



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

“PERFIL DE SALUD BUCAL – ENFERMEDAD BUCAL EN
LOS ESCOLARES DE 6, 12 Y 15 AÑOS DE LA
PROVINCIA DE ASUNCIÓN, REGIÓN ANCASH, 2016”

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN
ESTOMATOLOGÍA CON MENCIÓN EN CIENCIAS CLÍNICAS Y
EPIDEMIOLOGICAS

AUTOR

Bach. Wilson Nicolas Zelada Silva

ASESOR:

Dr. Fernando Ortiz Culca

CHIMBOTE- PERÚ

2017

**“PERFIL DE SALUD BUCAL – ENFERMEDAD BUCAL EN
LOS ESCOLARES DE 6, 12 Y 15 AÑOS DE LA
PROVINCIA DE ASUNCIÓN, REGIÓN ANCASH, 2016”**

JURADO EVALUADOR

Mgr. ELÍAS ERNESTO AGUIRRE SIANCAS

PRESIDENTE

Mgr. ADOLFO SAN MIGUEL ARCE

SECRETARIO

Mgr. FERNANDO SALCEDO NUÑEZ

MIEMBRO

DR. FERNANDO ORTIZ CULCA

ASESOR

AGRADECIMIENTO

Al Dr. Fernando Ortiz Culca por su asesoramiento y apoyo constante para la realización del presente trabajo de investigación, a cada uno de los docentes del programa de Maestría en Estomatología, con mención en Ciencias Clínicas Epidemiológicas.

Mi agradecimiento a cada uno de los directores y docentes de los Centros Educativos de la Provincia de Asunción – Ancash por facilitarnos la recolección de nuestra muestra en sus estudiantes e instalaciones, agradezco también a todos mis compañeros de maestría con quienes compartí gratos momentos.

Toda mi gratitud a mi familia por su apoyo incondicional y aliento para poder obtener un grado académico más en mi crecimiento profesional.

DEDICATORIA

A nuestro creador por regalarme la vida y unos maravillosos padres, a mi amada esposa Yulissa Rodríguez Matienzo y mi principal motivación para superarme día a día, mi amado hijo Nicholas Roberth Zelada Rodríguez.

RESUMEN

La presente investigación es de diseño Epidemiológico, nivel descriptivo y de tipo observacional, transversal, cuantitativo; El tipo de muestreo probabilístico, estratificado; la muestra constituida por 315 alumnos; El objetivo fue determinar el perfil de salud bucal – enfermedad bucal más prevalentes en los escolares de la provincia de Asunción, Región Áncash, 2016. Objetivos específicos: determinar el perfil de salud bucal – enfermedad bucal de caries dental mediante índices ceod y CPOD; estado periodontal mediante el índice periodontal comunitario (IPC) – OMS; Maloclusión, mediante los índices IMO – OMS. Resultados: el perfil de salud bucal – enfermedad bucal de caries dental fue de 98,65 %; el perfil de salud bucal – enfermedad bucal de caries dental según CPO total a los 6 años fue de 9.57; a los 12 años fue de 5.24; a los 15 años fue de 9.36; La mayor prevalencia de caries dental se da a los 12 años con 100.0 %, y el sexo femenino a los 12 y 15 años 100,0 %, respecto al perfil de salud bucal – enfermedad bucal del estado periodontal es del 99.51 %, siendo los 12 años con mayor prevalencia de 100.0 %, y el sexo masculino con un 100,0 %, Respecto al perfil de salud bucal – enfermedad bucal de las maloclusiones se presenta en un 89,71 %, la mayor prevalencia se da a los 15 años con un 92,78 % y en el sexo femenino con un 53,01 %. Conclusión: la población estudiada presenta un perfil de salud bucal – enfermedad bucal de caries dental de 98,65 %, estado periodontal el 99,51 % y maloclusión dentaria el 89,71%.

PALABRAS CLAVE: Caries dental, Estado periodontal, Maloclusión

ABSTRACT

The present research is of Epidemiological design, descriptive level and of observational type, transversal, quantitative; Probabilistic, stratified sampling type; The sample consisting of 315 students; The objective was to determine the most prevalent oral health profile of oral disease in school children of Asunción, Áncash Region, 2016. Specific objectives: determine the oral health profile - oral disease of dental caries ceod and COPD indexes; periodontal status using the who periodontal community index (PCI); Malocclusion, using the IMO - WHO indices. Results: The prevalence of dental caries was 98.65%; The prevalence of dental caries according to total CPO at 6 years was 9.57; At age 12 it was 5.24; At age 15 it was 9.36; The highest prevalence of dental caries occurs at 12 years of age with 100.0%, and the female sex at 12 and 15 years old 100.0%, with respect to the prevalence of periodontal disease is 99.51%, being the 12 years with the highest Prevalence of 100.0%, and males with 100.0% , With regard to the prevalence of malocclusions is presented in 89.71%, the highest prevalence occurs at 15 years with 92.78% and in the Female with 53.01%. Conclusion: the population studied has a prevalence of dental caries of 98.65%, periodontal status 99.51% and dental malocclusion 89.71%.

KEY WORDS: Dental caries, Periodontal status, Malocclusion

CONTENIDO

1. Título de la Tesis.....	ii
2. Hoja de firma del jurado y asesor.....	iii
3. Hoja de agradecimiento y dedicatoria.....	iv
4. Resumen y Abstract.....	vi
5. Contenido (Índice).....	viii
6. Índice de tablas y figuras.....	x
I. Introducción.....	1
II. Marco teórico.....	4
2.1. Bases teóricas relacionadas con el estudio.....	7
2.2 Hipótesis.....	20
III. Metodología.....	21
3.1. El tipo y el nivel de la investigación.....	21
3.2. Diseño de la Investigación.....	21
3.3. Población y muestra.....	21
3.4. Definición y operacionalización de las variables e indicadores.	23
3.5. Técnicas e instrumentos.....	26
3.6. Plan de análisis.....	30
3.7. Matriz de consistencia.....	31
IV. Resultados.....	32
4.1 Resultados.....	32
4.2 Análisis de resultados.....	45
V. Conclusiones y recomendaciones.....	50
Aspectos complementarios.....	51

Referencias bibliográficas.....	52
Anexos.....	58

INDICE DE TABLAS Y FIGURAS

INDICE DE TABLA

1.- TABLA N° 1: Perfil de salud bucal – Enfermedad bucal de caries dental en escolares de 6, 12 y 15 años de edad de la Provincia de Asunción, Región Ancash, 2016.....	32
2.- TABLA N° 2: Perfil de salud bucal – Enfermedad bucal de caries dental según índices de CPOD y ceod en escolares de 6, 12 y 15 años de edad de la Provincia de Asunción, Región Ancash, 2016.....	33
3.- TABLA N° 3: Perfil de salud bucal – Enfermedad bucal de caries dental según edad en escolares de 6, 12 y 15 años de edad de la Provincia de Asunción, Región Ancash, 2016.....	35
4.- TABLA N° 4: Perfil de salud bucal – Enfermedad bucal de caries dental según sexo en escolares de 6 años de edad de la Provincia de Asunción, Región Ancash, 2016.....	36
5.- TABLA N° 5: Perfil de salud bucal – Enfermedad bucal de caries dental según sexo en escolares de 12 y 15 años de edad de la Provincia de Asunción, Región Ancash, 2016.....	37
6.- TABLA N° 6: Perfil de salud bucal – Enfermedad bucal de estado periodontal en escolares de 12 y 15 años de edad de la Provincia de Asunción, Región Ancash, 2016.....	37

7.- TABLA N° 7: Perfil de salud bucal – Enfermedad bucal de estado periodontal según edades en escolares de 12 y 15 años de edad de la Provincia de Asunción, Región Ancash, 2016.....	39
8.- TABLA N° 8: Perfil de salud bucal – Enfermedad bucal de estado periodontal según sexo en escolares de 12 y 15 años de edad de la Provincia de Asunción, Región Ancash, 2016.....	39
9.- TABLA N° 9: Perfil de salud bucal – Enfermedad bucal de maloclusión dentaria en escolares de 12 y 15 años de edad de la Provincia de Asunción, Región Ancash, 2016.....	40
10.- TABLA N° 10: Perfil de salud bucal – Enfermedad bucal de maloclusión dentaria según edades en escolares de 12 y 15 años de edad de la Provincia de Asunción, Región Ancash, 2016.....	42
11.- TABLA N° 11: Perfil de salud bucal – Enfermedad bucal de maloclusión dentaria según sexo en escolares de 12 y 15 años de edad de la Provincia de Asunción, Región Ancash, 2016.....	42
12.- TABLA N° 12: Distribución de la muestra por edades y sexo en escolares de 6, 12 y 15 años de edad de la Provincia de Asunción, Región Ancash, 2016.....	43

INDICE DE FIGURAS:

1.- FIGURA 1: Gráfico del Perfil de salud bucal – Enfermedad bucal de caries dental en escolares de 6, 12 y 15 años de edad de la Provincia de Asunción, Región Ancash, 2016.....	32
2.- FIGURA 2: Gráfico del Perfil de salud bucal – Enfermedad bucal de caries dental según índices de CPOD y ceod en escolares de 6, 12 y 15 años de edad de la Provincia de Asunción, Región Ancash, 2016.....	34
3.- FIGURA 3: Gráfico del Perfil de salud bucal – Enfermedad bucal de caries dental según edad en escolares de 6, 12 y 15 años de edad de la Provincia de Asunción, Región Ancash, 2016.....	35
4.- FIGURA 4: Gráfico del Perfil de salud bucal – Enfermedad bucal de estado periodontal en escolares de 12 y 15 años de edad de la Provincia de Asunción, Región Ancash, 2016.....	38
5.- FIGURA 5: Gráfico del Perfil de salud bucal – Enfermedad bucal de maloclusión dentaria en escolares de 12 y 15 años de edad de la Provincia de Asunción, Región Ancash, 2016.....	41
6.- FIGURA 6: Gráfico de la Distribución de la muestra por edades y sexo en escolares de 6, 12 y 15 años de edad de la Provincia de Asunción, Región Ancash, 2016.....	44

I. INTRODUCCIÓN.

El perfil de la salud bucal de una persona, se puede determinar a través del estudio y diagnóstico de los dientes y de su entorno bio social. Por ende, es razonablemente posible detectar las patologías bucales, mediante un esmerado examen y estudio de la boca, las encías y otros elementos conexos. Esta condición bio social nos permite reconocer las principales enfermedades bucales en los diferentes grupos poblacionales del Perú igual que en otros espacios. En base a esta realidad, se afirma que la población peruana tiene de enfermedades bucales crónicas y prevalentes tales como: la caries dental, las enfermedades periodontales y las maloclusiones dentarias. Estas patologías las más detectadas en poblaciones peruanas se presentan en formas heterogéneas según sean las condiciones socioeconómicas de los individuos integrantes de la una comunidad.

Según la Organización Panamericana de la Salud, en el año 2009, la enfermedad bucal en nuestro país ocupó el segundo lugar en la categoría de mayor cantidad de consultas externas en los establecimientos de salud del ministerio de Salud (MINSA) (1).

El perfil epidemiológico de una determinada población en estudio, expresa sus condiciones de salud o de enfermedad (2).

Los estudios de tipo epidemiológico, respecto a la salud bucal, en especial en la población escolar, representan un instrumento básico para la implementación de programas de prevención y rehabilitación de la salud bucodental; las edades índices para llevar a cabo este tipo de estudios, recomendadas por la Organización de la Salud (OMS) son 5-6, 12 y 15 años (3).

En la práctica, estos programas y campañas oficiales son eventuales, parciales e insuficientes por parte de los servicios públicos; pues es notoria la deficiente y desigual distribución de los servicios de atención odontológica; así como la ausencia de programas sanitarios restauradores de bienestar bucal.

Los servicios clínicos odontológicos brindados por profesionales tanto en el sistema público como en el privado, se caracterizan por estar centrados en la atención de las enfermedades bucales, mediante procedimientos curativos con una cobertura insuficiente, donde los pacientes continúan respondiendo al modelo curativo accidental y tradicional que consiste en la curación de las caries y la extracción de los dientes cariados, siendo éstas las alternativas únicas por ellos deseadas.

Es por ello que se plantea el problema de conocer ¿Cuál es el perfil de salud bucal – enfermedad bucal en escolares de 6, 12 y 15 años de edad en la Provincia de Asunción, Región Ancash, 2016?, siendo su objetivo general, determinar el perfil de Salud bucal – Enfermedad bucal en los escolares de la Provincia de Asunción, Región Ancash, 2016. Para lo cual se han planteado los siguientes objetivos específicos: determinar el perfil de Salud bucal – Enfermedad bucal de caries dental según grupo de edad, sexo, mediante los índices ceod y CPOD; determinar el perfil de Salud bucal – Enfermedad bucal de estado Periodontal según grupo de edad, sexo, mediante los Índices IPC – OMS; determinar el perfil de Salud bucal – Enfermedad bucal de Maloclusión dentaria según grupo de edad, sexo, mediante los índices IMO – OMS.

El presente trabajo es muy importante porque nos va a permitir obtener datos confiables sobre la salud bucal de la población escolar en la provincia de Asunción, para dar a

conocer los resultados, a las autoridades oficiales comprometidas con la salud poblacional. En el caso de este estudio los hallazgos positivos o negativos, serán elevados ante las autoridades de la provincia de Asunción, a fin de que sus autoridades conozcan la situación real de salud odontológica de los escolares de la provincia. Contribución que pretende aportar a la administración pública elementos básicos para la definición oficial de políticas de salud oral en beneficio de los niños y jóvenes de la provincia en estudio.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Bases teóricas relacionadas con el estudio

Antecedentes:

Castillo López P. (2008), con el objetivo de conocer las enfermedades más prevalentes de cavidad bucal en una muestra de 150 escolares de 6, 12 y 15 años y sus necesidades de tratamiento del Distrito de Chacas, Provincia Asunción, Región de Ancash se obtuvieron los siguientes resultados: la prevalencia del 79.33% de caries dental; una prevalencia del estado periodontal del 57%. En la maloclusión la prevalencia fue del 98%; con respecto a las anomalías leves (96.94%) (4).

Villanueva Ponce C. (2006) Estudió las enfermedades más prevalentes de cavidad bucal y sus necesidades de tratamiento en los escolares de 6 a 15 años del Distrito de Chimbote, Provincia de la Santa, Departamento de Ancash. Con una población estudiantil de 7524 alumnos, de la cual se seleccionó una muestra de 400 alumnos de ambos sexos en edades de 6 a 15 años. Los resultados obtenidos fueron prevalencia de caries dental al 94,3%; prevalencia de enfermedad periodontal del 75% y un 49.6% de maloclusiones dentarias (5).

San Miguel A. (2006) Estudio las enfermedades más prevalentes de cavidad bucal y sus necesidades de tratamiento en los escolares del Distrito de Samanco, Provincia del Santa, Región de Ancash, la muestra estuvo conformada por 90 escolares de ambos sexos. Se consideró: estado periodontal, estado de la dentición y alteraciones del

esmalte, evaluación de maloclusiones, evaluación de labios, y un cuestionario sobre datos socioeconómicos del padre, madre o tutor. Se obtuvo una prevalencia del 86,7 % de caries dental, con un CPOD promedio de 4,79 y un ceod mayor a los 6 años. Una prevalencia del estado periodontal del 100%, evidenciándose sangrado gingival en el 57,8 % y presencia de cálculo supragingival en 11,1 %, con predominio ligero a nivel masculino. En la maloclusión la prevalencia fue del 46.6%. La prevalencia de hipoplasia del esmalte fue del 8,9 % en las maloclusiones queda señalado la necesidad de realizar tratamiento (6).

Díaz Burga M. (2009) Realizó un estudio para determinar la prevalencia de caries dental, enfermedad periodontal y maloclusión en una muestra de 85 escolares de 6, 12,15 años de edad, en el Centro poblado Jimbe, Distrito de Cáceres, Provincia del Santa, en el departamento de Ancash. Se obtuvo como resultado una prevalencia de caries dental de 81,2%, un índice ceod general de 2,2, en sexo masculino 1,78 y femenino de 2,44; un CPOD general de 1,01, en sexo masculino 1,36 y femenino de 0,84. La prevalencia total de enfermedad periodontal fue de 25% y un 75% presentaron maloclusión dentaria (7).

Temoche Palacios L. (2008) Determinó el perfil de salud bucal de niños de 6, 12 y 15 años de edad, en una muestra de 137 escolares, del Distrito de Huari, Provincia de Huari del Departamento de Ancash. La prevalencia de caries que se encontró fue de 84.67%; la prevalencia de enfermedad periodontal de 46.74% y de maloclusión 91.30% (8).

Alva Montoya A. (2006). Determinó el perfil de salud bucal y necesidad de tratamiento odontológico en la población escolar entre 6-15 años de la institución educativa “La Gloriosa” del Distrito de Chimbote, Provincia de Santa. Evaluó una muestra de 321 niños de ambos sexos en edades entre 6-15 años de un total de 1650 alumnos. Se utilizaron los índices CPOD y ceod de Klein y Palmer para caries dental; el índice gingival modificado, y el índice periodontal comunitario (IPC), para enfermedad periodontal, y el índice de la (OMS) para mal oclusiones así como el índice estético dental. Los resultados obtenidos para caries dental fueron de 83.8 %. Los resultados arrojados para el índice de enfermedad periodontal tenemos que el 87.2 % y el 14.6% presentaron maloclusión dentaria (9).

Bolaños D. (2013) Determina el perfil epidemiológico de las enfermedades más prevalentes de la cavidad bucal mediante los índices CPO-D y ceo-d para la caries, el índice de necesidad de tratamiento periodontal comunitario (PCINT) para la enfermedad periodontal y el índice de maloclusión (IMO-OMS) para las maloclusiones, en los estudiantes de 6 a 16 años de edad de la provincia de Azángaro, del Departamento de Puno. Se obtuvo prevalencia de caries de 96,0%; enfermedad periodontal mediante el índice de necesidad de tratamiento (PCINT) se encontró que el 19,6% padecen enfermedad periodontal, en el IMO se encontró que el 69,2% tienen maloclusión (10).

Banda M. (2008) Determina el perfil epidemiológico del proceso salud-enfermedad bucal en 322 escolares de 06 a 12 años de edad, de dos instituciones educativas del

Distrito de El Agustino-Lima. Donde la prevalencia de caries dental fue de 95%; enfermedad periodontal 67%; la prevalencia de maloclusiones encontrada fue de un 79% (11).

Sifuentes T. (2007) Realizó un estudio sobre el perfil epidemiológico de salud bucal en escolares de 12 a 15 años de edad de la I.E. “Ricardo Palma” de la ciudad de Trujillo, Departamento de la Libertad, la muestra estaba conformada por 220 niños. Se encontró un promedio de índice CPOD de 3.1, (moderado), un promedio de IHOS de 1.2, (regular), prevalencia de caries dental 90.5%, (malo), prevalencia de enfermedad periodontal en el 82.3%, (malo), maloclusión es en el 89.1% (malo), obteniendo como resultado final un perfil de salud bucal (regular deficiente) (12).

Ramos, W. (2008) realiza un estudio denominado “Perfil de salud bucal de los escolares de 6,7 y 8 años de edad de la comunidad campesina de Jicamarca, Anexo 8 – Distrito de san Antonio – Lima en el 2008”. Encontrando una prevalencia de 94.3% de caries dental; 100% de enfermedad periodontal, donde un 86.6% presenta sangrado gingival y un 49.6% de la población estudiada presenta maloclusiones (13).

2.2. Bases teóricas

PERFIL BUCAL-ENFERMEDAD BUCAL

La OMS considera que la salud bucodental se puede definir como la ausencia de dolor orofacial, cáncer orofaríngeo, úlceras bucales, infecciones, enfermedad periodontal,

pérdida de piezas dentarias, incapacidad para masticar, sonreír y hablar, repercutiendo todo ello en su bienestar psicosocial (14).

Los conceptos de salud – enfermedad bucal están muy relacionados con los conceptos de belleza, considerando también que la salud bucal es parte de la salud general de la persona (15).

Caries dental:

La caries dental es una enfermedad microbiana de los tejidos calcificados, los dientes, se caracteriza por la desmineralización de la porción orgánica y la destrucción de la sustancia orgánica del diente, frecuente en la raza humana. Una vez que se presenta sus manifestaciones persisten a lo largo de toda la vida incluso cuando las lesiones son tratadas. Prácticamente no existen áreas geográficas en el mundo cuyos habitantes no muestren alguna prueba de caries dental (16).

Afecta a personas de ambos sexos y de todas las razas, de todos los estratos socioeconómicos y a todos los grupos etarios. Por lo regular empieza tan pronto como los dientes hacen erupción dentro de la cavidad bucal. Las personas que jamás han tenido lesiones cariosas se designan como “libres de caries”. No se ha encontrado una explicación satisfactoria acerca de su resistencia a la caries (16).

Etiología.- Las lesiones cariosas solo aparecen bajo una masa de bacterias capaces de producir un entorno suficientemente ácido para producir una desmineralización de la

estructura dental. Se denomina placa dental es una masa gelatinosa de bacterias que se adhiere a la superficie dentaria; estas metabolizan los carbohidratos refinados para obtener energía produciendo ácidos orgánicos como sub productos, estas a su vez son las que disuelven la estructura cristalina del diente (17).

Las lesiones cariosas progresan en forma de una serie de exacerbaciones y remisiones que dependen de las fluctuaciones del pH a nivel de la superficie del diente con los cambios en el metabolismo de la placa. La disponibilidad de azúcares simples como la sacarosa estimula notablemente el metabolismo de la placa. La estructura dental dañada puede remineralizarse cuando el pH local asciende por encima de 5,5 la saliva contiene grandes cantidades de iones de calcio y fosfato en solución que actúan como sustancias primas en el proceso de remineralización (17).

Las principales bacterias que ocasionan lesiones cariosas están en un grupo formado por ocho serotipos de *Streptococcus mutans*: *S. rattus* (serotipo b), *S. cricetus* (serotipo a), *S. ferrus* (serotipo e), *S. sobrinus* (serotipos d, g y h); estos y los lactobacilos pueden producir grandes cantidades de ácidos los cuales pueden causar cavitaciones en las estructuras dentales (18).

Fisiopatología.- La caries dental es el resultado de la actuación de varios factores:

1. Una superficie dental susceptible de cariarse.
2. Una microflora bucal adecuada.
3. Un sustrato idóneo para la proliferación de la microflora bucal.
4. La saliva (19).

CPOD y ceod

Los índices CPOD y ceod, son indicadores tradicionales de la salud bucal en las poblaciones estudiadas, definidos por la OMS, el CPOD para la dentición permanente y el ceod para la dentición caduca o decidua, siendo el valor de medición el siguiente: son muy bajo (0.0 – 1.1), bajo (1.2- 2.6), moderado (2.7 – 4.4), alto (4.5 – 6.5), muy alto (+ 6.6) (20).

El CPOD, desarrollado por Klein, Palmer y Knutson, señala la experiencia de caries presente y pasada, toma en cuenta los diente con lesiones cariosas, tratamiento previo, para su obtención se suman los dientes permanentes cariados, perdidos, obturados e incluye los dientes con extracción indicada, el producto de la sumatoria se divide entre el total de individuos examinados. Gruebbel en 1944, desarrolla el ceod, índice epidemiológico para medir caries dental, pero solo en dentición decidua, éste se obtiene del mismo modo que el CPOD (21).

El método que utiliza el CPOD y ceod, se basa en la observación directa, según los criterios recomendados por la OMS (22).

Henostroza H (20), Escobar F (23), citados por Solís (1), El CPOD y el ceod obtenidos en una primera medición son irreversibles, valores obtenidos en una segunda medición son mayores o iguales al valor obtenido en la primera medición, los examinadores involucrados en la realización del estudio epidemiológicos tienen que ser sometidos a calibración, de lo contrario, los resultados obtenidos tendrían un sesgo de clasificación.

Maloclusiones dentarias:

Históricamente se han usado muchos términos para describir la mal posición de los dientes individuales, algunos resultan ambiguos y etimológicamente incorrectos. La palabra “Oclusión” en medicina significa cierre u obturación (“ob”, “claudere” = cerrar). Por lo tanto “Maloclusión” significaría cierre anormal, y no sería apropiado si lo empleamos como un término descriptivo de posiciones individuales de los dientes. Carabelli es quizás uno de los primeros en analizar la oclusión sistemáticamente a mediados del siglo XIX. Por esto y otras razones la Asociación Americana de Ortodoncia aprobó una serie de términos como aceptables y recomendables, pero no obligatorios, según ellos la oclusión normal y maloclusión dentaria, son términos que indican las relaciones existentes entre los dientes opuestos cuando estos son llevados a su posición habitual (24).

Según el Diccionario Odontológico de Marcelo Friedenthal (1996): “maloclusión”

“Es una condición patológica caracterizada por no darse la relación normal de las piezas dentarias con los demás en el mismo arco y con las del arco antagonista. Estas anomalías de espacio y posición presentan como variedades principales la distoclusión, mesioclusión, vestibuloclusión, linguoclusión, hiperoclusión e hipoclusión. La maloclusión ocupa el tercer lugar en los trastornos bucales, después de la caries y la enfermedad periodontal” (25).

En opinión de José Mayoral y Guillermo Mayoral (1990)

“las maloclusiones o anomalías de la oclusión dentaria son solo anomalías de espacio, son alteraciones de la oclusión dentaria. Entendiendo la oclusión dentaria como la posición recíproca en que quedan los dientes de un arco respecto a los del otro cuando cierran, desarrollando la mayor fuerza”(26).

Para Graber Thomas M.

“En general las maloclusiones pueden afectar a cuatro sistemas tisulares: dientes, huesos, músculos y nervios. En algunos casos, solo los dientes son irregulares; la relación maxilar puede ser buena y la función muscular y neural normal, de tal forma que los dientes no hagan contacto correcto durante la función. Pero también la maloclusión puede afectar a los cuatro sistemas con malposiciones individuales de dientes, relación anormal de los maxilares y función muscular y neural anormal. A estos dos últimos sistemas se les llama también sistema neuro- muscular” (24).

Clasificación:

Clasificación de Angle:

De acuerdo con Angle “La parte más importante de la oclusión es el primer molar superior permanente. En otras palabras, el arco inferior se encuentra en relación con el superior en su descripción de malposiciones maxilo – mandibulares (108). Angle dividió las maloclusiones en tres clases amplias: Clase I (Neutroclusión), Clase II (distroclusión) y Clase III (Mesioclusión).

Pero lo que en realidad hizo Angle fue categorizarlas maloclusiones por síndromes, creando una imagen mental de las características de ciertos tipos de maloclusiones en cada clase” (24).

Spiroj, Chaconas clasifican:

“Clase I (Neutroclusión): La maloclusión clase I está asociada a una relación esquelético maxilo – mandibular normal; la discrepancia se encuentra entre los dientes y el tamaño de la mandíbula del individuo. Así como en una oclusión ideal, en la maloclusión clase I las cúspides mesiobucales de los primeros molares inferiores permanentes (27).

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

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

maloclusión clase II, los inferiores anteriores pueden estar en sobreerupción hacia el paladar (27).

Clase II División 2: Esta maloclusión también presenta una distoclusión, y su forma típica está caracterizada por una sobremordida vertical anterior profunda, los incisivos centrales superiores tienen inclinación lingual y los incisivos laterales superiores están inclinados labialmente (vestibular) y una curva de Spee exagerada en el arco mandibular con poco o nada de apiñamiento (27).

Clase III (Mesioclusión) Una maloclusión clase III esquelética o verdadera es causada por sobrecrecimiento de la mandíbula creando una Mesioclusión y consecuentemente una mordida cruzada anterior. En algunos casos el problema se complica más cuando existe un maxilar insuficiente o retraído. Otras características son la inclinación labial de los incisivos superiores y la inclinación lingual de los incisivos inferiores, además existe labio superior hipertrófico, mientras que el inferior es hipofuncional” (27).

Estado periodontal:

La enfermedad periodontal es una enfermedad inducida por la placa dento bacteriana. La forma leve de la enfermedad periodontal solo provoca ligeros cambios inflamatorios en los tejidos superficiales que rodean a los dientes; su forma más severa,

produce gran destrucción de las estructuras de soporte del diente y pérdida subsecuente de los dientes (28).

Cuando la enfermedad periodontal temprana se limita a los tejidos superficiales, es denominada gingivitis. La gingivitis es un hallazgo clínico común y afecta casi a todas las personas en algún momento de la vida. Por lo general, la gingivitis puede ser curada con el uso de medidas preventivas primarias (29).

La enfermedad periodontal afecta las estructuras de soporte más profundas, lo cual es conocida como periodontitis. El daño causado por la periodontitis generalmente, no es reversible con medidas preventivas primarias, pero estas medidas pueden jugar un papel esencial en el control de la periodontitis (29).

Este grupo de enfermedades, incluyendo la gingivitis y la periodontitis, se caracterizan por la aparición de signos clínicos de inflamación en los diferentes tejidos que rodean los dientes, esto es, tanto en los tejidos de protección como en los de soporte. Dicha reacción inflamatoria es causada por una infección por bacterias patógenas a nivel del surco gingival, por esto las enfermedades periodontales causadas por placa bacteriana se describen como enfermedades infecciosas de carácter inflamatorio.

Las gingivitis se limitan a la encía y las estructuras de adherencia de los tejidos a los dientes, en las periodontitis la inflamación se extiende hasta el hueso, cemento y ligamento periodontal (29).

La alteración del buen estado periodontal se debe principalmente a un factor local como la placa bacteriana sin embargo existen otros factores que van a condicionar o favorecer la aparición de las enfermedades periodontales (gingivitis, periodontitis):

- Deficiencias nutricionales (vitaminas A y C, zinc y proteínas)
- Tabaco y alcohol
- Enfermedades y condiciones sistémicas como: diabetes, leucemia, SIDA.
- Cambios hormonales producidos por el embarazo o el uso de anticonceptivos orales
- Fármacos: hidantoínas, ciclosporinas, nifedipino.
- Malposiciones dentarias y restauraciones dentales defectuosas

A mayor edad del paciente, se ha visto que aumenta la prevalencia de las enfermedades del periodonto (29).

Giménez S (30), hace referencia a las enfermedades del periodonto:

Gingivitis

Inflamación de la encía debida a la producción de toxinas de las bacterias acumuladas en el margen gingival, que irritan y lesionan los tejidos peridentarios. Inicialmente se manifiesta con pequeñas hemorragias durante el cepillado de los dientes, en estadios avanzados produce hinchazón y enrojecimiento, dolor local y frecuente sangrado.

El desarrollo de la enfermedad puede conducir a una separación del epitelio de las encías y del cemento formándose a los lados de los dientes las denominadas bolsas periodontales, donde se depositan bacterias y los restos alimentarios (30).

Una gingivitis crónica no tratada puede desencadenar periodontitis cuando se alcanzan el tejido conjuntivo que permiten la inserción a la raíz del diente, la presencia de las bolsas periodontales son la señal de alarma (30).

Periodontitis

Inflamación de los tejidos que sostienen el diente que provoca la pérdida de inserción del tejido conjuntivo a la superficie de la raíz dental y la destrucción de las fibras del ligamento periodontal y del hueso alveolar. Es una de las principales causas de pérdida dentaria a partir de los 40 años. En algunas ocasiones la gingivitis no precede a la periodontitis (30).

La Asociación Dental Americana, clasifica a la enfermedad periodontal como sigue:

- a. Gingivitis.-** inflamación limitada a la encía, pudiendo o no haber gingivorragia, no hay cambios radiográficos, al sondaje pueden presentarse bolsas de 1 a 2 mm de profundidad (31).
- b. Periodontitis leve.-** existe sangrado al sondaje y presencia de bolsas de 3 a 4mm de profundidad, recesión gingival, pérdida ósea, pudiéndose exponer la furca de la pieza dentaria, a la evaluación radiográfica se observa reabsorción ósea horizontal, ligera pérdida del septum interdental además de un espacio entre el hueso y la unión cemento – esmalte de 3 a 4mm.
- c. Periodontitis moderada.-** caracterizada por presencia de bolsas periodontales y pérdida de inserción, de 4 a 6mm, sangrado al sondaje, exposición de la furca, movilidad de las piezas dentarias comprometidas, a la evaluación radiográfica es

evidente una pérdida ósea horizontal y/o vertical de 1/3 del hueso alveolar de soporte.

- d. Periodontitis avanzada.-** la pérdida de inserción y la profundidad de las bolsas superan los 6mm, sangrado al sondaje, exposición de la furca evidenciada clínica y radiográficamente, pérdida severa del hueso alveolar de soporte asociada a gran movilidad de las piezas dentarias comprometidas (31).

Índice Periodontal Comunitario (IPC):

Se necesita de parámetros clínicos objetivos para evaluar el estado periodontal, esto se debe a las numerosas expresiones y fenotipos de la enfermedad periodontal (32), el índice periodontal comunitario (IPC) es un indicador epidemiológico recomendado por la OMS, para cuantificar el estado clínico periodontal dentro de una escala graduada (22).

El IPC, es utilizado para medir las necesidades de tratamiento en encuestas poblacionales, éste mantiene la misma metodología del antiguo CPITN (community periodontal index of treatment needs) respecto a los parámetros a medir y a su registro por sextantes (33).

La evaluación del estado periodontal en niños y adolescentes se hace tomando en cuenta la dentición decidua en estas etapas de la vida, la encía presenta un delgado epitelio, poco queratinizado, la encía sana tiene un color rosado pálido, los vasos sanguíneos son

más notorios, el puntillado de cáscara de naranja de la encía adherida, se observa a partir de los 3 años de edad (34).

El IPC (34) permite conocer la prevalencia de la enfermedad periodontal, aplicando un estudio de tipo transversal en un grupo poblacional, además permite generar hipótesis, respecto a la etiología de la enfermedad en escolares, mediante la presencia de placa y cálculo dental así como signos (hemorragia y cálculo) de periodontopatías. Si la muestra estudiada comprende las edades entre los 6 y 14 años, se evalúa solo: diente sano, hemorragia gingival y cálculo, se divide las arcadas dentarias en seis partes o sextantes, evaluando un solo diente por sextante, siguiendo este orden: 16, 11, 26, 36, 31, 46. Para registrar los hallazgos, se utilizan los códigos siguientes:

0 = Sano

1 = Hemorragia observada

2 = Cálculo observado

9 = No registra, menos de 2 dientes en el sextante (34).

El IPC, es un indicador epidemiológico recomendado por la OMS para estudios epidemiológicos, éste no es un buen parámetro para evaluar el estado periodontal por subestimar la extensión y gravedad de la enfermedad periodontal, además de sobreestimar las necesidades de tratamiento (35, 36).

2.2 Hipótesis

El estudio es de nivel descriptivo por lo que no es necesario formular hipótesis.

III. METODOLOGÍA

3.1. El tipo y el nivel de la investigación.

Tipo: observacional y transversal, cuantitativo.

Nivel: Descriptivo

3.2. Diseño de la Investigación

Diseño epidemiológico.

3.3. Población y muestra.

Población:

La provincia de Asunción es una de las más pequeñas de Ancash, se localiza en la sierra centro oriental de la región a 121 Km de la ciudad de Huaraz (capital de la región) y a 521 Km de la ciudad de Lima (capital del Perú), se ubica sobre los 3350 msnm, y presenta una extensión territorial de 528,66 km². Según el INEI la población proyectada para el año 2014 fue de 8869 habitantes.

Asunción cuenta con 2 distritos, Chacas y Acochaca, siendo el primero, capital de la provincia y representando el 85% del territorio de la provincia, el clima va variando según la altitud, latitud y otros factores.

En lo concerniente a los servicios de salud, la provincia cuenta con 3 establecimientos de salud (1 hospital de apoyo y 2 puestos de salud). En relación al servicio educativo,

Asunción cuenta con un total de 46 instituciones educativas (diferentes niveles y modalidades), según la Dirección Regional de Educación de Ancash.

Población de estudio:

Está representada por todos los escolares de ambos sexos de 6, 12 y 15 años de las instituciones educativas de la Provincia de Asunción, 2007 alumnos, divididos en 33 instituciones educativas que contaban con educación primaria y secundaria matriculados en el año 2016.

Muestra:

La selección de los escolares será por muestreo probabilístico, estratificado y asignados proporcionalmente, por edades y sexo en edades de 6, 12 y 15 años.

Siendo la población finita se utilizará la siguiente fórmula para el cálculo de la muestra.

$$\text{Muestra } n = \boxed{n = \frac{N * Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}{d^2(N-1) + Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}}$$

El tamaño de cada estrato en la muestra será proporcional su tamaño en la población. La muestra estará representada según la población que tenga el estrato, si el estrato es más grande le tocará el número de muestras mayor. Las n unidades de la muestra se distribuyen proporcionalmente de los estratos asignados en número de unidades.

		6	12	15
Marco muestral (tamaño población)	N	197	167	149
Error alfa	A	0.05	0.05	0.05
nivel de confianza	$1 - \alpha$	0.975	0.975	0.975
Z de (1- α)	Z (1- α)	1.960	1.960	1.960
Prevalencia de la Enfermedad	P	0.77	0.77	0.77
Complemento de p	Q	0.23	0.23	0.23
Precisión	D	0.05	0.05	0.05
Tamaño muestral	N	115	104	97

Finalmente, la muestra fue calculada en 315 Alumnos y se determinó el tamaño muestral de los grupos etarios.

.

3.4. Definición y operacionalización de las variables y los indicadores.

3.4.1. Variables y Covariables.

Variable: propiedad que puede variar o ser manipulada, de ella se obtiene datos de la realidad que pueden ser medidos, observados, evaluados o inferidos. Las variables de nuestro estudio son:

PERFIL DE SALUD BUCAL:

- Enfermedad bucal de Caries dental:

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

- Enfermedad bucal de Estado periodontal (gingivitis):

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

- Enfermedad bucal de Maloclusiones dentarias:

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

Covariable: es la variable independiente cuya influencia es controlada en el análisis para evaluar el efecto en la variable dependiente.

Las covariables de nuestro estudio son:

- Edad

Definida como la cantidad de años transcurridos desde el nacimiento

- Sexo

Es definido como la condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.

Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORIA DE ESCALA	INSTRUMENTO
Perfil de Salud Bucal - Enfermedad Bucal	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	Enfermedad bucal de caries dental	Índice CPOD	Cuantitativa de Razón	C = código 1 P = código 2 O = código 3	Ficha clínica y códigos OMS
			Índice ceod	Cuantitativa de Razón	c = código B e = indicado para extraer o = código C	
			Índice de Estado Dental OMS	Nominal	A = 0: Sano B = 1: Caries C = 2: Obturado D = 3: Pérdida por caries E = 4: Pérdida por caries F = 5: Sellante 7: Pilar para puente o una corona especial. 8: Diente no erupcionado. K = T = trauma y/o fractura L = 9 = diente excluido	
		Enfermedad bucal de estado periodontal	Índice Periodontal Comunitario (IPC) OMS	Cualitativa Nominal	0: Sano 1: Enfermo	
		Enfermedad bucal de maloclusión	Índice IMO OMS	Ordinal	0: Sin anomalías 1: Anomalías leves (Leves rotaciones dentales, leve apiñamiento, leve diastema inferior a 4 mm en grupo incisivo). 2 : Anomalías más graves (Prognatía superior a 9 mm. Prognatía inferior, mordida abierta anterior, diastemas en incisivos >= 4 mm, apiñamientos >= 4 mm	
Edad	Cantidad de años transcurridos desde el nacimiento	Cronológica	Años	Cualitativa	6 años 12 años 15 años	DNI
Sexo	Condición orgánica que distingue al hombre y la mujer.	Biológico	Masculino Femenino	Cualitativa Nominal	Si No	

3.5. Técnicas e instrumentos.

Permiso a las autoridades de las instituciones educativas

Se envió una carta con papel membretado de la Dirección de escuela de Odontología de la ULADECH – Católica, a cada director de las instituciones educativas en las cuales se iba a llevar el estudio, solicitando su autorización y permiso para ello. (Anexo 2)

Permiso a los padres de familia

Se entregó un consentimiento informado al padre de familia o apoderado de cada niño a examinar. (Anexo 3)

Capacitación:

Se realizó con la finalidad de unificar la aplicación de criterios clínicos de diagnóstico mediante la observación directa y repetida sobre unidades de análisis respecto al estudio.

Procedimiento:

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

Se eligió un ambiente adecuado, con buena iluminación para realizar el examen clínico de los escolares a examinar (unidades de análisis), se aplicaron los criterios diagnósticos recomendados por la OMS para hallar los índices CPOD, ceod, IPC y

de maloclusión dentaria, se utilizó visión directa e indirecta, haciendo uso de espejos bucales, bajalenguas y exploradores (de ser necesario), registrándose los datos obtenidos en las fichas epidemiológicas.

Las unidades de análisis que conformaron la muestra fueron elegidas al azar, utilizando para ello las nóminas de matriculados proporcionadas por el docente del aula.

A los escolares de 6 años se les realizó el ceod, a los escolares de 12 y 15 años se les realizó los índices CPOD, IPC y el índice de maloclusión.

Recursos materiales y Clínicos

- Mascarilla
- Guantes de diagnóstico
- Chaqueta/mandil
- Bajalenguas
- Algodón
- Pera de aire
- Alcohol yodado
- Sablón
- Papel toalla
- Jabón desinfectante
- Campos descartables

- Bandeja de instrumental
- Porta algodón
- Porta desechos
- Útiles de escritorio
- Rotafolios de salud bucal
- Vasos descartables
- Cámara digital
- Linterna
- Fichas clínicas

Recursos Humanos

- Docente asesor
- Personal auxiliar de apoyo
- Escolares de 6, 12y 15 años de la provincia de Asunción

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Aparente buen estado de salud general
- Conducta cooperadora para el estudio
- Apertura bucal normal
- Procedencia y morador de la zona
- Ficha epidemiológica completa
- Consentimiento informado, firmado por el padre de familia.

Criterios de exclusión:

- Enfermedad sistémica, o condiciones especiales, que pueda alterar los resultados
- Conducta no cooperadora para el estudio
- Escolares de 12 y 15 años de edad con enfermedad gingival no asociada a placa bacteriana
- Limitación de la apertura bucal
- Escolares sin consentimiento informado firmado por sus padres.

Consideraciones éticas

El estudio llevado a cabo no implicaciones éticas debido a que solo se trató de realizar una evaluación clínica de rutina, evitando procedimientos invasivos en los escolares estudiados.

Se solicitó la autorización de los padres de familia, mediante del documento firmado de consentimiento informado.

Se mantuvo la confidencialidad de la información recopilada de cada escolar.

Se coordinó y se solicitó al comité de ética de la ULADECH – Católica la autorización para la ejecución del proyecto.

3.6. Plan de análisis.

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

La información fue procesada y analizada con el programa estadístico SPSS versión 22, así mismo se utilizaron los programas Microsoft Word y Microsoft Power Point para la elaboración del informe de tesis y de las diapositivas para su exposición, respectivamente.

4.7. Matriz de consistencia.

TÍTULO	PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	POBLACIÓN Y MUESTRA
<p>Perfil de Salud bucal – enfermedad bucal en escolares de 6, 12 y 15 años de la Provincia de Asunción, Región Ancash, 2016</p>	<p>Cuál es el perfil de salud bucal – enfermedad bucal en escolares de 6, 12 y 15 años de la Provincia de Asunción, Región Ancash, 2016</p>	<p>O. General: Conocer el perfil de salud bucal – enfermedad bucal en escolares de 6, 12 y 15 años de edad de la provincia de Asunción, Región Ancash, 2016.</p> <p>O. Específicos: Determinar el perfil de salud bucal – enfermedad bucal de caries dental según grupo de edad, sexo, mediante los Índices ceod y CPOD.</p> <p>Determinar el perfil de salud bucal – enfermedad bucal de enfermedad periodontal según grupo de edad, sexo, mediante los Índices IPC – OMS.</p> <p>Determinar el perfil de salud bucal – enfermedad bucal de maloclusión dentaria según grupo de edad, sexo, mediante los índices IMO – OMS.</p>	<p>VARIABLES</p> <p>VARIABLES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Perfil de salud bucal – enfermedad bucal <p>Covariables:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Edad ▪ Sexo 	<p>POBLACIÓN Y MUESTRA</p> <p>La población está representada por todos los escolares de ambos sexos de 6, 12 y 15 años de edad de las instituciones educativas de la provincia de Asunción, Región Ancash.</p> <p>La muestra está constituida por 315 escolares de ambos sexos de 6, 12 y 15 años de edad de las instituciones educativas de la provincia de Asunción, Región Ancash.</p>

IV. RESULTADOS

4.1 Resultados:

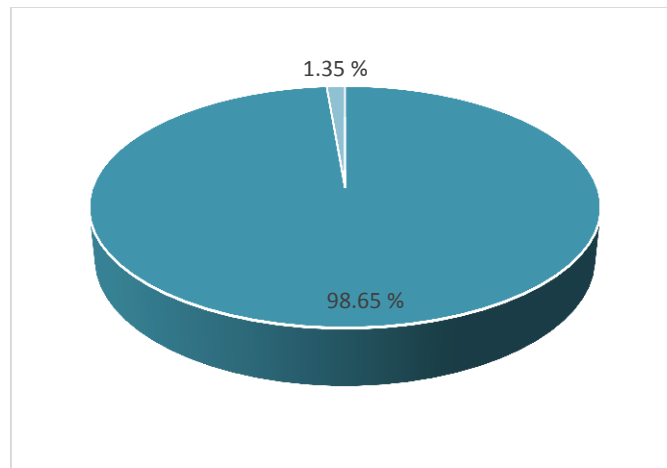
TABLA 1

Perfil de salud bucal – enfermedad bucal de caries dental en escolares de 6, 12 y 15 años de edad de la Provincia de Asunción, Región Ancash, 2016.

CARIES DENTAL	N	%
SI	292	98.65
NO	4	1.35
TOTAL	296	100.00

Fuente: Ficha clínica de examen 2016.

Figura 1: Gráfico del perfil de salud bucal – enfermedad bucal de caries dental en escolares de 6, 12 y 15 años de edad de la Provincia de Asunción, Región Ancash, 2016.



Fuente: Tabla 1

En la tabla 1 se demuestra que el perfil de salud bucal – enfermedad bucal de caries dental en escolares evaluados de 6, 12 y 15 años de edad de la provincia de Asunción, presentó una prevalencia de caries de 98;65%, equivalente 292 niños, del total de la muestra que fue de 315 niños, refiriéndose en la figura 1.

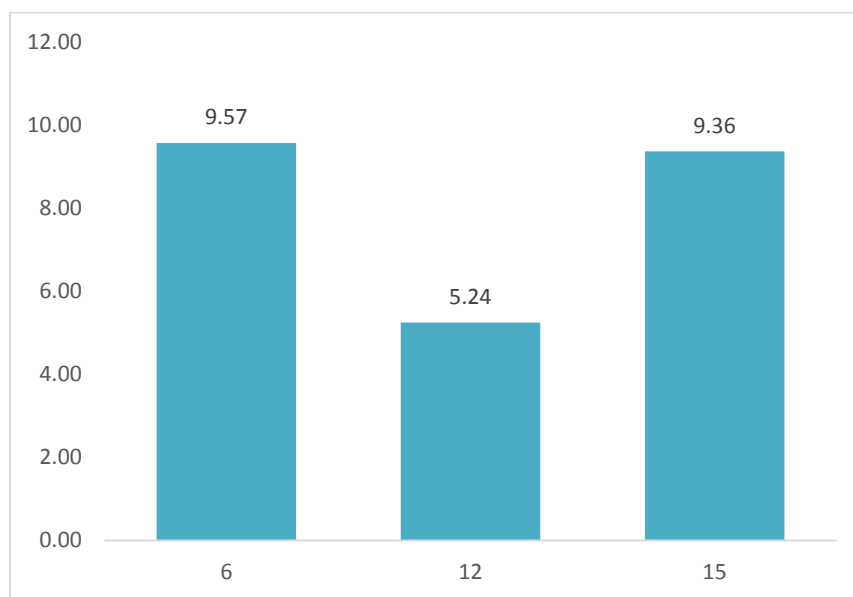
TABLA 2

Perfil de salud bucal – enfermedad bucal de caries dental según índices de CPOD y ceod en escolares de 6, 12 y 15 años de edad de la Provincia de Asunción, Región Ancash, 2016.

EDAD	CEO	CPO	CPO TOTAL
6	8.59	0.98	9.57
12	0.78	4.47	5.24
15	NA	9.36	9.36

Fuente: Ficha clínica de examen 2016.

Figura 2: Gráfico del perfil de salud bucal – enfermedad bucal de caries dental según índices de CPOD y ceod en escolares de 6, 12 y 15 años de edad de la Provincia de Asunción, Región Ancash, 2016.



Fuente: Tabla 2

Los resultados de la tabla 2 y figura 2, arrojan que el mayor CPO corresponde a los escolares de 6 años de edad con un valor de 9,57, seguido por los escolares de 15 años de edad con un CPO promedio de 9,36, ambos valores representan niveles de severidad muy altos en prevalencia de caries según lo considerado por la OMS, el menor valor está en los escolares de 12 años de edad con un CPO promedio de 5,24, este valor corresponde a un nivel de severidad de prevalencia de caries alto, según la OMS.

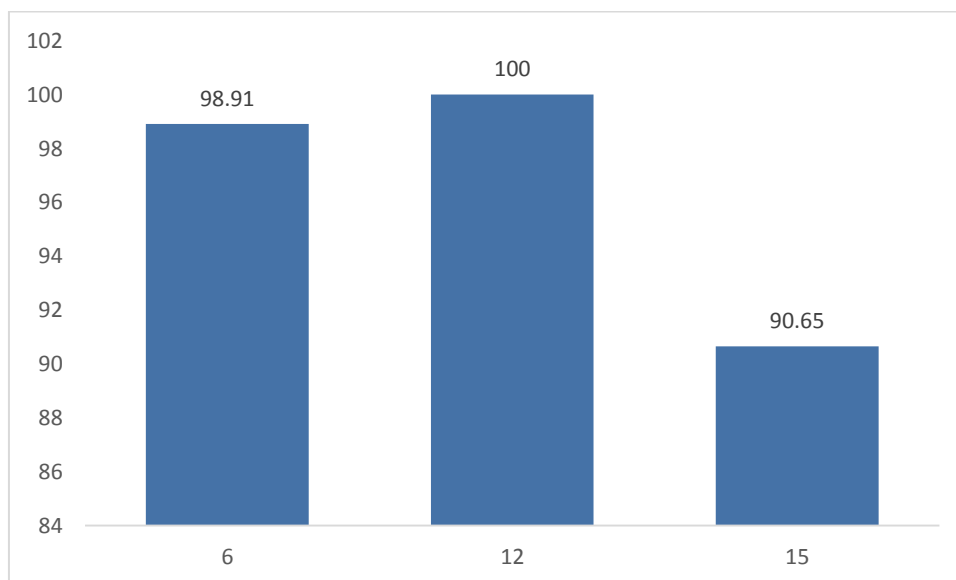
TABLA 3

Perfil de salud bucal – enfermedad bucal de caries dental según edad en escolares de 6, 12 y 15 años de edad de la Provincia de Asunción, Región Ancash, 2016.

EDADES	MUESTRA	N	%
6	92	91	98.91
12	104	104	100.00
15	107	97	90.65

Fuente: Ficha clínica de examen 2016.

Figura 3: Gráfico del perfil de salud bucal – enfermedad bucal de caries dental según edad en escolares de 6, 12 y 15 años de edad de la Provincia de Asunción, Región Ancash, 2016.



Fuente: Tabla 3

La tabla 3 y figura 3 evidencian que el perfil de salud bucal – enfermedad bucal, la prevalencia de caries dental por edad es como sigue en orden de mayor a menor: 100% para los escolares de 12 años de edad, 98,91% para los escolares de 6 años y 90,65% para los escolares de 15 años de edad.

TABLA 4

Perfil de salud bucal – enfermedad bucal de caries dental según sexo en escolares de 6 años de edad de la Provincia de Asunción, Región Ancash, 2016.

SEXO	NO	%	SI	%	TOTAL
MASCULINO	0	0.00	35	100.00	35
FEMENINO	1	1.75	56	98.25	57
TOTAL	1		91		92

Fuente: Ficha clínica de examen 2016.

En la tabla 4 se observa que el perfil de salud bucal – enfermedad bucal de caries dental en escolares de 6 años, tuvo una mayor prevalencia en el sexo masculino, 100% de los escolares evaluados, que representa a 35 niños. En el sexo femenino, para esta edad se obtuvo una prevalencia de 98,25%, que representa a 56 escolares de las 57 niñas evaluadas.

TABLA 5

Perfil de salud bucal – enfermedad bucal de caries dental según sexo en escolares de 12 y 15 años de edad de la Provincia de Asunción, Región Ancash, 2016.

SEXO	NO	%	SI	%	TOTAL
MASCULINO	3	3.19	91	96.81	94
FEMENINO	0	0.00	110	100.00	110
TOTAL	3		201		204

Fuente: Ficha clínica de examen 2016.

En la tabla 5 se evidencia que el perfil de salud bucal – enfermedad bucal de caries dental en escolares de 12 y 15 años de edad, según sexo, el porcentaje fue mayor en el sexo femenino, con un 100% que equivale a las 110 escolares evaluadas.

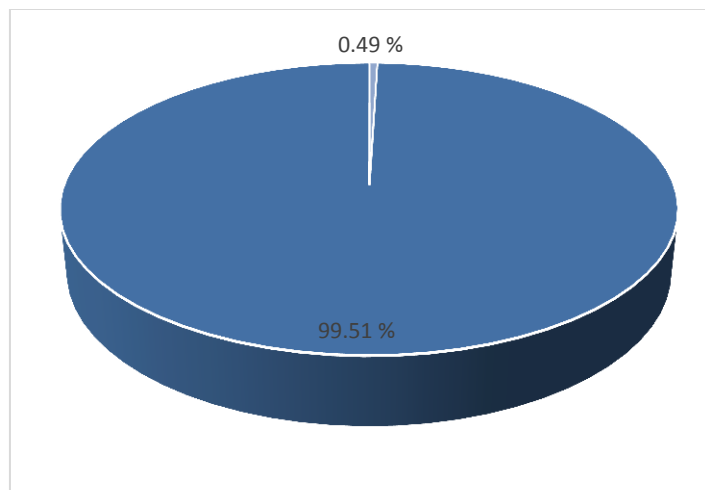
TABLA 6

Perfil de salud bucal – enfermedad bucal del estado periodontal en escolares de 12 y 15 años de edad de la Provincia de Asunción, Región Ancash, 2016.

ESTADO PERIODONTAL	N	%
SANO	1	0.49
ENFERMO	203	99.51
TOTAL	204	100.00

Fuente: Ficha clínica de examen 2016.

Figura 4: Gráfico del perfil de salud bucal – enfermedad bucal del estado periodontal en escolares de 12 y 15 años de edad de la Provincia de Asunción, Región Ancash, 2016.



Fuente: Tabla 6

La tabla 6 evidencia que el perfil de salud bucal - enfermedad bucal del estado periodontal en escolares de 12 y 15 años de edad de la Provincia de Asunción fue de 99,51%, que equivale a 203 escolares del total de 204 escolares evaluados, esta información también se puede corroborar en la figura 4.

TABLA 7

Perfil de salud bucal – enfermedad bucal del estado periodontal según edades en escolares de 12 y 15 años de edad de la Provincia de Asunción, Región Ancash, 2016.

EDADES	MUESTRA	N	%
12	107	107	100.00
15	97	96	98.97

Fuente: Ficha clínica de examen 2016.

En la tabla 7 se puede apreciar que el perfil de salud bucal – enfermedad bucal del estado periodontal según edades, en escolares de 12 y 15 años, fueron los del grupo de 12 años quien obtuvo la mayor prevalencia con un 100% de los escolares evaluados, que equivale a 107 escolares.

TABLA 8

Perfil de salud bucal – enfermedad bucal del estado periodontal según sexo en escolares de 12 y 15 años de edad de la Provincia de Asunción, Región Ancash, 2016.

SEXO	NO	%	SI	%	TOTAL
MASCULINO	0	0.00	1	100.00	1
FEMENINO	94	46.31	109	53.69	203
TOTAL	94		110		204

Fuente: Ficha clínica de examen 2016.

En la tabla 8, se evidencia que el perfil de salud bucal – enfermedad bucal del estado periodontal en los escolares de 12 y 15 años, el sexo masculino tuvo un notable predominio, teniendo una prevalencia de 100%, mientras que el sexo femenino obtuvo una prevalencia de 53,69%.

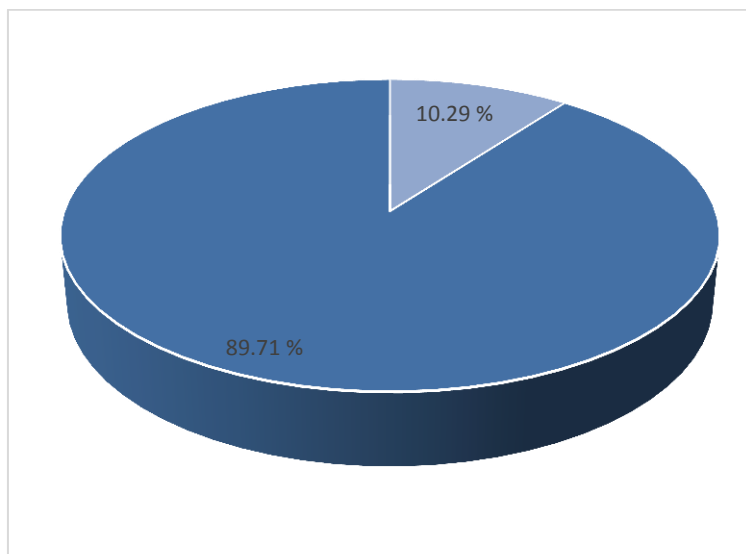
TABLA 9

Perfil de salud bucal – enfermedad bucal de maloclusión dentaria en escolares de 12 y 15 años de edad de la Provincia de Asunción, Región Ancash, 2016.

MALOCCLUSION	N	%
SANO	21	10.29
ENFERMO	183	89.71
TOTAL	204	100.00

Fuente: Ficha clínica de examen 2016.

Figura 5: Gráfico del perfil de salud bucal – enfermedad bucal de maloclusión dentaria en escolares de 12 y 15 años de edad de la Provincia de Asunción, Región Ancash, 2016.



Fuente: Tabla 9

La tabla 9 y su correspondiente figura 5 evidencian que la prevalencia de maloclusión dentaria en escolares de 12 y 15 años fue de 89,71% para el perfil de salud bucal – enfermedad bucal de maloclusión dentaria.

TABLA 10

Perfil de salud bucal – enfermedad bucal de maloclusión dentaria según edades en escolares de 12 y 15 años de edad de la Provincia de Asunción, Región Ancash, 2016.

EDADES	MUESTRA	PRESENCIA MALOCLUSION	%
12	107	93	86.92
15	97	90	92.78

Fuente: Ficha clínica de examen 2016.

La tabla 10 evidencia que el perfil de salud bucal – enfermedad de maloclusión según edades, la mayor prevalencia se dio en escolares de 15 años, siendo de 92,78% equivalente a 90 niños de los 97 correspondientes a este grupo.

TABLA 11

Perfil de salud bucal – enfermedad bucal de maloclusión dentaria según sexo en escolares de 12 y 15 años de edad de la Provincia de Asunción, Región Ancash, 2016.

SEXO	NO	%	SI	%	TOTAL
MASCULINO	8	38.10	13	61.90	21
FEMENINO	86	46.99	97	53.01	183
TOTAL	94		110		204

Fuente: Ficha clínica de examen 2016.

La tabla 11 evidencia una mayor prevalencia de maloclusión dentaria para el sexo masculino (61,90%), con respecto al sexo femenino (53,01%), respecto al perfil de salud bucal – enfermedad bucal de maloclusión dentaria en escolares de 12 y 15 años de edad.

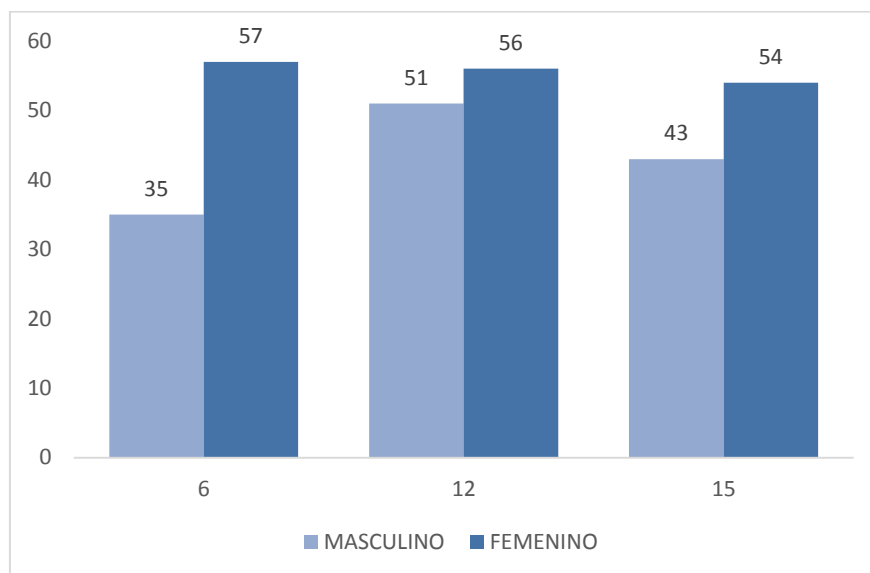
TABLA 12

Distribución de la muestra por edades y sexo en escolares de 6, 12 y 15 años de edad de la Provincia de Asunción, Región Ancash, 2016.

SEXO	6	%	12	%	15	%	TOTAL
MASCULINO	35	38.04	51	47.66	43	44.33	129
FEMENINO	57	61.96	56	52.34	54	55.67	167
TOTAL	92	100.00	107	100.00	97	100.00	296

Fuente: Ficha clínica de examen 2016.

Figura 6: Gráfico de distribución de la muestra por edades y sexo en escolares de 6, 12 y 15 años de edad de la Provincia de Asunción, Región Ancash, 2016.



Fuente: Tabla 12

La tabla 12 y su correspondiente figura 6, muestran una distribución por edad y sexo.

Por edad la mayor cantidad de la muestra estuvo conformada por 107 escolares correspondientes a la edad de 12 años y la menor cantidad de la muestra estuvo en la edad de 6 años con 92 escolares.

En relación al sexo la mayor cantidad de la muestra estuvo conformada por el sexo femenino con una cantidad de 167 escolares representaron el 55,67% de la muestra, el total de la muestra evaluada fue de 296 escolares conformada por ambos sexos y edades de 6, 12 y 15 años.

4.2 Análisis de resultados

La presente investigación fue de tipo descriptivo debido a que solo trató de describir las características de la salud bucal – enfermedad bucal en escolares de 6, 12 y 15 años de edad de la Provincia de Asunción – Ancash, no busco encontrar una relación de causa – efecto, así mismo el diseño fue transversal debido a que la evaluación de las unidades de análisis se llevaron a cabo en un solo momento del tiempo.

La muestra fue probabilística, estratificada y por asignación proporcional, las edades tomadas en cuenta para llevar a cabo el estudio se basó en las recomendaciones de la OMS, quien considera que las edades de 6, 12 y 15 años son las edades índices para llevar a cabo estudios epidemiológicos de salud bucal – enfermedad bucal en la población escolar.

Las edades más adecuadas para este tipo de estudios (estudios epidemiológicos de salud dental), son: 5 – 6 años, 12 años y 15 años, según la recomendación de la OMS, la edad de 5 – 6 años tiene importancia por la evaluación de la caries en dentición decidua, la edad de 12 años se utiliza a nivel mundial para estudios comparativos de la prevalencia de caries entre países, esta edad se caracteriza por la sustitución completa de la dentición decidua por la dentición permanente, la edad de 15 años es propuesta por la OMS para evaluar la tendencia y severidad de la caries, además de su importancia como indicador de enfermedad periodontal en el adolescente (3).

El resultado obtenido para el perfil epidemiológico de salud bucal – enfermedad bucal de caries dental en este estudio fue de 98,65 % siendo mayor a las prevalencias obtenidas por Castillo el año 2008 en su estudio realizado en el distrito de Chacas, Provincia de Asunción en una muestra de 150 escolares de las edades de 6, 12 y 15 años, su prevalencia de caries fue de 79,33 %, San Miguel en el año 2006 obtuvo una prevalencia de caries de 86,7 % en su estudio realizado en el Distrito de Samanco – Santa en una muestra de 90 escolares en las edades índices recomendadas por la OMS. Para Temoche, la prevalencia de caries dental obtenida en el año 2008, fue de 84,67%, en una muestra de 137 escolares de 6, 12 y 15 años de edad de la Provincia de Huay. En el año 2009, Díaz en su estudio epidemiológico llevado a cabo en el centro poblado de Jimbe de la Provincia del Santa obtuvo una prevalencia de caries dental 81,2 %; en una muestra de 85 escolares que comprendían las edades de 6, 12 y 15 años de edad (4, 6, 8, 7).

Todos los estudios anteriores comparados con el nuestro fueron llevados a cabo en pueblos de la serranía de Ancash al igual que el nuestro, sin embargo utilizaron muestras más pequeñas, la cantidad de escolares en cada provincia no necesariamente es la misma.

Villanueva durante el año 2006, realizó un estudio epidemiológico de corte transversal con el objetivo de determinar el perfil epidemiológico de salud bucal y enfermedad bucal en escolares de 6 a 15 años de edad, del Distrito de Chimbote, provincia del Santa, departamento de Ancash, utilizando una muestra de 400 alumnos, los cuales fueron seleccionados al azar, obteniendo una prevalencia de caries dental de 94,3% (5).

Este último estudio comparado con el nuestro, se llevó a cabo en Chimbote, una ciudad costera, con mayor acceso a los servicios de salud, la muestra empleada por el investigador es mayor a la de nuestra investigación, su prevalencia es muy próxima a la obtenida por nosotros.

Muchos factores pueden estar involucrados en las diferencias con respecto a las prevalencias de caries dental en estos estudios comparados, como por ejemplo: nivel socioeconómico, acceso a la salud, hábitos alimenticios, hábitos de higiene, grado de instrucción de los padres de familia, así como la elección del tamaño de la muestra por parte del investigador, la calibración del observador, entre otros.

Los valores de CPOD encontrados en el presente estudio es de 4,9, el cual pertenece según la OMS a un nivel de severidad de prevalencia de caries alto, San Miguel (6) en el 2009 en su estudio determino un CPOD de 4,79, muy similar al nuestro, encontrándose también dentro de la clasificación de CPO alto. Villanueva (5) en el 2006 en su estudio obtiene como resultado un CPOD igual a 3,39, Sifuentes (12) en el año 2007 en su estudio sobre el perfil epidemiológico de salud bucal en escolares de 12 a 15 años de edad de la I.E. “Ricardo Palma” de la ciudad de Trujillo, Departamento de la Libertad, en una muestra conformada por 220 niños encontró un índice CPOD de 3,1. Ambos estudios (Villanueva y Sifuentes) presentaron un nivel de severidad moderado respecto a la prevalencia de caries.

Diaz (7) en el 2009 y Temoche (8) en el 2008, en sus estudios obtuvieron un CPOD de 1,01 y 1,33 respectivamente, estos valores representan un nivel de severidad bajo respecto a la prevalencia de caries.

Los valores de CPOD más elevados en las poblaciones de escolares estudiados como es el caso nuestro, pueden estar asociados a una mayor ingesta de alimentos cariogénicos en su dieta, rica en carbohidratos y pobre en proteínas como es el caso de muchos pueblos y zonas rurales andinas, además de otros factores como el nivel socioeconómico, cultural, educación, salud, etc.

El CPOD para la edad de 12 años en nuestro estudio, tuvo un valor de 4,47, lo que demuestra un nivel de severidad moderado con tendencia a alta con respecto a la prevalencia de caries, la determinación del CPOD a la edad de 12 años (CPOD – 12) de un determinado país, permite valorar la etapa de desarrollo de la salud oral de éste.

En base a lo establecido por la OMS – OPS (Organización Panamericana de la Salud), los países con un CPOD – 12 de 3 a 5 se ubican en la etapa de crecimiento, aquellos con un CPOD – 12 inferior a 3 se hallan en la etapa de consolidación, mientras que aquellos países con un CPOD – 12 mayor a 5 se ubican en la etapa emergente, la determinación del CPOD – 12 entonces es de mucha importancia en estudios epidemiológicos de salud bucal – enfermedad bucal porque permite analizar comparativamente grupos, localidades, regiones y países (37).

El ceod de nuestra investigación para los escolares de 6 años fue de 8.59, representando un nivel de severidad muy alto en relación a la prevalencia de Caries, los estudios llevados a cabo por Castillo (4) y Temoche (8) arrojaron valores de ceod menores al nuestro, 4,68 y 5,24 respectivamente. El elevado valor del ceod de nuestro estudio evidencia no solo la mala condición de la salud bucal de los niños que empiezan su etapa escolar y que podría repercutir en el ausentismo a sus actividades escolares por

complicaciones con infecciones odontogénicas, sino también la necesidad de tratamiento odontológico.

La prevalencia de enfermedad periodontal en el presente estudio fue de 99,51 % siendo superior a lo obtenido por Castillo López P. (2008), que obtuvo 57,0 %; Villanueva Ponce C. (2006) que obtuvo 75,0 % y San Miguel A. (2006), que obtuvo un valor de 100,0 %. Y ligeramente inferior a lo obtenido por Banda M. (2008) que obtuvo 67,0 %.

La prevalencia de maloclusión dentaria en el presente estudio fue de 89,71 %; Que ha sido superior a lo obtenido por Temoche Palacios L. (2008), que obtuvo 46,67 %; Alva Montoya a. (2006) que obtuvo 87,2 % y Bolaños M. (2013), que obtuvo un valor de 19,6 %. y por Banda M. (2008) que obtuvo 67,0 %.

III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones:

1.- La prevalencia de caries dental fue de 98,65 %, siendo mayor en el sexo masculino con un 100,0 %, la mayor prevalencia de caries se presenta a los 12 años con un 100.0 %, sin embargo, a los 6 años es de 98,91 % y a los 15 años es de 90,65 % no observándose las diferencias muy significativas. Respecto al índice CPO promedio es de 4.93, se presenta mayor en los estudiantes de 15 años con un 9,36, a los 12 años 4.47, el ceo a los 6 años es de 8.59.

2.- La prevalencia de enfermedad periodontal fue de 99,51 %, predominando en el sexo masculino con 100,0 %, con relación a la edad se ha presentado ligeramente mayor en los 12 años con un 100,0 %.

3.- La prevalencia de maloclusión dentaria fue de 89,71 %, predominando en el sexo masculino con 61,90 %, con relación a la edad se ha presentado ligeramente mayor en los 15 años con un 92,78 %.

Recomendaciones:

1.- La realización de estudios de epidemiología de las enfermedades bucales y necesidad de tratamiento en las poblaciones adultas de las poblaciones de la provincia de Asunción.

2.- Realización de estudios respecto a los métodos preventivos y restaurativos que viene aplicando el MINSA, para ver su efectividad respecto a los resultados obtenidos.

Referencias bibliográficas

1. Solís M. “Comparación de los factores de riesgo de caries dental en escolares de 6 a 12 años de una institución educativa pública con una privada en el 2014”. [Trabajo de grado de Cirujano Dentista]. Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas; 2016.
2. Rojas-Calderón AE, Pachas-Barrionuevo FM. “Perfil epidemiológico de salud oral e indicadores de riesgo en escolares adolescentes de la localidad de Cartavio (La Libertad, Perú)”. Rev Estomatol Herediana. 2010; 20(3): 127 – 36.
3. Rubio J, Robledo de Dios T, Llodra J, Simón F, Artazcoz J, Gonzáles V, García-Camba de la Muela J. Criterios mínimos de los estudios epidemiológicos de salud dental en escolares. Rev Esp Salud Pública. 1997; 71(3): 232 – 42.
4. Castillo P. “Perfil de enfermedades bucales y necesidad de tratamiento en escolares de 6, 12 Y 15 años del Distrito de Chacas” [Tesis de maestría]. Provincia del Santa - Región Ancash: Escuela de Odontología, Universidad los Ángeles de Chimbote; 2008.
5. Villanueva C. “Perfil de salud – enfermedad bucal en los escolares de 6 a 15 años de edad distrito de Chimbote - Provincia de Santa durante el año 2006”. [Tesis de maestría]. Provincia del Santa, Región Ancash: Escuela de Odontología, Universidad los Ángeles de Chimbote; 2008.

6. San Miguel A. “Perfil de salud – enfermedad bucal en los escolares de 6 a 15 años de edad Distrito de Samanco - Provincia del Santa durante el año 2006”. [Tesis de Maestría]. Provincia de Santa, Región Ancash: Escuela de Odontología, Universidad los Ángeles de Chimbote; 2012.
7. Días, M. “Perfil de enfermedades bucales y necesidad de tratamiento en escolares de 6, 12 y 15 años del distrito de Cáceres centro poblado Jimbe, provincia del Santa, región Ancash 2009”. [Trabajo de grado de Cirujano Dentista]. Provincia del Santa, Región Ancash: Escuela de Odontología, Universidad los Ángeles de Chimbote; 2009.
8. Temoche, L. “Perfil de enfermedades bucales y necesidad de tratamiento en escolares de 6, 12 y 15 años del Distrito de Huari, Provincia de Huari, Región Ancash durante el año 2008”. [Trabajo de grado de Cirujano Dentista]. Provincia de Santa, Región Ancash: Escuela de Odontología, Universidad los Ángeles de Chimbote; 2012.
9. Alva, A. “Perfil de salud bucal y necesidad de tratamiento odontológico en escolares de 6 a 15 años en la institución educativa “La Gloriosa” del Distrito de Chimbote- Provincia de Santa de abril a julio del 2006”. [Trabajo de grado de Cirujano Dentista]. Provincia del Santa, Región Ancash: Facultad de Odontología, Universidad los Ángeles de Chimbote; 2006.
10. Bolaños, D. “Estudio epidemiológico de las enfermedades bucales más prevalentes en escolares de 6 a 16 años de la Provincia de Azángaro, 2013”.

[Trabajo de grado de Cirujano Dentista]. Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2014.

11. 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 2008”. [Trabajo de grado de Cirujano Dentista]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2008.
12. Sifuentes, T. “Perfil de salud bucal en escolares de 12 a 15 años de edad en la I. E. Ricardo Palma N°88010 en la ciudad de Trujillo durante el periodo de noviembre 2007 a enero 2008”. [Trabajo de grado de Cirujano Dentista]. Provincia del Santa, Región Ancash: Escuela de Odontología, Universidad los Ángeles de Chimbote; 2008.
13. Ramos, W. “Perfil de enfermedades bucales y necesidad de tratamiento en escolares de 6, 12 y 15 años en la comunidad campesina de Jicamarca, Anexo 8, Distrito de San Antonio – Lima en el 2008”. [Tesis de maestría]. Provincia del Santa, Región de Ancash: Escuela de Odontología, Universidad los Ángeles de Chimbote; 2008
14. Organización Mundial de la Salud. Salud Bucodental. 2007. Nota informativa N° 318. [Consultado: 09 Diciembre 2017].

Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>

15. Navas Perozo R, de Morales T, Fox Delgado M, Chacín Espina A, Rincón Fernández M. Concepciones en los usuarios de un servicio odontológico público sobre salud-enfermedad bucal. (Spanish). Revista Cubana De Estomatología [serial on the Internet]. (2014, Oct), [cited December 9, 2017]; 51(4): 366-377. Available from: MedicLatina.
16. Shafer, W. Tratado de Patología Bucal. 2a ed. México: Nueva Editorial Interamericana; 1986.
17. Sturdevant C, Roberson T, Heymann H, Sturdevant J. Arte y Ciencia Operatoria Dental, 3a ed. España: S.A. Elsevier; 1996.
18. Rakosi T. Graber-Neumann. Aparatología ortodóntica removible. Análisis Funcional. 2a Ed. Buenos Aires: Ed. Panamericana; 1995.
19. Rodríguez L. Atención del auxiliar en la hospitalización del paciente geriátrico. España: Editorial MAD; 2006.
20. Henostroza H. Caries dental: principios y procedimientos para el diagnóstico. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2007.
21. Higashida B. Odontología preventiva. 2da ed. México: McGraw-Hill; 2009.
22. WHO Oral Health Country/Area Profile Programme (CAPP). Malmö, Sweden; 2009. Disponible en: <http://www.whocollab.od.mah.se/index.html> - CAPP.
23. Escobar F. Odontología pediátrica. Madrid: Ripano; 2012.

24. Graber Thomas M: Ortodoncia, teoría y práctica. 3ª Ed. México: Panamericana; 1974.
25. Friedenthal M. Diccionario Odontológico. 2a ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 1996.
26. Mayoral J; Mayoral G. Ortodoncia. Principios fundamentales y práctica. 6a ed. España: Labor S.A; 1990.
27. Spiroj Ch. Ortodoncia. México: El Manual Moderno; 1983.
28. William G, Maynard H, Barnet M. Tratado de Patología Bucal. 2a Ed. México: Nueva Editorial Interamericana, S.A; 1986.
29. Harris N, Garcia-Godoy F. Odontología Preventiva Primaria. 2a Ed. México: Manuel Moderno; 2004.
30. Giménez S. Tratamiento de la enfermedad periodontal. Medicina21. 12 de Setiembre de 2007. https://www.medicina21.com/Articulos-V1520-Tratamiento_de_la_enfermedad_periodontal.html (último acceso 14 de diciembre de 2017).
31. Tesis Digitales UNMSM. Allende P. “Clasificación de Enfermedades Periodontales” Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/Tesis/Salud/allende_rp/Clasificacion.pdf Tomada el 31/12/2016.

32. Gjerme P, Rósing C, Susin C, Oppermann R. Periodontal Diseases in Central and South America. *Periodontol* 2000, 2002; 29: 70 – 78.
33. Almerich J., Montlet J. Caries dental. Etiopatogenia y diagnóstico. En: Cuenca E. Baca. *Odontología preventiva y comunitaria: Principios, métodos y aplicaciones*. 4a ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
34. Coti A. Guerra M. Epidemiología de la enfermedad periodontal en niños y adolescentes. *Odontol Pediatr [Revista en la Internet]* ,2016 enero-junio [Citado 2017 Agos 07]; 15(1):53-63. Disponible en: <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/op/v15n1/a7.pdf>
35. Irigoyen M, Velásquez C, Zepeda M, Mejía A. Caries dental y enfermedad periodontal en un grupo de personas de 60 o más años de edad de la ciudad de México. *ADM*. 1999; 56(2): 64-69.
36. Dowsett S, Archila L, Segreto V, Eckert G, Kowolik M. Periodontal diseases status of an indigenous population of Guatemala, Central America. *J Clinic Periodontol*. 2001; 28: 663-71.
37. Organización Panamericana de la Salud – Organización mundial de la salud. *Propuestas del plan regional decenal sobre salud bucodental*. 138a sesión del comité ejecutivo. Washington, D.C, EUA, 19-23 de junio de 2006.

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

01. Ficha de recolección de datos de perfil de salud bucal.
02. Carta de presentación a las Instituciones Educativas.
03. Consentimiento informado.
04. Ubicación geográfica de la zona de trabajo.
05. Fotos en I.E. y alumnos examinados.

ANEXO N° 1



ANEXO N° 1

UNIVERSIDAD LOS ÁNGELES DE CHIMBOTE



FICHA CLÍNICA

I.- Identificación:

Prov. Distr. I.Educ. Examin Edad N° niño

Nombres y Apellidos..... Sexo: M=1, F=2

Fecha:
 Día Mes Año

ESTADO PERIODONTAL (Solo grupos 12 y 15 años)			ESTADO	NECESIDADES DE TRATAMIENTO
16	11	26	Código 0 = sano Código 1 = sangrado Código 2 = cálculo Código 3 = bolsa 4-5 mm Código 4 = bolsa más de 6 mm	0 = No necesita 1 = Educ. de salud bucal 2 = Educ. de SB + profilaxia 3 = Educ. de Sb + profilaxia + raspaje 4 = Educ. SB + profilaxia + raspaje + cirugía
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
46	31	36		

ESTADO DENTICIÓN Y NECESIDADES DE TRATAMIENTO			ESTADO	NECESIDADES DE TRATAMIENTO
55 54 53 52 51 61 62 63 64 65	ESTADO		A = 0 = sano B = 1 = cariado C = 2 = obturado D = 3 = perdido por caries E = 4 = perdida por otra razón (ortod) F = 5 = con sellantes 7 = pilar para un puente o una corona especial 8 = diente no erupcionado K = T = trauma y/o fractura L = 9 = diente excluido	0 = ninguno 1 = necesita sellante 2 = obturar una superficie 3 = obturar dos o mas superficies. 4 = corona o pilar para un puente 5 = pónico 6 = tratamiento pulpar 7 = extracción 8 = necesita otro tratamiento
17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27	TRATAMIENTO			
85 84 83 82 81 71 72 73 74 75	ESTADO		CPOD = ceo-d =	
47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37	TRATAMIENTO			

MALOCLUSIONES (Solo grupos 12 y 15 años)

ESTADO
0 = sin anomalías, ni maloclusión
1 = anomalías ligeras o leve (leves torsiones o rotaciones dentarias, leve apiñamiento o leve diastema inferior a 4 mm en grupo incisivo).
2 = anomalías más graves (moderado o severo), con presencia de una o varias de las siguientes alteraciones:
- prognatia superior de 9 mm o más
- prognatia inferior
- mordida abierta anterior
- diastemas en incisivos de 4mm ó más
- apiñamiento en incisivos de 4mm ó más.

DESCRIPTIVO DE ANEXO 1

FICHA CLINICA

Se seguirán las definiciones y códigos de la OMS, que son los siguientes:

Estado dental.

0 (A). Diente sano. Un diente se considera sano si no hay evidencia clínica de caries ya sea presente o tratada. Las lesiones precavitarias al igual que otras condiciones similares a las etapas iniciales de caries son excluidas, ya que no es posible hacer un diagnóstico fidedigno. Así, los dientes con los siguientes defectos en ausencia de otro criterio positivo, son considerados sanos:

-- Manchas blancas o lechosas.

-- Zonas descoloridas o ásperas.

-- Puntos o fisuras manchados que retienen la sonda pero cuyo suelo o paredes no están reblandecidos o el esmalte socavado.

-- Áreas oscuras, brillantes, duras o punteadas del esmalte que muestran signos de fluorosis moderada o severa.

Todas las lesiones dudosas se registran como sanas.

1 (B). Diente cariado. Se registra caries cuando una lesión en un punto o fisura o una superficie lisa presenta reblandecimiento del suelo o las paredes o socavamiento del esmalte. Los dientes con obturaciones temporales también se registran como

cariados. En las superficies proximales, la sonda, ha de entrar claramente en la lesión. Cuando haya dudas no se registrara la presencia de caries.

2 (C). Diente obturado con caries. Se registra así al diente que tiene una o más obturaciones.

3 (D). Diente ausente debido a caries. Este código se usa para dientes permanentes que hayan sido extraídos por caries. Es importante resaltar que no se debe usar este código para dientes perdidos por otra causa que no sea la caries.

4 (E). Diente permanente ausente por otras causas. Aquí se incluyen las ausencias congénitas, extracciones por razones ortodóncicas, traumatismos, etc. Este código también se usa para dientes permanentes extraídos por enfermedad periodontal.

5 (F). Sellado. Se usa este código para los dientes que tengan un sellado oclusal o en los que se aprecie que el fondo del surco ha sido ensanchado con fresa redonda o en forma de llama y se ha colocado un composite. Si un diente con sellador de fisura tiene caries, se codifica como caries.

7. Pilar de puente o corona especial. Este código se usa para indicar que un diente forma parte de un puente, es decir, es un pilar de puente. Este código también se usa para coronas colocadas por causas distintas a caries. Los dientes ausentes que son reemplazados por el puente se codifican como 4 o 5, al igual que otro diente ausente.

8. Diente sin erupcionar. Este código se restringe sólo a dientes permanentes ausentes por falta de erupción y en los que su espacio no lo ocupa el diente temporal. Un

diente con este código es, lógicamente, excluido de cualquier cálculo a efectos de caries.

K=T. Trauma y/o fractura.

9. Diente excluido. Este código se usa para cualquier diente que no pueda ser explorado, por Ejemplo inaccesible, con bandas ortodóncicas, fracturado, etc.

Necesidad de tratamiento dental

Los criterios para la necesidad de tratamiento son:

0. No necesita tratamiento. Se usará cuando el diente esté sano o cuando se estime que el diente no puede o no debe recibir ningún tipo de tratamiento, ni la extracción.
- 1, Agente cariostático o sellador de fisura.
2. Obturación de una sola superficie.
3. Obturación de dos o más superficies.

Los códigos 1,2 y 3 se deben usar cuando se requiera:

- Tratar una caries.
- Reparar daño por traumatismo.
- Tratar un diente decolorado, un compromiso pulpar o, defecto de desarrollo.
- Reemplazar obturaciones insatisfactorias.

Una obturación se considera insatisfactoria cuando se dan una o más de las condiciones siguientes:

-Margen desbordante de una restauración que produce irritación gingival evidente y que no puede ser eliminado mediante el recontorneamiento de la restauración.

- Margen deficiente de la restauración que ha permitido o pueda permitir la filtración en la dentina. La decisión se basará en el juicio clínico del examinador, mediante la inserción de un explorador en el margen, o por la presencia de una importante tinción de la estructura dentaria.

- Obturación fracturada, que se pueda caer o permita la filtración a la dentina.

4. Corona o pilar de puente.

5. Pónico. La parte del puente que reemplaza al diente perdido.

6. Tratamiento pulpar. Se utilizará este código en un diente que probablemente necesita tratamiento pulpar, debido a la profundidad y tamaño de la caries o por traumatismo del diente, antes de restaurarlo con una obturación o corona. En ningún caso se debe introducir la sonda en el fondo de la cavidad para comprobar una posible exposición pulpar.

7. Extracción. La indicación para extracción dependerá de las posibilidades de tratamiento y se hará cuando:

- La caries ha destruido de tal forma corona que esta no puede ser restaurada.

- La caries ha progresado tanto que hay exposición pulpar y no es posible restaurar el diente.

- Sólo quedan restos radiculares.
- Debido a la enfermedad periodontal, el diente pierde su capacidad funcional y no puede ser tratado.
- Extracción indicada por necesidad protésica.
- Por razones ortodóncicas, estéticas o por impactación.

8/9. Necesita otro tratamiento. El examinador deberá especificar que tratamiento llevarán los códigos 8 y 9.

Maloclusiones

Se distinguen dos niveles de anomalías:

Aquellas muy leves (un diente rotado o inclinado) y apiñamiento o espaciamiento leve (código 1) y, aquellas que causan un efecto inaceptable en la apariencia estética o una reducción significativa en la función masticatoria o alteración del lenguaje, (código 2).

Defectos mayores como labio leporino, paladar hendido y heridas quirúrgicas o patológicas deben registrarse separadamente en «otras condiciones» ya que la prevalencia de estas condiciones es generalmente baja y datos realmente válidos sólo pueden obtenerse del análisis de las historias clínicas.

Se registraran los siguientes códigos:

0. No hay anomalía o maloclusión.

1. Anomalías leves como uno o más dientes rotados o inclinados: apiñamiento o espaciamiento de un ancho no mayor que un premolar (segmento posterior) o de un incisivo lateral (segmentos anteriores).
2. Anomalías más severas como la presencia de una o más de las siguientes condiciones:
 - Apiñamientos o espaciamiento de mayor extensión que en código 1.
 - Y en los cuatro incisivos anteriores:
 - * Resalte maxilar de 9 mm. o más.
 - * Resalte mandibular, mordida cruzada anterior de una anchura mayor que una corona.
 - * Mordida abierta.
 - * Desviación de la línea media de más de 4 mm.

Índice comunitario de enfermedad periodontal y necesidad de tratamiento

En este índice se usan los indicadores: (0) diente sano; (1) existencia o no de sangrado gingival; (2) presencia o no de cálculo supra o subgingival y, (3) existencia o no de bolsa periodontal, clasificadas en superficiales (4-5 mm.) y profundas (6 mm. o más). El examen se realizó con luz natural y a simple observación.

Sextantes.

La boca se divide en 6 sextantes delimitados por los dientes números 1.7- 1.4, 1.3-2.3, 2.4-2.7, 3.7-3.4, 3.3-4.3 y 4.4-4.7. Un sextante sólo se explora si quedan en él dos o más dientes que no están indicados para extracción. Si en un sextante sólo queda un diente, éste se incluye en el sextante adyacente.

Dientes índices.

Hasta los 19 años sólo se exploran seis dientes: 1.6, 1.1, 2.6, 3.6, 3.1, 4.6, para evitar errores de «falsas bolsas», en los dientes que están haciendo erupción. Por esta misma razón, cuando se examinan niños menores de 15 años, sólo se registra la presencia de sangrado y de cálculo supra o subgingival. Si en un sextante no se encuentra el diente índice, éste se puede reemplazar por un incisivo cualquiera que haya hecho erupción completa o un premolar.

Por orden decreciente de severidad usan los siguientes códigos:

4- bolsa mayor de 6 mm

3 - bolsa de 4 o 5 mm

2 - cálculo detectado completamente visible.

1 - sangrado observado directamente.

0 - encía sana.

ÍNDICES PROPUESTOS

- ESTADO DENTAL

DENOMINACION	DESCRIPCION	CODIGO	
		Deciduo	Permanente
Sano	<p>Un diente sano es aquel sin signos de cavitación debido a caries, secuelas de restauraciones o sellantes. Si la superficie ha perdido parte de su estructura debido a fractura por trauma se considera Trauma (K, T). Las fosas y fisuras representan una situación especial. Cualquier superficie con menos del 25% de sus fosas y fisuras con coloración serán consideradas sanas.</p>	A	0
Cariado	<p>Tres tipos de lesiones pueden ser codificados como cariado:</p> <p>1. LESION CARIOSA DE FOSAS Y FISURAS:</p> <p>Se define como la presencia de una cavidad o descalcificación o esmalte socavado circundante (cambio de color a oscuro) o dentina blanda en el fondo de la fosa o fisura. El explorador debe ser usado solamente para confirmar la presencia de dentina blanda y solo cuando no se pueda realizar un diagnóstico visual.</p> <p>2. LESION CARIOSA DE SUPERFICIES</p>	B	1

	<p>PLANAS:</p> <p>Lesión en cualquiera de las superficies que no tienen fosas y fisuras. (Se incluyen las superficies mesiales, distales y vestibulares de dientes anteriores -las superficies linguales de dientes anterosuperiores y algunas veces de anteroinferiores pueden tener fosas) .En las superficies vestibulares (no proximales) el diagnóstico se alcanza cuando existe evidencia clara de cavitación. En las superficies proximales anteriores el diagnóstico puede ser alcanzado usando el espejo para transiluminar el área proximal. En las superficies proximales posteriores el examinador necesita confirmar la presencia de cavidad con el explorador (Cambios de color en el reborde marginal no son suficientes para diagnosticar caries proximal).</p> <p>3. CARIES SECUNDARIA ADYACENTE A UNA RESTAURACION:</p> <p>El diagnóstico se realiza clínicamente o si se puede detectar con el explorador, la presencia de dentina blanda. Una brecha entre la restauración y el diente no es criterio suficiente para diagnosticar caries.</p>		
<p>Obturado</p>	<p>Un diente obturado incluye cualquier superficie restaurada parcial o completamente con un material de definitivo, como consecuencia directa de caries. Los</p>	<p>C</p>	<p>2</p>

	materiales restauradores incluyen amalgama de plata, fundas o coronas (de acero o coladas) incrustaciones, resinas, silicatos, ionómeros de vidrio, etc.		
Ausente o perdido por caries	<p>Este código se aplica a cualquier diente que ha sido extraído como consecuencia directa de caries. En niños de 6 años este código se aplica a todos los espacios en el área molar caduca. En los de 12 y 15 años, estos espacios de molares caducos son codificados como permanente no erupcionado. Cualquier espacio vacío en el área de dientes caducos anteriores de cualquier edad será codificado también como permanente no erupcionado.</p> <p>En los de 12 y 15 puede ser difícil evaluar si el diente ha sido extraído por caries, enfermedad periodontal, o por razones protéticas u ortodónticas. En todos estos casos se asignará código 3.</p>	D	3
Perdido por otras razones	Se aplica a cualquier diente perdido debido a razones no relacionadas a caries dental. Ejemplo trauma o razones ortodónticas.	E	4
Sellantes	Sellante total o parcial presente sólo en superficies oclusales de dientes permanentes o caducos. Se incluyen sellantes en partes de la superficie oclusal que han sido ligeramente agrandadas utilizando fresas para eliminar tejido carioso sospechoso. Los sellantes en fisuras de superficies vestibular o lingual de molares o incisivos no están incluidos. Si un diente con sellante tiene caries se codifica como cariado.	F	5

Pilar de puente	Se aplica a cualquier diente preparado para soportar un puente protésico o una corona especial?	-	7
Diente no erupcionado	Se aplica a espacios sin algún signo clínico de erupción del permanente. Para niños de 6 años, ceñirse a tabla de erupción.	-	8
Trauma	Se aplica a fracturas no tratadas, cambios de color en toda la corona, restauración que compromete borde incisal y coronas anteriores debido a trauma.	K	T
Excluido	Se aplica en situaciones muy específicas, incluyendo coronas anteriores debido a razones cosméticas, Incluyen dientes que no pueden ser evaluados completamente por estar parcialmente cubiertos con bandas ortodóncicas, brackets, carillas o por hiperplasia gingival	L	9

ÍNDICES PARA DIENTES PERMANENTES INCLUYENDO LA EXPERIENCIA TOTAL DE CARIES.

- **ÍNDICE CPOD(utilizado en el presente estudio)**

Fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson. Se ha convertido en el índice fundamental de los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de la Caries Dental. Señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados. Se obtiene de la sumatoria de los dientes permanentes Cariados, Perdidos y Obturados, incluyendo las Extracciones Indicadas, entre el total de individuos examinados, por lo cual es un Promedio. Se consideran sólo 28 dientes.

Para su mejor análisis e interpretación se debe descomponer en cada una de sus partes y expresarse en porciento o promedio las mismas. Esto es muy importante al comparar poblaciones. Se debe obtener por edades, siendo las recomendadas por la OMS, 5-6, 12, 15, 18, 35-44, 60-74 años. El Índice CPO-D a los 12 años es el usado para comparar el estado de salud bucal de los países. Aquí hay tres componentes básicos: los dientes cariados, perdidos y obturados. Una diferencia entre dentición temporal y permanente, es que la permanente considera para el índice como criterio los dientes extraídos y los dientes con indicación de extracción, es decir extracciones por traumatismos, por ortodoncia no se incluyen. Pero si alguien lo extrajo de esa dentición permanente y fue por caries tiene incursión en esto.

Otra cosa importante, es el índice COPD individual, este se obtiene al sumar cada uno de los valores. Este valor individual si se suma y se divide por el número de individuos, se obtiene el promedio COPD colectivo, ahora normalmente los índices se hacen por grupos de edades, es decir se pueden tomar niños de 6 años, o de 6 a 8 años y se divide en rango 6, 7,8 o de 12 años, 13, 14, 15. Lo normal es de 6 y 12 años y hoy se promueve que sea de 6 a 8 y de 12 a 15 (es más representativo y complejo).

INDICE PARA DIENTES TEMPORALES

- **ÍNDICE ceod(utilizado en el presente estudio)**

Es el Índice CPO adoptado por Gruebbel para dentición temporal en 1944. Se obtiene de igual manera pero considerando sólo los dientes temporales cariados, extraídos y obturados. Se consideran 20 dientes.

También hay dientes cariados, obturados (historia anterior) que debe estar en buenas condiciones, si está infiltrado pasa a ser cariado. Se modifica en los perdidos, acá se hace el procedimiento clínico o bien cuando se mide y se plantea que es necesario por las condiciones del diente hacer la extracción, esto presenta una aplicación epidemiológica, no confundir con lo clínico.

Cuando se indica extracción es porque el diente tiene dolor o exposición pulpar, ya que cuando hay compromiso pulpar no se puede obturar y hay indicación de extracción. Este es el punto que coincide con dentición

permanente. Los que se incluyen en el índice son solo los que tienen indicación en adelante. Aquí no se considera extracción anterior ya que no se sabe si tenía caries, en este caso no se sabe en que condiciones se extrajo la pieza, si había dolor o si presentaba movilidad, por su proceso de exfoliación normal, no así en los permanentes ya que un niño no puede narrar lo que le pasó, debido a su edad y además los padres no suelen entrar a la consulta.

Para evitar incluir en el índice un factor que no fuera de caries, se dejó establecido que solo los dientes con indicación de extracción se incluyeran en el índice.

1. NECESIDAD DE TRATAMIENTO DENTAL

Hasta ahora se han usado índices para medir los problemas de la odontología desde un punto de vista epidemiológicos, esto es, para tener la idea de la extensión del problema en una comunidad, sin preocuparnos específicamente por la solución del mismo. La utilización de índices presuponía un diagnóstico de la enfermedad o la identificación de signos objetivos correspondientes a una o más enfermedades. El estudio de las necesidades de tratamiento, presupone un paso adelante del diagnóstico, el que conduce a la indicación del tratamiento.

En los programas de salud bucal, son fundamentales los estudios de las necesidades como requisito previo para poder calcular así la cantidad de trabajo a realizar, solo con el conocimiento de esa cantidad puede el odontólogo estimar el costo probable de un programa y la mano de obra necesaria para su realización.

NECESIDADES DE TRATAMIENTO PARA CARIES DENTAL.

Podemos definirla como la suma de las necesidades que presenta una población en un instante dado, está representada por las necesidades acumuladas durante varios años. El período en que se acumulan las necesidades serán variables de un individuo a otro, en relación con la última visita al dentista y con el hecho de haber recibido o no tratamiento completo en esa ocasión. Para algunos individuos las necesidades estarán acumulándose durante toda su vida anterior, mientras que para otros ese período de acumulación habrá sido corto por haber recibido tratamiento reciente.

2. INDICE DE ENFERMEDAD PERIODONTAL

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

Fue desarrollado por un grupo de trabajo a petición de la FDI/OMS, en 1979, como método de encuesta para investigar condiciones periodontales. Finalmente fue analizado y descrito en 1982 por Ainamo y colaboradores.

Para su realización se diseñó la Sonda de la OMS, la cual tiene como características ser de poco peso, con una punta esférica de 0.5 mm, con una banda negra de 2 mm, ubicada entre los 3.5-5.5 mm, y anillos a 8.5 y 11.5 mm de la punta esférica.

Sus ventajas son simplicidad, rapidez en el examen y uniformidad internacional. Registra las condiciones periodontales más comunes y tratables: sangramiento e inflamación gingival, bolsa periodontal y cálculos. Nos da necesidades de tratamiento en las poblaciones.

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

DESCRIPCIÓN	CÓDIGO
Encía sana.	0
Sangrado, observado directamente.	1
Cálculo detectado completamente visible.	2
Bolsa de 4 o 5 mm	3
Bolsa mayor de 6 mm	4

NECESIDADES DE TRATAMIENTO PERIODONTAL

0 = No necesita

1 = Educ. de salud bucal

2 = Educ. de SB + profilaxia

3 = Educ. de SB + profilaxia + raspaje

4 = Educ. SB + profilaxia + raspaje + cirugía.

3. INDICE DE MALOCLUSIONES

La maloclusión es una entidad difícil de definir ya que la percepción individual de lo que constituye una maloclusión difiere mucho entre las personas y entre culturas.

ESTADO

0 = sin anomalías, ni maloclusión

1 = anomalías ligeras o leve (leves torsiones o rotaciones dentarias, leve apiñamiento o leve diastema inferior a 4 mm en grupo incisivo).

2 = anomalías más graves (moderado o severo), con presencia de una o varias de las siguientes alteraciones:

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

La obtención de este índice es sencilla, sin embargo, su capacidad discriminatoria es muy baja, está indicado en estudios epidemiológicos en grandes grupos poblacionales, y permite tener una idea general de la presencia de maloclusiones y de las necesidades básicas de tratamiento.

ANEXO N° 2

Cartas de Presentación



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

Chimbote, Diciembre 06 del 2016

CARTA N° 0191-2016- DIR-EPOD-FCCS-ULADECH Católica

Señor (a):

Director (a) del Colegio Maestro Ugo de Censi

Presente:-

A través del presente, reciba usted 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 al Plan Curricular los estudiantes del programa de Maestría en Estomatología de la Carrera Profesional de Odontología, vienen desarrollando la asignatura de Tesis II, a través de un trabajo de investigación denominado **"Perfil de Salud Bucal – Enfermedad Bucal en escolares de 6, 12, 15 años de edad en la Provincia de Asunción, Región Ancash, año 2016"**

Para, realizar el proceso de investigación, ha sido seleccionada la institución educativa que Ud. dirige, para lo cual, solicito brindarle las facilidades del caso al **CD. Wilson Zelada Silva**, a fin de realizar la recolección de datos en la institución educativa a su cargo.

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

Atentamente;

Recibido:
12 DIC. 2016
Prof. Severo Arana Balboa
DIRECTOR

ULADECH
UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA
Mg. C.D. Wilfredo Ramos Torres
DIRECTOR

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



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

Chimbote, Diciembre 06 del 2016

CARTA N° 0197-2016- DIR-EPOD-FCCS-ULADECH Católica

Señor (a):

Director (a) del Colegio Amauta Atusparia

Presente.-

A través del presente, reciba usted 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 al Plan Curricular los estudiantes del programa de Maestría en Estomatología de la Carrera Profesional de Odontología, vienen desarrollando la asignatura de Tesis II, a través de un trabajo de investigación denominado **"Perfil de Salud Bucal – Enfermedad Bucal en escolares de 6, 12, 15 años de edad en la Provincia de Asunción, Región Ancash, año 2016"**

Para, realizar el proceso de investigación, ha sido seleccionada la institución educativa que Ud. dirige, para lo cual, solicito brindarle las facilidades del caso al **CD. Wilson Zelada Silva**, a fin de realizar la recolección de datos en la institución educativa a su cargo.

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

Atentamente;


UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES
CHIMBOTE
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGIA
Mg. C.D. Wilfredo Ramos Torres
DIRECTOR


12/12/16

Av. Pardo N° 4045 - Chimbote - Pe.
Teléfono: (043) 350411 - (043) 20913



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

Chimbote, Diciembre 06 del 2016

CARTA N° 0196-2016- DIR-EPOD-FCCS-ULADECH Católica

Señor (a):

Director (a) del Colegio María Auxiliadora

Presente:-

A través del presente, reciba usted 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 al Plan Curricular los estudiantes del programa de Maestría en Estomatología de la Carrera Profesional de Odontología, vienen desarrollando la asignatura de Tesis II, a través de un trabajo de investigación denominado **"Perfil de Salud Bucal – Enfermedad Bucal en escolares de 6, 12, 15 años de edad en la Provincia de Asunción, Región Ancash, año 2016"**

Para, realizar el proceso de investigación, ha sido seleccionada la institución educativa que Ud. dirige, para lo cual, solicito brindarle las facilidades del caso al **CD. Wilson Zelada Silva**, a fin de realizar la recolección de datos en la institución educativa a su cargo.

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

Atentamente;

*Recibido
12-12-16*


UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES
CHIMBOTE
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGIA
Mg. C.D. Wilfredo Ramos Torres
DIRECTOR

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



Ramos
12-12-16

UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

Chimbote, Diciembre 06 del 2016

CARTA N° 0195-2016- DIR-EPOD-FCCS-ULADECH Católica

Señor (a):

Director (a) del Colegio Julio C. Tello 86345

Presente.-

A través del presente, reciba usted 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 al Plan Curricular los estudiantes del programa de Maestría en Estomatología de la Carrera Profesional de Odontología, vienen desarrollando la asignatura de Tesis II, a través de un trabajo de investigación denominado **"Perfil de Salud Bucal – Enfermedad Bucal en escolares de 6, 12, 15 años de edad en la Provincia de Asunción, Región Ancash, año 2016"**

Para, realizar el proceso de investigación, ha sido seleccionada la institución educativa que Ud. dirige, para lo cual, solicito brindarle las facilidades del caso al **CD. Wilson Zelada Silva**, a fin de realizar la recolección de datos en la institución educativa a su cargo.

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

Atentamente;


Mg. C.D. Wilfredo Ramos Torres
DIRECTOR

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



SECRETARIA	
Expo. N°	521
Folio	01
Fecha	12-12-16
C.N.I. "Javier Heraud P."	
ACCOCHACA	

UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLÓGÍA

"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

Chimbote, Diciembre 06 del 2016

CARTA N° 0194-2016- DIR-EPOD-FCCS-ULADECH Católica

Señor (a):

Director (a) del Colegio Javier Heraud Pérez 86344

Presente.-

A través del presente, reciba usted 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 al Plan Curricular los estudiantes del programa de Maestría en Estomatología de la Carrera Profesional de Odontología, vienen desarrollando la asignatura de Tesis II, a través de un trabajo de investigación denominado "**Perfil de Salud Bucal – Enfermedad Bucal en escolares de 6, 12, 15 años de edad en la Provincia de Asunción, Región Ancash, año 2016**"

Para, realizar el proceso de investigación, ha sido seleccionada la institución educativa que Ud. dirige, para lo cual, solicito brindarle las facilidades del caso al **CD. Wilson Zelada Silva**, a fin de realizar la recolección de datos en la institución educativa a su cargo.

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

Atentamente;


UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES
CHIMBOTE
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLÓGÍA
Mg. C.D. Wilfredo Ramos Torres
DIRECTOR

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

ANEXO N° 3

Consentimiento Informado y Autorización

Mediante este documento, usted señor (ra) padre de familia, que habiendo sido debidamente informado por el (la) cirujano dentista:.....

respecto al examen clínico odontológico a realizar en su menor hijo (a) con la finalidad de obtener la información necesaria para la realización del trabajo de investigación el cual busca determinar el Perfil epidemiológico de salud bucal (caries, estado periodontal y maloclusión) en escolares de 6, 12 y 15 años de edad de la provincia dede la región Ancash.

Se le informa también que el examen clínico odontológico a realizar no expone a ningún riesgo en la salud de su menor hijo, la información obtenida solo será usada con fines de investigación y no será cedida a ninguna otra persona, grupo o institución que no estén involucrados en el presente estudio.

Declara que ha leído y conoce el contenido de este documento así como de haber sido debidamente informado por el profesional investigador por lo tanto firma el presente documento y autoriza la realización del examen odontológico a realizar en su menor hijo para los fines que me informaron.

En caso de duda sobre el aspecto ético de la investigación, puede contactar con el Comité Institucional de Ética de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Un comité de Ética se encarga de vigilar y regular que se respeten los

derechos de las personas que participan en una investigación y del mismo modo los principios éticos.

Nombre y apellido del paciente:.....

Edad:..... **Sexo:**..... **Institución educativa:**.....

Nombre y apellido del padre de familia o apoderado:.....

Firma:..... **DNI:**..... **Fecha:**.....

Nombre y apellido del investigador (a):

.....

Firma:.....

DNI:.....

ANEXO N° 4

Mapa de Ubicación de Zona de Trabajo

Provincia de Asunción – Ancash

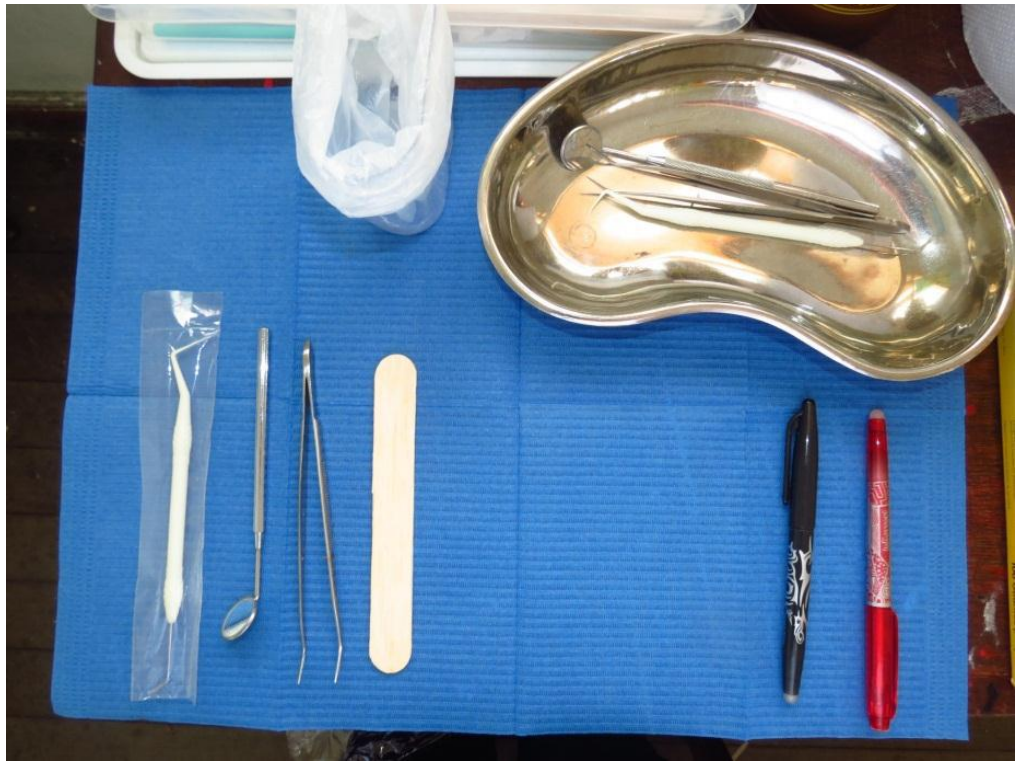


ANEXO N° 5
FOTOGRAFÍAS









MINISTERIO DE EDUCACIÓN
 CERTIFICADO OFICIAL DE ESTUDIOS
 EDUCACIÓN BÁSICA REGULAR
 NIVEL DE EDUCACIÓN BÁSICA
 (6 CICLOS)

REGIÓN: **ARECAYO** UCL: **ASUNCIÓN**

PROCESO: **Nº 125 - CAYAS** con Código de Proceso: **0415528**

ANEXO: **ARECAYO** PROVENIENCIA: **CAYAS** CAYAS: **CAYAS**

Que consta: **CERTIFICADO** Serie: **Nº 794331**

Del Sr. **MARILYN CHOSCA MALA MIGNELA** No. de Documento de Identificación: **41101010** y No. de DNI: **41101010**

ÁREAS CURRICULARES	Por años				Observaciones
	1º año	2º año	3º año	4º año	
Matemática	A	A	A	A	
Comunicación	A	A	A	A	
Formación Cívica	A	A	A	A	
Ciencia y Ambiente	A	A	A	A	

Clasificación: **55 de 100, 55.0%**
 Superó el nivel de aprendizaje

REPUBLICA DEL PERÚ





