



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA
FRECUENCIA DE ENFERMEDADES INTRAORALES EN
NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD, ATENDIDOS
EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ULADECH
CATÓLICA, DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA
DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ÁNCASH, 2017
TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
CIRUJANO DENTISTA**

AUTOR:

SMITH PÉREZ, KIHOSHY STEEWARD

ORCID: 0000-0002-9125-0771

ASESOR:

REYES VARGAS, AUGUSTO ENRIQUE

ORCID: 0000-0001-5360-4981

CHIMBOTE – PERÚ

2020

1. Título de la tesis

**FRECUENCIA DE ENFERMEDADES INTRAORALES EN
NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD, ATENDIDOS
EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ULADECH
CATÓLICA, DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA
DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ÁNCASH, 2017**

2. Equipo de trabajo

AUTOR

Smith Pérez, Kihoshy Steeward.

ORCID: 0000-0002-9125-0771

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, estudiante de Pregrado,
Chimbote, Perú

DOCENTE TUTOR INVESTIGADOR

Reyes Vargas, Augusto Enrique

ORCID: 0000-0002-6012-8407

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

Zelada Silva, Wilson Nicolás.

ORCID: 0000-0002-6002-7796

3. Hoja de firma del jurado y asesor

Mgtr. SAN MIGUEL ARCE, ADOLFO RAFAEL.

PRESIDENTE

Mgtr. CANCHIS MANRIQUE, WALTER ENRIQUE.

MIEMBRO

Mgtr. ZELADA SILVA, WILSON NICOLÁS.

MIEMBRO

Mgtr. REYES VARGAS, AUGUSTO ENRIQUE.

ASESOR

4. Agradecimiento y dedicatoria

Agradecimiento

A Dios, por brindarme la oportunidad de llegar hasta este momento muy importante de mi formación profesional.

A mis padres, por el apoyo incondicional, su esfuerzo de día a día para que yo sea un profesional.

Dedicatoria

A mis padres, a mi familia, por ser mi pilar y por tener tantas expectativas de mí; tengan por seguro que no los defraudaré y espero que se encuentren orgullosos de mí, como yo me siento orgulloso de ustedes.

El autor.

5. Resumen y abstract

Resumen

El **objetivo** de la investigación fue determinar la frecuencia de enfermedades intraorales en niños menores de 5 años de edad, atendidos en la Clínica Odontológica ULADECH Católica, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, 2017. **Metodología:** fue de tipo cuantitativo, observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo, de nivel descriptivo y de diseño no experimental observacional. La población se conformó por 50 historias clínicas de niños menores de 5 años y la muestra fueron 44 historias clínicas, determinados por muestreo no probabilístico por conveniencia. Se utilizó una ficha de recolección de datos, el procesamiento estadístico se realizó en SPSS. **Resultados:** la frecuencia de lesiones cariosas fue del 100% (44) de las historias clínicas estudiadas; la frecuencia enfermedades pulpares fue del 59,1% (26) y la frecuencia de enfermedad periodontal fue del 45,4% (20). **Conclusión:** La frecuencia de enfermedades intraorales en niños menores de 5 años de edad, atendidos en la Clínica Odontológica ULADECH Católica, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, 2017 fue 100% (44).

Palabras clave: *enfermedad intraoral, enfermedad periodontal, lesión cariosa.*

Abstract

The **objective** of the research was to determine the frequency of intraoral diseases in children under 5 years of age, treated at the ULADECH Catholic Dental Clinic, District of Chimbote, Province of Santa, Department of Áncash, 2017. **Methodology:** it was quantitative, observational, retrospective, cross-sectional and descriptive, descriptive level and observational non-experimental design. The population was made up of 50 medical records of children under 5 years of age and the sample consisted of 44 medical records, determined by non-probability sampling for convenience. A data collection sheet was used; statistical processing was carried out in SPSS. **Results:** the frequency of carious lesions was 100% (44) of the clinical records studied; the frequency of pulp diseases was 59.1% (26) and the frequency of periodontal diseases was 45.5% (20). **Conclusion:** The frequency of intraoral diseases in children under 5 years of age, treated at the ULADECH Católica Dental Clinic, District of Chimbote, Province of Santa, Department of Áncash, 2017 was 100% (44).

Key words: *carious lesion, intraoral disease, periodontal disease.*

6. Contenido

1. Título de la tesis	ii
2. Equipo de trabajo	iii
3. Hoja de firma del jurado y asesor	iv
4. Agradecimiento y dedicatoria	v
5. Resumen y abstract	vii
6. Contenido	ix
7. Índice de tablas y gráficos	xi
I. Introducción	1
II. Revisión de la literatura	4
2.1. Antecedentes.....	4
2.2. Bases teóricas de la investigación	12
Caries dental	12
Prevalencia de caries dental.....	12
Etiología.....	15
Prevención de las lesiones cariosas	16
Mal estado de salud periodontal	18
Clasificación de enfermedades periodontales.....	20
Prevención	21
Índice de enfermedad periodontal	22
Enfermedad pulpar	23
Clasificación de la patología pulpar	24
Clasificación de la patología periapical.....	25
III. Hipótesis	26
IV. Metodología	27
4.1 Diseño de la investigación.....	27

4.2 Población y muestra.....	29
4.3 Definición y operacionalización de variables e indicadores.....	31
4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	32
4.5 Plan de análisis	33
4.6 Matriz de consistencia	34
4.7 Principios éticos.	35
V. Resultados.....	37
5.1. Resultados:	37
5.2. Análisis de resultados	41
VI. Conclusiones	44
Aspectos complementarios	45
Recomendaciones:	45
Referencias bibliográficas:.....	46
ANEXOS.....	53

7. Índice de tablas y gráficos

Índice de tablas

<i>Tabla 1.-</i> Frecuencia de enfermedades intraorales en niños menores de 5 años de edad, atendidos en la Clínica Odontológica ULADECH Católica, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, 2017	37
<i>Tabla 2.-</i> Frecuencia de lesiones cariosas en niños menores de 5 años de edad, atendidos en la Clínica Odontológica ULADECH Católica, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, 2017	38
<i>Tabla 3.-</i> Frecuencia de enfermedad pulpar en niños menores de 5 años de edad, atendidos en la Clínica Odontológica ULADECH Católica, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, 2017	39
<i>Tabla 4.-</i> Frecuencia de enfermedad periodontal en niños menores de 5 años de edad, atendidos en la Clínica Odontológica ULADECH Católica, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, 2017	40

Índice de gráficos

Gráfico 1.- Frecuencia de enfermedades intraorales en niños menores de 5 años de edad, atendidos en la Clínica Odontológica ULADECH Católica, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, 2017	37
Gráfico 2.- Frecuencia de lesiones cariosas en niños menores de 5 años de edad, atendidos en la Clínica Odontológica ULADECH Católica, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, 2017	38
Gráfico 3.- Frecuencia de enfermedad pulpar en niños menores de 5 años de edad, atendidos en la Clínica Odontológica ULADECH Católica, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, 2017	39
Gráfico 4.- Frecuencia de enfermedad periodontal en niños menores de 5 años de edad, atendidos en la Clínica Odontológica ULADECH Católica, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, 2017	40

I. Introducción

Desde sus inicios de la odontología, la búsqueda principal era la erradicación del dolor en las personas, aplicando técnicas que muchas veces no permitían mantener las piezas dentales en boca. En la actualidad, ya no solo se busca eliminar el malestar, por el contrario, se busca evitarlo. Una de las poblaciones con mayor riesgo a tener enfermedades en cavidad oral, son los niños, muchas veces por la falta de educación o también por la misma dificultad que concierna la edad del niño. (1,2)

En los últimos años la salud bucal ha mostrado mejoría en países desarrollados; sin embargo, en América Latina, por carecer aún de muchos recursos, la prevalencia de enfermedades bucales sigue siendo alarmante. La Organización Mundial de la Salud revela que entre 60% a 90% de niños presentan algún tipo de patología dental y que las dolencias bucodentales, tienden a ser más frecuentes en los grupos pobres y desfavorecidos. (3)

A nivel internacional, Tello G, Abanto J, Oliveira L, Sato C, Bonini G, Bönecker M. (Brasil, 2016), evidenciaron una prevalencia de caries en el 83% de la muestra; asimismo, la edad del niño, la presencia y severidad de caries dental están asociadas con la peor calidad de salud bucal de preescolares. Mientras que, Martín M., De Lértora M. (Argentina, 2016) evidenciaron la presencia de enfermedad gingival en el 100% de los casos, predominando con mayor frecuencia en las niñas de 5 años, incrementándose con la edad. (4,5)

En nuestro país el último reporte dado por el Ministerio de Salud señala que la prevalencia de caries dental es de 90.4%, de enfermedad periodontal 85% y de

maloclusiones el 80% siendo las tres patologías más prevalentes de nuestro medio y encontrándonos según la Organización Panamericana de la Salud en estado de emergencia. (6)

A nivel nacional, Banda M (Lima, 2015) evidenció una prevalencia de caries dental en dentición permanente fue de 92,0%, mientras que en la dentición decidua fue de 97,9%. La prevalencia de enfermedad periodontal fue de 56,62%, manifestándose esta únicamente por sangrado gingival. Ortiz F. (Perú, 2015) observó que la prevalencia de caries dental en niños de 3 a 5 años del 79,8% . (7,8)

Por lo expuesto el enunciado del problema fue ¿Cuál es la frecuencia de enfermedades intraorales en niños menores de 5 años de edad, atendidos en la Clínica Odontológica ULADECH Católica, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, 2017? El objetivo general fue, determinar la frecuencia de enfermedades intraorales en niños menores de 5 años de edad, atendidos en la Clínica Odontológica ULADECH Católica, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, 2017. Y los objetivos específicos: determinar la frecuencia de lesiones cariosas, determinar la frecuencia de enfermedades pulpares y determinar la frecuencia de enfermedad periodontal en niños menores de 5 años de edad, atendidos en la Clínica Odontológica ULADECH Católica, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, 2017.

La investigación se justifica por conveniencia, porque sirvió para determinar la frecuencia de enfermedades intraorales en niños menores de 5 años, con fines de obtener estadísticas reales y significativas de las enfermedades con alto impacto en

esta población; asimismo, posee relevancia social, dado que benefició a profesionales odontólogos con la actualización sobre las patologías; asimismo sirve como antecedentes para futuras investigaciones. Posee implicancias prácticas y relevancia metodológica, porque logró generalizar los resultados a nociones más profundas; asimismo, el instrumento fue de gran ayuda metodológica en la recolección de datos. La investigación ayudó a obtener un panorama más claro sobre la salud bucal, para así poder elaborar más estrategias al momento de atender a los infantes y no solo avocarnos a los dientes, sino poder profundizar más en su salud en general.

La investigación se realizó en la Clínica Odontológica ULADECH Católica, planteó una metodología de tipo cuantitativo, observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo, de nivel descriptivo y diseño no experimental observacional; la muestra estuvo conformada 44 historias clínicas de pacientes niños menores de 3 a 5 años. Los resultados demostraron que la frecuencia de enfermedades intraorales en niños menores de 5 años fue del 100% (44). Concluyendo que el total de los casos estudiados presentan enfermedades intraorales y la necesidad de tratamiento inmediato.

La investigación consta a tres apartados, inicia con la introducción (problemática, enunciado del problema, objetivos y justificación); revisión de la literatura y la hipótesis. Seguido la metodología, tipo, nivel y diseño de investigación, población y muestra, operacionalización de variables; técnica e instrumento de recolección de datos, plan de análisis, matriz de consistencia y principios éticos. Finalmente, los resultados, análisis de resultados, conclusiones y recomendaciones.

II. Revisión de la literatura

2.1. Antecedentes

Internacional

Fort A, Fuks A, Napoli A, Palomba S, Pazos X, Salgado P, et al. (Argentina, 2017). En su estudio titulado, Distribución de caries dental en asociación con variables de protección social en niños de 12 años del partido de Avellaneda, provincia de Buenos Aires. **Objetivo:** Determinar la distribución de lesiones cariosas en comparación con las variables de protección social. **Metodología:** fue de tipo descriptivo, observacional, no experimental. La muestra se conformó por 656 escolares de 12 años a quienes se les realizó exámenes intraorales ceñidos al índice CPOD con el objetivo de medir la morbilidad dentaria, prevalencia de caries y severidad de caries en esta población. **Resultado:** Al analizar los datos evidenciaron que la escuela con mayor población estudiada era Wilde con 38,65% y con menor población estudiada era el colegio Piñeyro con 6%. Asimismo, evidenciaron que el 13,8% no presentaba lesiones cariosas, mientras que el 86,2% presentaba lesiones cariosas, de los cuales el 43,6% se encontraba en un nivel de severidad baja, el 29,3% en un nivel de severidad media y el 13,3% presentaba nivel de severidad alta. **Conclusión:** La prevalencia de caries dental, fue elevada, indistintamente del colegio al que provenían los alumnos. (9)

Martín M, De Lértora M. (Argentina, 2016). En su estudio titulado, Prevalencia de enfermedad gingival en niños con dentición primaria. **Objetivo:** determinar la prevalencia y severidad de enfermedad gingival.

Metodología: fue de tipo descriptivo, observacional, no experimental. La muestra se conformó por 77 niños; a quienes se les realizó un examen intraoral, la información se registró en una ficha de recolección de datos.

Resultado: En 15 casos de la muestra (19%) se observó enfermedad gingival y el resto (81%) presentó valores compatibles con salud. En relación a los grupos etarios, la mayor frecuencia de gingivitis se observó a los 5 años (73.3%), registrándose los menores valores a los 4 años (6.6%). En el 100% de los casos, los niños/as reportaron Índice de Loe - Silness Grado 1, determinante de gingivitis leve, sin obtener registros de Índices 2 y 3.

Conclusión: La prevalencia de enfermedad gingival, se encontró mayormente en las niñas, siendo la edad de 5 años, la edad con mayor prevalencia de niños afectados con enfermedad gingival. (5)

Romero Y, Carrillo D, Espinoza N, Díaz N. (Venezuela, 2016). En su estudio titulado, Perfil epidemiológico de la salud bucal de una población escolarizada del Municipio Campo Elías del estado Mérida. **Objetivo:** Evidenciar el perfil epidemiológico de la salud bucal de una población escolarizada. **Metodología:** fue de tipo descriptivo, observacional, no experimental. La muestra se conformó por 627 escolares. A quienes se les realizó un examen clínico bucal, se utilizaron los índices establecidos por la OMS, el instrumento de recolección fue una ficha y hoja de datos. **Resultado:** el porcentaje de escolares con lesiones cariosas activas y tratadas, en el grupo etario de 5 a 7 años de edad fue del 33,17%; de los cuales el 56,25% presentó lesiones cariosas en dentición temporal y en dentición permanente 25,48% presentó lesiones cariosas; de los escolares de 12 años de edad, al cual

pertenecían el 34,76% de la población estudiada, el 43,57% tenía dientes cariados, el 22,01% presentaba dientes obturados y al 3,21% le habían realizado extracciones dentarias. Asimismo, en el grupo etario de 15 años, al cual pertenecía el 32,05%, el 61,69% presentó dientes cariados, el 36,81% tenía dientes obturados y al 7,96% le habían realizado extracciones dentarias.

Conclusión: La prevalencia de caries dental, estuvo presente en más del 50% de la población estudiada, pero, el porcentaje estuvo muy apegado a ello. (10)

Nacional

Calderón A., Condorhuamán J. (Lima, 2016). En su estudio titulado, Perfil de salud bucal en estudiantes de 06 a 07 y de 11 a 13 años del colegio Manuel Scorza, Villa María del Triunfo, Lima-Perú. **objetivo:** determinar el perfil de salud bucal que incluye prevalencia de caries dental, índice de higiene oral, prevalencia de enfermedad periodontal, maloclusiones, fluorosis, lesiones bucales y la localización de estas, en escolares de 06 a 07 y de 11 a 13 años de edad. **Metodología:** fue de tipo descriptivo de corte transversal; la población estuvo conformada por 280 estudiantes y la muestra por 151 estudiantes; se utilizó el índice COPD, IHOS, índice de Russell, índice de Dean y el índice de maloclusión. Como instrumento se utilizó una ficha de recolección de datos. **Resultados:** Se encontró que el índice de caries CPOD es de 3,05, y el COD de 4,29, el IHOS fue regular en 75,3 %, el nivel de fluorosis fue muy leve en 9,2%, 53% presentó gingivitis leve, la maloclusión ligera fue la más observada con 72.8%, las lesiones más prevalentes fueron abscesos de origen dental en 7,9% y localizadas en surco vestibular. **Conclusión:** El índice de caries en dentición permanente es moderado y en dentición decidua es

moderado con tendencia a alto, la higiene oral es regular, presentan gingivitis leve y maloclusión ligera, el grado de fluorosis es leve y la lesión más frecuente fue absceso de origen dental en el surco vestibular. (11)

Rojas A., Pachas F. (La Libertad, 2015). En su estudio titulado, Perfil epidemiológico de salud oral e indicadores de riesgo en escolares adolescentes de la localidad de Cartavio (La Libertad, Perú). **Objetivo:** determinar la asociación del perfil epidemiológico de salud oral con indicadores de riesgo en escolares adolescentes de 10 a 15 años de edad, residentes en la localidad de Cartavio, La Libertad. **Metodología:** fue de corte transversal, descriptivo. La población estuvo conformada por 1765 escolares de 10 a 15 años de edad procedentes de instituciones públicas, la muestra fueron 819 escolares; se empleó la observación directa para determinar la condición del perfil epidemiológico; la técnica se desarrolló según lo propuesto por la OMS, para caries dental y enfermedad periodontal. **Resultados:** La prevalencia y severidad de caries dental (CPO-D) fue de 70,1% y 2,22 respectivamente. Se mostró una prevalencia de 65,3% (12 años) y 79% (15 años); el CPO-D fue de 1,94 y 3,39, a los 12 y 15 años respectivamente. El índice de significancia de caries (SIC) fue de 4,54 (12 años) y 6,96 (15 años). El valor CPITN con sextantes sangrantes fue más elevado a menor edad, contrario a la presencia de cálculos. El IHO-S fue 1,55 (DE=0,89). La edad del escolar, el grado de instrucción del jefe de familia (primaria), la visita y acompañamiento al dentista, así como el motivo restaurador, se comportaron como predictores de caries dental. **Conclusión:** La prevalencia de caries dental en la población de 10 a 15 años, así como su severidad, tuvo tendencia a incrementarse con la

edad, sin asociación según el sexo, resultado similar mostró el SIC. (12)

Banda M. (Lima, 2015). En su estudio titulado, Perfil epidemiológico del proceso salud-enfermedad bucal en escolares de 06 a 12 años de edad, de dos instituciones educativas estatales del distrito de El Agustino-Lima, el año 2014. **Objetivo:** determinar el perfil epidemiológico del proceso salud-enfermedad bucal en escolares de 06 a 12 años de edad, de dos instituciones educativas del distrito de El Agustino-Lima. **Metodología:** el estudio fue no experimental, descriptivo, de corte transversal; la población se conformó por 2276 niños entre 06 y 12 años y la muestra se conformó por 415 niños determinados por muestreo probabilístico. Se realizó un examen clínico y la información se registró en una ficha de recolección de datos. **Resultados:** El índice de higiene oral tuvo un promedio general de 2,10; siendo este valor un indicador de una higiene bucal mala. La prevalencia de caries dental en dentición permanente fue de 92,0%, mientras que en la dentición decidua fue de 97,9%. La prevalencia de enfermedad periodontal fue de 56,62%, manifestándose esta únicamente por sangrado gingival. Un 79,28% presentó algún grado de maloclusión. **Conclusión:** las prevalencias los principales índices analizados: Para caries dental, la prevalencia fue de 95%; para enfermedad periodontal, la prevalencia fue de 57%; y para maloclusiones, la prevalencia fue de 79%. (7)

Ortiz F. (Perú, 2015). En su estudio titulado, Perfil epidemiológico de salud bucal en niños atendidos en el Seguro Social del Perú. **Objetivo:** determinar el perfil epidemiológico de salud bucal en niños de 3 a 5 años y 12 años de edad que se atendieron por primera vez y a nivel nacional en el Seguro Social

del Perú durante el año 2014. **Metodología:** fue de tipo descriptivo transversal; la muestra se conformó por 6.975 niños de 3 a 5 años y 2.375 niños de 12 años de edad, de las 28 Redes Asistenciales del Seguro Social del Perú (ESSALUD). Se realizó un examen clínico y se registró la información según los índices. **Resultados:** Se observó que la prevalencia de caries dental en los niños de 3 a 5 años fue del 79,8%; mientras que en los de 12 años fue del 90,4%, siendo el ceo-d y COP-D hallados de 4,57 (DS: 3,1) y 4,98 (DS: 2,7) respectivamente. Asimismo, se determinó que el número de piezas dentarias afectadas por la caries dental representó el 22,7% del total de dientes primarios y el 17,7% del total de dientes permanentes evaluados. **Conclusión:** Los resultados obtenidos nos demuestran la necesidad de mejorar la cobertura de atención odontológica en el Perú con una visión integral en el cuidado de la salud bucal desde edades tempranas; así como, priorizar políticas públicas sanitarias que optimicen las estrategias implementadas; a fin de revertir de manera sostenible el alto índice de caries dental en los niños peruanos. (8)

Local

Ángeles K. (Chimbote, 2017). En su estudio titulado, Perfil de salud bucal – enfermedad bucal en escolares de 6, 12 y 15 años de edad de la Provincia de Huaraz, Ancash, 2016. **Objetivo:** determinar el perfil de salud bucal – enfermedad bucal en escolares de 6, 12 y 15 años de edad de la Provincia de Huaraz, Región Ancash, 2016. **Metodología:** fue de nivel descriptivo, diseño de tipo observacional y corte transversal. La población se conformó por todos los escolares de 6, 12 y 15 años de edad de la Provincia de Huaraz y la muestra quedó conformada por 504 alumnos. Se aplicó una ficha de recolección de

datos para la evaluación de los índices ceod, CPOD, IPC–OMS e IMO–OMS.

Resultados: La prevalencia de caries dental fue de 94,84%; según CPO total a los 6 años fue de 7,79; a los 12 años de 5,81; a los 15 años de 9,27; la mayor prevalencia fue a los 15 años con 99,4% y en el sexo femenino de 12 y 15 años con 95,45%. La prevalencia de enfermedad periodontal fue de 92,26%, con la mayor prevalencia en el grupo de 15 años (94,05%) y en el sexo masculino (92,50%); respecto al perfil de salud bucal – enfermedad bucal de maloclusión, se calculó una prevalencia de maloclusión de 90,18%, la mayor prevalencia se halló a los 12 años con 94,05% y en el sexo masculino con 90,63%. **Conclusión:** La población estudiada presenta prevalencias de caries dental, enfermedad periodontal, y maloclusión de 94,84%, 92,26% y 90,18% respectivamente. (13)

Suarez D. (Chimbote, 2017). En su estudio titulado, Perfil de salud bucal en escolares de 6, 12 y 15 años de edad de la provincia de Sihuas, región Ancash en el año 2016. Objeto: conocer el perfil de salud bucal en escolares de 6, 12 y 15 años de edad de la provincia de Sihuas, región Ancash en el año 2016.

Metodología: fue de tipo cuantitativo y diseño observacional y transversal. la muestra se conformó por 459 alumnos de las instituciones educativas de la provincia de Sihuas en el año 2016. Se evaluó los índices ceod, CPOD, IPC–OMS e IMO–OMS. **Resultados:** La prevalencia de caries dental fue de 98,69%; la caries dental según el índice CPOD total a los 6 años fue de 6.82; a los 12 años fue de 5.96 y a los 15 años fue de 7.23. El mayor porcentaje de caries dental fue evidenciado a los 15 años con 99.33%, y en el sexo masculino a los 12 y 15 años con 100%. La prevalencia de enfermedades periodontales

fue de 58.28 %, con mayor proporción a los 12 años con 61.84%, y en el sexo femenino (60,54%). Las maloclusiones se presentaron en un 86,42% de los niños, encontrándose el mayor porcentaje a los 15 años con un 91,33 % y en el sexo masculino con un 89,68%. **Conclusión:** La población estudiada presentó prevalencias de caries dental, enfermedad periodontal y maloclusión dentaria de 98,69%, 58,28% y 86,42% respectivamente. (14)

Arellano G. (Chimbote, 2017). En su estudio titulado, 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. **Metodología:** de diseño observacional, de corte transversal y tipo cuantitativo. La muestra se conformó de 214 alumnos de las instituciones educativas de la provincia de Carhuaz. Se aplicó una ficha de recolección de datos para la evaluación de los índices ceod, CPOD, IPC–OMS e IMO–OMS **Resultados:** La prevalencia de caries dental fue de 80,84%; el CPO total a los 6 años fue de 7.72, a los 12 años fue de 2.70 y a los 15 años fue de 2.20; el mayor porcentaje de prevalencia de caries dental se dio a los 6 años con 96.15%, y en el sexo masculino a los 12 y 15 años 74,03%; respecto a la prevalencia de enfermedad periodontal esta fue del 30.88%, siendo mayor en el grupo de 15 años de edad (34.85%), y en el sexo masculino (31,17%). Respecto a las maloclusiones, se presentó en el 49,26%, la mayor prevalencia se dio a los 12 años con un 62,86 % y en el sexo femenino con un 62,71%. **Conclusión:** La prevalencia de caries dental, enfermedad periodontal y maloclusiones es del 80,84%, 30,88% y 49,26% respectivamente. (15)

2.2. Bases teóricas de la investigación

Caries dental

Enfermedad infectocontagiosa y de factores múltiples, producida por bacterias que cohabitan en la cavidad oral, en donde se produce la destrucción de los tejidos duros que viene a ser el esmalte, la dentina y el cemento de las piezas dentarias. (16)

Esta destrucción se produce de manera paulatina y progresiva gracias a los carbohidratos y azúcares residuales de la dieta diaria; los cuales son aprovechados por estas bacterias, las que para su metabolización producen ácidos, los que se encargan de la destrucción y cavitación de las piezas dentarias que a su vez servirá como nicho para acúmulo de restos alimenticios y la formación de un hábitat rico para la supervivencia y proliferación de bacterias. (16,17)

Prevalencia de caries dental

Esto varía según el estudio realizado, la edad de los participantes, el nivel de conocimiento sobre higiene oral, el tipo de defensa inmunológica, la presencia de apiñamiento dental. (18)

Según Espinoza y Col, la prevalencia de caries dental en el año 2015, fue alta en niños de Lima. Es la cantidad de personas que tienden a presentar una enfermedad específica, siendo ésta una característica de tiempo, espacio y frecuencia. (19)

Severidad de caries

Puede describirse de dos maneras, la primera, según la profundidad de la lesión o los tejidos que ha lesionado, así podríamos especificar el tipo de lesión como mancha blanca, caries de esmalte superficial, caries de esmalte profundo, caries de dentina superficial y caries de dentina profunda; segundo, según el número de piezas dentales con experiencia de caries, que, según la OMS, se mide según el índice de ceod, codificado de la siguiente forma: (20,21)

Código	Interpretación
0	Ningún diente cariado.
1	De 1 a 3 dientes cariados y obturados.
2	De 4 a más dientes cariados y obturados. (21)

Ceod

Este índice permite medir la prevalencia de lesiones cariosas en cavidad oral de pacientes con dentición temporal, donde C es cariada, E es extraída y O es obturada. (22)

CPOD

Esta clasificación permite registrar el número de dientes cariados, perdidos y obturados de dientes permanentes y se cuantifica de la siguiente forma. (22)

Puntaje	Interpretación
0,0 a 1,1	Muy bajo
1,2 a 2,6	Bajo

2,7 a 4,4 Moderado

4,5 a 6,5 alto. (22)

Índice de necesidad de tratamiento de caries dental

Es estimado posterior a la realización de la historia pasada de caries dental, es decir la verificación del estadio de la lesión cariosa hasta la producción de una lesión pulpar. Consta de una valoración de 00 a 14 en relación a la condición de salud y el tratamiento necesario. (22)

Índice de Clune

Es un índice que solo se basa en la visualización de 4 piezas permanentes que son las primeras molares, evidenciando la condición en la que se encuentran con un puntaje de 40, es decir, 10 puntos pieza dental. (22)

Puntos	Interpretación
---------------	-----------------------

10	Diente completamente sano.
----	----------------------------

-0.5	Se le resta este puntaje por superficie dental obturada.
------	--

-1	Se resta este puntaje por superficie dental cariada.
----	--

-10	Se le resta a la sumatoria final, cuando el diente fue extraído por lesión cariosa. (22)
-----	--

Índice de Knutson

Es un índice que permite verificar la prevalencia de lesiones cariosas en una muestra, es decir un grupo de personas, evidenciando en sí solo la presencia de lesiones cariosas, más no las características de profundidad o severidad. (22)

Etiología

Dentro de los factores que predisponen la formación de una lesión cariosa, se pueden clasificar según el huésped, el ambiente y el sustrato. (23)

Aunque la infección por bacterias causantes de las caries no distingue raza, sexo, o procedencia mencionaremos algunos factores que hacen que la enfermedad se propague más rápidamente. (24)

- **Morfología Dentaria:** La presencia de fosas y fisuras profundas y la presencia de apiñamiento dental harán que los alimentos se queden atrapados, provocando la proliferación de bacterias patógenas. La composición del esmalte y obturaciones mal adaptadas. (25)
- **Flujo Salival:** Presenta un papel preponderante en el desarrollo de patologías orales. Dependerá de la cantidad, composición y consistencia como también el pH de ésta, para que el individuo tenga mayor o menor predisposición a la formación y desarrollo de caries dental. (26)
- **Dieta:** Una dieta rica en azúcares y carbohidratos que se queden atrapados en fosas, fisuras y espacios interdenciales, aunados con la amilasa salival y la temperatura corporal de 37°C harán el medio propicio para la fermentación y cultivo perfecto para la proliferación de las bacterias cariogénicas. (27)
- **Edad:** La edad también juega un papel preponderante para el desarrollo y evolución de la caries dental; en edad temprana, las piezas dentales presentan una menor mineralización y por ende están más predispuestas a ser afectadas por las bacterias. (28)

Prevención de las lesiones cariosas

Educación sanitaria

Es muy importante concientizar a nuestros niños sobre la importancia que tiene el cuidado de la cavidad oral para una buena salud general. Si estos principios son inculcados en nuestros niños, será el pilar más importante para la erradicación de las caries dentales; ya que éstos a su vez, cuando sean adultos podrán inculcar los mismos principios a nuevas generaciones. (29)

Eliminación de residuos cariogénicos

Con la adecuada eliminación de restos alimenticios de la cavidad oral se habrá ganado la batalla contra la caries dental; para lo cual debemos contar con instrumentos e insumos adecuados (cepillo dental adecuado, hilo dental, limpia lengua, pasta dental y colutorios de acuerdo con la edad), además de la técnica y la frecuencia del cepillado dental, cabe recalcar que el cepillado dental más importante y que no debemos dejar pasar por alto a criterio propio es el que se realiza antes de descanso nocturno, ya que pasaran por lo menos seis horas de inactividad de cavidad oral y a temperatura de por lo menos 37°C donde el esmalte o dentina que se encuentre en ese momento en cavidad oral como capa superficial, será cubierta por una biopelícula formada por las propias mucinas de la saliva; son invadidas por grandes masas microbianas productoras de la destrucción de la estructura dentaria, a diferencia de lo que sucede en los tejidos blandos, que por el tiempo de vida de las células formadoras de dicho tejido, se desprenden o descaman y evitan la adhesión de las mucinas y por consecuencia evitan la proliferación de bacterias en ella. (30,31)

Sellado de fosas y fisuras

Consiste en colocar en fosas y fisuras de las piezas dentarias, especialmente en molares y premolares materiales especiales como resina o ionómero de vidrio. Los selladores deben ser colocados con protocolos estrictos y bajo una técnica minuciosa para obtener los mejores resultados. (32)

Uso de flúor

El flúor ayuda en la re mineralización de las piezas dentarias especialmente las lesiones incipientes, ya que, por medio de la aplicación de fluoruro, permiten la adhesión y absorción de calcio, liberando hidroxiapatita del esmalte y uniéndose para formar fluorapatita permitiendo que la protección sea mayor por su presión de hidrogeno más elevada. (33)

Visitar al Odontólogo regularmente

El odontólogo es el más indicado para impartir la educación adecuada en cuanto al cuidado y salud de la cavidad oral. Debemos guiar adecuadamente sobre técnica de cepillado, uso hilo dental. Además de sugerir actitudes responsables sobre dieta e higiene, especialmente en los niños. (34)

Estadios de la caries dental

Según página oficial del colegio odontológico del Perú la caries dental tiene un avance progresivo desde estadios sub clínicos e imperceptibles a estadios avanzados de destrucción total de la pieza dentaria. Tomando en cuenta el ICDAS 2005. (35)

a.- Enfermedad muy Temprana

Según Henostroza, es una lesión subclínica con cambios microscópicos ultraestructurales en el esmalte. (35)

b.- Enfermedad temprana

Aquí ya se muestra el avance de la caries dental con una mancha blanca ya corresponde a una fase clínicamente visible, suelen ser reversibles si cuentan con el tratamiento adecuado. (35)

c.- Enfermedad establecida

Progreso de la lesión limitada solo al esmalte dental donde existe el rompimiento y disolución de continuidad a micro cavidades, luego a cavidades clínicamente visibles. (35,36)

d.- Enfermedad Severa.

El avance de la lesión ha alcanzado a la dentina desmineralizando el tejido inorgánico y degradando el colágeno de la dentina cariada por acción de enzimas propias del huésped. En este estadio puede haber o no haber cavitación, pero la enfermedad ya está establecida o avanzar con cavitaciones extensas y profundas en donde habrá respuesta. Las lesiones pueden ser reversible o irreversibles. En dientes deciduos el avance de la caries dental suele ser rápida y agresiva debido a la naturaleza propia del diente (menor grosor del esmalte y dentina, menor calcificación). (35)

Mal estado de salud periodontal

Enfermedad multifactorial que en su mayoría de veces se desencadena su

establecimiento en la cavidad oral, por la presencia de bacterias que a la vista clínica se aprecian como cúmulos de placa que al liberar sustancias tóxicas empiezan a lesionar los tejidos de soporte y protección del diente. (37)

Se denomina gingivitis a la etapa temprana o inicial de la enfermedad periodontal y se limita a los tejidos superficiales de protección del diente, generalmente se presenta en las personas que no solo tienen mala higiene oral, sino que presentan a la vez enfermedades sistémicas, en esta etapa la medida preventiva principal es el cepillado adecuado. (38)

Cuando no se trata la gingivitis, progresa a un estado más avanzado y destructivo al cual se le denomina periodontitis, es decir afecta a los tejidos de soporte del diente como el periodonto, daño irreversible al realizar el cepillado dental, es necesario en este caso el tratamiento del periodonto. (39)

Ambas patologías como en estado inicial y avanzado, presentan características similares, causadas por la presencia de bacterias patógenas que se congregan en el surco gingival, avanzando progresivamente desde los tejidos de protección hasta llegar a los tejidos de soporte. (40)

Etiología

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

medicamentos de la Hipertensión Arterial, las alteraciones hormonales, enfermedad renal crónica, pacientes con hipotiroidismo. (41)

Clasificación de enfermedades periodontales

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

a. Gingivitis

Es la inflamación de la encía, puede haber sangrado o no, esta inflamación se produce por la liberación de toxinas como material de excreción de las bacterias presentes en el margen gingival, radiográficamente no se evidencian mayores cambios, puede presentarse bolsas de 1 o 2mm al sondaje. (42)

b. periodontitis leve

La inflamación ha alcanzado a los tejidos de soporte de las piezas dentarias, se presenta sangrado al sondaje y bolsas de 3 a 4mm; hay recesión gingival con pérdida ósea pudiendo llegar a exponer la furca de las piezas dentarias y radiográficamente presentan pérdida ósea horizontal incluyendo a ligeras pérdidas del septum interdental, observándose de 3-4 mm de espacio del hueso y la unión cemento esmalte. (42)

c. Periodontitis moderada

En este estadio hay bolsas periodontales o pérdida de la unión de los tejidos de inserción al diente aproximadamente de 4 a 6mm, presencia de

sangrado al realizar el examen de profundidad con la sonda periodontal, además podremos visualizar radiográficamente a nivel de la furca lesiones, consecuentemente se presentará movilidad de las piezas dentarias afectadas y radiográficamente se evidencia la pérdida horizontal y/o vertical de la cortical ósea interdental o interradicular que pertenece al soporte del diente. (42)

d. Periodontitis avanzada

Con bolsas periodontales y pérdida de la unión de los tejidos de inserción mayor a 6mm, sangrado al sondaje, severa movilidad por consiguiente la furca estará expuesta clínicamente y radiográficamente se observa pérdida horizontal y vertical de la cortical ósea. (42)

La periodontitis avanzada se encuentra catalogada como una de las causas principales relacionadas a la pérdida de piezas dentales en personas mayores de 40 años de edad. (42)

Prevención

La prevención para la enfermedad periodontal está relacionada netamente a la realización de una buena higiene oral, realizar un cepillado de la forma adecuada, en un lapso de tiempo de 5 minutos con movimientos suaves según la técnica que conozca la persona, a la verificación de superficies que permiten la acumulación de placa bacteriana como restauraciones deficientes o piezas dentales apiñadas, e ir periódicamente al odontólogo para retirar la placa bacteriana en forma de cálculo disminuyendo de esta forma la producción de toxinas bacterianas. (42)

Índice de enfermedad periodontal

Se realiza sobre la superficie de seis dientes permanentes ya establecidos denominados como dientes de Ramfjord y que permite medir la inserción periodontal perdida bajo la siguiente codificación: (42)

Código	Interpretación
G0	Sin inflamación
G1	Inflamación de leve a moderada
G2	Gingivitis de moderada a grave
G3	Gingivitis grave. (42)

Índice de Higiene Oral Simplificado

Nos permite medir mediante dos puntos la presencia de placa bacteriana, primero con la medida de la tinción de los tercios corales y segundo midiendo la cantidad de placa infragingival. Se realiza sobre las superficies vestibulares y linguales de dientes ya seleccionados y establecidos. (42)

Código	Placa bacteriana coronal
0	No presenta.
1	Presencia en un tercio.
2	Presencia en más de un tercio.
3	Presencia en más de dos tercios. (42)

Código	Calculo dental
0	No presenta.
1	Cubre un tercio.
2	Cubre hasta dos tercios.
3	Cubre más de dos tercios. (42)

Índice de O'Leary

Es un índice que permite identificar la presencia de placa bacteriana en las superficies de los dientes, para ello se tiñe con violeta o rosa y se procede a pintar en la historia clínica las superficies teñidas, posterior a esto se realiza la suma del número de superficies teñidas por 100 entre el número de superficies presentes. (43)

Morbilidad dentaria

Según el estudio de Martínez, la morbilidad dental fue alta en relación a la presencia de caries dental y las características biológicas en los niños. (44)

Es la frecuencia de veces con la que las personas sufren una enfermedad, bajo características similares, como el lugar, el tipo de alimentación, la dieta cariogénica a la que están expuestos, el nivel de conocimiento de higiene oral y la importancia que le dan a la salud oral. (44)

Enfermedad pulpar

Es una afección que ataca al tejido pulpar del diente, aquel que se encarga de dar vitalidad, propiocepción, nutrición e inervación al diente. Los estadios de una enfermedad pulpar van cambiando y empeorando de forma progresiva. (34)

Etiología

La enfermedad pulpar puede desencadenarse por muchos factores, siendo uno de los principales la infección de la pulpa por exposición a microorganismos provenientes de una lesión cariosa muy profunda, asimismo, se puede perder el equilibrio de la pulpa dental, al exponerla a altas temperaturas, al recibir traumas por golpes fuertes hacia las piezas dentales, además existe la probabilidad de la llegada de microorganismos por medio del torrente sanguíneo hacia la pulpa dental. (34)

Clasificación de la patología pulpar:

	Reversible	Hipersensibilidad
		Herida pulpar (Iatrogénica)
Pulpitis (45)	Irreversible	Sintomática
		Serosa
		Purulenta
		Hiperplasia
		Ulcerada
Necrosis	Parcial	Aséptica
		Séptica
	Total	Aséptica
		Séptica
Degeneraciones pulpaes		Atrófica
		Calcificación
		Reabsorción dentinaria interna
	Otras	Grasa
		Hialina
	Fibrosa	
	Metaplásica	

Fuente: American Association Endodontists. Consensus Conference Recommended Diagnostic Terminology. Journal of Endodontics. 2009

Clasificación de la patología periapical:

Periodontitis apical Reversible (45)		Hiperemia apical
	sintomática	Serosa
Periodontitis apical irreversible		Purulenta
	sintomática	Granulomatosa
		Supurada
		Osteoesclerosis apical

Fuente: American Association Endodontists. Consensus Conference Recommended Diagnostic Terminology. Journal of Endodontics. 2009

III. Hipótesis

- Por ser una investigación de nivel descriptiva no formula hipótesis, sólo se observará la frecuencia de enfermedades intraorales.

Hernández R. Fernández C, Baptista M. (2014), No todas las investigaciones plantean hipótesis; el hecho de que se formule o no hipótesis depende de dos factores esenciales: el enfoque del estudio y el alcance; los estudio exploratorios y descriptivos no necesariamente llevan hipótesis. (46)

IV. Metodología

4.1 Diseño de la investigación

Tipo de investigación

Según el enfoque es cuantitativo.

- Hernández R. Fernández C. Baptista M. (2014) Usa la recolección de datos, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías. (46)

Según la intervención del investigador es observacional.

- Supo J. (2014) No existe intervención del investigador; los datos reflejan la evolución natural de los eventos. (47)

Según la planificación de la toma de datos es prospectivo.

- Supo J. (2014) Los datos se recogen de registros donde el investigador no tuvo participación (secundarios). (47)

Según el número de ocasiones en que mide la variable de estudio es transversal.

- Supo J. (2014) Todas las variables son medidas en una sola ocasión; por ello de realizar comparaciones, se trata de muestras independientes. (47)

Según el número de variables de interés es descriptivo.

- Supo J. (2014) El análisis estadístico es univariado, solo describe o estima parámetros en la población de estudio a partir de una muestra. (47)

Nivel de investigación

La presente investigación es de nivel descriptivo.

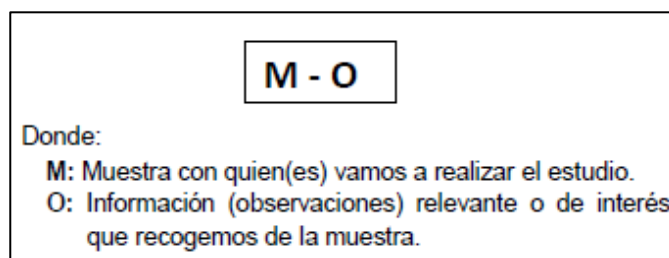
- Hernández R. Fernández C. Baptista M. (2014) buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. (46)

Diseño de investigación

La investigación es de diseño no experimental observacional.

- Hernández R. Fernández C. Baptista M. (2014) se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos. (46)

➤ Esquema de investigación:



4.2 Población y muestra

Población:

Estuvo conformada por 50 historias clínicas de pacientes menores de 3 a 5 años de ambos sexos, que fueron atendidos en el curso de odontopediatría en la Clínica Odontológica ULADECH Católica en el año 2017, que a su vez cumplieron con los criterios de selección.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Historias clínicas de pacientes de ambos sexos menores de 3 a 5 años.
- Historias clínicas de pacientes atendidos en el área de odontopediatría.
- Historias clínicas con dato y diagnósticos completos.
- Historias clínicas en buen estado y legibles.

Criterios de exclusión

- Historias clínicas de pacientes mayores de 5 años
- Historias clínicas sin diagnóstico.
- Historias clínicas sin datos del paciente.
- Historias clínicas en mal estado.

Muestra

La muestra estuvo conformada por 44 historias clínicas de pacientes menores de 3 a 5 años atendidos en el curso de odontopediatría en la Clínica Odontológica ULADECH Católica en el año 2017; determinados mediante

formula estadística para población finita.

- Cálculo para muestra:

$$\text{Población } (N) = 50$$

$$\text{Proporción } (p) = 50\% = 0.50$$

$$\text{Error } (e) = 10\% = 0.10$$

$$Z \rightarrow 95\% = 1.96$$

$$n = \frac{N \times z^2 \times p \times (1 - p)}{e^2 \times (N - 1) + z^2 \times p \times (1 - p)}$$

$$n = \frac{50 \times 1.96^2 \times 0.50 \times (1 - 0.50)}{0.05^2 \times 50 + 1.96^2 \times 0.50 \times (1 - 0.50)}$$

$$\mathbf{n = 44}$$

Muestreo

No Probabilístico por conveniencia: las unidades de estudio fueron seleccionados dada la conveniencia, accesibilidad y proximidad con el investigador. (46)

4.3 Definición y operacionalización de variables e indicadores

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN		INDICADOR	VALOR
			TIPO	ESCALA		
ENFERMEDADES INTRAORALES	Alteración o desviación del estado fisiológico de la cavidad bucal, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y unos signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible. (37)	Frecuencia	Cualitativa Categórica	Nominal	Historia Clínica	1 = Ausencia 2 = Presencia
		Lesiones cariosas	Cualitativa Categórica	Nominal	Historia Clínica	1 = Ausencia 2 = Presencia
		Enfermedad periodontal	Cualitativa Categórica	Nominal	Historia Clínica	1 = Ausencia 2 = Presencia
		Enfermedad pulpar	Cualitativa Categórica	Nominal	Historia Clínica	1 = Ausencia 2 = Presencia

4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica

Observación: se observó detenidamente las historias clínicas con el fin de identificar las particularidades objeto de estudio para cuantificarlas; este procedimiento se ayudó con elementos técnicos tales como instrumentos de recolección de datos.

Instrumento

Ficha de recolección de datos: sirvió para registrar la información obtenida mediante la observación directa. El instrumento fue adaptado por el investigador (Anexo 02)

Se tomó como referencia el instrumento validado en por Sáenz A, Rosado C. (Lambayeque, 2016) en su estudio, Estado de salud bucal en escolares de 12 y 15 años de edad del 1º y 4º grado de secundaria de la I.E. Sara A. Bullón de Lambayeque, Perú 2015. (48)

Procedimiento

Del permiso de ejecución:

Se entregó la carta de presentación en la directora de la clínica, con la finalidad de poder obtener el permiso de poder revisar las historias clínicas de los pacientes atendidos. (Anexo 01)

De la selección de la población y la muestra:

Se ingresó al área de admisión de la clínica odontológica de la ULADECH

Católica, para poder evidenciar las historias clínicas del curso odontopediatría I y odontopediatría II.

Una vez seleccionadas las historias de los pacientes menores de 3 a 5 años, se procedió a revisar una por una las que cumplían con los criterios de inclusión, seleccionando 50 historias clínicas que cumplían por completo con los requisitos, para posteriormente hacer la fórmula y hallar la muestra.

Del levantamiento de los datos:

De cada historia clínica se tomaron en cuenta, las patologías intraorales existentes en el paciente, estos datos se fueron llenando en la ficha de recolección de datos, posteriormente se vaciaron en una tabla macro paciente por paciente.

La información obtenida sirvió para el posterior tratamiento estadístico.

4.5 Plan de análisis

La información obtenida y registrada la ficha de recolección de datos fue ingresada a una base de datos en el programa ofimático MS Excel 2013; donde se ordenó, codificó y organizó.

Luego en el software IBM SPSS Statistics v24, se realizó el tratamiento estadístico, se elaboraron las tablas de frecuencia y gráficos según la naturaleza de las variables, empleando la estadística descriptiva.

El análisis de resultados se realizó acorde los objetivos planteados, finalmente formular las conclusiones y recomendaciones.

4.6 Matriz de consistencia

TITULO: FRECUENCIA DE ENFERMEDADES INTRAORALES EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD, ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ULADECH CATÓLICA, DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ÁNCASH, 2017

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	VARIABLE	HIPÓTESIS	METODOLOGÍA
<p align="center">¿Cuál es la frecuencia de enfermedades intraorales en niños menores de 5 años de edad, atendidos en la Clínica Odontológica ULADECH Católica, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, 2017?</p>	<p align="center">Objetivo General:</p> <p>Determinar la frecuencia de enfermedades intraorales en niños menores de 5 años de edad, atendidos en la Clínica Odontológica ULADECH Católica, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, 2017.</p> <p align="center">Objetivos Específicos:</p> <p>Determinar la frecuencia de lesiones cariosas en niños menores de 5 años de edad, atendidos en la Clínica Odontológica ULADECH Católica, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, 2017.</p> <p>Determinar la frecuencia de enfermedades pulpares en niños menores de 5 años de edad, atendidos en la Clínica Odontológica ULADECH Católica, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, 2017.</p> <p>Determinar la frecuencia de enfermedad periodontal en niños menores de 5 años de edad, atendidos en la Clínica Odontológica ULADECH Católica, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, 2017.</p>	<p align="center">Frecuencia de enfermedades intraorales</p> <p>Lesiones cariosas</p> <p>Enfermedad pulpar</p> <p>Enfermedad periodontal</p>	<p align="center">La presente investigación por ser de nivel descriptiva no plantea hipótesis</p>	<p align="center">Tipo y nivel de Investigación.</p> <p>El tipo de la investigación es cuantitativa, observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo.</p> <p align="center">De nivel descriptivo.</p> <p align="center">Diseño de investigación</p> <p align="center">No experimental - observacional.</p> <p align="center">Población y muestra</p> <p>La población se conformó por 50 HC. de pacientes menores de 3 a 5 años y la muestra se conformó por 44 HC.</p> <p>Muestreo No probabilístico por conveniencia.</p>

4.7 Principios éticos.

La investigación tomó en cuenta todos los principios y valores éticos estipulados por la Universidad ULADECH católica para este tipo de estudios.

- **Protección a las personas.** se respetó la dignidad humana, la identidad, la diversidad, la confidencialidad y la privacidad. (49)
- **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. (49)
- **Justicia.** El investigador ejerce un juicio razonable, ponderable y toma las precauciones necesarias para asegurarse de que sus sesgos y las limitaciones de sus capacidades y conocimiento, no den lugar o toleren prácticas injustas. Se reconoce que la equidad y la justicia otorgan a todas las personas que participan en la investigación derecho a acceder a sus resultados. (49)
- **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. Asimismo, se mantiene la integridad científica al declarar los conflictos de interés que pudieron afectar el curso de la investigación. (49)

Se respetó los principios de la Declaración de Helsinki, adoptada por la 18^o Asamblea Médica Mundial (Helsinki, 1964), revisada por la 29^a Asamblea Médica Mundial (Tokio, 1975) y modificada en Fortaleza (Brasil, 2013), que 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. (50)

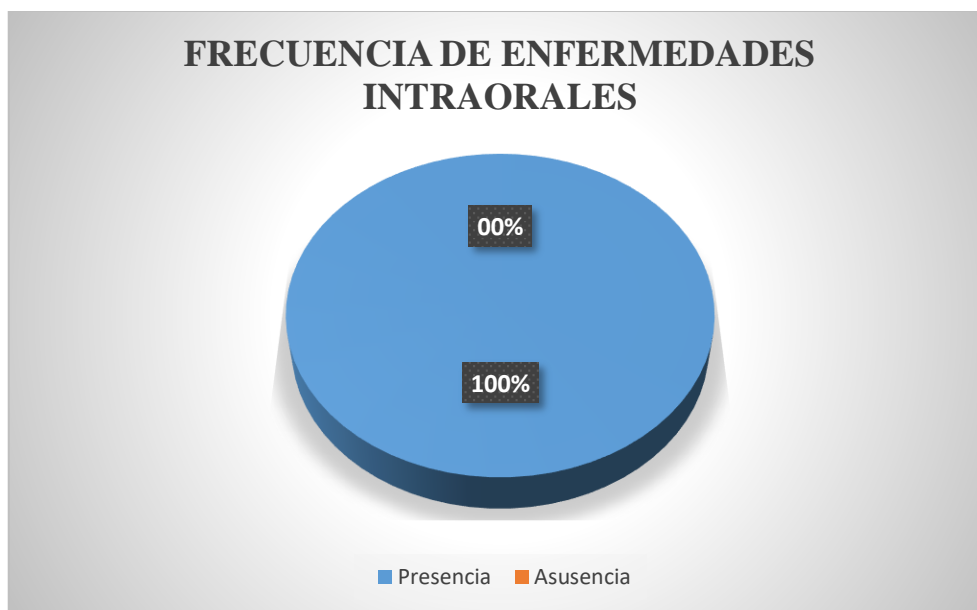
V. Resultados

5.1. Resultados:

Tabla 1.- Frecuencia de enfermedades intraorales en niños menores de 5 años de edad, atendidos en la Clínica Odontológica ULADECH Católica, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, 2017

Enfermedades intraorales	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia	0	0,0%
Presencia	44	100,0%
Total	44	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.



Fuente: Datos de tabla 1.

Gráfico 1.- Frecuencia de enfermedades intraorales en niños menores de 5 años de edad, atendidos en la Clínica Odontológica ULADECH Católica, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, 2017

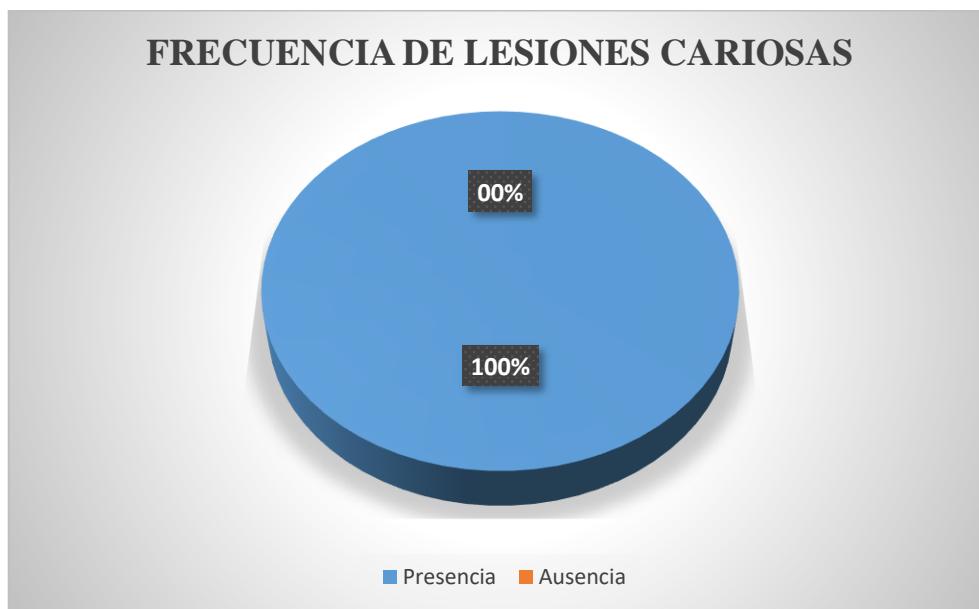
Interpretación:

Se observa que la prevalencia de enfermedades intraorales fue del 100% (44) en niños menores de 5 años de edad, atendidos en la Clínica Odontológica ULADECH Católica, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, 2017.

Tabla 2.- Frecuencia de lesiones cariosas en niños menores de 5 años de edad, atendidos en la Clínica Odontológica ULADECH Católica, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, 2017

Lesiones cariosas	Frecuencia	Porcentaje
Presencia	44	100,0%
Ausencia	0	0,0%
Total	44	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.



Fuente: Datos de tabla 2.

Gráfico 2.- Frecuencia de lesiones cariosas en niños menores de 5 años de edad, atendidos en la Clínica Odontológica ULADECH Católica, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, 2017

Interpretación:

Se observa que la frecuencia de lesiones cariosas fue del 100% (44), demostrando ser una patología que afecta a todos los niños entendidos en la clínica.

Tabla 3.- Frecuencia de enfermedad pulpar en niños menores de 5 años de edad, atendidos en la Clínica Odontológica ULADECH Católica, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, 2017

Enfermedad Pulpar	Frecuencia	Porcentaje
Presencia	26	59,1%
Ausencia	18	40,9%
Total	44	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.



Fuente: Datos de tabla 3.

Gráfico 3.- Frecuencia de enfermedad pulpar en niños menores de 5 años de edad, atendidos en la Clínica Odontológica ULADECH Católica, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, 2017

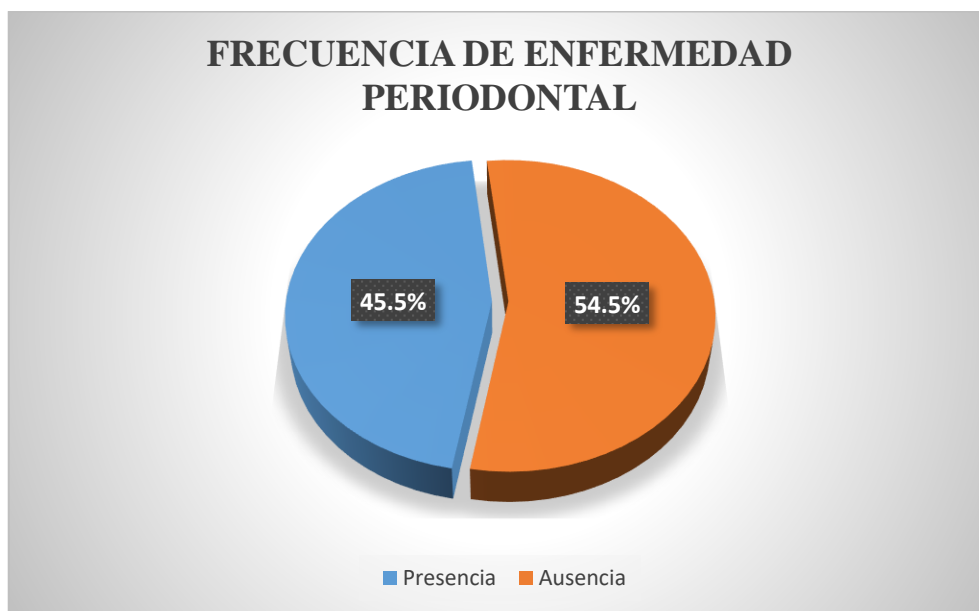
Interpretación:

Se observa la frecuencia de enfermedad pulpar en niños menores de 5 años de edad fue del 59,1% (26).

Tabla 4.- Frecuencia de enfermedad periodontal en niños menores de 5 años de edad, atendidos en la Clínica Odontológica ULADECH Católica, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, 2017

Enfermedad Periodontal	Frecuencia	Porcentaje
Presencia	20	45,4%
Ausencia	24	54,5%
Total	44	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.



Fuente: Datos de tabla 4.

Gráfico 4.- Frecuencia de enfermedad periodontal en niños menores de 5 años de edad, atendidos en la Clínica Odontológica ULADECH Católica, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, 2017

Interpretación:

Se observa la frecuencia de enfermedad periodontal en pacientes menores de 5 años fue del 45,4% (20).

5.2. Análisis de resultados

Una vez realizada la aplicación del instrumento y posteriormente el tratamiento estadístico, se obtuvieron los resultados acordes a los objetivos planteados, lo cual permitió contrastar los resultados hallados con los antecedentes llegando a determinar lo que a continuación se describe:

- Los resultados de la investigación permitieron conocer que el 100% (44) de los casos estudiados presenta enfermedades intraorales. Datos idénticos hallaron Martín M, De Lértora M.⁵ (Argentina, 2016) quienes deforestaron que el 100% presentó enfermedades intraorales. Del mismo modo, para Rojas A., Pachas F.¹² (La Libertad, 2015) la prevalencia de enfermedades intraorales fue del 100%. Paralelamente, para Banda M.⁷ (Lima, 2015) la prevalencia de enfermedades intraorales fue del 100%. Al igual que, para Ortiz F.⁸ (Perú, 2015) la prevalencia de enfermedades orales fue 100%. Nuestros datos obtenidos se corroboran y validan con los hallados en otros estudios, denostando que las enfermedades intraorales son un problema de salud público que debe de ser atendido con suma urgencia, para el beneficio de la sociedad y sobre todo en los menores niños. (Ver tabla 1)
- Del mismo modo, se logró identificar la frecuencia de lesiones cariosas en los niños menores de 5 años fue del 100% (44). Datos similares halló Banda M.⁷ (Lima, 2015) quien halló una prevalencia de caries dental en dentición permanente del 92,0%, mientras que en la dentición decidua fue de 97,9%., de modo similar, para Suarez D.¹⁴ (Chimbote, 2017) la prevalencia de caries dental fue de 98,69%. Paralelamente, para Ángeles

K.¹³ (Chimbote, 2017) la prevalencia de caries dental fue de 94,84%. Datos semejantes halló Ortiz F.⁸ (Perú, 2015) siendo la prevalencia de caries dental en los niños de 3 a 5 años fue del 79,8%; mientras que en los de 12 años fue del 90,4%. Por su parte, para Martín M, De Lértora M.⁵ (Argentina, 2016) el 87,3% presentó lesiones cariosas. De modo similar Fort A, Fuks A, Napoli A, Palomba S, Pazos X, Salgado P, et al.⁹ (Argentina, 2017) hallaron que el 86,2% presentaba lesiones cariosas. En cambio, para Arellano G.¹⁵ (Chimbote, 2017) la prevalencia de caries dental fue de 80,84%. Por el contrario, para Rojas A., Pachas F.¹² (La Libertad, 2015) la prevalencia caries dental fue de 70,1% tuvo tendencia a incrementarse con la edad. Mientras que datos con menor proporción, para Romero Y, Carrillo D, Espinoza N, Díaz N.¹⁰ (Venezuela, 2016) la prevalencia de caries dental, no estuvo presente en más del 50% de la población estudiada. Nuestros resultados se asemejan con lo expuesto en los antecedentes, demostrando que esta afección que afecta las piezas dentarias, y que debe ser prevenida y/o tratada a tiempo para que no logre ocasionar la pérdida o destrucción total del diente. (Ver tabla 2)

- Asimismo, la investigación permitió conocer que la frecuencia de enfermedad pulpar en los niños menores de 5 años fue del 59,1% (26). De modo similar, para Martín M, De Lértora M.⁵ (Argentina, 2016) el 73,5% presentó enfermedades pulpares. De la misma forma, para Calderón A., Condorhuamán J.¹¹ (Lima, 2016) el 76,1% presentó enfermedades pulpares. Al igual que Banda M.⁷ (Lima, 2015) evidenció una prevalencia del 79%. Del mismo modo, para Fort A, Fuks A, Napoli A, Palomba S,

Pazos X, Salgado P, et al.⁹ (Argentina, 2017) el 69% presenta enfermedades pulpares. Mientras que, para Rojas A., Pachas F.¹² (La Libertad, 2015) la prevalencia de enfermedades pulpares fue del 65,2%. Todos los estudios de caries presentan un alto porcentaje de frecuencia enfermedad pulpar, ello se debe mucho a la deficiente higiene bucal que puede presentar los menores, así como la ingesta de azúcares que pueden iniciar en caris para finalmente perjudicar por completo a la pieza dentaria y la pulpa. (Ver tabla 3)

- Finalmente, se logró conocer que la frecuencia de enfermedad periodontal en los niños menores de 5 años fue del 45,4% (20). De modo similar, Banda M.⁷ (Lima, 2015) la prevalencia de enfermedad periodontal fue de 56,62%, manifestándose esta únicamente por sangrado gingival. Mientras que, para, Calderón A., Condorhuamán J.¹¹ (Lima, 2016) el 53% presentó gingivitis leve. Sin embargo, para Arellano G.¹⁵ (Chimbote, 2017) la prevalencia de enfermedad periodontal esta fue del 30,88%, siendo mayor en el grupo de 15 años de edad 34,85% y en el sexo masculino 31,17%. Por su parte, para, Ángeles K.¹³ (Chimbote, 2017) halló que la prevalencia de enfermedad periodontal fue de 92,26%. Mientras que, para Suarez D.¹⁴ (Chimbote, 2017) la prevalencia de enfermedades periodontales fue de 58,28%, con mayor proporción a los 12 años con 61.84%, y en el sexo femenino (60,54%). (Ver tabla 4)

VI. Conclusiones

1. La frecuencia de enfermedades intraorales en niños menores de 5 años atendidos en la Clínica Odontológica ULADECH Católica en el año 2017 fue del 100% de los casos estudiada.
2. La frecuencia de lesiones cariosas en niños menores de 5 años fue de 100%, ello debido a ya que, la caries dental es una de las principales causas de atención dental, siendo un problema de salud pública.
3. La frecuencia de enfermedad pulpar en niños menores de 5 años fue del 59,1%, puesto que, luego de que una lesión cariosa se establece, con su progresión llega a dañar a la pulpa dental.
4. La frecuencia de enfermedad periodontal en niños menores de 5 años fue de 45,5%, este resultado está ligado a que una de las principales causas de todas las patologías orales es la falta de higiene oral, lo que justifica también la frecuencia de lesiones cariosas.

Aspectos complementarios

Recomendaciones:

- A los directivos y docentes de la Clínica Odontológica ULADECH Católica, concientizar a los padres de familia sobre la importancia de prevenir enfermedades intraorales.
- De forma general, en especial a los padres de familia, poner más empeño en el cuidado y prevención de la salud oral de sus hijos y/o apoderados, llevar a las revisiones periódicas, de esa forma, colaboran con la disminución de la prevalencia de enfermedades intraorales.

Referencias bibliográficas:

1. Sachdeva A, Punhani N, Bala M, Arora S, Gill G, Dewan N. The prevalence and pattern of cavitated carious lesions in primary dentition among children under 5 years age in Sirsa, Haryana (India). *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*. 2015;5(6):494-8.
2. Irigoyen M, Luengas M, Amador Y, Zepeda M, Villanueva T, Sánchez L. Comparación de barnices y dentífrico con flúor en la prevención de caries en escolares. *Revista de Salud Pública*. 2015; 17: 801-14.
3. Organización Mundial de la salud. Salud bucodental, Nota informativa N°318 [Internet]. 2012. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
4. Tello G, Abanto J, Oliveira L, Sato C, Bonini G, Bönecker M. Impacto de los principales problemas de salud bucal en la calidad de vida de preescolares. *Odontología*. 2016;18(2):42-52.
5. Martín M, De Lértora M. Prevalencia de Enfermedad Gingival en niños con Dentición Primaria. *Revista de la Facultad de Odontología*. 2016; 4(1): 19-28. Disponible en: <https://revistas.unne.edu.ar/index.php/rfo/article/view/980/820>
6. Ministerio de Salud del Perú. Análisis de situación de salud del Perú. E.I.R.L A, editor. Biblioteca Nacional del Perú: 2016;136.
7. Banda M. Perfil epidemiológico del proceso salud-enfermedad bucal en escolares de 06 a 12 años de edad, de dos instituciones educativas estatales del distrito de El Agustino-Lima, el año 2014. [Tesis para optar el título profesional de Cirujano dentista]. Perú: UNMSM; 2015. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2157/>

8. Ortiz F. Perfil epidemiológico de salud bucal en niños atendidos en el Seguro Social del Perú. *Odontol. Pediatr.* [Internet]. 2015 [citado 04 jun 2017]; 13(2): 94-103. Disponible en: http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=105684&id_seccion=3916&id_ejemplar=10269&id_revista=240
9. Fort A, Fuks A, Napoli A, Palomba S, Pazos X, Salgado P, et al. Distribución de caries dental y asociación con variables de protección social en niños de 12 años del partido de Avellaneda, Provincia de Buenos Aires. *Salud Colectiva.* 2017;13(1):91-104.
10. Romero Y, Carrillo D, Espinoza N, Díaz N. Perfil epidemiológico en salud bucal de la población escolarizada del Municipio Campo Elías del Estado Mérida. *Acta Bioclínica.* 2016;6(11):3-24.
11. Calderón A. Condorhuamán J. Perfil de salud bucal en estudiantes de 06 a 07 y de 11 a 13 años del colegio Manuel Scorza, Villa María del Triunfo, Lima-Perú. *Odontol. Sanmarquina* [Internet]. 2016 [citado 04 junio 2018]; 19(1): 37-41. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/307144065_Perfil_de_salud_bucal_en_estudiantes_de_06_a_07_y_de_11_a_13_anos_del_colegio_Manuel_Scorza_Villa_Maria_del_Triunfo_Lima-Peru
12. Rojas A. Pachas F. Perfil epidemiológico de salud oral e indicadores de riesgo en escolares adolescentes de la localidad de Cartavio (La Libertad, Perú). *Rev. Extomatol Herediana.* 2015; 20(3): 127-136.
13. Ángeles K. Perfil de salud bucal – enfermedad bucal en escolares de la provincia de Huaraz, Ancash, 2016. In *Crescendo Ciencias de la salud.*

- [Internet]. 2017 [citado 23 julio 2018]; 4(2), 537-548. Disponible en:
<http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/1809>
14. Suarez D. Perfil de salud bucal en escolares de 6, 12 y 15 años de edad de la provincia de Sihuas, región Ancash en el año 2016. In Crescendo Ciencias de la salud. [Internet]. 2017 [citado 23 mayo 2028]; 4(2): 527-535. Disponible en:
<http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/1788>
15. 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. In Crescendo Ciencias de la salud. [Internet]. 2017 [citado 23 mayo 2018]; 4(2): 519-526. Disponible en:
<https://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendosalud/article/view/1790>
16. Ojeda J, Oviedo E, Salas L. Streptococcus Mutans and dental caries. Ces Odontología. 2013; 26(1): 44-56
17. Flores M, Villavicencio E, Corral D. Prevalencia de caries dental e índice CPOD en escolares de 12 años en la parroquia baños del Cantón Cuenca 2016. Odontología activa. 2017; 1(3): 19-22.
18. García L, Moreno V, Antequera J, Frías L. Presencia de fluorosis dental en pacientes con dentición mixta, frente a diferentes hábitos. Revista Colombiana de Investigación en Odontología. 2016;6(18):158-65
19. Espinoza M, León R. Prevalencia y experiencia de caries dental en estudiantes según facultades de una universidad particular peruana. Revista Estomatológica Herediana. 2015; 25: 187-193.

20. Porcegué Y, Becerril F. comportamiento de la caries dental en el primer molar permanente en niños de 8, 10 y 12 años de los consultorios médicos de familia. Paredes. Sancti Spíritus. Gaceta Médica Espirituana. 2008; 10(2): 2.
21. Zúñiga A, Medina C, Lara E, Márquez M, Roblea N, Scougall R, et al. Experiencia, prevalencia y severidad de caries dental asociada con el estado nutricional en infantes mexicanos de 17 a 47 meses de edad. Rev. Invest. Clin. 2013; 65(3): 228-236.
22. Pérez M, Torres M. Aplicación del sistema internacional de detección y valoración de caries (ICDAS-II) e índice CEO-S en niños de 3 a 5 años del Honadomani. Revista Kiru. 2016; 13(2).
23. Falcón D, Cardoso M. Diagnóstico precoz de caries dental. Revista de la Facultad de Odontología. 2014;7(1):27-31.
24. González Á, González B, González E. Salud dental: relación entre la caries dental y el consumo de alimentos. Nutrición hospitalaria. 2013; 28: 64-71.
25. Guerra M. Estudio in vitro de las características morfológicas de la caries dentinaria con microscopia electrónica de barrido: Universidad de Sevilla; 2015.
26. Sánchez L, Sáenz L, Luengas I, Irigoyen E, Álvarez Á, Acosta E. Análisis del flujo salival estimulado y su relación con la caries dental. Seguimiento a seis años. Revista ADM. 2015; 72(1).
27. Ortiz J, Martínez M, Seruto M, Mariño M. Factores de riesgo y caries dental en adolescentes de 12 a 15 años. Archivo Médico de Camagüey. 2014; 12(3).

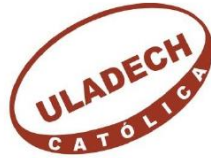
28. González C, García C, Herrera S, Fernández L, Nápoles N. Diagnóstico educativo sobre salud bucal en escolares. *Archivo Médico de Camagüey*. 2015; 9(3).
29. Sánchez M. Modelo precede aplicado a un programa de prevención de caries dental en niños menores de 6 años de edad. *Revista Kiru*. 2015; 1(1).
30. Osorno A, Álvarez T, López A, Suárez A. Caries dental, higiene bucal y necesidades de tratamiento en población de 3 a 5 años de una institución educativa de Medellín y sus factores relacionados. *Revista Nacional de Odontología*. 2015;11(21)
31. Serrano E. Nivel de conocimientos sobre alimentos cariogénicos en padres de familia de las Instituciones Educativas Iniciales San Antonio Abad del Cusco y Santa Rosa de Lima N° 679 de Limatambo 2016. 2016.
32. De Nordenflycht D, Villalobos P, Buchett O, Báez A. Resina fluida autoadhesiva utilizada como sellante de fosas y fisuras. Estudio de microinfiltración. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral*. 2013; 6(1): 5-8.
33. Vitoria I, Maraver F, Almerich J. Flúor en aguas de consumo público españolas y prevención de la caries dental. *Gaceta Sanitaria*. 2014; 28(3): 255-256.
34. Guapaz Y. Factores que influyen en la conducta de las niñas/os de 3 a 6 años de edad en su primera consulta odontológica en el centro del muchacho trabajador periodo 2015-2016: Quito: UCE; 2017.
35. Beltrán S. Estudio comparativo de tres métodos auxiliares para el diagnóstico de lesiones cariosas incipientes. *Revista Kiru*. 2015; 6(1).

36. Mirabal M, Tabares Y, Duque M, Alfonso B, Reyes B, Villegas I. Urgencias por caries dental en pacientes de 4 a 12 años. Municipio Píritu, Venezuela. *Revista Médica Electrónica*. 2014; 36(1): 25-33.
37. Rodríguez Y, Alemán E, Rodríguez R, Valdivia M, Galá E, Díaz G. Enfermedad periodontal inmunoinflamatoria crónica en pacientes diabéticos en edad pediátrica. *Revista Cubana de Estomatología*. 2015; 52: 42-52.
38. Martínez E, García A, Martín-Mazuelos E. Epidemiología, factores de riesgo y sensibilidad in vitro en candidemias por especies diferentes de *Cándida Albicans*. *Revista Iberoamericana de Micología*. 2016; 33(4): 248-52.
39. Lafebre F, García J, Domínguez G, Álvarez C. Estudio descriptivo: conocimientos sobre salud bucal en estudiantes de las Facultades de Medicina de la Universidad de Cuenca y de la Universidad del Azuay. *Revista Médica HJCA*. 2015; 7(2): 119-122.
40. López M, Álvarez M. La diabetes mellitus y su vinculación en la etiología y patogenia de la enfermedad periodontal. *Gac Méd Espirit*. 2017; 9(2): 14.
41. Pazmino V, Assem N, Pellizzer E, De Almeida J, Theodoro L. Influencia del estrógeno en la enfermedad periodontal: revisión de literatura. *Avances en Periodoncia e Implantología Oral*. 2015;27(2):75-8.
42. Álvarez M, Martínez A, Delgado A. Responsabilidad del estomatólogo general en la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad periodontal. *Archivo Médico de Camagüey*. 2015; 4(2).
43. Ramos S, González C, Fernández L, Moya I. Evaluación de acciones educativas para el control de factores de riesgo de caries radiculares. *Archivo Médico de Camagüey*. 2014; 11(3).

44. Padilla S, Suárez N, de Oca C, Sarabia M. Morbilidad por caries dental asociada a factores de riesgo biológico en niños. Archivo Médico de Camagüey. 2014; 10(1).
45. American Association Endodontists. Consensus Conference Recommended Diagnostic Terminology. Journal of Endodontics [Internet]. 2009 [citado 23 mayo 2028]; 35 (12): 1634. Disponible en: https://www.academia.edu/31735688/L02_CLASIFICACION_AAE_2009
46. Hernández R. Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación científica. 6 ed. México. Mc Graw Hill. 2014.
47. Supo J. Niveles y tipos de investigación: Seminarios de investigación. Perú: Bioestadístico; 2015.
48. Sáenz A, Rosado C. Estado de salud bucal en escolares de 12 y 15 años de edad del 1º y 4º grado de secundaria de la I.E. Sara A. Bullón de Lambayeque, Perú 2015. Revista KIRU. 2016;13(1)
49. Comité Institucional de Ética en Investigación. Código de ética para la investigación. 1ª ed. Chimbote: ULADECH Católica; 2019. pp. 2-3.
50. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. WMA. 2013. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

ANEXOS

ANEXO 01: CARTA DE AUTORIZACIÓN



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

"Año del Dialogo y Reconciliación Nacional"

Chimbote, 25 de Abril del 2018

CARTA N° 063-2018- DIR-EPOD-FCCS-ULADECH Católica

Sra.:

Dra. Liliana Temoche Palacios

Coordinadora de la Clínica Odontológica ULADECH Católica

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 Taller de Investigación, a través de un trabajo de investigación denominado "**PREVALENCIA DE ENFERMEDADES INTRAORALES EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ULADECH CATÓLICA EN EL AÑO 2017**".

Para ejecutar su investigación, el alumno ha seleccionado la institución que Ud. dirige, por lo cual, solicito brindarle las facilidades del caso al **Sr. Kihoshy Smith Pérez**; a fin de realizar el presente trabajo.

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

Atentamente;



ANEXO 02:
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

**“Frecuencia de enfermedades intraorales en niños menores de 5 años de edad,
atendidos en la clínica odontológica ULADECH católica, distrito de Chimbote,
provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2017”**

Autor: Smith Pérez, Kihoshy Steeward

Nº:

Edad: años.

1. Enfermedad intraoral

<input type="checkbox"/>	Presencia
<input type="checkbox"/>	Ausencia

2. Lesiones cariosas

<input type="checkbox"/>	Presencia
<input type="checkbox"/>	Ausencia

3. Enfermedad pulpar

<input type="checkbox"/>	Presencia
<input type="checkbox"/>	Ausencia

4. Enfermedad periodontal

<input type="checkbox"/>	Presencia
<input type="checkbox"/>	Ausencia

Fuente: Sáenz A, Rosado C. Estado de salud bucal en escolares de 12 y 15 años de edad del 1º y 4º grado de secundaria de la I.E. Sara A. Bullón de Lambayeque, Perú 2015. Revista KIRU. 2016;13(1)



ANEXO 03

PRUEBA PILOTO



Tiene como objeto poner a prueba el diseño metodológico, facilitando la realización de los ajustes necesarios para abordar el estudio con garantías de rigor. Por ello el esquema que proponemos ha de entenderse en relación con la prueba piloto y no con la investigación en su conjunto, aunque es posible que los datos obtenidos puedan incorporarse posteriormente a la misma.

Objetivo:

El objetivo del presente estudio es determinar la frecuencia de enfermedades intraorales en niños menores de 5 años de edad, atendidos en la clínica odontológica ULADECH Católica, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, año 2017.

La realización de esta prueba piloto, tiene su finalidad en la búsqueda de la validación y confiabilidad del instrumento a utilizar para recolección de datos. Se realizó la digitación de 10 historias clínicas.

CODIFICACIÓN DE RESPUESTAS

1. Enfermedad intraoral

- Si = 1
- No = 2

2. Enfermedad periodontal

- Si = 1
- No = 2

3. Lesión cariosa

- Si = 1
- No = 2

4. Enfermedad pulpar

- Si = 1
- No = 2

I. CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO: ALFA DE CRONBACH

El método de consistencia interna basado en el alfa de Cronbach permite estimar la fiabilidad de un instrumento de medida a través de un conjunto de ítems que se espera que midan el mismo constructo o dimensión teórica.

Dónde: Coeficiente alfa >.9 es excelente, Coeficiente alfa >.8 es bueno, Coeficiente alfa >.7 es aceptable, Coeficiente alfa >.6 es cuestionable, Coeficiente alfa >.5 es pobre, Coeficiente alfa <.5 es inaceptable.

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

Donde: α = Coeficiente de Cronbach.

K = N° de ítems.

S_i^2 = Varianza de cada ítem.

S_T^2 = Varianza total de los ítems.

ÍTEM	1	2	3	4	SUMA DE ÍTEMS
n° Sujeto					
1	1	1	1	2	5
2	1	1	1	2	5
3	1	1	1	1	4
4	1	1	2	2	6
5	1	1	1	2	5
6	1	1	2	1	5
7	1	1	2	1	5
8	1	1	1	2	5
9	1	1	1	1	4
10	1	1	2	1	5
	0	0	0.267	0.278	0.322

DONDE:

K	4
$\sum V_i$	0.54444444
Vt	0.32222222

SECCIÓN 1	1.33333333
SECCIÓN 2	-0.68965517
ABSOLUTO S2	0.68965517

α	0.91954023
----------	------------

Confiabilidad EXCELENTE

II. VALIDEZ DEL INSTRUMENTO: COEFICIENTE R DE PEARSON (r)

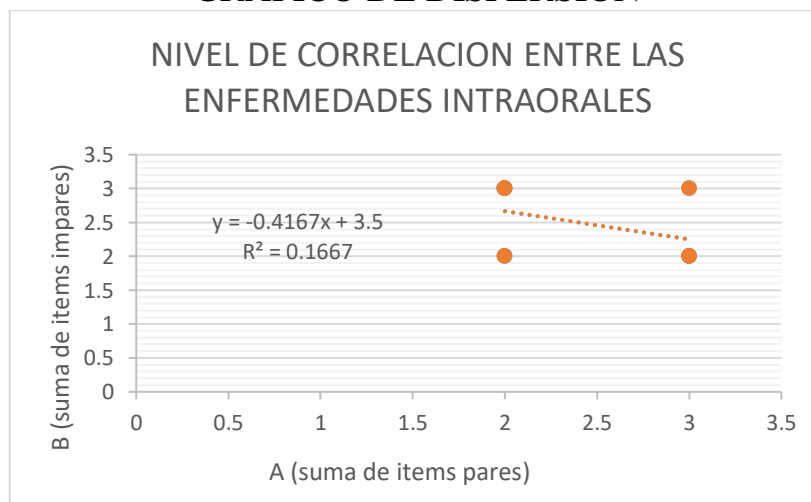
El coeficiente de correlación de Pearson es una prueba estadística para analizar la relación entre dos variables medidas en un nivel por intervalos o de razón. La interpretación de una correlación positiva se encuentra entre $0 < r < 1$; más alto el grado de validez, una correlación positiva considerable > 0.75 ; y una correlación positiva muy fuerte > 0.90 .

$$r_{xy} = \frac{\sum x_i y_i - n \bar{x} \bar{y}}{n s_x s_y}$$

ÍTEMS	SUMA ÍTEM	SUMA ÍTEM
N° Sujeto	IMPAR	PAR
1	2	3
2	2	3
3	2	2
4	3	3
5	2	3
6	3	2
7	3	2
8	2	3
9	2	2
10	3	2

COEFICIENTE | -0.40824829

GRAFICO DE DISPERSIÓN





FOTOGRAFÍAS DEL PROCEDIMIENTO

