



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

**“INCIDENCIAS DE LAS PATOLOGÍAS ORALES Y
ESTRUCTURALES DENTARIAS EN PACIENTES DE 6-10 AÑOS,
DEL CENTRO DE SALUD PUEBLO JOVEN ABANCAY, MAYO A
JULIO DE 2016.”**

BACHILLER: MILTON RIOS CHAVEZ

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE CIRUJANO DENTISTA

ABANCAY – PERÚ

2017

Dedicatoria

Dedicada a Dios y a mí querida madre
Q.E.P.D. Rosa Elizabeth Chávez Pinto
Porque gracias a su recuerdo y ejemplo
Que dejo en vida me enseña a ser mejor
Mejor cada día.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis Docentes por su aporte de manera profesional, que me ayuda como persona, a hacer mejor En esta etapa de mi vida

Agradezco a mi padre por su empeño y mutua atención en el desarrollo de mi vida y a mi familia que estuvo en los momentos más difíciles dándome moral a seguir adelante

RESUMEN

TITULO: INCIDENCIA DE LAS PATOLOGIAS ORALES Y ESTRUCTURALES DENTARIAS EN PACIENTES DE 6-10 AÑOS, DEL CENTRO DE SALUD PUEBLO JOVEN ABANCAY, MAYO A JULIO, 2016.

AUTOR: Milton Ríos Chávez

Lugar y Año: Abancay 2016

Resumen: El Objetivo del estudio fue conocer la incidencia de las Patología orales y estructurales dentarias más frecuentes en pacientes de 6 a 10 años, del Centro de Salud Pueblo Joven, Mayo a Julio, Abancay 2016. Metodología: fue un estudio descriptivo – transversal. La población muestral estuvo conformada por 73 pacientes de ambos sexos y de 6 a 10 años de edad, en la cual acudieron al servicio de odontología del centro de salud Pueblo Joven de Abancay. Se utilizó la ficha de recolección de datos preparada y diseñada para la recopilación y objetivos de estudios. Resultado: Fueron analizados mediante estadística descriptiva con análisis de porcentajes en la cual se obtuvo el 50.6% de pacientes presentando la patología estructural del tejido duro como: La fluorosis encontrando en su mayoría de pacientes patología provocada por trastornos e ingesta de cantidades elevadas de fluoruros durante la calcificación en los dientes permanentes en el centro de salud Pueblo Joven Abancay, mayo a julio, 2016 Conclusiones: La flúorosis es la patología estructural dentaria de mayor incidencia en pacientes de 6 a 10 años, del Centro de Salud de Pueblo Joven en la Ciudad de Abancay, Mayo a Julio de 2016, de tal manera se motiva al profesional capacitado, a campañas preventivas y control de los pacientes por el bien de su salud.

Palabra Clave: Patología Oral y estructural Dentaria.

ABSTRACT

TITLE: IMPACT OF STRUCTURAL PATHOLOGY ORAL AND DENTAL PATIENTS 6-10 years, HEALTH CENTER YOUNG PEOPLE ABANCAY, May to July, 2016.

AUTHOR: Milton Rios Chavez

Place and Year: Abancay 2016

Summary: The objective of the study was to determine the incidence of oral pathology and dental structure more frequent in patients 6 to 10 years, the Center for Young People's Health, May to July, Abancay 2016. **Methodology:** It was a descriptive - transversal. The sample population consisted of 73 patients of both sexes and from 6 to 10 years of age, where they attended the service dental health center shanty town of Abancay. the data collection sheet prepared and designed for the collection and objectives of studies was used. **Result:** They were analyzed using descriptive statistics analysis percentages in which 50.6% of patients was obtained presenting structural pathology of hard tissue such as: fluorosis finding mostly patients pathology caused by disorders and intake of high amounts of fluorides for calcification in permanent teeth in the health center Pueblo Young Abancay, May to July, 2016 **Conclusions:** fluorosis is the dental structural pathology of higher incidence in patients aged 6 to 10 years, the health center of Young People in the City Abancay, May to July, 2016. So are encouraged to trained professional, preventive campaigns and monitoring of patients for the sake of their health.

Keyword: Oral Pathology and structural Dent aria.

INDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCION	9
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	10
1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	11
1.2.1 Delimitación temporal	11
1.2.2 Delimitación geográfica	11
1.2.3 Delimitación social	11
1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	11
1.3.1 Problema principal	11
1.3.2 Problema secundario	12
1.4 OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN	12
1.4.1 Objetivo general	12
1.4.2 Objetivos específicos	12
1.5 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.	13
1.5.1 Hipótesis general	13
1.5.2 Hipótesis secundaria	13
1.6 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	13
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	15

2.2 BASES TEÓRICOS	21
2.2.1 Patología estructural	23
2.2.1.1 Patología de tejidos duros	23
A.-Hipoplasia de esmalte	23
B.-Fluorosis dental	24
C.-Amelogénesis imperfecta	24
D.-Dentinogénesis imperfecta hereditaria	25
E.-Caries dental	25
2.2.1.2 Patología del tejido blando	29
A.-Condrodisplasia ectodérmica	29
B.-Odontodisplasia	30
C.-Gingivitis	31
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	31
CAPITULO III: METODOLOGÍA	
3.1 TIPOS DE INVESTIGACIÓN	35
3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	35
3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN	35
3.3.1 Población	35
3.3.2 Muestra	35
3.4 VARIABLES, DIMENSIONES E INDICADORES	37
3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS	37
3.5.1 Técnicas	37
3.5.2 Instrumento	37

3.6 PROCEDIMIENTOS	37
CAPITULO IV: RESULTADOS	
4.1 RESULTADOS	38
4.2 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	56
CONCLUSIONES	57
RECOMENDACIONES	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
ANEXOS	61
INSTRUMENTO	61
MATRIZ DE CONSISTENCIA	62
OTROS	64

INTRODUCCIÓN

La patología bucal estudia la etiopatogenia, formas clínicas, cuadro histopatológico, conducta terapéutica y pronóstico de las enfermedades del complejo bucal, entendiéndose por tal ala boca propiamente dicha y los órganos y partes del sistema que inciden y participan en sus funciones y alteraciones

Una obra que agrupa el análisis y la síntesis de las características definitorias antes citadas de las principales enfermedades que afectan dicho complejo bucal. El hombre como ser social no solo está sometido leyes de la evolución histórica sino a los efectos, transformaciones, relaciones mutuas y agresiones del medio y naturaleza, que, según nos enseña la comprensión dialéctica, son cambiantes, por lo que originan situaciones nuevas de equilibrio que genera a su vez, nuevos conceptos de los procesos morbosos, con novedosas interpretaciones . Además, como resultados de estas relaciones, se descubren rasgos evolutivos antes desconocidos de las enfermedades. Así, pues, todo nuestro enfoque de las características de las enfermedades responderá a los objetivos que predica y enseña el materialismo dialectico, sin adoptar posiciones especulativas subjetivas en cuanto a la explicación de los mecanismos etiopatogenicos, y tratando por todos los medios a nuestro alcance de dar una sustentación a los hechos clínicos de las afecciones más incidentes.¹

Las enfermedades bucales más comunes en los niños se ubican en los tejidos duros y blandos; reportándose en el Perú una mayor prevalencia de caries dental (89%) gingivitis (85%) y úlceras (50%) y originando una masiva concurrencia a su atención e restauración ante esta deficiencia.¹

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD DEL PROBLEMA.

Las Patologías Orales estructurales dentarias son fallas que se originan durante el desarrollo embrionario del individuo e ingesta de productos altos en flúor que ocasionan modificaciones estructurales en los tejidos dentarios duros¹

En el grupo de alteraciones de los dientes que vamos a estudiar en el presente trabajo comprende las fallas durante el desarrollo embrionario que ocasionan modificaciones estructurales en las piezas dentarias. No todos los dientes sufren por igual estas alteraciones, los dientes permanentes son más afectados, quizás por su posición secundaria en la lámina dental. Para el cual el estudio de las anomalías de estructura dentaria se tendría en cuenta la intensidad de la alteración y el momento en el que actué.¹

Los estudios previos de ámbito internacional nos dan a conocer que los dientes son órganos duros que están situados en la cavidad bucal formados por cuatro tejidos bien diferenciados son:

Esmalte, dentina, cemento y pulpa los cuales desempeñan importantes funciones contribuyendo notablemente a la estética, la fonética y la masticación. El esmalte es un tejido duro de origen ectodérmico, altamente mineralizado, es sintetizado en el periodo de ontogénesis entre la sexta y la séptima semana de gestación, y continúa durante años después del nacimiento y desarrollo. Cualquier alteración durante la formación del esmalte genera cambios permanentes, “marcas”, debido a que las patologías estructurales tienen escasa capacidad reparativa. Los defectos de desarrollo del esmalte se define como alteraciones cuantitativas, clínicamente es visible en esmalte producto de alteraciones en la matriz de los tejidos duros y de su mineralización en la odontogénesis. Además del esmalte, su compromiso se

puede extender hasta la dentina, el cemento o ambos pueden localizarse en uno o varios dientes afectando la dentición temporal o permanente. Macroscópicamente estos defectos se clasifican según su estado de avance. ²

Las enfermedades bucales más comunes en los niños se ubican en los tejidos duros y blandos; reportándose en el Perú una mayor prevalencia de caries dental (89%) gingivitis (85%) y úlceras (50%) y originando una masiva concurrencia a su atención e restauración ante esta deficiencia ¹

Por razones antes expuestas, la investigación se propone conocer la Incidencia de las patologías orales y estructurales dentarias en pacientes de 6-10 años del Centro de Salud Pueblo Joven Abancay, mayo a julio, 2016.

1.2 Delimitación de la investigación.

1.2.1 Delimitación Temporal.

El estudio realizado es de Mayo a Julio de 2016.

1.2.2 Delimitación Geográfica.

La muestra fue Obtenida en el Centro de Salud de Pueblo Joven de la ciudad de Abancay departamento de Apurímac.

1.2.3 Delimitación Social.

La población muestra pacientes es de 6-10 años.

1.3 Formulación del Problema.

1.3.1 Problema principal.

¿Cuál es la incidencia de las patologías orales y estructurales dentarias en pacientes de 6-10 años, del Centro de salud Pueblo Joven Abancay, mayo a julio de 2016?

1.3.2 Problema secundarios.

¿ Cuáles son las incidencias patológicas orales y estructurales dentarias del Tejido duro más frecuentes tomando en cuenta el sexo y edad en pacientes de 6-10 años, del Centro de salud pueblo Joven Abancay, mayo a julio de 2016?

¿Cuáles son otras patológicas orales y su incidencia estructural dentaria del Tejido blando más frecuentes tomando en cuenta el sexo y edad en pacientes de 6-10 años, del Centro de salud Pueblo Joven Abancay, mayo a julio de 2016?

1.4 Objetivos de la Investigación.

1.4.1. Objetivo General.

Determinar la incidencia de las patologías orales y estructurales dentarias en pacientes de 6-10 años, del Centro de Salud Pueblo Joven Abancay, mayo a julio de 2016.

1.4.2. Objetivo Específicos.

Identificar las patologías orales y estructurales dentarias del tejido duro más frecuentes tomando en cuenta el sexo y la edad en pacientes de 6-10 años, del centro de salud pueblo Joven Abancay, mayo a julio de 2016.

Identificar las patologías orales y su incidencia estructural dentarias del tejido blando más frecuentes tomando en cuenta el sexo y edad en pacientes de 6-10 años, del centro de salud pueblo joven Abancay, mayo a julio de 2016.

1.5 Hipótesis de investigación.

1.5.1 Hipótesis General.

La fluorosis dental es el más incidente entre las patologías orales y estructurales dentarias en pacientes de 6-10 años, del Centro de Salud Pueblo Joven Abancay, mayo a julio de 2016.

1.5.2 Hipótesis Secundarias.

Las patologías orales y estructurales dentarias en su mayor incidencia del tejido duro son la Caries dental en pacientes del sexo femenino y entre edades 8-9 años del centro de salud de pueblo joven Abancay, mayo a julio de 2016.

Las patologías orales y estructurales dentarias en su mayor incidencia del tejido blando son la gingivitis en pacientes del sexo masculino y entre edades de 8 - 9 años. Del Centro Salud, Pueblo Joven de Abancay, mayo a julio de 2016.

1.6 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.

El presente trabajo de investigación sobre la incidencia de las patologías orales y estructurales dentarias en pacientes de 6-10 años, del centro de salud Pueblo Joven Abancay, mayo a julio 2016. Ayudará a reflexionar tanto al personal a tener conocimiento necesario para diferenciar y evitar complicaciones con este tipo de enfermedades Patológicas, personal que laboran en estas institución y como también a la población de forma didáctica para que puedan tener conocimiento. Ya que en la actualidad se viene reportando constantemente este tipo de casos en dicho centro. Se podría reforzar a brindar atención, tratamientos, charlas y campañas de forma

preventiva para así tener la seguridad de que el público pueda tener confianza y certeza de ser bien atendido en dicho centro de salud.

- > **Relevancia Social:** Su trascendencia para la sociedad es de ayudar a la población Apurimeña Abanquina a mejorar su estado de salud bucal y darle mejor calidad de vida.
- > **Conveniencia:** Es que todo paciente que ingrese al centro de salud pueda tener conocimiento y mejore su calidad de salud bucal brindando la información necesaria al paciente y la población.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN:

Lucía Pedroso Ramos. Especialista de II grado en Estomatología General Integral. Máster en Atención de Urgencias Estomatológicas, Anomalías Estructurales del esmalte y afectaciones estéticas en escolares de 6-17 años de, Cojímar Habana del Este, Cuba 2014. Arribo los siguientes resultados: Las anomalías de esmalte representan a más de la tercera parte de la población, con similitud entre los grupos de edades y ambos sexos, la más común fue la opacidad demarcada, los incisivos y la superficie vestibular resultaron ser los más afectados, lo que establece una relación táctica con la afectación estética. Se realizó un estudio descriptivo transversal en el período septiembre 2013 - junio 2014. El universo lo constituyó 1285 niños de 6 a 17 años, ambos sexos, que cursan estudios en la enseñanza primaria, secundarias y pre universitaria del área de salud de Cojímar, municipio La Habana del Este, considerando afectado aquellos que tenían al menos un diente permanente con anomalía estructural del esmalte, se utilizó como medida resumen el porcentaje y como prueba estadística el Ji cuadrado de Pearson. Los resultados se presentaron en tablas. Resultados. La prevalencia de anomalías del esmalte fue de 39,8 %, la opacidad demarcada predominó con el 56,9 %, el grupo incisivo resultó más afectado 36,1 %, la superficie vestibular con el 31,4 % mostró mayores cifras en todos los grupos dentarios, y el 74,8 % de los niños consideró tener afectación estética.²

Joselyn Madrid García, C.D.M.O. Alma Luz San Martín Lope C.D. German m. Zarate Morales es. Prevalencia de hipoplasia del esmalte dental en niños de 7 a 10 años de la escuela primaria Benito Juárez García de la ciudad de Poza Rica, México 2011, Una vez que concluyó el estudio y la interpretación de datos, la escuela primaria "Benito Juárez García" obtuvo una población de 133(100%) alumnos de los cuales 71 (56%) pertenecía al género masculino y 62 (46%) al género femenino en base a ello se realizó el estudio. En cuanto a

la distribución por edad hubo 26 alumnos de 7 años (20%), 44 alumnos de 8 años (33%) siendo esta la mayor edad que constituyo la población, 33 alumnos de 9 años (25%) y 30 alumnos de 10 años (22%), conformando el 100% de la población explorada. De este total se encontró que 19 alumnos (14%) están sanos y el resto 114 alumnos presentaban hipoplasia (86%). Del resultado obtenido se determinó cual era el género más afectado por la hipoplasia y se obtuvo el resultado de que hubo una similitud en cuanto al número de niños y niñas afectados, hubo 56 niños afectados y 54 niñas afectadas. De acuerdo con lo estudiado se obtuvo que el primer molar permanente maxilar y mandibular con el 66% es el más afectado que los incisivos centrales superiores con el 33%, de las piezas revisadas. Aunque no se menciona gráficamente también hubo hipoplasia en piezas como premolares e incisivos inferiores pero en escasa prevalencia. Y por último se indica que la mayor prevalencia de edad se presenta en alumnos de 8 años de edad con el 35% seguida de la edad de 9 23% con el 10 22% años obtuvo el y por último la más baja de 7 años con el 20%.³

C.D. Illiana Hidalgo-Gato Fuentes Dr. Félix Mayor Hernández Dra. Johany Duque de Estrada River Dr. Javier Domingo Zamora Díaz /Flúorosis dental no solo un problema estético. / 2007/ Santa Rita y San Rafael, Pueblo Nuevo, Matanzas Cuba

Se llegó que la flúorosis es una enfermedad que no solo afecta las estructuras dentarias, por lo que es necesario aplicar de modo adecuado los métodos preventivos anti cario génicos que utilizan el ión flúor para llevarlos a cabo. Es necesario profundizar en las causas y mecanismos que conducen a la flurosos dental, para establecer el tratamiento adecuado en cada caso.⁴

Oscar Francisco Rodríguez Argueta. "Prevalencia de Anomalías del desarrollo en la Estructura Dentaria e Hipoplasias de Esmalte en niños con dentición mixta, comprendidos entre cinco y trece años en los municipios de San Miguel Petapa Guatemala, Santa Catarina Pinula Y Villa Canales del Departamento de Guatemala" / 2005/ Su interpretación hace muy dificultoso

debido a los factores ambientales, socioeconómico, cultural, étnico así como hábitos e higiene de la población estudio. Las anomalías del desarrollo en los municipios de Guatemala, San Miguel Petapa, Santa Catarina Pinula Y Villa Canales fue de 15.33% No existe diferencia significativa en cuanto a que géneros fue el mayor afectado. La Hipoplasia de Turner fue la anomalía más frecuente con 10.83% seguida de Amilogénesis Imperfecta 3.66% Dentiogenesis imperfecta 0.67%, e hipoplasia sifilítica 0.17%. La dentición más afectada fue la mixta con 37.03%, el rango de edad en el que se encontró mayor cantidad de anomalías del desarrollo fue de 8 a 10 años con 46.74%. Las piezas mayormente afectadas fueron los incisivos superiores con un 82.4% siendo los más afectados las piezas 7, 9 y 8 respectivamente La prevalencia de anomalías del desarrollo en el departamento de Guatemala fue de 14.92% siendo la Hipoplasia de Turner la más frecuente con 10.90% seguido por Amilogénesis imperfecta con 3.13%, Dentiogenesis imperfecta con 0.54% e Hipoplasia sifilica con 0.46%.⁵

Jesús Robles Pérez. "Estudio y Prevalencia de los Defectos de Desarrollo del Esmalte en Población Infantil Granadina." 2010

Granada se concluyó los Defectos de Desarrollo del Esmalte son más frecuentes en el sexo masculino, en el nivel socio-económico medio-bajo y en la edad de 8 años. La caries rampante está relacionada con la presencia de DDE en el escolar. Los antecedentes familiares de DDE influyen en la aparición de DDE en el escolar. El hecho de que el escolar recibiera medicación se relaciona con la presentación de DDE. En dentición temporal el mayor porcentaje de DDE lo presenta los incisivos centrales superiores, seguido de los segundos molares superiores. En dentición permanente son también los incisivos centrales superior, seguidos de los segundo molares superiores. En dentición permanente son también los incisivos centrales superiores los que presentan mayor prevalencia de DDE, seguidos de los primeros molares permanentes.⁶

ANTECEDENTES NACIONALES:

Jessica Edith Vega Delgado “Prevalencia de anomalías dentales en radiografías panorámicas de pacientes atendidos en un centro de diagnóstico, Por imágenes de la ciudad de Chiclayo, 2012 -2013”. / Chiclayo-Perú. / Se concluyó el 65.7%. La prevalencia de anomalías dentales según tamaño fue de 3%, con respecto al número 23 %, con respecto a forma 8%, con respecto a erupción 56% y de estructura no se halló ninguna. La prevalencia de anomalías dentales según sexo fue más frecuente en mujeres con un 55.6% que en hombres. La prevalencia de anomalías dentales según edad fue más frecuente en el grupo de 12 a 18 años con un porcentaje de 47%.⁷

C.D. Especialista en Patología, Medicina Oral y Maxilofacial, Rafael Morales Vadillo “Alteraciones Estructurales de los Dientes.” /2010/ Facultad de Odontología Universidad San Martín de Porres. Lima-Perú El propósito de este artículo de revisión es tener conceptos y criterios de clasificación actualizados en las clínicas, radiográficas e histológicas detallados de las características clínicas, tratamientos más adecuados. Estas alteraciones descritas son: hipoplasia de esmalte, amilogénesis imperfecta, dentinogénesis imperfecta, displacia de la dentina y odontodisplasia regional.⁸

Dra. Pilar Mezzet Solar, Dr. José del Carmen Sara. Dr. Luis Suarez Ognio, Dr. Luis E. Podesto Gavilano “Prevalencia Nacional de caries dental, fluorosis del esmalte y urgencias de tratamiento en escolares de 6 a 8, 10,12 y 15 años, Perú 2001-2002.”/Perú/2002

Se llegó que la prevalencia de caries dental a nivel nacional fue 90,4%; valor elevado entre los países de América Latina. Los departamentos con mayores prevalencias fueron Ayacucho (99,9%), (98,8%) y Huancavelica (98,3%). Según tipo de dentición, la prevalencia a nivel nacional de caries dental en piezas temporales fue 60,5% y para las piezas permanentes 60,6%. La prevalencia de caries dental según edad varió entre 87,2% a 91,4%) y en el área urbana (90,6%), fue mayor que en el área rural (88,7%). El índice de

caries dental, según el promedio de piezas cariadas, perdidas y obturadas en dentición temporal y permanente (ceo-d/CPO-D) de los escolares de 6 a 8, 10, 12 Y 15 años, fue elevado (5,84), con respecto al índice ceo-d de piezas temporales (3,50) y de piezas permanentes (índice CPO-O: 2,34). Según la contribución de componentes, el número promedio de piezas dentarias temporales y permanentes con caries dental sin tratamiento fue 5,1, perdidas 0,37 y obturadas 0,38. Los departamentos con mayores valores de ceo-di CPO-D fueron Ayacucho (9,3), Huancavelica (7,6), Ica (7,6), Cajamarca (7,0) Junín (7,0) y Pasco (6,7). El promedio de piezas cariadas, perdidas y obturadas en dentición permanente a la edad de 12 años (CPOO-12), fue 3,67, que ubica al país en la etapa de crecimiento, según los criterios de clasificación de OPS/OMS. Los departamentos con mayores índices de CPOO-12 fueron Ayacucho (6.98), Ica (5,33), Amazonas (5,01) y Puno (4,27) .La prevalencia de fluorosis del esmalte en la muestra estudiada, fue 10,1%. Los departamentos con mayores prevalencias fueron: Ancash (60,5%), Junín (37,2%), Amazonas (30,1%) Y Huánuco (26,7%). Las edades con mayor prevalencia de fluorosis del esmalte fueron las de siete (13,8%) y ocho años (15,9%). El área rural presentó mayor frecuencia de fluorosis del esmalte (12,1%) que el área urbana (9,9%). Prevalencia de caries dental, fluorosis del esmalte y urgencia de tratamiento en escolares, Perú /DGE/ MINSAL 45

Ministerio de Salud el grado de severidad de fluorosis del esmalte más frecuente fue el grado "muy leve" (7,5%), con respecto a los grados "leve" (1,6%), "moderado" (0,81%) y "severo" (0,2%). El índice "comunitario de fluorosis del esmalte (ICF), según la clasificación de Dean a nivel nacional, fue de 0,30, cuyo valor no representa un problema de salud pública.

Los departamentos con índices más elevados fueron Ancash (0,97), Ayacucho (0,72), Huánuco (0,58) y Junín (0,57), los que estarían considerados como problema de salud pública, respecto a la fluorosis del esmalte. La necesidad de tratamiento más frecuente fue la de "mayor urgencia" 34,4%. Los departamentos con "mayor urgencia" de tratamiento, fueron Cuzco (51,4%), Moquegua (50,8%), Huancavelica (49,4%) y Junín (49,1%). El área rural presentó "mayor urgencia" de tratamiento (35,6%).⁹

Olazabal Villaorduña Ingrid Wendy “Prevalencia de Fluorosis dental en escolares de 6-12 años radicados en el distrito de Uco Provincia de Huari Ancash.”/ Lima – Perú/2004./ Se encontró la presencia de fluorosis dental en el distrito de Uco, provincia de huari- departamento de Ancash por el alto contenido de flúor en sus aguas de consumo. El índice comunitario de flúorosis fue acrecentándose si se consideran los grupos etareos de mayor edad. El género masculino fue el más afectado presentando una población con fluorosis distribuidas en sus diferentes categorías. La población escolar de 8 años es la más afectada. No se encontró obturaciones ni piezas perdidas débiles al poco acceso a los servicios básicos de salud por parte de esta población.¹⁰

Liliana Flores Gonzales. “Prevalencia de hipoplasia del esmalte y características sociodemográficas en niños de 6 a 12 años de edad de dos distritos de diferente desarrollo socioeconómico de Lima, 1997.”/Lima-Perú/1998./ Se concluyó la prevalencia de hipoplasia del esmalte encontrada en el C.E.E. Enrique Milla Ochoa fue mayor que la del C.E.P. Recoleta, 8.25% y 5.13% respectivamente, no se encontró diferencias estadísticamente significativa. Se encontró mayor prevalencia de hipoplasia del esmalte en el grupo etáreo de 6 a 8 años en ambos colegios, existiendo diferencias estadísticas significativas solo en el C.E.E. Enrique Milla Ochoa. Al comparar la presencia de hipoplasia del esmalte de ambos sexos, se encontró mayor prevalencia de hipoplasia en el sexo femenino (4.75%) que en el masculino en el C.E.E. Enrique Milla Ochoa mientras que en el C.E.P. Recoleta la prevalencia de hipoplasia en ambos sexos fue la misma. Las diferencias encontradas en ambos colegios no fueron estadísticamente significativas. Con respecto al estado socioeconómico no aceptado (8%) mientras que en el C.E.P. Recoleta se encontró mayor prevalencia de hipoplasia del esmalte en el estado socioeconómico no aceptable (8%) mientras que en el C.E.P. Recoleta se encontró mayor prevalencia de hipoplasia en el estado socio económico aceptable (3.53%), las diferencias encontradas en ambos colegios fueron estadísticos significativos.¹¹

2.2. BASES TEÓRICAS.

Durante el proceso de formación del germen dental pueden suceder cambios que modifiquen la normal formación de las piezas dental. Los agentes que modifican el desarrollo normal de los dientes pueden ser ambientales o hereditarios; pueden alterar solo el esmalte, solo la dentina o todos los tejidos dentarios. Se hacen una breve descripción de estas alteraciones que afectan las estructuras de los dientes, basados en la clínica, radiográfica e histológica.⁸

Las enfermedades buco dentales como caries dental, periodontitis y el cáncer de boca y faringe son problemas de salud de alcance mundial que afecta a los países industrializados y con mayor frecuencia de países en desarrollo, entre ellos las comunidades más pobres. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cinco mil millones de personas en el mundo tiene. Estas enfermedades buco dentales, en términos de dolor, deterioro funcional y disminución de la calidad de vida, son considerables y costosas. Se estima que el tratamiento representa entre 5% y 10% del gasto sanitario de los países industrializados, por encima de los recursos de muchos países en desarrollo. La caries dental es la enfermedad más común entre los niños de América Latina, afecta aproximadamente entre el 60 a 90% de los niños en edad escolar El reporte sobre salud oral de los Estados Unidos (General's Oral Health in América) señaló que la salud oral es parte integrante de la salud general; investigaciones recientes establecen la relación entre las infecciones orales crónicas y las enfermedades cardíacas y pulmonares, el derrame cerebral y los nacimientos prematuros. La caries dental es una enfermedad infecciosa, progresiva, se inicia con áreas de desmineralización provocada por ácidos metabólicos bacterianos, clínicamente se manifiesta por "manchas blancas"; en sus estadios más severos, se presentan cavitaciones en esmalte y dentina, con las consecuencias de inflamación y dolor pulpar. El flúor constituye uno de los elementos químicos más ampliamente estudiados, en relación con los efectos beneficiosos, en la prevención y control de la caries dental; que ejerce un efecto positivo cuando es administrado en forma sistémica o tópica. A partir de

los años 80' se evidenció una reducción en la prevalencia de caries dental, tanto en los. La cantidad de ingestión diaria de flúor, normalmente aceptada, para prevenir la caries dental y fluorosis del esmalte, es de 0,05 a 0,07 mg. de F/Kg de masa corporal. El fluoruro en concentraciones más altas que los niveles recomendados altera los mecanismos de mineralización, durante la formación dentaria llevando a la hipocalcificación del esmalte, denominada fluorosis del esmalte, caracterizado por lesiones blancas y opacas de bordes indefinidos. En sus formas más severas, el esmalte adquiere coloraciones de marrón a gris por pigmentación exógena, o presenta cavitaciones por pérdidas estructurales, debido a las fuerzas masticatorias. La fluorosis ocurre durante la amelogénesis, la edad de riesgo para fluorosis en la dentición permanente es de 11 meses a 7 años de edad países desarrollados como en los de vía en desarrollo. Sin embargo, algunos estudios han demostrado un incremento en la prevalencia de la fluorosis del esmalte, como consecuencia de la utilización indiscriminada e inadecuada de las diferentes formas de fluoruro en el agua de consumo, algunos alimentos industrializados como leche en polvo, jugos y comidas de bebés preparados con agua de alto contenido de flúor, uso inadecuado de suplementos fluorurados o multivitaminas fluoruradas, ingestión inadvertida de dentífricos fluorurados durante el cepillado o aplicación tópica de fluoruros y utilización temprana .

La OMS reportó datos de salud oral de los países, con respecto al índice CPOD en niños de 12 años, entre los que destacamos: Argentina 3,2 y 3,4 (1980-87); Bolivia 7,6 y 4,7 (1981-95); Brasil 6,7 y 2,8 (1986- 2002); Chile 6,0 y 3,4 (1989-99); Colombia 7,5 y 2,3 (1973-98); Cuba 6,0 y 1,4 (1973-98); Ecuador 4,9 y 3,9 (1988-96); Guatemala 8,1 Y 5,2 (1987-2002); México 4,4 Y 2,0 (1989-2001); Paraguay 5,9 y 3,8 (1983-99); Uruguay 4,1 Y 2,5 (1992-99), Venezuela 3,6 y 2,1(1986-97); Estados Unidos 2,6 y 1,75 (1980-2002) Y Perú 7,0 y 2,9 (1990-1996) En 1996 el Ministerio de Salud del Perú, reportó a nivel regional y subregional el índice promedio CPOD de 4,95. ⁹

2.2.1. PATOLOGÍA ESTRUCTURALES DENTARIAS.

Los trastornos en la formación de la matriz son difíciles de diferenciar de las alteraciones y de las calcificaciones consecutivas, porque son motivados por causas comunes. Para el estudio de las anomalías de la estructura dentaria, se tendrá en la intensidad de la alteración y el momento en que actué se diferenciara en tres tipos de trastornos:

- Los que afectan a los dientes en una determinada etapa de su desarrollo y los dañan en la misma zona
- Las alteraciones que afectan los dientes aislados.
- Los trastornos hereditarios que afectan la formación del esmalte y la dentina.¹

2.2.1.1. PATOLOGÍA DE TEJIDOS DUROS:

A.- Hipoplasia de esmalte: La Hipoplasia de esmalte es la alteración constitucional del esmalte y consecuencias de la dentina.

Etiopatogenia. Como causa de esta alteración se cita los trastornos que afectan al metabolismo y por lo tanto, la formación normal del diente, sobre todo el esmalte, tales como enfermedades febriles, deficiencias nutricionales, trastornos endocrinos, discrasias sanguíneas y sustancias tóxicas.

Características clínicas: Las alteraciones de hipoplasia varían desde manchas opacas hasta estrías o bandas profundas que provocan la discontinuidad de la superficie del esmalte. El tamaño de estas estrías depende de la duración del efecto nocivo al metabolismo. Se sabe que la calcificación intrauterina de la corona dentaria es hasta la mitad; si en este periodo hay una injuria capaz de afectar la calcificación, tendrá lugar a una estría en el esmalte llamado línea neonatal. Cuando el defecto se presenta en un diente aislado se le da el nombre de diente de Turner, que parece deberse a una causa local.¹

B.- Fluorosis dental: La fluorosis (FD), conocida también como esmalte moteado, es un trastorno de la calcificación de esmalte causado por un agente externo

Etiopatogenia. Esta alteración es provocada por la ingestión de cantidades elevadas de fluoruros durante la calcificación de los dientes permanentes: sobre todo en las aguas, la concentración de flúor no debe pasar de una parte por millón (1/m), pero esto depende del clima y de la zona geográfica.

Características clínicas: Las envergaduras de la hipocalcificación, que depende de la cantidad de las sustancias ingeridas, varía desde puntos de hipocalcificación hasta la afección de la corona dentaria completa. Los dientes tienen aspectos, tiene aspecto calizo o bien están manchados con pigmentos exógenos, y su color oscila entre amarillo y caramelo.¹

C.- Amelogénesis imperfecta: La amelogenesis es una alteración hereditaria del desarrollo del esmalte, que afecta tanto los dientes temporales con los permanentes.

Etiopatogenia: Se desconoce la causa que provoca la AI, pero la herencia, tiene gran importancia, transmitiéndose como factor hereditario dominante, no ligado al sexo.

Características clínicas: Amelogenesis Imperfecta se manifiesta como hipocalcificación o hipoplasia, lo que depende del tiempo de interferencia que hay habido en la formación del esmalte. Si el trastorno afecta en la 1era etapa, habrá deficiencias en cantidad de matriz adamantina formada y resultara una hipoplasia del esmalte, en que el diente aparece con tamaño y color normal, sin pigmentación aparente pero presenta hipersensibilidad en los cambios térmicos o una rápida abrasión o pérdida de esmalte. Si el daño ocurre a partir de la 2da Etapa, cuando la matriz está formado, se originara una hipocalcificación del esmalte: en ella, el diente tiene forma y tamaño normales, pero la calidad del esmalte es mala, se tiñe fácilmente y se fractura dejando expuesta la dentina: este hecho reactiva los odontoblastos de la pulpa, que comienzan a producir dentina, lo que origina obliteración de la cámara pulpar.¹

D.-DENTINOGENESIS IMPERFECTA HEREDITARIA: La dentinogénesis imperfecta hereditaria, conocida también como dentina opalescente hereditario, es una enfermedad que se presenta desde la temprana infancia, y que sigue un patrón hereditario en que hay formación de dentina anormal.

Etiopatogenia: La Dentinogenesis Imperfecta hereditaria es un trastorno hereditario que se trasmite con carácter dominante, surge por la alteración en la porción mesodérmica del germen dentario, es decir, en la papila dentaria. Puede presentar formando parte del síndrome de osteogénesis imperfecta.

Características clínicas: La dentinogénesis imperfecta hereditaria tanto si se presenta en los dientes solo o formando parte del síndrome de osteogénesis imperfecta tiene las mismas características bucales.

Los dientes poseen color entre carmelita azulado y ámbar opalescente, que es la característica más llamativa; seguidamente se manifiesta el desprendimiento de porciones de esmalte, aunque este sea de buena calidad. Los dientes no tienen hipersensibilidad y el test de vitalidad puede ser negativo.

Aspecto radiográfico: Hay considerable reducción de la cámara pulpar y disminución de la densidad de la dentina; las raíces son pequeñas y en ocasiones, muestran radiolucidez periapical

Anatomía patológica: Tanto el tamaño como el ordenamiento de los túbulos dentinarios están alterados, mostrando mayor irregularidad en la cerámica de la pulpa, donde la dentina es prácticamente tubular con pérdida del número de fibras.¹

E.- CARIES DENTAL: La caries dental es una de las enfermedades infecciosas de mayor prevalencia en el hombre y aunque algunos estudios en la pasada década han indicado su reducción en algunos países del mundo, esta enfermedad continúa manteniéndose como uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, los modelos que se centraron en aspectos estrictamente biológicos han sido cambiados por modelos más amplios y que distinguen su carácter dinámico.

Etiología: Como toda enfermedad multifactorial, la búsqueda de la humanidad respecto a los agentes que ocasionan la caries dental, viene demandando un periodo muy extenso que aún no ha terminado. A través del tiempo se han propuesto diversas teorías acerca de la etiología de la caries, las bacterias orales producen ácidos al fermentar los carbohidratos de la dieta y que tales ácidos disuelven el esmalte ocasionando su deterioro. Más adelante fueron añadidos otros factores, como la edad y el tiempo, y que demuestran que la aparición de la caries dental no depende de manera exclusiva de los llamados factores etiológicos primarios, sino que la generación de la enfermedad requiere de la intervención adicional de otros concurrentes llamados factores etiológicos moduladores, los cuales contribuyen e influyen decisivamente en el surgimiento y evolución de las lesiones cariosas.

a.- Microorganismos: La cavidad oral contiene una de las más variadas y concentradas poblaciones microbianas del organismo. Como se mencionó anteriormente, su papel esencial en la etiología de la caries fue establecido por MILLER en 1890; sumándose la caracterización de las bacterias señaladas como las principales. La formación del *biofilm* o *biopelícula* dental engloba pues el resultado de una serie de complejos procesos que inician con la formación de la película adquirida, la cual es un depósito de proteínas provenientes de la saliva y del fluido que forman una biopelícula delgada, amorfa y adyacente a la superficie del esmalte debido a un fenómeno de adsorción. Luego, los colonizadores primarios pueden retenerse cerca de la superficie dentaria a través de interacciones físico-químicas no específicas entre las moléculas cargadas provenientes de las células bacterianas. En la adhesión de las bacterias participan sus componentes (adhesinas, puentes de calcio y magnesio) y componentes del huésped (ligandos, polisacáridos extracelulares), que unen los microorganismos a la película salival de forma irreversible. Según MARSH y NYVAD (2003), estas dos primeras fases ocurren durante las primeras cuatro horas. El biofilm como una capa confluyente y madura se da por el crecimiento y reproducción de estos colonizadores bacterianos, modificando las condiciones medio ambientales locales y haciendo el lugar un medio

favorable para la colonización de especies anaerobias, esta última etapa demanda entre 4 a 24 horas.

Los recuentos de *S. mutans* se consideran buenos marcadores de la enfermedad aunque no necesariamente representan el agente etiológico.

b.- Dieta: Se considera a la dieta uno de los factores más importantes de la caries dental, debido a que los nutrientes son indispensables para el metabolismo de los microorganismos provienen de los alimentos. Entre ellos, los carbohidratos fermentables son considerados los principales responsables de la aparición y desarrollo de la caries; en especial la sacarosa, ya que se difunde fácilmente a través de la placa bacteriana y favorece tanto su adhesividad como la colonización de los microorganismos orales, lo que le permite fijarse mejor a la superficie dentaria.

c.- Huésped: Para que la lesión cariosa se desarrolle o se produzca requiere de la presencia de un hospedero susceptible. La saliva es uno de los factores ligados al huésped, ya que cumple un rol protector mediante la dilución y lavado de los azúcares de la dieta, la provisión de iones para el proceso de remineralización y la neutralización y amortiguación de los ácidos de la placa dental. También los dientes pueden presentar ciertas particularidades que favorecen el desarrollo de las lesiones cariosas. La permeabilidad del esmalte, su composición y estructura pueden determinar la resistencia al avance de estas lesiones. La proclividad de ciertos dientes varían de acuerdo a la morfología dentaria, a su capacidad de acumular placa (relacionada con factores tales como alineación de los dientes, anatomía y textura de la superficie), o por la disposición irregular de la materia orgánica y anomalías de constitución en la estructura de los dientes (tales como amelogénesis o dentinogénesis imperfecta, hipoplasias del esmalte y fluorosis) que favorecen la predisposición a desarrollar lesiones cariosas.

Epidemiología: Existen firmes evidencias de que tanto la prevalencia como la incidencia de caries dental en niños han disminuido en muchos países del mundo respecto a décadas anteriores. Estos cambios ocurridos en los países desarrollados han sido atribuidos principalmente a mejoras en las condiciones y

estilos de vida, al uso efectivo de los servicios de salud oral, a la implementación de intervenciones basadas en comunidad o centros educativos, a la adopción de prácticas regulares de auto-cuidado y al uso de dentífricos fluorados. En contraste, en países en vías de desarrollo aún se observan altos niveles de caries dental, especialmente en países donde las intervenciones comunitarias de tipo promocional o preventivo no han sido firmemente establecidas. En el Perú, el 84% de los niños presentan caries dental a los 12 años de edad, con un promedio de 3,1 dientes permanentes con experiencia de caries dental. Se reconoce además que el componente cariado explica la mayor parte de la experiencia de caries dental. Estas cifras colocan al Perú entre los países latinoamericanos con mayores niveles de la enfermedad.

Valoración del riesgo de caries dental: El riesgo de caries dental puede ser evaluado por el análisis y la integración de varios factores causales. Los factores de riesgo no actúan aisladamente, sino en conjunto interrelacionadamente, por lo que con frecuencia fortalecen en gran medida su nocivo efecto para la salud. La evaluación de un factor de riesgo será científicamente aceptable si se considera no sólo sus efectos directos y aislados, sino también sus efectos conjuntos con otras variables de interés. Para FEJERSKOV, una de las principales implicaciones de los nuevos paradigmas respecto a los factores implicados en el proceso de la caries dental, consiste en reconocer que siempre existe la posibilidad de desarrollar la enfermedad y por tanto el riesgo de caries dental nunca es cero. Ante los cambios en la tendencia de la enfermedad, surge la preocupación por encontrar la forma más adecuada de distinguir entre quienes son más susceptibles a desarrollar la enfermedad, o son menos capaces de controlarla, para orientar en ellos los mayores esfuerzos de prevención y control de la enfermedad. Vigilar la salud dental e identificar tempranamente a los pacientes en alto riesgo de caries dental es de suma importancia para el individuo, el equipo dental y para la sociedad; la ganancia puede ser expresada tanto en términos de salud oral y economía. Por lo tanto, se puede entender la valoración del riesgo como el uso del conocimiento de los factores asociados con enfermedades dentales para

determinar cuáles pacientes son más o menos susceptibles con el fin de prevenir o controlar su enfermedad. Hace falta mayor investigación sobre la efectividad y el costo beneficio de los enfoques aplicados a las poblaciones, aunque ya se reportan beneficios de programas que se basan en la identificación y clasificación de los participantes en grupos de riesgo, para aplicar medidas preventivas y de control, evaluado tanto en términos económicos como de la efectividad clínica. Sin embargo, desde el punto de vista de la atención individual, no cabe duda de que se hace necesario identificar todos aquellos factores que pueden modificar el equilibrio. DOUGLAS afirma que el plan de tratamiento se debe basar en los resultados combinados de la valoración del riesgo y del diagnóstico completo de la enfermedad; de esta manera, se incrementa la probabilidad de que las decisiones terapéuticas y de manejo del paciente sean óptimas, bajo las circunstancias particulares de cada paciente.¹²

2.2.1.2. PATOLOGÍA DE TEJIDOS BLANDOS:

A.- Condrodisplasia ectodérmica: La condrodisplasia ectodérmica o síndrome de Ellis Van Creveld, es una entidad muy rara, caracterizada por condrodisplasia de los huesos largos, polidactilia, displasia ectodérmica hidrótica (que involucran uñas, pelo y dientes) y alteraciones cardíacas congénitas.

Etiopatogenia: Es una enfermedad hereditaria que se trasmite con carácter autosómica recesivo.

Características clínicas: Alteraciones condroesqueléticas; las extremidades son cortas; hay polidactilia bilateral y el dedo mayor de los pies están separados anormalmente de los demás. Alteraciones cardíacas, estas son inespecíficas y causa la muerte en 25% de los recién nacidos que presentan este síndrome. Alteraciones ectodérmicas: son semejantes a las observadas en la displasia ectodérmica, encontrándose el pelo fino y escaso y distrofia de las uñas, que son finas, hipoplásticas y cóncavas.

Manifestaciones bucales: Las características bucales que individualiza a la enfermedad es la presencia de grandes bridas e inserciones que borran el

surco vestibular, haciendo parecer el labio hipoplástico. Hay anodoncia parcial, sobre todo en el tercio anterior; en esta región el reborde alveolar es irregular. Los dientes presentes son pequeños, conoides y de erupción retardada.¹

B.- Odontodisplasia: La odontodisplasia es una lesión infrecuente, que se manifiesta como un trastorno localizado del desarrollo dentario, por lo que se clasifica dentro de las alteraciones de los procesos calcificativos de los tejidos dentales.

Etiopatogenia: Su etiología no ha sido precisada todavía, invocándose: desequilibrios metabólicos, radiaciones, traumatismo, hiperpirexias durante procesos de enfermedades infantiles y factores genéticos.

Características clínicas: Se presenta por igual en ambos sexos, e invariablemente, en la dentición permanente y en los dientes anteriores, aunque en muchos pacientes se afectan los premolares. Se han informado sujetos con molares superiores e incisivos mandibulares; cuando los dientes afectados han brotado se observan diferentes grados de modificaciones anatómicas coronarias, entre las que se destaca el cambio de color debido a la insuficiente calcificación adamantina. Estos dientes son fácilmente fracturables y altamente susceptibles a las caries; en algunos pacientes, los dientes brotan y mantienen los rasgos anatómicos, aunque son de menor tamaño. La encía circundante se encuentra agrandada y eritematosa; los dientes no afectados son normales en cronologías de erupción, calcificación y desarrollo.

Aspectos radiográficos: Se distinguen típicamente, imágenes de pobre o de ninguna calcificación, dibujándose las siluetas de los dientes: la cavidad pulpar se encuentra anormalmente agrandada. A este conjunto y características del aspecto radiográfico – prácticamente patognomónico-, los autores anglosajones han dado, gráficamente, el nombre de imágenes fantasmas.

anatomía patológica: Microscópicamente, los cortes histológicos muestran una notable descalcificación de los tejidos duros, el esmalte se encuentra distorsionado; la dentina pobremente organizada, tiene aspecto displásico y en la zona adyacente a la pulpa toma la característica del tipo inter globular.¹

C.- Gingivitis: Mientras más tiempo permanezcan la placa y el sarro sobre los dientes, más daño pueden hacer. Las bacterias causan una inflamación de las encías que se llama “gingivitis”. Si una persona tiene gingivitis, las encías se enrojecen, se inflaman y sangran fácilmente. La gingivitis es una forma leve de enfermedad de las encías que, por lo general, puede curarse con el cepillado y el uso de la seda dental a diario, además de una limpieza periódica por un dentista o higienista dental. Esta forma de enfermedad periodontal no ocasiona pérdida del hueso ni del tejido que sostiene los dientes.

Etiopatogenia: La boca está llena de bacterias. Estas bacterias, junto con las mucosidades y otras partículas, están constantemente formando una “placa” pegajosa e incolora que se deposita sobre los dientes. El cepillado y el uso de la seda dental ayudan a eliminar esta placa. Cuando la placa no se elimina se endurece y forma unos depósitos llamados “sarro” o “tártaro”, que el simple cepillado no puede remover. Solamente una limpieza profesional hecha por un dentista o higienista dental puede eliminar el sarro ¹³

Los síntomas de la enfermedad:

- Mal aliento constante
- Encías rojas o inflamadas
- Encías muy sensibles o que sangrantes
- Dolor al masticar
- Dientes flojos
- Dientes sensibles
- Encías retraídas o dientes que se ven más largos de lo normal. ¹³

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.

- > **Estructura:** Los dientes están formados a partir de tres sustancias duras: el esmalte está formado en 96 % de compuestos inorgánicos cuyos elementos principales son el calcio, el fósforo, el carbonato, el magnesio y el sodio, así como agua y compuestos orgánicos, la dentina está formada en aproximadamente un 70 % por componentes inorgánicos en un 20 % por material orgánico y agua. La dentina la forman los odontoblastos, cuyas

células se encuentran en el borde de la pulpa dentaria. Y el cemento cubre la superficie de la raíz, pareciéndose en su estructura al hueso humano. El cemento lo crean los cementoblastos y está compuesto en un 65 % por elementos inorgánicos, principalmente calcio y fosfato y una sustancia blanda (pulpa dentaria).

- > **General's Oral Health in America:** Unión de cirujanos e informe general de la salud oral en América

- > **OMS:** Organización Mundial de Salud.

- > **CPOD:** Fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson durante un estudio del estado dental y la necesidad de tratamiento de niños 1935. Se ha convertido en el índice fundamental de los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de la sumatoria de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados.

- > **Línea neonatal:** es un grupo particular de líneas de crecimiento incrementales vistas en secciones histológica de un diente de leche. Pertenece a una serie de unas líneas de crecimiento en el esmalte del diente conocido como Striae de Retzius. La línea neonatal es más oscura y más grande que el resto del striae de Retzius. Es causado por el nacimiento de cambios fisiológico diferente y es usado para identificar la formación del esmalte antes y después del nacimiento. En la odontología forense, la línea neonatal puede ser usada para distinguir asuntos tal como si un niño murió antes o después del nacimiento y aproximadamente cuanto un niño vivió después del nacimiento.

- > **Labio hipoplásico:** Es el nombre que recibe el desarrollo incompleto o detenido de un órgano o parte de este. Aunque el término no es usado siempre con precisión, se refiere exactamente al número de células inadecuado o por debajo de lo normal.

- > **Presencia de grandes bridas:** Se conoce como brida a una banda de tejido fibroso que produce adherencias entre dos o más estructuras que normalmente no están adheridas entre sí. Pueden generarse posterior a una cirugía abdominal como resultado de cicatrización anómala por procesos inflamatorios. Las bridas pueden estar presentes por años sin producir sintomatología.
- > **Anodoncia:** Ausencia de un número de dientes.
- > **Estría dental:** Es una variante más profunda que el surco.
- > **Displasia ectodérmica hidrótica:** (DEH) es un trastorno genético del desarrollo del ectodermo caracterizado por la malformación de estructuras ectodérmicas (piel, pelo, dientes y glándulas sudoríparas).
- > **Condrodisplasia de los huesos largos:** Deformidad de los huesos largos de forma arqueada.
- > **Ellis Van Creveld:** Es un trastorno congénito poco frecuente que afecta el crecimiento de los huesos.
- > **Diente de Turner:** Son una forma común de hipoplasia focal o localizada del esmalte, que surgen a consecuencia de una infección o traumatismos durante el desarrollo dentario. Lo más frecuente es cuando un diente temporal desarrolla un absceso apical, que lesiona al diente sucesor permanente.
- > **Alteraciones condroesqueléticas:** Es un tumor benigno compuesto por el cartílago hialino maduro. Muy comúnmente, los condromas se localizan centralmente en el hueso se presentan con las alteraciones cardíacas son inespecíficas y causan la muerte en el 25 % de los recién nacidos.

- > **Polidactilia:** Es un trastorno genético donde un humano nace con más dedos en la mano o en el pie de los que le corresponde. A estos dedos se les llaman “dedos extra” o “dedos supernumerarios.

- > **Displásico:** hace referencia a una anormalidad en el aspecto de las células debido a alteraciones en el proceso de maduración de las mismas. Es una lesión celular caracterizada por una modificación irreversible del ADN que causa la alteración de la morfología y/o de la función celular.

- > **Proclividad:** Tendencia o inclinación que tiene una persona hacia algo, en especial negativa.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA:

3.1. TIPOS DE INVESTIGACIÓN.

Se realizó un estudio Cuantitativo.

3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

Descriptivo explicativo; porque describimos y especificamos situaciones de la población por los fenómenos y acontecimientos que presenta.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN:

3.3.1. POBLACIÓN.

La población estuvo conformada por 73 pacientes que fueron atendidos en el centro de salud de Pueblo Joven de Abancay.

3.3.2. MUESTRA

El método para determinar el tamaño de la muestra fue mediante la fórmula estadística que presentamos a continuación y la selección de la muestra fue probabilística y estratificada.

Fórmula:

$$n = \frac{k^2 * p * q * N}{(e^2 * (N - 1)) + k^2 * p * q}$$

Donde:

N: 73 es el tamaño de la población o universo (número total de posibles encuestados).

k: 1.65 el índice para el nivel de confianza que asignamos.

e: 10% nivel de confianza.

p: 0.55 es la proporción de individuos que poseen esa característica.

q: 0.45 es la proporción de individuos que no poseen esa característica, es decir, es 1-p.

n: X es el tamaño de la muestra (número de encuestas que vamos a hacer).

Desarrollando:

Tamaño de la población	N	73
Proporción casos a favor	p	0.5
	q	0.5
Nivel de significancia: del 1% al 10%		0.04
Valor Z de distri. Normal	Z	-1.76
Error de muestreo: del 0.01 al 0.08	E	0.05

Tamaño de muestra $n = \frac{70.53}{0.96} = 73.00$

Tamaño de muestra : 73

3.4. VARIABLES DIMENSIONES E INDICADORES

- Patología estructural Dentaria.

VARAIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
Patología Oral y Estructural Dentaria	Patologías de Tejidos Duros	-Hipoplasia de esmalte
		-Fluorosis imperfecta
		-Amelogénesis imperfecta
	Patologías de Tejidos Blandos	-Dentinogénesis imperfecta H.
		-Caries
		-Condrodisplasia ectodérmica
		- Odontodisplasia
- Gingivitis		

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

3.5.1. TÉCNICAS

- Observacional

3.5.2. INSTRUMENTOS

- Equipo de exploración
- Encuesta
- Fotografía
- Odontograma

3.6. PROCEDIMIENTOS:

El presente trabajo se realizó con la toma de muestra de los pacientes de forma observacional mediante una ficha técnica desarrollado a previo estudio, ejecutándola en el centro de Salud de pueblo joven.

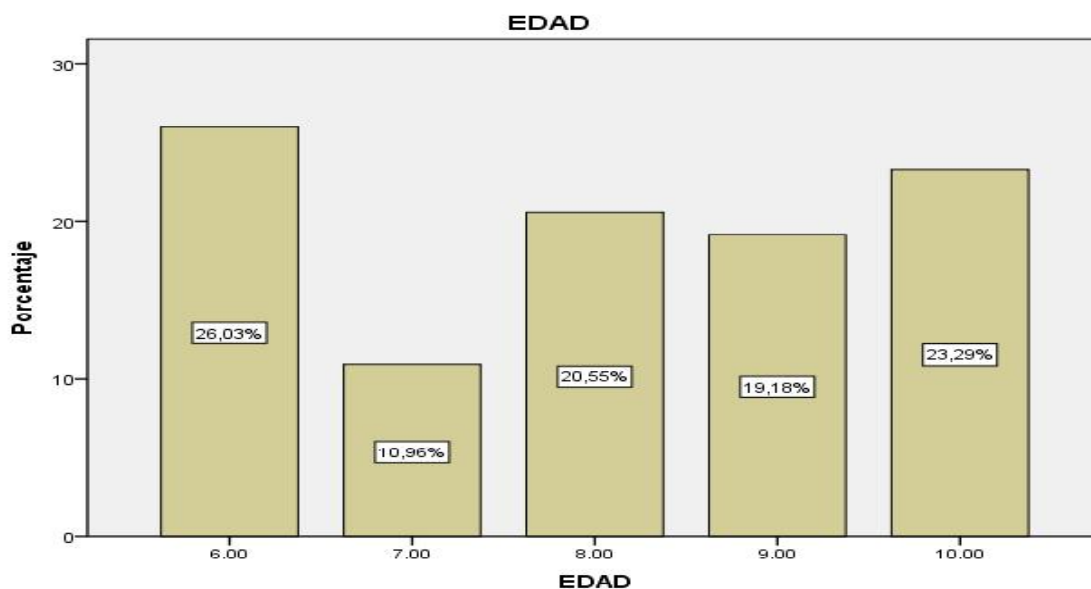
CAPÍTULO IV

4.1. RESULTADOS:

TABLA N°1: PACIENTES CON EDADES MAS FRECUENTES DE 6 A 10 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD PUEBLO JOVEN ABANCAY, MAYO A JULIO DE 2016

		EDAD			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	6,00	19	26,0	26,0	26,0
	7,00	8	11,0	11,0	37,0
	8,00	15	20,5	20,5	57,5
	9,00	14	19,2	19,2	76,7
	10,00	17	23,3	23,3	100,0
	Total	73	100,0	100,0	

GRÁFICO N° 1.



En la tabla y barra se observa que el 26.03% de los pacientes atendidos en el Centro de salud de Pueblo Joven son de 6 años, seguido 10.96% de los pacientes atendidos son de 7 años, seguido de 20.55% de pacientes son de 8 años, seguido de 19.18% de los pacientes son 9 años, seguido 23.29% de los pacientes atendidos son de 10 años.

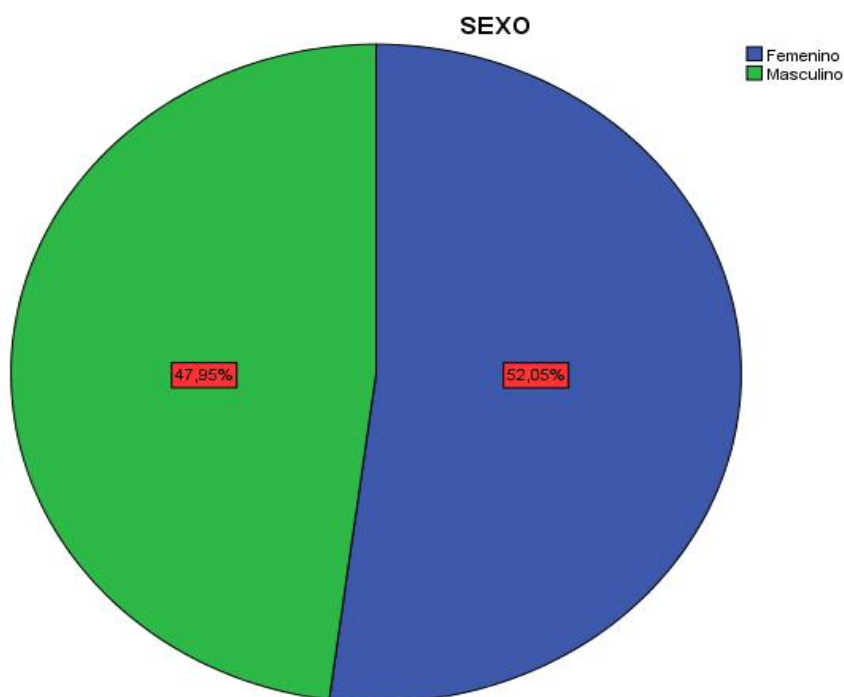
TABLA N°2: PACIENTES DE SEXO MAS PREDOMINANTE DEL CENTRO DE SALUD DE PUEBLO JOVEN ABANCAY, MAYO A JULIO DE 2016

Frecuencias

SEXO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Femenino	38	52,05	52,1	52,1
	Masculino	35	47,95	47,9	100,0
	Total	73	100,0	100,0	

GRÁFICO N°2.



En la tabla y figura se observa que el 52.05 % de los pacientes son de sexo femenino, seguido del 47.95% de los pacientes son de sexo masculino.

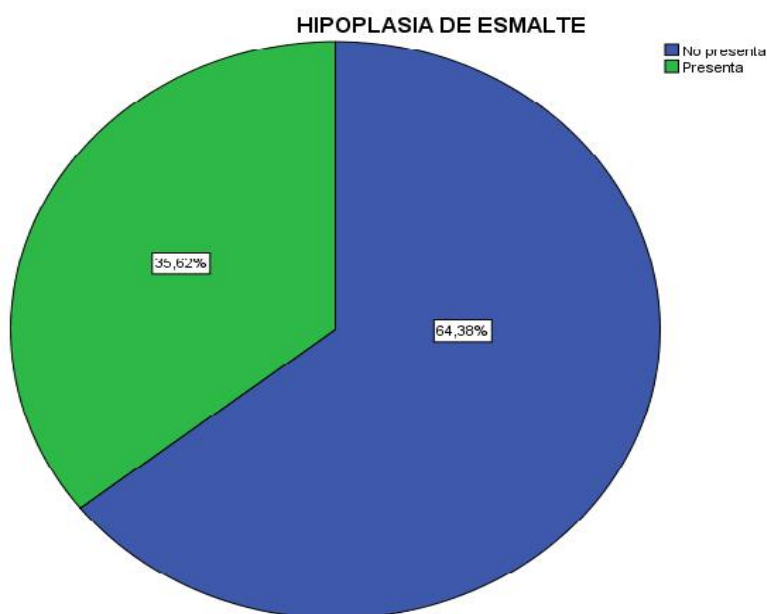
TABLA N° 3: PACIENTES CON MENOR INCIDENCIA DE HIPOPLASIA DE ESMALTE EN EL CENTRO DE SALUD DE PUEBLO JOVEN ABANCAY, MAYO A JULIO DE 2016

Frecuencias

HIPOPLASIA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No presenta	47	64,4	64,4	64,4
	Presenta	26	35,6	35,6	100,0
	Total	73	100,0	100,0	

GRÁFICO N°3.



En la tabla y figura se observa que el 64.38 % de los pacientes no presenta hipoplasia de esmalte, seguido del 35.62% de los pacientes presenta hipoplasia de esmalte.

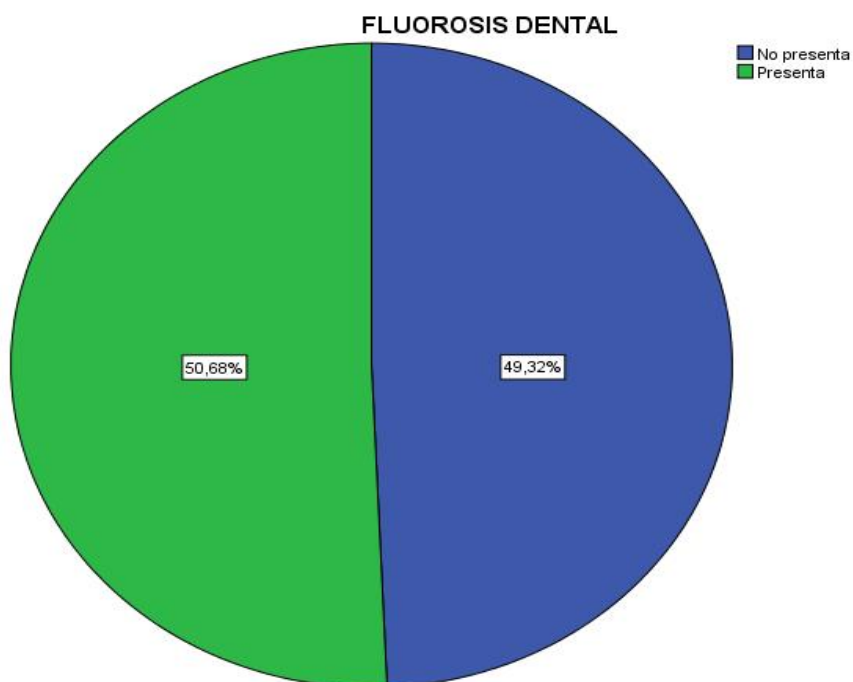
TABLA N°4: PACIENTES QUE PRESENTAN FLUOROSIS DENTAL EN EL CENTRO DE SALUD DE PUEBLO JOVEN, ABANCAY, MAYO A JULIO DE 2016

Frecuencias

FLUOROSIS DENTAL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
No presenta	36	49,3	49,3	49,3
Presenta	37	50,6	50,6	100,0
Total	73	100,0	100,0	

GRÁFICO N°4.



En la tabla y figura se observa que el 50.68 % de los pacientes no presenta fluorosis dental, seguido del 49.32 % de los pacientes no presenta fluorosis dental.

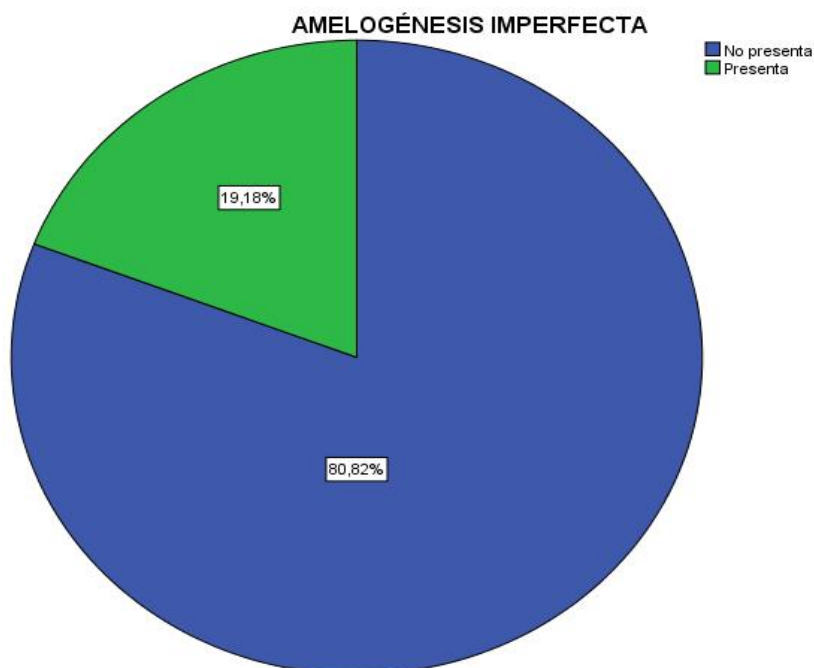
TABLA N° 5: PACIENTES QUE NO PRESENTAN AMELOGENESIS IMPERFECTA EN EL CENTRO DE SALUD DE PUEBLO JOVEN, ABANCAY, MAYO A JULIO DE 2016.

Frecuencias

AMELOGENESIS IMPERFECTA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No presenta	59	80,8	80,8	80,8
Presenta	14	19,2	19,2	100,0
Total	73	100,0	100,0	

GRÁFICO N°5.



En la tabla y barra se observa que el 80.82 % de los pacientes no presenta amelogenesis imperfecta, seguido del 19.18% de los pacientes presenta amelogenesis imperfecta.

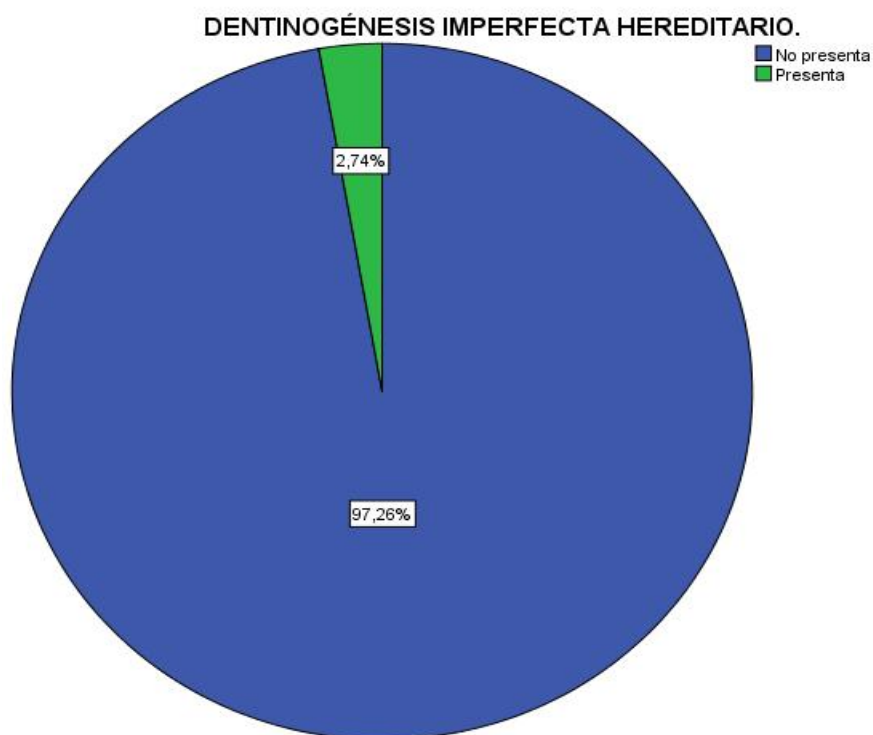
TABLA N°6: PACIENTES QUE NO PRESENTAN DENTINOGENESIS IMPERFECTA HEREDITARIA, EN EL CENTRO DE SALUD DE PUEBLO JOVEN, ABANCAY, MAYO A JULIO DE 2016.

Frecuencias

DENTINOGENESIS IMPERFECTA H.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No presenta	71	97,3	97,3	97,3
	Presenta	2	2,7	2,7	100,0
	Total	73	100,0	100,0	

GRÁFICO N°6.



En la tabla y gráfico se observa que el 97.26 % de los pacientes no presenta dentinogénesis imperfecta, seguido del 2.740% de los pacientes presenta dentinogénesis imperfecta.

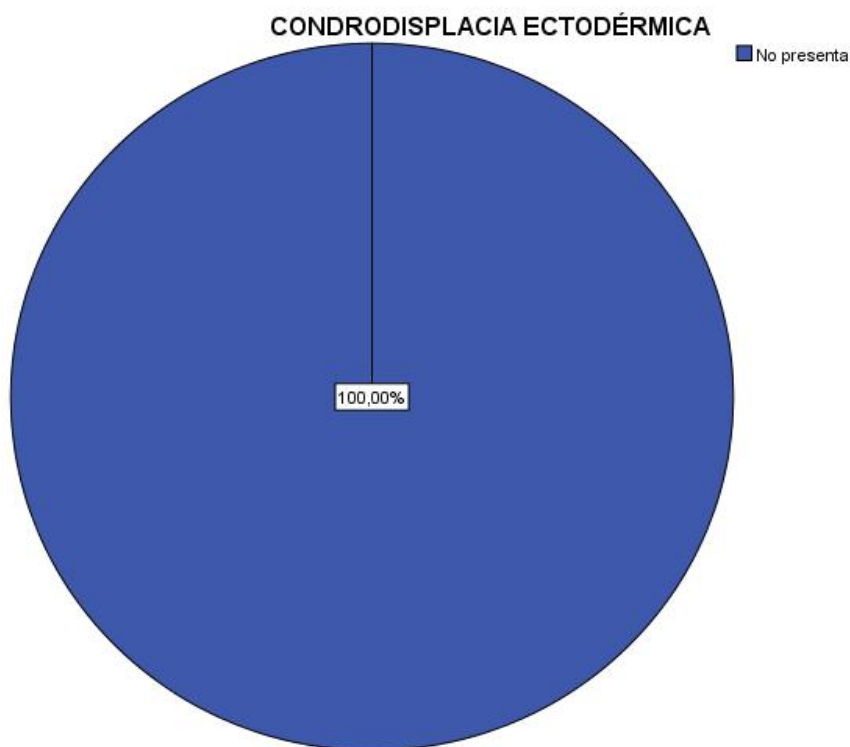
TABLA N°7: PACIENTES QUE NO PRESENTAN CONDRODISPLACIA ECTODÉRMICA, EN EL CENTRO DE SALUD DE PUEBLO JOVEN, ABANCAY, MAYO A JULIO DE 2016.

Frecuencias

CONDRODISPLACIA ECTODÉRMICA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No presenta	73	100,0	100,0	100,0

GRÁFICO N°7.



En la tabla y gráfico se observa que el 100% de los pacientes no presenta condrodisplasia.

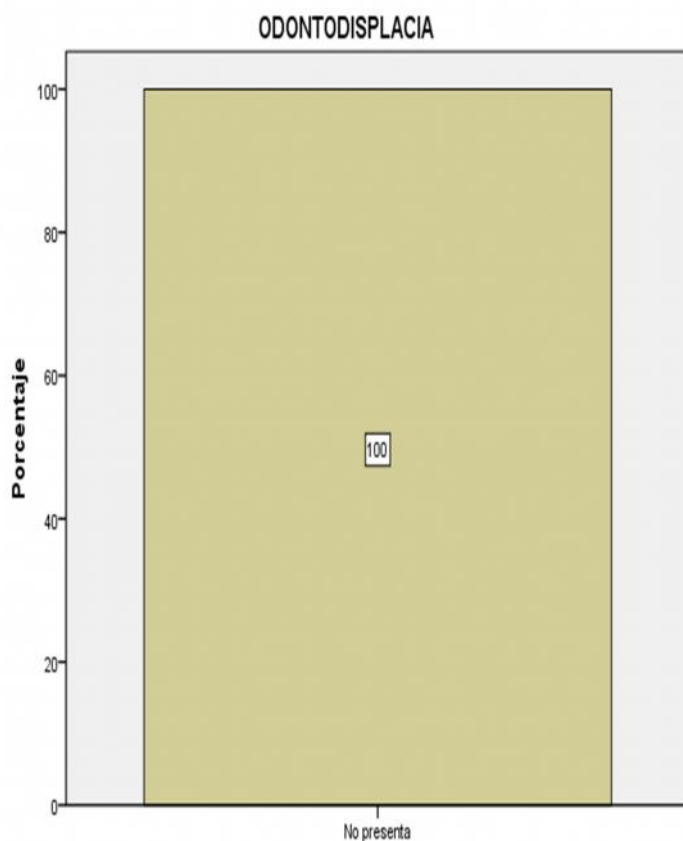
TABLA N° 8: PACIENTES QUE NO PRESENTAN ODONTODISPLACIA, EN EL CENTRO DE SALUD DE PUEBLO JOVEN, ABANCAY DE MAYO A JULIO DE 2016.

Frecuencias

ODONTODISPLACIA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No presenta	73	100,0	100,0	100,0

GRÁFICO N° 8.



En la tabla y figura se observa que el 100% de los pacientes no presenta odontodisplasia.

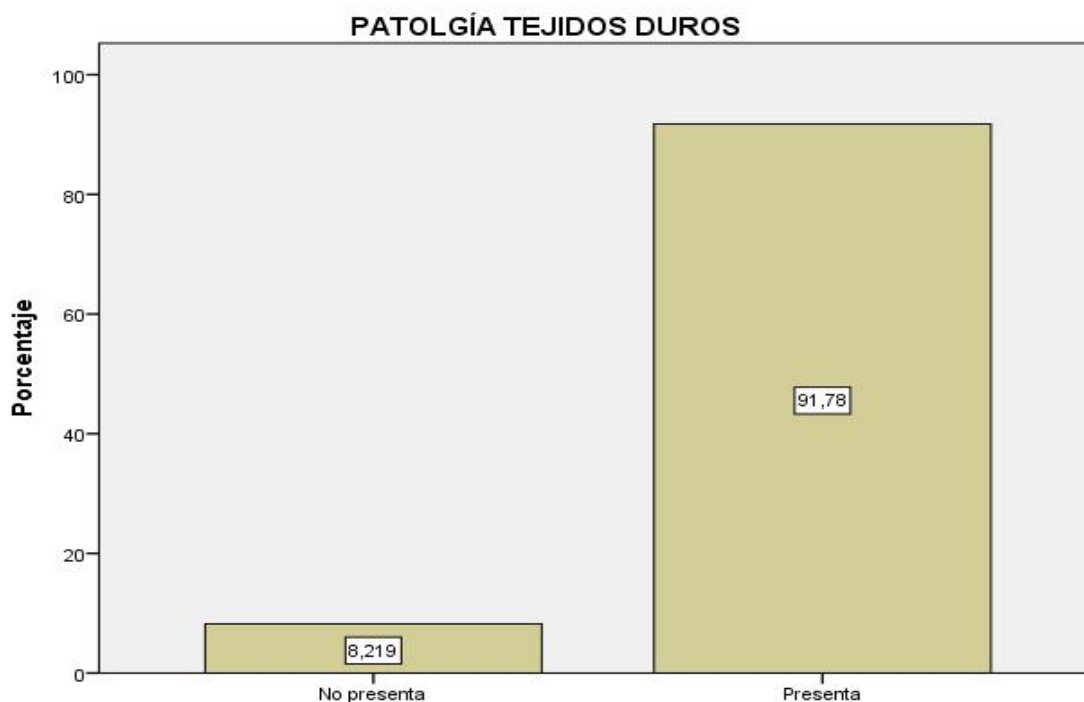
TABLA N° 9: PACIENTES QUE PRESENTAN OTRAS PATOLOGÍA EN TEJIDOS DUROS, COMO CARIES EN EL CENTRO DE SALUD DE PUEBLO JOVEN, ABANCAY DE MAYO A JULIO DE 2016.

Frecuencias

PATOLGÍA TEJIDOS DUROS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No presenta	6	8,2	8,2	8,2
Presenta	67	91,8	91,8	100,0
Total	73	100,0	100,0	

GRÁFICO N°9.



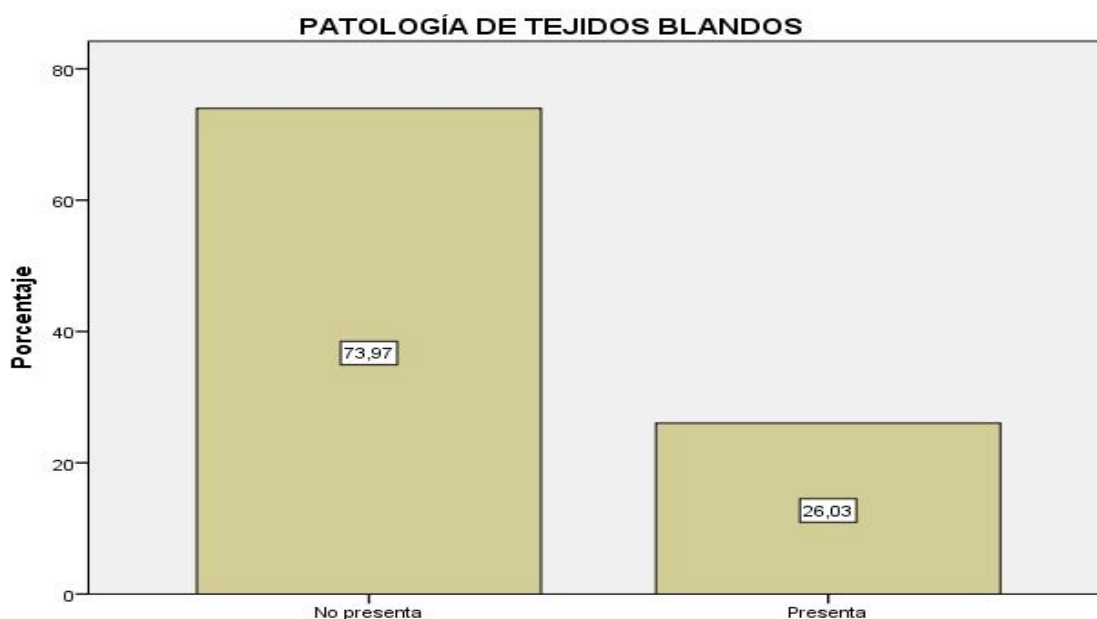
En la tabla y barra se observa que el 8.219 % de los pacientes no presenta patología en tejido duro, seguido del 91.78 % de los pacientes presenta patologías en tejidos duros.

TABLA N° 10: PACIENTES QUE PRESENTAN OTRAS PATOLOGÍA EN TEJIDOS BLANDOS, COMO GINGIVITIS EN EL CENTRO DE SALUD DE PUEBLO JOVEN, ABANCAY, MAYO A JULIO DE 2016.

PATOLOGÍA DE TEJIDOS BLANDOS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No presenta	54	74,0	74,0	74,0
Presenta	19	26,0	26,0	100,0
Total	73	100,0	100,0	

GRÁFICO N° 10.



En la tabla y barra se observa que el 73.97 % de los pacientes no presenta patología en tejidos blandos, seguido del 26.03 % de los pacientes presenta patologías en tejidos blandos.

TABLA N° 11.

Pacientes según patologías estructural de tejidos duros, por sexo en el centro de salud de Pueblo Joven Abancay, Mayo a Julio del 2016

		SEXO					
		Femenino		Masculino		Total	
		Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
HIPOPLASIA DE ESMALTE	No presenta	26	35.6	21	28.8	47	64.4
	Presenta	12	16.4	14	19.2	26	35.6
FLUROSIS DENTAL	No presenta	15	20.5	21	28.8	36	49.3
	Presenta	23	31.5	14	19.2	37	50.7
AMELOGÉNESIS IMPERFECTA	No presenta	30	41.1	29	39.7	59	80.8
	Presenta	8	11.0	6	8.2	14	19.2
DENTINOGENESIS IMPERFECTA H.	No presenta	37	50.7	34	46.6	71	97.3
	Presenta	1	1.4	1	1.4	2	2.7

En la tabla se observa que un 35.6% de pacientes no presenta hipoplasia de esmalte en el sexo femenino, seguido de un 28.8% de pacientes no presenta Hipoplasia de esmalte en el sexo masculino, seguido de 19.2% presenta hipoplasia de esmalte en el sexo masculino, seguido de un 16.4% presenta hipoplasia de esmalte en el sexo femenino. Seguido de un 28.8% de pacientes no presenta fluorosis dental de sexo masculino, seguido de un 20.5% de pacientes no presenta fluorosis dental de sexo femenino, seguido de un 31.5% de pacientes presenta fluorosis dental de sexo femenino, seguido de un 19.2% presenta fluorosis dental de sexo masculino. Seguido de un 41.1% de pacientes no presenta amelogenesis imperfecta de sexo femenino, seguido de un 39.7% de pacientes no presenta amelogenesis imperfecta de sexo masculino, seguido de un 11.0% de pacientes presenta amelogenesis imperfecta de sexo femenino, seguido de un 8.2% de pacientes presenta amelogenesis imperfecta de sexo masculino. Seguido de un 50.7% de

pacientes no presenta dentinogénesis imperfecta de sexo femenino, seguido de un 46.6% de pacientes no presenta dentinogénesis imperfecta de sexo masculino, seguido de un 1.4% de pacientes presenta dentinogénesis imperfecta de sexo femenino, seguido de un 1.4% de pacientes presenta dentinogénesis imperfecta de sexo masculino.

GRÁFICO N°11.

Porcentaje de pacientes según patologías estructural por sexo en el Centro de Salud de Pueblo Joven, Abancay, mayo a julio, 2016

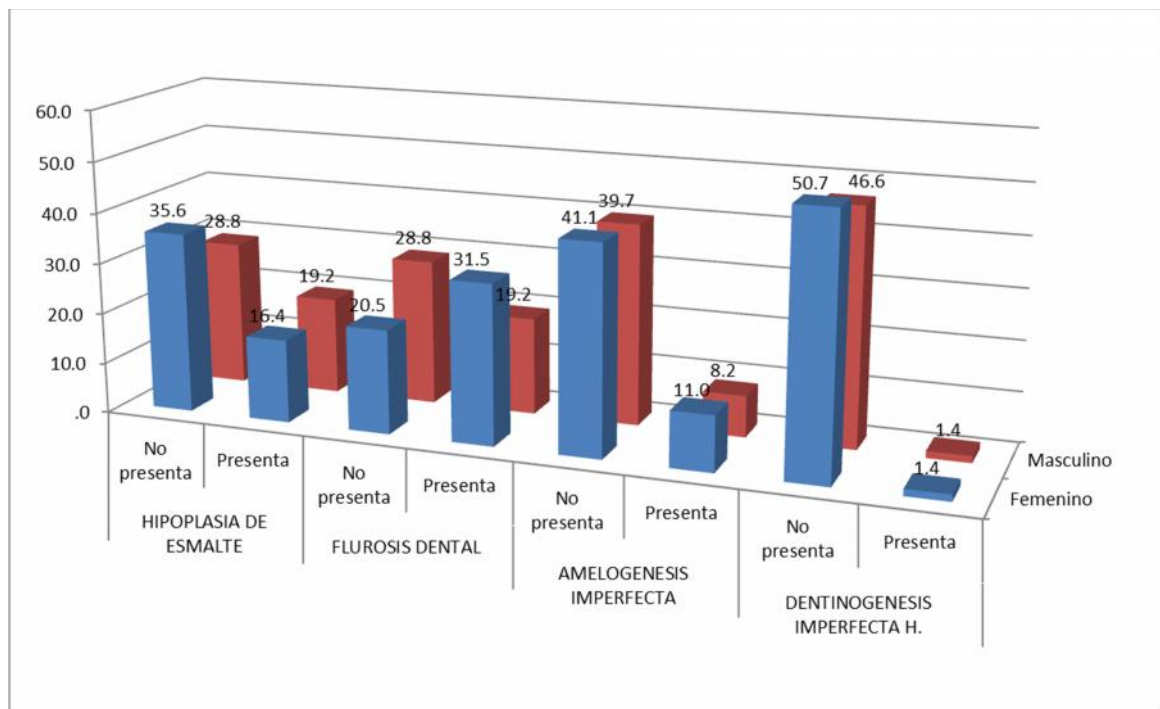


TABLA N°12.

Pacientes según patologías estructural por sexo en el centro de salud de pueblo joven Abancay, Mayo a Julio del 2016.

		SEXO					
		Femenino		Masculino		Total	
		Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
CONDRODISPLACIA ECTODÉRMICA	No presenta	38	52.0	35	48.0	73	100.0
	Presenta	0	.0	0	.0	0	.0
ODONTODISPLACIA	No presenta	38	52.1	35	47.9	73	100.0
	Presenta	0	.0	0	.0	0	.0

En la tabla se observa que un 52.0% de pacientes no presenta Condroidisplasia ectodérmica de sexo femenino, seguido de un 48.0% de pacientes no presenta Condroidisplasia ectodérmica de sexo masculino, seguido de la misma tabla que un 52.1% de pacientes no presenta Odontodisplasia de sexo femenino, y seguido de un 47.9% no presenta Odontodisplasia de sexo masculino.

GRÁFICO N°12.

Porcentaje de pacientes según patologías estructural por sexo en el centro de salud de pueblo joven, Abancay 2016

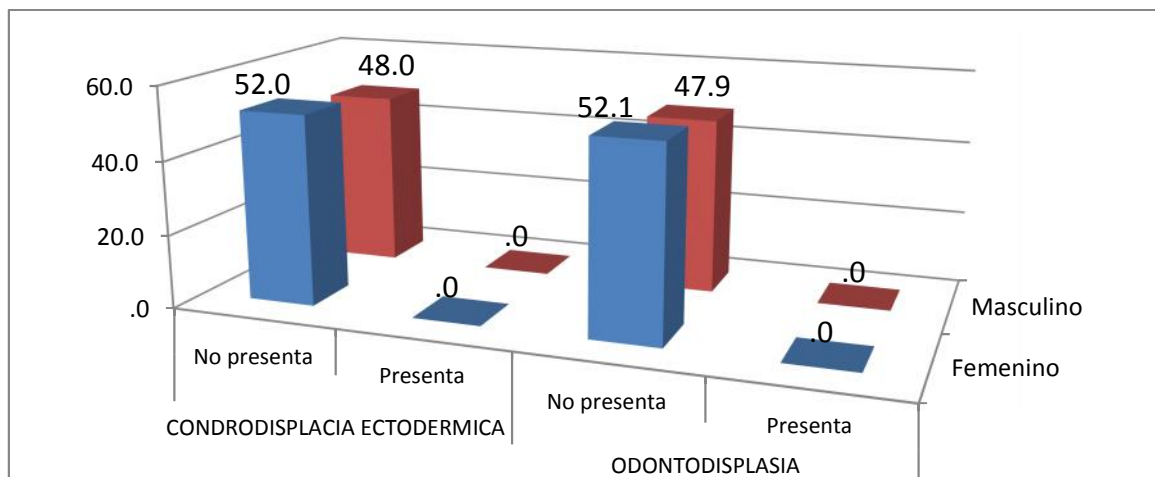


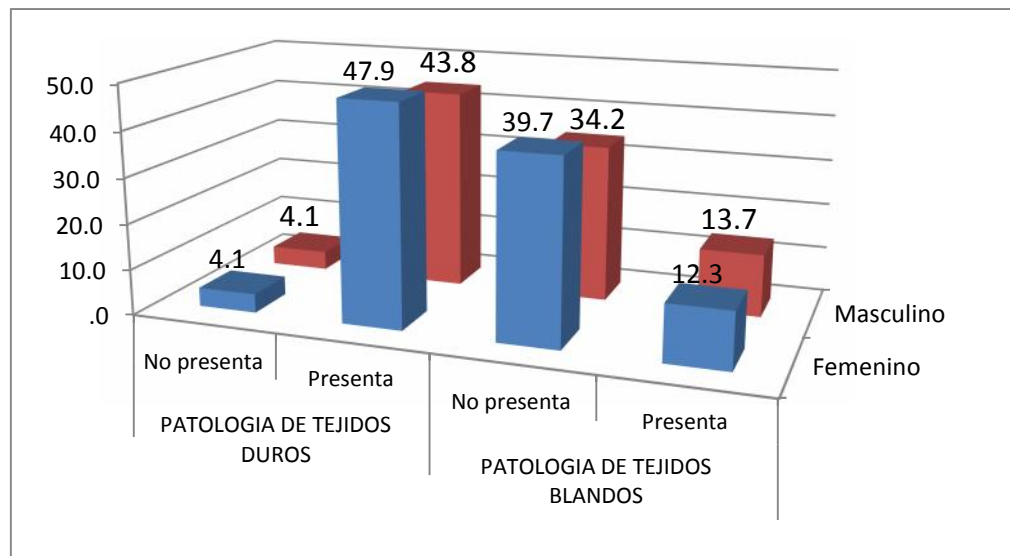
TABLA N°13.**Pacientes según patologías Orales, por sexo en el centro de salud de pueblo joven Abancay, Mayo a Julio del 2016.**

		SEXO					
		Femenino		Masculino		Total	
		Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
PATOLOGÍA DE TEJIDOS DUROS CARIES	No presenta	3	4.1	3	4.1	6	8.2
	Presenta	35	47.9	32	43.8	67	91.8
PATOLOGÍA DE TEJIDOS BLANDOS GINGIVITIS	No presenta	29	39.7	25	34.2	54	74.0
	Presenta	9	12.3	10	13.7	19	26.0

En la tabla se observa que un 4.1% de pacientes no presenta otras patologías de tejidos duros de sexo femenino, seguido de un 4.1% de pacientes no presenta otras patologías de tejidos duros de sexo masculino, seguido de un 47.9% de pacientes presenta otras patologías de tejido duro de sexo femenino, seguido de un 43.8% de pacientes presenta otras patologías de tejido duro de sexo masculino, seguido de un 39.7% de pacientes no presentan otras patologías de tejido blando de sexo femenino, seguido de un 34.2% de pacientes no presentan otras patologías de tejido blando de sexo masculino. Seguido de un 13.7% de pacientes presentan otras patologías de tejido blando de sexo masculino, seguido de un 12.3% de pacientes presentan otras patologías de tejido blando de sexo femenino.

GRÁFICO N°13.

Porcentaje de pacientes según patologías orales, por sexo en el centro de salud de pueblo joven, Abancay 2016.



CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Hipótesis general

Ho: La fluorosis no es la más frecuente entre las patología estructural dentaria en pacientes de 6-10 años, del Centro de Salud Pueblo Joven Abancay, mayo a julio de 2016

H1: La fluorosis es la más frecuente entre las patología estructural dentaria en pacientes de 6-10 años, del Centro de Salud Pueblo Joven Abancay, mayo a julio de 2016

TABLA

Estadísticos de contraste

	patología
Chi-cuadrado	35,110 ^a
Gl	3
Sig. asintót.	0,000

De la tabla se observa que del valor "sig" Es .000 menor al nivel de significancia 0.05 entonces se rechaza la hipótesis nula (Ho), por lo tanto podemos afirmar con un nivel de confianza del 95% que La fluorosis es la más frecuente entre las patología estructural dentaria en pacientes de 6-10 años, del Centro de Salud Pueblo Joven Abancay, mayo a julio, ,2016

Dentro de las más resaltantes las patologías estructurales del tejido duro, encontramos (Hipoplasia, Fluorosis, amelogenesis, dentinogénesis) provocada por trastornos e ingesta de cantidades elevadas de fluoruros durante la calcificación de los dientes permanentes en el centro de salud Pueblo Joven Abancay, mayo a julio, 2016.

HIPÓTESIS ESPECÍFICA: I

		PATOLOGIA DE TEJIDOS DUROS					
		No presenta		Presenta		Total	
		n	%	n	%	n	%
SEXO	Femenino	3	4,1	35	47,9	38	52,1
	Masculino	3	4,1	32	43,8	35	47,9
	Total	6	8,2	67	91,8	73	100,0
EDAD (agrupado)	<= 7,00	4	5,5	23	31,5	27	37,0
	8,00 - 9,00	1	1,4	28	38,4	29	39,7
	10,00+	1	1,4	16	21,9	17	23,3
	Total	6	8,2	67	91,8	73	100,0

En la tabla se observa que un 47.9% de pacientes de sexo femenino presentan patologías de tejidos duros, seguido de un 4.1% de pacientes de sexo femenino no presentan patologías de tejidos duros, seguido de un 43.8% de pacientes de sexo masculino presenta patologías de tejido duros, seguido de un 4.1% de pacientes de sexo masculino no presenta patologías de tejido duro. También podemos observar que 31.5% de pacientes de menor o igual a 7,00 de edad presentan patologías en tejido duros, seguido de un 5.5% de pacientes de menor igual a 7,00 de edad no presentan patologías de tejidos duros, seguido de un 38.4% de pacientes entre 8-9 años de edad presentan patologías en tejidos duros, seguido 1.4% de pacientes entre 8-9 años de edad no presentan patologías en tejidos duros, seguido de un 21.9% de pacientes de 10 años de edad presentan patologías en tejidos duros, seguido 1.4% de pacientes de 10 años de edad no presentan patologías en tejidos duros.

HIPÓTESIS. ESPECIFICA: II

		PATOLOGIA DE TEJIDOS BLANDOS					
		No presenta		Presenta		Total	
		n	%	n	%	n	%
SEXO	Femenino	29	39,7	9	12,3	38	52,1
	Masculino	25	34,2	10	13,7	35	47,9
	Total	54	74,0	19	26,0	73	100,0
EDAD (agrupado)	<= 7,00	23	31,5	4	5,5	27	37,0
	8,00 - 9,00	16	21,9	13	17,8	29	39,7
	10,00+	15	20,5	2	2,7	17	23,3
	Total	54	74,0	19	26,0	73	100,0

En la tabla se observa que un 39.7% de pacientes de sexo femenino no presentan patologías en tejidos blandos, seguido de un 12.3% de pacientes de sexo femenino presentan patologías en tejidos blandos, seguido de un 34.2% de pacientes de sexo masculino no presenta patologías de tejidos blandos, seguido de un 13.7% de pacientes de sexo masculino presenta patologías de tejidos blandos. También podemos observar que 31.5% de pacientes, menores o igual a 7 años de edad no presentan patologías en tejidos blandos, seguido de un 5.5% de pacientes, menor o igual a los 7 años de edad presentan patologías de tejidos blandos, seguido de un 21.9% de pacientes entre 8-9 años de edad no presentan patologías en tejidos blandos, seguido 17.8% de pacientes entre 8-9 años de edad presentan patologías en tejidos blandos, seguido de un 20.5% de pacientes de 10 años de edad no presentan patologías en tejidos blando, seguido 2.7% de pacientes de 10 años de edad presentan patologías en tejidos blando.

4.2. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

De acuerdo al criterio de la organización mundial de la salud (OMS) La concentración de flúor en agua potable debe encontrarse entre 0,5 a 1.0 ppm. Los resultados de este estudio muestran que la incidencia de flúorosis dental en los niños del Centro de Salud de Pueblo Joven es más de la mitad de acuerdo a datos recolectados. Al analizar los resultados obtenidos en la presente investigación es posible apreciar los dos siguientes componentes:

- La concentración del ion flúor
- La existencia de esmalte moteado (flúorosis dental)

La concentración de flúor en las aguas de consumo humano dentro de la población estudiada fueron previamente determinadas por el programa nacional del ministerio salud bucal trayendo como consecuencia lesiones en la estructura dentaria y provocando malestar a los pacientes del centro de salud de Pueblo joven en la cual se viene desarrollando de generación sin preocupación por parte de las autoridades y de poner toleración a este mal que aqueja dicha población. (10)

V. CONCLUSIONES.

En el presente trabajo se puede concluir lo siguiente:

- 1.** La incidencia de las patologías Orales y estructurales dentarias en pacientes de 6-10 años de edad, del Centro de Salud Pueblo Joven de Abancay 2016. Se define a estudios realizados, que más de tres tercios de pacientes evaluados presentan alguna de las patologías estructurales y obteniendo 50.76% pacientes con fluorosis dental, seguido de un 35.6% de pacientes presenta hipoplasias, seguida de 19.2% de pacientes presenta Amelogenesis Imperfecta y un 2.7% de pacientes presenta Dentinogénesis Imperfecta.
- 2.** El género femenino es el más afectado, presentando un 47.9% de patologías en el tejido duro; relacionado con caries dental. En edades de 8-9 años y con porcentaje de 38.4% llevándonos a conocer que por cada patología estructural dental, cada paciente presenta caries dental.
- 3.** Se encontró un porcentaje mínimo de un 7.0% de pacientes, que presenta otros tipos de patologías del tejido blando como gingivitis leve de sexo masculino entre edades de 8-9 años.

VI. RECOMENDACIONES.

Evitar y recomendar el consumo doméstico de flúor ya que es el más incidente entre las patologías estructurales dentarias en pacientes de 6-10 años, del Centro de Salud Pueblo Joven Abancay, mayo a julio, 2016. Por lo tanto podemos afirmar con un nivel de confianza del 95% que La fluorosis es la más frecuente entre las patologías estructural dentaria

Reforzar el nivel de conocimiento para el manejo preventivo al personal de manera constante y el control de niveles de flúor y desnutrición en los pacientes del Centro de Salud de Pueblo Joven en Abancay.

Fortalecer de manera eficaz los programas de salud preventiva Odontológicos y talleres para gestantes y niños de manera pedagógica por el profesional.

Ayudar de manera profesional en los casos más resaltantes donde se realizó el presente trabajo, para la ayuda en la rehabilitación oral y evitar efectos inadecuados a la salud.

VII. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.

1. Santana Garay JC. Atlas de patología del complejo bucal. Primera ed. Medicas C, editor. Habana: Ciencias Medicas; 1985.
2. Pedrosa Ramos L. Anomalías estructurales del esmalte y afectación estética en escolares de 6-17 años de Cojimar Habana Cuba 2014. Infomed. 2014 Agosto; I(1).
3. Madrid García J. Prevalencia de hipoplasia de esmalte dental en niños de 7 a 10 años de la escuela de primaria Benito Juarez García de la ciudad de Poza Rica. Tesis. Poza Rica: Universidad de Veracruzana , Facultad de odontología ; 2011. Report No.: ISBN.
4. Hidalgo Dato Fuentes I, Duque de Estrada Riveron J, Mayor Hernández F, Zamora Diaz JD. Fluoruros dental: no solo un problema estético. Infomed. 2007 Noviembre; I(1).
5. Rodríguez Argueda F. Prevalencia de anomalías del desarrollo en la estructura dentaria (amelogénesis imperfecta y dentinogénesis imperfecta) estructura hipoplasias de esmalte (hipoplasia de turner e hipoplasia sifilica) en niños con dentición mixta, comprendidos entre 5 y 3 A. Tesis para optar el grado de título. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de odontología; 2001. Report No.: ISBN.
6. Robles Perez J. Estudio y Prevalencia de los defectos de desarrollo de esmalte en población infantil Granadina. Tesis para optar el título de cirujano dentista. España: Universidad de Granada, Facultad de Estomatología; 2010.
7. Vega Delgado JE. Prevalencia de anomalías dentales en radiográficas panorámicas de pacientes atendidos en un centro de diagnósticos, por imágenes de la ciudad de Chiclayo 2012-2013. Tesis para optar título de cirujano dentista. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Escuela de odontología; 2015.

8. Morales Valdillo R. Alteraciones estructurales de los dientes. Kiru. 2010 Julio; II(1).
9. Mezzet Solar P, Sara JdC, Suarez Ognio L, Podestá Gavilano LE. Prevalencia nacional de caries dental, fluorosis del esmalte y urgencia de tratamientos en escolares de 6 a 8, 10,12,15 años Perú 2001-2002. Informe técnico. Lima: Ministerio de Salud, oficina general de epidemiología y dirección general de salud de las personas; 2005. Report No.: 9972-820-61-0.
10. Olazabal Villa Orduña IW. Prevalencia de fluorosis dental en escolares de 6-12 años radicados en distrito de Uco provincia de Huari Ancash. Tesis para obtener titulo de cirujano dentista. Lima: Universidad Federico Villareal, Facultad de odontología; 2004.
11. Flores Gonzales L. Prevalencia de hipoplasia de esmalte y características sociodemográficas en niños de 6-12 años. Tesis para optar titulo de cirujano dentista. Lima: Universidad Peruana Calletano Heredia, Facultad de Estomatología; 1998.
12. Cueba Carruitero EI. Factores de comportamiento en relación a la experiencia de caries dental en escolares de 6 a 11 años. Tesis para obtener el título de cirujano dentista. Lima: Universidad Mayor de San Marcos, Facultad de estomatología; 2009.
13. Departamento de Salus y Servicios Humanos. NIH. [Online].; 2013 [cited 2016 Julio 23. Available from: <https://www.nidcr.nih.gov/OralHealth/Topics/GumDiseases/Enfermedad.htm>.

VIII. ANEXO.

1. INSTRUMENTO.

FICHA DE REGISTRO

1.- EDAD:

2.- SEXO: F

N° Ficha

3.- LOCALIZACION.-

PATOLOGIAS DE TEJIDOS DUROS

	HIPOPLACIA	FLUROSIS DENTAL	AMELOGENESIS IMPERFECTA	DENTIOGENESIS IMPERFECTA HEREDITARIA	Otros	Total T.D.
I						
II						
III						
IV						
TOTAL						

PATOLOGIAS TEJIDOS BLANDOS

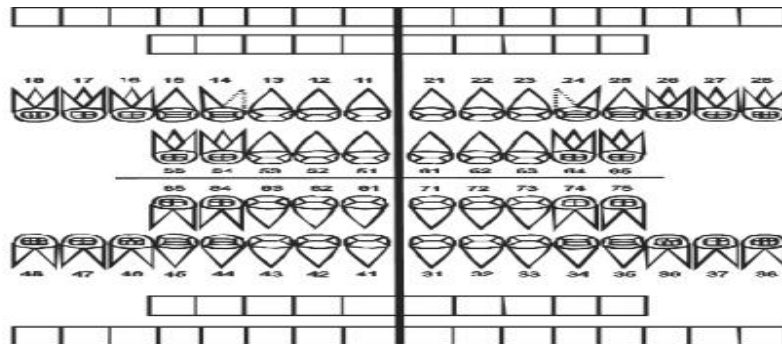
	CONDRODISPLA-CIA	ODONTODISPLACIA	Otros	Total T.D.
I				
II				
III				
IV				
TOTAL				

4.- CONDICIONES:

Patologías Orales de tejidos Duros: Presenta No presenta

Patologías Orales de tejidos Blandas : Presenta No presenta

5.-ODONTOGRAMA:



OBSERVACION _____

2. MATRIZ DE CONSISTENCIA.

PREGUNTA GENERAL	OBJEIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL	VARIABLE	DIMENSION	INDICADORES	INDICE	TEC.INSTRUMENTAL	MTD.INVESTIGACION
¿Cuál es la incidencia de las patologías orales y estructurales dentarias en pacientes de 6-10 años, del Centro de salud Pueblo Joven Abancay, mayo a julio de 2016?	Determinar la incidencias de las patologías orales y estructurales dentarias en pacientes de 6-10 años, del Centro de Salud Pueblo Joven Abancay, mayo a julio de 2016	la fluorosis dental es la más Incidente entre las patología orales y estructural dentarias en pacientes de 6-10 años, del Centro de Salud Pueblo Joven Abancay, mayo a julio de 2016	Patologías Orales y estructural Dentarias	Patología de Tejido duros:	-Hipoplasia de esmalte -Fluorosis dental -Amelogénesis imperfecta -Dentinogénesis imperfecta hereditario -Caries dental	Características clínicas: Localización cuadrantes I II III IV	Equipo de Exploración Encuesta	Tipo: CUANTITATIVO Nivel de investigación: Descriptiva Diseño: Descriptivo explicativo Esquema
PREGUNTA ESPECIFICA	OBJETIVO ESPECIFICO	HIPOTESIS ESPECIFICO						M-----D
¿Cuáles son las incidencias patológicas orales y estructurales dentarias del Tejido duro más frecuentes tomando en cuenta el sexo y edad en pacientes de 6-10 años, del centro de salud pueblo joven Abancay, mayo a julio de 2016? ¿Cuáles son otras patológicas Orales y su incidencia estructural dentaria del Tejido blando más frecuentes tomando en cuenta el sexo y edad en pacientes de 6-10 años, del centro de salud pueblo joven Abancay, mayo a julio de 2016?	Identificar las patologías orales y Estructurales dentaria del tejido duro más frecuentes tomando en cuenta el sexo y edad en pacientes de 6-10 años, del centro de salud pueblo Joven Abancay, mayo a julio de 2016? Identificar las patologías orales y su incidencia estructural dentarias del tejido blando más frecuentes tomando en cuenta el sexo y edad en pacientes de 6-10 años, del centro de salud pueblo joven Abancay, mayo a julio de 2016?	Las patologías orales y estructurales dentarias en su mayor incidencia del tejido duro son la Caries dental en pacientes del sexo femenino y entre edades 8-9 años del centro de salud de pueblo joven Abancay, mayó a julio de 2016 Las patologías orales y estructurales dentarias en su mayor incidencia del tejido blando son la gingivitis en pacientes del sexo masculino y entre edades 8 - 9 años del Centro Salud, Pueblo Joven de Abancay, mayo a julio de 2016		Patología de Tejido blandos:	-condrodisplasia ectodérmica -odontodisplasia -Gingivitis	-Condiciones a otras patologías -Presenta -No presenta	Rx. Periapical Fotografía Odontograma	Población: 73 personas Muestra: No pro balística Por desarrollar en 73 pacientes Análisis de datos: Cuadros Estadísticos comparativos y figuras estándares de frecuencia y %

3. Carta de presentación dirigida al director del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega para pedir permiso para realizar el trabajo de campo (experimento) en el laboratorio Clínico de Microbiología



4. OTRO

Foto N°01: examen clínico del paciente menor de sexo masculino.



Foto N°02: caries marrón en superficie lisa y caries cervical a consecuencia de hipoplasia de esmalte.



Foto N°03: Caries cervical en paciente menor de sexo masculino.



Foto N°04: Caries en incisivos superiores.



Foto N°6: Hipoplasia de esmalte en paciente menor de 7 años de edad, acompañado de mordida bis a bis.



Foto N°07: Fluorosis de incisivos superiores.



Foto N°08: Fluorosis de dientes posteriores cara vestibular.



Foto N°09: Fachada del Centro de Salud de Pueblo Joven Abancay- Apurímac

