



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Y CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL
DE ESTOMATOLOGÍA**

TESIS

**“PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS ODONTO-
ESTOMATOLÓGICAS MÁS COMUNES EN PACIENTES
DEL PUESTO DE SALUD DE SAÑOS CHICO,
HUANCAYO NOVIEMBRE 2015-ENERO 2016”**

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

AUTOR

Bach. HUGO CESAR VELITA HUAMÁN

ASESOR

Mg.CD. ORLANDO A. SAMANIEGO NAPAYCO

HUANCAYO – PERÚ

2017

HOJA DE APROBACIÓN

HUGO CESAR VELITA HUAMÁN

**“PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS ODONTO-ESTOMATOLÓGICAS MÁS
COMUNES EN PACIENTES DEL PUESTO DE SALUD DE SAÑOS CHICO,
HUANCAYO, NOVIEMBRE 2015-ENERO 2016”**

Esta tesis fue evaluada y aprobada para la obtención del título profesional de cirujano dentista por la Universidad Alas Peruanas.

HUANCAYO-PERÚ

2017

SE DEDICA ESTE TRABAJO:

Al Creador del Universo, porque me enseña día a día a amar, vivir en paz y en su amor absoluto.

A mi Padre, que me apoyo incondicionalmente.

A mis Familiares, que con amor, esfuerzo y motivación me apoyaron hasta el final del objetivo.

Al CD. Daniel A. De la Cruz Mendoza, que me ayudó a convencerme que si se puede.

Agradecimiento:

Al Mg. CD. Orlando Aurelio Samaniego Napayco, por su asesoría y ayuda constantemente en la elaboración de dicho trabajo.

A mi Alma Mater “UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS”, a quien llevo en mi alma y corazón.

A la Jefa Tec. Sanit. Rosalvina Huamán Torres y Colaboradores del Puesto de Salud Saños Chico, por permitirme realizar este trabajo de investigación y abrirme las puertas de su instalación.

RESUMEN

La prevalencia de las patologías más comunes odonto-estomatológicas a nivel mundial son caries, gingivitis, periodontitis, aftas y otros que vienen afectando con mayor fuerza en comunidades pobres. **Objetivo:** Identificar la prevalencia de patologías odonto-estomatológicas más comunes en pacientes del Puesto de Salud de Saños Chico, Huancayo noviembre 2015-enero 2016. **Materiales y Métodos:** El estudio fue de alcance descriptivo, correlativo y retrospectivo, la población fue de 181 pacientes, se utilizó la fórmula de muestreo aleatorio simple para obtener la muestra representativa de 104 pacientes y el programa SPSS versión 23 en español. **Resultados:** Se encontró un mayor porcentaje en las patologías odonto-estomatológicas, en el grupo de caries y gingivitis en 71(68.3%). También un mayor porcentaje en hábitos de higiene bucal en el grupo ocasional 91(87.5%).Luego un mayor porcentaje de edades en el grupo de 18-29 años 36(34.6%). Por último un mayor porcentaje de sexo en el grupo de género femenino 70(67.3%). Continuando en 67(64.4%) tenían caries y gingivitis con hábitos de higiene bucal ocasional, $P= 0.031$ significativo. Como también en 31(29.8%) tenían caries y gingivitis en edades de 18-29 años, $P=0.000$ significativo. Por último en 52(50.0%) tenían caries y gingivitis en sexo femenino, $P=0.243$ no significativo. **Conclusiones:** Se identificó que la prevalencia de patologías odonto-estomatológicas fueron caries y gingivitis en 71(68.3%).

Palabras Claves: Prevalencia, Patologías Odonto-Estomatológicas.

SUMMARY

The prevalence of the most common dentistry pathologies worldwide are caries, gingivitis, periodontitis, thrush and others that have been affecting most strongly in poor communities. **Objective:** To identify the prevalence of most common odonto-odontological pathologies in patients at the Saños Chico Health Post, Huancayo, November 2015-January 2016. **Materials and Methods:** The study was descriptive, correlational and retrospective, the population was 181 patients. The simple random sample formula was used to obtain the representative sample of 104 patients and the SPSS version 23 program in Spanish. **Results:** A higher percentage was found in odontostomatologic pathologies, in the group of caries and gingivitis in 71 (68.3%). There was also a higher percentage of oral hygiene habits in the occasional group 91 (87.5%), followed by a higher percentage of ages in the group of 18-29 years 36 (34.6%). Finally a higher percentage of sex in the female gender group 70 (67.3%). Continuing in 67 (64.4%) had caries and gingivitis with occasional oral hygiene habits, $P = 0.031$ significant. As well as 31 (29.8%) had caries and gingivitis at ages 18-29 years, significant $P = 0.000$. Finally, 52 (50.0%) had caries and gingivitis in females, $P = 0.243$ not significant. **Conclusions:** It was identified that the prevalence of odonto-stomatological pathologies were caries and gingivitis in 71 (68.3%).

Key Words: Prevalence, Odonto-Stomatological Pathologies.

ÍNDICE

CARATULA.....	I
HOJA DE APROBACIÓN.....	II
DEDICATORIA.....	III
AGRADECIMIENTO.....	IV
RESUMEN.....	V
ABSTRACT.....	VI
LISTA DE CONTENIDO (INDICE).....	VII
LISTA DE TABLAS (INDICE).....	IX
LISTA DE GRÁFICOS (INDICE).....	X
INTRODUCCIÓN.....	XI
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del Problema.....	01
1.2. Formulación del Problema.....	04
1.2.1. Problema General.....	04
1.2.2. Problemas Específicos.....	04
1.3. Objetivos.....	05
1.3.1. Objetivo General.....	05
1.3.2. Objetivos Específicos.....	05
1.4. Justificación de la Investigación.....	05
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes.....	07
2.1.1. Antecedentes Internacionales.....	07
2.1.2. Antecedentes Nacionales.....	28
2.2. Bases Teóricas.....	31
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	
3.1. Diseño de Estudio.....	72

3.2. Población.....	72
3.3. Muestra.....	72
3.2.1. Criterios de Inclusión.....	74
3.2.2. Criterios de Exclusión.....	74
3.4. Operacionalización de variables.....	74
3.5. Técnicas y Procedimientos.....	76
3.6. Plan de Análisis de Datos.....	76
3.7. Consideraciones Éticas.....	76
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN DE RESULTADOS	
4.1. Resultados.....	77
4.2. Discusión de Resultados.....	87
4.3. Conclusiones.....	89
4.4. Recomendaciones.....	90
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	91
ANEXO N° 01.....	94
ANEXO N° 02.....	95
ANEXO N° 03.....	96
ANEXO N° 04.....	97
ANEXO N° 05.....	100
ANEXO N° 06.....	101
ANEXO N° 07.....	102
ANEXO N° 08.....	103
ANEXO N° 09.....	104
ANEXO N° 10.....	105
ANEXO N° 11.....	106
MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	107

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 01: Distribución de patologías odonto-estomatológicas más comunes de los pacientes del Puesto de Salud de Saños Chico, Huancayo noviembre 2015-enero2016.....	78
Tabla N° 02: Distribución de hábitos de higiene bucal de los pacientes del Puesto de Salud de Saños Chico Huancayo de noviembre 2015-enero 2016.....	79
Tabla N° 03: Distribución según las edades de los pacientes del Puesto de Salud de Saños Chico Huancayo de noviembre 2015-enero 2016.....	80
Tabla N° 04: Distribución según el sexo de los pacientes del Puesto de Salud Saños Chico Huancayo de noviembre 2015-enero2016.....	80
Tabla N° 05: Patologías odonto-estomatológicas con relación a los hábitos de higiene bucal de los pacientes del Puesto de Salud de Saños Chico Huancayo de noviembre 2015-enero 2016.....	81
Tabla N° 06: Patologías odonto-estomatológicas con relación a las edades de los pacientes del Puesto de Salud de Saños Chico Huancayo de noviembre 2015-enero 2016.....	83
Tabla N° 07: Patologías odonto-estomatológicas con relación al sexo de los pacientes del Puesto de Salud de Saños Chico Huancayo de noviembre 2015-enero 2016.....	85

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Grafico N° 01: Patologías odonto-estomatológicas con relación a los hábitos de higiene bucal.....	82
Grafico N° 02: Patologías odonto-estomatológicas con relación a las edades.....	84
Grafico N° 03: Patologías odonto-estomatológicas con relación al sexo.....	86

INTRODUCCIÓN

La respuesta del estado peruano con el Sistema de Salud no ha representado hasta la actualidad cambios relevantes en los niveles de salud bucal en nuestra población.

La Organización Mundial de la Salud afirma que la caries dental afecta a uno de cada diez personas con dientes sanos y restaurados y que esta patología afecta a nivel mundial aproximadamente el 95% entre las edades de 5 a 14 años.

La segunda patología más común a nivel mundial está considerada la gingivitis padeciendo las tres cuartas partes del ser humano y sus características vienen a ser la alteración en la color, forma, tamaño, textura, sangrado espontaneo o provocado y de acuerdo a su distribución puede ser localizado o generalizado.

La periodontitis en niños se clasifica en cuatro grupos y son periodontitis por padecimientos sistémicos, enfermedad periodontal necrosante, periodontitis destructiva agresiva y periodontitis crónica. Como también la periodontitis en adultos es una enfermedad contagiosa y causa destrucción de los tejidos de soporte y los estudios muestran que la evolución es lento y continuo y la severidad se da por acumulación de placa dental y cálculos.

La estomatitis aftosa recidivante es una de las patologías más comunes que también afecta al ser humano, las aftas vienen a ser un proceso inflamatorio de origen desconocido que aparecen en los tejidos blandos de la cavidad bucal, son dolorosas únicas y múltiples siendo redondas y ovoides bien definidas y se presentan en tres formas siendo las aftas menores, aftas mayores y aftas herpetiformes.

Entonces en el presente estudio se busca identificar la prevalencia de patologías odonto- estomatológicas y de acuerdo a los resultados se buscara reforzar las charlas preventivas sobre salud bucal en los pacientes de la población de Saños Chico, Huancayo.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del Problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que la caries dental, la enfermedad periodontal, el cáncer oral y faríngeo consideran que son los mayores problemas globales que afectan la salud y tiene relación con los países industrializados y países en desarrollo (1).

La OMS define que la caries dental tiene un proceso localizado de múltiples orígenes en la cual inicia después de la erupción dentaria, fijando el reblandecimiento del diente y progresa hasta la formación de una cavidad. Afectando la salud general y la calidad de vida de los individuos de todas las edades por lo tanto el profesional tiene que actuar oportunamente. (2).

La Caries dental en nuestro país es una de las enfermedades de mayor prevalencia en lo cual aumenta con la edad como consecuencia la población de mayor edad necesita tratamiento afectando los costos y esto puede ser por hábito de higiene bucal baja como también a poca accesibilidad al servicio de salud pública y poco conocimiento, (3).

La gingivitis es una de las enfermedades más comunes de la cavidad bucal, observándose clínicamente una inflamación de las encías y

enrojecimiento, provocando sensibilidad y sangrado, causada por la acumulación de placa dentobacteriana. La intensidad de la gingivitis dependerá de la magnitud, duración y frecuencia con que se presenten los irritantes y aguante de los tejidos. (4).

La enfermedad periodontal si está aumentando o disminuyendo en el mundo, siempre estarán cuestionables los datos obtenidos en el pasado y en los actuales pues la metodología pasada y actual no es comparada por lo que no es factible una evaluación definitiva de un posible incremento o disminución de la prevalencia de la periodontitis. (5).

**Respecto al Análisis de la Situación de Salud
Puesto de Salud Saños Chico se Puede Mencionar que:**

Reseña Histórica. En el Valle del Mantaro, según nos relata el historiador José Varallanos, los Ayllus que en el siglo XVI formaban el pueblo de Huancayo entre otros fueron: Huamanmarca, Ayllu Tambo, Ayllu Cajas, AylluAuquimarca, AylluHualahoyo y Ayllu Plateros. Estos Ayllus de cultura huancay quechua, tenían sus pueblos dispersos en las colinas en el perímetro actual de la población de Huancayo atravesada por tres riachuelos Shulcas, Yanama y Chilca. Más tarde estos se convirtieron en barrios, con terrenos labrantíos y de pastoreo. Los pobladores se unían para defender sus intereses comunes. Esta unidad también se basaba en la religión predicada por los frailes, el idioma Quechua, las costumbres originarias y las impuestas por la iglesia. Posterior a ella se formaron las capillas de los barrios.

El Tambo entonces emergió como un barrio propulsor y sus pobladores constituyeron la sociedad religiosa “Cruz del Tambo” siendo el único puesto de conjunción de los pobladores de esa parte del pueblo de Huancayo. Luego por los años 1940 se realizó una avenida con árboles ornamentales, faroles y bancas, que causo el interés de otros pobladores, siendo invadido por grupos étnicos provenientes de diferentes lugares del país, quienes carecían de vivienda.

Es así como se da origen a Saños Chico como anexo del distrito del tambo en la provincia de Huancayo, mediante ley N^a 6819, nace el 13 de noviembre de 1943. La palabra Saños deriva del quechua Shañosh, que traducido al castellano significa “pedregal”, Saños Chico forma parte del casco urbano de la ciudad de Huancayo, a veinte minutos vía transporte público y cuenta con una extensa población de aproximadamente ocho mil habitantes, en la actualidad el 60% está conformado por jóvenes y el 20% por niños En total se cuenta con 1,200 familias como habitantes de la localidad. En su gran mayoría los jefes de familia se desempeñan como trabajadores eventuales en diferentes oficios.

Ubicación y Delimitación Geográfica. El distrito de El Tambo y por ende el Anexo de Saños Chico se encuentra en la margen izquierda de la cuenca hidrográfica del Rio Mantaro, en el Valle del Mantaro. La localización geográfica al norte del Anexo de SañosChaupi la ciudad universitaria en el Distrito del Tambo, colindante a la carretera central Jauja-Huancayo. (Margen izquierda. Es latitud sur 12^a 1´ 7. 7´´ S, Longitud Oeste 75^a13´ 30.5´´ y altitud 3288 msnm.

Superficie y Extensión. El Anexo de Saños Chico comprende aproximadamente 4 hectáreas (3, 485,25 m2).

Límites de la Jurisdicción

Norte: Anexo de SañosChaupi.

Sur: AA. HH La Victoria-UNCP.

Este: Av. Mariscal Castilla- Anexo la Esperanza.

Oeste: Anexo de Saños Grande.

Por lo explicado, el propósito de la presente investigación es señalar la “Prevalencia de patologías odonto-estomatológicas más comunes en pacientes del Puesto de Salud de Saños Chico, Huancayo noviembre 2015-enero 2016”.

Delimitación de la Investigación

Social: Comprende a todos los pacientes (Niños. Adolescentes, jóvenes, adultos y adulto mayor) que asistieron al Puesto de salud de Saños chico, por una consulta en el servicio de odontología.

Espacial: El estudio comprende al Puesto de Salud de Saños Chico, cuya jurisdicción pertenece al distrito de Saños Chico, Microred de Salud el Tambo Huancayo.

Temporal: La investigación se tomara en cuenta la asistencia de los pacientes que asistieron desde noviembre del 2015-enero del 2016, al Puesto de Salud de Saños Chico.

1.2. Formulación del Problema

1.2.1. Problema General

¿Cuál es la Prevalencia de Patologías Odonto-Estomatológicas más comunes en pacientes del Puesto de Salud de Saños Chico, Huancayo noviembre 2015-enero 2016?

1.2.2. Problemas Específicos

¿Cuál es la prevalencia de patologías odonto-estomatológicas más comunes en pacientes del Puesto de Salud de Saños Chico, Huancayo noviembre 2015-enero 2016, según Higiene Bucal?

¿Cuál es la prevalencia de patologías odonto-estomatológicas más comunes en pacientes del Puesto de Salud de Saños Chico, Huancayo noviembre 2015-enero 2016, según Edad y Sexo?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Identificar la prevalencia de patologías odonto-estomatológicas más comunes en pacientes del Puesto de Salud de Saños Chico, Huancayo, noviembre 2015-enero 2016.

1.3.2. Objetivos Específicos

Evaluar la prevalencia de patologías odonto-estomatológicas más comunes en pacientes del Puesto de Salud de Saños Chico, Huancayo noviembre 2015-enero 2016, según Higiene Bucal.

Evaluar la prevalencia de patologías odonto-estomatológicas más comunes en pacientes del Puesto de Salud de Saños Chico, Huancayo noviembre 2015-enero 2016, según Edad y Sexo.

1.4. Justificación de la Investigación

Con la presente investigación se conoció la prevalencia de patologías odonto-estomatológicas más comunes en los pobladores de Saños Chico, Huancayo, marcando en su mayor porcentaje la caries y gingivitis. La caries y gingivitis afecta en todas las edades y repercuten en las funciones masticatorias, estéticas, digestivas y a su vez autoestima y esto conlleva a un deterioro general del organismo.

Por otra parte, la enfermedad periodontal se hace presente en su mayor porcentaje en adultos de 30 a 59 años según teorías estas lesiones suelen crecer y extenderse lentamente, la enfermedad en adulto mayor de 60 años a más suele evolucionar en periodos largos y con poco dolor o sin dolor esta carencia de síntomas conlleva a un daño grave perdiendo piezas dentarias por movilidad.

En las enfermedades más comunes se presentan las aftas, están presentes en todas las edades relacionados a traumatismos deficiencia

de vitaminas fármacos hormonales etc. Duración de 7 a 10 días siendo muy molestos en el momento de la alimentación.

En la actualidad se tienen los conocimientos científicos acerca de las medidas preventivas y atención odontológica para el control de estas patologías más comunes, se cuenta con personal profesional capacitado en forma permanente y con los recursos materiales para disminuir la prevalencia que repercute en la salud integral de la población.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Castillo D. y García M. (2009) realizaron una investigación sobre **“Prevalencia de caries dental en la población infantil que acuden al ambulatorio urbano “La Haciendita” en el Municipio Mariara, Estado Carabobo”**. Como **preámbulo** nos dicen que los estudios demuestran que la caries y la periodontitis son de mayor peso en los tiempos pasados y a nivel mundial que padece el ser humano. La caries tiene relación con los factores sociales, económicos, conocimientos y actitudes. El estado político venezolano se orienta a los programas preventivos en odontología por ejemplo fluorizando el agua potable y ahora ultimo la yodación y fluorización en la sal de consumo humano. La (OMS) en 1990 afirma que uno de cada diez personas tiene dientes sanos y restaurados, la caries afecta a nivel mundial aproximadamente el 95% entre las edades de 5 a 14 años de edad en niños y adolescentes. Al añadir flúor en la sal, flúor en el agua potable, pastas dentales, enjuagatorios, topicaciones de flúor en los consultorios, todo esto suma la disminución del riesgo de caries, el flúor concentrado en la placa y saliva inhibe la descalcificación del esmalte cuando el Ph baja induce a la liberación de flúor acumulado en la placa dental y la saliva. La motivación por parte del odontólogo

es importante para concientizar al paciente y pueda acudir en los tratamientos preventivos, la información que llega a la mente del paciente por el odontólogo tiene que llegar esa información al corazón enraizando con hábitos de higiene con cariño, actitud, las visitas motivadoras deben ser a corto plazo, las fisioterapias deben ser más didácticas. Por tanto la investigación tiene como objetivo señalar o determinar la prevalencia de la caries dental en la población infantil de 6 a 12 años que acuden al ambulatorio urbano tipo II, "La Haciendita". El tipo de **investigación** que realizo fue cuantitativo y de acuerdo al método fue descriptivo no experimental, y dicha población estuvo conformada por todos los niños de 6 a 12 años de edad que acudieron al ambulatorio "La Haciendita" de septiembre a diciembre del 2008, la población y muestra fue de 30 niños de este periodo, como técnica utilizó historias clínicas para determinar la prevalencia de caries. Para analizarlos datos se utilizó la distribución de frecuencias absolutas y relativas y se presentaron en forma de barras para ser más fácil su observación. El **efecto** de este estudio fue 19(63,66%) fueron niñas, y 11(36,66%) niños, 23 de ellos tenían edades comprendidas entre 6 y 10 años y represento el 76,6% y solo el 23,3% tenían edades entre 11 y 15 años.

La prevalencia de caries en dentición permanente de todos los niños que acudieron al servicio ambulatorio fue 13,22% y la dentición temporal fue 20, 94% los resultados revelaron un índice CPOD promedio 2,46 y un ceo 1,96, se identificó que el diente careado fue mayor en ambas denticiones. **Examinando** dicha investigación con los resultados se asemejan otros estudios en la cual en ambas denticiones las niñas cuentan ligeramente con más caries que los niños. **Para concluir** la caries dental aumenta a medida que avanza la edad del niño, respecto al sexo no hubo mucha diferencia. La caries dental afecta en el país Venezolano y a nivel mundial y es un problema de salud pública y todo esto puede

reducirse si el profesional y la política interviene sobre los factores.
(6).

Juárez M. y Colaboradores. (2005) realizaron una investigación titulada “**Prevalencia y factores de Riesgo asociados a Enfermedad Periodontal en Preescolares de la Ciudad de México**”. **Nos dicen** que la enfermedad periodontal cuando se localiza en la encía se le llama gingivitis y sus características vienen a ser cambios en el color, forma y textura, la encía marginal se ve de color más rojizo o rojo azulado, existe edema, su superficie es lisa, brillante y reducción en el puntilleo también puede presentar hemorragia a una leve presión. La periodontitis en niños se clasifica en cuatro grupos y son: periodontitis por padecimientos sistémicos, la enfermedad periodontal necrotizante, la periodontitis destructiva agresiva y la enfermedad periodontal crónica. La enfermedad periodontal se manifiesta desde la primera infancia. Otros autores como Glikman y cols. Mencionan que las prevalencias son elevadas en un 98% en niños americanos de 1 a 14 años y 99% en nigerianos de 10 años, en Dinamarca observaron prevalencia de 25% en niños de 3 años etc. Para que se da la enfermedad periodontal crónica en niños y jóvenes los factores determinantes vienen a ser la edad , genero , el estrés , nivel socioeconómico, tipo de bacterias en la placa dental, informaron en un estudio que la pérdida de adherencia epitelial era por que las personas se cepillaban sus dientes una vez o menos por día. En la enfermedad periodontal las bacterias presentes vienen a ser bacteroides gingivalis, melaninogenecus, leptotrichia, la capnositofaga y el fusobacterium nucleatum. Otros factores son los traumatismos por cepillado, apiñamiento dental y de ciertos medicamentos. La **Metodología** que realizaron en este estudio fue transversal y descriptivo en 382 niños de 4 a 6 años de edad. Con la autorización de los padres de familia se examinaron a los niños con la utilización de espejos dentales y sondas periodontales. Identificaron la

prevalencia mediante los índices Papilar Marginal Adherida de Schour y Massler (I.P.M.A) y el índice periodontal fue de Rusell, También correlacionaron las alteraciones periodontales con la higiene bucal a través del índice de Higiene Oral Simplificado. Para los análisis de datos se obtuvieron las frecuencias y porcentajes. Como **efecto** del estudio fue de 382 preescolares de edades de 4 a 6 años, el 52% perteneció al género femenino y 48% perteneció al género masculino, la distribución por edad de los niños fue 70% que presento la enfermedad periodontal, el género femenino presento 1,24 veces más riesgo con respecto al masculino. El I.H.O.S. Obtuvieron un promedio de 1,38 más menos 0,51.El I.P.M.A. el promedio general fue de 0,62 más menos 0,72. El I.P presento un promedio general de 0,51 más menos 0,42, la tendencia fue que dicha enfermedad aumento con la edad. **Examinando este trabajo** podemos decir que la enfermedad periodontal ocupa el segundo lugar de morbilidad en el mundo, afectando a un amplio sector de la población por lo tanto es un problema de salud público. En esta investigación el 70% de alumnos presentaron alteraciones periodontales, prevalencia menor que Colombia y mayor que Suiza .El estudio que realizaron fue en un lugar donde la economía es baja y la literatura menciona que el nivel socioeconómico es un factor determinante. Cabe mencionar que la inflamación del periodonto en niños y adultos son distintos y se señala que existe como factor de resistencia la respuesta inmunitario que evita el avance de la lesión gingival hacia periodontitis, los cortes histológicos muestran un infiltrado de linfocitos en respuesta a la inflamación en los niños en contraste con el predominio de células plasmáticas que se identifican en los adultos. Para **concluir** el estudio que realizaron hace que reflexionen a conciencia los profesionales y puedan promover programas preventivos para mejorar la calidad en hábitos de higiene bucal y los alimentos. (7).

Murrieta J. y colaboradores (2004). Muestran un estudio cuyo título es “**Prevalencia de gingivitis en un grupo de escolares y su relación con el grado de higiene oral y el nivel de conocimientos sobre salud bucal demostrado por sus madres**”. Como una pequeña **introducción** nos dicen que la segunda patología más común de la cavidad bucal está considerada la gingivitis, a nivel mundial la prevalencia son muy altas y la padece las tres cuartas partes el ser humano. Las características de la enfermedad gingival viene a ser la alteración en la color, forma, tamaño, textura, sangrado espontaneo o provocado, de acuerdo a su distribución puede ser localizado o generalizado, la enfermedad gingival se da más en niños pero la periodontitis no se descarta la posibilidad de encontrar, ya que en niños es poco probable. El factor más considerado viene a ser la presencia y composición de placa bacteriana que rodea en el surco gingival, pero los factores de inferioridad viene a ser socioeconómico, culturales, etc. que influyen en forma determinate. La placa dental es un agente químico microbiano de alta agresividad a nivel de la encía marginal, en gran cantidad están presentes los cocos y bacilos grampositivos y negativos, fusobacterias, espirilos, espiroquetas y las nocardias. Respecto a la relación sociocultural de los padres y la enfermedad continua siendo un estudio ya que hasta la fecha pocos autores han demostrado su relación, sin embargo no se descarta las influencias del conocimiento sobre salud bucal de los padres y el comportamiento de la enfermedad gingival y otros. Por lo tanto el estudio que realizaron tuvo como propósito evaluar a los escolares, la calidad de higiene bucal y el nivel de conocimiento de los padres **Los materiales y métodos** que utilizaron fueron una muestra de 389 escolares de 8 a 12 años de edad luego para el levantamiento epidemiológico fueron considerados los criterios del índice de higiene oral simplificado (IHOS) de Green y Vermillon y del índice gingival (IG) de Loe y Sillness, previa calibración inter e

intraexaminadores (Ca=89%, Cr =93%y K=90% y por último un cuestionario para evaluar el nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres. Los **resultados** que obtuvieron en dicho estudio fueron que solo el 20,6% de escolares tienen gingivitis sin que se observaran diferencias estadísticas significativas de acuerdo a las zona y localización de la mucosa gingival ($t= 1,327$, $p = 0,8179$; $t= 2, 131$, $p =0.4288$), no así con relación a la calidad de higiene oral($X^2 = 129,09$, $P=0,0001$), y al nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres ($X^2=216,56$, $P=0,05$), dicha variable que tuvieron relación en el estudio. **Como análisis** de dicho estudio nos dicen que la prevalencia de la gingivitis fue baja yaqué la cuarta parte de los niños escolares la tuvieron, situación que fue diferente a lo reportado por Adenubi y otros. Respecto a la severidad de la enfermedad no alcanzo estadios altos a la gingivitis leve, en la que se puede ver que en dicha población es bajo el riesgo a contraer la gingivitis. Si nos referimos a la encía clínica los escolares presentaron encía sana las tres cuartas partes de igual forma se esperaba lo contrario a pesar que la calidad de higiene no es tan buena, en la cual se puede decir que otros factores influyen al bajo riesgo. O la conformación de tipos de microorganismos. Otro factor para la baja prevalencia de gingivitis fueron la actitud frente a la higiene oral yaqué el nivel de conocimiento sobre salud bucal fue regular y alto en las madres que motivaron en sus niños. Por lo tanto, se puede **concluir que** la prevalencia de la gingivitis fue baja en los escolares gracias a la calidad de higiene bucal y el nivel de conocimiento de las madres que influyeron en la actitud de sus hijos. (8).

Rojo N. y colaboradores (2011). Laboraron estudios sobre **“Prevalencia, severidad y extensión de periodontitis crónica”**. Como un pequeño **exordio** nos dicen que la enfermedad periodontal es contagiosa y causa destrucción de los tejidos de soporte del diente. También los estudios muestran que la evolución

es lento y continuo y con relación a la severidad es responsable la acumulación de placa dental y cálculos, en la periodontitis crónica la función de defensa es normal y los encargados vienen a ser los neutrófilos y linfocitos.

Carlos y Col. Hasta el año 1986 desarrollaron el índice de severidad y extensión (ISE), se refiere a la pérdida del nivel de inserción o fondo de las bolsas periodontales o fondo del surco gingival. Para el índice de extensión se utiliza dos cuadrantes al azar, superior e inferior las medidas se registran de la superficie mesiobucal mediobucal de todos los dientes permanentes de los dos cuadrantes, desventaja de este índice es que no se considera la prevalencia de dicha enfermedad. Pero Lennon y Clerehugh 1986 recomiendan su uso para calcular valores simples de prevalencia. La prevalencia y severidad de la pérdida ósea aumenta con el pasar de los años, pero en ciertas poblaciones todos sus miembros muestran cierta pérdida ósea para una edad intermedia, aclarando está pérdida ósea no se da por el pasar de los años sino por la presencia del factor irritante que es la placa bacteriana y el cálculo dental. La relación entre la enfermedad periodontal, la educación y el estado socioeconómico ha sido estudiada varias veces. Entonces el ser humano con educación e ingresos económicos tienen mayor acceso para realizarse tratamientos profesionales como charlas preventivas, y comprar los productos para su higiene bucal. La **metodología** que usaron fue primeramente 630 pacientes de ambos sexos con edad de 30 años a más quienes asistieron a la Clínica de Admisión de la Facultad de Odontología de la UNAM y el tiempo fue de 6 meses, luego los datos registraron en un periodontograma utilizaron un sillón dental, espejo bucal, el índice ISE, una sonda periodontal calibrada. Los **efectos** de este estudio fueron. La prevalencia de la periodontitis crónica fue del 67.2%, el ISE fue de (2.29-55.70) quiere decir, la severidad fue de 2.29 mm y la extensión fue del 55.70%. Al realizar la correlación entre severidad y extensión se observa que existe una correlación

positiva estadísticamente significativa entre la severidad de periodontitis y la extensión $p < 0.0001$, es decir que a mayor extensión de periodontitis mayor severidad. En las variables sociodemográficas de los pacientes en estudio encontraron que el promedio de edad fue de 42.46 ± 9.8 , siendo el rango de 30 a 90 años. En la distribución de frecuencias por grupos de edad, el intervalo de 30 - 34 años presentó la mayor frecuencia (22%); ahora en la distribución por género, 394 pacientes (62.5%) fueron del género femenino y 236 pacientes (37.5%) del masculino, la distribución de frecuencias por género y grupos de edad, la mayor frecuencia tanto para el sexo masculino como para el femenino se encuentra en el intervalo de edad de los 30-34 años. La distribución de frecuencias por estado civil mostró que 401 pacientes (63.7%) de la población estudiada están casados. En cuanto al nivel de escolaridad, la mayor frecuencia la ocupan 112 pacientes (17.7%) con primaria completa y sólo 2 (0.3%) tienen estudios de doctorado. El promedio de años estudiados por individuo fue de 6 años ± 4.8 . En la distribución de las frecuencias por ocupación 220 pacientes (34.9%) son amas de casa, y únicamente 19 pacientes (3.0%) son profesionales. De la población en estudio el 46.8% no perciben salario y 20.1% reciben un salario mensual. En los pacientes sanos y enfermos de periodontitis por grupos de edad con una pérdida de inserción ≥ 4 mm, se aprecia una diferencia estadísticamente significativa para la prevalencia al compararla por edad $p < 0.0001$, quiere decir la prevalencia de la periodontitis crónica se manifiesta más en los grupos de edad de 40-44 y 45-49 años, y el número de sujetos sanos disminuye enormemente en los sujetos de 60-90 años. Ahora en la prevalencia según el género, no hubo diferencias estadísticamente significativas $p > 0.14$ muestra su distribución y porcentaje por grupos de edad, la mayor frecuencia 45 (19.6%) la presentan los pacientes enfermos del intervalo de 40-44 años los cuales son del género femenino, mientras que la mayor frecuencia de pacientes enfermos del género masculino 30 (19.9%) estuvo en

el intervalo 30-34 años .Severidad, extensión de periodontitis crónica, grupos de edad y sexo, hay una correlación positiva $r = 0.31$ $p < 0.0001$ entre la severidad de periodontitis y el incremento de la edad, en el porcentaje de extensión de periodontitis del adulto por grupos de edad al igual que con la severidad se observa una correlación positiva $r = 0.26$ $p < 0.0001$ quiere decir, que a mayor edad mayor severidad y extensión de periodontitis La severidad de periodontitis para el género masculino es de 2.43 mm y para el femenino es de 2.17 mm, es decir, que existe una diferencia estadísticamente significativa $p < 0.03$ con un intervalo de (-0.498, -0.014). Sin embargo al comparar la extensión por género no se encontraron diferencias estadísticamente significativas $p > 0.192$, ya que para los varones el porcentaje de extensión fue de 58.11% y para las mujeres fue de 54.15% de sitios afectados por periodontitis. Existen diferencias estadísticamente significativas entre el intervalo de edad (30-34 y 45-49, 50-54, 55-59, 60-90 años y en el periodo de vida de 35-39 y 55-59, 60-90), con respecto a la extensión hay diferencias significativas en la época de los 30-34 y 50-54, 60-90 así como en los 35-39 y 60-90 y entre 50-54 y 60-90 años. Prevalencia, severidad, extensión de periodontitis crónica y estado civil, respecto al estado civil no encontraron una diferencia estadísticamente significativa $p > 0.97$, $p > 0.142$, $p > 0.1496$ para la prevalencia, severidad y extensión respectivamente. Prevalencia, severidad, extensión de la periodontitis crónica y años de escolaridad, en la distribución de frecuencia de pacientes sanos y enfermos de acuerdo a sus años de escolaridad y los datos muestran una diferencia estadísticamente significativa $p < 0.05$ entre los años de escolaridad y la prevalencia de periodontitis. También existe una correlación negativa estadísticamente significativa entre el promedio de severidad de periodontitis por los años de escolaridad de la población estudiada, $r = -0.1268$ $p < 0.009$, es decir que a más años de escolaridad menor severidad de periodontitis. Así mismo existe una correlación negativa

estadísticamente significativa $r = -0.1468$ $p < 0.002$, entre el porcentaje de extensión de periodontitis por años de escolaridad, es decir existe una correlación inversa, a más años de estudio menor porcentaje de sitios afectados por periodontitis. Prevalencia, severidad, extensión de la periodontitis crónica y ocupación, no encontraron una diferencia estadísticamente significativa $p > 0.281$, entre la prevalencia de periodontitis y la ocupación de la población estudiada. Con respecto a la severidad de periodontitis de acuerdo a la ocupación se encontró una diferencia estadísticamente significativa $p < 0.001$, ahora en el análisis post/hoc reveló que no existieron diferencias significativas a un nivel de 0.05. De acuerdo al porcentaje de extensión de periodontitis de acuerdo a la ocupación y existen diferencias estadísticamente significativas $p < 0.0281$, al aplicar el post/hoc no se observaron diferencias estadísticamente significativas a un nivel de 0.05. Prevalencia, severidad, extensión de periodontitis crónica e ingreso mensual, en la distribución de pacientes sanos y enfermos de acuerdo a sus salarios percibidos mensualmente, no encontraron una diferencia estadísticamente significativa entre ellos $p > 0.64$. Sin embargo, de acuerdo a los salarios percibidos mensualmente y la severidad de periodontitis de la población estudiada encontraron una mayor severidad entre los sujetos que no perciben salario, esta diferencia fue estadísticamente significativa $p < 0.020$; con la extensión de periodontitis y los salarios percibidos mensualmente por la población estudiada no existe una diferencia estadísticamente significativa $p > 0.0241$ entre el porcentaje de sitios enfermos y los salarios percibidos mensualmente. Habiendo obtenido los resultados de esta investigación dan las bases para el **análisis**, proveen los datos de pérdida de inserción que reflejan el estado periodontal de la población que acude a la Clínica de Admisión de la Facultad de Odontología de la UNAM, la recopilación de los datos dan la oportunidad de relacionar la prevalencia, severidad y extensión, con las variables sociodemográficas. Es el segundo

estudio que publican sobre periodontitis crónica que se realizaron dentro de la Facultad de Odontología de la UNAM; ahora en 1990 Jiménez y col. examinaron 349 pacientes en la Clínica de Admisión de la División de Estudios de Postgrado de la Facultad de Odontología de la UNAM, con un rango de edad de (13 – 89 versus 30 - 90 años del presente estudio) ellos encontraron una prevalencia del 43% versus 67.2% y un ISE de 1.77-37.0 versus 2.29-55.70 aunque ambas investigaciones realizaron en poblaciones con necesidad de atención odontológica, y las diferencias que se encontraron, pueden deberse al rango de edad, a los intervalos de los grupos de edad y al número de examinadores que se utilizaron (3,1 respectivamente). Al comparar estos resultados con Sánchez y cols, que realizaron una investigación en el año 2007 en una muestra de 161 hombres obtuvieron una prevalencia de 62.7% versus 67.2% y un ISE 2.9-53.7% versus 2.29-55.70%, las diferencias que se encuentran puede deberse al rango de edad, al uso de sonda computarizada y al tipo de muestra. la prevalencia se manifiesta con mayor frecuencia en los grupos de edad de 40-44 y 45-49 años y disminuyen los casos conforme aumenta la edad, debido a que la asistencia de pacientes a la Clínica de Admisión de la Facultad de Odontología de la UNAM, de acuerdo a sus registros indican que la mayor cantidad de pacientes se encuentran entre los intervalos de edad de 30-45 años existiendo un predominio del sexo femenino y una disminución en cuanto a los pacientes a medida que avanza la edad, siendo la población de 70 años y mayores la que menos asiste a la Clínica de Admisión, por lo que al comparar los sujetos sanos y enfermos de 60 - 90 años, el 90% presentaron periodontitis. Quiere decir que los resultados de las anteriores investigaciones así como la presente están en acuerdo en que el porcentaje de sitios con pérdida de inserción incrementa con la edad. En el presente estudio encontraron correlaciones positivas estadísticamente significativas en cuanto a la severidad $p = 0.0001$ y extensión $p = 0.0001$ con

respecto a la edad, el promedio de pérdida de inserción de 1.75 mm entre los 30-34 años e incrementa significativamente a 2.90 mm de los 60-90 años, es decir el 68% de los pacientes mayores de 60 años presentan periodontitis. De igual manera Jiménez encontró una correlación positiva estadísticamente significativa entre la edad y el ISE, es decir a mayor edad mayor severidad y extensión de periodontitis $r = 0.59$ y $r = 0.40$ respectivamente ($p < 0.01$).

Con respecto al estado civil, en esta investigación no se encontraron diferencias significativas en cuanto a éste y la prevalencia, severidad y extensión de periodontitis.

El nivel educacional por mucho tiempo se ha demostrado que está relacionado con las condiciones periodontales. En este estudio se encontraron diferencias en cuanto a la prevalencia, severidad y extensión; con respecto a los años de escolaridad, se encontró una relación inversa, es decir que a mayor educación menores casos de periodontitis, menor promedio de pérdida de inserción y menor porcentaje de sitios enfermos. En la ocupación, en el presente estudio no se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la prevalencia, severidad y extensión de la enfermedad periodontal.

Se sugiere que continúen con más investigaciones a los hermanos Mexicanos sobre prevalencia, severidad y extensión de periodontitis para conocer la situación en la población mexicana en cuanto a la presencia de esta enfermedad, ya que este estudio muestra una mayor prevalencia, severidad y extensión de la enfermedad comparando los datos con estudios realizados en América del Norte; la prevalencia, severidad y extensión de la enfermedad periodontal, fue exageradamente mayor tal vez por el bajo nivel de desarrollo y la baja economía de su población. **Para acabar** mencionan que la prevalencia de periodontitis entre los adultos que acuden a la Clínica de Admisión de la Facultad de Odontología de la UNAM es muy alta (67.2%). Mientras que la

frecuencia es mayor en los sujetos de 40 – 49 años, existe una relación de la edad y la enfermedad periodontal comparando los sujetos sanos y enfermos de 60 – 90 años, el 90% presentan periodontitis. A mayor extensión de periodontitis mayor severidad. En todas las edades los varones tuvieron una pérdida de inserción mayor que las mujeres, no así en la prevalencia y extensión. En vista de los resultados sugiero que se debe trabajar en pacientes de las nuevas generaciones a cuidar sus dientes y encías realizando un buen cepillado y visitar al dentista para recibir orientaciones actualizados para conservar sus encías lo más saludable posible, y para ello el estado por medio del Ministro de Salud debe de implementar en el nivel I que viene a ser tratamientos preventivos en el área de odontología. (9).

Rivera T. Y colaboradores (2001). Hicieron una investigación titulado. **“Prevalencia de la enfermedad periodontal en adultos mayores de 60 años, en dos localidades del estado de Veracruz”**. Dice que la periodontitis es la migración del epitelio de unión hacia apical en la cual este proceso avanza a medida que pasa el tiempo y puede ser meses y años, se caracteriza por la pérdida de la inserción periodontal, migración patológica de los dientes , movilidad dentaria y al final perdida del diente. En las bolsas patológicas se puede observar abscesos periodontales, los exudados pueden alterar el gusto de los alimentos y aun al digerir los alimentos va acompañado de microorganismos quien se instala en el gastro ocasionando gastritis. Dicha investigación lo llevaron a cabo en dos localidades en pacientes de 60 años en la cual no solo se dedicaron a identificar su presencia o ausencia de la enfermedad periodontal sino a su severidad y su relación con la ocupación de los pacientes. También aplicaron el índice periodontario comunitario y pudieron medir la severidad de la lesión y también les permitió realizar comparaciones de las dos localidades. Esta investigación que realizaron consta de dos partes:

la primera es la descripción del problema, su delimitación y alcance del estudio para su interpretación correcta y la segunda parte con la información estadística comprendida en el diseño metodológico donde especifican el tipo de estudio que se realiza en base a hipótesis planteada y los métodos y procedimientos para que lo pudieran llevar a cabo. **La metodología** que utilizaron fue una encuesta directa en la que obtuvieron datos para valorar el estado periodontal, se eligió un instrumento de medición adecuado y es el índice periodontal comunitario. Ahora para determinen la prevalencia de la enfermedad periodontal en los adultos de 60 años manejaron la variable ocupación y pudieran explicar la variable significativa de los índices de las dos comunidades. **Como consecuencia de dicha** investigación con 348 personas, en la cual 177 pertenecieron a la colonia de Chapultepec y 171 a la colonia de La Prensa, en la primera colonia encontraron 8 personas sanas periodontalmente y en la segunda colonia 3 pacientes sanos. En la colonia de Chapultepec, encontraron mayor porcentaje en los grupos de edad de 60 a 63 años, y en la colonia de la Prensa fue 68 a 71 años En la colonia de Chapultepec encontraron 122 varones 68.92% y en la Prensa 74 varones 43,27% y mujeres 55(31,07%) en Chapultepec y 97(56,72%) en La Prensa. En Chapultepec el 92,09% de las personas contaban con dientes naturales y el 7,90% con anodoncia total y en La Prensa fue menor 76,02% contaban con dientes naturales y el 23,97% tenían anodoncia total. Con el índice periodontal comunitario en Chapultepec presento 4,51% (8) pacientes sanos y fue menor porcentaje en La Prensa 1,75 %(3).

Con respecto a la hemorragia, La Prensa presento 18 casos (10,52%) y en Chapultepec solo fue de 12 (6,77%). Con cálculos los individuos de La Prensa presentaron 64(37,42%) y en Chapultepec presentaron 42(23,72%) En cuanto a la perdida de fijación de 0-3 mm y es mínimo la enfermedad, se presentó en 81(45,76%) individuos en La Chapultepec, y en La Prensa 49(28,65%). Con

respecto a la ocupación, en la colonia de Chapultepec obtuvieron el mayor número de pescadores 58(32,76%), labores domésticas 34 (19,20%) y comerciantes y vendedores 20(11,29%), los obreros de servicio 16(9,03%)y los obreros de CFE 10(5,64%)Mientras que La Prensa el mayor número de personas examinadas se dedican a labores domésticas 63(36,84%) trabajadores 39(22,80%) y 27(15,78%) fueron comerciantes y vendedores los obreros de servicios varios 18(10,52%) y PEMEX 13(7,60%).En los dientes sanos el mayor número fue de 3(1,69%) se encontró en los obreros de la CFE de la Chapultepec. En el índice de dientes con hemorragia se encontró mayor en La Prensa 8(4,67%) en los trabajadores agropecuarios en el índice de pacientes con cálculos el mayor número fueron los pescadores de Chapultepec 22(12,42%).

En el índice de bolsas periodontales 4-5mm el mayor número se presentó en los pescadores de Chapultepec 25(14,12%).

El índice de bolsas periodontales mayor igual 6mm de los trabajadores agropecuarios de La Prensa el mayor número se presentó en 9(5,26%). En el índice de pérdida de fijación 0-3m el mayor número que encontraron fue 25(14,12%) mujeres de Chapultepec que se dedican a los labores domésticos.

Con referencia a la pérdida de fijación de 4-5mm el mayor número que encontraron fue de 35(19,77%) los pescadores de Chapultepec. Con relación a la pérdida de fijación de 6-8 mm el mayor número que encontraron fue de 9(5,26%) fueron los trabajadores agropecuarios de La Prensa. La pérdida de fijación de 9-11 mm el mayor número de personas que encontraron fue de 2(1,16%) fueron los que laboran domésticamente en La Prensa.

Examinando los resultados no se observa diferencia en la evidencia de la enfermedad periodontal en ambas comunidades, ahora el índice mayor de exodoncias se presenta en la colonia La Prensa mientras que en la colonia de Chapultepec es menor por la mejor aplicación de los niveles de prevención. Para **concluir** en

la colonia de Chapultepec se presentó mayor número de pacientes sanos mientras que en la colonia La Prensa hubo mayor número de pacientes con anodoncia total. Con respecto a la edad del grupo estudiado en la colonia de Chapultepec fue menor que en la colonia La Prensa y puede ser un factor determinante para la repercusión de la enfermedad periodontal.

En los adultos mayores estudiados con respecto al sexo en Chapultepec los del sexo masculino son mayores, en La Prensa predomina las damas. Mayor porcentaje de los pacientes con dientes naturales encontraron en Chapultepec, mientras que en La Prensa el mayor número de pacientes fueron con cálculos.

Las labores que realizan los individuos de las dos colonias son factores importantes que influyen para la atención a las necesidades periodontales sobre todo en la prevención

La sugerencia personal sería que las autoridades competentes pudieran seleccionar odontólogo(os) al servicio de las comunidades (10).

Rodríguez A. (2011). Realizo estudios de “**Factores alimentarios y riesgo de aftas bucales: un estudio de cohortes en adolescentes gallegos**” **Nos dice que** la estomatitis aftosa recidivante es una de las patologías en la mucosa oral y frecuente en las poblaciones, es considerada una de las enfermedades más comunes después de la gingivitis.

Las aftas se define como un proceso inflamatorio de etiología desconocida caracterizada por su aparición en la cavidad oral como son úlceras dolorosas únicas o múltiples, también son redondas y ovoides bien definidas. Se manifiesta de tres formas clínicas como son aftas menores, aftas mayores y aftas herpetiformes. Los pacientes que padecen esta enfermedad buscan tratamientos eficaces y tan solo puede ser controlado por tratamientos sintomáticos. En los primeros estudios se consideraba como factor etiológico la presencia microbiana y vírica, pero no existen datos

clínicos que apoyen a estos factores. Porque los pacientes no obtuvieron respuesta a los tratamientos con antibióticos ni antivirales. Los últimos estudios se consideraban la relación a las aftas con streptococcus oralis pero la conclusión es poco probable. El helicobacter pylori forma parte de la saliva y placa bacteriana por lo tanto consideraron como una posible causa de las úlceras péptidas y las aftas, sin embargo no ha sido comprobada. La prevotella se encontró en los pacientes con aftas pero no es posible demostrar que es el causante

Para un buen diagnóstico de estomatitis aftosa recidivante se prepara una buena anamnesis y sus características clínicas de la enfermedad ya que los exámenes auxiliares no lo confirma.

Las aparición de las aftas se localizan en la mucosa oral, pero pueden formar parte de algún síndrome como la enfermedad de Behcet o el síndrome de Sweet y que se caracteriza por la aparición de aftas pero en otras mucosas como en la genital u ocular. Los pacientes con aftas mayores o herpetiformes por ser dolorosas recurren a los profesionales por la duración prolongada de semanas y clínicamente afecta en el dorso de la lengua, como también paladar duro, labios, mucosa yugal. La **metodología** que utilizo fue, dicha investigación estuvo compuesto por todos los adolescentes con edades de 13 a 17 años. La muestra para el estudio se obtuvo a partir de la base de datos de institutos de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) y de Bachilleratos gallegos en el 2005, En el ámbito geográfico seleccionaron 60 institutos de Galicia, rehusando a participar 7 institutos por motivo de exceso de trabajo y 3 institutos abandonaron durante la investigación y la duración de la investigación fue de 1 año.

El diseño de estudio fue prospectivo autocumplimentado, estuvo conformado por 5 cuestionarios, incluyeron una serie de variables. La recolección de datos estuvo conformado por 4 investigadores y al final de seguimiento recolectaron 13,000 cuestionarios.

Una vez recogido los datos se realizó el análisis y el escaneo para la lectura óptica de los cuestionarios mediante el programa informático REMARK OFFICE V. 3.0.

También utilizaron el modelo de análisis multivariante que les sirvieron para introducir factores de confusión y de modificación de efecto. La segunda etapa de análisis multivariante fue para que utilizaran los factores de dieta macro y micronutrientes.

En estas mediciones están sujetos a un mínimo de error en la cual procedieron a un estudio de validación y estuvo conformado por odontólogos y médicos estomatólogos. **En efecto** seleccionaron 125 pacientes con molestias de la mucosa oral en consultas odontológicas, el 15,7% eran adolescentes y el 61,5% fueron damas, detectaron 74 casos de lesiones aftosas (59,2%).

El estudio estuvo formado por 11.488 pacientes en la cual el 47% son varones de edades entre 13 y los 17 años-

En un 28,7% los adolescentes sufrieron al menos un episodio de aftas. El 9,0% sufrió más de un episodio de aftas.

A comparación de los chicos las chicas tienen el riesgo de sufrir de aftas más de un episodio durante el seguimiento en un 30%.

Respecto a los efectos de las variables sociodemográficas, el lugar de su residencia de los adolescentes no influye en el riesgo de padecer aftas ya sea en las costas o zonas urbanas.

En el consumo de calorías aumenta el riesgo de aftas hasta en un 22%. En la ingesta de micronutrientes como la vitamina B2 en la dieta presenta una relación negativa con el riesgo de aftas, en la cual los adolescentes experimentan aftas una vez por episodio, el consumo de vitamina B6 ejerce un papel protector para el desarrollo de aftas observándose en los resultados el 20%.

La vitamina B12 y el ácido fólico ejerce un ligero protector y observaron una disminución del riesgo del 16%. Respecto a la vitamina A, B1, E, Betacaroteno los resultados dicen que no ejercen efecto sobre las aftas. El efecto de los minerales como el calcio en su dieta los adolescentes tienen un 20% menos de ejercer aftas.

Fosforo, hierro y cinc no produce efecto de riesgo de padecer aftas. En la ingesta de macronutrientes, los carbohidratos y las grasas saturadas ejercen un riesgo débil de riesgo de aftas como resultado se encuentra en torno al 14%, respecto al consumo de proteínas no observaron relación de riesgo de aftas.

Los resultados en el consumo de alcohol en los adolescentes constituyen un factor de riesgo de contraer aftas e un 39%. **Examinando** el presente estudio nos dice que el consumo alto de vitamina B6 es un protector para el desarrollo de aftas, la disminución del riesgo es de 21% por primera vez mientras que el 36% se dio en adolescentes que experimentaron, más de una vez y coincide con los datos de Nolan, otro resultado como protector de las aftas fue el calcio y similar resultado fue de Ogura. En otro resultado de la investigación fue que la vitamina B12 es un protector de las aftas coincidiendo con documentos en la que muestran que la deficiencia de dicha vitamina B12 los pacientes si tenían aftas. **Deduciendo la investigación**, el consumo de alcohol es un factor de riesgo de aftas en adolescentes gallegos y el riesgo es superior al 30%. Respecto a los micronutriente no aumenta el riesgo de aftas en lo cual el consumo de vitaminas B2 y B6 es un factor de protección de las aftas. Los macronutrientes de la dieta no ejercen ningún efecto en la aparición de aftas. Un consumo alto de cafeína aumenta el riesgo de aftas. En los adolescentes que consumen cantidades superiores a 105 mg el riesgo de aftas aumenta entre un 15% y 23%. Estos resultados permiten aconsejar, consumir dietas ricas en vitaminas B2 y B6 y menor cantidad de consumo de cafeína y alcohol. (11).

Moret Y. y colaboradores (2009). Realizaron estudios sobre **“Prevalencia de lesiones en la mucosa bucal en pacientes embarazadas que acuden al servicio de odontología de la maternidad concepción palacios durante el periodo enero-julio 2003”** Como preámbulo nos dice que la mujer durante el

tiempo de embarazo sufre una serie de cambios como son anatómicos, biológicos, psicológicos y hormonales, también se observa niveles plasmáticos de estrógenos y progestágenos y esta alteración tiene efecto directo de dilatar los capilares gingivales y estos cambios predisponen a una respuesta severa frente a los irritantes de la placa dental. Los efectos principales del estrógeno y progesterona a nivel periodontal son: Cambios microbiológicos, incrementan la cantidad de Prevotella intermedia, a nivel vascular dilatación, en las células disminución de la queratinización inhibe la producción de colágeno y por último aumenta el glucógeno epitelial y en los cambios inmunológicos altera en depresión de la quimiotaxis y la acción de fagocitar de los neutrófilos, depresión de la respuesta humoral, depresión de los linfocitos, y la estimulación de la síntesis de prostaglandinas.

Los materiales y métodos que utilizaron fue un estudio descriptivo, prospectivo y de prevalencia en pacientes embarazadas que se apersonaban al servicio de odontología de la Maternidad Concepción Palacios y los datos recopilaron de Enero a Julio del 2003, utilizaron cuestionarios para cada uno de las pacientes, diseñaron un instrumento para recolección de variables como fue edad, tiempo de gestación y hábitos. La anamnesis y revisión de la mucosa oral realizaron 4 estudiantes de odontología .Se realizó un tratamiento estadístico de los datos y los valores de las variables recolectadas lo clasificaron ordenaron y lo tabularon para su respectivo análisis: Promedios y porcentajes para medir los resultados de las variables de estudio como también gráficos, para el procesamiento de los datos utilizaron el paquete computacional SPSS (Statistical Package of Science) para Windows en su versión.

El efecto de dicha investigación fue de 251 pacientes la lesión más frecuente fue la gingivitis al 100%seguida de aftas en 16 pacientes al 6,37% y agrandamiento gingival en 14 pacientes al 5,57% y un caso 0,39% de leucoplasia pilosa que coincide con paciente embarazada VIH con respecto a la edad fue de 20 a 29

años 99 casos al 39,4% seguida de 30 años 69 casos al 27,4%, 10 a 19 años 64 casos al 25,4% y de 40 a 49 años 19 casos al 7,56%. En la distribución porcentual de lesiones de la mucosa bucal con respecto al tiempo de gestación estuvo ubicado en el segundo trimestre en 145 casos al 57,7% y respecto a los hábitos encontraron 38 casos a los 15,1% consumidores de tabaco y por ultimo 1 caso al 0,40% consumidora de drogas. **Examinando** dicho estudio en el periodo de embarazo de la mujer aparecen cambios a nivel general y bucal. El diagnóstico con mayor frecuencia fue la gingivitis del embarazo que las otras lesiones y los factores locales que conllevaron fue la placa bacteriana y cálculos dentales, más frecuentes en edades de 20 a 29 años de edad y en el segundo trimestre de gestación. Las alteraciones bucales son variadas producidas por cambios, la gingivitis es más frecuente que reporto este estudio y coincide con otras investigaciones, con respecto a las aftas durante el embarazo en este estudio encontraron en 16 casos (6,37%) y estuvieron asociados a anemia en la cual podemos concluir que la causa es falta de hierro y ácido fólico, los agrandamientos del tejido gingival coincide con los resultados de García y Col. 2002 en la cual la incidencia es de 10 al 70% y observan una inflamación crónica y los factores vienen a ser placa bacteriana, calculo y el estímulo endocrino. Finalizamos **concluyendo** que el diagnóstico más común fue la gingivitis del embarazo en la cual estuvo relacionado con la placa dental y cálculos dentales y se ubicaron en la edad de 20 a 29 años de edad y en el segundo trimestre de gestación. Y se recomienda charlas educativas y preventivas por los profesionales hacia las gestantes que experimentan cambios fisiológicos en este periodo milagroso. (12).

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Solano M. y León R. (2015). Realizaron estudios cuyo título fue “**Prevalencia y experiencia de caries dental en estudiantes según facultades de una universidad particular peruana**”. **Nos dicen** que en los peruanos la caries es más frecuente siendo de mayor gravedad según la edad por consecuencia los tratamientos odontológicos serán de mayor costo, por una deficiencia en la salud bucal por las inadecuadas prácticas en prevención en la salud bucal. El propósito de dicho estudio fue medir la prevalencia y la experiencia de caries dental en la universidad Peruana Cayetano Heredia en el año 2012. **La metodología** en este estudio fue un diseño descriptivo, observacional y retrospectivo siendo la muestra toda la población. Las variables de dicho estudio fueron la prevalencia de caries dental y la experiencia de caries dental en la cual midieron con los índices CPOD (número de dientes permanentes careados, perdidos y obturados) y luego el índice CPOS (número de superficies de dientes permanentes careados, perdidos y obturados) como co variables estuvieron conformados por todas las facultades de dicha Universidad por ultimo presentaron una carta dirigido al jefe de la clínica dental de esa forma poder tener acceso para obtener datos epidemiológicos de los estudiantes. Utilizaron un programa estadístico SPSS v 20.0. Las pruebas estadísticas que utilizaron fueron Chi-cuadrado y Kruskal Wallis, contando con un nivel confianza de 95% y $p < 0,05$. **El efecto** de este estudio fue que la caries dental en forma global arrojó el 71,2% en 2454 pacientes, la prevalencia más alta fue en la Facultad de Enfermería (82,0%; $n=305$) y la más baja encontraron en la Facultad de Estomatología (60,5%; $n=319$). Lograron evidenciar que hay una asociación entre la prevalencia de caries dental y las diversas facultades ($p < 0,01$). **Examinando** dicho estudio los resultados están en el rango de prevalencia mundial por la (OMS), pero se encuentra por debajo de la prevalencia a nivel

nacional para el Ministerio de Salud del Perú (MINSA), los resultados globales y por facultades de los estudiantes son bajas que las prevalencias por departamentos. En **conclusión**, lograron evidenciar las diferencias estadísticamente significativas entre la prevalencia y experiencia de caries dental en los estudiantes según las facultades de la UPCH, Lima Perú en el año 2012. (13).

Pareja M. y colaboradores (2009). Realizaron estudios titulados “**Prevalencia y necesidad de tratamiento periodontal en escolares de la institución educativa “Andrés Bello”. Lima-Perú (2009)**”. Como principio señalan que la periodontitis es una enfermedad que afecta a la salud pública a nivel mundial en la que afecta a los países en procesos de desarrollo, en comunidades pobres en la cual necesita que llegue la educación referido a la salud.

También nos dice que la caries y la gingivitis son enfermedades con mayor prevalencia en los niños y adolescentes, estas enfermedades es causada por la mala higiene y maduración de la placa bacteriana.

La National Survey ha mostrado que la gingivitis se da en los niños y es más prevalente y severo en adolescentes.

La prevalencia de la enfermedad gingival en los E.E.U.U. es de 40% a 60% mientras que en el Perú es mayor abarcando al 85% según el reporte dado por la Organización Panamericana de la Salud.

Los investigadores que realizaron este estudio, tuvieron como objetivo determinar la prevalencia de la enfermedad periodontal y la necesidad de su tratamiento periodontal en escolares entre 7 y 14 años de edad de la institución educativa “Andrés Bello” de Lima, Perú entre marzo y junio del 2009. **La metodología** fue prospectivo y transversal, la muestra que utilizaron fue de 160 escolares. Aplicaron el índice periodontal de necesidad de tratamiento de la comunidad (CPITN), como también el índice de placa de O’Leary y

una encuesta relacionado a hábitos de higiene bucal. **Como consecuencia** los investigadores mostraron los siguientes resultados, el 59,3% de escolares (CPITN) sangrado después del sondaje suave. Hallaron una asociación significativa ($p < 0,05$) entre las variables grado de estudio y presencia de sangrado en la cual observaron que hubo mayor sangrado en escolares de sexto grado, también encontraron asociación entre las variables sexo y presencia de sangrado ($p < 0,05$), presentaron mayor frecuencia de (CPITN) los escolares de sexo femenino.

No encontraron asociación entre las variables sexo y presencia de bolsas mayor a 3 mm y sarro dental ($p > 0,05$). Tampoco encontraron asociación entre las variables sexo e índice de placa de O'Leary ($p > 0,05$) sin embargo observaron que la higiene bucal era ligeramente mejor en los escolares de sexo masculino.

De los 160 escolares el 77% presentaron mala higiene bucal, con respecto al cepillado dental contaron que el cepillado de sus dientes tres veces al día el 48%, dos veces al día el 34%, una vez al día 15% y no se cepillan todos los días 3%. **Examinando** esta investigación, encontraron inflamación de las encías en un 59,3% en la cual es similar con el estudio que hicieron Juárez López y colaboradores encontrando una prevalencia de alteraciones de las encías de los niños de 4 a 6 años de edad, siendo el 70% como también Sayegh en el año 2002 encontró una prevalencia de gingivitis de 66% en niños Jordanos de 4 a 5 años. **Para finalizarse** observa que la prevalencia de bolsas no exceden los 3 mm, las bolsas de 4 a 5 mm fue de 1,6% y los cálculos dentarios fue de 20,6%, estas evidencias nos dice que los escolares no basta con las veces de cepillado en el día sino conocer las técnicas de cepillado que son movimientos, uso de hilo dental y esto va directamente como reto a la salud pública en sus niveles I y II y por último la tartrectomía. (14).

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Prevalencia

“Unas palabras que necesariamente entran en cualquier definición de la epidemiología han de ser enfermedad y población. Sin duda, la ocupación de la epidemiología será estudiar la enfermedad en la población. Las epidemias (enfermedades casi siempre infecciosas que afectaban grupos poblacionales) como ejemplo clásico, fueron combatidas con las técnicas epidemiológicas (descripción, comparación e intervención). Ello establece un objetivo: preservar al ser humano”. (15).

2.2.2. Caries dental

Etiología

Teoría Acidogena

“La caries dental es un proceso químico-parasitario que consiste de dos etapas, la descalcificación del esmalte, la cual da como resultado su total destrucción, y la descalcificación de la dentina, como una etapa preliminar, seguida por la disolución de los residuos reblandecidos. El ácido que afecta a esta descalcificación primaria se deriva de la fermentación de los almidones y de los azúcares que se almacenan en los centros retentivos de los dientes”. (16).

El Papel de los Carbohidratos. “Los primeros estudios de Miller mostraron que cuando los dientes se incubaban en mezclas de saliva y pan o azúcar, había descalcificación no sucedía esto cuando se usaba carne o grasa en lugar de carbohidratos. Tanto como el azúcar como el almidón cocido producían ácido, pero se formaba muy poco cuando era sustituido por almidones crudos.

Los carbohidratos sólidos, pegajosos, son más productores de caries que los que se consumen en forma de líquidos. Los hidratos de carbono presentes en las comidas detergentes son menos dañinos a los dientes que las mismas sustancias presentes en las comidas suaves retentivas. Los carbohidratos que elimina rápidamente la saliva de la cavidad bucal y que son deglutidos conducen menos a caries, que los que eliminan con lentitud. La placa bacteriana fermenta con menos facilidad a los polisacáridos que a los monosacáridos y a los disacáridos.

Los hidratos de carbono puros, refinados, producen más caries que los complejos de carbohidratos crudos, combinados con otros elementos de la comida que reducen la solubilidad del esmalte o que poseen propiedades antibacterianas”. (16).

El Papel de los Microorganismos. “Muchos de los primeros investigadores enfocaron la atención sobre *L. acidophilus* debido a que se encontró con una frecuencia tal en las personas susceptibles a las caries que se consideró que tenía importancia etiológica. Bunting, Nickerson y Hard llevaron a cabo extensos estudios acerca de este microorganismo e informaron que casi nunca se encontraba en las bocas de las personas inmunes a la caries, pero que por lo regular existía en las bocas de los individuos susceptibles a dicha enfermedad.

En años recientes los estudios bacteriológicos han ayudado a aclarar el papel de diversos microorganismos en la etiología de la caries dental. Se ha puesto énfasis considerable sobre las diversas interacciones dietobacterianas que están implicadas en el desarrollo de la lesión sobre las diferentes superficies dentales. Se han estudiado los microorganismos específicos, así como las combinaciones de gérmenes, como lactobacilos, *Streptococcus mutans*, especies de *Actinomyces* y otros.

En la actualidad se reconoce que los estreptococos estudiados por Keyes y Fitzgerald de hecho con cepas roedoras de

Streptococcus mutans, un microorganismo cariógeno muy poderoso y eficaz. El “redescubrimiento” surgió de estudios clínicos y epidemiológicos realizados en muchas partes del mundo que revelaron que S. mutans es pandémico en su distribución geográfica y particularmente frecuente en las sociedades donde es alto el consumo de sacarosa, como Inglaterra, los Países Escandinavos y Estados Unidos”. (16).

El Papel de los Ácidos. “Se desconoce el mecanismo exacto de la degradación de los carbohidratos para formar ácidos en la cavidad bucal por la acción bacteriana. Probablemente ocurre por rotura enzimática del azúcar, y los ácidos formados son ácido láctico, aunque también otros, como el butírico. El hecho de que la producción de ácido parece depender de varios sistemas enzimáticos ha sugerido un método para disminuir esta formación de ácido mediante la interferencia con ciertas enzimas. Se debe desechar el mito de que la saliva causa la caries dental. Conduce al paciente a creer que se puede hacer poco para prevenirla. La mera presencia de ácidos en la cavidad bucal es menos importante que la localización de ácido sobre la superficie dental. Esto sugiere un mecanismo para sostener a los ácidos en un punto dado”. (16).

El Papel de la Placa Dental. “La placa dental (placa microbiana o placa bacteriana) es una estructura de importancia al menos a la iniciación de la lesión cariosa. Ha sido reconocida por muchos años y fue demostrada en preparaciones histológicas por Williams en 1897”. (16).

La Teoría Proteolítica

“La teoría proteolítica se ofrece como una explicación alternativa. Se han acrecentado las pruebas de que la porción orgánica del diente puede jugar un importante papel en el proceso carioso.

Algunos de los primeros investigadores, principalmente Heider y Wedl (1869), Bodecker (1878), Abbott (1879) y Heitzmann (1887) contribuyeron en forma significativa a nuestro mejor conocimiento de la estructura de los dientes. No solo demostraron que ciertas estructuras del esmalte están formadas de material orgánico, como las láminas y las vainas de los bastones del esmalte, sino que también Bodecker sugirió que estas láminas podían ser importantes en el progreso de la caries dental, ya que sirven como vía para los microorganismos a través del esmalte.

Desde entonces muchos autores han realizado intensas investigaciones acerca del esmalte dental, en particular de su porción orgánica. Se ha establecido que el esmalte contiene aproximadamente 0.56% de matriz orgánica, de la que el 0.18% es un tipo de queratina, 0.17% es una proteína soluble, tal vez una glucoproteína, y el resto son ácido cítrico y péptidos". (16).

Teoría de la Proteólisis-Quelación

“La teoría proteólisis-quelación de la caries dental, como fue propuesta por Schatz, establece que el ataque bacteriano al esmalte, iniciado por los microorganismos queratinolíticos, consiste en un trastorno de las proteínas y otros componentes orgánicos del esmalte, principalmente de la queratina. Esto produce sustancias que pueden formar quelatos solubles con el componente mineralizado del diente y por tanto descalcifica el esmalte en un pH neutro e incluso alcalino”. (16).

Factores que Contribuyen a la Caries Dental

“En la Universidad de Michigan en 1947 hubo una conferencia de trabajo acerca de los mecanismos de la caries dental y de las técnicas de control. En esta reunión se hizo una evaluación concisa acerca del conocimiento que se tiene de ciertos aspectos de la

caries dental. Este grupo señalo varios factores indirectos que pueden influir en la etiología de la caries, que son los siguientes”. (16).

El Factor Dental. “Los estudios acerca de la composición química del esmalte, realizados por Brudevold y colaboradores en 1965, indican que el esmalte de la superficie es más resistente a la caries que el de la superficie. El primero está más mineralizado y tiende a acumular mayor cantidad de fluoruro, cinc, plomo y hierro que el esmalte subyacente. La superficie es más baja en bióxido de carbono, disuelve más lentamente los ácidos, contiene menos agua y tiene más material orgánico que el esmalte de la subsuperficie, Al parecer estos factores contribuyen a la resistencia a la caries y en parte son responsables de la desintegración más lenta del esmalte de la superficie que del subyacente en las lesiones cariosas iniciales.

El único aspecto morfológico que puede predisponer al desarrollo de la caries es la presencia de fisuras oclusales profundas, angostas, o de fosetas bucales o linguales.

La posición del diente puede jugar un papel en el proceso de la caries dental bajo ciertas circunstancias. Los dientes que están mal alineados, fuera de posición, volteados o situados en una forma que no es normal pueden ser difíciles de limpiar y tienden a favorecer la acumulación de comida y de restos alimenticios”. (16).

El Factor Saliva. “Existen numerosos componentes inorgánicos de la saliva como sodio, magnesio, potasio, carbonato, cloruro y fluoruro. Con excepción a este último, los demás no se han investigado a fondo. También se ha aislado el tiocianato de la saliva y alguna vez se pensó que inhibía a los microorganismos asociados con la caries dental. En la actualidad se concede que el tiocianato probablemente no tiene efecto en la flora bacteriana ni en la caries dental.

Los constituyentes orgánicos de la saliva como grupo también han estado sujetos a un poco más que un examen precipitado. Krasnow y Oblatt determinaron el colesterol de la saliva y se informó que variaba de 2.3 a 50.0 mg/100ml. Su importancia se desconoce.

La enzima bucal más prominente e importante es la amilasa, o ptialina, que es la sustancia responsable de la degradación de los almidones. La saliva de la parótida siempre tiene mayor cantidad de amilasa que la saliva proveniente de otras glándulas.

La mayor parte de los estudios relacionados con el pH de la saliva y su conexión con la caries dental no han mostrado una relación positiva. Las correlaciones informadas probablemente son casuales y no tienen importancia biológica.

La cantidad de saliva secretada en un periodo determinado, puede, al menos teóricamente, influir en la frecuencia de caries. Esto es evidente sobre todo en los casos de aplasia de la glándula salival y también de xerostomía en la que puede faltar la saliva por completo, dando como resultado una caries dental excesiva característica.

La viscosidad de la saliva se debe en gran parte al contenido en mucina, que se deriva de las glándulas submaxilares, sublinguales y accesorias, pero su importancia no está bien aclarada. En 1939 y usando *L. acidophilus* como el germen de prueba, Hill encontró que la saliva proveniente de las personas sin caries tenía un mayor efecto inhibitorio que la saliva de las personas con caries activa.

La importancia de los factores antibacterianos en la saliva ha sido cuestionada por muchos investigadores, incluido Bibby (1956), quien señaló que, a pesar de la calidad de la saliva, como la presencia o ausencia relativa de principios inhibidores, siempre que contiene bacterias capaces de producir caries si existen carbohidratos.

Los estudios posteriores indicaron que el factor era una sustancia proteica asociada con la fracción globulina de la saliva. Como se parece a algunos factores antibacterianos del suero,

aparentemente es distinto a otras sustancias antibacterianas salivales informadas.

La capacidad amortiguadora de la saliva es otro factor que ha recibido una considerable atención debido a su efecto potencial sobre los ácidos en la cavidad bucal. El poder neutralizante del ácido de la saliva no necesariamente es reflejado por el pH de ella, y puede explicar algunas de las diferencias observadas entre el pH de la saliva y la frecuencia de caries. Karshan y colaboradores (1931), señalaron que la alcalinidad titulable es un mejor indicador de la capacidad amortiguadora que el pH, pero encontraron que la saliva proveniente de las personas inmunes a la caries y susceptible a esta mostraron esencialmente la misma alcalinidad titulable". (16).

Factor Dieta. Se ha sugerido que la naturaleza física de la dieta es un factor responsable en la diferencia de la caries entre el hombre primitivo y el hombre moderno. La dieta del primero por lo general consistía en comida no refinada, dura, que contenía una gran cantidad de alimento difícil de digerir, que limpiaba los dientes de los restos adheridos durante las excursiones masticatorias usuales. En la dieta moderna, las comidas suaves, refinadas, tienden a adherirse en forma tenaz a los dientes y no son removidas debido a la falta general de alimentos difíciles de digerir.

El contenido de carbohidratos de la dieta casi se ha aceptado universalmente como uno de los factores más importantes en el proceso de la caries dental y uno de los pocos que se pueden alterar en forma voluntaria como una medida odontológica preventiva. A pesar de las pruebas abrumadoras que relacionan la ingestión de carbohidratos con la caries dental hay suficientes excepciones (por ejemplo, en la India entre ciertos segmentos de la población puede haber una alta ingestión de carbohidratos, pero una frecuencia muy baja de caries) para ser obvio que este no es un problema simple.

En una base científica sana, es difícil el llegar a conclusiones definitivas acerca de la relación entre la caries dental y los carbohidratos refinados.

No obstante, la mayor parte de las pruebas disponibles indica que existe una relación positiva, aunque también son importantes muchos otros factores.

Contenido de vitaminas de las dietas tiene un efecto importante sobre la frecuencia de la caries dental.

La deficiencia de vitamina A tiene efectos definitivos sobre el desarrollo de los dientes en los animales y posiblemente en los seres humanos también. No existen estudios humanos relacionados con la vitamina A, con su exceso o su deficiencia, con respecto a la caries dental.

Existe acuerdo general con respecto a la necesidad de la vitamina D para el desarrollo normal de los dientes. Sin embargo, no está bien definida la relación del raquitismo con la caries dental.

Los desnutridos presentaron un incremento de caries notablemente más bajo que el grupo de los niños bien nutridos. Los datos sugieren que la deficiencia de vitamina B puede ejercer una influencia protectora contra la caries en el diente, debido a que varias de la vitamina B son factores de crecimiento esenciales para la flora acidogena bucal y también sirve como un componente de las coenzimas que se encuentran implicadas en el glicolisis.

La vitamina B6 (piridoxina) ha sido propuesto como un agente anticariógeno en el terreno hipotético ya que selectivamente altera la flora bucal al promover el crecimiento de gérmenes no cariogénos que suprimen a las formas cariogénas (Strean, 1957). Se ha informado de reducciones ligeras a importantes en el incremento de la caries de los niños y de las mujeres embarazadas después de uso de pastillas bucales que contiene piridoxina después de cada comida.

Es un hecho bien reconocido que la deficiencia de vitamina C produce cambios graves en los tejidos periodontales y en la pulpa

de los dientes. También se ha llevado a cabo unos pocos estudios para determinar si el escorbuto puede ser relacionado con la frecuencia de caries dental o si los suplementos de ácido ascórbico pueden prevenirla. Las pruebas científicas disponibles indican que no existe relación entre el escorbuto y el aumento en la frecuencia de caries en los seres humanos. Más aun, no existen datos que indiquen que los suplementos de vitamina C podrían, de alguna forma, proteger contra la caries dental.

Las pruebas disponibles indican que no existe relación entre el fosforo y el calcio de la dieta y la caries dental. Además, en 1943 Robinson concluyo, después de una revisión de la literatura acerca del valor del tratamiento con calcio en la odontología, que no existe un efecto conocido de la administración de calcio suplementario en la frecuencia de la caries.

El contenido de flúor en la dieta y alimentos específicos en particular fue investigado por numerosas personas. Se encontraron cantidades variables de fluoruro en muchas sustancias de las plantas, dependiendo en cierta parte del contenido de fluoruro de la tierra en la cual crecieron. En general, las hojas de las plantas contienen más fluoruro que los tallos, y la piel de las frutas contienen más que la pulpa.

Ha habido pocos intentos para estudiar al fluoruro de la dieta en relación con la caries dental como se ha hecho para el contenido de fluoruro del agua potable". (16).

Aspectos Clínicos de la Caries Dental

Caries de Fosetas o Fisuras. "La caries de fosetas o fisuras del tipo primario se desarrolla en la superficie oclusal de los molares y de los premolares, en la superficie lingual y bucal de los molares y en la superficie lingual de los incisivos maxilares". (16).

Caries de las Superficies Lisas. “La caries de las superficies lisas del tipo primario es una caries que se desarrolla sobre las superficies proximales de los dientes o en el tercio gingival de las superficies linguales o bucales. Rara vez ocurre caries en otras aéreas, excepto en los casos de los dientes en mal posición o mal formados”, (16).

Caries Dental Aguda. “La caries dental aguda es aquella forma de caries que sigue un curso clínico rápido y que da como resultado participación pulpar temprana del proceso carioso. Ocurre con más frecuencia en niños y adultos jóvenes, posiblemente porque los túbulos dentinales son grandes y abiertos y no muestran esclerosis. El proceso por lo regular es tan rápido que existe poco tiempo para que se deposite la dentina secundaria”. (16).

Caries Dental Crónica. “La caries dental crónica es la forma que progresa con lentitud y que tiende a afectar la pulpa mucho después que la caries aguda. Es más común en los adultos. La entrada a la lesión casi invariablemente es mayor que la de la caries aguda. Debido a esto no solo existe menos retención de comida, sino también un mayor acceso de saliva. El lento progreso de la lesión permite suficiente tiempo para que se realice la esclerosis de los túbulos dentinales y el depósito de dentina secundaria en respuesta a irritación adversa. La dentina careada con frecuencia se tiñe de un color café oscuro”. (16).

Caries Recurrente. “La caries recurrente es el tipo que se presenta en la vecindad inmediata de una restauración. Por lo general se debe a una extensión inadecuada de la restauración original, que favorece la retención de residuos, o a la mala adaptación del material de obturación a la cavidad, que produce un “margen de escape”. En cualquier caso, la nueva caries sigue el mismo patrón general que la caries primaria”. (16).

Detención de la Caries. “Se dice que hay detención de la caries cuando ésta se vuelve estática o estacionaria y no muestra ninguna tendencia a progresar más”. (16).

Remineralización del Esmalte de la Caries. “Los resultados de las investigaciones en la actualidad indican que existe un proceso natural de remineralización biológica en la boca, que es responsable del mantenimiento de las superficies dentales mediante la precipitación de sales minerales de la saliva. Se ha sugerido además que los iones de fluoruro juegan un papel en la estimulación del proceso de remineralización por el aumento en la tasa de depósito de fosfato de calcio, y por mejoría de grado de remineralización obtenida, y entonces, incorporándose a sí mismo dentro del mineral, produce un esmalte remineralizado con una solubilidad reducida al ácido”. (16).

2.2.3. Encía

“La mucosa bucal se compone de tres zonas: la encía y el revestimiento del paladar duro, que forman la mucosa masticatoria; el dorso de la lengua, cubierta por mucosa especializada; y la mucosa bucal, que cubre el resto de la boca. La encía es la parte de la mucosa bucal que reviste la apófisis alveolar de los maxilares y rodea el cuello de los dientes”. (17).

Características Clínicas

“Desde el punto de vista anatómico, la encía se divide en marginal, insertada e interdental”.

Encía Marginal. “También se conoce como no insertada y corresponde al margen terminal o borde de la encía que rodea a

los dientes a modo de collar. En casi el 50% de los casos, una depresión lineal superficial, el surco gingival libre, la separa de la encía insertada. Por lo general, con casi 1 mm de ancho, la encía marginal forma la pared de tejido blando del surco gingival. Puede separarse de la superficie dental mediante una sonda periodontal”. (17).

Surco Gingival. “Es el surco poco profundo o espacio circundante del diente que forman la superficie dental, por un lado, y el revestimiento epitelial del margen libre de la encía, por el otro. Tiene la forma de v y apenas permite la entrada de una sonda periodontal. La determinación clínica de la profundidad del surco gingival es un parámetro diagnóstico importante. En circunstancias ideales o de normalidad absoluta, la profundidad del surco gingival es 0 o casi 0. Dichas circunstancias estrictas de normalidad solo se producen experimentalmente en animales libres de gérmenes o luego de llevar a cabo un control intenso y prolongado de la placa. En la encía del ser humano, sana desde el punto de vista clínico, es posible encontrar un surco de cierta profundidad. Tal profundidad, en la forma establecida para cortes histológicos, mide 1.8 mm, con variaciones de 0 a 6 mm, otros investigadores registran 1.5 y 0.69 mm, respectivamente. La maniobra clínica usada para determinar la profundidad del surco consiste en introducir un instrumento metálico la sonda periodontal y estimar la distancia que penetra. La profundidad histológica del surco no tiene que ser, y no es, exactamente igual a la profundidad a la cual penetra una sonda. En el ser humano, la llamada profundidad del sondeo de un surco gingival clínicamente normal es de 2 a 3 m.m.”. (17).

Encía Insertada. “Este tipo de encía se continua se continua con la encía marginal. Es firme y resiliente y está fijada con firmeza al periostio subyacente del hueso alveolar. La superficie vestibular de

la encía insertada se extiende hasta la mucosa alveolar relativamente laxa y móvil, de la cual está separada por la unión mucogingival.

Otro parámetro clínico importante es el ancho de la encía insertada. Corresponde a la distancia entre la unión mucogingival y la proyección sobre la superficie externa del fondo del surco gingival o bolsa periodontal. No debe confundirse con el ancho de la encía queratinizada, ya que esta abarca a la encía marginal.

El ancho de la encía insertada de modo vestibular varía en distintas zonas de la boca. Por lo regular es mayor en la región de los incisivos (3.5 a 4.5 mm en el maxilar y 3.3 a 3.9 mm en la mandíbula) y menor en los segmentos posteriores. El ancho mínimo aparece en el área del primer premolar (1.9 mm en el maxilar y 1.8 mm en la mandíbula).

La unión mucogingival permanece invariable durante la vida adulta; en consecuencia, los cambios, los cambios del ancho de la encía insertada son resultado de modificaciones de la posición de su extremo coronario. El ancho de la encía insertada aumentada con la edad y en los dientes sobreerupcionados. En la zona lingual de la mandíbula la encía insertada termina en la unión con la mucosa alveolar lingual, que se continúa con el revestimiento de mucosa del piso de la boca. En el maxilar superior, la superficie palatina de la encía insertada se une de manera imperceptible con la mucosa del paladar, asimismo firme y resiliente". (17).

Encía Interdental. "Ocupa el nicho gingival, que es el espacio interproximal por debajo del área de contacto. La encía interdental puede ser piramidal o tener forma de "col". En el primer caso, la punta de una papila se halla inmediatamente por debajo del punto de contacto. La segunda forma presenta una depresión a modo de valle que conecta una papila vestibular y otra lingual y se adapta a la morfología del contacto interproximal.

La forma de la encía en un espacio interdental determinado depende del punto de contacto entre los dos dientes contiguos y de la presencia o ausencia de cierto grado de recesión.

Las superficies vestibular y lingual convergen hacia el área de contacto interproximal, y las mesiales y distales son algo cóncavas. Los márgenes laterales y el extremo de las papilas interdentes están formados por una continuación de la encía marginal de los dientes adyacentes. La posición intermedia se compone de encía insertada.

Si hay un diastema, la encía se inserta con firmeza en el hueso interdental y forma una superficie uniforme, redondeada y sin papilas interdentes”. (17).

Correlación entre Características Clínicas y Microscópicas

Color. “Por lo general, el color de la encía insertada y la marginal se describen como rosa coral y se debe al aporte vascular, grosor y grado de queratinización del epitelio, así como a la presencia de las células que contienen pigmentos. El color varía entre las personas y parece relacionarse con la pigmentación de la piel. Es más claro en las personas rubias de tez clara que en trigueñas de tez oscura.

La encía insertada está limitada desde la mucosa alveolar contigua, en la región vestibular, por una línea mucogingival definida con claridad. La mucosa alveolar es roja, uniforme y brillante, en vez de rosa y graneada. La comparación de la estructura microscópica de la encía insertada con de la mucosa alveolar provee una explicación de sus diferencias fisonómicas. El epitelio de la mucosa alveolar es más delgado, no está queratinizado y carece de proyecciones epiteliales interpapilares. El tejido conectivo de la mucosa alveolar es laxo y los vasos sanguíneos son más numerosos”. (17).

Pigmentación Fisiológica (Melanina). “A la melanina, pigmento de color pardo que no deriva de la hemoglobina, se debe la tonalidad normal de la piel, la encía y el resto de las mucosas bucales. Todos los individuos normales la tienen, si bien no siempre en cantidades suficientes para poder identificarla clínicamente; en los albinos es escasa o nula. La pigmentación melanica de la boca es notable en personas de raza negra.

Según Dummett, la distribución de la pigmentación bucal en la gente de raza negra es la siguiente: encía, 60% paladar duro, 61%; membranas mucosas, 22%; lengua, 15%. La pigmentación gingival se observa como un cambio de color difuso, purpura oscuro, o en la forma de placas pardas de aspecto irregular. Puede aparecer en la encía en tan solo tres horas después de nacimiento y con frecuencia es la única manifestación de pigmentación”. (17).

Tamaño. “Corresponde a la suma total de la masa de elementos celulares e intercelulares de la encía y su irrigación. La alteración del tamaño es un rasgo común de la enfermedad gingival”. (17).

Contorno. “El contorno (o forma) de la encía varia de modo considerable y depende de la morfología de los dientes y su alineación del arco dental, ubicación y tamaño de área de contacto proximal, así como de las dimensiones de los espacios interproximales gingivales vestibulares y linguales. La encía marginal envuelve a los dientes a manera de un collar y sigue un contorno festoneado en las caras vestibulares y linguales. Forma una línea recta a lo largo de los dientes con superficies relativamente planas. En otros con convexidad mesiodistal pronunciada (p. ej., caninos superiores) o en la vestibuloversion, el contorno normal arqueado se acentúa y la encía aparece más apical. La encía de los dientes en linguoversion es horizontal y se encuentra engrosada”. (17).

Forma. “El contorno de las superficies dentales proximales, tanto como la localización y forma de los espacios interproximales gingivales, rigen la morfología de la encía interdental. Cuando las superficies proximales de las coronas son relativamente planas en sentido vestibulolingual, las raíces se hallan más próximas entre sí, en sentido mesiodistal, el hueso interdental es delgado y los espacios interproximales gingivales y la encía interdental son estrechos. A la inversa, cuando las superficies proximales divergen desde el área de contacto, el diámetro mesiodistal de la encía interdental es amplio. La altura de la encía interdental varía según sea la ubicación del contacto proximal”. (17).

Consistencia.” La encía es firme y resiliente y, con excepción del margen libre móvil, se fija con firmeza al hueso subyacente. La naturaleza colágena de la lámina propia y su proximidad al mucoperiostio del hueso alveolar determinan la consistencia firme de la encía insertada. Las fibras gingivales contribuyen a la firmeza del margen de la encía”. (17).

Textura Superficial. “La superficie de la encía posee una textura similar a la cascara de la naranja y se alude a ella como graneada (lamina de color 1-1). El graneado se visualiza mejor cuando se seca la encía (lamina de color 1-1). La encía insertada graneada, no la marginal. La posición central de las papilas interdentes suele ser graneada, aunque los bordes marginales son lisos. La distribución y extensión del graneado varían de acuerdo con las personas y las diferentes zonas de una misma boca. Es menos prominente en las superficies linguales que en las vestibulares y falta en algunos sujetos.

El graneado también guarda relación con la edad. No lo hay en la infancia, aparece en algunos niños alrededor de los cinco años de edad, aumenta hasta la edad adulta y suele desaparecer en el anciano.

Desde el punto de vista microscópico, el graneado es producto de protuberancias redondeadas que se alternan con depresiones en la superficie gingival. La capa papilar del tejido conectivo se proyecta en las elevaciones y tanto las regiones elevadas como las hundidas están cubiertas por epitelio escamoso estratificado. Existe un nexo entre el grado de queratinización y la prominencia del graneado.

La microscopia electrónica del rastreo indica que la variación de la forma es considerable pero la profundidad es relativamente constante. A bajo aumento se observa una superficie rizada, interrumpida por depresiones irregulares de 50 μm de diámetro. A gran aumento se reconocen microfostetas celulares.

El graneado es una forma de especialización adaptativa o de refuerzo para la función. Es una característica de la encía sana y la reducción o pérdida de graneado un signo frecuente de enfermedad frecuente de la enfermedad gingival. Cuando el tratamiento restaura la salud de la encía, el aspecto graneado reaparece.

La textura superficial de la encía es consecuencia de la presencia y grado de queratinización del epitelio. Se estima que la queratinización es una adaptación protectora para la función. Se incrementa cuando el cepillado dental estimula la encía. Sin embargo, investigaciones sobre injertos gingivales libres indican que si se trasplanta tejido conectivo de una región queratinizada hacia otra no queratinizada se recubre de epitelio queratinizado. Este hallazgo indicaría que el tipo de superficie epitelial tiene determinación genética determinada por el tejido conectivo". (17).

Posición. "La posición de la encía se refiere al nivel donde el margen gingival se fija al diente. Cuando este erupsiona hacia la cavidad bucal, el margen y el surco se localizan en el vértice de la corona y a medida que la erupción avanza se observan más cerca de la raíz. Durante el proceso de erupción, como ya se describió,

los epitelios de unión, bucal y reducido del esmalte sufren alteraciones y remodelación extensas, en tanto que se conserva al mismo tiempo la baja profundidad fisiológica del surco. Sin esta remodelación de los epitelios podría haber una relación anatómica anormal entre encía y diente”. (17).

2.2.4. Gingivitis

Definición. “La gingivitis, o inflamación del tejido de la encía se puede presentar en una forma aguda subaguda o crónica. La gravedad depende de la intensidad, duración y frecuencia de las irritaciones locales, y de la presencia de los tejidos bucales. No es común la presencia de una gingivitis aguda o incluso subaguda de alguna naturaleza y rara vez se presenta en las personas que están saludables. En contraste, la gingivitis crónica es extremadamente común y, en los pacientes dentados ancianos, es casi universal su presencia”. (16):

Etiología. “La etiología de la gingivitis es muy variada y se ha dividido en factores locales y sistémicos”.

Factores Locales

Microorganismos. “El dentista debe reconocer la omnipresencia de las muchas variedades de microorganismos bucales que crecen como una película o placa, en la mayor parte en las aéreas de los dientes, que no se autolimpian, en particular por debajo de la convexidad cervical de la corona y en las áreas cervicales. Los frotis del material que se toma del surco gingival normal, del surco gingival en el caso de la periodontitis marginal, o de la bolsa gingival en la enfermedad periodontal avanzada, revelaran esta miríada de microorganismos de muchos tipos diferentes. Entre estos se

encuentran los cocos, diversos tipos de bacilos, microorganismos fusiformes, espiroquetas y, en la periodontitis avanzada, amibas y tricomonas. Sin embargo, la flora bucal normal es tan vasta, y está formada de tantas variedades de microorganismos que nunca ha sido posible probar en forma concluyente que cualquier tipo tenga una mayor importancia que alguno de los otros microorganismos con respecto a las enfermedades periodontales con las que están relacionadas. La placa asociada con gingivitis y con la periodontitis temprana es compleja y heterogénea. Sin embargo, en 1978 Slots y colaboradores demostraron que en las etapas tempranas de la gingivitis el grupo *Actinomyces* es el género dominante en la placa supragingival.

La placa y las endotoxinas derivadas de la placa pueden actuar como irritantes o antígenos tanto en las respuestas inflamatorias agudas no específicas como en los mecanismos de defensa inmunitaria. Una de las primeras funciones de la respuesta inmunitaria es la de activar el sistema inflamatorio. Tanto la reacción inflamatoria aguda no específica como la respuesta inmunitaria son mecanismos homeostáticos, cada uno de los cuales tiene éxito en restaurar y mantener la homeostasia. El gran aumento de pruebas sugiere que el trastorno de la resistencia del huésped a la placa dental es resultado de la lesión tisular llevada a cabo por la reacción inmunitaria.

Cuando ocurren lesiones de la encía de tipo inflamatorio no específico y mediados por procesos inmunitarios, la lesión no es más una reacción protectora autolimitante y se vuelve progresivamente destructora del tejido. Existen muchas enzimas destructoras que son liberadas por los leucocitos polimorfonucleares y numerosas linfocinas y linfotoxinas destructoras del tejido elaboradas por los linfocitos **B o T**. Por tanto, la colágena liberada por los polimorfonucleares y los linfocitos, otras secreciones enzimáticas lisosómicas, hidrolasas ácidas lisosómicas (de macrófagos), citotoxinas mediadas por la

linfotóxina y el factor activante de los osteoclastos (OAF), son sustancias destructoras del tejido que son liberadas como parte de la reacción inflamatoria a la lesión. MacPhee y Cowley en 1981 examinaron las interacciones huésped-parasito de la gingivitis y periodontitis.

Los microorganismos específicos algunas veces causan una reacción inflamatoria de la encía, aunque el aspecto clínico puede no ser completamente específico. Por ejemplo, una infección moniliasica o tuberculosa puede afectar la encía. El virus del herpes simple y las fusospiroquetas de la gingivitis necrosante aguda pueden también infectar la encía. Además, la gingivitis estreptocócica y la estafilocócica se han descrito como entidades que se deben específicamente a estos microorganismos. La prueba definitiva de que existe una relación causa-efecto es difícil y cuestionable". (16).

Sarro. "El sarro, ya sea que tenga una posición supragingival, causa irritación del tejido gingival que se contrae. Esta irritación probablemente es causada por los productos de los microorganismos, aunque la fricción mecánica que resulta de la superficie áspera y dura del sarro puede jugar un papel". (16).

Impactación de Alimentos y Descuido de la Cavidad Bucal. "La impactación de alimentos y la acumulación de restos en los dientes debido al descuido de la higiene bucal provocan gingivitis por irritación de la encía por las toxinas de los microorganismos que crecen en este medio. Los productos de degradación de los restos alimenticios también son irritantes para los tejidos gingivales". (16).

Restauraciones o Aparatos mal Construidos o Irritantes. "Las restauraciones mal construidas pueden actuar como irritantes de los tejidos gingivales y de este modo provocar gingivitis. Los márgenes sobresalientes de las restauraciones proximales pueden

irritar directamente a la encía y permitir que se junten restos de alimentos y gérmenes que añaden más lesiones a estos tejidos. Las restauraciones mal contorneadas también pueden producir irritación gingival al hacer que se impacte el alimento o por excursiones anormales de este contra la encía durante la masticación. Los aparatos protésicos u ortodónticos que tocan los tejidos gingivales producen gingivitis como resultado de la presión en sí y de atrapamiento de alimentos y de microorganismos”. (16).

Respiración Bucal. “La resequedad de la mucosa bucal debida a la respiración con la boca abierta, por un medio con calor excesivo, o por fumar mucho, dará como resultado irritación gingival, con inflamación o hiperplasia acompañantes. Klingsburg y colaboradores informaron que las mucosas bucales “exteriorisantes” de los roedores, al eliminar parte del labio inferior de la rata, daba como resultado un aumento en la queratinización de las mucosas”. (16).

Malposición Dental. “Los dientes que han hecho erupción o que se han movido fuera de la oclusión fisiológica, donde repetidamente están sujetos a fuerzas anormales durante la masticación, al parecer son muy susceptibles al desarrollo de la enfermedad periodontal. Por ejemplo, un incisivo inferior puede salirse de su alineación en el segundo o tercer decenios de la vida y repentinamente, en su nueva posición, recibe mucha más tensiónoclusal de uno o de los dos dientes anteriores superiores. El sarro se puede depositar en la superficie lingual de dicho diente; las bacterias están listas para atacar el tejido alrededor de este diente, y como resultado de esta combinación de influencias los tejidos gingivales pueden estar inflamados y se retraen. Los dientes que se encuentran en posiciones labiales tiene menos cubierta ósea sobre su superficie radicular y de ahí que sean más susceptibles al traumatismo del cepillado dental y otras irritaciones

locales Los frenillos anormalmente altos también contribuyen a la recesión gingival”. (16).

Aplicación Química o de Fármacos. “Muchas drogas son potencialmente capaces de inducir gingivitis, sobre todo si es aguda, debido a una acción irritante directa local o sistémica. Por ejemplo, el fenol, el nitrato de plata, los aceites volátiles, o la aspirina, si se aplican a la encía, provocan una reacción inflamatoria. Otras, como el dilantin sódico, producen cambios gingivales cuando se administran en forma sistémica”. (16).

Factores Sistémicos

Alteraciones Nutricionales. “El desequilibrio nutricional con frecuencia se manifiesta por cambios en la encía o del periodonto subyacente más profundo.

Es suficiente señalar que la ingestión, absorción y utilización adecuada de las diversas vitaminas, minerales y otros nutrientes son esenciales para el mantenimiento del periodonto normal”. (16).

Embarazo. “Muchos investigadores han informado que la encía sufre cambios durante el embarazo, a los que se ha llamado “gingivitis del embarazo”.

El aspecto clínico de la encía en la mujer embarazada varía desde ningún cambio hasta una encía marginal de color rojo intenso, brillante, liso, con crecimiento focal frecuente e hiperemia intensa de la papila interdental. En ocasiones se desarrollará una sola masa semejante a un tumor, que es el “tumor del embarazo”, y que histológicamente es idéntico al granuloma piógeno. El embarazo induce una respuesta hipersensible a una lesión moderada que de otra forma sería inocua. Esta gingivitis, que clínicamente tiene un aspecto inespecífico, se puede presentar cerca del final del primer

trimestre y puede regresar o desaparecer por completo a la terminación del embarazo”. (16).

Diabetes Sacarina. “Repetidamente se ha informado que la diabetes se asocia con enfermedad periodontal grave, en especial en personas jóvenes. El dentista no puede probar que la diabetes sea una causa específica de la enfermedad periodontal grave, debido a que muchos pacientes tienen estructuras periodontales normales. Sin embargo, en la diabetes no controlada están afectados muchos procesos metabólicos, incluidos los que constituyen la resistencia a la infección o al trauma. Por ejemplo, el diabético no controlado puede sufrir de úlceras crónicas persistentes de la piel de las piernas, posiblemente a que esta disminuida la resistencia y que cualquier irritación menor como el traumatismo o la infección bacteriana de la piel dará como resultado una mayor lesión que en la persona normal. Asimismo, esta disminuida la eficacia del proceso de cicatrización probablemente como resultado de la alteración en el metabolismo celular de los carbohidratos. Por tanto, al considerar el periodonto, localizado en la cavidad bucal con sus muchos factores predisponentes a la enfermedad, como sarro, bacterias y traumatismo, es sorprendente que esta estructura parece que se afecta con más rapidez en una persona con diabetes no controlada que en las normales”. (16).

Otras Disfunciones Endocrinas. “Se ha informado que la gingivitis se presenta con alguna frecuencia asociada con la pubertad, la llamada gingivitis de la pubertad. La encía aparece hiperhémica y edematosa. El hecho de que muchos adolescentes sean respiradores bucales crónicos como resultado de hiperplasia linfóide de las amígdalas y del adenoides ha sugerido algunos investigadores que la base endocrina es relativamente de poca

importancia y el irritante local (la resequedad de la mucosa debida a la respiración bucal) es la causa real del trastorno”.(16).

Fenómenos Psiquiátricos. “Las alteraciones psiquiátricas parece que tienen una influencia definitiva sobre la gravedad de la enfermedad periodontal. Belting y Gupta informaron que la intensidad de ésta era significativamente mayor en los pacientes psiquiátricos que en un grupo control de enfermos.

La gravedad de la enfermedad periodontal aumento en forma significativa conforme se incrementó el grado de ansiedad. También se notó que la intensidad de la enfermedad periodontal disminuía mucho tanto en los grupos normales como en los psiquiátricos conforme aumentaba el nivel educacional del paciente”. (16).

Gingivitis Ulcerosa Necrosante Aguda

“La gingivitis ulcerosa necrosante aguda es un tipo específico común de gingivitis que se ha reconocido por siglos. La enfermedad se manifiesta tanto en las fases agudas y en la recurrente (subaguda); y también se ha descrito una etapa crónica, pero la mayoría de los investigadores creen que el tratamiento de la gingivitis necrosante crónica como una entidad separada no se puede justificar, debido a que no es especifica ni clínica ni histológicamente. Este trastorno inflamatorio afecta fundamentalmente al margen gingival libre, a la cresta de la encía y la papila interdental”. (16).

Aspectos Clínicos. “La gingivitis ulcerosa necrosante aguda se puede presentar a cualquier edad, pero se ha informado que es más común entre los adultos jóvenes y de edad media, entre 15 a 35 años. Es extremadamente raro en niños, pero con frecuencia los médicos y las enfermeras escolares hacen diagnósticos erróneos,

confundiendo esta enfermedad con la gingivostomatitis herpética primaria.

Se caracteriza por el desarrollo de una encía hiperémica dolorosa, con profundas erosiones bien definidas de las papilas interdentes. Los remanentes ulcerados de las papilas y de la encía libre sangran se les toca y por lo general están cubiertas con un pseudomembrana necrótica de color gris. La ulceración tiende a diseminarse y al final afecta todos los márgenes gingivales. Comúnmente empieza como un solo foco aislado, con un inicio rápido. Al final, se desarrolla un olor fétido característico que puede ser muy desagradable.

El paciente casi siempre se queja que no puede comer debido al intenso dolor gingival a la hipersensibilidad y a la tendencia al sangrado gingival. El dolor es de tipo superficial de “presión”. El paciente por lo general sufre dolor de cabeza, malestar y febrícula (32.2 a 38.9°C). A menudo hay salivación excesiva con presencia de sabor metálico en la saliva, y linfadenopatía regional.

En los casos avanzados y más graves pueden existir manifestaciones generalizadas o sistémicas, como leucocitosis, alteraciones gastrointestinales y taquicardia.

Después de la cicatrización de la gingivitis ulcerosa necrosante aguda, las crestas de las papilas interdentes que se destruyeron, dejan un área hueca, constituyen una zona que retiene los restos alimenticios y los microorganismos y que puede servir como una “zona de incubación”. Dichas partes junto con colgajos gingivales de los terceros molares en erupción, son lugares ideales para que persistan los gérmenes y en muchos casos empieza aquí la recurrencia de la gingivitis ulcerosa necrosante aguda”. (16).

Etiología. “La mayoría de los investigadores creen que la gingivitis ulcerosa necrosante aguda es una enfermedad primaria causada por un bacilo fusiforme y *Borrelia vincentii*, una espiroqueta, que coexiste en una relación simbiótica. Ambos microorganismos están siempre presentes en gran número en esta enfermedad

“fusoespiroqueta”, aunque también se encuentran otras espiroquetas, y microorganismos fusiformes y filamentosos. Algunos investigadores también incluyen los vibriones y los cocos como agentes importantes en la etiología de esta enfermedad. El hecho de que estos dos microorganismos, los bacilos fusiformes y *Borrelia vincentii*, se encuentran en cantidades moderadas en otras enfermedades bucales, como la gingivostomatitis herpética aguda, así como en muchas bocas aparentemente sanas, sugiere que los factores predisponentes son esenciales para el desarrollo de la gingivitis ulcerosa necrosante aguda. Esto es particularmente cierto en vista de que la enfermedad nunca se ha reproducido experimentalmente ya sea en seres humanos o en animales, solo por la inoculación bucal de materiales provenientes de las lesiones que se encuentran en pacientes con la enfermedad”.(16).

Hiperplasia Gingival

“Los tejidos gingivales en el adulto sano llenan por completo, aunque apenas, los espacios interproximales entre los dientes; empiezan cerca del área de contacto y se extienden en forma apical y lateral en una curva suave lisa. Sin embargo, con frecuencia existe un aumento en el tamaño de la encía de tal manera que el tejido viable sobrellena los espacios interproximales, y se forman protuberancias sobre los dientes que protruyen dentro de la cavidad bucal. El agrandamiento de la encía puede estar localizado sobre una papila o afectar varias o todas las papilas gingivales en la boca. El agrandamiento por lo regular es más prominente en las superficies labial y bucal, aunque en ocasiones se desarrolla en la encía lingual. No afecta la mucosa vestibular.

Un aumento en el volumen de cualquier tejido se puede deber a hipertrofia, es decir, un aumento en el tamaño de una estructura debido a incremento en el volumen de las células individuales o una hiperplasia, esto es, un aumento en el número de los elementos

celulares. La “hiperplasia gingival” es un término general para determinar el aumento macroscópico en el tamaño de los tejidos gingivales lo cual puede dar como resultado distintos trastornos. Los agrandamientos gingivales no se deben confundir con los sobre crecimientos de hueso, o exostosis, los cuales en ocasiones se notan en el hueso alveolar, por lo regular a alguna distancia de la encía”. (16).

2.2.5. Periodontitis

“La forma más común de enfermedad periodontal es la que se asocia con la irritación local.

Empieza como una gingivitis marginal que progresa, y si no se trata o el tratamiento es inapropiado, llega hasta la periodontitis crónica destructiva, a la que algunas veces se le llama periodontitis marginal; es más común en el adulto, aunque en ocasiones se encuentra en los niños, en especial cuando no hay buena higiene bucal o en ciertos casos de maloclusión. En el adulto, la enfermedad periodontal de este tipo forma más del 90% de los casos de alteraciones periodontales y es responsable de mayor mortalidad dental que la caries dental. En general, el tratamiento de esta forma de enfermedad periodontal, como la de otras, depende de la eliminación de los factores etiológicos, tanto locales como sistémicos, del mantenimiento de una buena higiene bucal y del establecimiento de una articulación armoniosa y estable sin interferencias traumáticas”. (16).

Etiología. “La gingivitis puede preceder y desarrollarse en la periodontitis más grave que afecta no solo a la encía, sino también al hueso alveolar, al cemento y al ligamento periodontal. En general, los factores etiológicos son los mismos que para la gingivitis, pero por lo regular son más intensos o de mayor duración. Los factores locales, la placa microbiana, el sarro, la

impacción de alimentos y los márgenes irritantes de las obturaciones parece que son lo más importantes en el desarrollo de esta forma común de enfermedad periodontal. La microflora en la periodontitis avanzada se caracteriza por la presencia de gran número de microorganismos asacarolíticos, como *Fusobacteriumnucleatum*, *Bacteroidescorrodens* y *Bacteroidescapillosus*. Slots (1977) encontró que estos gérmenes forman más del 75% de los cultivos que provienen de las bolsas de periodontitis”. (16).

Aspectos Clínicos. “La periodontitis por lo regular empieza con una simple gingivitis marginal como reacción a la placa o al sarro. Un hallazgo anatomopatológico temprano, y tal vez el primero, será una ulceración muy pequeña del epitelio del surco. A menos que se eliminen los irritantes, con el paso del tiempo se deposita más placa y sarro, y la gingivitis marginal se vuelve más intensa. La encía se inflama más y se hincha., y con la irritación del epitelio del surco (bolsa) sufre una ulceración más frecuente. Prolifera como resultado de la inflamación, de tal manera que en esta etapa existe una tendencia para que la unión epitelial se extienda o desplace en sentido apical al diente. Si hace esto, fácilmente se separa en su porción coronal. A través de este proceso y debido al aumento en la hinchazón de la encía marginal, el surco gingival poco a poco se hace más profundo y se clasifica como una bolsa periodontal temprana.

Clínicamente, en esta etapa se puede descubrir la presencia de sarro; el subgingival se puede ver con más facilidad si se separa la encía marginal libre del diente mediante aire a presión. Junto a la hinchazón y la hiperemia visibles y moderadas de la encía también existe una tendencia a sangrar con facilidad; si el examinador simplemente frota la encía, aparecerán diminutas hemorragias “espontáneas” en la región de la papila interdental. También puede haber halitosis casi fétida desagradable.

Cuando la periodontitis se vuelve más intensa el diente empieza a mover y da un sonido más bien seco cuando se golpea con un instrumento metálico. En ocasiones, al hacer ligera presión sobre la encía puede haber salida de material supurativo y otros restos de la bolsa patológica vecina al diente. El aire a presión y el instrumento de exploración revelan que la separación del tejido puede ser intensa. Las troneras pueden estar abiertas debido a que las papilas interdetales están deficientes. Se ve el festoneado normal, y la encía aparece “pantanosa” debido a la hiperemia y al edema, no se nota punteado, y los tejidos gingivales están lisos, brillantes, y tal vez más rojos o azules de lo normal. El paciente puede no tener síntomas subjetivos o quejarse de mal sabor, de encías sangrantes, y de hipersensibilidad en el cuello de los dientes debido a la exposición del cemento cuando los tejidos blandos retroceden. O sea, el paciente tiene una gingivitis crónica grave y están afectadas las porciones más profundas del periodonto. Esta es la etapa de periodontitis grave, o lo que Page y Schroeder llamaron la lesión avanzada de periodontitis.

La retracción gingival es un fenómeno común, en particular en los últimos años de la vida.

En dichos casos el tejido gingival se retrae hacia el ápex, expone el cemento, a veces en grado alarmante. Como el cemento es más blando que el esmalte, con frecuencia se desgasta con el cepillo dental y un dentífrico abrasivo. La retracción gingival puede ocurrir con más rapidez si ha habido pérdida del hueso alveolar, debido a cualquier causa, ya que el tejido gingival saludable mantendrá una relación uniforme con la cresta ósea alveolar. El retroceso gingival a menudo empieza como una fisura delgada de la encía libre adyacente al centro del diente, conocida como hendidura de Stillman. La frecuencia y dirección anormales del cepillado dental, las fuerzas oclusales o una inserción muscular alta algunas veces conduce a una retracción gingival; está precedida por una pérdida

de hueso alveolar, que no necesariamente se acompaña por una cantidad igual de retracción”. (16).

Clasificación de las Bolsa Periodontales. “En un periodonto normal saludable el tejido gingival se ajusta estrechadamente alrededor de los dientes, y el surco gingival se aproxima a cero. Sin embargo, en presencia de inflamación, los tejidos gingivales aumentan de volumen, y causan un aumento en la profundidad de la bolsa alrededor de los dientes. Si los cambios patológicos se limitan a la encía., se les llama una bolsa gingival (o seudo). Sí, no obstante, la base de la bolsa ha invadido el periodonto, es llamada bolsa periodontal. La base de la bolsa periodontal está en la raíz del diente y la unión epitelial se encuentra sobre el cemento. Aunque la enfermedad periodontal por lo regular progresa en sentido apical y avanza a expensas de la pérdida horizontal de la cresta del hueso alveolar, algunas veces la profundidad de la bolsa se extiende apical a la cresta del hueso alveolar. Dicha bolsa, la cual tiene hueso en su pared lateral, se denomina bolsa infraósea, y es más bien la excepción que la regla, ya que por lo regular el fondo de la bolsa patológica está a nivel con, o coronal, a la cresta alveolar del hueso (bolsa supraósea). La bolsainfraósea puede resultar del alimento impactado y con frecuencia se encuentra a lo largo del diente el cual se ha desviado en forma considerable fuera de su posición usual o ha estado sujeto a un traumatismo oclusal grave. Las bolsas infraóseas se clasifican de acuerdo a su forma (angosta o ancha) y al número de paredes óseas. De acuerdo a Goldman y Cohen en un estudio completo de este trastorno por lo común se observan bolsas infraóseas de tres paredes en las áreas interdentes donde uno encuentra una pared proximal intacta, así como paredes bucales o linguales del proceso alveolar. Se pueden ver en las áreas interdentes bolsas infraóseas de dos paredes, con las paredes bucal y lingual intactas, pero la pared proximal destruida. En donde se ha destruido la pared ósea, permanece una

“cortina” de tejido blando, En ocasiones se ven en el área interdental bolsas infraóseas, con una pared ósea.

El tipo de bolsa periodontal que está presente se puede determinar mediante el examen clínico cuidadoso y buenas radiografías. La consideración de la topografía y del tipo de bolsa infraósea es importante para planear el tratamiento de la enfermedad periodontal. El tipo más favorable de bolsa para que ocurra la readherencia es, por supuesto, la que tiene tres paredes óseas. Se puede presentar un “declive” de hueso en una bolsa con dos paredes óseas; pero solo cuando existe una pared, son malas las oportunidades para la formación de una altura adicional de hueso alveolar”. (16).

Absceso Periodontal Lateral

Aspectos Clínicos. “El absceso periodontal lateral está relacionado directamente con una bolsa periodontal preexistente. Cuando dicha bolsa alcanza una profundidad suficiente, tal vez de 5 a 8 mm, los tejidos blandos que se encuentran alrededor del cuello del diente se aproximan a éste tan fuertemente que se ocluye el orificio de la bolsa. Las bacterias se multiplican en la profundidad de ésta y causan una irritación suficiente para formar un absceso agudo con exudación de pus dentro de esta área. Un cuerpo extraño, en particular restos de comida, también puede conducir a la formación del absceso. Esto da como resultado una hinchazón suficiente para destruir la placa cortical de hueso, si aún existe, y permitir que el absceso “aglobe” los tejidos que lo cubren; así se forma un “furúnculo de encía” o páruilis. La incisión directa y perpendicular al eje longitudinal del diente afectado liberará pus, mientras que la introducción de una sonda a las bolsas periodontales desde la encía hacia la zona afectada liberará pus alrededor del cuello del diente. Si el absceso no drena en forma espontánea a través del surco gingival, y si no se hace tratamiento,

se puede desarrollar una fistula para liberar pus espontáneamente en la superficie mucosa. El absceso periodontal agudo hace que el diente afectado sea sensible a la percusión. La ocurrencia de los abscesos periodontales tanto de los tipos lateral como periapical fue manifestado por Dinsdale y Holt en un grupo de 34 niños tratados con cortisona para la fiebre reumática. Los abscesos aparecieron en el lapso de dos mañanas después que se discontinuó la terapia. Al parecer la cortisona actuó sobre las lesiones periodontales preexistentes, pero los abscesos fueron poco comunes en cuanto a que el dolor era leve o incluso no existía y no hubo hinchazón o celulitis local. La afección de los ganglios linfáticos fue rara. En algunos casos la única manifestación clínica del absceso fue la liberación de pus proveniente del cuello de un diente decíduo flojo al hacerle presión. Fue muy notable que la tasa de sedimentación de eritrocitos, que rara vez aumenta en los niños normales que tienen un absceso periodontal, se elevara en los niños tratados con cortisona que tenían fiebre reumática y absceso periodontal".(16).

Periodontitis Juvenil

Aspectos Clínicos. "La periodontitis juvenil se presenta en el periodo adolescente de la vida, durante los años 12 a 20, pero clínicamente predomina entre los 18 y los 25 años. Se ha informado que las mujeres son afectadas con mayor frecuencia que los hombres, con una relación que a menudo es tan alta como 3:1. Pueden aparecer en bocas en las que el estado de higiene es perfecto y no existe caries. No hay inflamación marginal, pero por lo regular no se descubre hasta que esta se ha superpuesto al proceso degenerativo.

La primera indicación de la presencia de periodontitis juvenil a menudo es un movimiento patológico, simétrico y repentino de los dientes, por lo regular los primeros molares permanentes y

después los dientes anteriores. Es posible que estos dientes estén afectados primero ya que emergen antes que los otros dientes.

Por lo regular la periodontitis juvenil no se reconoce clínicamente en sus etapas tempranas, aunque una radiografía revelaría pérdida de hueso alveolar en una zona localizada. El primer dato clínico definitivo que ve el dentista es la formación de una bolsa profunda, a menudo en un solo diente, con el hueso del diente vecino radiográficamente normal. En realidad, este es el comienzo de la última etapa en el desarrollo de la enfermedad. En este punto los líquidos bucales, los microorganismos y los desechos entran a la bolsa, y se presentan los síntomas inflamatorios comunes.

Cuando la periodontitis juvenil progresa desde sus etapas tempranas, se puede observar resorción ósea antes de que existan síntomas clínicamente de formación de bolsa. Los cambios óseos empiezan en o cerca de la cresta del proceso alveolar. La rápida resorción de hueso amplía el espacio periodontal, abre los espacios medulares del hueso en los cuales se agrupa el ligamento periodontal desorganizado con el tejido medular que ha sido cambiado de una medula grasa a un tejido fibroso.

La degeneración y pérdida de las fibras principales del ligamento periodontal pronto van seguidas de la proliferación del epitelio a lo largo de la superficie radicular.

La migración, o la desviación patológica de los dientes, a menudo se acompañan por la expulsión de los dientes afectados de sus alveolos. Los cambios degenerativos que se encuentran en el tejido conectivo del ligamento periodontal y el desarrollo del tejido de granulación causa presión sobre la superficie de las raíces, fuerza la corona del diente de su posición normal y a menudo se expulsa en un lugar donde la fuerza oclusal tiene un efecto traumático sobre el tejido de sostén. El traumatismo complica el estado patológico existente y acelera el aflojamiento del diente.

Por lo regular no hay dolor en la periodontitis juvenil hasta que avanza la enfermedad, cuando intervienen influencias traumáticas,

o después de que ha habido formación de la bolsa, cuando puede tener lugar una infección profunda del tejido de ésta. En este caso, con frecuencia se desarrollan abscesos laterales en el tejido periodontal. No es raro observar el desarrollo repentino de una bolsa extremadamente profunda en la raíz de un diente que se extiende casi hasta su ápex”. (16).

Traumatismo Periodontal

“Las fuerzas oclusales excesivas provocan cambios característicos en el ligamento periodontal y en el hueso alveolar. Si estas fuerzas oclusales anormales son crónicas y se repiten por largos periodos, el ligamento periodontal poco a poco se hace más denso, y se amplía el espacio periodontal. También se vuelve más denso el hueso alveolar y los dientes obviamente mostrarán “patrones de desgaste” con facetas definitivas en las coronas de los dientes.

Una fuerza traumática aguda suficiente para producir una lesión al periodonto también da como resultado cambios más bien específicos en el aparato de adherencia del diente. Por ejemplo, una fuerza que incline a un diente fuertemente hacia el vestíbulo provoca el aplanamiento de las fibras del ligamento periodontal y tal vez del hueso de la cresta alveolar. Los vasos sanguíneos del área afectada se trombosan, y ocurre edema y extravasación de sangre. En el lado opuesto del diente a menudo existe desgarramiento del ligamento periodontal, y algunas veces el cemento o el hueso se afloja. Puesto que el diente se voltea alrededor de un punto de apoyo ligeramente apical hacia la mitad de la raíz, se puede presentar los mismos cambios cerca del ápex en el lado opuesto. Estos dientes hacen que el diente este sensible por unos pocos días, pero si las fuerzas no son excesivas, finalmente el hueso dañado de la cresta alveolar será resorbido; se elaboran nuevas fibras periodontales, cemento y hueso, y después de pocas semanas los tejidos regresan al o normal, con el espacio del ligamento

periodontal más ancho o el diente reorientado en una nueva posición”. (16).

Clasificación de las Periodontitis

“La clasificación resultante de las diferentes formas de periodontitis se simplifico para describir tres manifestaciones clínicas generales de periodontitis: periodontitis crónica, periodontitis agresiva y periodontitis como manifestación de enfermedades sistémicas”. (17).

Periodontitis Crónica. “La periodontitis crónica se vincula con la acumulación de placa y cálculos, y suele tener un ritmo de progresión lento a moderado, pero se observan periodos de destrucción más rápida. Las aceleraciones del ritmo de la enfermedad pueden deberse al impacto de los factores locales, sistémicos y ambientales que influyen la interacción normal entre huésped y bacterias. Los factores locales ejercen influencia sobre la acumulación de placa; las enfermedades sistémicas como diabetes mellitus y HIV influyen sobre las defensas del huésped; factores ambientales como fumar cigarrillos y el estrés también modifican la reacción del huésped a la acumulación de placa. La periodontitis crónica ocurre como una enfermedad localizada en la que < 30% de los sitios valorados presenta pérdida de inserción y de hueso o como una enfermedad más generalizada en la que > 30% de los sitios está afectado. La enfermedad también puede describirse por su intensidad como leve, moderada y grave sobre la base de la magnitud de la pérdida de inserción clínica”. (17).

Periodontitis Agresiva. “La periodontitis agresiva difiere de la forma crónica básicamente por la rapidez de la progresión en personas por lo demás sanas, ausencia de grandes acumulaciones de placa y cálculos, y antecedentes familiares de enfermedad

agresiva que señala un rasgo genético. En el pasado esta forma de periodontitis se clasificó como periodontitis de inicio temprano”. (17).

Periodontitis como Manifestación de Enfermedades Sistémicas. “Varias alteraciones hematológicas y genéticas se relacionan con periodontitis en individuos afectados. La mayor parte de estas observaciones de los efectos sobre el periodoncio es resultado de casos publicados y son pocos los estudios realizados para investigar la naturaleza exacta del efecto de las afecciones específicas sobre los tejidos del periodoncio. Se especuló que el mayor efecto de estas alteraciones se debe a alteraciones en los mecanismos de defensa del huésped”. (17).

2.2.6. Aftas bucales

Definición. Estas lesiones son úlceras dolorosas, de forma oval, de un diámetro menor a 0.5 cm cubiertas por una membrana fibrinosa amarilla y rodeada por un halo eritematoso; puede ser única pero en ocasiones múltiples. La lengua cuando es afectado en sus superficies el dolor no guarda proporción con el tamaño de la lesión; las aftas menores tienen una duración de siete a diez días y sana sin formar de cicatrices, la recurrencia varía de un individuo a otro y se pueden presentar periodos de semanas o años. (18).

Etiología. En los estudios anteriores se ha dedicado una considerable atención para evidenciar las causas de la Estomatitis Aftosa Recurrente, hasta el momento con cierta decepción su etiología no ha sido descubierto. (19).

Factores Locales y Bucales. Tienen alergia al laurilsulfato sódico en el dentífrico, traumatismos y disfunción de la glándula salival. (19).

Causas Microbianas. Vienen a ser los Streptococcus mutans, Stafilococcus, Treponema pallidum, la Neisseriagonorrhoeae. Mycobacterium tuberculosis y bacteroides gramnegativas anaeróbicas Viral. Herpes 6 humano como también Herpes simple, citomegalovirus. Epstein-Barr. Varicela zóster. Por último en pacientes inmunodeprimidos Candida albicans, criptococcus, histoplasmosis, aspergillus y micormicosis. (19).

Factores y Enfermedades Sistémicas. Es la enfermedad de Behcet también la enfermedad de Crohn, neutropenia cíclica y autoinmune, infección por el VIH, síndrome de las úlceras bucales y genitales con inflamación del cartílago (MAGIC), síndrome de fiebre periódica, aftosis, faringitis, adenitis (PFAPA), síndrome de Reiter, estrés, lupus eritematoso sistémico anomalidades hematológicas, influencias hormonales, enfermedad celíaca y por último colitis ulcerativa idiopática.(19).

Enfermedades Nutricionales y Alérgicas. Estos son, alergias a dentífricos, alergias alimentarias, déficit de ácido fólico, hierro, selenio y cinc, enteropatía sensible al gluten, déficit de vitaminas B1, B2, B6 y B12. (19).

Factores Genéticos. Son enfermedades inmunológicas, disfunción localizada de células T, citotoxicidad celular anticuerpo-dependiente (19).

Formas Clínicas de Estomatitis Aftosa Recidivante (EAR) Oral
“En la cavidad oral, la EAR presenta tres formas clínicas distintas: estomatitis aftosa menor, estomatitis aftosa mayor y úlceras herpetiformes”. (20).

Estomatitis Aftosa Menor. “Pequeñas úlceras superficiales y dolorosas de la mucosa oral glandular que aparecen con cierta frecuencia y episódicamente en brotes de una a cinco lesiones”.

Clínica. “Las lesiones orales de la EAR aparecen en episodios, con presencia de menos de cinco úlceras a la vez. Durante un ataque pueden seguir apareciendo lesiones durante un periodo de 3 a 4 semanas, durando cada una de ellas entre 10 y 14 días. Las úlceras se localizan en la mucosa glandular, respetando habitualmente las encías, el paladar duro y el dorso de la lengua. Las lesiones son redondas, pero pueden ser elípticas si se localizan en una cresta o pliegue lingual. Son pequeñas, con un diámetro de 0,5 mm a 1 cm, superficiales, con bordes marcados y crateriforme, y presentan una base blanco-amarillenta con un halo eritematoso en la mucosa circundante. Los pacientes se quejan de dolor desproporcionalmente intenso para el tamaño de la lesión. Las localidades más frecuentes de las lesiones son las superficies mucosas de los labios, paladar blando posterior y pilares anteriores. Otras localizaciones menos frecuentes son los bordes ventral y lateral de la lengua y el suelo anterior de la boca”. (20).

Estomatitis Aftosa Mayor. “Una o dos grandes úlceras superficiales dolorosas, poco frecuentes, situadas generalmente en la mucosa labial y el paladar blando”.

Clínica. “Las lesiones son grandes, en comparación con las aftas menores, oscilando entre 5 y 20 mm o más de tamaño. Su número es escaso, generalmente solo una o dos a la vez y fundamentalmente en dos localizaciones: mucosa labial y área del paladar blando posterior pilares anteriores. Las lesiones son crateriformes, más profundas que las de la estomatitis afta menor y duran mucho más, hasta 6 semanas. El dolor es importante y dificulta la alimentación, especialmente cuando se localizan en la

cara posterior de la boca. Las úlceras aftosas mayores no suelen aparecer hasta después de la pubertad y en algunos pacientes pueden dar problemas hasta durante 20 años. Las lesiones profundas y persistentes pueden infectarse secundariamente con organismos bacterianos y hongos. Cuando se produce su reparación suele aparecer una cicatriz con retracción tisular. Esto es raro en la superficie mucosa de la boca, ya que la mayoría de las lesiones leves cicatrizan sin formación evidente de cicatriz”. (20).

Úlceras Herpetiformes. “Pequeñas úlceras superficiales dolorosas, múltiples y raras, que aparecen en episodios de duración prolongadas y afectan mucosas glandulares y queratinizadas”. (20).

Clínica. “Los pacientes con úlceras herpetiformes sufren episodios prolongados de lesiones intraorales, ampliamente diseminadas, en forma de úlceras crateriformes superficiales y pequeñas 3 a 6 mm de diámetro. Cada episodio puede durar semanas o meses y algunos pacientes pueden presentar lesiones casi continuamente a lo largo de varios años. Durante ataques prolongados, unas lesiones se reparan mientras aparecen continuamente otras nuevas. Raramente afectan a pacientes en los últimos años de la adolescencia, como es frecuente en la estomatitis aftosa menor, o en la infancia, como es frecuente en la estomatitis herpética, entidad a la que se parecen clínicamente las úlceras. Aunque la mayoría de las lesiones afectan casi exclusivamente a mucosa glandular, también pueden aparecer en algunas superficies queratinizantes. Dado que la presencia de lesiones en las superficies mucosas queratinizantes es frecuente en la infección primaria por el herpes, por error. Un rasgo típico de esta entidad es que el dolor es más intenso de lo que correspondería al tamaño de las lesiones.

Dada la facilidad con que confunden las lesiones aftosas herpetiformes con la estomatitis herpética primaria, a menudo son necesarias prueba de laboratorio para descartar etiología vírica". (20).

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Prevalencia:

En epidemiología, todos los casos nuevos y antiguos de una enfermedad o manifestación de un hecho durante un periodo determinado de tiempos (21).

Epidemiología:

Es el estudio de las enfermedades epidémicas. (22).

Caries dental:

Es una enfermedad de los tejidos calcificados del diente provocada por ácidos que resultan de la acción de microorganismos sobre los hidratos de carbono. (23).

Gingivitis:

La gingivitis o inflamación del tejido de la encía se puede presentar en una forma aguda, subaguda o crónica. (7).

Periodontitis:

Empieza como una gingivitis marginal que progresa, y si no se trata o el tratamiento es inapropiado, llega hasta periodontitis crónica destructiva. (7).

Aftas:

Lesiones vesiculoulcerosas que se presentan principalmente en mucosas muy raramente en la piel. (22).

Encía:

Es parte de la mucosa bucal que recubre a los procesos alveolares, y llega a los cuellos de los dientes. (22).

Periodonto:

Situado alrededor de un diente. (22).

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Diseño de Estudio

Tipo de Estudio. La presente investigación es un estudio de alcance descriptivo, correlativo y retrospectivo. Es descriptivo porque describe la frecuencia de todas las variables de dicha investigación, correlativo porque demuestra la relación entre las variables de dicha investigación como viene a ser la prevalencia de patologías odonto-estomatológicas más comunes con relación a los hábitos de higiene bucal, edad y sexo y por último retrospectivo porque cuyas variables fue medido una sola vez.

3.2. Población

La población estuvo conformada por 181 historias clínicas de pacientes de acuerdo al HIS del MINSA que asistieron al servicio de odontología del Puesto de Salud de Saños Chico de Huancayo.

3.3. Muestra

Para determinar el tamaño de muestra se aplicó la **FORMULA DE MUESTRA ALEATORIA SIMPLE**, por lo tanto la muestra estuvo formado por 104 historias clínicas de pacientes.

FORMULA DE MUESTRA ALEATORIA SIMPLE

$$n = \frac{S^2}{\frac{E^2}{Z^2} + \frac{S^2}{N}}$$

Donde:

N = Muestra

Z α_2 = Margen de confiabilidad o número de unidades de desviación estándar en la distribución normal que producirá el nivel deseado de confianza 95% o un $\alpha = 0.05$, $Z = 1.96$; Para una confianza de 99% o un $\alpha = 0.01$, $Z = 2.58$

S = Desviación estándar de la población (conocida o estimada de anteriores estudios o de una prueba piloto)= 0.4

E² = Error o diferencia máxima entre la media muestral y la media de la población que se está dispuesto a aceptar con el nivel de confianza que ha definido.

N = Tamaño de la población = 181

Remplazando valores para hallar la muestra:

$$n = \frac{(0.4)^2}{\frac{(0.05)^2}{(1.96)^2} + \frac{(0.4)^2}{181}}$$

$$n = 104.25$$

$$n = 104$$

3.3.1. Criterios de Inclusión

- Historias clínicas de noviembre 2015-enero 2016.
- Historias clínicas de pacientes desde 1 año a 60 años a más.
- Historias clínicas de ambos sexos.
- Historias clínicas de pacientes habitantes del Distrito de Saños Chico.

3.3.2. Criterios de Exclusión

- Historias clínicas de pacientes que no han sido afiliados.
- Historias clínicas de pacientes atendidos antes y después de noviembre 2015-enero 2016.
- Historias clínicas de pacientes no habitantes del Distrito de Saños Chico.

3.4. Operacionalización de Variables

Variable Independiente. Prevalencia.

Variable Dependiente. Patologías odonto-estomatológicas más comunes como son caries, gingivitis, periodontitis y aftas bucales.

VARIABLE PRINCIPAL	CONCEPTO	TIPO	INDICADORES	INDICE	ESCALA
Patologías odonto-estomatológicas más comunes	Es el estudio de las enfermedades en los tejidos duros y blandos de la cavidad bucal.	Cualitativo Politómico	-Caries -Caries y Gingivitis -Caries, Gingivitis y Aftas -Caries, Gingivitis y Periodontitis -Caries y Aftas -Ninguno	Enfermedades registradas en historias clínicas	Nominal
CO-VARIABLE	CONCEPTO	TIPO	INDICADORES	INDICE	ESCALA
Higiene Bucal	Es parte de la Medicina que enseña a conservar la salud bucal.	Cualitativo Politómico	-Habitual 3 veces a más -Ocasional 1 a 2 veces -Nunca 0 veces	Veces de cepillado x día	Ordinal
Edad	Cualquiera de los periodos en que se considera dividida la vida.	Cualitativo Intervalo	01 a 11 años 12 a 17 años 18 a 29 años 30 a 59 años 60 a más años	Años Cumplidos.	Ordinal
Sexo	Condición orgánica que distingue al varón de la mujer.	Cualitativo Dicotómico	Masculino Femenino	Características físicas externas.	Nominal

3.5. Técnicas y Procedimientos

Técnicas. Transcribir los diagnósticos de las historias clínicas a las fichas de recolección de datos. **(Anexo N° 01).**

Procedimientos. Antes del inicio de la investigación se realizó las coordinaciones necesarias. Fui guiado por el Dr. Daniel A. de la Cruz Mendoza, presentando una solicitud dirigido al Director Jefe de la Red de Salud Valle del Mantaro Dr. Oscar Berrios Fuentes el día 09 de noviembre de 2015. **(Anexo N° 02)**, luego me acerque el 05 de enero del 2016 a la Micro Red El Tambo al Dr: Juan Carlos Arancibia Pando donde se acerca al Puesto de Salud de Saños Chico con un memorándum **(Anexo N° 03)**, quien autoriza mi presencia a la Jefa encargada del Puesto de Salud de Saños Chico, Sra. Tec. Rosalbina Huamán Torres y estar a la orden del encargado del área de odontología el Doctor C.D. Daniel A. de la Cruz Mendoza. Durante los tres meses el ingreso fue a las 7:00 am hasta la 1:00 pm. **(Anexo N° 04) Figura N° 01**, saludando a la señora Técnica y al doctor del área de odontología, **Figura N° 02**, laborando en el área de consulta odontológica **Figura N° 03**, área de archivos de las historias clínicas. **Figura N° 04**, visualizando y transcribiendo los diagnósticos de las historias clínicas. **Figura N° 05**, finalizo teniendo un acta de conformidad. **(Anexo N° 05).**

3.6. Plan de Análisis de Datos

Análisis Descriptivo. Los datos se presentan en tablas y gráficos mostrando el número y frecuencia.

Análisis Inferencial. Se empleó pruebas estadísticas de χ^2 .

Paquete Estadístico. Programas SPSS versión 23 en español.

3.7. Consideraciones Éticas

No se empleó consentimiento por ser un estudio en historias clínicas

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1. Resultados

El presente estudio tiene como objetivo identificar la prevalencia de Patologías Odonto-Estomatológicas más comunes en pacientes del Puesto de Salud de Saños Chico, Huancayo noviembre 2015-enero 2016. En este estudio la muestra fue de 104 pacientes que acudieron al Puesto de Salud de Saños Chico en el área de odontología, se describió de las Historias Clínicas las Patologías Odonto-Estomatológicas más comunes en las fichas de recolección de datos.

Tablas N° 01

DISTRIBUCIÓN DE PATOLOGÍAS ODONTO-ESTOMATOLÓGICAS MÁS COMUNES DE LOS PACIENTES DEL PUESTO DE SALUD DE SAÑOS CHICO HUANCAYO, NOVIEMBRE 2015 – ENERO 2016

Patologías Odonto-Estomatológicas

Patologías Odonto-Estomatológicas	Nº de casos	Porcentaje
Caries	4	3.8
Caries y Gingivitis	71	68.3
Caries, Gingivitis y Aftas	13	2.5
Caries, Gingivitis y Periodontitis	9	8.7
Caries y Aftas	4	3.8
Ninguno	3	2.9
Total	104	100.0

Fuente: ficha de recolección de datos

Interpretación de resultados:

Se encontró un mayor porcentaje en las Patologías Odonto –Estomatológicas en el grupo de Caries y Gingivitis en 71(68.3%), y un menor en el grupo de Ninguno en 3(2.9%).

Tablas N° 02

DISTRIBUCIÓN DE HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL DE LOS PACIENTES DEL PUESTO DE SALUD DE SAÑOS CHICO HUANCAYO, NOVIEMBRE 2015 – ENERO 2016 Higiene Bucal

Higiene Bucal	Nº de casos	Porcentaje
Habitual	8	7.7
Ocasional	91	87.5
Nunca	5	4.8
Total	104	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación de resultados:

Se encontró mayor porcentaje en Hábitos de Higiene Bucal en el grupo ocasional siendo 91(87.5%), y un menor en el grupo de Nunca en 5(4.8%).

Tabla N° 03

DISTRIBUCIÓN SEGÚN LAS EDADES DE LOS PACIENTES DEL PUESTO DE SALUD DE SAÑOS CHICO HUANCAYO, NOVIEMBRE 2015 – ENERO 2016

Edad

EDAD	Nª de casos	Porcentaje
1 - 11 años	34	32.7
12 - 17 años	10	9.6
18 - 29 años	36	34.6
30 - 59 años	20	19.2
60 a más años	4	3.8
Total	104	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación de resultados:

Se encontró un mayor porcentaje de Edades en el grupo de 18-29 años en 36(34.6%), y un menor en el grupo de 60 años a más en 4(3.8%).

Tabla N° 04

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL SEXO DE LOS PACIENTES DEL PUESTO DE SALUD DE SAÑOS CHICO HUANCAYO, NOVIEMBRE 2015 – ENERO 2016

Sexo

Sexo	Nª de casos	Porcentaje
Masculino	34	32.7
Femenino	70	67.3
Total	104	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación de resultados.

Se encontró un mayor porcentaje de Sexo en el grupo de género Femenino en 70(67.3%), y un menor en el grupo de género masculino en 34(32.7%).

Tablas N° 05

PATOLOGÍAS ODONTO-ESTOMATOLÓGICAS CON RELACIÓN A LOS HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL DE LOS PACIENTES DEL PUESTO DE SALUD DE SAÑOS CHICO HUANCAYO, NOVIEMBRE 2015 – ENERO 2016

Patologías Odonto Estomatológicas	Higiene Bucal			Total n ^a (%)
	Habitual n ^a (%)	Ocasional n ^a (%)	Nunca n ^a (%)	
Caries	1(1)	2(1.9)	1(1)	4(3.8)
Caries y Gingivitis	2(1.9)	67(64.4)	2(1.9)	71(68.2)
Caries, Gingivitis y Aftas	2(1.9)	11(10.6)	0(0.0)	13(12.5)
Caries, Gingivitis y Periodontitis	1(1)	7(6.7)	1(1)	9(8.7)
Caries Aftas	1(1)	2(1.9)	1(1)	4(3.8)
Ninguno	1(1)	2(1,9)	0(0)	3(2.9)
Total	8(7.7)	91(87.5)	5(4.8)	104(100)

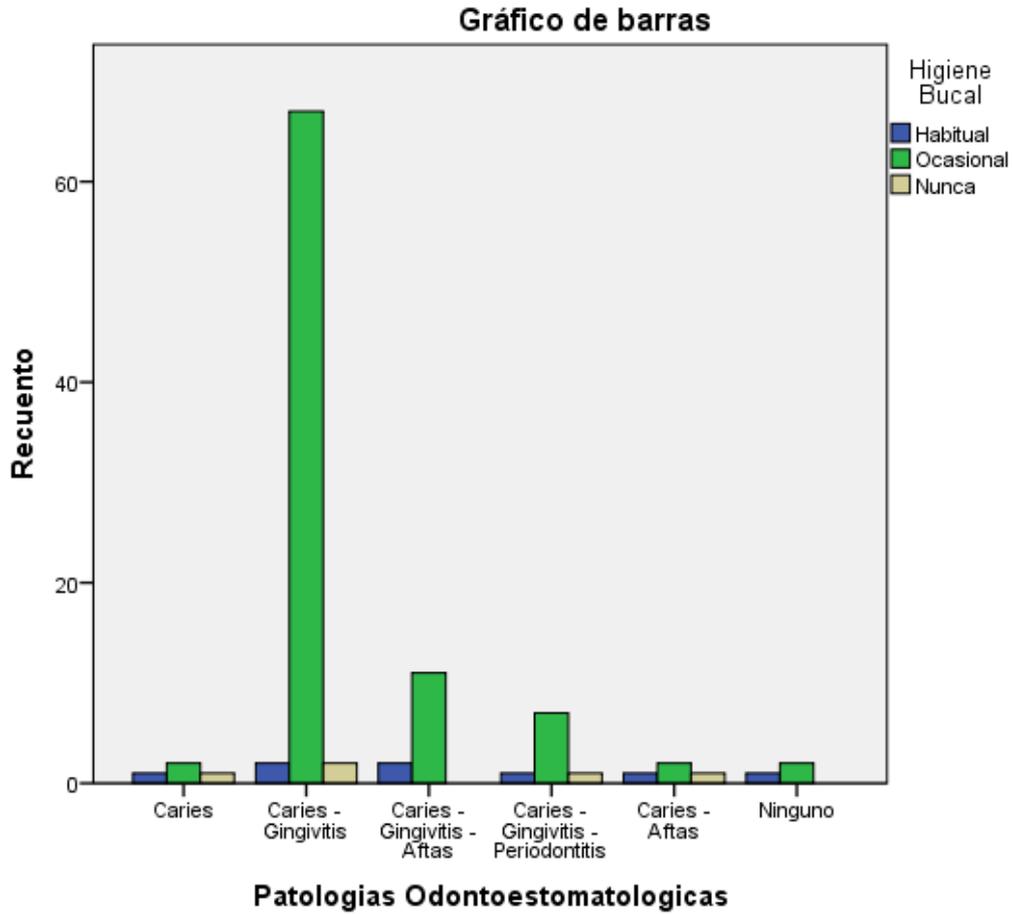
Fuente: ficha de recolección de datos

Chi²:0.031 significativo

Interpretación de resultados:

Se observó que en 67(64.4%) tenían Caries y Gingivitis con Hábitos de Higiene Bucal ocasional, existiendo una relación a nivel significativo entre ambas variables con un Chi²:0,031.

GRAFICO N° 01
Patologías Odonto-Estomatológicas



Fuente: ficha de recolección de datos

Chi²:0.031 significativo.

Interpretación de resultados:

Se observó que en 67(64.4%) tenían Caries y Gingivitis con Hábitos de Higiene Bucal ocasional, existiendo una relación a nivel significativo entre ambas variables con un Chi²:0.031.

Tablas N° 06

PATOLOGÍAS ODONTO-ESTOMATOLÓGICAS CON RELACIÓN A LAS EDADES DE LOS PACIENTES DEL PUESTO DE SALUD DE SAÑOS CHICO HUANCAYO, NOVIEMBRE 2015 – ENERO 2016

Patologías Odonto Estomatológicas	Edad					Total
	1-11 años	12-17 años	18- 29 años	30-59 años	60 a más años	
	nª(%)	nª(%)	nª (%)	nª(%)	nª(%)	nª(%)
Caries	4(3.8)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	4(3.8)
Caries y Gingivitis	19(18.3)	6(5.8)	31(29.8)	14(13.5)	1(1.0)	71(68.4)
Caries, Gingivitis y Aftas	5(4.8)	4(3.8)	3(2.9)	0(0.0)	1(1.0)	13(12.5)
Caries, Gingivitis y Periodontitis	0(0.0)	0(0.0)	2(1.9)	5(4.8)	2(1.9)	9(8.7)
Caries y Aftas	3(2.9)	0(0.0)	0(0.0)	1(1.0)	0(0.0)	4(3.8)
Ninguno	3(2.9)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	3(2.9)
Total	34(32.7)	10(9.6)	36(34.6)	20(19.2)	4(3.8)	104(100)

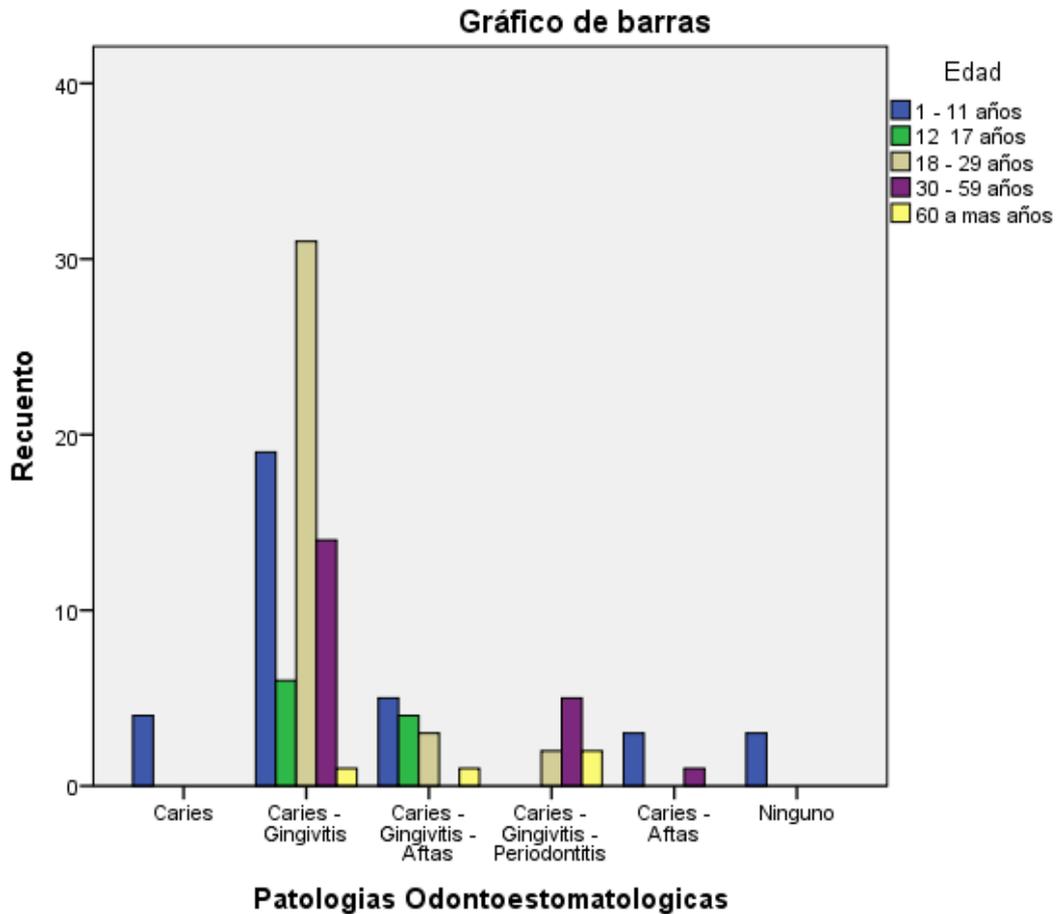
Fuente: ficha de recolección de datos

Chi²: 0.000 Significativo

Interpretación de resultados:

Se observo que en 31(29.8%) tenían Caries y Gingivitis con Edades de 18-29 años, existiendo una relación a nivel significativo entre ambas variables con un Chi² 0.000.

GRAFICO N° 02
Patologías Odonto-Estomatológicas



Fuente: ficha de recolección de datos

Chi²: 0.000 Significativo

Interpretación de resultados:

Se observo que en 31(29.8%) tenían Caries y Gingivitis con Edades de 18-29 años, existiendo una relación a nivel significativo entre ambas variables con un Chi² 0.000.

TABLAS N°07

**PATOLOGÍAS ODONTO ESTOMATOLÓGICAS CON RELACIÓN AL SEXO
DE LOS PACIENTES DEL PUESTO DE SALUD DE SAÑOS CHICO
HUANCAYO, NOVIEMBRE 2015 – ENERO 2016**

Patologías Odonto Estomatológicas	Sexo		Total n ^a (%)
	Masculino n ^a (%)	Femenino n ^a (%)	
Caries	2(1.9)	2(1.9)	4(3.8)
Caries y Gingivitis	19(18.3)	52(50.0)	71(68.3)
Caries, Gingivitis y Aftas	8(7.7)	5(4.8)	13(12.5)
Caries, Gingivitis y Periodontitis	3(2.9)	6(5.8)	9(8.7)
Caries y Aftas	1(1.0)	3(2.9)	4(3.8)
Ninguno	1(1.0)	2(1.9)	3(2.9)
Total	34(32.7)	70(67.3)	104(100)

Fuente: ficha de recolección de datos

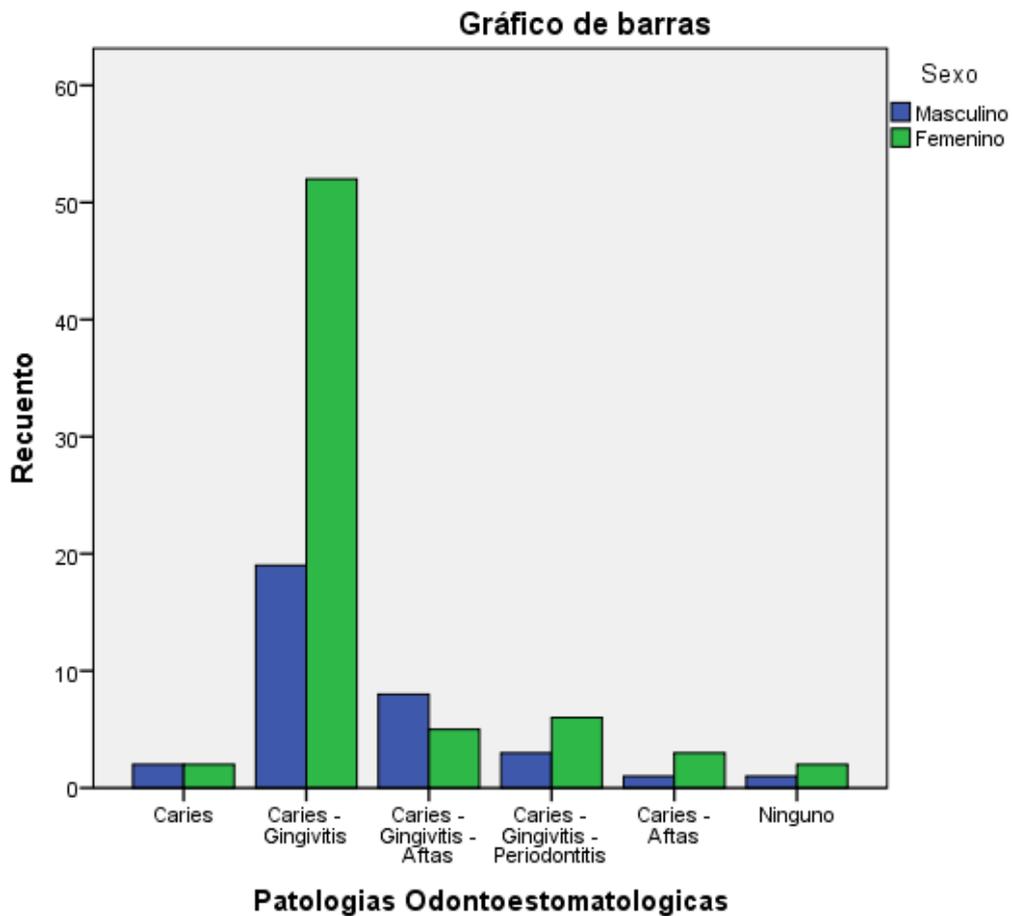
Chi²: 0.243 No significativo

Interpretación de resultados:

Se observo que en 52(50.0%) tenían Caries y Gingivitis en sexo femenino, existiendo una relación a nivel no significativo entre ambas variables con un Chi²:0.243.

GRAFICO N° 03

Patologías Odonto-Estomatológicas



Fuente: ficha de recolección de datos

Chi²: 0.243 No significativo

Interpretación de resultados:

Se observo que en 52(50.0%) tenían Caries y Gingivitis en sexo femenino, existiendo una relación a nivel no significativo entre ambas variables con un Chi²:0.243.

4.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el presente estudio se encontró 71(68,3%), tenían caries y gingivitis, situación que presenta semejante a los resultados obtenidos por Espinoza M. y León R A. en el año 2015¹³, donde la prevalencia de caries dental fue de 2050(71.2%), lo que es mayor al estudio de Castillo D V 2009⁶, donde el promedio de caries en dentición temporal fue 20.94% y en dentición permanente fue 13.22%, como también es mayor comparando al estudio realizado por Murrieta J F y colaboradores 2004⁸, donde el promedio de gingivitis fue 20.6%, de igual forma es menor al estudio de Moret Y. y colaboradores 2009¹², en la cual la gingivitis fue la lesión bucal más frecuente en pacientes embarazadas 251(100%). Estos resultados se puede deber a que el agua potable y la sal de consumo humano cuentan con flúor y por lo tanto los resultados del estudio actual es diferente.

Como también en el presente estudio se encontró 13(2.5%), tenían Caries, Gingivitis y Aftas, situación que es menor a los resultados obtenidos por Moret Y. y colaboradores 2009¹², cuyo promedio de aftas fue 16(6.37%), siendo diferente al estudio realizado por Rodríguez A. 2011¹¹, que en su población de estudio el promedio de aftas fue 74(59.2%). Por lo encontrado podemos mencionar que esta igualdad de resultados se debe que las pacientes gestantes contaron con controles periódicos a nivel estomatológico.

Continuando con el debate se encontró en este estudio 9(8.7%), en la cual tenían caries gingivitis y periodontitis, lo que es diferente comparado con el estudio realizado por Juárez M L 2005⁷, informa que el promedio de periodontitis fue 70%, situación que también es diferente a los resultados de Rojo N R y colaboradores 2011⁹, que en su población de investigación la prevalencia de periodontitis fue 67.2%, Estos resultados puede deberse por falta de asistencia profesional en el centro de estudio, como también motivación de los padres para cepillarse habitualmente por lo tanto los resultados vienen a ser diferente al estudio actual.

Continuando, en el presente estudio se encontró 91(87.5%), donde tenían hábitos de Higiene Bucal Ocasional, siendo diferente a los resultados encontrados por Pareja M 2009¹⁴, donde en su población de estudio el

promedio de veces de cepillado ocasional fue 34%. Esta diferencia de resultados con el estudio actual se puede deber por la falta de un profesional en dicha Institución Educativa.

Seguimos examinando, en el presente estudio se encontró 36(34.6%), en la cual el grupo de edades comprendían de 18-29 años, habiendo semejanza a los resultados encontrados por Moret Y. y colaboradores 2009¹², donde el grupo de 20-29 años, el promedio de los resultados fue 99(39.4%). Esta similitud de resultados con el estudio actual puede deberse a las orientaciones de parte de los profesionales de ambas instituciones de Salud Pública.

Con respecto al género, en este estudio se encontró 70(67.3%), donde el sexo femenino es mayor siendo semejante al estudio realizado por Castillo D V.2009⁶, cuyo promedio fue 63.66%que correspondió al sexo femenino, también el sexo femenino es mayor siendo diferente al estudio realizado por Rodríguez A., 2011¹¹, cuyo promedio fue 53% que correspondió al sexo femenino, donde también el sexo femenino fue mayor siendo diferente al estudio de Juárez M L. 2005⁷, cuyo promedio fue el 52% que correspondió al sexo femenino. Estos resultados de semejanza con el resultado actual son porque a nivel mundial estadísticamente hay mayor número de damas que varones.

4.3. CONCLUSIONES

- En el presente estudio se identificó que la prevalencia de patologías odonto-estomatológicas fueron caries y gingivitis en 71(68.3%), en los pacientes del Puesto de Salud de Saños Chico, Huancayo, noviembre 2015-enero 2016.
- Como también se encontró que la prevalencia más frecuente de las patologías odonto-estomatológicas fue caries y gingivitis 67(64.4%), en pacientes que tenían habito de higiene bucal ocasional, siendo significativo con un valor de Chi^2 : 0.031. en los pacientes del Puesto de Salud de Saños Chico, Huancayo en el periodo de noviembre 2015-enero 2016.
- Y por último se encontró que la prevalencia más frecuente de las patologías odonto-estomatológicas fue caries y gingivitis 31(29.8), en pacientes que tenían edades de 18-29 años, siendo significativo con un valor de Chi^2 : 0.000 y un 52(50.0%), en el género femenino, siendo no significativo con un valor de Chi^2 : 0.243, en los pacientes del Puesto de Salud de Saños Chico, Huancayo en el periodo de noviembre 2015-enero 2016.

4.4. RECOMENDACIONES

- Realizar investigaciones sobre caries dental, gingivitis, periodontitis, aftas y otros, relacionados con otras variables como puede ser estado de nutrición, tipo de dieta, estrés etc.
- Reforzar las charlas preventivas sobre salud bucal, que sería llevar la información al corazón en los niños, adolescentes, padres, apoderados, adultos y abuelos que conforman la población de estudio y semejantes.
- Equipamiento de equipos e insumos para realizar con eficacia los tratamientos preventivos para el beneficio de la población donde se realizó el estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Serna L." Riesgo de caries dental en pacientes de 6 a 12 años de edad atendidos en la clínica estomatológica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas aplicando el programa Cariograma de Bratthall", 2010.
2. Elizondo M., Lucas G., Rosa G. "Estudio retrospectivo sobre la condición bucal de los niños que concurren a la cátedra de odontopediatria durante los años 2000 a 2002", 1987.
3. Alegría A. "Prevalencia de caries dental en niños de 6 a 12 años de edad atendidos en la clínica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas utilizando los criterios de ICDAS II", 2010.
4. Pérez M. "Prevalencia de gingivitis en mujeres embarazadas que asisten al hospital rural IMSS oportunidades, ubicado en Papantla Veracruz", 2011.
5. Garza M. "Índice de enfermedad periodontal en adultos de 20 a 74 años en el estado de Nuevo León, México", 2009.
6. Castillo D. y García M. "Prevalencia de caries dental en la población infantil que acuden al ambulatorio urbano "La Haciendita" en el municipio Mariara, Estado Carabobo", 2011, 49.
7. Juárez M., Murrieta J. y Teodosio E. "Prevalencia y factores de riesgo asociados a enfermedad periodontal en preescolares de la ciudad de México". 2005,141.
8. Murrieta J., Juárez L., Linares C. y Zurita V. "Prevalencia de gingivitis en un grupo de escolares y su relación con el grado de higiene oral y el nivel de conocimiento sobre salud bucal demostrado por sus madres", 2004, 61.
9. Rojo N., Flores A., Arcos M." Prevalencia, severidad y extensión de periodontitis crónica". Revista: Odontológica Mexicana, 2011, 15.
10. Rivera T., Bello García A., Guzmán S., "Prevalencia de la enfermedad periodontal en adultos mayores de 60 años, en dos localidades del estado de Veracruz". 2001.
11. Rodríguez A., "Factores alimentarios y riesgo de aftas bucales: un estudio de cohortes en adolescentes gallegos". 2011.
12. Moret Y., Gonzales J., Benavides I., Henríquez Y., Lárez L., Shulanye M. "Prevalencia de lesiones en la mucosa bucal en pacientes embarazadas que

- acuden al servicio de odontología de la maternidad concepción palacios durante el periodo enero-julio 2003”, 2009, 47.
13. Espinoza M. y León R. “Prevalencia y experiencia de caries dental en estudiantes según facultades de una universidad particular peruana”. Revista: Estomatol. Herediana, 2015, 25.
 14. Pareja M., García L., Gutiérrez F., Castañeda C., Ysla R., Cartolín S. “Prevalencia y necesidad de tratamiento periodontal en escolares de la institución educativa “Andrés Bello”. 2009.
 15. Corpas J., Biometría Comunitaria, 2010.
 16. Shafer W. Patología Bucal, Editorial: Interamericana, Cuarta edición, 2001.
 17. Carranza F., Newman M., Takei H., Periodontología Clínica, Editorial Interamericana, Novena Edición, 2004.
 18. Ayala C. “El eugenol y su efecto antiinflamatorio en las aftas de la mucosa bucal en el Hospital San Bartolomé en el 2010”. 2011.
 19. Salinas M. Yunl J., Millán I., Ronald E., León M., Estomatitis aftosa recidivante, conducta odontologica, 46, 2008.
 20. Philip J., Patología Oral y Maxilofacial, Editorial: Mosby Segunda Edición, 2008
 21. Mosby E., Diccionario de Odontología, Editorial Elsevier España, Segunda Edición, 2009
 22. Durante C., Diccionario Odontológico, Editorial: Médica Panamericana, Sexta Edición, 2002.
 23. Barrancos J., Operatoria Dental, Editorial Médica Panamericana, Cuarta Edición, 2006.

ANEXOS

ANEXO N° 01

Ficha de Recolección de Datos

PATOLOGIAS ODONTO- ESTOMATOLOGICOS

Nº 016

HIGIENE BUCAL: Habitual: 3 veces a mas Ocasional: 1 a 2 veces Nunca: 0 veces

EDAD: Niños: 01 a 11 años; Adolescentes: 12 a 17 años

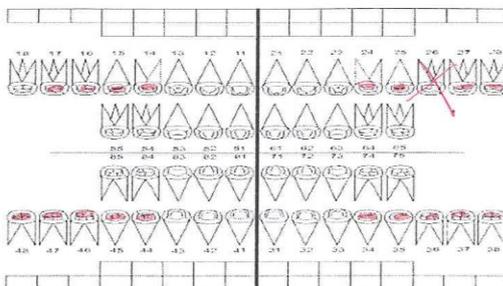
Jóvenes: 18 a 29 años; Adultos: 30 a 59 años

Adulto Mayor: 60 a más años.

95 años

SEXO: Masculino: _____ Femenino:

ODONTOGRAMA



Elaboración: _____
 Control de datos: _____

GINGIVITIS: SI NO
PERIODONTITIS: SI NO
AFTAS BUCALES: SI NO

Observaciones:.....

ANEXO N° 02

Autorización para Realizar Trabajo de Investigación de Tesis

SOLICITO: Permiso para realizar trabajo de
Investigación "TESIS".

SEÑOR DR: OSCAR BERRIOS FUENTES

DIRECTOR JEFE DE LA RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO

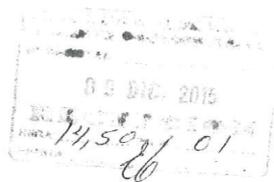
Yo, HUGO CESAR VELITA HUAMAN, identificado
con DNI N 20069234 con domicilio jr: Pedro
Peralta N 476 Chilca. Ante ud. respetuosamente
me presento y expongo.

Que habiendo culminado la carrera
profesional de ESTOMATOLOGIA en la Universidad Alas Peruanas, solicito a ud. Permiso para
realizar trabajo de investigación "TESIS" en el Puesto de salud de Saños Chico perteneciente a
la Micro Red de el tambo sobre "INDICE Y PREVALENCIA DE PATOLOGIAS
ODONTOESTOMATOLOGICOS EN PACIENTES DEL PUESTO DE SALUD DE SAÑOS CHICO EN EL
PERIODO DE NOVIEMBRE DEL 2015 A MAYO DEL 2016" para optar el titulo de Cirujano
Dentista.

POR LO EXPUESTO

Ruego a ud. Acceder mi solicitud.

Huancayo, 09 de Noviembre de 2015.



HUGO CESAR VELITA HUAMAN

BACHILLER EN ESTOMATOLOGIA

DNI 20069234

ANEXO N° 03

MICRO RED DE SALUD EL TAMBO
Centro de Salud "Juan Pardo del Riego"
N° DE REGISTRO: 029
05/01/16
RECEPCION
Hora: 11:40h
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
FIRMS
2015
AÑO DE LA DIVERSIFICACIÓN PRODUCTIVA Y DEL FORTALECIMIENTO DE LA EDUCACIÓN



REGION JUNIN
DESARROLLO SOSTENIBLE CON IDENTIDAD

MEMORANDUM N° 075 - 2015-GRSJ-RSVM/URRHH-CAPSER

A : Dr. JUAN CARLOS ARANCIBIA PANDO
Jefe de la Micro Red El Tambo

N° REG	01350671
N° EXP	00924095

ASUNTO : Autorización para realizar trabajo de investigación de Tesis

FECHA : Huancayo, 23 de Diciembre de 2015

Mediante el presente me dirijo a Usted, para hacer de su conocimiento que don Hugo César Velita Huamán Bachiller en Estomatología, desarrollara el trabajo de Investigación en Incidencia y Prevalencia de Patologías Odontostomatológicas en pacientes del P.S. Saños Chico, a partir de la fecha, por un periodo de 6 meses. Sirvase dar las facilidades correspondientes al mencionado profesional.

Atentamente,



OEBF/APIG/nitp
Cc. Archivo

"Líder en Gestión y Administración de los Servicios de Salud"

AV. GIRÁLDEZ N° 886/ TEL.F. 223454/223562/385306

Handwritten notes in red ink:
Ecu
549
18/12/15

ANEXO N° 04

Fotos de Investigación en el Puesto de Salud de Saños Chico, Huancayo

Figura N° 01



Figura N° 02



Figura N° 03



Figura N° 04



Figura N° 05

REGIONAL DE SALUD JUNIN
VALLE DEL MANTARO

INSTITUCION EDUCATIVA

APellidos y Nombres: **VANSALI RUIZ, ANDREA** (08-00-00)

F. NAC: **18/05/66** EDAD: **49**

DIRECCION: **9 de Diciembre**

GRUPO Y SECCION: _____ TELEFONO: _____

EXAMEN N° 1

MOTIVO DE CONSULTA: **EXAMEN ODONTOLOGICO**

ANTECEDENTES MEDICOS: **N. 13 años presion alta y patologias cardiacas**

ANTECEDENTES FAMILIARES: _____

FECHA	LABIOS	SANO	ENF
	CARRILLOS	SANO	ENF
	PARADAR	SANO	ENF
	ENCIA	SANO	ENF
	LENSA	SANO	ENF
	ATM	NORMAL	ALTERADA
	DILATACION	NORMAL	ALTERADA
	PHO DE BOCA	NORMAL	ALTERADA

EXAMEN ODONTOLOGICO
ODONTOGRAMA INICIAL

INDICE DE CARIES

Vista de superficie dental	Habitual	Discrecional	Mixta
Experiencia de caries	Mucha > 2 superficies dentales	1-2 superficies dentales	Muchas < 2 superficies dentales
Causas de abstracción	Muchas dentales	Algunas	Muchas < 4 dentales
Estado de Higiene bucal (Índice HO-G)	Buena	Regular	Mal
Riesgo de caries	BAJO	MODERADO	ALTO

INDICE DE HIGIENE BUCALE

Índice de Higiene Bucal Simplificado (Índice HO-G)	Placa blanda	Placa	Placa calcificada
	1.0-1.2	1.1-1.3	1.1-1.3
	2.3-2.5	2.1-2.3	2.1-2.3
	3.1-3.3	3.1-3.3	3.1-3.3
	4.1-4.3	4.1-4.3	4.1-4.3

INDICE DE PD Y PU

INDICE NDI

INDICE CPDOD (usado)

CARIES	PERDIDA	EXTRACCION	OTRAS	INDICE CPDOD

DIAGNOSTICO / CE-M: **EXBUCAL MULTIPLE**
OPCC (Pericoronaritis Inc-ano)
OPCC (Caries)
PLAN DE TRATAMIENTO: **1) Descentraliz. 2) OPCC. 3) Curación OJONCAT.**

TRATAMIENTOS REALIZADOS

FECHA	PROCEDIMIENTO Y/O TRATAMIENTO	PRÓXIMA CITA
18/11/15	OPCC	
30/11/15	(R-300) (OPCC) - Descentraliz.	

Dr. [Firma]

ANEXO N° 05

ACTA DE CONFORMIDAD.

Sra. TEC. SANITARIA. ROSALBINA HUAMAN TORRES
JEFA ENCARGADA DEL P.S SAÑOS CHICO

Yo, HUGO CESAR VELITA HUAMAN Identificado con DNI 20069234, domiciliado en Jr. Pedro Peralta No 476 ante Ud. Me presento respetuosamente y expongo.

Que habiendo culminado mi trabajo de recolección de datos en el Puesto de Salud de Saños Chico que usted dignamente lidera para la culminación de mi trabajo de Investigación (TESIS)

Presento a usted esta acta de conformidad del Bachiller HUGO CESAR VELITA HUAMAN para acreditar dicho acto, quedando muy agradecido a su persona y los integrantes de la institución que ud. Jefatura..

Huancayo, Febrero del 2016.

MINISTERIO DE SALUD
MICRO REGION EL TAMBORA
P.S. SAÑOS CHICO
Puesto de Salud
Saños Chico
ROSALBINA HUAMAN TORRES
JEFA DE PUESTO DE SALUD SAÑOS CHICO

Daniel De la Cruz Mendoza
DENTISTA
DANIEL DE LA CRUZ MENDOZA
C.B. PUESTO DE SALUD SAÑOS CHICO

ANEXO N° 06

Ficha de Validación de Instrumentos por Juicio de Expertos

La validez del instrumento se realizó mediante juicio de expertos profesionales entendidos en el área temática siendo la Mg: CD: Eveling Liz Llanco Taipe, a quien se le entrego el instrumento **Anexo N° 01**, matriz de consistencia, oficio **Anexo N° 06** y ficha para juicio de expertos **Anexo N° 07**. De igual forma al CD: Raúl Vladimir Aliaga Fernández. A quien se le entrego el instrumento **Anexo N° 01**, matriz de consistencia, **Anexo N° 08 y Anexo N° 09** y finalizando con el CD: Carlos Orihuela Mayorca. También se le entrego el instrumento **Anexo N°: 01**, matriz de consistencia, **Anexo N° 10 y Anexo N° 11**.

Todos los profesionales coincidieron favorablemente en el instrumento por lo tanto no fue necesario la prueba de estadísticas debido que es un instrumento confiable por los expertos, la confiabilidad del instrumento se dio mediante una prueba piloto teniendo resultados favorables.



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
E.A.P DE ESTOMATOLOGIA

Huancayo, 25 de octubre del 2016

OFICIO N° 001-VHHC-2016

Señor (a) Mg. C. D. Eveling Liz Llanco Taipe

Asunto: Validación de instrumentos por juicios de expertos.

De mi consideración.

Es grato dirigirme a usted para expresarle mi cordial saludo, seguidamente informarle que como parte del desarrollo de mi tesis para optar el título profesional de cirujano dentista: "PREVALENCIA DE PATOLOGIAS ODONTO-ESTOMATOLOGICAS MAS COMUNES EN PACIENTES DEL PUESTO DE SALUD DE SAÑOS CHICO, HUANCAYO NOVIEMBRE 2015-ENERO 2016", es necesario realizar la validación de los instrumentos de recolección de datos a través de juicios de expertos.

Para darle rigor científico a los instrumentos que adjunto, le solicito a usted su participación como juez, apelando a su trayectoria, reconocimiento y amplia experiencia en el campo de la investigación.

Agradeciendo por anticipado su participación en la presente me despido de usted expresándole mis sentimientos de consideración y estima personal.

Atentamente:


Hugo Cesar Velita Huamán
Bach. En Estomatología

Se adjunta:

Ficha de juicio de expertos
Instrumentos de recolección de datos
Matriz de consistencia

ANEXO N° 07

Ficha para el juicio de expertos:

Experto: Mg. C.D. Eveling Liz Llano Teije.

Cargo: Docente Universitario De La Universidad Alas Peruanas.

Instrucciones:

A continuación usted tienen columnas enumeradas por cuadros para evaluar cada una de las variables de la ficha de recolección de datos respectivamente en seis aspectos diferentes:

Marque en el espacio en blanco para cada variable con un check si no le encuentra ninguna objeción o una x si tiene que modificarse en ese aspecto la variable. La modificación que deba realizarse podrá ser detallada al final en el espacio de observaciones y sugerencias

N°	Preguntas	Patologías odontostomatológicas más comunes	Higiene Bucal	Edad	Sexo
1	¿Esta variable permitirá alcanzar el objetivo planteado en el estudio?	✓	✓	✓	✓
2	¿La variable está formulada en forma clara?	✓	✓	✓	✓
3	¿El orden de esta variable es el adecuado?	✓	✓	✓	✓
4	¿La redacción es entendible o coherente con el propósito del estudio?	✓	✓	✓	✓
5	¿Si, el contenido corresponde con el propósito del estudio?	✓	✓	✓	✓
6	¿El vocabulario de esta variable es el adecuado?	✓	✓	✓	✓

Observaciones y sugerencias:


 Mg. C.D. Eveling Liz Llano Teije
 C.D. 3008
 M.G.S.S.

ANEXO N° 08



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
E.A.P DE ESTOMATOLOGIA

Huancayo, 25 de octubre del 2016

OFICIO N° 001-VHHC-2016

Señor (a) Dr. Raúl Vladimir Aliaga Fernández

Asunto: Validación de instrumentos por juicios de expertos.

De mi consideración.

Es grato dirigirme a usted para expresarle mi cordial saludo, seguidamente informarle que como parte del desarrollo de mi tesis para optar el título profesional de cirujano dentista; "PREVALENCIA DE PATOLOGIAS ODONTO-ESTOMATOLOGICAS MAS COMUNES EN PACIENTES DEL PUESTO DE SALUD DE SAÑOS CHICO, HUANCAYO NOVIEMBRE 2015-ENERO 2016", es necesario realizar la validación de los instrumentos de recolección de datos a través de juicios de expertos.

Para darle rigor científico a los instrumentos que adjunto, le solicito a usted su participación como juez, apelando a su trayectoria, reconocimiento y amplia experiencia en el campo de la investigación.

Agradeciendo por anticipado su participación en la presente me despido de usted expresándole mis sentimientos de consideración y estima personal.

Atentamente:

Hugo Cesar Velita Huamán
Bach. En Estomatología

Se adjunta:

Ficha de juicio de expertos

Instrumentos de recolección de datos

Matriz de consistencia

ANEXO N° 09

Ficha para el juicio de expertos:

Experto: C.D. Paul Vladimir Alvaro Fernández
 Cargo: Docente Universidad del Pacífico

Instrucciones:

A continuación usted tienen columnas enumeradas por cuadros para evaluar cada una de las variables de la ficha de recolección de datos respectivamente en seis aspectos diferentes:

Marque en el espacio en blanco para cada variable con un check si no le encuentra ninguna objeción o una x si tiene que modificarse en ese aspecto la variable. La modificación que deba realizarse podrá ser detallada al final en el espacio de observaciones y sugerencias

N°	Preguntas	Patologías odontoestomatológicas más comunes	Higiene Bucal	Edad	Sexo
1	¿Esta variable permitiría alcanzar el objetivo planteado en el estudio?	✓	✓	✓	✓
2	¿La variable está formulada en forma clara?	✓	✓	✓	✓
3	¿El orden de esta variable es el adecuado?	✓	✓	✓	✓
4	¿La redacción es entendible o coherente con el propósito del estudio?	✓	✓	✓	✓
5	¿Si, el contenido corresponde con el propósito del estudio?	✓	✓	✓	✓
6	¿El vocabulario de esta variable es el adecuado?	✓	✓	✓	✓

Observaciones y sugerencias:


 Paul W. Alvaro Fernández
 CIRUJANO DENTISTA
 C.O.A 18499

ANEXO N° 10



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
E.A.P DE ESTOMATOLOGIA

Huancayo, 25 de octubre del 2016

OFICIO N° 001-VHHC-2016

Señor (a) C.D. Carlos Arhuda Mayorca

Asunto: Validación de instrumentos por juicios de expertos.

De mi consideración.

Es grato dirigirme a usted para expresarle mi cordial saludo, seguidamente informarle que como parte del desarrollo de mi tesis para optar el título profesional de cirujano dentista; "PREVALENCIA DE PATOLOGIAS ODONTO-ESTOMATOLOGICAS MAS COMUNES EN PACIENTES DEL PUESTO DE SALUD DE SAÑOS CHICO, HUANCAYO NOVIEMBRE 2015-ENERO 2016", es necesario realizar la validación de los instrumentos de recolección de datos a través de juicios de expertos.

Para darle rigor científico a los instrumentos que adjunto, le solicito a usted su participación como juez, apelando a su trayectoria, reconocimiento y amplia experiencia en el campo de la investigación.

Agradeciendo por anticipado su participación en la presente me despido de usted expresándole mis sentimientos de consideración y estima personal.

Atentamente:

Hugo Cesar Velita Huamán

Bach. En Estomatología

Se adjunta:

Ficha de juicio de expertos
Instrumentos de recolección de datos
Matriz de consistencia

ANEXO N° 11

Ficha para el juicio de expertos:

Experto: ESP. REHABILITACION ORAL

Cargo: DOCENTE UNIVERSIDAD ALOS PERUANAS.

Instrucciones:

A continuación usted tienen columnas enumeradas por cuadros para evaluar cada una de las variables de la ficha de recolección de datos respectivamente en seis aspectos diferentes:

Marque en el espacio en blanco para cada variable con un check si no le encuentra ninguna objeción o una x si tiene que modificarse en ese aspecto la variable. La modificación que deba realizarse podrá ser detallada al final en el espacio de observaciones y sugerencias

N°	Preguntas	Patologías odontoestomatológicas más comunes	Higiene Bucal	Edad	Sexo
1	¿Esta variable permitirá alcanzar el objetivo planteado en el estudio?	✓	✓	✓	✓
2	¿La variable está formulada en forma clara?	✓	✓	✓	✓
3	¿El orden de esta variable es el adecuado?	✓	✓	✓	✓
4	¿La redacción es entendible o coherente con el propósito del estudio?	✓	✓	✓	✓
5	¿Si, el contenido corresponde con el propósito del estudio?	✓	✓	✓	✓
6	¿El vocabulario de esta variable es el adecuado?	✓	✓	✓	✓

Observaciones y sugerencias:


 Carlos Orjuela Mayorca
 C.D. ESP.
 COP. 20022 - RNE. 1187

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	METODOLÓGICO
<p>Problema General ¿Cuál es la Prevalencia de Patologías Odonto-Estomatológicas más comunes en pacientes del Puesto de Salud de Saños Chico, Huancayo noviembre 2015-enero 2016?</p> <p>Problemas Específicos ¿Cuál es la Prevalencia de Patologías Odonto - Estomatológicas más comunes en pacientes del Puesto de Salud de Saños Chico, Huancayo noviembre 2015-enero 2016 según Higiene Bucal? ¿Cuál es la Prevalencia de patologías Odonto - Estomatológicas más comunes en pacientes del Puesto de Salud de Saños Chico, Huancayo noviembre 2015-enero 2016 según Edad y Sexo?</p>	<p>Objetivo General Identificar la prevalencia de patologías Odonto-Estomatológicas más comunes en pacientes del Puesto de Salud de Saños Chico, Huancayo noviembre 2015-enero 2016.</p> <p>Objetivos Específicos Evaluar la Prevalencia de Patologías Odonto - Estomatológicas más comunes en pacientes del Puesto de Salud de Saños Chico, Huancayo noviembre 2015-enero 2016 según Higiene Bucal. Evaluar la Prevalencia de patologías Odonto - Estomatológicas más comunes en pacientes del Puesto de Salud de Saños Chico, Huancayo noviembre 2015-enero 2016 según Edad y Sexo.</p>	<p>No existe hipótesis por ser un trabajo descriptivo.</p>	<p>Variable Principal Patologías odonto-estomatológicas más comunes</p> <p>Co-Variable Higiene Bucal</p> <p>Edad</p> <p>Sexo</p>	<p>Caries Caries y Gingivitis Caries, Gingivitis y Aftas Caries, Gingivitis y Periodontitis Caries y Aftas Ninguno</p> <p>Habitual: 3 veces a mas Ocasional: 1 a 2 veces Nunca : 0 veces</p> <p>01 a 11 años 12 a 17 años 18 a 29 años 30 a 59 años 60 a más años</p> <p>Masculino Femenino</p>	<p>Tipo de Estudio Descriptivo Correlativo Retrospectivo</p> <p>Población y Muestra La población corresponde a 181 pacientes que acudieron por una atención odontológica en el establecimiento de Salud de Saños Chico, Huancayo noviembre 2015-enero 2016. La muestra fue de 104 pacientes.</p> <p>Técnica Observación de historias clínicas. Ficha de recolección de datos.</p> <p>Plan de Análisis Análisis descriptivo Análisis inferencial Paquete estadístico</p>