



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGIA

“PREVALENCIA DE ENFERMEDADES
BUCODENTALES EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS DEL
HOGAR TRANSITORIO DE MENORES “VIRGEN
DE LOURDES” PROVINCIA DE JAUJA, REGIÓN
DE JUNÍN, PERÍODO JULIO – DICIEMBRE 2018”

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
CIRUJANO DENTISTA

AUTOR:

Bach. FERNANDO HELMAN PEREZ PALACIOS

ASESOR:

Mgtr. ALAN MAYKOL BERMEJO TERRONES

CHIMBOTE – PERU

2019

1. TÍTULO DE LA TESIS

**PREVALENCIA DE ENFERMEDADES BUCODENTALES EN
NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS DEL HOGAR TRANSITORIO DE
MENORES “VIRGEN DE LOURDES” PROVINCIA DE JAUJA,
REGIÓN DE JUNÍN, PERÍODO JULIO – DICIEMBRE 2018”**

2. EQUIPO DE TRABAJO

Investigador:

Pérez Palacios Fernando Helman

Asesor:

Mgtr. Bermejo Terrones Alan Maykol

3 HOJA DE FIRMA DEL JURADO Y ASESOR



Dr. ELIAS AGUIRRE SIANCAS

PRESIDENTE



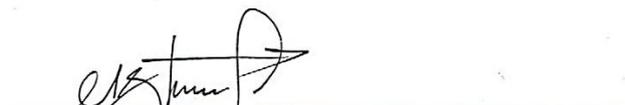
Mgtr. ADOLFO SAN MIGUEL ARCE

MIEMBRO



Mgtr. SALLY CASTILLO BLAZ

MIEMBRO



Mgtr. ALAN MAYKOL BERMEJO TERRONES

ASESOR

4. HOJA DE AGRADECIMIENTO Y/O DEDICATORIA

A Dios, por guiar mi camino,
cubriéndome con su manto celestial,
haciéndome invisible ante cualquier
maldad.

A mi familia, por su encomiable
paciencia, por su comprensión en
todo momento.

DEDICATORIA

A mi madre Aurelia Palacios Huatuco,

que confió en mí y me alentó

para cumplir mis objetivos

5. RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo, determinar la prevalencia de enfermedades bucodentales en niños de 6 a 11 años en hogar transitorio de menores “Virgen de Lourdes” de la provincia de Jauja, región Junín, período julio – diciembre 2018. Es de diseño descriptivo y se realizó en 50 niños de 6 a 11 años.

Se obtuvo la información de los niños a través de las fichas de recolección de datos, posterior a esto, se realizaron tablas de resultados con el fin de determinar la prevalencia de las enfermedades bucodentales con respecto a la edad y al sexo.

Al finalizar la investigación se determinó que la prevalencia de enfermedades bucodentales en niños de 6 a 11 años en el hogar transitorio de menores “Virgen de Lourdes” de la provincia de Jauja, región Junín, período julio - diciembre 2018, es alta, puesto que toda la población estudiada presenta algún tipo de alteración, determinándose que dentro de la muestra el 24% presenta caries dental, el 48% presenta enfermedad periodontal y el 28% presenta maloclusiones, presentándose más en mujeres con un 52% de representatividad, mientras que en varones es un 48% de la muestra. Esto se da mayoritariamente en los niños que se encuentran entre los 8 a 9 años.

Palabras claves: Bucodental, enfermedades, niños, prevalencia

ABSTRACT

The objective of the present investigation was to determine the prevalence of oral diseases in children from 6 to 11 years of age in the transitory home of minors "Virgen de Lourdes" of the province of Jauja, Junín region, July - December 2018 period. Descriptive design was carried out on 50 children from 6 to 11 years old.

The information of the children was obtained through the files of the data collection, after this, the results tables are shown in order to determine the prevalence of oral diseases with respect to age and sex.

At the end of the investigation, the prevalence of oral diseases in children aged 6 to 11 years was determined in the transitory home of minors "Virgen de Lourdes" of the province of Jauja, Junín region, July - December 2018, it is high, since The entire studied population presents some type of alteration, determining that 24% of the sample presents dental caries, 48% presents periodontal disease and 28% presents malocclusions, being more frequent in women with 52% representativeness, whereas in males is 48% of the sample. This happens in most children between 8 and 9 years old.

Key words: Oral, diseases, children, prevalence

6. CONTENIDO

1. TÍTULO DE LA TESIS	ii
2. EQUIPO DE TRABAJO.....	iii
3. HOJA DE FIRMA DE JURADO Y ASESOR	¡Error! Marcador no definido.
4. HOJA DE AGRADECIMIENTO.....	v
DEDICATORIA.....	vi
5. RESUMEN	vii
ABSTRACT.....	viii
6. CONTENIDO.....	ix
7 ÍNDICE DE GRÁFICOS, TABLAS.....	x
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. REVISIÓN DE LITERATURA.....	3
2.1. Antecedentes.....	3
2.2 Bases teóricas de la investigación	8
III. HIPÓTESIS.....	18
IV. METODOLOGÍA.....	19
4.1. Diseño de la investigación	19
4.2. Población y Muestra	19
4.3. Definición y operacionalización de variables e indicadores	20
4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	21
4.5. Plan de análisis	21
4.6. Matriz de consistencia	22
4.7. Principios éticos.....	24
V. RESULTADOS	
5.1. Resultados.....	25
5.2. Análisis de resultados	28
VI. CONCLUSIONES	30
Aspectos complementarios.....	30
Referencias bibliográficas.....	31
Anexos.....	34

7. ÍNDICE DE GRÁFICOS, TABLAS Y CUADROS

TABLAS

Tabla 1. Prevalencia de enfermedades bucodentales en niños de 6 a 11 años en el hogar transitorio de menores “Virgen de Lourdes” de la Provincia de Jauja – Región Junín en el período julio – diciembre 2018..... 25

Tabla 2. Prevalencia de enfermedades bucodentales en niños de 6 a 11 años en el hogar transitorio de menores “Virgen de Lourdes” de la Provincia de Jauja – Región Junín en el período julio – diciembre 2018, según edad..... 26

Tabla 3. Prevalencia de enfermedades bucodentales en niños de 6 a 11 años en el hogar transitorio de menores “Virgen de Lourdes” de la Provincia de Jauja – Región Junín en el período julio – diciembre 2018, según género..... 27

I. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación se realiza en la provincia de Jauja ubicada en la región Junín situada en la zona centro del Perú, conocida como la primera capital histórica del Perú, en la actualidad la provincia se ha visto vulnerable ante el incremento de la prevalencia de enfermedades bucodentales al no contar con los servicios básicos indispensables.

La incidencia de las enfermedades infecciosas y su consecuente costo en vidas y recursos económicos en las últimas décadas ha hecho que su prevención sea una de las principales preocupaciones de las entidades encargadas de atención en salud a nivel nacional. Como todas las ciencias médicas, la odontología sabe que su mejor arma es la prevención.^{1,2}

Los estudios e investigaciones previas señalan que la prevención en salud bucal debe ser responsabilidad de todos los actores sociales de la comunidad no solo del estado, ni de los profesionales de la especialidad.³

El no conocer esto acerca de salud, y en especial de la salud bucodental, es un problema grave que afronta nuestro país hoy en día como estado, especialmente en los sectores sociales de menores recursos económicos.^{2,3}

La promoción de la educación en salud es sin lugar a duda un factor primordial actualmente, que tiene como objetivo organizar y orientar a la población sobre lo que debe hacer para mantener una salud en buen estado.³

Podemos decir entonces, que lo mencionado líneas arriba, ha motivado la realización del presente estudio, siendo dirigido especialmente a los niños que son más

susceptibles a tener enfermedades bucales, por lo que nos hacemos la siguiente pregunta: ¿Cuál es prevalencia de enfermedades bucodentales en niños de 6 a 11 años en hogar transitorio de menores “Virgen de Lourdes” de la provincia de Jauja, región Junín, período julio - diciembre 2018? Esta pregunta, conlleva a proponernos objetivos puntuales que incluyen por ejemplo: determinar la prevalencia de enfermedades bucodentales en niños de 6 a 11 años en hogar transitorio de menores “Virgen de Lourdes” de la provincia de Jauja, región de Junín, período julio – diciembre 2018, teniendo en cuenta la edad y el género.

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar el estado de salud bucodental de los niños del hogar transitorio de menores “Virgen de Lourdes” de la provincia de Jauja, teniendo presente que las enfermedades de la cavidad bucal tienen diferentes causas.

II. REVISION DE LITETARATURA

2.1. Antecedentes

La revista dental de Chile (2000). En un estudio de prevalencia de caries en escolares de las comunidades rurales Mapuches de Panguinilague, Punique y Lago (región de los Lagos). Se examinó a todo el universo escolar obteniéndose una muestra de 100 escolares entre 6 y 12 años de edad con características similares de extrema ruralidad determinando que un 99% del total de los niños examinados presentaron caries. El índice ceo-d promedio encontrado de estas escuelas fue de 4.45 y el índice CPO-D promedio fue de 2.82.⁴

Ramirez P. (2001). En su investigación titulada como: Salud bucal de los escolares de la institución educativa Santa María Goretti, Municipio de Caldas, Antioquia (2001). Realizó un estudio de diseño descriptivo y transversal en donde se examinó una muestra total de 176 niños, seleccionados por el método del azar. Se realizaron se estimaciones sobre el número promedio de dientes temporales, cariados, obturados y perdidos a causa de caries (índice ceo-d), y para dentición permanente (CPO-D). Las edad promedio de los estudiantes de la muestra fue 8 años, encontrándose una prevalencia global de caries dental de 51.1% y luego de placa blanda en conjunción con enfermedad periodontal en alguna de sus fases de 1.3%.⁵

Irigoyen, M. Et al. (1995). En su estudio de investigación de prevalencia de caries dental según el índice CPO-D, examinó a 279 niños, 153 en 1984 y 126 en 1992. En ambas encuestas se examinaron escolares de 6 y 7 años de edad. El promedio de índice de caries en dentición primaria fue ceo-d de 5.65 (3.35 en

1984) y en 1992 el ceo-d fue de 4.89 (3.7). En la dentición permanente, el índice fue CPO-D igual a 0.51 (1.0 en 1984) y en 1992 fue CPO-D igual a 0.48 (0.82) en el grupo de niños de 6 años.⁶

Morales C, Naukart C. (2009). En su investigación sobre la prevalencia de maloclusiones en pacientes con Síndrome de Down en la Universidad de Valencia, España, se realizó la investigación en una población de 39 pacientes con síndrome de Down con edades comprendidas entre 11 y 48 años de edad, en donde se determinó la clase de Angle, con sus diversas modificaciones y el índice de maloclusión (IMO), encontrándose que el 94,87% presento un IMO de 2; el 84,2% presento clase III de Angle.⁷

Mejia, C. Bogotá (2000). Realizó una encuesta de prevalencia de cálculo dental en escolares de 5 a 14 años. Se estima una proporción de prevalencia total de cálculo dental de 85.48%, la prevalencia encontrada para calculo supragingival y subgingival fue del 56.3%, la proporción de prevalencia para calculo supragingival fue de 63.8% y un 36.2% no presentaron calculo. Para calculo subgingival igualmente se determinó que un 77.6% de participantes tenían calculo subgingival y un 22.4% no lo presentaron.⁸

Quiroz O. 2000. Instituto Venezolano de Investigación Científica. En un estudio realizado acerca de las características de la Oclusión de niños del Jardín de Infancia Beatriz de Roche. La población estaba constituida por 45 niños, distribuidos en edades entre los 4 y 6 años, se encontró que el 80% (36 niños) presentaban maloclusiones y al realizar comparaciones entre el índice periodontal y maloclusión el 77.77% de los niños periodontalmente sanos

presentaron algún tipo de maloclusión, de los niños con gingivitis simple el 85.71% presento maloclusiones y de los que se les diagnosticó gingivitis periodontal destructora incipiente el 76.92% presento maloclusiones.⁹

Gálvez, J (2000). En su estudio de prevalencia de caries dental y enfermedad gingival en 2 colegios urbanos marginales de Lima y Callao con y sin programa preventivo promocional. En una muestra de 643 niños de 6 a 11 años, encontró en el CN Abraham Valdelomar del Callao un CPO-D de 3.64 en contraste con un CPO-D de 18.44 del CN Micaela Bastidas de Lima. En cuanto a la prevalencia de gingivitis encontró un 75.87% en el CN Abraham Valdelomar en comparación con un 64.24% de gingivitis en el CN Micaela Bastidas. El promedio general del índice gingival modificado en los niños del CN Abraham Valdelomar fue de 1.03 y en el CN Micaela Bastidas fue de 0.95.¹⁰

Quea, E. (2000). En su estudio Perfil Epidemiológico del proceso de Salud y Enfermedad Bucal en Escolares de 6 a 12 Años, en la ciudad de Yungay, Ancash, en una muestra de 328 escolares de ambos sexos se encontró un CPO-D de 4.51 y un ceo-d de 11.0. En cuanto a la prevalencia de enfermedad periodontal según el IPC el 92.7 presenta problema periodontal, el 91.2% presenta sangrado al sondaje, y un 1.5% cálculos. La prevalencia de maloclusiones según la OMS fue de 68.8% de los cuales el 67.1% fue leve y el 1.5% fue moderado o severo y el 31.4% no presentaron maloclusión.¹¹

López, A. (2000). En su estudio titulado: Perfil Epidemiológico de las Enfermedades Bucales Prevalentes en niños de 6 a 12 Años del CN 64036 de AA.HH. Bellavista, Pucallpa. El estudio se encargó de determinar la prevalencia

de enfermedades bucodentales en relación con el estado nutricional, en niños de 6 a 12 años del CN 64036 de AA.HH. Bellavista Pucallpa. Se encontró que la prevalencia de caries dental con un CPO-D de 4.36 y un ceo-d de 6.99. Para el IPC se encontró un promedio de 0.49.¹²

Condori y Giovanna (2016). Realiza la investigación titulada: Perfil epidemiológico bucal asociada al tipo de alimentación que reciben los niños de 06 a 12 años de edad en la institución educativa primaria estatal, zona urbana del distrito de Ilave 2016. La finalidad del estudio fue determinar el perfil de salud bucal relacionado con la alimentación que reciben dentro de las instituciones de educación estatal en distritos del área urbana de Ilave, Puno. Al finalizar la investigación se llegó a la siguiente conclusión: se obtuvo como resultado para el IHOS fueron de 1.36 para el sexo masculino y 1.38 para el sexo femenino indicando así una higiene regular para ambos sexos. En cuanto al índice CPOD fue de 2,91 y 3,48 para el sexo masculino y femenino respectivamente.¹³

Gálvez, R. (2015). Realiza la investigación titulada: Prevalencia de caries dental y enfermedad gingival en 2 colegios urbanos marginales de Lima y Callao con y sin programa preventivo promocional, teniendo como muestra 643 niños de 6 a 11 años. Al finalizar la investigación se encontró en el CN Abraham Valdelomar del Callao un CPO-D de 3.64 en contraste con un CPO-D de 18.44 del CN Micaela Bastidas de Lima. En cuanto a la prevalencia de gingivitis encontró un 75.87% en el CN Abraham Valdelomar en comparación con un 64.24% de gingivitis en el CN Micaela Bastidas.¹⁴

Quea, E. (2014). Realiza la investigación titulada: Perfil Epidemiológico del proceso de Salud y Enfermedad Bucal en Escolares de 6 a 12 Años, en la ciudad de Yungay, Ancash. Formula el problema general: ¿Cuál es el perfil epidemiológico del proceso de Salud y Enfermedad Bucal en Escolares de 6 a 12 Años, en la ciudad de Yungay, Ancash? el objetivo general es: Determinar el perfil epidemiológico del proceso de Salud y enfermedad bucal en escolares de 6 a 12 Años, en la ciudad de Yungay, Ancash. La metodología utilizada es el descriptivo. se aplicó el instrumento en una muestra de 328 escolares de ambos sexos se encontró un CPO-D de 4.51 y un ceo-d de 11.0. En cuanto a la prevalencia de enfermedad periodontal según el IPC el 92.7 presenta problema periodontal, el 91.2% presenta sangrado al sondaje, y un 1.5% cálculos. La prevalencia de mal oclusiones según la OMS fue de 68.8% de los cuales el 67.1% fue leve y el 1.5% fue moderado o severo y el 31.4% no presentaron mal oclusión.¹⁵

Barcia J, Paladines (2013). Realiza la investigación titulada: La enfermedad bucal, la caries dental, y su asociación con el estado nutricional en los niños de 6 a 11 años de las escuelas fiscales Naciones Unidas, Horacio Hidrovo y Hermógenes Barcia de la ciudad de Portoviejo en el año 2013. Para lograr este objetivo se determinó el estado nutricional en los niños de 6 a 11 años, luego se caracterizó la salud bucal de los mismos y por último se determinó la presencia de asociación entre el estado nutricional y la salud bucal en los niños del estudio. Estos permitieron concluir que: el problema nutricional de la población es mayormente la malnutrición por exceso, que la enfermedad bucal de mayor incidencia en la población estudiada es la caries dental.¹⁶

Modeer (2013). Realiza su trabajo de investigación titulada relación entre la obesidad infantil y la reducción de flujo salival y caries dental. en niños menores de 7 años. Examinó clínicamente la acumulación de placa visible e índice gingival modificado y los sujetos obesos presentaron un mayor número de dientes cariados y menor velocidad del flujo salival.

Los resultados indican que la obesidad infantil se asocia con una reducción de la velocidad del flujo salival y la caries dental, fortaleciendo así los efectos negativos de la salud oral en la población infantil.¹⁷

2.2 Bases teóricas de la investigación

La salud bucal se define como ausencia de todo tipo de dolor en la cavidad oral ya sea crónico o leve por decir heridas en la cavidad oral, mal formaciones congénitas como labio fisurado o paladar hendido, enfermedades de tejidos blandos, tejidos duros y la progresiva pérdida de dientes, y otras patologías y anomalías que afectan a la boca. Los dolores de la cavidad bucal tanto en niños como en adultos son más frecuentes entre los pobres y desfavorecidos.^{1,18}

Los factores de riesgo para el padecimiento de enfermedades bucodentales entre otros, la mala alimentación, en tabaquismo, el consumo nocivo de alcohol y la falta de higiene buco dental.^{1,19}

Origen de las enfermedades bucodentales

Los traumatismos orales comprenden varios aspectos como enfermedades graves de mayor importancia como son, enfermedades cardiacas, algún tipo de cáncer, enfermedades pulmonares crónicas y diabetes, pues se ven favorecidas por la

mala alimentación, el consumo de tabaco y de alcohol. Otro punto de a tener en cuenta es una higiene bucodental defectuosa.

La caries y las enfermedades periodontales, tienen origen multifactorial, puesto que las bacterias se reproducen en los dientes constantemente. Cuando las bacterias se reproducen, se forma una sustancia llamada la placa bacterial, siendo esta, la principal causa de la enfermedad periodontal. Las bacterias produce ácidos que destruyen el esmalte de los dientes, la cubierta dura y externa de los dientes. Esto conlleva al deterioro de los dientes. Cuando la placa no se remueve cuando no se cepillan los dientes o se usa el hilo dental, la placa se endurece , esto se conoce como sarro (tartar o calculus).²⁰

Reducción de la carga de enfermedades bucodentales²¹

Existe la probabilidad de bajar gradualmente la cantidad de enfermedades de la cavidad oral y la de otras enfermedades crónicas si se controlan los hábitos de riesgo comunes, como el consumo de tabaco y la mala alimentación:

El control del consumo de azúcares y una dieta adecuada ayudan a controlar propagación de la caries dental y el hecho de perder los dientes con facilidad.

Cambiar los hábitos como el consumo exagerado de alcohol y el tabaquismo aminoran el porcentaje de enfermedades de la cavidad oral y ausencia de dientes.

El consumo de frutas y verduras protege contra el cáncer de la cavidad bucal.

Usando esas medidas de prevención se pueden evitar tratamientos dentales muy onerosos.

2.2.1. Clasificación y etiología de las enfermedades bucodentales

Caries dental

Enfermedad de origen multifactorial, producida por bacterias que se encuentran en la cavidad oral, que ocasiona la destrucción de los tejidos duros que viene a ser el esmalte, la dentina y el cemento de las piezas dentarias.¹¹

Esta destrucción se produce de manera progresiva gracias a los azúcares y la mala alimentación; que son de beneficio para las bacterias, las cuales para destruir y cavitar los dientes producen ácidos, que a su vez servirá como nicho para acúmulo de restos alimenticios.^{3,4}

Enfermedad periodontal

Enfermedad multifactorial que en muchos de los casos se origina su localización en la cavidad bucal, por la presencia de microorganismos visibles

Clínica se observan como cantidades de placa que al liberar enzimas tóxicas comienza a lesionar los tejidos de soporte y protección del diente.¹¹

Se denomina gingivitis a la etapa temprana o inicial de la enfermedad periodontal y se limita a los tejidos superficiales de protección del diente, generalmente se presenta en las personas que no solo tienen mala higiene oral, sino que presentan a la vez enfermedades sistémicas, en esta etapa la medida preventiva principal es el cepillado adecuado.¹¹

Cuando no se trata la gingivitis, progresa a un estado más avanzado y destructivo al cual se le denomina periodontitis, es decir afecta a los tejidos de

soporte del diente como el periodonto, daño irreversible al realizar el cepillado dental, es necesario en este caso el tratamiento del periodonto.²⁰

Ambas patologías como en estado inicial y avanzado, presentan características similares, causadas por la presencia de bacterias patógenas que se congregan en el surco gingival, avanzando progresivamente desde los tejidos de protección hasta llegar a los tejidos de soporte.^{20, 21}

Etiología de la enfermedad periodontal

La enfermedad periodontal puede producirse por muchos factores, tanto locales como sistémicos. En los factores locales describiremos la viscosidad de la saliva, la falta de higiene oral o el desconocimiento de la técnica del cepillado, el apiñamiento dental que dificulta el cepillado adecuado, fumar. Y dentro de los factores sistémicos podemos mencionar las enfermedades que producen cambios en la cavidad oral como Diabetes Mellitus, los medicamentos de la Hipertensión Arterial, las alteraciones hormonales, enfermedad renal crónica, pacientes con hipotiroidismo.¹¹

Clasificación de la enfermedad periodontal

Según la Asociación Dental Americana las enfermedades se clasifican de la siguiente manera

✓ *Gingivitis*

Es la inflamación de la encía, puede haber sangrado o no, esta inflamación se produce por la liberación de toxinas como material de excreción de las bacterias presentes en el margen gingival, radiográficamente no se

evidencian mayores cambios, puede presentarse bolsas de 1 ó 2mm al sondaje.^{20,24,25}

✓ *Periodontitis leve*

La inflamación ha alcanzado a los tejidos de soporte de las piezas dentarias, se presenta sangrado al sondaje y bolsas de 3 a 4mm; hay recesión gingival con pérdida ósea pudiendo llegar a exponer la furca de las piezas dentarias y radiográficamente presentan pérdida ósea horizontal incluyendo a ligeras pérdidas del septum interdental, observándose de 3-4 mm de espacio del hueso y la unión cemento esmalte.²⁰

✓ *Periodontitis moderada*

En este estadio hay bolsas periodontales o pérdida de la unión de los tejidos de inserción al diente aproximadamente de 4 a 6mm, presencia de sangrado al realizar el examen de profundidad con la sonda periodontal, además podremos visualizar radiográficamente a nivel de la furca lesiones, consecuentemente se presentará movilidad de las piezas dentarias afectadas y radiográficamente se evidencia la pérdida horizontal y/o vertical de la cortical ósea interdental o interradicular que pertenece al soporte del diente.²¹

✓ *Periodontitis avanzada*

Con bolsas periodontales y pérdida de la unión de los tejidos de inserción mayor a 6mm, sangrado al sondaje, severa movilidad por consiguiente la furca estará expuesta clínicamente y radiográficamente se observa pérdida horizontal y vertical de la cortical ósea.²¹

La periodontitis avanzada se encuentra catalogada como una de las causas principales relacionadas a la pérdida de piezas dentales en personas mayores de 40 años de edad.^{20 21}

Alteraciones dentales

Son anomalías presentes en la forma, tamaño, número y hasta desarrollo de los dientes, producto de un proceso anormal de formación dental en la odontogénesis. La forma de poder diagnosticar estas alteraciones en su mayoría se da por medio del examen clínico y otras veces son necesario los exámenes complementarios.⁶

Anomalías de número

1. Agenesia

Es una anomalía de número, en el cual el diente nunca ha estado presente en cavidad oral. Presenta las siguientes características:¹⁸

Etiológicamente no está ligada a factores genéticos o síndromes, pero si a factores ambientales y evolutivos.

Se puede clasificar según el número de piezas ausentes

Agenesia: falta de un diente.

Hipodoncia: Falta de 1 a 5 dientes.

Oligodoncia: ausencia más de 6 piezas dentales.

Anodoncia: ausencia de todas las piezas dentales.

Es necesario la realización de un examen radiográfico, para hacer un descarte de la posible inclusión de dientes en los maxilares y no diagnosticar como agenesia dental.

Es una de las causas por el cual hay problemas oclusales.¹⁹

2. Supernumerario

Es una alteración en la cual el número de dientes presente en cavidad oral es mayor a 32 piezas. Es conocido como hipodoncia, tercera dentición y polidontismo.²

Presenta las siguientes características:

Su formación de estos dientes anómalos, se da de un germen dental dismórfico o eumórfico, el cual puede afectar a ambos maxilares.

Su etiología es desconocida, tan solo se precisa la teoría en la que el germen se divide cuando está en estadio de brote

Se puede clasificar de dos formas:

Supernumerario; cuando es similar a los dientes normales.

Rudimentario: cuando presenta formas diferentes generalmente cónica, son más pequeños o su posición es distinta.

Su diagnóstico puede ser tanto clínico como radiográfico, puesto algunos dientes no llegan a erupcionar.²⁰

Maloclusion²¹

La salud oral en lo que respecta a las maloclusiones dentarias, se considera de alto riesgo, debido a la cantidad de niños que se encuentran involucrados como por el elevado costo que representa solucionar estas alteraciones. Los problemas de maloclusión deben originar políticas de salud bucal específicas que las combatan, puesto que es un problema global, que por lo general se originan por desarmonía entre el tamaño de los dientes y cantidad de espacio de hueso que se necesita para que se distribuyan de forma estética y funcional.

En la etiología de las maloclusiones dentarias puede involucrarse múltiples factores, generalmente hereditarios que no se pueden prevenir.

Según la OMS, la enfermedad adicionalmente a ser un estado no saludable, es también la ausencia completa de bienestar físico, psíquico y social, que se puede considerar como factores de riesgo de caries, gingivitis, periodontitis y disfunción de la ATM, aparte de la alteración estética y funcional que conlleva.

Las maloclusiones se definen como cualquier desviación de los dientes de su posición ideal. Cambia de personas a persona, en relación a intensidad y gravedad, pudiendo abarcar desde una única rotación o mal posición de un solo diente, hasta el apiñamiento de todos los dientes e incluso hasta la relación anormal de una arcada con la otra. También interviene la relación no armónica de los huesos de la base del cráneo, que se da por la alteración del hueso basal o por alteraciones del hueso alveolar tanto en la maxila como en la mandíbula. Por tal motivo las maloclusiones incluyen a todas las estructuras del aparato estomatognático.

Moyers indica que las maloclusiones son una variación clínica significativa del crecimiento normal, resultado de una conjunción de muchos factores durante el desarrollo.

Las maloclusiones presentan una etiología multifactorial, siendo consecuencia de la variación y de los efectos de factores ambientales generales y locales.

Como la herencia, trauma, hábitos, enfermedades, malnutrición y otros.²⁰

Causa de la Maloclusión

- Desproporción entre los maxilares y el tamaño de los dientes
- Dientes supernumerarios
- Erupción tardía o impactación dental
- Pérdida prematura de los dientes deciduos
- Pérdida de dientes permanentes
- Succión del pulgar persistente
- Acromegalia
- Paladar Hendido o Labio Leporino

Clasificaciones de la maloclusión

- Angle

Clase I: La cúspide mesiovestibular de la primera molar superior hace oclusión con el surco mesiovestibular de la primera molar inferior.

Clase II: La cúspide mesiovestibular de la primera molar superior hace oclusión mesial con el surco mesiovestibular de la primera molar inferior. Las

piezas se encuentran en clase II cuando la mandíbula y su arcada respectiva están en una posición distal en referencia a la maxila.

Clase III: La cúspide mesiovestibular de la primera molar superior hace oclusión distal al surco mesiovestibular de la primera inferior. Están en clase III cuando la mandíbula y la arcada respectiva están en posición mesial en referencia a la maxilar.

III. HIPÓTESIS

Este tipo de trabajo no lleva hipótesis por ser de diseño descriptivo

IV. METODOLOGÍA

4.1. Diseño de la investigación²²

Descriptivo y transversal.

Descriptivo: Consiste en llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas.

Transversal: Se define como un tipo de investigación observacional que analiza datos de variables recopiladas en un periodo de tiempo sobre una población muestra o subconjunto predefinido. Este tipo de estudio también se conoce como estudio de corte transversal, estudio transversal y estudio de prevalencia.

4.2. Población y Muestra

La población estuvo conformada por niños de 6 a 11 años del hogar transitorio de menores “Virgen de Lourdes” de la provincia de Jauja región de Junín, período julio – diciembre 2018, mientras que la muestra estuvo conformada por todos los niños de 6 a 11 años del hogar transitorio de menores “Virgen de Lourdes” de la provincia de Jauja región Junín 2018 en dicho período, siendo equivalente a la población en un total de 50 niños.

4.3. Definición y operacionalización de variables e indicadores

Definición de la variable

Caries: Es una enfermedad infectocontagiosa y multifactorial, que implica una interacción entre los dientes la saliva y la microflora oral como factores de huésped.

Edad: tiempo que transcurrió desde el nacimiento de los seres humanos.

Sexo: conjunto de características del individuo que lo dividen en femenino y masculino.

Variable	Definición	Indicadores	Tipo	Escala	Valores
Prevalencia de enfermedades bucodentales	Proporción de individuos con una o más lesiones en la cavidad bucal.	Diagnóstico registrado en la ficha de recolección de datos	Cuantitativa	Razón	<ul style="list-style-type: none"> • Caries dental • Enfermedad periodontal • Necrosis pulpar
Co -Variable	Definición	Indicadores	Tipo	Escala	Valores
Edad	Tiempo que ha transcurrido un individuo desde su nacimiento hasta el momento	DNI	Cuantitativa	Razón	Edad en años
Sexo	Característica sexual de carácter diferencial entre dos individuos de una misma especie	DNI	Categorica	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino

4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica para la recolección de datos será fue la observación estructurada.

El instrumento utilizado fue una ficha de recolección de datos (Anexo N° 1) para posteriormente obtener resultados.

Para la variable enfermedades bucodentales: Odontograma

Procedimiento

1. Procedimiento para obtener la muestra

Se envió a las autoridades del hogar transitorio de menores “Virgen de Lourdes” de la provincia de Jauja región Junín una solicitud (Anexo N°2), para poder obtener los datos de los niños que viven en la institución.

2. Procedimiento para el estudio del material

Se obtuvo la información de los niños a través de las fichas de recolección de datos, utilizando espejos dentales, exploradores y sondas periodontales, 10 estudiantes por día durante una semana en el área de tópico, donde se acondicionó un sillón para el examen respectivo a cada uno de los niños que participaron en la investigación. Posteriormente a obtenidos los datos, se realizaron tablas de resultados basadas en los objetivos propuestos.

4.5. Plan de análisis

Con la finalidad de registrar y analizar los datos, se elaboró una base de datos en una hoja Excel, para luego ser introducido en el programa estadístico SPSS 23

Se aplicó estadística descriptiva para obtener valores mínimos y máximos así las medias así como las desviaciones estándar respectivas.²²

4.6. Matriz de consistencia

TÍTULO	PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLE	METODOLOGIA
Prevalencia de enfermedades bucodentales en niños de 6 a 11 años del hogar transitorio de menores “virgen de Lourdes” provincia de Jauja, región de Junín, período julio – diciembre 2018	¿Cuál es la prevalencia de enfermedades bucodentales en niños de 6 a 11 años del hogar transitorio de menores “Virgen de Lourdes” provincia de Jauja, región de Junín, período julio – diciembre 2018	<p><u>General</u></p> <p>Determinar la prevalencia de enfermedades bucodentales en niños de 6 a 11 años del hogar transitorio de menores “Virgen de Lourdes” provincia de Jauja, región de Junín, período julio – diciembre 2018</p> <p><u>Específicos</u></p> <p>1. Determinar la prevalencia de enfermedades bucodentales en niños de 6 a 11 años del hogar</p>	Prevalencia de enfermedades bucodentales.	<p><u>Diseño</u></p> <p>Descriptivo y transversal</p> <p><u>Población</u></p> <p>Niños de 6 a 11 años del hogar transitorio de menores “Virgen de Lourdes” provincia de Jauja, región de Junín, período julio – diciembre 2018</p> <p><u>Muestra</u></p> <p>Todos los niños de 6 a 11 años del hogar transitorio de menores “Virgen de Lourdes” provincia de Jauja,</p>

		<p>transitorio de menores “Virgen de Lourdes” provincia de Jauja, región de Junín, período julio – diciembre 2018 según edad</p> <p>2. Determinar la prevalencia de enfermedades bucodentales en niños de 6 a 11 años del hogar transitorio de menores “Virgen de Lourdes” provincia de Jauja, región de Junín, período julio – diciembre 2018 según genero</p>		<p>región de Junín, período julio – diciembre 2018</p>
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--------------------------------------------------------

4.7.Principios éticos

Se estimó los principios éticos fundamentados en la Declaración de Helsinki (WMA, Octubre 2013) en la cual se consideró; que en toda investigación realizada se debe amparar a la vida, la dignidad, la integridad, la salud, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de toda información íntima y personal de aquellos que participaron en la investigación.

Conforme al mandato de la Asociación Médica Mundial, la Declaración está destinada principalmente a los médicos. La Asociación Médica Mundial insta a otros involucrados en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios.

Por ser un estudio descriptivo con mediciones sobre seres humanos, requirió el uso de un consentimiento informado, que debió ser diligenciado por los padres o personas responsables de los niños, en donde se les explicó el propósito del estudio y los procedimientos a realizar, también se les indicaron los beneficios y riesgos a los que estuvieron expuestos durante el examen diagnóstico.²³

V. RESULTADOS

5.1. Resultados

TABLA N° 1

Prevalencia de enfermedades bucodentales en niños de 6 a 11 años del hogar transitorio de menores “Virgen de Lourdes” de la provincia de Jauja, región de Junín, período julio - diciembre 2018

	f	%
Caries	12	24%
Enfermedad Periodontal	24	48%
Maloclusiones	14	28%
TOTAL	50	100%

La tabla 1 muestra que 12 niños, que representan el 24% de la muestra, presentan de caries dental, 24 niños que representan el 48% de la muestra, presentan enfermedad periodontal y 14 de ellos, que representan el 28% de la muestra, presentan maloclusiones dentarias

Tabla N° 2

Prevalencia de enfermedades bucodentales en niños de 6 a 11 años del hogar transitorio de menores “Virgen de Lourdes” de la provincia de Jauja, región de Junín, período julio – diciembre 2018. Según Edad

Enfermedad	Edad			
	6-7 años	8 -9- años	10 -11 años	
Caries	2	6	4	12
Enfermedad Periodontal	4	11	9	24
Maloclusiones	3	4	8	14
	9	21	21	50

La tabla 2 muestra que los niños entre las edades de 6 a 7 años, 2 presentan caries dental, 4 presentan enfermedad periodontal y 3 presentan maloclusiones dentales. Se muestra igualmente que de los niños entre las edades de 8 a 9 años, 6 presentan caries dental, 11 presentan enfermedad periodontal y 4 presentan maloclusiones dentales. Finalmente estos resultados muestran que de los niños entre 10 a 11 años, 4 presentan caries dental, 9 presentan enfermedad periodontal y 8 presentan maloclusiones dentales.

Tabla N° 3

Prevalencia de enfermedades bucodentales en niños de 6 a 11 años del hogar transitorio de menores “Virgen de Lourdes” de la provincia de Jauja – región de Junín, período julio - diciembre 2018. Según género

	Varones		Mujeres		
	f	%	f	%	
Caries	6	12%	4	8%	10
Enfermedad Periodontal	9	18%	12	24%	21
Maloclusiones	9	18%	10	20%	19
	24	48%	26	52%	50

La tabla 3 muestra que 6 varones, que representan el 12%, presentan caries dental; mientras que 9 de ellos, el 18%, presentan enfermedad periodontal. Finalmente 9 varones, también siendo un 18% del total, presentan maloclusiones dentales. En el caso de las mujeres, los resultados muestran que 4, el 8%, presentan caries dental; mientras que 12 de ellas, el 24%, enfermedad periodontal. Finalmente 10 mujeres, un 20% del total, presentan maloclusiones dentales.

5.2. Análisis de resultados

Las patologías de la boca son el principal problema de salud pública en el Perú, así lo demuestra este estudio que encontró la enfermedad periodontal como la patología más frecuente con un 48% de 50 niños de 6 a 11 años del hogar transitorio de menores “Virgen de Lourdes” de la provincia de Jauja – región de Junín 2018, período julio - diciembre, ocupando el segundo lugar, las maloclusiones con un 28% y en tercer la caries dental con un 24%. Estos resultados no coinciden en su totalidad con los resultados de otros estudios, como el de Liebana¹², que en su investigación, obtiene como resultado que la enfermedad bucal más recurrente es la caries con un 35.9%. Asimismo el estudio de Condori⁶ determinaron del total de pacientes estudiado en su investigación, un 41.2% tenían caries dental y un 1.7% al examen presentan maloclusiones dentarias.

Existen varios factores asociados con las enfermedades bucodentales; sin embargo, ambos estudios demuestran una prevalencia alta. Por otro lado, estudios como el de Galvez⁸ demostraron que el género femenino se encuentra más afectado que el masculino, en concordancia con el presente estudio que indica que el 52% de mujeres presentan enfermedades bucodentales, mientras que el 48% de varones presentan tales enfermedades.

El niños que están entre entre los 8 a 9 años presentan el mayor promedio de enfermedad periodontal con un 45.8%, Los resultados de esta investigación señalan que existe un gran deterioro de la salud oral de la población en estudio,

Todos los resultados, muestran que a pesar de la existencia de múltiples avances a nivel nacional en lo que se refiere salud oral, es sumamente relevante generar conocimientos y enfocar los esfuerzos en la población rural, ya que su situación geográfica, climática y económica, no les permite acceder a la atención básica odontológica en los centros urbanos, generando una brecha en su situación de salud.

Es indispensable instruir que viven en el hogar transitorio “Virgen de Lourdes” la importancia de mantener en buen estado la cavidad oral, educándolos en la práctica de una adecuada higiene oral, y haciendo seguimiento continuo del índice de placa oral. A su vez, concientizar al paciente respecto a la importancia de acudir al odontólogo para controles periódicos, mínimo cada 6 meses. También educándoles sobre temas de nutrición para que conozcan qué alimentos son cariogénicos y no cariogénicos y así poder combatir el alto índice de caries.

VI. CONCLUSIONES

1. La prevalencia de enfermedades bucodentales en niños de 6 a 11 del hogar transitorio de menores “Virgen de Lourdes” provincia de Jauja región de Junín, período julio – diciembre 2018, es alta, puesto que toda la población estudiada presenta algún tipo de alteración, determinándose que dentro de la población estudiada el 24% presenta caries dental, el 48% presenta enfermedad periodontal y el 28% presenta maloclusiones.
2. La prevalencia de enfermedades bucodentales en niños de 6 a 11 del hogar transitorio de menores “Virgen de Lourdes” provincia de Jauja región de Junín, período julio – diciembre 2018, es mayor en mujeres con un 52% de representatividad, mientras que en varones es de 48%, estando más presente en los niños que se encuentran entre los 8 a 9 años.

Aspectos complementarios

1. Implementar el establecimiento con profesionales de cirujanos dentistas para cubrir las brechas de atención en todos los establecimientos del primer nivel de atención de su jurisdicción para disminuir la alta prevalencia de caries.
2. A los futuros profesional se sugiere realizar estudios que contemplen los temas de prevalencia de caries en todas las etapas de vida del ámbito del Distrito del Santa.

VII. Referencias Bibliográficas

1. Bravo M, Casals E, Cortés JC. Encuesta de salud oral en España 2005. RCOE, 2006; 11(4): 409-56.
2. Juárez E, Arizona N, Delgado M et al. Caries asociada a la alimentación con sucedáneos de la leche materna en biberón. Rev Med. IMSS. 2003
3. Barrancos Money (1999). Operatoria Dental. Editorial Medico Panamericana. 3ra edición. Argentina pags.8: 249-250,10:316-342
4. Ravasco P, Anderson H, Mardone F. Métodos de valoración del estado nutricional. Iberoamérica del Programa de Ciencia y Tecnología para el Desarrollo, vol.25, Supl 3. Madrid octubre. 2010.
5. Spolsky V. Epidemiología de los trastornos gingival y periodontal. Ed. McGraw Hill. 2008
6. Condori G. Perfil Epidemiológico Bucal en niños de 6 a 12 años de edad en las Instituciones Educativas Primarias Estatales, Zona Urbana del Distrito de Ilave - 2010.[tesis para optar el título de Cirujano Dentista. Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2017
7. Mamani S. Maloclusiones según el Índice de la Asociación Iberoamericana de Ortodoncistas en Escolares de la I.E.P. 71001 Almirante Miguel Grau – Puno, 2011. [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista.
8. Galvez, J. “Prevalencia de Caries Dental y Enfermedad Gingival en dos Colegios Urbano Marginales de Lima y Callao”.
9. Quea, E. “Perfil Epidemiológico del proceso de Salud y Enfermedad Bucal en escolares de 6 a 12 años “Yungay- Ancash

10. Pinkham JR. Odontología Pediátrica, tercera edición, Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V. México 2001
11. Manton D, Drumond B, Kilpatrick N. Manual de Odontología Pediátrica. Tercera Edición. España: SL; 2010. P: 39-52.
12. Liebana J, Castillo Am, Alvarez M. Enfermedades Periodontales: consideraciones microbiológicas. Medicina oral, Patología oral y cirugía bucal. 2004; 9 Suppl: S75-91.
13. Newman, Michael G, Henry H, Carranza, Fermin A. Periodontopatología Clínica. España: Mc Graw- Hill; 2003. P. 328-333.
14. Larrea C, Freire W. Social inequality and child malnutrition in four Andean Countries. In: Rev. Panamá. Salud Pública 2002vol. 11, no. 5-6, p.35664.
15. Programa de educación continua odontológica no convencional -preconc “Atención integral de la salud bucal”, segunda edición, OPS/OMS, 1993.
16. González Mc y cols. Proyecto I.S.S. – A.C.F.O. Guía práctica clínica basada en la evidencia. Caries Dental. Universidad El Bosque. Editorial JES, Bogotá; 1998.
17. MariaSaletteNahás P. Corrêa GEN/grupo editorial Nacional reúne a las editoras GuanabaraKoogan, Ediciones Santos Livraria Santos Editor Ltda. 2009.
18. Mena A, Rivera L. 1992. Epidemiología Bucal: conceptos básicos. OFEDO-UDUAL. Venezuela.
19. Miguelañez B. Estado actual de la etiología de la caries dental. Asignatura de Anatomía Patológica General y Bucal. 2011 Disponible en:

http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://biopat.cs.urjc.es/conganat/files/2006-2007_G13.pdf

20. Catalá M. La caries dental: una enfermedad que se puede prevenir. *An Pediatr Contin.* 2014;12:147-51. Disponible en: <http://www.apcontinuada.com/es/la-caries-dental-una-enfermedad/articulo/90332727/>
21. Friedenthal M. *Diccionario de odontología.* 2ed. Argentina; editorial medica panamericana. 1996.
22. Hernández R, Fernández C, Baptista M. *Metodología de la investigación.* 6ed. México: McGraw-Hill; 2014
23. Helsinki. *Declaración De Helsinki De La Amm – Principios Éticos Para Las Investigaciones Médicas En Seres Humanos.* 64^a Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013.

Anexos

Anexo N° 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Apellidos y Nombres:.....,

Edad

Sexo:

Peso:

Talla:

Evaluación de la cavidad bucal:

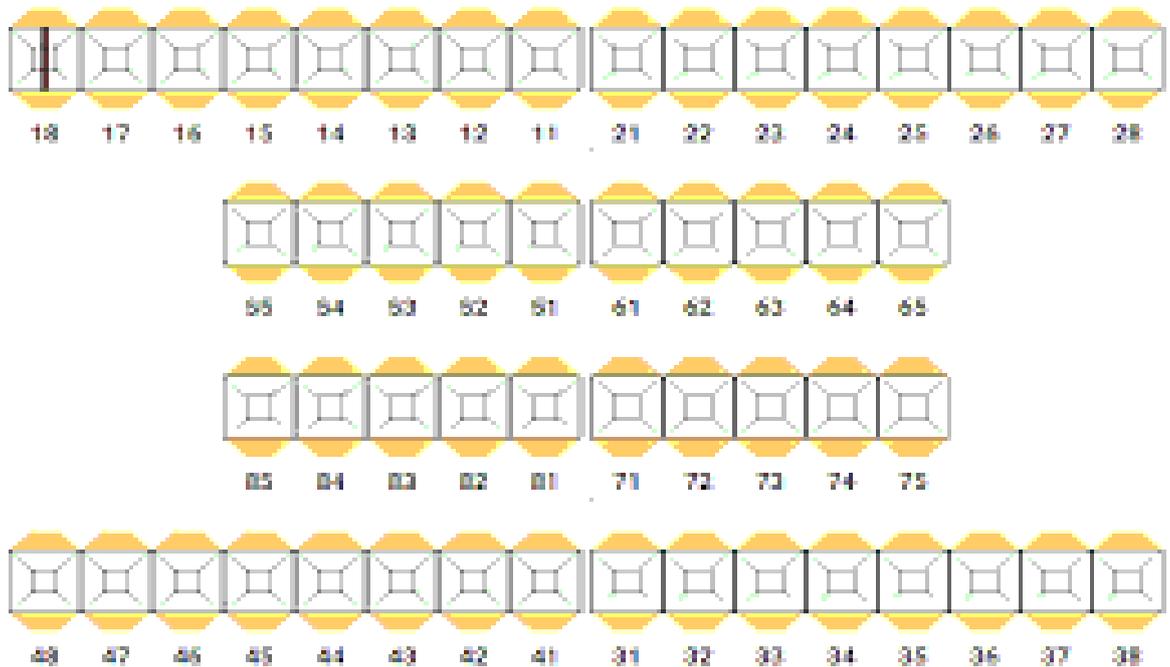
Labios:.....

Mejías:.....

Lengua:

Encías:.....

Dientes:



Observaciones:

a. caries : piezas

b. mal position. dientes

ANEXO N°2

