



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

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

**PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS BUCALES
INFECCIOSAS EN TEJIDOS BLANDOS EN
PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DENTAL
DEL HOSPITAL III ESSALUD, DISTRITO DE
CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, REGIÓN
ÁNCASH, EN EL PERÍODO 2016 – 2017**

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

AUTOR

SIMON SALINAS, LUIS FABIAN

ORCID: 0000-0002-0400-5330

ASESOR

BERMEJO TERRONES, ALAN MAYKOL

ORCID: 0000-0003-0356-7937

CHIMBOTE– PERÚ

2020

1. TÍTULO DE LA TESIS

**PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS BUCALES INFECCIOSAS EN
TEJIDOS BLANDOS EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL
SERVICIO DENTAL DEL HOSPITAL III ESSALUD, DISTRITO DE
CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, REGIÓN ÁNCASH, EN EL
PERÍODO 2016 - 2017**

2. EQUIPO DE TRABAJO

AUTOR

Simón Salinas, Luis Fabian

ORCID: 0000-0002-0400-5330

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

ASESOR

Bermejo Terrones, Alan Maykol

ORCID: 0000-0003-0356-7937

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

JURADO

San Miguel Arce, Adolfo Rafael

ORCID: 0000-0002-3451-4195

Canchis Manrique, Walter Enrique

ORCID: 0000-0002-0140-8548

Angeles Garcia, Karen Milena

ORCID: 0000-0002-2441-6882

3. HOJA DE FIRMA DEL JURADO Y ASESOR

Mgr. San Miguel Arce, Adolfo Rafael

Presidente

Mgr. Canchis Manrique, Walter Enrique

Miembro

Mgr. Angeles Garcia, Karen Milena

Miembro

Mgr. Bermejo Terrones, Alan Maykol

Asesor

4. HOJA DE AGRADECIMIENTO Y DEDICATORIA

Agradecimiento

Mi eterno agradecimiento a Dios, por su divina providencia. A mi familia, por su apoyo incondicional en los triunfos y en las derrotas, que me han hecho crecer hasta llegar a esta etapa llena de logros en mi vida.

Dedicatoria

Este trabajo lo dedico a mis queridos padres, que me brindaron lo mejor para mi bienestar físico, anímico y mental, son ellos los que me brindaron los recursos necesarios para surgir en el ámbito personal y profesional.

5. RESUMEN Y ABSTRACT

Resumen

La investigación tuvo por **objetivo:** Determinar la prevalencia de patologías bucales infecciosas en tejidos blandos en pacientes atendidos en el servicio dental del Hospital III Essalud, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Región Áncash, en el período 2016 – 2017. **Metodología:** Investigación de tipo cuantitativo, observacional, transversal, retrospectivo y descriptivo; con una muestra de 245 historias clínicas de pacientes del servicio de dental del Hospital III EsSalud Chimbote, la cual consistió en el análisis documental de dichos documentos y el posterior llenado de los datos en las fichas de recolección de llenado simple. **Resultados:** El 31% no presentaron patologías bucales infecciosas en tejidos blandos y el 69% si presentaron, de la cuales la más frecuente fue la gingivitis con un 40%, y la menos frecuente el absceso profundo de la lengua con 0,4%. En el género femenino, el 42% si presentó patologías bucales infecciosas en tejidos blandos y el 16% no presentó. En el género masculino, el 27% si presentó patologías bucales infecciosas en tejidos blandos y el 15% no presentó. Del 69% de pacientes que presentó patologías bucales infecciosas en tejidos blandos, el grupo etario de 36 a 45 años fue el más frecuente con un 18%. **Conclusión:** La prevalencia de patologías bucales infecciosas en tejidos blandos en pacientes atendidos en el servicio dental del Hospital III Essalud, de Chimbote, Provincia del Santa, Región Áncash, en el período 2016 –2017, fue de 69%.

Palabras clave: Infección, patología bucal, prevalencia.

Abstract

The research **aims** to: Determine the prevalence of infectious oral pathologies in soft tissues in patients attended in the dental service of the Hospital III Essalud, District of Chimbote, Province of Santa, Region Áncash, in the period 2016 - 2017.

Methodology: Investigation of quantitative, observational, transversal, retrospective and descriptive type; with a sample of 245 clinical histories of patients of the dental service of the Hospital III EsSalud Chimbote, which consisted of the documentary analysis of these documents and the later filling of the data in the simple filling collection forms. **Results:** 31% did not present infectious oral pathologies in soft tissues and 69% did, of which the most frequent was gingivitis with 40%, and the least frequent was deep tongue abscess with 0.4%. In the female gender, 42% did present infectious oral pathologies in soft tissues and 16% did not. In the male gender, 27% did present infectious oral pathologies in soft tissues and 15% did not present. Of the 69% of patients who presented infectious oral pathologies in soft tissues, the age group from 36 to 45 years was the most frequent with 18%.

Conclusion: The prevalence of infectious oral soft tissue pathologies in patients attended at the dental service of Hospital III Essalud, in Chimbote, Province of Santa, Ancash Region, in the period 2016 -2017, was 69%.

Key words: Infection, oral pathology, prevalence.

6. 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 y dedicatoria.....	iv
5. Resumen y abstract.....	vi
6. Contenido.....	viii
7. Índice de tablas y gráficos.....	ix
I. Introducción.....	1
II. Revisión de literatura.....	4
III. Hipótesis.....	24
IV. Metodología.....	25
4.1 Diseño de la investigación.....	25
4.2 Población y muestra.....	26
4.3. Definición y operacionalización de variables e indicadores.....	29
4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	30
4.5 Plan de análisis.....	31
4.6 Matriz de consistencia.....	32
4.7 Principios éticos.....	33
V. Resultados.....	34
5.1 Resultados.....	34
5.2 Análisis de resultados.....	38
VI. Conclusiones.....	40
Aspectos complementarios.....	41
Referencias bibliográficas.....	42
Anexos.....	46

7. ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Índice de tablas

Tabla 1.- Prevalencia de patologías bucales infecciosas en tejidos blandos en pacientes atendidos en el servicio dental del Hospital III EsSalud, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Región Áncash, en el período 2016 - 2017.....34

Tabla 2.- Prevalencia de patologías bucales infecciosas en tejidos blandos en pacientes atendidos en el servicio dental del Hospital III EsSalud, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Región Áncash, en el período 2016 – 2017, según género.....36

Tabla 3.- Prevalencia de patologías bucales infecciosas en tejidos blandos en pacientes atendidos en el servicio dental del Hospital III EsSalud, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Región Áncash, en el período 2016 – 2017, según edad.....37

Índice de gráficos

Gráfico 1.- Prevalencia de patologías bucales infecciosas en tejidos blandos en pacientes atendidos en el servicio dental del Hospital III EsSalud, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Región Áncash, en el período 2016 - 2017.....35

Gráfico 2.- Prevalencia de patologías bucales infecciosas en tejidos blandos en pacientes atendidos en el servicio dental del Hospital III EsSalud, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Región Áncash, en el período 2016 – 2017, según género.....36

Gráfico 3.- Prevalencia de patologías bucales infecciosas en tejidos blandos en pacientes atendidos en el servicio dental del Hospital III EsSalud, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Región Áncash, en el período 2016 – 2017, según edad.....37

I. INTRODUCCIÓN

Los seres humanos en su nacimiento no tienen microorganismos en la boca, pero a escasas horas es colonizada por bacterias provenientes de la alimentación y diferentes mecanismos de contacto. El organismo es atacado a través de la piel y de las mucosas por ecosistemas bacterianos al que está expuesto en el transcurso de la vida, con gran variedad de patógenos o no patógenos que hacen simbiosis permanente o temporal.¹

Los microorganismos bucales actúan dentro del cuerpo, en una labor tanto benéfica como dañina, contribuyen sintetizando las vitaminas y facilitando el proceso digestivo de algunas sustancias nutrientes, dando inmunidad a infecciones causando resistencia por el continuo depósito de bacterias al torrente vascular, como antígeno enmascarado y selectivo con el transcurrir del tiempo.² En el caso de aumento de los anticuerpos circulantes, se genera un estímulo de reacción cruzada con algunas variedades patógenas y en otras situaciones, cuando hay alteración en el medio ambiente bucal, algunos microorganismos³ comunes se convierten en patógenos.³

Algunas bacterias que habitan en la boca son potencialmente patógenas, causan las enfermedades de mayor demanda de servicio del país, tales como la gingivitis y la caries dental. Estas dos patologías son algunas de las más prevalentes, incluso a nivel mundial, pero tiene una mayor prevalencia en personas de nivel sociocultural bajo, perjudicando a la población, escolar y adulta.⁴

Investigaciones realizadas en instituciones educativas, comunidades urbanas y rurales de diferentes países, corroboran que las dos patologías anteriormente señaladas, no son las únicas que puedan considerarse como problemas de salud

pública, puesto a que existen diversas patologías infecciosas que afecten a los tejidos blandos de la cavidad bucal.^{4,5}

Existe razón suficiente para la ejecución de investigaciones que identifiquen perfiles infecciosos bucales, por estar ante un problema de salud pública, estableciendo controles epidemiológicos como estrategias preventivas generalizadas, por la salud y la calidad vital de los seres humanos.⁶

Por lo expuesto, se planteó como enunciado del problema: ¿Cuál es la prevalencia de patologías bucales infecciosas en tejidos blandos en pacientes atendidos en el servicio dental del hospital III Essalud, de Chimbote, Provincia del Santa, Región Áncash, en el período 2016 - 2017? Así mismo, se formuló como objetivo general el determinar la prevalencia de patologías bucales infecciosas en tejidos blandos en pacientes atendidos en el servicio dental del hospital III Essalud, de Chimbote, provincia Del Santa, región Ancash, en el período 2016 – 2017; y como los objetivos específicos el determinar la prevalencia de patologías bucales infecciosas en tejidos blandos según género y según edad.

La investigación se justificó por su necesidad, debido a la inexistencia de estudios en el Distrito de Chimbote sobre la prevalencia de patologías bucales infecciosas en tejidos blandos en pacientes atendidos en el servicio dental de EsSalud de Chimbote, además de requerir datos estadísticos acorde a nuestra realidad y difundir los riesgos y medidas de prevención en nuestro entorno, de esta manera dar a conocer a la comunidad odontológica sobre la presencia de patologías bucales infecciosas en tejidos blandos y difundir que si no son tratadas a tiempo pueden llegar a causar diversas complicaciones, comprometiendo la salud general del paciente.

Por otro lado, este estudio tiene importancia teórica y metodológica, ya que aporta al conocimiento científico, brindando al campo de la investigación un análisis más exhaustivo de otras patologías bucales existentes en la población de la localidad, siguiendo y respetando en todo momento el método científico.

La investigación se realizó en el Hospital III EsSalud Chimbote, el cual es el establecimiento de mayor nivel resolutivo en la Región. Este Hospital cuenta con 36 consultorios de diversas especialidades médicas, brinda 16 mil atenciones mensuales en consulta externa y realiza 550 intervenciones quirúrgicas en sus salas de operaciones. El principal establecimiento de salud de la Región tiene 150 camas para la hospitalización de pacientes en los servicios de Medicina, Cirugía y Gineco-Obstetricia, y otras 24 camas distribuidas en Emergencia, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y Unidad de Cuidados Intermedios (UCIN), a través de los cuales realiza mensualmente en promedio 14 mil atenciones en consulta externa, 560 intervenciones quirúrgicas en sus salas de operaciones, 890 sesiones odontológicas y 7,600 emergencias. Dicho establecimiento cuenta con aparatos de tomografía, unidades dentales, equipos de rayos X dental, entre otros.⁷

El presente estudio, de tipo cuantitativo, observacional, transversal, retrospectivo y descriptivo, aporta con resultados estadísticos de la prevalencia de infecciones bacterianas observadas durante los últimos años y el peligro que significa el desborde de la enfermedad bucal para la salud en la comunidad, teniendo como resultado concluyente que hubo un 69% de prevalencia de patologías bucales infecciosas en tejidos blandos en pacientes atendidos en el Hospital más importante de la Región.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 Antecedentes

Internacionales:

Ferrín J. (Ecuador, 2016). Con el estudio titulado “Prevalencia de la pericoronaritis relacionada a los terceros molares inferiores semestre B, UCSG 2015”. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de la pericoronaritis relacionada a los terceros molares en los pacientes atendidos en la clínica UCSG 2015. **Metodología:** Estudio cuantitativo, descriptivo, de campo, transversal, aplicando la observación directa a través de los registros de las historias clínicas de 80 pacientes que formaron parte de la muestra. **Resultados:** Algas (100%), dolor a la masticación (60%), dolor a la palpación (68%), trismus (58%), disfagia y pus a la palpación (48%), 38% tuvo sangrados y dolor a las amígdalas, 30% adenopatías y halitosis, 23% dolor al suelo de la boca y faringitis unilateral; el 90% de los pacientes no presentaron evidencias radiográficas de osteítis; el tratamiento terapéutico usado más frecuente (78%) en los pacientes fue la Amoxicilina + ac. Clavulánico, ibuprofeno, exodoncia; las técnicas quirúrgicas de mayor utilización fueron la anestesia, la incisión, el colgajo, la extracción molar, la osteotomía, la limpieza y sutura de la herida; el grupo etáreo de mayor prevalencia fue el mayor de 21 años del género femenino (68%). **Conclusión:** Existe mayor prevalencia de pericoronaritis relacionada a los terceros molares inferiores con el 95% de casos.⁸

Lemus J. (Cuba, 2015). Estudio titulado “Prevalencia de lesiones bucales con estudio histopatológico vistas, en el servicio de patología oral de la Universidad Autónoma de Manizales en un periodo de 10 años”. **Objetivo:** Analizar la prevalencia de lesiones reportadas en los estudios histopatológicos revisados por la junta de Patología oral de la universidad Autónoma de Manizales, durante un periodo de 10 años. **Metodología:** Estudio descriptivo, retrospectivo de 2 564 casos registrados y analizados en la Junta de Patología Oral del Programa de Odontología de la UAM. El análisis se realizó a partir los diagnósticos histopatológicos con un enfoque epidemiológico. Se analizó un periodo de 10 años, entre el 2003 y el 2012. **Resultados:** Encontraron que el 39% corresponde a procesos reactivos, seguido por los procesos infecciosos y neoplasias benignas con 17% respectivamente, neoplasias malignas con 9%. **Conclusión:** Las patologías más frecuentes son los procesos reactivos. Los procesos infecciosos se presentaron con mayor frecuencia en las primeras décadas de la vida.⁹

Casnati B. (Uruguay, 2013). Estudio titulado “Prevalencia y factores de riesgo de las lesiones de la mucosa oral en la población urbana del Uruguay”. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de las lesiones de la mucosa bucal e identificar los factores de riesgo en el desarrollo de las mismas en una muestra representativa de la población adulta urbana del Uruguay. **Metodología:** Se trata de un estudio transversal que registró 922 personas de ambos sexos y conformado por grupos etarios de 15-24, 35-44 y 65-74 años, basado en un diseño muestral estratificado por conglomerado polietápico. **Resultados:** La candidiasis y las lesiones proliferativas se observaron en 26% y en 17% de las personas y se presentaron significativamente asociadas al género femenino. La

prevalencia de la leucoplasia fue del 7% y en el análisis multivariado presentó una asociación significativa con el consumo de mate. **Conclusiones:** Las lesiones orales se presentan de manera prevalente en los adultos mayores en el Uruguay, lo que sugiere que se deberían implementar programas de prevención, diagnóstico y tratamiento adecuado de las mismas.¹⁰

López M, et al. (México, 2014). Realizaron una investigación de titulada “Prevalencia e incidencia de diagnósticos histopatológicos en cabeza y cuello 2006 - 2013. Siete años de experiencia del servicio de Patología oral y Maxilofacial Unidad de Especialidades Odontológicas México”. **Objetivo:** Conocer la incidencia y prevalencia de los diagnósticos histopatológicos en tejidos blandos, óseos y dental en cabeza y cuello. **Metodología:** La información se obtuvo de los 1 965 reportes histopatológicos en el archivo del servicio de Patología oral y Maxilofacial de la Unidad de Especialidades Odontológicas, generados durante siete años, reportando los diez diagnósticos histopatológicos más frecuentes. **Resultados:** El género estuvo distribuido en el femenino con 61% y masculino con 39%, la frecuencia de las edades de los pacientes que presentaron lesiones fue entre los 46 a 50 años. El tipo de lesión de acuerdo con su evolución fue 97,4% lesiones benignas, 2,56% lesiones malignas; el sitio de localización anatómica se dividió en tejidos blandos, duros y piel; las lesiones se presentaron en labios 19%, seguido de la mucosa bucal 18%, lengua 16,3%, encía inferior 8%, los tejidos duros se subdividieron en maxilar 9,5%, mandíbula 8%. **Conclusión:** La lesión maligna que se presentó con mayor frecuencia fue el carcinoma de células escamosas 59%, seguido del carcinoma de células basales 10%.¹¹

Kelloway E, et al. (Australia, 2013). Realizaron una investigación titulada “Un análisis retrospectivo de la patología oral y maxilofacial en una población adulta australiana”. **Objetivo:** Analizar la prevalencia de patologías orales y maxilofaciales en un servicio de patología oral. **Metodología:** Se realizó un estudio retrospectivo con reportes de un servicio de patología oral de Australia que fueron transferidos a una 11 base de datos electrónica. Fueron considerados la edad, el género y el diagnóstico histológico. Un total de 6344 patologías orales de adultos de 17 años en adelante fueron incluidas. **Resultados:** La patología de la mucosa se presentó en el 37,2%, los quistes odontogénicos se presentó en el 16,3% y las patologías dentales en el 14,5% de la población. **Conclusión:** Los tres diagnósticos histopatológicos más comunes fueron hiperplasia fibrosa, granuloma periapical crónico y quiste radicular.¹²

Lima A. (México, 2013). Realizó un estudio titulado “Identificación de Microorganismos potencialmente patógenos en cavidad bucal en madres e hijos en edad preescolar”. **Objetivo:** Analizar la relación de transmisión de microorganismos de madres-hijos, de las poblaciones de Huajuapán de León y San Sebastián Abasco Tlac Oax. **Metodología:** Estudio analítico, descriptivo, transversal, aplicado en un grupo de estudio con 251 sujetos (126 niños, 117 madres y 8 profesoras). **Resultados:** Del 100 % del grupo de estudio se mostró como acarreador de microorganismos *ESKAPE*, cuyas prevalencias fueron las siguientes: 57 (22.7%) *Staphylococcus sp.*, de los cuales 34 (13.5%) fueron *S. aureus*, 1 (0.4%) acarreador el género *Proteus*, y el 100% del grupo de estudio fue acarreador de *Streptococcus*, de los cuales 10 (4.0%) fueron *Streptococcus* β-

hemolíticos. No se diagnosticaron los géneros *Enterobacter*, *Klebsiella*, *Acinetobacter* o *Pseudomonas*. 70 (27.9%) de los sujetos fueron acarreadores de *Candida sp*. **Conclusión:** Los acarreadores presentaron una o más especies de *Candida*, de la siguiente manera: *C. albicans* 42(16.7%), *C. albicans* y otras especies 18 (7,2%), *C. krusei* 2 (0.8%), *C. albicans* y *C. krusei* 4 (1.6%), *C. glabrata* 2(.8%), *C. albicans* y *C. glabrata* 1(0.4%), *C. glabrata* y *C. krusei* 1(0.4%).¹³

Lasa J. (Argentina, 2011). Realizó un estudio titulado “Bacteriemia en pacientes internados con celulitis, Servicio de Clínica Médica. Hospital Británico de Buenos Aires 2011”. **Objetivo:** Determinar bacteriemia en pacientes internados con celulitis. **Metodología:** Se realizó hemocultivo y toma de un cultivo de punción de piel y partes blandas (PPB). Estudiaron 140 pacientes con diagnóstico de celulitis. **Resultados:** La edad promedio: 47.5 ± 19,7 años (rango 16-94). El 40% tuvo cultivos positivos de PPB, en los que el *Staphylococcus aureus* meticilino resistente (SAMR) fue el germen que mayormente se encontró aislado (35,7%); la prevalencia de bacteriemia fue del 8,6%, en donde el germen más frecuente fue *Streptococcus* Beta hemolítico, grupo G (33% del total de hemocultivos positivos). **Conclusión:** El 40% tuvo cultivos positivos de piel y partes blandas PPB, La bacteriemia se asoció significativamente a mayor estadía hospitalaria.¹⁴

Antecedentes nacionales

Bravo S. (Lima, Perú, 2018). Con la investigación titulada “Principales factores de riesgo y prevalencia de celulitis en el servicio de medicina del Hospital de

Ventanilla, periodo enero - diciembre 2016” **Objetivo:** Determinar los principales factores de riesgo y prevalencia para desarrollar celulitis, en el Servicio de Medicina, en el Hospital de Ventanilla, periodo Enero – Diciembre 2016. **Metodología:** Estudio analítico, retrospectivo, observacional de casos y controles. La población fue de 276 pacientes los cuales fueron seleccionados en dos grupos, uno correspondiente a los casos que fueron 138 y otro grupo de 138 que corresponde a los controles. Se analizó cada uno de los factores de riesgo para producir celulitis, la recolección de información se realizó mediante una ficha de recolección de datos, los cuales se obtuvieron de las historias clínicas de los pacientes y posteriormente ingresados a una base de datos. **Resultado:** El promedio de edad fue de 37,33 años con una DE ($\pm 15,803$). Además se obtuvo que el 50,7% fueron de sexo femenino. La localización más frecuente fue la de MMII 65%. Dentro de los principales factores de riesgo traumatismo previo OR 2.4 (1,46 – 4,0) y lesiones previas OR 1,85 (1,14 - 3). **Conclusión:** La prevalencia de celulitis fue de 6%. Los traumatismos previos y las lesiones previas, ambos son factores de riesgo para producir celulitis en el servicio de medicina.¹⁵

Barria H. (Lima, Perú, 2017). Con la investigación titulada “Prevalencia de las patologías bucomaxilofaciales diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsia en el servicio de estomatología quirúrgica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza del 2010 al 2015”. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de patologías bucomaxilofaciales diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsia durante el periodo 2010- 2015 en el servicio de Estomatología Quirúrgica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. **Metodología:** El diseño de

la investigación fue retrospectivo, observacional, descriptivo, y transversal, en una población constituida por todas las biopsias de cavidad bucal con diagnóstico de alguna patología, realizadas en el Servicio de Estomatología Quirúrgica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza y reportadas en los libros de procedimientos quirúrgicos comprendidos entre los años 2010 y 2015.

Resultados: El tipo de biopsia incisional se encontró en un 64.46%. Las patologías bucomaxilofaciales de mayor prevalencia diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsia fueron: enfermedad de Sjögren (35,04%); quiste de retención mucoso (7,01%); fibroma traumático (6,88%); granuloma periapical (5,51%); hiperplasia fibrosa traumática (4,38%); granuloma piógeno (4,13%); quiste periapical (3,88%); tumor odontogénico queratoquístico (2,88%); carcinoma epidermoide (2,75%); amiloidosis (2,75%) y lesiones por virus del papiloma humano (2,75%). La localización anatómica prevalente de las biopsias de patologías bucomaxilofaciales fue la mucosa labial con 46,56%. La prevalencia de cáncer bucal fue de 4,38% del total de patologías. **Conclusiones:** Las patologías bucomaxilofaciales más prevalente fue la enfermedad de Sjögren, seguido por el quiste de retención mucoso y el fibroma traumático.¹⁶

Robello M, et al. (Lima, Perú, 2014). Investigación titulada “Frecuencia de enfermedades bucales en pacientes atendidos en una clínica especializada en odontología en Lima-Perú”. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de enfermedades bucales en los pacientes atendidos en la clínica especializada en odontología de la Universidad San Martín de Porres. **Metodología:** Realizado en los meses de enero a Marzo del año 2013, cuya población de estudio fue de 1000

pacientes que acudieron al área de diagnóstico. **Resultados:** Se encontró a la gingivitis generalizada leve con un 24,3%, caries superficial con un 35,9%, pulpitis con 4,0% y necrosis pulpar con un 1,0%. **Conclusión:** La enfermedad bucal más prevalente fue la gingivitis generalizada leve, con predominio en el sexo femenino y en el rango etario de 31 a 40 años.¹⁷

Medina J. (Lima, Perú, 2012) Con investigación titulada “Celulitis facial odontogénica en pacientes hospitalizados en un hospital especializado en pediatría”. **Objetivo:** Determinar las características clínicas y epidemiológicas de la celulitis facial odontogénica (CFO) en pacientes hospitalizados en el Servicio de Dermatología del Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN), Lima, Perú. **Metodología:** Estudio descriptivo de tipo serie de casos, realizado en pacientes hospitalizados por celulitis facial odontogénica entre setiembre 2010 y agosto 2011. Los pacientes fueron captados prospectivamente y previo consentimiento informado fueron evaluados obteniéndose datos epidemiológicos y clínicos como edad, sexo, dolor dental al inicio de la enfermedad, eritema, edema facial, disminución de la apertura bucal, fiebre, uso de antibióticos previos a su hospitalización, responsable de la prescripción, evaluación odontológica y cifra de hemoglobina. **Resultados:** Durante el período de estudio fueron hospitalizados 28 pacientes con el diagnóstico de celulitis facial y 22 (78,6%) tuvieron las características clínicas de una CFO. Se observó mayor frecuencia de casos en el sexo femenino (59%) y en niños de cuatro a seis años (41%). El uso de antibióticos previos a la hospitalización fue reportado en 19 pacientes (86,3%) observándose hasta nueve esquemas de tratamiento, siendo la indicación de amoxicilina la más frecuente (57,9%). **Conclusión:** La CFO es la

presentación más frecuente de una celulitis facial en pacientes hospitalizados del INSN la cual puede afectar su estado nutricional. Es común en el sexo femenino y entre los cuatro y seis años de edad.¹⁸

2.2 Bases teóricas de la investigación.

2.2.1. Generalidades

Las bacterias, constituyen etiológicamente la causa de primer orden de infección odontológica, que en su paso por colonizar tejidos y mucosas encuentran a nuestro sistema defensivo con los neutrófilos, macrófagos y demás frenando el ataque pernicioso. Mediante mecanismo inmunitario y mediadores químicos desencadenan una serie de respuestas inflamatorias, con la función protectora contra los huéspedes para evitar la extensión e invasión bacteriana hacia los tejidos.^{19, 20}

Existe una predisposición de genes que desarrolla la infección odontológica, en la literatura se describe el factor de susceptibilidad elevada del huésped que descontrola el progreso de las enfermedades dentales en los pacientes.²¹

En cuanto, la enfermedad periodontal es causada por la infección bacteriana específica y por aumento de bacterias inespecíficas cuando proviene de una inflamación anterior y subsiguiente.²¹ Todo es producido en el contexto de un polimicrobiano sinérgico y secuencial, que aparece de forma aerobia causando caries y gingivitis y luego migra a una condición anaerobia produciendo periodontitis y finaliza con un ataque mixto de aerobios/anaerobio creando los

abscesos y la pericoronaritis, se identifican inicialmente ante la invasión dental y por la placa subgingival.²²

En las lesiones periodontales se han detectado que las bacterias vuelven a repoblar las raíces expuestas con selección de periodonto patógenos específicos, lo que explica la alta tasa de tratamiento de raspaje clínico mecánico.²² Hay un 80% de efectividad en los tratamientos específicos para estas especies anaerobias que en su mayoría constituye una infección crónica y específica, donde un tratamiento corto con antibioticoterapia es muy efectivo.²³

Los abscesos periodontales que se producen mayormente en pacientes con periodontitis tienen igual flora etiológica, a diferencia de la pericoronaritis generada por infección mixta con microaerófilos y *Actinomyces*, anaerobios como *Prevotella* y aerobios como *Streptococcus* spp.²³

En estos procesos infecciosos mixtos, las especies se asocian como: *Bacteroides* y *Fusobacterium*, *Peptostreptococcus* y *Prevotella*, *Prevotella* y *Eubacterium*. Donde los tratamientos antibióticos más utilizados (aminopenicilinas, amoxicilina-ácido clavulánico, macrólidos²³).

Por la escasez de estudios y ensayos clínicos referente a infecciones de origen dental, el antibiótico elegido se basa en el espectro microbiológico y en la literatura del área²³.

2.2.2. Organismos microscópicos de la flora bucal saludable

Nuestra boca tiene el pH adecuado para los microorganismos, donde se encuentran variedades de gérmenes y hongos. En la cavidad oral sana abunda más bacterias de cocos y gram positivos ya conocidos, las cepas de *S. alfa* y *B. hemolítico* y los no hemolíticos.²⁴

Los gérmenes muchas veces que se encajonan son *S. viridans*, *S. mitis* y *S. salivarius*. Figuran también organismos microscópicos que pueden vivir sin oxígeno. Componentes en la flora micro orgánica oral importantes son los cocos gram negativos, de mayor a menor: *Neisseria catarrhalis*, *Neisseria pharyngitidis*, *Neisseria flavescens*.²⁴

También se encuentran microorganismos que necesitan oxígenos y las que no necesitan, Y son la familia de *Corynebacterium*, *Actinomyces*, *Lactobacillus*, *Rothia*, *Leptotrichia*, *Fusobacterium*, *Bacteroides*, *Veillonela* y *Cándida*. En nuestra boca habitan la mayor parte de organismos microscópicos, en abundancia están las bacterias que no necesitan oxígeno y en pequeñas partes están los que si necesitan oxígeno.²⁴

2.2.3. Organismos microscópicos abundantes en la pericoronaritis

Predominan los estafilococos gram positivos, cuando se debilitan dichas celular se transforman en gram negativos, los definen por formar esporas, no necesitan oxígenos, saprofitos y bacilos, espirilos.²⁵

Las bacterias en la pericoronaritis pueden ser diferentes que en la flora bacteriana de la cavidad bucal y ser altamente patógenas e invasivas. Se

observan frecuentemente bacterias inmunes a la penicilina; por tal motivo la infección alrededor de la tercera molar parcialmente erupcionada, es un serio problema, incluso más que un absceso pericoronario.^{24, 25}

Estudios anteriores sobre microorganismos encontrados en los terceros molares parcialmente en erupción, refieren microorganismos microscópicos como espiroquetas, bacilos alargados y delgados, bacterias que no necesitan oxígeno, predomina una microflora facultativa anaerobia. Nuestra boca puede ser considerada como un gran ecosistema de muchos tipos de bacterias, las que forman en las cavidades de los dientes, en la lengua, o en el surco gingival.²⁵

Mayormente los organismos microscópicos tienen buena relación con la salud bucodental, en un buen ambiente oral, pero si es lo contrario se produce una disbiosis, en nuestra boca se encuentran microorganismos que no causan daño y se relacionan para sobrevivir, por eso necesitan a ciertas bacterias para que puedan llegar otros microorganismos.²⁵

Algunas bacterias nos ayudan a evitar repoblación de microorganismos patógenos, con ello se impide las infecciones. Los microorganismos de nuestro hábitat bucal viven en armonía mediante nuestro sistema inmunológico, de tal modo que el conjunto de microorganismos no superan los límites; cuando están en la boca, los microorganismos hacen activar nuestras defensas, beneficiándonos.²⁵

2.2.4. Tipos de ecosistemas de la cavidad bucal

Son la saliva mucosa, surco gingival, dorso de la lengua y diente.

- **Saliva**

Son producidas por nuestras glándulas salivales, y se encuentran dentro de la cavidad oral, producen un líquido levemente viscoso que discurre hacia toda la cavidad, las más productivas son las glándulas parótida y la sub maxilar. Sin estimulación las glándulas producen un fluido de 0.7 ml/min., aproximadamente hasta los 1.8 ml/min. Ante el estímulo se segrega de 1 a 1,7 litros de saliva diarios, aumentando por el olor o visión de alimentos.²⁶

La saliva recubre toda la boca, sobre los dientes segrega enzimas mucinógenas y glicoproteínas que mantienen el ecosistema oral recubierto y bloqueando receptores que adhieren bacterias en la cavidad oral.²⁶

La saliva tiene diversas funciones y cada una de ellas es de importancia para el sistema digestivo; entre las más importantes: Acción antimicrobiana por la presencia de inmunoglobulinas y lisozima, conserva íntegra la mucosa, actúa lavando la cavidad bucal y su superficie, actúa como tampón neutralizando el pH tras la ingesta de alimentos, mineraliza el esmalte dentario, equilibra el sistema hídrico, conserva la humedad bucal, facilita el sentido del gusto y tiene acción antibacteriana.²⁶

- **Mucosa**

Tiene diferentes características en la boca: Es rugosa en dorso de la lengua y en las mejillas es lisa y suave, y en el paladar posee rugosidad palatina.²⁶

- **Surco gingival**

Consiste en los espacios alrededor de los dientes con límites superficial dental y límite epitelial de márgenes libres, el líquido gingival o crevicular contiene suero como factores de defensa y PMN para la fagocitosis.²⁶

Además de la acción principal de lubricación y limpieza del surco gingival, dentro de sus componentes celulares se encuentran los neutrófilos (98%), macrófagos, linfocitos T, entre el espacio del esmalte y la encía marginal, casi un 50% de las bacterias patógenas que se pueden desarrollar con o sin oxígeno, son : S. sanguis, S. mitis, S. oralis y S. gordoni.²⁶

- **Dorso de la lengua**

Es un hidrostato muscular y tiene sentido del gusto. Encontramos diferentes tipos de papilas, sobre todo la del gusto, también hay organismos microscópicos que viven sin oxígeno y con oxígeno entre las papilas.²⁶

2.2.5. Patologías en tejido blando de la cavidad bucal

- **Úlcera aftosa recurrente**

Es una patología donde se producen úlceras solitarias muy dolorosas, recurrentes, en la cavidad bucal, hay tres presentaciones de estomatitis aftosas recurrentes: U.A.R menor, U.A.R mayor, úlceras aftosa herpética.²⁷

Úlcera aftosa recurrente menor: muy frecuente, es del 85 % de los casos. Aparece en la mucosa no queratinizada y tiene menos de 8 mm en general de 3 a 2 mm. Se curan en menos de 10 días, sin dejar cicatriz.²⁷

Úlcera aftosa recurrente mayor: se diferencia clínicamente de otras úlceras; por su aspecto ulcerado, profundo, las lesiones son intensamente dolorosas, en etapa inicial, se encuentran mayormente en los carrillos y mucosa de los labios, parte anterior de la lengua y en los anillos linfáticos de weldeyer.²⁷

Estomatitis aftosa herpetiforme: Se caracteriza por múltiples ulceraciones pequeñas iguales como en el herpes primario por ello se llama herpetiforme, a veces llegan hasta cien y forman erosiones definidas, afectan la superficie ventral de la lengua y la mucosa labial.²⁷

2.2.6. Afecciones de la boca y la lengua

- **Queilitis angular**

Los ancianos son los más afectados, pero también los niños y jóvenes lo presentan, muchas veces personas que tienen las defensas bajas y edéntulos portadores de prótesis removibles y prótesis totales mal adaptadas.²⁷

El microorganismo causante es *Streptococcus viridans*, pero su etiopatología fundamental es *Cándida albicans*, con el envejecimiento de la piel se caen los cantos de la boca, favoreciendo la acumulación de saliva en esta región.²⁷

Afecta en las dos comisuras labiales; también como afectación repitente, debido a numerosas causas, el tratamiento es a veces complejo, con mayor frecuencia local.²⁷

- **Cavidades profundas con pus en la lengua**

Clínicamente se observa infección bucal y faríngea, fiebre, aumento exagerado de papilas, con impedimento de los movimientos, con alteraciones funcionales y dolor localizado de bajo de la lengua hacia el pabellón auricular.²⁷

- **Aftas vulgares**

Se encuentra más en niños, pueden presentar una o más aftas, produce dolor fuerte a veces no se puede deglutir la comida por causa del dolor y también se irradia hacia el oído.²⁸

Es causado por estafilococos, S. mutans, sanguis, bacilos gran positivo y negativos anaerobios inicialmente ulceración en superficie, amarillenta y eritematosa. En las muestras bacteriológicas encontramos S. viridans, Staphilococcus epidermidis y anaerobios, y con frecuencia el género bacteroides.²⁸

2.2.7. Enfermedades del periodonto

- **Gingivitis ulcero necrotizante aguda (GUNA)**

Conocida como gíngivo estomatitis de Vincent, gingivitis ulcero membranosa aguda, es una infección polimicrobial de la encía y las papilas interdentes, causa dolencia y lesiones en forma de cráter en la cresta de la encía que afectan gran parte de ellas, cubierta con capa pseudomembranosa gris y roja, brillante y hemorrágica. Se presenta con fetidez, al más pequeño estímulo causa hemorragias o sangrado moderado.²⁸

- **Gingivitis y/o periodontitis**

Es una enfermedad con gingiva enrojecida, que suele sangrar al menor estímulo; si la inflamación continúa se afecta el soporte dental y así contribuirá a la movilidad dentaria, llega a tener resección gingival, aparición de bolsas que empeoran la enfermedad, causada por bacterias dento bacterianas y el sarro se inicia con acumulación de placa gíngivodental. Al principio sólo actúa en la encía y posteriormente afecta las estructuras de soporte.²⁸

- **Periodontitis juvenil**

Perjudica a personas menores de 22 años, tiene evolución agresiva puede presentarse en forma generalizada y localizada, a diferencia de la generalizada en la localizada la enfermedad es sólo en algunos sectores.²⁸

2.2.8. Enfermedades de las glándulas salivales

- **Sialoadenitis**

Es la enfermedad que produce la inflamación de la glándula salival, por obstrucción de un cálculo o invasión bacteriana, a la palpación es inconsistente, posteriormente aumenta el tamaño de la glándula, la más afectada es la parótida como: parotiditis de infección viral aguda y parotiditis infecciosa.²⁹

Se presentan formas clínicas en las parotiditis que pueden ser agudas o severas; originadas por bacterias o virus, siendo la más común la bacteria *S. aureus*, la cual vive sin oxígeno y es gram negativo. Otras, pero menos frecuentes, son la bacterias *Porfiromonas spp* y *Prevotella spp*.²⁹

- **Celulitis**

Es una patología inflamatoria difusa de tejidos blandos que causa hinchazón y enrojecimiento a través de los planos aponeuróticos. Se debe al ataque infeccioso por microorganismos que degradan los polisacáridos de la fibrina y al glucosaminoglucano, que es la sustancia unidora cementante intercelular universal.²⁹

La celulitis facial, generalmente es secuela de origen dental, también del absceso apical, de una infección periodontal, que puede llegar a una osteomielitis, después de exodoncia dental, por materiales infectados (agujas); por lesiones y fracturas de mandíbula o posterior a una pericoronaritis u operculitis, que afecta a terceras molares parcialmente erupcionadas y produciendo trismo.²⁹

- **Adenitis cérvico-faciales agudas inespecíficas**

Las adenitis pueden ser inespecíficas, bacterianas o víricas que pasan diversas fases inflamatorias, con una evolución prolongada, y crónica, inicia con ganglios aumentados y dolorosos, que no permite el movimiento libre del cuello, de característica roja, caliente e infiltrada, con tumefacción sobre los planos profundos.²⁹

Cuando no se hace drenaje (punción o incisión), evoluciona hasta fistulizar, la lesión puede ser a partir de un raspado o herida de la piel, una pericoronaritis, una bolsa periodontal, inflamación de las amígdalas, etc. se hace el tratamiento desinfectante y antiséptico y se procede, según los casos, al retiro del factor causante o extracción del diente infectado. Ante la inflamación de los ganglios o

glándulas, se dispone un examen para cultivo y antibiograma y después el drenaje, de acuerdo al antibiograma se procederá a la medicación.²⁹

- **Angina de Ludwig**

Es una celulitis aguda, afectando el espacio sublingual y submentoniano, por infección de un molar mandibular, también puede ocasionarlo una lesión en piso de boca. La característica es una inflamación en el piso de boca, con elevación de la lengua. No puede deglutir ni respirar, con fiebre elevada, pulso y respiración rápido.²⁹

El patógeno causal pertenece al grupo *S. viridans* (41,8 %) seguido por *Staphilococcus aureus* (25,4 %) y *Stafilococcus epidermidis* (23,6 %). Y determinado anaerobios más comúnmente *Bacteroides spp.*²⁹

- **Sinusitis maxilar aguda**

Es el resultado de la permanencia de focos infecciosos dentales crónicos, como un absceso periapical agudo o una infección periapical inflamatoria crónica que afecta el seno paranasal directamente, las características son: presencia de dolor moderado e intenso con inflamación. Al presionar sobre el maxilar aumenta el dolor, irradiando a lugares como dientes y oído, generalmente con fiebre y malestar general.³⁰

Puede originarse por una caries profunda no tratada, también a causa de un resfriado común; a partir de la diseminación local de la infección de los senos frontales y paranasales vecinos, o de la lesión traumática por una infección

superpuesta. Es frecuente la sinusitis maxilar cuando hay una extensión de la infección dental por su proximidad de los dientes. Se relacionan los microorganismos a la infección dental.³⁰

Los datos bacteriológicos permiten confirmar el papel patógeno de *Neumococos*, *Streptococcus*, *Staphilococcus*, *Haemophilus influenzae* y más raramente *coliformes*, *Klebsiellas* y *Pseudomonas*, además pueden encontrarse bacterias anaerobias, a veces comensales, sin ser patógeno directo, un buen número de estas lactamasas han desarrollado resistencia a los antibióticos más utilizados. Se impone un tratamiento con antibiótico y corticoides, ante la presencia de dolor, fiebre o leucocitosis.³⁰

- **Alveolitis**

Generalmente se presenta post exodoncia, por una inflamación e infección en zonas vecinas del diente extraído. Su tratamiento es eliminar el foco séptico por medio de acciones locales, tal como raspado, curetaje alveolar y colocación de sustancia medicada como el Alveogyl que protege el alveolo desnudo.³⁰

III. HIPÓTESIS.

El presente estudio no presenta hipótesis por ser de carácter descriptivo, definición dada por el autor Supo en su libro de investigación, puesto que el enfoque del estudio y el alcance inicial, se encuentra bajo la línea descriptiva.³¹

IV. METODOLOGÍA

4.1 Diseño de la investigación

Tipo de investigación

De acuerdo al enfoque: Cuantitativo

Según Supo, en su libro sobre los tipos de investigación, considera que un estudio es cuantitativo, cuando el investigador obtendrá resultados finales numéricos y porcentuales.³¹

De acuerdo a la intervención: Observacional

Según Supo, en su libro sobre los tipos de investigación, considera que un estudio es observacional, cuando el investigador no va a realizar una intervención que pueda modificar los eventos naturales.³¹

De acuerdo a la planificación: Retrospectivo

Según Supo, en su libro sobre los tipos de investigación, considera que un estudio es retrospectivo, porque los datos son tomados por datos pasados (secundarios).³¹

De acuerdo al número de ocasiones: Transversal

Según Supo, en su libro sobre los tipos de investigación, considera que un estudio es transversal, porque se hizo el levantamiento de las variables en una sola fecha.³¹

De acuerdo al número de variables a estudiar: Descriptivo

Según Supo, en su libro sobre los tipos de investigación, considera que un estudio es descriptivo, porque tiene una sola variable de estudio a medir.³¹

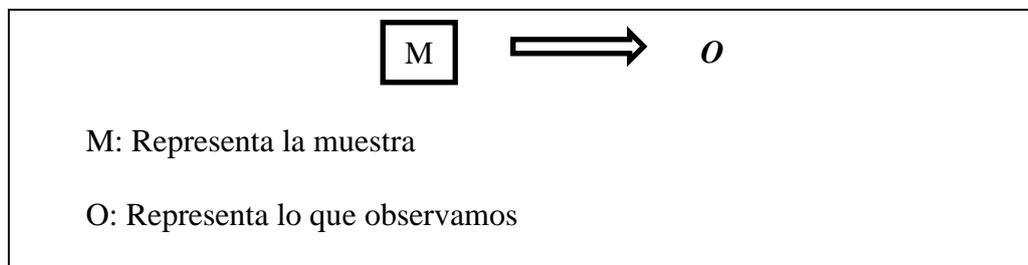
Nivel de la investigación

Descriptivo. Según Supo, en su libro sobre los tipos de investigación, considera que un estudio es descriptivo, porque tiene como finalidad medir parámetros en función a frecuencias.³¹

Diseño de la investigación

No experimental, Descriptivo simple.

Según supo, en su libro sobre los tipos de investigación, considera que un estudio es no experimental, cuando no existe intervención o modificación por parte del investigador.³¹



4.2 Población y muestra

Población

Estuvo conformada por las 677 historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio dental del Hospital III EsSalud, Distrito de Chimbote, de la Provincia del Santa, Región Áncash, en el período 2016 - 2017.

Muestra

Estuvo conformada por 245 historias clínicas odontológicas de pacientes atendidos en el servicio dental del Hospital III EsSalud, Distrito de Chimbote, de la Provincia del Santa, Región Áncash, en el período 2016 - 2017.

La muestra se obtuvo aplicando una fórmula estadística para población finita:

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

Dónde:

- n: muestra.
- Z: 95% nivel de confianza (1,96).
- p: 0,5 (proporción estimada que presentan las características en estudio).
- q: 0,5 (complemento de p).
- N: 677 de población.
- e: 0,05 (margen de error estimado por el investigador).

$$n = \frac{677 * 1,96^2 * 0,5 * 0,5}{0,05^2 * 676 + (1,96)^2 * 0,5 * 0,5}$$

$$n = 245$$

Técnica de muestreo:

Se utilizó un muestreo aleatorio simple, la selección de las historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio dental del Hospital III EsSalud, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Región Áncash, en el período 2016 – 2017, el cual consistió en colocar los números en un ánfora del 1 al 677 y se fue sacando sucesivamente una por una al azar, durante toda la

revisión documentaria, con el cumplimiento de los criterios de selección, hasta que se completó el número de muestra $n=245$, de tal manera que cada una de las historias clínicas tuvo la misma probabilidad de ser elegida.

Criterios de inclusión:

- Historias clínicas en buen estado y con contenido legible.
- Historias clínicas completas, registrados con claridad por un odontólogo y/o profesional médico.
- Historias clínicas comprendidas entre 2016 - 2017.
- Historias clínicas de pacientes de ambos sexos.
- Historias clínicas de pacientes mayores de 18 años.

Criterios de exclusión:

- Historias clínicas sin diagnóstico definitivo.
- Historias clínicas deterioradas o ilegibles.

4.3. Definición y Operacionalización de variables e indicadores

Variable	Definición conceptual	Tipo	Escala de medición	Indicadores	Valores finales
Patologías bucales infecciosas en tejidos blandos	Es la frecuencia, presencia o ausencia, de una enfermedad o condición en un punto del tiempo. ¹⁹	Cualitativa	Nominal	Historia clínica	No presenta Si presenta
Covariables					
Género	Característica sexual de carácter diferencial entre dos individuos de una misma especie. ³²	Cualitativa	Nominal	Historia clínica	Masculino Femenino
Edad	Tiempo que ha vivido un individuo desde su nacimiento. ³³	Cuantitativa	Intervalo	Historia clínica	18-24 25-35 36-45 46-55 56 más años

4.4 Técnicas e instrumentos

Técnica: La técnica utilizada fue el análisis documental

Instrumento: El instrumento de recolección de datos fue una ficha de recolección de llenado simple, tomada por Guevara N.³⁴ **en su tesis titulada** “Prevalencia de lesiones en la mucosa oral en pacientes atendidos en el servicio de estomatología del hospital militar Central del Perú durante el periodo 2001-2016”. La ficha consta en su primera parte los casilleros y espacios para el llenado de los datos generales, tales como la edad y el género; y en su segunda parte la relación de patologías bucales en tejidos blandos para marcar. El instrumento fue validado a juicios expertos por el autor y muestra una buena confiabilidad con un valor de 0,97 según alfa de Cronbach.

Procedimiento: El procedimiento de recojo de datos se realizó mediante la revisión de historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio dental del Hospital III EsSalud del Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Región Áncash, en los años 2016 y 2017, previa carta de presentación a la Institución Hospitalaria y autorización de las autoridades de la misma para el acceso al Área de Archivos.

Las historias clínicas de pacientes fueron examinadas y seleccionadas según el muestreo aleatorio simple descrito anteriormente, verificando el cumplimiento de los criterios de selección.

Una vez seleccionadas y separadas se revisaron una por una, para registrar los datos relevantes para el estudio, colocando los números de historias clínicas, la edad y el género en la ficha de recolección de datos, luego se registró la presencia o no de los diagnósticos de patologías bucales infecciosas en tejidos blandos, registrando el diagnóstico relevante en el casillero de la ficha que correspondía, para después hacer los procedimientos estadísticos descriptivos que respondieron a los objetivos de esta investigación.

4.5 Plan de análisis.

La información registrada en la ficha de recolección de datos fue digitalizada en una base de datos en el programa ofimático Microsoft Excel 2016, donde se ordenó, organizó y codificó según los ítems. Posterior a ello, se utilizó estadística descriptiva, medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas y cualitativas, asimismo se utilizaron tablas de distribución de frecuencias y gráficos de barras.

4.6 Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	HIPÓTESIS	METODOLOGÍA
<p>¿Cuál es la prevalencia de patologías bucales infecciosas en tejidos blandos en pacientes atendidos en el servicio dental del Hospital III EsSalud, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Región Áncash, en el período 2016-2017?</p>	<p>Objetivo General: Determinar la prevalencia de patologías bucales infecciosas en tejidos blandos en pacientes atendidos en el servicio dental del Hospital III EsSalud, de Chimbote, Provincia del Santa, Región Áncash, en el período 2016 – 2017.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar la prevalencia de patologías bucales infecciosas en tejidos blandos en pacientes atendidos en el servicio dental del Hospital III EsSalud, de Chimbote, Provincia del Santa, Región Áncash, en el período 2016 – 2017, según género. - Determinar la prevalencia de patologías bucales infecciosas en tejidos blandos en pacientes atendidos en el servicio dental del Hospital III EsSalud, de Chimbote, Provincia del Santa, Región Áncash, en el período 2016 – 2017, según edad. 	<p>Patologías bucales infecciosas en tejidos blandos.</p> <p>Covariables: Género Edad</p>	<p>La presente investigación no posee hipótesis por ser de naturaleza descriptiva.</p>	<p>Tipo: Cuantitativo, transversal, retrospectivo, observacional, descriptivo.</p> <p>Nivel: Descriptivo.</p> <p>Diseño: No experimental, descriptivo simple.</p> <p>Población y muestra: La población estuvo conformada por las 677 historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio dental del Hospital III EsSalud Chimbote, en el período 2016 - 2017. Aplicando la fórmula para población finita, se determinó la muestra, la cual estuvo conformada por 245 historias clínicas.</p>

4.7 Principios éticos

La investigación tomó en cuenta todos los principios y valores éticos estipulados por la ULADECH Católica.³⁵

- Protección a las personas.- Se respetó la dignidad humana, la identidad, la diversidad, la confidencialidad y la privacidad.
- Beneficencia y no maleficencia.- Se aseguró el bienestar de las personas que participaron en la investigación. 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 ejerció un juicio razonable y ponderable, tomando las precauciones necesarias para otorgar equidad y justicia a todos los participantes e involucrados en la investigación, teniendo así mismo el derecho de acceder a sus resultados.
- Integridad científica.- La integridad del investigador resultó especialmente relevante cuando en función de las normas deontológicas de su profesión, se evaluaron y declararon los posibles daños, riesgos y beneficios potenciales que pudieron afectar a quienes participaron en la investigación.
- Consentimiento informado y expreso.- Se contó con la manifestación de voluntad informada, libre, inequívoca y específica; mediante la cual las personas que participaron en el estudio o el titular de los datos, consienten el uso de la información para los fines específicos establecidos en la investigación.³⁵

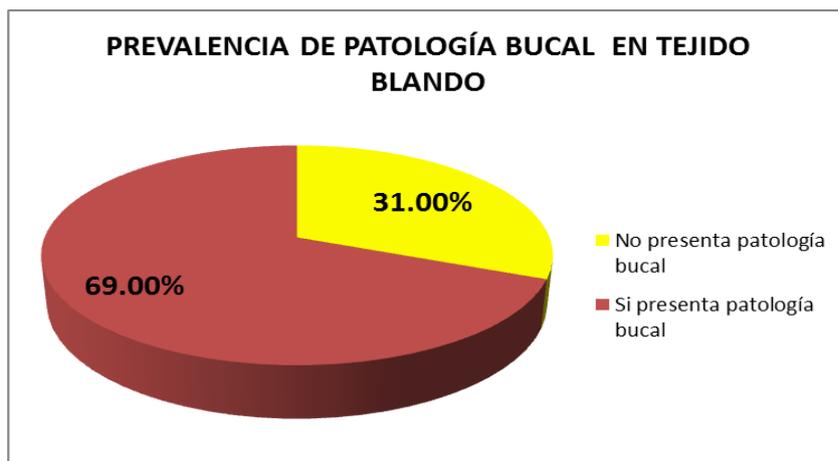
V. RESULTADOS

5.1. Resultados

Tabla 1: Prevalencia de patologías bucales infecciosas en tejidos blandos en pacientes atendidos en el servicio dental del Hospital III EsSalud, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Región Áncash, en el período 2016 – 2017.

Patologías bucales infecciosas en tejidos blandos	f	%
No presenta	76	31,0%
Sí presenta	169	69,0%
Hiperplasia fibrosa traumática	10	4,1%
Pericoronaritis	15	6,1%
Celulitis facial	12	4,9%
Úlcera aftosa rescurrente	3	1,2%
Granuloma piógeno	4	1,6%
Gingivitis ulceronecrotizante aguda (GUNA)	6	2,4%
Estomatitis aftosa herpetiforme	5	2,1%
Aftas vulgares	5	2,1%
Queilitis angular	8	3,3%
Absceso profundo de la lengua	1	0,4%
Adenitis cervico facial aguda	2	0,8%
Gingivitis	98	40,0%
Total	245	100,00%

Fuente: Ficha de recolección de datos.



Fuente: Datos de la tabla 1.

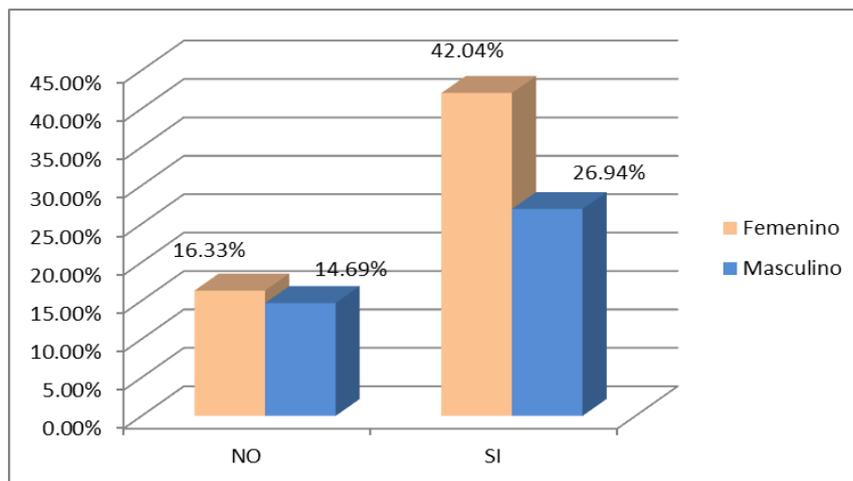
Gráfico 1: Prevalencia de patologías bucales infecciosas en tejidos blandos en pacientes atendidos en el servicio dental del Hospital III EsSalud, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Región Áncash, en el período 2016 – 2017.

Interpretación: Se observa que el 31% (76) no presentó patologías bucales infecciosas en tejidos blandos y el 69% (169) si presentó, de las cuales la más frecuente fue la gingivitis con un 40% (98), y la menos frecuente el absceso profundo de la lengua con 0,4% (1).

Tabla 2: Prevalencia de patologías bucales infecciosas en tejidos blandos en pacientes atendidos en el servicio dental del Hospital III EsSalud, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Región Áncash, en el período 2016 – 2017, según género.

Género	Patologías bucales				Total	
	No presenta		Si presenta			
	f	%	f	%		
Femenino	40	16%	103	42%	143	58%
Masculino	36	15%	66	27%	102	42%
Total	76	31%	169	69%	245	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos.



Fuente: Datos de la tabla 1.

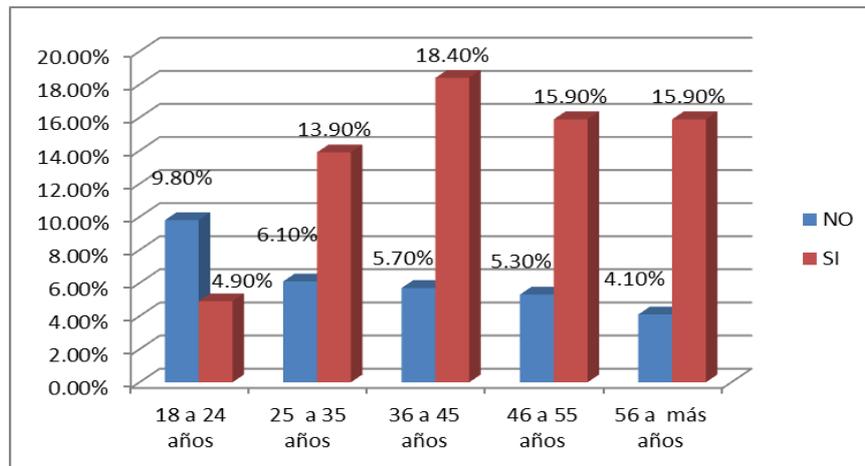
Gráfico 2: Prevalencia de patologías bucales infecciosas en tejidos blandos en pacientes atendidos en el servicio dental del Hospital III EsSalud, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Región Áncash, en el período 2016 – 2017, según género.

Interpretación: Se observa que en el género femenino, el 42% (103) si presentó patologías bucales infecciosas en tejidos blandos y el 16% (40) no presentó. En el género masculino, el 27% (66) si presentó patologías bucales infecciosas en tejidos blandos y el 15% (36) no presentó.

Tabla 3: Prevalencia de patologías bucales infecciosas en tejidos blandos en pacientes atendidos en el servicio dental del Hospital III EsSalud, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Región Áncash, en el período 2016 – 2017, según edad.

Edad	Patologías bucales				Total	
	No presenta		Si presenta			
	f	%	f	%		
18 a 24	24	10%	12	5%	36	15%
25 a 35	15	6%	34	14%	49	20%
36 a 45	14	6%	45	18%	59	24%
46 a 55	13	5%	39	16%	52	21%
56 a más	10	4%	39	16%	49	20%
Total	76	31%	169	69%	245	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos.



Fuente: Datos de la tabla 3.

Gráfico 3: Prevalencia de patologías bucales infecciosas en tejidos blandos en pacientes atendidos en el servicio dental del Hospital III EsSalud, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Región Áncash, en el período 2016 – 2017, según edad.

Interpretación: Del 69% de pacientes que presentó patologías bucales infecciosas en tejidos blandos, el 18% fue del grupo etario de 36 a 45 años, el 16% del grupo de 46 a 55 años de edad, el 16% del grupo de 56 años a más, el 14% del grupo de 25 a 35 años y el 5% del grupo de 18 a 24 años de edad.

5.2 Análisis de resultados

Se puso observar que la prevalencia de patologías bucales infecciosas en tejidos blandos en pacientes atendidos en el servicio dental del Hospital III EsSalud, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Región Áncash, en el período 2016 – 2017 es de 69,0%; en donde se evidencia con mayor frecuencia a la gingivitis con un 40%. Datos similares fueron encontrados por Bravo S.¹⁵ que halló la prevalencia de celulitis en un 6%.

Barria H.¹⁶ en su investigación halló las patologías buco maxilofaciales de mayor prevalencia diagnosticadas histopatológicamente mediante biopsia a la hiperplasia fibrosa traumática (épulis fisurado) en un 4,38%; y granuloma piógeno en un 4,13%. Así también Robello J, et al.¹⁷ hallaron de manera similar que la enfermedad bucal de mayor frecuencia fue la gingivitis generalizada leve con un 24,3%.

Kelloway E, et al.¹², analizaron la prevalencia de patologías orales y maxilofaciales, hallando que la patología de la mucosa fue la más común con hiperplasia fibrosa en un 15,2%.

Respecto a la prevalencia de gingivitis hay respaldo en las bases teóricas cuando ocurre ataque inicial de invasión de placa subgingival de un polimicrobiano sinérgico y secuencial, que aparece de forma aerobia causando caries y gingivitis. El aumento de la progresión depende de la prevalencia de bacterias acidógenas, también los tipos de alimentos en la dieta.²²

Por otro lado, según género, Bravo S.¹⁵ halló la prevalencia de patologías bucales en un 50,7% en el género femenino; igualmente Robello J, et al.¹⁷ hallaron la presencia de gingivitis generalizada leve como más prevalente en el sexo femenino, coincidiendo con los datos de la presente investigación.

Casnati B.¹⁰ encontró que la candidiasis y las lesiones proliferativas se observaron en 26% y en 17% de las personas y se presentaron significativamente asociadas al género femenino. La prevalencia de la leucoplasia fue del 7% y en el análisis multivariado presentó una asociación significativa con el consumo de mate.

Con respecto a las edades, en el presente estudio se encontró que en el grupo de 36 a 45 años hubo una mayor prevalencia de enfermedades infecciosas en tejidos blandos en el 18% de la población. Bravo S.¹⁵ halló la prevalencia de celulitis en un promedio de edad de 37 años con una DE ($\pm 15,803$). Por otro lado, Lemus J.⁹ a diferencia del presente trabajo, refiere que los procesos infecciosos se presentaron con mayor frecuencia en las primeras décadas de la vida de sus investigados. Así también Robello J, et al.¹⁷, encontraron de manera similar a los resultados del presente estudio, que la enfermedad bucal de mayor frecuencia fue la presencia de gingivitis generalizada leve en el rango etario de 31 a 40 años.

Finalmente, los resultados se apoyan en la literatura, ya que esta describe el factor de susceptibilidad elevada del huésped que descontrola el progreso de las enfermedades bucales en los pacientes muy independiente de la edad y género del huésped.²¹

VI. CONCLUSIONES

1. La prevalencia de patologías bucales infecciosas en tejidos blandos en pacientes atendidos en el servicio dental del Hospital III EsSalud, de Chimbote, Provincia del Santa, Región Áncash, en el período 2016 –2017 fue de 69%.
2. En el género femenino, la prevalencia de patologías bucales infecciosas en tejidos blandos fue de 42,08% y en el género masculino fue de 26,94%.
3. Según la edad, los grupos con mayor prevalencia de patologías bucales infecciosas en tejidos blandos fue de 46 a 55 años y de 56 años a más, con un 15,9% en cada grupo.

ASPECTOS COMPLEMENTARIOS

Recomendaciones:

1. Se recomienda a los coordinadores de los internos de odontología de otros establecimientos hospitalarios, incentivar con las investigaciones de este rubro, haciendo la gestión ante sus directivos.
2. Se recomienda a los futuros investigadores, realizar este tipo de estudios incluyendo aspectos socioeconómicos y culturales que influyen en la atención odontológica en los pacientes con patologías bucales infecciosas en tejidos blandos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rose L., Steinberg, B., Minsk, L. Periodontal inflammation: From gingivitis to systemic disease. *Compen Contin Educ Dent.* 2000; 21(10): 871-877.
2. Liébana J. *Microbiología Oral.* 2da ed. España: McGraw-Hill-Interamerica; 2002.
3. Bascones A, et al. Consensus statement on antimicrobial treatment of odontogenic bacterial infections. *Rev Med Oral, Patol Oral Cir Bucal.* 2004; 9(1): 363-376.
4. Serrano P, et al. *La salud bucodental en los mayores. Prevención y cuidado para una atención integral.* Instituto de Salud Pública en colaboración con la Sociedad Madrileña de Geriatria y Gerodontología. España; 2003.
5. Nocchi, C. *Odontología restauradora, salud y estética.* 2da ed. España: Panamericana Ed; 2008.
6. Matesanz A, et al. Del conocimiento de la etiología bacteriana al tratamiento y la prevención de las infecciones más prevalentes en la comunidad: Las infecciones odontológicas. *Rev Esp Quimioterap.* 2005; 18 (2): 136-145.
7. Red Asistencial Áncash – Comunicado | EsSalud www.essalud.gob.pe/red-asistencial-ancash-.
8. Ferrín J. Prevalencia de la pericoronaritis relacionada a los terceros molares inferiores semestre B, UCSG 2015 [Tesis para optar el título profesional]. Ecuador: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2016.
9. Lemus J. Lesiones bucales con estudio histopatológico, vistas en el servicio de patología oral de la Universidad Autónoma de Manizales en un periodo de 10

- años. Un análisis de su prevalencia [Tesis para optar el título profesional]. Cuba: Universidad Autónoma de Manizales; 2015.
10. Casnati B, et al. Prevalencia y factores de riesgo de las lesiones de la mucosa oral en la población urbana del Uruguay. *Odontoestomatología* [Internet]. 2013 [consultado 20 de noviembre del 2019]; 15(1): 58-67. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392013000200007&lng=es
 11. López M, Martínez M. Prevalencia e incidencia de diagnósticos histopatológicos en cabeza y cuello 2006-2013. Siete años de experiencia del Servicio de Patología Oral y Maxilofacial Unidad de Especialidades Odontológicas México. *Rev Salud Milt Mex*. 2015; 69 (1).
 12. Kelloway E, et al. Un análisis retrospectivo de la patología oral y maxilofacial en una población adulta australiana. *Australian Dental Journal*. 2014; 59(1): 215–220.
 13. Lima-Lucero AG. Identificación de Microorganismos potencialmente patógenos en cavidad bucal en madres e hijos en edad preescolar. [Tesis para optar el título profesional]. México: Universidad Autónoma Benito Juárez De Oaxaca; 2013.
 14. Lasa J, et al. Bacteriemia En Pacientes Internados Con Celulitis Servicio de Clínica Médica Hospital Británico Buenos Aires. *Scielo Argentina*. 2011; 72(4).
 15. Bravo S. Principales factores de riesgo y prevalencia de celulitis en el servicio de medicina del Hospital de Ventanilla, periodo enero - diciembre 2016 [Tesis para optar el título profesional]. Perú: Universidad Ricardo Palma Facultad de Medicina Humana; 2018.
 16. Barria H. Prevalencia de las patologías buco maxilofaciales diagnosticadas

- histopatológicamente mediante biopsia en el servicio de estomatología quirúrgica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza del 2010 al 2015 [Tesis para optar el título profesional]. Perú: Universidad San Martín de Porres; 2017.
17. Robello J, et al. Frecuencia de enfermedades bucales en pacientes atendidos en una clínica especializada en odontología en Lima-Perú. *Rev. Kuru*. 2014; 11(1): 50-5. 2.
 18. Medina J. Celulitis facial odontogénica en pacientes hospitalizados en un hospital especializado en pediatría. Servicio de Dermatología del Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN), Lima, Perú. *Dermatol Perú*. 2012; 23(1).
 19. Holmstrup, P, Poulsen, Andersen L, Fiehn N. Oral infections and systemic diseases. *Dent Clin N Am*. 2003; 47(1): 575-598.
 20. Posligua T. Antibioticoterapia en el manejo de las patologías de los tejidos blandos de la cavidad bucal. [Tesis para optar el título profesional]. Ecuador: Universidad De Guayaquil; 2014.
 21. Barasona P. Epidemiología de la caries. En: García Barbero, J. (Ed.). *Patología y terapéutica dental*. Síntesis, Madrid. 1997; 137-145.
 22. Loesche, W, Grossman, N. Periodontal disease as a specific, albeit chronic, infection: Diagnosis and treatment. *Rev. Clin Microbiol*. 2001; 14: 727-752.
 23. Bascones A, Figuera E. Periodontal diseases as bacterial infection. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2004; 9 (2): 92-107.
 24. Prieto, J, Maestre J. Tratamiento de las infecciones de etiología mixta. En: Bascones, A., Perea, E.J. (Eds.). *Infecciones orofaciales*. 2003; 2(1): 245-256.
 25. Laheij J, Kistler G, Belibasakis H, Valima J. Healthcare-associated viral and bacterial infections in dentistry European Oral Microbiology Workshop. 2011.

26. Negroni M. Microbiología estomatológica, Fundamentos y guía práctica. Mexico: Editorial Panamericana; 1999.
27. Regezi J, Sciubba J. Patología Bucal-Correlaciones clínico patológicas. 3ra ed. México: Editorial McGraw-Hill Interamericana; 2000.
28. Peterson L. Principles of management and prevention of odontogenic infections. 2da ed. Mexico: Editorial Panamericana; 2010.
29. Peterson L, Ellis E, Hupp J, Tucker M. Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery. St. Louis: Mosby; 2003. p. 344-66.
30. Silva J, Anjos L, Moreira G. Frequência de patologías bucais diagnosticadas em Clínica Odontológica Universitária. Revista Cubana de Estomatología. 2014; 51(1): 43-54.
31. Supo J, Niveles y tipos de investigación: Seminarios de investigación. Perú: Bioestadístico; 2015.
32. Organización Mundial de la Salud. Género. OMS. 2019. Disponible en: <https://www.who.int/topics/gender/es/>
33. Vargas E, Espinoza R. Tiempo y edad biológica [Internet]. Arbor [Consultado el 26 de octubre del 2020]; 2013. Disponible en: <http://arbor.revistas.csic.es/index.php/arbor/article/view/1563/1618>
34. Guevara N. Prevalencia de lesiones en la mucosa oral en pacientes atendidos en el servicio de estomatología del hospital militar Central del Perú durante el periodo 2001-2016 [Tesis para optar el título profesional]. Perú: Universidad Privada Norbert Wiener; 2017.
35. Comité institucional de ética en investigación. Código de ética para la investigación. Chimbote: ULADECH Católica; 2019.

ANEXOS

ANEXO 1: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FICHA EPIDEMIOLÓGICA

Introducción: La presente ficha de registro forma parte de un trabajo de investigación. Los resultados obtenidos a partir de éste serán utilizados para evaluar la Prevalencia de patologías bucales infecciosas en tejidos blandos.

I. DATOS GENERALES: Edad:.....años Género.....

II. DATOS ESPECÍFICOS:

N° De Historia	Edad	Genero	Prevalencia de patologías bucales infecciosas en tejidos blandos															
			No presenta	Si presenta														
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			

Cod.	PATOLOGÍAS EN TEJIDOS BLANDOS
1.	Hiperplasia fibrosa traumática
2.	Pericoronaritis
3.	Celulitis facial
4.	Úlcera aftosa rescurrente
5.	Granuloma piógeno
6.	Gingivitis ulcero necrotizante aguda (GUNA)
7.	Estomatitis aftosa herpetiforme
8.	Aftas vulgares
9.	Queilitis angular
10.	Absceso profundo de la lengua
11.	Adenitis cervico facial aguda
12.	Gingivitis

Fuente: Guevara N. Prevalencia de lesiones en la mucosa oral en pacientes atendidos en el servicio de estomatología del hospital militar Central del Perú durante el periodo 2001-2016.³⁴

ANEXO 2: CARTA DE PRESENTACIÓN



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA
"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

Chimbote, 04 de Julio del 2018

CARTA N° 024-2018- DIR-EPOD-FCCS-ULADECH Católica

Señora:
Dra. Sialer Grille de Urdanivia
Jefa de la División de Admisión Hospital III ESSALUD Chimbote.
Presente.-

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

En cumplimiento del Plan Curricular del programa de Odontología, el estudiante viene desarrollando la asignatura de Tesis, a través de un trabajo de investigación denominado **"Prevalencia de patologías bucales infecciosas en tejidos blandos en pacientes atendidos en el servicio dental del Hospital III ESSALUD, de la Provincia del Santa, Distrito de Chimbote, Región Ancash en el periodo 2016 - 2017"**

Para ejecutar su investigación, el alumno ha seleccionado la institución de salud en la Cual Ud. Es la Jefe de admisión, para lo cual, solicito brindarle las facilidades del caso al **Sr.: Simón Salinas Luis Fabián**; a fin de realizar la recolección de datos.

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

Atentamente;



Mg. C.D. Wilfredo Ramos Torres
DIRECTOR

Area: Adm. Operativa
NIT: 674 | 2018 | 5256

Av. Pardo Nro. 4199 - A.H. San Juan
Chimbote, Perú
Telf: (043) 209131 - (043) 350411
escuela_odontologia@uladech.edu.pe
www.uladech.edu.pe

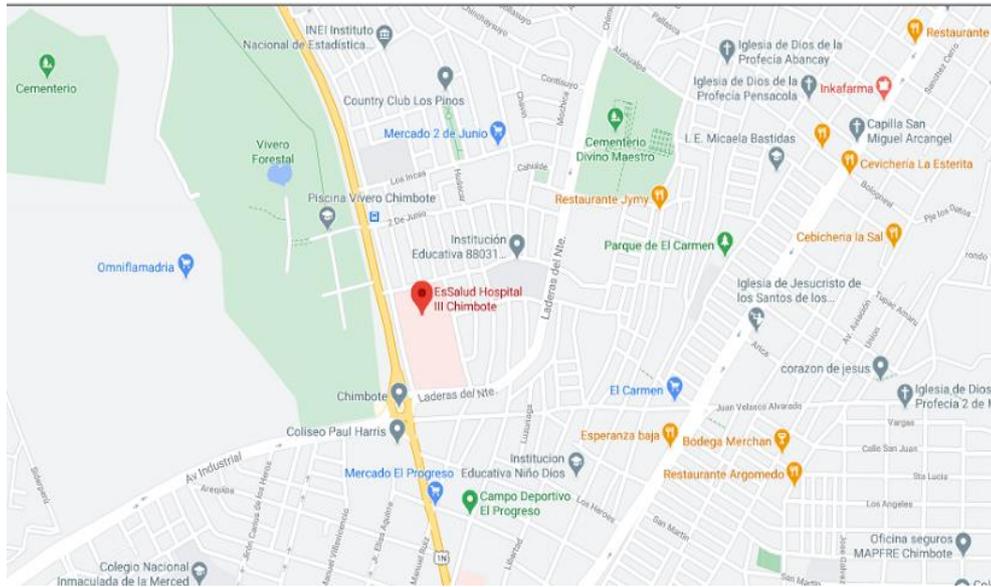
ANEXO 3: EVIDENCIA FOTOGRÁFICA



Investigador en las instalaciones del Hospital III EsSalud Chimbote



Instalaciones de Archivo General del Hospital III EsSalud Chimbote.



Ubicación del Hospital III de EsSalud Chimbote: Urb. Laderas del Norte, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Región Áncash.