



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA

TESIS

**“CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDADES BUCALES Y
LA NECESIDAD DE TRATAMIENTO EN ESCOLARES DE 4
A 6 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N°20017
DIVINO JESÚS LOS MEDANOS – CASTILLA - PIURA 2016”**

TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE CIRUJANO

DENTISTA

PRESENTADO POR

BACHILLER: KATIA YASNINE CORDOVA VALDIVIEZO

PIURA – PERÚ

2016

El siguiente presente trabajo va dedicado a la mujer de mi vida (madre), por sus consejos, y todos sus valores brindados para ser la persona que soy hoy.

Mi padre, por todo su esfuerzo realizado que le ha permitido darme la carrera universitaria completa

A sí mismo, a los profesores que nos brindaron sus conocimientos

Agradezco a dios por la vida y por permitirme cumplir cada meta y objetivo propuesto en mi vida, a mis padres y hermana por el acompañamiento durante todo estos años de mi vida.

En los ojos de los jóvenes vemos llamas, pero en
los ojos de los ancianos vemos luz

P. Juan Jáuregui Castel

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

EPIGRAFE

RESUMEN

ABSTRACT

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE GRÁFICOS

INTRODUCCIÓN 11

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... 12

1.1 Descripción y Realidad Problemática 13

1.2 Delimitación de la investigación 14

1.2.1 Delimitación espacial: 14

1.2.2 Delimitación social: 14

1.2.3 Delimitación Temporal: 14

1.2.4 Delimitación Conceptual 14

1.3 Formulación del Problema 15

1.3.1. Problema Principal 15

1.3.2 Problemas Secundarios..... 15

1.4 Objetivo de la Investigación 15

1.4.1. Objetivo General..... 15

1.4.2. Objetivos Específicos 16

1.5 Hipótesis y variables de la investigación 16

1.5.1 Hipótesis General 16

1.5.2 Hipótesis Secundarias 16

1.5.3 Variables (Definición Conceptual y Operacional)	18
1.6 Metodología de la Investigación	19
1.6.1 Tipo y Nivel de Investigación	19
1.6.2 Método y diseño de la investigación	20
1.6.3 Población y muestra	20
1.6.4 Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos	22
1.6.5 Justificación, e Importancia y Limitaciones	23
CAPÍTULO II: MARCO TEORICO	25
2.1 Antecedentes de la investigación	26
2.2 Bases teóricas.....	31
2.3 Definiciones de términos básicos	56
CAPITULO III	58
PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS	58
3.1 Análisis de tablas y gráficos	59
3.2. Discusión.....	68
3.3 Conclusiones	72
3.5. Fuentes de información.....	74
Anexo	
Matriz de consistencia	

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 01 IHOS – Necesidad de Tratamiento.....	60
TABLA N° 02 CPOD- CEOD – Necesidad de Tratamiento.....	62
TABLA N° 03 Edad – Necesidad de tratamiento.....	64
TABLA N° 04 Nivel de conocimiento – Necesidad de Tratamiento.....	66

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICOS N° 01 IHOS - Necesidad de tratamiento.....	61
Gráfico N° 02 CPOD - CEOD - Necesidad de tratamiento.....	63
GRÁFICO N° 03 Edad - Necesidad de Tratamiento.....	65
GRÁFICO N° 04 Nivel de conocimiento - Necesidad de tratamiento.....	67

RESUMEN

El presente trabajo de investigación es de tipo y nivel aplicativo, transversal descriptivo; que se realizó en la I.E. N°20017 Divino Jesús AA HH los médanos-castilla-Piura, donde el objetivo principal fue determinar la relación que existe entre las enfermedades bucales y la necesidad de tratamiento que presenten los escolares de 4, 5, y 6 años de edad. La población en primera instancia fue de 60 escolares, después de aplicar la fórmula de población finita obteniendo una muestra total de 50 escolares. Los instrumentos utilizados fueron el odontograma, IHOS, y un cuestionario de 20 preguntas.

Se obtuvo como resultado lo siguiente:

El Índice de Higiene Oral simplificado (IHOS), tuvo como resultado un promedio mayor a 1.2 dando por concluido que la mayoría de los niños del divino Jesús presentan un IHOS “regular a malo”

La prevalencia de caries dental es de 70% es decir la gran mayoría de los escolares presenta casos severos y muy severos y con mayor frecuencia en los estudiantes de 4 y 6 años con porcentajes de 22% y 28% respectivamente, El CEOD (cariados-extraídos –obturados) fue de 3,08 (“moderado según OMS) principalmente en los escolares de 4 y 5 años. El CPOD (cariados-perdidos-obturados) fue de 1.44 (bajo según OMS) encontrado en 50 % en los niños.

Más de 96% de madres de familia de la IE Divino Jesús presentan un nivel de conocimiento malo.

Palabras claves: enfermedades bucales, caries dental, gingivitis.

ABSTRACT

The present research work is of type and application level, transversal descriptive; Which was carried out in the I.E. N ° 20017 Divine Jesus AA HH the dunes- Castilla - Piura, where the main objective was to determine the relationship between oral diseases and the need for treatment presented by students of 4, 5 and 6 years of age. The population in the first instance was 60 students, after applying the formulation of finite population obtaining a total sample of 50 students. The instruments used were the odontogram, IHOS, and a questionnaire of 20 questions. The result was the following:

The Simplified Oral Hygiene Index (IHOS) resulted in an average of more than 1.2, concluding that most of the children of the Divine Jesus present a "regular to bad" IHOS,

The prevalence of dental caries is 70%, that is, the vast majority of students present severe and very severe cases, and most frequently in students aged 4 and 6 years old, with 22% and 28% Extracted) was 3.08 ("moderate according to WHO"), mainly in students aged 4 and 5 years. The DMFT (caries-lost-filled) was 1.44 (low according to WHO) found in 50% in children.

More than 96% of mothers of EI Divine Jesus present a poor level of knowledge.

Key words: oral diseases, dental caries, gingivitis.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades buco dentales como la caries dental, la enfermedad periodontal , son problemas de salud de alcance mundial que afectan tanto a los países industrializados (Alemania-Francia- Japón, entre otros) , como a los países en desarrollo (Perú- Brasil-Paraguay), pero en especial y con mayor frecuencia en los países de tercer mundo. La Organización mundial de la Salud (OMS) estima que cinco mil millones de personas en el mundo tienen caries dental.

MINSA (Ministerio nacional de la salud) dice “Que la prevalencia de caries dental a nivel nacional en la población escolar entre 6 y 15 años, es de 90,4%”.

La enfermedad periodontal, en población escolar, se evidencia a través de sangrado o inflamación gingival y la prevalencia de malaoclusión se encuentra alrededor del 60% en población escolar de 6- 12 años

Por lo tanto este trabajo de investigación nos va a permitir tener un conocimiento de cuáles son las enfermedades bucales más prevalentes y la necesidad de tratamiento que presentan la población escolar de la Institución Educativa N° 20017 Divino Jesús AA-HH los Médanos- castilla - Piura

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción y Realidad Problemática

Las enfermedades más prevalentes de la cavidad bucal del hombre moderno y principalmente de los escolares son la caries dental, y la enfermedad periodontal. En la actualidad la caries dental es reconocida como una enfermedad infectocontagiosa que provoca pérdida de estructura en los dientes afectados, la gingivitis o inflamación de encías corresponden al inicio de la enfermedad periodontal, son alteraciones que pueden ser observadas en el 50% de la población en general (diversos países) (1)

Esta circunstancia nos determinan la responsabilidad de estudiar de forma más exhaustivamente estas patologías, ya que la caries dental y la enfermedad gingival son considerados problemas de salud pública, por lo que su identificación y diagnóstico temprano es de suma importancia para el tratamiento estomatológico integral. Varios estudios demostraron que el factor dietético e higiénico parecen ser determinante para el desarrollo de dichas enfermedades, del mismo modo existen otros factores extrínsecos, locales, hereditarios que determinan el desarrollo de la enfermedad como son: Grado de desarrollo de un país, región geográfica, sexo, edad, ingreso económico, grado de instrucción de los padres, raza y en algunas zonas el consumo de agua natural que contiene minerales no aptos para el consumo humano (2)

El acelerado crecimiento demográfico en los diferentes escenarios socio ambientales trae consigo un desarrollo heterogéneo en las condiciones sanitarias de las poblaciones. La Región Piura no es ajena a esta realidad, y a lo largo de su historia ha presentado problemas estructurales, ya sea por factores de la naturaleza o en el afán de expandir las áreas urbanas.

La Organización Mundial de Salud (OMS) hoy en día menciona que las enfermedades bucales mas prevalentes son la caries dental, la enfermedad periodontal y cáncer bucal sobre todo en población adulta a causa del tabaquismo, sin embargo en este trabajo de investigación se hablara solo de de las dos primeras que son las que más afectan a los escolares. Las enfermedades dentales son consideradas la cuarta causa más costosa de tratar, y en el Perú se encuentran entre las de mayor demanda de atención en los servicios de salud pública. En países de altos ingresos como (Alemania- Francia Estados unidos entre otros), la carga de la enfermedad oral se ha abordado mediante la creación de avanzados servicios de salud bucal para la atención a pacientes. (3)

1.2 Delimitación de la investigación

1.2.1 Delimitación espacial:

La investigación se realizó en las instalaciones de la Institución educativa N°20017 Divino Jesús los Médanos- Castilla-Piura

1.2.2 Delimitación social:

Estuvo conformada por 60 niñas y niños entre las edades 4 a 6 años de la Institución educativa N°20017 Divino Jesús los Médanos- Castilla Piura

1.2.3 Delimitación Temporal:

El estudio se realizó en los meses julio 2016 – noviembre 2016

1.2.4 Delimitación Conceptual

Se desarrollaron conceptos relacionados a caries dental, higiene oral, enfermedad periodontal, IHOS (Índice de higiene oral simplificado), índice

CEOD (cariados- extraídos –obturados), COPD (cariados perdidos- obturados)

1.3 Formulación del Problema

1.3.1. Problema Principal

¿Cuál es la relación que existe entre las enfermedades bucales y la necesidad de tratamiento en los escolares de 4 a 6 años de la institución educativa N°20017 Divino Jesús AA HH los Médanos- Castilla- Piura?

1.3.2 Problemas Secundarios

¿Cuál es la necesidad de tratamiento odontológico en los escolares de 4 a 6 años de la institución educativa N°20017 Divino Jesús AA HH los Médanos- Castilla-Piura?

¿Cuál es la enfermedad bucal más prevalente en los escolares de 4 a 6 años de la institución educativa N°20017 Divino Jesús AA HH los Médanos- Castilla- Piura?

¿Cuál es el nivel de conocimiento que tienen las madres sobre enfermedades bucales de los niños de 4 a 6 años de la institución educativa N°20017 Divino Jesús AA HH los Médanos- Castilla Piura?

1.4 Objetivo de la Investigación

1.4.1. Objetivo General

Determinar la relación que existe entre las enfermedades bucales y la necesidad de tratamiento que presentan los escolares de 4 a 6 años de la

institución educativa N°20017 Divino Jesús AA HH los Médanos- Castilla-
Piura

1.4.2. Objetivos Específicos

Evaluar la necesidad de tratamiento odontológico en los escolares de 4 a 6 años de la institución educativa N°20017 Divino Jesús AA HH los Médanos- Castilla-Piura

Identificar la enfermedad bucal más prevalente en los escolares de 4 a 6 años de la institución educativa N°20017 Divino Jesús AA HH los Médanos- Castilla-Piura

Determinar el nivel de conocimiento que tienen las madres sobre enfermedades bucales de los niños de 4 a 6 años de la institución educativa N°20017 Divino Jesús AA HH los Médanos- Castilla- Piura

1.5 Hipótesis y variables de la investigación

1.5.1 Hipótesis General

Existe relación entre las enfermedades bucales y la necesidad de tratamiento que presentan los escolares de 4 a 6 años de la institución educativa N°20017 Divino Jesús AA HH los Médanos- Castilla”

1.5.2 Hipótesis Secundarias

Ho1. La enfermedad periodontal en los escolares de 4 a 6 años de edad de la institución educativa N°20017 Divino Jesús AA HH los Médanos- Castilla, se presenta con mayor prevalencia en los niños de 6 años

Ho2. A mayor edad, mayor es la necesidad de tratamiento en los escolares de la institución educativa N°20017 Divino Jesús AA HH los Médanos- Castilla”

Ho3. La caries dental en los escolares de 4 a 6 años de edad de la institución educativa N°20017 Divino Jesús AA HH los Médanos- Castilla, se presenta con mayor prevalencia en los niños y niñas de 6 años

Ho4. El nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales de las madres de familia de institución educativa N°20017 Divino Jesús AA HH los Médanos- Castilla es malo debido a su grado de instrucción bajo

1.5.3 Variables (Definición Conceptual y Operacional)

Variable	V. Conceptual	V. operacional	Dimensión	Indicador	Escala
V 1 Enfermedades Bucales	Son todas aquellas que afectan a nuestra salud oral la cuarta causa más costosa de tratar, en nuestro país se encuentran entre las de mayor demanda de atención en los servicios de salud del país.(4)	Se les aplicara a un grupo de alumnos seleccionados fichas clinas que consisten en Odontogramas- IHOS y al los padres se les aplicara un cuestionario sobre la salud la salud oral de sus hijos.	Caries dental Enfermedad periodontal GIngivitis	Índice CEOD Índice CPOD IHOS	Muy bajo 0-1.1 bajo 1.2-2.6 Moderado 2.7-4.4 Severo 4.5-6.5 Muy severo 6.6 a mas 0-1 : bueno 1.1-1-9 :regular 2 a mas : malo
V2 Necesidad de Tratamiento	Según la OMS se considera que existe necesidad de tratamiento cuando un individuo tiene una enfermedad o discapacidad para el cual existe un tratamiento efectivo (5)	Se les evaluara a los escolares de la institución educativa N°20017 Divino Jesús por medio el INTC según el diagnostico de cada escolar	Tratamientos preventivos Tratamientos invasivos: Curaciones Pulpectomias	INTC	0: No necesita 1:Necesita Sellante 2:una superficie obturada 3:Dos o más superficies obturadas. 4:Tratamiento pulpar 5: Extracción 6=Tratamiento Pulpar 7= extracción

1.6 Metodología de la Investigación

1.6.1 Tipo y Nivel de Investigación

A) Tipo de Investigación

- De acuerdo a la orientación:

Básica: Está orientada a lograr un nuevo conocimiento de manera sistemática metódica.

- De acuerdo a la técnica de contrastación:

Correlacional: Permite el análisis de la relación entre dos o más variable.

- De acuerdo con la direccionalidad:

Prospectiva: La información que se obtuvo en las fichas clínicas (odontogramas - IHOS), y cuestionarios será analizada y se procederá a la descripción minuciosa de la realidad encontrada.

- De acuerdo con el tipo de fuente de recolección de datos.

Prolectiva: La información se recogió de acuerdo con los criterios del investigador.

- De acuerdo con la evolución del fenómeno estudiado:

Transversal: Evaluó el estado de salud de la cavidad oral y grado de conocimiento de las madres de familia sobre enfermedades bucales

- De acuerdo con la comparación de las poblaciones:

No Comparativa: Porque el trabajo de investigación solo cuenta con una población la cual se pretende describir en función de un grupo de variable.

B) Nivel de Investigación

El presente trabajo de investigación es de nivel Descriptivo, y transversal porque va describir un problema social como son las enfermedades bucales que afectan a una determinada población

1.6.2 Método y diseño de la investigación

A) Método

El método que se empleo fue la observación porque se realizo la exploración de la cavidad oral (dientes, encía y placa) que para su medición se usaron los índices respectivos para cada examen que se les realizo a los niños

B) Diseño

Es no experimental porque no se manipula ninguna variable

1.6.3 Población y muestra

A) Población

Estuvo constituida por 60 escolares entre las edades de 4 a 6 años de la institución educativa N° 20017 Divino Jesús – Castilla Piura

Criterios de inclusión:

- Todos los alumnos y alumnas de ambos sexos matriculados en el año escolar 2016 y que se encuentren en el rango de edad de 4 a 6 años de edad
- Todos los alumnos y alumnas que quieran participar siempre y cuando tengan el consentimiento informado

Criterios de exclusión:

- Alumnos y alumnas que no asistan a clases el año escolar 2016.
- Alumnos y alumnas con algún síndrome o patología sistémica que no permita su evaluación
- Alumnos y alumnas que presenten disfunción de la articulación temporo mandibular
- Alumnos y alumnas que tengan alteraciones bucales

B) Muestra:

El tipo de muestreo será probabilístico aleatorio simple. Para determinar el tamaño mínimo de muestra se utilizó la fórmula para variable cualitativa de población finita, por medio de la cual se obtuvo una muestra de 50.

Donde:

n = número de personas a evaluar

Z = número de unidades de error estándar ($Z = 1,96$ a un nivel de seguridad de 95%).

N = número total de niños atendidos (60 aproximadamente)

p = proporción de Pacientes con lesiones ($p = 0,50$).

q = Proporción de pacientes sin lesiones ($q = 0,50$).

e = nivel de precisión en la determinación ($e = 5\%$).

N = Muestra Corregida.

$$N = \frac{(1.96)^2 (60) * (0.5) (0.5)}{(0.05)^2 (60-1) + (1.96)^2 (0.5)(0.5)}$$

$$N = \frac{3.8416 (60) * (0.25)}{0.0025 (59) + 3.8416 (0.25)}$$

$$N = \frac{57.624}{1.1.1079} \quad \boxed{N = 50}$$

1.6.4 Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos

A) Técnicas

- Encuesta: Es una serie de preguntas que se hace a muchas personas para reunir datos o para detectar la opinión pública sobre un asunto determinado.
- La observación: Es la adquisición activa de información a partir del sentido de la vista. El término también puede referirse a cualquier dato recogido durante esta actividad.

B) Instrumentos

Guía de observación clínica

- Odontograma: Es la representación de las características, alteraciones y patologías que pueden encontrarse en un paciente, al momento de su examen por un odontólogo, en una historia clínica.

- I.H.O.S: Es necesario determinar el grado de higiene bucal por medio del Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS).
- I.N.T.C: Índice de necesidad de tratamiento que se basa en el proceso de caries dental y en la historia pasada de caries. Este índice me va ayudar a indicar según el diagnostico de los niños los tratamientos que estos requieren
- Cuestionario: El cuestionario es un documento formado por un conjunto de preguntas que deben estar redactadas de forma coherente, y organizadas, secuenciadas y estructuradas de acuerdo con una determinada planificación, con el fin de que sus respuestas nos puedan ofrecer toda la información

1.6.5 Justificación, e Importancia y Limitaciones

A) Justificación

El desarrollo del trabajo de investigación se justifica porque pretende dar a conocer cuál es la necesidad de tratamiento odontológico que existe en los escolares de la institución educativa N°20017 Divino Jesús- castilla-Piura, ya que la información obtenida nos permitirá tener conocimientos básicos sobre las enfermedades bucales más comunes que afectan o aquejan a dicha población, y así saber cómo actuar frente esta situación

B) Importancia

La importancia radica en demostrar cómo se encontraba la salud bucal de los escolares de la institución educativa N° 20017 Divino Jesús castilla-Piura y poder así determinar cuántos de estos niños

necesitan tratamiento dental y cuáles son los tratamientos más usados en ellos.

C) Limitaciones

Que no todos los padres de familia asistirían a la reunión convocada para la aplicación del cuestionario porque existe poco interés en los padres de familia sobre temas de salud bucal. Esta investigación se llevó a cabo con la participación de menores de edad los cuales requieren un consentimiento informado que deberán firmar todos los padres de familia o apoderado.

CAPÍTULO II: MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Escobar .P.G, Ramírez. P.B. y Col. El objetivo de la investigación fue identificar la magnitud y severidad de la caries dental en niños de 1-5 años de bajos recursos económicos (...) El estudio descriptivo transversal tuvo una población de 162 niños del barrio Moravia del municipio de Medellín un odontólogo previamente calibrado (Kappa 0.73), evaluó a cada niño y registró las lesiones de caries dental, según los criterios de Pitts y Fyffe (C1 a C4), previa profilaxis. Se exploraron también diferencias entre prevalencias de caries según edad y sexo. Encontrándose igual prevalencia y experiencia de caries 77.8%, un ceo-d 5.1 ± 5.0 y un ceo-s 7.6 ± 11.3 , con diferencias significativas por edad (prueba Kruskal Wallis) y predominio del componente cariado. (6).

Quiñones M, Ferro P, Y Col. La investigación de este proyecto se llevó a cabo en el municipio Bauta, provincia La Habana, los objetivos (...) identificar la relación de la salud bucal de dichos niños con la higiene bucal, el tipo de dieta, grado de instrucción y ocupación de los padres, en una población de 200 niños, el comportamiento de la higiene bucal fue inadecuado en el 39,5 % de los casos y en el 5,5 % de los controles; en el grupo de casos prevaleció la dieta cariogénica 65,0 %, mientras que en el grupo control se incrementó la aceptable, con el 44,0 % Conclusiones: La adecuada higiene bucal y la dieta no cariogénica incrementaron la posibilidad de tener un estado adecuado de salud bucal (7)

Méndez G.D. y Col. En este trabajo de investigación se determinó la prevalencia de caries dental en escolares de 06 a 12 años del municipio de Antolín del Campo y Estado de Nueva Esparta en Venezuela. La población estuvo constituida por 1131 alumnos de entre 06 y 12 años distribuidos de primero a sexto grado de educación básica de las escuelas de: Dr. Cayetano García (Manzanilla), Dr. Luis Ortega (“El tirano”), y en el municipio de Antolín del Campo; obteniendo como resultados un índice de CPOD de 1.66, 1.63 y 1.90 respectivamente. (8)

Ramírez B, Torres L. El propósito de esta investigación fue describir el perfil bucodental de 215 niños de 5 años de edad de ambos sexos en la ciudad de Caldas Colombia. (...) prevalencia e historia de caries a través de los índices de CEOD de Gruebbel y CPOD de Klein & Palmer, la prevalencia de gingivitis mediante el índice gingival de Löe y Silness y el nivel de remoción de placa blanda por medio del índice Green y Vermillion adaptada para dentición decidua. Los resultados hallaron que hubo una prevalencia de caries del grupo de estudio del 48% (IC 95% DE 41.3-54.6), y prevalencia de gingivitis de 83.7% (IC 95% de 78.3-88.2), el índice de placa blanda fue de 0.7, el CEOD promedio fue de 2.5 y el 53% de los niños estudiados tenía historia de caries (IC 95% de 45.9-59.2). (9)

Medina C., Cerrato J., Herrera. Realizaron un estudio descriptivo de tipo transversal, con una muestra de 1800 personas, entre las edades de 5 a 74 años de ambos sexos(...) Los siguientes resultados: Hubo una prevalencia de caries del 90.61 % y de enfermedad periodontal de 88.23%, llegando a las siguientes conclusiones: Que la población nicaragüense presenta altos índices de caries y enfermedad periodontal,

no existiendo diferencia de prevalencia de caries con respecto al sexo, pero aumenta a medida que aumenta la edad, siendo mayor en la zona rural del país y la prevalencia de enfermedad periodontal, es mayor en mujeres y aumenta a medida que aumenta la edad, siendo mayor en la zona rural del país.(10)

2.1.2 Antecedentes Nacionales:

Morilla A. Tuvo como objetivo general determinar la prevalencia de caries dental, enfermedad periodontal y maloclusiones en los escolares de 6 a 12 años del centro educativo "SANTA CRUZ Y PEDRO RUIZ GALLO" del distrito de Chimbote. La investigación es de campo de tipo descriptivo-transversal. Se utilizaron los índice CPOD, IHOS é IMO. La población estudiada fue de 288 alumnos entre 6 a 12 años de edad. Los resultados con un índice CPOD 1.05 de dientes afectados, el resultado del IHOS fue de 2.9 en promedio, con respecto a las mal oclusiones se encontró un índice de maloclusión promedio de 0.57 la prevalencia expresada en porcentaje para el grado de oclusión normal, fue de 48.3%, para el grado de mal oclusión leve 46.2%.para el grado de maloclusión moderada 5.5% y para el grado de maloclusión severa 0%. Se puede concluir las patologías bucales de mayor prevalencia son caries dental enfermedad periodontal y mal oclusión. (11)

Santillán, C. Realizó un estudio en Trujillo en 248 niños de 6 a 10 años de edad, relacionando el perfil de salud bucal con el estado nutricional, y encontró un valor medio para el índice CPOD de 4.12, el índice CEOD tuvo como valor medio 7.27; así mismo el índice de inflamación gingival

tuvo un promedio de 1.01. Todos estos valores corresponden al grupo de niños clasificados como eutróficos (entiéndase como niños en estado de nutrición adecuado). Encontró una prevalencia de sangrado gingival de 62%. (12)

Alemán, M. En la ciudad de Huancayo en un estudio comparativo en escolares de 7 a 12 años de una población rural y otra urbana encontró un índice de higiene bucal de 1.63 y de 1.56 respectivamente. El índice CPOD promedio fue de 3.38 en la población urbana y de 3.49 para la población rural; el índice CEOD promedio hallado fue de 4.70 y de 3.91 para la población urbana y rural respectivamente. Encontró una prevalencia de sangrado gingival de 60%. (14)

La Torre Galvez, María. (2001). Realizó un estudio con la finalidad de conocer el grado de conocimiento de la gestante acerca de la higiene bucal en el recién nacido. Para la elaboración de este estudio se tomó una muestra de 40 mujeres gestantes, las que fueron evaluadas, primero, según una ficha de datos siguiendo los criterios de inclusión y exclusión, para luego ser evaluadas con los cuestionarios de estado de la Salud Bucal. El cuestionario de la Salud Bucal de la gestante se observó que un alto porcentaje (72,5%) está bien informado, lo que se corrobora con una prevalencia en un 60% es buena en el IHO-S, contra un 12,5% es mala. El cuestionario sobre cuidados de la Salud Bucal del infante, se encontró que un alto porcentaje (85%) se encuentra mal informado. El cuestionario conocimiento sobre Desarrollo y crecimiento dental en el infante, el porcentaje de bien, regular y mal informado es casi equitativo. Al analizar

el índice de dientes cariados y obturados se encontró un mayor número de sanos en el nivel alto. (15)

Arias Arce, C. N (2000). Realizó un estudio de tipo transversal, descriptivo, observacional y retrospectivo, teniendo como propósito evaluar el nivel de conocimiento de medidas preventivas de salud oral en un grupo de 263 gestantes que acudieron a los servicios, dos del IPSS y uno de Salud Pública. Para determinar el nivel de conocimiento de las gestantes se confeccionó un cuestionario de 10 preguntas, referentes a su educación, visita al dentista, Salud Bucal, condición de embarazo y aplicación de flúor, usando una escala de calificación con los niveles de nulo:0-2 respuestas orientadas a la prevención; bajo:3-5 respuestas; mediano:6-7 respuestas y alto 8-9 respuestas. Se estableció la relación del nivel de conocimiento con el grado de instrucción, trimestre de embarazo y visitas al dentista, se encontró que el nivel de conocimiento más frecuente, fue el de mediano, con un 87,1% (229 gestantes). Además se pudo establecer que en la mayoría de las gestantes prevalecía el grado de instrucción: secundaria completa a superior. Así mismo, se determinó que existe una estrecha relación entre el nivel de conocimiento y el grado de instrucción (16)

2.1.3 Antecedentes Regionales:

Salas Q. J. E. En este trabajo de investigación se determino la prevalencia y estado de higiene bucal en niños de edades comprendidas entre los 3, 6, 12 años del Dpto. de Piura analizando a 219 (...) Se encontró una prevalencia de caries dental de 68.49 %, siendo mayor está

en la edad de 6 años con una prevalencia de 75.34 % y en la zona urbana con una prevalencia de 79.49 %. Se halló el índice de CPOD de 0.84 y CEOD de 2.85. El índice de higiene bucal fue de 3.31. (17)

2.2 Bases teóricas

Caries Dental

Una de las enfermedades de mayor prevalencia e incidencia en los niños preescolares y escolares es la caries dental, causando ausentismo escolar, dolor y pérdida temprana de dientes. (18)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la caries dental como un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, causando el reblandecimiento del tejido duro del diente que puede evolucionar hasta la formación de una cavidad. Si no se atiende oportunamente, afecta la salud general y la calidad de vida de los individuos (19)

La caries dental es una enfermedad como ya todos sabemos infecto bacteriana, cuyo iniciador primario es el *Streptococcus mutans* este microorganismo es capaz de producir a partir de la sacarosa, polisacáridos insolubles adherentes, que le permiten adherirse a la superficie del esmalte y producir acúmulos de bacterias (la placa dental). Cuando las bacterias de la placa metabolizan los azúcares simples, los ácidos resultantes actúan a ese nivel y se inicia una lesión cariosa. (20)

La OMS: organización mundial de la salud no se diagnosticarán como caries:

- Manchas blanquecinas y/o color tiza.

- Puntos rugosos o cambios de color.
- Hoyos o fisuras presentes en el esmalte que fijan el explorador, pero no se puede apreciar en el fondo una superficie blanda, esmalte parcialmente destruido o ablandamiento de las paredes.
- Áreas de esmalte excavado, zonas oscuras, brillantes y duras en un diente que muestra signos de moderada a severa fluorosis

La boca del feto es estéril nace sin bacterias cariogénicas, la adquisición de ellas se hace por contacto del bebe con el medio ambiente (madre) formándose el conglomerado inicial de bacteria como el estreptococos albus, estreptococos salivarius, neisseria, lactobacillus (aerobios). (21)

Cameron (1993), hace referencia en su investigación de que las bacterias cariogénicas se adquieren de los padres y/o de las madres.

Por otro lado Del Pozo (1998) también menciona que los medios y métodos de contaminación más frecuentes son: intercambio de los cubiertos, hábitos de probar la comida de los niños, los chupones, besos en la boca entre otros (22)

En la niñez aproximadamente a los 5 años comienzan a erupcionar los dientes permanentes, produciéndose un incremento de microorganismos (estreptococos mutans) en boca, por ser estos de mayor longitud y tener una anatomía más compleja (surcos, fosas, fisuras). Así mismo el surco gingival es más profundo en estos dientes permitiendo un incremento mayor de los microorganismos anaerobios como bacteroides, espiroquetas, fusobacterium en general, la progresión de una lesión puede ser aguda y rápida, lenta y crónica, y el área afectada varía entre una pequeña y discreta lesión en puntos y fisuras a una superficie amplia. Normalmente la lesión cariosa no es limitante

por si sola y puede incrementarse en tamaño y profundidad hasta comprometer la pulpa, a menos que la parte afectada sea eliminada y luego adecuadamente restaurada. La caries dental comienza con la desmineralización del esmalte que resulta de la acción de ácidos orgánicos producidos localmente por las bacterias. Además de la desmineralización, las bacterias también destruyen el contenido proteico del diente, especialmente de la dentina. (23)

De Bascones se puede concluir que él consideraba a la caries dental un Proceso dinámico que se caracteriza por la pérdida de equilibrio entre la desmineralización y la remineralización de la estructura dentaria a favor de la primera, como consecuencia de los ácidos producidos por microorganismos específicos adherentes a la superficie dentaria. Esto quiere decir que la caries no es un proceso continuo de desmineralización sino un proceso de frecuencia intermitente con periodo de activación e inactivación y es el resultado de la sumatoria de estos procesos. (24)

Aspectos Epidemiológicos:

La caries dental ha sido una de las enfermedades más antiguas y dolorosas que ha acompañado al ser humano durante su historia; a partir de la modificación del régimen alimenticio del ser humano transformando así, su función masticatoria, más aún cuando su dentadura era vulnerable. La caries dental es uno de los problemas más grandes de salud oral pública, por ser la más prevalente de la cavidad bucal. Siendo considerada como una patología del hombre moderno. Es uno de los padecimientos crónicos más frecuentes del ser humano en todo el mundo. Más del 95% de la población tiene caries o

la presenta antes de morir. Afecta a personas de cualquier edad, sexo, situación Geográfica, nivel socioeconómico, etc. (25)

Es la patología que ocasiona molestias, incapacidad, gastos, causa dolor, infecciones, deformidad de la cara, trastornos de masticación, la palabra, etc., además da lugar a la aparición de otros problemas estomatológicos como son: paradontopatías y maloclusiones entre otras (27).

Es evidente que el perfil epidemiológico de la caries dental ha cambiado durante las últimas décadas, especialmente en los países industrializados. Se ha presentado no sólo una mejoría de los índices sino también una disminución en la severidad de la enfermedad. Sin embargo, a pesar de estos logros, la falta de unas políticas nacionales estructurales ha impedido que estos avances se extiendan a otras regiones (28)

Factores locales

Hábitos de Higiene Oral: Cepillado y uso de seda dental: Es importante determinar sobre la técnica, la motivación, la frecuencia, la destreza motriz, la supervisión, la ayuda si es menor de 7 años. Control de placa bacteriana acumulo y maduración de placa y valor predicativo de los índices de placa. Motivación del paciente y su medio familiar es importante para el cumplimiento de las medidas propuestas.

Experiencias Anteriores: La historia de caries: la cantidad de dientes obturados y perdidos nos da un valor predicativo de enfermedad que padeció el paciente, velocidad y progresión de la lesión o lesiones.

Factores antimicrobianos: Dentro de la cavidad bucal, existe cierto número de mecanismos protectores que controlan la invasión y las actividades de microorganismos potencialmente nocivos (27)

Factores Ambientales: Existencia de acueducto: lo que garantiza agua potable

Factores Culturales: Escolaridad: es importante el grado de estudio del escolar y de los padres, conocimiento dental, actitud positiva, uso regular de servicios de salud bucal y cuidados regulares, están íntimamente relacionados con la educación formal, creencias y costumbres, valores tradicionales, actitudes y comportamientos. La cultura de lactancia materna prolongada o el uso del biberón, el consumo de dulces. (28)

Factores Biológicos: Rasgos Genéticos: la presencia de discapacidades complica la posibilidad de realizar un buen cuidado de los dientes, como retrasos mentales, problemas músculo esqueléticos, etc. Enfermedades sistémicas que implican toma de medicamentos azucarados, disminuyen la salivación, la radioterapia. (28)

Tipos de caries dental:

Caries de esmalte

En esta etapa ya hay cavidad cariosa con pérdida de estructura de esmalte. Se puede ver a simple vista o la detecta el profesional a la inspección con instrumentos apropiados. Importante: "Sin bien aquí se debe hacer una restauración con un material adecuado, no es necesario anestesiarse el diente para trabajarlo debido a que el esmalte no tiene inervación (nervios) y por lo tanto no duele". (30)

Caries de esmalte y dentina sin afectación de pulpa dental:

Con compromiso de la dentina, que a diferencia del esmalte, ésta si esta innervada, por lo tanto para realizar la restauración de la pieza deberá anestesiarse la rama nerviosa correspondiente al diente involucrado. (30)

Caries de esmalte y dentina con afectación de pulpa dental:

Generalmente, cuando el proceso carioso llegó a afectar la pulpa (nervio central), la destrucción de la pieza ya es importante y requiere un tratamiento más invasivo (tratamiento de conducto y restauración posterior) o más radical (extracción de la pieza). Por este motivo, es que se impone la visita periódica con el Odontólogo, para que, en el caso que se esté iniciando un proceso carioso sea diagnosticado y tratado lo mas precozmente que sea posible. (30)

Etiología

- La teoría de la proteólisis: Gottlieb y colaboradores afirmaron que el proceso carioso se inicia por la actividad de la placa dentobacteriana, los microorganismos causales son proteolíticos, es decir, causan lisis o desintegración de proteínas. otros admiten que la proteólisis puede tener un papel en el proceso de caries, especialmente en las lesiones que se desarrollan sobre superficies radiculares expuestas. La proteólisis ocurre antes de la descalcificación ácida. (31)
- La teoría proteólisis-quelación: Schatz y colaboradores ampliaron la teoría proteolítica al agregar la quelación para explicar la destrucción del diente. Su causa se atribuye a dos reacciones interrelacionadas y

simultáneas: la destrucción microbiana de los componentes orgánicos del esmalte y la pérdida de apatita por disolución.(32)

- La teoría quimioparasitaria o acidógena: Esta teoría se anunció a fines del siglo XIX, y Miller se ocupó de comprobarla. De acuerdo con ella, la caries dental es un proceso quimioparasitario; es decir, es causada por los ácidos que producen los microorganismos acidógenos (productores de ácido de la boca al degradar los alimentos, en especial los hidratos de carbono). Esto hace que disminuya el pH de la placa dentobacteriana, lo que a su vez, aumenta la proliferación de microorganismos y la actividad acidógena, y después se descalcifica la molécula del esmalte y se forman cavidades. En el proceso se distinguen dos etapas: Descalcificación de los tejidos, Disolución del residuo descalcificado

- Teoría endógena: La teoría endógena sostiene que la caries es resultado de un trastorno bioquímico, el cual comienza en la pulpa y se mantiene en el esmalte y la dentina.

- La teoría del glucógeno o de Egyedi: sostiene que la sensibilidad a la caries se relaciona con alta ingesta de hidratos de carbono durante el desarrollo del diente, de lo que resulta un depósito excesivo de glucógeno y glucoproteínas en la estructura del diente.

Etiopatogenia:

Es el estudio de los factores causales que provocan el estado patológico, vigente en la actualidad para explicar cómo se instaura la enfermedad, es la triología etiológica de Keyes. Según ésta, para que se desarrolle la enfermedad son necesarios tres factores mantenidos en el tiempo: un huésped

susceptible, una microbiota cariogénica localizada en la placa bacteriana y un sustrato adecuado, suministrado por la dieta (32)

Microflora: Aunque la caries dental es de etiología polimicrobiana, determinados microorganismos, estreptococos del grupo mutans, lactobacillus y actinomyces, cobran un especial protagonismo:

- El grupo de los estreptococos mutans está formado por bacterias de siete especies diferentes entre las que destacan *S. mutans* y *S. sobrinus*, tienen la capacidad de utilizarla mucho más que cualquier otro microorganismo de la cavidad oral.
- De los lactobacillus, hoy día se sabe que tienen poca afinidad por la superficie del diente, por lo que no se les puede implicar en el inicio de la caries dental en superficies lisas. Están muy relacionados con la caries de dentina.
- Los actinomyces, sobre todo el viscosus, predomina en la capa que cubre las lesiones de la superficie de la raíz en dientes humanos (32).

Sustrato (dieta): Una dieta rica en azúcares va a favorecer el sustrato del que se abastecen los microorganismos de la placa, ya que presentan bajo peso molecular y la atraviesan con facilidad, localizándose en las zonas más profundas y condicionando la producción de ácidos. Aunque la sacarosa es el elemento más cariogénico, no debemos de olvidar que también lo son pero en menor grado, la maltosa, fructosa y sobre todo la lactosa. En relación con dieta y caries se encuentra:

- Un alto contenido de hidratos de carbono fermentables rápidos (azúcar y harina refinada).

- Disminución de comestibles que promuevan una dieta dura y aumento de la salivación.

Huésped (Diente): la morfología del diente (fisuras profundas), la forma del arco (apiñamiento, mal posición dentaria), la estructura y composición del diente (superficie de esmalte sin varillas, esmalte inmaduro), son factores a tener en cuenta, ya que estas circunstancias aumentan la susceptibilidad a la caries. La saliva o fluido bucal es una mezcla de secreciones procedente de las glándulas salivares mayores, menores y exudado gingival. La saliva tiene una composición que influye como elemento protector en la aparición de la caries. Pero la composición de la saliva va a variar dependiendo del flujo, la naturaleza y duración de la estimulación, la composición del plasma y la hora del día. (33)

Durante años se ha observado que las personas sometidas a dietas con elevado porcentaje de alimentos harinosos y azúcares tienden a sufrir destrucción que pueden oscilar entre moderada y grave. También se ha observado que los individuos sometidos a dietas principalmente formadas por grasas y proteínas presentan escasa o nula caries dental. Estas observaciones han mostrado la importancia de ciertos carbohidratos como agentes causales de caries dental. (33)

La mayoría de los investigadores concuerdan en que los ácidos producidos por las bacterias son un factor importante en la producción de lesiones cariosas incipientes. Otras han expresado la opinión de que la presencia de ácidos sobre la superficie dental, aunque no es directamente responsable de la caries, crea un medio favorable para otras enzimas etiológicas de la caries o contribuyen a ella, por ejemplo, las fosfatasas y las proteasas. Numerosos

estudios indican que la presencia de microorganismos en la boca es esencial para el comienzo de una lesión cariosa. (34)

Las deficiencias estructurales en la superficie del esmalte posiblemente predisponen a la caries dental a favorecer la acumulación de carbohidratos fermentables y microorganismos bucales acidógenos. Estas deficiencias pueden producirse ya sea en la etapa de formación de la matriz o en la mineralización. Asimismo la forma y posición dentaria son caracteres que influyen indirectamente sobre la existencia de caries dental, predisponiendo y aun favoreciendo la aparición y avance de lesiones en unos casos o representando en otros una verdadera resistencia natural a su desarrollo.

Se ha observado que el contenido de fluoruro del esmalte aumenta la resistencia del diente a la caries. El mecanismo de acción de los enjuagatorios de flúor, es la absorción de este por la superficie del esmalte, reduciendo su solubilidad a la acción de los ácidos. El efecto de remineralización ha sido considerado como el mecanismo más importante de reducción de caries, por el flúor. Aunque los microorganismos bucales y carbohidratos retenidos son factores etiológicos en la producción de caries dental, debe recordarse que cada uno de estos existe en un medio constantemente expuesto a saliva. Basándonos en esto, es concebible suponer que las propiedades físicas o químicas de la saliva pueden influir en la susceptibilidad a la caries dental. Es conocido que en aquellos casos en que el flujo normal de saliva se ve disminuido, puede producirse posteriormente destrucción dental rampante. (31-35)

Se ha identificado en la saliva de las personas inmunes a caries un agente bacteriolítico que no se encuentra en la saliva de personas susceptibles a la

caries. De manera similar, se ha demostrado que la saliva aumenta la permeabilidad capilar y tiene el poder de atraer leucocitos gracias a un mecanismo aún no comprendido. Además existen sustancias en la saliva, llamadas opsoninas, que vuelven a las bacterias más susceptibles a fagocitosis por leucocitos. Se ha informado que la saliva de personas inmunes a la caries dental es capaz de neutralizar cantidades considerables de ácido antes que la concentración de iones de hidrógeno se altere a un punto en que el esmalte se disuelva en cantidades apreciables. Ciertos informes concluyen que la capacidad amortiguadora de la saliva se debe principalmente a la presencia de bicarbonato y fosfato. Podemos concluir diciendo que estas dos propiedades químicas de la saliva pueden influir en el proceso cariogénico: su capacidad de amortiguación y la reactividad de ciertos iones inorgánicos, especialmente calcio y fosfato, con la superficie del esmalte

Otro factor importante es la higiene bucal y el control de la placa. Una buena higiene bucal puede prevenir completamente la caries. Los estudios demuestran que el sexo es otro factor predisponente; siendo las mujeres adultas en comparación con los varones, las que presentan un mayor número de piezas dentarias cariadas a pesar que el nivel de higiene bucal es mejor.

(36)

Esto se puede explicar por la temprana erupción de los dientes permanentes en las niñas, por lo tanto hay mayor exposición, otros atribuyen también a los cambios hormonales que se dan en las mujeres. Debemos señalar que la raza está influenciada por las diferencias culturales, socioeconómicas y posiblemente genéticas a la predisposición de caries;

siendo la raza negra la que presenta menor promedio de prevalencia, que las otras razas.

En la actualidad el índice más universalmente empleado es el índice CPOD (Cariado-Perdido-Obturado), introducido por Klein, Palmer y Knutson en 1938, cuando estudiaron la distribución de la caries dental entre los niños de Hagerstown, Maryland. Este índice se basa en el hecho de que los tejidos dentales duros no curan por sí mismos; estabilizando a la caries bajo niveles de cicatriz de algún tipo. El diente sigue cariándose y si es tratado, se le extrae u obtura. El CPOD es, por lo tanto, un índice irreversible, lo cual significa que mide la experiencia de la caries en el tiempo total de vida (37)

Índice usado en la medición de caries dental:

a) Índice CPOD (unidad diente): (cariado – perdido – obturado)

El índice CPOD resulta de la sumatoria de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados. El diagnóstico de surco profundo no se considera en este índice. Respecto de su empleo, pueden hacerse algunas consideraciones:

- Cuando el mismo diente esta obturado y cariado, se considera el diagnóstico más severo.
- Se considera diente ausente el que no se encuentra en la boca después de tres años de su tiempo normal de erupción.
- El tercer molar se considera ausente después de los 25 años, si no existe certeza de su extracción.
- La restauración por medio de corona se considera diente obturado.
- La presencia de raíz se considera pieza cariada.

- La presencia de selladores no se cuantifica.

b) Índice CEOD (unidad diente): (cariados –extraídos- obturados)

El índice CEOD es la sumatoria de dientes primarios cariados, con indicación de extracción y obturados. Respecto a su empleo, ténganse en cuenta que:

No se consideran en este índice los dientes ausentes.

La extracción indicada es la que procede ante una patología que no responde al tratamiento más frecuentemente usado.

La restauración por medio de una corona se considera diente obturado.

Cuando el mismo diente está obturado y cariado, se considera el diagnóstico más grave.

La presencia de selladores no se cuantifica. (38)

La principal diferencia entre el índice COPD y el CEOD, es que en este último no se incluyen los dientes extraídos con anterioridad, sino solamente aquellos que están presentes en la boca y son extracciones indicadas por caries dental solamente, no por otra causa.(38)

La OMS, la Federación Internacional de Odontología (FDI) y asociaciones odontológicas nacionales, establecieron una serie de objetivos para la salud oral en el año 2000. Estos objetivos relacionados con la caries dental eran los siguientes:

- Que el 50% de los niños entre 5 y 6 años de edad estén libres de caries.
- Que la media global no sea superior a un CAOD 3 en niños de 12 años de edad.

- El 85% de la población debería conservar todos los dientes a los 18 años de edad.
- Debería intentarse que el 75% de los adultos de 35-44 años, conservasen al menos 20 dientes.
- Debería intentarse que el 50% de los adultos de 65 o más años conservasen al menos 20 dientes.

Enfermedad Periodontal:

La enfermedad periodontal se conoce desde la antigüedad y en nuestro siglo, puede ser descrita, junto con la caries dental, como las más comunes de todas las enfermedades bucales. Ambos son causantes directos de la pérdida de dientes. La enfermedad periodontal se considera entre las afecciones más comunes del género humano; se dan en todo tipo de personas, independientemente de la edad o de su posición socioeconómica. Esta alcanza una elevada frecuencia en todo el mundo y afecta a casi toda la población con mayor o menor intensidad. Los estudios muestran que la enfermedad periodontal inflamatoria es un problema de salud importante. La naturaleza insidiosa de la enfermedad está indicada por la ocurrencia documentada de inflamaciones dentales leves en niños, aumentando en severidad en los adolescentes y los adultos jóvenes, con frecuente progresión hacia la pérdida parcial o completa de la dentición en la madurez o la vejez. La enfermedad periodontal en el paciente escolar y adolescente tiene una alta incidencia y prevalencia. Desafortunadamente no se le ha prestado tanta atención, debido a que se trata de altos índices de gingivitis y no de enfermedad periodontal destructiva. (39)

Cifras aportadas por la OMS (organización mundial de la salud), por encuestas realizadas en 35 países, revela que la gingivitis afecta en algún grado aproximadamente a la mitad de la población infantil y casi la totalidad de la población adulta. Las enfermedades periodontales ocurren a cualquier edad, son generalmente procesos muy lentos, y sus fases iniciales son comunes antes de la pubertad. A menos que se eliminen estas etapas tempranas, será inevitable, en años posteriores, el desarrollo de enfermedades periodontales degenerativas. La enfermedad periodontal inflamatoria crónica está muy difundida en los niños. (39)

Estudios epidemiológicos pusieron de manifiesto que el 80 a 90% de los niños presentaban enfermedad periodontal a los 15 años. Es inusual que los niños presenten formas avanzadas de la enfermedad. La forma más común de enfermedad periodontal en los niños es la gingivitis marginal. Esta no tiene consecuencias inmediatas, pero es indolora y no causa pérdida de la función. Pero si no se la trata, la gingivitis de los niños puede conducir a formas más destructivas de la enfermedad. Estudios en países donde la población tiene acceso y usa los servicios preventivos completos y atención dental, muestran una mejor higiene bucal y estado gingival. Los estudios de poblaciones que carecen de programas activos de higiene bucal o cuidados de salud dental, muestran gingivitis franca en todos los individuos y en casi todas las áreas de dentición a la edad de 14 años. La distribución y gravedad de la gingivitis alcanza el mayor grado antes e los 20 años y se mantiene una pequeña fluctuación de la gravedad a través de los años (40)

Dentro de las características específicas de los tejidos periodontales se cuenta con la presencia del epitelio de unión que es aquel que mantiene adherida la

enciá a la superficie del diente y el cual participa activamente en la respuesta del huésped, puesto que a través de él pasan las células del sistema de defensa hacia el surco gingival. Esta última estructura es también característica del periodonto y constituye una hendidura alrededor del diente, que a su vez aloja, según el grado de inflamación, diferentes cantidades de fluido gingival.

Este fluido es un transudado que además de barrer, es decir, ejercer una acción mecánica sobre los tejidos sulculares, se convierte en el medio de transporte de innumerables componentes tanto celulares como séricos hacia la saliva. (41)

Calculo dental:

El cálculo dental no es más que la biopelícula calcificada que se deposita sobre las superficies dentales, bien sean coronales o radiculares y podría llegar a considerarse como la etapa final de la formación de biopelícula. En sí no es considerado un factor etiológico de la enfermedad periodontal, sin embargo, es de suma importancia que el clínico sea capaz de detectarlo ya que en las bacterias que lo cubren permanecen en íntimo contacto con las superficies de los tejidos periodontales induciendo la enfermedad periodontal. El cálculo se adhiere a la superficie dental por medio de la interacción con la película adquirida y estableciendo una tabla mecánica con las irregularidades de la superficie. A nivel radicular puede estar en estrecho contacto con el cemento. (42)

Sus características clínicas son muy variadas y su color puede ir entre blanquecino y café oscuro de acuerdo con diferentes factores especialmente la dieta, hábitos de la persona porque los pigmentos contenidos en los alimentos

pueden determinar su coloración. Puede formarse en cualquier diente, pero se encuentran más frecuentemente en las caras libres de los dientes localizados en las áreas adyacentes a la salida de los conductos de las glándulas salivares, esto es en vestibulares de los molares superiores y en las caras linguales de los anteriores inferiores. (42)

De acuerdo a su localización con relación al margen gingival, se clasifican en supra y subgingivales; pero esto no influye significativamente en su composición y sus características microbiológicas. Aunque lo normal es que se encuentran simultáneamente, puede haber cálculo subgingival en ausencia de cálculo supragingival y viceversa.

Su diagnóstico es básicamente clínico pero en determinadas ocasiones la radiografías pueden ser de alguna utilidad

Están compuestas por materia orgánica e inorgánica en proporciones diferentes, el contenido orgánico e inorgánico es similar en los dos tipos de cálculo con variaciones a nivel de los cristales que componen la fracción inorgánica. La materia orgánica contiene principalmente polisacáridos, que probablemente proviene de las glicoproteínas salivares, proteínas, células epiteliales descamadas, leucocitos y diferentes microorganismo.

La porción inorgánica está representada por altos contenidos de fosfato de calcio, carbonato de calcio, fosfato de magnesio y otros minerales. Contiene además fósforo, calcio, magnesio, dióxido de carbono, sodio, zinc, cobre, flúor entre otros. En su parte inorgánica e diferencian 4 tipos de cristales: fosfato octocalcico, brushita y hidroxiapatita, cuyos porcentajes varían de acuerdo a las etapas de maduración. El cristal predominante es la hidroxiapatita que puede alcanzar el 58% del total de los cristales, seguido por la withlockita y el

fosfato octocalcico y finalmente por la brushita con solamente el 9%. En el cálculo subgingival las cantidades de withlockita son mayores y las de brushita y fosfato octocalcico son menores. (42)

Etiología:

- La gingivitis puede preceder y desarrollarse en la periodontitis, proceso grave que afecta no sólo 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.(43)

- Factores primarios :

La principal causa de la enfermedad periodontal es la infección bacteriana. Sin embargo, pequeñas cantidades son compatibles con la salud gingival y periodontal y algunas personas pueden convivir con grandes cantidades de placa durante largos periodos sin desarrollar periodontitis, aunque presenten gingivitis.

En escritos antiguos se describió la relación entre higiene bucal y enfermedad gingival. Actualmente hay numerosas pruebas que confirman esta idea .estas pruebas proceden de la observación clínica. Estudios epidemiológicos, investigación clínica y microbiológica y más recientemente investigaciones inmunológicas

El numero de bacterias en el surco gingival o en la bolsa periodontal inflamada es mayor que en el surco sano

En presencia de inflamación gingival o formación de bolsa periodontal

Estudios epidemiológicos de muchos grupos de población en diferentes zonas del mundo demuestran una relación directa entre la cantidad del

depósito de bacterias, medidas por índices de higiene bucal y la gravedad de la inflamación gingival

Los datos epidemiológicos muestran una relación directa entre el estado de la higiene bucal y el grado de destrucción periodontal, como indican las pruebas radiológicas de pérdida de hueso alveolar

La producción experimental de inflamación gingival por el abandono de cualquier forma de higiene bucal

En estudios epidemiológicos se ha demostrado que el control de la higiene bucal reduce la incidencia de gingivitis.

Los antibióticos tópicos o sistémicos reducen la inflamación gingival (44)

Factores secundarios

Pueden ser locales o sistémicos. Diversos factores locales en el entorno gingival predisponen a la acumulación de depósitos de placa e impiden su eliminación. Se denominan factores de retención de placa, los factores sistémicos o del huésped modifican la respuesta de las encías a irritación local.

- Entre los factores locales que causan esta afección pueden considerarse los siguientes: la placa microbiana, el cálculo dentario, la impactación de los alimentos y descuido de la cavidad bucal, restauraciones o prótesis mal elaboradas, la respiración bucal, la mal posición dentaria, la aplicación química de fármacos, etc. .
- Entre los factores sistémicos podemos considerar las alteraciones nutricionales, la pubertad, el embarazo, la diabetes, así como también otras disfunciones endocrinas

En su sentido más amplio, el término “enfermedad periodontal” se refiere a todos los procesos patológicos que afectan al periodonto. La forma predominante de enfermedad periodontal es un proceso destructor de avance lento debido a la inflamación crónica. Salvo unas pocas excepciones, la enfermedad periodontal se inicia en la encía marginal e interdentaria y progresa apicalmente (45).

La enfermedad periodontal es casi universal, suele ser bilateral, es fundamentalmente interdentaria y episódica en su progresión, esto significa que no comienza ni progresa a “ritmo constante”, por el contrario, presenta periodos de rápida progresión, intercalados con prolongados períodos de estabilidad o inactividad relativos. En los adultos, las lesiones establecidas evolucionan fácilmente a su estadio avanzado con pérdida de colágeno y migración apical del epitelio, siguiendo la superficie radicular y conduciendo a la formación de bolsas, mientras que en la mayoría de los niños el proceso se mantiene en su fase superficial. Hasta la pubertad parece existir una resistencia local frente a la afectación del ligamento periodontal y hueso alveolar. No todas las gingivitis conducen a periodontitis, sin embargo, si esta última se presenta, está precedida por la gingivitis; hasta ahora ningún dato sugiere que la periodontitis se desarrolle en ausencia de gingivitis. La lesión gingival es de evolución generalmente asintomática, crónica y reversible. Puede permanecer en estado crónico por tiempo indeterminado o evolucionar hacia un estado, con destrucción de los tejidos periodontales de soporte, que se denomina periodontitis. La gingivitis y la periodontitis son enfermedades que pueden contraer personas aparentemente sanas: constituyéndose en los trastornos periodontales más frecuentes. (46)

Gingivitis:

Es una inflamación que abarca solamente los tejidos gingivales próximos a los dientes. Microscópicamente se caracteriza por la presencia de un exudado inflamatorio y edema. El tipo más simple de gingivitis se denomina gingivitis marginal crónica y puede permanecer estacionaria por periodos indefinidos o preceder a la destrucción de las estructuras de soporte. Cuando se inflama el tejido gingival, lo primero en observarse es hiperemia. El color rosa pálido a rojo vivo, debido a la dilatación de los capilares, por lo que el contenido sanguíneo de estos tejidos aumenta enormemente. Esta hiperemia se asocia con edema; la encía intersticial se agranda, y la superficie aparece brillante, húmeda y tensa. La hemorragia al sondaje es fácilmente detectable y por lo tanto de gran valor para el diagnóstico precoz y la prevención de la gingivitis avanzada. Se ha demostrado que la hemorragia al sondaje aparece precozmente ante cualquier cambio en el color o en los signos visuales de la inflamación; en términos generales, la visualización de la hemorragia, más que los cambios del color, diagnostica la inflamación gingival incipiente. La hemorragia es crónica o recurrente y está provocada por un trauma mecánico como el cepillado, palillo de dientes o impactación alimenticia, por masticación de alimentos sólidos, como manzanas. La gingivitis grave es relativamente rara en niños, habida cuenta de que numerosos estudios mostraron que una gran parte de la población infantil tiene gingivitis leve reversible (47)

Periodontitis:

La periodontitis comúnmente se presenta en los adultos, no es muy frecuente en adolescentes y adultos jóvenes, aún cuando es posible que se desarrolle durante los dos primeros decenios de vida; hacia el tercer y cuarto,

su ocurrencia aumenta de modo significativo (gran parte de la población padece de periodontitis moderada y otra de periodontitis grave). La periodontitis puede definirse como una inflamación que afecta la unidad gingival (encía y mucosa alveolar) y que se extiende al ligamento periodontal, hueso alveolar y cemento. La periodontitis implica pérdida de la inserción clínica y destrucción ósea visible en las radiografías. Desde el punto de vista clínico, la transformación de gingivitis a periodontitis refleja progresión histopatológica de la lesión periodontal. La inflamación crónica de la encía, la formación de bolsas y la pérdida ósea acompañan normalmente a la periodontitis simple. La movilidad dentaria y la migración patológica aparecen en casos avanzados. Esta enfermedad puede estar localizada en un diente único o en un grupo de dientes o ser generalizada en toda la boca en función de la distribución de los factores etiológicos. (48)

Índice Periodontal comunitario:

En 1977, la Organización Mundial de la Salud (OMS) nombró un comité de expertos a fin de revisar los métodos disponibles para valorar el estado periodontal y las necesidades de tratamiento. El índice periodontal resultante fue el Índice periodontal comunitario (49).

Valora la presencia o ausencia de hemorragia gingival con un sondeo cuidadoso, la presencia o ausencia de cálculo supra o sub-gingival, así como la presencia o ausencia de bolsas periodontales, subdivididas en superficiales y profundas. Una sonda periodontal con un extremo esférico de 0.5mm y graduaciones correspondientes a las bolsas superficiales y profundas, se diseñó especialmente con el fin de sondear la hemorragia y el cálculo y

determinar la profundidad de las bolsas. En los casos de poblaciones infantiles (incluyendo pacientes en dentición mixta), este índice sólo medirá la presencia de sangrado y cálculo, y no la presencia de bolsas periodontales; esto debido a que, sondajes mayores de 3 ó 4mm, se podrían deber al proceso de erupción de las piezas dentarias permanentes. Por esta misma razón, sólo se examinarán las piezas 1.6, 1.1, 2.6, 3.6, 3.1 y 4.6.(49)

Higiene bucodental en la niñez:

La higiene oral es un hábito aprendido desde la infancia y transmitida por los padres por primera vez, en especial la madre, quien es el primer modelo de comportamiento en esta etapa. El cepillado dental forma parte de la higiene oral, y en base a estudios realizados se recomienda realizarlo dos veces al día desde la erupción dentaria en un infante. (50)

Los expertos coinciden en señalar que los hábitos adquiridos durante las edades más tempranas son críticos para mantener una buena salud a lo largo de la vida. Los padres deben animar a sus hijos a cepillarse regularmente usar hilo dental. Al mismo tiempo hay que enseñar las técnicas de cepillado adecuadas, para ello se pueden utilizar cepillos de dientes de tamaño más pequeño y cerdas blandas desde el momento que comienzan salir los dientes (50-51)

Maloclusiones

La incidencia de maloclusiones varía notablemente en los distintos países del mundo en las sociedades primitivas y aisladas hay menor variación en los patrones individuales que la observada en poblaciones más heterogéneas. El

apiñamiento dental y el mal alineamiento son raros en casi todas las poblaciones primitivas. Esta variación entre grupos modernos y primitivos ha sido atribuida al efecto de la selección natural, y a factores ambientales. (52)

Al presente debemos concluir de ello que simplemente no sabemos porque el aumento de las maloclusiones acompaña al desarrollo de una sociedad. La tasa informada de maloclusiones es mayor en los países desarrollados que en los primitivos y aparece como más alta en los Estados Unidos que en cualquier otra parte. Los resultados epidemiológicos sobre la incidencia y prevalencia de maloclusiones arrojan resultados muy disímiles. Por medio de análisis masivo que se emplean para conocer los problemas de salud que afectan a la colectividad, se conoce la prevalencia existente, la cual oscila entre cifras tan bajas como el 24.25% y tan altas como el 95.9%, resultados que fueron encontrados en investigaciones realizadas en diferentes países. Al observar los resultados anteriores se concluye que el fenómeno puede deberse a que hay variaciones grandes en su incidencia entre distintas poblaciones o razas. Sin embargo, la gran variabilidad parece explicarse más por la falta de unos claros criterios de definición de maloclusión. Tradicionalmente se ha utilizado la clasificación de Angle como sistema de diagnóstico de maloclusiones. (52)

Las maloclusiones son consideradas, según la OMS, como uno de los denominados problemas de salud y ocupan el tercer lugar entre las enfermedades bucales más frecuentes. Un alto porcentaje de la población de nuestro país tiene algún tipo de maloclusión.

Necesidad de tratamiento

Los criterios para la necesidad de tratamiento son:

0. No necesita tratamiento. Se usará cuando el diente esté sano o cuando se estime que el diente no puede o no debe recibir ningún tipo de tratamiento, ni la extracción.

1. Agente cariostático o sellador de fisura.

2. Obturación de una sola superficie.

3. Obturación de dos o más superficies.

Los códigos 1,2 y 3 se deben usar cuando se requiera:

- Tratar una caries.
- Reparar daño por traumatismo.
- Tratar un diente decolorado, un compromiso pulpar o, defecto de desarrollo.
- Reemplazar obturaciones insatisfactorias.

4. Corona o pilar de puente.

5. Póntico. La parte del puente que reemplaza al diente perdido.

6. Tratamiento pulpar. Se utilizará este código en un diente que probablemente necesita tratamiento pulpar, debido a la profundidad y tamaño de la caries o por traumatismo del diente, antes de restaurarlo con una obturación o corona.

7. Extracción. La indicación para extracción dependerá de las posibilidades de tratamiento (55)

2.3 Definiciones de términos básicos

Cepillado dental: El cepillado dental se considera una forma de aplicación tópica de fluoruros.

Encías: Son aquellas que rodean a los dientes en la base de su corona e impermeabilizan a la raíz del diente.

Esmalte dental: Es la parte más superficial del diente y la que se encuentra en contacto con el ambiente oral. Actúa como una cubierta protectora de las estructuras internas dentales.

Estreptococos mutans: Se considera como el factor etiológico más importante de la caries dental en el hombre.

Flujo salival: Actúa contra los gérmenes que existen en el medio oral con su efecto de arrastre y el moco secretado por tejidos mucosos, que impide mecánicamente la unión de los gérmenes a esas superficies

Higiene oral: La higiene oral se define como todo mecanismo físico-químico capaz de limpiar los tejidos orales y de esta manera prevenir las más frecuentes enfermedades en la cavidad oral.

Película adquirida: Después de la erupción del diente, el esmalte dental estará cubierto externamente y de una manera uniforme por una película amorfa, adquirida.

Placa bacteriana: Es una masa blanda, tenaz y adherente de colonias bacterianas en la superficie de los dientes, encías, lengua y otras superficies bucales.

Patología bucal: La patología bucal afecta a más del 95% de la población produce problemas locales, repercusiones estéticas y enfermedades sistémicas.

Saliva: Es el fluido protector natural que protege a las estructuras de la cavidad oral contra la actividad de los gérmenes que habitan en ella.

OMS: Organización Mundial de la Salud

MINSA: Ministerio Nacional de salud

CPOD: caridos – perdidos - obturados

CEOD: caridos – extraídos - obturados

CAPITULO III

PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

3.1 Análisis de tablas y gráficos

Con la información obtenida de la tabla de la ficha de recolección de datos y de la matriz correspondiente, se tabularon y se ingresaron en el programa SPSS versión 21, para análisis estadístico.

Los resultados estadísticos se obtuvieron en tablas y gráficos que contenían datos directamente sobre la relación que existe entre las enfermedades bucales y la necesidad de tratamiento

El análisis y discusión de los resultados se realizaron con las bases teóricas y con los antecedentes de estudios de investigación consultados.

Por lo tanto para evitar un sesgo estadístico se optó por aplicar las pruebas no paramétricas en el presente estudio.

- Prueba del chi cuadrado

Tabla N°01

IHOS - Necesidad de Tratamiento

Tabla de contingencia

		Necesidad de Tratamiento						
		Boca Sana con Tto. Preventivo	Boca Sana con Plan de Preventivo Básico	Plan Preventivo Adicional en un cuadrante	Plan preventivo Adicional + restauración en 2 cuadrantes	Plan preventivo Adicional + restauración en tres cuadrantes	Total	
IHO Sano	Recuento	0	1	0	0	0	1	
	% del total	,0%	2,0%	,0%	,0%	,0%	2,0%	
1/3 superficie	Recuento	10	8	9	8	4	39	
	% del total	20,0%	16,0%	18,0%	16,0%	8,0%	78,0%	
+2/3 superficie	Recuento	1	0	3	3	3	10	
	% del total	2,0%	,0%	6,0%	6,0%	6,0%	20,0%	
Total	Recuento	11	9	12	11	7	50	
	% del total	22,0%	18,0%	24,0%	22,0%	14,0%	100,0%	

Fuente: ficha de recolección de datos

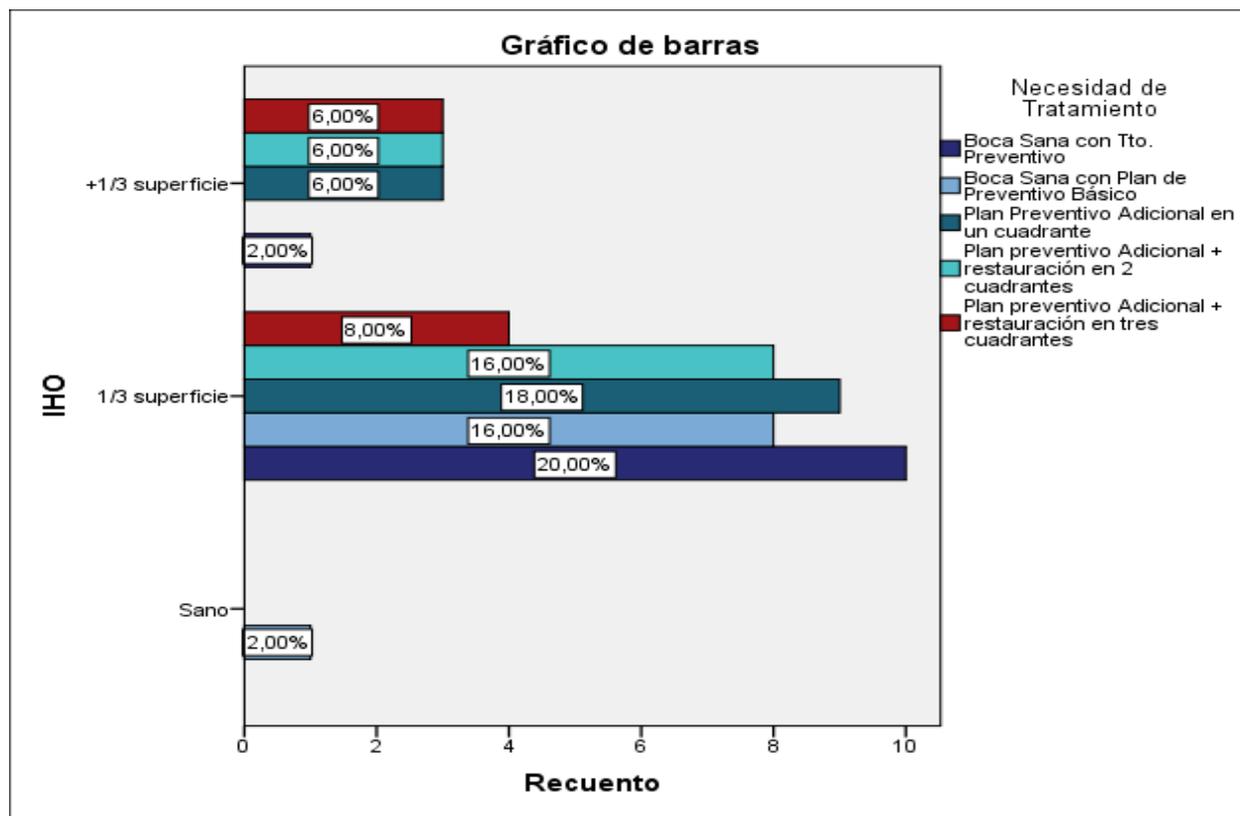
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,095 ^a	8	,258
Razón de verosimilitudes	10,464	8	,234
Asociación lineal por lineal	4,718	1	,030
N de casos válidos	50		

a. 10 casillas (66.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .14.

GRÁFICO N° 01

IHOS – Necesidad de Tratamiento



Fuente: Ficha de recolección de datos

ANÁLISIS: De acuerdo a la tabla N° 01 se afirma que no existe relación significativa entre el índice de higiene oral y la necesidad de tratamiento porque son totalmente independientes ya que del 100% de estudiantes el 78% de escolares tienen una mayor tendencia a presentar un IHOS “regular” de los cuales como se observa en el gráfico N° 01 el 58% de ellos requieren tratamientos básicos e invasivos (restauraciones en varios cuadrantes) y el 20% boca sana con tratamiento preventivo, el otro 20% presentan un IHOS malo de los cuales todos requieren tratamientos profilácticos y restaurativos en varios cuadrantes, solo el 2% presentan una boca totalmente sana por lo cual se puede concluir que los estudiantes de la I.E Divino Jesús no tienen una adecuada instrucción o técnica adecuada de cómo realizarse una buena higiene bucal.

Tabla N° 02

CPOD/CEOD (agrupado) - Necesidad de Tratamiento

Tabla de contingencia

		Necesidad de Tratamiento						Total
		Boca Sana con Tto. Preventivo	Boca Sana con Plan de Preventivo Básico	Plan Preventivo Adicional en un cuadrante	Plan preventivo Adicional + restauración en 2 cuadrantes	Plan preventivo Adicional + restauración en tres cuadrantes		
CPOD/ CEOD agrupado	Muy Bajo	Recuento	3	1	2	0	1	7
		% del total	6,0%	2,0%	4,0%	,0%	2,0%	14,0%
	Bajo	Recuento	3	3	2	0	0	8
		% del total	6,0%	6,0%	4,0%	,0%	,0%	16,0%
	Moderado	Recuento	2	1	5	1	1	10
		% del total	4,0%	2,0%	10,0%	2,0%	2,0%	20,0%
	Severo	Recuento	2	2	1	4	5	14
		% del total	4,0%	4,0%	2,0%	8,0%	10,0%	28,0%
	Muy severo	Recuento	1	2	2	6	0	11
		% del total	2,0%	4,0%	4,0%	12,0%	,0%	22,0%
Total		Recuento	11	9	12	11	7	50
		% del total	22,0%	18,0%	24,0%	22,0%	14,0%	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

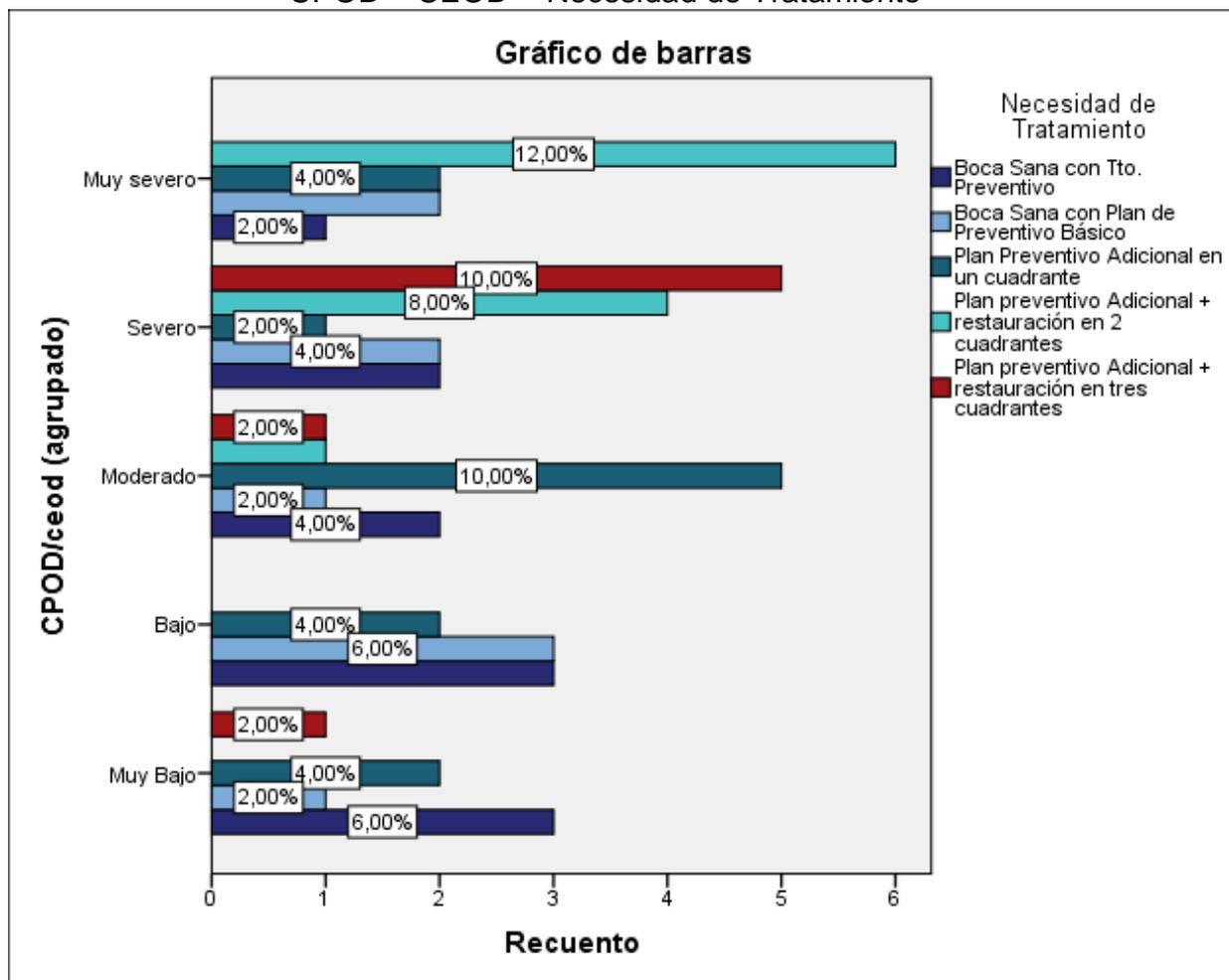
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	27,404 ^a	16	,037
Razón de verosimilitudes	30,015	16	,018
Asociación lineal por lineal	6,364	1	,012
N de casos válidos	50		

a. 25 casillas (100.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .98

GRAFICO N° 02

CPOD – CEOD - Necesidad de Tratamiento



Fuente: Ficha de recolección de datos

ANALISIS: De acuerdo a la tabla N° 02 entre las variables CPO-D - CEO-D la necesidad de tratamiento si existe una relación o asociación significativa, como se puede ver el grafico N°02 del 100% de los 50 niños estudiados más del 70% presentan índices de CEOD (3.08) entre los cuales se distribuyen 20% casos moderados, 28% severos y el, 22% muy severos requiriendo tratamiento dentales preventivos básicos e invasivos(restauraciones en varios cuadrantes) y el 30% presentan un CPOD bajo (1,09) pero también requiriendo servicio denta

Tabla N° 3

Edad – Necesidad de Tratamiento

Tabla de contingencia Edad * Necesidad de Tratamiento

		Necesidad de Tratamiento					Total
		Boca Sana con Tto. Preventivo	Boca Sana con Plan de Preventivo Básico	Plan Preventivo Adicional en un cuadrante	Plan preventivo Adicional + restauración en 2 cuadrantes	Plan preventivo Adicional + restauración en tres cuadrantes	
Edad 4	Recuento	5	5	5	2	5	22
	% del total	10,0%	10,0%	10,0%	4,0%	10,0%	44,0%
5	Recuento	2	1	4	2	2	11
	% del total	4,0%	2,0%	8,0%	4,0%	4,0%	22,0%
6	Recuento	4	3	3	7	0	17
	% del total	8,0%	6,0%	6,0%	14,0%	0%	34,0%
Total	Recuento	11	9	12	11	7	50
	% del total	22,0%	18,0%	24,0%	22,0%	14,0%	100,0%

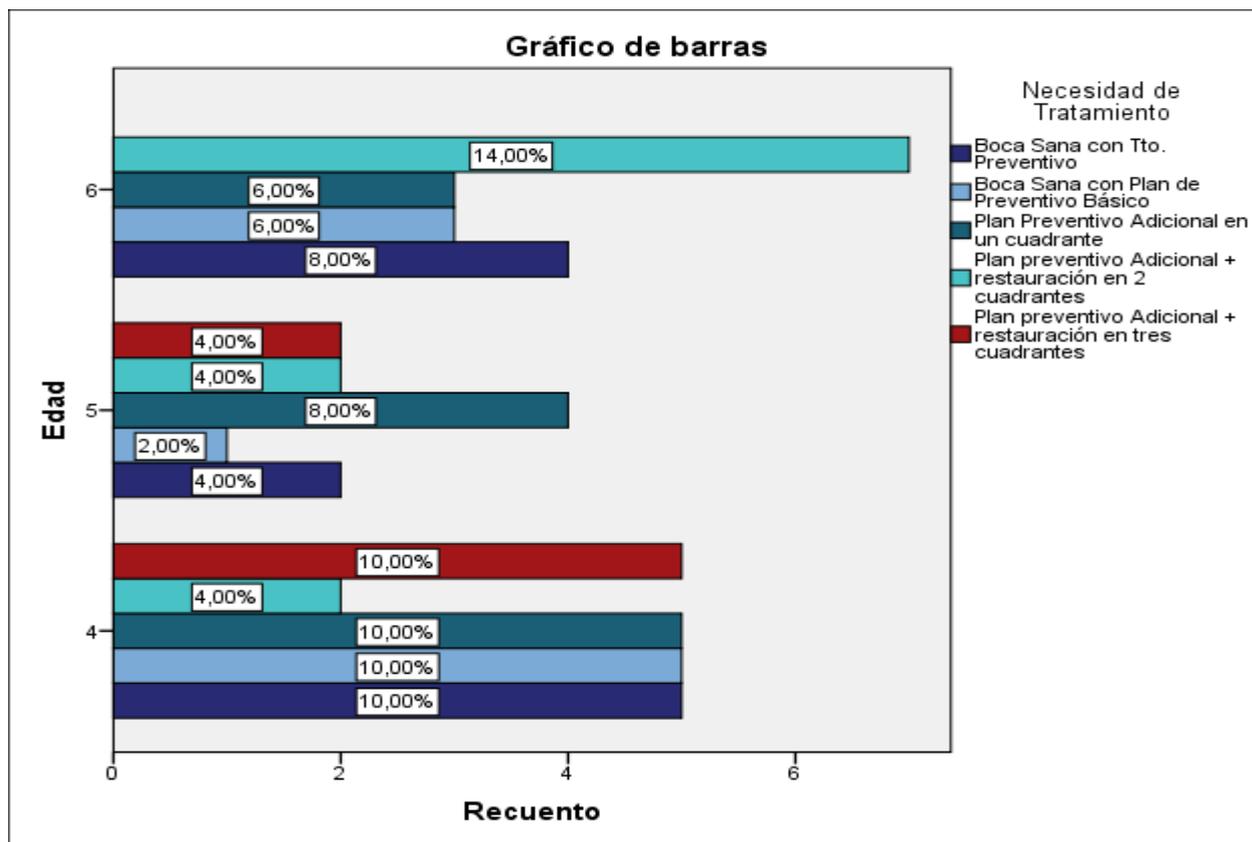
Ficha de recolección de datos

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,152 ^a	8	,255
Razón de verosimilitudes	12,250	8	,140
Asociación lineal por lineal	,036	1	,850
N de casos válidos	50		

GRÁFICO N° 03

Edad – Necesidad de Tratamiento



Fuente: ficha de recolección d datos

ANÁLISIS: De acuerdo a la tabla N°03 se afirma que las variables edad y la necesidad de tratamiento son totalmente independientes ya que no existe relación significativa entre ambas, porque no necesariamente a mayor edad mayor es la necesidad de tratamiento ya que del 100% de los 50 niños que fueron la muestra se observa una mayor tendencia de necesidad de tratamiento en los escolares de 4 años que conforman el 44% de los cuales como se observa en el grafico N° 03 el 34% requieren tratamientos preventivos básicos y restauraciones en varios cuadrantes , solo el 10% tienen la boca; le sigue los niños de 6 años con el 36% que también requieren tratamientos preventivos e invasivos y los que menos necesidad de tratamiento dental requieren son los niños de 5 años.

Tabla N° 4

Nivel de Conocimiento - Necesidad de Tratamiento

		Necesidad de Tratamiento					Total	
		Boca Sana con Tto. Preventivo	Boca Sana con Plan de Preventivo Básico	Plan Preventivo Adicional en un cuadrante	Plan Adicional + restauración en 2 cuadrantes	Plan preventivo Adicional + restauración en tres cuadrantes		
Puntaje de Conocimientos (agrupados)	Malo	Recuento	11	9	11	10	7	48
		% del total	22,0%	18,0%	22,0%	20,0%	14,0%	96,0%
	Regular	Recuento	0	0	1	1	0	2
		% del total	,0%	,0%	2,0%	2,0%	,0%	4,0%
Total		Recuento	11	9	12	11	7	50
		% del total	22,0%	18,0%	24,0%	22,0%	14,0%	100,0%

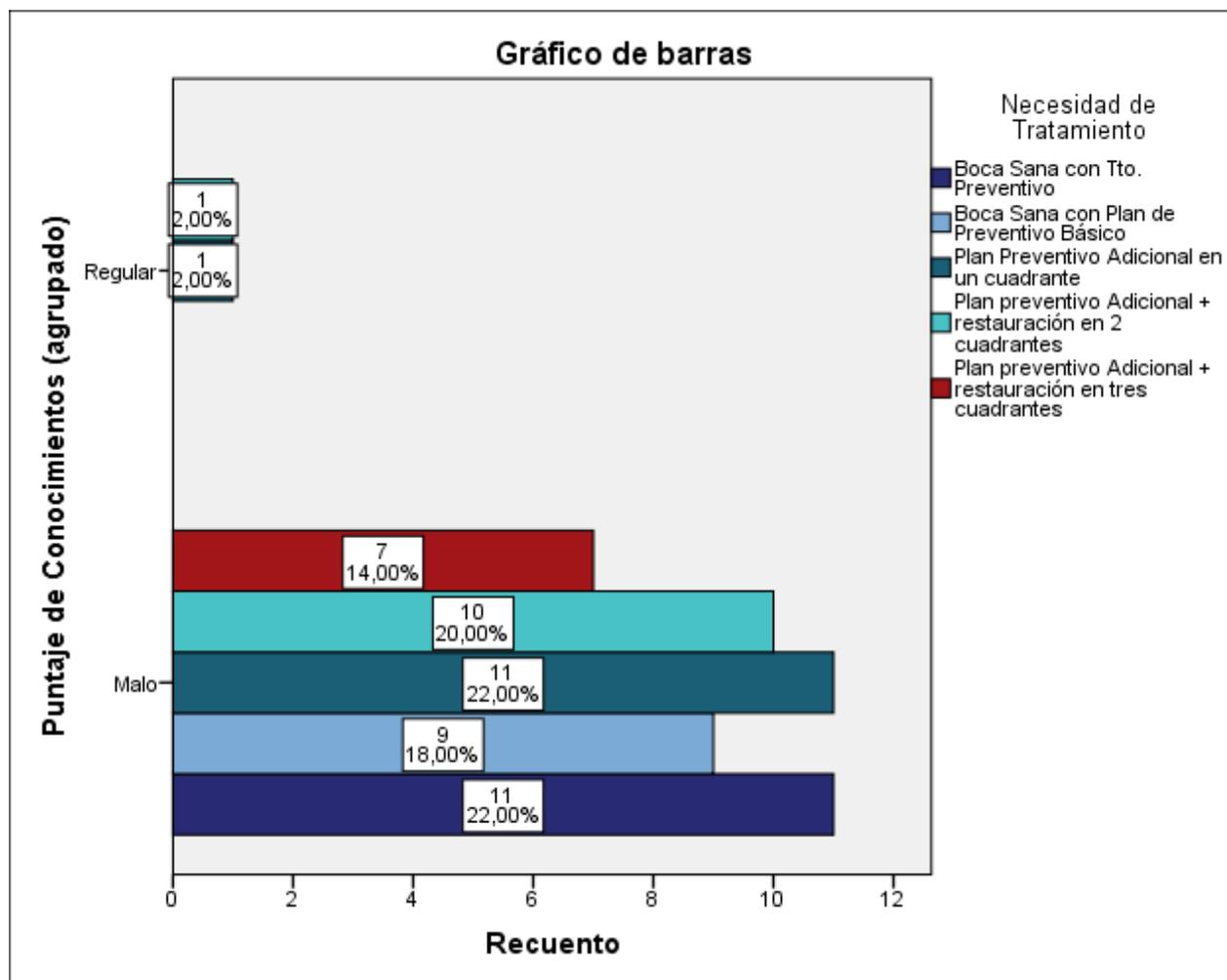
Fuente: ficha de recolección de datos

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,454 ^a	4	,653
Razón de verosimilitudes	3,208	4	,524
Asociación lineal por lineal	,430	1	,512
N de casos válidos	50		

a. 5 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .28.

GRAFICO N° 04

Nivel de Conocimiento – Necesidad de Tratamiento



Fuente: Ficha de recolección de datos

ANALISIS: De acuerdo a la tabla N°04 se afirma que no existe relación o asociación significativa entre el nivel de conocimiento y la necesidad de tratamiento debido a que este no está condicionado a la necesidad de servicio son totalmente independientes a pesar que del 100% de las 50 madres de familia que realizaron el cuestionario el 96% de ellas su nivel de de conocimiento es malo y solo el 4% presentan un nivel de conocimiento regular por lo cual podemos afirmar que las madres de familia de I.E divino Jesús no tienen conocimientos sobre las enfermedades bucales debido a que su grado de instrucción es muy bajo.

3.2. Discusión

Las enfermedades bucales, aceptadas como las más prevalentes en toda la humanidad son la caries dental, la enfermedad periodontal.

La higiene oral es un hábito aprendido desde la infancia y transmitida por los padres por primera vez, en especial la madre, quien es el primer modelo de comportamiento en esta etapa. El cepillado dental forma parte de la higiene oral, y en base a estudios realizados se recomienda realizarlo cuando comience la erupción dentaria en un infante .Al no tener una buena higiene oral, las superficies de nuestros dientes están expuestas a la colonización de microorganismos, potencializando el riesgo de desarrollar patologías o enfermedades infecciosas periodontal según esto el Índice de Higiene Oral simplificado (IHOS), aplicado y que midió la placa dental presente en la superficie de los dientes de los alumnos de la I.E Divino Jesús donde se obtuvo un resultado de 1.2 dando por concluido que la mayoría de los escolares presentan un IHOS “regular a malo”. Estos hallazgos coincidieron con los resultados obtenidos por Alemán M (14) realizó un estudio comparativo entre alumnos de 7 y 12 años donde obtuvo un IHOS 1.5, Santillana C (12) realizó un estudio sobre higiene bucal obteniendo un IHOS 1.2, Morilla (11) estudió 2 instituciones educativas en edades de 6-12 años obteniendo un IHOS 2. 9, al igual que Salas (17) quien realizó su investigación en niños de 3- 6 y 12 obteniendo un IHOS de 3.3, estos índices de Higiene Oral que van de “regulares a malos” se pueden explicar por el desconocimiento y la ausencia de prácticas de higiene oral adecuadas de parte de los padres de familia y de los alumnos, y gran parte de mi muestra estudiada principalmente

en los niños y niñas de 6 años presentan inflamación gingival por estar en el proceso de erupción (40%)

La prevalencia de caries dental encontrada en el presente trabajo de investigación son de casos severos y muy severos y con mayor frecuencia en niños y niñas de 4 y 6 años con porcentajes de 22% y 28% respectivamente, estos hallazgos coinciden con los resultados del investigador Salas Q.J.E (17), quien encontró mediante su estudio mayor prevalencia de caries dental en niños y niñas de 6 años con un 75.34% en zonas urbanas, sin embargo Medina (13) quien durante su estudio obtuvo una prevalencia de caries dental de 90% afirmando que esta iba aumentando según la edad iba avanzando cabe recalcar que su población fue de 5 – 74 años de edad.

El CEOD encontrado en el presente trabajo fue de 3,80 (“moderado según la OMS) en edades de 4-5 y 6 años estos hallazgos coincidieron con los investigadores Alemán M (14), donde su resultado fue de 4.70 y 3.90 en zona urbana y zona rural respectivamente, Santillán C (12) 7.21 y Salas Q.J.E (17) 2.85 todos ellos obtuvieron índices CEOD (“moderados-malos”) debido, al desconocimiento por parte de la muestra estudiada, acerca de medidas de prevención, de una a adecuada higiene oral y una buena dieta no cariogénica debido a que son muy pequeños para tener un buen manejo de técnica de cepillado, y muchas veces la madre no tiene el conocimiento adecuado para ayudarlos y en los colegios no se promueve la prevención de la salud oral. Estos resultados difieren totalmente con lo que dice la Federación Internacional de Odontología (FDI) y asociaciones odontológicas nacionales, establecieron una serie de objetivos para la salud oral que el 50% de los niños entre 5 y 6 años de edad estén libres de caries

CPOD obtenido fue de 1.44 (bajo según OMS). Estos hallazgos coincidieron con los obtenidos por, Méndez G.D y COL (8) quien realizó un estudio de la prevalencia de caries dental en edades de 6 años obteniendo un CPOD de 1.66, Morilla A (11) quien también realizó su estudio de prevalencia de caries dental y enfermedad periodontal pero en 2 instituciones educativas entre las edades de 6 a 12 años obtuvo un CPOD de 1.05 y, Salas Q.J.E (17) hizo su estudio en niños de 3- 6 y 12 años obtuvo un CPOD de 0.84; estos índices CPOD “bajos” se puede explicar por el corto tiempo que llevan las piezas permanentes erupcionadas en boca en el momento de la evaluación debido a que son niños de 4- 5 y 6 años que están en pleno proceso de erupción y la lesión cariosa se establece en el tiempo. Sin embargo hay autores que difieren con los hallazgos del presente trabajo como de Alemán (14) quien realizó su estudio en niños de 7 a 15 años obteniendo un CPOD de 3.38, Santillán (12) realizó su estudio en relación al higiene bucal con el estado nutricional del niños obteniendo un CPOD de 4.12, todos ellos obtuvieron CPOD elevados debido a que cuando realizaron el examen clínico los diente permanente llevaban muchos más tiempo en boca para que se pueda originar un proceso carioso en ellos. Con respecto a esto vascones los confirma diciendo que la caries no es un proceso continuo de desmineralización sino un proceso de frecuencia intermitente con periodo de activación e inactivación y es el resultado de la sumatoria de estos procesos.

Con respecto al autor de La Torre Gálvez María,(15) quien realizó una investigación sobre el grado de conocimiento acerca de la higiene bucal en 40 mujeres gestantes, en el cuestionario aplicado, se encontró que el 85% se encuentra mal informado, esto no difiere mucho nuestros hallazgos en el

presente trabajo ya que el nivel de conocimiento obtenido por las madres de familia de la IE Divino Jesús sobre enfermedades bucales es “malo” más del 96% de ellas desconoce el tema y solo 4% tienen un nivel de conocimiento regular, sin embargo Arias Arce, C. N (16), realizó un estudio donde evaluó el nivel de conocimiento de medidas preventivas de salud oral a 263 personas, el nivel de conocimiento obtenido fue el de mediano, con un 87,1% el pudo establecer que en la mayoría de las gestantes prevalecía el grado de instrucción superior y así mismo, determinó que existe una estrecha relación entre el nivel de conocimiento y el grado de instrucción es por eso que yo concluyo que en mis hallazgos se encontró un mal nivel de conocimiento debido a que el grado de instrucción es muy bajo

3.3. Conclusiones

1. Se concluyó que existe una relación significativa entre las variables de CPOD-CEOD y la necesidad de tratamiento tanto estadísticamente como descriptivamente. Sin embargo, no existe relación o asociación entre el índice de higiene oral y la necesidad de tratamiento estadísticamente a pesar de que más del 78% de escolares presenta un IHOS regular a malo.
2. La hipótesis planteada de que la enfermedad periodontal era más prevalente en los niños de 6 años, es rechazada absolutamente debido a que no existe una relación significativa entre ambas, además porque durante el examen clínico se encontró una inflamación gingival marginal en ambos sexos, sobretodo en edades de 5 y 6 años debido a que se encuentran en pleno proceso de erupción dental.
3. Se rechaza la hipótesis planteada “a mayor edad, mayor es la necesidad de tratamiento” porque no hay relación significativa entre ambas debido a que las enfermedades bucales son multifactoriales y pueden afectar a cualquier persona y cualquier edad ya sea su posición social o cultural.
4. Se rechaza la hipótesis que la caries dental afecta más a los niños y niñas de 6 años, a pesar que se encontró una relación significativa entre ambas, se comprobó descriptivamente que los más afectados son los escolares de 4 años por la falta de una buena instrucción o técnicas adecuadas de higiene bucal
5. Se concluye que el nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales de las madres de familia de la I.E Divino Jesús es bajo debido a que su grado de instrucción de estas es muy inferior

3.4. Recomendaciones

1- A los directivos de la I.E que, para que complementen dentro de sus programas educativos, con sesiones educativas sobre salud oral para así desde pequeños fomentarles lo que prevención bucal.

2- A los padres de familia, que tengan mucho más cuidado y precaución sobre la higiene bucal de sus hijos para evitar consecuencias a largo plazo.

3- A la directora de la I.E N°20017 Divino Jesús, desarrollar programas educativos para padres de familia o apoderados de los niños que conformaron la población de estudio, para poder enseñarles medidas de prevención e higiene oral.

4- A los directivos y docentes incentivar y poner en práctica el cepillado dental en los niños después de los recreos para que así los niños crezcan y se eduquen con esas costumbres sobre realizar la higiene bucal después de comer.

5- Que la I.E Divino Jesús fomente la promoción (educación oral) y prevención de salud oral para minimizar el nivel de desconocimiento por parte de los padres de familia acerca de las temas como enfermedades bucales que pueden afectar a sus menores hijos.

3.5. Fuentes de información

1. Vicente lazarnos santos-higiene dental.-2 Edición- Editorial médica lationamerica-2006
2. Ministerio de salud (MINSA) “prevalencia nacional de caries dental, fluorosis del esmalte y urgencia de tratamiento en escolares de 6 a 8, 10, 12 y 15 años, Perú. 2001 2002.” pp. 18-32. minsa. 2005
3. Promoción de la salud. glosario. organización mundial de la salud (oms). pp. 80-85. ginebra.2014
4. Minaya T.H.G. “prevalencia de maloclusiones en niños de 8 a 12 años del distrito de carmen de la legua – callao”. tesis unmsm. lima – Perú.
5. Fernando Escobar Muñoz- odontología Pediátrica – 2 Edición- Editorial médica lationamerica-2006
6. 6-Escobar-Paucar G; Ramirez-Puerta B; y Col. Experiencia de caries dental en niños de 1- 5 años de bajos ingresos. Medellín. Colombia. Rev.CES Odontología. 22 (1) 21-28,2009
7. Quiñones E., Ferro P., Martínez H., Rodríguez Y., Relación del estado de salud bucal con algunos factores socioeconómicos en niños de 2-5 años. Revista Archivo Medico de Camagüey, La Habana Cuba, 10(1); 2006
8. Méndez Goncalves, Goris y col. “prevalencia de caries dental en escolares de 06 a 12 años de edad del municipio de antolín del campo, estado de nueva esparta - venezuela”. revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatria. vol.1, pp. 35-38. edición 2003
9. Misrachi C., Sáez M.; “Cultura popular en relación a la salud bucal, en sectores urbano marginales”; Enfoques en atención primaria; 5(1), 13- 19, 1990

10. B.; Torres L.; Perfil Bucodental de los niños matriculados en el grado Preescolar, Área urbana del municipio de Caldas, 1999. Rev. Fac. De Odontología U de A. Vol. 11 N° 2- Primer semestre 2000.
11. Morilla S.A. Perfil epidemiológico de las enfermedades bucales mas prevalentes en escolares de 6 a 12 años en la i. e. santa cruz y pedro r.". tesis pre-grado. chimbote-perú. 2008.
12. Santillan C. A.R. "perfil de salud bucal y su relación con el estado nutricional de niños de 6 a 10 años. distrito el porvenir – trujillo – Perú". tesis unmsm. lima – Perú. 2007.
13. Medina C., Cerrato J. Herrera M., Perfil epidemiológico de la caries dental y enfermedad periodontal, en Nicaragua, año 2005. universitas, volumen 1, año 1, 2007.
14. Alemán S.J. "estudio epidemiológico comparativo de salud oral en niños escolares de 7 y 12 años de edad en una población urbana y rural de la provincia de Huancayo, departamento de Junín". Tesis- lima – Perú 2005.
15. La Torre Galvez, María. Realizó un estudio con la finalidad de conocer el grado de conocimiento de la gestante acerca de la higiene bucal en el recién nacido. Para la elaboración de este estudio se tomó una muestra de 40 mujeres gestantes- tesis lima –peru 2001
16. Arias Arce, C. N Realizó un estudio de tipo transversal, descriptivo, observacional y retrospectivo, teniendo como propósito evaluar el nivel de conocimiento de medidas preventivas de salud oral en un grupo de 263 gestantes –tesis –lima-peru 2000
17. Salas Q. J. E." La prevalencia y estado de higiene bucal en niños de edades comprendidas entre los 3, 6, 12 años del Dpto. de Piura"

18. Vidal G. "Prevalencia de caries dental en poblaciones escolares de las comunidades de Ticapampa y Catac del departamento de Ancash en el año 1999". *tribuna estomatológica* vol. 2. pp. 26-28. setiembre 2001
19. Organización Mundial de la Salud (OMS). "Vigilancia y evaluación de la salud bucodental – Informe de un comité de expertos". pp. 80-85. Ginebra. 2009
20. Delgado D.E "Perfil epidemiológico de las enfermedades bucales más prevalentes en escolares de 6 a 12 años en la i. e. Alfonso Ugarte del distrito de Nuevo Chimbote". tesis pre-grado. Chimbote-Perú. 2004.
21. Esquivel A. "Perfil de salud bucal y necesidad de tratamiento odontológico en escolares de 6 a 15 años de edad del colegio "San Pedro" distrito de Chimbote provincia del Santa – 2006". tesis pre- grado. Chimbote-Perú. 2006.
22. Rodríguez L, Contreras R, Arjona J, Soto R.; Prevalencia de caries y conocimientos sobre salud-enfermedad bucal de niños (3 a 12 años) en el Estado de México.; *Revista ADM*; LXIII (5):170-175; 2009
23. Antonio Bascones. *Medicina Bucal - editorial mundi-* pag 140-145 meico 1999
24. Cabrini R. *Anatomía Patológica Bucal*. Editorial Mundi. Buenos Aires pp. 20-25. Argentina 2000.
25. Cawson R.A. *Cirugía y Patología Odontológica*. Editorial El Manual Moderno. pp. 40-46. México, D.F. 2003
26. Magnusson B.O. *Odontopediatría. Enfoque Sistemático*. 2ra Edición. Salvat Editores. pp. 60-65. España. 2004
27. *Odontología preventiva – Diagnóstico y educación para la salud*. Segunda Edición. Vol. 1. Pp. 45-48. Editorial Organización Panamericana de la salud. 1993.

28. Campos A. Rehabilitación oral y oclusal. 5. ° Edición. Editorial Harcourt. Vol. I. Madrid. España. 2000.
29. Bascones. Periodoncia e Higiene Bucal. 5. ° Edición. Editorial Harcourt. Vol. I. Madrid. España. 2000.
30. Woodall R., Irene. "Tratado de Higiene dental". Tomo 2. Editorial Salvat – Barcelona (España). pp. 45-52. Tercera Edición. 2000.
31. Mezzomo E. Rehabilitación oral para el clínico. 1. ° Edición. Editorial Latinoamérica. Caracas. Venezuela. 2003
32. [41http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2242/1/Alvarado](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2242/1/Alvarado)
33. [27http://www.cop.org.pe/bib/tesis/MARIOFERNANDOYARLEQUEANDR](http://www.cop.org.pe/bib/tesis/MARIOFERNANDOYARLEQUEANDR)
34. <http://www.uv.mx/personal/abarranca/files/2011/06/Manual-de-tecnicas-de-Hiegiene-Oral.pdf>
35. Vicente Mayor Fernández- Manual Higiene Bucal- 2 Edición - buenos aires- editorial medica panamericana 2009
36. <http://www.medigraphic.com/pdfs/vertientes/vre-2014/vre141g.pdf>
37. Ines Garcia Diaz – Salud Bucodental – 2 Edicion- Editorial novedades educativas- buenos aires-mexico-2005
38. Bordoni – Odontología Pediátrica-2 Edición – Editorial médica panamericana-buenos aires- 2010
39. Jose Antonio canut B.- Ortodoncia Clinica y Terapeutica-2 Edicion – Editorial masson –buenos aires – 2005
40. (40-41-42-43) : B.M.Eley- Periodoncia – 6 edicion- Editorial masson- España 2011
41. Jeffrey P. Okenson- Oclusion y Afecciones temporaomandibulares – 6 edicion –editorial Elseiver – buenos aires 2009

42. Josep M Ustrell Torrent – Ortodoncia- 2 Edicion – Editorial universidad de Barcelona- Madrid-2002
43. Cesar Diez Cubas- Anatomia Dental para Higienistas de Atencion Primaria – 2 edicion – Editorial Vission net – Madrid – 2005
44. Magnusson B.O. Odontopediatría. Enfoque Sistemático. 2ra Edición. Salvat Editores. pp. 60-65. España. 2004
45. <http://www.odon.uba.ar/revista/2010vol25num58/art4.pdf>
46. Gestion Odontológica 1990 – 1993; División programas de salud, departamento odontológico, MINSAL 1993
47. Travers Robert, “Introducción a la investigación educacional”, Capítulo 9 Métodos de encuestas, Edit Paidos; Buenos Aires, 1971.
48. “Salud oral integral en el niño de 6 años”; Guías clínicas Garantías Explicitas en Salud, MINSAL 2005.
49. Fernando Escobar Muñoz- odontología Pediátrica – 2 Edición- Editorial médica lationamerica-2006
50. A. Cameron. R. Widmer- odontología Pediátrica – 1 Edición- Harcourt brace 1998 Madrid – España
51. Rossi. Cuniberti de Rossi – Atlas de odontología restauradora – 1 Edición- Medica Panamericana-2000 Madrid - España

Anexos

Anexo N° 01



Piura, 01 de septiembre de 2016

I.E. 20017 "DIVINO JESÚS"
LOS MEDANOS-CASTILLA

Lic. Teresa Clorinda Zapata Agramonte
Directora
Institución Educativa N°2000017 Divino Jesús AAHH Los Médanos

JASON ANTONIO YAMUNAQUE ALBA
TECNICO ADMINISTRATIVO

C.P.N. 1312
02/09/16
9:15

ASUNTO : Brindar facilidades para ejecución del anteproyecto de tesis

Por medio de la presente me dirijo a usted para saludarla y a la vez mediante el presente solicitarle su autorización para el ingreso de la Bachiller Katia Córdova Valdiviezo, identificada con DNI 47629312, teléfono 968841763 con el fin de poder ejecutar su anteproyecto de tesis titulado "Conocimiento sobre enfermedades bucales y la necesidad de tratamiento en niños y niñas de 4 a 6 años de edad en la institución educativa N° 2000017 Divino Jesús AA HH los Medanos-castilla para optar el título de Cirujano Dentista.

Para la ejecución de este anteproyecto se necesita realizar una encuesta a los padres de familia y posteriormente a los estudiantes aplicar fichas clínicas (odontograma), Índice de Higiene Oral, con el fin de cumplir el objetivo planteado, por lo expuesto solicitamos a Usted se le brinde las facilidades.

Agradeciendo por anticipado su valioso apoyo para con este trabajo de investigación que redundará en beneficio de la institución educativa que Usted dignamente dirige.

Atentamente,



[Handwritten signature]
JASON ANTONIO YAMUNAQUE ALBA
TECNICO ADMINISTRATIVO



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA

Anexo N°03

Declaración del consentimiento informado

Mediante el presente documento yo: _____ con DNI numero: _____ hago constar que autorizo la participación de mi menor hijo(a) de _____ años de edad, en el trabajo de investigación.

EL PERFIL DE ENFERMEDADES BUCALES Y LA NECESIDAD DE TRATAMIENTO EN ESCOLARES DE 4 A 6 AÑOS DE LA INSTITUCION EDUCATIVA N°200017 DIVINO JESUS AAHH los Médanos –Castilla

Firmo este documento como prueba de mi aceptación, habiendo sido antes informado sobre la finalidad del trabajo y que ninguno de los procedimientos a utilizarse en la investigación pondrá en riesgo la salud y bienestar de mi persona ni la de mi menor hijo; Además aclarado que no hare ningún gasto, ni recibiré ninguna contribución económica de mi participación.

Firma

Piura __ de _____ 2016

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

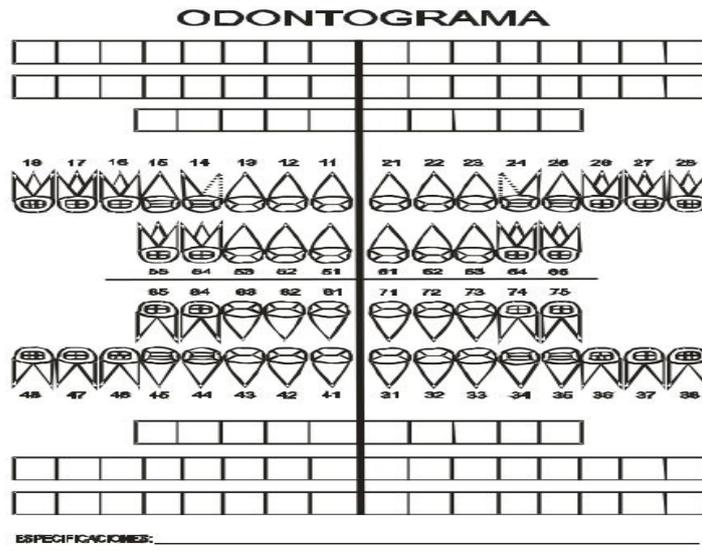
Anexo N°04

APELLIDOS Y NOMBRES :

EDAD:.....

SEXO: (M) (F)

ODONTOGRAMA



ESPECIFICACIONES: _____

INDIC
E CPO-D

INDICE CEO-D

C	
P	
O	
D	
CPO-D	

C	
E	
O	
D	
COE-D	

DONDE:

C: N°dientes cariado

C: N° dientes cariados

P: N°de dientes perdidos

E: N°dientes para extracción

O: N° de dientes obturados

O: N° dientes obturados

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

Anexo N° 05

N°

Anexo 2: FICHA DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO

Fecha:

Nombre y Apellidos del niño.....

Nombre y Apellidos del apoderado.....

Edad del Niño.....

X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Pieza 11/51 vestibular

pieza 31/71 vestibular

Pieza 16/55 vestibular

pieza 26/65 vestibular

Pieza 36/75 lingual

pieza 46/85 lingual

I.H.O. = Suma de resultados parciales / Numero de dientes evaluados

cod	Materia alba
0	Sin materia alba
1	Materia alba cubriendo hasta 1/3 de la superficie
2	Materia alba cubriendo mas de 1/3 de la superficie
3	Materia alba cubriendo mas de 2/3 de la superficie

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA
Anexo N° 06

Índice de necesidad de tratamiento para caries dental		
Condición de salud	Valor del índice	Tratamiento necesario
Boca sana con tratamiento preventivo	00	No necesita tratamiento
Boca sana sin tratamiento preventivo	01	Plan preventivo básico
Boca con manchas blancas/ surcos profundos	02	Plan preventivo adicional con selladores
Caries amelodentinaria en 1 cuadrante de la boca	03	Plan preventivo adicional + restauración en 1 cuadrante
Caries amelodentinaria en 2 cuadrantes de la boca	04	Plan preventivo adicional + restauración en 2 cuadrantes
Caries amelodentinaria en 3 cuadrantes de la boca	05	Plan preventivo adicional + restauración en 3 cuadrantes
Caries amelodentinaria en 4 cuadrantes de la boca	06	Plan preventivo adicional + restauración en 4 cuadrantes
Problemas pulpares en 1 cuadrante de la boca	07	Plan preventivo adicional + tratamiento pulpar en 1 cuadrante + restauraciones
Problemas pulpares en 2 cuadrantes de la boca	08	Plan preventivo adicional + tratamiento pulpar en 2 cuadrantes+ restauraciones

Problemas pulpares en 3 cuadrantes de la boca	09	Plan preventivo adicional + tratamiento pulpar en 3 cuadrantes+ restauraciones
Problemas pulpares en 4 cuadrantes de la boca	10	Plan preventivo adicional + tratamiento pulpar en 4 cuadrantes+ restauraciones
Ausencia de dientes en 1 cuadrante de la boca	11	Plan preventivo adicional + tratamiento pulpar + extracción + rehabilitación protética
Ausencia de dientes en 2 cuadrantes de la boca	12	Plan preventivo adicional + tratamiento pulpar + extracción + rehabilitación protética en 2 cuadrantes
Ausencia de dientes en 3 cuadrantes de la boca	13	Plan preventivo adicional + tratamiento pulpar + extracción + rehabilitación protética en 3 cuadrantes
Ausencia de dientes en 4 cuadrantes de la boca	14	Plan preventivo adicional + tratamiento pulpar + extracción + rehabilitación protética en 4 cuadrantes



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

Anexo N°07

CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTO DE LAS CAUSAS, CONSECUENCIAS DE LAS ENFERMEDADES BUCALES.

Fecha:

Nombre y Apellidos del niño.....

Nombre y Apellidos del apoderado.....

Edad del Niño:.....

Introducción

El presente cuestionario forma parte de un trabajo de investigación. Los resultados obtenidos a partir de este serán utilizados para evaluar el nivel de conocimiento sobre el uso de los productos de higiene bucal de los padres de niños de las Institución Educativa N° 2000017 Divino Jesús por lo que solicito su participación contestando cada pregunta con una sola respuesta de manera veraz.

Instrucciones:

Lea y marque cuidadosamente cada pregunta del cuestionario con una (X) dentro del Paréntesis, por favor conteste solo una respuesta.



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

Cuestionario sobre Enfermedades bucales

Edad

Grado o sección

Sexo (F) (M)

1- ¿Conoce usted cual es la enfermedad bucal más común que pueden afectar a su hijo?

- a) Periodontitis
- b) Caries dental
- c) Gingivitis
- d) Traumatismo mandibular
- e) Dientes torcidos

2- ¿Sabe usted lo que caries dental?

- a) Es una Enfermedad infectocontagiosa
- b) Es una picadura en los niños
- c) Es la inflamación de las encías
- d) Es el sangrado de encías
- e) No sabe

3- ¿Sabe cuáles son los alimentos que más favorecen a la aparición de caries dental?

- a) Papa fritas
- b) El pan
- c) Frutas cítricas
- d) Leche

4- ¿Por qué las caries se encuentran más a menudo en las superficies de los dientes de atrás (molares)?

- a) Mayor retención de resto de comida
- b) No llega el cepillo
- c) Falta de higiene
- d) Son los dientes que mas usamos(masticar)
- e) No sabe

5-¿sabe usted porque aparece la caries?

- a) Por no lavarse la boca
- b) Consumir elevados con alto nivel d azúcar
- c) Por no cambiar el cepillo
- d) Por comer caramelos
- e) Por no usar enjuague bucal

6-¿Cuales son los síntomas de caries dental

- a) Mal aliento
- b) Dolor dental
- c) Sangrado
- d) Sensibilidad dental
- e) Ninguno de los anteriores

7- ¿Reconoce cómo se ve una lesión de caries?

- a) Puntos negros en los dientes
- b) Manchas blanquecinas en los dientes
- c) Dientes marrones
- d) No sabe
- e) Dientes amarillos

8-¿Cómo se pueden prevenir la caries dental

- a) llendo al dentista
- b) Realizándose una limpieza dental cada 3 meses
- c) Con una buena alimentación e higiene oral
- d) Dejando de comer caramelos
- e) Cepillándose todos los días

9-¿Cuál es la frecuencia de consumo de azúcar en su hijo?

- a) 2 veces por semana
- b) 3 veces por semana
- c) 4 veces por semana
- d) Nunca

e) Toda la semana

10- ¿Sabe usted que es la gingivitis?

- a) Es la enfermedad de las encías
- b) Es una alteración bucal
- c) Caries de cuarto grado
- d) Inflamación de labios
- e) No sabe

11- ¿Usted sabe porque sangran las encías?

- a) Por inflamación de las encías
- b) Por traumatismo(golpe)
- c) Por un accidente
- d) Por un cepillado fuerte
- e) Por caries dental

12- ¿Sabe a partir de qué edad es necesario empezar a cepillarse los dientes?

- a) 0 años
- b) 2 años
- c) 3 años
- d) 4 años
- e) 5 años

13- ¿Sabe usted cuales son los síntomas de la gingivitis?

- a) Dolor
- b) Hinchazón y Sangrado de encías
- c) Manchas blancas
- d) Vómitos
- e) Sensibilidad dental

14- ¿Cuánto debe durar un cepillado dental para que sea efectivo?

- a) 3 minutos
- b) 4 minutos
- c) 2 minutos
- d) 1 minuto
- e) 5 minutos

15- ¿La gingivitis es dolorosa?

- a) Un poco
- b) Mucho
- c) Muy dolorosa
- d) Nada

16-¿sabe usted que es la placa bacteriana?

- a) Restos de comida y dulces
- b) Microbios
- c) Una capa delgada de bacterias
- d) Sarro
- e) Manchas blanquecinas en los dientes

17-¿Principalmente cuando usted. ¿Cree que debe cepillarse los dientes?

- a) antes de las comidas
- b) después de las comidas
- c) solo al acostarse
- d) solo al levantarse
- e) solo después del almuerzo

18-¿Que es maloclusión para usted?

- a) Mal alineamiento de los dientes superiores y inferiores
- b) Caries de tercer grado
- c) Un traumatismo
- d) Inflamación de las encías
- e) No sabe

19-¿Que síntomas se presentan en la malaoclusion

- a) Sangrado
- b) Mala posición de los dientes (dientes apiñados)
- c) Manchas en los dientes
- d) Dolor dental
- e) Cambio de color de los dientes

20- ¿A qué edad aparece con más frecuencia la maloclusión?

- a) 8 años
- b) 9 años

- c) 10 años
- d) 11 años
- e) 12 años

21-¿Qué hábito más común ayuda a producir maloclusión?

- a) El uso de enjuague bucal
- b) Succión digital(dedos)
- c) Meter lapiceros a la boca
- d) Comer caramelos

CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDADES BUCALES Y LA NECESIDAD DE TRATAMIENTO EN ESCOLARES DE 4 A 6 AÑOS DE LA INSTITUCION EDUCATIVA N°20017 DIVINO JESÚS AA HH LOS MÉDANOS- CASTILLA”.

Variable	Definición conceptual	Problemas	objetivos	hipótesis	Definición operativa	
					Dimensiones	Indicadores
Enfermedades Bucales	Enfermedades bucales son la cuarta causa más costosa de tratar, en nuestro país se encuentran entre las de mayor demanda de atención en los servicios de salud del país. En países de altos ingresos, la carga de la enfermedad oral se ha abordado mediante la creación de avanzados servicios de salud bucodental que ofrecen principalmente el tratamiento a los pacientes	<p>Problema principal:</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre las enfermedades bucales y necesidad de tratamiento en los escolares de 4 a 6 años de la institución educativa N°20017 Divino Jesus-Castilla v?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar la relación que existe entre las enfermedades bucales y la necesidad de tratamiento en los escolares de 4 a 6 años de la institución N°20017 Divino Castilla?</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>Existe relación entre las enfermedades bucales la y la necesidad de tratamiento que presentan los escolares de 4 a 6 años de la institución educativa N°20017 Divino Jesus-Castilla Castilla</p>	Caries dental	<p>Índice ceod</p> <p>Índice cpod</p>
		<p>Problemas Secundarios</p> <p>¿Cuál es la necesidad de tratamiento odontológico en los escolares de 4 a 6 años de la institución educativa N°20017 Divino Jesus-Castilla ?</p>	<p>Objetivos Específicos</p> <p>Evaluar la necesidad de tratamiento odontológico en los escolares de 4 a 6 años de la institución educativa N°20017 Divino Jesus-Castilla</p>	<p>Hipótesis específica</p> <p>La enfermedad periodontal en los escolares de 4 a 6 años de edad de la institución educativa, N°20017 Divino Jesus-Castilla se presenta con mayor prevalencia en los niños de 6 años</p>	Enfermedad Periodontal	IHOS

Necesidad de tratamiento	Según la OMS se considera que existe necesidad de tratamiento cuando un individuo tiene una enfermedad o discapacidad para el cual existe un tratamiento efectivo	¿Cuál es la enfermedad bucal más prevalente en los escolares de 4 a 6 años de la institución educativa N°20017 Divino Jesús AA HH los Médanos- Castilla?	Identificar la enfermedad bucal más prevalente en los escolares de 4 a 6 años de la institución educativa N°20017 Divino Jesús AA HH los Médanos- Castilla	A mayor edad, mayor es la necesidad de tratamiento en los escolares de la institución educativa N°20017 Divino Jesús-Castilla	Edad	4 5 6
		} ¿Cuál es el nivel de conocimiento que tienen las madres sobre enfermedades bucales de los niños de 4 a 6 años de la institución educativa N°20017 Divino Jesús AA HH los Médanos-Castilla	Determinar el nivel de conocimiento que tienen las madres sobre enfermedades bucales de los niños de 4 a 6 años de la institución educativa N°20017 Divino Jesús AA HH los Médanos-Castilla	La caries dental en los escolares de 4 a 6 años de edad de la institución educativa N°20017 Divino Jesús-Castilla, se presenta con mayor prevalencia en los niños y niñas de 6 años	sexo	Femenino Masculino
				El nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales de las madres de familia de institución educativa N°20017 Divino Jesús AA HH los Médanos- Castilla es malo debido grado instrucción bajo que tienen	Caries dental Enfermedad periodontal	INTC

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

Fotos de realización de Odontogramas y Índice de Higiene Oral



Odontogramas





Charla educativa



Índice de Higiene Oral

