



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

TESIS

**FACTORES ETIOLÓGICOS DE EXODONCIA EN DENTICIÓN
PERMANENTE DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL HOSPITAL
REFERENCIAL FERREÑAFE, 2017**

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

PRESENTADO POR:

BACHILLER: GARCIA ALBERCA, LOREYNE YARALIT

ASESOR:

Mg. ANTONIO AURELIO DURAND VÁSQUEZ

CHICLAYO - PERÚ

2018

**FACTORES ETIOLÓGICOS DE EXODONCIA EN DENTICIÓN
PERMANENTE DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL HOSPITAL
REFERENCIAL FERREÑAFE, 2017**

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

PRESENTADO POR:

BACHILLER: GARCIA ALBERCA, LOREYNE YARALIT

ASESOR:

Mg. ANTONIO AURELIO DURAND VÁSQUEZ

CHICLAYO-PERÚ

2018

GARCIA ALBERCA, LOREYNE YARALIT

**FACTORES ETIOLÓGICOS DE EXODONCIA EN DENTICIÓN
PERMANENTE DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL HOSPITAL
REFERENCIAL FERREÑAFE, 2017**

Ésta tesis fue evaluada y aprobada para la obtención del título
de Cirujano Dentista por la Universidad Alas Peruanas

CHICLAYO-PERÚ

2018

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

Mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

Loreyne Yaralit

Agradezco a Dios por permitirme tener y disfrutar a mi familia, gracias a mi universidad por permitirme convertirme en ser un profesional en lo que tanto me apasiona, a cada maestro por su dedicación a impartir y compartir sus conocimientos y sabidurías que formaron parte de mi vida estudiantil de tan hermosa carrera, al igual que al Hospital Referencial Ferreñafe por permitirme realizar mi trabajo de investigación.

Loreyne Yaralit

RESUMEN

La extracción dental es un procedimiento muy frecuente que se realiza a diario, mediante técnicas apropiadas se elimina la pieza dentaria de su alveolo. Cuando se pierde una pieza dental se produce un desequilibrio a nivel del sistema estomatognático.

De esta manera el presente trabajo de investigación tiene como propósito identificar los factores etiológicos de exodoncia en dentición permanente de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe.

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y transversal, la muestra consistió en pacientes que cumplen con los criterios de inclusión y en total se extrajeron 98 dientes. Se realizó un examen clínico del investigador y ayuda del cirujano dentista de turno para luego hacer el llenado de la historia clínica y posteriormente pasarlo a una ficha de recolección de datos. El análisis estadístico fue efectuado en el SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

El factor principal de extracción dentaria fue caries dental (53,06%), seguida por remanente radicular (20,41%), y la enfermedad periodontal (19,39%) la mayor tasa de dientes extraídos fue encontrada en mujeres (60,20%) y la escala de edad de 36-59 años (34,69%).

Se concluyó que el motivo principal de extracción dentaria es la caries dental, siendo el mayor porcentaje en el género femenino en edades comprendidas de 36-59 años en el grupo dentario posterosuperior. Hubo una asociación significativa entre la edad y el tipo de diente a extraer con el motivo de extracción.

PALABRAS CLAVE: extracción dentaria; factores de exodoncia.

ABSTRAC

The dental extraction is a very frequent procedure that is carried out daily, by means of appropriate techniques the dental piece of its alveolus is eliminated. When a tooth is lost, an imbalance occurs at the level of the stomatognathic system.

In this way, the present research work has the purpose of identifying the factors of exodonty in permanent dentition of the patients that go to the dentistry service of the Ferreñafe Referential Hospital.

A descriptive, prospective and cross-sectional study was carried out; the final sample consisted of patients who met the inclusion criteria and a total of 98 teeth were extracted. A clinical examination was carried out with the help of the dental surgeon on duty to then fill out the medical history and then transfer it to a data collection form. The statistical analysis was carried out in the spss (Statistical Package for the Social Sciences).

El factor principal de extracción dentaria fue caries dental (53,06%), seguido por remanente radicular (20,41%), y la enfermedad periodontal (19,39%) la mayor tasa de dientes extraídos fue encontrada en mujeres (60, 20%) y la escala de edad de 36-59 años (34,69%).

It was concluded that the main reason for tooth extraction is dental caries, being the highest percentage in the female gender in ages between 36 and 59 years in the posterosuperior dental group. There was a significant association between age and the type of tooth to be extracted with the reason for extraction.

KEYWORDS: tooth extraction; Exodontia factors.

INDICE

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática.....	15
1.2 Formulación del problema.....	17
1.3 Objetivos de la investigación.....	17
1.4 Justificación de la investigación.....	18
1.4.1 importancia de la investigación.....	18
1.4.2 viabilidad de la investigación.....	19
1.5 Limitaciones del estudio.....	19

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación.....	20
2.2 Bases teóricas.....	24
2.2.1 exodoncia.....	24
2.2.2 causas exodoncia.....	24
Caries dental.....	24
Enfermedad periodontal.....	28
Diente impactado.....	30
Diente supernumerario.....	34
Diente ectópico.....	35
Motivo protésico.....	35
Motivo ortodóntico.....	36
Fractura dental.....	37
Remanente radicular.....	37

2.2.3 dientes permanentes.....	38
--------------------------------	----

2.3 Definición de términos básicos.....	39
---	----

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Formulación de la hipótesis principal y derivadas.....	41
--	----

3.2 Variables; dimensiones e indicadores y definición conceptual y operacional.....	42
---	----

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 diseño metodológico.....	45
------------------------------	----

4.2 Diseño muestral.....	46
--------------------------	----

4.3 Técnicas e instrumento de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	47
--	----

4.4 Técnicas de procesamiento de la información.....	49
--	----

4.5 Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información.....	49
--	----

CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1 Análisis descriptivo, tablas de frecuencia, gráficos, dibujos, fotos, tablas.....	50
---	----

5.2 Análisis inferencias, pruebas estadísticas paramétricas, no paramétricas, de correlación, de regresión.....	52
---	----

5.3 comprobación de hipótesis, técnicas estadísticas empleadas.....	69
---	----

DISCUSIÓN

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

FUENTES DE INFORMACIÓN

ANEXOS

Anexo 01: Carta de presentación

Anexo 02: Constancia desarrollo de la investigación

Anexo 03: Consentimiento informado

Anexo 04: Instrumento de recolección de datos

Anexo 05: Matriz de consistencia

Anexo 06: Fotografías

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 01: Distribución de género de los pacientes que acudieron por exodoncia de dientes permanentes.....	50
TABLA N°02: Distribución de edad de los pacientes que acudieron por exodoncia de dientes permanentes.....	51
TABLA N° 03: Distribución de factores de extracción dental.....	52
TABLA N° 04: Distribución de piezas dentarias más frecuentes según factor de extracción.....	53
TABLA N° 05: Distribución de piezas dentarias más frecuentes de acuerdo a edad.....	56
TABLA N° 06: Distribución de piezas dentarias más frecuentes de acuerdo a género.....	58
TABLA N° 07: Distribución de factores etiológicos más frecuentes de acuerdo a edad.....	60
TABLA N° 08: Distribución de factores etiológicos más frecuentes de acuerdo a género.....	62
TABLA N° 09: Distribución de grupo dentario más frecuente según el factor de extracción.....	64
TABLA N° 10: Distribución de grupo dentario más frecuente de acuerdo a edad.....	66
TABLA N° 11: Distribución de grupo dentario más frecuente de acuerdo a género.....	68

TABLA N° 12: Distribución de Contrastación de hipótesis general.....	69
--	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO N° 01: Consolidado de género de los pacientes que acudieron por exodoncia de dientes permanentes.....	50
---	----

GRAFICO N°02: Consolidado de edad de los pacientes que acudieron por exodoncia de dientes permanentes.....	51
--	----

GRAFICO N° 03: Consolidado de factores de exodoncia.....	52
--	----

GRAFICO N° 04: Consolidado de piezas dentarias más frecuentes según factor de extracción.....	55
---	----

GRAFICO N° 05: Consolidado de piezas dentarias más frecuentes de acuerdo a edad.....	57
--	----

GRAFICO N° 06: Consolidado de piezas dentarias más frecuentes de acuerdo a género.....	59
--	----

GRAFICO N° 07: Consolidado de factores de exodoncia más frecuentes de acuerdo a edad.....	61
---	----

GRAFICO N° 08: Consolidado de factores de exodoncia más frecuentes de acuerdo a género.....	62
---	----

GRAFICO N° 09: Consolidado de grupo dentario más frecuente según el factor de extracción.....	64
---	----

GRAFICO N°10: Consolidado de grupo dentario más frecuente de acuerdo a edad.....	67
--	----

GRAFICO N°11: Consolidado de grupo dentario más frecuente de acuerdo a género.....	68
--	----

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se refiere a los factores etiológicos de extracción dental, que se puede definir como la causa o motivo en donde se extrae el diente de alveolo que en la mayoría de los casos se extraen por estar afectados por enfermedad, pero también se sacrifican órganos dentales sanos ¹.

La extracción dental es el procedimiento en el cual se retira el órgano dental de la articulación alveolodentaria siguiendo cuatro pasos: sindesmotomía, luxación, aprehensión y avulsión. Diversos estudios realizados alrededor del mundo han identificado varias causas por las que se extraen los dientes permanentes ².

Las causas que originan este problema son la caries dental, la enfermedad periodontal, dientes ectópicos, supernumerarios, remanentes radiculares, que se produce por el alto consumo de azúcar desde edades muy tempranas, la deficiente higiene bucal y además las limitaciones económicas de los pacientes que hacen que no opten por un tratamiento ofertado por el profesional y que terminan generando finalmente una extracción dentaria.

La investigación de este problema se realizó por el interés de conocer la etiología de extracción dental en los pacientes que acuden al servicio de odontología del distrito de Ferreñafe y sus alrededores.

Realizar esta investigación fue un interés académico y profesional, asimismo aportar estadísticas sobre este tema de salud bucal, ya que no se debe subestimar la importancia de un diente, porque su pérdida no solo es lamentable desde el punto de vista estético, sino también porque los dientes son componentes importantes en la digestión y asimilación óptima de los alimentos.

La investigación de los factores de extracción dentaria, se realizó con una evaluación clínica a los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe en presencia del Cirujano Dentista de turno, se hizo el llenado respectivo de la historia clínica para luego registrarlo en una ficha de recolección de datos.

Siendo el objetivo del presente proyecto de investigación, Identificar los factores etiológicos de exodoncia en dentición permanente de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017. Y se explicara en los siguientes capítulos.

EN EL CAPÍTULO I: Se realiza la descripción de la realidad problemática, formulación del problema, objetivos, justificación e importancia y limitaciones del estudio.

EN EL CAPÍTULO II: Dentro de este capítulo vamos a desarrollar los antecedentes de la investigación, bases teóricas donde hablaremos de los factores de exodoncia y definición de términos básicos.

EN EL CAPÍTULO III: Se realizó la formulación de las hipótesis, variables, dimensiones e indicadores y definición conceptual y operacional.

EN EL CAPÍTULO IV: Se hizo referencia al diseño metodológico, muestral, técnicas e instrumentos utilizados en la investigación y análisis de información.

EN EL CAPÍTULO V: En este capítulo final se realizó el análisis descriptivo, pruebas estadísticas, comprobación de hipótesis y discusión.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La pérdida de dientes a nivel mundial continúa siendo un importante problema de salud pública, los diferentes estudios realizados demuestran que la caries dental seguida por la enfermedad periodontal son los factores etiológicos más influyentes de la extracción dental ³⁻⁴⁻⁵.

La extracción dentaria continúa ocupando el mayor porcentaje de la actividad quirúrgica del profesional estomatólogo, a pesar de la importancia del mantenimiento de la dentición tanto estético funcional y psicológico, existen varias causas uno de ellos son los medios económicos ,asimismo existen pacientes que pierden sus piezas dentales por enfermedades bucodentales , como la caries dental, periodontitis, indicaciones protésicas, indicaciones Ortodónticas, fracturas, dientes supernumerarios, dientes retenidos ².

No solo existen diversas causas que generan la perdida de piezas dentarias, sino que trae como consecuencia al transcurrir el tiempo problemas de salud oral más complejas afectando así la función masticatoria, la comunicación y la estética perjudicando la calidad de vida de las personas desde la etapa infantil y adulta ⁷⁻⁸.

Según la Organización Mundial de la Salud el 60% y 90% de los niños en edad escolar y aproximadamente el 100% de los adultos presentan caries dental, la enfermedad periodontal grave afecta en un 15 % y 20% de los adultos con edad media que desencadenan en la perdida de piezas dentales, además alrededor del 30% de personas con edades comprometidas entre 65 y los 74 años de edad no tienen dientes naturales ⁸.

En Perú según el Minsa cerca del 90% de la población padece caries dental, además de otras enfermedades bucales como la enfermedad periodontal del 85% y las maloclusiones; el 10% de la población ha perdido una o dos piezas dentales, es por ello que la Comisión del Programa Nacional de Salud Bucal busca mediante un conjunto de actividades reforzar e implementar hábitos de higiene oral, el uso correcto del Flúor y fomentar el consumo de la sal fluorada en la población en general pero sobretodo en las poblaciones de riesgo como pre-escolares y escolares 9-10 .

En la región Lambayeque existe varios hospitales como Hospital Regional Lambayeque, Hospital Regional Docente Las Mercedes, Hospital Provincial Docente Belén-Lambayeque y Hospital Referencial Ferreñafe ubicada en la provincia y distrito de Ferreñafe, en este último hospital aún no se ha encontrado información sobre estudios de investigación relacionados a factores etiológicos de extracción de dientes permanentes en pacientes que asisten a este nosocomio, considerando que se puede tomar como referencia a un sector de la población para el estudio respectivo; tal es el caso que se ha observado que los pacientes que acuden al área de odontología mayormente optan por la extracción dentaria, debido a varias causas como caries dental avanzada, enfermedad periodontal y por su nivel económico; cabe destacar que existen pacientes inscritos en el SIS, lo cual no cubre los tratamientos ortodónticos, endodónticos y protésicos perdiendo así su pieza dentaria.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Problema principal

¿Cuáles son los factores etiológicos de exodoncia en dentición permanente de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017?

Problemas secundarios

- ¿Cuáles son las piezas dentarias permanentes que se extraen con mayor frecuencia según el factor etiológico de extracción de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017?
- ¿Cuáles son las piezas dentarias permanentes que se extraen con mayor frecuencia de acuerdo a edad y género de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017?
- ¿Cuál es el factor etiológico más frecuente para realizar la exodoncia de dientes permanentes, de acuerdo a edad y género de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017?
- ¿Cuál es el grupo dentario más frecuente según el factor etiológico de extracción, edad y género de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe.

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general

Identificar los factores etiológicos de exodoncia en dentición permanente de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017.

Objetivos secundarios

- Identificar las piezas dentarias permanentes que se extraen con mayor frecuencia según el factor etiológico de extracción de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017.
- Identificar las piezas dentarias permanentes que se extraen con mayor frecuencia de acuerdo a edad y género de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017.
- Determinar el factor etiológico más frecuente para realizar exodoncias en dientes permanentes, de acuerdo a edad y género de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017.
- Determinar el grupo dentario más frecuente según el factor etiológico de extracción, edad y género de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017.

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio, es importante porque ayudó a identificar datos estadísticos sobre los factores etiológicos más frecuentes de la extracción dentaria en los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, se obtuvo conocimientos necesarios y así llenar esos vacíos de información para intervenir en forma oportuna con actividades preventivas y así mantener una buena salud bucal.

Esta investigación contribuye a que las autoridades por parte del Hospital Referencial Ferreñafe planifiquen e implementen programas de prevención,

mantenimiento y conservación de las piezas dentales permanentes que motiven a los pacientes y familiares a que acudan continuamente a la consulta, así como incentivar a que mejoren su calidad de vida para que ayuden en un futuro a disminuir tasas altas de extracción dentaria.

Los resultados obtenidos como producto de la investigación aportan valiosa información en el servicio de odontología del nosocomio y para la aplicación en el ámbito profesional.

1.4.2 VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Se dispone de recursos humanos, recursos económicos la cual fue autofinanciada en su totalidad por el investigador, y con respecto a los materiales necesarios fueron utilizados de manera óptima para el estudio.

Con la ejecución de la investigación no se alteró ni causó ningún daño al individuo, comunidad ni ambiente, más bien tuvo la finalidad de conocer los factores etiológicos de las extracciones de dientes permanentes donde los pacientes participarán de manera voluntaria dejando constancia en el consentimiento informado.

1.5 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

No existe un índice que permita obtener información sobre causas de extracción dental de dientes permanentes para poder contrastar los resultados con otras INVESTIGACIONES a nivel local y nacional.

Los resultados obtenidos no fueron extrapolados, porque son representativos a la población de estudio.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Villares DE, *et al*³. (2015). España – Madrid. “Análisis de las causas de exodoncia en dentición permanente en pacientes que acuden a la consulta de odontología de un centro de salud de atención primaria”. El objetivo fue conocer las causas de exodoncia en la consulta de odontología de atención primaria en el Centro de Salud Juncal. Realizaron un estudio de campo, epidemiológico descriptivo, observacional transversal, siendo la población de estudio pacientes mayores de 6 años. Se realizaron 773 exodoncias, un 48% a varones y un 52% a mujeres, el grupo de mayor número de exodoncias fue comprendido entre 60-69 años (21,73%), la caries fue la causa más frecuente de exodoncia (63,9%) seguida de la enfermedad periodontal (17,6%) y la alteración de la erupción de los cordales (6,7%).

Medina CE, *et al*¹¹. (2013). México. “Principal reasons for extraction of permanent tooth in a sample of Mexicans adults”. El propósito fue identificar las razones principales para extracción dental en pacientes adultos que acuden a clínicas dentales universitarias. Desarrollaron un estudio transversal en 331 pacientes de entre 18 y 85 años entre enero y diciembre del 2009, los datos sobre edad, sexo, diente y motivo se realizaron mediante pruebas no paramétricas en STATA 9.0. en total se realizaron 779 extracciones la mayoría mujeres (66.8%), la causa principal fue por caries dental (43.1%) luego por enfermedad periodontal (27,9%) y finalmente por razones protésicas (21.51%).

Lee CY, *et al*⁴. (2015). China – Taiwan. “Reasons for permanent tooth extractions in Taiwan”. El fin fue determinar las razones para la extracción de dientes permanentes en Taiwán. Se realizó basado en la base de datos del Seguro Nacional De Salud del año 2009, fue adoptada y hay 131,104 registros de visitas dentales, entre ellos, 4811 pacientes tienen una codificación de extracción. se mostró que la caries dental (55,3%) fue la principal causa de extracción dental, y se observó en todos los grupos de edad, continuando la enfermedad periodontal (22,1%) aumento en mayores de 35 años, El tercer molar maxilar y mandibular fueron los tipos de diente más frecuentemente removidos, y la mayoría fueron extraídos por caries dental e impactación respectivamente.

Chrysanthakopoulos NA, *et al*¹². (2013) Grecia. “Reasons and risks of permanent teeth extraction. The general dental practice in Greece”. La finalidad del estudio retrospectivo fue investigar las razones de la extracción dental y sus asociaciones con posibles indicadores de riesgo. Incluyo 2250 pacientes de 18-78 años, los datos fueron obtenidos mediante un cuestionario y examen clínico oral. En total fueron extraídos 5568 dientes permanentes siendo la principal causa caries dental (37,3%) continuando la enfermedad periodontal (35,0%).

Jafarian M, *et al*¹³. (2012) Iran-Teherán. “Reasons for Extraction of Permanent Teeth in General Dental Practices in Tehran, Iran”. El propósito fue investigar la causa principal de extracción de dientes permanentes, sus correlaciones con la edad, el sexo y el nivel educativo, así como identificar los principales predictores de caries dentales en los centros odontológicos generales de Teherán, Irán. Se ejecutó en un periodo de 6 meses con una población de 1382 pacientes tanto hombres y

mujeres de 9 a 95 años de edad que se sometieron a extracción dental. Se extrajeron un total de 2.620 dientes de los 1.382 pacientes, La tasa más alta (36,9%) de extracción ocurrió para los 41-60 años de edad, Los varones comprendían el 48,7% de los pacientes, pero tenían más dientes que las mujeres, La pérdida de dientes por caries fue del 51%; La enfermedad periodontal fue del 14,4%; Supernumerarios y impactación de dientes 13,9%.

Alesia K, Khalil, *et al*⁵. (2013) Asia. "Reasons for and patterns relating to the extraction of permanent teeth in a subset of the Saudi population". El fin del estudio fue investigar las razones y los patrones de extracción de dientes permanentes en un subconjunto de la población saudita. En un periodo de 3 meses los dentistas realizaron una encuesta especialmente diseñado sobre las razones de la extracción de cada diente permanente, los datos solicitados fueron: edad, sexo, nacionalidad, tipo de diente removido y razón de su extracción. La principal razón de extracción fue la caries (50,2%), seguido por problemas ortodónticos (18,2%), problemas de erupción (17,5%) y problemas periodontales (8,2%), los dientes posteriores más frecuentemente extraídos fueron el tercer molar mandibular (19,4%), el tercer molar superior (16,4%), el primer premolar superior (13,2%) y el primer molar mandibular (10,9%).

Cisneros JC ¹⁴. (2016) Quito-Ecuador. "Causas para la extracción de piezas dentarias en los pacientes, que acuden a la clínica de cirugía de la facultad de odontología de la Universidad Central del Ecuador periodo 2015". El propósito fue investigar las causas principales de extracción. Realizaron un estudio descriptivo, prospectivo y transversal, mediante una encuesta en 754 pacientes. Dando como resultado la caries dental con (37%), motivos protésicos con el (18.70%), enfermedad periodontal con el (13%), el sexo que asistió con mayor frecuencia fue el femenino con (58%) y el masculino con (42%) mientras que los dientes que más se extrajeron las piezas dentarias # 18 con (8.51%) y # 28 con (8,23%).

Anyanechi C, Chukwuneke F ¹⁵. (2012) Nigeria. "Survey of the Reasons for Dental Extraction in Eastern Nigeria". El fin fue identificar las causas de exodoncia de dientes en el este de Nigeria. Distribuyeron formularios para ingresar datos durante un mes y un sobre de retorno auto-dirigida a 100 cirujanos dentista usando una selección aleatoria simple. Se realizó un total de (37,7%) en varones y (62,3%) en mujeres, con mayor número de extracciones en las edades de 11 a 30 años, siendo la caries dental con (55,2%) la razón más común para la extracción de dientes.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 EXODONCIA

La exodoncia es un término inducido por Winter, es aquella parte de la cirugía bucal que se ocupa de realizar la avulsión o extracción de un diente o porción del mismo (resto radicular), mediante una técnica e instrumental correcto, del lecho óseo que lo alberga ².

2.2.2 CAUSAS DE EXTRACCIÓN DENTARIA

Las piezas dentarias se extraen por muchos motivos, esta sección aborda las indicaciones generales de la exodoncia, sin embargo todos los autores coinciden que las indicaciones no son reglas absolutas sino una orientación ¹.

CARIES DENTAL

Es una enfermedad microbiana irreversible de los tejidos calcificados del diente, y que se caracteriza por la desmineralización de la porción inorgánica y la destrucción de una parte orgánica del mismo ¹⁶.

Se trata de una enfermedad de naturaleza multifactorial, determinada por factores biológicos y los factores de modulación social tales como la educación, la clase social, el comportamiento y la actitud ¹⁷.

En lo que se refiere a los factores sociales, podemos destacar por ejemplo el estatuto de salud oral y los productos de higiene así como el menor conocimiento sobre los correctos hábitos de higiene oral y consecuentemente la alta prevalencia y severidad de caries dental ¹⁸.

Siendo una de las enfermedades más prevalentes, en poblaciones con acceso limitado a la prevención y al tratamiento provocan limitaciones en la vida cotidiana de las personas desencadenando dolores y pérdidas dentales. Sin embargo su contribución a la pérdida de dientes en otras poblaciones puede ser menos marcada y desigualmente distribuida por las edades y el género ¹⁹.

Según Marcantoni la cavidad constituye un sistema ecológico complejo, algunos microorganismos son retenidos por mecanismos específicos de adherencia en las superficies de mucosas y particularmente en las piezas dentarias en contacto con determinados nutrientes estos microorganismos se relacionan con la película adquirida a través de una matriz de polisacáridos y conforman un sistema donde crecen, maduran, se multiplican y generan ácidos como producto del metabolismo de los hidratos de carbono ²⁰.

Los mecanismos y la fisiopatología que subyacen al desarrollo de la caries dental son ahora cada vez más bien entendidos y se consideran mejor primero de la dura (ya que la enfermedad afecta a los tejidos calcificados) y luego de los aspectos relacionados con la microbiología (biofilm) (ya que éstos representan el conductor del proceso de caries si se mantiene el desequilibrio homeostático). Sin embargo, debido a la naturaleza multifacética del proceso de la enfermedad, estos factores no son independientes. Los tejidos dentales duros que están expuestos al ambiente oral (coronas y, más tarde, raíces después de la recesión gingival) son los objetivos del proceso de la enfermedad de caries, y todas las superficies de los dientes son susceptibles a lo largo de la vida de un individuo. Sin embargo, la caries no se producirá en ausencia de un biofilm cariogénico (es decir, patogénico) y exposición frecuente a carbohidratos dietéticos, principalmente azúcares libres, por lo que la caries debe considerarse una enfermedad microbiana dietética ²¹.

La lesión cariosa debe tratarse de una manera que permita detener su actividad, preservando al mismo tiempo el tejido dental sano y la vitalidad de la pulpa. Para los dientes con pulpa vital, se han desarrollado varias estrategias de extracción: extracción no selectiva (completa), que ya no se recomienda; extracción selectiva a la dentina dura, donde la dentina firme queda centrada y la dentina dura periféricamente, permitiendo la colocación de una restauración de larga duración, evitando al mismo tiempo la eliminación de tejido remineralizable; esto se recomienda para lesiones superficiales o moderadamente profundas; Extracción selectiva a dentina blanda, donde se deja una dentina blanda o coriácea en la proximidad de la pulpa y sellada bajo una restauración; esto se recomienda para las lesiones profundas; eliminación por pasos; que combina diferentes estrategias y también es adecuado para lesiones profundas, al menos en pacientes adultos. Las alternativas consisten en no eliminar, sino sellar las lesiones con resinas (para lesiones poco profundas, no cavitadas) o coronas de acero inoxidable (Hall Technique, para lesiones cavitadas en los molares primarios), o abrir la lesión y limpiarla periódicamente apoyada por pruebas suficientes ²².

La caries se manifiesta por una alteración de color y consistencia de la parte atacada. Suele aparecer una mancha blanca, parda o negruzca que da lugar posteriormente a una cavidad que avanza en profundidad a medida que el proceso continúa. Se localiza preferentemente en las fosas, surcos y fisuras de todos los dientes, alrededor de los puntos de contacto entre los mismos; también en las zonas de unión entre el cemento y el esmalte, que se denomina cuello del diente. Es decir, en aquellas zonas que ofrecen las mejores condiciones para el desarrollo y retención de los microorganismos y restos alimenticios que dan lugar a fermentaciones²⁰.

La caries dental es una enfermedad infecciosa que afecta los tejidos duros del diente (esmalte, dentina y cemento), es una de las patologías más prevalentes en la especie humana. En su desarrollo intervienen simultáneamente tres factores: las características del huésped (susceptibilidad del diente y composición y cantidad de saliva), el consumo por el paciente de una dieta favorecedora (rica en carbohidratos) y la presencia en la cavidad oral de microorganismos cariogénicos (estreptococo mutans, lactobacilos, actinomices.) Junto a ellos, se necesita la colaboración de un cuarto factor, el tiempo, que es indispensable para que los otros actúen. Los hidratos de carbono ingeridos en la dieta son metabolizados en la cavidad oral por las bacterias. Como resultado de este proceso, se generan ácidos que producen un descenso del pH y causan la disolución del componente orgánico y la desmineralización del componente inorgánico de los tejidos duros del diente. En la superficie del diente tiene lugar un ciclo continuo de desmineralización y remineralización²³.

Las estrategias para prevenir la caries dental incluye la eliminación de la placa dental, neutralizar los ácidos eliminar o reducir los azúcares dentro de la dieta, flúor, sellado de fosas y fisuras, además el cepillado dental es un hábito dental aceptado haciendo que los dientes sean más atractivos y ayuda a reducir el desarrollo de la caries y a prevenir la enfermedad periodontal²⁴.

El motivo quizás más frecuente para la exodoncia de un diente es que presente caries avanzada que no puede restaurarse, y tanto la complejidad y el costo sea una alternativa para la extracción dentaria¹.

ENFERMEDAD PERIODONTAL

La enfermedad periodontal, una enfermedad inflamatoria mediada por bacterias del aparato gingival y adyacente de fijación periodontal, se caracteriza por la inflamación y destrucción del tejido periodontal ²⁵.

La presencia de la enfermedad periodontal extensa y grave es una razón frecuente para la extracción dental. Habría que considerar determinadas condiciones: movilidad horizontal y vertical grado 3, pérdida ósea mayor a un 50%, con relación coronorradicular desfavorable, profundidad de sondaje más de 5 mm, lesiones de furcación clase 3, abscesos periodontales repetidos e importancia estratégica del diente ².

La gingivitis, considerada un precursor de la periodontitis, es causada por una biopelícula bacteriana (placa dental) que se acumula en los dientes adyacentes a la encía (encías). La gingivitis es una forma reversible y no destructiva de periodontitis que produce una inflamación de los tejidos del diente de soporte pero sin desprendimiento ni pérdida ósea. La periodontitis se produce cuando el proceso inflamatorio conduce a la pérdida de la unión del ligamento periodontal (PDL) de la dentición con la recesión de las encías y la eventual pérdida ósea. Si bien la gingivitis puede nunca progresar a periodontitis, las INVESTIGACIONES indican que la periodontitis casi siempre está precedida por la gingivitis ²⁶.

La periodontitis crónica suele ser una forma de enfermedad periodontal de avance lento que en cualquier estadio puede exacerbarse y generar pérdida adicional de inserción y hueso. La destrucción tisular en la periodontitis crónica no afecta a todos los dientes por igual sino que tiene predilección por determinados sitios. La mayor parte de los dientes presentan retracción avanzada en el margen de tejido blando ²⁷.

Es frecuente en adultos, pero también puede ocurrir en niños y adolescentes; la cantidad de destrucción tisular generalmente es acorde con los niveles de placa dental, las defensas del huésped y los factores de riesgo relacionados. Una característica clave de la periodontitis crónica y agresiva es la especificidad del sitio: los bolsillos periodontales característicos y la pérdida de unión y la pérdida ósea que la acompañan no se producen uniformemente en toda la dentadura ²⁸.

La profundidad de la bolsa medida en mm, es definida como la progresión de la enfermedad. Para calcular con precisión la pérdida de inserción clínica (CAL), deben obtenerse profundidades de sondeo del surco gingival, así como mediciones de la recesión gingival ubicando el margen gingival en relación con la unión amelocementaria, donde la superficie de la corona se encuentra con la superficie de la raíz. Según la clasificación de Armitage, la gravedad se clasifica a través de CAL del periodonto de la dentición. Las formas leves (1-2 mm CAL), moderadas (3-4 mm CAL) y severas (≥ 5 mm CAL) se distinguen entre sí ²⁹.

El diagnóstico de periodontitis requiere dos hallazgos distintos: inflamación y pérdida de inserción. La inflamación a menudo se presenta como enrojecimiento e hinchazón de la encía, pero se diagnostica definitivamente por hemorragia al sondaje ³⁰.

En 2015, la Academia Estadounidense de Periodontología (AAP) actualizó la clasificación de Armitage para permitir que los médicos determinen el diagnóstico basándose únicamente en la profundidad del bolsillo gingival con una sonda dental. Se diagnosticarán los pacientes que presenten BOP y con profundidades de sondeo de 6 mm con periodontitis moderada. Otras herramientas útiles para corroborar el diagnóstico y el grado de periodontitis incluyen CAL y evidencia radiográfica de

pérdida ósea. Se pueden adquirir si el tiempo o los recursos lo permiten; sin embargo, estos son hallazgos secundarios y no se consideran necesarios para el diagnóstico ³¹.

La falta de marcadores biológicos distintos hace que el diagnóstico de formas crónicas o agresivas sea algo subjetivo, pero la periodontitis crónica representa característicamente una progresión de lenta a moderada de la pérdida de inserción. Por lo general, se acompaña de factores de riesgo fácilmente identificables como el cálculo y tiende a ser más prevalente en personas de mediana edad o mayores, aunque los adultos más jóvenes pueden verse afectados. La periodontitis agresiva es una forma rápidamente progresiva de la enfermedad que, por lo general, afecta a personas sanas. La periodontitis agresiva tiende a ser hereditaria y, si bien el uso del término "juvenil" está desactualizado, la actualización de 2015 todavía recomienda utilizar la edad como una consideración diagnóstica. Se considera que los pacientes menores de 25 años que presentan signos de periodontitis tienen una enfermedad agresiva ³².

DIENTES IMPACTADOS

Son aquellos que, cuando llega el momento de la erupción, permanecen parcial o totalmente dentro del arco dental, es decir, son intraóseos. Los dientes retenidos no van a poder erupcionar hacia una oclusión funcional debido a que el espacio es insuficiente por la interferencia con dientes adyacentes ³³.

La etiología de la impactación dental es multifactorial, los factores comúnmente relacionados se pueden dividir en tres grupos diferentes: sistémico, local y genético. En los factores sistémicos esta las deficiencias endocrinas, radioterapia, disostosis cleidocraneal, amelogénesis imperfecta; en los factores locales esta la falta de la

reabsorción decidua, pérdida prematura de un diente deciduo, retención prolongada de un diente deciduo, ruta eruptiva anormal, presencia de un diente supernumerario, extracción temprana de un diente deciduo, folículo dental agrandado/ quiste dentígero, engrosamiento post-extracción o post-trauma, odontoma, anquilosis de los molares caducos, dilaceraciones de la raíz; y factores hereditarios tales como un germen de diente mal colocado y la presencia de una hendidura alveolar ¹⁴.

Se clasifica en tres aspectos: inclusión total en el hueso; inclusión submucosa, esto sucede cuando un diente está rodeado por tejido óseo, pero solo una pequeña parte de la corona está rodeada por tejido fibromucoso; semi-inclusión es cuando efectivamente el diente perforó el tejido fibromucoso que lo contenía pero no completo la erupción en su totalidad. La inclusión de los dientes tienen algunas causas posibles como : densidad del hueso, cuando se ha perdido prematuramente un diente temporal, es posible que el alveolo y la estructura fibromucosa se cierren definitivamente y el germen dentario se encuentre muy lejos de la zona de erupción, agravando el cuadro clínico; fibromucosa gruesa o que se encuentre inflamada puede afectar a la erupción normal de un diente incluso crea una barrera difícil para atravesar; falta de espacio en los maxilares para que las piezas dentales puedan erupcionar; anomalías en la morfología dental y genética ³³.

La impactación de los terceros molares tiene como consecuencia la reabsorción interna de la misma pieza y del segundo molar, los problemas periodontales y más raramente, los quistes odontogénicos y los tumores; en consecuencia es recomendable la extracción para evitar futuras complicaciones ³⁴.

En orden de incidencia se hallan los terceros molares inferiores, caninos superiores, tercer molar superior, segundo premolar inferior, canino inferior, incisivo central

superior, segundo premolar superior, primer premolar inferior, incisivo lateral superior, incisivo lateral inferior. Hay dos formas en las que se puede dar la retención dentaria: el diente está completamente rodeado por tejido óseo, el diente está cubierto por la mucosa gingival o retención subgingival ³⁵⁻³⁶.

Durante el examen clínico siempre se debe sospechar la impactación de un diente permanente, especialmente cuando se ha excedido el tiempo normal de erupción, la falta de espacio suficiente para la erupción dental, la ausencia de un defecto congénito en el incisivo lateral superior presentándose en forma pequeña o en clavija, los incisivos también pueden indicar la impactación canina del paladar. Los métodos radiográficos más comunes en el diagnóstico de impactación dental son las radiografías periapicales o panorámicas (OPG). Sin embargo, en muchos casos, un diagnóstico basado en la radiografía 2D no es suficiente, porque es muy difícil evaluar los aspectos bucolinguales de la relación entre la corona canina y las raíces de los incisivos. Hoy en día, el diagnóstico tridimensional de la posición del diente, como la tomografía computarizada (CT) o la tomografía computarizada con haz cónico (CBCT), en caso de malposición o malformación de los dientes adyacentes, como rotaciones, o en caso de retención excesiva de dientes deciduos. Además, los caninos permanentes superiores deben palparse bucalmente después de la edad de 10 años. La presencia de incisivos laterales superiores congénitos, pequeños o con forma de clavija también puede indicar la impactación canina del paladar ³⁷.

Hoy en día, el diagnóstico tridimensional de la posición del diente, como la tomografía computarizada (TC) o la tomografía computarizada con haz cónico (CBCT), se considera la mejor herramienta de diagnóstico para evaluar la impactación dental. Sin embargo, las mediciones especiales realizadas en radiografías panorámicas pueden ayudarnos a predecir el riesgo de impactación

canina, que incluyen: angulación Hay 3 opciones principales en el manejo de los dientes impactados: Extracción de un diente impactado, Extracción de un diente adyacente o tratamiento sin extracción que involucra la apertura del espacio de ortodoncia y la exposición quirúrgica. Cuando se realiza un tratamiento sin extracción, el tratamiento de ortodoncia a menudo se inicia antes de la exposición quirúrgica para alinear los dientes, abrir el espacio para el diente impactado y mejorar el proceso de erupción natural. En la cirugía, se elimina cualquier obstrucción del tejido duro o blando y el diente no erupcionado queda expuesto. Luego, se coloca un accesorio en el diente afectado, ya sea en la cirugía o poco después. La presencia de un ortodoncista durante la exposición quirúrgica puede ser útil para unir un accesorio para luego aplicar una fuerza de ortodoncia en la dirección apropiada y para llevar el diente impactado dentro del arco dental. El último paso es obtener una posición y orientación normales de las raíces de los dientes en el proceso alveolar. Hay tres técnicas quirúrgicas principales aplicadas para los dientes impactados: La técnica de erupción abierta, el colgajo reubicado apicalmente y la técnica de erupción cerrada ³³.

Las complicaciones más frecuentes asociadas con dientes impactados no tratados incluyen: Morbilidad del predecesor caducifolio y migración de los dientes adyacentes, desarrollo de un quiste dental, resorción de una corona de un diente impactado, resorción de las raíces de los dientes adyacentes, anquilosas, infraoclusión, dolor y / o secreción (relacionada con quistes infectados, tumores), desplazamiento de los dientes adyacentes y acortamiento del arco dental ¹⁴.

DIENTES SUPERNUMERARIO

Son anomalías en el desarrollo dental que pueden estar o no asociadas a algún síndrome, pueden presentarse en la línea media, premolares, laterales y molares ³⁸.

La hiperdontia, se caracterizan por un exceso de dientes en el maxilar o la mandíbula, y se pueden encontrar en las denticiones deciduas y permanentes, Puede ocurrir individualmente o en forma múltiple, unilateral o bilateralmente, La teoría más aceptada para la aparición de dientes supernumerarios es que las alteraciones ocurren en la lámina dental. Estos dientes se detectan generalmente mediante radiografía panorámica y las principales recomendaciones para la extracción son: tratamiento ortodóntico, colocación de implantes, alineación activa y patologías asociadas ³⁹.

La presencia de dientes supernumerarios mayormente es asintomática pero pueden ocasionar mal posición de los dientes vecinos, la erupción anómala o el retraso de los incisivos centrales superiores, diastemas interincisal, reabsorciones radiculares incluso formación de quistes ⁴⁰.

Debe considerarse que los dientes supernumerarios generalmente se diagnostican a temprana edad, razón por la cual se debe respetar muy especialmente este detalle al planificar la intervención. Se deben tener en cuenta en estos casos las dimensiones reducidas del campo operatorio y las condiciones propias del paciente, como también los detalles propios del caso por intervenir. Al tratarse, en su gran mayoría, de elementos minúsculos de morfología muy variable y además por no tener un sitio de asiento fijo y claramente determinable, no existe un procedimiento quirúrgico uniforme para todos los casos, sino que la variabilidad de las situaciones clínicas que se plantean crea una diversidad de técnicas acordes con tales

circunstancias. Sin embargo, la mayoría de esos procedimientos resultan prácticamente similares a los empleados para la extracción de cualquier elemento retenido. Es necesario un correcto diagnóstico clínico-radiográfico para seleccionar la vía de abordaje y realizar un colgajo y la osteotomía necesaria como para acceder al diente supernumerario en retención, luxarlo con maniobras delicadas mediante elevadores de hoja delgada y extraerlo con pinzas por la vía de menor resistencia. Este concepto es aplicable a aquellos casos donde se constata la presencia de más de un denticulo localizado en el mismo sector del maxilar ⁴¹.

DIENTE ECTÓPICO

Los dientes ectópicos hacen referencia cuando se encuentran en posiciones inusuales o desplazados de su normal localización anatómica; pudiéndose encontrar en la rama ascendente de la mandíbula, región subcondilar, proceso coronoides, seno maxilar o región infraorbitaria. No se han establecido límites precisos en la clasificación de piezas ectópicas, pero la presencia de un diente ectópico puede producir maloclusión. Es más frecuente en 1º molares y caninos permanentes, seguidos por el canino inferior, 2º premolar inferior y de incisivos laterales superiores ⁴².

MOTIVO PRÓTESIS

Muchas veces para la confección de una prótesis ya sea parcial o total existen piezas dentales que dificultan el tratamiento protésico y se aplica como estrategia la eliminación de uno o más dientes. Cuando se realiza el diseño de una prótesis removible algunos dientes en posiciones incorrectas, extrusión por falta de antagonismo, dientes aislados deben ser extraídos para la obtención de una buena

oclusión, También se considera el estado periodontal y la presencia de caries. Para la elaboración de una prótesis fija se deben elegir dientes capaces de soportar las fuerzas con una estructura coronal suficiente, con buen tejido de sostén, sin movilidad y con una proporción de corono raíz de al menos 2:3 ².

MOTIVO ORTODÓNTICO

Para cada maloclusión hay múltiples modalidades de tratamiento pero sólo un diagnóstico correcto. Cuando los pacientes presentan maloclusiones relacionadas con discrepancias esqueléticas subyacentes, las opciones de tratamiento incluyen una combinación de ortodoncia y cirugía ortognática incluyendo extracciones y reducción interproximal ⁴³.

El recurso de la exodoncia se aplica con el fin de lograr resultados adecuados, se pueden agrupar en tres grandes categorías: apiñamiento, coordinación de arcos y manejo de biprotrusiones dentoalveolares. En el apiñamiento severo al realizar las exodoncias el espacio dejada por ellas va ser usado para el alineamiento dental; en la coordinación de arcos ayuda en las desviaciones de línea media, maloclusión clase II y clase III ⁴⁴.

Los dientes que se extraen frecuentemente son los premolares tanto superiores e inferiores, pero en ocasiones puede requerir la extracción de un incisivo inferior o tercer molar retenido incluso en la fase de germen para evitar recidivas de un tratamiento ya realizado. La llamada extracción seriada o guía de la erupción comprende la extracción en primer lugar de los caninos temporales para proporcionar espacio a los incisivos laterales, después se extraen los primeros molares temporales y en el mismo acto o más adelante se acelera la erupción del

primer premolar eliminando el saco pericoronario o bien se extrae directamente desde su inclusión fisiológica ¹.

FRACTURA DENTAL

Las causas para las fracturas dentales pueden incluir el trauma físico, prematuros oclusales, tratamientos dentarios iatrogénicos, una masticación incorrecta o la reabsorción de dientes que se debilitan. En relación con su ubicación y dirección, éstas dependen de la dirección del impacto responsable de la fractura ⁴⁵.

Se han descrito cinco tipos de fracturas longitudinales: línea de craze, cúspide fracturada, diente agrietado, raíz vertical y diente partido. La raíz vertical ocurren y se originan sólo en las raíces, tienen signos y síntomas variables, son causadas por fuerzas de acuñamiento dentro de las raíces; Y diente partido: una fractura a través de la corona y las raíces, que se desarrolla a partir de las fuerzas oclusivas dañinas o estructura debilitada del diente, separando el diente en dos segmentos, siendo el diente típicamente doloroso a masticatorio. Los dos últimos tipos de fractura son desde luego considerados imposibles de tratar y deben ser extraídos ⁴⁶⁻⁴⁷.

REMANENTE RADICULAR

Los restos radiculares resultan de patologías dentales que generan destrucción de la corona dental, como caries y/o fracturas coronarias, no presentan ninguna posibilidad de rehabilitación oral convencional, la indicación de mayor convencionalidad es la extracción. Si no se realiza la extracción de los dientes afectados estos pueden provocar con facilidad infecciones óseas crónicas, incluso conducir a una osteomielitis, causando dolor y destrucción del hueso ⁴⁸.

2.2.3 DIENTES PERMANENTES

Los dientes son órganos duros formados por cuatro tejidos: esmalte, dentina, cemento y pulpa siendo este último la excepción por no presentar grados de mineralización. Sin embargo el desarrollo dental conduce a la formación de piezas dentales en el seno de los maxilares, de tal manera participan en la formación de los dientes dos capas germinativas: el epitelio ectodérmico y la ectomesénquima ⁴⁹.

El esmalte es el tejido ectodérmico que cubre la corona anatómica del diente, el grosor varía según su localización alcanzando su máximo grosor en sobre el borde incisal o las cúspides. Tiene una coloración blanco azulada y es semitranslúcida ¹⁶.

La dentina es el tejido que constituye la mayor parte del volumen del diente, proporcionándole la forma y la rigidez necesaria para que su función durante la masticación sea eficaz, en la corona la dentina está cubierta por el esmalte y en la raíz por el cemento. Tiene un color amarillo pálido y dado que el esmalte es semitranslúcido, es la responsable del color de la corona del diente ²⁰.

El cemento es el tejido que recubre a la dentina a nivel de la raíz, se constituye como una capa dura opaca amarillenta de tejido conectivo altamente especializado pero menos sensible que la dentina, es el que une la pieza dentaria con el alveolo del hueso, cubre la totalidad de la raíz hasta el cuello anatómico ¹⁴.

La pulpa dental es el componente no mineralizado del complejo dentinopulpar. Es un tejido conjuntivo laxo que ocupa la cámara pulpar en la corona y los conductos radiculares en la raíz del diente ⁴⁹.

Los dientes dentro de la cavidad oral cumplen con la función de masticación de tal manera que trituran los alimentos forman parte del aparato digestivo, de esta manera pasan por la garganta hacia el esófago, y después el estómago termina con la digestión ²⁰.

Dentro de las funciones más importantes es la de dar seguridad y confianza al paciente y elevar el autoestima. Los dientes hacen parte de lo agradable de una sonrisa, y teniendo en cuenta que la sonrisa es algo inevitable, en muchos seres humanos esto es de alta preocupación y genera inseguridad al individuo a nivel social por miedo al rechazo, el mostrar una sonrisa armónica ayuda a mejorar la imagen y el autoestima logrando una mejor salud física, psíquica y social

De acuerdo a la clasificación existen dientes anteriores y posteriores que al trazar una línea por la parte media le subdivide en cuadrante derecho e izquierdo respectivamente, teniendo un total de 32 dientes permanentes ⁴⁹.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Diastema: Un espacio, tal como uno entre dos dientes adyacentes en el mismo arco dental ⁵⁰.

Oclusión: Es la alineación oclusal armónica de las piezas dentarias del arco superior y del arco inferior, que están en relación de contacto, donde la arcada superior es más grande que la arcada inferior, los incisivos sobresalen y existe una sobremordida normal ⁵¹.

Hiperdontia: llamados también dientes supernumerarios, son anomalías en la dentición en el cual se presenta un aumento en el número normal de órganos dentarios ⁵².

La avulsión es la desarticulación del diente con un desplazamiento completo fuera del alvéolo. En esta lesión se produce la ruptura del paquete vasculonervioso, de las fibras periodontales y, además, se ocasionan lesiones en el cemento, en el hueso alveolar y en los tejidos periodontales ⁵³.

Radiografía panorámica: proyección extra oral mediante la cual toda la mandíbula, el maxilar, los dientes y otras estructuras cercanas se representan en una sola imagen, como si las mandíbulas estuvieran aplanadas ⁵⁰.

Superficie oclusal: es la cara palatina de los dientes superiores y tercio incisal de la cara vestibular de los dientes inferiores ⁵¹.

Mesiodens: Es el diente supernumerario que aparece con mayor frecuencia en la dentición definitiva ⁵⁴.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS PRINCIPAL Y DERIVADAS

Hipótesis principal

H_i: Son los factores etiológicos de exodoncia como la caries dental, periodontitis, indicaciones ortodóncicas, indicaciones protésicas, dientes retenidos, dientes supernumerarios, fracturas dentales y medios económicos los que originan la pérdida de dientes permanentes de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017.

H₀: Son los factores etiológicos de exodoncia como la caries dental, periodontitis, indicaciones ortodóncicas, indicaciones protésicas, dientes retenidos, dientes supernumerarios, fracturas dentales y medios económicos los que no originan la pérdida de dientes permanentes de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017.

Hipótesis derivadas

H_i: Las piezas dentarias permanentes que se extraen con mayor frecuencia son las primeras molares inferiores a causa de caries dental de los pacientes que acuden al Servicio de Odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017.

H₀: Las piezas dentarias permanentes que se extraen con mayor frecuencia no son las primeras molares inferiores a causa de caries dental de los pacientes que acuden al Servicio de Odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017.

H_i: Las piezas dentarias permanentes que se extraen con mayor frecuencia es la caries dental según edad y género de los pacientes que acuden al Servicio de Odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017.

H₀: Las piezas dentarias permanentes que se extraen con mayor frecuencia no es la caries dental según edad y género de los pacientes que acuden al Servicio de Odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017.

H_i: El factor etiológico más frecuente es la caries dental para realizar exodoncias de dientes permanentes de acuerdo a edad y género de los pacientes que acuden al Servicio de Odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017.

H₀: El factor etiológico más frecuente no es la caries dental para realizar exodoncias de dientes permanentes de acuerdo a edad y género de los pacientes que acuden al Servicio de Odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017.

H_i: El grupo dentario más frecuente es el posteroinferior según el factor etiológico, edad y género de los pacientes que acuden al Servicio de Odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017.

H₀: El grupo dentario más frecuente no es el posteroinferior según el factor etiológico, edad y género de los pacientes que acuden al Servicio de Odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017.

3.2 VARIABLES; DIMENSIONES E INDICADORES Y DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Factores etiológicos de extracción dentaria	Son causas que en su mayoría de los casos se extraen dientes por estar afectados por enfermedad pero también se sacrifican órganos dentales sanos ⁵⁵ .	Son los motivos de extracción dentaria como: la caries dental, enfermedad periodontal, indicaciones protésicas, indicaciones Ortodónticas, otras,	Caries dental	Caries iniciales o recurrentes Perdida de raíz debido a lesión cariosa Fractura debido debilitamiento por caries
			E. periodontal	Movilidad dentaria Perdida de estructura ósea Lesión de furca
			I.Protésica	Dientes extruidos Mal posición dental
			I.ortodónticas	Falta de espacio

			Otras	<ul style="list-style-type: none"> 1. Dientes supernumerarios 2. Dientes retenidos 3. Dientes supernumerarios 4. Medios económicos 5. Diente ectópico 6. Fractura
Dientes permanentes	Es aquella que se forma después de la dentición temporal y que conformará el sistema dental durante toda la vida ⁵⁶ .	Son los dientes que están en boca después que han sido reemplazados por los dientes deciduos.	Ubicación de la pieza dentaria	<ul style="list-style-type: none"> Anterosuperior Posterosuperior Anteroinferior Anteroposterior
			Edad	<ul style="list-style-type: none"> 7-12 años escolar 13-19 años adolescente 20-35 adulto joven 36-59 adulto maduro 60 a más adulto mayor
			Género	<ul style="list-style-type: none"> Masculino Femenino

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 DISEÑO METODOLÓGICO ⁵⁷⁻⁵⁸

La investigación es no experimental, es un estudio que no se hace variar en forma intencional la variable independiente para observar su efecto sobre otras variables, se ven los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para analizarlos.

Tipo de investigación:

El presente estudio reunió las condiciones metodológicas:

Por la dimensión cronológica: de corte transversal motivo de la recolección de datos que se realizó en una población definida y en un punto específico de tiempo; donde se recogió los datos de acuerdo a los pacientes que asistieron al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe.

Por la manipulación de variables: descriptivo porque se aplica para indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población; en este caso sirvió para describir los factores etiológicos de exodoncia de dientes permanentes.

Por el método de recolección de datos: Observacional debido porque el investigador adquirió información mediante la observación directa sin ejercer intervención alguna.

Por la naturaleza de los objetivos: investigación descriptiva razón por la cual describe los fenómenos a investigar, tal y como se manifiesta en el momento del

estudio buscando especificar las propiedades importantes para medir y evaluar aspectos y dimensiones.

Por la naturaleza de los datos en la investigación: metodología cuantitativa Se recogió y analizó datos sobre las variables para finalmente establecer conclusiones respecto a las hipótesis.

Por el tipo de inferencia: Deductivo se basó en estudiar la realidad y busca obtener conclusiones verdaderas o falsas.

4.2 DISEÑO MUESTRAL

Población: la presente investigación se realizó en 322 pacientes que acudieron al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, tuvo un periodo de un mes con data del 05 de setiembre al 05 de octubre 2017.

Características de la población:

- Pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe.
- Pacientes de género masculino y femenino.
- Pacientes de todas las edades

Muestra: la muestra es de un total de 98 pacientes. El tipo de muestreo es no probabilístico porque no todos los pacientes que acuden al servicio de odontología asisten necesariamente para una extracción dentaria, y la técnica de selección es por conveniencia motivo por el cual se tomó en cuenta a los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión:

Técnica de selección

Criterio de inclusión

- Pacientes que se realicen extracciones de dientes permanentes en el servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe.
- Pacientes de género masculino y femenino.
- Pacientes de 7 años a más.
- Pacientes atendidos dentro del tiempo establecido en el recojo de datos.
- Pacientes que Participen voluntariamente en la investigación de causas de extracción dentaria.
- Pacientes que tengan SIS y no tengan SIS.

Criterio de exclusión

- Pacientes que se realicen extracciones de dientes temporales en el servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe.
- Pacientes menores de 7 años.
- Pacientes atendidos antes o después de la investigación.
- Pacientes que se nieguen a participar en la investigación.
- Pacientes que se realizan extracción de dientes deciduos.
- Pacientes que estaban comprometidos con alguna enfermedad sistémica.

4.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS, VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Técnica:

Observación: consiste en el registro sistemático, válido y confiable de comportamientos y situaciones observables, a través de un conjunto de categorías y subcategorías ⁵⁹.

Instrumento:

Para ejecutar esta investigación se solicitó la autorización del director del Hospital Referencial Ferreñafe y del Jefe del Servicio de Odontología para poder tener acceso a dicha área y proceder a recolectar los datos.

Historia clínica: Es un documento médico-legal en el cual se registraron las condiciones de salud del paciente obtenido mediante la anamnesis, examen clínico y resultados de exámenes realizados; fue tomado en cuenta en el momento de la atención odontológica en el Hospital Referencial Ferreñafe, entre el paciente y el Cirujano Dentista de turno en presencia de la investigadora, cuyo objetivo fue recoger información a través de la ficha de recolección de datos (ver anexo 04) en el momento que se atendió al paciente. Esta historia es de rutina porque pertenece al nosocomio antes mencionado ⁶⁰.

Ficha de recolección de datos: Esta ficha consta de datos del paciente, N° Historia Clínica, edad, género, N° de pieza dental y motivo de extracción dental; estos datos fueron transcritos de la Historia Clínica.

Validez y confiabilidad del instrumento:

El instrumento para la recolección de datos no amerita el cálculo de confiabilidad debido a que la historia clínica usualmente ya se encuentra validada por su uso frecuente, y su confiabilidad se ha comprobado por sus aciertos, es decir es un instrumento ya estandarizado ⁶¹.

4.4 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

El recojo de datos se registraron en una ficha de recolección de datos luego se ingresó en una hoja de cálculo (Microsoft Excel), que luego fue trasladado al paquete estadístico SPSS para su procesamiento.

Se realizó una Codificación en el género utilizando los números 1=masculino y 2=femenino; igualmente para los factores de exodoncia siendo 1 =caries dental, 2=enfermedad periodontal, 3=indicación protésica, 4=dientes retenidos, 5=remanente radicular, 6 =diente supernumerario, y 7=diente ectópico.

Para el presente estudio se utilizó al estadística inferencial y para la presentación de la información se emplearon tablas y gráficos de barras; Para la contrastación de hipótesis se empleó para la hipótesis general el test estadístico y para las hipótesis derivadas el test chi cuadrado.

4.5 TÉCNICAS ESTADÍSTICAS UTILIZADAS EN EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para el presente estudio se tomó el supuesto de normalidad, se utilizó estadística paramétrica en la hipótesis general porque hay mayor eficiencia, y menor probabilidades de errores y dan estimaciones probabilísticas bastante exactas, y no paramétrica para los hipótesis derivadas porque a pesar de basarse en determinadas suposiciones no parten de la base de que los datos analizados adoptan una distribución normal y pueden ser aplicados a datos no numéricos tal como género y edad.

CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Tabla 01: Distribución de género de los pacientes que acuden por exodoncia de dientes permanentes al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe

EDAD	N°	%
Masculino	39	39.80%
Femenino	59	60.20%
TOTAL	98	100%

Fuente: ficha de recolección de datos, (anexo N° 04)

Fecha: 26 de diciembre 2017

Elaboración propia

Gráfico 01: Consolidado de género de los pacientes que acuden por exodoncia de dientes permanentes al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe.

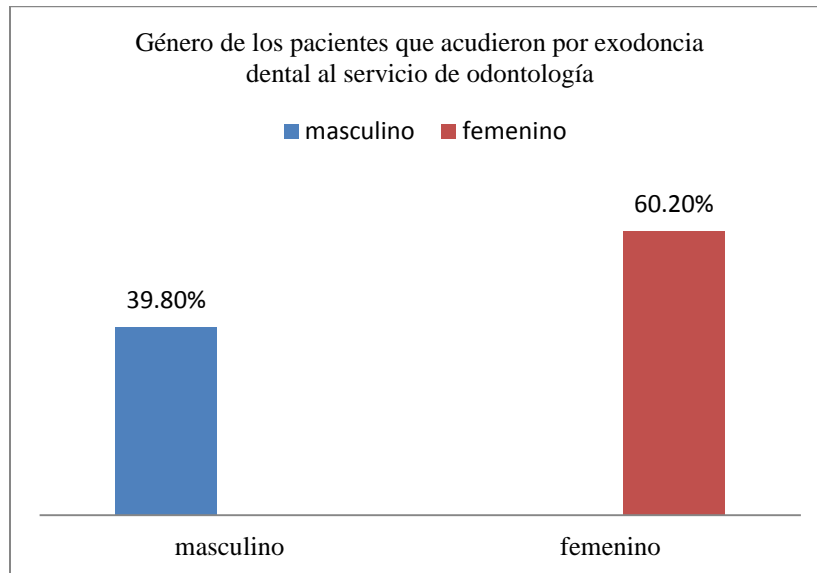


Tabla y gráfico 01: se obtuvo un total de 98 pacientes que asistieron a la consulta por exodoncia de dientes permanentes, siendo mayor en el género femenino con 60.20%, y en el género masculino con el 39.80%.

Tabla 02: Distribución de edades de los pacientes que acuden por exodoncia dental al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe.

EDADES	N	%
9-12 años	1	1.02%
13-19 años	19	19.39%
20-35 años	18	18.37%
36-59 años	34	34.69%
60 a más	26	26.53%
TOTAL	98	100%

Fuente: ficha de recolección de datos, (anexo N° 04)

Fecha: 26 de diciembre 2017

Elaboración propia

Gráfico 02: consolidado de edades de los pacientes que acuden por exodoncia al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe.

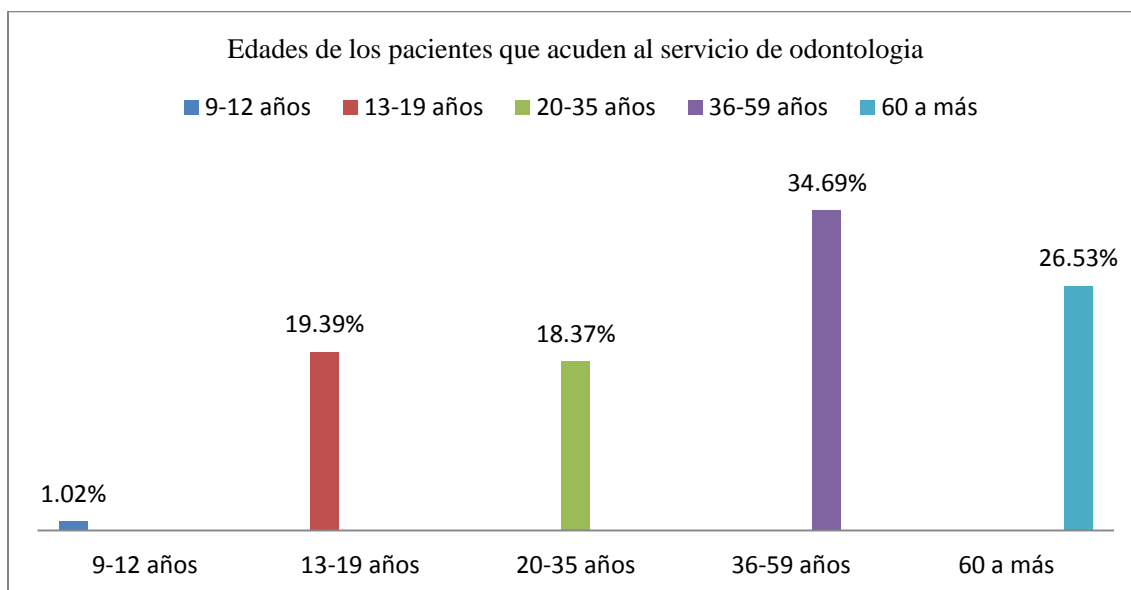


Tabla y gráfico 02: los pacientes que acudieron al servicio de odontología por exodoncia de dientes permanentes de 9 a 12 años asistió el 1.02% (1); de 13-19 años 19.39% (19); de 20-35 años 18.37% (18); el más alto de 36-59 años un porcentaje de 34.69% (34); y finalmente en el grupo de 60 años a mas el 26.53% (26) pacientes.

5.2 ANÁLISIS INTERFERENCIAS, PRUEBAS ESTADÍSTICAS PARAMÉTRICAS, NO PARAMÉTRICAS

Tabla 03.: Distribución de factores etiológicos de exodoncia en dentición permanente de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe.

FACTOR ETIOLÓGICO	N°	%
Caries dental	52	53,06%
Enfermedad periodontal	19	19,39%
Indicación protésica	1	1,02%
Dientes retenidos	4	4,08%
Remanente radicular	20	20,41%
Diente supernumerario	1	1,02%
Dientes ectópicos	1	1,02%
TOTAL	98	100%

Fuente: ficha de recolección de datos, (anexo N° 04)

Fecha: 26 de diciembre 2017

Elaboración propia

Gráfico 03: Consolidado de factores etiológicos de exodoncia en dentición permanente de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe.

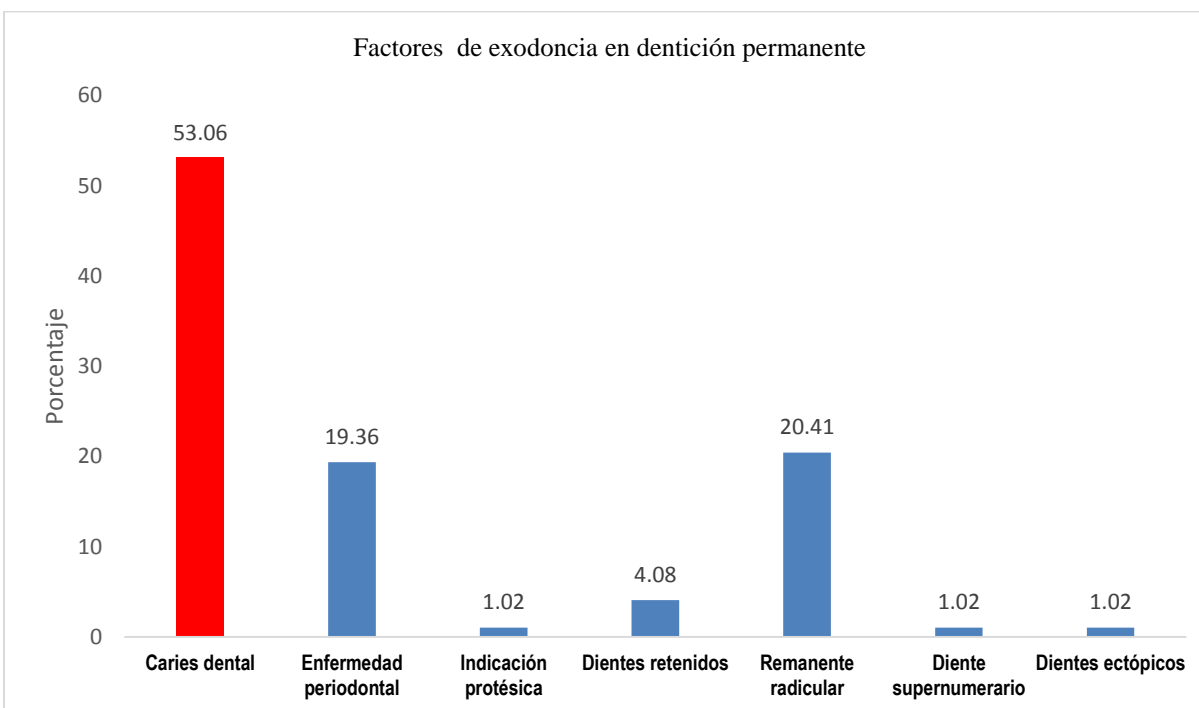


Tabla y gráfico 03: De un total de 98 exodoncias (100%) se identificó los siguientes factores etiológicos. La caries con un 53.06% (52); remanente radicular con un 20.41%

(20); enfermedad Periodontal corresponde al 19.39% (19); dientes retenidos con 4.08% (4); indicación protésica con 1.02% (1); diente supernumerario con 1.02% (1), finalmente diente ectópico con 1.02% (1).

Lo que significa que el factor que más predomina para la pérdida de una pieza dentaria es la caries dental y los menos comunes dientes ectópicos, supernumerario e indicación protésica.

Tabla 04: Distribución de piezas dentarias permanentes que se extraen con mayor frecuencia según el factor de exodoncia de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe.

		FACTOR DE EXODONCIA														
N ° PIEZA DENTAL	caries		Enf. periodontal		Ind. protésica		Diente retenido		Remante Radicular		Diente Super.		Diente Ectópico		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
11	0	-	2	2.04	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	2	2.04%
12	1	1.02	0	-	0	-	0	-	1	1.02	0	-	0	-	2	2.04%
13	2	2.04	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	2	2.04%
14	1	1.02	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	1.02%
15	4	4.08	0	-	0	-	0	-	2	2.04	0	-	0	-	6	6.12%
16	1	1.02	2	2.04	0	-	0	-	2	2.04	0	-	0	-	5	5.10%
17	3	3.06	1	1.02	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	4	4.08%
18	3	3.06	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	3	3.06%
21	1	1.02	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	1.02%
22	1	1.02	0	-	0	-	0	-	1	1.02	1	1.02	0	-	3	3.06%
23	1	1.02	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	1.02	2	2.04%
25	1	1.02	1	1.02	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	2	2.04%
26	6	6.12	1	1.02	0	-	0	-	3	3.06	0	-	0	-	10	10.20%
27	3	3.06	2	2.04	0	-	0	-	1	1.02	0	-	0	-	6	6.12%
28	2	2.04	1	1.02	0	-	1	1.02	1	1.02	0	-	0	-	5	5.10%
31	0	-	1	1.02	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	1.02%
32	1	1.02	1	1.02	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	2	2.04%
33	0	-	1	1.02	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	1.02%
34	0	-	1	1.02	0	-	0	-	1	1.02	0	-	0	-	2	2.04%
35	0	-	0	-	0	-	0	-	2	2.04	0	-	0	-	2	2.04%
36	5	5.10	0	-	0	-	0	-	2	2.04	0	-	0	-	7	7.14%
37	3	3.06	0	-	0	-	0	-	1	1.02	0	-	0	-	4	4.08%
38	2	2.04	0	-	0	-	2	2.04	0	-	0	-	0	-	4	4.08%
41	1	1.02	1	1.02	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	2	2.04%
43	1	1.02	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	1.02%
44	0	-	1	1.02	0	-	0	-	1	1.02	0	-	0	-	2	2.04%
45	0	-	3	3.06	0	-	0	-	1	1.02	0	-	0	-	4	4.08%
46	4	4.08	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	4	4.08%
47	4	4.08	0	-	1	1.02	0	-	0	-	0	-	0	-	5	5.10%
48	1	1.02	0	-	0	-	1	1.02	1	1.02	0	-	0	-	3	3.06%
TOTAL	52	53.06	19	19.39	1	1.02	4	4.08	20	20.41	1	1.02	1	1.02	98	100.00%

Fuente: ficha de recolección de datos, (anexo N° 04)

Fecha: 26 de diciembre 2017

Elaboración propia

Gráfico 04: Consolidado de piezas dentarias permanentes que se extraen con mayor frecuencia según el factor de exodoncia de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe.

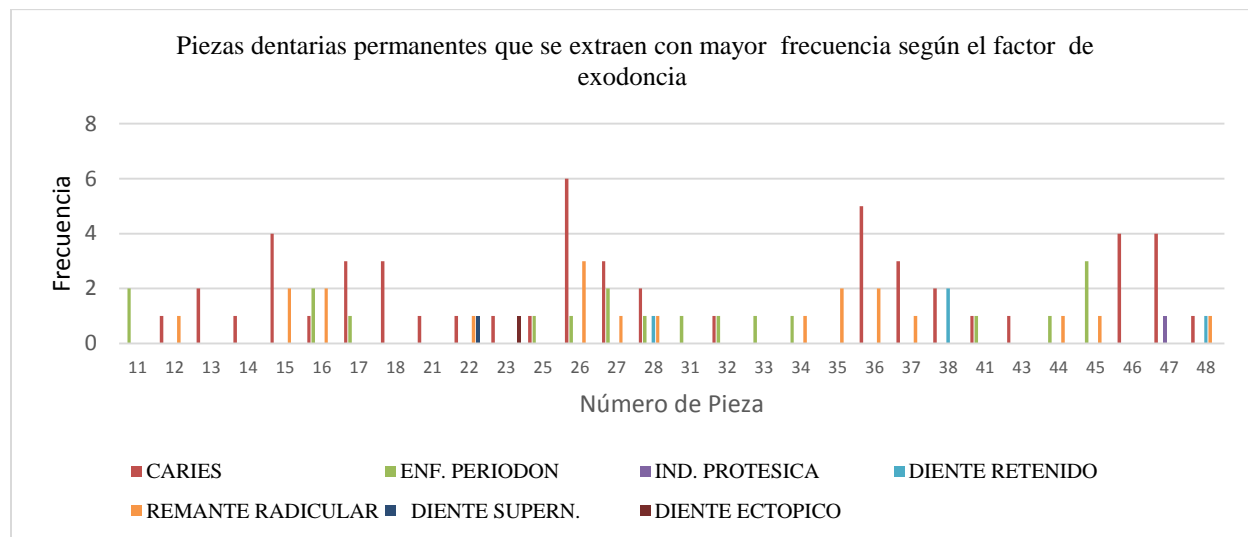


Tabla y gráfico 04: Según los resultados de la ficha de recolección de datos se extrajeron un total de 98 piezas dentarias, siendo las piezas dentarias más frecuentes de extracción las siguientes: la pieza dentaria # 26, con 10 extracciones siendo el factor etiológico principal por caries dental (6) remanente radicular (3) y enfermedad periodontal (1), corresponde al 10.20%; en segundo lugar la pieza dentaria #36 con 7 extracciones siendo el factor etiológico principal caries (6), remanente radicular (3) corresponde al 7.14%; la pieza #27 con 6 exodoncias siendo el factor etiológico principal por caries dental (3), enfermedad periodontal (2), remanente radicular (1), corresponde al 6.12%; la pieza #15, con 6 exodoncias siendo el factor etiológico más frecuente caries dental (4), remanente radicular (2), sumando 6.12% ; las piezas menos frecuentes son #14, #21, #31, #33, #43 representando el 1.02% cada pieza.

Lo que se concluye que la pieza dentaria extraída con mayor frecuencia es #26 por motivo de caries y remanente radicular.

Tabla 05: Distribución de piezas dentarias permanentes que se extraen con mayor frecuencia de acuerdo a edad de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe.

N° PIEZA DENTAL	EDAD										TOTAL	
	9-12 AÑOS		13-19 AÑOS		20-35 AÑOS		36-59 AÑOS		60 A MÁS			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
11	0	-	0	-	0	-	1	1.02	1	1.02	2	2.04%
12	0	-	1	1.02	0	-	0	-	1	1.02	2	2.04%
13	0	-	0	-	0	-	1	1.02	1	1.02	2	2.04%
14	0	-	0	-	0	-	1	1.02	0	-	1	1.02%
15	0	-	0	-	0	-	5	5.10	1	1.02	6	6.12%
16	0	-	1	1.02	2	2.04	1	1.02	1	1.02	5	5.10%
17	0	-	1	1.02	2	2.04	1	1.02	0	-	4	4.08%
18	0	-	0	-	2	2.04	1	1.02	0	-	3	3.06%
21	0	-	0	-	1	1.02	0	-	0	-	1	1.02%
22	0	-	1	1.02	1	1.02	1	1.02	0	-	3	3.06%
23	0	-	1	1.02	0	-	1	1.02	0	-	2	2.04%
25	0	-	0	-	0	-	1	1.02	1	1.02	2	2.04%
26	1	1.02%	2	2.04	0	-	4	4.08	3	3.06	10	10.20%
27	0	-	0	-	0	-	3	3.06	3	3.06	6	6.12%
28	0	-	1	1.02	1	1.02	1	1.02	2	2.04	5	5.10%
31	0	-	0	-	0	-	0	-	1	1.02	1	1.02%
32	0	-	0	-	0	-	0	-	2	2.04	2	2.04%
33	0	-	0	-	0	-	0	-	1	1.02	1	1.02%
34	0	-	0	-	1	1.02	1	1.02	0	-	2	2.04%
35	0	-	0	-	0	-	1	1.02	1	1.02	2	2.04%
36	0	-	3	3.06	1	1.02	2	2.04	1	1.02	7	7.14%
37	0	-	2	2.04	1	1.02	0	-	1	1.02	4	4.08%
38	0	-	1	1.02	3	3.06	0	-	0	-	4	4.08%
41	0	-	0	-	1	1.02	0	-	1	1.02	2	2.04%
43	0	-	0	-	0	-	1	1.02	0	-	1	1.02%
44	0	-	0	-	0	-	1	1.02	1	1.02	2	2.04%
45	0	-	0	-	0	-	2	2.04	2	2.04	4	4.08%
46	0	-	2	2.04	0	-	2	2.04	0	-	4	4.08%
47	0	-	3	3.06	1	1.02	0	-	1	1.02	5	5.10%
48	0	-	0	-	1	1.02	2	2.04	0	-	3	3.06%
TOTAL	1	1.02	19	19.39	18	18.37	34	34.69	26	26.53	98	100.00%

Fuente: ficha de recolección de datos, (anexo N° 04)

Fecha: 26 de diciembre 2017

Elaboración propia

Gráfico 05: Consolidado de piezas dentarias permanentes que se extraen con mayor frecuencia de acuerdo a edad de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe.

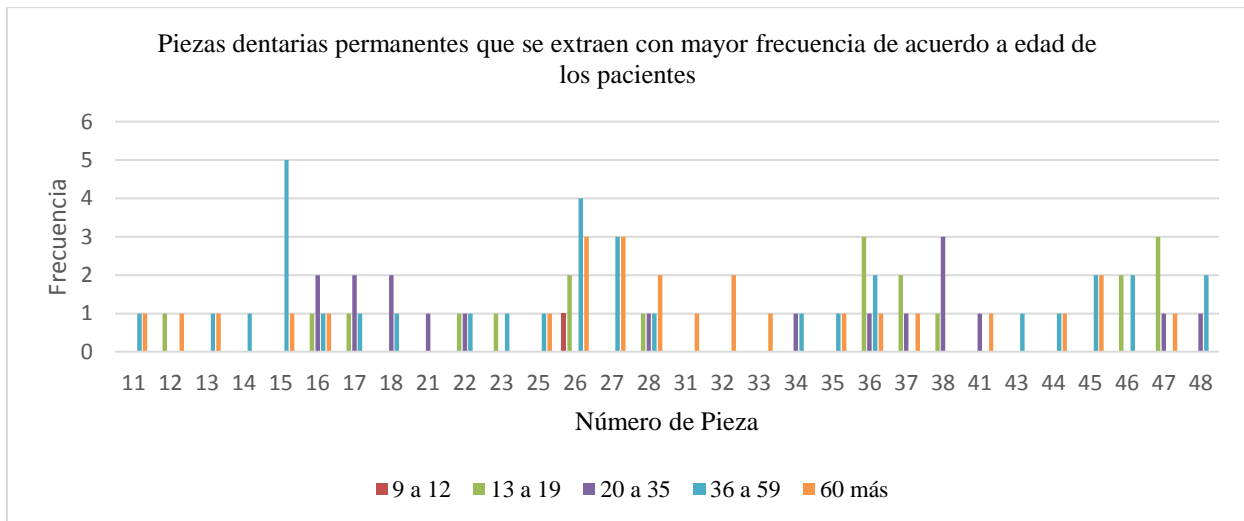


Tabla y gráfico 05: Las pieza dentaria extraída con mayor frecuencia es la #26 en el rango de 36 a 59 años con 4 exodoncias representando el 4.08%; en segundo lugar la pieza #36 en el rango de 13 a 19 años con 3 exodoncias representando 3.06%; la pieza #15 con 5 exodoncias en el rango de edad de 36 a 59 años; la pieza #27 se extrajeron 3 piezas dentarias en el rango de 36 a 59 años y 3 exodoncias en mayores de 60 años obteniendo el 6.12%.

Lo que significa que en el rango donde hubo más extracciones es de 36-59 años de edad siendo la pieza dentaria # 25, y el rango con menos exodoncias es de 9-12 años la pieza #26.

Tabla 06: Distribución de Piezas dentarias permanentes que se extraen con mayor frecuencia de acuerdo a género de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe.

N° PIEZA DENTAL	GÉNERO					TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO				
	N°	%	N°	%			
11	0	-	2	2.04	2	2.04%	
12	2	2.04	0	-	2	2.04%	
13	1	1.02	1	1.02	2	2.04%	
14	0	-	1	1.02	1	1.02%	
15	2	2.04	4	4.08	6	6.12%	
16	3	3.06	2	2.04	5	5.10%	
17	1	1.02	3	3.06	4	4.08%	
18	1	1.02	2	2.04	3	3.06%	
21	0	-	1	1.02	1	1.02%	
22	1	1.02	2	2.04	3	3.06%	
23	1	1.02	1	1.02	2	2.04%	
25	2	2.04	0	-	2	2.04%	
26	5	5.10	5	5.10	10	10.20%	
27	3	3.06	3	3.06	6	6.12%	
28	3	3.06	2	2.04	5	5.10%	
31	0	-	1	1.02	1	1.02%	
32	1	1.02	1	1.02	2	2.04%	
33	1	1.02	0	-	1	1.02%	
34	0	-	2	2.04	2	2.04%	
35	2	2.04	0	-	2	2.04%	
36	5	5.10	2	2.04	7	7.14%	
37	0	-	4	4.08	4	4.08%	
38	2	2.04	2	2.04	4	4.08%	
41	0	-	2	2.04	2	2.04%	
43	0	-	1	1.02	1	1.02%	
44	1	1.02	1	1.02	2	2.04%	
45	0	-	4	4.08	4	4.08%	
46	1	1.02	3	3.06	4	4.08%	
47	1	1.02	4	4.08	5	5.10%	
48	0	-	3	3.06	3	3.06%	
TOTAL	39	39.80	59	60.20	98	100.00%	

Fuente: Ficha de recolección de datos, (anexo N° 04)

Fecha: 26 de diciembre 2017

Elaboración propia

Gráfico 06: Consolidado de Piezas dentarias permanentes que se extraen con mayor frecuencia de acuerdo a género de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe.

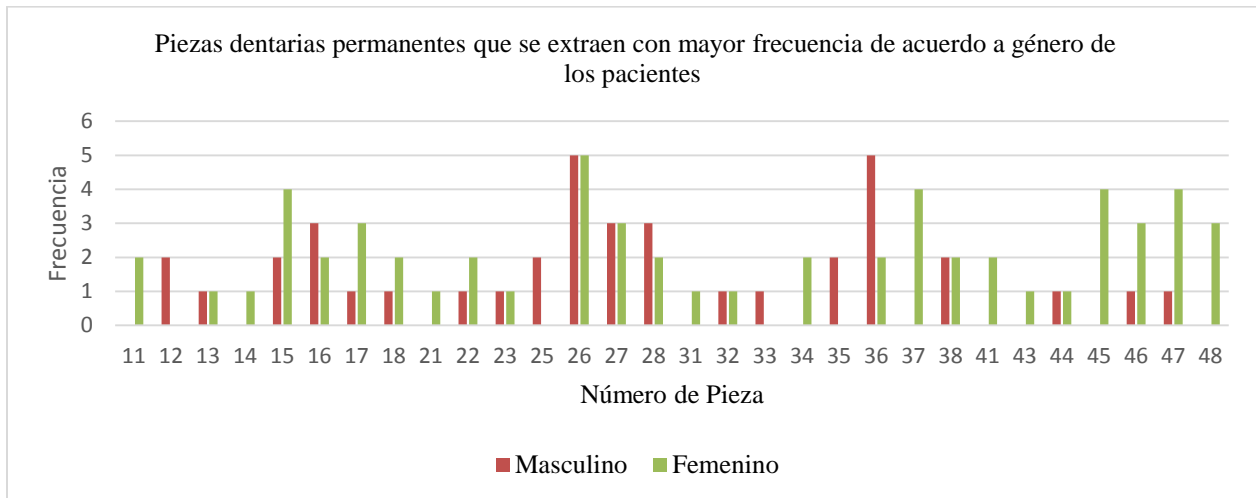


Tabla y grafico 06: De acuerdo a los resultados obtenidos las piezas dentarias extraídas tiene un mayor porcentaje en el género femenino representando el 60.20% ; y en el género masculino el 39.80%; la pieza dentaria más frecuente es #26 en el género femenino con un 5.10% y en masculino igualmente la pieza #26 con 5.10%, la pieza #36 es más frecuente en el género femenino con el 5.10% y en el género masculino representa el 2.04%; las piezas menos frecuentes en el género masculino es #13, #17, #18, y en femenino menos frecuente es la pieza # 13, #14.

Lo que significa que las piezas más frecuentes en el género femenino es #26, #37, #45, #47; en el género masculino las piezas más frecuente son la pieza #26, #36.

Tabla 07: Distribución del factor de exodoncia más frecuente en dientes permanentes, de acuerdo a edad de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe.

FACTORES ETIOLOGICOS DE EXODONCIA	EDAD										TOTAL	
	09-12 AÑOS		13-19 AÑOS		20-35 AÑOS		36-59 AÑOS		60 A MÁS			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Caries	1	1.02	13	13.27	11	11.22	21	21.43	6	6.12	52	53.06%
Enf. Periodontal	0	-	0	-	0	-	5	5.10	14	14.29	19	19.39%
Ind. Protésica	0	-	0	-	0	-	0	-	1	1.02	1	1.02%
Diente Detenido	0	-	2	2.04	2	2.04	0	-	0	-	4	4.08%
R. radicular	0	-	3	3.06	4	4.08	8	8.16	5	5.10	20	20.41%
Diente supern	0	-	0	-	1	1.02	0	-	0	-	1	1.02%
Diente ectópico	0	-	1	1.02	0	-	0	-	0	-	1	1.02%
TOTAL	1	1.02	19	19.39	18	18.37	34	34.69	26	26.53	98	100.00%

Fuente: Ficha de recolección de datos, (anexo N° 04)

Fecha: 26 de diciembre 2017

Elaboración propia

Gráfico 07: Consolidado del factor de exodoncia más frecuente en dientes permanentes, de acuerdo a edad de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe.

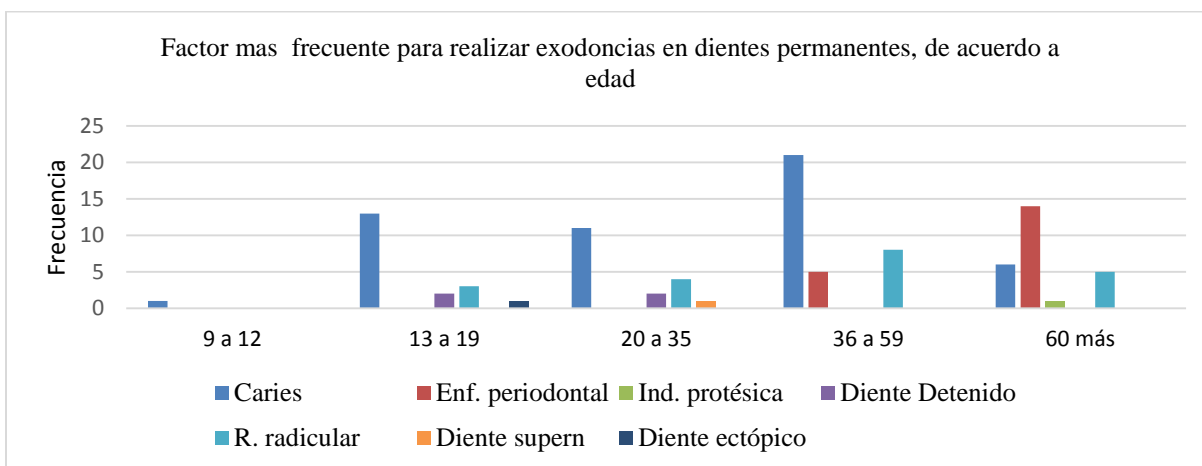


Tabla y Grafico 07: De acuerdo a la edad se determinó el factor más frecuente: en el grupo comprendido de 36 a 59 años los motivos fueron: por caries dental con el 21.43% , remanente radicular 8.16%, enfermedad periodontal 5.10%; en el grupo comprendido de 60 años a más los motivos fueron: por enfermedad periodontal con el 14.29%, caries dental 6.12%, remanente radicular 5.10%, y finalmente indicación protésica con el 1.02%; en el grupo comprendido entre 13 a 19 años los motivos fueron: por presentar caries el 13.27%, remanente radicular 3.06%, diente detenido 2.04%, y diente ectópico 1.02%; en el grupo de 20 a 35 años los motivos fueron: por caries dental el 11.22%, remanente radicular 4.08%, diente detenido 2.04%, y diente supernumerario 1.02%; finalizando el grupo de edad menos frecuente comprendido de 09-12 años el motivo fue: por caries dental 1.02%.

Por lo que se concluye que el factor más frecuente es caries dental en las edades de 36-59 años y el menos frecuente en las edades de 9-12 años.

Tabla 08: Distribución del factor de exodoncia más frecuente en dentición permanente, de acuerdo a género de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe.

FACTOR ETIOLOGICO DE EXODONCIA	GÉNERO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	N°	%	N°	%		
Caries	18	18.37	34	34.69	52	53.06%
Enfermedad Periodontal	9	9.18	10	10.20	19	19.39%
Indicación protésica	0	-	1	1.02	1	1.02%
Diente Retenido	3	3.06	1	1.02	4	4.08%
Remanente Radicular	8	8.16	12	12.24	20	20.41%
Diente Supernumerario	0	-	1	1.02	1	1.02%
Diente Ectópico	1	1.02	0	-	1	1.02%
TOTAL	39	39.80	59	60.20	98	100.00%

Fuente: Ficha de recolección de datos, (anexo N° 04)

Fecha: 26 de diciembre 2017

Elaboración propia

Gráfico 08: Consolidado del factor de exodoncia más frecuente en dentición permanente, de acuerdo a género de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe.

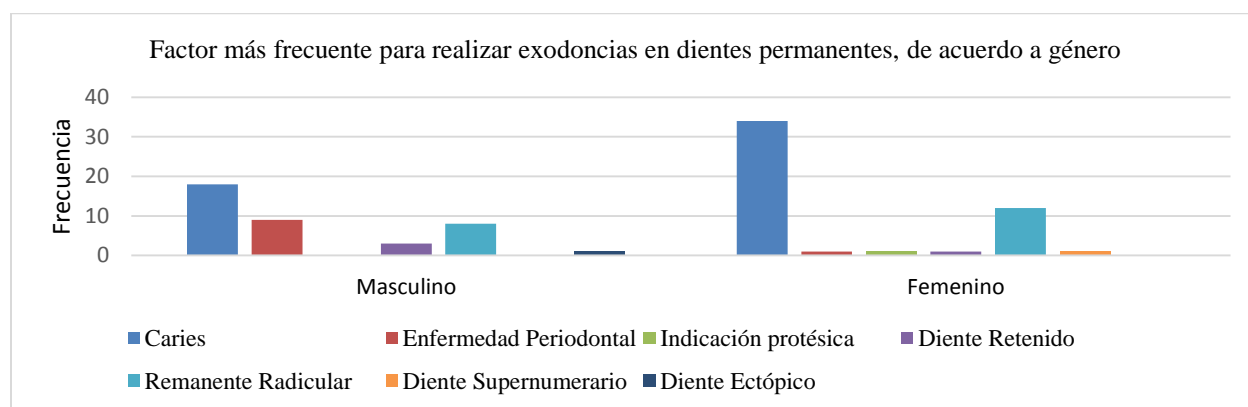


Tabla y gráfico 08: De acuerdo al género de 98 pacientes, se determinó que la caries dental en el género femenino es la causa principal de extracción con el 34.69% y en masculino con el 18.37%; seguido por remanente radicular en género femenino con 12.24% y en masculino 8.16%; enfermedad periodontal en género femenino 10.20% y masculino 9.18%; diente retenido en varones 3.06% y femenino con 1.02%; indicación

protésica solo en género femenino con el 1.02%; diente supernumerario en género femenino 1.02%; y diente ectópico en género masculino 1.02%.

Lo que significa que la caries dental es el factor más frecuente en el género femenino; y el menos frecuente es indicación protésica, diente supernumerario, diente ectópico; en el género masculino el más frecuente es la caries dental y el menos frecuente diente ectópico.

Tabla 09: Distribución del grupo dentario más frecuente según el factor de exodoncia de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe.

GRUPO DENTARIO	FACTORES DE EXODONCIA														TOTAL	
	CARIES		ENFERMEDAD PERIODONTAL		INDICACION PROTÉSICA		DIENTES RETENIDOS		REMANENTE RADICULAR		DIENTE SUPERNUM		DIENTE ECTÓPICO			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Anterosuperior	6	6.12	2	2.04	0	-	0	-	2	2.04	1	1.02	1	1.02	12	12.24%
Posterosuperior	24	24.49	8	8.16	0	-	1	1.02	9	9.18	0	-	0	-	42	42.86%
Anteroinferior	3	3.06	4	4.08	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	7	7.14%
Posteroinferior	19	19.39	5	5.10	1	1.02	3	3.06	9	9.18	0	-	0	-	37	37.76%
TOTAL	52	53.06	19	19.39	1	1.02	4	4.08	20	20.41	1	1.02	1	1.02	98	100.00%

Fuente: Ficha de recolección de datos, (anexo N° 04)

Fecha: 26 de diciembre 2017

Elaboración propia

Gráfico 09: Consolidado del grupo dentario más frecuente según el factor de exodoncia de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe.

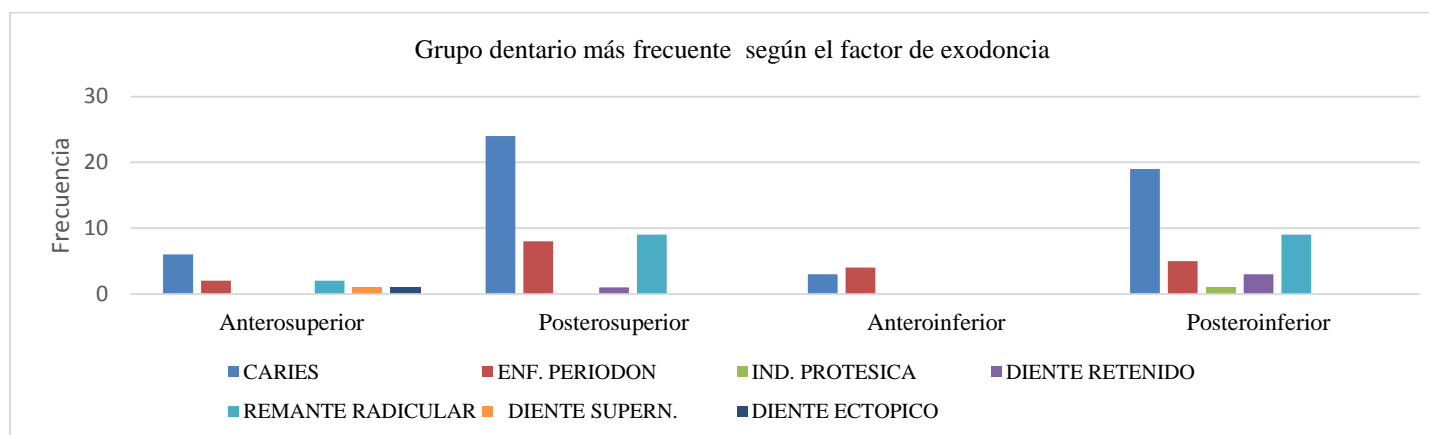


Tabla y grafico 09: De acuerdo al factor etiológico se determinó el grupo dentario más frecuente: en el grupo dentario posterosuperior los factores etiológicos son por caries el más alto porcentaje del 24.49%, luego remanente radicular 9.18%, además enfermedad periodontal 8.16%, finalmente diente retenido con el 1.02%; en el grupo posteroinferior el factor etiológico más alto es por caries con el 19.39%, luego remanente radicular con el 9.18%, enfermedad periodontal 5.10%, dientes retenidos 3.06%, indicación protésica 1.02%, el grupo menos frecuente es anterosuperior con el 12.24%, seguido por el grupo anteroinferior con el 7.14%.

Lo que significa que en el grupo dentario posterosuperior el factor más frecuente es la caries dental y el menos frecuente diente retenido; en el grupo dentario posteroinferior el factor más frecuente es la caries dental y el menos frecuente es indicación protésica.

Tabla 10: Distribución del grupo dentario más frecuente según edad de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe.

GRUPO DENTARIO	EDAD										TOTAL	
	9-12 AÑOS		13-19 AÑOS		20-35 AÑOS		36-59 AÑOS		60 A MÁS			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Anterosuperior	0	-	3	3.06	2	2.04	4	4.08	3	3.06	12	12.24%
Posterosuperior	1	1.02	5	5.10	7	7.14	18	18.37	11	11.22	42	42.86%
Anteroinferior	0	-	0	-	1	1.02	1	1.02	5	5.10	7	7.14%
Posteroinferior	0	-	11	11.22	8	8.16	11	11.22	7	7.14	37	37.76%
TOTAL	1	1.02	19	19.39	18	18.37	34	34.69	26	26.53	98	100.00%

Fuente: Ficha de recolección de datos, (anexo N° 04)

Fecha: 26 de diciembre 2017

Elaboración propi

Gráfico 10: Consolidado del grupo dentario más frecuente según edad de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe.

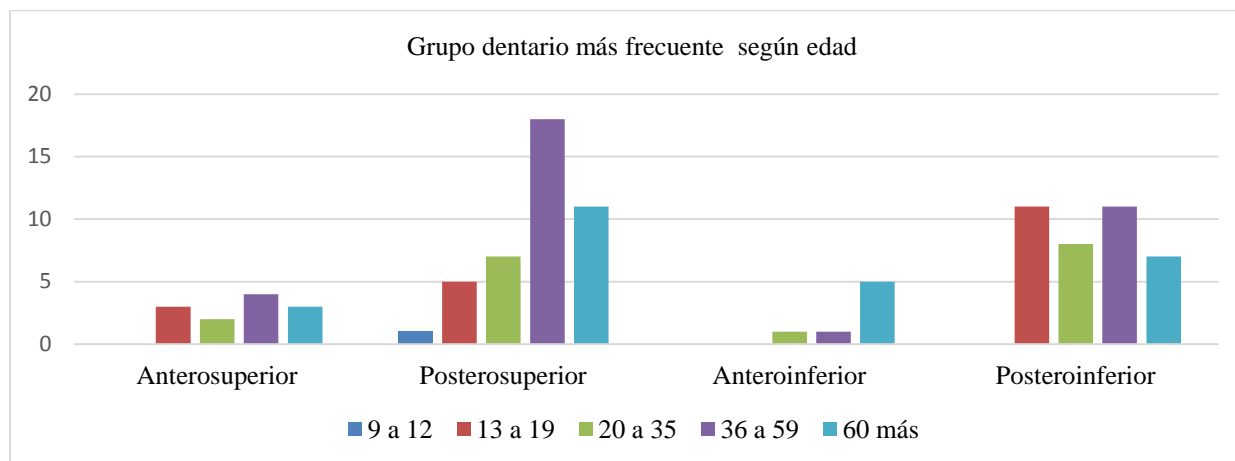


Tabla y gráfico 10: El grupo dentario más frecuente es posterosuperior comprendido en las edades de 35 a 59 años con el 18.37%, seguido por posteroinferior en las edades de 13 a 19 años con el 11.22% igualmente en las edades de 35 a 59 años, en tercer lugar el grupo dentario anterosuperior en las edades de 35-59 años y finalmente anteroinferior en pacientes mayores a 60 años con el 5.10%.

Por lo que se concluye que el grupo dentario más frecuente es el posterosuperior comprendida en las edades de 36-59 años; y la menos frecuente es el grupo anteroinferior en donde no se extrajo dientes en las edades de 9-12 años de edad.

Tabla 11: Distribución del grupo dentario más frecuente según el género de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe.

GRUPO DENTARIO	GÉNERO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	N°	%	N°	%		
Anterosuperior	5	5.10	7	7.14	12	12.24%
Posterosuperior	20	20.41	22	22.45	42	42.86%
Anteroinferior	2	2.04	5	5.10	7	7.14%
Posteriorinferior	12	12.24	25	25.51	37	37.76%
TOTAL	39	39.80	59	60.20	98	100.00%

Fuente: Ficha de recolección de datos, (anexo N° 04)

Fecha: 26 de diciembre 2017

Elaboración propia

Gráfico 11: Consolidado del grupo dentario más frecuente según el género de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe.

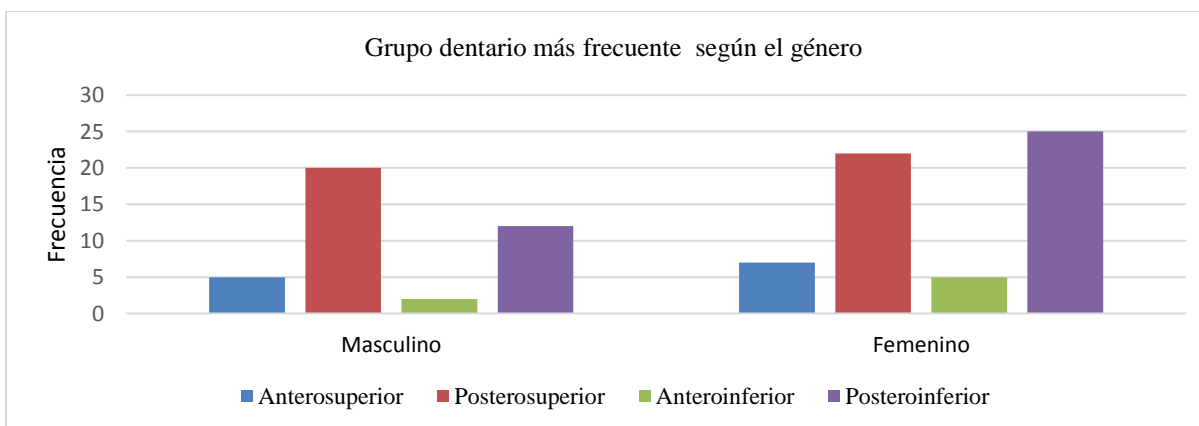


Tabla y gráfico 11: De acuerdo al género el grupo dentario más frecuente es posterosuperior en el género femenino con el 22.45% y masculino con el 20.41%, luego el grupo posteriorinferior en el género femenino con el 25.51% y masculino con el 12.24%, continuando el grupo anterosuperior en el género femenino con el 7.14% y masculino con 5.10%, finalmente el grupo anteroinferior en el género femenino con el 5.10% y masculino 2.04%.

Lo que significa que en el género femenino el grupo dentario más frecuente es el posteriorinferior y en el género masculino el factor más frecuente es posterosuperior.

5.3 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

TABLA N° 12: Distribución de Contrastación de hipótesis general

Factores etiológicos de exodoncia	Valores Zc	Zα Nivel de significancia a $\alpha = 0.05$	Decisión	Conclusión
Caries dental	0.606	1.96	Zc < Z α	No rechazar Ho en Caries dental
Enfermedad periodontal	-6.06	1.96	Zc < Z α	No rechazar Ho en Enfermedad periodontal
Indicación protésica	-7.880	1.96	Zc < Z α	No rechazar Ho en Indicación protésica
Dientes retenidos	-1.822	1.96	Zc < Z α	No rechazar Ho en Dientes retenidos
Remanente radicular	-5.859	1.96	Zc < Z α	No rechazar Ho en Remanente radicular
Diente supernumerario	-7.880	1.96	Zc < Z α	No rechazar Ho en Diente supernumerario
Dientes ectópicos	-7.880	1.96	Zc < Z α	No rechazar Ho en Dientes ectópicos

Conclusión: por unanimidad todas las hipótesis para los diferentes factores no son rechazados por lo que se concluye que son los factores etiológicos de exodoncia como la caries dental, enfermedad periodontal, indicación protésica, dientes retenidos, dientes supernumerarios, remanente radicular son los que no originan la pérdida de dientes permanentes de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017

Contrastación de hipótesis secundarias:

H_i : Las piezas dentarias permanentes que se extraen con mayor frecuencia son las primeras molares inferiores a causa de caries dental de los pacientes que acuden al Servicio de Odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017.

H_o : Las piezas dentarias permanentes que se extraen con mayor frecuencia no son las primeras molares inferiores a causa de caries dental de los pacientes que acuden al Servicio de Odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017.

Nivel de significancia $\alpha = 0.05$

Estadístico Chi cuadrado $X^2 = 203,659$; valor $p = 0,061$, decisión

Dado que $p > 0.05$; No se rechaza H_o :

Las piezas dentarias permanentes que se extraen con mayor frecuencia no son las primeras molares inferiores a causa de caries dental de los pacientes que acuden al Servicio de Odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017

H_i : Las piezas dentarias permanentes que se extraen con mayor frecuencia es la caries dental según edad de los pacientes que acuden al Servicio de Odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017.

H_o : Las piezas dentarias permanentes que se extraen con mayor frecuencia no es la caries dental según edad de los pacientes que acuden al Servicio de Odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017.

Nivel de significancia $\alpha = 0.05$

Estadístico Chi cuadrado $X^2 = 99,323$; valor $p = 0,866$, decisión

Dado que $p > 0.05$; No se rechaza H_o :

Las piezas dentarias permanentes que se extraen con mayor frecuencia no es la caries dental según edad de los pacientes que acuden al Servicio de Odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017.

H_i: Las piezas dentarias permanentes que se extraen con mayor frecuencia es la caries dental según género de los pacientes que acuden al Servicio de Odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017.

H_o: Las piezas dentarias permanentes que se extraen con mayor frecuencia no es la caries dental según género de los pacientes que acuden al Servicio de Odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017.

Nivel de significancia $\alpha = 0.05$

Estadístico Chi cuadrado $X^2 = 32,073$; valor $p = 0,317$, decisión

Dado que $p > 0.05$; No se rechaza H_o:

Las piezas dentarias permanentes que se extraen con mayor frecuencia no es la caries dental según género de los pacientes que acuden al Servicio de Odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017.

H_i: El factor etiológico más frecuente es la caries dental para realizar exodoncias de dientes permanentes de acuerdo a edad de los pacientes que acuden al Servicio de Odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017.

H_o: El factor etiológico más frecuente no es la caries dental para realizar exodoncias de dientes permanentes de acuerdo a edad de los pacientes que acuden al Servicio de Odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017.

Nivel de significancia $\alpha = 0.05$

Estadístico Chi cuadrado $X^2 = 48,631$; valor $p = 0,002$, decisión

Dado que $p < 0.05$; Se rechaza H_o:

El factor etiológico más frecuente es la caries dental para realizar exodoncias de dientes permanentes de acuerdo a edad de los pacientes que acuden al Servicio de Odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017.

H_i: El factor etiológico más frecuente es la caries dental para realizar exodoncias de dientes permanentes de acuerdo a género de los pacientes que acuden al Servicio de Odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017.

H_o: El factor etiológico más frecuente no es la caries dental para realizar exodoncias de dientes permanentes de acuerdo a género de los pacientes que acuden al Servicio de Odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017.

Nivel de significancia $\alpha = 0.05$

Estadístico Chi cuadrado $X^2 = 14,993$; valor $p = 0,020$, decisión

Dado que $p < 0.05$; Se rechaza H_o:

El factor etiológico más frecuente es la caries dental para realizar exodoncias de dientes permanentes de acuerdo a género de los pacientes que acuden al Servicio de Odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017.

H_i: El grupo dentario más frecuente es el posteroinferior según el factor etiológico de los pacientes que acuden al Servicio de Odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017.

H_o: El grupo dentario más frecuente no es el posteroinferior según el factor etiológico de los pacientes que acuden al Servicio de Odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017

Nivel de significancia $\alpha = 0.05$

Estadístico Chi cuadrado $X^2 = 26,499$; valor $p = 0,089$, decisión

Dado que $p > 0.05$; No se rechaza H_o:

El grupo dentario más frecuente no es el posteroinferior según el factor etiológico de los pacientes que acuden al Servicio de Odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017

H_i: El grupo dentario más frecuente es el posteroinferior según edad de los pacientes que acuden al Servicio de Odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017.

H_o: El grupo dentario más frecuente no es el posteroinferior según edad de los pacientes que acuden al Servicio de Odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017

Nivel de significancia $\alpha = 0.05$

Estadístico Chi cuadrado $X^2 = 14,557$; valor $p = 0,267$, decisión

Dado que $p > 0.05$; No se rechaza H_o:

El grupo dentario más frecuente no es el posteroinferior según edad de los pacientes que acuden al Servicio de Odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017

H_i: El grupo dentario más frecuente es el posteroinferior según género de los pacientes que acuden al Servicio de Odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017.

H_o: El grupo dentario más frecuente no es el posteroinferior según género de los pacientes que acuden al Servicio de Odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017

Nivel de significancia $\alpha = 0.05$

Estadístico Chi cuadrado $X^2 = 2,296$; valor $p = 0,513$, decisión

Dado que $p > 0.05$; No se rechaza H_o:

El grupo dentario más frecuente no es el posteroinferior según género de los pacientes que acuden al Servicio de Odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017

5.4 DISCUSIÓN

En la presente investigación se observó a los 98 pacientes que acudieron al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe que conformaron el total de la muestra de estudio, con la intención de verificar estadísticamente la relación entre el sexo, edad, las causas de exodoncia, grupos dentarios más frecuentes y piezas dentarias que se extraen con mayor frecuencia.

Al analizar los resultados de un total de 98 pacientes, se determinó a la caries como uno de los principales motivos para extraer las piezas dentarias con un 53.06%, seguido por Remanente Radicular con un 20.41%, Enfermedad Periodontal corresponde al 19.13%, dientes retenidos con 4.08%, indicación protésica con 1.02%, diente supernumerario con 1.02%, finalmente diente ectópico con 1.02%. Resultados similares a los estudios realizados por Medina CE, *et al*¹¹ y Lee CY, *et al*⁴, que determinaron a la caries como factor principal y a la enfermedad periodontal en segundo lugar, siendo la diferencia en este estudio que se tomó en cuenta como otro factor de exodoncia el remanente radicular porque no simplemente puede ser por caries sino también por alguna fractura como se describe en las bases teóricas. De la misma manera estudios realizados por Villares DE, *et al*³ Y Jafarian M, *et al*¹³, determinaron a la caries dental como factor más frecuente seguido por enfermedad periodontal.

En este estudio se estableció que el género femenino acudió con más frecuencia al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe con el 60.20% siendo la caries el motivo más frecuente de extracción con el 34.69%, seguido por remanente radicular con el 12.24%, mientras que en el género masculino con 39.80%, la causa principal fue la caries dental con el 18.37%, seguida por enfermedad periodontal con 9.18%; resultado que indica que las mujeres acuden con más frecuencia al servicio de salud bucal que los hombres. Resultados que coinciden con estudios realizados por Villares DE, *et al*³ donde determinaron que se atendido más al género femenino con el 52% y al masculino con el 48%.

De la misma manera se verifico que de acuerdo al grupo de edad, en el grupo comprendido entre 36-59 años, la caries fue el motivo principal de extracción con el 21.43%. Seguida por remanente radicular con el 8.16%; así como también en el grupo comprendido de 60 años a más, el motivo principal fue por enfermedad periodontal que corresponde al 14.29%, seguido por caries dental con el 6.12% siendo los resultados más significativos en relación al factor de extracción y edad; estudios realizados por Villares N. *et al*³, coinciden con nuestro estudio, siendo la caries la causa principal de extracción entre las edades de 60-69 años siendo la caries la causa más frecuente de exodoncia (63,9%), seguida de la enfermedad periodontal (17,6%) . al identificar las causas de acuerdo a edad se deberá efectuar campañas enfocadas en la caries y enfermedad periodontal, que son las que presentan un alto índice para la extracción y así en un futuro lograr disminuirlos realizando controles de efectividad.

De un total de 98 piezas extraídas en el estudio, las piezas dentarias que mas se extrajeron fueron las siguientes: la pieza #26 (10 exodoncias) que corresponde al

10.20%; la pieza #36 (07 exodoncias) y corresponde al 7.14%; la pieza #27, #15 con (06 exoncias) cada pieza que corresponde al 6.12% por pieza dentaria. Resultados son similares con el estudio realizado por Cisneros JC ¹⁴, Que la pieza #16 se extrajo con más frecuencia por presentar caries dental. Estos resultados del estudio realizado, refleja la situación actual de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe.

CONCLUSIONES

- Se identificó que las causas por las que se extraen las piezas dentarias fueron las siguientes: la caries, remanente radicular, enfermedad periodontal, dientes retenidos, piezas ectópicas, diente supernumerario y finalmente indicación protésica.
- Respecto a las edades de los pacientes a los que se realizó más exodoncias tuvieron una edad promedio entre 36-59 años de edad, corroborando el hecho de que fueron exodoncias por caries en su mayoría
- El sexo que se realizaron exodoncias con mayor frecuencia fue el género femenino, siendo las causas más frecuentes de extracción en ambos grupos: la caries dental, remanente radicular, enfermedad periodontal, hecho por el cual puede existir más interés, más preocupación por la conservación de la salud oral por parte del género femenino.
- En cuanto al grupo dentario se verifico que en el grupo comprendido entre 36-59 años fue mayor en posterosuperior, en el grupo comprendido entre 60 a más años el grupo mayor fue también posteropsuperior, mientras que en el grupo comprendido entre 13-19 el grupo dentario más extraído fue posteroinferior al

igual que en el grupo comprendido de 20-35 años producto de una alta prevalencia de caries.

- De un total de 98 piezas dentarias extraídas, las que se extrajeron con mayor frecuencia son: la pieza dentaria # 26 y # 27 por presentar caries, remanente radicular y enfermedad periodontal, siendo los valores más significativos de extracción de acuerdo a la muestra.

RECOMENDACIONES

- Que se dé continuidad y se incrementen más programas de educación en salud bucal a nivel de pregrado para dar charlas en las áreas donde están ubicadas los pueblos de Ferreñafe.
- Que se realicen seguimientos en este tipo de estudios, en los cuales se determine el nivel de salud bucal en los jóvenes de Ferreñafe y pueblos cercanos.
- Hacer énfasis en la salud oral por medio de la capacitación a maestros y padres de familia de los establecimientos educativos.
- Realizar una campaña dental dirigida a los pacientes que acuden al hospital referencial Ferreñafe y en especial a los pacientes que acuden al servicio de odontología, donde se centre más en la caries y la enfermedad periodontal, así permitir disminuir el porcentaje de extracción dentaria.
- Concienciar a los pacientes de ambos géneros a que acudan continuamente a consulta, ya que en el Hospital Referencial Ferreñafe, existe el personal formado y preparado para brindar atención de calidad a todos los pacientes.

- Motivar a los pacientes de todas las edades a que obtén por una mejor higiene oral y que lleven una mejor calidad de vida ya que la extracción dental es uno de los procedimientos más ofertados y adquiridos por los pacientes y en un futuro contribuir a la disminución de enfermedades sistémicas que se pueda presentar por una mala alimentación y por la pérdida prematura de las piezas naturales.
- Implementar y renovar con instrumental, material y equipamiento con tecnología innovadora al consultorio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Hupp J, Ellis E, Tucker M. Cirugía oral y Maxilofacial contemporánea. 6° edic. España: Elsevier España SL; 2014. 91 p.
2. Donado M, Donado A .Cirugía Bucal Patología y Técnica. 4° edic. España: Elsevier España SL; 2014. 179-183 p.
3. Villares DE, Rosado JI, Villares JE, González AI, Rodríguez R. Análisis de las causas de exodoncia en dentición permanente en pacientes que acuden a la consulta de odontología de un centro de salud de atención primaria. Cient Dent. [Internet]. 2015, Dic, [citado 17 mayo del 2017], 12 (1): pp.7-14. Disponible desde:
https://www.researchgate.net/publication/287204755_ANÁLISIS_de_las_causas_de_exodoncia_en_denticion_permanente_en_pacientes_que_acuden_a_la_consulta_de_odontologia_de_un_centro_de_salud_de_atencion_primaria
4. Lee CY, Chang YY, Shieeh TY, Chang CS, et al. Reasons for permanent tooth extractions in Taiwan. Asia-Pacific Journal of Public Health [internet]. 2015, nov, [citado 17 de mayo del 2013], 27 (2): pp. 2350-2357. Disponible desde:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22743854>
5. Alesia K, Khalil HS._Reasons for and patterns relating to the extraction of permanent teeth in a subset of the Saudi population. Clin Cosmet investing Dent [Internet]. 2013, Jul, [citado 17 de mayo del 2017], 5: pp. 51-56. Disponible desde: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23986651/>

6. Khalifa N, Allen PF, Abu-Bakr NH, Abdel-Rahman ME, Abdelghafar KO. A survey of oral heralt in a Sudanese population. BMC Oral Health [Internet]. 2012, Feb, [Citado 18 de Mayo del 2017], 12 (5). Disponible desde: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22364514>
7. Sánchez M, Román M, Dávila R, Gonzales A. Salud bucal en pacientes adultos mayores y su asociación con la calidad de vida. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas [Internet]. 2011, [citado 19 de mayo del 2017], 16 (2): pp. 110-115. Disponible Desde: https://www.researchgate.net/profile/Alberto_Gonzalez_Pedraza_Aviles/publication/293814693_Salud_bucal_en_pacientes_adultos_mayores_y_su_asociacion_con_la_calidad_de_vida/links/56bcb3a308ae9ca20a4ca45e.pdf
8. Organización Mundial de la Salud. Salud Bucodental [internet]. 2012, abril, [citado 20 de mayo del 2017], disponible desde: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
9. Ministerio de Salud, módulo de la promoción de la salud bucal higiene oral [internet]. 2013, [citado 22 de mayo del 2017], disponible desde: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2573.pdf>
10. Ministerio de Salud, lanzan en cuzco programa de salud Bucal para escolares del ámbito de Qali Warma [internet], 2015, mayo [citado 23 de mayo del 2017], Disponible desde: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=16549>

11. Medina CE, Pontigo AP, Pérez E, Hernández P, De la Rosa R, Navarete JJ, et al. Principales razones de extracción de dientes permanentes en una muestra de adultos mexicanos. Revista de investigación clínica [internet]. 2013, marzo-abril, [citado 24 de mayo del 2017], 65 (2): pp.141-149. Disponible desde: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2013/nn132d.pdf>
12. Chrysanthakopoulos NA, Vlassi CK. Reasons and risks of permanent teeth extraction. the general dental practice in Greece. International Journal of Medical Dentistry [Internet]. 2013, dic, [citado 25 de mayo del 2017], 3 pp. 315-321. Disponible desde: http://www.ijmd.ro/articole/338_65_pdf_IJMD%204-2013%20tipo.pdf
13. Jafarian M, Etebarian A. Reasons for Extraction of Permanent Teeth in General Dental Practices in Tehran, Iran. Med Princ Pract [internet]. 2013, [citado 27 de mayo del 2017], 2(2): pp. 239-244. Disponible desde: <https://www.karger.com/Article/PDF/345979>
14. Cisneros JC. Causas para la extracción de piezas dentarias en los pacientes, que acuden a la clínica de cirugía de la facultad de odontología de la universidad central del ecuador periodo 2015. [Tesis para título de odontólogo]. Ecuador. Universidad central del ecuador.2016. Disponible desde: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/6659/1/T-UCE-0015-332.pdf>
15. Anyanechi C, Chukwuneke F. Survey of the Reasons for Dental Extraction in Eastern Nigeria. Journal list [internet]. 2012, [citado 30 de mayo del 2017], 2 (2): pp 129-133. Disponible desde: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3573506/>

16. Cuenca E, Baca P. Odontología Preventiva Principios Métodos y Aplicaciones. 4° edic. España: Elsevier España SL; 2013. 93-94 p.
17. Ferreira P, Sousa L, Cury JA. Conceptualization of dental caries by undergraduate dental students from the first to the last year. Brazilian dental journal [internet]. 2014, Jan Feb, [citado 29 de mayo del 2017], 25 (1): pp. 59-62. Disponible desde: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24789294>
18. De Melo S, Vasconcelos M, Nogueira MH. Impacto da cárie dentária na qualidade de vida de adultos residentes no entorno de Belo Horizonte, MG, Brasil. Ciência Saúde Coletiva [internet]. 2013, [citado 30 de mayo del 2017], 18 (7): pp. 1971-1980. Disponible desde: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n7/12.pdf>
19. Costa M, Abreu MH, Vasconcelos M, Lima C, Verdi M, Ferreira EF. Inequalities in the distribution of dental caries in Brazil: a bioethical approach. ciencia saude colectiva [internet]. 2013, feb, [citado 01 de junio del 2017], 18 (2): pp. 461-470. Disponible desde: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23358771>
20. Barrancos J, barrancos P. Operatoria dental integración clínica. 4°edic. argentina: edición médica panamericana; 2006. 297 p. disponible desde: <https://books.google.com.pe/books?id=zDFxeYR8QWwC&printsec=frontcover&q=libros+de+caries+dental&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjKioSpuvHWAhXJFpAKHakECNwQ6AEILTAC#v=onepage&q=libros%20de%20caries%20dental&f=false>
21. Pitts NB, Zero DT, Marsh PD et al. dental caries. Nat Rev Dis Primers. [internet]. 2017, mayo, [citado 10 de diciembre del 2017], 3 : disponible desde: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28540937>

22. Schwendicke F. Contemporary concepts in carious tissue removal: A review. [internet]. 2017, noviembre, [citado 15 de diciembre del 2017], 29 (6): pp.406-408. Disponible desde: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28925550>
23. Nigel P, Domenick Z. White Paper on Dental Caries Prevention and Management A summary of the current evidence and the key issues in controlling this preventable disease. Worl dental federation. [internet]. 2015, [citado 11 de diciembre del 2017], disponible desde: https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/documents/2016-fdi_cpp-white_paper.pdf
24. Rugg-Gunn A. Dental caries: strategies to control this preventable disease. Acta medic academic.. [internet]. 2013, noviembre, [citado 12 de diciembre del 2017], 42 (2): pp. 117-130. Disponible desde: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24308392>
25. Thomson WM, Sheiham A, Spencer AJ. Sociobehavioral aspects of periodontal disease. periodontology 2000 [internet]. 2012, octub, [citado 02 de junio del 2017], 60 (1): pp. 54-63. Disponible desde: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22909106>
26. Srivastava N, Nayak PA, Rana S. Point of Care- A Novel Approach to Periodontal Diagnosis-A Review. J Clin Diagn Res. [Internet]. 2017, agosto, [citado 03 de enero del 2018], 11 (8): disponible desde: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28969294>

27. Kinane DF, Stathopoulou PG, Papapanou PN. Periodontal diseases. Nat Rev Dis Primers. [Internet]. 2017, junio, [citado 05 de enero del 2018], 3: disponible desde: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28805207>
28. Papapanou PN, Susin C. Periodontitis epidemiology: is periodontitis under-recognized, over-diagnosed, or both?. Periodontol 2000. [Internet]. 2017, octubre, [citado 07 de enero del 2018], 75 (1): pp. 45-51. Disponible desde: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28758302>
29. Slots J. Periodontitis: facts, fallacies and the future. Periodontol 2000. [Internet]. 2017, octubre, [citado 10 de enero del 2018], 75 (1): pp. 7-23. Disponible desde: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28758294>
30. Gross AJ, Paskett KT, Cheever VJ, Lipsky MS. Periodontitis: a global disease and the primary care provider's role. Postgrad Med J. [Internet]. 2017, Septiembre, [citado 10 de enero del 2018], 93: pp. 560-565. Disponible desde: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28698305>
31. Wadia R, Ide M. Periodontal Emergencies in General Practice. Prim Dent J. [Internet]. 2017, mayo, [citado 10 de enero del 2018], 6 (2): pp. 46-51. Disponible desde: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28668100>
32. Peña M, Calzado M, Gonzales M, et al. Cordero SPatógenos periodontales y sus relaciones con enfermedades sistémicas Periodontal pathogens and their relationships with systemic diseases. Medisan. [Internet]. 2012, [citado 10 de enero del 2018], 16 (7): disponible desde: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol_16_7_12/san14712.pdf

33. Kaczor-Urbanowicz K, Zadurska M, Czochrowska E. Impacted Teeth: An Interdisciplinary Perspective. Adv Clin Exp Med. [Internet]. 2016, Mayo, [citado 12 de enero del 2018], 25 (3): pp. 575-55. Disponible desde: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27629748>
34. Bobig V, Barbisan A, Marques V, De Oliveira G, Carlos F, De Oliveira C. Radiographic Prevalence of unerupted and supernumerary teeth. Revista gaucha odontol [internet]. 2013, jan/mar, [citado 09 de junio del 2017], 61 (1): pp. 107-111. Disponible desde: http://www.academia.edu/22060050/Radiographic_prevalence_of_unerupted_and_supernumerary_teeth
35. Arroyo Y, Morera H. retención canina en la eminencia mentoniana reporte de caso. Revista Científica Odontológica [internet]. 2012, Enero-Junio: [citado 10 de junio del 2017], 8 (1): pp.39-44. Disponible desde: <http://www.redalyc.org/pdf/3242/324227915006.pdf>
36. Egido S, Arnau C, Juárez I, Jané E, Marí A, López J. Caninos incluidos, tratamiento odontológico. Revisión de la literatura. avances en odontoestomatología. [internet]. 2013, [citado 12 de junio del 2017], 9 (5): pp.227-238. Disponible desde: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v29n5/original1.pdf>
37. Mortazavi H, Baharvand M. Jaw lesions associated with impacted tooth: A radiographic diagnostic guide. Imaging Sci Dent. [internet]. 2016, septiembre, [citado 12 de junio del 2017], 46 (3): pp. 147-157. Disponible desde: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27672610>

38. Oropeza MP. Dientes supernumerarios. Reporte de un caso clínico. Revista odontológica mexicana [internet]. 2013, abril-junio, [citado 13 de junio del 2017], 17 (2): pp. 91-96. Disponible desde: <http://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2013/uo132d.pdf>
39. Cruz EA. Clasificación de dientes supernumerarios: revisión de literatura. Rev. Estomatol [internet]. 2014, marzo, [citado 15 de junio del 2017], 22(1):pp.38-42. Disponible desde: <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/8933/1/Clasificacion%20de%20dientes%20supernumerarios.pdf>
40. Colombo E, Quirós O. Problemas asociados con la presencia de dientes supernumerarios - Reporte de un caso. Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría [internet]. 2013, [citado 16 de junio del 2017], disponible desde: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/art-26/#>
41. Ulfohn AG. Dientes supernumerarios. Editorial médica panamericana. [internet]. 2015, [citado 15 de enero del 2018], disponible desde: http://bibliotecas.unr.edu.ar/muestra/medica_panamericana/9789500603140.pdf
42. Hsiao CC, Boynton JR. Etiology, Classification and Management of Ectopic Eruption of Permanent First Molars. J Mich Dent Assoc. [internet]. 2016, junio, [citado 15 de enero del 2018], 98 (1): pp. 26-30. Disponible desde: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26882645>

43. Bockow R. Treatment planning with corticotomy-facilitated orthodontics. *Seminars in Orthodontics* [internet]. 2014, sep, [citado 03 de junio del 2017], 20 (3): pp.228-238. Disponible desde: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S1073874614000292?returnurl=http:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS1073874614000292%3Fshowall%3Dtrue&referrer=https:%2F%2Fwww.google.com.pe%2F>
44. Villada M Pedroza A. Protocolo de extracciones en ortodoncia. *Revista nacional de odontología* [internet]. 2013, dic, [citado 05 de junio del 2017], 9: pp. 17-23. Disponible desde: http://master.lareferencia.info/vufind/Record/CO_165e80372fb1c4d0f4d0d93d7777dd4d
45. Berman LH, Kuttler S. Fracture necrosis: diagnosis, prognosis assessment, and treatment recommendations. *Journal of endodontics* [internet]. 2010, mar, [citado 06 de junio del 2017], 36 (3): pp. 442-446. Disponible desde: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20171360>
46. Andreasen JO, Ahrensburg SS, Tsilingaridis G. Tooth mobility changes subsequent to root fractures: a longitudinal clinical study of 44 permanent teeth. *Dental traumatology* [internet]. 2012, enero, [citado 07 de junio del 2017], 28 (5): pp. 410-414. Disponible desde: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22251277>

47. Andreasen JO, Ahrensburg SS, Tsilingaridis G. Root fractures: the influence of type of healing and location of fracture on tooth survival rates - an analysis of 492 cases. Dental Traumatology [internet]. 2012, oct, [citado 08 de junio del 2017], 28 (5): pp. 404-409. Disponible desde: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22443169>
48. Catota ML. Remanentes radiculares y su relación con las patologías bucales en conscriptos atendidos en el centro de salud urbano nº 13 del fuerte militar atahualpa de la ciudad de machachi en el período noviembre 2013 - abril 2014. [Tesis para título de odontólogo]. Ecuador. 2014. Disponible desde: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/762/1/UNACH-EC-ODONT-2014-0048.pdf>
49. Garcia J. Patología y terapéutica dental: operatoria dental y endodoncia. 2º edic. Elsevier España SL; 2015. 3 p. disponible desde: <https://books.google.com.pe/books?id=ReRABAAQBAJ&printsec=frontcover&q=DIENTE+ECTOPICO+ARTICULOS+DE+REVISION&hl=es&sa=X&ved=0ahUKewjOoZ7s3YTYAhVGWCYKHfztCkYQ6AEIMDAC#v=onepage&q&f=false>
50. Glossary of Dental Clinical and Administrative Terms. American Dental Association [internet]. [Citado 20 de junio del 2017], Disponible desde: <http://www.ada.org/en/publications/cdt/glossary-of-dental-clinical-and-administrative-ter>

51. Bustamante G, Surco J, Tito E, Yujra C. oclusión. Reviste de investigación clínica investiga [Internet]. 2012, [citado 20 de junio del 2017], 20. Disponible desde: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682012000500003&script=sci_arttext
52. Harris J, Rebolledo M, Fortich N. Hiperodoncia múltiple y su relación con la displasia cleidocraneal. avances en odontoestomatología [internet]. 2013, [citado 21 de junio del 2017], 29 (1): pp.25-29. Disponible desde: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v29n1/original2.pdf>
53. Jordan F , Sossa J, Estrada JH. Protocolo de manejo de diente permanente avulsionado para el servicio de salud oral de la Fundación Hospital La Misericordia y la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá (2011). Univ Odontol. [Internet].2012, Ene-Jun, [citado 21 de junio del 2017], 31(66): pp. 185-210. Disponible desde: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revUnivOdontologica/article/viewFile/2723/2380>
54. Díaz ML, Vicente M. Mesiodens: presentación de tres casos Mesiodens: three case reports. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2010, enero-marzo, [citado 21 de junio del 2017], 12 (45): pp. 79-87. Disponible desde: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322010000100009

55. Ramírez FA, Pérez BA, Sánchez C. Causas más frecuentes de extracción dental en la población derechohabiente de una unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social. Revista ADM [Internet]. 2010, enero-feb, [citado 21 de junio del 2017], 67 (1): pp. 21-25. Disponible desde: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2010/od101e.pdf>
56. Concepción T, Sosa HP, Matos A, Díaz C. Orden y cronología de brote en dentición permanente. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2013, mayo-jun, [citado 20 de junio del 2017], 17 (3). Disponible desde: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156131942013000300012
57. Hernández S, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación [internet]. 6° ed. México; McGraw-Hill; 2014, abril. [citado 12 de junio del 2017]; disponible desde: <http://upla.edu.pe/portal/wp-content/uploads/2017/01/Hern%C3%A1ndez-R.-2014-METODOLOGÍA-de-la-INVESTIGACIÓN.pdf.pdf>
58. Muggenburg MC, Perez I. Tipos de estudio en el enfoque de investigación cuantitativo. Revista enfermería universitaria ENEO-UNAM [Internet]. 2007, enero-abril, [citado 20 de junio del 2017]. 4 (1): pp. 35-38. Disponible desde: https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&cad=rja&uact=8&sqi=2&ved=0ahUKEwjN1NLgsLzUAhUC8j4KHcp0BQYQFghMMAU&url=http%3A%2F%2Fwww.revistas.unam.mx%2Findex.php%2Freu%2Farticle%2Fdownload%2F30300%2F28145&usq=AFQjCNGfdm_OhjiHKxZSJ61Olli1KiDhA

59. Sánchez H, Reyes C. Metodología y diseños en investigación científica 5° ed. Perú: business Support Anneth; 2015 jul. 222p.
60. Gonzales R, Cardentey J. La historia clínica médica como documento médico legal. Revista Médica Electrónica. [internet]. 2015, oct-dic, [citado 23 de junio dl 2017]. 37 (6). Disponible desde: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000600011
61. Corral Y. validez y confiabilidad de os instrumentos de investigación para la recolección de datos. [Internet]. 2009, febrero, [citado 10 de noviembre del 2017]. Disponible desde: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/n33/art12.pdf>

ANEXOS

Anexo 01

“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”

SOLICITO: PERMISO PARA EJECUTAR
INVESTIGACIÓN EN EL HOSPITAL
REFERENCIAL FERREÑAFE.

Señor: Dr. Ernesto Montenegro Díaz

DIRECTOR DEL HOSPITAL REFERENCIAL FERREÑAFE

Tengo el agrado de dirigirme a su honorable despacho para expresarle mi cordial saludo y a la vez manifestarle lo siguiente:

Yo, Loreyne Yaralit Garcia Alberca, identificada con DNI N° 72353762, egresada de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas – Filial Chiclayo, realizaré el trabajo de investigación titulado **“FACTORES ETIOLÓGICOS DE EXODONCIA EN DENTICION PERMANENTE DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL HOSPITAL REFERENCIAL FERREÑAFE, 2017”**, solicito ante Usted, permiso para desarrollar el presente trabajo de investigación, durante un mes en el servicio de odontología del nosocomio. Debido a lo expuesto le pido considerar su aprobación oportuna.

Es propicia la oportunidad para reiterarle mi consideración y estima personal.

Pimentel, 28 de julio del 2017


de 130
UV
UV
UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FILIAL CHICLAYO
MG. CD. ANTONIO DURAN PICO
COORDINADOR DE ESCUELA PROFESIONAL
ESTOMATOLOGÍA
Chiclayo, 28 de
Agosto del 2017
Atentamente,


Bach. LOREYNE YARALIT GARCIA ALBERCA
DNI N° 72353762

RECIBIDO
HOSPITAL REFERENCIAL DE FERREÑAFE
SECRETARÍA
Fecha: 29 AGO 2017
Hora: 11:01 Reg:
Fonost: +Anillado

“AÑO DEL DIÁLOGO Y RECONCILIACIÓN NACIONAL”

**SOLICITA: CONSTANCIA DE EJECUCION DE
INVESTIGACION, TESIS EN EL HOSPITAL
REFERENCIAL FERREÑAFE**

Señor: Dr. Ernesto Montenegro Díaz

DIRECTOR DEL HOSPITAL REFERENCIAL FERREÑAFE

Tengo el agrado de dirigirme a su honorable despacho para expresarle mi cordial saludo y a la vez manifestarle lo siguiente:

Yo, Loreyne Yaralit Garcia Alberca, identificada con DNI N° 72353762, egresada de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas – Filial Chiclayo, realicé el trabajo de investigación titulado **“FACTORES ETIOLÓGICOS DE EXODONCIA EN DENTICION PERMANENTE DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL HOSPITAL REFERENCIAL FERREÑAFE, 2017”**, solicito ante Usted, constancia de haber desarrollado dicho trabajo de investigación, durante un mes en el servicio de odontología del nosocomio. Debido a lo expuesto le pido considerar su aprobación oportuna.

Es propicia la oportunidad para reiterarle mi consideración y estima personal.

Pimentel, 22 de febrero del 2018

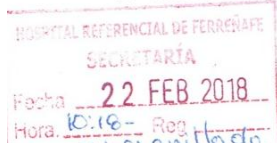
Atentamente,



Bach. LOREYNE YARALIT GARCIA ALBERCA
DNI N° 72353762

Adjunto a la presente:

1. Constancia de aprobación para ejecutar tesis.
2. Informe de realización de ejecución de tesis.





GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LAMBAYEQUE
RED DE SALUD FERREÑAFE
HOSPITAL REFERENCIAL DE FERREÑAFE



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

Constancia

El Director del Hospital Referencial de Ferreñafe, consta por el presente documento:

Que la Srta.

LOREYNE YARALIT GARCIA ALBERCA

Ejecutará en este Hospital, su Proyecto de Tesis denominada:
"FACTORES ETIOLÓGICOS DE EXODONCIA E DENTICIÓN PERMANENTE DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL HOSPITAL REFERENCIAL FERREÑAFE 2017"

Se expide la presente constancia a solicitud de la parte interesada, careciendo de valor oficial para asuntos judiciales en contra del Estado Peruano.

Ferreñafe, 04 de setiembre del 2017.


CD. Alejandro Tamas Burga Miranda
COP: 10966




GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL REFERENCIAL DE FERREÑAFE
Dr. Ernesto A. Montenegro Diaz
CIRUJANO OFTALMOLOGO
CMP. 49798 RNE: 28463
DIRECTOR H.R.F.

"Nuestra Prioridad...Tu Bienestar"

Av. Augusto B. Leguía N° 630 - Ferreñafe Teléfono: 316343 RPM: # 978593462



GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LAMBAYEQUE
RED DE SALUD FERREÑAFE
Hospital Referencial de Ferreñafe



“Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional”.

Constancia

El Director del Hospital Referencial de Ferreñafe, consta por el presente documento:

Que la Srta.

LOREYNE YARALIT GARCIA ALBERCA

Ha ejecutado en este Hospital, su Tesis denominada: **“FACTORES ETIOLÓGICOS DE EXODONCIA EN DENTICIÓN PERMANENTE DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL HOSPITAL REFERENCIAL FERREÑAFE 2017”**

Se expide la presente constancia a solicitud de la parte interesada, careciendo de valor oficial para asuntos judiciales en contra del Estado Peruano.

Ferreñafe, 22 de febrero del 2018.


Alejandro Tomás Burga Miranda
CIRUJANO DENT-STA
COP 10966




GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL REFERENCIAL DE FERREÑAFE
Dr. Ernesto A. Montenegro Díaz
CIRUJANO OFTALMOLOGO
CMP. 49798 RNE: 28463
DIRECTOR H.R.F.

“Nuestra Prioridad...Tu Bienestar”

Av. Augusto B. Leguía N° 630 – Ferreñafe Teléfono: 500297 RPM: # 978593462
email: hospitalreferencial-ferre@hotmail.es

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autorización

Yo.....
. padre o tutor del niño (a).....
identificado con DNI n°..... Quien suscribe este documento, estoy de acuerdo en participar en el estudio “factores etiológicos de exodoncia en dentición permanente de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017”.

Se me ha explicado que la participación es voluntaria, no afectara mis relaciones con el odontólogo, el que me seguirá atendiendo según las normas y leyes del estado establecidas y que los resultados individuales no serán divulgados por el participante de la investigación.

Para que conste y por mi libre voluntad firmo este documento de autorización.

..... de..... del 2017

.....

FIRMA

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Anexo 04

FACTORES ETIOLÓGICOS DE EXODONCIA EN DENTICIÓN PERMANENTE DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL HOSPITAL REFERENCIAL FERREÑAFE, 2017.

N° pt e	Nombres y Apellidos	N° HC	Edad	Género		N° Pieza dental	Factor etiológico de Extracción Dental				
				M	F		Caries	Enfermedad periodontal	Indicación Ortodónticas	Indicación protésica	Otras: 1.Fractura 2.-dientes retenidos 3.- supernumerarios 4.-medios económicos
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											

Elaboración propia

MATRIZ DE CONSISTENCIA

VARIABLES	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	DISEÑO METODOLÓGICO
FACTORES ETIOLÓGICOS DE EXODONCIA	<p>Problema Principal ¿Cuáles son factores etiológicos de exodoncia en dentición permanente de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017?</p> <p>Problemas Secundarios ¿Cuáles son las piezas dentarias permanentes que se extraen con mayor frecuencia según el factor etiológico de extracción de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017?</p>	<p>Objetivo General Identificar los factores etiológicos de exodoncia en dentición permanente de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017.</p> <p>Objetivos Específicos Identificar las piezas dentarias permanentes que se extraen con mayor frecuencia según el factor etiológico de extracción de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017.</p> <p>Identificar las piezas</p>	<p>Hipótesis principal H_i Son los factores etiológicos de exodoncia como la caries dental, periodontitis, indicaciones ortodóncicas, indicaciones protésicas, dientes retenidos, dientes supernumerarios, fracturas dentales y medios económicos los que originan la pérdida de dientes permanentes de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017. H_o Los factores etiológicos de exodoncia como la caries dental, periodontitis, indicaciones ortodóncicas, indicaciones protésicas, dientes retenidos, dientes supernumerarios, fracturas dentales y medios económicos no son los que originan la pérdida de dientes permanentes de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017</p> <p>Hipótesis Derivadas H_i Las piezas dentarias permanentes que se extraen con mayor frecuencia son las primeras molares inferiores a causa de caries dental de los pacientes que acuden al Servicio de Odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017. H_o Las piezas dentarias permanentes que se extraen con mayor frecuencia no son las primeras molares inferiores a causa de caries dental de los</p>	<p>Diseño de la Investigación El diseño que se aplica en este proyecto de investigación es no experimental</p> <p>Tipo de Investigación: Por la dimensión cronológica: de corte transversal Por la manipulación de variables: descriptivo. Por el método de recolección de datos: Observacional. Por la naturaleza de los objetivos: investigación</p>
DENTICIÓN PERMANENTE				

	<p>¿Cuáles son las piezas dentarias permanentes que se extraen con mayor frecuencia de acuerdo a edad y género de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017?</p> <p>¿Cuál es el factor etiológico más frecuente para realizar la exodoncia de dientes permanentes, de acuerdo a edad y género de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017?</p> <p>Cuál es el grupo dentario más frecuente según el factor etiológico de extracción, edad y género de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe.</p>	<p>dentarias permanentes que se extraen con mayor frecuencia según edad y género de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017.</p> <p>Determinar el factor etiológico más frecuente para realizar exodoncias en dientes permanentes, según edad y género de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017.</p> <p>Determinar el grupo dentario más frecuente según el factor etiológico de extracción, edad y género de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017.</p>	<p>pacientes que acuden al Servicio de Odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017.</p> <p>H_i: Las piezas dentarias permanentes que se extraen con mayor frecuencia es la caries dental según edad y género de los pacientes que acuden al Servicio de Odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017.</p> <p>H_o: Las piezas dentarias permanentes que se extraen con mayor frecuencia no es la caries dental según edad y género de los pacientes que acuden al Servicio de Odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017.</p> <p>H_i: El factor etiológico más frecuente es la caries dental para realizar exodoncias de dientes permanentes de acuerdo a edad y género de los pacientes que acuden al Servicio de Odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017.</p> <p>H_o: El factor etiológico más frecuente no es la caries dental para realizar exodoncias de dientes permanentes de acuerdo a edad y género de los pacientes que acuden al Servicio de Odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017.</p> <p>H_i: El grupo dentario más frecuente es el posteroinferior según el factor etiológico, edad y género de los pacientes que acuden al Servicio de Odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017.</p> <p>H_o: El grupo dentario más frecuente no es el posteroinferior según el factor etiológico, edad y género de los pacientes que acuden al Servicio de Odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017.</p>	<p>descriptiva. Por la naturaleza de los datos en la investigación: metodología cuantitativa.</p> <p>Por el tipo de inferencia: Deductivo</p>
--	---	---	---	---

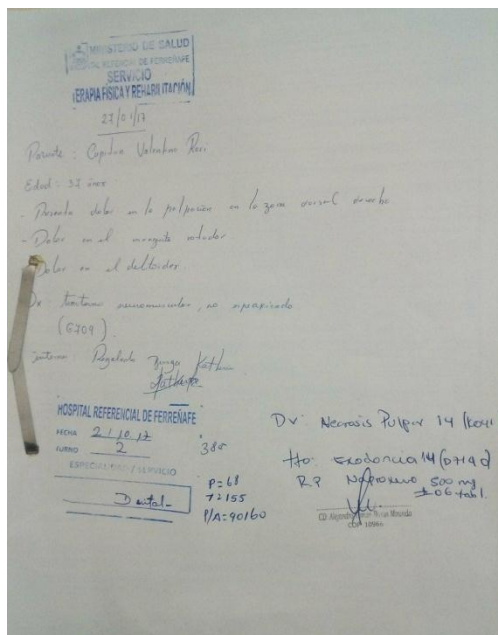
FOTOGRAFÍA 01: Observación en la colocación de anestesia de la pieza #26 por causa de caries dental



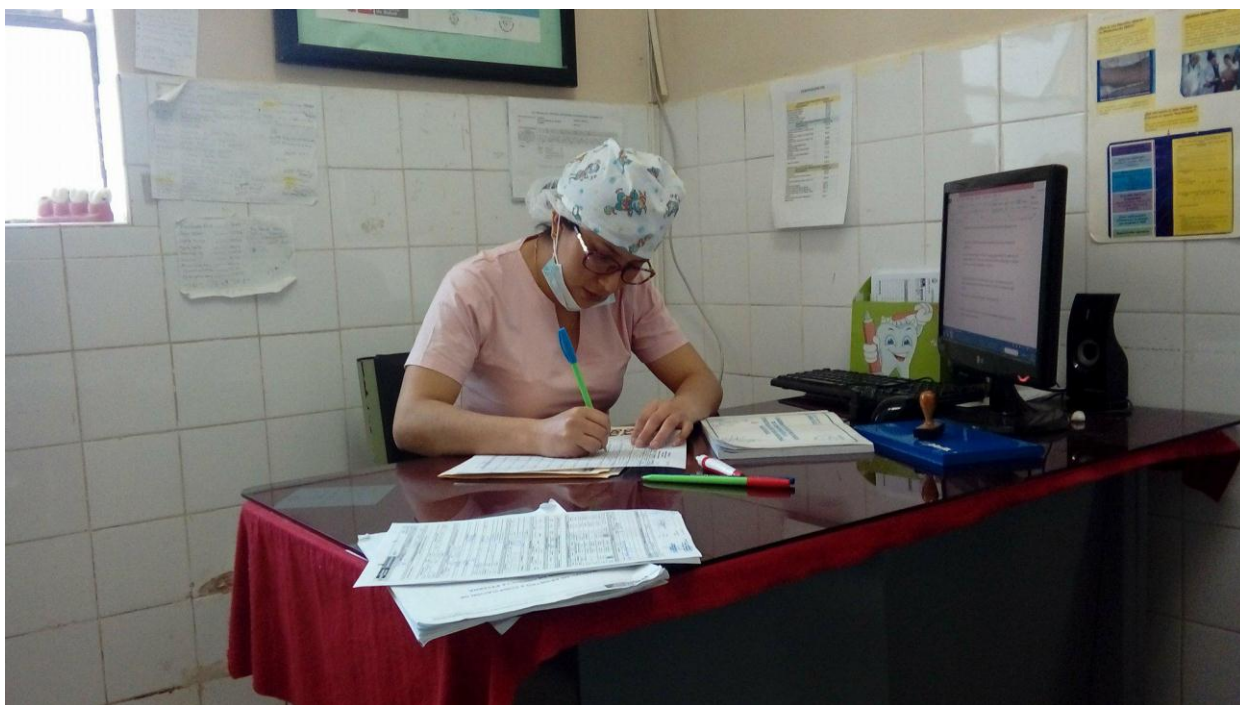
FOTOGRAFÍA 02: Evaluación clínica del paciente de género femenino y determinación de causa de exodoncia



FOTOGRAFÍA 03: historia clínica del paciente donde se identificó la causa de exodoncia de la pieza #14



FOTOGRAFÍA 04: Transcribiendo información de las historias clínica en la ficha de recolección de datos



FOTOGRAFÍA 06: Consentimiento informado firmado por el paciente que fue atendido en el servicio de odontología

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autorización

Yo..... Tello Yajaira del Valle

padre o tutor del niño (a).....

identificado con DNI n°..... 44099352..... Quien suscribe este

documento, estoy de acuerdo en participar en el estudio "factores etiológicos de exodoncia en dentición permanente de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital Referencial Ferreñafe, 2017".

Se me ha explicado que la participación es voluntaria, no afectara mis relaciones con el odontólogo, el que me seguirá atendiendo según las normas y leyes del estado establecidas y que los resultados individuales no serán divulgados por el participante de la investigación.

Para que conste y por mi libre voluntad firmo este documento de autorización.

..... de..... del 2017

..... Tello Yajaira del Valle

FIRMA