre grado]. Guatemala; 1995.
- 22) Malathi K, Singh A. Anchura biológica: comprensión y su conservación. Int J Med and Dent Sci, 2014; 3(1): 363-368.
- 23) Vieira Pereira D. Ventajas y desventajas de las coronas. [monografía en internet]*. Barcelona: Clinicas PropDental; 2014 [acceso el 9 de abril del 2021]. Disponible en:

<https://www.propdental.es/blog/estetica-dental/ventajas-y-desventajas-de-las-coronas/>

- 24) Smith Y. Ventajas y desventajas de coronas dentales. [monografía en internet]*. Reino Unido News Medical Life Sciences; 2014 [acceso el 9 de abril del 2021]. Disponible en:
[https://www.news-medical.net/health/Advantages-and-Disadvantages-of-Dental-Crowns-\(Spanish\).aspx](https://www.news-medical.net/health/Advantages-and-Disadvantages-of-Dental-Crowns-(Spanish).aspx)
- 25) Milleding P. Preparaciones para prótesis fija. 1era edición. España; 2013. p.37-39.
- 26) Organización Mundial de la Salud. Informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales. [monografía en internet]*. Ginebra; 2004 [acceso el 9 de abril del 2021]. Disponible en:
<http://www.who.int/medicacentre/news/releases/2004/pr15/es/>.
- 27) Longbottom Cl, Huysmans Mc, Pitts Nb, Fontana M. Glossary of Key terms. Monogr Oval Sci. 2009; 21: 209-16.
- 28) Gomez Chamba P. Prevalencia de caries secundaria superficial en piezas dentales restauradas con amalgama y resina en jóvenes de 15 a 17 años del colegio nacional mixto Gran Bretaña de la ciudad de Quito en el año 2011. [Tesis pre grado]. Ecuador: Universidad Central de Ecuador; 2011.
- 29) Newman M, Takei H, Klokkevold P, Carranza F. Periodontología clínica de Carranza. 11a ed. Italia: Amolca; 2014. p. 26-27.
- 30) Lindhe J, Lang N, Karring T. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. 5ta ed. Buenos Aires-Argentina; Medica Panamericana; 2011.
- 31) Espejel M, Martínez I, Delgado J, Guzmán C, Montecorde M. Gingivitis. Asociación dental mexicana 2002; 59(6): 216-219.
- 32) Aguilar M, Cañamas M, Ibañez P, Gil F. Importancia del uso de los índices en la práctica periodontal diaria del higienista dental. Oral Rev. Periodoncia para el higienista dental 2003; 13(1):45-56.

ANEXOS

Anexo N° 1: Matriz de consistencia

Universidad privada de Huancayo franklin Roosevelt

Programa de elaboración de trabajos de investigación PET 04

Formato de matriz de consistencia

Autor: Erik Jhoel Villacresis Trejo
Tema: “RELACION ENTRE EL MARGEN CERVICAL DE LAS CORONAS PROTÉSICAS FENESTRADAS Y LA ALTERACIÓN DE LA SALUD BUCAL DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD HUASCAHURA – AYACUCHO 2021”

Problema general	objetivo general	Variables y dimensiones	Metodología
¿Existe relación entre el margen cervical de las coronas protésicas fenestradas y las alteraciones de la salud bucal de los pacientes atendidos en el Puesto de Salud Huascahura – Ayacucho 2021?	Determinar la relación entre el margen cervical de las coronas protésicas fenestradas y las alteraciones de la salud bucal de los pacientes atendidos en el Puesto de Salud Huascahura – Ayacucho 2021.	Variables Margen cervical de las coronas protésicas fenestradas	<p style="text-align: center;">Alcance de la investigación</p> <p>La presente investigación tiene como finalidad estudiar los tipos de margen cervical y las alteraciones de la salud bucal para así poder incentivar al mejor manejo y estudio de los tallados dentales como también incentivar al paciente a un buen cuidado de las coronas protésicas fenestradas.</p>
Problemas específicos	Objetivos específicos	Dimensiones	
¿Cuál es el tipo de terminación del margen cervical de las coronas protésicas fenestradas de los pacientes atendidos en el Puesto de Salud Huascahura – Ayacucho 2021?	Reconocer el tipo de terminación del margen cervical de las coronas protésicas fenestradas de los pacientes atendidos en el Puesto de Salud Huascahura – Ayacucho 2021.	Alteración de la salud bucal: - Caries recidivante - Gingivitis	<p style="text-align: center;">Método de la investigación</p> <p>El tipo de investigación será transversal</p>
¿Cómo se da la presencia de caries en las piezas dentales rehabilitadas con coronas protésicas fenestradas en los pacientes atendidos en el Puesto de Salud Huascahura – Ayacucho 2021?	Identificar cómo se da la presencia de caries en las piezas dentales rehabilitadas con coronas protésicas fenestradas en los pacientes atendidos en el Puesto de Salud Huascahura – Ayacucho 2021.		<p style="text-align: center;">Nivel de Investigación</p> <p>Correlacional</p>
¿Cómo se presenta el sangrado gingival tras el sondaje en las piezas dentales rehabilitadas con coronas protésicas fenestradas en los pacientes atendidos en el Puesto de Salud Huascahura – Ayacucho 2021?	Determinar la presencia de sangrado gingival tras el sondaje en las piezas dentales rehabilitadas con coronas protésicas fenestradas en los pacientes atendidos en el Puesto de Salud Huascahura – Ayacucho 2021.		<p style="text-align: center;">Población</p> <p>La población está conformada por 200 personas.</p>
¿Cuál es el tiempo de instalado de la corona protésica fenestrada en	Conocer el tiempo de instalado de la corona		<p style="text-align: center;">Muestra</p> <p>La muestra está dada por 60 pacientes del centro de salud Huascahura.</p>
			<p style="text-align: center;">Técnicas de recolección de información</p> <p>La técnica empleada en la investigación será realizada mediante un instrumento donde se identificara el tipo de terminación gingival, un</p>

<p>los pacientes atendidos en el Puesto de Salud Huascahura – Ayacucho 2021?</p>	<p>protésica fenestrada en los pacientes atendidos en el Puesto de Salud Huascahura – Ayacucho 2021.</p>		<p>índice de lindhe y el tiempo de uso de la corona fenestrada</p> <p>Técnicas de procesamiento de información</p> <p>Microsoft Excel 2015 donde serán codificados y tabulados en una hoja de cálculo. El procesamiento se realizará con el programa estadístico SPSS 20.</p>
--	--	--	--

Anexo N° 2: Consentimiento Informado



Consentimiento Informado

Yo.....identificado con D.N.I N° , manifiesto que al firmar este documento doy mi consentimiento para que el bachiller **Villacresis Trejo, Erik Jhoel**, identificado con **D.N.I 7014155**, participar como sujeto de estudio en su investigación denominada **Relación entre el margen cervical de las coronas protésicas fenestradas y la alteración de la salud bucal de los pacientes atendidos en el Puesto de Salud Huaschahura – Ayacucho 2021.**

Comprendo que se me examinará los dientes y de ser necesario se me extraerá la corona protésica fenestrada, para lo cual doy autorización expresa, manifestando que mi decisión es voluntaria.

Se me han explicado los procedimientos que se me realizarán, siendo que los resultados de la ficha de recolección de datos obtenidos se mantendrán en reserva y tendrán un grado adecuado de confidencialidad.

Entiendo que la información recolectada será utilizada para la ejecución de la investigación y resultados estadísticos, este estudio es una fuente confiable para futuras investigaciones.

Por lo tanto, en forma consciente y voluntaria doy mi consentimiento para ser participe en la investigación.

.....
Firma

Ayacucho..... de..... del 2021.

Anexo N° 3: Instrumento de recolección de datos



Ficha de Evaluación

Tema: RELACIÓN ENTRE EL MARGEN CERVICAL DE LAS CORONAS PROTÉSICAS FENESTRADAS Y LA ALTERACIÓN DE LA SALUD BUCAL DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD HUASCAHURA – AYACUCHO 2021.

Fecha: / /

1. Datos Generales

a) ¿Cuánto tiempo lleva instalada la corona fenestrada?

Pieza: _____: Tiempo en años: _____.

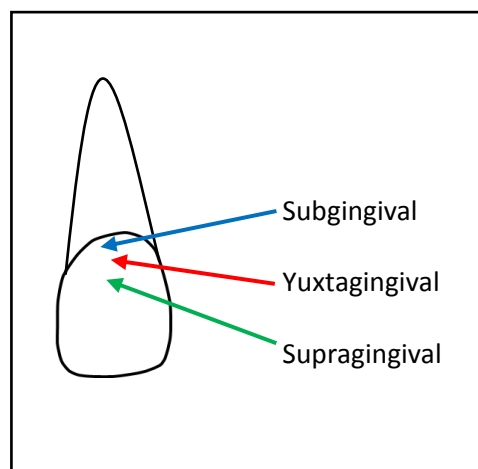
Pieza: _____: Tiempo en años: _____.

Pieza: _____: Tiempo en años: _____.

Inspección Clínica

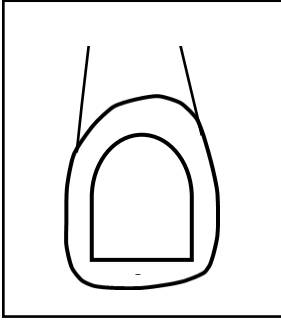
- Tipo de Terminación del Margen Cervical de la Corona Fenestrada.

	Pza.	Pza.	Pza.
Supragingival			
Yuxtagingival			
Subgingival			

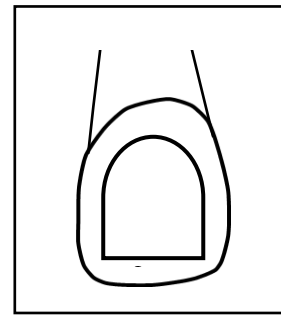


- Ubicación de la caries recidivante.

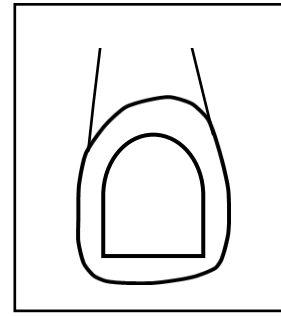
Pza. N°	Ubicación	Presencia de lesión cariosa
	Margen interno	
	Margen cervical	



Pza. N°	Ubicación	Presencia de lesión cariosa
	Margen interno	
	Margen cervical	



Pza. N°	Ubicación	Presencia de lesión cariosa
	Margen interno	
	Margen cervical	



Elaboracion propia.

- Índice de Sangrado de Lindhe (IG-s), 1983 modificado de Ainamo y Bay (GBI-s)

1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8

Anexo N°4

Solicitud a la encargada del Puesto de Salud Huascahura

SOLICITO: Autorización para poder realizar un trabajo de investigación.


Lcda. Estela Mendoza Paucar encargada del Puesto de Salud Huascahura – Ayacucho.

Yo, ERIK JHOEL VILLACRESIS TREJO, identificado con DNI 70141551, bachiller de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt. Ante usted expongo respetuosamente lo siguiente:

Que habiendo culminado la carrera profesional de ESTOMATOLOGÍA, solicito a usted autorización para poder realizar mi recolección de datos en su establecimiento de salud para mi tesis titulada "RELACION ENTRE EL MARGEN CERVICAL DE LAS CORONAS PROTÉSICAS FENESTRADAS Y LA ALTERACIÓN DE LA SALUD BUCAL DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD HUASCAHURA – AYACUCHO 2021". Para optar el grado de Cirujano Dentista.

POR LO EXPUESTO: Ruego a usted acceder a mi petición.

Ayacucho, 10 de Marzo del 2021


Erik Jhoel Villacresis Trejo
DNI 70141551



Anexo N° 5

Constancia otorgada por parte de la encargada de Puesto de Salud Huascahura



EL QUE SUSCRIBE, JEFE DEL PUESTO DE SALUD DE HUASCAHURA; MICRO RED BELEN, RED DE SALUD HUAMANGA, DIRECCION REGIONAL DE SALUD AYACUCHO OTORGA LA PRESENTE:

CONSTANCIA

Que, el señor **ERIK JHOEL VILLACRESIS TREJO**, Identificado Con DNI N° 70141551, **BACHILLER DE LA ESCUELA DE FORMACION PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA**; HA REALIZADO LA RECOLECCION DE DATOS PARA SU TRABAJO DE INVESTIGACION Y OBTENER EL GRADO PROFESIONAL, en el Puesto de Salud de Huascahura, Distrito de Ayacucho, Provincia de Huamanga, Región Ayacucho.

Se Expide la presente constancia a solicitud al interesado para fines que crea conveniente.

Ayacucho, 15 de Marzo del 2021



MINISTERIO DE SALUD
P.S. HUASCAHURA
[Firma]
TERESA MENDOZA PASCAR
CP #417

Anexo N° 6 Validación de Expertos

Formato de validación del primer experto


ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

APRECIACION DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Estimado profesional, usted ha sido invitado a participar en el proceso de apreciación de un instrumento de investigación; el presente formato servirá para que Ud. pueda hacernos llegar sus apreciaciones respectivas sobre el instrumento de medición: Ficha Técnica de Investigación (FTI), a utilizar en la investigación titulada: **"Margen cervical de coronas protésicas fenestradas y la alteración de la salud bucal en pacientes atendidos en el Puesto de Salud Huascahura – Ayacucho 2021"**. A continuación, sírvase identificar el criterio y marque con un aspa en la casilla que usted considere conveniente, además puede hacernos llegar alguna otra apreciación en la columna de observaciones. Agradecemos de antemano sus aportes que permitirán validar el instrumento para así recolectar información veraz.

Criterios	Apreciación		Observaciones
	SI	NO	
1. El instrumento responde al planteamiento del problema	X		
2. El instrumento responde a los objetivos de la investigación	X		
3. El instrumento responde a la Operacionalización de variables	X		
4. Los ítems responden a las hipótesis de estudio	X		
5. La estructura que presenta el instrumento es secuencial	X		
6. Los ítems están redactados en forma clara y precisa	X		
7. El número de ítems es adecuado	X		
8. Los ítems del instrumento son válidos	X		
9. ¿Se debe de incrementar el número de ítems?		X	
10. Se debe de eliminar algún ítem		X	

Sugerencias para mejorar el instrumento: *Ninguna*.....

Nombres y apellidos	CARLOS SAN MARTIN DELGADO	DNI N°	07761852
Título profesional	CIRUJANO DENTISTA		
Grado académico	MAESTRO		
Mención	DOCENCIA UNIVERSITARIA E INVESTIGACION PEDAGOGICA		
Lugar y fecha:	HUANCAYO, 07 DE MAYO 2021	Firma:	

Formato de validación del segundo experto


ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

APRECIACION DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Estimado profesional, usted ha sido invitado a participar en el proceso de apreciación de un instrumento de investigación; el presente formato servirá para que Ud. pueda hacernos llegar sus apreciaciones respectivas sobre el instrumento de medición: Ficha Técnica de Investigación (FTI), a utilizar en la investigación titulada : **"Margen cervical de coronas protésicas fenestradas y la alteración de la salud bucal en pacientes atendidos en el Puesto de Salud Huascahura – Ayacucho 2021.** A continuación, sírvase identificar el criterio y marque con un aspa en la casilla que usted considere conveniente, además puede hacernos llegar alguna otra apreciación en la columna de observaciones. Agradecemos de antemano sus aportes que permitirán validar el instrumento para así recolectar información veraz.

Criterios	Apreciación		Observaciones
	SI	NO	
1. El instrumento responde al planteamiento del problema	X		
2. El instrumento responde a los objetivos de la investigación	X		
3. El instrumento responde a la Operacionalización de variables	X		
4. Los ítems responden a las hipótesis de estudio	X		
5. La estructura que presenta el instrumento es secuencial	X		
6. Los ítems están redactados en forma clara y precisa	X		
7. El número de ítems es adecuado	X		
8. Los ítems del instrumento son validos	X		
9. ¿Se debe de incrementar el número de ítems?		X	
10. Se debe de eliminar algún ítem		X	

Sugerencias paramejorar el instrumento: *Ninguna*.....

Nombres y apellidos	KEVIN FERNANDO HUAMANI BENDEZÚ	DNI N°	72115676
Título profesional	CIRUJANO DENTISTA		
Grado académico	MAESTRO		
Mención	INVESTIGACIONA Y DOCENCIA UNIVERSITARIA		
Lugar y fecha: HUANCAYO, 04 DE MAYO 2021			Firma:

Formato de validación del tercer experto

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

APRECIACION DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Estimado profesional, usted ha sido invitado a participar en el proceso de apreciación de un instrumento de investigación; el presente formato servirá para que Ud. pueda hacernos llegar sus apreciaciones respectivas sobre el instrumento de medición: Ficha Técnica de Investigación (FTI), a utilizar en la investigación titulada "Margen cervical de coronas protésicas fenestradas y la alteración de la salud bucal en pacientes atendidos en el Puesto de Salud Huascahura – Ayacucho 2021". A continuación, sírvase identificar el criterio y marque con un aspa en la casilla que usted considere conveniente, además puede hacernos llegar alguna otra apreciación en la columna de observaciones. Agradecemos de antemano sus aportes que permitirán validar el instrumento para así recolectar información veraz.

Criterios	Apreciación		Observaciones
	SI	NO	
1. El instrumento responde al planteamiento del problema	X		
2. El instrumento responde a los objetivos de la investigación	X		
3. El instrumento responde a la Operacionalización de variables	X		[
4. Los ítems responden a las hipótesis de estudio	X		
5. La estructura que presenta el instrumento es secuencial	X		
6. Los ítems están redactados en forma clara y precisa	X		
7. El número de ítems es adecuado	X		
8. Los ítems del instrumento son válidos	X		
9. ¿Se debe de incrementar el número de ítems?		X	
10. Se debe de eliminar algún ítem		X	

Sugerencias para mejorar el instrumento: *Ninguna*.....

Nombres y apellidos	ISRAEL R. PARIAJULCA FERNANDEZ	DNI N°	40000243
Título profesional	CIRUJANO DENTISTA		
Grado académico	DOCTOR		
Mención	SALUD PUBLICA		
Lugar y fecha:	HUANCAYO, 04 DE MAYO 2021		Firma: 

Formato de validación del cuarto experto

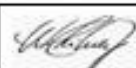
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

APRECIACION DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Estimado profesional, usted ha sido invitado a participar en el proceso de apreciación de un instrumento de investigación; el presente formato servirá para que Ud. pueda hacernos llegar sus apreciaciones respectivas sobre el instrumento de medición: Ficha Técnica de Investigación (FTI), a utilizar en la investigación titulada : **"Margen cervical de coronas protésicas fenestradas y la alteración de la salud bucal en pacientes atendidos en el Puesto de Salud Huascahura – Ayacucho 2021"**. A continuación, sírvase identificar el criterio y marque con un aspa en la casilla que usted considere conveniente, además puede hacernos llegar alguna otra apreciación en la columna de observaciones. Agradecemos de antemano sus aportes que permitirán validar el instrumento para así recolectar información veraz.

Criterios	Apreciación		Observaciones
	SI	NO	
1. El instrumento responde al planteamiento del problema	X		
2. El instrumento responde a los objetivos de la investigación	X		
3. El instrumento responde a la Operacionalización de variables	X		
4. Los ítems responden a las hipótesis de estudio	X		
5. La estructura que presenta el instrumento es secuencial	X		
6. Los ítems están redactados en forma clara y precisa	X		
7. El número de ítems es adecuado	X		
8. Los ítems del instrumento son válidos	X		
9. ¿Se debe de incrementar el número de ítems?		X	
10. Se debe de eliminar algún ítem		X	

Sugerencias para mejorar el instrumento: ~~ninguna~~ Ninguna.....

Nombres y apellidos	WILLIAM BELLO A SENCIO S	DNI N.º	43627925
Título profesional	CIRUJANO DENTISTA		
Grado académico	MAESTRO		
Mención	GESTION DE SERVICIOS DE SALUD		
Lugar y fecha: LIMA, 01 DE MAYO 2021	Firma: 		

Formato de validación del quinto experto


ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

APRECIACION DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Estimado profesional, usted ha sido invitado a participar en el proceso de apreciación de un instrumento de investigación; el presente formato servirá para que Ud. pueda hacernos llegar sus apreciaciones respectivas sobre el instrumento de medición: Ficha Técnica de Investigación (FTI), a utilizar en la investigación titulada: **"Margen cervical de coronas protésicas fenestradas y la alteración de la salud bucal en pacientes atendidos en el Puesto de Salud Huascahura – Ayacucho 2021"**. A continuación, sírvase identificar el criterio y marque con un aspa en la casilla que usted considere conveniente, además puede hacernos llegar alguna otra apreciación en la columna de observaciones. Agradecemos de antemano sus aportes que permitirán validar el instrumento para así recolectar información veraz.

Criterios	Apreciación		Observaciones
	SI	NO	
1. El instrumento responde al planteamiento del problema	X		
2. El instrumento responde a los objetivos de la investigación	X		
3. El instrumento responde a la Operacionalización de variables	X		
4. Los ítems responden a las hipótesis de estudio	X		
5. La estructura que presenta el instrumento es secuencial	X		
6. Los ítems están redactados en forma clara y precisa	X		
7. El número de ítems es adecuado	X		
8. Los ítems del instrumento son válidos	X		
9. ¿Se debe de incrementar el número de ítems?		X	
10. Se debe de eliminar algún ítem		X	

Sugerencias para mejorar el instrumento: *Ninguna*.....

Nombres y apellidos	MARCO AURELIO GARCIA DIAZ	DNI N.º	43334345
Título profesional	CIRUJANO DENTISTA		
Grado académico	MAESTRO		
Mención	SALUD PUBLICA		
Lugar y fecha:	HUANCAYO, 03 DE MAYO 2021	Firma:	

Anexo N° 7. Evidencias Fotográficas

Fotografía del Puesto de Salud Huaschahura



Equipo a usar para la toma de datos



Inspección del paciente



Sondaje a la piezas dentarias con corona fenestrada



