

UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

“PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES BUCALES EN
ESTUDIANTES DEL CETPRO SANTA ROSA DE LIMA
DEL DISTRITO DE CHILCA, PROVINCIA DE HUANCAYO,
DEPARTAMENTO Y REGIÓN JUNÍN, AÑO 2018”

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE CIRUJANO DENTISTA

AUTORA:

ESTEBAN MONTES CARMEN

ASESOR:

Mgtr. WILFREDO RAMOS TORRES

CHIMBOTE – PERÚ

2018

TÍTULO

“PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES BUCALES EN
ESTUDIANTES DEL CETPRO SANTA ROSA DE LIMA DEL
DISTRITO DE CHILCA, PROVINCIA DE HUANCAYO,
DEPARTAMENTO Y REGIÓN JUNÍN, AÑO 2018”

HOJA DE FIRMA DEL JURADO Y ASESOR

Dr. ELIAS AGUIRRE SIANCAS

PRESIDENTE

Mgr. ADOLFO SAN MIGUEL ARCE

MIEMBRO

Mgr. SALLY CASTILLO BLAZ

MIEMBRO

Mgr. WILFREDO RAMOS TORRES

ASESOR

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme la vida, y salud, en quien confié mi vida y la de los que amo, por estar conmigo en cada paso que doy, por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante la formación profesional.

A mi esposo Juan e hijos Kevin y Shiomara por su cariño, su aliento y apoyo permanente durante mi formación profesional.

A mi Alma Mater, la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, a su plana de docentes, que con sus enseñanzas hicieron posible mi formación profesional, personal y espiritual.

DEDICATORIA

A dios quien es mi fortaleza, me dio esperanza, por su guía para tomar buenas decisiones por bendecir cada día de mi vida porque no me deja sola durante mi vida.

Con mucho cariño, a mi madre Antonia Montes por ser el pilara de mi vida y enseñarme a vivir la vida.

A mi padre Viterbo Esteban que está en el cielo, me guía cada paso que doy y desde allí me cuida como mi ángel.

A mi esposo Juan Lima e hijos Kevin y Shiomara, por la voz de aliento, por haberme brindado su apoyo y pude concluir mi carrera.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se realizó con el objetivo de determinar la prevalencia de enfermedades bucales en estudiantes del CETPRO Santa Rosa de Lima, del Distrito de Chilca, Provincia de Huancayo, Departamento y Región Junín, año 2018, Objetivos específicos: determinar la prevalencia de caries dental mediante índices ceod y CPOD; enfermedad periodontal mediante los Índices CPITN – OMS; Maloclusión, mediante los índices IMO – OMS. Resultados: La prevalencia de caries dental fue de 95,0 %; La prevalencia de caries dental según CPOD se presentó a la edad de 14 años con 4.01; respecto a la prevalencia de la enfermedad periodontal es del 63.75 %; Respecto a la prevalencia de las maloclusiones se presenta en un 75,0 %, Conclusión: la población estudiada presenta una prevalencia de caries dental de 95,0 %, enfermedad periodontal el 63,75 % y maloclusión dentaria el 75,0%.

Palabras claves: Caries, Enfermedades bucales, estado periodontal, maloclusión

ABSTRACT

The present research work was carried out with the objective of determining the prevalence of oral diseases in CETPRO students Santa Rosa de Lima, District of Chilca, Province of Huancayo, Department and Junín Region, year 2018, Specific objectives: determine the prevalence of dental caries using ceod and CPOD indices; periodontal disease using the CPITN - WHO Indices; Malocclusion, through the IMO-OMS indices. Results: The prevalence of dental caries was 95.0%; The prevalence of dental caries according to CPOD was presented at the age of 14 years with 4.01; regarding the prevalence of periodontal disease is 63.75%; The prevalence of malocclusions is 75.0%, Conclusion: the population studied has a prevalence of dental caries of 95.0%, periodontal disease of 63.75% and tooth malocclusion of 75.0%.

Key words: Caries, Mouth diseases, periodontal status, malocclusion

Contenido

1. Título de la tesis.....	ii
2. Hoja de firma del jurado.....	iii
3. Hoja de agradecimiento/o dedicatoria.....	iv
4. Resumen y Abstract.....	vi
5. Contenido.....	viii
6. Índice de gráficos y tablas.....	ix
I. Introducción.....	1
II. Revisión de la Literatura.....	3
III. Hipótesis.....	24
IV. Metodología.....	25
4.1 Diseño de la investigación.....	25
4.2 Población y muestra.....	25
4.3 Definición y operacionalización de variables e índice.....	27
4.4 Técnica de instrumentos de recolección de datos.....	29
4.5 Plan de análisis.....	29
4.6 Matriz de consistencia.....	30
4.7 Principios éticos.....	31
V. Resultado.....	32
5.1 Resultados.....	32
5.2 Análisis de los resultados.....	36
VI. Conclusiones.....	38
Referencias Bibliográficas.....	39
Anexos.....	43

INDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1

PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES BUCALES EN ESTUDIANTES DEL CETPRO SANTA ROSA DE LIMA DEL DISTRITO DE CHILCA, PROVINCIA DE HUANCAYO, DEPARTAMENTO Y REGIÓN JUNÍN, AÑO 201832

TABLA N° 2

PREVALENCIA DE ENFERMEDAD EN CARIES DENTAL EN ESTUDIANTES DEL CETPRO SANTA ROSA DE LIMA DEL DISTRITO DE CHILCA, PROVINCIA DE HUANCAYO, DEPARTAMENTO Y REGIÓN JUNÍN, AÑO 2018, SEGÚN CPOD33

TABLA No 3

PREVALENCIA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL EN ESTUDIANTES DEL CETPRO SANTA ROSA DE LIMA DEL DISTRITO DE CHILCA, PROVINCIA DE HUANCAYO, DEPARTAMENTO Y REGIÓN JUNÍN, AÑO 201834

TABLA N° 4

PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES DENTARIAS EN ESTUDIANTES DEL CETPRO SANTA ROSA DE LIMA DEL DISTRITO DE CHILCA, PROVINCIA DE HUANCAYO, DEPARTAMENTO Y REGIÓN JUNÍN, AÑO 201835

ÍNDICE DE GRAFICOS

GRAFICO N° 1

PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES BUCALES EN ESTUDIANTES DEL CETPRO SANTA ROSA DE LIMA DEL DISTRITO DE CHILCA, PROVINCIA DE HUANCAYO, DEPARTAMENTO Y REGIÓN JUNÍN, AÑO 201832

GRAFICO N° 2

PREVALENCIA DE ENFERMEDAD EN CARIES DENTAL EN ESTUDIANTES DEL CETPRO SANTA ROSA DE LIMA DEL DISTRITO DE CHILCA, PROVINCIA DE HUANCAYO, DEPARTAMENTO Y REGIÓN JUNÍN, AÑO 2018, SEGÚN CPOD.....33

GRAFICO N° 3

PREVALENCIA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL EN ESTUDIANTES DEL CETPRO SANTA ROSA DE LIMA DEL DISTRITO DE CHILCA, PROVINCIA DE HUANCAYO, DEPARTAMENTO Y REGIÓN JUNÍN, AÑO 201834

GRAFICO N° 4

PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES DENTARIAS EN ESTUDIANTES DEL CETPRO SANTA ROSA DE LIMA DEL DISTRITO DE CHILCA, PROVINCIA DE HUANCAYO, DEPARTAMENTO Y REGIÓN JUNÍN, AÑO 2018.....35

INTRODUCCION

Las enfermedades bucales son las más comunes y son un importante problema de Salud Pública y se inician desde los primeros años de vida y presentan un importante incremento con la edad. (1) La enfermedad periodontal es una enfermedad infecciosa, características clínicas incluyen la pérdida de inserción, pérdida de hueso alveolar, sacos periodontales y la inflamación gingival. Estas comienzan a manifestarse desde la adolescencia mostrando su máxima expresión en la edad adulta. (2) La maloclusión es el resultado de la anormalidad morfológica y funcional de los componentes óseos, musculares y dentarios que conforman el sistema estomatognático. (3)

El presente trabajo se realizó en el Distrito de Chilca que se encuentra ubicada en la Sierra Central del País, al lado sur de la Provincia de Huancayo, a 3,250 msnm con una temperatura variable de 5°C a 23°C, Huancayo tiene un clima templado pero inestable durante todo el año. Fue creada el 2 de mayo de 1957, con Ley N° 12829 en la Presidencia de Manuel Prado Ugarteche, sus límites por el Norte con Huancayo, por el Este y Sapallanga, Sur Huancan y 3 de diciembre, Oeste Huamancaca Chico. (4)

La Institución Centro de Estudio Técnico Productivo CETPRO Santa Rosa de Lima, se encuentra ubicado en el Distrito de Chilca, al Sur y a 10 minutos de la Provincia de Huancayo, es una Institución creada por Ley Funcional del Presupuesto de la Republica el 24 de agosto de 1962, con la denominación del Centro de Capacitación Artesanal Mixto con la especialidad de orfebrería. Su primer director fue el profesor Saturnino Galarza Porras. Está Situado en la av. Real N° 104 en el Distrito de Chilca Provincia de Huancayo, Región Junín.(5)

Los aspectos mencionados anteriormente, serán los motivadores para la investigación, el cual será encaminado específicamente para determinar la prevalencia de enfermedades bucales en los estudiantes. En tal sentido, el enunciado fue ¿Cuál es la prevalencia de las enfermedades bucales en los estudiantes del CETPRO Santa Rosa de Lima? El objetivo general fue determinar la prevalencia de las enfermedades bucales en estudiantes del CETPRO Santa Rosa de Lima del Distrito de Chilca, Provincia de Huancayo, Departamento y Región Junín, año 2018, y los objetivos específicos fue determinar la prevalencia de caries dental en estudiantes del CETPRO Santa Rosa de Lima del Distrito de Chilca, Provincia de Huancayo, Departamento y Región Junín, año 2018, determinar la prevalencia de enfermedad periodontal en estudiantes del CETPRO Santa Rosa de Lima del Distrito de Chilca, Provincia de Huancayo, Departamento y Región Junín, año 2018, y determinar la prevalencia de maloclusión dentara en estudiantes del CETPRO Santa Rosa de Lima del Distrito de Chilca, Provincia de Huancayo, Departamento y Región Junín, año 2018.

La investigación fue justificada, por ser de suma importancia y necesaria para aportar con estadísticas sobre prevalencia de enfermedades bucales; debido a que no existe evidencia de estudio en nuestra población, lo que será útil para contar con una investigación, así mismo permitirá dar a conocer a la sociedad, y a las autoridades administrativas de la institución.

II. REVISION DE LA LITERARURA

Antecedentes:

En un estudio realizado por Alva Montoya A. en el año 2006 Determinó el perfil de salud bucal y necesidad de tratamiento odontológico en la población escolar entre 6-15 años de la Institución educativa “La Gloriosa” del distrito de Chimbote, provincia de Santa. Evaluó una muestra de 321 niños de ambos sexos en edades entre 6-15 años de un total de 1650 alumnos. Se utilizaron los índices CPOD y cedo de Klein y palmer para caries dental; el índice gingival modificado, y el índice periodóntico comunitario (IPC), para enfermedad periodontal, y el índice de la (OMS) para mal oclusiones así como el índice estético dental. Los resultados obtenidos para caries dental fueron de 83.8 %. Los resultados arrojados para el índice de enfermedad periodontal fueron el 87.2 % y el 14.6% presentaron maloclusión dentaria.(6)

En un estudio realizado por Díaz Burga M. en el año 2009, con el objetivo de determinar la prevalencia de caries dental, enfermedad periodontal y maloclusión en escolares de 6, 12,15 años de edad, en el Centro pablado Jimbe, Distrito de Cáceres, Provincia del Santa, en el departamento de Ancash. Con una población de 1181 y una muestra de 85 escolares. Para la recolección de datos se utilizó la ficha clínica. Se obtuvo como resultado una prevalencia de caries dental de 81,2%, un índice ceod general de 2,2, en sexo masculino 1,78 y femenino de 2,44; un CPOD general de 1,01, en sexo masculino 1,36 y femenino de 0,84. La prevalencia de Enfermedad Periodontal fue de 25% y un 75% presentaron Mal oclusión Dentaria.(7)

En un estudio realizado por San Miguel A. en el año 2006 , con el objetivo de conocer las enfermedades más prevalentes de cavidad bucal y sus necesidades de tratamiento en los escolares de 6 a 15 años de edad del Distrito de Samanco, Provincia del Santa, Región de Ancash. Con una población de 770 escolares y una muestra de 90 alumnos .Se consideró: estado periodontal, estado de la dentición y alteraciones del esmalte, evaluación de maloclusiones, evaluación de labios, y un cuestionario sobre datos socioeconómicos del padre, madre o tutor. Se obtuvo una prevalencia del 86,7 % de caries dental, con un cpod promedio de 4,79 y un ceod mayor a los 6 años. Una prevalencia del estado periodontal del 100%, evidenciándose sangrado gingival en el 57,8 % y presencia de cálculo supragingival en 11,1 %, con predominio ligero a nivel masculino. En la maloclusión la prevalencia fue del 46.6%. La prevalencia de hipoplasia del esmalte fue del 8,9 % y en las Maloclusiones queda señalado la necesidad de realizar tratamiento. (8)

En un estudio realizado por Paola Castillo López en el año 2008 , con el objetivo de conocer las enfermedades más prevalentes de cavidad bucal en escolares de 6, 12 y 15 años y sus necesidades de tratamiento del Distrito de Chacas, Provincia Asunción, Región de Ancash , con una población de 785 escolares matriculados al momento del estudio , lo cual se seleccionó una muestra de 150 alumnos, 50 de los cuales fueron de 6 años, 50 de 12 años y 50 de 15 años. Se aplicó una ficha de evaluación clínica en el que se consideró: estado periodontal, estado de la dentición y evaluación de maloclusión dentaria. Los resultados obtenidos fueron la prevalencia del 79.33% de caries dental, con un CPOD promedio de 1.71 y un ceod de 1.64 a los 6, 12 y 15 años. Una prevalencia del estado periodontal del 57%. En la maloclusión la prevalencia fue del 98%; con respecto a las anomalías leves (96.94%). (9)

En un estudio realizado por Villanueva Ponce Cesar A. en el año 2006 cuyo objetivo fue conocer las enfermedades más prevalentes de cavidad bucal y sus necesidades de tratamiento en los escolares de 6 a 15 años del Distrito de Chimbote, Provincia de la Santa, Departamento de Ancash. Con una población estudiantil de 7524 alumnos, de la cual se seleccionó una muestra de 400 alumnos de ambos sexos en edades de 6 a 15 años. Se aplicó una ficha de evaluación clínica en el que se consideró: estado periodontal, estado de la dentición y alteraciones del esmalte, evaluación de maloclusiones, evaluación de labios. Se realizó el examen clínico con todo el instrumental y material necesario respetando las normas de bioseguridad y los criterios establecidos por la OPS / OMS. Los resultados obtenidos fueron prevalencia de caries dental al 94,3%, CPOD de 0,7 a los 6 años y un CPOD de 5,3 a los 12 años y un ceod de 3,1 a los 6 años, prevalencia de alteraciones en su estado periodontal del 75% de los casos, del total de examinados se obtuvo una prevalencia de maloclusiones dentarias en el 49,6% de los casos. (10)

En un estudio realizado por Urcia Cruz Rafael en el año 2008, en el Distrito de Huarney, Provincia de Huarney, Región Ancash con el objetivo de determinar la prevalencia y necesidad de tratamiento en relación a las enfermedades bucales: caries dental, enfermedad periodontal y maloclusión dentaria en escolares de 6, 12 y 15 años de edad. Con una población de 1324 alumnos matriculados al momento del estudio de nivel primaria y secundaria, cuya muestra seleccionada fue de 126 alumnos; de los cuales 42 alumnos eran de 6 años, 42 de 12 años y 42 de 15 años de edad. Se aplicó el examen clínico con todo el instrumental y material necesario respetando las normas de bioseguridad y los criterios establecidos por la OPS / OMS. Dentro de los resultados obtenidos destacan prevalencia del 68% de caries dental, con un CPOD promedio de

0.9 y un ceod mayor a los 6 años (2.9). Una prevalencia de estado periodontal del 23%, En la maloclusión la prevalencia fue del 46% con respecto a anomalías leves. (11)

Estudio realizado por Aranda López Segundo W. en el año 2008, con el objetivo de determinar el perfil de salud bucal en escolares de 12 a 15 años, en la Institución Educativa “José Eulogio Garrido N° 80048” de la ciudad de Trujillo, Departamento de La Libertad, con una población de 240 escolares matriculados entre 12 a 15 años de edad, de ambos sexos, seleccionándose una muestra de 150 escolares. Se utilizó el índice CPOD para dientes permanentes, para el estado periodontal se tomó como modalidad el índice CPITN, para el IHOS; se utilizó pastillas reveladoras, se utilizó el índice de Maloclusiones en pacientes de 12 a 15 años de edad como figura en la ficha clínica. Los resultados muestran un índice CPOD de 2.54 (aceptable), un IHOS de 0.64 (bueno) caries dental en el 74.7% afectando al 35.3% del sexo masculino y al 39.4% del femenino; Enfermedad periodontal en el 42.6%, afectando al 22.6% del sexo masculino y 20% del sexo femenino. Maloclusión en el 41.3% afectando al 20.6% del sexo masculino y 20.7% al sexo femenino. (12)

En un estudio realizado por Sifuentes Picón Tula M. en el año 2007 con el objetivo de conocer el perfil epidemiológico de salud bucal en escolares de 12 a 15 años de edad de la I.E. “Ricardo Palma” de la ciudad de Trujillo, Departamento de la Libertad. Con una población estudiantil de 517 escolares, la cual se seleccionó una muestra de 220 alumnos distribuidos por igual entre ambos sexos; entre las edades de 12 a 15 años de edad. Se utilizó el índice de CPOD para la caries dental, para la enfermedad periodontal se sometieron a sondaje, se utilizó la sonda Hu Friedy (OPS/OMS), para las maloclusiones dentarias se admitieron tres codificaciones: Sin anomalías, anomalías ligeras y anomalías graves. Se encontraron un promedio de índice CPOD de 3.1, (moderado), un promedio de IHOS de 1.2, (regular), prevalencia de caries

dental 90.5%, (malo), prevalencia de enfermedad periodontal en el 82.3%, (malo), maloclusión es en el 89.1% (malo), obteniendo como resultado final un perfil de salud bucal (regular deficiente). (13)

En un estudio realizado por Marco Banda Rodríguez, con el objetivo de determinar el perfil epidemiológico del proceso salud-enfermedad bucal en escolares de 6 a 12 años de edad, de dos instituciones educativas del distrito de El Agustino-Lima durante el año 2008. Con una población 2500 niños entre 6 y 12 años matriculados en ése año, se seleccionó una muestra de 415 niños en total. Se utilizó el Índice de Green y Vermillon simplificado, para caries dental índices CPOD, ceod, para enfermedad periodontal Índice recomendado por la OMS, Estado de maloclusiones. Los resultados obtenidos fueron ,El Índice de Higiene Oral simplificado (OHI-S), tuvo como resultado un promedio general de 2.1; lo cual ubica a la mayoría de miembros de la muestra (67%) en la categoría de un Índice de Higiene Oral “malo” , Con respecto a la caries dental, en éste estudio, se encontró una prevalencia de un 95% (prevalencia alta), El CPOD encontrado en el estudio fue de 1,1 (“bajo” según OMS), el ceod encontrado fue de 3,84 (“moderado” según OMS), La prevalencia de maloclusiones encontrada fue de un 79%, Con respecto a la enfermedad periodontal, esta se evidenció a través del sangrado gingival. Se encontró que un 56% de la población presentó sangrado gingival. (14)

En un estudio realizado por Bolaños Málaga Dyana en el año 2013 objetivo determinar el perfil epidemiológico de las enfermedades más prevalentes de la cavidad bucal mediante los índices CPO-D y ceo-d para la caries, el Índice de Necesidad de Tratamiento Periodontal Comunitario (PCINT) para la enfermedad periodontal y el Índice de maloclusión (IMO-OMS) para las maloclusiones, en los estudiantes de 6 a 16 años de edad de la provincia de Azángaro, del Departamento de Puno. La población

estuvo conformada por 29462 escolares de 6 a 16 años, La muestra estuvo conformada por 224 escolares. Se obtuvo como resultado una prevalencia de caries de 96,0%, el promedio general del CPO-D fue 6.12. En cuanto a la edad, los estudiantes de 14, 15 y 16 años presentaron los porcentajes más altos de prevalencia de caries con 19,3 17.9 y 17.6% respectivamente y el promedio general de CPO-D fue 6.17 siendo mayor en los de 16, 14 y 13 años con valores de 11.57, 9,89 y 9.88 respectivamente. Respecto al ceo-d general fue 5,34. El promedio de CEO-D en cuanto a edad fue de 5.34% y los valores más altos se presentaron en las edades de 6 y 7 años con 11.71 y 8.29 respectivamente. Respecto a la prevalencia de enfermedad periodontal mediante el índice de necesidad de tratamiento (PCINT) se encontró que el 19,6% padecen enfermedad periodontal, en el IMO se encontró que el 69,2% tienen maloclusión. (15)

Marco teórico:

Caries Dental.

Es un proceso infeccioso originado por la acumulación de la placa bacteriana en la estructura dentaria, dando origen a la destrucción de la estructura dental iniciando con la descalcificación del esmalte (capa externa del diente) para luego continuar su avance hasta la pulpa dental. El pronóstico para la pieza afectada será según la gravedad y profundidad alcanzada por la progresión del proceso carioso. (16)

Ésta enfermedad está mayormente vinculada con el estilo de vida, lo que comemos, nuestros hábitos de higiene y muchos factores además de la herencia que también juega un papel importante en la susceptibilidad de los dientes a las caries.

La caries dental, la enfermedad más común del ser humano según Bhaskar. Puede definirse de diferentes maneras, F.V.Dominguez la describe como una secuencia de proceso de destrucción localizada en los tejidos duros dentarios que evoluciona en forma progresiva e irreversible y que comienza en la superficie del diente y luego avanza en profundidad. (17)

La caries es el resultado del proceso de deterioro de los dientes que ocurre con el tiempo.

La iniciación y el desarrollo de estos trastornos están inseparablemente vinculados en la presencia de abundantes microorganismos. Pindborg considera que la caries es infecciosa y transmisible. Baume y Franke describen que inicia como una lesión microscópica finalmente alcanza las dimensiones de una cavidad macroscópica. (17)

Hoy en día se ha aceptado que la caries dental es una enfermedad crónica .El proceso de la caries va a depender de 4 factores para su evolución y desarrollo: el diente, su ambiente, los microorganismos de la flora oral y la dieta que tenga el paciente. (16)

Además factores como la edad del huésped, los hábitos de higiene oral, la respuesta inmune, y el sexo, van a influir en la aparición y desarrollo de la caries.

Son importantes , también , en el desarrollo y progresión de la lesión , el tipo , número y virulencia del agente infeccioso y las condiciones del sustrato en el que se desarrolla , (condición de la pieza dental , grosor de la capa del esmalte , grado de mineralización , potencialidad cariogénica , fluoración de la sal o el agua , presencia de sellantes de fosas y fisuras , etcétera).(16)

La placa dento-bacteriana según Lobo (1995) se presenta como una película adherida a la superficie del diente. (16)

Aspectos clínicos de la caries dental

Clasificación clínica de la caries dental .Se ha clasificado a la caries dental en distintas formas, dependiendo de los aspectos clínicos que caracterizan a la lesión en particular.

La caries dental se puede clasificar de acuerdo al lugar donde se encuentra en el diente individual como: 1) caries de fisuras o fosetas y 2) caries de las superficies lisas. Algunas veces es aconsejable clasificar a la caries dental de acuerdo a la rapidez del proceso como: 1) caries dental aguda y 2) caries dental crónica. (18)

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

.Las fisuras o fosetas que presentan altas paredes empinadas y bases angostas son las más susceptibles a desarrollar caries.

Caries de las superficies lisas. La caries de las superficies lisas del tipo primario es una caries que se desarrolla sobre las superficies proximales de los dientes o en el tercio gingival de las superficies linguales o bucales .A diferencia de la caries de las fisuras o de las fosetas, que no depende del desarrollo de una placa definida y bien reconocida para iniciación de la caries, la de las superficies lisas por lo general está precedida por la formación de una placa dental o microbiana .Esto asegura la retención de los carbohidratos y de los microorganismos sobre la superficie dental en una parte que no se limpia en forma habitual , y la subsecuente formación de ácido para iniciar el proceso carioso.

Caries dental aguda .La caries dental aguda es aquella forma de caries que sigue un curso clínico rápido y que da como resultado participación pulpar temprana del proceso carioso .Ocurre con más frecuencia en niños y adultos jóvenes, posiblemente porque los túbulos dentinales son grandes y abiertos y nos muestran esclerosis .El proceso por lo regular es tan rápido que existe poco tiempo para que se deposite la dentina secundaria. (18)

Caries dental crónica. La caries dental crónica es la forma que progresa con lentitud y que tiende a afectar la pulpa mucho después que la caries aguda .Es más común en los adultos .La entrada a la lesión casi invariablemente es mayor que la de la caries aguda .Debido a esto no solo existe menos retención de comida, sino también un mayor acceso de saliva. (18)

Índices para la medición de caries dental

Los índices disponibles muestran diferentes momentos del proceso de salud-enfermedad-atención y pueden identificarse así: índices que miden: la historia pasada de caries, los factores de riesgo, la necesidad de tratamiento y el proceso de desarrollo de la caries dental.

Los índices epidemiológicos tradicionales y que se toman en cuenta en éste estudio son: CPOD, ceod.

- CPOD (Dientes permanentes cariados, extraídos y obturados).
- Ceod (Dientes temporales cariados, con indicación de extracción y obturados).

El CPOD ,desarrollado por Klein, Palmer y Knutson (1938) durante un estudio sobre el estado y la necesidad tratamiento dental en niños asistentes a escuelas primarias en Hagerstown (Maryland, EEUU); registra la presencia de caries pasada y presente de los 28 dientes (excluyéndose 3ros.molares) tomando en cuenta los dientes con lesiones cariosas cavitadas y los tratamientos realizados. Se obtiene mediante la sumatoria de los dientes permanentes cariados, perdidos y obturados presentes e incluye las extracciones indicadas. (19)

El índice CPOD a los 12 años es generalmente utilizado en las investigaciones referidas al estado dentario en niños ya que permite el análisis comparado entre los grupos, países o regiones. El Índice ceod, adoptado por Gruebbel (1944) para la dentición primaria, se obtiene en forma similar al CPOD, pero considera sólo los dientes primarios cariados, con indicación de extracción y obturados. Se consideran 20 dientes. (19)

En los niños se utiliza el ceo-d (dientes temporales) en minúscula, las excepciones principales son, los dientes extraídos en niños por tratamiento de ortodoncia o perdidos por accidentes así como coronas restauradas por fracturas. El índice para dientes

temporales es una adaptación del índice COP a la dentición temporal, fue propuesto por Gruebbel y representa también la media del total de dientes temporales cariados (c) con extracciones indicadas (e) y obturaciones (o). (19)

Enfermedad Periodontal.

Es una enfermedad inducida por la biopelícula (placa dentobacteriana). En su etapa inicial, la enfermedad periodontal se caracteriza por ligeros cambios inflamatorios de los tejidos superficiales que rodean a los dientes; en su etapa más avanzada, se caracteriza por la pérdida masiva de las estructuras de soporte del diente y pérdida subsecuente de los dientes.

Cuando la enfermedad periodontal temprana se limita a los tejidos superficiales (peje la encía), es denominada gingivitis. La gingivitis es una enfermedad periodontal común que afecta casi a todas las personas en algún momento de la vida. Por lo general ésta puede ser curada con el uso de medidas preventivas primarias.

En ésta primera etapa de la enfermedad periodontal llamada “gingivitis” se puede apreciar la encía enrojecida., inflamada, y es la etapa más fácil de tratar.

La enfermedad periodontal afecta las estructuras de soporte más profundas(como es el hueso alveolar) , lo cual es conocida como periodontitis. El daño causado por ésta enfermedad generalmente no es reversible con medidas preventivas primarias , pero éstas medidas puede jugar un papel esencial en control de la periodontitis . (20)

Este grupo de enfermedades, incluyendo la gingivitis y la periodontitis, se caracterizan por la aparición de signos clínicos de inflamación en los diferentes tejidos que rodean los dientes, esto es, tanto en los tejidos de protección como en los de soporte. Dicha

reacción inflamatoria es causada por una infección por bacterias patógenas a nivel del surco gingival, por esto las enfermedades periodontales causadas por placa bacteriana se describen como enfermedades infecciosas de carácter inflamatorio.

Mientras las gingivitis se confinan a la encía y las estructuras de adherencia de los tejidos a los dientes, en periodontitis la inflamación se extiende hasta el hueso, cemento y ligamento periodontal, es decir hasta los tejidos de inserción y soporte.
(21)

De éstas dos enfermedades la más difícil de tratar es la periodontitis debido al avance de la inflamación que muchas veces llega a la destrucción del hueso, dejando sin soporte óseo al diente.

La enfermedad periodontal es la consecuencia ante factores irritantes locales hacia los tejidos peridentarios que conducen a la inflamación.

La causa principal es la presencia de placa bacteriana pero además existen otros factores que influyen en su desarrollo:

- Bajo nivel nutricional (vitaminas A y C, zinc y proteínas), Tabaco y alcohol.
- Enfermedades que afectan al sistema inmunológico (diabetes, leucemia, SIDA.)
- Cambios hormonales causados por el embarazo o el uso de anticonceptivos orales.
- Consumo de ciertos fármacos (hidantoínas, ciclosporinas, nifedipino)
- Maloclusiones dentales y restauraciones defectuosas.

Según avanza la edad, hay un aumento de la prevalencia y la gravedad de los procesos periodontales. Son consideradas enfermedades periodontales, la gingivitis y la periodontitis. Son muchos los factores irritantes y causantes de esta enfermedad

periodontal, lo cual se debe tener siempre en cuenta las medidas de prevención siendo la principal el cuidado e higiene bucal en los momentos necesarios y correspondientes.

Gingivitis

Es la inflamación de la encía ocasionada por toxinas de las bacterias acumuladas en el margen gingival, las cuales irritan y lesionan los tejidos peridentarios. En su etapa inicial se presenta con pequeñas hemorragias durante el cepillado, en estadios avanzados produce hinchazón (inflamación) y enrojecimiento, dolor local y frecuente sangrado.

La enfermedad en etapa avanzada puede llegar a conducir a una separación del epitelio de las encías y del cemento formándose las bolsas periodontales, en la cual se depositan bacterias y los restos alimentarios. Una gingivitis crónica no tratada puede conducir a una periodontitis cuando ésta alcanzan los tejido de soporte que permiten la inserción a la raíz del diente, la presencia de las bolsas periodontales son señal de que la enfermedad está en otro nivel de desarrollo. (22)

Periodontitis.

Es la inflamación de los tejidos que sostienen el diente que pueden conducir a la pérdida de inserción del tejido conjuntivo a la superficie de la raíz dental y ésta a su vez a la destrucción de las fibras del ligamento periodontal y del hueso alveolar. Es una de las causas principales de pérdida dentaria a partir de los 40 años.

En algunas ocasiones la gingivitis no precede a la periodontitis, presentándose ésta última de manera más agresiva, y siendo más complicado su tratamiento. (22).

En la medida que se desarrolla la enfermedad periodontal (periodontitis), se destruyen los tejidos de soporte del diente infectando, el cemento que recubre la raíz. Ésta

enfermedad es de avance progresivo e irreversible causando secuelas como: pérdida del hueso alveolar, desplazamiento, movilidad y pérdida de los dientes. Además de otras manifestaciones clínicas como: dolor y mal aliento. Para el control en evitar el desarrollo de dicha enfermedad es necesario controlar la presencia de placa dental. (23)

La periodontitis se clasifica según la velocidad con que ésta se desarrolla en progresivo lento y progresivo rápido, según la edad de inicio en periodontitis de inicio precoz y periodontitis del adulto .Otras formas de clasificación son: periodontitis agresiva localizada (mayormente en los adolescentes y en los adultos jóvenes) afectando principalmente los primeros molares y dientes incisivos. Caracterizado por pérdida severa del hueso alveolar, y por la poca formación de placa dental y cálculo. (24)

Actualmente la prevención de la periodontitis se basa en la prevención de la gingivitis o eliminación si es que ésta última ya está presente. Siendo lo primordial el retiro completo regular y mecánico de la placa más el uso de enjuagues bucales, antimicrobianos y antisépticos. (25)

La enfermedad periodontal se puede tratar con mayor facilidad desde su etapa inicial, al llegar a una periodontitis avanzada ésta puede agravarse provocando hasta la destrucción del hueso alveolar , éstos casos de enfermedad periodontal se presentan mayormente en adultos jóvenes siendo mayor frecuente su ubicación en las piezas posteriores como molares e incisivos.

Maloclusión.

Históricamente se han usado muchos términos para describir la mal posición de los dientes individuales, algunos resultan ambiguos y etimológicamente incorrectos. La

palabra “Oclusión” en medicina significa cierre u obturación (“ob”, “claudere” =cerrar). Por lo tanto “Maloclusión” significaría cierre anormal, y no sería apropiado si lo empleamos como un término descriptivo de posiciones individuales de los dientes. Carabelli es quizás uno de los primeros en analizar la oclusión sistemáticamente a mediados del siglo XIX. Por esto y otras razones la Asociación Americana de Ortodoncia aprobó una serie de términos como aceptables y recomendables, pero no obligatorios, según ellos la oclusión normal y maloclusión dentaria, son términos que indican las relaciones existentes entre los dientes opuestos cuando estos son llevados a su posición habitual (26).

Según el Diccionario Odontológico de Marcelo Friedenthal (1996):“maloclusión” “Es una condición patológica caracterizada por no darse la relación normal de las piezas dentarias con los demás en el mismo arco y con las del arco antagonista. Estas anomalías de espacio y posición presentan como variedades principales la distoclusión, mesioclusión, vestibuloclusión, linguoclusión, hiperoclusión e hipoclusión. La maloclusión ocupa el tercer lugar en los trastornos bucales, después de la caries y la enfermedad periodontal”. (27)

En opinión de José Mayoral y Guillermo Mayoral (1990)

“las maloclusiones o anomalías de la oclusión dentaria son solo anomalías de espacio, son alteraciones de la oclusión dentaria. Entendiendo la oclusión dentaria como la posición recíproca en que quedan los dientes de un arco respecto a los del otro cuando cierran, desarrollando la mayor fuerza”. (28).

Para Graber Thomas M.

“En general las maloclusiones pueden afectar a cuatro sistemas tisulares: dientes, huesos, músculos y nervios. En algunos casos, solo los dientes son irregulares; la relación maxilar puede ser buena y la función muscular y neural normal, de tal forma que los dientes no hagan contacto correcto durante la función. Pero también la maloclusión puede afectar a los cuatro sistemas con malposiciones individuales de dientes, relación anormal de los maxilares y función muscular y neural anormal. A estos dos últimos sistemas se les llama también sistema neuro-muscular”. (26)

Clasificación:

La clasificación de las maloclusiones, que implica las relaciones entre el esqueleto, los maxilares y la cara no es nueva y ha sido intentada frecuentemente, existiendo diversas clasificaciones que se han propuesto a lo largo de la historia de la ortodoncia.

a.- Clasificación de Simón:

Es una de las mejores clasificaciones, que utiliza la técnica gnatostática y orienta la dentición a puntos de referencia antropométricos para tratar de conocer mejor la verdadera relación de la dentición con respecto de la cara. Simón tomó la sugerencia de Bennett hecha en 1912, en el sentido de que las maloclusiones deben de catalogarse en tres planos espaciales: horizontal, vertical y transversal (26).

b.- Clasificación según los sistemas tisulares que afecta:

Dado que en algunos casos las maloclusiones solo los dientes están afectados, con una buena relación maxilar, mientras que en otros casos los dientes pueden estar bien alineados, pero con una relación maxilar anormal, o de lo contrario ambos sistemas tisulares pueden estar alterados, por estas razones surge esta clasificación que cataloga las maloclusiones en tres grupos:

Displasias dentarias: Es una maloclusión dentaria que se da cuando los dientes individuales en uno o ambos maxilares se encuentra en relación anormal entre sí. Sólo el sistema dentario afectado. Esta afección puede limitarse a un par de dientes o puede afectar a la mayor parte de dientes existentes. La relación entre los maxilares se considera normal, el equilibrio facial es casi siempre bueno y la función muscular es normal (26)

Displasias esqueléticas: Esta maloclusión se fundamenta en la importancia de la relación antero – posterior de los maxilares entre sí y con la base del cráneo. La relación de estos os con la base craneal ejercen una gran influencia sobre los objetivos y tratamientos ortodondicos. Pocos casos de maloclusión son problemas exclusivamente esqueléticos. (26)

Displasias esqueleto dentario: En esta categoría se encuentran aquellos dientes solos o en grupos en situación de malposición en donde existe, además, una relación anormal entre el maxilar superior y maxilar inferior, y entre ambos con la base del cráneo. Estas displasias son las más complicadas y afectan a los cuatro sistemas tisulares, es decir, dientes, hueso, músculos y nervios. (26)

c.- Clasificación según la dirección de estudio:

Para mayoral, José

“La relación de los dientes superiores con los dientes en la posición de oclusión debe estudiarse en tres direcciones: dos horizontales (vestíbulo – lingual y mesio – dista) y una vertical. Las alteraciones en esta relación (maloclusiones) también se clasifican en tres direcciones” (28).

Maloclusiones en posición mesiodistal: Normalmente cada diente superior (excepto el último) ocluye con los dientes inferiores: con su homólogo y con el que le sigue a partir de la línea media del arco. La maloclusión en dirección mesio – distal ocurre cuando el diente o los dientes del arco anómalo están más cerca o más lejos de la línea del arco de lo que corresponde con los dientes opuestos. Estas maloclusiones se denominan: Mesioclusión o distoclusión, según sea la posición de los dientes en la oclusión (28)

Maloclusiones en dirección vestíbulo – lingual: Normalmente en dirección vestibulolingual se observa que las caras vestibulares de los dientes superiores están por fuera de la de los inferiores, de tal modo que los caninos e incisivos superiores ocultan el tercio superior de las coronas de sus homólogos inferiores. Si hay mala oclusión, los dientes estarán colocados por dentro o pro fuera del sitio que les corresponde con relación a sus opuestos normales, denominándoles Linguoclusión y vestibuloclusión respectivamente (28)

Maloclusiones en dirección vertical: La oclusión normal en dirección vertical muestra una línea de oclusión, que vista lateralmente, no es recta, sino curva y no está situada en el mismo plano en toda su extensión. Esta línea es recta hasta los pre molares, luego hacia atrás forma una ligera curva cuya concavidad se dirige hacia arriba y adelante. Las maloclusiones en dirección vertical consisten en que uno o varios dientes exceden o pasan de la línea de oclusión o, por el contrario, no llegan a ella, llamándoseles: Hipoclusión e hiperoclusión respectivamente (28)

d.- Clasificación de Ackerman – Proffit:

Ackerman y Proffit “Reconociendo la orientación principalmente sagital y las limitaciones de la clasificación de Angle, elaboraron un método muy complejo para ilustrar y categorizar las maloclusiones. Así, perfeccionaron un sistema de clasificación utilizando el diagrama simbólico y lógico de Venn en la cual son analizadas cinco características y sus relaciones entre sí. Este sistema se conoce como la teoría “set” (juego). El diagrama de Ackerman y Proffit, representa una demostración visual de la interacción existente entre las diversas condiciones o categorías de las maloclusiones y donde cada uno de ellos a su vez representa grupos o colecciones de entidades nosológicas denominados juegos o sets.

Este sistema de clasificación se adapta fácilmente al estudio por computadora y solo exige una escala numérica para su programación. Como imitaciones de este sistema, se tiene que no se ha considerado la etiología”. (26)

e.- Clasificación de Angle:

De acuerdo con Angle “La parte más importante de la oclusión es el primer molar superior permanente. En otras palabras, el arco inferior se encuentra en relación con el superior en su descripción de malposiciones maxilo – mandibulares (108). Angle dividió las maloclusiones en tres clases amplias: Clase I (Neutroclusión), Clase II (distoclusión) y Clase III (Mesioclusión). Pero lo que en realidad hizo Angle fue categorizarlas maloclusiones por síndromes, creando una imagen mental de las características de ciertos tipos de maloclusiones en cada clase”. (26)

Spiroj, Chaconas clasifican:

“Clase I (Neutroclusión): La maloclusión clase I está asociada a una relación esquelético maxilo – mandibular normal; la discrepancia se encuentra entre los dientes y el tamaño de la mandíbula del individuo. Así como en una oclusión ideal, en la maloclusión clase I las cúspides mesiobucales de los primeros molares inferiores permanentes. (29).

Clase II (Distoclusión): Poseen 2 divisiones o tipos:

Clase II División 1: Se dice que existe una maloclusión clase II división 1 cuando el primer molar inferior permanente se encuentra distal a su contraparte superior. Esta distoclusión puede ser resultado de una mandíbula retrognata, de un maxilar que se encuentra demasiado adelante, o una combinación de ambos. Además de la discrepancia esquelética anteroposterior, los arcos pueden estar mal apiñados, y también pueden presentar una mordida abierta anterior. Debido

a la sobreposición horizontal (sobremordida horizontal) del segmento anterior de los arcos de la maloclusión clase II, los inferiores anteriores pueden estar en sobreerupción hacia el paladar. (.29)

Clase II División 2: Esta maloclusión también presenta una distoclusión, y su forma típica está caracterizada por una sobremordida vertical anterior profunda, los incisivos centrales superiores tienen inclinación lingual y los incisivos laterales superiores están inclinados labialmente (vestibular) y una curva de Spee exagerada en el arco mandibular con poco o nada de apiñamiento. (29)

Clase III (Mesioclusión) Una maloclusión clase III esquelética o verdadera es causada por sobrecrecimiento de la mandíbula creando una Mesioclusión y consecuentemente una mordida cruzada anterior. En algunos casos el problema se complica más cuando existe un maxilar insuficiente o retraído. Otras características son la inclinación labial de los incisivos superiores y la inclinación lingual de los incisivos inferiores, además existe labio superior hipertrófico, mientras que el inferior es hipofuncional”. (29).

III. HIPÓTESIS

Siendo un trabajo Descriptivo, no es necesario considerar una hipótesis.

IV. METODOLOGÍA

4.1 Diseño de la investigación

El presente trabajo de investigación es un estudio cuantitativo, de tipo observacional y transversal de nivel descriptivo y diseño epidemiológico.

4.2 Población y muestra:

La población

La población de esta investigación estará conformada por 100 estudiantes matriculados en el turno de mañana del CETPRO Santa Rosa de Lima del Distrito de Chilca, Provincia de Huancayo, Departamento y Región Junín, año 2018”

Muestra

Para la selección de la muestra se utilizó el muestreo probabilístico debido a que la Sr. directora asignó a las aulas, además solo se diagnosticaron a los alumnos que aceptaron y firmaron el asentimiento informado lo cual está conformado por 80 estudiantes de las diferentes especialidades. Procedimiento de recojo de datos se realizó mediante la aplicación de una ficha clínica.

Se determinó el tamaño de la muestra usando la fórmula que nos brindó el muestreo, cuando el interés es estimar una población en un estudio descriptivo.

$$n = \frac{N Z^2 PQ}{(N-1) E^2 + Z^2 PQ}$$

N = Tamaño de muestra

N = Tamaño de población

Z = Coeficiente estándar normal asociado a un nivel de confianza

PQ = Varianza para variable cualitativa

E = Error de muestreo

Considerando un 95% de confianza ($z = 1.96$), una varianza máxima que asegura una muestra significativamente grande ($PQ = 0.25$), un error de muestreo del 5% ($d = 0.05$) para una población estimada de $n = 150$ se obtiene:

$$N = \frac{(100) (1.96)^2 (0.25)}{(99) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.25)}$$

$$N = \frac{(100) (3.8416) (0.25)}{(99) (0.0025) + (3.8416) (0.25)}$$

$$N = \frac{(384.16) (0.25)}{(0.2475) + (0.9604)}$$

$$N = \frac{96.04}{1.2079}$$

$$N = 79.50$$

La muestra fue conformada por 80 estudiantes.

Criterios de Selección

Criterio de inclusión

Los estudiantes matriculados en el CETPRO Santa Rosa de Lima.

Los estudiantes que aceptan participar en el diagnóstico.

Los estudiantes que estuvo presente el día del desarrollo de diagnóstico.

Criterios de exclusión

Los estudiantes que no están matriculados en el CETPRO en el año 2018.

Los estudiantes que no aceptan participar el diagnóstico clínico.

Los estudiantes que no estuvieron presentes el día del diagnóstico clínico.

4.3 Definición y Operacionalización de variables e indicadores

A.- Enfermedades bucales:

- Prevalencia de Caries dental:

Se define como el porcentaje de personas, afectadas por caries dental existente en una comunidad, en un momento dado.

- Prevalencia de Enfermedad Periodontal (gingivitis):

Se define como el porcentaje de personas afectadas por enfermedad periodontal (gingival) existente en una comunidad, en un momento dado.

- Prevalencia de Maloclusiones dentarias:

Se define como el porcentaje de personas afectadas por maloclusión dentaria existente en una comunidad, en un momento dado.

Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍA DE ESCALA	INSTRUMENTO
Enfermedades bucales	Alteración o desviación del estado fisiológico de la cavidad bucal, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y unos signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible	Caries dental	Índice CPOD	Cuantitativa de Razón	C = código 1 P = código 2 O = código 3	Ficha clínica y códigos OMS
		Enfermedad periodontal	Índice CPITN OMS	Nominal	0: Sano 1: Sangrado o ausencia 2: Cálculo 3: Bolsa 4 – 5 mm. 4 : Bolsa más de 56 mm	
		Maloclusión	Índice IMO OMS	Ordinal	0: Sin anomalías 1: Anomalías leves (Leves rotaciones dentales, leve apiñamiento, leve diastema inferior a 4 mm en grupo incisivo). 2 : Anomalías más graves (Prognatía superior a 9 mm. Prognatía inferior, mordida abierta anterior, diastemas en incisivos \geq 4 mm, apiñamientos \geq 4 mm	

4.4 Técnica e instrumento de recolección de datos

Se utilizó como técnica la observación mediante el examen clínico; como instrumento se utilizó el formulario de la OMS para la evaluación de la salud bucodental. Este instrumento adaptado por el autor (Anexo N° 1).

4.5 Plan de análisis

Para realizar el análisis estadístico se utilizó la estadística descriptiva para ordenar y tabular los datos obtenidos de la variable de estudio, se determinaron los resultados porcentuales utilizando tablas de distribución de frecuencias y gráficos.

La información fue procesada y analizada con el programa estadístico SPSS versión 22.

4.6 Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	METODOLOGIA
<p>¿Cuál es la prevalencia de enfermedades bucales en estudiantes del CETPRO Santa rosa de Lima del distrito de chilca Provincia de Huancayo, departamento y Región Junín, año 2018?</p>	<p>GENERAL</p> <p>Determinar la prevalencia de caries dental bucales en estudiantes del CETPRO Santa rosa de Lima del distrito de chilca Provincia de Huancayo, departamento y Región Junín, año 2018</p> <p>ESPECÍFICOS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar la prevalencia de caries dental bucales en estudiantes del CETPRO Santa rosa de Lima del distrito de chilca Provincia de Huancayo, departamento y Región Junín, año 2018, según CPOD. 2. Determinar la prevalencia de enfermedades periodontal en estudiantes del CETPRO Santa rosa de Lima del distrito de chilca Provincia de Huancayo, departamento y Región Junín, año 2018 3. Determinar la prevalencia de maloclusiones en estudiantes del CETPRO Santa rosa de Lima del distrito de chilca Provincia de Huancayo, departamento y Región Junín, año 2018 	<ul style="list-style-type: none"> • Prevalencia de enfermedades bucales: <p>Prevalencia de caries</p> <p>Prevalencia de enfermedad periodontal</p> <p>Prevalencia de maloclusiones</p>	<p>Tipo: transversal, y observacional.</p> <p>Nivel: descriptivo.</p> <p>Diseño: Epidemiológico descriptivo</p> <p>POBLACIÓN:</p> <p>Los estudiantes del CETPRO Santa rosa de Lima del distrito de chilca Provincia de Huancayo, departamento y Región Junín, que corresponden a 100 estudiantes.</p> <p>MUESTRA</p> <p>La muestra está constituida por 80 estudiantes del CETPRO Santa rosa de Lima del distrito de chilca Provincia de Huancayo, departamento y Región Junín El tipo de muestreo será probabilístico estratificado por institución educativa.</p>

4.7 Principios Éticos

Para el desarrollo del presente estudio, se consideró los principios éticos basados en la Declaración de Helsinki (WMA, octubre 2013) en donde se consideraba que en la investigación se debe proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. (30)

V. RESULTADOS

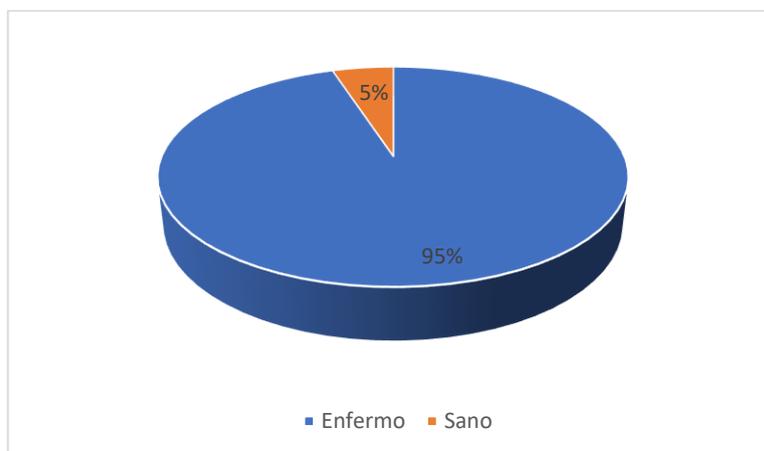
5.1 Resultados

TABLA N° 1: PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES BUCALES EN ESTUDIANTES DEL CETPRO SANTA ROSA DE LIMA DEL DISTRITO DE CHILCA, PROVINCIA DE HUANCAYO, DEPARTAMENTO Y REGIÓN JUNÍN, AÑO 2018”

Enfermedades Bucales	N°	%
Enfermo	76	95
Sano	4	5

Fuente: Ficha Clínica

GRAFICO N°1: PREVALENCIA DE LA ENFERMEDADES BUCALES EN ESTUDIANTES DEL CETPRO SANTA ROSA DE LIMA DEL DISTRITO DE CHILCA, PROVINCIA DE HUANCAYO, DEPARTAMENTO Y REGIÓN JUNÍN, AÑO 2018.



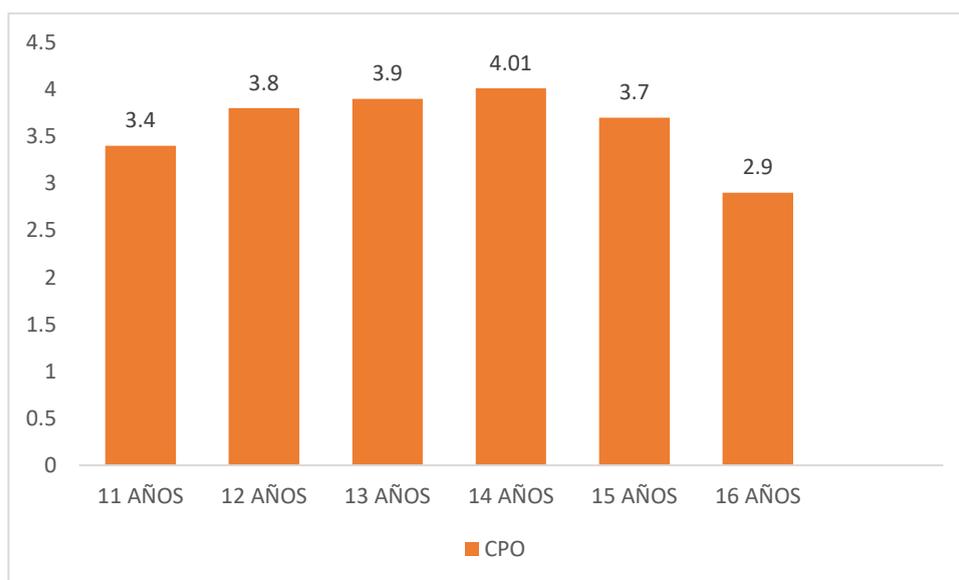
Fuente: Tabla N° 1

TABLA N° 2: PREVALENCIA DE ENFERMEDAD EN CARIES DENTAL EN ESTUDIANTES DEL CETPRO SANTA ROSA DE LIMA DEL DISTRITO DE CHILCA, PROVINCIA DE HUANCAYO, DEPARTAMENTO Y REGIÓN JUNÍN, AÑO 2018, SEGÚN CPOD.

EDAD	CPO
11 AÑOS	3.4
12 AÑOS	3.8
13 AÑOS	3.9
14 AÑOS	4.01
15 AÑOS	3.7
16 AÑOS	2.9

Fuente: Ficha Clínica

GRAFICO N°2: PREVALENCIA DE ENFERMEDAD EN CARIES DENTAL EN ESTUDIANTES DEL CETPRO SANTA ROSA DE LIMA DEL DISTRITO DE CHILCA, PROVINCIA DE HUANCAYO, DEPARTAMENTO Y REGIÓN JUNÍN, AÑO 2018, SEGÚN CPOD.



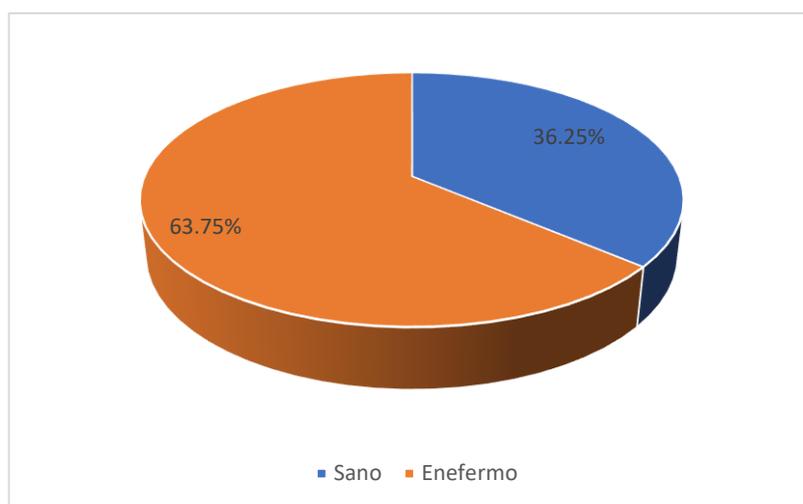
Fuente: Tabla N° 2

TABLA N°3: PREVALENCIA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL EN ESTUDIANTES DEL CETPRO SANTA ROSA DE LIMA DEL DISTRITO DE CHILCA, PROVINCIA DE HUANCAYO, DEPARTAMENTO Y REGIÓN JUNÍN, AÑO 2018.

Enfermedad Periodontal	N°	%
Enfermo	51	63.75
Sano	29	36.25

Fuente: Ficha Clínica

GRAFICO N° 3: PREVALENCIA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL EN ESTUDIANTES DEL CETPRO SANTA ROSA DE LIMA DE2L DISTRITO DE CHILCA, PROVINCIA DE HUANCAYO, DEPARTAMENTO Y REGIÓN JUNÍN, AÑO 2018.



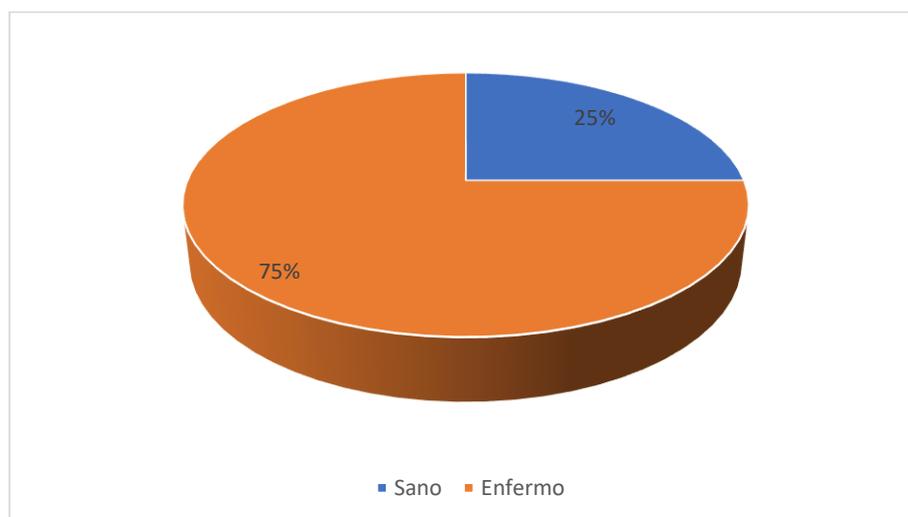
Fuente: Tabla N°3

TABLA N°4: PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES DENTARIAS EN ESTUDIANTES DEL CETPRO SANTA ROSA DE LIMA DEL DISTRITO DE CHILCA, PROVINCIA DE HUANCAYO, DEPARTAMENTO Y REGIÓN JUNÍN, AÑO 2018.

Maloclusión	N°	%
Enfermo	60	75
Sano	20	25

Fuente: Ficha Clínica

GRAFICO N° 4: PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES DENTARIAS EN ESTUDIANTES DEL CETPRO SANTA ROSA DE LIMA DEL DISTRITO DE CHILCA, PROVINCIA DE HUANCAYO, DEPARTAMENTO Y REGIÓN JUNÍN, AÑO 2018.



Fuente: TablaN°4

5.2 Análisis de los resultados

El resultado obtenido para determinar la prevalencia de caries dental en este estudio fue de 97,5 % siendo mayor a la prevalencia obtenida por Alva Montoya A. que obtuvo 83,8 %; Díaz Burga M. obtuvo 81,2 %; Castillo, P. (2008) que obtuvo 79,33 %; Villanueva, C. (2006) obtuvo 94,3 %; Urcia, R. (2008) obtuvo 68,0 %; Melgarejo. (2008) que obtuvo un 79,00 %, Aranda, S. (2008) obtuvo 74,7 %; Sifuentes Picón M., S. (2007) que obtuvo 90,5 %.

Los valores de CPO encontrados en el presente estudio es de 4,01, que están por encima de las cifras citadas en las investigaciones de por Díaz Burga M. obtuvo 1,1 ; Castillo, P. (2008) que obtuvo 1,71; Villanueva, C. (2006) obtuvo 5,3; Urcia, R. (2008) obtuvo 0,9; Melgarejo, L. (2008) que obtuvo 0,80, Aranda, S. (2008) obtiene 2,54 y Sifuentes Picón M., (2007), que obtuvo un valor de 3,1.

Los valores de ceod promedio fueron de 3,6 que están por encima de las cifras citadas en las investigaciones de Castillo, P. (2008) que obtuvo 1,64; Villanueva, C. (2006) obtuvo 3,1; Urcia, R. (2008) obtuvo 2,9; Melgarejo, L. (2008) que obtuvo 1,40.

La prevalencia de enfermedad periodontal en el presente estudio fue de 63,75 % siendo ligeramente inferior a lo obtenido por Alva Montoya A. que obtuvo 87,2 %; Díaz Burga M. obtuvo 25,0 %; Castillo, P. (2008) que obtuvo 57,0 %; Villanueva, C. (2006) obtuvo 75,0 %; Urcia, R. (2008) obtuvo 23,0 %; Melgarejo. (2008) que obtuvo un 69,00 %, Aranda, S. (2008) obtuvo 42,6 %; Sifuentes Picón M., (2007), que obtuvo un valor de 3,1. Cottos, S. (2008) que obtuvo 82,3 %.

La prevalencia de maloclusión dentaria en el presente estudio fue de 75,0 %; Que ha sido superior a lo obtenido por Alva Montoya A. que obtuvo 14,6 %; Díaz Burga M. obtuvo 75,0 %; Castillo, P. (2008) que obtuvo 98,0 %; Villanueva, C. (2006) obtuvo 49,6 %; Urcia, R. (2008) obtuvo 46,0 %; Melgarejo. (2008) que obtuvo un 100,00 %, Aranda, S. (2008) obtuvo 41,3 %; Sifuentes Picón M., (2007), que obtuvo un valor de 3,1 ; Cottos, S. (2008) que obtuvo 100,0 %.

VI CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones:

1.- La prevalencia de caries dental en estudiantes del CETPRO Santa Rosa de Lima del Distrito de Chilca, Provincia de Huancayo, Departamento y Región Junín, año 2018; fue de 97.5 %.

2.- La prevalencia de caries dental en estudiantes del CETPRO Santa Rosa de Lima del Distrito de Chilca, Provincia de Huancayo, Departamento y Región Junín, año 2018, según CPOD; fue de 3.6

3.- La prevalencia de enfermedad periodontal en estudiantes del CETPRO Santa Rosa de Lima del Distrito de Chilca, Provincia de Huancayo, Departamento y Región Junín, año 2018; fue de 63,75 %,

4.- La prevalencia de maloclusiones dentarias en estudiantes del CETPRO Santa Rosa de Lima del Distrito de Chilca, Provincia de Huancayo, Departamento y Región Junín, año 2018; fue de 75,0 %,

BIBLIOGRAFIA

1. Análisis de situación Salud Bucal [Página en internet] Chile, encuesta Nacional de Salud 2003[Actualizado el 10 de Sep. 2018]
2. Bascones Martínez A, Figueroa Ruiz E. Las Enfermedades Periodontales como Infecciones Bacterianas, Rev. Avp. Avance en Periodoncia, [Serie en Internet] 2005 Dic., [Actualizado el 10 de Sep. 2018] vol.17 n°3 Madrid URL. http://scielo.iscii.es/scielo.php?scriptsci_arttext&pids169965852005000300004
3. García Ustrell Torrent J. Evaluación de la Maloclusión, Alteraciones Funcionales y Hábitos Orales en una población escolar: Tarragona y Barcelona, [Serie en Internet], 2011, [Citado 10 de Sep. 2018], vol. 27 num. 2-2011 disponible en internet <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v27n2/original2.pdf>.
4. Municipalidad Distrital de Chilca Datos Geográficos [Serie en Internet], Huancayo-Peru.2005, [Citado 13 de Sep. 2018] URL <http://munichilca.gob.pe/portal/index.php/component/k2/item/2-datosgeograficos>
5. Kety Lita Limaymanta Silva Información Brindada por Directora del Centro de Estudio Técnico Productiva – CETPRO, [Citado 13 de Ago. 2018].
6. Alva Montoya. Perfil de Salud Bucal y necesidad de tratamiento Odontológico en escolares de 6 a 15 años , en la Institución Educativa “La Gloriosa” del Distrito de Chimbote –Provincia del Santa de Abril a Julio del 2006.
7. Burga Díaz M. “Perfil de enfermedades bucales y necesidad de tratamiento en escolares de 6, 12 y 15 años del distrito de Cáceres centro poblado Jimbe, provincia del santa, Región Ancash 2009”. [Tesis para optar el título de cirujano Dentista].Chimbote. “Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote”,2009.
8. San Migue A. “Perfil de salud – Enfermedad bucal en los escolares de 6 a 15 años de edad distrito de Samanco - Provincia del Santa durante el año 2006”. [Tesis para optar el grado académico en Magister en Estomatología].Chimbote. “Universidad Católica Los Ángeles De Chimbote “.2012.

9. Castillo López P. “Perfil de enfermedades bucales y necesidad de tratamiento en escolares de 6, 12 y 15 años del distrito de Chacas, Provincia de Asunción - Región Ancash”. [Tesis para optar el título de cirujano dentista.]Trujillo: “Universidad Los Ángeles De Chimbote”; 2008.
10. Villanueva Ponce C. “Perfil de salud – enfermedad bucal en los escolares de 6 a 15 años de edad Distrito de Chimbote- Provincia del Santa durante el año 2006”. [Tesis para optar el grado académico de magister en estomatología]Chimbote. “Universidad Los Ángeles De Chimbote “,2008.
11. Urcia Cruz R. “Perfil de enfermedades bucales y necesidad de tratamiento en escolares de 6, 12 y 15 años del distrito de Huarney, provincia de Huarney región Ancash – año 2008”. [Tesis para optar el título de cirujano dentista.]Trujillo: “Universidad Los Ángeles De Chimbote”; 2008.
12. Aranda López W. “Perfil de salud bucal en escolares de 12 a 15 años de la i.e. n° 80048 José Eulogio garrido en la ciudad de Trujillo, durante los meses de noviembre 2007 a enero del 2008”. [Tesis para optar el título de cirujano Dentista].Chimbote. “Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote.”2008.
13. Sifuentes Picón T.” Perfil de Salud Bucal en Escolares de 12 a 15 años de edad en la I.E. “Ricardo Palma” N° 88010 en la ciudad de Trujillo durante el periodo de Noviembre 2007 a Enero 2008 “[Tesis para optar el título de cirujano Dentista].Chimbote.”Universidad Los Ángeles de Chimbote “.2007.
14. Banda Rodríguez M.” Perfil epidemiológico del proceso salud-enfermedad bucal en escolares de 06 a 12 años de edad, de dos instituciones educativas estatales del distrito de El Agustino-Lima, el año 2008”. “[Tesis para optar el título de cirujano Dentista].Lima.”Universidad Nacional Mayor de San Marcos “.2008.

15. Bolaños Málaga V. “Estudio Epidemiológico de las Enfermedades bucales más prevalentes en escolares de 6 a 16 años de la provincia de Azángaro, 2013”. [Tesis para optar el título de cirujano Dentista].Puno. *Universidad Nacional del Altiplano Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Profesional de Odontología*.2014
16. Morales Martínez F. Temas Prácticos en Geriatria y Gerontología. Primera Edicion .Costa Rica: Editorial San José ;2000.
17. Barrancos M. Barrancos P. Operatoria Dental :Integración Clínica.Cuarta Edicion .Argentina:Editorial Medica Panamericana;2006.
18. Willian G. Shafer,Maynard K.Hine, Barnet M. Levy.Tratado de Patologia Bucal.Segunda Edicion.Mexico:Nueva Editorial Interamericana,S.A;1986.
19. Piovano S, Squassi A, Bordoni N. Estado del arte de indicadores para la medición de caries dental. Revista de la Facultad de Odontología (UBA) [Revista en la internet].2010[Citado 2016,agost.,20];25:30-31. Disponible en: <http://www.odon.uba.ar/revista/2010vol25num58/art4.pdf>
20. Norman O. Harris, Franklin García-Godoy.Odontologia Preventiva Primaria.Segunda Edición .Mexico: Editorial Manuel Moderno;2004.
21. Fundamentos de Ciencias Básicas Aplicadas a la odontología .Primera Edición .Bogotá:Editorial Pontifica Universidad Javeriana;2006.
22. Giménez S. Tratamiento de la enfermedad periodontal. Medicina21.Set.2007.Disponible en : http://www.medicina21.com/Articulos-V1520Tratamiento_de_la_enfermedad_periodontal.html
23. LINDHE, J. Peri odontología Clínica. Editorial Médica Panamericana. Segunda Edición, Buenos Aires – Argentina. 1992.

24. BORDON, N. SQUASSI, A. precon, programa de Educación Continua Odontológica No Convencional, Curso 1, Odontología Preventiva, Modulo 1, Diagnóstico de Enfermedades por Placa Bacteriana. Organización Panamericana de la Salud, 1999.
25. CARRANZA, F. SZNAJDER, N. Compendio de Periodoncia. Editorial Médica Panamericana. Quinta Edición, Buenos Aires – Argentina, 1999.
26. Graber Thomas M: Ortodoncia, teoría y práctica. Editorial Interamericana. 3ra Edición. 1974. México. Pag. 204, 205, 209 -23.
27. Friedenthal, Marcelo: Diccionario Odontológico. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. Argentina. 2da Edición, 1996.
28. Mayoral, José; Mayoral, Guillermo, Pedro: Ortodoncia. Principios fundamentales y práctica. Editorial Labor s. a. Sexta edición. 1990. España. Pag. 161 – 168.
29. Spiroj, Chaconas: Ortodoncia. Editorial. El Manual Moderno. México. 1983

ANEXOS

ANEXO N° 1

MATERIAL DE RECOLECCION DE DATOS FICHA CLINICA



UNIVERSIDAD LOS ANGELES DE CHIMBOTE

FICHA CLINICA

I. DATOS DEL ALUMNO:

Nombre:

Edad: Sexo: Especialidad:

<p>ESTADO PERIODONTAL</p> <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">16</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">26</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">46</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">31</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">36</td> </tr> </table>	16	11	26				46	31	36	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">ESTADO</th> <th style="text-align: center;">NECESIDADES TRATAMIENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="font-size: small;"> Código 0 = sano Código 1 = sangrado Código 2 = calculo Código 3=bolsa 4-5 mm Código 4=bolsa más de 6mm </td> <td style="font-size: small;"> 0 = No necesita 1 = Educ. de salud bucal 2 = Educ. de SB + profilaxia 3 = Educ. de SB + profilaxia + raspaje 4 = Educ. SB + profilaxia + raspaje + cirugía </td> </tr> </tbody> </table>	ESTADO	NECESIDADES TRATAMIENTO	Código 0 = sano Código 1 = sangrado Código 2 = calculo Código 3=bolsa 4-5 mm Código 4=bolsa más de 6mm	0 = No necesita 1 = Educ. de salud bucal 2 = Educ. de SB + profilaxia 3 = Educ. de SB + profilaxia + raspaje 4 = Educ. SB + profilaxia + raspaje + cirugía																																																																											
16	11	26																																																																																							
46	31	36																																																																																							
ESTADO	NECESIDADES TRATAMIENTO																																																																																								
Código 0 = sano Código 1 = sangrado Código 2 = calculo Código 3=bolsa 4-5 mm Código 4=bolsa más de 6mm	0 = No necesita 1 = Educ. de salud bucal 2 = Educ. de SB + profilaxia 3 = Educ. de SB + profilaxia + raspaje 4 = Educ. SB + profilaxia + raspaje + cirugía																																																																																								
<p>ESTADO DENTICIÓN</p> <table style="margin: auto; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <td style="text-align: center;">85</td><td style="text-align: center;">84</td><td style="text-align: center;">83</td><td style="text-align: center;">82</td><td style="text-align: center;">81</td><td style="text-align: center;">81</td><td style="text-align: center;">82</td><td style="text-align: center;">83</td><td style="text-align: center;">84</td><td style="text-align: center;">85</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">18</td><td style="text-align: center;">17</td><td style="text-align: center;">16</td><td style="text-align: center;">15</td><td style="text-align: center;">14</td><td style="text-align: center;">13</td><td style="text-align: center;">12</td><td style="text-align: center;">11</td><td style="text-align: center;">21</td><td style="text-align: center;">22</td><td style="text-align: center;">23</td><td style="text-align: center;">24</td><td style="text-align: center;">25</td><td style="text-align: center;">26</td><td style="text-align: center;">27</td><td style="text-align: center;">28</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">85</td><td style="text-align: center;">84</td><td style="text-align: center;">83</td><td style="text-align: center;">82</td><td style="text-align: center;">81</td><td style="text-align: center;">71</td><td style="text-align: center;">72</td><td style="text-align: center;">73</td><td style="text-align: center;">74</td><td style="text-align: center;">75</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">48</td><td style="text-align: center;">47</td><td style="text-align: center;">46</td><td style="text-align: center;">45</td><td style="text-align: center;">44</td><td style="text-align: center;">43</td><td style="text-align: center;">42</td><td style="text-align: center;">41</td><td style="text-align: center;">31</td><td style="text-align: center;">32</td><td style="text-align: center;">33</td><td style="text-align: center;">34</td><td style="text-align: center;">35</td><td style="text-align: center;">36</td><td style="text-align: center;">37</td><td style="text-align: center;">38</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> </tr> </table>	85	84	83	82	81	81	82	83	84	85	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">ESTADO</th> <th style="text-align: center;">NECESIDADES TRATAMIENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="font-size: small;"> A = 0 = sano B = 1 = caries C = 2 = obturado y caries D = 3 = obturado sin caries E = 4 = perdida por caries F = 5 = perdida por otra razón F = 6 = sellado 7 = pilar para un puente o Una corona especial 8 = diente no erupcionado 9 = diente excluido </td> <td style="font-size: small;"> 0 = ninguno 1 = caries retenida o necesita un sellador 2 = una superficie obturada 3 = dos o mas superficies obturadas 4 = corona o pilar para un puente 5 = puente 6 = tratamiento pulpar 7 = extracción 8 = necesita otro tratamiento </td> </tr> </tbody> </table>	ESTADO	NECESIDADES TRATAMIENTO	A = 0 = sano B = 1 = caries C = 2 = obturado y caries D = 3 = obturado sin caries E = 4 = perdida por caries F = 5 = perdida por otra razón F = 6 = sellado 7 = pilar para un puente o Una corona especial 8 = diente no erupcionado 9 = diente excluido	0 = ninguno 1 = caries retenida o necesita un sellador 2 = una superficie obturada 3 = dos o mas superficies obturadas 4 = corona o pilar para un puente 5 = puente 6 = tratamiento pulpar 7 = extracción 8 = necesita otro tratamiento
85	84	83	82	81	81	82	83	84	85																																																																																
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																																																										
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75																																																																																
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																																																										
ESTADO	NECESIDADES TRATAMIENTO																																																																																								
A = 0 = sano B = 1 = caries C = 2 = obturado y caries D = 3 = obturado sin caries E = 4 = perdida por caries F = 5 = perdida por otra razón F = 6 = sellado 7 = pilar para un puente o Una corona especial 8 = diente no erupcionado 9 = diente excluido	0 = ninguno 1 = caries retenida o necesita un sellador 2 = una superficie obturada 3 = dos o mas superficies obturadas 4 = corona o pilar para un puente 5 = puente 6 = tratamiento pulpar 7 = extracción 8 = necesita otro tratamiento																																																																																								
	<p>CPD =</p>																																																																																								
<p>MALOCLUSIONES</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 10px auto;"></div>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">ESTADO</th> <th style="text-align: center;">NECESIDADES DE TRATAMIENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="font-size: small;"> 0 = sin anomalías, ni maloclusión 1 = anomalías ligeras o leve (leves torsiones o rotaciones dentarias, leve apiñamiento o leve diastema inferior a 4 mm en grupo incisivo) 2 = anomalías más graves (moderado o severo), con presencia de una o varias de las siguientes alteraciones: - prognata superior de 9 mm o más - prognata inferior - mordida abierta anterior - diastemas en incisivos de 4mm o más - apiñamiento en incisivos de 4mm o más </td> <td style="font-size: small;"> 0 = No necesita 1 = puede necesitar tratamiento 2 = tratamiento obligado </td> </tr> </tbody> </table>	ESTADO	NECESIDADES DE TRATAMIENTO	0 = sin anomalías, ni maloclusión 1 = anomalías ligeras o leve (leves torsiones o rotaciones dentarias, leve apiñamiento o leve diastema inferior a 4 mm en grupo incisivo) 2 = anomalías más graves (moderado o severo), con presencia de una o varias de las siguientes alteraciones: - prognata superior de 9 mm o más - prognata inferior - mordida abierta anterior - diastemas en incisivos de 4mm o más - apiñamiento en incisivos de 4mm o más	0 = No necesita 1 = puede necesitar tratamiento 2 = tratamiento obligado																																																																																				
ESTADO	NECESIDADES DE TRATAMIENTO																																																																																								
0 = sin anomalías, ni maloclusión 1 = anomalías ligeras o leve (leves torsiones o rotaciones dentarias, leve apiñamiento o leve diastema inferior a 4 mm en grupo incisivo) 2 = anomalías más graves (moderado o severo), con presencia de una o varias de las siguientes alteraciones: - prognata superior de 9 mm o más - prognata inferior - mordida abierta anterior - diastemas en incisivos de 4mm o más - apiñamiento en incisivos de 4mm o más	0 = No necesita 1 = puede necesitar tratamiento 2 = tratamiento obligado																																																																																								

ANEXO N° 2

ASENTIMIENTO INFORMADO FIRMADO POR EL ALUMNO

ASENTIMIENTO INFORMADO

INVESTIGACIÓN: Prevalencia de enfermedad bucal en estudiantes del CETPRO Santa Rosa de Lima del Distrito de Chilca, Provincia de Huancayo, Departamento y Región Junín, año 2018.

Mi nombre es **CARMEN ESTEBAN MONTES**, mi trabajo consiste en determinar la prevalencia de enfermedad bucal en estudiantes del CETPRO Santa Rosa de Lima del Distrito de Chilca, Provincia de Huancayo, Departamento y Región Junín, año 2018. Se realiza con el fin de aportar información estadística de las enfermedades bucales más prevalentes de la cavidad bucal del Centro de Estudio Técnico Productivo CETPRO. Te voy a dar información e invitarte a que participes en este estudio. Tú puedes elegir si participas o no. Hemos discutido esta investigación con la directora y tus docentes, ellos saben que diagnosticaremos y a ti también para saber si aceptas. Este diagnóstico consiste en explorar visualmente con material de exploración lo que se observa en la cavidad bucal. Si vas a participar en la investigación. Pero si no deseas participar en la investigación no tienes por qué hacerlo, aun cuando tus docentes lo hayan aceptado. en este estudio realizaremos un examen clínico bucal que consiste en revisarte todos los dientes para determinar el estado en el que se encuentran que consta de un espejo bucal, explorador y pinza, y anotaremos en una ficha clínica. Puede que te hayas cansado de abrir la boca o cosas que quieras que te las explique mejor porque estás interesado o preocupado por ellas. Por favor, puedes pedirme que pare en cualquier momento y me tomaré tiempo para explicártelo.

<u>Jasmin Cabezas</u>	<u></u>	<u>14/08/2018</u>
Nombre del estudiante	Firma del estudiante	Fecha

ANEXO N° 3

**CARTA DE PRESENTACIÓN A LA DIRECTORA DEL CETPRO SANTA
ROSA DE LIMA**



CARGO
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGIA

UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

"Año del Dialogo y Reconciliación Nacional"

Chimbote, 04 de Agosto del 2018

CARTA N° 135-2018- DIR-EPOD-FCCS-ULADECH Católica

Sra.:

Lic. Ketty Lita Limaymanta Silva

Directora del CETPRO Santa Rosa de Lima

Presente.

A través del presente, reciba Ud. el cordial saludo en nombre de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, en esta ocasión en mi calidad de director de la Escuela Profesional de Odontología, para solicitarle lo siguiente:

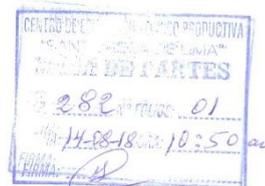
En cumplimiento del Plan Curricular del programa de Odontología, la estudiante viene desarrollando un taller de titulación, a través de un trabajo de investigación denominado **"PREVALENCIA DE ENFERMEDADES BUCALES EN ESTUDIANTES DEL CETPRO SANTA ROSA DE LIMA DEL DISTRITO DE CHILCA, PROVINCIA DE HUANCAYO, REGIÓN JUNIN, AÑO 2018"**

Para ejecutar su investigación, la alumna ha seleccionado la institución que Ud. dirige, por lo cual, solicito brindarle las facilidades del caso a la **Srta. Carmen Esteban Montes**; a fin de realizar el presente trabajo.

Es propicia la oportunidad, para reiterarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente;

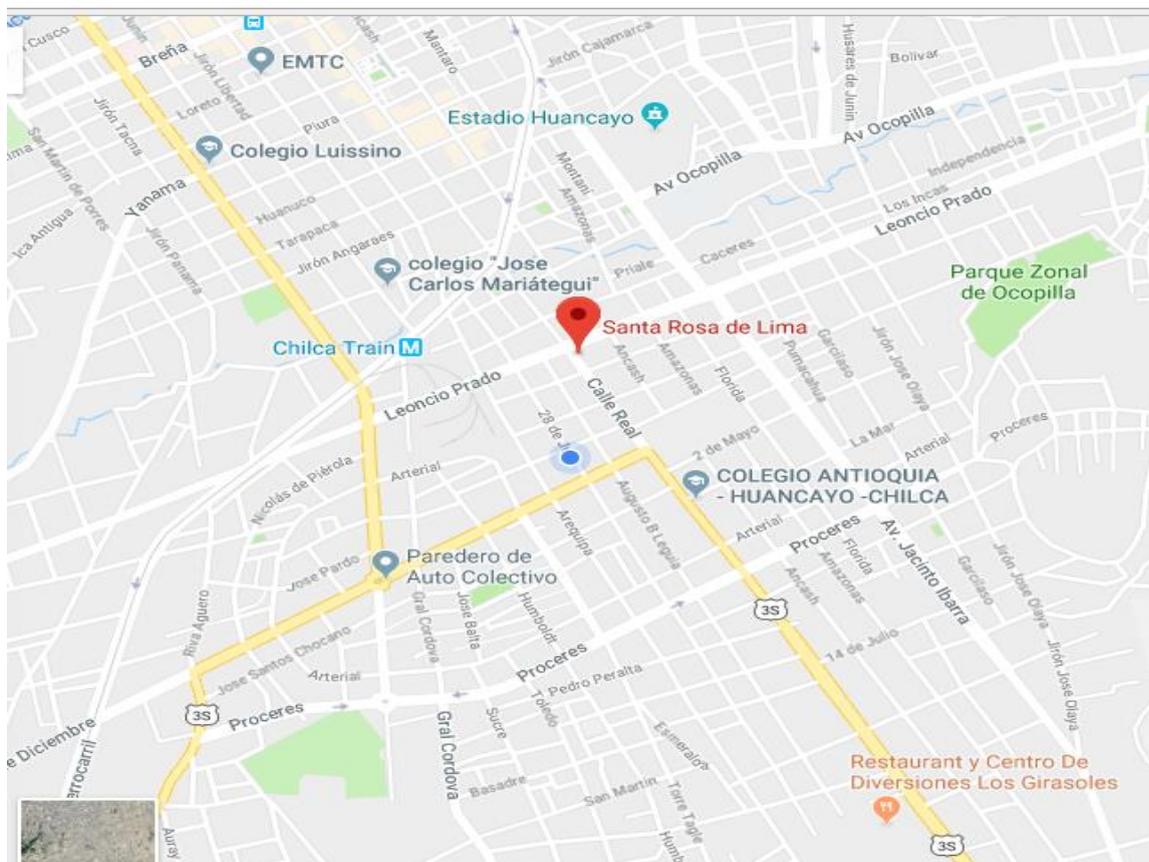

Mg. C.D. Wilfredo Ramos Torres
DIRECTOR



Av. Pardo N° 4045 - Chimbote - Perú
Teléfono: (043) 350411 - (043) 209131
E-mail: uladech_odontologia@hotmail.com
Web Site: www.uladech.edu.pe

ANEXO N° 4

MAPA GEOGRÁFICO



ANEXO N° 5

FOTO EN LA PUERTA DE LA INSTITUCIÓN CETPRO SANTA ROSA DE LIMA



FOTO CON LA DIRECTORA DE CETPRO SANTA ROSA DE LIMA



FOTO ENTREGANDO LA HOJA DE ASENTIMIENTO INFORMADO



FOTO DE DIAGNOSTICO CLINICO

