



Carrera de Odontología.

Tesis de grado.

Previa a la obtención del título de:

Odontóloga.

Tema:

Estado de salud bucal de los niños y adolescentes atendidos en el comedor de los Capuchinos San Antonio de Padua de la ciudadela El Maestro, del cantón Portoviejo, marzo - septiembre 2014.

Autora:

Sra. Raisa Melina Palma Chávez.

Directora de Tesis:

Dra. Katuska Briones Solórzano. Mg. Ge.

Cantón Portoviejo – Provincia Manabí – República del Ecuador.

2014.

CERTIFICACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS.

Yo, Dra. Katuska Briones en mi calidad de tutora de tesis. Certifico la tesis de investigación titulada: Estado de salud bucal de los niños y adolescentes atendidos en el comedor de los Capuchinos San Antonio de Padua de la ciudadela El Maestro, del cantón Portoviejo, marzo - septiembre 2014. Es original de la Sra. Raisa Melina Palma Chávez, la misma que se ha realizado bajo mi dirección. Tiene los requerimientos necesarios para ser evaluado del jurado examinador que el Honorable Consejo Académico designe.

Dra. Katuska Briones Solórzano. Mg. Ge.

Directora de tesis.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

Tema:

Estado de salud bucal de los niños y adolescentes atendidos en el comedor de los Capuchinos San Antonio de Padua de la ciudadela El Maestro, del cantón Portoviejo, marzo - septiembre 2014.

Tribunal:

Dra. Lucia Galarza Santana. Mg. Sp.

Coordinadora de la carrera de odontología.

Dra. Katuska Briones. Mg. Ge.

Directora de tesis.

Dra. Celia Ponce. Mg. Sp.

Miembro del tribunal.

Dra. Nancy Molina. Mg. Ge.

Miembro del tribunal.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA.

Las ideas, objetivos, conclusiones, recomendaciones propuestas de la presente tesis es responsabilidad absoluta de su autora.

Raisa Melina Palma Chávez.

AGRADECIMIENTO.

A Dios por brindarme esa fuerza espiritual y dándome toda la fe necesaria para seguir adelante y llegar hasta aquí. A la Universidad San Gregorio de Portoviejo, a la carrera de odontología, a las autoridades, catedráticos, compañeros y amigos. A los docentes, quienes muy pacientemente supieron llevar a este grupo de ahora profesionales y nos brindaron todos sus conocimientos y su apoyo incondicional. A la Dra. Katuska Briones Solórzano, como tutora de tesis que con sus conocimientos profesionales supo guiarme en la realización de esta tesis.

La autora.

DEDICATORIA.

Posteriormente ver mi vida pasar por un momento, dedicando cada segundo, minutos y horas para lograr unos de mis sueños en ser odontóloga. Con el apoyo de personas importantes en mi vida y a quienes este logro se los dedico: a mi Dios, por ser la persona que me dio el camino correcto y por asignarme a formar parte de una familia en lo cual yo más quiero.

A mis padres José y Bella, quienes estuvieron conmigo en todo momento dándome el apoyo condicional, sin dejarme decaer jamás y a quienes agradeceré infinitamente. A mis hermanos Ritha y Eduardo, quienes fueron mi fuente de inspiración. A mi esposo Constantino, por ser la mitad faltante en mi vida, dándome el último empujón y más que todo su presencia, el afecto y el amor por mí. A cada una de las personas que formaron parte de mi vida y de una u otra forma hicieron posible cumplir mi anhelo sueño.

Raisa Melina Palma Chávez.

Autora.

RESUMEN.

En salud oral, se deben conocer los aspectos más importantes de la historia natural de las enfermedades orales. Las enfermedades orales más conocidas en el mundo son la caries dental y las enfermedades periodontales, las cuales afectan a la población en forma diferente de acuerdo con las condiciones socioeconómicas. En el trabajo investigativo, se les confeccionó a los niños y adolescentes una ficha de observación para registrar los hallazgos clínicos. Estuvieron presentes patologías como la caries, la gingivitis y pérdida de pieza.

Se realizó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, con una muestra de 121 niños y adolescentes (66 niños y 55 niñas). Como conclusión tenemos que de acuerdo a los resultados se comprobó un elevado de piezas afectadas con caries en el CPO que corresponde 77 piezas permanentes y 20 piezas obturadas y 1 pieza perdida. En relación al ceo un alto de piezas afectadas que corresponde 191 piezas con caries, 5 con extracción indicada y 65 piezas obturadas. En la población que se investigó 64 pacientes presentaron gingivitis, y ningún paciente presento lesiones en los tejidos blandos.

Palabra clave: Caries, piezas obturadas, pieza perdida, gingivitis.

ABSTRACT.

In oral health, it must be known the most important aspects of the natural history of oral diseases. The best known oral diseases in the world are dental caries and periodontal diseases, which affect people differently according to socioeconomic conditions. In the investigative work, the children and teenagers were in a tab for recording clinical findings, they presented diseases such as caries, gingivitis and lost pieces.

A study of descriptive transversal type was conducted with a sample of 121 children and adolescents (66 boys and 55 girls), as it concluded that according to the results of a large piece was found affected with caries in the permanent CPO corresponding 77 permanent pieces and 20 sealed pieces and 1 piece lost. Regarding to the CEO there were 191high affected parts corresponding to decay, 5 with suitable extraction and 65 sealed parts. In the population that 64 patients had gingivitis were investigated, and no patient showed soft tissue injuries.

Keyword: Caries, sealed parts, missing piece, gingivitis.

ÍNDICE.

Portada.	
Certificación de la directora de tesis.....	II
Certificación del tribunal examinador.....	III
Declaración de autoría.....	IV
Agradecimiento.....	V
Dedicatoria.....	VI
Resumen.....	VII
Abstract.....	VIII
Índice.....	IX
Introducción.....	1
Capítulo I.....	2
1. Problematización.....	2
1.1. Tema.....	2
1.2. Formulación del problema.....	2
1.3. Planteamiento del problema.....	2
1.4. Preguntas de la investigación.....	3

1.5. Delimitación de la investigación.....	3
1.6. Justificación.....	4
1.7. Objetivos.....	5
1.7.1. Objetivo general.....	5
1.7.2. Objetivos específicos.....	5
Capítulo II.....	6
2. Marco Teórico: Referencial y Conceptual.....	6
2.1. Salud bucal.....	6
2.2. Importancia de la salud bucal.....	7
2.3. Enfermedades y lesiones más comunes de la cavidad bucal.....	8
2.3.1. Caries.....	8
2.3.2. Placa dental.....	10
2.3.3. Cálculo dental.....	11
2.3.4. Gingivitis.....	12
2.4. Lesiones de los tejidos blandos en la cavidad bucal.....	16
2.4.1. Lesiones virales.....	17
2.4.2. Lesiones bacterianas.....	17

2.4.3. Lesiones por hongos.....	18
2.5. Unidades de observación y análisis.....	19
2.6. Matriz de operacionalización de las variables.....	19
Capítulo III.....	20
3. Marco Metodológico.....	20
3.1. Modalidad de la investigación.....	20
3.2. Tipo de investigación.....	20
3.3. Métodos.....	20
3.4. Técnicas.....	21
3.5. Instrumentos.....	21
3.6. Recursos.....	21
3.6.1. Humanos.....	21
3.6.2. Materiales.....	21
3.6.3. Tecnológicos.....	22
3.7. Población y muestra.....	22
3.7.1. Criterios de inclusión.....	23
3.7.2. Criterios de exclusión.....	23

3.8. Recolección de la información.....	23
3.9. Procesamiento de la información.....	23
Capítulo IV.....	24
4. Análisis e Interpretación de Resultados.....	24
4.1. Análisis e interpretación de los resultados de las fichas de observación realizadas a los niños y adolescentes del comedor de los Capuchinos San Antonio de Padua.....	24
Capítulo V.....	52
5. Conclusiones y Recomendaciones.....	52
5.1. Conclusiones.....	52
5.2. Recomendaciones.....	52
Capítulo VI.....	53
6. Propuesta.....	53
6.1. Datos informativos.....	53
6.1.1. Título de la propuesta.....	53
6.1.2. Periodo de ejecución.....	53
6.1.3. Descripción de los beneficiarios.....	53
6.1.4. Ubicación sectorial y física.....	54

6.1.5. Introducción.....	54
6.1.6. Fundamentación teórica.....	54
6.2. Justificación.....	55
6.3. Objetivos.....	55
6.3.1. Objetivo general.....	55
6.3.2. Objetivos específicos.....	56
6.4. Actividades.....	56
6.5. Sostenibilidad.....	56
6.6. Factibilidad.....	57
6.7. Sustentabilidad.....	57
6.8. Recursos.....	57
6.8.1. Humanos.....	57
6.8.2. Técnicos.....	58
6.8.3. Materiales.....	58
6.9. Presupuesto.....	58
Bibliografía.....	60
Anexos.....	64

INTRODUCCIÓN.

Consultando la página web de Jiménez¹ (2014), puedo citar que:

Cuando nos referimos a salud bucal, incluimos todos los tejidos que se encuentran en la cavidad bucal: dientes, tejidos de soporte de los dientes, como encía, hueso y demás estructuras anatómicas presentes en boca como lengua, paladar, labios, mejillas, piso de boca y otras. (párr. 2).

Verificando la obra de Pires, Schmitt y Kim² (2009), puedo conocer que:

Científicamente, la caries es una enfermedad infectocontagiosa multifactorial, caracterizada por la destrucción de la estructura del diente. La caries se instala dependiendo de varios factores, como la dieta, higiene, bacterias y la resistencia inmunológica y dentaria de cada persona. Y la presencia y el equilibrio de estos factores que van a determinar la presencia o no de caries. (p. 100).

Indagando la obra de Chérrez³ (2011), puedo transcribir que:

Además se observa clínicamente un alto porcentaje de adolescentes con gingivitis aguda y crónica, la misma que es el segundo factor más importante de pérdida dentaria en el mundo después de la caries dental, en la que los tejidos afectados reaccionan a la placa dentobacteriana y a otros factores irritantes, considerando que se debe controlar esta enfermedad mediante métodos de prevención como el cepillado dental por medio del cual se elimina la placa bacteriana y se rehabilita saludablemente la encía. (p. 19).

¹Jiménez, D. (2014). *Salud bucal de los niños y adultos*. [En línea]. Consultado: [05, junio, 2014] Disponible en:

<http://www.hospitalsanfernando.com/www/en/node/724>

²Pires, M., Schmitt, R., Kim, S. (2009). *Salud bucal del bebé al adolescente. Guía de orientación para las embarazadas, los padres, los profesionales de salud y los educadores*. República Federativa del Brasil, Sao Paulo: Livraria Santos.

³Chérrez, C. (2011). *Prevalencia de placa bacteriana y cálculos en estudiantes de 14 a 19 años del instituto tecnológico Benito Juárez de la ciudad de Quito. Población a investigar 300 estudiantes*. [En línea]. Consultado: [28, abril, 2014] Disponible en:

<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/564/4/T-UCE-0015-6.pdf>

CAPÍTULO I.

1. Problematización.

1.1. Tema.

Estado de salud bucal de los niños y adolescentes atendidos en el comedor de los Capuchinos San Antonio de Padua de la ciudadela El Maestro, del cantón Portoviejo, marzo – septiembre 2014.

1.2. Formulación del problema.

¿Cuál será el estado de salud bucal de los niños y adolescentes que asisten al comedor de los Capuchinos San Antonio de Padua de la ciudadela El Maestro, del cantón Portoviejo, marzo - septiembre 2014?

1.3. Planteamiento del problema.

Indagando la página web de Mazariegos⁴ (2011), podemos conocer que:

Las enfermedades bucales constituyen unos de los problemas de salud pública que se presentan con mayor frecuencia en toda la población, sin distinción de edad o nivel socio-económico, se manifiestan desde los primeros años de vida, sus secuelas producen efectos incapacitantes de orden funcional, sistémico y estético por el resto de vida de los individuos afectados. (p. 7).

⁴Mazariegos, M. (2011). *Salud bucal del preescolar y escolar*. [En línea]. Consultado: [10, septiembre, 2014] Disponible en:
http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/sbpye_completo2.pdf

Comparando la obra de Chérrez⁵ (2011), puedo explorar que:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su reporte de salud oral, señala que la caries dental es un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia luego de la erupción dentaria; esta, destruye los tejidos duros del diente como consecuencia de una desmineralización provocada por los ácidos que genera la placa dental a partir de los hidratos de carbono de la dieta, hasta la formación de una cavidad. Si no es tratada, puede alcanzar la pulpa dentaria produciendo su inflamación, pulpitis, y posterior muerte pulpar (necrosis).

En Ecuador, los programas preventivos benefician a una minoría y la educación en salud bucal es escasa. A su vez, en los establecimientos educativos no se cumple con los programas de educación para la salud y las políticas de prevención de las enfermedades bucales aún no se han logrado desarrollar. Igualmente, la población escolar rural y la que pertenece a niveles socio económicos bajos está desprotegida, convirtiéndose en pacientes de alto riesgo en cuanto a caries dental y periodontopatías se refiere. (pp. 17, 18).

1.4. Preguntas de la investigación.

¿Cuáles son las manifestaciones bucales con mayor frecuencia que pueden presentar en los niños y adolescentes del comedor de los Capuchinos San Antonio de Padua de la ciudadela El Maestro?

1.5. Delimitación de la investigación.

Campo: Salud.

Área: Odontología.

Aspecto: Salud bucal.

Delimitación espacial: El presente trabajo investigativo se lo realizó en el comedor de los Capuchinos San Antonio de Padua de la ciudadela El Maestro, del cantón Portoviejo.

⁵Chérrez, C. (2011). *Prevalencia de placa bacteriana y cálculos en estudiantes de 14 a 19 años del instituto tecnológico Benito Juárez de la ciudad de Quito. Población a investigar 300 estudiantes.* [En línea]. Consultado: [28, abril, 2014] Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/564/4/T-UCE-0015-6.pdf>

Delimitación temporal: Este proyecto se desarrolló en el período marzo – septiembre 2014.

1.6. Justificación.

Los niños y adolescentes que acuden al comedor de los Capuchinos San Antonio de Padua de la ciudadela El Maestro, no cuentan con un centro de atención odontológico, por lo que ha originado el interés en seleccionar en esta población, ya que no disponen de conocimiento sobre la importancia de la salud bucal. Es factible el trabajo investigativo, por el apoyo de las autoridades del comedor y más que todo la colaboración de los niños y adolescentes, que se hizo posible la revisión de cada uno de ellos se obtuvo los resultados necesarios.

Con la información obtenida en este trabajo investigativo, se pudo conocer las necesidades odontológicas reales de los pacientes estudiados. Esto servirá para el beneficio de esta población ya que en base a estos resultados se logrará plantear un programa que ayude al mejoramiento de las condiciones de salud bucal en que ellos se encuentran. Los primeros beneficiados fueron, los niños y adolescentes fomentándose en ellos la importancia de mantener una buena higiene bucal.

1.7. Objetivos.

1.7.1. Objetivo general.

-Caracterizar el estado de salud bucal en los niños y adolescentes que asisten al comedor San Antonio de Padua de los Capuchinos en la ciudadela El Maestro del cantón Portoviejo.

1.7.2. Objetivos específicos.

-Identificar el CPO – ceo de los niños y adolescentes que asisten al comedor San Antonio de Padua de los Capuchinos.

-Establecer la salud gingival de los niños y adolescentes.

-Identificar las lesiones de los tejidos blandos en la cavidad bucal.

CAPITULO II.

2. Marco Teórico: Referencial y Conceptual.

2.1. Salud bucal.

Investigando el libro de López⁶ (2010), puedo referenciar que:

En salud oral es necesaria la medición o cuantificación de las enfermedades bucodentales, para así conocer aspectos importantes de la historia natural de las enfermedades orales y con ello, desarrollar y evaluar las medidas preventivas y terapéuticas para su control y establecer las bases para una correcta planificación de los servicios de salud oral. Las enfermedades orales más difundidas en el mundo son la caries dental y las enfermedades periodontales, las cuales afectan a la población en forma diferente de acuerdo con las condiciones socioeconómicas y varían de un país a otro en prevalencia o gravedad.

El servicio de salud bucodental de la OMS (Organización mundial de la salud) y la federación dental internacional fijaron como metas para el año 2000 alcanzar un índice CPO-D promedio de 3.0 en los niños de 12 años, que equivale como máximo a tres dientes cariados, obturados o perdidos por paciente y consideran que este es el primer indicador mundial de salud bucodental.

Al analizar la higiene bucal de los escolares examinados, se observa que el mayor porcentaje de placa bacteriana lo tienen los niños de 7 y 8 años de edad con el 89.6% y 90.2% respectivamente; y el más bajo, los escolares de 6 años 77.9% y los de 15 años 76.3%, el porcentaje de niños con placa bacteriana en el grupo examinado es de 84.9%. Las diferencias según edad son estadísticamente significativas. (pp. 25, 171, 173).

Estudiando la obra de Cuenca y Baca⁷ (2013), puedo conocer que:

La definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha recibido numerosas críticas, por su carácter utópico y por su ambigüedad. Sin embargo, a pesar de sus limitaciones, dicha definición ha tenido enorme influencia en la conceptualización de la salud. Algunos de sus aspectos destacables serían los siguientes: Por primera vez la salud es definida como una situación positiva y no únicamente como la ausencia de enfermedad. La salud se contempla como un

⁶López, J. (2010). *Odontología para la higiene oral*. República de Colombia: Zamora.

⁷Cuenca, E., Baca, P. (2013). *Odontología preventiva y comunitaria, principios, métodos y aplicaciones*. (4^a ed.) Barcelona, Reino de España: Elsevier Masson.

derecho humano, y se reconoce la influencia que sobre ella tienen los entornos económico y social. (p. 4).

Razonando la obra de Chérrez⁸ (2011), puedo transcribir que:

En relación a la presencia de placa bacteriana según sexo, no se obtuvo diferencias significativas. Sin embargo, estratificando por niveles de presencia de placa bacteriana en los dientes existen diferencias significativas entre el grupo de varones y mujeres, siendo el grupo de niños el que tuvo los mayores porcentajes de placa bacteriana en los tercios medio y gingival de los dientes. (p. 25).

2.2. Importancia de la salud oral.

Verificando la revista de internet de Benítez⁹ (2011), puedo citar que:

La salud oral tiene una gran importancia en la etapa de primaria puesto que en ella se produce el cambio de la dentición temporal a la dentición definitiva, y en función de los cuidados que se realicen en ésta, se garantizará o no una dentición sana en el futuro.

Si los niños no cuidan sus dientes de leche, pueden aparecer problemas en la formación de la dentición permanente (debilitada del esmalte, malformaciones, oscurecimiento de los dientes, etc.)

Por lo tanto, el hecho de que los dientes de leche acaben perdiéndose y aparezcan en su lugar unos nuevos, no significa que no debemos cuidarlos, puesto que ello influirá de forma decisiva en el crecimiento de estos últimos.

Otro aspecto fundamental que los docentes debemos transmitir a nuestros alumnos es que tener infecciones en la boca puede desencadenar otras enfermedades, las más frecuentes son las relacionadas con el aparato digestivo. (p. 2).

⁸Chérrez, C. (2011). *Prevalencia de placa bacteriana y cálculos en estudiantes de 14 a 19 años del instituto tecnológico Benito Juárez de la ciudad de Quito. Población a investigar 300 estudiantes*. [En línea]. Consultado: [28, abril, 2014] Disponible en:

<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/564/4/T-UCE-0015-6.pdf>

⁹Benítez, L. (2011). *Promoción de la higiene bucodental en el ámbito escolar*. (p.2). Granada, Reino de España. [En línea]. Consultado: [06, mayo, 2014] Disponible en:

http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_39/LETICIA_BENITEZ_2.pdf

2.3. Enfermedades y lesiones más comunes de la cavidad bucal.

2.3.1. Caries.

Indagando la obra de Cawson y Odell¹⁰ (2009), puedo conocer que: “La caries dental es una desmineralización progresiva de los dientes por el ácido bacteriano, que se inicia debajo de la superficie. Es una de las enfermedades más frecuentes y sigue siendo una causa importante de pérdida de dientes”. (p. 40).

Inspeccionando el libro de Gonzales¹¹ (2010), puedo referenciar que:

La caries es una enfermedad infecciosa multifactorial que afecta a los tejidos duros de los dientes y que se caracteriza por la sucesión de episodios de desmineralización y remineralización. Cuando los periodos de pérdida mineral superan a los de aposición se acaba por producir una lesión cavitada resultado de la destrucción de estos tejidos. Junto con los factores que promueven su aparición son decisivos el tiempo y la frecuencia de contacto de los dientes con el ácido producido tras la metabolización por la placa bacteriana bucal de los hidratos de carbono. (p. 16).

Analizando el libro de Kumar, Abbas, Fausto, Aster¹² (2010), puedo exponer que: “La caries dental, originada por una degradación focal de la estructura dentaria, es una de las enfermedades más frecuentes en todo el mundo y la causa más habitual de caída de los dientes antes de los 35 años”. (p. 740).

¹⁰Cawson, R., Odell, E. (2009). *Cawson. Fundamentos de medicina y patología oral*. (8a ed.) Reino de España: Elsevier.

¹¹Gonzales, A. (2010). *Guía para la atención a la salud bucodental*. Reino de España: Publidisa. [En línea]. Consultado: [07, mayo, 2014] Disponible en: http://www.asturias.es/Astursalud/Articulos/AS_Salud%20Publica/AS_Salud%20Poblacional/Salud%20bucodental/LIBRO_BUCODENTAL.pdf

¹²Kumar, V., Abbas, A., Fausto, N., Aster, J. (2010). *Robbins y Cotran. Patología estructural y funcional*. (8a ed.) Barcelona, Reino de España: Elsevier

Medición.

Investigando el libro de López¹³ (2010), puedo conocer que:

Diferentes autores han desarrollado índices para evaluar el comportamiento de la caries en cada individuo, ya que son los que permiten la medición en estudios epidemiológicos a gran escala.

Índice COP. Esta ha sido el índice más utilizado a través de la historia, fue desarrollado por Klein Palmer y Knudson desde la década de los años 30 en el siglo pasado. Se aplica a dientes permanentes e indica la experiencia de caries en un individuo sus valores están entre 1 y 32, y se obtienen sumando los valores encontrados, aunque también puede hacerse por superficies, así la C indica los dientes con caries activas, O indica el número de dientes obturados y P los dientes perdidos. De esta manera si un individuo está completamente sano su índice COP será de 0. El índice presenta varias desventajas siendo la más relevante el hecho que en los dientes perdidos, no necesariamente ha sido por caries, sino por otras patologías como enfermedad periodontal o trauma y esto invalida el dato en estos pacientes. Para la dentición temporal se usa un índice de Gruebel o ceo donde c son los dientes cariados e con extracción indicada y o dientes obturados.

Índice ceo-d. Para los dientes temporales se toma o mide el índice ceo-d, donde se hace el recuento de dientes (d) temporales o deciduos cariados (c), obturados (o), extracción indicada por caries (e), se suman estas variables y nos da un resultado que va de 0 a 20, para una comunidad se promedia y se divide por el número de niños examinados. (pp. 95, 173).

Clasificación de la caries dental.

Estudiando la obra de Escobar y Castillo¹⁴ (2010), puedo citar que:

La caries dental se puede clasificar de muchas maneras, una, desde el punto de vista de la localización anatómica; otra, desde el punto de vista de la actividad de la enfermedad.

Localización anatómica.

Superficie liza del esmalte, mancha blanca y lesión cavitada.

Superficie oclusal, en fosas y en fisuras.

Caries dental radicular, en cemento o en dentina expuesta.

Caries dental de la niñez temprana.

Caries rampante.

Tipos de lesiones.

¹³López, J. (2010). *Odontología para la higiene oral*. República de Colombia: Zamora.

¹⁴Escobar, A., Castillo, R. (2010). *Odontología pediátrica. la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. (1a ed.) Buenos Aires, República Argentina: Panamericana.

Lesión primaria de caries dental.

Es la lesión que aparece sobre una superficie previamente sana, sin restauraciones. Se presenta sobre las superficies lisas o en el sistema de fosas y fisuras.

Lesión secundaria o caries dental recurrente.

Es la lesión que aparece en la interfase esmalte - restauración.

Caries dental residual.

Describe tejidos afectados por caries dental cuya remoción fue incompleta y por encima del cual se ha colocado el material de restauración.

Caries dental oculta.

Lesión localizada en dentina por debajo de un esmalte intacto. Son lesiones que no se detectan fácilmente en la inspección visual pero que son evidentes en el examen radiológico.

Caries dental de la niñez temprana.

Descrita como caries dental del biberón o de la alimentación. Son lesiones inicialmente localizadas sobre la superficie vestibular de los incisivos centrales superiores, primarios, en niños entre los 6 meses y los dos años de vida. En el tiempo puede afectar los cuatro incisivos primarios superiores y los primeros molares primarios superiores.

Caries dental rampante o irrestricta.

Afecta a casi todas las superficies de todos los dientes primarios, a partir de los dos años de vida. Ataca superficies que relativamente se encuentran libres de caries dental. Ocasionalmente no ataca a los cuatro incisivos primarios inferiores, pero si el resto de la dentición decidua muestra lesiones de caries dental cabe en la definición de caries rampante.

Caries dental activa.

Es la lesión que muestra señales de actividad por cambios en la dureza, la textura, el color, y respuesta dolorosa ante estímulo como el frío, el calor o los alimentos dulces.

Caries dental detenida.

Lesión activa, que se desarrolló meses o años atrás, cuyo progreso, por alguna razón se detuvo, permitiendo la esclerosis de los túbulos dentinales de la dentina infectada. Pueden coexistir lesiones detenidas rodeadas por lesiones activas. Existen lesiones detenidas de esmalte, dentina y cemento. (pp. 168, 169).

2.3.2. Placa dental.

Analizando la obra de Marsh y Martin¹⁵ (2011), puedo referenciar que:

La placa dental es un término general para la comunidad microbiana compleja que se desarrolla en la superficie del diente, empotrada en una matriz de polímeros de origen bacteriano y salival. La placa que se calcifica se refiere como cálculo o tártaro. La presencia de placa en la boca puede ser demostrada fácilmente

¹⁵Marsh, P., Martin, M. (2011). *Microbiología oral*. (5ª ed.) República Bolivariana de Venezuela: Amolca.

enjuagando con una solución reveladora tal como la eritrosina. La mayoría de la placa se encuentra asociada con las regiones protegidas y estancadas de la superficie del diente tales como las fisuras, las regiones proximales entre los dientes y el surco gingival. La placa se encuentra naturalmente en la superficie del diente, y forma parte de las defensas del huésped, excluyendo la especie exógena (y a menudo patógena) (resistente a la colonización). Ocasionalmente, sin embargo, la placa se puede acumular más allá de los niveles compatibles con la salud oral, y ésta puede llevar a cambios en la composición de la microflora y predisponer los sitios a la enfermedad. (p. 74).

Índices para medición de placa bacteriana.

Explorando el contenido de López¹⁶ (2010), puedo explorar que:

Se utiliza para medir o cuantificar la presencia de placa bacteriana supragingival sobre los dientes. Índice de placa blanda o índice de higiene oral simplificado (HO'S) de Green y Vermillon. Estos autores vieron que no era necesario analizar todos los dientes de un individuo, para obtener los datos de higiene oral, seleccionaron 6 superficies dentarias representativas de los segmentos anteriores y posteriores de la boca. Se examinaron las superficies vestibulares de los dientes 16, 11, 26 y 31 y las superficies linguales de los dientes 36 y 46. En temporales se examinan las superficies vestibulares de 55, 51, 65, 81 y las superficies linguales de 75 y 85. Se valoran con una escala de 0 a 3 así: 0: No hay presencia de restos o placa blanda. 1: La placa blanda cubre más de 1/3 de la superficie dentaria examinando o se aprecian manchas extrínsecas sobre la superficie. 2: La placa blanda cubre más de 1/3, pero menos de 2/3 de la superficie. 3: La placa cubre más de 2/3 de la superficie dental examinada. El índice por persona se obtiene sumando los valores obtenidos en cada uno de los dientes examinados y dividiéndolo por el número de superficies examinadas. (p. 175, 177).

2.3.3. Cálculo dental.

Observando el libro de Marsh, Martin¹⁷ (2011), puedo exponer que:

El cálculo, o el tártaro, es el término usado para describir la placa dental calcificada. Consiste en depósitos intra y extracelulares de mineral, incluyendo la apatita, brushita y la whitlockita, así como la proteína y el carbohidrato. El crecimiento del mineral puede ocurrir alrededor de cualquier bacteria; las áreas de

¹⁶López, J. (2010). *Odontología para la higiene oral*. República de Colombia: Zamora.

¹⁷Marsh, P., Martin, M. (2011). *Microbiología oral*. (5ª ed.) República Bolivariana de Venezuela: Amolca.

crecimiento mineral pueden entonces unirse para formar el cálculo, el cual puede ser cubierto por una capa no mineralizada de bacterias. El cálculo puede estar supragingivalmente (especialmente cerca de los conductos salivales) y subgingivalmente, donde puede actuar como un área retentiva adicional para la acumulación de la placa, de tal modo que aumenta la probabilidad de gingivitis y otras formas de enfermedad periodontal. El cálculo puede ser poroso, llevando a la retención de antígenos bacterianos y a la estimulación de la resorción del hueso por las toxinas patógenas periodontales. (p. 96).

Índice de higiene oral de Green y Vermillion para cálculo dentales.

Averiguando la obra de López¹⁸ (2010), puedo citar que:

Se selecciona 6 superficie dentarias representativas de los segmentos anteriores y posteriores de la boca. Se examinan las superficies vestibulares de los dientes 16,11, 26 y 31 y las superficies linguales de los dientes 36 y 46. Se siguen los siguientes criterios: 0: No hay presencia de cálculo. 1: Los cálculos supragingivales cubren no más de 1/3 de la superficie. 2: Los cálculos supragingivales cubren más de 1/3 pero menos de 2/3 de la superficie revisada o se aprecian espículas individuales de cálculos subgingivales alrededor del cuello del diente o hay formación de cálculo supra y subgingival. 3: Los cálculos supragingivales cubren más de 2/3 de la superficie dentaria o se aprecia una banda de cálculo subgingivales en forma continua alrededor del cuello del diente o hay formación de cálculo supra y subgingivales. El índice se obtiene sumando los valores encontrados en cada superficie examinada y dividiendo por el número de superficie examinado. (p. 178).

2.3.4. Gingivitis.

Analizando el libro de Kumar, Abbas, Fausto, y Aster¹⁹ (2010), puedo conocer que:

Encía es el nombre de la mucosa escamosa que hay entre los dientes y a su alrededor. La gingivitis es la inflamación de la encía y de las partes blandas asociadas a ella. Específicamente, su aparición se debe a una falta de la higiene bucal oportuna, que lleva a una acumulación de la placa bacteriana y el sarro. (p. 740).

¹⁸López, J. (2010). *Odontología para la higiene oral*. República de Colombia: Zamora.

¹⁹Kumar, V., Abbas, A., Fausto, N., Aster, J. (2010). *Robbins y Contran. Patología estructural y funcional*. (8a ed.) Reino de España: Elsevier.

Inducidas por biopelícula dentobacteriana.

Observando la obra de Escobar y Castillo²⁰ (2010), puedo transcribir que:

Gingivitis asociada con biopelícula dentobacteriana solamente, sin otros factores contribuyentes.

Definición. La gingivitis es una lesión inflamatoria que aparece 10 a 20 días después de permitir acumulación de biopelícula dentobacteriana en la unidad dentogingival. Se manifiesta como un enrojecimiento de la encía, inflamación o agrandamiento, cambio de forma a menos festoneada, menor firmeza y tendencia incrementada del tejido blando a sangrar con un sondaje suave sin tener evidencia de pérdida de inserción clínica al sondaje. (p. 434).

Inspeccionando la obra de Rojas y Fuenmayor²¹ (2009), puedo exponer que:

Definir la gingivitis no ha sido tarea fácil, pero en los últimos años hay una aceptación, cada vez mayor, de que el término gingivitis no representa una única enfermedad, pero si un amplio espectro de enfermedades que son el resultado final de diferentes procesos. Es verdad que la inflamación inducida por bacterias de la placa dental es, sin duda, la forma más común de gingivitis y, tal vez por este motivo, se tiende a denominar con el mismo término cualquier otro tipo de enfermedad que afecte a la encía. (p. 10).

No incluidas por biopelícula dentobacteriana.

Observando la obra de Escobar y Castillo²² (2009), puedo explorar que:

Gingivostomatitis herpética primaria. Tal vez sea ésta la lesión de encía que genera más compromiso a más temprana edad. Su origen no es bacteriano, sino viral y, en un buen número de pacientes, presenta recurrencias localizadas de por vida.

Definición. Es la manifestación primaria de la infección con el virus del herpes simple (HSV-1). Aunque existen otros sitios, la forma bucal es la más común y por lo general se manifiesta primero en niños. (p. 439).

²⁰Escobar, A., Castillo, R. (2010). *Odontología pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual.* (1a ed.) Buenos Aires, República Argentina: Panamericana.

²¹Rojas, F., Fuenmayor, V. (2009). *Manual de higiene bucal.* Reino de España: Médica Panamericana.

²²Escobar, A., Castillo, R. (2010). *Odontología pediátrica. la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual.* (1a ed.) Buenos Aires, República Argentina: Panamericana.

Leyendo el libro de Langlais, Miller, y Nield²³ (2011), puedo citar que: ‘‘El virus del herpes simple es un virus ácido desoxirribonucleico (DNA) grande que infecta el epitelio humano. La transmisión es por contacto con secreciones infectadas, como la saliva’’ (p. 96).

Característica clínica.

Indagando el libro de Cameron, y Widmer²⁴ (2010), puedo referenciar que:

El niño no se encuentra bien, tiene dificultades para comer y beber y babea de forma característica. Se produce estomatitis y el tejido adquiere un aspecto rojo y edematoso. Aparecen vesículas intraepiteliales, que se rompen rápidamente para formar úlceras dolorosas. Las úlceras pueden formarse en cualquier parte de la mucosa oral, incluyendo la piel que rodea los labios. Las úlceras solitarias suelen ser pequeñas 3mm y dolorosas y presentan un margen eritematoso. (p. 173).

Gingivitis en el niño.

Averiguando el libro de Guedes, Bonecker, y Delgado²⁵ (2011), puedo conocer que:

Cuando la higiene bucal no es adecuada, la encía se vuelve inflamada y presenta las siguientes señales clínicas: sangrado al sondaje, alteraciones en la forma, textura, color y volumen de la encía marginal, aumento del fluido gingival. Este cuadro es conocido como gingivitis. Esta lesión es muy común en la infancia, con casi el 100% de los niños presentando algún sitio atacado por la enfermedad. La gingivitis es reversible y su tratamiento consiste en el control mecánico de la placa bacteriana. (p. 155).

²³Langlais, R., Miller, C., Nield, J. (2011). *Atlas a color de enfermedades bucales*. Estados Unidos Mexicanos: El Manual Moderno.

²⁴Cameron, A., Widmer, R. (2010). *Manual de odontología pediátrica*. (3a ed.) Reino de España: Elsevier Mosby.

²⁵Guedes, A., Bonecker, M., y Delgado, C. (2011). *Fundamentos de odontología, odontopediatría*. República federativa del Brasil, Sau Paulo: Livraria Santos.

Gingivitis asociada a la pubertad, al ciclo menstrual y a la ingesta de contraceptivos.

Reflexionando la obra de Rojas, y Fuenmayor²⁶ (2009), podemos explorar que:

Durante la pubertad los niveles de las hormonas sexuales (andrógenos y estrógenos) aumentan drásticamente, provocando cambios físicos y de comportamiento en los adolescentes. Con frecuencia, la pubertad está acompañada por una respuesta exagerada de la encía a los irritantes locales y, además, está influenciada por distintos factores tales como los niveles de placa dental, la caries o la respiración oral. A medida que se acerca a la edad adulta, la intensidad de la reacción gingival disminuye, aunque no hayan sido tomadas medidas para su tratamiento. La disminución de la respuesta no es completa y persistente un cierto grado de inflamación hasta que los irritantes locales hayan sido eliminados. (pp. 12, 13).

Importancia de la gingivitis.

Comparando el texto de Lang, Thorkild, y Lindhe²⁷ (2009) podemos transcribir que:

En otros tiempos la presencia de inflamación gingival se consideraba una variante normal de la salud de la encía pero a mediados del siglo XX este concepto cambió drásticamente cuando se postuló que los sitios con inflamación gingival sin tratar estaban destinados a progresar a una enfermedad periodontal destructiva. (p. 414).

Evaluación de la inflamación de los tejidos periodontales.

Estudiando la obra de Lang, Thorkild, y Lindhe²⁸ (2009), puedo conocer que:

El sangrado después del sondeo hasta el fondo de la bolsa (índice de sangrado del surco gingival) ha sido una forma común de evaluar la presencia de inflamación subgingival (Mühlemann y Son 1971). En este registro dicotómico 1 corresponde a los casos en los que el sangrado se produce dentro de los 15 segundos posteriores a la realización del sondeo. En los estudios epidemiológicos la evaluación de la

²⁶Rojas, F., Fuenmayor, V. (2009). *Manual de higiene bucal*. Reino de España: Médica Panamericana.

²⁷Lang, N., Thorkild, K., Lindhe, J. (2009). *Periodontología clínica e implantología odontológica*. (5ª ed.) Reino de España: Panamericana.

²⁸Lang, N., Thorkild, K., Lindhe, J. (2009). *Periodontología clínica e implantología odontológica*. (5ª ed.) Reino de España: Panamericana.

presencia/la ausencia de sangrado durante el sondeo hasta el fondo de la bolsa tiende a ser sustituida cada vez más por el uso del índice gingival. (p. 130)

2.4. Lesiones de los tejidos blandos en la cavidad bucal.

Explorando la página web de Gonzáles, García y Cebrián²⁹ (2014), pude citar que: “Las lesiones de la mucosa oral constituyen un grupo heterogéneo de alteraciones. La importancia de su diagnóstico diferencial radica fundamentalmente en su proyección pronóstica y en sus distintos grados de benignidad o malignidad, los cuales determinan su manejo terapéutico”. (p. 63).

Observando la obra de Valle³⁰ (2014), puedo transcribir que:

Distribución, patrón y ubicación de los hallazgos cutáneos. Localizadas, regionales: una zona específica (cara, manos, áreas expuestas al sol), zosteriformes, siguiendo un patrón típico, generalizadas: gran parte del tegumento comprometido, universales cuando afectan todo el tegumento, junto a los anexos y mucosas, siguiendo las líneas de Blaschko (configuración particular; no coinciden con ninguna estructura vascular, neural o linfática).

Color. La variedad de colores y matices son muy útiles para el diagnóstico clínico dermatológico.

Forma. Las lesiones pueden ser redondeadas, discoides (en forma de moneda, disco), formando anillos, así como lesiones serpiginosas (forma de serpiente), agrupadas o agminadas.

Tamaño. Se puede considerar por mm o comparando con objetos de conocimiento universal: puntiformes, miliares, lenticulares, símil botón de camisa, botón de saco, en placas o en napas.

El examen de la boca de un paciente, debe acompañar siempre al examen clínico dermatológico por ser parte constitutiva del mismo. En la cavidad bucal se presenta un espectro de afecciones muy amplio en cuanto a su etiología y forma de presentación (mácula, pápulas, vesículas, ampollas, pústulas, nódulos, tumores y úlceras, entre otros). Asimismo, se debe mencionar que las lesiones se presentan modificadas por el medio húmedo en que asistan y por el constante e inevitable traumatismo. (p. 35, 36, 227).

²⁹Gonzáles, S., García, F., y Cebrián, J. (2014). *Lesiones de la mucosa ora*. [En línea]. Consultado: [09, mayo, 2014] Disponible en:

<http://www.secom.org/web/wp-content/uploads/2014/01/cap04.pdf>

³⁰Valle, L. (2014). *Dermatología pediátrica. Enfoque práctico*. República de Argentina: Dunken.

2.4.1. Lesiones virales.

Herpes labial.

Leyendo el libro de Stumpf³¹ (2009), puedo explorar que:

Concepto. El herpes labial es una infección vírica que después de su primera aparición permanece en el organismo en fase latente y vuelve a aparecer cuando se produce una bajada de defensas, como en casos de infección, fiebre, insolación, intolerancia alimentaria, o cuando existe un cierto estrés psíquico. (p. 54).

Razonando la obra de Duke³² (2010), puedo conocer que:

Características Clínicas. Estas ampollas dolorosas y llenas de líquido son sumamente contagiosas. El herpes labial suele anunciarse con una sensación de hormigueo en el área afectada; 1 ó 2 días más tarde aparecen las ampollas. Tienden a producir en un labio, aunque también es posible que se desarrollen en el mentón, los orificios nasales o los dedos. En raras ocasiones se presentan en las encías o el paladar. Las ampollitas que aparecen en otras partes de la boca, como en la parte interna de la mejilla, son úlceras (aftas) no contagiosas. (pp. 256, 257).

2.4.2. Lesiones bacterianas.

Ulceración aftosa recurrente.

Examinando el libro de Valle³³ (2012), puedo citar que: ‘‘Se las conoce también con el nombre de estomatitis aftosa. Las lesiones son de etiología desconocida’’. (p. 614).

³¹Stumpf, W. (2009). *Homeopatía para niños*. (3ª ed.) Reino de España: Hispano Europea.

³²Duke, J. (2010). *La nueva farmacia natural*. Estado Estadounidense de Maryland: Rodale.

³³Valle, L. (2012). *Dermatología General*. (2a ed.) República de Argentina: Dunken.

Características Clínicas.

Analizando el libro de Guedes, Bonecker, y Delgado³⁴ (2011), puedo transcribir que:

Las úlceras aftosas recurrentes están siempre presentes en áreas no-queratinizadas de la boca, como la mucosa labial, la mucosa yugal y el fondo del surco. Estas se presentan clínicamente como lesión ulcerativa, fondo necrótico, delimitada por halo eritematoso inflamatorio bien definido, con tamaño variable de 2 a 5mm. También conocida como afta, puede ser única o múltiple, normalmente aparecen de una a cinco lesiones. (p. 123).

Observando la obra de Cameron, Widmer³⁵ (2010) puedo explorar que:

Se considera que la ulceración aftosa recurrente (UAR) afecta a más del 20% de la población. Se han identificado tres tipos: Aftas menores. Aftas mayores. Ulceración herpetiforme. Las aftas menores suponen la mayoría de los casos y están formadas por dos a cinco úlceras que miden más de 5 mm y que se presentan en la mucosa no queratinizada. Existe un esfacelo central amarillo típico con un borde eritematoso. Las úlceras curan en 10-14 días sin dejar cicatriz. No se ha llegado un acuerdo con respecto a la causa de la UAR. Existen algunas pruebas que indican una base genética de lo trastorno, con una mayor incidencia de ulceración en niños cuyos progenitores tienen UAR. Algunos estudios indican que la UAR está asociada con deficiencias nutricionales, por lo que son necesarios estudios hematológicos. En las aftas mayores también puede quedar afectada la mucosa queratinizada, lo que deriva en úlceras de mayor tamaño, más duraderas y que curan dejando una cicatriz. (p. 178).

2.4.3. Lesiones por hongos.

Candidiasis bucal.

Averiguando la obra de Escobar, Castillo³⁶ (2010), puedo exponer que: ‘‘La candidiasis bucal es una de las complicaciones más comunes asociadas con la infección por HIV en niños’’. (p. 741).

³⁴Guedes, A., Bonecker, M., y Delgado, C. (2011). *Fundamentos de Odontología, odontopediatría*. República federativa del Brasil, Sau Paulo: Livraria Santos.

³⁵Cameron, A., Widmer, R. (2010). *Manual de odontología pediátrica*. Reino de España: Elsevier Mosby.

Características Clínicas.

Explorando el libro de Langlais, Miller, Nield³⁷ (2011), puedo referenciar que:

La candidiasis bucal o candidiasis pseudomembranosa aguda, es un tipo de candidiasis (infección micótica) de membranas mucosas causada por *Candida albicans*. La lesión aparece como grumos de color blanco lechoso sobre la mucosa de los carrillos, paladar y lengua. Los grumos se remueven con facilidad, dejando una superficie roja, intensa, dolorosa. Los recién nacidos a menudo adquieren la infección del conducto vaginal de la madre durante el parto y muestran signos de infección, durante las primeras semanas de vida. El trastorno puede estar acompañado por fiebre e irritación gastrointestinal. (p. 34).

2.5. Unidades de observación y análisis.

El grupo estuvo constituido por 121 niños y adolescente que abarca la edad de 5 hasta 15 años que asisten al comedor de los Capuchinos San Antonio de Padua.

2.6. Matriz de operacionalización de las variables.

Edad.

Sexo.

Caries dental.

Gingivitis.

Placa.

Cálculo.

Lesiones de tejidos blandos.

Ver Anexo 1.

³⁶Escobar, A., Castillo, R. (2010). *Odontología Pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. (1a ed.). República Argentina, Buenos Aires: Panamericana.

³⁷Langlais, R., Miller, C., Nield, J. (2011). *Atlas a color de enfermedades bucales*. Estados Unidos Mexicanos: El manual moderno.

CAPITULO III.

3. Marco Metodológico.

3.1. Modalidad de la investigación.

En el presente trabajo investigativo es de campo, se les realizó examen clínico odontológico a los niños y adolescentes que asisten al comedor de los Capuchinos San Antonio de Padua.

3.2. Tipo de investigación.

Descriptiva de corte transversal.

3.3. Métodos.

Para el estudio que se realizó a los niños y adolescentes de 5 a 15 años que asistieron al comedor de los Capuchinos San Antonio de Padua fueron abordados para su inclusión en la investigación de campo. Se llenaron los datos de los pacientes por medio de la ficha de observación, en el cual se incluyeron datos personales, como los nombres, la edad, el sexo, y un odontograma para evaluar el índice de caries por medio de un cuadro del índice CPO-ceo. Un cuadro para evaluar los indicadores de salud bucal (placa, calculo y gingivitis) y finalmente un cuadro de las lesiones más comunes de la cavidad

bucal (herpes labial, gingivoestomatitis herpética primaria, úlceras aftosas recurrentes y la candidiasis bucal). Anexo # 4.

3.4. Técnicas.

Observación: Inspección de la cavidad oral.

3.5. Instrumentos.

Matriz de observación: Ficha clínica que se confecciona para registrar los hallazgos clínicos. Anexo n° 4, p. 76, 77.

3.6. Recursos.

3.6.1. Humanos.

Investigadora.

Tutor/a de la investigación.

3.6.2. Materiales.

Lápiz.

Pluma.

Hojas.

Cartuchos de tintas.

Texto.

Fotocopias.

Impresiones.

Espejos bucales.

Exploradores.

Guantes.

Mascarillas.

Viáticos.

Carpetas.

3.6.3. Tecnológicos.

Computadora.

Pen drives.

Escáner.

Cámaras fotográficas.

Internet.

3.7. Población y muestra.

Población: Total de 121 niños y adolescentes.

3.7.1. Criterios de inclusión.

Personas con caries dental y gingivitis.

Estuvieron dispuestos a colaborar.

3.7.2. Criterios de exclusión.

Personas que no presentan lesiones en los tejidos blandos.

Niños menores de 5 años.

3.8. Recolección de la información.

La recolección de la información se realizó por medio de examen clínico odontológico a los niños y adolescentes, que asistieron en el comedor de los Capuchinos San Antonio de Padua.

3.9. Procesamiento de la información.

El programa de Microsoft Excel 2010, ayudó a introducir la información obtenida y organizar una base de datos que facilitó la información estadística, la cual se representó mediante tablas y gráficos estadísticos, por último se utilizó las funciones de por ciento y frecuencia.

CAPÍTULO IV.

4. Análisis e Interpretación de Resultados.

4.1. Análisis e interpretación de los resultados de las fichas de observación realizadas a los niños y adolescentes del comedor de los Capuchinos San Antonio de Padua.

Cuadro 1.
Según el sexo.

Sexo.		
Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.
Masculino.	66	54,5%
Femenino.	55	45,5%
Total.	121	100

Nota: Según el sexo. Realizado por la autora de esta tesis. Ficha de observación realizada a los pacientes de 5-15 años que asisten al comedor de los Capuchinos San Antonio de Padua. Anexo 4, p. 64.

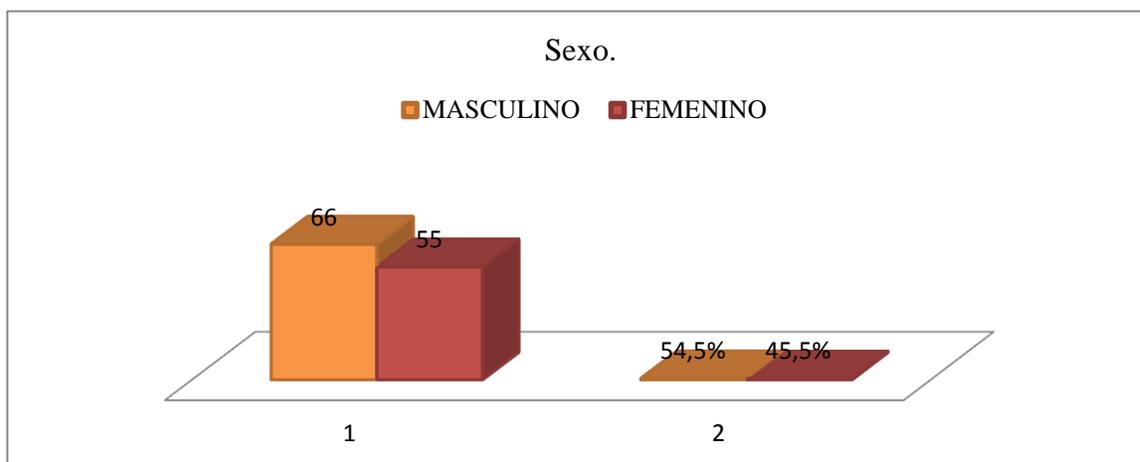


Gráfico N°. 1. Según el sexo. Realizado por la autora de esta tesis. Datos obtenidos del cuadro 1. Cap. IV, p. 30.

Análisis e interpretación.

En el cuadro n° 1, se indica que del diagnóstico a los 121 niños y adolescentes del comedor de los Capuchinos San Antonio de Padua, vierte un total de 66 pacientes que corresponde a un 54,5 % del sexo masculino, quedando un restante de 55 pacientes que corresponde a un 45,5 % del sexo femenino.

Razonando la obra de Chérrez³⁸ (2011), puedo transcribir que:

En relación a la presencia de placa bacteriana según sexo, no se obtuvo diferencias significativas. Sin embargo, estratificando por niveles de presencia de placa bacteriana en los dientes existen diferencias significativas entre el grupo de varones y mujeres, siendo el grupo de niños el que tuvo los mayores porcentajes de placa bacteriana en los tercios medio y gingival de los dientes. (p. 25).

Se pudo observar en el cuadro n° 1, una gran mayoría en niños que en niñas que asisten al comedor San Antonio de Padua, alcanzando un porcentaje de 54,5%.

³⁸Chérrez, C. (2011). *Prevalencia de placa bacteriana y cálculos en estudiantes de 14 a 19 años del instituto tecnológico Benito Juárez de la ciudad de Quito. Población a investigar 300 estudiantes.* [En línea]. Consultado: [28, abril, 2014] Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/564/4/T-UCE-0015-6.pdf>

Cuadro 2.
Según la edad.

Edad.		
Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.
De 5 a 8 años.	36	29,8%
De 9 a 12 años.	78	64,5%
De 13 a 15 años.	7	5,8%
Total.	121	100

Nota: Según la edad. Realizado por la autora de esta tesis. Ficha de observación realizada a los pacientes de 5-15 años que asisten al comedor de los Capuchinos San Antonio de Padua. Anexo 4, p. 64.

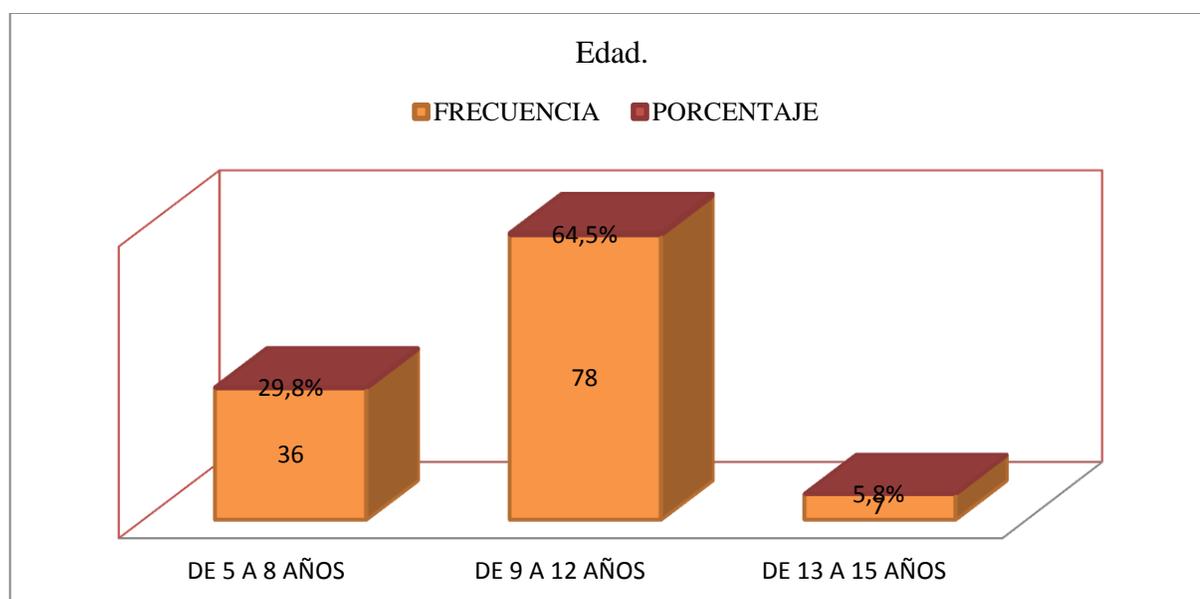


Gráfico N°. 2. Según la edad. Realizado por la autora de esta tesis. Datos obtenidos del cuadro 2. Cap. IV, p. 32.

Análisis e interpretación.

En el cuadro n° 2 de un total de 121 niños y adolescentes que fueron evaluados durante el proceso de investigación. Se observó que en un total de 36 niños pertenece al grupo de 5 a 8 años que corresponde al 29,8 %, y el total de 78 pacientes pertenece al grupo de 9 a 12 años que corresponde a un 64,5%, por último un total de 7 pacientes que pertenece al grupo de 13 hasta 15 años que corresponde a un 5,8 %.

Analizando el libro de López³⁹ (2010), puedo citar que:

El servicio de salud bucodental de la OMS (Organización mundial de la salud) y la federación dental internacional fijaron como metas para el año 2000 alcanzar un índice CPO-D promedio de 3.0 en los niños de 12 años, que equivale como máximo a tres dientes cariados, obturados o perdidos por paciente y consideran que este es el primer indicador mundial de salud bucodental. (p. 173).

Se observó en el cuadro n° 2, mayor cantidad de niños y adolescentes de 9 a 12 años.

³⁹ López, J. (2010). *Odontología para la higiene oral*. República de Colombia: Zamora.

Cuadro 3.

Relación entre la edad y el sexo.

Relación de la edad según el sexo.						
		Género de los pacientes.		Total.	Porcentaje.	Porcentaje.
		Masculino.	Femenino.			
Edad de los pacientes.	De 5 a 8 años.	15	21	36	12,4%	17,4%
	De 9 a 12 años.	46	32	78	38,0%	26,4%
	De 13 a 15 años.	5	2	7	4,1%	1,7%
Total.		66	55	121	54,5%	45,5%

Nota: Relación entre la edad y el sexo. Realizado por la autora de esta tesis. Ficha de observación realizada a los pacientes de 5-15 años que asisten al comedor de los Capuchinos San Antonio de Padua. Anexo 4, p. 64.

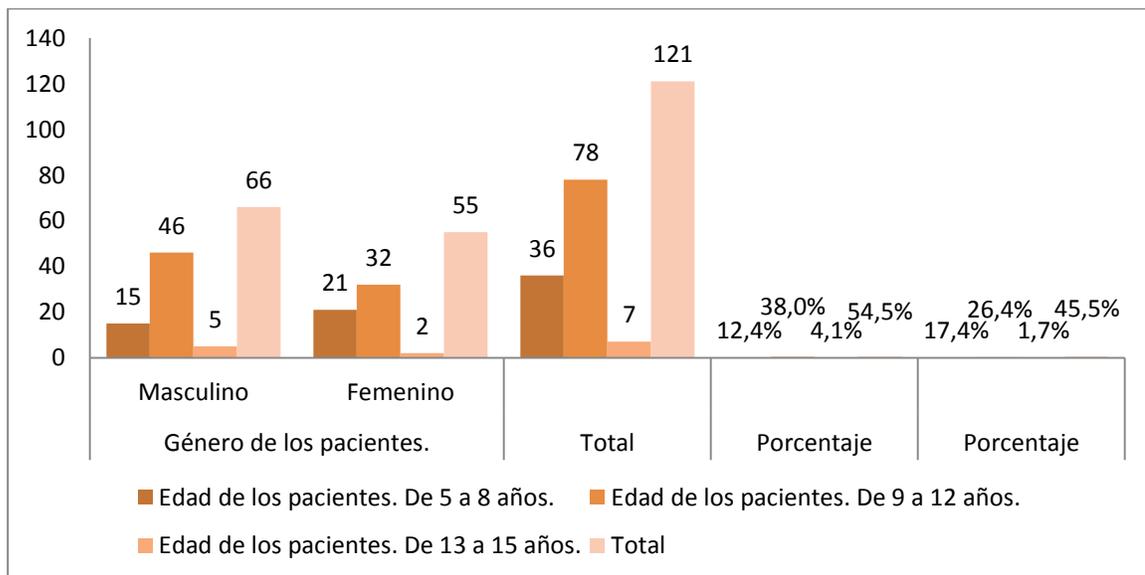


Gráfico N° 3. Relación entre la edad y el sexo. Realizado por la autora de esta tesis. Datos obtenidos del cuadro 3. Cap. IV, p. 34.

Análisis e interpretación.

En el cuadro n° 3, los pacientes de 5 a 8 años del sexo masculino tuvieron un porcentaje de 12,4%, lo que corresponde a 15 niños, mientras el total de 21 pacientes del sexo femenino tuvieron un 17,4%. La edad de 9 a 12 en el sexo masculino tuvo el 38,0%, lo que corresponde a 46 niños, mientras que en el sexo femenino da un 26,4% lo que corresponde a 32 niñas. Por último los del grupo de 13 a 15 años del sexo masculino tuvieron un porcentaje de 4,1% lo que corresponde a 5 niños y el 1,7% del sexo femenino lo que corresponde a 2 niñas.

Analizando el libro de López⁴⁰ (2010), puedo referenciar que:

Al analizar la higiene bucal de los escolares examinados, se observa que el mayor porcentaje de placa bacteriana lo tienen los niños de 7 y 8 años de edad con el 89.6% y 90.2% respectivamente; y el más bajo, los escolares de 6 años 77.9% y los de 15 años 76.3%, el porcentaje de niños con placa bacteriana en el grupo examinado es de 84.9%. Las diferencias según edad son estadísticamente significativas. (p. 171).

Se observó que en el cuadro n° 3, hubo gran mayoría de los niños y adolescentes que asisten al comedor de los Capuchinos San Antonio de Padua con un total de 78 pacientes del grupo de 9 a 12 años con un porcentaje de 64,5%. Se pudo notar la diferencia que hay entre el sexo masculino con mayor cantidad que corresponde a un porcentaje de 38,0% de un total de 46 niños, mientras que en el sexo femenino se obtuvo un porcentaje de 38,0% lo que corresponde a 32 niñas.

⁴⁰López, J. (2010). *Odontología para la higiene oral*. República de Colombia: Zamora.

Cuadro 4.
Nivel de salud bucal según el índice CPO en dientes permanentes.

Dientes permanentes.		
Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.
C.	77	78,6%
O.	20	20,4%
P.	1	1,0%
Total.	98	100

Nota: Nivel de salud bucal según el índice CPO en dientes permanentes. Realizado por la autora de esta tesis. Ficha de observación realizada a los pacientes de 5-15 años que asisten al comedor de los Capuchinos San Antonio de Padua. Anexo 4, p. 64.

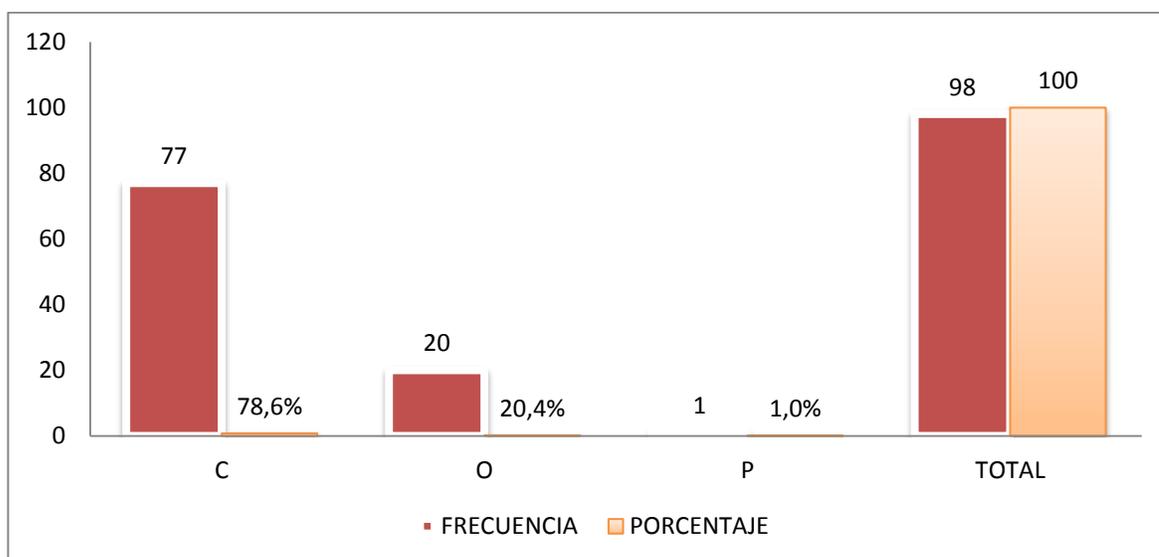


Gráfico N°. 4. Nivel de salud bucal según el índice CPO en dientes permanentes. Realizado por la autora de esta tesis. Datos obtenidos del cuadro 4. Cap. IV, p. 36.

Análisis e interpretación.

En el cuadro n° 4, los datos obtenidos de los 121 niños y adolescentes, refieren que las 77 piezas permanentes presentaron caries a lo que corresponde de un porcentaje de 78,6%, en las 20 piezas obturadas se observó 20 a lo que corresponde de un porcentaje de 20,4%, mientras que en las piezas perdidas se pudo ver solo en una a lo que corresponde 1%.

Examinando el libro de López⁴¹ (2010) podemos conocer que:

Diferentes autores han desarrollado índices para evaluar el comportamiento de la caries en cada individuo, ya que son los que permiten la medición en estudios epidemiológicos a gran escala.

Índice COP. Esta ha sido el índice más utilizado a través de la historia, fue desarrollado por Klein Palmer y Knudson desde la década de los años 30 en el siglo pasado. Se aplica a dientes permanentes e indica la experiencia de caries en un individuo sus valores están entre 1 y 32, y se obtienen sumando los valores encontrados, aunque también puede hacerse por superficies, así la C indica los dientes con caries activas, O indica el número de dientes obturados y P los dientes perdidos. De esta manera si un individuo está completamente sano su índice COP será de 0. El índice presenta varias desventajas siendo la más relevante el hecho que en los dientes perdidos, no necesariamente ha sido por caries, sino por otras patologías como enfermedad periodontal o trauma y esto invalida el dato en estos pacientes. Para la dentición temporal se usa un índice de Gruebel o ceo donde c son los dientes cariados e con extracción indicada y o dientes obturados.

(p. 95).

En base a los resultados del cuadro n° 4, se observó un alto índice de piezas dentarias afectadas con caries.

⁴¹López, J. (2010). *Odontología para la higiene oral*. República de Colombia: Zamora.

Cuadro 5.
Nivel de salud bucal según el índice ceo en dientes deciduos.

Dientes deciduos.		
Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.
c.	191	73,2%
e.	5	1,9%
o.	65	24,9%
Total.	261	100

Nota: Nivel de salud bucal según el índice ceo en dientes deciduos. Realizado por la autora de esta tesis. Ficha de observación realizada a los pacientes de 5-15 años que asisten al comedor de los Capuchinos San Antonio de Padua. Anexo 4, p. 64.

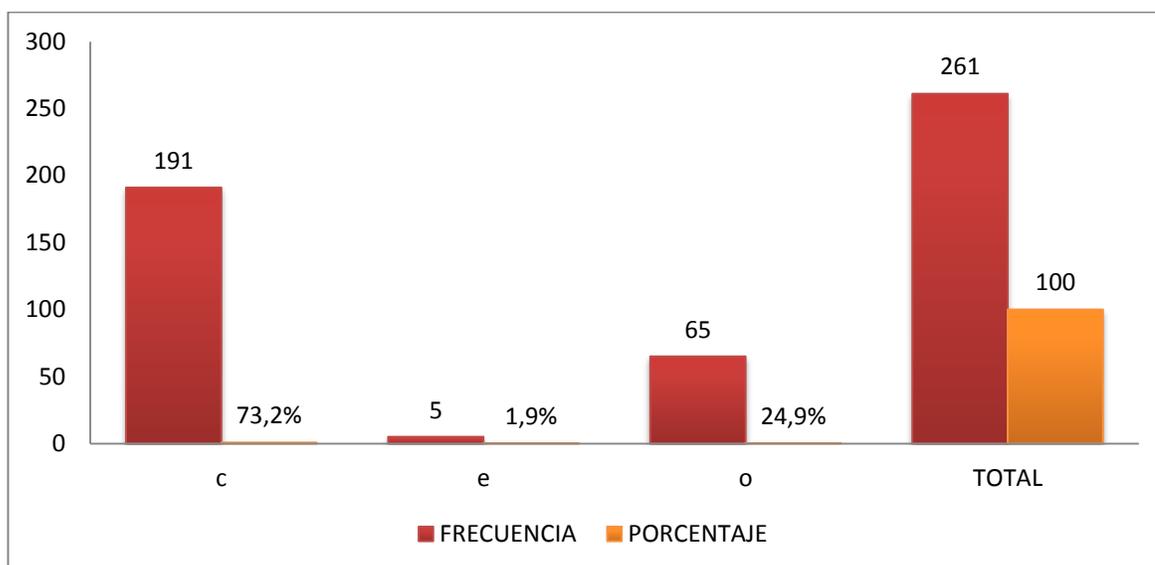


Gráfico N.º. 5. Nivel de salud bucal según el índice ceo en dientes deciduos. Realizado por la autora de esta tesis. Datos obtenidos del cuadro 5. Cap. IV, p. 38.

Análisis e interpretación.

En el cuadro n° 6 refiere que en los dientes deciduos, observamos un total de 191 piezas dentales presentan caries con un porcentaje de 73,2%, mientras que en extracción indicada solo 5 piezas dentales a lo que corresponde 1,9% y por último 65 piezas obturadas obtuvo a un 24,9%.

Examinando el libro de López (2010)⁴² podemos conocer que:

Índice ceo-d. Para los dientes temporales se toma o mide el índice ceo-d, donde se hace el recuento de dientes (d) temporales o deciduos cariados (c), obturados (o), extracción indicada por caries (e), se suman estas variables y nos da un resultado que va de 0 a 20, para una comunidad se promedia y se divide por el número de niños examinados. (p. 173)

Observamos en el cuadro n° 6, el alto índice de caries en piezas deciduas con un total de 191 piezas dentales.

⁴²López, J. (2010). *Odontología para la higiene oral*. República de Colombia: Zamora.

Cuadro 6.
Distribución por índice de higiene oral simplificada - placa.

Placa.		
Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.
0	36	29,8
1	81	66,9
2	4	3,3
3	0	0
Total.	121	100

Nota: Distribución por índice de higiene oral simplificada - placa. Realizado por la autora de esta tesis. Ficha de observación realizada a los pacientes de 5-15 años que asisten al comedor de los Capuchinos San Antonio de Padua. Anexo 4, p. 64.

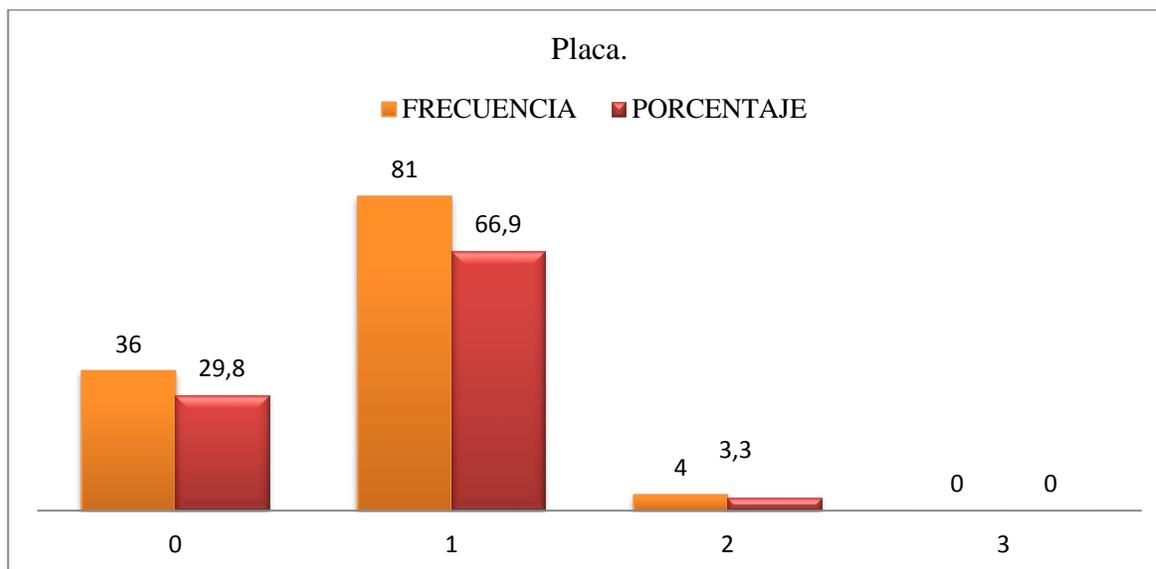


Gráfico N°. 6. Distribución por índice de higiene oral simplificada - placa. Realizado por la autora de esta tesis. Datos obtenidos del cuadro 6. Cap. IV, p. 40.

Análisis e interpretación.

En el cuadro n° 7, observamos un total de 36 pacientes que no presentan placa con un porcentaje de 29,8%, otro 81 pacientes que presentan 1/3 de placa con un porcentaje de 66,9%, por último 4 pacientes que presenta más de 1/3 de la superficie con un porcentaje de 3,3%, y ningún pacientes presentaba más de 2/3 de la superficie examinada.

Explorando el contenido de López⁴³ (2010) podemos referenciar que:

Se valoran con una escala de 0 a 3 así: 0: No hay presencia de restos o placa blanda. 1: La placa blanda cubre más de 1/3 de la superficie dentaria examinando o se aprecian manchas extrínsecas sobre la superficie. 2: La placa blanda cubre más de 1/3, pero menos de 2/3 de la superficie. 3: La placa cubre más de 2/3 de la superficie dental examinada. El índice por persona se obtiene sumando los valores obtenidos en cada uno de los dientes examinados y dividiéndolo por el número de superficies examinadas. (p. 177).

En el cuadro n° 7 observamos, el nivel de placa 1 obtuvo un 66,9% lo que corresponde a 81 pacientes.

⁴³López, J. (2010). *Odontología para la higiene oral*. República de Colombia: Zamora.

Cuadro 7.
Distribución por índice de higiene oral simplificada - cálculo.

Cálculo.		
Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.
0	118	97,5%
1	3	2,5%
2	0	0,0%
3	0	0,0%
Total.	121	100

Nota: Distribución por índice de higiene oral simplificada - cálculo. Realizado por la autora de esta tesis. Ficha de observación realizada a los pacientes de 5-15 años que asisten al comedor de los Capuchinos San Antonio de Padua. Anexo 4, p. 64.

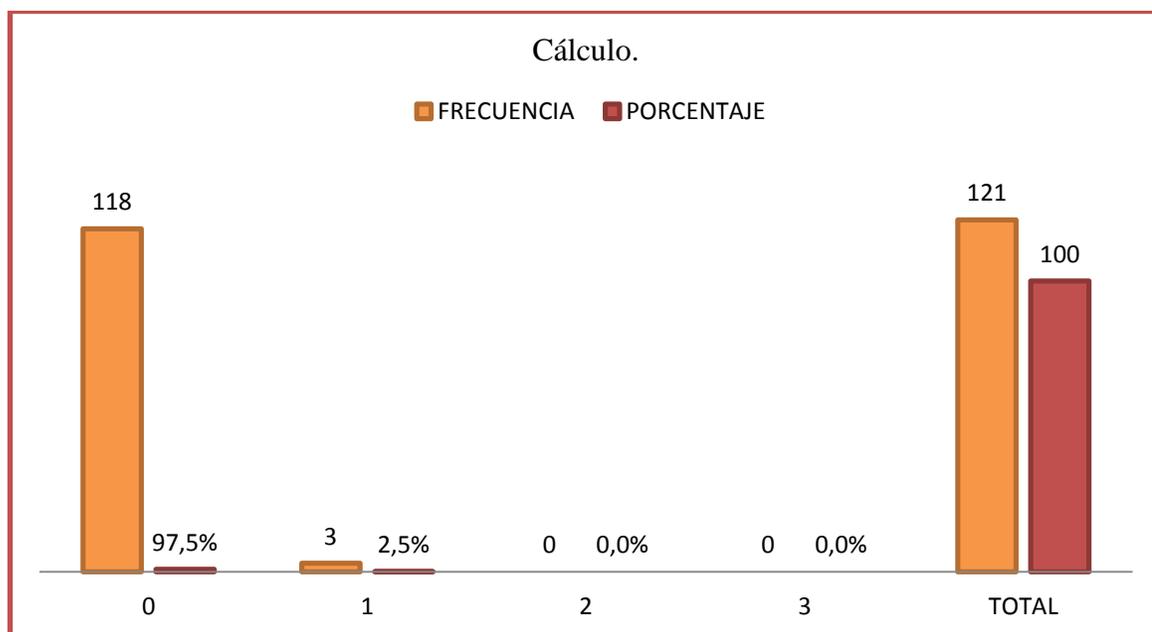


Gráfico N°. 7. Distribución por índice de higiene oral simplificada - cálculo. Realizado por la autora de esta tesis. Datos obtenidos del cuadro 7. Cap. IV, p. 42.

Análisis e interpretación.

Observamos por medio del cuadro n° 8 un total de 118 pacientes que no presentan cálculo con un porcentaje de 97,5%, otro 3 pacientes que presentan 1/3 de cálculo en la superficie dentaria, y ningún paciente presenta más de 1/3 de cálculo en la superficie dentaria.

Averiguando la obra de López⁴⁴ (2010) podemos citar que:

Se siguen los siguientes criterios: 0: No hay presencia de cálculo. 1: Los cálculos supragingivales cubren no más de 1/3 de la superficie. 2: Los cálculos supragingivales cubren más de 1/3 pero menos de 2/3 de la superficie revisada o se aprecian espículas individuales de cálculos subgingivales alrededor del cuello del diente o hay formación de cálculo supra y subgingival. 3: Los cálculos supragingivales cubren más de 2/3 de la superficie dentaria o se aprecia una banda de cálculo subgingivales en forma continua alrededor del cuello del diente o hay formación de cálculo supra y subgingivales. El índice se obtiene sumando los valores encontrados en cada superficie examinada y dividiendo por el número de superficie examinado. (p. 178).

Pude darme cuenta que en cuadro n° 8, en cuanto al nivel 1 de cálculo se obtuvo un 2,5%.

⁴⁴López, J. (2010). *Odontología para la higiene oral*. República de Colombia: Zamora.

Cuadro 8.
Distribución por índice de higiene oral simplificada - gingivitis.

Gingivitis.		
Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.
0	57	47,1%
1	64	52,9%
Total.	121	100

Nota: Distribución por índice de higiene oral simplificada – gingivitis. Realizado por la autora de esta tesis. Ficha de observación realizada a los pacientes de 5-15 años que asisten al comedor de los Capuchinos San Antonio de Padua. Anexo 4, p. 64.

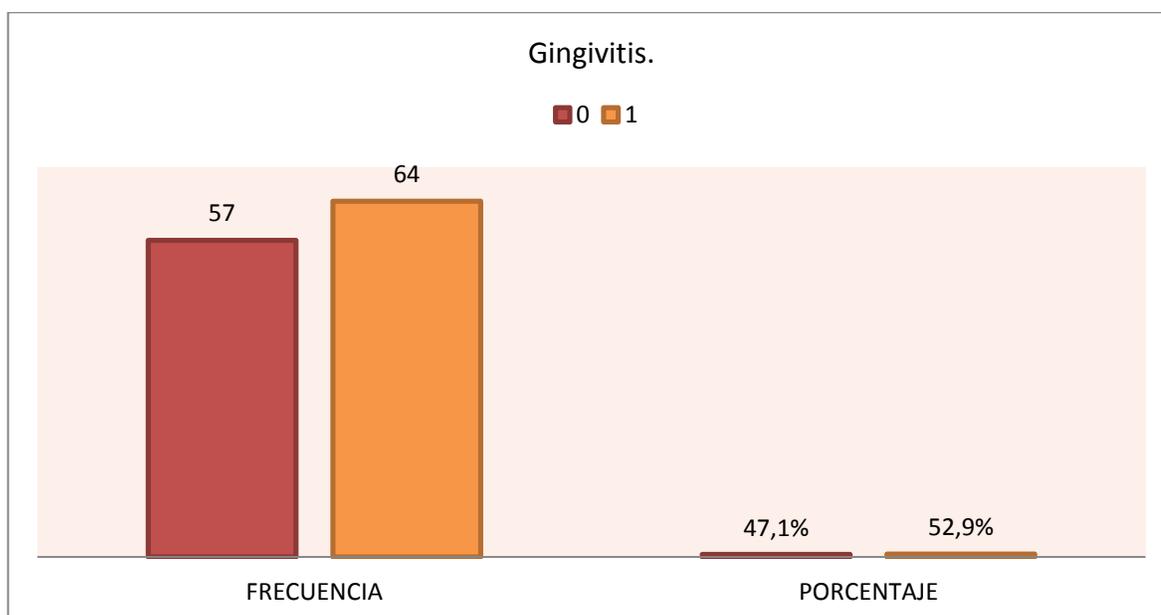


Gráfico N°. 8. Distribución por índice de higiene oral simplificada – gingivitis. Realizado por la autora de esta tesis. Datos obtenidos del cuadro 8. Cap. IV, p. 44.

Cuadro 9.
Distribución por índice de higiene oral simplificada - gingivitis.

Relación entre la edad y sexo en paciente de 5 hasta 15 años que presentan o no gingivitis.							
			Gingivitis.		Total.	Porcentaje 0.	Porcentaje 1.
			0	1			
De 5 a 8 años.	Género de los pacientes.	M.	6	9	15	5,0%	7,4%
		F.	12	9	21	9,9%	7,4%
	Total.		18	18	36	14,9%	14,9%
De 9 a 12 años.	Género de los pacientes.	M.	20	26	46	16,5%	21,5%
		F.	14	18	32	11,6%	14,9%
	Total.		34	44	78	28,1%	36,4%
De 13 a 15 años.	Género de los pacientes.	M.	3	2	5	2,5%	1,7%
		F.	2	0	2	1,7%	0,0%
	Total.		5	2	7	4,1%	1,7%
Total.	Género de los pacientes.	M.	29	37	66	24,0%	30,6%
		F.	28	27	55	23,1%	22,3%
	Total.		57	64	121	47,1%	52,9%

Nota: Distribución por índice de higiene oral simplificada – gingivitis. Realizado por la autora de esta tesis. Ficha de observación realizada a los pacientes de 5-15 años que asisten al comedor de los Capuchinos San Antonio de Padua. Anexo 4, p. 64.

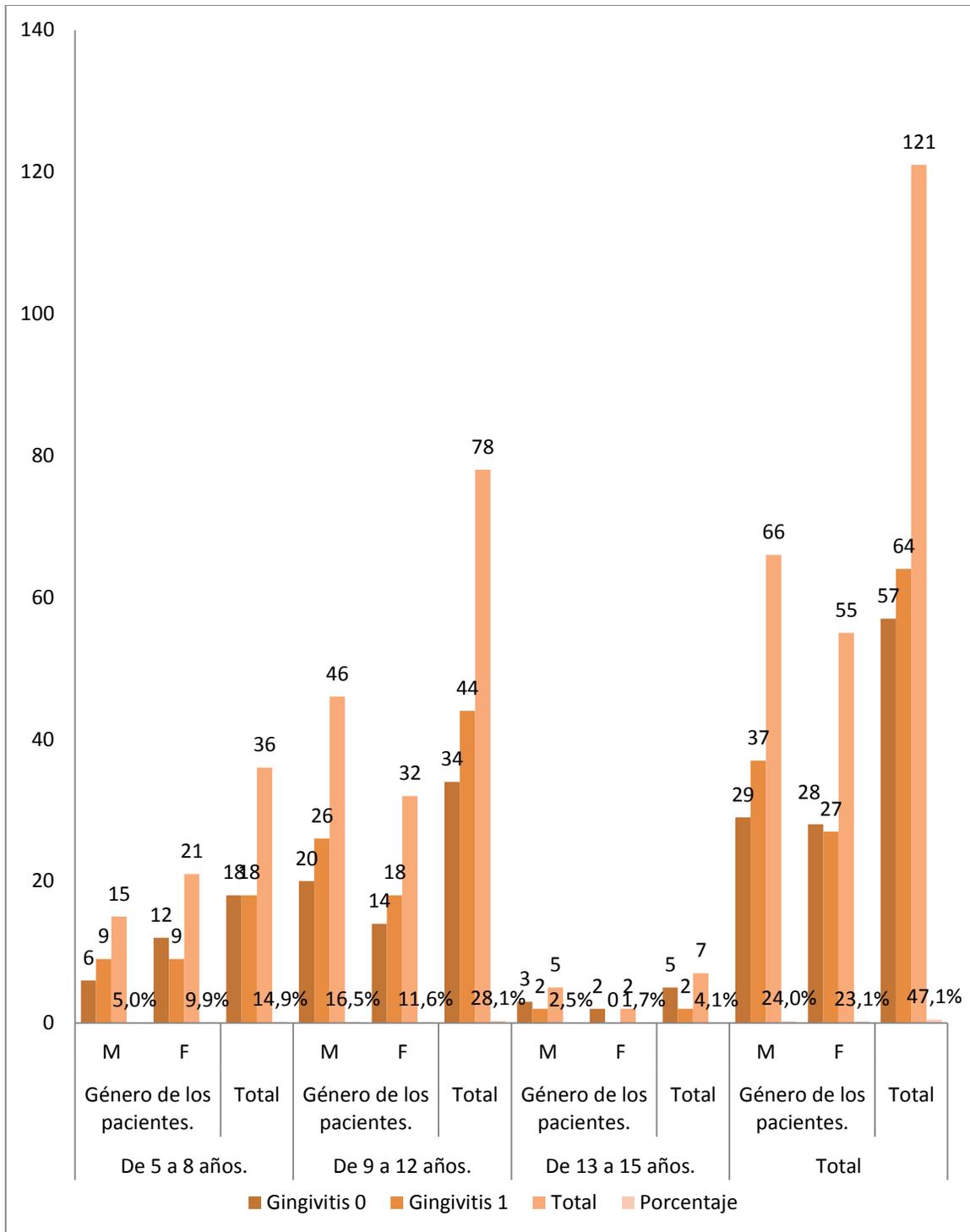


Gráfico N°. 9. Distribución por índice de higiene oral simplificada – gingivitis. Realizado por la autora de esta tesis. Datos obtenidos del cuadro 9. Cap. IV, p. 46.

Análisis e interpretación.

En el cuadro n° 9, se puede observar que de los 121 niños y adolescentes refieren a un total de 57 pacientes que no presentan gingivitis por lo tanto presentan grado 0 con un porcentaje de 47,1%, y por ultimo 64 pacientes que presentan de nivel 1 de gingivitis en la superficie dentaria con un porcentaje de 52,9%.

Se observó que en el cuadro n° 9 de la edad de 5 a 8 años en el sexo masculino, 6 pacientes no presentaban gingivitis a lo que corresponde al 5,0%, y 9 presentaron gingivitis con un 7,4%; en el sexo femenino 12 no presentaron a lo que corresponde el 9,9% y 9 si presento con un 7,4%. En la edad de 9 a 12 años en el sexo masculino, 20 pacientes no presento gingivitis con un 16,5%, mientras 26 pacientes si presentaron gingivitis con un 21,5%; en el sexo femenino 14 tuvo ausencia con un 11,6%, mientras 18 presentaron gingivitis con un 14,9%. En la edad de 13 a 15 años en el sexo masculino 3 no presentaron gingivitis a lo que corresponde 2,5%, y 2 si presentaron gingivitis con 1,7%; mientras en el sexo femenino 2 no presentaron gingivitis.

Analizando el libro de Kumar, Abbas, Fausto, y Aster⁴⁵ (2010), podemos conocer que:

Encía es el nombre de la mucosa escamosa que hay entre los dientes y a su alrededor. La gingivitis es la inflamación de la encía y de las partes blandas asociadas a ella. Específicamente, su aparición se debe a una falta de la higiene bucal oportuna, que lleva a una acumulación de la placa bacteriana y el sarro. (p. 740).

Se observó que en el cuadro n° 9, hay un alto grado de nivel 1 que presentan los pacientes dando como resultado con un porcentaje de 52,9%.

⁴⁵Kumar, V., Abbas, A., Fausto, N., Aster, J. (2010). *Robbins y Contran. Patología estructural y funcional.* (8a ed.) Reino de España: Elsevier.

Cuadro 10.
Según su tamaño de las lesiones de los tejidos blandos.

Lesiones de los tejidos blandos.			
	Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.
Tamaño.	Pequeño.	0	0
	Mediano.	0	0
	Grande.	0	0
	Ninguno.	121	100
Total.		121	100

Nota: Según su tamaño de las lesiones de los tejidos blandos. Realizado por la autora de esta tesis. Ficha de observación realizada a los pacientes de 5-15 años que asisten al comedor de los Capuchinos San Antonio de Padua. Anexo 4, p. 64.

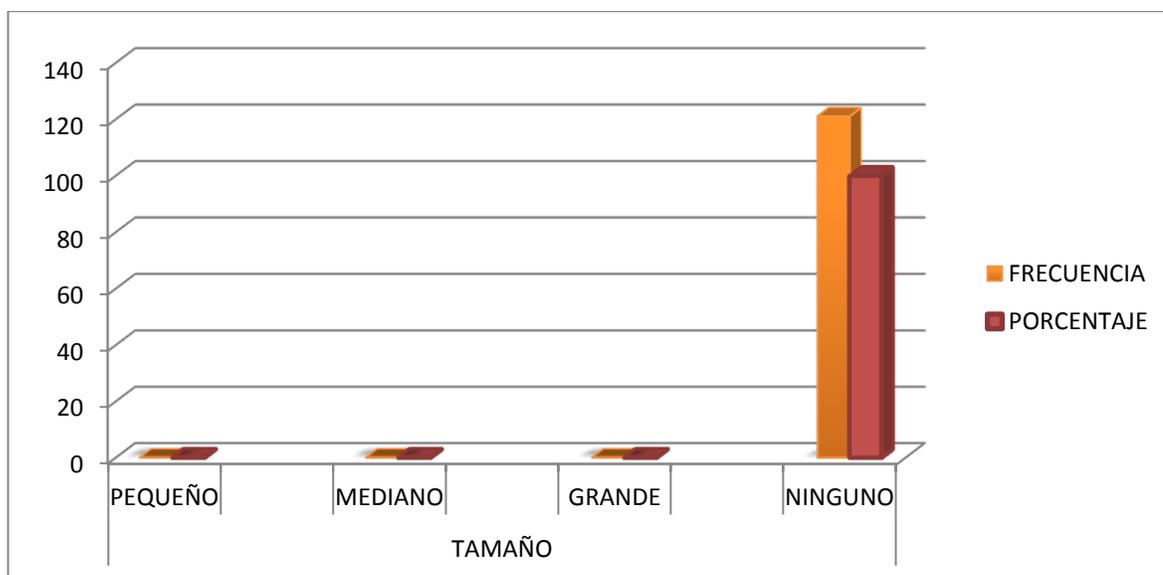


Gráfico N° 10. Según su tamaño de las lesiones de los tejidos blandos. Realizado por la autora de esta tesis. Datos obtenidos del cuadro 10. Cap. IV, p. 48.

Análisis e interpretación.

En la respectiva ficha de observación pude evaluar que ningún paciente presenta lesiones de tejidos blandos, en base a su tamaño.

Investigando la obra de Valle⁴⁶ (2014), puedo conocer que: “Tamaño. Se puede considerar por mm o comparando con objetos de conocimiento universal: puntiformes, miliares, lenticulares, símil botón de camisa, botón de saco, en placas o en napas”. (p. 36).

Se observó en el cuadro n° 10, que ningún paciente presenta lesiones de tejido blandos con relación al tamaño.

⁴⁶Valle, L. (2014). *Dermatología pediátrica. Enfoque práctico*. República de Argentina: Dunken.

Cuadro 11.

Según su color de las lesiones de los tejidos blandos.

Lesiones de los tejidos blandos.				
	Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.	
Color.	Rojo.	0	0	
	Amarillo.	0	0	
	Rojo intenso.	0	0	
	Blanco lechoso.		0	0
	Morado.	0	0	
	Ninguno.	121	100	
	Total.	121	100	

Nota: Según su color de las lesiones de los tejidos blandos. Realizado por la autora de esta tesis. Ficha de observación realizada a los pacientes de 5-15 años que asisten al comedor de los Capuchinos San Antonio de Padua. Anexo 4, p. 64.

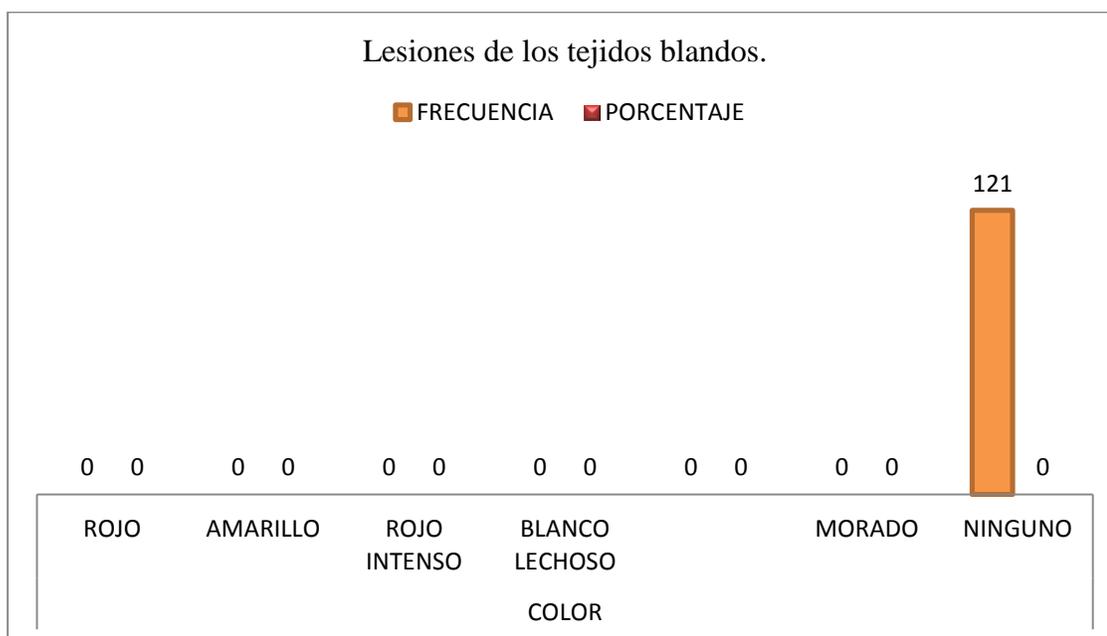


Gráfico N°. 11. Según su color de las lesiones de los tejidos blandos. Realizado por la autora de esta tesis. Datos obtenidos del cuadro 11. Cap. IV, p. 50.

Análisis e interpretación.

Se observó en el cuadro n° 11, frente a esta información se obtuvo que de los 121 niños y adolescentes, ninguno presenta lesiones en los tejidos blandos, de acuerdo a su color.

Examinando la obra de Valle⁴⁷ (2014), puedo citar que: ‘‘ Color. La variedad de colores y matices son muy útiles para el diagnóstico clínico dermatológico’’. (p. 35).

Se observó en el cuadro n° 11, que ningún paciente presenta lesiones en los tejidos blandos obteniendo un cambio de color.

⁴⁷Valle, L. (2014). *Dermatología pediátrica. Enfoque práctico*. República de Argentina: Dunken.

Cuadro 12.

Según su localización de las lesiones de los tejidos blandos.

Lesiones de los tejidos blandos.			
	Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.
Localización.	Labio.	0	0
	Mejilla.	0	0
	Paladar.	0	0
	Encía.	0	0
	Mentón.	0	0
	Piel.	0	0
	Ninguno.	121	100
Total.		121	100

Nota: Según su localización de las lesiones de los tejidos blandos. Realizado por la autora de esta tesis. Ficha de observación realizada a los pacientes de 5-15 años que asisten al comedor de los Capuchinos San Antonio de Padua. Anexo 4, p. 64.

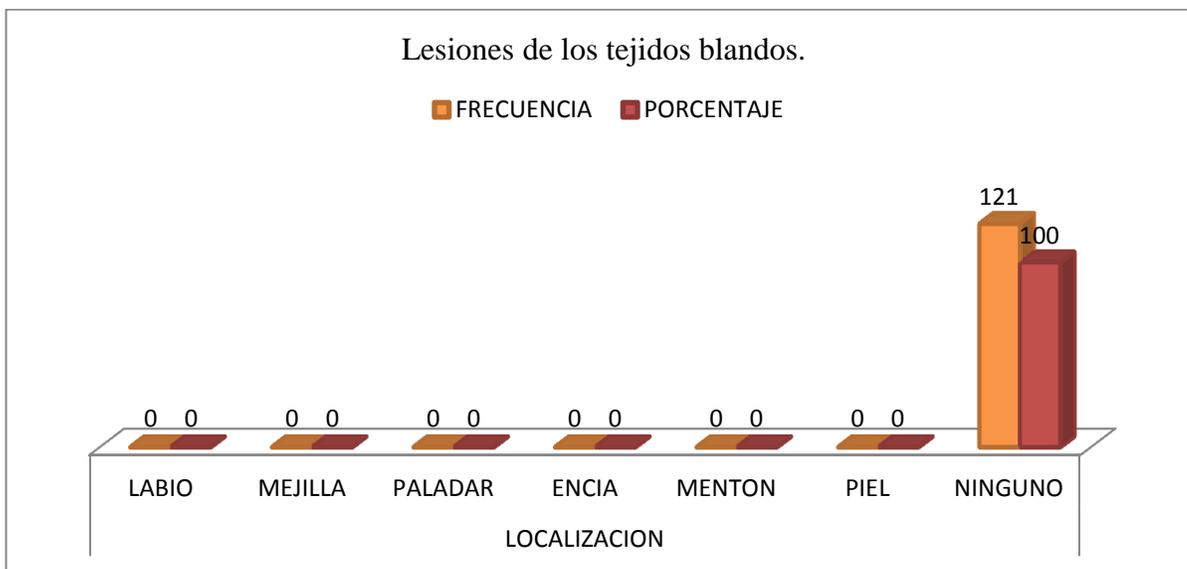


Gráfico N°. 12. Según su localización de las lesiones de los tejidos blandos. Realizado por la autora de esta tesis. Datos obtenidos del cuadro 12. Cap. IV, p. 52.

Análisis e interpretación.

Por medio de la ficha de observación pude darme cuenta que la población no presentan lesiones en los tejidos blandos en su localización.

Observando la obra de Valle⁴⁸ (2014), puedo transcribir que:

Distribución, patrón y ubicación de los hallazgos cutáneos. Localizadas, regionales: una zona específica (cara, manos, áreas expuestas al sol), zosteriformes, siguiendo un patrón típico, generalizadas: gran parte del tegumento comprometido, universales cuando afectan todo el tegumento, junto a los anexos y mucosas, siguiendo las líneas de Blaschko (configuración particular; no coinciden con ninguna estructura vascular, neural o linfática). (p. 35).

Se observó en el cuadro n° 12, que no presentan ningún tipo de lesiones en los tejidos blandos de acuerdo a su localización.

⁴⁸Valle, L. (2014). *Dermatología pediátrica. Enfoque práctico*. República de Argentina: Dunken.

Cuadro 13.
Según su forma de las lesiones de los tejidos blandos.

Lesiones de los tejidos blandos.			
	Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.
Forma.	Ampolla.	0	0
	Vesícula.	0	0
	Racimos.	0	0
	Ninguno.	121	100
Total.		121	100

Nota: Según su forma de las lesiones de los tejidos blandos. Realizado por la autora de esta tesis. Ficha de observación realizada a los pacientes de 5-15 años que asisten al comedor de los Capuchinos San Antonio de Padua. Anexo 4, p. 64.

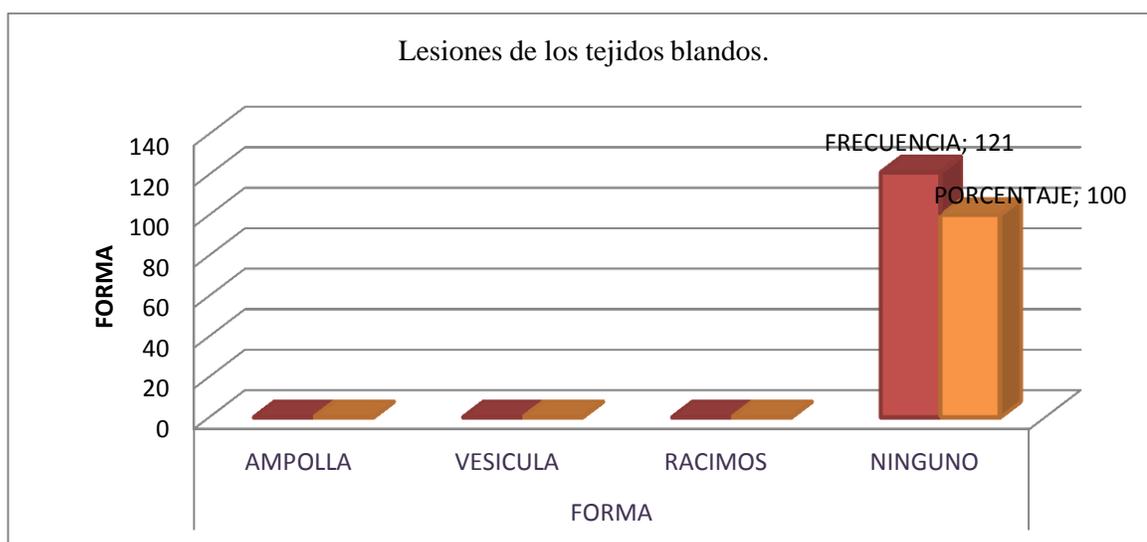


Gráfico N°. 13. Según su forma de las lesiones de los tejidos blandos. Realizado por la autora de esta tesis. Datos obtenidos del cuadro 13. Cap. IV, p. 54.

Análisis e interpretación.

En la respectiva ficha de observación pude evidenciar que ningún paciente presenta lesiones de tejidos blandos en la cavidad bucal con relación a la forma.

Analizando la obra de Valle⁴⁹ (2014), entendemos que:

El examen de la boca de un paciente, debe acompañar siempre al examen clínico dermatológico por ser parte constitutiva del mismo. En la cavidad bucal se presenta un espectro de afecciones muy amplio en cuanto a su etiología y forma de presentación (mácula, pápulas, vesículas, ampollas, pústulas, nódulos, tumores y úlceras, entre otros). Asimismo, se debe mencionar que las lesiones se presentan modificadas por el medio húmedo en que asistan y por el constante e inevitable traumatismo. (p. 227).

Se observó cuadro n° 13, que no presentan ningún tipo de lesiones de tejidos blandos de acuerdo a su forma.

⁴⁹Valle, L. (2014). *Dermatología pediátrica. enfoque práctico*. República de Argentina: Dunken.

Cuadro 14.
Distribución de las lesiones de los tejidos blandos.

Lesiones de los tejidos blandos.		
	Frecuencia.	Porcentaje.
Gingivostomatitis herpética primaria.	0	0
Ulceración aftosa recurrente.	0	0
Candidiasis.	0	0
Herpes labial.	0	0
Ninguno.	121	100
Total.	121	100

Nota: Distribución de las lesiones de los tejidos blandos. Realizado por la autora de esta tesis. Ficha de observación realizada a los pacientes de 5-15 años que asisten al comedor de los Capuchinos San Antonio de Padua. Anexo 4, p. 64.

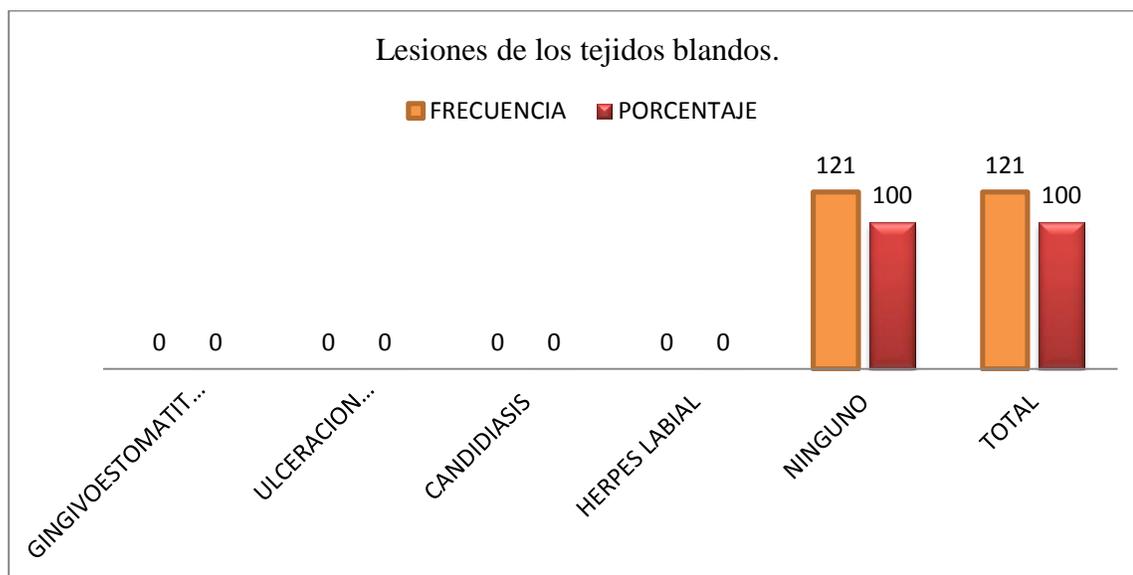


Gráfico N°. 14. Distribución de las lesiones de los tejidos blandos. Realizado por la autora de esta tesis. Datos obtenidos del cuadro 14. Cap. IV, p. 56.

Análisis e interpretación.

Al evaluar a los pacientes por medio de las ficha de observación, se observó que ningún paciente presenta patologías en los tejidos blandos en la cavidad bucal.

Explorando la página web de Gonzáles, García y Cebrián⁵⁰ (2014), pude citar que: ‘‘Las lesiones de la mucosa oral constituyen un grupo heterogéneo de alteraciones. La importancia de su diagnóstico diferencial radica fundamentalmente en su proyección pronóstica y en sus distintos grados de benignidad o malignidad, los cuales determinan su manejo terapéutico’’. (p. 63).

Se pudo observar en el cuadro n° 14, que en la población no presentan ningún tipo de patología en los tejidos blandos.

⁵⁰Gonzáles, S., García, F., y Cebrián, J. (2014). *Lesiones de la mucosa ora*. [En línea]. Consultado: [09, mayo, 2014] Disponible en:
<http://www.secom.org/web/wp-content/uploads/2014/01/cap04.pdf>

CAPITULO V.

5. Conclusiones y Recomendaciones.

5.1. Conclusiones.

En relación al CPO de los resultados obtenidos se comprobó un elevado porcentaje de piezas afectadas con caries que corresponde 77 piezas permanentes, 20 piezas obturadas y 1 pieza perdida. En relación al ceo un alto número de piezas cariadas de un total de 191, obturadas fueron 65 y en extracción indicada fueron 5.

En los pacientes investigados presentaron gingivitis 64, según la edad de 5 a 8 años, 18 pacientes no presentaron gingivitis y 18 pacientes presentaron gingivitis, con un total de 36 pacientes. En la edad de 9 a 12 años, 34 pacientes no presentaron gingivitis y 44 presentaron gingivitis con un total de 78 pacientes y por último en la edad de 13 a 15 años, 5 no presentaron gingivitis y 2 presentaban gingivitis, con un total de 7 pacientes. En la población estudiada de los niños y adolescentes no se registró ningún tipo de patologías en los tejidos blandos.

5.2. Recomendaciones.

Se sugiere que los pacientes investigados se les fomenten mejorar los hábitos de higiene oral.

CAPITULO VI.

6. Propuesta.

6.1. Datos informativos.

6.1.1. Título de la propuesta.

Mejorar la higiene de la cavidad bucal de los niños y adolescentes que asisten al comedor de los Capuchinos San Antonio de Padua.

6.1.2. Período de ejecución.

Junio - julio del 2014.

6.1.3. Descripción de los beneficiarios.

Beneficiarios directos. Son los niños y adolescentes.

Beneficiarios indirectos. Los padres de familia o los testigos.

6.1.4. Ubicación sectorial y física.

En la ciudad de Portoviejo, ciudadela El Maestro.

6.1.5. Introducción.

El presente trabajo investigativo tuvo como finalidad de informar a los niños y adolescentes por medio de una charla en temas que hacen referencia sobre los cuidados, para mejorar su higiene oral y poder mantener una boca sana.

6.1.6. Fundamentación teórica.

El comedor San Antonio de Padua ubicado en la ciudadela El Maestro de la ciudad del cantón Portoviejo de la provincia de Manabí, es una organización sin fines de lucro, ya que realiza actividades sociales, educativas, caritativas y religiosas, entre las cuales está ayudar a niños, niñas y adolescentes de escasos recursos económicos. La mayoría de ellos, viven en sectores cercanos a éste. Sin embargo, un mínimo porcentaje de ellos viven en sectores retirados de la ciudad, ya que por diversas razones, sus padres se ven en la necesidad de enviar a sus hijos e hijas al comedor para que reciban los beneficios que este brinda.

El beneficio principal es la alimentación, y otros como: vestuarios, charlas y celebraciones. No obstante, deberán ser implementados otros servicios, como: atención

médica, atención odontológica y tareas dirigidas de forma gratuita, ya que beneficiaran de forma humanitaria a los menores. La población estimada es de 120 niños, a orden de la Organización Franciscana Seglar (OFS) que está a cargo de diversas funciones como promover el evangelio a la manera de San Francisco en su estado seglar. El motivo a realizar la presente investigación se basó específicamente en los servicios que brinda el comedor San Antonio de Padua de la ciudadela El Maestro en la ciudad de Portoviejo a los niños, niñas y adolescentes beneficiados y sus efectos en la calidad de la salud dental, período 2014.

6.2. Justificación.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación, se diseñó una propuesta alternativa de tipo educativa, que permite informar sobre las enfermedades bucales como son las caries, y la gingivitis, aplicando medidas preventivas para tratar de concienciar a la población sobre la importancia de mejorar y mantener un buen estado de salud oral.

6.3. Objetivos.

6.3.1. Objetivo general.

Mejorar los hábitos de higiene oral.

6.3.2. Objetivos específicos.

Incentivar a los niños y adolescentes que se realicen controles periódicos en las unidades del MSP más cercano.

Educar y motivar a los niños y adolescentes acerca de la importancia de la salud bucal, mediante correctos hábitos de higiene oral.

6.4. Actividades.

Socializar con las autoridades de este comedor donde acuden los niños y adolescentes investigados para ponerles en conocimiento los correctivos que se deben de tomar para que esto mejore su salud oral. Los temas a tratar en la charla:

La importancia de la higiene bucal.

Las técnicas del cepillado.

Porque causa la caries y la gingivitis.

La visita al dentista.

Por ultimo en la entrega de kits dental y de trópticos.

6.5. Sostenibilidad.

Se les informo sobre la charla a los niños y adolescentes para que tomen las medidas necesarias para mejorar la salud oral.

6.6. Factibilidad.

Es factible porque se contó con la colaboración de las autoridades y la predisposición de la autora de este trabajo investigativo para tratar de informar de cómo mejorar su estado de salud oral de dicha población.

6.7. Sustentabilidad.

Es sustentable porque no implica recursos económicos adicionales.

6.8. Recursos.

6.8.1. Humanos.

Autora.

Autoridades.

Niños y adolescentes del comedor de los Capuchinos San Antonio de Padua.

6.8.2. Técnicos.

Cámaras fotográficas.

6.8.3. Materiales.

Trípticos.

Kits dental.

Viáticos.

6.9. Presupuesto.

Cuadro 15.
Presupuesto de la propuesta de esta tesis.

Rubros.	Cantidad.	Unidad de medida.	Costo unitario.	Costo total.
Trípticos.	121	Unidad.		60,50
Kits dental.	121	Unidad.		121
Viático.		Unidad.	9	9

Impresiones.	121	Hojas.	0.10	12.10
Subtotal.				202.60
Imprevistos.			10%	222.86
Total.	363	-----		222.86

Nota: Presupuesto de la propuesta de esta tesis. Realizado por la autora de esta tesis. Cap. VI, p. 64.

BIBLIOGRAFÍA.

1-Benítez, L. (2011). *Promoción de la higiene bucodental en el ámbito escolar*. (p.2).

2-Cameron, A., Widmer, R. (2010). *Manual de odontología pediátrica*. (3a ed.) Reino de España: Elsevier Mosby.

3-Cawson, R., Odell, E. (2009). *Cawson. Fundamentos de medicina y patología oral*. (8a ed.) Reino de España: Elsevier.

4-Cuenca, E., Baca, P. (2013). *Odontología preventiva y comunitaria, principios, métodos y aplicaciones*. (4^a ed.) Barcelona, Reino de España: Elsevier Masson.

5-Duke, J. (2010). *La nueva farmacia natural*. Estado Estadounidense de Maryland: Rodale.

6-Escobar, A., Castillo, R. (2010). *Odontología pediátrica. la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. (1a ed.) Buenos Aires, República Argentina: Panamericana.

7-Guedes, A., Bonecker, M., y Delgado, C. (2011). *Fundamentos de odontología, odontopediatría*. República federativa del Brasil, Sau Paulo: Livraria Santos.

8-Kumar, V., Abbas, A., Fausto, N., Aster, J. (2010). *Robbins y Cotran. Patología estructural y funcional*. (8a ed.) Barcelona, Reino de España: Elsevier

9-Lang, N., Thorkild, K., Lindhe, J. (2009). *Periodontología clínica e implantología odontológica*. (5ª ed.) Reino de España: Panamericana.

10-Langlais, R., Miller, C., Nield, J. (2011). *Atlas a color de enfermedades bucales*. Estados Unidos Mexicanos: El Manual Moderno.

11-López, J. (2010). *Odontología para la higiene oral*. República de Colombia: Zamora.

12-Marsh, P., Martin, M. (2011). *Microbiología oral*. (5ª ed.) República Bolivariana de Venezuela: Amolca.

13-Pires, M., Schmitt, R., Kim, S. (2009). *Salud bucal del bebé al adolescente. Guía de orientación para las embarazadas, los padres, los profesionales de salud y los educadores*. República Federativa del Brasil, Sau Paulo: Livraria Santos.

14-Rojas, F., Fuenmayor, V. (2009). *Manual de higiene bucal*. Reino de España: Médica Panamericana.

15-Stumpf, W. (2009). *Homeopatía para niños*. (3ª ed.) Reino de España: Hispano Europea.

16-Valle, L. (2014). *Dermatología pediátrica. Enfoque práctico*. República de Argentina: Dunken.

Sitios web.

17-Granada, Reino de España. [En línea]. Consultado: [06, mayo, 2014] Disponible en:

http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_39/LETICIA_BENITEZ_2.pdf

18-Gonzales, A. (2010). *Guía para la atención a la salud bucodental*. Reino de España:

Publidisa. [En línea]. Consultado: [07, mayo, 2014] Disponible en:

http://www.asturias.es/Astursalud/Articulos/AS_Salud%20Publica/AS_Salud%20Poblacional/Salud%20bucodental/LIBRO_BUCODENTAL.pdf

19-González, S., García, F., y Cebrián, J. (2014). *Lesiones de la mucosa ora*. [En línea].

Consultado: [09, mayo, 2014] Disponible en:

<http://www.secom.org/web/wp-content/uploads/2014/01/cap04.pdf>

20-Chérrez, C. (2011). *Prevalencia de placa bacteriana y cálculos en estudiantes de 14 a 19 años del instituto tecnológico Benito Juárez de la ciudad de Quito. Población a investigar 300 estudiantes*. [En línea]. Consultado: [28, abril, 2014] Disponible en:

<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/564/4/T-UCE-0015-6.pdf>

21-Jiménez, D. (2014). *Salud bucal de los niños y adultos*. [En línea]. Consultado: [05, junio, 2014] Disponible en:

<http://www.hospitalsanfernando.com/www/en/node/724>

22-Mazariegos, M. (2011). *Salud bucal del preescolar y escolar*. [En línea]. Consultado: [10, septiembre, 2014] Disponible en:

http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/sbpye_completo2.pdf

ANEXOS.

Anexo 1.

Cuadro 16.

Matriz de operacionalización de las variables.

Variable.	Tipo.	Escala.	Definición.	Indicador.
Edad.	Cuantitativa discreta.	De 5 hasta 15 años.	Los años que hayan cumplido hasta el momento de interrogarlos.	Media, mediana, desviación estándar.
Sexo.	Cualitativa nominal dicotómica.	Masculino. Femenino.	Simple inspección de géneros.	Frecuencia absoluta, porcentaje.
Caries dental.	Cuantitativa discreta.	De 0 – 32.	Según la OMS del índice CPO-ceo.	Media, mediana, desviación estándar.
Gingivitis.	Cualitativa nominal.	0: Ausencia de sangrado. 1: Presencia de sangrado.	Mediante observación de los índices de salud bucal de gingivitis.	Frecuencia absoluta, porcentaje.
Placa.	Cualitativa nominal dicotómica.	0: Normal. 1: Leve. 2: Moderada.	Mediante observación de los índices de salud bucal de placa.	Frecuencia absoluta.

		3: Severo.		
Cálculo.	Cualitativa nominal dicotómica.	0: Normal. 1: Leve. 2: Moderada. 3: Severo.	Mediante observación de los índices de salud bucal de cálculo.	Frecuencia absoluta.
Lesiones de tejidos blandos.	Cualitativa nominal dicotómica.	Presencia. Ausencia.	Mediante la observación de la ficha clínica.	Frecuencia absoluta.

Nota: Operacionalización de las variables. Realizado por la autora de esta tesis. Anexo 1, p. 70 - 71.

Anexo 2.

Cuadro 17.

Cronograma de la tesis.

Actividad.	Horas.	Fecha.
Taller de titulación.	120 horas.	10 de Junio – 16 de septiembre de 2013.
Trabajo con los especialistas del área de competencia del proyecto.	80 horas.	25 de Octubre de 2013. (30 días)
Entrega de proyectos.	-----	05 – 20 de Diciembre de 2013.
Revisión de proyectos por lectores.	2 horas.	02 – 10 de Enero de 2014. (15 días)
Sustentación de proyecto.	1 hora.	13 – 14 de Enero de 2014.
Correcciones.	10 horas.	14 de Enero – 28 de febrero de 2014. (30 días)
Discrepancia miembros dirime director carrera. (Aprobación)	-----	03 – 05 Marzo de 2014. (72 horas)
Entrega proyecto final.	-----	05 – 06 de Marzo del 2014.
Oficios aprobación proyectos.	-----	24 – 25 – 26 de Febrero de 2014.
Designación tutor.	-----	(1 día) 06 – 07 de Marzo de 2014.
Acompañamiento al desarrollo de tesis.	50 horas. (10 horas semanales, 2 presenciales y 8 autónomas)	Lunes, 10 de marzo – viernes, 06 de junio de 2014.
Entrega de borradores de tesis.	-----	Lunes, 09 de junio de 2014.
Designación de lectores.	-----	Miércoles, 11 de junio de 2014.
Entrega de oficios y tesis a los lectores.	-----	Viernes, 13 de junio de 2014.
Revisión de tesis por parte de lectores.	2 horas.	Lunes, 16 de Junio – viernes 18 de julio de 2014.
Entrega de informe de lectores.	-----	Lunes, 21 de julio de 2014.
Predefensa de tesis.	1 hora.	Martes, 22 de julio – viernes 01 de agosto de 2014.
Entrega de borradores de tesis corregidas.	-----	Miércoles, 23 de julio – miércoles 06 de agosto de 2014.
Revisión gramatical y control antiplagio.	10 horas.	Lunes, 11 de agosto – viernes, 22 de agosto de 2014.
Entrega de carpetas con	-----	Lunes, 18 de agosto –

documentación.		viernes, 22 de agosto de 2014.
Sustentación de tesis.	1 hora.	Lunes, 25 de agosto – viernes, 25 de septiembre de 2014.
Incorporación.	-----	Sábado, 13 de septiembre de 2014.

Nota: Cronograma de esta tesis. Realizado por la autora de esta tesis. Anexo 2, p. 72 – 73.

Anexo 3.

Cuadro 18.

Presupuesto de la tesis.

Rubros.	Cantidad.	Unidad de medida.	Costo unitario.	Costo total.
Lápiz bicolor.	1	Unidad.	0.50	0.50
Sacapuntas.	1	Unidad.	0.25	0.25
Borrador.	1	Unidad.	0.50	0.50
Pluma.	2	Unidad.	0.70	1.40
Corrector.	1	Unidad.	1	1
Cartuchos de Toner.	1	Toner.	50.00	50.00
Impresiones.	400	Hojas.	0.10	40.00
Carpetas.	4	Unidad.	0.70	2.80
Anillados.	2	Unidad.	5.00	10.00
Fotocopias de libros.	200	Unidad.	0.03	6.00
Espejos bucales.	10	Unidad.	2.00	20.00
Exploradores.	10	Unidad.	2.00	20.00
Sondas.	5	Unidad.	8.00	40.00
Guantes.	2	Unidad.	10.00	20.00

Mascarillas.	3	Unidad.	5.00	10.00
Viáticos.		Diarios.	60.00	60.00
Material didáctico.		Varios.	35.00	35.00
Empastado.	4	Unidad.	8.00	32.00
Subtotal.				349.45
Imprevistos.			10%	384,39
Total.	457	-----		384,39

Nota: Presupuesto de esta tesis. Realizado por la autora de esta tesis. Anexo 3, p. 74 - 75.

Anexo 4.



Carrera de Odontología **UNIVERSIDAD SAN GREGORIO**

Ficha de Observación.

La presente trabajo de investigación es una tesis de grado de odontólogos con el tema: Estado de salud bucal de los niños y adolescentes atendidos en el Comedor de los Capuchinos San Antonio de Padua de la Ciudadela El Maestro, Portoviejo, Marzo - Agosto 2014. Por medio de esta ficha de observación se va a determinar el nivel de riesgo que se encuentran los niños y adolescentes que asisten al Comedor de los Capuchinos San Antonio de Padua.

Autora: Raisa Melina Palma Chávez.

Nombres y Apellidos del paciente:

Edad:

Sexo: Masculino () / Femenino ().

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>															

48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
<input type="checkbox"/>															

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
<input type="checkbox"/>									

85	84	83	82	81	71	72	73	74	75
<input type="checkbox"/>									

INDICADORES DE SALUD BUCAL			
HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA			
PIEZAS DENTALES	PLACA	CALCULO	GINGIVITIS
	0-1-2-3	0-1-2-3	0-1
16	17	55	
11	21	51	
26	27	65	
36	37	75	
31	41	71	
46	47	85	
TOTALES			

ÍNDICES CPO - ceo				
D	C	P	O	TOTAL
d	c	p	o	TOTAL

LESIONES DE TEJIDOS BLANDOS			
Tamaño	Pequeño	Color	Rojo
	Mediano		Amarillo
	Grande		Rojo Intenso
			Blanco
			Lechoso
			Morado
Localización	Labio	Forma	Ampolla
	Mejilla		Vesícula
	Paladar		
	Encía		
	Mentón		Racimos
Piel			
Gingivostomatitis herpética primaria		Candidiasis	
Ulceración aftosa recurrente		Herpes labial	
Ninguno			

Gráfico N° 15. Ficha de observación de los niños y adolescentes atendidos en el comedor de los Capuchinos San Antonio de Padua. Realizado por la autora de esta tesis. Anexo 4, p. 70.

Anexo 5.


UNIVERSIDAD
SAN GREGORIO
PARTICULAR

PLANILLA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, el abajo firmante _____

Con residencia en _____

Yo, Raisa Melina Palma Chávez egresada de la Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo, estoy realizando mi proyecto de investigación, titulado: "Estado de Salud Bucal en niños y adolescentes atendidos en el Comedor de los Capuchinos San Antonio de Padua de la Ciudadela El Maestro en la Ciudad de Portoviejo, periodo: Marzo – Agosto 2014". Para afrontar los resultados obtenidos sobre la salud oral, realizando un examen cuidadoso para detectar y determinar el nivel de riesgo que se encuentran los niños y adolescentes que asisten al Comedor de los Capuchinos "San Antonio de Padua".

Es importante que comprenda esta información, si luego de tener la información completa, está de acuerdo en dejar participar a todos los niños y adolescentes.

El procedimiento del estudio será el siguiente:

Al niño se le realizará un examen clínico dental

El examen es gratuito

Durante el estudio no se suministrará ningún tipo de fármaco.

El beneficio del ingreso de los niños y adolescentes a este estudio es que se le realizará un perfil de riesgo de caries dental u otras enfermedades de la cavidad bucal, con el cual se puede tomar medidas de prevención.

Raisa Melina Palma Chávez
ALUMNA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGIA

NOMBRE Y FIRMA DE PARTICIPANTE:

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO

Gráfico N° 16. Planilla de consentimiento informado a los niños y adolescentes atendidos en el comedor de los Capuchinos San Antonio de Padua. Realizado por la autora de esta tesis. Anexo 5, p. 71.

Anexo 7.



Gráfico N° 17. Fotografía cuando se hacía el examen clínico a los niños y adolescentes que asisten al comedor de los Capuchinos San Antonio de Padua. Foto realizada por el auxiliar de la autora de esta tesis. Anexo 7, p. 72.

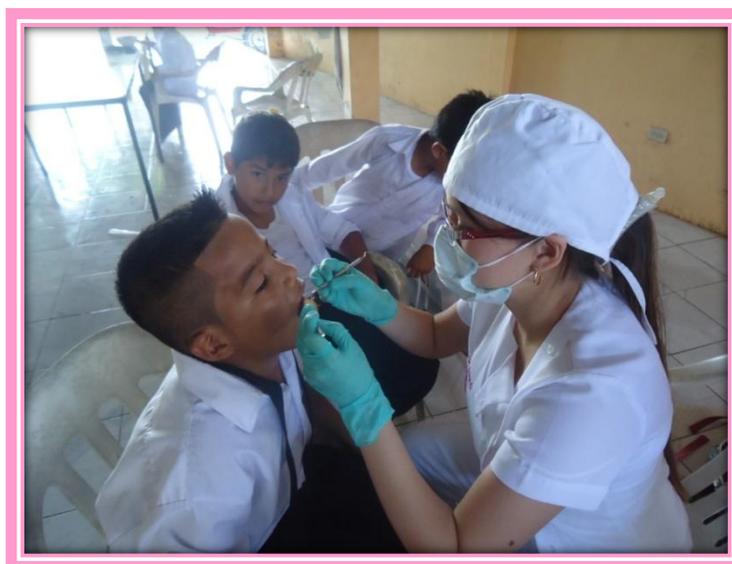


Gráfico N° 18. Fotografía cuando se hacía el examen clínico a los niños y adolescentes que asisten al comedor de los Capuchinos San Antonio de Padua. Foto realizada por el auxiliar de la autora de esta tesis. Anexo 7, p. 72.



Gráfico N° 19. Fotografía cuando se hacía el examen clínico a los niños y adolescentes que asisten al comedor de los Capuchinos San Antonio de Padua. Foto realizada por el auxiliar de la autora de esta tesis. Anexo 7, p. 73.



Gráfico N° 20. Fotografía cuando fue la entrega de kits dental y del tríptico los niños y adolescentes que asisten al comedor de los Capuchinos San Antonio de Padua. Foto realizada por el auxiliar de la autora de esta tesis. Anexo 7, p. 73.

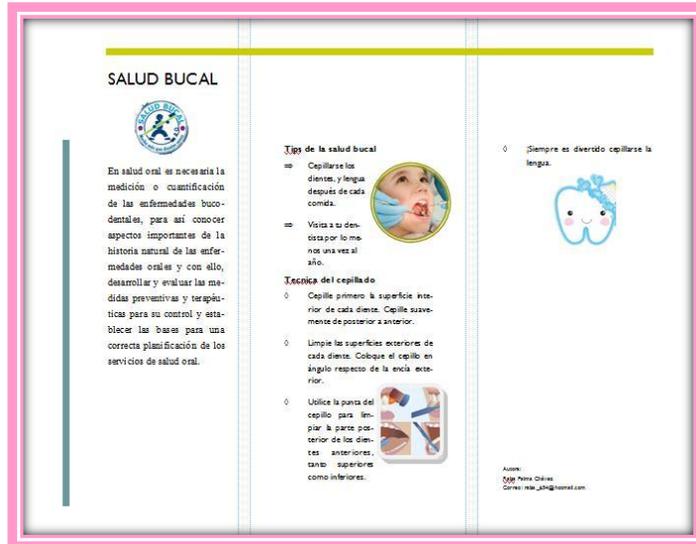


Gráfico N° 21. Fotografía cuando fue la entrega del tríptico los niños y adolescentes que asisten al comedor de los Capuchinos San Antonio de Padua. Foto realizada por el auxiliar de la autora de esta tesis. Anexo 7, p. 74.



Gráfico N° 22. Fotografía cuando fue la entrega de kits dental y del tríptico los niños y adolescentes que asisten al comedor de los Capuchinos San Antonio de Padua. Foto realizada por el auxiliar de la autora de esta tesis. Anexo 7, p. 74.



Gráfico N° 23. Fotografía cuando fue la entrega de kits dental y del tríptico los niños y adolescentes que asisten al comedor de los Capuchinos San Antonio de Padua. Foto realizada por el auxiliar de la autora de esta tesis. Anexo 7, p. 75.



Gráfico N° 24. Fotografía cuando se realizó la charla dental a los niños y adolescentes que asisten al comedor de los Capuchinos San Antonio de Padua. Foto realizada por el auxiliar de la autora de esta tesis. Anexo 7, p. 75.



Gráfico N° 25. Fotografía de los niños y adolescentes que asisten al comedor de los Capuchinos San Antonio de Padua. Foto realizada por el auxiliar de la autora de esta tesis. Anexo 7, p. 76.