



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA**

**PREVALENCIA DE CARIES DENTAL, ENFERMEDAD
PERIODONTAL Y MALOCLUSIÓN DENTARIA EN
PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE
ODONTOLOGÍA DEL POLICLINICO “VICTOR PANTA
RODRIGUEZ” DISTRITO DE CHIMBOTE PROVINCIA
DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ANCASH, EN EL MES DE
ABRIL DEL AÑO 2017**

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

Autor

ACUÑA ZUÑIGA, Pedro Saúl

ORCID: 0000-0002-1442-0108

Asesor

RONDAN BERMEO, Kevin

ORCID ID: 0000-0003-2134-6468

CHIMBOTE– PERÚ

2019

TÍTULO DE LA TESIS

**PREVALENCIA DE CARIES DENTAL, ENFERMEDAD
PERIODONTAL Y MALOCLUSION DENTARIA EN
PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE
ODONTOLOGÍA DEL POLICLINICO “VICTOR PANTA
RODRIGUEZ” DISTRITO DE CHIMBOTE PROVINCIA
DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ANCASH, EN EL
MES DE ABRIL DEL AÑO 2017**

EQUIPO DE TRABAJO

AUTOR

Acuña Zuñiga, Pedro Saúl

ORCID: 0000-0002-1442-0108

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Bachiller en
Estomatología, Chimbote, Perú

ASESOR

Rondán Bermeo, Kevin

ORCID: 0000-0003-2134-6468

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Facultad de Ciencias
de la salud, Escuela Profesional de Odontología, Chimbote, Perú

JURADO

Mgtr. SAN MIGUEL ARCE, Adolfo Rafael

ORCID: 0000-0002-3451-4195

Mgtr. CANCHIS MANRIQUE Walter

ORCID: 0000-0002-0140-8548

Mgtr. TRINIDAD MILLA Pablo Junior

ORCID: 0000-0001-9188-6553

HOJA DE FIRMA DEL JURADO Y ASESOR

MGTR. SAN MIGUEL ARCE ADOLFO

PRESIDENTE

MGTR. TRINIDAD MILLA PABLO JUNIOR

MIEMBRO

MGTR. CANCHIS MANRIQUE WALTER

MIEMBRO

MGTR. RONDAN BERMEO KEVIN

ASESOR

DEDICATORIA

A Dios, por ser creador del universo y de nosotros y por haberme dado la inteligencia, perseverancia y ser guía en nuestras vidas; ya que gracias a su ayuda he logrado culminar esta tesis, permitiéndome vivir una experiencia en esta etapa universitaria

A mis Padres, hermanos y demás familiares porque ellos siempre estuvieron a mi lado brindándome su apoyo, su confianza, por su amor para poder ser una mejor persona en la vida; a mis docentes, amigos y todo aquello que han contribuido para realizarme profesionalmente

AGRADECIMIENTO

A Dios, por brindarme la vida, a mis padres, a mis abuelos fallecidos y a mis familiares por brindarme su apoyo tanto moral como económicamente para seguir estudiando y lograr mis metas y objetivos para un futuro mejor y ser orgullo para ellos y para toda la familia.

A la universidad Uladech Católica, a todos nuestros docentes de la facultad de odontología; es especial a los asesores de tesis que nos apoyaron en la orientación y ayuda que nos brindaron para realizar esta tesis.

RESUMEN

El **objetivo** principal fue determinar la prevalencia de Caries Dental, Enfermedad Periodontal y Maloclusión dentaria en pacientes que acuden al Servicio de Odontología del Policlínico “Víctor Panta Rodríguez” Distrito de Chimbote Provincia del Santa , Departamento de Áncash, en el mes de abril del año 2017”.

Metodología: La investigación fue de tipo Descriptivo, transversal, observacional, Cuantitativo, Prospectivo, nivel Descriptivo, Epidemiológico y diseño no experimental (Observacional) en una muestra probabilística de 100 pacientes seleccionados en un muestreo aleatorio simple **Métodos:** a quienes se aplicó una ficha de evaluación a los que cumplieron los criterios de selección , clínicamente se consideró: presencia de caries, estado periodontal y maloclusiones por medio de observación directa y se registró la información en una ficha de recolección de datos.

Resultados: De acuerdo al a la prevalencia de caries, enfermedad periodontal y maloclusion dentaria fue 89%, 79% y 48% presentaron. De acuerdo al índice de CPTIN para la prevalencia de enfermedad periodontal observamos que 49% presento cálculo, 30% presento sangrado y el 21% se presentaron sanos y de acuerdo al IMO el 52% estuvieron sin anomalías, 35% anomalías leves y el 13% presentaron anomalías severas, de acuerdo al índice de CPOD se encontró un CPOD de 5.66 en toda la muestra y el grupo de edad que presento mayor frecuencia de caries fue el 35 a 44 años con 33.7% y predomino el sexo femenino con 66.6%.Respecto a la enfermedad periodontal se obtuvo que el grupo de edad de mayor prevalencia fue de 35 a 44 años con 37,9% y predomino el sexo femenino con 60,8% y de acuerdo a las maloclusiones el grupo de edad de mayor prevalencia fue el de 55 años a más con 31.3% y predomino en el sexo femenino con 62.5%. Se **concluye** que existe la población estudiada presento un alto porcentaje de caries dental, enfermedad periodontal y maloclusion dental con 89%, 65%, 48% y que predomino el sexo femenino en las 3 enfermedades.

Palabras clave: Caries, Enfermedad periodontal, Maloclusiones, Prevalencia

ABSTRACT

The main objective was to determine the prevalence of Dental Caries, Periodontal Disease and Dental Malocclusion in patients who come to the Service of Dentistry of the "V́ctor Panta Rodŕguez" Polyclinic, Chimbote District, Santa Province, Department of Ancash, in the month of April of the year 2017. " Methodology: The research was descriptive, cross-sectional, observational, quantitative, prospective, descriptive level, epidemiological and non-experimental (observational) design in a probabilistic sample of 100 patients selected in a simple random sampling Methods: to whom a data sheet was applied evaluation to those who met the selection criteria, clinically it was considered: presence of caries, periodontal status and malocclusions through direct observation and the information was recorded in a data collection form. Results: According to the prevalence of caries, periodontal disease and dental malocclusion was 89%, 79% and 48% presented. According to the CPTIN index for the prevalence of periodontal disease, we observed that 49% had calculus, 30% had bleeding and 21% presented healthy and according to the IMO 52% were without anomalies, 35% mild anomalies and 13% presented severe anomalies, according to the DMFT index, a DMFT of 5.66 was found in the entire sample and the age group with the highest frequency of caries was 35 to 44 years with 33.7% and the female sex was predominant with 66.6%. to periodontal disease it was obtained that the age group with the highest prevalence was 35 to 44 years with 37.9% and the female sex predominated with 60.8% and according to the malocclusions the age group with the highest prevalence was the from 55 years to over with 31.3% and predominantly in the female sex with 62.5%. It is concluded that the population studied presents a high percentage of dental caries, periodontal disease and dental malocclusion with 89%, 65%, and 48% and that the female sex predominated in the 3 diseases.

Key words: Caries, Periodontal disease, Malocclusions, Prevalence

CONTENIDO

1.- Título de la tesis.....	i
2.- Equipo de trabajo.....	ii
3.- Hoja de firma del jurado y asesor.....	iii
4.- Hoja de agradecimiento.....	iv
5.- Hoja de dedicatoria.....	v
5.- Resumen y abstract.....	vi
6.- Contenido.....	viii
7.- Índice de gráficos, tablas	ix
I. INTRODUCCIÓN.....	01
II. REVISIÓN DE LITERATURA.....	04
2.1 Antecedentes.....	04
2.2 Bases Teóricas.....	11
III. HIPÓTESIS.....	27
IV. METODOLOGÍA.....	28
4.1 Diseño de investigación.....	28
4.2 Población y muestra.....	30
4.3 Definición y operacionalización de variables e indicadores.....	32
4.4 Técnicas E Instrumentos De Recolección De Datos.....	34
4.5 Plan De Análisis.....	36
4.6 Matriz De Consistencia.....	37
4.7 Principios Éticos.....	38
V. RESULTADOS.....	41
5.1 Resultados.....	41
5.2 Análisis De Resultados.....	51
VI. CONCLUSIONES.....	56
Aspectos Complementarios.....	57
Referencias Bibliográficas.....	58
Anexos.....	63

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: PREVALENCIA DE CARIES DENTAL, ENFERMEDAD PERIODONTAL Y MALOCLUSIÓN DENTARIA EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL POLICLINICO “VICTOR PANTA RODRIGUEZ” DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ÁNCASH, EN EL MES DE ABRIL DE AÑO 2017.....41

TABLA 02: PREVALENCIA DE CARIES DENTAL, MEDIANTE EL ÍNDICE CPOD-OMS, SEGÚN EDAD EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL POLICLINICO “VICTOR PANTA RODRIGUEZ” DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ÁNCASH, EN EL MES DE ABRIL DEL AÑO 2017.....42

TABLA 3: PREVALENCIA DE CARIES DENTAL, SEGÚN EDAD, EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL POLICLINICO “VICTOR PANTA RODRIGUEZ” DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ÁNCASH, EN EL MES DE ABRIL DEL AÑO 2017.....43

TABLA 4: PREVALENCIA DE CARIES DENTAL , SEGÚN GÉNERO, EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL POLICLINICO “VICTOR PANTA RODRIGUEZ” DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ÁNCASH, EN EL MES DE ABRIL DEL AÑO 2017.....44

TABLA 5: PREVALENCIA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL MEDIANTE EL ÍNDICE CPITN-OMS EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL POLICLÍNICO “VICTOR PANTA RODRIGUEZ” DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ÁNCASH, EN EL MES DE ABRIL DEL AÑO 2017.....45

TABLA 6: PREVALENCIA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL, SEGÚN EDAD EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL POLICLÍNICO “VÍCTOR PANTA RODRÍGUEZ” DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ANCASH, EN EL MES DE ABRIL DEL AÑO 2017.....46

TABLA 7: PREVALENCIA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL, SEGÚN GÉNERO, EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL POLICLINICO “VICTOR PANTA RODRIGUEZ” DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ÁNCASH, EN EL MES DE ABRIL DEL AÑO 2017.....45

TABLA 8: PREVALENCIA DE MALOCLUSION DENTARIA, MEDIANTE EL ÍNDICE IMO-OMS; EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL POLICLÍNICO “VÍCTOR PANTA RODRÍGUEZ” DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ANCASH, EN EL MES DE ABRIL DEL AÑO 2017.....48

TABLA 9: PREVALENCIA DE MALOCLUSION DENTARIA, SEGÚN EDAD EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL POLICLINICO “VICTOR PANTA RODIGUEZ” DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ÁNCASH, EN EL MES DE ABRIL DEL AÑO 2017.....49

TABLA 10: PREVALENCIA DE MALOCLUSION DENTARIA, SEGÚN GÉNERO EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL POLICLINICO “VICTOR PANTA RODRIGUEZ” DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA , DEPARTAMENTO DE ÁNCASH , EN EL MES DE ABRIL DE AÑO 2017.....50

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: PREVALENCIA DE CARIES DENTAL, ENFERMEDAD PERIODONTAL Y MALOCLUSION DENTARIA EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGIA DEL POLICLINICO “VICTOR PANTA RODRIGUEZ” DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ÁNCASH, EN EL MES DE ABRIL DE AÑO 2017.....41

GRÁFICO 02: PREVALENCIA DE CARIES DENTAL, MEDIANTE EL ÍNDICE CPOD-OMS, SEGÚN EDAD EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL POLICLINICO “VICTOR PANTA RODRIGUEZ” DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ÁNCASH, EN EL MES DE ABRIL DEL AÑO 2017.....42

GRÁFICO 3: PREVALENCIA DE CARIES DENTAL,SEGÚN EDAD, EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL POLICLINICO “VICTOR PANTA RODRIGUEZ” DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ÁNCASH, EN EL MES DE ABRIL DEL AÑO 2017.....43

GRÁFICO 4: PREVALENCIA DE CARIES DENTAL , SEGÚN GÉNERO, EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL POLICLINICO “VICTOR PANTA RODRIGUEZ” DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ÁNCASH, EN EL MES DE ABRIL DEL AÑO 2017.....44

GRÁFICO 5: PREVALENCIA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL MEDIANTE EL ÍNDICE CPITN-OMS EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL POLICLÍNICO “VICTOR PANTA RODRIGUEZ” DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ÁNCASH, EN EL MES DE ABRIL DEL AÑO 2017.....45

GRÁFICO 6: PREVALENCIA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL, SEGÚN EDAD EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL POLICLINICO “VICTOR PANTA RODRIGUEZ” DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ÁNCASH, EN EL MES DE ABRIL DEL AÑO 2017.....46

GRÁFICO 7: PREVALENCIA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL, SEGÚN GÉNERO, EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL POLICLINICO “VICTOR PANTA RODRIGUEZ” DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ÁNCASH, EN EL MES DE ABRIL DEL AÑO 2017.....45

GRÁFICO 8: PREVALENCIA DE MALOCLUSION DENTARIA, MEDIANTE EL ÍNDICE IMO-OMS; EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL POLICLÍNICO “VÍCTOR PANTA RODRÍGUEZ” DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ANCASH, EN EL MES DE ABRIL DEL AÑO 2017.....48

GRÁFICO 9: PREVALENCIA DE MALOCLUSION DENTARIA, SEGÚN EDAD EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL POLICLINICO “VICTOR PANTA RODRIGUEZ” DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ÁNCASH, EN EL MES DE ABRIL DEL AÑO 2017.....49

GRÁFICO 10: PREVALENCIA DE MALOCLUSION DENTARIA, SEGÚN GÉNERO EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL POLICLINICO “VICTOR PANTA RODRIGUEZ” DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA , DEPARTAMENTO DE ÁNCASH , EN EL MES DE ABRIL DE AÑO 2017.....50

I. INTRODUCCIÓN

La salud bucal se considera como el pilar donde se sustenta la salud integral de las personas, toda iniciativa para disminuir las patologías prevalentes de: Caries dental, enfermedad periodontal y maloclusión dentaria, debe contar como en este caso con el apoyo de las instituciones y sirve para mejorar las expectativas de vida de la población del entorno, la atención odontológica y conocer mejor las medidas preventivas de las enfermedades de la cavidad bucal. ^(1,2)

Ante la realidad que todos conocemos, que el sistema de salud en nuestro país no tiene toda la cobertura e infraestructura proporcional a lo que se necesita, se debe considerar que todo programa asistencial reparativo, puede tener desfase entre los recursos que se disponen y las necesidades que existen, por ello como refiere la OMS ⁽³⁾ las inversiones deben efectuarse en la prevención, con ello los índices de enfermedades de una prevalencia de salud, estaría disminuyendo en pocos años.

A nivel mundial la OMS ⁽³⁾ define que la caries dental y la enfermedad periodontal históricamente se han considerado las cargas de morbilidad bucal global más importantes en salud, actualmente entre el 70 y 90% de la población sufre caries dental y del 5 al 20% enfermedad periodontal destructiva.

A nivel internacional Romero Y. (2015).⁴ en Venezuela realizó un estudio donde examinaron 627 escolares, de los cuales 319 escolares (50,87%) eran del género masculino y 308 (49, 12%).del género femenino. Donde encontró que el CPOD promedio fue de 1.55.

A nivel nacional en Trujillo se realizó un estudio de Gamboa L. en el año 2015 prevalencia de caries dental fue 73,6% y la prevalencia de gingivitis 77,8% Sin embargo no se presentó ningún caso de periodontitis. ⁽⁵⁾

A nivel local existe un estudio de Arellano G en Carhuaz en el 2016, en su estudio de Perfil de la salud bucal obtuvo que respecto a las maloclusiones, esta se presentó en un 49,26% de los evaluados, la mayor prevalencia se dio a los 12 años con un 62,86% y en el sexo femenino con un 62,71%. La muestra estudiada presentó prevalencias de caries dental, enfermedad periodontal y maloclusiones en el 80,84%, 30,88% y 49,26% respectivamente. ⁽⁶⁾

En otro estudio en Ancash Iparraguirre J. en el 2016 concluye que la población estudiada presenta un perfil de salud bucal respecto a prevalencia de caries dental de 99,72%, estado periodontal enfermo de 94,51 % y maloclusión dentaria de 57,65 % ⁽⁷⁾ Por ello se planteó la siguiente pregunta referente a la problemática: ¿Cuál es la prevalencia de caries dental, enfermedad periodontal y maloclusión dentaria en pacientes que acuden al Servicio de Odontología del Policlínico “Víctor Panta rodríguez” Distrito de Chimbote Provincia del Santa, Departamento de Áncash, en el mes de Abril del año 2017?

Y se propuso el objetivo general: Determinar la Prevalencia de Caries dental, Enfermedad periodontal y Maloclusión dentaria en pacientes que acuden al Servicio de Odontología del Policlínico “Víctor Panta rodríguez” Distrito de Chimbote Provincia del Santa, Departamento de Áncash, en el mes de Abril del año 2017 y los objetivos específicos: Determinar la prevalencia de Caries dental mediante el Índice CPOD ,según edad, Determinar la prevalencia de Caries dental según edad, Determinar la prevalencia de Caries dental según género, Determinar la prevalencia

de enfermedad periodontal mediante el Índice CPITN, Determinar la prevalencia de Enfermedad periodontal según edad, Determinar la prevalencia de Enfermedad periodontal según género, Determinar la prevalencia de Maloclusión dentaria mediante el Índice IMO ,Determinar la prevalencia de Maloclusión dentaria según edad, Determinar la prevalencia de Maloclusión dentaria según género de los pacientes que acudieron al Servicio de Odontología del Policlínico “Víctor Panta Rodríguez” Chimbote Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash en el mes de Abril del año 2017.

La investigación estuvo justificada porque se obtuvo datos e información actual de una prevalencia de caries dental, enfermedad periodontal y maloclusión dentaria de pacientes de un entorno hospitalario, emblemático de nuestra localidad, que nos permitió analizar una parte representativa de nuestra población por género, edad, en pacientes que por su condición laboral tienen relación con el Sistema de Seguridad Social de nuestro país, a la que pertenece la institución sede para la investigación propuesta.

La Metodología de la investigación fue de tipo Cuantitativo, Descriptivo, transversal, observacional, Prospectivo, Nivel Descriptivo, Epidemiológico y diseño no experimental (Observacional). En una muestra probabilística de 100 pacientes seleccionados en un muestreo aleatorio simple. La cual se utilizó el método de observación clínica y luego el llenado de resultados en la ficha de recolección de datos. El presente estudio está estructurado de la siguiente forma: inicialmente se tiene la revisión de literatura, para seguidamente continuar con la revisión de la literatura, hipótesis, metodología, resultados y finalmente conclusiones .

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA Antecedentes

a. Antecedentes Internacionales:

Fort A (Argentina, 2017) En su investigación de Distribución de caries dental y Asociación con variable de protección social en niños de 12 años del partido de avellaneda provincia de Buenos Aires **El objetivo** de este trabajo fue identificar diferenciales en los perfiles de caries dental en la población escolar de la Provincia de Buenos Aires, Argentina y su asociación con variables de protección social. En 2014, **Tipo de estudio** se realizó un estudio analítico observacional de corte transversal **Población/Muestra:** de 656 escolares de 12 años de 40 escuelas públicas de los ocho distritos del partido. (Universo = 3580 individuos distribuidos en 70 escuelas). **Métodos:** El estado dentario de los escolares de 12 años en las localidades evaluadas mostró una distribución desigual, se identificaron subconjuntos poblacionales con elevada prevalencia, morbilidad y severidad de caries, que requieren focalización de las intervenciones sanitarias. **Resultados:** Se observó asociación entre enfermedad desatendida y carencia de protección social. **Conclusiones:** En conclusión, este estudio ha permitido identificar subconjuntos poblacionales con elevada prevalencia, morbilidad y severidad de caries, que requieren focalización de las intervenciones sanitarias. ⁽⁸⁾

García G. (México, 2016) En su investigación de Prevalencia de enfermedad periodontal en embarazadas de una unidad de medicina familiar de Acapulco, Guerrero Tuvo como **objetivo** determinar la salud periodontal en mujeres embarazadas. **Tipo de estudio:** Su estudio fue observacional, transversal y analítico. El muestreo se realizó por cuotas, tratándose de una muestra no probabilística.

Población/Muestra: Se realizó en 88 gestantes a quienes se les efectuaba control prenatal. **Métodos:** Se aplicó una encuesta de factores sociodemográficos, hábito tabáquico, trimestre de gestación, conocimiento sobre salud oral y asistencia a servicio dental. Fue evaluada la placa dentobacteriana y la enfermedad periodontal, con índice de Løe y Silness e índice de Russel. **Resultados** 27 mujeres (31%) refirieron cepillado dental tres o más veces al día; 45 (51%) consultaron al dentista durante el embarazo; 63 (72%) recibieron orientación sobre cómo evitar caries dental y gingivitis. La prevalencia de placa dentobacteriana y enfermedad periodontal fue de 74 y 65%, respectivamente. **Conclusión** la enfermedad periodontal y placa dentobacteriana mostraron similar prevalencia a la encontrada en otros estudios. La mujer embarazada consulta al estomatólogo en caso de urgencia y desconoce la importancia de la participación del dentista en el control prenatal. ⁽⁹⁾

Salinas M. (Ecuador, 2015). En su investigación de Factores de riesgo de gingivitis en el embarazo en gestantes que acuden a la Clínica Humanitaria De Atención Materno Infantil. **Población/Muestra:** Estudio realizado en 60 gestantes, en dos grupos de 30 con Gingivitis localizada y 30 con Gingivitis generalizada. **Métodos:** Se recolectó la información en formulario con examen oral. Obteniendo **resultados** de: Un 3,3% de los casos y el 16,6 % de los testigos con bajo peso, el 13,3% de casos con obesidad, y sólo el 3,3% tienen sobrepeso. El 3.3% de gestantes tuvieron hipertensión arterial. Sin significancia estadística. Se encontró inflamación severa en el 40% de los casos. El 58.3 % de las pacientes con poca frecuencia de higiene por las náuseas que provocó el cepillado dental. **Concluyendo** que el 100% de Gingivitis en las gestantes fue por placa bacteriana, presencia de cálculo subgingival y deficiente

higiene bucal. Sin relación significativa de Gingivitis, obesidad e hipertensión arterial.

(10)

Huete G y Lira D. (Nicaragua, 2015). En su investigación de Estado Gingival en Mujeres Embarazadas que acuden a la Clínica Odontológica del Puesto de Salud Roberto Clemente, de la ciudad de Masaya durante octubre-noviembre del 2015. **Objetivo:** Realizó su investigación para evaluar el estado gingival en mujeres embarazadas que acuden a la clínica odontológica de la ciudad de Masaya durante los meses Octubre- Noviembre del año 2015. **Tipo de estudio:** Mediante un estudio descriptivo, cualitativo de corte transversal, **Población y muestra:** con un universo de 167 embarazadas se estudió 30 que corresponde a una muestra del 18%. Obteniendo los siguientes **resultados:** Se diagnosticó gingivitis en un 100% de las embarazadas bajo estudio, representado en un 50% gingivitis leve, en 30% gingivitis moderada y en un 20 % restante a gingivitis grave. **Conclusiones:** Al evaluar el estado gingival de las embarazadas no se encontró relación directa con respecto a su nivel educativo pero si conforme a su edad ya que se dio predominio de gingivitis moderada y grave en las mayores de edad (mayores de 30 años).⁽¹¹⁾

Palomeque A. (Ecuador, 2015). En su investigación de perfil epidemiológico de salud oral en personas de la tercera edad que habitan en el Asilo Cristo Rey de la Ciudad de Cuenca. Su **objetivo** fue determinar el perfil epidemiológico de salud oral de los ancianos del asilo Cristo Rey de la ciudad de Cuenca. **Tipo de estudio:** estudio descriptivo El **métodos** fue mediante revisión clínica odontológica e historia clínica de cada paciente en una **muestra** de 71 personas, mayores de 65 años, mujeres y hombres. Obteniendo los **resultados** siguientes: 42 (59,2%) de los pacientes examinados fueron del sexo femenino y 29 (40,8 %) del sexo masculino.

Conclusiones: Las enfermedades con mayor prevalencia fueron la caries dental, enfermedad periodontal y la estomatitis sub protésica, las menos frecuentes fueron la candidiasis oral y la xerostomía .⁽¹²⁾

Gaete M. Córdova C. Oliva P. (México, 2013). En su investigación de Estado de salud oral y asistencia al control odontológico en escolares de 12 años, comuna de Penco, región del Biobío. Con el **objetivo** de evaluar el estado de salud oral y asistencia al control odontológico, **Tipo de estudio:** se realizó un estudio observacional analítico **Población/Muestra :** con un muestreo sistemático de 214 escolares de 12 años. **Resultados:** Se halló la prevalencia de caries en un 61,03%, sin diferencia estadística entre sexo (valor $p \sim 0,29$). El COPD promedio fue 3,44, el 47% asistieron al dentista en los últimos seis meses. Se comprobó que el promedio de COPD disminuyó en los últimos 10 años de 4,77 a 3,44, siendo estadísticamente significativo (valor $p \sim 0,00$). Según los indicadores observados, se llega a la **conclusión** que los escolares de 12 años observados tienen un mal estado de salud oral y han asistido a control los últimos seis 6 meses menos de un 50% de ellos.
(13)

b) Antecedentes Nacionales

Gamboa L. (Trujillo, 2015) En su investigación de relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal y la prevalencia de enfermedades bucales: gingivitis, periodontitis y caries dental en estudiantes del 5º grado de secundaria de la I. E. N° 80010 Ricardo Palma, Trujillo 2014. Realizo Se tuvo como **objetivo** general, determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal y la prevalencia

de enfermedades bucales: gingivitis, periodontitis y caries dental en estudiantes del 5° grado de secundaria de la I. E. N° 80010 Ricardo Palma, Trujillo 2014 **Tipo de Estudio:** Cuantitativo, correlacional, prospectivo y transversal, **Población/Muestra:** estuvo constituida por 72 escolares de una población de 114, **Métodos :** los datos se obtuvieron mediante la técnica de la entrevista y observación clínica (examen clínico). **Resultados:** 54,2% de los escolares presentaron un nivel de conocimiento regular, en cuanto a la prevalencia de caries dental fue 73,6% y la prevalencia de gingivitis 77,8%; **Conclusiones:** El nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes de 5° grado de secundaria de la I. E. N° 80010 Ricardo Palma es regular, la prevalencia de Enfermedades bucales fue elevada ⁽⁵⁾

c) **Antecedentes Locales:**

Arellano G. (Perú-2016) En su investigación de perfil de salud bucal - enfermedad bucal en los escolares de 6, 12 y 15 años de la provincia de Carhuaz, región Áncash, 2016. **Objetivo:** Determinar el perfil de salud bucal - enfermedad bucal en los escolares de 6, 12 y 15 años de la provincia de Carhuaz, región Áncash, 2016. **Tipo de estudio:** El presente trabajo de investigación fue de diseño observacional, de corte transversal y tipo cuantitativo; **Materiales y Métodos:** Se aplicó una ficha de recolección de datos para la evaluación de los índices ceod, CPOD, IPC-OMS e IMOOMS en una **Población/Muestra:** de 214 alumnos de las instituciones educativas de la provincia de Carhuaz. **Resultados:** Respecto a las maloclusiones, esta se presentó en un 49,26% de los evaluados, la mayor prevalencia se dio a los 12 años con un 62,86% y en el sexo femenino con un 62,71%. **Conclusión:** La muestra estudiada presentó prevalencias de caries dental, enfermedad periodontal y maloclusiones en el

80,84%, 30,88% y 49,26% respectivamente. ⁽⁶⁾

Iparraguirre J (Ancash, 2016) En su investigación de perfil de salud bucal - enfermedad bucal en escolares de 6, 12 y 15 años de edad en la Provincia Mariscal Luzuriaga, Región Áncash, durante el año 2016. Con el **objetivo** de determinar el perfil de salud bucal - enfermedad bucal en escolares de 6, 12 y 15 años de edad en la Provincia Mariscal Luzuriaga, Región Áncash, durante el año 2016, **Metodología:** El presente trabajo de investigación es de diseño epidemiológico, de tipo observacional y transversal, la **muestra** estuvo constituida por 354 alumnos; **Método:** Ficha de recolección de datos. Obteniendo los **resultados** siguientes: La caries dental fue de 99,72 %; la caries dental según CPO total a los 6 años fue de 7.26; a los 12 años fue de 6,29%; a los 15 años fue de 7,20%; el mayor porcentaje de caries dental se da a los 12 y 15 años de edad con el 100,0%, y el sexo femenino a los 12 y 15 años con 100,0%; respecto al estado periodontal es de 94,51% enfermo, el sexo masculino con un 96,18% de enfermedad; respecto a la maloclusión dentaria se obtuvo un 57,65%, en los niños de 15 años de edad con un 62,20% y 59,68% en género femenino . Por lo tanto se **concluye** que la población estudiada presenta un perfil de salud bucal enfermedad bucal respecto a prevalencia de caries dental de 99,72%, estado periodontal enfermo de 94,51 % y maloclusión dentaria de 57,65 % ⁽⁷⁾

Fournier J. (Ancash, 2016). Realizo su estudio **titulado** “Perfil De Salud Bucal – Enfermedad Bucal En Los Escolares De 6, 12 Y 15 Años De La Provincia De Huaylas, Región Áncash, 2016 .El **Objetivo General** fue determinar el perfil de salud bucal-enfermedad bucal en los escolares de la Provincia de Huaylas, Región Áncash, 2016. O. **Tipo de estudio:** La presente investigación es de diseño epidemiológico, de

tipo observacional, y transversal; el tipo de muestreo es probabilístico, estratificado; la **muestra** está constituida por 242 alumnos. **Métodos:** ficha de recolección de datos. **Resultados:** El perfil de salud bucal-enfermedad bucal de caries dental fue de 81,71 %; el perfil de salud bucal-enfermedad bucal de caries dental según CPO total a los 6 años fue de 5.20; a los 12 años fue de 4.28; a los 15 años fue de 7.01; el mayor perfil de salud bucal-enfermedad bucal de caries dental se da a los 15 años con 82.29 %, y el sexo femenino a los 12 y 15 años 83,75 %, respecto al perfil de salud bucal enfermedad bucal del estado periodontal es del 85.63 %, siendo los 12 años con 100.0 %, y el sexo masculino con un 86,54 %, Respecto al perfil de salud bucal enfermedad bucal de maloclusiones se presenta en un 91,25 %, el mayor perfil se da a los 15 años con un 92,71 % y en el sexo femenino con un 92,50 %. **Conclusión:** La población estudiada presenta un perfil de salud bucal-enfermedad bucal de caries dental de 81,71 %, estado periodontal el 85,63 % y maloclusión dentaria el 91,25 %,

2.2 Bases teóricas.

2.2.1 Caries Dental

Es una de las patologías bucales más insidiosas que presentan los seres humanos, que para su mejor estudio y registro en clínica se utiliza la “Clasificación Internacional de Enfermedades Aplicadas a la Odontoestomatología (CIE-OE)”, a la caries dental se le identifica como una patología dentro de las enfermedades del sistema digestivo, capítulo XI, en la subcategoría de enfermedades bucales, de las glándulas salivales y de los maxilares, la lesión cariosa tiene el código K02.15

La caries dental aqueja a todo tipo de población, tanto en países muy industrializados como en países que están emergiendo de la pobreza, con la aplicación de nuevas estrategias de prevención los índices están descendiendo, probando la hipótesis de OMS que propugna la educación en prevención de la salud. Teniendo esa particularidad de ser una enfermedad común es un problema persistente en todas las edades de salud pública del mundo, por ello procede la ejecución de estudios epidemiológicos para determinar si aumenta o disminuye la prevalencia e incidencia de esta enfermedad en cada comunidad.¹⁶

Está definida como una enfermedad infecciosa de diversa causalidad evolucionaria rápidamente persiste de forma crónica y multifactorial que daña irreversiblemente al diente descalcificando y destruyendo progresivamente, a causa de los ácidos orgánicos de los microorganismos cuyas cepas específicas son los estreptococos del grupo mutans.^{17,18}

La teoría inicial que explicaba el origen de la caries fue la Trilogía Etiológica de Keyes, (1972) que identificaba tres factores imprescindibles: el huésped, la microflora y el sustrato. Después se agregó el factor tiempo, porque requiere momento de actuación, de los factores intervinientes. Entonces el proceso que origina la caries, se da cuando hay un hospedador susceptible, placa bacteriana con una microflora cariogénica específica, un sustrato donde predomina la sacarosa, y tiempo para que se organicen los microorganismos.¹⁹

En la literatura se señala que las lesiones cariosas se originan en la superficie dentaria mediante la acción de placa bacteriana en un tiempo determinado, con la energía proporcionada por azúcares de la alimentación como sustrato.¹⁹

Se explica el avance de la lesión cariosa, cuando es mayor la desmineralización que la remineralización, durante la dinámica intermitente de activación e inactivación de los ácidos de los microorganismos específicos, adheridos a la superficie dental

²⁰ Se entiende el proceso de origen multifactorial por la intervención de eventos sucesivos para llegar a producir la enfermedad, que pueden clasificarse en dos categorías: Los agrupados junto con el diente, la placa bacteriana, y la dieta, como factores principales o determinantes.¹⁹

Y la intervención del tiempo, composición de la saliva, la edad del huésped, la frecuencia de la higiene dental, presencia de enfermedades sistémica, exposición al flúor, son los llamados factores secundarios o modificadores.¹⁹ Los factores secundarios mencionados activan aumentando o reduciendo la resistencia

del huésped a la caries, predisponiendo la velocidad de avance de la enfermedad.¹⁹

Siendo uno de estos factores importantes la composición y el flujo de la saliva, con su capacidad limpiadora, neutralizante, saturación de calcio y fósforo y acción antibacteriana.¹⁹ El huésped, con las características de edad, concentración de alimentación, morfología, dieta y los elementos vestigiales “Zn, Se, Sn, Fe, Mn, Mo” nivel de carbonato y citrato, cristales de hidroxiapatita, etc., y placa bacteriana con higiene bucal, fluoruro en placa. Y el factor sustrato, con clases de alimentos y frecuencia de azúcares.¹⁹

2.2.1.1 Clasificación

La enfermedad se clasifica:

a) Según su ubicación:²⁰

Caries de Fosas y Fisuras.- Son las más frecuentes debido a su morfología infructuosa localizada en las fosas y fisuras de premolares y molares y caras palatinas de los dientes anteriores.

Caries Interproximales.- Le siguen en frecuencia a las anteriores, se forman en los puntos de contacto interproximales de los dientes.

Caries de Superficies Lisas o Libres.- Es la menos frecuente, se localizan en las caras vestibulares, linguales o palatinas.

Caries Radicular.- Lesión cariosa que se presenta con mayor frecuencia en mayores de edad, se localiza en los cuellos dentarios que quedan expuestos al medio ambiente oral mayormente por una retracción gingival.

b) Según el Grado de Evolución: ²⁰

Caries incipiente, cuando está en una etapa inicial de su desarrollo

Caries detenida, ante situación estática o estacionaria.

Caries dental aguda, la que abarca varios dientes y avanza rápidamente con sensibilidad dental y exposición de la pulpa.

Caries dental crónica, caracterizado por un curso lento y prolongado.²⁰

c) De acuerdo a la causa de dominio: ²⁰

Caries recurrente o secundaria, surge en el margen de una obturación, con filtración.

Caries recidivante o residual, aparece debajo de una obturación.

Caries rampante, ante aparición brusca y muy extendida²⁰

2.2.1.2 Factores de riesgo de caries son: ²⁰ -

Presencia elevada de Streptococcus Mutans.

-Presencia elevada de Lactobacillos.

-Historia pasada de caries.

-Baja mineralización.

-Fallas en superficie del esmalte.

-Ingesta de azúcares en exceso.

-Higiene bucal deficiente.

-Saliva mucosa, baja acción buffer.

-Saliva escasa o nula

-Piezas dentarias desalineadas moderadas y severas.

- Aparatología ortodóntica y prótesis.
- Periodontopatías.
- “Recesión gingival”.
- “Hipotiroidismo, hipoparatiroidismo”.
- “Estrés”.
- Nivel socioeconómico.
- “Grado de educación, creencias, costumbres”.
- “Raza (influye en la mineralización, forma de diente y color)”.
- “Herencia (existe grupos inmunes y otros resistentes. Se transmite en forma de Tendencia familiar)” .(33, 34,35)
- “Sistema inmunológico”.
- Enfermedad sistémica.²⁰

2.2.2 Enfermedad Periodontal

Las periodontopatías son trastornos de la cavidad bucal que altera los tejidos de soporte dentales y ocupa el 2do lugar de prevalencia, es causante de piezas perdidas, y de riesgo para algunas enfermedades sistémicas. Antes de los cuarenta años las pérdidas de dientes es por caries, ya pasado los 40 la enfermedad periodontal es un factor de edentulismo parcial o total .²¹

La enfermedad periodontal se produce por factores de acciones locales, entre ellos está el ecosistema bucal, placa bacteriana, obturaciones desbordantes,

empaquetamiento de alimentos, hábitos inadecuados. Entre los factores sistémicos están los metabólicos, hormonales, nutricionales, genético, hematológicos, y otras enfermedades.²¹

Los estudios revelan la relación directa entre la frecuencia y severidad de la enfermedad periodontal con la inadecuada higiene bucal. Es inusual que se encuentre enfermedad periodontal en personas con buena higiene oral.²¹

La sintomatología común en la enfermedad periodontal es: Presencia de encías rojas e inflamadas, Encías sangrantes, halitosis, movilidad dentaria y dolor.²¹

Uno de los primeros signos es la hiperemia, y de coloración de tono pálido a rojo intenso, por proliferación de los capilares; la encía papilar agrandada y la marginal brillante, húmeda y tensa.²² Se produce gingivitis inflamación de encía más superficial, generalmente causada por incorrecta higiene bucal que acumula placa dental.²² Se presume que la gingivitis es causada por placa bacteriana no específica que de gram positivo pasa a gram negativo. La gingivitis no siempre causa periodontitis, se ha comprobado casos prolongados de gingivitis sin llegar a periodontitis, pero a la inversa sí ocurre, generalmente en tercera edad.²³

Los aspectos específicos que favorecen la gingivitis, son: “la placa bacteriana, el sarro, el impacto alimenticio, prótesis mal posicionadas. Los factores generales que la favorecen son: diabetes, desnutrición, embarazo, enfermedades endocrinas y acción de ciertos medicamentos”.²³

Es bueno saber que esta enfermedad puede revertirse, con un tratamiento apropiado de eliminación de placa uso del cepillado y el uso de seda dental.²³

2.2.2.1 Clasificación de la Enfermedad Periodontal ^{24,25}

“Enfermedades gingivales

Enfermedad gingival inducida por placa bacteriana.

Gingivitis asociada solamente a placa bacteriana Sin otros factores locales

Con factores locales

Gingivitis modificada por factores sistémicos

Asociada con sistema endocrino”:

1. Gingivitis de la pubertad
2. Gingivitis asociada a ciclo menstrual
3. Gingivitis del embarazo
4. Gingivitis modificada por diabetes mellitus

-Asociada con discrasias sanguíneas:

1. Leucemia
2. Otros

-Gingivitis modificada por fármacos:

1. Drogas
2. Crecimiento gingival
3. Gingivitis
4. Anticonceptivos

-Gingivitis modificada por malnutrición:

1. Avitaminosis C
2. Otros

B. Enfermedad gingival no asociada a placa bacteriana

-Gingivitis de origen bacteriana específica:

- a. Neisseria gonorrhoea
- b. Treponema pallidum
- c. Estreptococos
- d. Otros

-Gingivitis de origen viral:

Herpética

- 1. Gingivoestomatitis herpética primaria
- 2. Herpes bucal recurrente
- 3. Varicela /Herpes zoster

“Gingivitis producida por hongos:

Cándida, s.f.

Candidiasis gingival generalizada

Eritema gingival lineal

Histoplasmosis

Otros

Lesiones gingivales de origen genético:

Fibromatosis gingival hereditaria

Otros

Manifestaciones gingivales de condiciones sistémicas”:

- a. Alteraciones mucocutáneas: liquen plano, penfigoide, pénfigo vulgar, eritema múltiple, lupus, eritema, inducción de drogas, etc .
- b. Reacciones alérgicas
 - b.1. Materiales restauradores: mercurio, níquel, acrílicos, otros .
 - b.2. Relaciones a: Dentífricos, enjuagues, goma de mascar, alimentos, conservantes .

b.3. Otros

Lesiones traumáticas:

- e. Física
- f. Química
- g. Térmica

“Reacción a cuerpo extraño

Ninguna otra específica

Periodontitis crónica

Localizada

Generalizada

Periodontitis agresiva – severidad (con pérdida de la inserción)

Localizada moderada

Generalizada severa

Periodontitis como manifestación de enfermedades sistémicas”

- A. Asociada a enfermedades hematológicas
- B. Asociada a alteraciones genéticas
- C. Ninguna otra específica

“Enfermedades periodontales necrosantes”

- A. Gingivitis ulcerativa necrosante
- B. Periodontitis ulcerativa necrosante

“Abscesos del periodonto”

- A. Gingival
- B. Periodontal
- C. Pericoronario

“Periodontitis asociada con lesión endodóntica”

A. Lesión combinada periodonto - endodóntica

“Alteraciones o deformidades del desarrollo o adquiridas”

- A. Factores locales relacionados a los dientes que modifican o predisponen a la enfermedad gingival / periodontitis inducida por placa bacteriana
- B. Deformidades mucogingivales y condiciones alrededor del diente
- C. Deformidades y condiciones mucogingivales en áreas edéntulas
- D. Trauma oclusal.^{27,28.}

2.2.3 Maloclusión

La maloclusión es un problema de salud bucal de mal posición dentaria que involucran al que lo sufre con una serie de consecuencias funcionales y estéticas de por vida, y hay una alta prevalencia, por lo que debe ser tomado dentro de políticas de salud bucal preventiva específica que ayuden a solucionar en forma general la salud bucal en el país.²⁹

Para plantear programas preventivos, es de mucha utilidad “los estudios epidemiológicos de salud bucodental y así conocer la prevalencia y severidad de maloclusiones, que permitan la planificación de los programas de promoción, prevención y curación que hace al individuo susceptible a trauma dental, caries, enfermedades gingivales y periodontales, disfunciones musculares y articulares.³⁰

La mayor causa de las maloclusiones es por falta de armonía entre el tamaño de los dientes y cantidad de espacio óseo necesario para disponerlos de una manera estética y funcionalmente aceptable a causa de diversos factores constitucionales o hereditarios, siendo aquellos que no se pueden prevenir.³¹

La oclusión comprende no solo la inter digitación de los dientes, también la relación con bases maxilares, con otros huesos del cráneo y con el resto del esqueleto.³¹ También influyen los factores dinámicos que se asocian en el crecimiento y desarrollo. Las maloclusiones son una alteración del equilibrio de cualquier componente del aparato estomatognático.³²

Se define maloclusión como alteración de forma o tamaño de los dientes de su posición funcional y estética. Diferente de una a otra persona en intensidad y gravedad, pudiendo mal posición de un solo diente, hasta el apiñamiento de todos los dientes e incluso hasta la desarmonía entre arcadas.³²

Los dientes mantienen su posición dentro de los maxilares por procesos de desarrollo durante los periodos de formación, crecimiento y modificación post natal. La oclusión varía entre los individuos, según tamaño y forma de los dientes, posición, tiempo y orden de erupción, forma y tamaño de las arcadas dentarias y patrón de crecimiento craneofacial”.³²

2.2.3.1 Causas de la maloclusión³²

“Desproporción entre las bases maxilares y tamaño de los dientes.

Dientes supernumerarios.

Erupción tardía o piezas impactadas.

Perdida prematura de los dientes deciduos.

Perdida de molares permanentes.

Succión del pulgar.

Acromegalia.

Paladar hendido o labio leporino”.³²

2.2.3.2 Clasificación de las Maloclusiones

a) Clasificación de Baume (dentición decidua)³²

TIPO I: Cuando existen espacios Interdentales

TIPO II: Sin presencia de espacios interdentes

b) Clasificación de Angle³²

Clase I: La cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar inferior.

Clase II: La cúspide mesiovestibular del primer molar superior está por delante del surco mesiovestibular del primer molar inferior.

Clase III: La cúspide mesiovestibular del primer molar superior está por distal del surco mesiovestibular del primer molar inferior.

Subdivisiones como: Clase I, Clase II: División 1 y División 2. Clase III

Las razones que llevaron a proponer a los primeros molares como las llaves de la oclusión son”:

-“Los primeros molares son las primeras piezas dentarias en hacer erupción”.

-“Son las piezas más voluminosas de la dentición”.

-“Llegan hasta su sitio de erupción sin estar protegidos por las raíces de otro molar caduco.”³²

Son guiados hacia su localización únicamente por las bases terminales de las arcadas temporales».

c) Clasificación de Dewey³²

“Perfecciona la clasificación de Angle Clase I y Clase III:

La clase I de Angle, la subdivisión en cinco:

Incisivos apiñados y caninos vestibulizados.

Incisivos superiores vestibulizados

Uno o más incisivos lingualizados.

Molares y premolares hacia lingual o vestibular.

Molares y premolares hacia mesial por pérdida de algún diente que este por delante siempre en clase I.

La clase III, la subdivisión en tres”: ³²

-Incisivos borde a borde.

-Incisivos superiores por delante de los inferiores.

-Incisivos superiores por detrás de los inferiores.

d) Clasificación de Lischer³²

“Clasificación nueva, respetó concepto de Angle, basa su clasificación en:

-Plano anteroposterior o sagital.

-Plano oclusal u horizontal.

-Curva de la arcada.

A su vez en las maloclusiones de las arcadas; ³⁰

-Neuroclusión (Clase I de Angle): Cuando la arcada superior e inferior están en posición correcta.

-Distoclusión (Clase II de Angle): Cuando la arcada superior está por delante de la inferior.

-Mesioclusión (Clase III de Angle): Cuando la arcada superior esta por detrás de la inferior.

Según el plano del espacio en el que actúa la maloclusión:

-Plano transversal.

-Plano vertical

-Plano sagital

Según su extensión³⁰:

-Mal oclusión local (afecta a uno o pequeño grupo de dientes).

-Mal oclusión general (se distribuye por toda la arcada).

Según su localización referente a la mal oclusión: ³⁰

-Mal oclusión ósea

-Mal oclusión muscular

-Mal oclusión dentaria

Los cambios que se da en la dentición por medio de los factores sean genéticos, ambientales la cual afectan desde la infancia en el desarrollo natal y posnatal

2.2.4 Índices Epidemiológicos.

Los índices son sistemas de medición que ven los problemas de odontología en salud pública para obtener un perfil de enfermedad en una comunidad dada, con

adaptaciones si fuera necesario, a las características de la enfermedad a evaluar.³⁰

No existe un índice de salud oral, sino varios para los distintos problemas. Los índices son proporciones o coeficientes que en epidemiología son los indicadores de la frecuencia con que se presentan ciertas enfermedades, para determinar si hay gravedad o no.³⁰

2.2.4.1 Índices de caries dental

Prevalencia e incidencia: Se entiende como prevalencia a los datos acumulativas de toda la vida, su historial y antecedentes de la enfermedad, y como incidencia “a las nuevas lesiones en un intervalo determinado, también en relación con las necesidades de tratamiento podemos considerar su prevalencia e incidencia.”³³

2.2.4.2 Índice de enfermedad periodontal³⁴

Conocido por sus siglas en inglés (COMMUNITY PERIODONTAL INDEX OF TREATMENT NEEDS: CPITN) y también como Índice Periodontal de la Comunidad (IPC) como aparece en el Manual de Encuestas de la OMS.³⁴

En este índice se usan los indicadores:(0) encía sano; (1) existencia o no de sangrado gingival; (2) presencia o no de cálculo supra o subgingival y (3) existencia o no de bolsa periodontal, clasificadas en superficiales (4-5 mm) y profundas (6 mm o más) .

36,40

DESCRIPCIÓN	CÓDIGO (INDICADORES)
Encía sana	0
Sangrado, observado directamente	1
Cálculo completamente visible	2

Bolsa de 4 o 5 mm	3
Bolsa mayor de 6 mm	4

2.2.4.3 Índice de maloclusiones ³²

Estado

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 :

- Prognatía superior de 9 mm o más
- Prognatía inferior
- Mordida abierta anterior
- Diastemas en incisivos de 4 mm o más
- Apiñamiento en incisivos de 4 mm o más. ³²

III. HIPÓTESIS

Al ser una investigación descriptiva no aplica formular hipótesis de investigación.

- Según Hernández R. Fernández C. Baptista M. (2014) No todas las investigaciones plantean hipótesis, si su alcance es exploratorio o

descriptivo no necesariamente lleva hipótesis. ⁽³⁵⁾

IV. METODOLOGÍA

4.1 Diseño de la Investigación:

- De acuerdo al paradigma de la investigación : Cuantitativo

Según Siampieri, llega ser cuantitativo porque aquí se determina predicciones del problema planteado mediante un análisis real a partir

de mediciones y análisis estadísticos.⁽³⁵⁾

- De acuerdo a la intervención del investigador: observacional.

Según Schoenbach V., el estudio es cuando se utiliza la observación como método de recolección de determinados datos que ayuden al análisis del sujeto en evaluación.⁽³⁵⁾

- De acuerdo a la planificación de la toma de datos: prospectivo

Según Hernández es un estudio longitudinal en el tiempo que se diseña y comienza a realizarse en el presente, pero los datos se analizan transcurrido un determinado tiempo, en el futuro.⁽³⁵⁾

- De acuerdo al número de ocasiones en que mide la variable: transversal.

Según Hernández, Sampieri y Baptista, el estudio llega ser transversal, por qué se recolección datos en un tiempo único, para analizar y describir el comportamiento dado en un solo momento.⁽³⁵⁾

- De acuerdo al número de variables de interés: Descriptivo

Según **Hernández** son aquellos que buscan detallar de manera específica propiedades relevantes de fenómenos grupos, personas que sean sometidos a análisis .⁽³⁵⁾

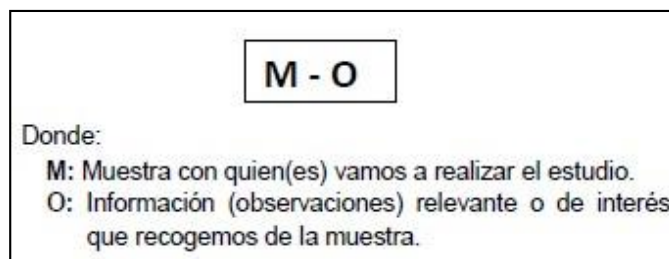
Nivel de la Investigación:

- De acuerdo al grado de profundidad del estudio: Descriptivo

Según **Hernández** son aquellos que buscan detallar de manera específica propiedades relevantes de fenómenos grupos, personas que sean sometidos a análisis. ⁽³⁵⁾

Diseño de la investigación:

- El diseño de este trabajo es **No experimental(Observacional)** según Hernández porque es aquella que se realiza sin manipular deliberadamente variables ⁽³⁵⁾ :
- Esquema de investigación:



4.2. Población y Muestra:

Población

La población de estudio estuvo constituida por los 135 pacientes que acudieron al Servicio de Odontología del Policlínico “Víctor Panta Rodríguez” Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de

Ancash, en el mes de abril en el año 2017 .

Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Pacientes ambulatorios que acudieron al servicio de Odontología.
- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes mayores de 12 años.
- Pacientes que firmen el consentimiento informado

Criterios de exclusión

- Pacientes menores de 12 años.
- Pacientes con impedimento de apertura bucal.

MUESTRA

El tamaño Muestral estuvo conformado por 100 pacientes que acudieron al Servicio de Odontología del Policlínico “Víctor Panta Rodríguez “Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Ancash, en el mes de Abril del año 2017 la cual

aleatorio simple, se determinó por la fórmula de muestra infinita y mientras cumplieran los criterios de selección .

$$\text{Fórmula: } n = \frac{N(P)(Q)(Z)^2}{N-1 e^2 + (P)(Q)Z^2}$$

Donde N: Población muestreada del estudio es (N=135)

P: Probabilidad de éxito obtenido 0.50

Q: 1-P = 1-0.50 = 0.50 complemento de P

Z: Coeficiente de confiabilidad al 95% igual a 1.96 con E:

Máximo error permisible en la investigación e = 0.05 (5 %).

$$n = 145 \frac{(0.50)(0.50)(1.96)^2}{(144) 0.05^2 + (0.50)(0.50) 1.96^2}$$

$$(144) 0.05^2 + (0.50)(0.50) 1.96^2$$

$$n = 100.43$$

Ajustando queda en n=100

4.3 Definición y Operacionalización de variables e indicadores

Variable

- Determinado por la prevalencia de Caries dental: Se define como el porcentaje de personas, afectadas por caries dental existente en una comunidad, en un momento dado. ⁽³⁷⁾

- Prevalencia de Enfermedad Periodontal: Se define como el porcentaje de personas afectadas por enfermedad periodontal existente en una comunidad, en un momento dado. ⁽³⁸⁾
- Prevalencia de Maloclusiones dentarias: Se define como el porcentaje de personas afectadas por maloclusión dentaria existente en una comunidad, en un momento dado. ⁽³⁸⁾

Co variables.

- **Edad**: Cantidad de años transcurridos desde el nacimiento ⁽³⁹⁾
- **Género**: Diferencia orgánica entre varones y mujeres ⁽⁴⁰⁾

4.3.1 Operacionalización de variables:

TÍTULO: “PREVALENCIA DE CARIES DENTAL, ENFERMEDAD PERIODONTAL Y MALOCLUSION DENTARIA EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL POLICLINICO “VICTOR PANTA RODRIGUEZ” DISTRITO DE CHIMBOTE PROVINCIA DEL SANTA, REGIÓN DE ANCASH, EN EL MES DE ABRIL DEL AÑO 2017”						
VARIABLE	DIMENSIONES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES	VALORES
Prevalencia de caries dental, enfermedad periodontal y maloclusion dentaria	Caries dental	Se define como el porcentaje de personas, afectadas por caries dental existente en una comunidad, en un momento dado . ³⁷	Cualitativa	Nominal	Índice CPOD	C = código 1 P = código 2 O = código 3
	Enfermedad Periodontal	Se define como el porcentaje de personas afectadas por enfermedad periodontal existente en una comunidad, en un momento dado . ⁽³⁸⁾	Cualitativa	Nominal	Índice CPITN OMS	0: Sano 1: Sangrado o ausencia 2: Cálculo 3: Bolsa 4 – 5 mm. 4 : Bolsa más de 5-6 mm
	Maloclusión dental	Se define como el porcentaje de personas afectadas por maloclusión dentaria existente en una comunidad, en un momento dado. ⁽³⁸⁾	Cualitativa	Nominal	Índice IMO OMS	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 ≥ 4 mm, apiñamientos ≥ 4 mm
Edad	-----	Cantidad de años transcurridos desde el nacimiento ⁽⁵³⁾	Cuantitativa	Intervalo	DNI	- 12-15 años - 16 -24 años - 25 -34 años - 35- 44años - 45-54años – - 55 a más
Sexo	-----	Condición orgánica que distingue al hombre y la mujer. ⁽⁵⁴⁾	Cualitativa	Nominal		- Masculino - Femenino

4.4 Técnicas e instrumentos

La técnica fue la observación clínica y para la recolección se utilizó como instrumento la ficha de registro clínico (ANEXO N° 1)

Instrumento:

Instrumento validada por la OMS y usada en diferentes tesis referentes a la salud bucal por ejemplos se utilizó en la Tesis de Maestría de ULADECH, sobre perfil epidemiológico utilizada por Villanueva 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 Grado Académico de Magíster en Estomatología con mención en Ciencias Clínicas y Epidemiológicas³⁶, a la cual se le realizaron los ajustes necesarios para poder cumplir con los objetivos de la presente investigación .

Caries dental:

Se colocó ausencia (1) y presencia (2) de caries dental y de acuerdo al índice de CPOD se registró Caries = código 1 Perdida = código 2 Obturado = código 3³³

Índice de CPTIN

En este índice se usan los indicadores:(0) encía sano; (1) existencia o no de sangrado gingival; (2) presencia o no de cálculo supra o subgingival y (3) existencia o no de bolsa periodontal, clasificadas en superficiales (4-5 mm) y profundas (6 mm o más)”.³⁴

Índice de maloclusiones -OMS

Se consideró el código 0 para la ausencia de anomalías dentales; código 1, anomalías discretas (cuando se observaban uno más dientes rotados o inclinados que ocasionaban una alineación irregular de los dientes en la arcada); código 2, anomalías severas (determinadas por la presencia de una o más situaciones en los cuatro incisivos, como

mordida abierta, apiñamiento y diastemas de más de 4 mm).³²

Procedimiento:

Se solicitó autorización al Director del Policlínico Víctor Panta Rodríguez Chimbote previa carta de presentación, a los pacientes seleccionados se les explicó los motivos de la investigación y se les solicitó su consentimiento informado (Anexo 2). Se procedió a examinar a cada paciente mediante examen visual de su condición de salud bucal, se utilizó la unidad dental del policlínico. Se registró los datos en la ficha de recolección de datos. Se consideró 10 minutos de evaluación clínica en cada paciente.

Instrumento usado para la recolección de datos:

El instrumento que se utilizó fue una ficha de recolección de datos, con los índices epidemiológicos que contenía los datos que fueron registrados en una tabla de Excel.

Materiales a utilizar :

- Mascarilla
- Cámara digital
- Fichas clínica
- Guantes
- Mandil
- Algodón
- Uniforme de trabajo.
- Mascarilla.
- Un par de guantes por cada paciente a evaluar.
- Espejos estériles por cada paciente a evaluar.
- Alcohol gel para limpieza de manos.
- Campo para el instrumental.
- Portadesechos.

Al registrar cada ficha con un código, previa a la recopilación de datos necesarios, se aseguró la confidencialidad de cada paciente que asistió al servicio de Odontología del Policlínico Víctor Panta Rodríguez Chimbote que participó en la investigación.

4.4 Plan de análisis.

Para realizar el análisis estadístico se utilizó la estadística descriptiva para ordenar y tabular los datos de estudio, se determinaron los resultados porcentuales utilizando tablas de distribución de obtenidos de la variable frecuencias y gráficos. La información fue procesada y analizada con el programa estadístico SPSS versión 24

4.5 Matriz de consistencia

TITULO: “PREVALENCIA DE CARIES DENTAL, ENFERMEDAD PERIODONTAL Y MALOCLUSION DENTARIA EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL POLICLINICO “VICTOR PANTA RODRIGUEZ” DISTRITO DE CHIMBOTE PROVINCIA DEL SANTA, REGIÓN DE ANCASH, EN EL MES DE ABRIL DEL AÑO 2017”				
Enunciado del Problema	Objetivo	Tipo y diseño	Variable	Población Muestra
¿Cuál es la prevalencia de caries dental, enfermedad periodontal y maloclusion dentaria en pacientes que acuden al servicio de odontología del policlínico “Víctor Panta rodríguez” distrito de Chimbote provincia del santa, departamento de Ancash, en el mes de abril del año 2017?	<p>Objetivo General:</p> <p>-Determinar Prevalencia de caries dental, enfermedad periodontal y maloclusión dentaria de pacientes que acuden al servicio de Odontología del Policlínico “Víctor Panta Rodríguez” Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Ancash, en el mes de Abril del año 2017.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>-Determinar la prevalencia de caries, mediante el índice CPOD, según edad</p> <p>-Determinar la prevalencia de caries., según edad</p> <p>-Determinar la prevalencia de caries., según genero</p> <p>-Determinar la prevalencia de enfermedad periodontal mediante el índice CPITN.</p> <p>-Determinar la prevalencia de enfermedad periodontal, según edad.</p> <p>-Determinar la prevalencia de enfermedad periodontal, según género.</p> <p>-Determinar la prevalencia de maloclusion dentaria, mediante el índice IMO.</p> <p>-Determinar la prevalencia de maloclusion dentaria, según edad</p> <p>-Determinar la prevalencia de maloclusion dentaria, según genero</p>	<p>Tipo:</p> <p>Cuantitativo , Observacional , Prospectivo , Transversal y Descriptivo</p> <p>Nivel:</p> <p>Descriptivo</p> <p>Diseño : No experimental (Observacional)</p>	<p>Perfil de salud bucal</p> <p>Covariables:</p> <p>-Edad -Género</p>	<p>Población: Los 135 pacientes que acudieron al Servicio de Odontología del Policlínico “Víctor Panta Rodríguez” Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Ancash, en el mes de Abril del año 2017</p> <p>Muestra: 100 pacientes que cumplieron los criterios de selección, de inclusión y exclusión.</p> <p>Muestreo: Probabilístico, aleatorio simple.</p>

4.7 Principios éticos

La investigación toma en cuenta todos los principios y valores éticos estipulados por la Universidad ULADECH Católica .

- **Protección a las personas.-** se respetó la dignidad humana, la identidad, la diversidad, la confidencialidad y la privacidad.⁴¹
- **Beneficencia y no maleficencia.-** asegura el bienestar de las personas que participan en las investigaciones. La conducta del investigador responde a las siguientes reglas generales: no causar daño, disminuir los posibles efectos adversos y maximizar los beneficios.
- **Justicia.-** El investigador ejerce un juicio razonable, ponderable y tomar las precauciones necesarias para asegurarse de que sus sesgos. Se reconoce que la equidad y la justicia otorgan a todas las personas que participan en la investigación derecho a acceder a sus resultados.⁴¹
- **Integridad científica.-** La integridad del investigador resulta especialmente relevante cuando, en función de las normas deontológicas de su profesión, se evalúan y declaran daños, riesgos y beneficios potenciales que puedan afectar a quienes participan en una investigación.
- **Consentimiento informado y expreso.-** Se cuenta con la manifestación de voluntad, informada, libre, inequívoca y específica; mediante la cual las personas como sujetos investigadores o titular de los datos consienten el uso de la información para los fines específicos establecidos en el proyecto .⁴¹

Se siguió y respetó los principios de la Declaración de Helsinki, adoptada por la 18° Asamblea Médica Mundial (Helsinki, 1964), revisada por la 29° Asamblea Médica Mundial (Tokio, 1975) y modificada en Fortaleza - Brasil, Octubre 2013, en donde se considera 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 ⁴²

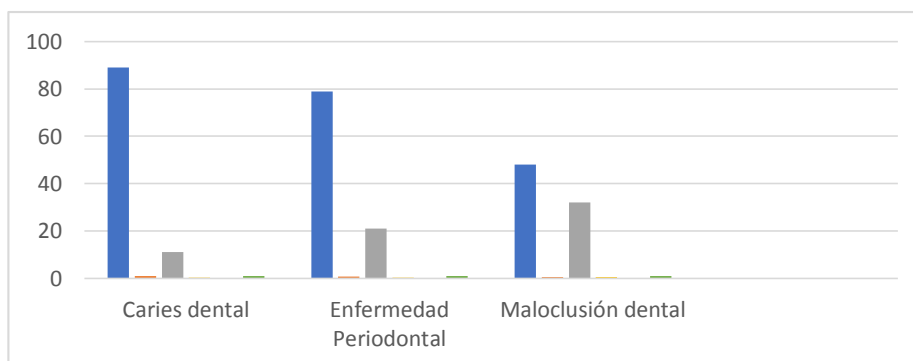
V .RESULTADOS

5.1 Resultados

TABLA 1: PREVALENCIA DE CARIES DENTAL, ENFERMEDAD PERIODONTAL Y MALOCLUSION DENTARIA EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL POLICLÍNICO “VÍCTOR PANTA RODRÍGUEZ” DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ANCASH, EN EL MES DE ABRIL DEL AÑO 2017

PREVALENCIA DE LA SALUD ORAL	SI		NO		TOTAL %
	N	%	N	%	
Caries dental	89	89%	11	11%	100%
Enfermedad Periodontal	79	79%	21	21%	100%
Maloclusión dental	48	48%	52	52%	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos



Fuente: Datos obtenidos de la tabla 1

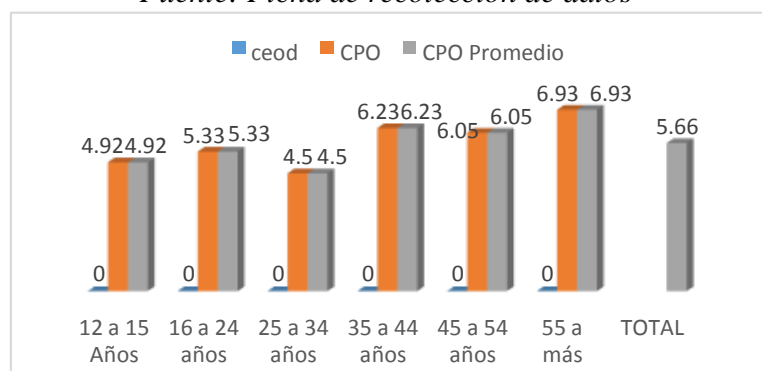
GRÁFICO 1: PREVALENCIA DE CARIES DENTAL, ENFERMEDAD PERIODONTAL Y MALOCLUSION DENTARIA EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL POLICLÍNICO “VÍCTOR PANTA RODRÍGUEZ” DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ANCASH, EN EL MES DE ABRIL DEL AÑO 2017

INTERPRETACION: Del total de pacientes atendidos 89% presento caries dental, 79% presento enfermedad periodontal y 48% presento maloclusión.

TABLA 02: PREVALENCIA DE CARIES DENTAL, MEDIANTE EL ÍNDICE CPOD EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL POLICLÍNICO “VÍCTOR PANTA RODRÍGUEZ”, SEGÚN EDAD, DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ANCASH, EN EL MES DE ABRIL DEL AÑO 2017

EDAD	ceod	CPO	CPO Promedio
12 a 15 Años	0	4.92	4.92
16 a 24 años	0	5.33	5.33
25 a 34 años	0	4.50	4.50
35 a 44 años	0	6.23	6.23
45 a 54 años	0	6.05	6.05
55 a más	0	6.93	6.93
TOTAL			5.66

Fuente: Ficha de recolección de datos



Fuente: Datos obtenidos de la tabla 2

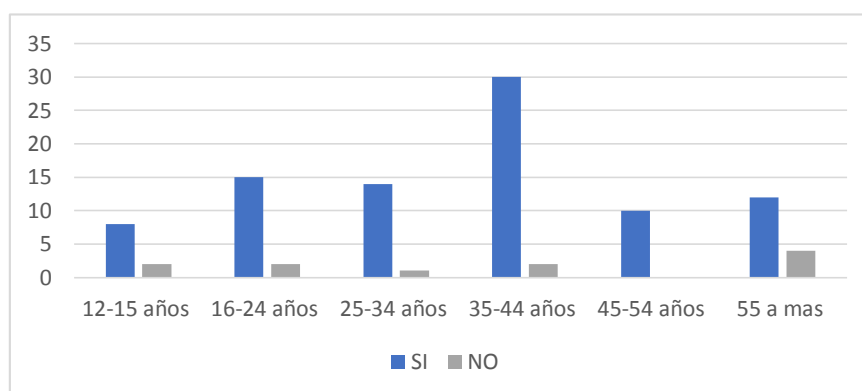
GRAFICO 02: PREVALENCIA DE CARIES DENTAL, MEDIANTE EL ÍNDICE CPOD EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL POLICLÍNICO “VÍCTOR PANTA RODRÍGUEZ”, SEGÚN EDAD, DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ANCASH, EN EL MES DE ABRIL DEL AÑO 2017

INTERPRETACIÓN: Realizando el análisis de la enfermedad bucal de caries dental según el índice de CPOD se determinó que el CPOD más alto fue de 6.93 en el grupo de 55 años a más, seguida del grupo de 35 a 44 años con el 6.23, seguida de 45 a 54 años con el valor de 6.05 y el de menos valor el grupo de 25 a 34 años con 4.50.

TABLA 3: PREVALENCIA DE CARIES DENTAL SEGÚN EDAD EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL POLICLÍNICO “VÍCTOR PANTA RODRÍGUEZ” DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ANCASH, EN EL MES DE ABRIL DEL AÑO 2017

EDAD	SI	%	NO	%
12-15 años	8	8.9%	2	18.1%
16-24 años	15	16.8%	2	18.1%
25-34 años	14	17.6%	1	9.1%
35-44 años	30	33.7%	2	18.2%
45-54 años	10	11.2%	0	0%
55 a mas	12	13.4%	4	36.5%
TOTAL	89	100%	11	100

Fuente: Ficha de recolección de datos



Fuente: Datos obtenidos de la tabla 3

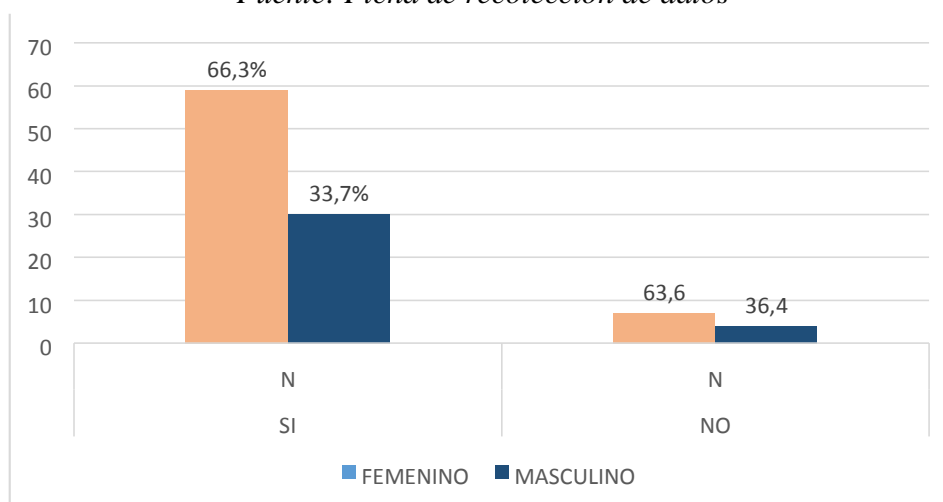
GRÁFICO 3: PREVALENCIA DE CARIES DENTAL SEGÚN EDAD, EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL POLICLÍNICO “VÍCTOR PANTA RODRÍGUEZ” DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ANCASH, EN EL MES DE ABRIL DEL AÑO 2017

Interpretación: En la tabla 3 realizado el análisis de la enfermedad bucal de la caries dental, según edad, el grupo que presento mayor porcentaje de caries fue de 35 a 44 años con 33,7% y el de menor porcentaje fue el grupo de 12 a 15 años con 8,9%.

TABLA 4: PREVALENCIA DE CARIES DENTAL SEGÚN GÉNERO EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL POLICLÍNICO “VÍCTOR PANTA RODRÍGUEZ” DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ANCASH, EN EL MES DE ABRIL DEL AÑO 2017

GÉNERO	SI		NO	
	N	%	N	%
FEMENINO	59	66.3%	7	63.6%
MASCULINO	30	33.7%	4	36.4%
TOTAL	89	100%	11	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos



Fuente: Datos obtenidos de la tabla 4

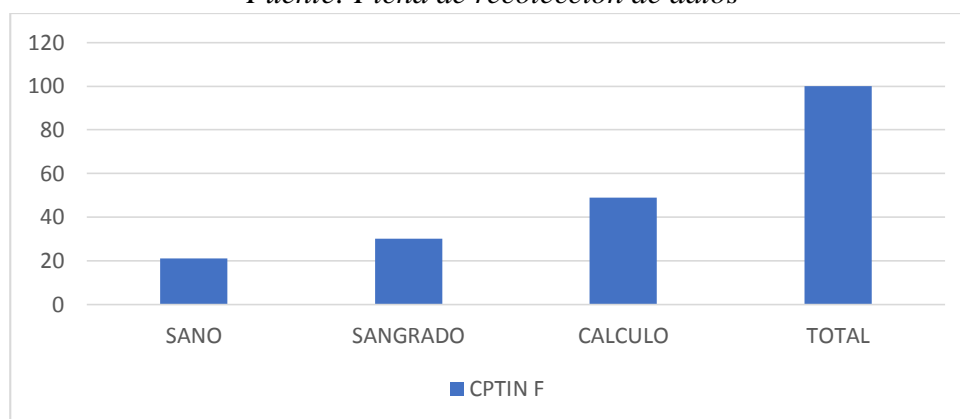
GRÁFICO 4: PREVALENCIA DE CARIES DENTAL SEGÚN GÉNERO EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL POLICLÍNICO “VÍCTOR PANTA RODRÍGUEZ” DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ANCASH, EN EL MES DE ABRIL DEL AÑO 2017

Interpretación: En la tabla 4 realizado el análisis de la enfermedad bucal de la caries dental, según edad, obtuvimos que el 66,3% fueron de sexo femenino y el 33,7% masculino.

TABLA 5: PREVALENCIA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL MEDIANTE EL ÍNDICE CPITN EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL POLICLÍNICO “VÍCTOR PANTA RODRÍGUEZ” DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ANCASH, EN EL MES DE ABRIL DEL AÑO 2017

CPITN	N	%
SANO	21	21%
SANGRADO	30	30%
CALCULO	49	49%
TOTAL	100	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos



Fuente: Datos obtenidos de la tabla 5

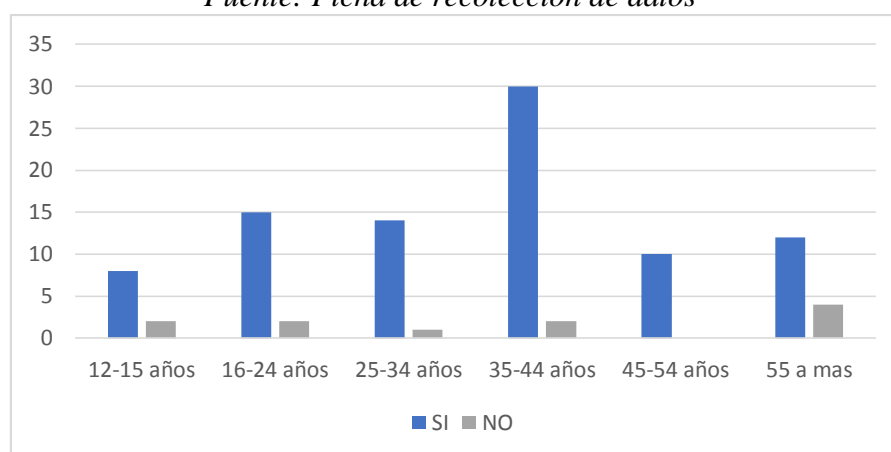
GRÁFICO 5: PREVALENCIA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL MEDIANTE EL ÍNDICE CPITN EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL POLICLÍNICO “VÍCTOR PANTA RODRÍGUEZ” DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ANCASH, EN EL MES DE ABRIL DEL AÑO 2017

Interpretación: Del total de pacientes que fueron evaluados observamos que 49% presento cálculo, 30% presento sangrado y el 21% se presentaron sanos.

TABLA 6: PREVALENCIA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL, SEGÚN EDAD EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL POLICLÍNICO “VÍCTOR PANTA RODRÍGUEZ” DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ANCASH, EN EL MES DE ABRIL DEL AÑO 2017

EDAD	SI		NO	
	N	%	N	%
12-15 años	7	8,8%	8	38.1%
16-24 años	5	6.4%	3	14.2%
25-34 años	12	15.1%	5	23.8%
35-44 años	30	37.9%	1	4.7%
45-54 años	17	21.6%	2	9.6%
55 a mas	8	10.2%	2	9.6%
TOTAL	79	100%	21	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos



Fuente: Datos obtenidos de la tabla 6

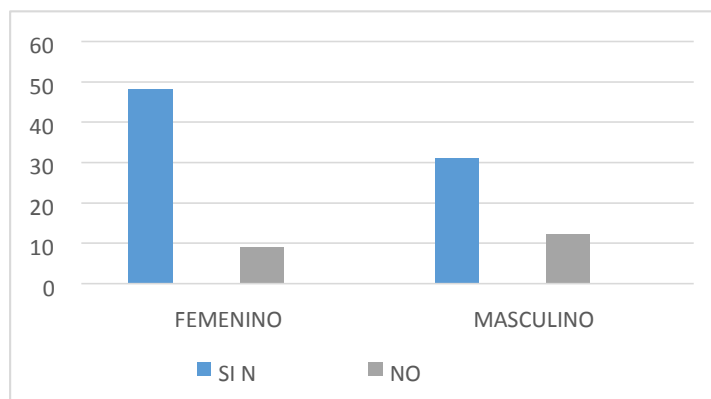
GRÁFICO 6: PREVALENCIA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL, SEGÚN EDAD EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL POLICLÍNICO “VÍCTOR PANTA RODRÍGUEZ” DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ANCASH, EN EL MES DE ABRIL DEL AÑO 2017

Interpretación: En la tabla 6 observamos que de acuerdo a la enfermedad periodontal, según edad, se obtuvo que el grupo que presentó mayor porcentaje fue el grupo de 35 a 44 años con 37.9% y el de menor prevalencia fue el grupo de 16 a 24 años con 6.4%

TABLA 7: PREVALENCIA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL, SEGÚN GÉNERO, EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL POLICLINICO “VICTOR PANTA RODRIGUEZ” DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ÁNCASH, EN EL MES DE ABRIL DEL AÑO 2017

GÉNERO	SI		NO	
	N	%	N	%
FEMENINO	48	60,8	9	42.8
MASCULINO	31	39,2	12	57.2
TOTAL	79	100%	21	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos



Fuente: Datos obtenidos de la tabla 7

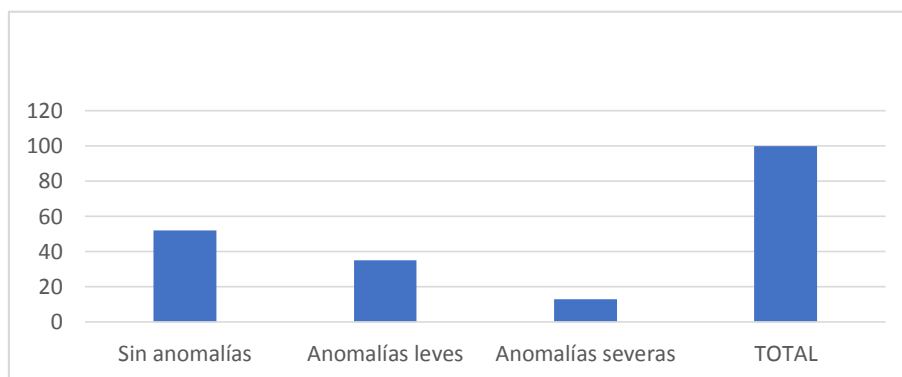
GRÁFICO 7: PREVALENCIA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL, SEGÚN GÉNERO, EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL POLICLÍNICO “VÍCTOR PANTA RODRÍGUEZ” DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ANCASH, EN EL MES DE ABRIL DEL AÑO 2017

Interpretación: En la tabla 7 observamos que de acuerdo a la enfermedad periodontal, según género, se obtuvo que el 60,8% son de sexo femenino y el 39,2% de sexo masculino.

TABLA 8: PREVALENCIA DE MALOCLUSION DENTARIA, MEDIANTE EL ÍNDICE IMO EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL POLICLÍNICO “VÍCTOR PANTA RODRÍGUEZ” DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ANCASH, EN EL MES DE ABRIL DEL AÑO 2017

IMO	N	%
Sin anomalías	52	52%
Anomalías leves	35	35%
Anomalías severas	13	13%
TOTAL	100	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos



Fuente: Datos obtenidos de la tabla 8

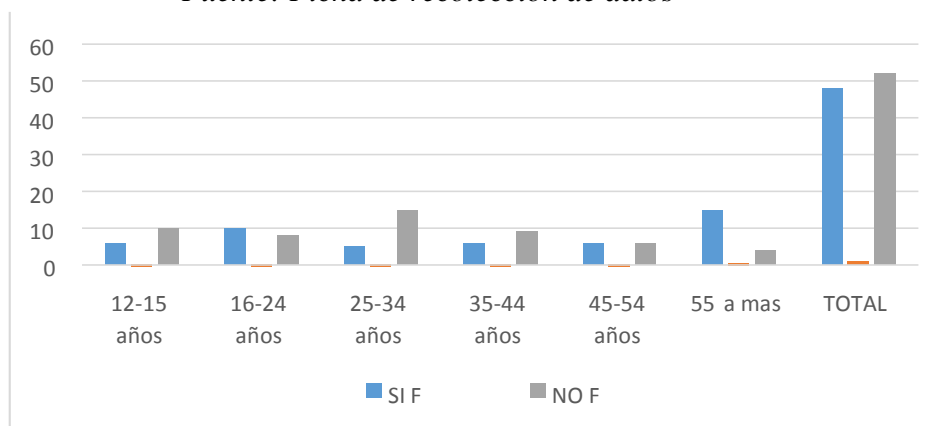
GRÁFICO 8: PREVALENCIA DE MALOCLUSION DENTARIA, MEDIANTE EL ÍNDICE IMO EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL POLICLÍNICO “VÍCTOR PANTA RODRÍGUEZ” DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ANCASH, EN EL MES DE ABRIL DEL AÑO 2017

Interpretación: Del total de pacientes que fueron evaluados de acuerdo al IMO el 52% estuvieron sin anomalías, 35% anomalías leves y el 13% presentaron anomalía severas.

TABLA 9: PREVALENCIA DE MALOCLUSION DENTARIA SEGÚN EDAD EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL POLICLÍNICO “VÍCTOR PANTA RODRÍGUEZ” DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ANCASH, EN EL MES DE ABRIL DEL AÑO 2017

EDAD	SI		NO	
	F	%	F	%
12-15 años	6	12.5%	10	19.2%
16-24 años	10	20.8%	8	15.30%
25-34 años	5	10.4%	15	28.8%
35-44 años	6	12.5%	9	17.3%
45-54 años	6	12.5%	6	11.6%
55 a mas	15	31.3%	4	7.8%
TOTAL	48	100%	52	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos



Fuente: Datos obtenidos de la tabla 9

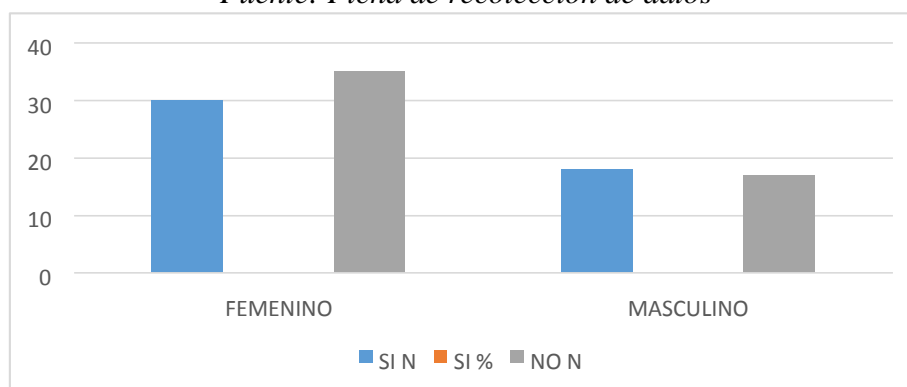
GRÁFICO 9: PREVALENCIA DE MALOCLUSION DENTARIA SEGÚN EDAD EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL POLICLÍNICO “VÍCTOR PANTA RODRÍGUEZ” DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ANCASH, EN EL MES DE ABRIL DEL AÑO 2017

Interpretación: En la tabla 9 observamos que de acuerdo a la prevalencia de maloclusiones, según edad, se obtuvo que el grupo que presentó mayor prevalencia fue de 55 años a más años con 31,3 % y el de menor prevalencia fue el grupo de 25 a 34 años con 10,4%.

TABLA 10: PREVALENCIA DE MALOCLUSION DENTARIA SEGÚN GÉNERO EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL POLICLÍNICO “VÍCTOR PANTA RODRÍGUEZ” DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ANCASH, EN EL MES DE ABRIL DEL AÑO 2017

GÉNERO	SI		NO	
	N	%	N	%
FEMENINO	30	62.5	35	67.3%
MASCULINO	18	37.5	17	32.7%
TOTAL	48	100%	52	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos



Fuente: Datos obtenidos de la tabla 10

GRÁFICO 10: PREVALENCIA DE MALOCLUSION DENTARIA SEGÚN GÉNERO EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL POLICLÍNICO “VÍCTOR PANTA RODRÍGUEZ” DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ANCASH, EN EL MES DE ABRIL DEL AÑO 2017

Interpretación: En la tabla 10 podemos observar que de acuerdo a la enfermedad bucal de maloclusiones, según género, se obtuvo que el 62,5 % son de sexo femenino y el 37,5% de sexo masculino.

5.2 ANALISIS DE RESULTADOS

La prevalencia de caries dental, enfermedad periodontal y maloclusion dentaria en este estudio fue de 89%,79% y 48% estos resultados eran esperados dado que gran parte de los pacientes que acuden al servicio de Odontología del Policlínico esperan hasta el último momento o presencia de dolor para acudir a atenderse y dado también el tiempo de la programación de citas, hace un factor de riesgo para la enfermedad bucal de caries. Es por eso que estudio semejantes como el Gaete M. Córdova C. Oliva P. (México, 2013)¹³ donde obtuvo una prevalencia de caries en un 61,03%.

En el ámbito nacional el estudio de Gamboa L. (Trujillo, 2015)⁵ obtuvo una prevalencia de caries dental del 73,6% de la muestra y en el ámbito local en Ancash los datos obtenidos por Arellano G. (Perú-2016)⁷ La enfermedad bucal de caries dental fue de 80,84%.

En los estudios dados se evidencia un gran porcentaje de caries dental en el ámbito nacional y local, lo cual se da por diferentes factores uno de ellos puede ser que la gran parte presenta un cepillo dental pero no lo utiliza por no tener conocimiento del adecuado cepillado dental, esto es causado por la falta de programa de prevención por parte de la misma institución ESSALUD o por el Minsa, otro factor puede ser que no presenten dinero suficiente para la compra de un adecuado cepillo u otro motivo el tener el cepillo pero por desidia y falta de interés no lo realicen. Así como también las excesivas comidas carbonatas o alimentos cariogénicos son causantes de dicha prevalencia.

La prevalencia de la enfermedad periodontal del presente estudio fue del 79% de la muestra, datos similares se encontraron en el estudio de **Iparraguirre J** (Ancash, 2016)⁽⁷⁾ donde se concluyó que el estado periodontal fue de 94,51% y el estudio de **Arellano G. (Perú-2016)**⁽⁶⁾ fue del 30,88%. Estos resultados se da por las falta de higiene oral en los pacientes que acuden al policlínico así como también la falta de prevención , lo cual amerita a indagar a profundidad los factores relacionados a dicha enfermedad en estudios posteriores.

La prevalencia de maloclusión dentaria en el presente estudio fue de 48%, datos similares concuerdan con el estudio de **Arellano G. (Perú-2016)**⁽⁶⁾ donde obtuvo que el 49,26% presenta maloclusiones. Sin embargo difiere el estudio de **Iparraguirre J** (Ancash, 2016)⁽⁷⁾ respecto a la maloclusión dentaria se obtuvo un 57,65%. Se deduce que la muestra en estudio en la actualidad en comparación con las anteriores investigaciones tiene un crecimiento y desarrollo dentro de los valores normales.

Realizando el análisis de la prevalencia de caries dental según el índice de CPOD se determinó que el CPOD más alto fue de 6.93 en el grupo de 55 años a más, seguida del grupo de 35 a 44 años con el 6.23, seguida de 45 a 54 años con el valor de 6.05 y el de menos valor el grupo de 25 a 34 años con 4.50.

El valor de CPOD más alto fue de 6,93 en el grupo de 55 años a más que está por encima de las cifras citadas en las investigaciones de Gaete M. Córdova C. Oliva P. (México, 2013)⁽¹³⁾ donde concluyo El COPD promedio fue 3,44. En los estudios nacionales como el de Arellano G. (Perú-2016)⁽⁶⁾ el valor de CPOD fue de 2,1 y en el estudio de Iparraguirre J (Ancash, 2016)⁽⁷⁾ encontró el índice de CPOD con el valor de 7.26 y en el estudio de Fournier J. (Ancash, 2016)¹⁴ obtuvo un CPO total a los 6 años fue de 5.20; a los 12 años fue de 4.28; a los 15 años fue de 7.01. Dichos resultados

obtenidos en el presente estudio dan a conocer que la población estudiada tiene un promedio general de enfermedad bucal de caries elevado. Todo esto como ya se explicó en párrafos anteriores dado por diferentes factores múltiples.

De acuerdo a la prevalencia de caries, según edad, el grupo que presento mayor prevalencia de caries fue de 35 a 44 años con 33,7% y el de menor prevalencia fue el grupo de 12 a 15 años con 8,9%.

Difiere el estudio de Iparraguirre J (Ancash, 2016)⁽⁷⁾ el mayor porcentaje de caries dental se da a los 12 y 15 años de edad con el 100,0% y en el estudio de Arellano G. (Perú-2016)⁽⁶⁾ la mayor prevalencia se dio a los 12 años con un 62,86% y en el sexo femenino con un 62,71%. Estos resultados no son semejantes por tener una muestra de menores de 15 años en ambos estudios. No existen estudios semejantes con la variable edad, ya que la mayoría se realizó en menores de 6 a 12 años y uno de nuestros criterios de inclusión son mayores de 12 años.

De acuerdo a la prevalencia de caries, según género, obtuvimos que el 66,3% fueron de sexo femenino y el 33,7% masculino.

Estudios semejantes fue el de Palomeque A. (Ecuador, 2015)⁽¹²⁾ donde encontró que mayor prevalencia con un 59,2% de los pacientes examinados fueron del sexo femenino al igual que el estudio de Arellano G. (Perú-2016)⁽⁶⁾ y en el sexo femenino con un 62,71% en enfermedad de caries. Esto se da porque las mujeres son prevalente por tener menos tiempo para su autolimpieza y estar más pendientes de sus laborales como amas de casas o por el trabajo.

Del total de pacientes que fueron evaluados observamos que 49% presento cálculo, 30% presento sangrado y el 21% se presentaron sanos.

Datos similares se encontraron en el estudio de Iparraguirre J (Ancash, 2016) ⁽⁷⁾ donde se concluyó que el estado periodontal fue de 94,51% al igual que el estudio de Fournier J. (Ancash, 2016)¹⁴ respecto al perfil de salud bucal del estado periodontal es del 85.63%,

Mientras que difiere el estudio de Arellano G. (Perú-2016) ⁽⁶⁾ donde obtuvo 30,88% en la enfermedad bucal del estado periodontal. Estos resultados se da por las falta de higiene oral en los pacientes que acuden al policlínico así como también la falta de prevención , lo cual amerita a indagar a profundidad los factores relacionados a dicha enfermedad en estudios posteriores.

De acuerdo a la prevalencia de enfermedad periodontal, según edad, se obtuvo que el grupo que presento mayor prevalencia fue el grupo de 35 a 44 años con 37.9% y el de menor porcentaje fue del grupo de 16 a 24 años con 6.4%.

Los datos se diferencian del estudio de Iparraguirre J (Ancash, 2016) ⁽⁷⁾ donde se concluyó que el mayor porcentaje fue del grupo de 12 a 15 años con un 40% Al igual que es estudio de Fournier J. (Ancash, 2016)¹⁴ Siendo los niños de 12 años con 100.0%(64 niños) Estos resultados no son semejantes por tener una muestra de menores de 15 años en ambos estudios.

De acuerdo a la prevalencia de enfermedad periodontal, según género, se obtuvo que el 60,8% son de sexo femenino y el 39,2% de sexo masculino.

La investigación semejante al estudio fue la de Iparraguirre J (Ancash, 2016) ⁽⁷⁾ donde obtuvo que el sexo masculino con un 96,18% fue la más prevalente. Esto se da como

ya explicado en párrafos anteriores que las mujeres son más propensas por la falta de higiene y falta de prevención.

Del total de pacientes que fueron evaluados de acuerdo al IMO el 52% estuvieron sin anomalías, 35% anomalías leves y el 13% presentaron anomalía severas.

Los datos difieren al estudio de Iparraguirre J (Ancash, 2016) ⁽⁷⁾ respecto a la maloclusión dentaria se obtuvo un 57,65%. Al igual que el estudio de Fournier Respecto al perfil de salud bucal-enfermedad bucal de maloclusiones se presenta en un 91,25 %. Al igual que el estudio de Arellano G. (Perú-2016) ⁽⁶⁾ donde obtuvo que el 49,26% presenta maloclusiones.

Se deduce que la muestra en estudio en la actualidad en comparación con las anteriores investigaciones tiene un crecimiento y desarrollo dentro de los valores normales.

De acuerdo a la prevalencia de maloclusiones, según edad, se obtuvo que el grupo que presento mayor prevalencia de caries fue de 55 años a más años con 31,3 % y el de menor prevalencia fue el grupo de 25 a 25 años con 10,4%

Los resultados difieren en el estudio de Arellano G. (Perú-2016) ⁽⁶⁾ donde concluyo que la mayor prevalencia lo encontró en niños de 12 años con un 62,86% y en el estudio de Iparraguirre J (Ancash, 2016) encontró que la mayor prevalencia se encontró en los niños de 15 años de edad con un 62,20% .Estos resultados no son semejantes por tener una muestra de menores de 15 años en ambos estudios. No existen estudios semejantes con la variable edad, ya que la mayoría se realizó en menores de 6 a 15 años y uno de nuestros criterios de inclusión son mayores de 12 años.

De acuerdo a la prevalencia de maloclusiones, según género, se obtuvo que el 62,5 % son de sexo femenino y el 37,5% de sexo masculino. Los datos son similares con el estudio de Iparraguirre J (Ancash, 2016) y Arellano G. (Perú-2016) ⁽⁶⁾ donde ambos estudios coincidieron que la mayor prevalencia son los de sexo femenino con un porcentaje de 59,68% y 62,71%.

CONCLUSIONES

1. De acuerdo a la prevalencia de caries dental, enfermedad periodontal y maloclusión dentaria de los pacientes que asistieron al Policlínico “Víctor Panta Rodríguez” se observó que el 89% presento caries dental , 79% presento enfermedad periodontal y 48% maloclusiones
2. De acuerdo al índice de CPOD se determinó que el CPOD más alto fue de 6.93 en el grupo de 55 años a más, seguida del grupo de 35 a 44 años con el 6.23, seguida de 45 a 54 años con el valor de 6.05 y el de menos valor el grupo de 25 a 34 años con 4.50.
3. De acuerdo a la prevalencia de caries, según edad, el grupo que presento mayor porcentaje de caries fue de 35 a 44 años con 33,7% y el de menor porcentaje fue el grupo de 12 a 15 años con 8,9%.
4. De acuerdo a la prevalencia de caries, según género, obtuvimos que el 66,3% fueron de sexo femenino y el 33,7% masculino.
5. De acuerdo a la prevalencia de Enfermedad Periodontal según CPTIN evaluados observamos que 49% presento cálculo, 30% presento sangrado y el 21% se presentaron sanos.

6. Respecto a la prevalencia de enfermedad periodontal, según edad, se obtuvo que el grupo que presentó mayor porcentaje fue el grupo de 35 a 44 años con 37.9% y el de menor porcentaje fue el grupo de 16 a 24 años con 6.4%
7. Respecto a la prevalencia de enfermedad periodontal según género, se obtuvo que el 60,8% son de sexo femenino y el 39,2% de sexo masculino.
8. Del total de pacientes que fueron evaluados de acuerdo al IMO el 52% estuvieron sin anomalías, 35% anomalías leves y el 13% presentaron anomalía severas.
9. De acuerdo a la prevalencia de maloclusiones, según edad, se obtuvo que el grupo que presentó mayor porcentaje fue de 55 años a más años con 31,3 % y el de menor porcentaje fue el grupo de 25 a 25 años con 10,4%
10. Respecto a la prevalencia de maloclusiones, según género, se obtuvo que el 62,5 % son de sexo femenino y el 37,5% de sexo masculino.

ASPECTOS COMPLEMENTARIOS

Recomendaciones

- Se recomienda realizar diferentes estudios epidemiológicos sobre el Perfil de la salud bucal en los pacientes que acuden al servicio de Odontología del Policlínico “Víctor Panta Rodríguez” para un mejor estudio de cómo se tiende a dar los porcentajes de prevalencia de maloclusiones, caries y estado periodontal.
- Se recomienda a los directores del Policlínico “Víctor Panta Rodríguez” brindar charlas preventivas y motivacionales de la adecuada higiene oral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Petersen, P., [et. al]. Global oral health of older people—Call for public health action. *Community Dental Health* 2010; 27(2): 257-268.
http://www.who.int/oral_health/action/groups/oral_health_older_people.pdf
2. Frías A. En: *Salud pública y educación para la salud*. Ed. Masson, Barcelona, 2000, 349 -359.
3. OMS [en línea]. La OMS publica un nuevo informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales. Ginebra: Año 2004. Disponible en URL : <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/en/>
4. Romero Y, Carrillo D, Espinoza N, Diaz N. Perfil epidemiológico en salud bucal de la población escolarizada del Municipio Campo Elías del Estado Mérida. *Acta Bioclinica* [Revista en la Internet];2016 enero-junio [Citado 2017 Agos. 07];6(11):3-24. Disponible en URL : <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/actabioclinica/article/view/7360>
5. Gamboa L. relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal y la prevalencia de enfermedades bucales: gingivitis, periodontitis y caries dental en estudiantes del 5° grado de secundaria de la I. E. N° 80010 Ricardo Palma, Trujillo 2014. Trujillo, 2014. Disponible en URL : <file:///C:/Users/HP/Downloads/377090658-e-Glamour.pdf>
6. Arellano G. Perfil de salud bucal - enfermedad bucal en los escolares de 6, 12 y 15 años de la provincia de Carhuaz, región Ancash, 2016. Peru; 2016
7. Iparraguirre J. Perfil De Salud Bucal - Enfermedad Bucal En Escolares De 6, 12 Y 15 Años De Edad De La Provincia Mariscal Luzuriaga, Región Áncash, Año 2016. Ancash, 2016. Disponible en URL : http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/11303/CARIES_DENTAL_ESTADO_PERIODONTAL_IPARRAGUIRRE_PARED_ES_JUAN_CARLOS.pdf?sequence=1&isAllowed=y
8. Fort, A., Fuks, A., Napoli, A., Palomba, S., Pazos, X., Salgado, P., Klemonskis, G., & Squassi, A. Distribución de caries dental y asociación con variables de protección social en niños de 12 años del partido de Avellaneda,

provincia de Buenos Aires. (2017). Salud Colectiva, 13(1), 91-104.
doi:<http://dx.doi.org/10.18294/sc.2017.914>

9. García G, Vega S, Tolentino A. Prevalencia de enfermedad periodontal en embarazadas de una unidad de medicina familiar de Acapulco, Guerrero. *Aten Fam.* 2016;23(3):75-79 consultada 25 de junio, disponible en:<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S14058871163012861>
10. Salinas, M. Factores de riesgo de gingivitis en el embarazo en gestantes que acuden a la Clínica Humanitaria De Atención Materno Infantil. Trabajo de Titulación previo a la obtención del título de Odontóloga. 2015. consultado: 20 junio 2017. Disponible en URL: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/24056/1/tesis...pdf>
11. Huete G y Lira D. Estado Gingival en Mujeres Embarazadas que acuden a la Clínica Odontológica del Puesto de Salud Roberto Clemente, de la ciudad de Masaya durante Octubre-Noviembre del 2015. [Tesis Monográfica para optar al título de Cirujano Dentista]. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua. 2015
12. Palomeque A. perfil epidemiológico de salud oral en personas de la tercera edad que habitan en el Asilo Cristo Rey de la Ciudad de Cuenca. [Trabajo de titulación previo a la obtención del título de odontólogo]. Universidad de Cuenca Facultad De Odontología. Cuenca Ecuador 2015 Consultada en: 20 Junio 2017. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/24042/1/tesis.pdf.pdf>
13. Gaete M, Córdova C, Oliva P. Estado de salud oral y asistencia al control odontológico en escolares de 12 años, comuna de Penco, región del Biobío. *Revista Int. J. Odontostomat.* 2013;7(3):389 - 394.
14. Fournier J. (Ancash, 2016) Perfil De Salud Bucal – Enfermedad Bucal En Los Escolares De 6, 12 Y 15 Años De La Provincia De Huaylas, Región Áncash, 2016”
15. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación de las enfermedades aplicadas a la odontología y a la estomatología”. (CIE–OE). OPS. Edición tercera. 1996.

16. Massao, M. Necesidade da Interacao Multidiscinar na Geracao de uma Poplacao livre de Carie. Resumo da Conferencia Apresentada no XIII Congreso Interenacional do Rió de Janeiro. Julho. 1997.
17. Baratieri, L. "Operatoria Dental". Edición segunda. Editorial Quintessence. España. 1993.
18. Katz, S. "Odontología Preventiva en Acción". Edición tercera. Editorial Médica panamericana, México, 1991.
19. Seif, T. Cariología, Prevención y Diagnóstico Contemporáneos de Caries dental. Actualidades Médico Odontológicas de Latinoamérica, Caracas - Venezuela. 1997.
20. Newbrun, E. "Cariología". Editorial Limusa. Primera edición, México 1991.
21. Carranza, F., Sznajder, N. Compendio de Periodoncia. Editorial Médica Panamericana. Quinta Edición. Buenos Aires – Argentina. 1999
22. Higashida, B. "Odontología Preventiva", Editorial MC Graw – Hill Interamericana México. 2000.
23. Lhinde, J. "Periodontología Clínica". Editorial Medico Panamericana, Edición segunda. Buenos Aires – Argentina. 1992.
24. Lindhe, J., Thorkild, K. Y Lang, P. Periodontología Clínica e implantología. Ed. Médica Panamericana. 5ta ed., tomo 1, 2008 - 795
25. Durán, A. Et. Al. Enfermedad Crónica En Adultos Mayores. Revista Pontificia Universidad Javeriana. 2009; 16-28
<http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/V51n1/Universitas%20M%E9dica%20Vol.%2051%20No.%201/Enfermedad%20C%F3nica.%20P%20E1g.%2016-28.pdf>
26. Marsh, P. Dental Plaque as a Microbial Biofilm. Caries Res 2004; 38:204–211. <http://www.karger.com/Article/Pdf/77756>
27. Peña Sisto M, Peña Sisto L, Díaz Felizola A, Torres Keiruz D, Lao Salas N. (2008). La enfermedad periodontal como riesgo de enfermedades sistémicas. Rev Cubana Estomatol 45(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072008000100006&lng=es

28. Rhee E, Sekhon P, Boehm T. Prevalence of periodontal disease among dental school patients . J Taibah Univ. 2014 Med Sci. 9 (2):126-131
29. Mayoral J., Mayoral, G. “Ortodoncia principio fundamentale y práctica”. Editorial Labor. Edición Sexta. Barcelona – España. 1990.
30. Moyer R. “Manual de Ortodoncia”, Editorial Medica Panamericana. Edición cuarta. Buenos Aires – Argentina. 1992.
31. Warren JJ, Bishara SE, Steinnock KL, Yonezu T, Nowak AJ. Effects of oral habits ´duration on dental characteristics in the primary dentition. J Am Dent Assoc. 2001 Dec, 132(12): 1685-93; quiz 1726.
32. Larsson E. Artificial sucking habits: etiology, prevalence, and effect on occlusion. Int J Orofacial Myology. 1994 Nov; 20:10-21.
33. Martínez R. Técnicas de diagnóstico de la caries dental. Descripción, indicaciones y valoración de su rendimiento. Universidad de Oviedo. Facultad de Odontología 2006; 46: 23-31.
34. Vélez J, Et al. Análisis comparativo del índice periodóntico comunitario en estudiantes de diversas licenciaturas universitarias. (2010). Revista ADM 67 (4): 171-176.
35. Hernández R., Fernández, C., y Baptista, M.P. Metodología de la Investigación (5ª Ed.). México: McGraw Hill Educación; 2014
36. Villanueva 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 Grado Académico de Magíster en Estomatología con mención en Ciencias Clínicas y Epidemiológicas]: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2008.
37. Martínez K. Caries dental y necesidades de tratamiento en escolares de 12 colegios en San Luis de Potosí, México. Revista de Investigación Clínica; 2010; 62 (3): 206- 213.
38. Culque S. Perfil de enfermedades bucales y necesidad de tratamiento en escolares de 6, 12, 15 años del distrito de Cascas, Provincia Mariscal de Luzuriaga, región Ancash [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Cascas: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2008.

39. Escorcía L. Edad biológica y edad cronológica en el contexto legal. Tercer Seminario. Internacional de Antropología Forense; 26-30 Ago 2013; Coyoacán, Distrito Federal. México: Instituto de Investigaciones Antropológicas; 2013 [citada 20 Oct 2017]. Disponible en: http://forost.org/seminar/Tercer_seminario/Forost_Lilia2013.pdf
40. OMS. Género [página en internet]. Organización mundial de la Salud; 2015 [citado 17 Ene 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs403/es/>
41. ULADECH. Código de ética de la investigación. Version 001. Perú, 2016. Disponible en URL: <file:///C:/Users/HP/Downloads/C%C3%B3digo%20de%20%C3%A9tica%20para%20la%20investigaci%C3%B3n.pdf>
42. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM- Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos Centro de Documentación en Bioética 2013, Dic [citado 2017 Julio 14]: Disponible en: <http://www.redsamid.net/archivos/201606-declaracion-helsinki>

ANEXO 1

FICHA CLINICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS ⁵¹



ANEXO N° 1
UNIVERSIDAD LOS ÁNGELES DE CHIMBOTE



FICHA CLÍNICA

Nombres y Apellidos.....
Fecha:
 Día Mes Año

ESTADO PERIODONTAL

16	11	26	
			ESTADO
			TRATAMIENTO
			ESTADO
			TRATAMIENTO
46	31	36	

ESTADO

- Código 0 = sano
- Código 1 = sangrado
- Código 2 = cálculo
- Código 3 = bolsa 4-5 mm
- Código 4 = bolsa más de 6 mm

ESTADO DENTICIÓN Y NECESIDADES DE TRATAMIENTO

55 54 53 52 51 61 62 63 64 65														
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	
														ESTADO
														TRATAMIENTO
85 84 83 82 81 71 72 73 74 75														
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	
														ESTADO
														TRATAMIENTO

Valores:

C:codigo 1

P:codigo 2

O:codigo3

D

MALOCLUSIONES

ESTADO

- 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:
 - prognatia superior de 9 mm o más
 - prognatia inferior
 - mordida abierta anterior
 - diastemas en incisivos de 4mm ó más
 - apiñamiento en incisivos de 4mm ó más.

ANEXOS 2

CARTA DE PRESENTACIÓN



ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por el estudiante: ACUÑA ZUÑIGA PEDRO de la carrera de odontología de la Universidad Los Ángeles de Chimbote, la meta de este estudio es determinar la “PREVALENCIA DE CARIES DENTAL, ENFERMEDAD PERIODONTAL Y MALOCLUSION DENTARIA EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL POLICLINICO “VICTOR PANTA RODRIGUEZ” DISTRITO DE CHIMBOTE PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ANCASH, EN EL MES DE ABRIL DEL AÑO 2017”

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación. Sus datos registrados serán codificados para proteger su anonimato.

Le agradecemos su atención.

Yo.....con número de DNI..... He recibido la información necesaria y acepto participar voluntariamente en esta investigación, para los exámenes bucales que sean necesarios.

.....

Firma

ANEXO N°04





