

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
COORDINACIÓN GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN



TRABAJO DE GRADUACIÓN
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
DOCTORADO EN CIRUGÍA DENTAL

“DIAGNOSTICO DE LA CONDICIÓN BUCAL DE LA POBLACIÓN QUE ASISTE A LAS UNIDADES DE SALUD DE SANTA ROSA DE LIMA, AGUA FRÍA Y SAN ALEJO DEL DEPARTAMENTO DE LA UNIÓN DURANTE EL AÑO 2009”.

ELABORADO POR:

ELIZABETH MARYLU BARQUERO CEA

SILVIA LORENA MEJIA FLORES

KARLA AZUCENA MOLINA AYALA

DOCENTE DIRECTOR

DR. JORGE HERBERT MENA VAQUERANO

CIUDAD UNIVERSITARIA, DE MAYO DE 2010

AUTORIDADES

RECTOR

MSc. RUFINO ANTONIO QUEZADA SÁNCHEZ

VICE-RECTOR ACADÉMICO

ARQ. MIGUEL ANGEL PEREZ RAMOS

VICE-RECTOR ADMINISTRATIVO

Mae. OSCAR NOÉ NAVARRETE

DECANO

Dr. MANUEL DE JESUS JOYA ABREGO

VICE-DECANO

Dr. JOSÉ SAÚL RAMIREZ PAREDES

SECRETARIA

Dra. ANA GLORIA HERNÁNDEZ DE GONZÁLEZ

DIRECTORA DE EDUCACIÓN ODONTOLÓGICA

Dra. AIDA LEONOR MARINERO DE TURCIOS

COORDINADORA DE PROCESOS DE GRADUACIÓN

Dra. RUTH FERNÁNDEZ DE QUEZADA

JURADO

DR. JORGE HERBERT MENA VAQUERANO

DR. JULIO ANTONIO CAÑAS ROMERO

DR. IVAN CARRANZA MENDOZA

AGRADECIMIENTOS

Definitivamente, Dios, mi Señor, mi Guía, mi Proveedor, sabes lo esencial que ha sido para mí culminar mi carrera, esta alegría, que si pudiera hacerla material, la hiciera para entregártela, pero a través de esta meta, podré siempre de tu mano alcanzar otras que espero sean para tu Gloria.

A mis padres

Wilber Noel Barquero y Silvina Elizabeth Cea por su esfuerzo, apoyo incondicional, por darme la estabilidad emocional, económica, sentimental; para poder llegar hasta este logro, que definitivamente no hubiese podido ser realidad sin ustedes. Mami gracias, por enseñarme que todo se aprende y que todo esfuerzo es al final recompensa.

A mi hermano

Wilber Noel Barquero Cea, por estar siempre conmigo apoyándome en todo las circunstancias posibles, por tu comprensión y sacrificios a lo largo de mi carrera, también eres parte de esta alegría.

A mi abuelita

Gladys Marilú Suarez de Cea, gracias por la confianza y el apoyo incondicional durante esta difícil jornada.

A mis familiares y amigos

Que de manera directa e indirecta fueron mi apoyo durante este agradable y difícil periodo académico.

A mi equipo de tesis.

Karla Molina y Silvia Mejía, gracias por su amistad, comprensión, tolerancia y por ser el último escalón para poder alcanzar este sueño, este NUESTRO SUEÑO, que ahora es una realidad.

A mis maestros

Que contribuyeron con sus conocimientos, paciencia y tolerancia, porque cada uno, con sus valiosas enseñanzas, me ayudaron a crecer como persona y como profesionalista.

A mi asesor

Dr. Herbert Mena Vaquerano, por su disposición permanente e incondicional en aclarar nuestras dudas y por sus substanciales sugerencias durante la redacción de la Tesis, por su amistad.

Y a todos aquellos, que han quedado en los recintos más escondidos de mi memoria, pero que fueron partícipes de este mi TRIUNFO.

MARYLU BARQUERO.

AGRADECIMIENTOS

A Dios Todopoderoso

Por haberme iluminado dándome sabiduría, guiándome hacia delante venciendo todos los obstáculos que se presentaron para lograr coronar mi carrera.

A mis padres

Oscar David Mejía y Doris Patricia Flores de Mejía por su esfuerzo y apoyo incondicional a lo largo de mi carrera, así como también dándome consejos y alentándome en todos los momentos de dificultad.

A mis hermanos

Paty, Claudia y Oscar y mi sobrina Valeria, por su comprensión y sacrificios a lo largo de mi carrera.

A mis abuelos

Domitila, Neftalí, María e Isidoro (QDDG) por sus consejos y apoyo moral e espiritual.

A mis familiares y amigos

Que de manera directa e indirecta reconocieron mi sacrificio realizado.

A mis compañeras de tesis

Karla y Marylu quienes se solidarizaron con su compañerismo, amistad y sinceridad.

A mis maestros

Que contribuyeron con sus conocimientos, paciencia y tolerancia.

A mi asesor

Dr. Herbert Mena Vaquerano, por sus conocimientos y apoyo incondicional para realizar nuestro trabajo de tesis.

SILVIA LORENA MEJÍA.

AGRADECIMIENTOS

Luego de un largo caminar, veo la luz de la realización de un maravilloso sueño, que llega a su término recordando que solo tu me cargaste a lo largo de siete años, GRACIAS DIOS... por darme aliento en cada dificultad, por motivarme cuando la oscuridad cubrió mi meta, por ser la paz cuando no había salida, por ser la serenidad cuando el abismo me dio miedo... pero sobretodo gracias por enseñarme amar mi profesión y nunca perder el entusiasmo de realizarme en ella.

En esta lucha de gigantes no sería nada sin mi familia...

Gracias a mi mamá Silvia Dolores Ayala de Molina, por el sacrificio enorme que como madre has hecho para que cumpla esta meta, por mostrarme como se alcanza lo que uno anhela, y enseñarme a valerme por mi misma, aprovechando las cualidades que se tienen.. Gracias mami por enseñarme el verdadero significado de las cosas.

Gracias a mi papá Esmarbel de Jesús Molina por darme valor con las palabras, por enseñarme que los pequeños detalles hacen una vida y así mismo la eternidad, por ser mi ejemplo de cómo disfrutar y entregarme a mi gran pasión.... Mi profesión....y por todo el esfuerzo realizado gracias papi.

A mis hermanos Iván y Karen Molina por su confianza, comprensión, apoyo y sacrificios a lo largo de mi lucha, gracias por ser guía en mi caminar y mostrarme que con cabeza erguida y voluntad en un objetivo...se llega a la meta.

A mis tías/os, primos/as y demás familiares por ser sostén incondicional en mi vida, por su ayuda desinteresada y sus consejos que me dieron sabiduría y aliento para alcanzar este sueño.

A mis amigas/os por su apoyo, por motivarme a seguir adelante, en especial a Erick M. Salazar por su amistad incondicional y ayudarme de todas las maneras posibles para poder coronar mi sueño... gracias

A mis compañeras de tesis Silvia Mejía y Marylu Barquero por el esfuerzo, comprensión y amistad en el último paso para llegar al triunfo.

A mis maestros/as por su dedicación, conocimientos, paciencia y consejos que han sido muy valiosos para mí.

Al Doctor Herbert Mena Vaquerano por su ayuda incondicional, y paciencia en la realización de esta investigación.

Y a todos los que directa e indirectamente colaboraron morales, materiales, económicas, espiritual y afectivamente en la realización de este sueño maravilloso que me hace tan feliz, muchísimas Gracias.

KARLA AZUCENA MOLINA AYALA.

ÍNDICE

	PÁG.
Introducción	1
Objetivos	3
Marco Teórico	4
Materiales y Métodos	20
Resultados	30
Discusión	71
Conclusiones	78
Recomendaciones	80
Referencias Bibliográficas	83
Anexos	89

ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS

TÍTULO	PÁGS.
VARIABLE SOCIOECONÓMICA	
Tabla y gráfico #1 y 2 Rango de Sexo y Edad.....	30 y 31
Tabla y gráfico #3 y 4 Mujeres Embarazadas por rango de edad.....	32 y 33
Tabla y gráfico #5 y 6 Ingresos Económicos por rango de edad y sexo.....	34 y 35
Tabla y gráfico #7 y 8 Ingresos Económicos mensuales por rango de edad.....	36 y 37
Tabla y gráfico #9 y 10 Población alfabetizada y no alfabetizada por rango de edad y sexo.....	38 y 39
Tabla y gráfico #11 y 12 Nivel educativo por rango de edad y sexo.....	40 y 41
Tabla y gráfico #13 y 14 Municipio de residencia por rango de edad y sexo.....	42 y 43
Tabla #15 y #16 Municipio donde vivió los primeros 7 años de su vida.....	44 y 45
VARIABLE MOTIVO DE CONSULTA	
Tabla #17 y gráfico #15 Motivo de consulta real de la población.....	46
Tabla #18 y gráfico #16 Motivo de consulta real de la población.....	47
Tabla #19 y gráfico #17 Clasificación del Motivo de consulta por rango de edad y sexo.....	48 y 49
VARIABLE LESIONES DE CARA, CUELLO Y OSTEOMUCOFIBROSAS	
Tabla #21 y gráfico #19 Lesiones de cara, cuello y osteomucofibrosas por rango de edad y sexo.....	50 y 51

Tabla #23 y gráfico #24	Lesiones presentes por estructuras por rango de edad y sexo.....	52y 53
VARIABLE INDICE DE PLACA BACTERIANA		
Tabla #25 y gráfico #21	Índice de Placa bacteriana por rango de edad y sexo.....	54 y 55
VARIABLE ÍNDICE GINGIVAL		
Tabla #27 y gráfico #23	Índice Gingival por rango de edad y sexo.....	56
Tabla #28 y gráfico #24	Índice Gingival por rango de edad y sexo.....	57
VARIABLE ÍNDICE PERIODONTAL		
Tabla #29 y gráfico #25	Índice Periodontal por rango de edad y sexo.....	58
Tabla #30 y gráfico #26	Índice Periodontal por rango de edad y sexo.....	59
VARIABLE ÍNDICE DE MALOCLUSIÓN		
Tabla #31 y gráfico #27	Índice de Maloclusión en adultos por rango de edad y sexo.....	60 y 61
Tabla #32 y gráfico #28	Índice de Maloclusión en niños por rango de edad y sexo.....	62 y 63
Tabla #33 y gráfico #29	Índice de Maloclusión en niños por rango de edad y sexo.....	62 y 63
Tabla #34 y gráfico #30	Índice de Maloclusión en niños por rango de edad y sexo.....	62 y 63
VARIABLE ÍNDICE DE CARIES		
Tabla #35 y gráfico #31	Nivel de CPO/D por rango de edad y sexo.....	64
Tabla #36 y gráfico #32	Nivel de CPO/D por rango de edad y sexo.....	65
Tabla #37 y gráfico #33	Nivel de ceo/d por rango de edad y sexo.....	66
Tabla #38 y gráfico #34	Nivel de ceo/d por rango de edad y sexo.....	67
Tabla #39 y gráfico #35	Nivel de CPO/D-ceo/d por rango de edad y sexo.....	68 y 69
Tabla #40 y gráfico #36	Nivel de CPO/D-ceo/d por rango de edad y sexo.....	68 y 69
VARIABLE PROBLEMA ESTOMATOLÓGICO PRINCIPAL EN LA COMUNIDAD		
Tabla #41	Consolidado del Resumen.....	70

RESUMEN

Esta investigación fue realizada con el objetivo de diagnosticar la condición bucal de la población que asiste a consulta odontológica a las Unidades de Salud de Santa Rosa de Lima, y San Alejo y Agua Fría en conjunto, en el departamento de La Unión. El estudio es de tipo descriptivo detallando la población por rangos de edad, aspectos socioeconómicos, así como la aplicación de diversos índices epidemiológicos; y se llevó a cabo en el año 2009 en los meses de julio a octubre. La población de estudio fueron los pacientes que acudieron a la consulta odontológica en la Unidad de Salud Santa Rosa de Lima con una muestra aleatoria de 174 pacientes y de la Unidad de Salud de San Alejo y Casa de Salud de Agua Fría con 88 pacientes como muestra aleatoria. Se indagaron datos generales del paciente a través de una cédula de la entrevista, y se evaluó la condición bucal por medio de una guía de observación.

De los resultados obtenidos los principales motivos de consulta fueron: problemas dentales con 49% y 63%, y problemas periodontales con 49% y 37%; la exostosis con 70% y 20% ,y eritroplasia con 20%; el índice de placa bacteriana Loe y Sillness 47% con buen estado y 51% condición leve, para el índice gingival 58% y 48% con buen estado, en cuanto al índice periodontal comunitario presento cálculo supra o subgingival en el 50% y 70%, para el índice de estética dental DAI y el índice de maloclusión en niños hay predominio de la oclusión normal y maloclusión mínima y el índice CPO/D-ceo/d resulto alto. Se concluyó que los problemas dentales son el principal problema de las poblaciones de estudio.

INTRODUCCION.

La salud en general y en este caso en particular la salud bucodental individual y colectiva es un constituyente indispensable para las diferentes actividades de la población, sean estas productivas, académicas, sociales y otras muchas más, en los sentidos de aceptación, rendimiento, diversión e incluso emocional. La situación de salud general en el país no ha sido abordada con la efectividad que ésta amerita por las instituciones encargadas de brindarla a toda la población, sin distinción pues es un derecho establecido a todo ser humano.

Por ello la falta de educación en salud bucal en la población salvadoreña, es una causa de la prevalencia e incidencia de las enfermedades bucales. En éste estudio se observaron variables e indicadores estomatológicos y económicos de la realidad nacional actual, lo que contribuirá a identificar necesidades que agobian a la población en materia de salud bucal, y a elaborar políticas que inviertan en proyectos estomatológicos que contribuyan con la reducción de enfermedades bucodentales.

Teniendo varios aspectos que influyen en la salud bucal cabe destacar que también lo biológico, psicológico y lo cultural afectan en gran medida al cuidado de salud bucal, ya que la alimentación de la mayoría de la población salvadoreña es a base de carbohidratos de bajo valor nutritivo, no proporcionando los nutrientes suficientes para fortalecer los tejidos orales; también el elevado estrés de la vida diaria implica el agravamiento de problemas de salud oral.

El estado de salud del sistema estomatognático de la población tiene carácter dinámico y constantemente sufre variaciones las cuales perjudican el equilibrio de dicha salud, lo que motivo a realizar este estudio; en el cual se obtuvieron resultados sobre el estado de salud bucal de la población que

asiste a los centros de salud y escuelas saludables Santa Rosa De Lima, Agua Fría, San Alejo en el departamento de La Unión.

La población total fue la asistente a las unidades de salud y escuelas de las localidades antes mencionadas, en las cuales se trabajo con una muestra de 174 en Santa Rosa de Lima y de 88 en San Alejo y Agua Fría, seguido de esto los datos obtenidos se analizaron estadísticamente a través de los resultado reflejados en la guía de observación y cédula de entrevista, que fueron los instrumentos de diagnostico utilizados en los pacientes que asisten a la consulta diaria, obteniendo de esta manera las conclusiones y recomendaciones sobre la problemática encontrada.

OBJETIVO GENERAL.

Realizar el diagnóstico de salud bucal como paciente colectividad, de la población que asiste a las unidades de salud y escuelas saludables de Santa Rosa de Lima, San Alejo y Agua Fría durante el año 2009.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- a) Determinar las variables socioeconómicas de la población que asiste a las unidades de salud.
- b) Identificar el motivo de consulta del paciente.
- c) Detectar la existencia de lesiones de cara, cuello y osteomucofibrosas.
- d) Determinar los índices dentoperiodontales.
- e) Determinar las oclusopatías en la población.
- f) Determinar el problema principal estomatológico de la colectividad.

MARCO TEÓRICO

Esta investigación sobre diagnóstico de la condición bucal, incluye diversas variables con sus respectivos indicadores; las cuales serán fundamentadas con similares estudios realizados en El Salvador y Latinoamérica. Inicialmente se tomarán variables socioeconómicas y se observará la relación de éstas con las enfermedades del sistema estomatognático.

La prevalencia de las enfermedades bucodentales podría ser más significativa con el aumento de la edad; debido a cambios en la dentición, cambios en la dieta diaria, el ritmo de vida más acelerado, las actividades sociales en voga, enfermedades graves y de rápida evolución y el stress potenciarían el incremento de tales problemáticas bucales.

Tal como lo muestra el estudio de La Fundación para el Crecimiento y Desarrollo de la Población Venezolana (Fundacredesa), se llevó a cabo una investigación sobre la condición de crecimiento y desarrollo llamada Proyecto Venezuela. En este estudio se consideró la salud bucal como componente fundamental de la salud del individuo. Se evaluó la caries dental en la dentición temporal y se consideraron las edades de 3, 7, 9 y 12 años por su grado de importancia. En la dentición permanente se aplicó el mismo criterio, resultando las edades de 7, 12, 18 y el grupo de 25 y más años.

Los resultados del estudio de la caries en la dentición temporal indicaron que a los 3 años de edad el 37,4 % de los niños presentaron caries dental, en los varones 53,3% y en las hembras 46,7%. Estos porcentajes aumentan para ambos sexos a la edad de 7 años a un 72,0%, en los varones 49,9% y en las hembras un 50,1%. Paulatinamente estos valores comienzan a declinar producto del fenómeno de la exfoliación de los dientes temporales, así a los 9 años el porcentaje de niños atacados por la caries fue de 67,5% y a los 12 años baja al 12,8%.

Los resultados del estudio de la caries dental en la dentición permanente indicaron que el porcentaje de personas que padecen de caries dental aumenta a medida que aumenta la edad. A los 7 años de edad el 37,4% de las personas sufren de esta enfermedad en los dientes permanentes, con mayor frecuencia en las hembras con un 55,6%. A los 12 años de edad el porcentaje de sujetos con esta afección llega al 83,0%, a los 18 años el 96,4% y a los de 25 y más años el 99,1%. Se observó una mayor frecuencia en el sexo femenino con un 76,1%. (7)

También se realizó un estudio descriptivo transversal de DIABETES MELLITUS una enfermedad de alta repercusión a nivel mundial. El objetivo era conocer el comportamiento de la enfermedad periodontal en los pacientes diabéticos en el período comprendido de mayo a septiembre del 2005, en el Policlínico Moncada. La muestra estuvo constituida por 150 pacientes diabéticos mayores de 10 años de edad. Los resultados arrojaron que la prevalencia de la enfermedad periodontal en ellos fue alta, predominando las formas severas de la enfermedad. Tanto su prevalencia como gravedad aumentaron con la edad.

En la población estudiada la enfermedad periodontal de manera general se comportó en 88.7% de afectados y los sanos en 11.3%. Según la distribución por grupos de edades la mayor prevalencia se encontró en los grupos de 10–14 años con 100 %, así como en el de 45–54 años y el de +55 años con 92.2% y 90.6% respectivamente. La enfermedad periodontal se encontró de 89.7% en el sexo femenino y de 86.8% en el masculino. Respecto a la gravedad de la enfermedad periodontal por grupos de edades resultó el de +55 años el más afectado, predominando la periodontitis moderada y severa con 64.3% y 73.3%, respectivamente. (8)

En cuanto al género se encontraran enfermedades asociadas a cambios hormonales, tal es el caso del sexo femenino en etapas como la pubertad, el embarazo, y menopausia.

Así como lo describe la investigación salvadoreña en 180 mujeres embarazadas en los diferentes cantones de San Cristóbal, departamento de Cuscatlán, se determinó una muestra de 37 pacientes y se elaboró una encuesta como documento recolector de datos, con respuestas cerradas, para evaluar la incidencia de manifestaciones clínicas de las enfermedades periodontales en las mujeres embarazadas de 16 a 30 años. Los resultados fueron 24.5 % de las mujeres embarazadas presentaban halitosis y un 45.95% no la presentaba, también se obtuvo que un 54.06% visitaba al odontólogo y un 45.94% no lo visitaba, y finalmente un 62.16% de las mujeres presento síntomas de enfermedades periodontales y un 37.84% no presento síntomas. (9)

En otro estudio se examinaron los cambios en las características de la encía, enfermedad gingival, placa bacteriana y cálculo dental en el 3er. y 8vo. mes de gestación. Se seleccionaron 150 mujeres gestantes entre 15 y 49 años pertenecientes a distintos estratos sociales; del estado Yaracuy, municipio San Felipe, Venezuela. En 52,67% de las gestantes se diagnosticó, clínicamente, alteraciones en las características de la encía; acentuándose los cambios en el color, textura, consistencia, inflamación y tamaño, en el octavo mes de embarazo. Así, la cantidad de embarazadas con encías color rojo azulado, inflamación crónica, agrandamiento grave y sangrado espontáneo; aparece aumentada en el 8vo. con relación al 3er. mes de gestación.(10)

Una de las partes importantes a determinar dentro de esta investigación es el área de educación en el país, así como la falta de ésta, partiendo de que El sistema educativo salvadoreño se divide en Educación Formal y Educación No Formal.

“La educación formal es la que se imparte en establecimientos educativos, autorizados, en una secuencia regular de años o ciclos lectivos, con sujeción a pautas, curriculares progresivas y conducentes a grados y títulos”.

“La educación no formal es la que se ofrece con el objeto de completar, actualizar, suplir conocimientos y formar, en aspectos académicos o laborales, sin sujeción al sistema de niveles y grados de la educación formal. Es sistemática y responde a necesidades de corto plazo de las personas y la sociedad” (11).

La alfabetización es considerada como parte de los indicadores de desarrollo mas importantes que son monitoreados a nivel internacional. Se entenderá por alfabetización al proceso de desarrollar en una persona los conocimientos basicos de lectura, escritura y cálculo matemático, y se definirá como “la habilidad de identificar, comprender, interpretar y calcular utilizando materiales impresos y escritos asociados con diversos contextos”(12).

En El Salvador los esfuerzos de alfabetización y de expansión de la educación básica de niños y adultos, realizados desde los años 90, han tenido un impacto positivo en la reducción del analfabetismo, especialmente en la población mas joven. La mejora ha sido mayor en las zonas rurales y por lo tanto la brecha urbano-rural es menor hoy que a principios de los 90. Lo mismo ha ocurrido en la diferencia entre hombres y mujeres, la cual también ha disminuido.

La EHPM 2008, revela que a nivel nacional, aproximadamente 691,689 personas no saben leer y escribir, lo que representa una tasa de analfabetismo de 14.1%. En el país el 16.4% de las mujeres son analfabetas, en cambio el 11.5% que presentan los hombres. En el área urbana, la proporción de mujeres en situación de analfabetismo es de 12.2% y la de los hombres de 7.1%; en lo rural, la tasa es de 24.9% para las mujeres y 19.6% para los hombres.

El analfabetismo es variable también desde el punto geográfico. Hay departamentos con altos porcentajes como Morazán, La Unión y Cabañas. En el departamento de La Unión el índice de alfabetización para el año

2004 en los jóvenes (15-24 años) es de 8.1% , en los adultos (25-59 años) es de 29.8%.(2)

Según la EHPM 2008, “al hablar de analfabetismo tenemos que referirnos también al nivel de ingreso económico en el país, el ingreso promedio mensual de los hogares es de \$182.74 y se debe tomar en cuenta que este salario es para mantener hasta 5 cabezas en casa”. Referente a los empleos la EHPM 2008, dicta que el porcentaje menor al promedio nacional es de 5.9% y en La Unión es de 5.2%. (2)

La población del departamento de La Unión, en su mayoría, percibe ingresos de labores agrícolas como lo son el cultivo de frutas, sandía y melón y el cultivo de cereales como maíz y maicillo. Así mismo un porcentaje elevado de la población unionense vive de la pesca y actividades del comercio de mariscos; y ganadería. Del mismo modo las remesas internacionales son fuente importante de ingresos para muchas familias de la región oriental, incluyendo así a las familias del departamento de La Unión.

“Los departamentos con los porcentajes más altos de hogares receptores de remesas se concentran en el oriente y norte del país, encabezados por La Unión (47.5%), Cabañas (37.2%), Morazán (34.2%), San Miguel (30.6%) y Chalatenango (28.2%). En los casos de La Unión y Cabañas, los porcentajes de hogares receptores de remesas en las zonas rurales son significativamente más altos que los porcentajes correspondientes para las zonas urbanas”.(13)

“El Departamento de La Unión es productor de café, plantas hortenses, sandía, melón y otras frutícolas; se observa además la crianza de ganado vacuno, y aves de corral; se dedica a la fabricación de productos alimenticios, redes para la pesca, petates, escobas, ladrillos de barro, productos pirotécnicos, objetos de jarcía, alfarería y la explotación minera de oro y plata; existen además en el departamento plantas procesadoras de camarón, y gran actividad portuaria generada en el puerto de La Unión”. (14)

“El hecho de que la economía local de la Unión se mueve y depende de la fuerza gravitacional ejercida por cuatro ejes de actividad productiva: la agricultura y la ganadería, el comercio, la industria manufacturera y la pesca. Respectivamente, representan el 35.6 %, el 22.4 %, el 10.9 % y el 9.8 % del total de las actividades. El grueso de la fuerza laboral con trabajo se halla colocada en el segmento del mercado laboral rural, tomando por sentado el hecho de que apenas 758 personas con ocupación de la PEA declararon haber ejercido su oficio dentro del perímetro urbano; es decir, cerca de 19 de cada 20 habitantes vive de actividades desempeñadas en el campo”.(15)

En cuanto al lugar de residencia, se debe tener en cuenta que la población unionense, en su mayoría forma parte del área rural, por lo que el transporte es poco frecuente, incómodo, con costos elevados y los períodos de tiempo que necesitan para trasladarse son muy amplios. Ésta situación reduce en gran medida la posibilidad de que las personas que residen en éstas áreas reciban adecuada y oportuna atención médica y atención odontológica.

Cabe mencionar que las remesas internacionales mejoran de manera proporcional la calidad de vida de la población salvadoreña, incluida la población de La Unión y sus localidades; ya que como se menciono anteriormente es uno de los departamentos con mayor recepción de remesas.

Además de su efecto directo sobre el ingreso monetario de los hogares, las remesas constituyen un importante mecanismo de acumulación de activos para muchas familias, sobre todo en vivienda. Las remesas se han constituido en un factor determinante de la calidad de los materiales con que están construidas las viviendas y, más en general, de las condiciones habitacionales y el acceso a servicios básicos como electricidad y agua por cañería. También en este ámbito la EHPM muestra diferencias sustanciales entre los hogares receptores de remesas y las familias que no reciben remesas. (13)

Ésta investigación diagnóstica también se verá fundamentada por estudios realizados sobre el motivo de consulta odontológica de la población en El Salvador y Latinoamérica.

Así como lo demostró un estudio cuyo universo estuvo conformado por todas las gestantes que acudieron al control prenatal en las principales IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud) del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de Medellín, Colombia entre los meses de mayo y agosto de 2002.

Fueron 182 maternas en total. Más de la mitad de las gestantes (55.5%) habían asistido a consulta odontológica en menos de 6 meses, de éstas, la mayoría asistieron para revisión y limpieza, siendo éste el principal motivo de consulta para el 48.6% de las mujeres, 17.9% obturaciones, 10.1% urgencias, 14% limpiezas, 1.7% TCR, y 7.8% otras problemáticas bucales. (16)

Otro estudio con relación al motivo de consulta se llevó a cabo en la población de Montemoselos Nuevo León, en período del 1 de julio del 2000 al 31 de diciembre de 2002, se pretendió constatar la cantidad de pacientes que acuden en busca del servicio, así como del motivo de consulta por el cual acudieron, y que sexo busca más la atención dental, así como la distribución por edad de los distintos diagnósticos. Se revisaron un total de 3231 pacientes, siendo un total de 1,787 pacientes que acudieron por primera vez, y 1,444 de pacientes subsecuentes, el grupo del sexo masculino fueron un total de 1,150, y el del sexo femenino 2,081, siendo este el más grupo más frecuente, el grupo que acudió por caries dental fue un total de 1,278 pacientes, siendo el principal motivo de consulta. El grupo de edad que acudió con mayor frecuencia fue el de 25 a 44 años. (17)

Como variable a ésta investigación diagnóstica se incluyen además, las lesiones de cara, cuello, y osteomucofibrosas que son parte de las problemáticas bucales de alta incidencia en la consulta odontológica.

Tal como lo plantea un estudio en derechohabientes del estado de Campeche, remitidos por estomatólogos o pasantes de estomatología al Departamento de Cirugía Bucal y Maxilofacial, en el periodo enero de 1994 a diciembre de 1999. Los resultados fueron obtenidos del análisis de 1611 pacientes. Perteneció al sexo masculino 41.9 % de la población. El rango de edad fue de un mes a 78 años y el promedio fue de 28.4 ± 14.3 años.

Los diagnósticos más frecuentes fueron: terceros molares incluidos (56.5 %), de los cuales 48.3 % fueron terceros molares inferiores, 6.8 % terceros molares superiores y 1.4 % terceros molares superiores e inferiores al mismo tiempo; éstos se presentaron con mayor frecuencia en el grupo de 21 a 30 años, principalmente en mujeres. Fracturas del esqueleto maxilofacial 9.4 %: dentoalveolares, 2.5 %; del ángulo mandibular, 1.9 %; 5 % se distribuyó en el resto del esqueleto maxilofacial. El grupo de edad con mayor número de fracturas fue el de 21 a 30 años, predominando los hombres. Los quistes de retención de mucosa con 4.6 %, de los cuales 75 fueron mucocelos y dos ránulas, el grupo de edad de 11 a 20 años con el mayor porcentaje; respecto al sexo se distribuyeron en forma similar: 39 hombres y 38 mujeres. Los dientes supernumerarios con 3.3 % en grupo de edad 0 a 10 y 11 a 20 años y en hombres con mayor frecuencia. Los caninos incluidos 2.4 %, principalmente de 11 a 20 años y en hombres. Las anquilosias 1.8 %, con mayoría en grupo de 0 a 10 años y en hombres. Las exostosis 1.7 %, afectando más de 51 a 80 años en hombres. Los fibromas 1.4 %, principalmente en las mujeres. Los papilomas 1.3 %, con predominio de 11 a 20 años. Con estos 10 diagnósticos principales se reportó a 89.8 % de los individuos analizados; el porcentaje restante lo constituyeron alrededor de 60 diferentes diagnósticos: hiperplasia gingival, procesos alveolares irregulares, comunicaciones oroantrales, dientes incluidos (exceptuando terceros molares y caninos inferiores), granulomas piógenos y falta de fusión de los procesos nasal medio y palatinos (labio y paladar hendidos), entre otros. (18)

En otra investigación sobre la misma problemática se evaluó la prevalencia de lesiones que afectan la mucosa bucal, mediante un estudio retrospectivo de los casos diagnosticados en el Laboratorio Central de Histopatología Bucal "Dr. Pedro Tinoco" de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela. Se revisó un total de 7.000 microhistorias durante el período 1968 - 1987, pudiendo determinar que 2.251(32,1%) de éstas correspondían a la patología a estudiar. La patología diagnosticada con más frecuencia fue la Leucoplasia(n=343; 15,2%) seguida por Hiperplasia fibrosa por prótesis dental(n= 290; 12,8%) y Fibroma Traumático(n= 238; 10,5%). La mayor prevalencia de edad fue del grupo de 20 - 29 años(n=417; 18,5%). El sexo femenino fue el de mayor predilección(n=1545; 68,6%).La localización anatómica más frecuentemente afectada fue encía maxilar(n=319; 14,1%). Se reportaron 24 casos de paracoccidiodomicosis (1,0%) de los cuales la totalidad de estos afectó el sexo masculino. Nuestros resultados ponen de manifiesto la necesidad de evaluar periódicamente los pacientes con lesiones leucoplásicas dado el potencial de transformación maligna de las misma y a los pacientes portadores de prótesis. (19)

Del mismo modo se integrarán para documentar mejor la investigación diagnóstica índices de afecciones dentoperiodontales entre ellos se observará el índice de placa bacteriana Løe y Silness.

La placa dentobacteriana es translúcida por lo que es poco o nada visible, salvo que se pigmente (dieta, bacterias, tabaco, hemoglobina...) o bien se mineralice (cálculo, sarro o tártaro dental). Debido a esa relativa transparencia en ausencia de pigmentación o mineralización, su visualización obliga al uso de colorantes o fluorescentes, que retenidos en la placa, revelan su presencia (reveladores de placa).

Así se describe en el estudio del estado de salud bucal de 364 niños en los Hogares Infantiles del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar de la ciudad de Medellín. Entre los resultados están que la prevalencia de placa dental es del 95.6%, sin embargo cabe destacar que del total de niños con

este hallazgo, el 81.6% presentaba acumulación leve (grado 1 del índice de Silness y Loe) y no se encontraron niños con acumulación severa. La prevalencia de gingivitis es del 62.5%, y del total de niños afectados el 86.8% tenía inflamación leve (grado 1) no encontrándose ningún niño con inflamación severa. La prevalencia de caries dental fue del 45.3%, de este porcentaje al menos se encuentran dos lesiones cariosas en cada niño examinado. (20)

En otro estudio sobre índice de placa bacteriana, se tomaron 300 niños varones y mujeres cuyas edades oscilan entre los 6 y 14 años de edad procedentes de dos centros educativos de Lima, Perú. La conclusión de este estudio fue que el 14.9% de los 300 escolares presento un promedio de índice de placa de 0-0.9 (bueno); 31.9% un promedio de 1-1.9 (regular) y el 53.3% un promedio de índice de placa 2-3 (malo). (21)

A pesar de ser una patología tan antigua como la humanidad su prevalencia ha aumentado de manera constante con el avance de la sociedad. A medida que las pautas de vida mejoren, la enfermedad aumenta y se constituye en un problema real de salud que afecta a hombres, mujeres y niños. (Silverstone, 1985). Las familias numerosas especialmente de zonas rurales, por inaccesibilidad geográfica, cultural y económica son las más desfavorecidas en el orden social, son los que más sufren, porque son las menos instruidas, las que menos posibilidades tienen de recibir consejo y sacar provecho de ellos, recibir tratamiento y continuar con eso y el mantenimiento de su salud (Papalia 1999).

Ahora bien el índice de caries CPO/D y ceo/d, indica la presencia de caries dental tanto en la pieza dentaria seleccionada como en la superficie específica de la pieza, además de dictar el tipo de dentición evaluada; reflejando la incidencia de la enfermedad caries dental en el conjunto de piezas dentarias observadas.

Tal como se realizó en una revisión retrospectiva de las Historias Clínicas y fichas odontológicas de pacientes rehabilitados en la Cátedra Clínica de

Operatoria Dental de la FOUNNE cohorte 2003 – 2004. Las edades oscilan entre 13 y 38 años; para comparar entre dos años consecutivos la prevalencia de lesiones de caries en piezas dentarias del sector anterior. En 290 pacientes de los años 2003 y 2004, sobre un total de 8.340 piezas erupcionadas, se encontraron 5.837 piezas dentarias que han presentado caries, piezas obturadas o pérdidas, con un elevado CPOD indicador de la morbilidad. De un total de 150 pacientes rehabilitados en el año 2003, 64 corresponden al sexo femenino y representa el 43 % y 48 al sexo masculino representando el 32 %. El 25 % restante corresponde a 38 pacientes que no presentaron caries en el sector anterior. De un total de 140 pacientes rehabilitados en el año 2004, 60 corresponden al sexo femenino y representa el 43% y 42 al sexo masculino representando el 30%. El 27 % restante corresponde a pacientes que no presentaron caries en el sector anterior. (22)

En otro trabajo se exponen resultados de 575 historiales clínicos de pacientes atendidos en la Clínica Odontológica Univalle de La Paz, Bolivia; durante la gestión I/2000. Los objetivos fueron determinar cual es el sexo que presenta mayor frecuencia de casos; el grupo etáreo; qué tipo de caries se presentan más dentro de cada grupo etáreo y determinar la frecuencia de tales problemas en cada una de las piezas dentarias. Los resultados expresan que la caries de mayor predominio es caries oclusal 65% (3173 casos); siendo más frecuente caries en el género femenino con 55% (2670 casos); el grupo etáreo de mayor frecuencia es el de 10 – 19 años con 29% (1429 casos). Según las piezas dentarias, en dentición permanente las que presentan más caries son primer molar inferior 12% (503 casos); primer molar superior 10% (430 casos) y el segundo molar superior 9%(389 casos). En dentición Temporaria fueron el segundo molar superior 23(160 casos); el primer molar superior 22% (156 casos) y el segundo molar inferior 12%(86 casos). (23)

La causa principal de la inflamación gingival es la placa bacteriana, junto con otros factores predisponentes. Tales factores comprenden cálculos,

restauraciones defectuosas, complicaciones por tratamientos de ortodoncia, lesiones auto infligidas, consumo de tabaco y otros. Por lo que es importante también incluir el índice gingival de Løe y Silness para diagnosticar el nivel de afección en la encía, y si ésta inflamación además se ve acompañada de hemorragia, lo cual es un signo del desarrollo progresivo de una afección periodontal.

Tal como lo describe un estudio observacional, analítico sobre la presencia de gingivitis inducida por placa bacteriana, se tomó una muestra de 387 niños, entre los 3 - 12 años de edad pertenecientes a hogares de beneficio social de la Sabana de Bogotá. Se tuvieron en cuenta los criterios de inclusión: niños, sistémicamente sanos. Los criterios de exclusión: fueron: niños que presentaban compromiso sistémico, alteraciones del desarrollo, aparatología ortodóntica, obturaciones acrílicas, terapia antibiótica o con otro tipo de medicamento y dientes con movilidad patológica, en erupción, próximos a exfoliar o con exudado purulento.

La muestra total, fue dividida en tres grupos por edad (3-6, 7-9 y 10-12 años). El grupo de niños entre 3-6 años presentó el mayor índice de placa bacteriana; hubo una disminución en el grupo de 7-9 años y un incremento en el grupo de niños de 10-12 años. El índice gingival fue mayor en el grupo de 10-12 años y en el grupo de 3-6 años puntuó más bajo. El índice gingival incrementó progresivamente con la edad. Existió una relación inversa entre la edad y el índice de placa bacteriana y directa entre la edad y el índice gingival. En niños entre 3-12 años, no existió edad predilecta para la presentación de la gingivitis; ésta es independiente del índice de placa bacteriana, aunque la respuesta gingival aumentó progresivamente.

En este estudio se evaluó la posible asociación entre la edad y la presencia de la gingivitis inducida por placa bacteriana. Se tomó una muestra de 376 niños entre los 3 y los 12 años de edad, de los cuales el 55.6% (209) pertenecían al género masculino y el restante 44.4% (167) al género femenino (13). Se conformaron tres grupos etáreos, en los cuales se

muestra que el 33% (122 niños) se encontraban entre los 3 y los 6 años de edad, el 31% (116 niños) entre los 7 y los 9 años de edad y el restante 37% (137 niños) entre los 10 y 12 años de edad. Al analizar los resultados de la placa bacteriana, se encontró que el 59% (220 niños) presentaban un índice entre 1.1 y 2.0, seguido por el 34% (126 niños) que presentaban un índice entre 0.1 y 1.0, y finalmente el 7% (28 niños) presentaban un índice entre 2.1 y 3.0. Con respecto a la inflamación gingival, teniendo en cuenta el índice de Loe, se obtuvo que el 90% (336 niños) presentaban una gingivitis incipiente (0.1 a 1.0), el 6% de la muestra (24 niños) no presentaban gingivitis inducida por placa bacteriana, mientras sólo el 3.7% (14 niños) estuvieron dentro de la categoría de gingivitis moderada (1.1 a 2.0), cabe anotar que en el grupo de estudio no se encontraron casos cuyo promedio indicase una gingivitis severa (2.1 a 3.0).(24)

Además un estudio en Lima, Perú en el año 2002, teniendo como objetivo principal determinar qué tipo de relación existe entre el estado nutricional y el riesgo de caries dental y enfermedad periodontal en niños de 6 a 9 años de edad. La muestra fue 120 niños de ambos sexos, que acudieron al Servicio de Pediatría del Hospital Nacional Dos de Mayo. Los resultados del estado nutricional mostraron 5.8% de niños con desnutrición crónica, frente a un 94.2% con nutrición normal. El estado gingival sí se vio influenciado por el estado nutricional, al arrojar un 71.4% de niños desnutridos crónicos con un índice gingival malo frente al 68.1% de niños con nutrición normal que tuvieron un índice gingival regular. De igual manera, el estado gingival también se vio influenciado por el índice de masa corporal, al observarse que el 58.8% de niños con bajo peso presentaron un índice gingival malo, el 68.8% de niños normales tuvieron un índice gingival regular y el 80% de niños con sobrepeso tuvieron un índice gingival regular. (25)

La enfermedad periodontal se caracteriza por la destrucción progresiva de los tejidos que soportan al diente, incluyendo ligamento, cemento y hueso alveolar. Al principio no presenta síntomas y sus signos clínicos son la

hemorragia gingival, movilidad dental y en algunos casos secreción purulenta. La presencia de hemorragia, calculo dental y bolsas periodontal indican que la gravedad de una afección periodontal va en aumento, la incidencia de estos signos se mide en ésta investigación a través de la variable índice periodontal comunitario CPI (de OMS).

Tal como lo plantea un estudio en Brasil, el cual tuvo como objetivo verificar las condiciones periodontales de jóvenes y adultos y su asociación con características socioeconómicas. El estudio se realizó en el municipio de pequeño porte del Estado de São Paulo, Brasil, envolviendo 1018 personas en los grupos etarios de 15-19, 20-34, 34-44, 45-64, 65-74, 75 y más años. Se constató en la población estudiada una prevalencia relativamente alta de cálculo dental en los sextantes examinados: el 13,33%, el 29,78% y el 7,61% en las fajas etarias de 15-19, 34-44 y 65-74 años, cuya prevalencia aumenta con la edad, alcanzando la mayor frecuencia en la faja etaria de 35-44 años (29,78%), a partir de la cual ocurre la disminución de su ocurrencia llegando a un 8,93% en la faja etaria de 75 y más años. No obstante, se observó también el aumento de la prevalencia de sextantes excluidos a partir del grupo etario (24,68%), llegando a un 85,71% a los 75 y más años. Ese mismo hecho probablemente explica la pequeña ocurrencia de saco patológico moderado en los grupos etarios de 65-74 años (1,15%) y de 75 y más años (0,40%), comparándose a los grupos de 35-44 años (3,01%) y de 45-64 años (2,32%) que tuvieron mayor ocurrencia de esa condición periodontal.(26)

También se realizó un estudio transversal y descriptivo en 382 niños de 4 a 6 años de edad, aparentemente sanos, sin tratamiento farmacológico, inscritos en diferentes escuelas del nivel preescolar ubicadas en una zona del oriente de la ciudad de México. El 52% correspondió al género femenino y 48% al género masculino. De los niños revisados 70% presentó enfermedad periodontal. El género femenino tuvo 1.24 veces más riesgo con respecto al género masculino. El Índice de Higiene Oral Simplificado (I.H.O.S.) de Green

y Vermillon presentó un promedio general de 1.38 ± 0.51 . El .P.M.A. Papilar Marginal Adherida (I.P.M.A.) de Schour y Massler, un promedio general de 0.62 ± 0.72 . El Índice Periodontal (I.P.) de Rusell, mostró un promedio general de 0.51 ± 0.42 . La tendencia fue que la enfermedad se incrementó con la edad. (27)

El DAI es el índice de maloclusión seleccionado por la Organización Mundial de la Salud para realizar estudios epidemiológicos en su último Manual de Encuestas del año 1997. Con la relativa reducción de las caries dental en niños y adolescentes en las últimas décadas, sobre todo en países desarrollados, se ha dirigido una mayor atención a otros problemas bucales como las anomalías de la oclusión, lo que hace importante una clara definición de criterios diagnósticos y la obtención de índices epidemiológicos, a fin de facilitar el planeamiento de acciones de prevención y asistencia.

Se realizó un estudio descriptivo sobre maloclusiones por el índice de estética dental (DAI) en la población menor de 19 años, con 176 personas del consultorio médico 30-3, perteneciente al Policlínico Docente "Chiqui Gómez Lubián", los que reciben atención estomatológica en la Facultad de Estomatología del Instituto Superior de Ciencias Médicas "Serafín Ruiz de Zárate Ruiz" de Santa Clara, Villa Clara, en el período comprendido entre enero y diciembre del año 2002. Se observó que la prevalencia de maloclusiones en la población estudiada la mayoría presentó oclusión normal o maloclusión menor (61,9 %), y el 25 % maloclusiones más graves (el 11,4 % las definidas como severas y el 13,6 % maloclusiones muy severas o discapacitantes). (28)

En otra investigación con el objetivo de establecer clínicamente la prevalencia de las maloclusiones dentales en los estudiantes de la escuela "Madre Candelaria", con edades comprendidas entre los 5 y 9 años. Se desarrolló según el tipo de investigación de campo, transversal y Descriptiva. Se seleccionó una muestra de 176 niños a los cuales se les realizó la anamnesis para la elaboración de la historia clínica. La investigación arrojó

como resultado que los tipos de maloclusiones más frecuentes fueron: Clase 1 (45%) Clase 1 Tipo I (18%), Clase 1 Tipo III, (16%) Clase 1 Tipo II (8%), Clase 1 Tipo IV (6%), Clase II (3%), Clase II 1 (2%) y Clase III Tipo 1 (2%). Mientras que los hábitos observados en orden de frecuencia fueron la onicofagia, succión digital, deglución atípica, respirador bucal y bruxismo. (29)

En base a las variables antes descritas, se observan algunas problemáticas estomatológicas con índice alto de recurrencia que podrían afectar a la población unionense, tales como la caries dental y la enfermedad periodontal, ambas ligadas a la precaria higiene bucal que podría ser consecuencia por falta de educación y escasos recursos económicos; ya que la mayoría de la población del departamento de La Unión, que acude a la atención odontológica es de bajos recursos económicos y de lugares lejanos a la comunidad, por lo tanto se les dificulta tener la educación bucal necesaria y oportuna dando como resultado que dicha población asista a la atención odontológica por tratamientos curativos; ejemplo de ello, las exodoncias, éstas como consecuencia de los problemas mencionados anteriormente. Además se debe tener en cuenta que la población unionense, en su mayoría forma parte del área rural, por lo que el transporte es poco frecuente, incómodo, con costos elevados y los períodos de tiempo que necesitan para trasladarse son muy amplios. En síntesis la calidad de vida de los hogares salvadoreños en muchos casos es precaria, ésta infortunada condición de vida limita las posibilidades de cada familia para mantener un buen estado de salud general y estomatológico, ya sea por la falta de recursos económicos o las restricciones sociales que la población más necesitada enfrenta, el incremento de las problemáticas bucodentales tales como enfermedad periodontal, caries dental, halitosis, pérdida prematura de piezas dentales, entre otros; es innegable si aún las necesidades básicas como alimentación, vivienda, vestuario, etc., no son cubiertas por gran parte de los hogares salvadoreños.

MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación es Descriptiva.

Porque se determinará la condición de la salud bucal de la población en estudio, describiendo la población por grupos de edades y otras características socioeconómicas, así como la aplicación de diversos índices epidemiológicos.

TIEMPO Y LUGAR

Esta investigación se llevará a cabo en el año 2009, el uso de instrumentos será durante los meses de Julio a Octubre del 2009 en Santa Rosa de Lima, San Alejo, Agua Fría.

VARIABLES E INDICADORES

Variables		Indicadores	
	a1) Edad por rangos.	0-4 años 5-11 años 12-19 años 20-40 años 41-60 años 60- a más años	
	a2) Género	M	

		F : Grávida.(embarazada) No grávida
	a3) Ingreso económico mensual	Sin Ingresos Menor o igual (\leq) a \$100. De \$101 a \leq \$ 150 De \$ 151 a \leq \$ 200 De \$ 201 a \leq \$ 250 De \$ 251 a \leq \$ 300 más de \$ 300
	a4) Escolaridad (Alfabetizados, no Alfabetizados)	Sin escolaridad. Parvularia 1er ciclo 2do ciclo 3er ciclo Bachillerato Universitario Superior no Universitario
	a5) Lugar de Residencia y Origen	Nombre del Municipio (Los primeros 7 años de vida). Nombre del Municipio de Residencia.
b) Motivo de consulta		Problemas mucofibrosos Problemas dentales Problemas periodontales
c) Lesiones Cara, cuello y osteomucofibrosas		Lesión Eritroplásica Lesión Leucoplásica Tumoración, Exostosis Ulceraciones Complicaciones pos cirugía.
		0 = Ausencia de Placa 1 = Placa no visible, pero que se

d1) Índice de Placa bacteriana Løe y Silness.	extrae del tercio gingival del diente con ayuda de una sonda. 2 = acumulación moderada de placa en el área gingival apreciable a simple vista. 3= Placa abundante en esta misma zona e incluso cubriendo el diente adyacente.
d2) Índice de Caries CPOD/cpod.	Cariado, Perdido, Obturado Cariado, indicado para extracción, obturado. Por unidad diente.
d3) Índice gingival Løe y Silness	0 = Encía Sana 1 = Inflamación leve S/ hemorragia 2 = inflamación moderada C/ hemorragia al sondaje 3 = Inflamación severa C/ hemorragia espontánea.
d4) Índice Periodontal Comunitario CPI (de OMS)	0 = Sano, ausencia de signos 1= Hemorragia al sondaje suave. 2 = Cálculo supra o subgingival 3 = Bolsa de 4 -5 mm. 4 = Bolsa igual o mayor de 6 mm
e)Maloclusión Índice DAI (de OMS)	a) Número de dientes ausentes de premolar, canino e incisivos b) Registro del espacio del sector anterior. (apiñamiento, separación diastemas,

	rotaciones). c) Registro de relación oclusal (overjet, overbite, mordida abierta, relación oclusal molar)
f) Problema Estomatológico Principal en la comunidad.	Índice con resultado más alto en cada comunidad.

Ver anexo No 1: cuadro de relación de variables, indicadores y preguntas en los instrumentos, para los cuales se realizaron calibraciones y así consolidar los diferentes puntos de vista y las supervisiones realizadas para verificar el correcto paso del instrumento.

POBLACION

La población en estudio se obtendrá de los pacientes que acuden regularmente a consulta odontológica a la Casa de Salud de Agua Fría, y niños/as de Escuelas Saludables de los municipios de San Alejo y Santa Rosa de Lima en el departamento de La Unión.

- La población de estudio de la Casa de Salud de Agua Fría y San Alejo se trabajan en conjunto, por el mismo investigador.

MUESTRA

Casa de Salud de Agua Fría y Unidad de Salud de San Alejo:

Población total N= 1008 Muestra es de 88 pacientes.

Unidad de Salud de Santa Rosa de Lima

Población total N= 900 Muestra es de 87 pacientes.

SUBMUESTRA

Submuestra de Casa de Salud de Agua Fría y Unidad de Salud de San Alejo

POBLACIÓN	FEMENINO		MASCULINO	
	NH	N	NH	N
0.- 4	12	1	8	1
5.- 12	178	16	346	30
12. – 19	140	12	136	12
20. – 40	48	4	44	4
41. – 60	56	5	36	3
60 a Más	0	0	4	0

Submuestra de Unidad de Salud de Santa Rosa de Lima

POBLACIÓN	FEMENINO		MASCULINO	
	NH	N	NH	N
0.- 4	48	5	40	4
5. – 11	140	13	110	11
12. – 19	150	14	136	13
20. – 40	80	8	60	6
41. – 60	72	7	44	4
60 a Más	12	1	8	1

RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Este trabajo de investigación se desarrolló con población asistente a la consulta odontológica de las Unidades de Salud de Santa Rosa de Lima con una muestra aleatoria de 87 personas, y en la Unidad de Salud de San Alejo y Casa de Salud de Agua Fría con una muestra aleatoria de 88 personas. La población que formó parte de la muestra fue de ambos sexos, y diferentes rangos de edad.

En la investigación se utilizaron dos instrumentos: cédula de entrevista (ver anexo No 2) y guía de observación (ver anexo No3).

La cédula de entrevista consta de los siguientes apartados:

- Una carátula de presentación: contiene el número de código y número de expediente, objetivo e indicaciones. El objetivo indica lo que se quiere obtener con este instrumento y las indicaciones son pautas que debe seguir el entrevistador al realizar la entrevista.

- Datos generales: refieren información personal de cada encuestado.
- Preguntas: tipo cerradas en las cuales dentro de una casilla se coloca el número correlativo a la respuesta que dio el entrevistado (las opciones de respuesta ya están planteadas en el documento), y tipo abiertas en las cuales el encuestado responde francamente a lo que se le cuestiona.

La guía de observación se divide en dos partes:

- Una carátula de presentación: contiene el número de código y número de expediente, objetivo e indicaciones. El objetivo pretende reunir información de las condiciones bucales de la población en estudio y las indicaciones son normas mínimas y necesarias de presentación y aplicación conductual que debe seguir el observador al realizar la guía.
- Observación:
Lesiones de cara, cuello y muco-fibrosas, Índice de Placa bacteriana Løe y Silness (IP), Índice gingival de Løe y Silness (IG), Índice Periodontal Comunitario (CPI según OMS), Índice de Estética Dental (DAI), Índice de Mal oclusión, Índice de Caries CPOD/cpod y Resumen del problema Estomatológico Principal del paciente.

Dichos instrumentos fueron aplicados por el grupo investigador, el cual estuvo formado por tres personas, las cuales realizaron la recolección de los datos en las respectivas unidades de salud. El tiempo estimado para el paso de ambos instrumentos de recolección de datos en cada paciente fue de 30 minutos; y el período en que se llevó a cabo el paso de instrumentos comprendió los meses de Agosto, Septiembre y Octubre de 2009, el software a emplearse para el análisis de datos será el SPSS.

Para el paso de instrumentos (recolección de datos) fue necesario informar al paciente de la investigación que se llevó a cabo, y así pedir su aprobación

y participación en dicha investigación. Además debió darse la respectiva orientación sobre el tiempo, tipo de información que le fue pedida y sugerencias de orden y comportamiento al momento de realizar la cedula de entrevista y la guía de observación.

Cada integrante del grupo de investigación, en su respectivo centro de salud , aplico ambos instrumentos a cada paciente, comenzando por la cédula de entrevista la cual debió completarse en un máximo de tiempo de 10 minutos, posteriormente se llevó a cabo la guía de observación en un tiempo máximo de 20 minutos por paciente. Para ejecutar la guía de observación en cada paciente; se necesito un módulo de trabajo, el cual fue desinfectado, además de colocarse barreras de bioseguridad (papel adhesivo) en el quipo y además se realizó un tratamiento adecuado desechos bioinfecciosos.

Para finalizar se agradeció a cada paciente su valiosa colaboración.

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS

Para el trabajo de investigación que se realizó fueron necesarios los recursos humanos, es decir, las personas que asistieron a la consulta odontológica que se brindo en las unidades de salud del estudio.

Los materiales utilizados en esta investigación fueron:

- Equipo básico (pinza, explorador y espejo), sonda periodontal.
- Modulo dental.
- Gabacha, guantes, mascarilla, gorro, sobreguantes.
- Lentes de protección.
- Algodón, gasas, eyectores, campos
- Lápiz, lapicero, colores.
- Fotocopias.

Con respecto a lo financiero se debe de tomar en cuenta la población que formó parte de la muestra a los cuales se les aplicó la cédula de entrevista y la guía de observación, partiendo que hay un total de 263 pacientes y cada paciente tuvo su guía de observación y cédula de entrevista se ha estimado un gasto de \$57.86 en fotocopias, también se hizo un aproximado de \$3 dólares en lapiceros, lápices y colores.

LIMITACIONES Y ALCANCES

LIMITACIONES:

- No se establecerá el diagnóstico preciso de las lesiones, que se encuentren en el índice lesiones osteomucofibrosas.
- Dificultad en el paso de instrumentos debido a que cubrimos Unidades de Salud ajenas a la descrita en el trabajo.
- Falta de tiempo en días en que la consulta aumenta.
- Debido a la población de estudio no se pueden extrapolar todos los resultados de esta investigación.

ALCANCES

- Obtener un diagnóstico epidemiológico de la población que asiste a las unidades de salud el cual se podrá extrapolar.

CONSIDERACIONES BIOÉTICAS.

Para llevar a cabo la recolección de datos con los pacientes seleccionados, fue necesario que los investigadores explicaran al paciente las razones y el motivo de recolectar información personal, haciéndolo a través de un consentimiento informado firmado previamente por el paciente y así se

realizó el paso de instrumentos. El consentimiento consistió en una hoja en la cual se detalla en forma breve y clara los aspectos abordados durante la entrevista y la guía de observación. El anexo No 4 modelo A fue el consentimiento informado para aquellos pacientes mayores de 18 años y en el anexo No 5 modelo B se puede observar el consentimiento informado que tuvo que llenar el padre de familia o encargado en el paciente menor de 18 años.

En el caso de la variable lesiones de cara, cuello y osteomucofibrosas no se dio un diagnóstico preciso, en tal caso se refirió al paciente.

RESULTADOS

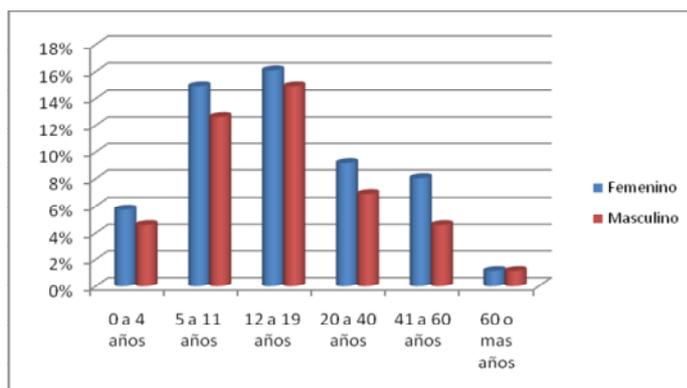
CUADROS Y GRÁFICOS ESTADÍSTICOS

Resultados de la Cédula de Entrevista, aplicada a los pacientes que se les realizó el diagnóstico.

TABLA Y GRÁFICO N° 1

RANGO DE EDAD Y SEXO DE LA UNIDAD DE SALUD DE SANTA ROSA DE LIMA

Rango de Edad	Sexo				Total General	
	Femenino		Masculino			
0 a 4 años	10	6%	8	5%	18	10%
5 a 11 años	26	15%	22	13%	48	28%
12 a 19 años	28	16%	26	15%	54	31%
20 a 40 años	16	9%	12	7%	28	16%
41 a 60 años	14	8%	8	5%	22	13%
60 o mas años	2	1%	2	1%	4	2%
Total general	96	55%	78	45%	174	100%

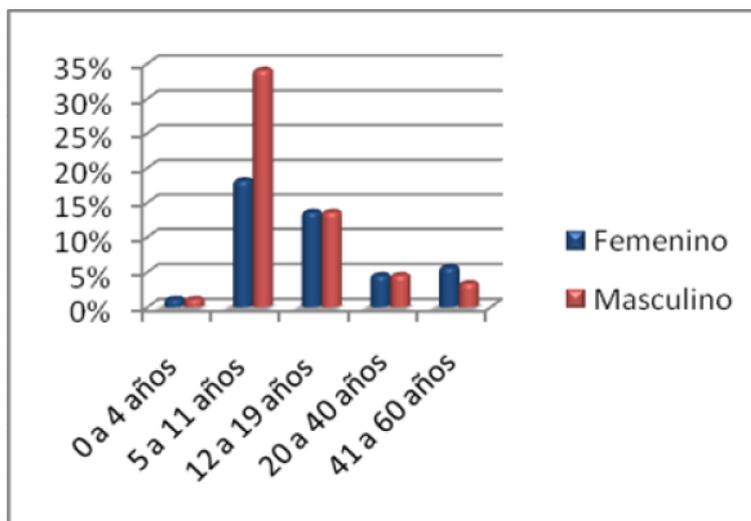


La tabla y gráfico N° 1 muestra la población que mas demanda consulta odontológica, en la Unidad de Salud de Santa Rosa de Lima, la cual está ubicada en el rango de edad de 12 a 19 años, distribuida en la población femenina con 16% y la masculina con 15%; y la menor demanda de consulta está en el rango de 60 a mas años en un 1% en ambos géneros.

TABLA Y GRÁFICO N°2

RANGO DE EDAD Y SEXO DE LA UNIDAD DE SALUD DE AGUA FRÍA Y
SAN ALEJO

Rango de Edad	Sexo				Total General	
	Femenino		Masculino			
0 a 4 años	1	1%	1	1%	2	2%
5 a 11 años	16	18%	30	34%	46	52%
12 a 19 años	5	6%	3	3%	8	9%
20 a 40 años	12	14%	12	14%	24	27%
41 a 60 años	4	5%	4	5%	8	9%
Total general	38	43%	50	57%	88	100%

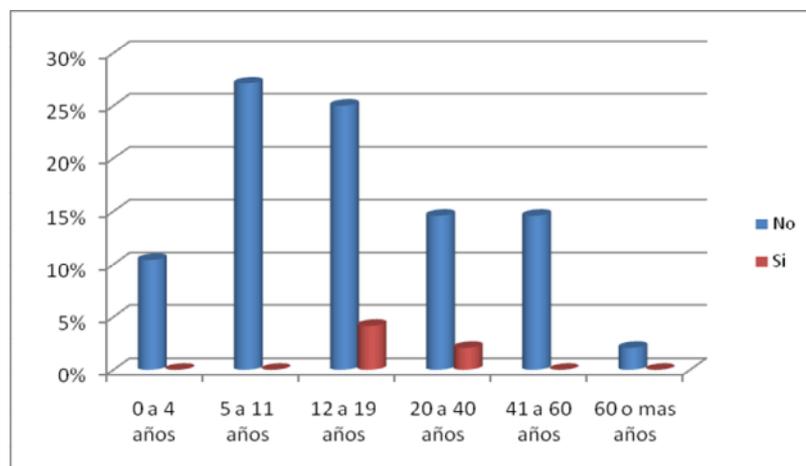


La tabla y gráfico N° 2 muestra la población que mas demanda consulta odontológica, en la Unidad de Salud de Agua Fría y San Alejo, la cual está ubicada en el rango de edad de 5 a 11 años, distribuida en la población masculina con un 34% y la femenina con un 18% y la menor demanda de consulta está en el rango de 0 a 4 años en un 1% en ambos géneros

TABLA Y GRÁFICO N° 3

MUJERES EMBARAZADAS POR RANGO DE EDAD DE LA UNIDAD DE SALUD DE SANTA ROSA DE LIMA

Rango de Edad	Embarazada				Total General	
	No		Si			
0 a 4 años	10	10%		0%	10	10%
5 a 11 años	26	27%		0%	26	27%
12 a 19 años	24	25%	4	4%	28	29%
20 a 40 años	14	15%	2	2%	16	17%
41 a 60 años	14	15%		0%	14	15%
60 o mas años	2	2%		0%	2	2%
Total general	90	94%	6	6%	96	100%

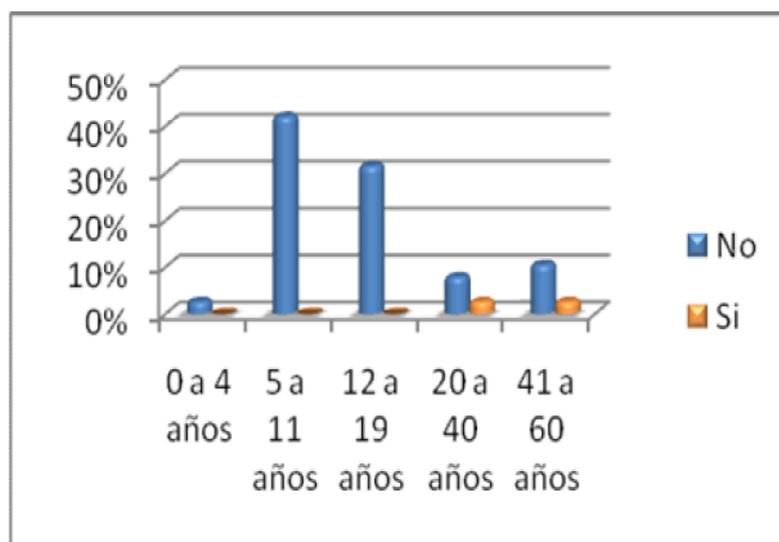


La tabla y gráfico N° 3 muestran la población en gestación que más asiste a la consulta odontológica en la Unidad de Salud de Santa Rosa de Lima, la mayor demanda de gestantes está ubicada en el rango de edad de 12 a 19 años con un 4% y la menor demanda en el rango de 20 a 40 años con un 2%.

TABLA Y GRÁFICO N° 4

MUJERES EMBARAZADAS POR RANGO DE EDAD DE LA UNIDAD DE SALUD DE AGUA FRÍA Y SAN ALEJO

Rango de Edad	Embarazada				Total General	
	No		Si			
0 a 4 años	1	3%		0%	1	3%
5 a 11 años	16	42%		0%	16	42%
12 a 19 años	12	32%		0%	12	32%
20 a 40 años	3	8%	1	3%	4	11%
41 a 60 años	4	11%	1	3%	5	13%
Total general	36	95%	2	5%	38	100%

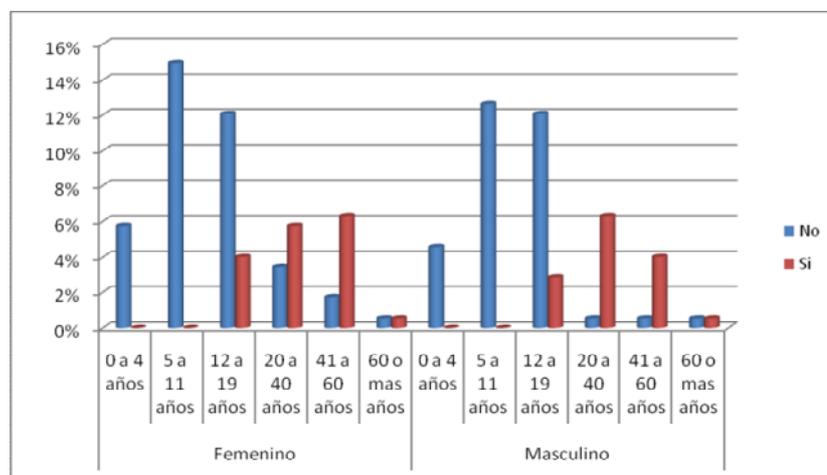


La tabla y gráfico N° 4 muestran la población en gestación que más asiste a la consulta odontológica, en la Unidad de Salud de Agua Fría y San Alejo, la mayor demanda de gestantes está ubicada en los rangos de 20 a 40 años con un 3% y de 41 a 60 años con un 3%.

TABLA Y GRÁFICO N° 5

INGRESOS ECONÓMICOS SEGÚN RANGO DE EDAD DE UNIDAD DE
SANTA ROSA DE LIMA

Sexo	Rango de Edad	Ingresos Económicos				Total General	
		No		Si			
Femenino	0 a 4 años	10	6%		0%	10	6%
	5 a 11 años	26	15%		0%	26	15%
	12 a 19 años	21	12%	7	4%	28	16%
	20 a 40 años	6	3%	10	6%	16	9%
	41 a 60 años	3	2%	11	6%	14	8%
	60 o mas años	1	1%	1	1%	2	1%
Total Femenino		67	39%	29	17%	96	55%
Masculino	0 a 4 años	8	5%		0%	8	5%
	5 a 11 años	22	13%		0%	22	13%
	12 a 19 años	21	12%	5	3%	26	15%
	20 a 40 años	1	1%	11	6%	12	7%
	41 a 60 años	1	1%	7	4%	8	5%
	60 o mas años	1	1%	1	1%	2	1%
Total Masculino		54	31%	24	14%	78	45%
Total general		121	70%	53	30%	174	100%

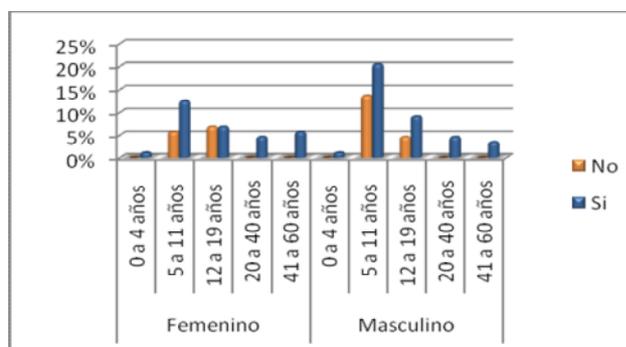


La tabla y gráfico N° 5 muestran la población con ingresos económicos que asiste a la Unidad de Salud de Santa Rosa de Lima, la población que más recibe ingresos está ubicada en el rango de 20 a 40 años de edad con un 6% para ambos géneros y la que no recibe ingresos económicos en el rango de 0 a 4 y de 5 a 11 años de edad para ambos géneros.

TABLA Y GRÁFICO N° 6

INGRESOS ECONÓMICOS SEGÚN RANGO DE EDAD DE UNIDAD DE AGUA FRIA Y SAN ALEJO.

Sexo	Rango de Edad	Ingresos Económicos				Total General	
		No		Si			
Femenino	0 a 4 años		0%	1	1%	1	1%
	5 a 11 años	5	6%	11	13% *	16	18%
	12 a 19 años	6	7%	6	7%	12	14%
	20 a 40 años		0%	4	5%	4	5%
	41 a 60 años		0%	5	6%	5	6%
Total Femenino		11	13%	27	31%	38	43%
Masculino	0 a 4 años		0%	1	1%	1	1%
	5 a 11 años	12	14%	18	20% *	30	34%
	12 a 19 años	4	5%	8	9%	12	14%
	20 a 40 años		0%	4	5%	4	5%
	41 a 60 años		0%	3	3%	3	3%
Total Masculino			16	18%	34	39%	50
Total general		27	31%	61	69%	88	100%



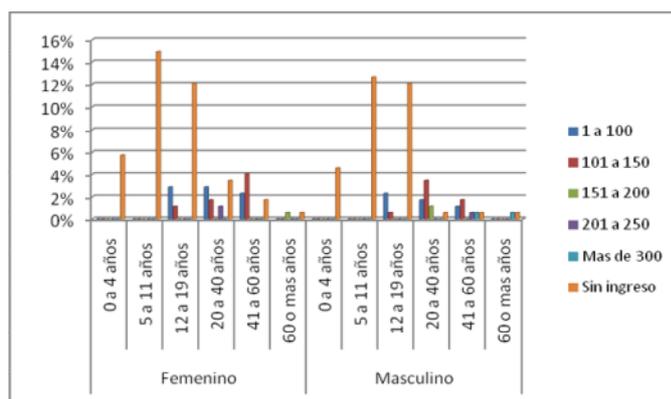
La tabla y gráfico N° 6 muestran la población con ingresos económicos que asiste a la Unidad de Salud de Agua Fría y San Alejo, la población que más recibe ingresos está ubicada en el rango de edad de 5 a 11 años, distribuida en la población masculina con un 20% y la femenina con un 11% y la que no recibe ingresos económicos en el rango de 0 a 4 años en un 1% para ambos géneros.

* Los mayores porcentajes de ingresos económicos se encuentran en la población de 5 a 11 años, ya que fue la población que tuvo mayor número de participantes en el estudio, y además se debe considerar que éstos reciben remesas económicas de familiares en el extranjero.

TABLA Y GRÁFICO N° 7

INGRESOS ECONÓMICOS MENSUALES POR RANGOS DE EDAD Y SEXO DE LA UNIDAD DE SALUD DE SANTA ROSA DE LIMA

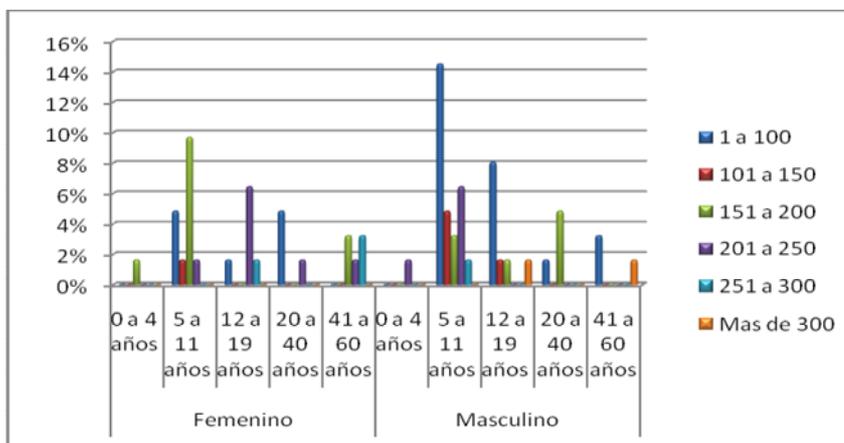
Sexo	Rango de Edad	Ingreso Equivale a											Total General		
		1 a 100		101 a 150		151 a 200		201 a 250		Mas de 300		Sin ingreso			
Femenino	0 a 4 años		0%		0%		0%		0%		0%	10	6%	10	6%
	5 a 11 años		0%		0%		0%		0%		0%	26	15%	26	15%
	12 a 19 años	5	3%	2	1%		0%		0%		0%	21	12%	28	16%
	20 a 40 años	5	3%	3	2%		0%	2	1%		0%	6	3%	16	9%
	41 a 60 años	4	2%	7	4%		0%		0%		0%	3	2%	14	8%
	60 o mas años		0%		0%	1	1%		0%		0%	1	1%	2	1%
Total Femenino		14	8%	12	7%	1	1%	2	1%		0%	67	39%	96	55%
Masculino	0 a 4 años		0%		0%		0%		0%		0%	8	5%	8	5%
	5 a 11 años		0%		0%		0%		0%		0%	22	13%	22	13%
	12 a 19 años	4	2%	1	1%		0%		0%		0%	21	12%	26	15%
	20 a 40 años	3	2%	6	3%	2	1%		0%		0%	1	1%	12	7%
	41 a 60 años	2	1%	3	2%		0%	1	1%	1	1%	1	1%	8	5%
	60 o mas años		0%		0%		0%		0%	1	1%	1	1%	2	1%
Total Masculino		9	5%	10	6%	2	1%	1	1%	2	1%	54	31%	78	45%
Total general		23	13%	22	13%	3	2%	3	2%	2	1%	121	70%	174	100%



La tabla y gráfico N° 7 muestran los ingresos económicos de la población que asiste a la Unidad de Salud de Santa Rosa de Lima, el rango de ingresos que mas predomina es de \$101 a 150, ubicado en el rango de edad de 41 a 60 años, distribuida en la población femenino con un 4% y la masculina en el rango de edad de 20 a 40 años con un 3%.

TABLA Y GRÁFICO N° 8
INGRESOS ECONÓMICOS MENSUALES POR RANGOS DE EDAD Y
SEXO DE LA UNIDAD DE SALUD DE AGUA FRÍA Y SAN ALEJO

Sexo	Rango de Edad	Ingreso Equivale a												Total General	
		1 a 100		101 a 150		151 a 200		201 a 250		Mas de 300		Sin ingreso			
Femenino	0 a 4 años		0%		0%	1	2%		0%		0%		0%	1	2%
	5 a 11 años	3	5%	1	2%	6	10%	1	2%		0%		0%	11	18%
	12 a 19 años	1	2%		0%		0%	4	6%	1	2%		0%	6	10%
	20 a 40 años	3	5%		0%		0%	1	2%		0%		0%	4	6%
	41 a 60 años		0%		0%	2	3%	1	2%	2	3%		0%	5	8%
Total Femenino		7	11%	1	2%	9	15%	7	11%	3	5%		0%	27	44%
Masculino	0 a 4 años		0%		0%		0%	1	2%		0%		0%	1	2%
	5 a 11 años	9	15%	3	5%	2	3%	4	6%	1	2%		0%	19	31%
	12 a 19 años	5	8%	1	2%	1	2%		0%		0%	1	2%	8	13%
	20 a 40 años	1	2%		0%	3	5%		0%		0%		0%	4	6%
	41 a 60 años	2	3%		0%		0%		0%		0%	1	2%	3	5%
Total Masculino		17	27%	4	6%	6	10%	5	8%	1	2%	2	3%	35	56%
Total general		24	39%	5	8%	15	24%	12	19%	4	6%	2	3%	62	100%

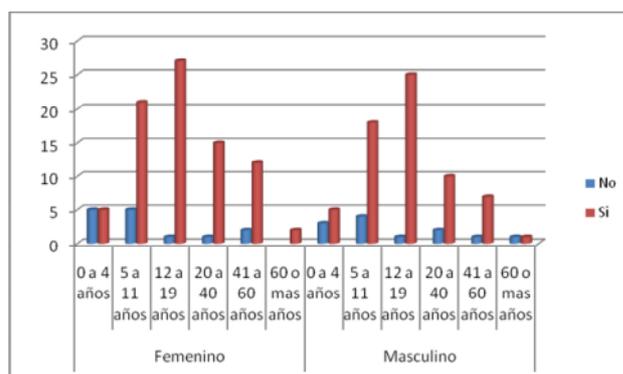


La tabla y gráfico N° 8 muestran los ingresos económicos de la población que asiste a la Unidad de Salud de Agua Fría y San Alejo, el rango de ingresos que más predomina es de \$1 a 100, ubicado en el rango de edad de 5 a 11 años para la población masculina con un 15% y de \$151 a 200 en el rango de edad de 5 a 11 años para la población femenina con un 10%.

TABLA Y GRÁFICO N° 9

POBLACIÓN ALFABETIZADA Y NO ALFABETIZADA POR RANGO DE EDAD Y SEXO DE LA UNIDAD DE SALUD DE SANTA ROSA DE LIMA

Sexo	Rango de Edad	Escolaridad				Total General	
		No		Si			
Femenino	0 a 4 años	5	3%	5	3%	10	6%
	5 a 11 años	5	3%	21	12%	26	15%
	12 a 19 años	1	1%	27	16%	28	16%
	20 a 40 años	1	1%	15	9%	16	9%
	41 a 60 años	2	1%	12	7%	14	8%
	60 o mas años		0%	2	1%	2	1%
Total Femenino		14	8%	82	47%	96	55%
Masculino	0 a 4 años	3	2%	5	3%	8	5%
	5 a 11 años	4	2%	18	10%	22	13%
	12 a 19 años	1	1%	25	14%	26	15%
	20 a 40 años	2	1%	10	6%	12	7%
	41 a 60 años	1	1%	7	4%	8	5%
	60 o mas años	1	1%	1	1%	2	1%
Total Masculino		12	7%	66	38%	78	45%
Total general		26	15%	148	85%	174	100%

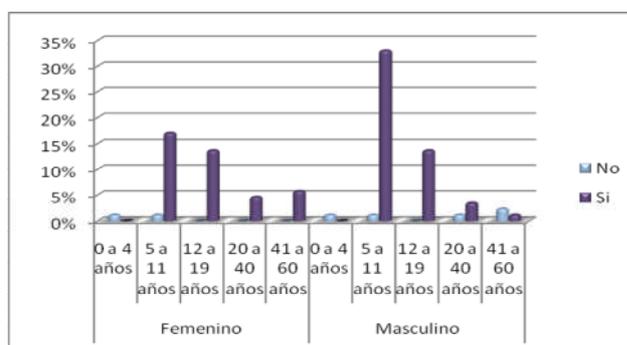


La tabla y gráfico N° 9 muestra la población alfabetizada, que asiste a la Unidad de Salud de Santa Rosa de Lima, el mayor porcentaje de alfabetización está ubicado en el rango de edad de 12 a 19 años, distribuida en la población femenina con un 16% y la masculina en un 14%; mientras que el menor porcentaje de población alfabetizada se ubicada en el rango de edad de 60 o más años con un 1% para ambos géneros.

TABLA Y GRÁFICO N° 10

POBLACIÓN ALFABETIZADA Y NO ALFABETIZADA POR RANGO DE EDAD Y SEXO DE LA UNIDAD DE SALUD DE AGUA FRÍA Y SAN ALEJO

Sexo	Rango de Edad	Escolaridad				Total General	
		No		Si			
Femenino	0 a 4 años	1	1%		0%	1	1%
	5 a 11 años	1	1%	15	17%	16	18%
	12 a 19 años		0%	12	14%	12	14%
	20 a 40 años		0%	4	5%	4	5%
	41 a 60 años		0%	5	6%	5	6%
Total Femenino		2	2%	36	41%	38	43%
Masculino	0 a 4 años	1	1%		0%	1	1%
	5 a 11 años	1	1%	29	33%	30	34%
	12 a 19 años		0%	12	14%	12	14%
	20 a 40 años	1	1%	3	3%	4	5%
	41 a 60 años	2	2%	1	1%	3	3%
Total Masculino		5	6%	45	51%	50	57%
Total general		7	8%	81	92%	88	100%

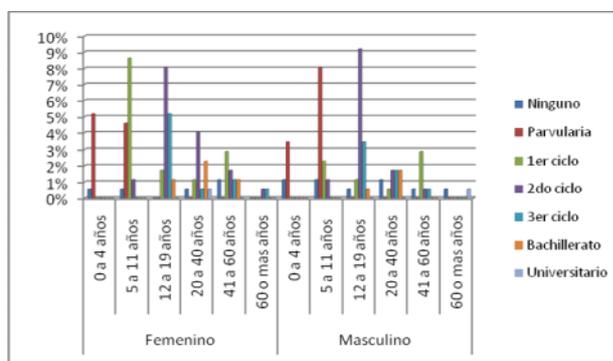


La tabla y gráfico N° 10 muestran la población alfabetizada, que asiste a la Unidad de Salud de Agua Fría y San Alejo, el mayor porcentaje de alfabetización esta ubicado en el rango de edad de 5 a 11 años distribuida en la población masculina con un 33% y la femenina con un 17%; mientras que el menor porcentaje de población alfabetizada se ubicada en el rango de edad de 41 a 60 años en la población masculina con un 1%, y en un rango de 20 a 40 años para la población femenina con un 5%.

TABLA Y GRÁFICO N° 11

NIVEL EDUCATIVO POR RANGO DE EDAD Y SEXO DE LA UNIDAD DE SALUD DE
SANTAROSA DE LIMA

Sexo	Rango de Edad	Nivel Educativo														Total General	
		Ninguno		Parvularia		1er ciclo		2do ciclo		3er ciclo		Bachillerato		Universitario			
Femenino	0 a 4 años	1	1%	9	5%		0%		0%		0%		0%		0%	10	6%
	5 a 11 años	1	1%	8	5%	15	9%	2	1%		0%		0%		0%	26	15%
	12 a 19 años		0%		0%	3	2%	14	8%	9	5%	2	1%		0%	28	16%
	20 a 40 años	1	1%		0%	2	1%	7	4%	1	1%	4	2%	1	1%	16	9%
	41 a 60 años	2	1%		0%	5	3%	3	2%	2	1%	2	1%		0%	14	8%
	60 o mas años		0%		0%		0%	1	1%	1	1%		0%		0%	2	1%
Total Femenino		5	3%	17	10%	25	14%	27	16%	13	7%	8	5%	1	1%	96	55%
Masculino	0 a 4 años	2	1%	6	3%		0%		0%		0%		0%		0%	8	5%
	5 a 11 años	2	1%	14	8%	4	2%	2	1%		0%		0%		0%	22	13%
	12 a 19 años	1	1%		0%	2	1%	16	9%	6	3%	1	1%		0%	26	15%
	20 a 40 años	2	1%		0%	1	1%	3	2%	3	2%	3	2%		0%	12	7%
	41 a 60 años	1	1%		0%	5	3%	1	1%	1	1%		0%		0%	8	5%
	60 o mas años	1	1%		0%		0%		0%		0%		0%	1	1%	2	1%
Total Masculino		9	5%	20	11%	12	7%	22	13%	10	6%	4	2%	1	1%	78	45%
Total general		14	18%	37	21%	37	21%	49	28%	23	13%	12	7%	2	1%	174	100%

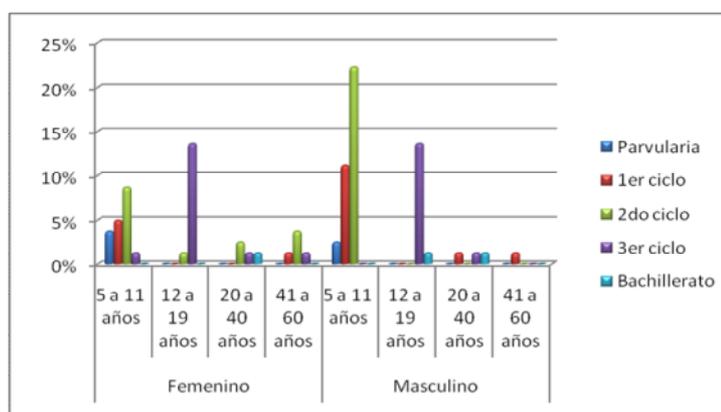


La tabla y gráfico N° 11 muestran el nivel educativo que ha recibido la población que asiste a la Unidad de Salud de Santa Rosa de Lima, el nivel con mas demanda fue primer ciclo ubicada en el rango de edad de 5 a 11 años con un 9% distribuida en la población femenina y para la masculina fue segundo ciclo ubicada en el rango de edad de 12 a 19 años con un 9%.

TABLA Y GRÁFICO N° 12

NIVEL EDUCATIVO POR RANGO DE EDAD Y SEXO DE LA UNIDAD DE
SALUD DE AGUA FRÍA Y SAN ALEJO

Sexo	Rango de Edad	Nivel Educativo										Total General	
		Parvularia		1er ciclo		2do ciclo		3er ciclo		Bachillerato			
Femenino	5 a 11 años	3	4%	4	5%	7	9%	1	1%		0%	15	19%
	12 a 19 años		0%		0%	1	1%	11	14%		0%	12	15%
	20 a 40 años		0%		0%	2	2%	1	1%	1	1%	4	5%
	41 a 60 años		0%	1	1%	3	4%	1	1%		0%	5	6%
Total Femenino		3	4%	5	6%	13	16%	14	17%	1	1%	36	44%
Masculino	5 a 11 años	2	2%	9	11%	18	22%		0%		0%	29	36%
	12 a 19 años		0%		0%		0%	11	14%	1	1%	12	15%
	20 a 40 años		0%	1	1%		0%	1	1%	1	1%	3	4%
	41 a 60 años		0%	1	1%		0%		0%		0%	1	1%
Total Masculino		2	2%	11	14%	18	22%	12	15%	2	2%	45	56%
Total general		5	6%	16	20%	31	38%	26	32%	3	4%	81	100%

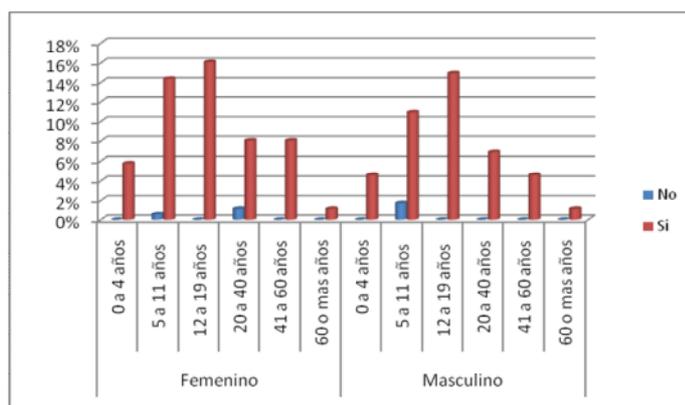


La tabla y gráfico n° 12 muestran el nivel educativo que ha recibido la población que asiste a la Unidad de Salud de Agua Fría y San Alejo, el nivel con más demanda fue segundo ciclo ubicado entre el rango de edad de 5 a 11 años con un 22% distribuida en la población masculina y para la femenina fue tercer ciclo ubicada en el rango de edad de 12 a 19 años con un 14%.

TABLA Y GRÁFICO N° 13

MUNICIPIO DE RESIDENCIA POR RANGOS DE EDAD Y SEXO.DE LA
UNIDAD DE SALUD DE SANTA ROSA DE LIMA

Sexo	Rango de Edad	Reside en Santa Rosa				Total General	
		No		Si			
Femenino	0 a 4 años		0%	10	6%	10	6%
	5 a 11 años	1	1%	25	14%	26	15%
	12 a 19 años		0%	28	16%	28	16%
	20 a 40 años	2	1%	14	8%	16	9%
	41 a 60 años		0%	14	8%	14	8%
	60 o mas años		0%	2	1%	2	1%
Total Femenino		3	2%	93	53%	96	55%
Masculino	0 a 4 años		0%	8	5%	8	5%
	5 a 11 años	3	2%	19	11%	22	13%
	12 a 19 años		0%	26	15%	26	15%
	20 a 40 años		0%	12	7%	12	7%
	41 a 60 años		0%	8	5%	8	5%
	60 o mas años		0%	2	1%	2	1%
Total Masculino		3	2%	75	43%	78	45%
Total general		6	3%	168	97%	174	100%

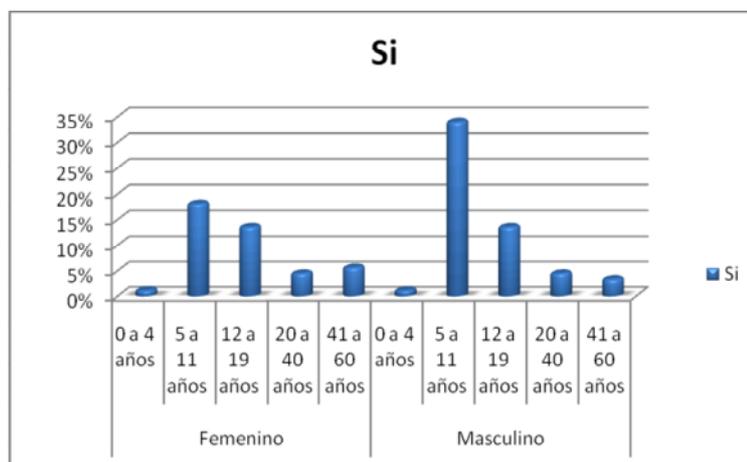


La tabla y gráfico N° 13 muestran el municipio de residencia de la población que asiste a la Unidad de Salud de Santa Rosa de Lima, encontrando que el 97% reside en Santa Rosa de Lima, el cual prevalece en el rango de 12 a 19 años en el sexo femenino con un 16% mientras que para el masculino un 15%.

TABLA Y GRÁFICO N° 14

MUNICIPIO DE RESIDENCIA POR RANGOS DE EDAD Y SEXO.DE LA
UNIDAD DE SALUD DE AGUA FRIA Y SAN ALEJO

Sexo	Rango edad	Reside en San Alejo		Total general	
		Si			
Femenino	0 a 4 años	1	1%	1	1%
	5 a 11 años	16	18%	16	18%
	12 a 19 años	12	14%	12	14%
	20 a 40 años	4	5%	4	5%
	41 a 60 años	5	6%	5	6%
Total Femenino		38	43%	38	43%
Masculino	0 a 4 años	1	1%	1	1%
	5 a 11 años	30	34%	30	34%
	12 a 19 años	12	14%	12	14%
	20 a 40 años	4	5%	4	5%
	41 a 60 años	3	3%	3	3%
Total Masculino		50	57%	50	57%
Total general		88	100%	88	100%



La tabla y gráfico N° 14 muestran el municipio de residencia de la población que asiste a la Unidad de Salud de Agua Fría y San Alejo, encontrando que el 100% residen en San Alejo, el cual prevalece en el rango de 5 a 11 años en el sexo femenino con 16%, mientras que para el masculino un 34%.

TABLA N° 15

MUNICIPIO Y DEPARTAMENTO DONDE VIVIÓ LOS PRIMEROS 7 AÑOS
DE VIDA DE LA UNIDAD DE SALUD DE SANTA ROSA DE LIMA

Departamento	Municipio	Sexo				Total General	
		Femenino		Masculino			
La Unión	Anamoros	3	2%	1	1%	4	2%
	El Sauce	2	1%		0%	2	1%
	Intipuca	1	1%	3	2%	4	2%
	Perquin	1	1%		0%	1	1%
	San Alejo	1	1%		0%	1	1%
	Santa Rosa	84	48%	72	41%	156	90%
Total La Unión		92	53%	76	44%	168	97%
Morazán	El Divisadero	3	2%		0%	3	2%
Total Morazán		3	2%		0%	3	2%
Nicaragua	Nicaragua	1	1%	1	1%	2	1%
Total Nicaragua		1	1%	1	1%	2	1%
Usulután	Usulután		0%	1	1%	1	1%
Total Usulután			0%	1	1%	1	1%
Total general		96	55%	78	45%	174	100%

La tabla N° 15 muestra el departamento y municipio donde vivió los primeros 7 años de vida la población que asiste a la Unidad de Salud de Santa Rosa de Lima, el 90% de la población vivió en Santa Rosa de Lima encontrando para el sexo femenino un 48% y para el masculino un 41%, mientras que el otro 10% vivió en lugares próximos al departamento.

TABLA N° 16MUNICIPIO Y DEPARTAMENTO DONDE VIVIÓ LOS PRIMEROS 7 AÑOS DE VIDA DE LA UNIDAD DE SALUD DE AGUA FRÍA Y SAN ALEJO

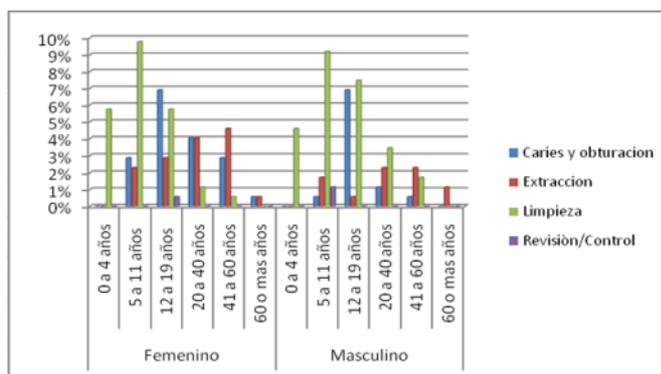
Departamento	Municipio	Sexo				Total general	
		Femenino		Masculino			
La Unión	Conchagua	2	2%	2	2%	4	5%
	Lislique	1	1%		0%	1	1%
	San Alejo	33	38%	45	51%	78	89%
Total La Union		36	41%	47	53%	83	94%
Morazán	San Carlos Morazán	1	1%	1	1%	2	2%
Total Morazán		1	1%	1	1%	2	2%
Nicaragua	Chinandega		0%	1	1%	1	1%
Total Nicaragua			0%	1	1%	1	1%
San Miguel	Ciudad Barrios	1	1%	1	1%	2	2%
Total San Miguel		1	1%	1	1%	2	2%
Total general		38	43%	50	57%	88	100%

La tabla N°16 muestra el departamento y municipio donde vivió los primeros 7 años de vida la población que asiste a la Unidad de Salud de Agua Fría y San Alejo, el 89% de la población vivió en San Alejo, encontrando para el sexo femenino un 38% y para el masculino un 51%; mientras que el otro 11% vivió en lugares próximos al departamento.

TABLA N° 17 Y GRÁFICO N° 15

MOTIVO DE CONSULTA REAL DE LA POBLACION DE LA UNIDAD DE
SALUD DE SANTA ROSA DE LIMA

Sexo	Rango de Edad	Motivo de Consulta Real								Total General	
		Caries y obturación		Extracción		Limpieza		Revisión/Control			
Femenino	0 a 4 años		0%		0%	10	6%		0%	10	6%
	5 a 11 años	5	3%	4	2%	17	10%		0%	26	15%
	12 a 19 años	12	7%	5	3%	10	6%	1	1%	28	16%
	20 a 40 años	7	4%	7	4%	2	1%		0%	16	9%
	41 a 60 años	5	3%	8	5%	1	1%		0%	14	8%
	60 o mas años	1	1%	1	1%		0%		0%	2	1%
Total Femenino		30	17%	25	14%	40	23%	1	1%	96	55%
Masculino	0 a 4 años		0%		0%	8	5%		0%	8	5%
	5 a 11 años	1	1%	3	2%	16	9%	2	1%	22	13%
	12 a 19 años	12	7%	1	1%	13	7%		0%	26	15%
	20 a 40 años	2	1%	4	2%	6	3%		0%	12	7%
	41 a 60 años	1	1%	4	2%	3	2%		0%	8	5%
	60 o mas años		0%	2	1%		0%		0%	2	1%
Total Masculino		16	9%	14	8%	46	26%	2	1%	78	45%
Total general		46	26%	39	22%	86	49%	3	2%	174	100%

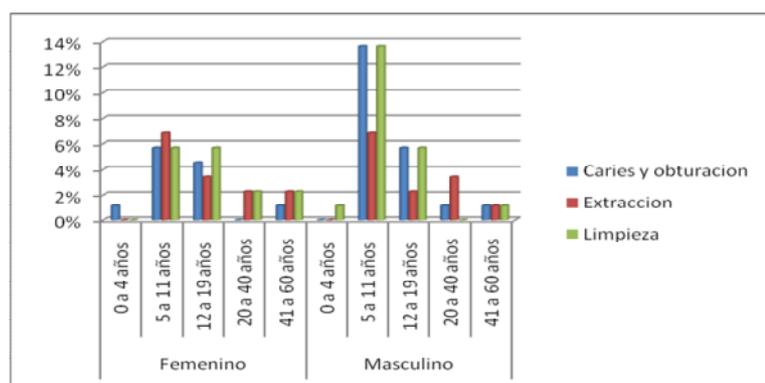


La tabla N° 17 y el gráfico N° 15 muestran el motivo de consulta real por la que la población asistió a la Unidad de Salud de Santa Rosa de Lima, el mayor motivo de consulta real fue limpiezas, ubicada en el rango de edad de 5 a 11 años, distribuidas en el sexo femenino con un 10% y para el masculino un 9%, y el menor motivo de consulta fue para revisiones y control ubicadas en el rango de 5 a 11 años con un 1% para ambos géneros.

TABLA N° 18 Y GRÁFICO N° 16

MOTIVO DE CONSULTA REAL DE LA POBLACION DE LA UNIDAD DE
SALUD DE AGUA FRIA Y SAN ALEJO

Sexo	Rango edad	Motivo de Consulta Real						Total general	
		Caries y obturación		Extracción		Limpieza			
Femenino	0 a 4 años	1	1%		0%		0%	1	1%
	5 a 11 años	5	6%	6	7%	5	6%	16	18%
	12 a 19 años	4	5%	3	3%	5	6%	12	14%
	20 a 40 años		0%	2	2%	2	2%	4	5%
	41 a 60 años	1	1%	2	2%	2	2%	5	6%
Total Femenino		11	13%	13	15%	14	16%	38	43%
Masculino	0 a 4 años		0%		0%	1	1%	1	1%
	5 a 11 años	12	14%	6	7%	12	14%	30	34%
	12 a 19 años	5	6%	2	2%	5	6%	12	14%
	20 a 40 años	1	1%	3	3%		0%	4	5%
	41 a 60 años	1	1%	1	1%	1	1%	3	3%
Total Masculino		19	22%	12	14%	19	22%	50	57%
Total general		30	34%	25	28%	33	38%	88	100%

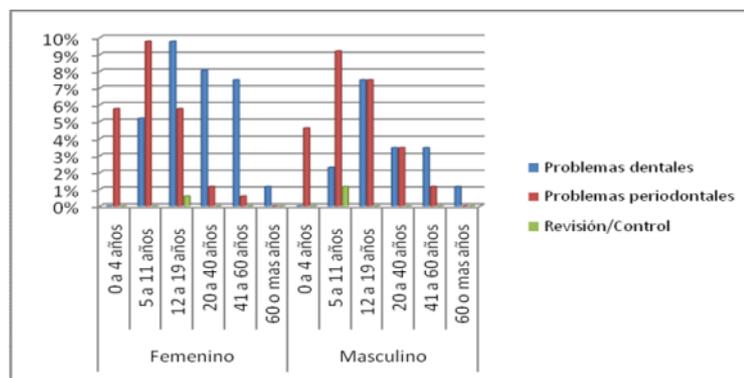


La tabla N° 18 y el gráfico N° 16 muestran el motivo de consulta real por la que la población asistió a la Unidad de Salud de Agua Fría y San Alejo, el mayor motivo de consulta real fue limpiezas y caries y obturación para el sexo masculino en el rango de edad de 5 a 11 años con un 14% y para el sexo femenino fue extracción en el rango de edad de 5 a 11 años con un 7%.

TABLA N° 19 Y GRÁFICO N° 17

CLASIFICACIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA POR RANGO DE EDAD Y SEXO DE LA UNIDAD DE SALUD DE SANTA ROSA DE LIMA

Sexo	Rango de Edad	Problema Real						Total General	
		Problemas dentales		Problemas periodontales		Revisión/Control			
Femenino	0 a 4 años		0%	10	6%		0%	10	6%
	5 a 11 años	9	5%	17	10%		0%	26	15%
	12 a 19 años	17	10%	10	6%	1	1%	28	16%
	20 a 40 años	14	8%	2	1%		0%	16	9%
	41 a 60 años	13	7%	1	1%		0%	14	8%
	60 o mas años	2	1%		0%		0%	2	1%
Total Femenino		55	32%	40	23%	1	1%	96	55%
Masculino	0 a 4 años		0%	8	5%		0%	8	5%
	5 a 11 años	4	2%	16	9%	2	1%	22	13%
	12 a 19 años	13	7%	13	7%		0%	26	15%
	20 a 40 años	6	3%	6	3%		0%	12	7%
	41 a 60 años	6	3%	2	1%		0%	8	5%
	60 o mas años	2	1%		0%		0%	2	1%
Total Masculino		31	18%	45	26%	2	1%	78	45%
Total general		86	49%	85	49%	3	2%	174	100%

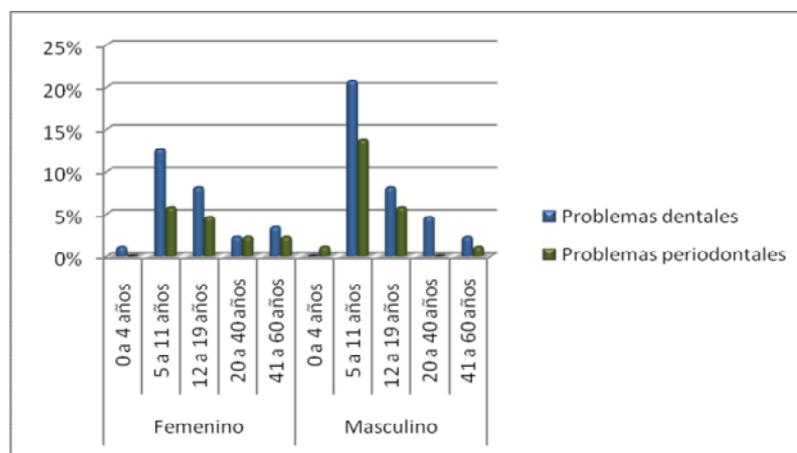


La tabla N° 19 y el gráfico N° 17 muestran el problema real de la población que asiste a la Unidad de Salud de Santa Rosa de Lima, el mayor problema real fue el problema dental ubicado en el rango de edad de 12 a 19 años, distribuidas para el sexo femenino con 10% y para el masculino un 7% y el menor problema real fue el de revisión y control para el sexo femenino un 1% en el rango de edad de 12 a 19 años y para el sexo masculino un 1% en el rango de edad de 5 a 11 años.

TABLA Nº 20 Y GRÁFICO Nº 18

CLASIFICACIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA POR RANGO DE EDAD Y SEXO DE LA UNIDAD DE SALUD DE AGUA FRÍA Y SAN ALEJO

Sexo	Rango edad	Problema Real				Total general	
		Problemas dentales		Problemas periodontales			
Femenino	0 a 4 años	1	1%		0%	1	1%
	5 a 11 años	11	13%	5	6%	16	18%
	12 a 19 años	7	8%	5	6%	12	14%
	20 a 40 años	2	2%	2	2%	4	5%
	41 a 60 años	3	3%	2	2%	5	6%
Total Femenino		24	28%	13	15%	37	44%
Masculino	0 a 4 años		0%	1	1%	1	1%
	5 a 11 años	18	21%	12	14%	30	34%
	12 a 19 años	7	8%	5	6%	12	14%
	20 a 40 años	4	5%		0%	4	5%
	41 a 60 años	2	2%	1	1%	3	3%
Total Masculino		31	36%	19	22%	50	57%
Total general		55	63%	32	37%	88	100%

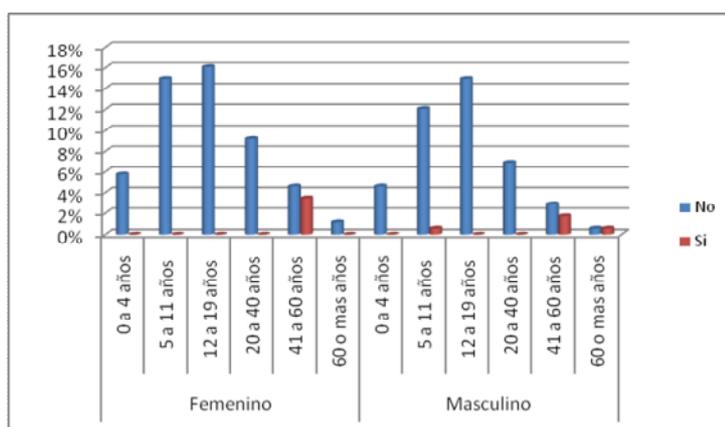


La tabla Nº 20 y el gráfico Nº 18 muestran el problema real de la población que asiste a la Unidad de Salud de Agua Fría y San Alejo, el mayor problema real fue el problema dental ubicado en el rango de edad de 5 a 11 años, distribuidos para el sexo masculino con 21%, y para el femenino un 13%, y el menor problema real fue el problema periodontal entre los rangos de edad 20 a 60 años para el sexo femenino con 2%, y en el rango de edad de 40 a 60 años para el sexo masculino con un 1%.

TABLA Nº 21 Y GRÁFICO Nº 19

LESIONES DE CARA CUELLO Y OSTEOMUCOFIBROSAS POR RANGO DE EDAD Y SEXO DE LA UNIDAD DE SALUD DE SANTA ROSA DE LIMA

Sexo	Rango de Edad	Tiene Lesión?				Total General	
		No		Si			
Femenino	0 a 4 años	10	6%		0%	10	6%
	5 a 11 años	26	15%		0%	26	15%
	12 a 19 años	28	16%		0%	28	16%
	20 a 40 años	16	9%		0%	16	9%
	41 a 60 años	8	5%	6	3%	14	8%
	60 o mas años	2	1%		0%	2	1%
Total Femenino		90	52%	6	3%	96	55%
Masculino	0 a 4 años	8	5%		0%	8	5%
	5 a 11 años	21	12%	1	1%	22	13%
	12 a 19 años	26	15%		0%	26	15%
	20 a 40 años	12	7%		0%	12	7%
	41 a 60 años	5	3%	3	2%	8	5%
	60 o mas años	1	1%	1	1%	2	1%
Total Masculino		73	42%	5	3%	78	45%
Total general		163	94%	11	6%	174	100%

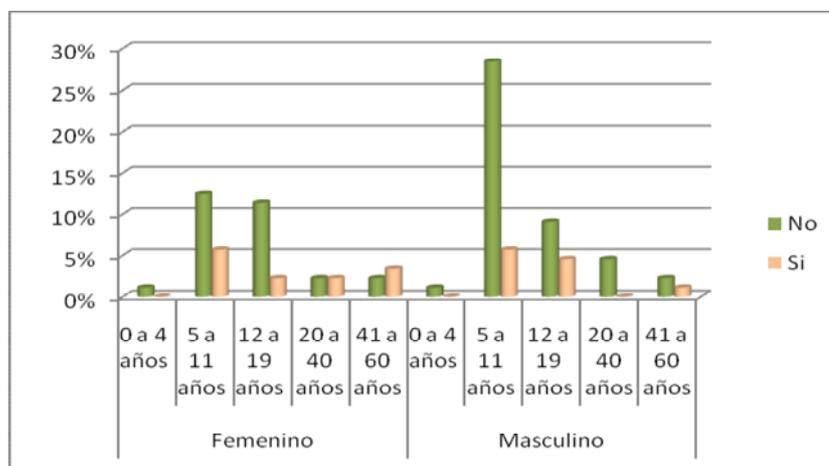


La tabla Nº 20 y gráfico Nº 19 muestran que de la población que asiste a la Unidad de Salud de Santa Rosa de Lima el 6% presenta alguna lesión en cavidad oral, el mayor porcentaje de lesiones se ubica en el rango de edad de 41 a 60 años para el sexo masculino con un 2% y para el sexo femenino un 3%.

TABLA N° 22 Y GRÁFICO N° 20

LESIONES DE CARA CUELLO Y OSTEOMUCOFIBROSAS POR RANGO DE EDAD Y SEXO DE LA UNIDAD DE SALUD DE AGUA FRÍA Y SAN ALEJO

Sexo	Rango de Edad	Tiene Lesión?				Total General	
		No		Si			
Femenino	0 a 4 años	1	1%		0%	1	1%
	5 a 11 años	11	13%	5	6%	16	18%
	12 a 19 años	10	11%	2	2%	12	14%
	20 a 40 años	2	2%	2	2%	4	5%
	41 a 60 años	2	2%	3	3%	5	6%
Total Femenino		26	30%	12	14%	38	43%
Masculino	0 a 4 años	1	1%		0%	1	1%
	5 a 11 años	25	28%	5	6%	30	34%
	12 a 19 años	8	9%	4	5%	12	14%
	20 a 40 años	4	5%		0%	4	5%
	41 a 60 años	2	2%	1	1%	3	3%
Total Masculino		40	45%	10	11%	50	57%
Total general		66	75%	22	25%	88	100%



La tabla N° 22 y gráfico N° 20 muestran que de la población que asiste a la Unidad de Salud de Agua Fría y San Alejo el 25% presenta alguna lesión en cavidad oral, el mayor porcentaje de lesiones se ubica en el rango de edad de 5 a 11 años para ambos géneros con un 6%; y el menor porcentaje de lesiones se ubica entre los rangos de 12 a 19 y 20 a 40 años para el sexo femenino con un 2% y de 41 a 60 años para el sexo masculino con un 1%.

TABLA N° 23LESIONES PRESENTES POR ESTRUCTURAS POR RANGO DE EDAD Y SEXO DE LA UNIDAD DE SANTA ROSA DE LIMA.

Sexo	Rango de Edad	Encía		Paladar Duro				Total General	
		Eritroplasia		Eritroplasia		Exostosis			
Femenino	41 a 60 años	1	10%	1	10%	4	40%	6	60%
Total Femenino		1	10%	1	10%	4	40%	6	60%
Masculino	41 a 60 años	1	10%		0%	2	20%	3	30%
	60 o mas años		0%		0%	1	10%	1	10%
Total Masculino		1	10%		0%	3	30%	4	40%
Total general		2	20%	1	10%	7	70%	10	100%

La tabla N° 23 muestra el tipo de lesión en cavidad bucal que presenta la población que asiste a la Unidad de Salud de Santa Rosa, el mayor porcentaje se encontró en exostosis en paladar duro, ubicado en el rango de edad de 41 a 60 años, distribuido en el sexo femenino con un 40% y para el sexo masculino un 20%.

TABLA N° 24

LESIONES PRESENTES POR ESTRUCTURAS POR RANGO DE EDAD Y SEXO DE LA UNIDAD DE AGUA FRÍA Y SAN ALEJO.

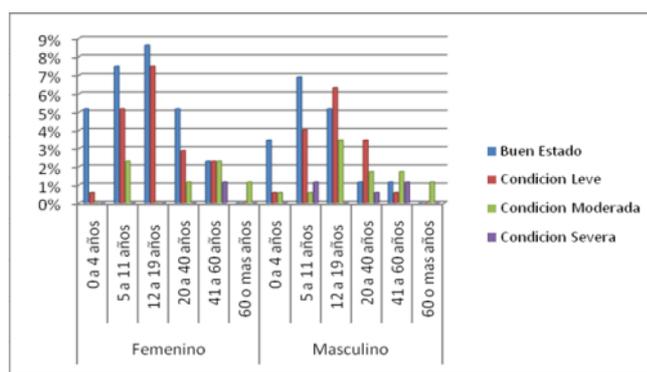
Sexo	Rango edad	Encía								Carrillo				Paladar Duro				Piso de la Boca		Labios			
		Complicación postquirúrgica		Eritroplasia		Tumorações		Ulceraciones y/o Descamación		Leucoplasia		Ulceraciones y/o Descamación		Exostosis		Leucoplasia		Exostosis		Ulceraciones y/o Descamación			
Femenino	5 a 11 años	1	4%		0%		0%	2	8%		0%	1	4%		0%		0%		0%	1	4%	5	20%
	12 a 19 años		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%	2	8%		0%	2	8%
	20 a 40 años		0%	1	4%		0%		0%	1	4%		0%		0%		0%		0%		0%	2	8%
	41 a 60 años	2	8%		0%		0%		0%		0%		0%	1	4%		0%		0%		0%	3	12%
Total Femenino		3	12%	1	4%		0%	2	8%	1	4%	1	4%	1	4%		0%	2	8%	1	4%	12	48%
Masculino	5 a 11 años		0%		0%	1	4%		0%		0%		0%	1	4%		0%	1	4%	1	4%	4	16%
	12 a 19 años	1	4%		0%		0%		0%	1	4%	1	4%	1	4%		0%	2	8%		0%	6	24%
	41 a 60 años		0%		0%		0%	1	4%		0%		0%		0%	1	4%		0%		0%	2	8%
Total Masculino		1	4%		0%	1	4%	1	4%	1	4%	1	4%	2	8%	1	4%	3	12%	2	8%	13	52%
Total general		4	16%	1	4%	1	4%	3	12%	2	8%	2	8%	3	12%	1	4%	5	20%	3	12%	25	100%

La tabla N° 24 muestra el tipo de lesión en cavidad bucal que presenta la población que asiste a la Unidad de Salud de Agua Fría y San Alejo, el mayor porcentaje se encontró en exostosis en piso de la boca en el rango de edad de 12 a 19 años, distribuido en el sexo femenino con un 8% y para el sexo masculino un 8%.

TABLA N° 25 Y GRÁFICO N° 21

INDICE DE PLACA BACTERIANA POR RANGO DE EDAD Y SEXO DE LA
UNIDAD DE SALUD DE SANTA ROSA DE LIMA

Sexo	Rango de Edad	Índice de Placa								Total General	
		Buen Estado		Condición Leve		Condición Moderada		Condición Severa			
Femenino	0 a 4 años	9	5%	1	1%		0%		0%	10	6%
	5 a 11 años	13	7%	9	5%	4	2%		0%	26	15%
	12 a 19 años	15	9%	13	7%		0%		0%	28	16%
	20 a 40 años	9	5%	5	3%	2	1%		0%	16	9%
	41 a 60 años	4	2%	4	2%	4	2%	2	1%	14	8%
	60 o mas años		0%		0%	2	1%		0%	2	1%
Total Femenino		50	29%	32	18%	12	7%	2	1%	96	55%
Masculino	0 a 4 años	6	3%	1	1%	1	1%		0%	8	5%
	5 a 11 años	12	7%	7	4%	1	1%	2	1%	22	13%
	12 a 19 años	9	5%	11	6%	6	3%		0%	26	15%
	20 a 40 años	2	1%	6	3%	3	2%	1	1%	12	7%
	41 a 60 años	2	1%	1	1%	3	2%	2	1%	8	5%
	60 o mas años		0%		0%	2	1%		0%	2	1%
Total Masculino		31	18%	26	15%	16	9%	5	3%	78	45%
Total general		81	47%	58	33%	28	16%	7	4%	174	100%

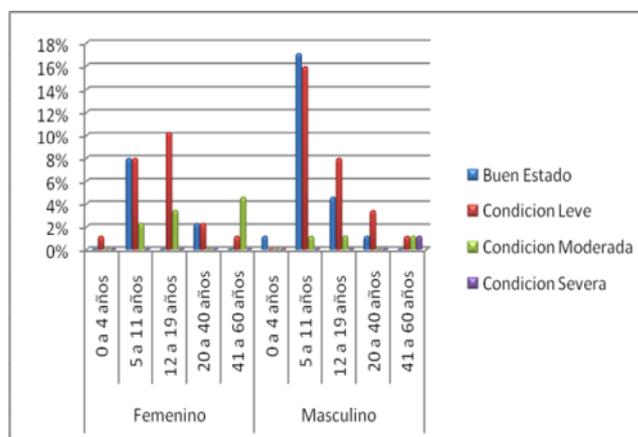


La tabla N° 25 y el gráfico N° 21 muestran el Índice de placa bacteriana de la población que asiste a la Unidad de Salud de Santa Rosa de Lima, el mayor porcentaje se encontró en condición de buen estado, ubicado en el rango de edad de 12 a 19 años, distribuido en el sexo femenino con un 9% y para el sexo masculino en el rango de edad de 5 a 11 años en un 7%.

TABLA Nº 26 Y GRÁFICO Nº 22

INDICE DE PLACA BACTERIANA POR RANGO DE EDAD Y SEXO DE LA
UNIDAD DE SALUD DE AGUA FRIA Y SAN ALEJO

Sexo	Rango edad	Índice de Placa								Total general	
		Buen Estado		Condición Leve		Condición Moderada		Condición Severa			
Femenino	0 a 4 años		0%	1	1%		0%		0%	1	1%
	5 a 11 años	7	8%	7	8%	2	2%		0%	16	18%
	12 a 19 años		0%	9	10%	3	3%		0%	12	14%
	20 a 40 años	2	2%	2	2%		0%		0%	4	5%
	41 a 60 años		0%	1	1%	4	5%		0%	5	6%
Total Femenino		9	10%	20	23%	9	10%		0%	38	43%
Masculino	0 a 4 años	1	1%		0%		0%		0%	1	1%
	5 a 11 años	15	17%	14	16%	1	1%		0%	30	34%
	12 a 19 años	4	5%	7	8%	1	1%		0%	12	14%
	20 a 40 años	1	1%	3	3%		0%		0%	4	5%
	41 a 60 años		0%	1	1%	1	1%	1	1%	3	3%
Total Masculino		21	24%	25	28%	3	3%	1	1%	50	57%
Total general		30	34%	45	51%	12	14%	1	1%	88	100%

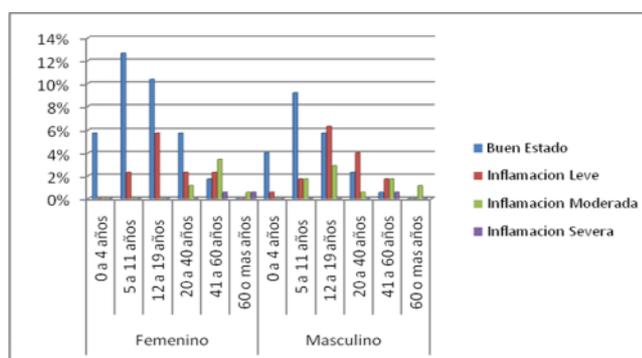


La tabla Nº 26 y el gráfico Nº 22 muestran el Índice de placa bacteriana de la población que asiste a la Unidad de Salud de Agua Fría y San Alejo, el mayor porcentaje se encontró en condición leve, ubicado en el rango de edad de 5 a 11 años, distribuido para el sexo masculino en un 16% y para el sexo femenino en el rango de edad de 12 a 19 años en un 10%.

TABLA N° 27 Y GRÁFICO N° 23

**INDICE GINGIVAL POR RANGO DE EDAD Y SEXO DE LA UNIDAD DE
SALUD DE SANTA ROSA DE LIMA**

Sexo	Rango edad	Índice Gingival								Total general	
		Buen Estado		Inflamación Leve		Inflamación Moderada		Inflamación Severa			
Femenino	0 a 4 años	10	6%		0%		0%		0%	10	6%
	5 a 11 años	22	13%	4	2%		0%		0%	26	15%
	12 a 19 años	18	10%	10	6%		0%		0%	28	16%
	20 a 40 años	10	6%	4	2%	2	1%		0%	16	9%
	41 a 60 años	3	2%	4	2%	6	3%	1	1%	14	8%
	60 o mas años		0%		0%	1	1%	1	1%	2	1%
Total Femenino		63	36%	22	13%	9	5%	2	1%	96	55%
Masculino	0 a 4 años	7	4%	1	1%		0%		0%	8	5%
	5 a 11 años	16	9%	3	2%	3	2%		0%	22	13%
	12 a 19 años	10	6%	11	6%	5	3%		0%	26	15%
	20 a 40 años	4	2%	7	4%	1	1%		0%	12	7%
	41 a 60 años	1	1%	3	2%	3	2%	1	1%	8	5%
	60 o mas años		0%		0%	2	1%		0%	2	1%
Total Masculino		38	22%	25	14%	14	8%	1	1%	78	45%
Total general		101	58%	47	27%	23	13%	3	2%	174	100%

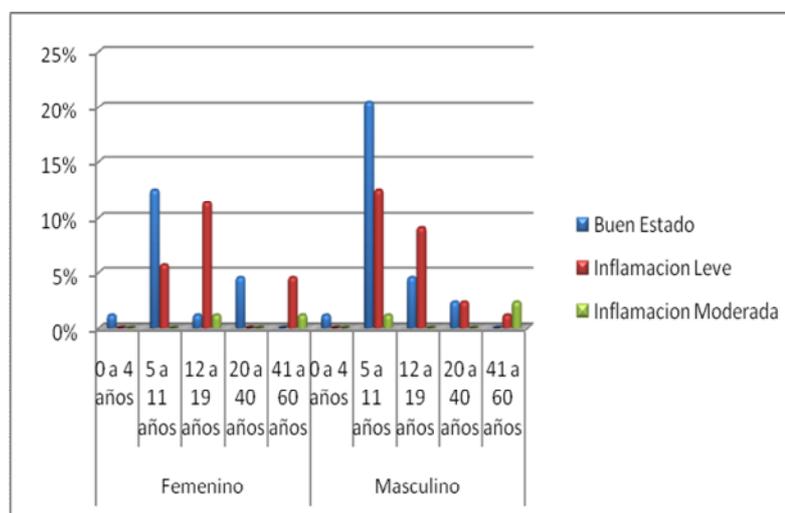


La tabla N° 27 y el gráfico N° 23 muestran el índice gingival de la población que asiste a la Unidad de Salud de Santa Rosa de Lima, el mayor porcentaje lo presenta la condición de Buen estado, ubicado en el rango de edad de 5 a 11 años, distribuido en el sexo femenino con un 13% y para el masculino un 9%.

TABLA N° 28 Y GRÁFICO N° 24

**INDICE GINGIVAL POR RANGO DE EDAD Y SEXO DE LA UNIDAD DE
SALUD DE AGUA FRIA Y SAN ALEJO.**

Sexo	Rango edad	Índice Gingival						Total General	
		Buen Estado		Inflamación Leve		Inflamación Moderada			
Femenino	0 a 4 años	1	1%		0%		0%	1	1%
	5 a 11 años	11	13%	5	6%		0%	16	18%
	12 a 19 años	1	1%	10	11%	1	1%	12	14%
	20 a 40 años	4	5%		0%		0%	4	5%
	41 a 60 años		0%	4	5%	1	1%	5	6%
Total Femenino		17	19%	19	22%	2	2%	38	43%
Masculino	0 a 4 años	1	1%		0%		0%	1	1%
	5 a 11 años	18	20%	11	13%	1	1%	30	34%
	12 a 19 años	4	5%	8	9%		0%	12	14%
	20 a 40 años	2	2%	2	2%		0%	4	5%
	41 a 60 años		0%	1	1%	2	2%	3	3%
Total Masculino		25	28%	22	25%	3	3%	50	57%
Total general		42	48%	41	47%	5	6%	88	100%

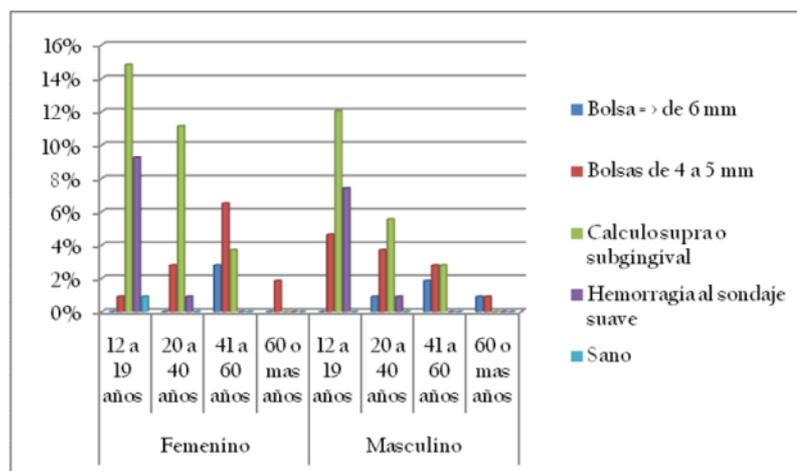


La tabla N° 28 y el gráfico N° 24 muestran el Índice Gingival de la población que asiste a la Unidad de Salud de Agua Fría y San Alejo, el mayor porcentaje se presentó en condición buen estado ubicado en el rango de edad de 5 a 11 años, distribuidas para el sexo masculino con un 20% y para el femenino un 13%.

TABLA N° 29 Y GRÁFICA N° 25

INDICE PERIODONTAL POR RANGO DE EDAD Y SEXO DE LA UNIDAD
DE SALUD DE SANTA ROSA DE LIMA

Sexo	Rango de Edad	Índice Periodontal										Total General	
		Bolsa = > de 6 mm	Bolsas de 4 a 5 mm		Calculo supra o subgingival		Hemorragia al sondaje suave		Sano				
Femenino	12 a 19 años		0%	1	1%	16	15%	10	9%	1	1%	28	26%
	20 a 40 años		0%	3	3%	12	11%	1	1%		0%	16	15%
	41 a 60 años	3	3%	7	6%	4	4%		0%		0%	14	13%
	60 o mas años		0%	2	2%		0%		0%		0%	2	2%
Total Femenino		3	3%	13	12%	32	30%	11	10%	1	1%	60	56%
Masculino	12 a 19 años		0%	5	5%	13	12%	8	7%		0%	26	24%
	20 a 40 años	1	1%	4	4%	6	6%	1	1%		0%	12	11%
	41 a 60 años	2	2%	3	3%	3	3%		0%		0%	8	7%
	60 o mas años	1	1%	1	1%		0%		0%		0%	2	2%
Total Masculino		4	4%	13	12%	22	20%	9	8%		0%	48	44%
Total general		7	6%	26	24%	54	50%	20	19%	1	1%	108	100%

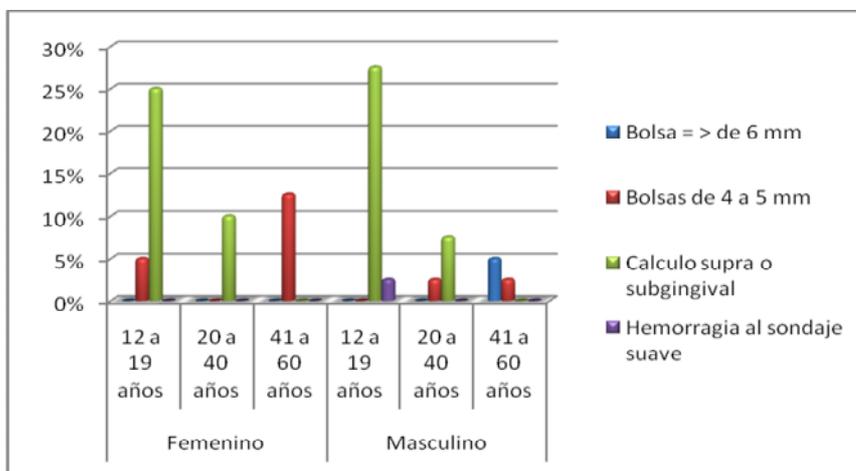


La tabla N° 29 y el gráfico N° 25 muestra el índice periodontal de la población que asiste a la Unidad de Salud de Santa Rosa de Lima encontrando con más frecuencia la presencia de cálculo supra o subgingival en el rango de edad de 12 a 19 años con un 15% en el sexo femenino y 14% en masculino.

TABLA N° 30 Y GRÁFICA N° 26

INDICE PERIODONTAL POR RANGO DE EDADES Y SEXO DE LA
UNIDAD DE SALUD DE AGUA FRIA Y SAN ALEJO

Sexo	Rango edad	Índice Periodontal								Total general	
		Bolsa = > de 6 mm		Bolsas de 4 a 5 mm		Cálculo supra o subgingival		Hemorragia al sondaje suave			
Femenino	12 a 19 años		0%	2	5%	10	25%		0%	12	30%
	20 a 40 años		0%		0%	4	10%		0%	14	10%
	41 a 60 años		0%	5	13%		0%		0%	5	13%
Total Femenino			0%	7	18%	14	35%		0%	21	53%
Masculino	12 a 19 años		0%		0%	11	28%	1	3%	12	30%
	20 a 40 años		0%	1	3%	3	8%		0%	4	10%
	41 a 60 años	2	5%	1	3%		0%		0%	3	8%
Total Masculino		2	5%	2	5%	14	35%	1	3%	19	48%
Total general		2	5%	9	23%	28	70%	1	3%	40	100%

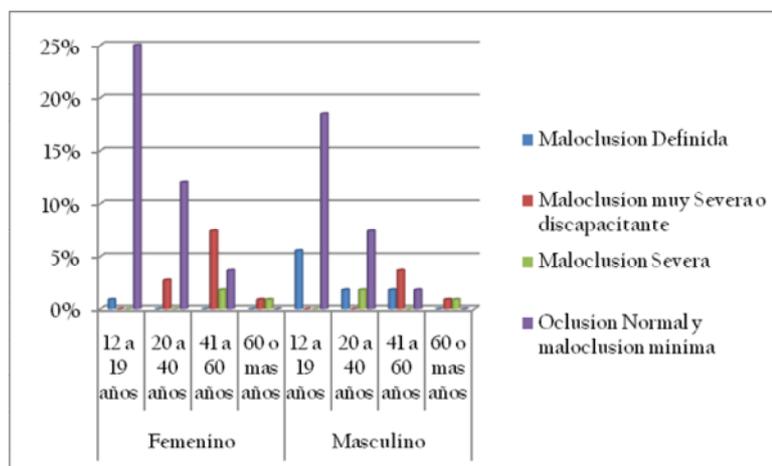


La tabla N° 30 y el gráfico N° 26 muestran el índice periodontal de la población que asiste a la Unidad de Salud de Agua Fría y San Alejo, encontrando con más frecuencia la presencia de cálculo supra o subgingival en el rango de edad de 12 a 19 años con un 28% en el sexo masculino y un 25% en femenino.

TABLA N° 31 Y GRÁFICA N° 27

MEDICIÓN DE MALOCLUSIÓN EN ADULTOS POR RANGO DE EDAD Y SEXO DE LA UNIDAD DE SALUD DE SANTA ROSA DE LIMA

Sexo	Rango de Edad	DAI Adulto								Total General	
		Maloclusión Definida		Maloclusión muy Severa o discapacitante		Maloclusión Severa		Oclusión Normal y maloclusión mínima			
Femenino	12 a 19 años	1	1%		0%		0%	27	25%	28	26%
	20 a 40 años		0%	3	3%		0%	13	12%	16	15%
	41 a 60 años		0%	8	7%	2	2%	4	4%	14	13%
	60 o mas años		0%	1	1%	1	1%		0%	2	2%
Total Femenino		1	1%	12	11%	3	3%	44	41%	60	56%
Masculino	12 a 19 años	6	6%		0%		0%	20	19%	26	24%
	20 a 40 años	2	2%		0%	2	2%	8	7%	12	11%
	41 a 60 años	2	2%	4	4%		0%	2	2%	8	7%
	60 o mas años		0%	1	1%	1	1%		0%	2	2%
Total Masculino		10	9%	5	5%	3	3%	30	28%	48	44%
Total general		11	10%	17	16%	6	6%	74	69%	108	100%

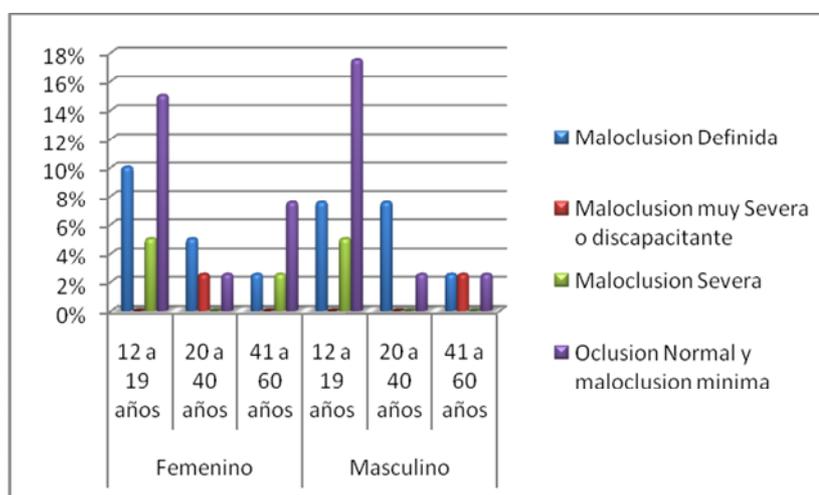


La tabla N° 31 y el gráfico N° 27 muestran el nivel de maloclusión en adulto de la población que asiste a la Unidad de Salud de Santa Rosa de Lima, el mayor porcentaje lo presentó el nivel de oclusión normal, ubicado en el rango de edad de 12 a 19 años, distribuido en el sexo femenino con un 25% y para el masculino un 19%.

TABLA No 32 Y GRÁFICA N° 28

MEDICIÓN DE MALOCLUSIÓN EN ADULTOS POR RANGO DE EDAD Y SEXO DE LA UNIDAD DE SALUD DE AGUA FRÍA Y SAN ALEJO

Sexo	Rango de Edad	DAI Adulto								Total General	
		Maloclusión Definida		Maloclusión muy Severa o discapacitante		Maloclusión Severa		Oclusión Normal y maloclusión mínima			
Femenino	12 a 19 años	4	10%		0%	2	5%	6	15%	12	30%
	20 a 40 años	2	5%	1	3%		0%	1	3%	4	10%
	41 a 60 años	1	3%		0%	1	3%	3	8%	5	13%
Total Femenino		7	18%	1	3%	3	8%	10	25%	21	53%
Masculino	12 a 19 años	3	8%		0%	2	5%	7	18%	12	30%
	20 a 40 años	3	8%		0%		0%	1	3%	4	10%
	41 a 60 años	1	3%	1	3%		0%	1	3%	3	8%
Total Masculino		7	18%	1	3%	2	5%	9	23%	19	48%
Total general		14	35%	2	5%	5	13%	19	48%	40	100%

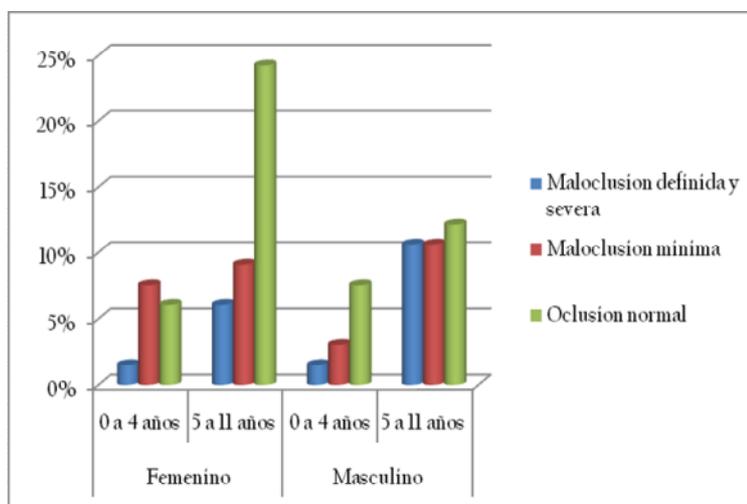


La tabla N° 32 y el gráfico N° 28 muestran el nivel de maloclusión en adulto de la población que asiste a la Unidad de Salud de Agua Fría y San Alejo, el mayor porcentaje lo presentó el nivel de oclusión normal, ubicado en el rango de edad de 12 a 19 años, distribuido en el sexo femenino con un 15% y para el masculino un 18%.

TABLA N° 33 Y GRÁFICA N° 29

MEDICIÓN DE MALOCLUSIÓN EN NIÑOS POR RANGO DE EDAD Y SEXO DE LA UNIDAD DE SALUD DE SANTA ROSA DE LIMA

Sexo	Rango de Edad	Maloclusión en Niños						Total General	
		Maloclusión definida severa		Maloclusión mínima		Oclusión normal			
Femenino	0 a 4 años	1	2%	5	8%	4	6%	10	15%
	5 a 11 años	4	6%	6	9%	16	24%	26	39%
Total Femenino		5	8%	11	17%	20	30%	36	55%
Masculino	0 a 4 años	1	2%	2	3%	5	8%	8	12%
	5 a 11 años	7	11%	7	11%	8	12%	22	33%
Total Masculino		8	12%	9	14%	13	20%	30	45%
Total general		13	20%	20	30%	33	50%	66	100%

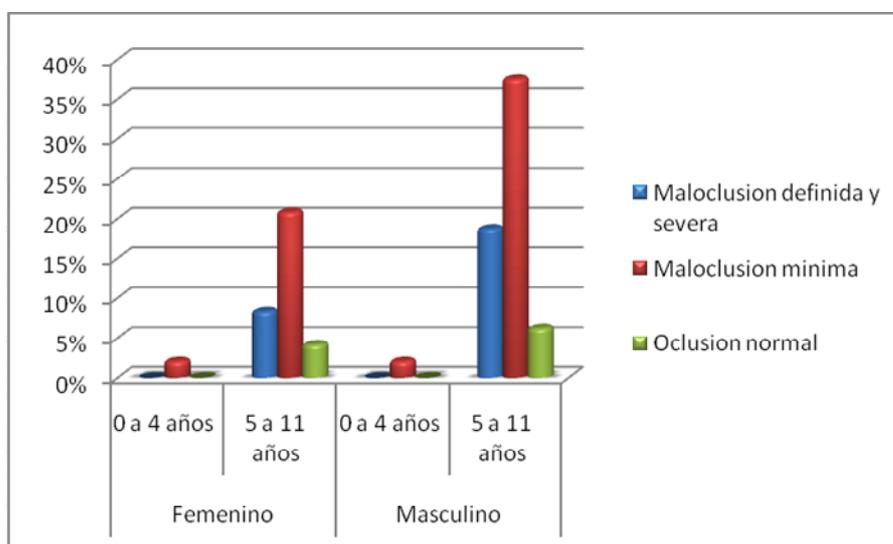


La tabla N° 33 y el gráfico N° 29 muestran el nivel de maloclusión en los niños que asisten a la Unidad de Salud de Santa Rosa de Lima, el mayor porcentaje lo presenta el nivel de oclusión normal, ubicado en el rango de edad de 5 a 11 años, distribuido para el sexo femenino con un 24% y para el sexo masculino un 20%.

TABLA N° 34 Y GRÁFICA N° 30

MEDICIÓN DE MALOCLUSIÓN EN NIÑOS POR RANGO DE EDAD Y SEXO DE LA UNIDAD DE SALUD DE AGUA FRÍA Y SAN ALEJO

Sexo	Rango edad	Maloclusión en Niños						Total general	
		Maloclusión definida y severa		Maloclusión mínima		Oclusión normal			
Femenino	0 a 4 años		0%	1	2%		0%	1	2%
	5 a 11 años	4	8%	10	21%	2	4%	16	33%
Total Femenino		4	8%	11	23%	2	4%	17	35%
Masculino	0 a 4 años		0%	1	2%		0%	1	2%
	5 a 11 años	9	19%	18	38%	3	6%	30	63%
Total Masculino		9	19%	19	40%	3	6%	31	65%
Total general		13	27%	30	63%	5	10%	48	100%

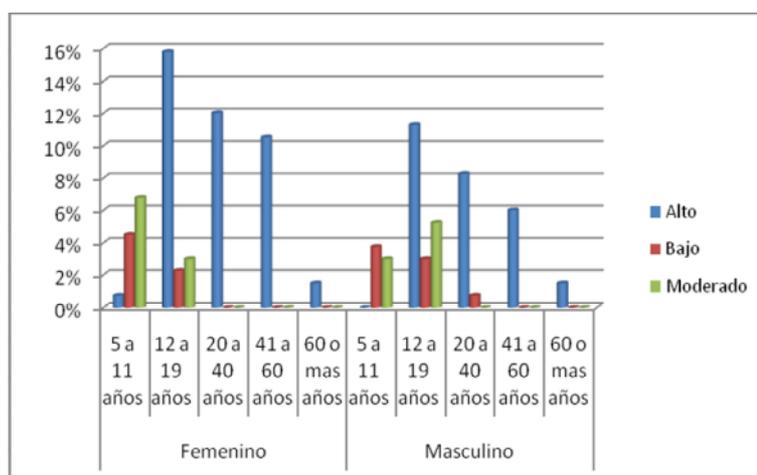


La tabla N° 34 y el gráfico N° 30 muestran el nivel de maloclusión en los niños que asisten a la Unidad de Salud de Agua Fría y San Alejo, el mayor porcentaje lo presenta el nivel de maloclusión mínima ubicado en el rango de edad de 5 a 11 años, distribuido en el sexo masculino con un 38% y para el sexo femenino con un 23%.

TABLA N° 35 Y GRÁFICA N° 31

NIVEL DE CPO/D POR RANGO DE EDADES Y SEXO DE LA UNIDAD DE
SANTA ROSA DE LIMA

Sexo	Rango de Edad	Nivel CPOD						Total General	
		Alto		Moderado		Bajo			
Femenino	5 a 11 años	1	1%	9	7%	6	5%	16	12%
	12 a 19 años	21	16%	4	3%	3	2%	28	21%
	20 a 40 años	16	12%		0%		0%	16	12%
	41 a 60 años	14	11%		0%		0%	14	11%
	60 o mas años	2	2%		0%		0%	2	2%
Total Femenino		54	41%	13	10%	9	7%	76	57%
Masculino	5 a 11 años		0%	4	3%	5	4%	9	7%
	12 a 19 años	15	11%	7	5%	4	3%	26	20%
	20 a 40 años	11	8%		0%	1	1%	12	9%
	41 a 60 años	8	6%		0%		0%	8	6%
	60 o mas años	2	2%		0%		0%	2	2%
Total Masculino		36	27%	11	8%	10	8%	57	43%
Total general		90	68%	24	18%	19	14%	133	100%

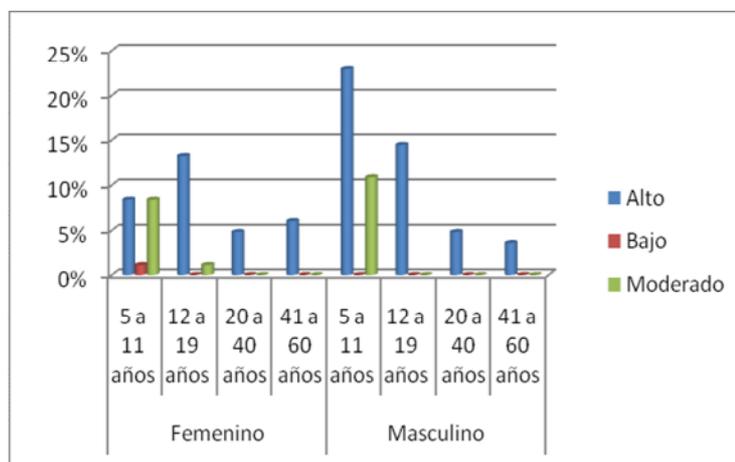


La tabla N° 35 y el gráfico N° 31 muestran el nivel de CPO/D de la población que asiste a la Unidad de Salud de Santa Rosa de Lima, el mayor porcentaje se encuentra en el nivel alto, ubicado en el rango de edad de 12 a 19 años, distribuido en el sexo femenino con un 16% y para el sexo masculino un 11%.

TABLA N° 36 Y GRÁFICA N° 32

**NIVEL DE CPO/D POR RANGO DE EDADES Y SEXO DE LA UNIDAD DE
AGUA FRIA Y SAN ALEJO**

Sexo	Rango edad	Nivel CPO/D						Total general	
		Alto		Moderado		Bajo			
Femenino	5 a 11 años	7	8%	7	8%	1	1%	15	18%
	12 a 19 años	11	13%	1	1%		0%	12	14%
	20 a 40 años	4	5%		0%		0%	4	5%
	41 a 60 años	5	6%		0%		0%	5	6%
Total Femenino		27	33%	8	10%	1	1%	36	43%
Masculino	5 a 11 años	19	23%	9	11%		0%	28	34%
	12 a 19 años	12	14%		0%		0%	12	14%
	20 a 40 años	4	5%		0%		0%	4	5%
	41 a 60 años	3	4%		0%		0%	3	4%
Total Masculino		38	46%	9	11%		0%	47	57%
Total general		65	78%	17	20%	1	1%	83	100%

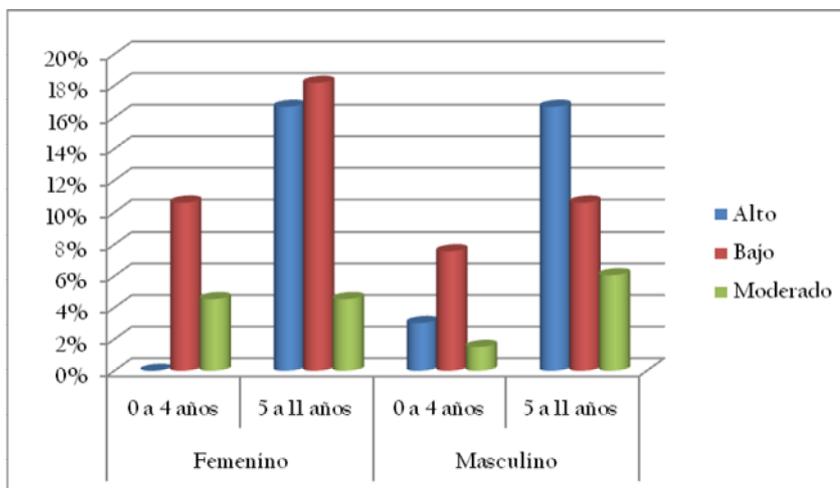


La tabla N° 36 y el gráfico N° 32 muestran el nivel de CPO/D de la población que asiste a la Unidad de Salud de Agua Fría y San Alejo, el mayor porcentaje se encuentra en el nivel alto, ubicado en el rango de edad de 5 a 11 años, en el sexo masculino con un 23% y de 12 a 19 años para el sexo femenino con un 13%.

TABLA N° 37 Y GRÁFICA N° 33

NIVEL DE ceo/d POR RANGO DE EDAD Y SEXO DE LA UNIDAD DE SALUD DE SANTA ROSA DE LIMA

Sexo	Rango de Edad	Nivel ceo/d						Total General	
		Alto		Moderado		Bajo			
Femenino	0 a 4 años		0%	3	5%	7	11%	10	15%
	5 a 11 años	11	17%	3	5%	12	18%	26	39%
Total Femenino		11	17%	6	9%	19	29%	36	55%
Masculino	0 a 4 años	2	3%	1	2%	5	8%	8	12%
	5 a 11 años	11	17%	4	6%	7	11%	22	33%
Total Masculino		13	20%	5	8%	12	18%	30	45%
Total general		24	36%	11	17%	31	47%	66	100%

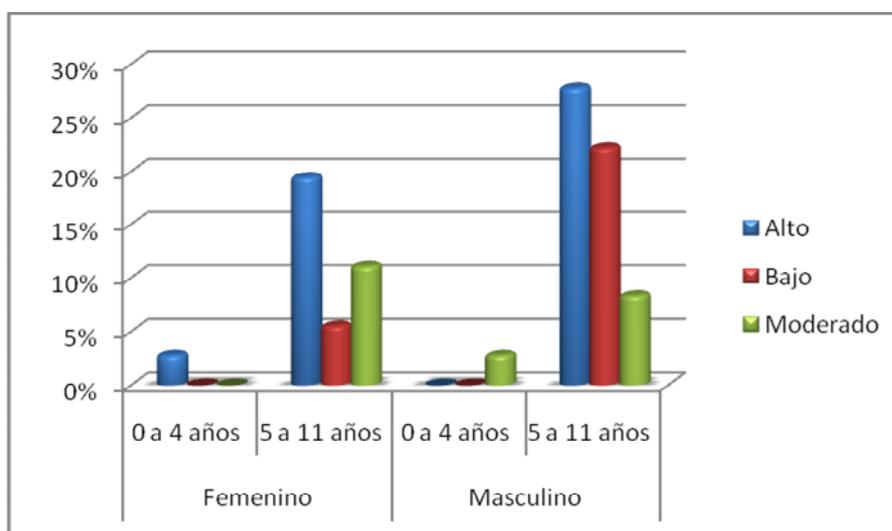


La tabla N° 37 y el gráfico N° 33 muestran el nivel de ceo/d de la población que asiste a la unidad de Salud de Santa Rosa de Lima, encontrándose el mayor porcentaje en nivel bajo, en el sexo femenino rango de edad de 5 a 11 años con un 18% y en el sexo masculino se halla nivel alto en el rango de edad de 5 a 11 años con un 17%.

TABLA N° 38 Y GRÁFICA N° 34

NIVEL DE ceo/d POR RANGO DE EDAD Y SEXO DE LA UNIDAD DE SALUD DE AGUA FRÍA Y SAN ALEJO

Sexo	Rango edad	Nivel ceo/d						Total general	
		Alto		Moderado		Bajo			
Femenino	0 a 4 años	1	3%		0%		0%	1	3%
	5 a 11 años	7	19%	4	11%	2	6%	13	36%
Total Femenino		8	22%	4	11%	2	6%	14	39%
Masculino	0 a 4 años		0%	1	3%		0%	1	3%
	5 a 11 años	10	28%	3	8%	8	22%	21	58%
Total Masculino		10	28%	4	11%	8	22%	22	61%
Total general		18	50%	8	22%	10	28%	36	100%

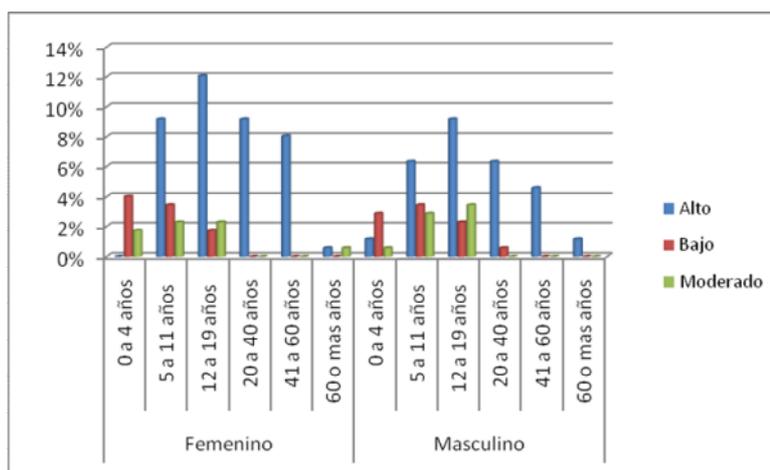


La tabla N° 38 y el gráfico N° 34 muestran el nivel de ceo/d de la población que asiste a la Unidad de Salud de Agua Fría y San Alejo, encontrándose el mayor porcentaje en nivel alto, ubicado en el rango de edad de 5 a 11 años, distribuidos en el sexo masculino con un 28% y para el femenino un 19%.

TABLA N° 39 Y GRÁFICA N° 35

**NIVEL DE CPO/D-ceo/d POR RANGO DE EDAD Y SEXO DE LA UNIDAD
DE SALUD DE SANTA ROSA DE LIMA**

Sexo	Rango de Edad	Nivel CPO/ceo						Total General	
		Alto		Moderado		Bajo			
Femenino	0 a 4 años		0%	3	2%	7	4%	10	6%
	12 a 19 años	21	12%	4	2%	3	2%	28	16%
	20 a 40 años	16	9%		0%		0%	16	9%
	41 a 60 años	14	8%		0%		0%	14	8%
	5 a 11 años	16	9%	4	2%	6	3%	26	15%
	60 o mas años	1	1%	1	1%		0%	2	1%
Total Femenino		68	39%	12	7%	16	9%	96	55%
Masculino	0 a 4 años	2	1%	1	1%	5	3%	8	5%
	12 a 19 años	16	9%	6	3%	4	2%	26	15%
	20 a 40 años	11	6%		0%	1	1%	12	7%
	41 a 60 años	8	5%		0%		0%	8	5%
	5 a 11 años	11	6%	6	3%	6	3%	22	13%
	60 o mas años	2	1%		0%		0%	2	1%
Total Masculino		50	29%	12	7%	16	9%	78	45%
Total general		118	68%	24	14%	32	18%	174	100%

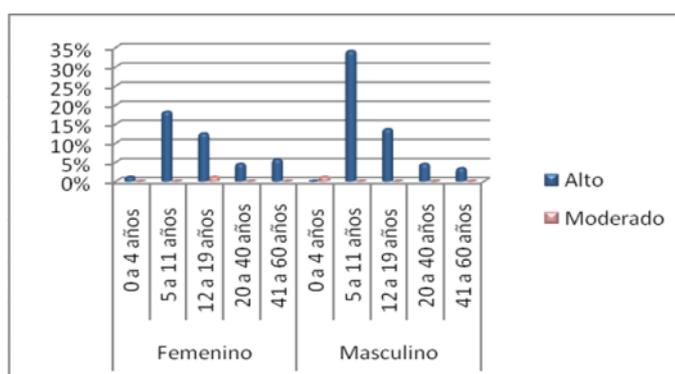


La tabla N° 39 y el gráfico N° 35 muestran el nivel de CPO/ceo de la población que asiste a la Unidad de Salud de Santa Rosa de Lima, encontrándose el porcentaje más elevado en el nivel alto ubicado en el rango de edad de 12 a 19 años, distribuido en la población femenina con un 12%, y para la masculina con un 9%.

TABLA N° 40 Y GRÁFICA N° 36

**NIVEL DE CPO/D-ceo/d POR RANGO DE EDAD Y SEXO DE LA UNIDAD
DE SALUD DE AGUA FRÍA Y SAN ALEJO**

Sexo	Rango de Edad	Nivel CPO/ceo				Total general	
		Alto		Moderado			
Femenino	0 a 4 años	1	1%		0%	1	1%
	5 a 11 años	16	18%		0%	16	18%
	12 a 19 años	11	13%	1	1%	12	14%
	20 a 40 años	4	5%		0%	4	5%
	41 a 60 años	5	6%		0%	5	6%
Total Femenino		37	42%	1	1%	38	43%
Masculino	0 a 4 años		0%	1	1%	1	1%
	5 a 11 años	30	34%		0%	30	34%
	12 a 19 años	12	14%		0%	12	14%
	20 a 40 años	4	5%		0%	4	5%
	41 a 60 años	3	3%		0%	3	3%
Total Masculino		49	56%	1	1%	50	57%
Total general		86	98%	2	2%	88	100%



La tabla N° 40 y el gráfico N° 36 muestran el nivel de CPO/ceod de la población que asiste a la Unidad de Salud de Agua Fría y San Alejo, encontrándose el porcentaje más elevado en nivel alto ubicado en el rango de edad de 5 a 11 años distribuido en la población masculina con un 34% y para la femenina un 18%.

TABLA N° 41

CONSOLIDADO DEL RESUMEN

	SANTA ROSA	AGUA FRIA Y SAN ALEJO
Motivo de Consulta	Problema dental 49% y problema periodontal 49%	Problema Dental 63%
lesiones de cara y cuello y osteomucofibrosas	Exostosis 70% y Eritroplasia 30%	Exostosis 32% y Ulceraciones y/o Descamación 32%
Índice de placa bacteriana LOE Y SILNESS	Buen Estado 47%	Condición Leve 51%
Indices gingival LOE y SILNESS	Buen Estado 58%	Buen Estado 48%
Índice periodontal comunitario CPI	Cálculo supra o subgingival 50%	Cálculo supra o subgingival 70%
Índice de estética dental DAI	Oclusión normal y Maloclusión mínima 69%	Oclusión normal y Maloclusión mínima 48%
Índice de maloclusión en niños de 3 a 12 años	Oclusión normal 50%	Maloclusión mínima 63%
Índice CPO/D-ceo/d	Alto 68%	Alto 98%

DISCUSIÓN

En los resultados obtenidos en el estudio realizado en la población asistente a la Unidad de Salud de Santa Rosa de Lima se encontró que el rango más demandante a la consulta odontológica fue de 12 a 19 años con un 31%, siendo el sexo femenino el que acudió con más frecuencia a la consulta con un porcentaje de 16% (ver tabla 1). Dentro de este grupo se observó que un 6% de las mujeres asistentes se encontraban en estado de gestación, mientras en el rango de 12 a 19 años se halló el mayor porcentaje un 4% (ver tabla 3). En la Unidad de Salud de San Alejo y Casa de Salud de Agua Fría se encontró que de la población asistente a la consulta odontológica el rango con mayor porcentaje de asistencia fue de 5 a 11 años con un 52%, siendo su mayoría de género masculino con un 34% (ver tabla 2). Para el caso de la asistencia de mujeres embarazadas a consulta odontológica el porcentaje resultante fue 6%, siendo los rangos 20 a 40 y 41 a 60 años los más sobresalientes con 3% cada uno. (Ver tabla 4).

En cuanto al ingreso económico la población asistente a consulta odontológica en Unidad de Salud de Santa Rosa de Lima que manifestó recibir ingresos es el 30%, mientras que un 70% de la población en general manifestó no percibir ingresos económicos (ver tabla 5); en cuanto al equivalente de ingreso más frecuente se encuentra entre \$1 a 100 y \$101 a 150 (ver tabla 7). La población en estudio de la Unidad de Salud de San Alejo y Casa de Salud de Agua Fría que manifestó recibir ingresos económicos es el 69% , mientras un 31% no recibe ingresos económicos (ver tabla 6), siendo su equivalente de ingreso con mayor frecuencia de \$1 a 100 (ver tabla 8). Al observar los resultados se encontró contraste con los datos proporcionados según la EHPM 2008, la cual manifiesta que el ingreso promedio mensual es de \$182.74. (2)

Según los datos presentados por la EHPM 2008, reveló que a nivel nacional, aproximadamente 691,689 personas no saben leer y escribir, lo

que representa una tasa de analfabetismo de 14.1%. En el departamento de La Unión el índice de alfabetización para el año 2004 en los jóvenes de 15-24 años es de 8.1% en los adultos de 25-59 años es de 29.8%.(2); mientras que los resultados obtenidos en Santa Rosa de Lima muestran un 85% de alfabetismo y un 15% de analfabetismo.(ver tabla 9); y en los resultados de la Unidad de Salud San Alejo y Agua Fría el 92% se encontró alfabetizado y el 8% en analfabetismo. (ver tabla 10).

La población alfabetizada en el estudio de la Unidad de Salud Santa Rosa de Lima presentó como nivel educativo promedio el 2do ciclo con un 28% (ver tabla 11), de la misma manera en la población de estudio de la Unidad de Salud San Alejo y Agua Fría con un 38% (ver tabla 12).

En relación al municipio de residencia de la población en estudio de la Unidad de Salud Santa Rosa de Lima el 97% residen en el mismo municipio y el 3% fuera de éste. (Ver tabla 13). Hallando en la Unidad de Salud San Alejo y Agua Fría que de la población en estudio un 100% de éstos reside en San Alejo y sus cantones. (Ver tabla 14). Por lo cual se determina una escasa diferencia entre el resultado de ambas Unidades de Salud mostrando que la mayor parte de la población del estudio residían en los municipios de estudio. Ésta situación reduce en gran medida la posibilidad de que personas de otros municipios asistan a consulta a las Unidades de Salud del estudio.

Ahora bien el lugar de residencia durante los primeros 7 años de vida de la población del estudio de Santa Rosa de Lima un 90% residían en dicho municipio, el 7% residían en los municipios cercanos a Santa Rosa de Lima y el 3% residían en los departamentos cercanos (ver tabla15). Así bien para la población que asistió a consulta odontológica en la Unidad de Salud de San Alejo y Casa de Salud de Agua Fría se halló que el 89% de la población residían en dicho municipio, el 5% residían en municipios aledaños y el 6% residían en los departamentos cercanos (ver tabla 16); en tanto que el lugar

de residencia de mayor frecuencia resultaron ser los municipios en donde se realizó esta investigación.

Con respecto a los principales motivos de consulta odontológicas que presentó la población del estudio realizado en el municipio de Santa Rosa de Lima, se clasificaron los motivos de consulta expuestos por el paciente en las siguientes opciones: caries y obturación, extracción, limpieza, revisión y control; encerrando estas en problemas dentales y problemas periodontales.

Encontrándose que en Santa Rosa de Lima los motivos de consulta de acuerdo a su prevalencia fueron: limpieza 49%, caries y obturaciones 26%, extracciones 22%, y revisión y control 2%; siendo más predominante el sexo femenino en el rango de edad de 12 a 19 años, con un 16% de frecuencia (ver tabla 17). Presentándose en San Alejo y Agua Fría los siguientes motivos de consulta: limpieza 38%, caries y obturación 34%, extracciones 28%, mostrando que el sexo masculino en el rango de edad de 5 a 11 años con un 14% fue el que obtuvo mayor frecuencia. (Ver tabla 18). Estos resultados difieren un poco con los del estudio realizado en la población de Nuevo León en el cual el motivo de mayor consulta fue caries dental en el rango de edad de 25 a 44 años.(17)

Dentro de los problemas reales por los que la población consultó a la Unidad de Santa Rosa de Lima se clasificaron en: problemas dentales, periodontales, y revisión y control, los resultados de la población en general fueron el 49% asistió por problemas dentales, el 49% por periodontales y el 2% por revisión y control, siendo el sexo femenino dentro del rango de 12 a 19 años de mayor afluencia (ver tabla 19). Por otra parte en la Unidad de Salud de San Alejo y Casa de Salud de Agua Fría se halló que la frecuencia de asistencia de 63% fue por problemas dentales y el 37% problemas periodontales registrando que el de mayor afluencia fue el sexo masculino en el rango de 5 a 11 años con un 34% (Ver tabla 20). Si se clasifica por rangos de edades se encuentra que el rango de edad de 12 a 19 años en el municipio de Santa Rosa de Lima y el rango de edad de 5 a 11 años en el

municipio de San Alejo y Agua Fría expusieron como problema real de consulta a los problemas dentales.

Con respecto a las lesiones de cara, cuello y mucofibrosos en la población de Santa Rosa de Lima se obtuvo que un 20% presenta lesión en la encía tipo eritroplásica, en paladar duro se encontró eritroplasia con 10 % y exostosis con 70%, el sexo femenino tuvo su porcentaje prevalente en exostosis en paladar duro con el 40% de igual forma el sexo masculino con un 20% (ver tabla 23). Mientras que en la población de estudio de la Unidad de Salud de San Alejo y Casa de Salud de Agua Fría se obtuvo lesiones de encía de tipo complicación postquirúrgica con 16%, eritroplasia 4%, tumoración 4%, ulceraciones 12%; lesiones en piso de la boca tipo exostosis con el 20%; lesiones en labios del tipo ulceraciones con 12%; lesiones en paladar duro del tipo exostosis 12% y leucoplasia 4%; y lesiones en carrillo, de tipo leucoplasia con un 8% y ulceración con 8%. En el rango de edad 12 a 19 años tanto el sexo masculino como el femenino presentan mayor frecuencia de exostosis con un 8% (ver tabla 24).

Éstos datos difieren de los encontrados en un estudio en el Laboratorio Central de Histopatología Bucal "Dr. Pedro Tinoco" de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela, en donde la patología diagnosticada con más frecuencia fue la Leucoplasia seguida por Hiperplasia fibrosa por prótesis dental y Fibroma Traumático. (19)

En cuanto a los resultados obtenidos en la población de Santa Rosa de Lima respecto al índice de Placa dentobacteriana revelaron que el 47% de la población presenta un Buen Estado, el 33% condición leve, el 16% condición moderada y el 4% condición severa, se obtuvo que el sexo femenino en el rango de edad de 12 a 19 años presenta su mayor porcentaje en condición de buen estado en un 9%, mientras el sexo masculino en el rango de 5 a 11 años presentó mayor proporción en la condición de buen estado en un 7%. (Ver tabla 25). Para la población del estudio en el municipio de San Alejo y Agua Fría referente al Índice de Placa Bacteriana los resultados mostraron

que un 51% de la población presenta condición leve, el 34% presento buen estado, el 14% condición moderada y el 1% condición severa; el sexo femenino en el rango de 12 a 19 años presenta su mayor porcentaje 10% en condición leve, en tanto el sexo masculino presento un 17% en condición de buen estado en el rango de edad 5 a 11 años (ver tabla 26). En incongruencia con el estudio del Perú sobre índice de placa bacteriana, en un rango de 6 y 14 años, donde se concluyó que el 53.3% presentó un índice de placa en condición severa. (21)

Ahora bien para el Índice Gingival en los resultados del Municipio de Santa Rosa de Lima se encontró que el 58% presentó buen estado, el 27% inflamación leve, 13% inflamación moderada y un 2% inflamación severa; siendo el rango de edad de 5 a 11 años del sexo femenino el más frecuente en buen estado gingival con 13%, el sexo masculino en el rango de 5 a 11 años con un 9% en buen estado gingival (ver tabla 27). Para el municipio de San Alejo y Agua Fría se encontró que el 48% tuvo buen estado, el 47% inflamación leve y el 6% inflamación moderada, siendo el rango de edad de 5 a 11 años en el sexo femenino el más frecuente en buen estado gingival con un 13%, mientras en el sexo masculino el rango de edad de 5 a 11 años con un 20% en buen estado gingival el mas prevalente (Ver tabla 28). Los resultados planteados anteriormente coinciden con el estudio en Sabana Bogotá en niños 3- 12 años el cual concluye que el índice gingival incrementó progresivamente con la edad. Existiendo una relación inversa entre la edad y el índice de placa bacteriana y directa entre la edad y el índice gingival (24).

Con respecto a los porcentajes obtenidos para el Índice Periodontal en la población de estudio de Santa Rosa de Lima el 6% presento bolsas igual o mayor de 6mm, 24% bolsas de 4-5mm, 50% cálculo supra o subgingival, 19% hemorragia al sondaje suave, 1% sano; en donde la mayor proporción en género femenino estuvo de 41 a 60 años que presentó bolsas de 4 a 5mm en un 6%, y el masculino de 12 a 19 años con cálculo supra o subgingival con un 12% (Ver tabla 29).

En la población de estudio de San Alejo y Agua Fría se encontró que un 5% presentó bolsas de 6mm, un 23% bolsas de 4 a 5mm, 70% cálculo supra o subgingival y el 3% hemorragia al sondaje suave; siendo el rango de 12 a 19 años con cálculo supra o subgingival el más prevalente con 25% en femenino y 28% en masculino (Ver tabla 30). Datos similares se hallaron en el estudio que se realizó en São Paulo, Brasil, que constató una prevalencia relativamente alta de cálculo dental en el rango 35-44 años con el 29,78% cuya prevalencia aumenta con la edad. (26)

De tal manera en el Índice de Estética Dental en la población de estudio de la Unidad de Salud de Santa Rosa de Lima, se halló que el 10% reveló maloclusión definida, 16% maloclusión muy severa o discapacitante, 6% maloclusión severa, y 69% oclusión normal y maloclusión mínima, en cuanto al rango más prevalente del género femenino fue de 12 a 19 años con 25% en oclusión normal y maloclusión mínima, la misma clasificación dental fue para el género masculino en rango de 12 a 19 años con 19% (ver tabla 31). Los resultados obtenidos para la población estudiada en la Unidad de Salud de San Alejo y Casa de Salud de Agua Fría destacaron la prevalencia de Oclusión normal y maloclusión mínima con un 48%, maloclusión definida con 35%, maloclusión severa con 13% y maloclusión muy severa y discapacitante con 5%; dentro de los cuales los datos más destacados fueron sexo femenino en edad de 12 a 19 años con 15% que presentó oclusión normal y maloclusión mínima y la misma clasificación de estética dental en masculino con 18% en el rango antes mencionado (ver tabla 32). Similares datos se evidenciaron en la investigación realizada en la Facultad de Estomatología del Instituto Superior de Ciencias Médicas "Serafín Ruiz de Zárate Ruiz" de Santa Clara, Villa Clara, en la cual se observó prevalencia de oclusión normal o maloclusión menor con un 61,9 %. (28)

De la misma forma para el Índice de Maloclusión en niños en la Unidad de Salud de Santa Rosa de Lima se encontraron los siguientes datos oclusión normal con 50%, maloclusión mínima 30%, maloclusión definida y severa

20%. El género femenino de 5 a 11 años presentó el mayor porcentaje 24% en oclusión normal, igualmente el masculino de 5 a 11 años con un 12% (ver tabla 33). Para la población de estudio de la Unidad de Salud de San Alejo y Casa de Salud de Agua Fría se encontró oclusión normal con 10%, maloclusión mínima 63%, maloclusión definida y severa 27%. El género femenino de 5 a 11 años presentó el mayor porcentaje 21% en maloclusión mínima, igualmente el masculino de 5 a 11 años con un 38% (ver tabla 34). En diferente clasificación pero con datos parecidos la investigación de la escuela "Madre Candelaria", con edades comprendidas entre los 5 y 9 años arrojó como resultado que los tipos de maloclusiones más frecuentes fueron Clase 1 con 45% y Clase 1 Tipo I con 18% (29). Lo cual nos indica que tanto el estudio de la escuela "Madre Candelaria"; como el estudio de la Unidad de Salud de Santa Rosa de Lima y de la Unidad de Salud de San Alejo y Casa de Salud de Agua Fría; reflejaron como datos sobresalientes una mínima alteración en la oclusión en niños.

En cuanto a los datos obtenidos en el Índice CPO/D- ceo/d en la Unidad de Salud de Santa Rosa de Lima (ver tabla 39), se obtuvo que más del 50% de la población presentó un índice de caries alto así como en la población de estudio de la Unidad de Salud de San Alejo y Casa de Salud de Agua Fría. (Ver tabla 40). . Ahora bien el sexo masculino fue el más prevalente en la población de estudio de San Alejo y Agua Fría con un porcentaje de 56%.

Mientras el sexo femenino el que presentó mayor índice de caries dental en la población de estudio de Santa Rosa de Lima con un porcentaje de 39% ; tal como se destacó en la Cátedra Clínica de Operatoria Dental de la FOUNNE cohorte 2004 de un total de 140 pacientes rehabilitados 60 corresponden al sexo femenino y representa el 43% y 42 al sexo masculino representando el 30%. El 27 % restante corresponde a pacientes que no presentaron caries en el sector anterior. (22) De igual forma la investigación de la Clínica Odontológica Univalle de La Paz, Bolivia; durante la gestión I/2000 en los resultados expresan que la caries de mayor predominio es en el género femenino con 55%. (23)

CONCLUSIONES

a.1. De la población que asiste a la consulta odontológica en el municipio de Santa Rosa de Lima se destacó el rango de edad 12 a 19 años con 31% y para el municipio de San Alejo el rango de 5 a 11 años de edad con 52%.

a.2. Según género la población que más asistió a la Unidad de Salud de Santa Rosa de Lima fue la femenina con 55% y la población masculina con 57% para la Unidad de Salud de San Alejo y Agua Fría.

a.3. Que de la población asistente a la Unidad de Salud de Santa Rosa de Lima el 70% no recibe ingresos económicos, y en la Unidad de Salud de San Alejo y Casa de Salud de Agua Fría el 69% de la población asistente recibe ingresos económicos. Mientras el ingreso económico promedio recibido por la población oscila entre \$1 a 100 mensuales en ambos municipios.

a.4. Que la población alfabetizada es un 85% para el municipio de Santa Rosa de Lima y un 92% para San Alejo, siendo el nivel de escolaridad alcanzado predominantemente, segundo ciclo en los dos municipios.

a.5. La población que se presenta a la consulta odontológica en la Unidad de Salud de Santa Rosa de Lima reside en el municipio de Santa Rosa de Lima de los cuales el 90% residió sus primeros 7 años de vida en dicho municipio, así mismo en el municipio de San Alejo con un 89%.

b. El principal motivo de consulta real por el que la población asistió a los establecimientos de Salud de Santa Rosa de Lima, y San Alejo y Agua Fría; fue limpiezas dentales.

c. La población del estudio en el municipio de Santa Rosa de Lima mostró un alto porcentaje de exostosis en el paladar duro, mientras que en la población de San Alejo y Agua Fría predominó la exostosis en el piso de la boca.

d.1 La condición bucal determinada por el Índice de placa bacteriana que presentó la población de la Unidad de Salud de Santa Rosa de Lima se clasifica en condición de buen estado, mientras que la población de la Unidad de Salud de San Alejo y Casa de Salud de Agua Fría se clasifica en condición leve.

d.2. Según los datos obtenidos del estudio se concluyó que ambos municipios presentan un alto índice en CPO/D-ceo/d.

d.3. En cuanto a la condición gingival se observó que tanto en la población de Santa Rosa de Lima, San Alejo y Agua Fría el índice gingival se encontró bajo por lo cual se clasifica en condición de buen estado.

d.4. Que la presencia de cálculo supra y subgingival destacó con mayor porcentaje en referencia al índice periodontal en ambas poblaciones de estudio.

e. Se determinó que en el Índice de Estética Dental en Adultos las dos poblaciones del estudio mostraron una prevalencia en oclusión normal y maloclusión mínima, mientras que en el índice de maloclusión en niños la población de Santa Rosa de Lima la frecuencia más alta fue en oclusión normal y en la población de San Alejo fue maloclusión mínima.

f. Concluimos que el principal problema estomatológico en las poblaciones de estudio de la Unidad de Salud de Santa Rosa de Lima y la Unidad de Salud de San Alejo y Casa de Salud de Agua Fría de manera global son los problemas dentales.

RECOMENDACIONES

AL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

1. Mantener un desarrollo constante en todas las actividades de los programas de Salud Bucal, para lograr que éstos beneficien al 100% de la población a la que se dirigen.
2. Analizar ésta y otras investigaciones para reorientar programas de educación en Salud Bucal continuamente durante todo el año, de manera que no solo septiembre sea dedicado al cuidado estomatológico.
3. Coordinar con instituciones gubernamentales y no gubernamentales proyectos enfocados en salud bucal preventiva.
4. Seguimiento a nivel local para mejorar la distribución de equipo y materiales odontológicos asignados a las Regionales de Salud, Sibasis, y Unidades de Salud.
5. Realizar capacitaciones del personal odontológico en áreas preventivas y curativas, de los contenidos de Salud Bucal presentes en los programas ya establecidos.
6. Ejecutar contratación de personal odontológico capacitado, para Centros Escolares de manera que se brinde servicios odontológicos continuos al alumnado en el lugar de estudio.

A LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

1. Forjar proyectos junto al MSPAS; en los cuales se involucre al estudiante de odontología en áreas preventivas y curativas en pro de la sociedad salvadoreña.
2. Estrechar lazos con el MSPAS para realizar investigaciones de éste tipo con mayor facilidad y menos limitantes.
3. Capacitar a los docentes asesores y estudiantes en técnicas de investigaciones para mejorar el desempeño de éstos con sus grupos de tesis.
4. Seguir en su noble labor de incentivar y promover la realización de investigación en nuestro país.
5. Darle seguimiento a los resultados obtenidos sobre el diagnóstico de exostosis en paladar duro y en piso de la boca en ambos municipios de investigación.

A LA UNIDAD DE SALUD DE SAN ALEJO Y CASA DE SALUD DE AGUA FRIA

1. Dar seguimiento a esta investigación sobre diagnóstico de la condición bucal de la población de San Alejo y Agua Fría, para mejorar la salud bucal de dicha población.

2. Estrechar relaciones con el Sibasi La Unión y la Regional de Salud Oriental, para llevar acabo estrategias innovadoras en salud bucal preventiva en pro de la salud del municipio de San Alejo.
3. Seguir en su labor de orientar y educar a la población del municipio de San Alejo en las medidas de higiene bucal que pueden practicar.
4. Planear estrategias dinámicas que generen interés en la comunidad, logrando su participación e información de los programas de Salud bucal.

A LA UNIDAD DE SALUD DE SANTA ROSA DE LIMA

1. Lograr una mejor relación odontólogo-paciente para brindar la atención adecuada al paciente que asiste a la consulta, y así poder proporcionar opciones de tratamiento según sus posibilidades económicas y mejorar su salud bucal.
2. Crear estrategias de comunicación hacia el paciente para poder identificar el motivo por el cual asiste a la consulta odontológica.
3. Realizar un examen clínico minucioso para así poder identificar la existencia de lesiones aun fuera de la cavidad bucal.
4. Dar seguimiento a esta investigación sobre diagnostico de la condición bucal de la población de Santa Rosa de Lima, para mejorar la salud bucal de dicha población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Roberto D'Aubuisson, Álvaro Magaña, et al, Constitución Política de El Salvador. El Salvador, 1983. Disponible en: <http://www.constitution.org/cons/elsalvad.htm>
2. William Antonio Olivares, et al, Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples. San Salvador, año 2008. Disponible en: <http://www.digestyc.gob.sv/>.
3. Rafael López Gallardo, et al, "Estudio Epidemiológico de Caries Dental y Fluorosis en escolares de 5-6, 7-8 , 12 y 15 años de Centros de Enseñanza Pública y Privada de El Salvador MSPAS-OPS", año 2008. Disponible en: http://www.mspas.gob.sv/pdf/doc_prog/salud_bucal/estudio_epidemiologico2008/resultados1.pdf
4. Guzmán R, Herbert. "Modelo de atención en salud oral en los sistemas sanitarios de El Salvador". Aportes para la reforma del sector salud en El Salvador. San Salvador, año 1999. Disponible en: http://www.mspas.gob.sv/pdf/aportes_6.pdf.
5. Enamel Fluorosis, Sitio de la "American Academy of PediatricDentistry", visto 18 marzo 2006. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Fluorosis_dental
6. Kevin Watkins, et al, "Informe sobre Desarrollo Humano El Salvador 2007 – 2008" Nueva York, año 2008.

7. Doris Dina Méndez Goncalves, Nancy Caricote Lovera, “Estudio Epidemiológico Para La Planificación Integral De La Odontología (EPIO)”, Revista Latinoamericana De Ortodoncia y Odontopediatria, Año 2003. Disponible en: http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2003/caries_dental_escolares.asp
8. María Del Carmen Valle, Maikel Joaquín Oñate, “Comportamiento Epidemiológico de la Enfermedad Periodontal en Pacientes Diabéticos de la Policlínica Moncada”, Instituto Superior De Ciencias Medicas De La Habana, Facultad De Estomatología, 2005. Disponible en: http://www.ucmh.sld.cu/rhab/vol5_num3/rhcm16306.htm
9. Morena Elizabeth López Hernández, Celia Azucena Muñoz Quintanilla, FACULTAD DE ODONTOLOGIA (UNSSA), “Diseño De Un Programa Educativo Sobre La Enfermedad Periodontal Para Mejorar La Salud Bucal De Las Mujeres Embarazadas De 16 A 30 Años De Edad Del Área Rural Del Municipio De San Cristóbal Departamento De Cuscatlán”, año 2005. Disponible en: www.unssa.edu.sv/.../Enfermedad%20Periodontal%20San%20Cristobal.doc
10. Leónidas Martínez, Carmen Rosa Salazar, Gisela Ramírez De Sánchez, “Estrato Social Prevalencia De Gingivitis En Gestantes, Estado Yaracuy Municipio De San Felipe Venezuela”, Acta Odontológica Venezolana, volumen 39 No 1, 2001. Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2001/1/estrato_social_prevalencia_gingivitis.asp

11. Ministerio de Educación, "Ley General de Educación". Decreto 917, El Salvador, año 1996. Disponible en: http://www.mined.gob.sv/mined/auditoria/descargas/pdf/ley%20general_educacion.pdf
12. Consideraciones técnicas para mejorar el proceso de alfabetización en El Salvador. Comité técnico para la alfabetización, 2006, pág. 4.
13. Blanca Estela Cruz, et al, "Síntesis Del Informe De Desarrollo Humano En El Salvador" Ingresos y Residencias En La Union, 2007. Disponible en: www.Gestiopolis1.Com/.../Impacto-De-La-Macroeconomía-En-El-Desarrollo-Humano.Htm
14. Claudia Lorena Canales, "Departamento De La Union, El Salvador", 2007. Disponible en: <http://lorenacanales6.blogspot.com/>
15. Ernesto Galdámez, "Monografía sobre Desarrollo Humano y Objetivos de Desarrollo del Milenio Municipio de Conchagua, departamento de La Unión", 2007. Disponible en: <http://www.pnud.org.sv/2007/odm/content/blogcategory/0/106/>
16. Oscar Javier Saldarriaga, Mónica Sánchez, Liliana Avendaño, "Conocimientos y Practicas de las Gestantes Vinculadas al Programa de control Prenatal, Medellín", Revista CES Odontología 2004. Disponible en: <http://www.ces.edu.co/Descargas/v17n2pag9-23.pdf>

17. Jose Alberto Buccio Garza, "Estudio retrospectivo de morbilidad de salud bucal realizado en el primer nivel de atención del municipio de Montémoselos Nuevo León en el periodo de julio del 2000 a diciembre del 2002", Revista de Salud y Nutricion, *volumen 10 n.2.* Disponible en: <http://www.respyn.uanl.mx/especiales/ee-3-2004/08.htm>.
18. Carlo Eduardo Medina Solís, José Luis Córdova González, María Alejandra Zazueta Hernández, Alejandro José Casanova Rosado, "Diagnósticos quirúrgicos de cirugía bucal", Facultad de Odontología Departamento de Cirugía Bucal y Maxilofacial, Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar ,Instituto Mexicano del Seguro Social, Campeche, año 2002. Disponible en: www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/99723932-07E4-47F2.../09.pdf -
19. Moret Yuli, Rivera Helen, Cartaya Melissa, , "Prevalencia De Lesiones En La Mucosa Bucal De Pacientes Diagnosticados En El Laboratorio Central De Histopatología Bucal "Dr. Pedro Tinoco" De La Facultad De Odontología De La Universidad Central De Venezuela", Acta Odontológica. Disponible en: www.actaodontologica.com/./prevalencia_lesiones_mucosa_bucal.asp
20. Ángela María Franco, "Prevalencia de caries y Gingivitis en Preescolares". Revista CES Odontología. Disponible en: http://www.ces.edu.co/Descargas/prevalencia_caries_gingivitis_preescolar.pdf

21. Lahould Víctor, Mendoza Z. Jannet, Vacca Gustavo, "Prevalencia de placa bacteriana, caries dental y maloclusiones en 330 escolares de 6 a 14 años", Odontología Sanmarquina, Vol.1 No 5, Año 2000. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/odontologia/2000_n5/prev-alencia.htm
22. Chetti Ana M, Ruiz Díaz Elena O, Romero Horacio, Estudio de la prevalencia de lesiones de caries en piezas dentarias anteriores y su relación con variables epidemiológicas, Universidad Nacional del Nordeste, Comunicaciones Científicas y Tecnológicas, año 2005.
Disponible en: <http://www.unne.edu.ar/Web/cyt/com2005/3-Medicina/M-107.pdf>
23. Eliana Ríos, Patricia Baltasar, Jury Frías, Carla Mendoza, Sara Rodríguez, Roció Torres: "Prevalencia de Patologías Dentales en la Clínica Odontológica Univalle - La Paz, Bolivia" año 2000.
Disponible en: <http://www.univalle.edu/publicaciones/journal/journal1/pag11.htm>
24. Alexandra Paola Benítez Melo, Mario Rafael Romero Sánchez Romero, "Gingivitis en los niños y púberes tempranos pertenecientes a hogares del beneficio social de la Sabana Bogotá, Colombia". Revista Odontológica. Disponible en: www.encolombia.com/.../FocXXIV-gingivitis.htm
25. Cornejo Zaga Enma, "El Estado Nutricional y su Relación con el Perfil de Salud Bucal en niños de 6 a 9 años Lima Perú", Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Año 2002.
Disponible en: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2003/cornejo_ze/html/index-frames.html

26. Suzely Adas Saliba Moimaz, Nemre Adas Saliba, "Condiciones Periodontales y Características Socioeconómicas de jóvenes y adultos brasileños", Acta Odontológica Venezolana, Volumen 46 N° 2 2008. Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2008/2/condiciones_periodontales_caracteristicas_socioeconomicas.asp
27. María Lilia, Adriana Juárez López, José Francisco Murrieta, "Prevalencia y factores de riesgo asociados a enfermedad periodontal en preescolares de la Ciudad de México", Medigraphic Artemisa en línea, Año 2004. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2005/gm053c.pdf
28. Lilian Toledo Reyes, Dra. Miriam Machado Martínez, Dra. Yaumara Martínez Herrada, Dra. Mabel Muñoz Medina, "maloclusiones por el índice de estética dental (dai) en la población menor de 19 años", revista cubana estomatológica, año 2004. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol41_3_04/est06304.htm
29. Cano .C., Rosas C., Gutiérrez N., Velásquez Y., Godoy S., Quiros O., Farías M., Fuenmayor D., D Jurisic A., Alcedo C, "Frecuencia de Maloclusión en Niños de 5 a 9 años en una Zona Rural del Estado Guárico periodo 2007-2008." Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria, Año 2008. Disponible en: http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2008/frecuencia_maloclusion_ninos_estado_guarico.asp

ANEXOS

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
COORDINACION GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN**



PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

**DIAGNOSTICO DE LA CONDICIÓN BUCAL DE LA POBLACIÓN QUE
ASISTE A LAS UNIDADES DE SALUD DE SANTA ROSA DE LIMA, AGUA
FRÍA Y SAN ALEJO DEL DEPARTAMENTO LA UNIÓN EN EL AÑO 2009.**

ELABORADO POR:

ELIZABETH MARYLU BARQUERO CEA

SILVIA LORENA MEJIA FLORES

KARLA AZUCENA MOLINA AYALA

DOCENTE DIRECTOR

DR. HERBERT MENA VAQUERANO

CIUDAD UNIVERSITARIA, 09 DE OCTUBRE DE 2009

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

1. Planteamiento del problema.....	1
2. Justificación de la Investigación.....	5
3. Objetivos.....	6
4. Marco teórico.....	7
5. Materiales y métodos.....	18
6. Limitaciones y alcances.....	27
7. Consideraciones bioéticas.....	28
8.Cronograma.....	2

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

La salud en general y en este caso en particular la salud bucodental individual y colectiva es un constituyente indispensable para las diferentes actividades de la población, sean estas productivas, académicas, sociales y otras muchas más, en los sentidos de aceptación, rendimiento, diversión e incluso emocional. Por lo que las políticas de salud tanto general como bucal a desarrollar en el futuro deben contar con sustentación técnica científica actualizada de la población.

Por ello el conocimiento de la realidad de la salud bucal de la población a través de la individual resulta de primordial importancia e indispensable para el desarrollo de una correcta planificación, organización, dirección y control de la atención estomatológica, y su evaluación periódica permite conocer los desaciertos y logros alcanzados en la aplicación de programas de atención creados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y así poder contribuir al mejoramiento de dichos programas.

Existen factores socio demográficos que están directamente relacionados con la prevalencia e incidencia del surgimiento de las enfermedades bucales como son la edad, el sexo, el nivel de escolaridad, la ocupación, entre otros; de ahí que la medición del estado actual de salud se establece a través de indicadores científicos actualizados con un enfoque clínico y socioeconómico de los problemas de salud bucal.

El estado de salud del sistema estomatológico de la población tiene carácter dinámico y constantemente sufre variaciones las cuales perjudican el equilibrio de dicha salud, lo que motiva a realizar este estudio; donde se pretende conocer el estado de salud bucal de la población que asiste a los centros de salud y escuelas saludables Santa Rosa De Lima, Agua Fría, San Alejo en el departamento de La Unión.

Es un estudio epidemiológico que proporcionará datos actualizados de la condición de salud bucal de la población. La población total será la asistente a las unidades de salud y escuelas de las localidades antes mencionadas, luego se obtendrá la muestra utilizando un nivel de confianza de 95%, y luego la submuestra por estratos, seguido de esto se obtendrán datos fiables a través del análisis estadístico del resultado de la guía de observación y cédula de entrevista, que serán los instrumentos de diagnóstico utilizados en los pacientes que asisten a la consulta diaria, obteniendo así las conclusiones y recomendaciones sobre la problemática que se encuentre.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La situación de salud general en el país no ha sido abordada con la efectividad que ésta amerita por las instituciones encargadas de brindarla a toda la población, sin distinción pues es un derecho establecido en la Constitución de la República, como lo dicta el artículo 1 “El Salvador reconoce a la persona humana como el origen y el fin de la actividad del Estado, que está organizado para la consecución de la justicia, de la seguridad jurídica y del bien común. En consecuencia, es obligación del Estado asegurar a los habitantes de la República, el goce de la libertad, la salud, la cultura, el bienestar económico y la justicia social” (1).

Conociendo el artículo se puede afirmar que El Estado debe brindar los servicios de salud a todo ser humano sin embargo no se alcanza cubrir este servicio a toda la población por muchas limitantes como: falta de recursos humanos en las unidades de salud y hospitales, falta de medicamentos, condiciones e infraestructuras inadecuadas.

En El Salvador la distribución de los servicios de salud bucal es diferente en áreas urbanas que en áreas rurales debido a políticas sectoriales injustas, siendo el área rural con difícil acceso a este servicio. Según el Estudio de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) del 2008 establece que: “A nivel nacional, el ingreso promedio mensual de los hogares es de \$504.91. En el área urbana es de \$599.03 y en el área rural es de \$305.76; lo que indica que las condiciones de vida de los hogares del área rural, están por debajo de los que poseen los hogares urbanos” (2).

Los salarios bajos en ambas zonas ha obligado a que las condiciones de los costos de oportunidades desvíen el poder de compra de lo más necesario o en este caso optar por el servicio de la salud y que el poder de compra se reduzca cada vez mas.

La situación bucal más reciente de El Salvador aparece registrada en el año 2008 donde se llevo a cabo un estudio Epidemiológico de Caries Dental y Fluorosis en escolares de 5-6, 7-8 y 12-15 años en Centros de Enseñanza Pública y Privada de El Salvador. Los resultados del estudio antes mencionado por el MSPAS revelan:

- 1) La mayoría de la población estudiada presenta un estado de salud periodontal normal y una población mínima presenta cálculo dental y sangrado gingival.
- 2) Los alumnos de Centros Escolares registrados en el área rural y las pertenecientes al sector público son los más afectadas por la enfermedad de caries dental.
- 3) Los departamentos más afectados por la caries dental en la dentición decidua son Ahuachapán, San Vicente y La Unión.

- 4) Los departamentos más afectados por la caries dental en la dentición permanente son San Vicente, Cabañas y La Paz.
- 5) La mayoría de las lesiones cariosas en la dentición permanente se encuentran en las molares, en todas las edades. (3)

Los problemas bucodentales son producto de una visión patocéntrica de las enfermedades bucales por lo que se encuentran muy extendidas entre las poblaciones pobres. El precio de los tratamientos, la ausencia de especialistas en algunos centros de salud y la falta de sensibilización respecto a la importancia de una buena salud bucal son algunos de los factores que influyen en esta realidad.

“También están relacionados problemas, como el desempleo y los bajos salarios limitan el acceso a los servicios de salud y educación” (4).

Lo anteriormente expuesto influye de manera directa en los factores socioeconómicos bajos, baja escolaridad y los factores propios de cada individuo y que en conjunto pueden reacondicionar la susceptibilidad para presentar las diferentes enfermedades de la cavidad bucal.

“La caries y la enfermedad periodontal son las enfermedades bucales mas prevalentes. La presencia de caries ocasiona una serie de secuelas como infecciones, problemas estéticos, dificultades para la alimentación, alteración en el lenguaje, maloclusiones, además de repercusiones medicas, psicológicas y financieras” (3).

“En El Salvador no existe ningún programa de fluoración del agua, un 70% de las viviendas rurales y un 30% de las urbanas, consumen aguas que provienen de pozos, nacimientos, ríos u ojos de agua” (4). Si en El Salvador hubiera un sistema que regulara el flúor en el agua se disminuiría los casos de fluorosis dental, que se conoce como: “una anomalía de la cavidad oral en las piezas dentales por una ingestión excesiva de flúor. Observándose manchas de color blanco en el esmalte y también tienen una apariencia corroída” (5). Situación que predispone a que los dientes tengan tendencia a desgastarse o incluso fracturarse el esmalte, y como consecuencia en los casos mas graves a poder perder la pieza debido al debilitamiento.

“Otro problema que afecta la salud bucal es la reducción de vegetación silvestre, como limones, guayabas, mangos, etc., eliminan una fuente de accesibilidad de vitamina C, condicionando una baja resistencia de los tejidos periodontales; mencionando también que al tener un acceso limitado del agua potable a las comunidades, esta es una limitante real de la higiene dental”(4).

Teniendo varios aspectos que influyen en la salud bucal cabe destacar que también lo biológico, psicológico y lo cultural afectan en gran medida al cuidado de salud bucal, porque según datos del MSPAS: “la alimentación de la mayoría de la población salvadoreña esta a base de carbohidratos de bajo valor nutritivo, no proporcionando los nutrientes suficientes para fortalecer los tejidos orales; también el elevado estrés de la vida diaria implica el agravamiento de problemas de salud oral (bruxismo, periodontopatias)” (4).

Según el informe de Desarrollo Humano en El Salvador para el año 2007-2008, elaborado a partir de los datos brindados por El MSPAS, expuso: “como porcentaje de gasto público en salud de 9.8 del presupuesto general de la nación”.

En materia de salud bucal el último estudio en cuanto a estadísticas sobre gasto gubernamental fue realizado en el año 1996, lo que establece el 11.63% total del presupuesto del MSPAS, ocupando para el área de odontología en una escala del uno al nueve, como séptimo lugar de prioridad de las nueve en las que el Ministerio contempla en su presupuesto.

“En cuanto al Gasto Mensual de los hogares salvadoreños en Salud Oral, de los tratamientos estimados, el mayor gasto se realiza en endoncias en la población no pobre, le sigue el gasto en reparaciones dentales y de extracciones que es efectuado por la población de extrema pobreza, lo cual revela la gravedad de la problemática de salud oral”(6)

En el área de odontología de las unidades de salud, se obtiene la información de los pacientes a través de un censo diario, la información se lleva en una ficha odontológica por paciente niño, adolescentes, mujeres embarazadas, adultos mayores. En estas fichas se recolecta el estado general de salud, el motivo de consulta y entre otros aspectos el registro parcial del odontograma. En las unidades no se aplica el enfoque preventivo, ofreciendo pocos servicios como detartrajes, profilaxis, operatoria y exodoncias y en la mayoría de los casos por no contar con los insumos necesarios para el correcto manejo de la pieza dental, el paciente opta por extraerse la pieza dental.

El modelo de atención de salud bucal en El Salvador rediseñado hace 3 años se basa en el programa de Escuela Saludable, el proyecto de la doble fortificación de la sal de consumo con yodo y flúor, la implementación nacional de la “Técnica Práctica Restaurativa Atraumática” (PRAT), para el Abordaje de la Caries Dental Experiencia en El Salvador, Oferta Básica de Atención Odontológica, en los establecimientos de la red, Promoción y Educación para la Salud Bucodental, Sonriendo desde el Vientre Materno, Atención Odontológica al menor de 5 años y Odontología Comunitaria.

Éstos programas son ejecutados por cada unidad de salud, a la fecha los programas que se están realizando son el de la Técnica PRAT, que se realiza en las piezas dentales con caries que no ha involucrado dentina y se coloca Ionómero de Vidrio de autocurado como material restaurador, al igual que el Programa de la Mujer Embarazada realizándole los diferentes tratamientos que necesita, de la misma manera se atiende al niño de cero años en adelante brindando charlas educacionales a la madre durante toda la infancia del niño explicándole la importancia de la atención odontológica correspondiente.

La Oferta Básica de Atención Odontológica comprende servicios desde 0 años hasta el adulto mayor, la atención de salud que se brinda es de tipo preventivo, que incluye tratamientos como sellantes de fosas y fisuras, profilaxis, detartrajes, aplicación tópica de flúor y charlas educativas, así como también el área curativa que incluye obturaciones, exodoncias, curetajes y cirugías orales

El Programa de Escuela Saludable (PROES) tiene como una de sus grandes fortalezas la atención odontoestomatológica que se realiza desde 1995 en los Centros Escolares del área rural en el ámbito nacional. Se brinda servicios a la población de edad escolar, niños y adolescentes (de parvularia a 6to. Grado). El programa tiene un enfoque preventivo y curativo que comprende examen bucal, sellantes de fosas y fisuras, obturaciones PRAT, fluorcolutorio, extracciones sencillas y en los casos que el paciente necesite o demande tratamientos que no pueden realizarse en las escuelas, el odontólogo lo refiere al establecimiento de salud más cercano con toda la información necesaria de la patología detectada.

Por otra parte, el no reconocimiento real de enfermedades bucales, como problemas de suma importancia en materia de salud pública, y la falta e ineficiencia en la ejecución de políticas de salud que realmente pongan en práctica estrategias integrales para la población, han llevado a graves consecuencias funcionales, estéticas y psicológicas que produce en la mayoría de los salvadoreños(3).

Es por ello que como profesionales en salud bucal, se considera de suma importancia para El Salvador, realizar este tipo de estudios, en el cual se pretende conocer:

¿Cuál es la condición de salud bucal de los habitantes y de las comunidades de las unidades de Salud de Agua Fría, San Alejo y el Programa de Escuela Saludable (PROES) en Santa Rosa de Lima en el departamento de La Unión en el año 2009?

2. JUSTIFICACION

En la actualidad, la falta de educación en salud bucal en la población salvadoreña, es una causa de la prevalencia e incidencia de las enfermedades bucales. Para mejorar la educación y atención odontológica, es necesario partir del conocimiento de la prevalencia e incidencia de las enfermedades presentes en la boca.

En éste estudio se observan variables e indicadores estomatológicos y económicos de la realidad nacional actual, lo que podría contribuir a identificar necesidades que agobian a la población en materia de salud bucal, y a elaborar políticas que inviertan en proyectos estomatológicos que contribuyan con la reducción de enfermedades bucodentales.

Por ello es de suma importancia realizar esta investigación enfocada en la condición bucal de la población salvadoreña, en la cual, se aplicarán índices epidemiológicos para determinar las problemáticas bucales mas prevalentes en las localidades de Santa Rosa de Lima, Agua Fría y San Alejo; en el departamento de La Unión, y los resultados obtenidos de índices individuales estimarán la condición bucal colectiva, con lo cual; se podrá priorizar, proponer y reestructurar los enfoques de atención bucal de forma específica para cada región, con el fin de prevenir y mantener un control sobre la problemática analizada a partir del estudio.

Además de este tipo de investigación se obtienen los datos para gestionar a nivel nacional e internacional, en caso de ser necesario; el material y el equipo requerido para brindar la atención odontológica solicitada por la población.

Bajo estas perspectivas, la presente investigación plantea la recopilación de información sobre la realidad de la salud bucal, en la población del departamento de La Unión en los Centros de Salud de Agua Fría, San Alejo y Escuela Saludable en el municipio de Santa Rosa de Lima.

3. OBJETIVO GENERAL.

Realizar el diagnóstico de salud bucal como paciente colectividad, de la población que asiste a las unidades de salud y escuelas saludables de Santa Rosa de Lima, San Alejo y Agua Fría durante el año 2009.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- a) Determinar las variables socioeconómicas de la población que asiste a las unidades de salud.
- b) Identificar el motivo de consulta del paciente.
- c) Detectar la existencia de lesiones de cara, cuello y osteomucofibrosas.
- d) Determinar los índices dentoperiodontales.
- e) Determinar las oclusopatías en la población.
- f) Determinar el problema principal estomatológico de la colectividad.

4. MARCO TEÓRICO

Esta investigación sobre diagnóstico de la condición bucal, incluye diversas variables con sus respectivos indicadores; las cuales serán fundamentadas con similares estudios realizados en El Salvador y Latinoamérica. Inicialmente se tomarán variables socioeconómicas y se observará la relación de éstas con las enfermedades del sistema estomatognático.

La prevalencia de las enfermedades bucodentales podría ser más significativa con el aumento de la edad; debido a cambios en la dentición, cambios en la dieta diaria, el ritmo de vida más acelerado, las actividades sociales en voga, enfermedades graves y de rápida evolución y el stress potenciarían el incremento de tales problemáticas bucales.

Tal como lo muestra el estudio de La Fundación para el Crecimiento y Desarrollo de la Población Venezolana (Fundacredesa), se llevó a cabo una investigación sobre la condición de crecimiento y desarrollo llamada Proyecto Venezuela. En este estudio se consideró la salud bucal como componente fundamental de la salud del individuo. Se evaluó la caries dental en la dentición temporal y se consideraron las edades de 3, 7, 9 y 12 años por su grado de importancia. En la dentición permanente se aplicó el mismo criterio, resultando las edades de 7, 12, 18 y el grupo de 25 y más años.

Los resultados del estudio de la caries en la dentición temporal indicaron que a los 3 años de edad el 37,4 % de los niños presentaron caries dental, en los varones 53,3% y en las hembras 46,7%. Estos porcentajes aumentan para ambos sexos a la edad de 7 años a un 72,0%, en los varones 49,9% y en las hembras un 50,1%. Paulatinamente estos valores comienzan a declinar producto del fenómeno de la exfoliación de los dientes temporales, así a los 9 años el porcentaje de niños atacados por la caries fue de 67,5% y a los 12 años baja al 12,8%.

Los resultados del estudio de la caries dental en la dentición permanente indicaron que el porcentaje de personas que padecen de caries dental aumenta a medida que aumenta la edad. A los 7 años de edad el 37,4% de las personas sufren de esta enfermedad en los dientes permanentes, con mayor frecuencia en las hembras con un 55,6%. A los 12 años de edad el porcentaje de sujetos con esta afección llega al 83,0%, a los 18 años el 96,4% y a los de 25 y más años el 99,1%. Se observó una mayor frecuencia en el sexo femenino con un 76,1%. (7)

También se realizó un estudio descriptivo transversal de DIABETES MELLITUS una enfermedad de alta repercusión a nivel mundial. El objetivo era conocer el comportamiento de la enfermedad periodontal en los pacientes diabéticos en el período comprendido de mayo a septiembre del 2005, en el Policlínico Moncada. La muestra estuvo constituida por 150 pacientes diabéticos mayores de 10 años de edad. Los resultados arrojaron que la prevalencia de la enfermedad periodontal en ellos fue alta,

predominando las formas severas de la enfermedad. Tanto su prevalencia como gravedad aumentaron con la edad.

En la población estudiada la enfermedad periodontal de manera general se comportó en 88.7% de afectados y los sanos en 11.3%. Según la distribución por grupos de edades la mayor prevalencia se encontró en los grupos de 10–14 años con 100 %, así como en el de 45–54 años y el de +55 años con 92.2% y 90.6% respectivamente. La enfermedad periodontal se encontró de 89.7% en el sexo femenino y de 86.8% en el masculino. Respecto a la gravedad de la enfermedad periodontal por grupos de edades resultó el de +55 años el más afectado, predominando la periodontitis moderada y severa con 64.3% y 73.3%, respectivamente. (8)

En cuanto al género se encontraran enfermedades asociadas a cambios hormonales, tal es el caso del sexo femenino en etapas como la pubertad, el embarazo, y menopausia.

Así como lo describe la investigación salvadoreña en 180 mujeres embarazadas en los diferentes cantones de San Cristóbal, departamento de Cuscatlán, se determinó una muestra de 37 pacientes y se elaboró una encuesta como documento recolector de datos, con respuestas cerradas, para evaluar la incidencia de manifestaciones clínicas de las enfermedades periodontales en las mujeres embarazadas de 16 a 30 años. Los resultados fueron 24.5 % de las mujeres embarazadas presentaban halitosis y un 45.95% no la presentaba, también se obtuvo que un 54.06% visitaba al odontólogo y un 45.94% no lo visitaba, y finalmente un 62.16% de las mujeres presento síntomas de enfermedades periodontales y un 37.84% no presento síntomas. (9)

En otro estudio se examinaron los cambios en las características de la encía, enfermedad gingival, placa bacteriana y cálculo dental en el 3er. y 8vo. mes de gestación. Se seleccionaron 150 mujeres gestantes entre 15 y 49 años pertenecientes a distintos estratos sociales; del estado Yaracuy, municipio San Felipe, Venezuela. En 52,67% de las gestantes se diagnosticó, clínicamente, alteraciones en las características de la encía; acentuándose los cambios en el color, textura, consistencia, inflamación y tamaño, en el octavo mes de embarazo. Así, la cantidad de embarazadas con encías color rojo azulado, inflamación crónica, agrandamiento grave y sangrado espontáneo; aparece aumentada en el 8vo. con relación al 3er. mes de gestación.(10)

Una de las partes importantes a determinar dentro de esta investigación es el área de educación en el país, así como la falta de ésta, partiendo de que El sistema educativo salvadoreño se divide en Educación Formal y Educación No Formal.

“La educación formal es la que se imparte en establecimientos educativos, autorizados, en una secuencia regular de años o ciclos lectivos, con sujeción a pautas, curriculares progresivas y conducentes a grados y títulos”.

“La educación no formal es la que se ofrece con el objeto de completar, actualizar, suplir conocimientos y formar, en aspectos académicos o laborales, sin sujeción al sistema de niveles y grados de la educación formal. Es sistemática y responde a necesidades de corto plazo de las personas y la sociedad” (11)

La alfabetización es considerada como parte de los indicadores de desarrollo mas importantes que son monitoreados a nivel internacional. Se entenderá por alfabetización al proceso de desarrollar en una persona los conocimientos basicos de lectura, escritura y cálculo matemático, y se definirá como “la habilidad de identificar, comprender, interpretar y calcular utilizando materiales impresos y escritos asociados con diversos contextos”(12).

En El Salvador los esfuerzos de alfabetización y de expansión de la educación básica de niños y adultos, realizados desde los años 90, han tenido un impacto positivo en la reduccion del analfabetismo, especialmente en la poblacion mas joven. La mejora ha sido mayor en las zonas rurales y por lo tanto la brecha urbano-rural es menor hoy que a principios de los 90. Lo mismo ha ocurrido en la diferencia entre hombres y mujeres, la cual tambien ha disminuido.

La EHPM 2008, revela que a nivel nacional, aproximadamente 691,689 personas no saben leer y escribir, lo que representa una tasa de analfabetismo de 14.1%. En el país el 16.4% de las mujeres son analfabetas, en cambio el 11.5% que presentan los hombres. En el área urbana, la proporción de mujeres en situación de analfabetismo es de 12.2% y la de los hombres de 7.1%; en lo rural, la tasa es de 24.9% para las mujeres y 19.6% para los hombres.

El analfabetismo es variable tambien desde el punto geográfico. Hay departamentos con altos porcentajes como Morazán, La Unión y Cabañas. En el departamento de La Unión el índice de analfabetización para el año 2004 en los jóvenes (15-24 años) es de 8.1% , en los adultos (25-59 años) es de 29.8%.(2)

Según la EHPM 2008, “al hablar de analfabetismo tenemos que referirnos también al nivel de ingreso económico en el país, el ingreso promedio mensual de los hogares es de \$182.74 y se debe tomar en cuenta que este salario es para mantener hasta 5 cabezas en casa”. Referente a los empleos la EHPM 2008, dicta que el porcentaje menor al promedio nacional es de 5.9% y en La Unión es de 5.2%. (2)

La población del departamento de La Unión, en su mayoría, percibe ingresos de labores agrícolas como lo son el cultivo de frutas, sandía y melón y el cultivo de cereales como maíz y maicillo. Así mismo un porcentaje elevado de la población unionense vive de la pesca y actividades del comercio de mariscos; y ganadería. Del mismo modo las remesas internacionales son fuente importante de ingresos para muchas familias de la región oriental, incluyendo así a las familias del departamento de La Unión.

“Los departamentos con los porcentajes más altos de hogares receptores de remesas se concentran en el oriente y norte del país, encabezados por La Unión (47.5%), Cabañas (37.2%), Morazán (34.2%), San Miguel (30.6%) y Chalatenango (28.2%). En los casos de La Unión y Cabañas, los porcentajes de hogares receptores de remesas en las zonas rurales son significativamente más altos que los porcentajes correspondientes para las zonas urbanas”.(13)

“El Departamento de La Unión es productor de café, plantas hortenses, sandía, melón y otras frutícolas; se observa además la crianza de ganado vacuno, y aves de corral; se dedica a la fabricación de productos alimenticios, redes para la pesca, petates, escobas, ladrillos de barro, productos pirotécnicos, objetos de jarcía, alfarería y la explotación minera de oro y plata; existen además en el departamento plantas procesadoras de camarón, y gran actividad portuaria generada en el puerto de La Unión”. (14)

“El hecho de que la economía local de la Unión se mueve y depende de la fuerza gravitacional ejercida por cuatro ejes de actividad productiva: la agricultura y la ganadería, el comercio, la industria manufacturera y la pesca. Respectivamente, representan el 35.6 %, el 22.4 %, el 10.9 % y el 9.8 % del total de las actividades. El grueso de la fuerza laboral con trabajo se halla colocada en el segmento del mercado laboral rural, tomando por sentado el hecho de que apenas 758 personas con ocupación de la PEA declararon haber ejercido su oficio dentro del perímetro urbano; es decir, cerca de 19 de cada 20 habitantes vive de actividades desempeñadas en el campo”.(15)

En cuanto al lugar de residencia, se debe tener en cuenta que la población unionense, en su mayoría forma parte del área rural, por lo que el transporte es poco frecuente, incómodo, con costos elevados y los períodos de tiempo que necesitan para trasladarse son muy amplios. Ésta situación reduce en gran medida la posibilidad de que las personas que residen en éstas áreas reciban adecuada y oportuna atención médica y atención odontológica.

Cabe mencionar que las remesas internacionales mejoran de manera proporcional la calidad de vida de la población salvadoreña, incluida la población de La Unión y sus localidades; ya que como se menciona

anteriormente es uno de los departamentos con mayor recepción de remesas.

Además de su efecto directo sobre el ingreso monetario de los hogares, las remesas constituyen un importante mecanismo de acumulación de activos para muchas familias, sobre todo en vivienda. Las remesas se han constituido en un factor determinante de la calidad de los materiales con que están construidas las viviendas y, más en general, de las condiciones habitacionales y el acceso a servicios básicos como electricidad y agua por cañería. También en este ámbito la EHPM muestra diferencias sustanciales entre los hogares receptores de remesas y las familias que no reciben remesas. (13)

Ésta investigación diagnóstica también se verá fundamentada por estudios realizados sobre el motivo de consulta odontológica de la población en El Salvador y Latinoamérica.

Así como lo demostró un estudio cuyo universo estuvo conformado por todas las gestantes que acudieron al control prenatal en las principales IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud) del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de Medellín, Colombia entre los meses de mayo y agosto de 2002.

Fueron 182 maternas en total. Más de la mitad de las gestantes (55.5%) habían asistido a consulta odontológica en menos de 6 meses, de éstas, la mayoría asistieron para revisión y limpieza, siendo éste el principal motivo de consulta para el 48.6% de las mujeres, 17.9% obturaciones, 10.1% urgencias, 14% limpiezas, 1.7% TCR, y 7.8% otras problemáticas bucales. (16)

Otro estudio con relación al motivo de consulta se llevó a cabo en la población de Montemorelos Nuevo León, en período del 1 de julio del 2000 al 31 de diciembre de 2002, se pretendió constatar la cantidad de pacientes que acuden en busca del servicio, así como del motivo de consulta por el cual acudieron, y que sexo busca más la atención dental, así como la distribución por edad de los distintos diagnósticos. Se revisaron un total de 3231 pacientes, siendo un total de 1,787 pacientes que acudieron por primera vez, y 1,444 de pacientes subsecuentes, el grupo del sexo masculino fueron un total de 1,150, y el del sexo femenino 2,081, siendo este el más grupo más frecuente, el grupo que acudió por caries dental fue un total de 1,278 pacientes, siendo el principal motivo de consulta. El grupo de edad que acudió con mayor frecuencia fue el de 25 a 44 años. (17)

Como variable a ésta investigación diagnóstica se incluyen además, las lesiones de cara, cuello, y osteomucofibrosas que son parte de las problemáticas bucales de alta incidencia en la consulta odontológica.

Tal como lo plantea un estudio en derechohabientes del estado de Campeche, remitidos por estomatólogos o pasantes de estomatología al

Departamento de Cirugía Bucal y Maxilofacial, en el periodo enero de 1994 a diciembre de 1999. Los resultados fueron obtenidos del análisis de 1611 pacientes. Perteneció al sexo masculino 41.9 % de la población. El rango de edad fue de un mes a 78 años y el promedio fue de 28.4 ± 14.3 años.

Los diagnósticos más frecuentes fueron: terceros molares incluidos (56.5 %), de los cuales 48.3 % fueron terceros molares inferiores, 6.8 % terceros molares superiores y 1.4 % terceros molares superiores e inferiores al mismo tiempo; éstos se presentaron con mayor frecuencia en el grupo de 21 a 30 años, principalmente en mujeres. Fracturas del esqueleto maxilofacial 9.4 %: dentoalveolares, 2.5 %; del ángulo mandibular, 1.9 %; 5 % se distribuyó en el resto del esqueleto maxilofacial. El grupo de edad con mayor número de fracturas fue el de 21 a 30 años, predominando los hombres. Los quistes de retención de mucosa con 4.6 %, de los cuales 75 fueron mucocelos y dos rínulas, el grupo de edad de 11 a 20 años con el mayor porcentaje; respecto al sexo se distribuyeron en forma similar: 39 hombres y 38 mujeres. Los dientes supernumerarios con 3.3 % en grupo de edad 0 a 10 y 11 a 20 años y en hombres con mayor frecuencia. Los caninos incluidos 2.4 %, principalmente de 11 a 20 años y en hombres. Las anquiloglosias 1.8 %, con mayoría en grupo de 0 a 10 años, y hombres. Las exostosis 1.7 %, afectando más de 51 a 80 años en hombres. Los fibromas 1.4 %, principalmente en las mujeres. Los papilomas 1.3 %, con predominio de 11 a 20 años. Con estos 10 diagnósticos principales se reportó a 89.8 % de los individuos analizados; el porcentaje restante lo constituyeron alrededor de 60 diferentes diagnósticos: hiperplasia gingival, procesos alveolares irregulares, comunicaciones oroantrales, dientes incluidos (exceptuando terceros molares y caninos inferiores), granulomas piógenos y falta de fusión de los procesos nasal medio y palatinos (labio y paladar hendidos), entre otros. (18)

En otra investigación sobre la misma problemática se evaluó la prevalencia de lesiones que afectan la mucosa bucal, mediante un estudio retrospectivo de los casos diagnosticados en el Laboratorio Central de Histopatología Bucal "Dr. Pedro Tinoco" de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela. Se revisó un total de 7.000 microhistorias durante el período 1968 - 1987, pudiendo determinar que 2.251(32,1%) de éstas correspondían a la patología a estudiar. La patología diagnosticada con más frecuencia fue la Leucoplasia(n=343; 15,2%) seguida por Hiperplasia fibrosa por prótesis dental(n= 290; 12,8%) y Fibroma Traumático(n= 238; 10,5%). La mayor prevalencia de edad fue del grupo de 20 - 29 años(n=417; 18,5%). El sexo femenino fue el de mayor predilección(n=1545; 68,6%).La localización anatómica más frecuentemente afectada fue encía maxilar(n=319; 14,1%). Se reportaron 24 casos de paracoccidiodomicosis (1,0%) de los cuales la totalidad de estos afectó el sexo masculino. Nuestros resultados ponen de manifiesto la necesidad de evaluar periódicamente los pacientes con lesiones leucoplásicas dado el potencial de transformación maligna de las mismas y a los pacientes portadores de prótesis. (19)

Del mismo modo se integrarán para documentar mejor la investigación diagnóstica índices de afecciones dentoperiodontales entre ellos se observará el índice de placa bacteriana Loe y Silness.

La placa dentobacteriana es translúcida por lo que es poco o nada visible, salvo que se pigmente (dieta, bacterias, tabaco, hemoglobina...) o bien se mineralice (cálculo, sarro o tártaro dental). Debido a esa relativa transparencia en ausencia de pigmentación o mineralización, su visualización obliga al uso de colorantes o fluorescentes, que retenidos en la placa, revelan su presencia (reveladores de placa).

Así se describe en el estudio del estado de salud bucal de 364 niños en los Hogares Infantiles del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar de la ciudad de Medellín. Entre los resultados están que la prevalencia de placa dental es del 95.6%, sin embargo cabe destacar que del total de niños con este hallazgo, el 81.6% presentaba acumulación leve (grado 1 del índice de Silness y Loe) y no se encontraron niños con acumulación severa. La prevalencia de gingivitis es del 62.5%, y del total de niños afectados el 86.8% tenía inflamación leve (grado 1) no encontrándose ningún niño con inflamación severa. La prevalencia de caries dental fue del 45.3%, de este porcentaje al menos se encuentran dos lesiones cariosas en cada niño examinado. (20)

En otro estudio sobre índice de placa bacteriana, se tomaron 300 niños varones y mujeres cuyas edades oscilan entre los 6 y 14 años de edad procedentes de dos centros educativos de Lima, Perú. La conclusión de este estudio fue que el 14.9% de los 300 escolares presento un promedio de índice de placa de 0-0.9 (bueno); 31.9% un promedio de 1-1.9 (regular) y el 53.3% un promedio de índice de placa 2-3 (malo). (21)

A pesar de ser una patología tan antigua como la humanidad su prevalencia ha aumentado de manera constante con el avance de la sociedad. A medida que las pautas de vida mejoren, la enfermedad aumenta y se constituye en un problema real de salud que afecta a hombres, mujeres y niños. (Silverstone, 1985). Las familias numerosas especialmente de zonas rurales, por inaccesibilidad geográfica, cultural y económica son las más desfavorecidas en el orden social, son los que más sufren, porque son las menos instruidas, las que menos posibilidades tienen de recibir consejo y sacar provecho de ellos, recibir tratamiento y continuar con eso y el mantenimiento de su salud (Papalia 1999).

Ahora bien el índice de caries CPO/D y ceo/d, indica la presencia de caries dental tanto en la pieza dentaria seleccionada como en la superficie específica de la pieza, además de dictar el tipo de dentición evaluada; reflejando la incidencia de la enfermedad caries dental en el conjunto de piezas dentarias observadas.

Tal como se realizó en una revisión retrospectiva de las Historias Clínicas y fichas odontológicas de pacientes rehabilitados en la Cátedra Clínica de

Operatoria Dental de la FOUNNE cohorte 2003 – 2004. Las edades oscilan entre 13 y 38 años; para comparar entre dos años consecutivos la prevalencia de lesiones de caries en piezas dentarias del sector anterior. En 290 pacientes de los años 2003 y 2004, sobre un total de 8.340 piezas erupcionadas, se encontraron 5.837 piezas dentarias que han presentado caries, piezas obturadas o pérdidas, con un elevado CPOD indicador de la morbilidad. De un total de 150 pacientes rehabilitados en el año 2003, 64 corresponden al sexo femenino y representa el 43 % y 48 al sexo masculino representando el 32 %. El 25 % restante corresponde a 38 pacientes que no presentaron caries en el sector anterior. De un total de 140 pacientes rehabilitados en el año 2004, 60 corresponden al sexo femenino y representa el 43% y 42 al sexo masculino representando el 30%. El 27 % restante corresponde a pacientes que no presentaron caries en el sector anterior. (22)

En otro trabajo se exponen resultados de 575 historiales clínicos de pacientes atendidos en la Clínica Odontológica Univalle de La Paz, Bolivia; durante la gestión I/2000. Los objetivos fueron determinar cual es el sexo que presenta mayor frecuencia de casos; el grupo etáreo; qué tipo de caries se presentan más dentro de cada grupo etáreo y determinar la frecuencia de tales problemas en cada una de las piezas dentarias. Los resultados expresan que la caries de mayor predominio es caries oclusal 65% (3173 casos); siendo más frecuente caries en el género femenino con 55% (2670 casos); el grupo etáreo de mayor frecuencia es el de 10 – 19 años con 29% (1429 casos). Según las piezas dentarias, en dentición permanente las que presentan más caries son primer molar inferior 12% (503 casos); primer molar superior 10% (430 casos) y el segundo molar superior 9%(389 casos). En dentición Temporaria fueron el segundo molar superior 23(160 casos); el primer molar superior 22% (156 casos) y el segundo molar inferior 12%(86 casos). (23)

La causa principal de la inflamación gingival es la placa bacteriana, junto con otros factores predisponentes. Tales factores comprenden cálculos, restauraciones defectuosas, complicaciones por tratamientos de ortodoncia, lesiones auto infligidas, consumo de tabaco y otros. Por lo que es importante también incluir el índice gingival de Løe y Silness para diagnosticar el nivel de afección en la encía, y si ésta inflamación además se ve acompañada de hemorragia, lo cual es un signo del desarrollo progresivo de una afección periodontal.

Tal como lo describe un estudio observacional, analítico sobre la presencia de gingivitis inducida por placa bacteriana, se tomó una muestra de 387 niños, entre los 3 - 12 años de edad pertenecientes a hogares de beneficio social de la Sabana de Bogotá. Se tuvieron en cuenta los criterios de inclusión: niños, sistémicamente sanos. Los criterios de exclusión: fueron: niños que presentaban compromiso sistémico, alteraciones del desarrollo, aparatología ortodóntica, obturaciones acrílicas, terapia antibiótica o con otro

tipo de medicamento y dientes con movilidad patológica, en erupción, próximos a exfoliar o con exudado purulento.

La muestra total, fue dividida en tres grupos por edad (3-6, 7-9 y 10-12 años). El grupo de niños entre 3-6 años presentó el mayor índice de placa bacteriana; hubo una disminución en el grupo de 7-9 años y un incremento en el grupo de niños de 10-12 años. El índice gingival fue mayor en el grupo de 10-12 años y en el grupo de 3-6 años puntuó más bajo. El índice gingival incrementó progresivamente con la edad. Existió una relación inversa entre la edad y el índice de placa bacteriana y directa entre la edad y el índice gingival. En niños entre 3-12 años, no existió edad predilecta para la presentación de la gingivitis; ésta es independiente del índice de placa bacteriana, aunque la respuesta gingival aumentó progresivamente.

En este estudio se evaluó la posible asociación entre la edad y la presencia de la gingivitis inducida por placa bacteriana. Se tomó una muestra de 376 niños entre los 3 y los 12 años de edad, de los cuales el 55.6% (209) pertenecían al género masculino y el restante 44.4% (167) al género femenino (13). Se conformaron tres grupos etáreos, en los cuales se muestra que el 33% (122 niños) se encontraban entre los 3 y los 6 años de edad, el 31% (116 niños) entre los 7 y los 9 años de edad y el restante 37% (137 niños) entre los 10 y 12 años de edad. Al analizar los resultados de la placa bacteriana, se encontró que el 59% (220 niños) presentaban un índice entre 1.1 y 2.0, seguido por el 34% (126 niños) que presentaban un índice entre 0.1 y 1.0, y finalmente el 7% (28 niños) presentaban un índice entre 2.1 y 3.0. Con respecto a la inflamación gingival, teniendo en cuenta el índice de Loe, se obtuvo que el 90% (336 niños) presentaban una gingivitis incipiente (0.1 a 1.0), el 6% de la muestra (24 niños) no presentaban gingivitis inducida por placa bacteriana, mientras sólo el 3.7% (14 niños) estuvieron dentro de la categoría de gingivitis moderada (1.1 a 2.0), cabe anotar que en el grupo de estudio no se encontraron casos cuyo promedio indicase una gingivitis severa (2.1 a 3.0).(24)

Además un estudio en Lima, Perú en el año 2002, teniendo como objetivo principal determinar qué tipo de relación existe entre el estado nutricional y el riesgo de caries dental y enfermedad periodontal en niños de 6 a 9 años de edad. La muestra fue 120 niños de ambos sexos, que acudieron al Servicio de Pediatría del Hospital Nacional Dos de Mayo. Los resultados del estado nutricional mostraron 5.8% de niños con desnutrición crónica, frente a un 94.2% con nutrición normal. El estado gingival sí se vio influenciado por el estado nutricional, al arrojar un 71.4% de niños desnutridos crónicos con un índice gingival malo frente al 68.1% de niños con nutrición normal que tuvieron un índice gingival regular. De igual manera, el estado gingival también se vio influenciado por el índice de masa corporal, al observarse que el 58.8% de niños con bajo peso presentaron un índice gingival malo, el 68.8% de niños normales tuvieron un índice gingival regular y el 80% de niños con sobrepeso tuvieron un índice gingival regular. (25)

La enfermedad periodontal se caracteriza por la destrucción progresiva de los tejidos que soportan al diente, incluyendo ligamento, cemento y hueso alveolar. Al principio no presenta síntomas y sus signos clínicos son la hemorragia gingival, movilidad dental y en algunos casos secreción purulenta. La presencia de hemorragia, calculo dental y bolsas periodontal indican que la gravedad de una afección periodontal va en aumento, la incidencia de estos signos se mide en ésta investigación a través de la variable índice periodontal comunitario CPI (de OMS).

Tal como lo plantea un estudio en Brasil, el cual tuvo como objetivo verificar las condiciones periodontales de jóvenes y adultos y su asociación con características socioeconómicas. El estudio se realizó en el municipio de pequeño porte del Estado de São Paulo, Brasil, envolviendo 1018 personas en los grupos etarios de 15-19, 20-34, 34-44, 45-64, 65-74, 75 y más años. Se constató en la población estudiada una prevalencia relativamente alta de cálculo dental en los sextantes examinados: el 13,33%, el 29,78% y el 7,61% en las fajas etarias de 15-19, 34-44 y 65-74 años, cuya prevalencia aumenta con la edad, alcanzando la mayor frecuencia en la faja etaria de 35-44 años (29,78%), a partir de la cual ocurre la disminución de su ocurrencia llegando a un 8,93% en la faja etaria de 75 y más años. No obstante, se observó también el aumento de la prevalencia de sextantes excluidos a partir del grupo etario (24,68%), llegando a un 85,71% a los 75 y más años. Ese mismo hecho probablemente explica la pequeña ocurrencia de saco patológico moderado en los grupos etarios de 65-74 años (1,15%) y de 75 y más años (0,40%), comparándose a los grupos de 35-44 años (3,01%) y de 45-64 años (2,32%) que tuvieron mayor ocurrencia de esa condición periodontal.(26)

También se realizó un estudio transversal y descriptivo en 382 niños de 4 a 6 años de edad, aparentemente sanos, sin tratamiento farmacológico, inscritos en diferentes escuelas del nivel preescolar ubicadas en una zona del oriente de la ciudad de México. El 52% correspondió al género femenino y 48% al género masculino. De los niños revisados 70% presentó enfermedad periodontal. El género femenino tuvo 1.24 veces más riesgo con respecto al género masculino. El Índice de Higiene Oral Simplificado (I.H.O.S.) de Green y Vermillon presentó un promedio general de 1.38 ± 0.51 . El .P.M.A. Papilar Marginal Adherida (I.P.M.A.) de Schour y Massler, un promedio general de 0.62 ± 0.72 . El Índice Periodontal (I.P.) de Rusell, mostró un promedio general de 0.51 ± 0.42 . La tendencia fue que la enfermedad se incrementó con la edad. (27)

El DAI es el índice de maloclusión seleccionado por la Organización Mundial de la Salud para realizar estudios epidemiológicos en su último Manual de Encuestas del año 1997. Con la relativa reducción de las caries dental en niños y adolescentes en las últimas décadas, sobre todo en países desarrollados, se ha dirigido una mayor atención a otros problemas bucales como las anomalías de la oclusión, lo que hace importante una clara

definición de criterios diagnósticos y la obtención de índices epidemiológicos, a fin de facilitar el planeamiento de acciones de prevención y asistencia.

Se realizó un estudio descriptivo sobre maloclusiones por el índice de estética dental (DAI) en la población menor de 19 años, con 176 personas del consultorio médico 30-3, perteneciente al Policlínico Docente "Chiqui Gómez Lubián", los que reciben atención estomatológica en la Facultad de Estomatología del Instituto Superior de Ciencias Médicas "Serafín Ruiz de Zárate Ruiz" de Santa Clara, Villa Clara, en el período comprendido entre enero y diciembre del año 2002. Se observó que la prevalencia de maloclusiones en la población estudiada la mayoría presentó oclusión normal o maloclusión menor (61,9 %), y el 25 % maloclusiones más graves (el 11,4 % las definidas como severas y el 13,6 % maloclusiones muy severas o discapacitantes). (28)

En otra investigación con el objetivo de establecer clínicamente la prevalencia de las maloclusiones dentales en los estudiantes de la escuela "Madre Candelaria", con edades comprendidas entre los 5 y 9 años. Se desarrolló según el tipo de investigación de campo, transversal y Descriptiva. Se seleccionó una muestra de 176 niños a los cuales se les realizó la anamnesis para la elaboración de la historia clínica. La investigación arrojó como resultado que los tipos de maloclusiones más frecuentes fueron: Clase 1 (45%) Clase 1 Tipo I (18%), Clase 1 Tipo III, (16%) Clase 1 Tipo II (8%), Clase 1 Tipo IV (6%), Clase II (3%), Clase II 1 (2%) y Clase III Tipo 1 (2%). Mientras que los hábitos observados en orden de frecuencia fueron la onicofagia, succión digital, deglución atípica, respirador bucal y bruxismo. (29)

En base a las variables antes descritas, se observan algunas problemáticas estomatológicas con índice alto de recurrencia que podrían afectar a la población unionense, tales como la caries dental y la enfermedad periodontal, ambas ligadas a la precaria higiene bucal que podría ser consecuencia por falta de educación y escasos recursos económicos; ya que la mayoría de la población del departamento de La Unión, que acude a la atención odontológica es de bajos recursos económicos y de lugares lejanos a la comunidad, por lo tanto se les dificulta tener la educación bucal necesaria y oportuna dando como resultado que dicha población asista a la atención odontológica por tratamientos curativos; ejemplo de ello, las exodoncias, éstas como consecuencia de los problemas mencionados anteriormente. Además se debe tener en cuenta que la población unionense, en su mayoría forma parte del área rural, por lo que el transporte es poco frecuente, incómodo, con costos elevados y los períodos de tiempo que necesitan para trasladarse son muy amplios.

En síntesis la calidad de vida de los hogares salvadoreños en muchos casos es precaria, ésta infortunada condición de vida limita las posibilidades de cada familia para mantener un buen estado de salud general y estomatológico, ya sea por la falta de recursos económicos o las restricciones sociales que la población más necesitada enfrente, el incremento de las problemáticas bucodentales tales como enfermedad periodontal, caries dental, halitosis, pérdida prematura de piezas dentales, entre otros; es innegable si aún las necesidades básicas como alimentación, vivienda, vestuario, etc., no son cubiertas por gran parte de los hogares salvadoreños.

5. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación es Descriptiva.

Porque se determinará la condición de la salud bucal de la población en estudio, describiendo la población por grupos de edades y otras características socioeconómicas, así como la aplicación de diversos índices epidemiológicos.

5.2 TIEMPO Y LUGAR

Esta investigación se llevará a cabo en el año 2009, el paso de instrumentos será durante los meses de Julio a Octubre del 2009 en Santa Rosa de Lima, San Alejo, Agua Fría.

5.3 VARIABLES E INDICADORES

Variables		Indicadores	
	a1) Edad por rangos.	0-4 años años 20-40 años 60- a más años	5-11 años 12-19 años 41-60 años
	a2) Género	M Grávida.(embarazada) grávida	F : No grávida
	a3) Ingreso económico mensual	Sin Ingresos igual (≤) a \$100. De \$ 151 a ≤ \$ 200 ≤ \$ 250 más de \$ 300	Menor o De \$101 a ≤ \$ 150 De \$ 201 a De \$ 251 a ≤ \$ 300 más de \$ 300

	a4) Escolaridad (Alfabetizados, no Alfabetizados)	Sin escolaridad. 1er ciclo 3er ciclo Universitario no Universitario	Parvularia 2do ciclo Bachillerato Superior
	a5) Lugar de Residencia y Origen	Nombre del Municipio (Los primeros 7 años de vida). Nombre del Municipio de Residencia.	
b) Motivo de consulta		Problemas mucofibrosos dentales Problemas periodontales	
c) Lesiones Cara, cuello y osteomucofibrosas		Lesión Eritroplásica Leucoplásica Tumoración, Exostosis Ulceraciones Complicaciones pos cirugía.	
d1) Índice de Placa bacteriana Silness. Lõe y		0 = Ausencia de Placa no visible, pero que se extrae del tercio gingival del diente con ayuda de una sonda. 1 = Placa 2 = acumulación moderada de placa en el área gingival apreciable a simple vista. 3= Placa abundante en esta misma zona e incluso cubriendo el diente adyacente.	
d2) Índice de Caries CPOD/cpod.		Cariado, Perdido, Obturado Cariado, indicado para extracción, obturado. Por unidad	

	diente.
d3) Índice gingival Løe y Silness	0 = Encía Sana 1 = Inflamación leve S/ hemorragia 2 = inflamación moderada C/ hemorragia al sondaje 3 = Inflamación severa C/ hemorragia espontánea.
d4) Índice Periodontal Comunitario CPI (de OMS)	0 = Sano, ausencia de signos 1 = Hemorragia al sondaje suave. 2 = Cálculo supra o subgingival 3 = Bolsa de 4 -5 mm. 4 = Bolsa igual o mayor de 6 mm
e) Maloclusión. DAI (de OMS)	Índice d) Número de dientes ausentes de premolar, canino e incisivos e) Registro del espacio del sector anterior. (apiñamiento, separación diastemas, rotaciones). f) Registro de relación oclusal (overjet, overbite, mordida abierta, relación oclusal molar)
f) Problema Estomatológico Principal en la comunidad.	Índice con resultado más alto en cada comunidad.

Ver anexo No 1: cuadro de relación de variables, indicadores y preguntas en los instrumentos.

5.4 POBLACION

La población en estudio se obtendrá de los pacientes que acuden regularmente a consulta odontológica a la Casa de Salud de Agua Fría, y

niños/as de Escuelas Saludables de los municipios de San Alejo y Santa Rosa de Lima en el departamento de La Unión.

5.5 MUESTRA

La formula estadística que se utilizará para la obtención de la muestra de cada municipio es la siguiente

$$Z^2 PQN$$

$$n = \frac{Z^2 PQN}{(N-1)E^2 + Z^2PQ}$$

En donde :

n = Tamaño adecuado de la muestra de elementos de la muestra.

Z = Nivel de confianza requerido para generalizar la consistencia y valor de los resultados a toda la población.

P = Proporción poblacional de la ocurrencia de un fenómeno (generalmente el valor de P en una investigación no se conoce; en estos asumimos que P vale 50% o sea 0.5).

Q = Proporción poblacional de la no ocurrencia de un fenómeno (cuando no se conoce el valor de Q, asumimos que Q toma el valor del 50% o sea 0.5).

PQ = Se refiere a la variabilidad del fenómeno.

E = Indica la precisión con que se generaliza los resultados.

N = Población total.

Para obtener N se realizó lo siguiente:

Identificar el número de pacientes que asistieron en los meses de enero y febrero a las unidades de salud. Sumar el dato de cada mes y dividirlo entre dos. Estos datos deben ser multiplicados por el numero de meses en que se recolectaran los datos (serán 4 meses) comprenderá desde de julio hasta octubre del 2009.

Población de Agua Fría y San Alejo

La población de Agua Fría y San Alejo serán observadas por el mismo investigador, ya que, éste comparte su tiempo laboral en ambas unidades de salud.

Población total de Agua Fría y San Alejo

N= 1008

Muestra de Agua Fría y San Alejo:

Sustituyendo en la formula

N =1008

Z = 95 % = 1.96

E = 10% = 0.10

P = 50%

Q = 50%

n =?

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (1008)}{(1008 - 1) (0.10)^2 + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{(3.84) (0.25) (1008)}{(1007) (0.01) + (3.84) (0.25)}$$

$$n = \frac{(3.84) (252)}{10.07 + 0.96}$$

$$n = \frac{967}{11.03} = 87.66=88$$

11.03

Muestra de Agua Fría y San Alejo es de **88**

Población de PROES Santa Rosa de Lima

Población total de PROES SANTA ROSA DE LIMA

N= 900

Muestra de PROES Santa Rosa de Lima

Sustituyendo en la formula

$$Z^2 PQN$$

$$n = \frac{Z^2 PQN}{(N-1)E^2 + Z^2PQ}$$

$$N = 900$$

$$Z = 95\% = 1.96$$

$$E = 10\% = 0.10$$

$$P = 50\%$$

$$Q = 50\%$$

$$n = ?$$

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (900)}{(900-1) (0.10)^2 + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{(3.84) (0.25) (900)}{(899) (0.01) + (3.84) (0.25)}$$

$$n = \frac{(3.84) (225)}{8.99 + 0.96}$$

$$n = \frac{864}{9.95} = 86.83 = 87$$

Muestra de PROES Santa Rosa de Lima es de **87**

5.6 SUBMUESTRA

Obtención De Muestras Por Estrato

Se utilizará la fórmula siguiente:

$$nh = \frac{NH(n)}{N}$$

De donde: nh: sub-muestra
N: población total
NH: Población por estrato
n:muestra

SUBMUESTRA DE AGUA FRIA Y SAN ALEJO

POBLACIÓN	FEMENINO		MASCULINO	
	NH	N	NH	N
0.- 4	12	1	8	1
5.- 12	178	16	346	30
12. – 19	140	12	136	12
20. – 40	48	4	44	4
41. – 60	56	5	36	3
60 a Más	0	0	4	0

SUBMUESTRA DE PROES SANTA ROSA DE LIMA

POBLACIÓN	FEMENINO		MASCULINO	
	NH	n	NH	n
0.- 4	48	5	40	4
5. – 11	140	13	110	11
12. – 19	150	14	136	13
20. – 40	80	8	60	6
41. – 60	72	7	44	4
60 a Más	12	1	8	1

5.7 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Este trabajo de investigación se desarrolla con población asistente a la consulta odontológica de las Unidades de salud de los municipios de Santa Rosa de Lima con una muestra de 87 personas, y San Alejo y Agua Fría con muestra de 88 personas. Las personas que forman parte de la muestra serán de ambos sexos, y diferentes edades.

En la investigación se utilizarán dos instrumentos: cédula de entrevista (ver anexo No 2) y guía de observación (ver anexo No3).

La cédula de entrevista consta de los siguientes apartados:

- Una carátula de presentación: contiene el número de código y número de expediente, objetivo e indicaciones. El objetivo indica lo que se quiere obtener con este instrumento y las indicaciones son pautas que debe seguir el entrevistador al realizar la entrevista.
- Datos generales: refieren información personal de cada encuestado.
- Preguntas: tipo cerradas en las cuales dentro de una casilla se coloca el número correlativo a la respuesta que dio el entrevistado (las opciones de respuesta ya están planteadas en el documento), y tipo abiertas en las cuales el encuestado responde francamente a lo que se le cuestiona.

La guía de observación se divide en dos partes:

- Una carátula de presentación: contiene el número de código y número de expediente, objetivo e indicaciones. El objetivo indica lo que se quiere obtener con este instrumento y las indicaciones son pautas que debe seguir el observador al realizar la guía.
- Observación:
Lesiones de cara, cuello y muco-fibrosas, Índice de Placa bacteriana Løe y Silness (IP), Índice gingival de Løe y Silness (IG), Índice Periodontal Comunitario (CPI según OMS), Índice de Estética Dental (DAI), Índice de Mal oclusión, Índice de Caries CPOD/cpod y Resumen del problema Estomatológico Principal del paciente.

Dichos instrumentos serán aplicados por el grupo investigador, el cual ésta formado por tres personas las cuales realizarán la recolección de los datos en sus respectivas unidades de salud. El tiempo estimado para el paso de ambos instrumentos de recolección de datos en cada paciente es de 30 minutos; y el periodo en que se llevara a cabo será comprendido en los meses de Agosto, Septiembre y Octubre de 2009, el software a emplearse para el análisis de datos será el SPSS.

Para el paso de instrumentos (recolección de datos) es necesario informar al paciente de la investigación que se pretende llevar a cabo, y así pedir su aprobación y participación en dicha investigación. Además debe darse la respectiva orientación sobre el tiempo, tipo de información que se le pedirá y sugerencias de orden y comportamiento al momento de realizar la cedula de entrevista y la guía de observación.

Cada integrante del grupo de investigación, en su respectivo centro de salud , aplicara ambos instrumentos a cada paciente, comenzando por la cédula de entrevista la cual debe completarse en un máximo de tiempo de 10 minutos, posteriormente se llevará a cabo la guía de observación en un tiempo máximo de 20 minutos. Para ejecutar la guía de observación en cada paciente; se necesita un módulo de trabajo, el cual debe desinfectarse, colocar barreras de bioseguridad (papel adhesivo) y además realizar un tratamiento adecuado desechos bioinfecciosos.

Para finalizar se agradecerá a cada paciente su valiosa colaboración.

5.8 RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS

Para el trabajo de investigación que se esta realizando se necesitan los recursos humanos los cuales son, las personas que acuden a las consultas odontológicas que acuden a las unidades de salud.

Los materiales a utilizar en esta investigación son:

- Equipo básico (pinza, explorador y espejo), sonda periodontal.
- Modulo dental.
- Gabacha, guantes, mascarilla, gorro, sobreguantes.
- Lentes de protección.
- Algodón, gasas, eyectores, campos
- Lápiz, lapicero, colores.
- Fotocopias.

Con respecto a lo financiero se debe de tomar en cuenta el número de la muestra que se les pasara la cedula de entrevista y la guía de observación, partiendo que hay un total de 263 pacientes y cada paciente tendrá su guía de observación y cedula de entrevista se ha estimado un gasto de \$57.86 en fotocopias, también se hizo un aproximado de \$3 dólares en lapiceros, lápices y colores.

6. LIMITACIONES Y ALCANCES

6.1. LIMITACIONES:

- No se establecerá el diagnostico preciso de las lesiones, que se encuentren en el índice lesiones osteomucofibrosas.
- Dificultad en el paso de instrumentos debido a que cubrimos Unidades de Salud ajenas a la descrita en el trabajo.
- Falta de tiempo en días en que la consulta aumenta.

6.2 ALCANCES

- Obtener un diagnóstico epidemiológico de la población que asiste a las unidades de salud el cual se podrá extrapolar.

7. CONSIDERACIONES BIOÉTIICAS

Para llevar a cabo la recolección de datos con los pacientes seleccionados, se requerirá que los investigadores expliquen al paciente las razones y el motivo para recolectar información personal, haciéndole de su conocimiento

que formara parte de la investigación haciéndolo con un consentimiento informado firmado previamente por el paciente y así realizar el paso de instrumento.

Este consentimiento consiste en leer una hoja en la cual informa al paciente en forma breve y clara sobre los aspectos que se abordaran durante la entrevista y la guía de observación.

El anexo No 4 modelo A se observa el consentimiento informado para aquellos pacientes mayores de 18 años y en el anexo No 5 modelo B se puede observar el consentimiento informado que tendrá que llenar el padre de familia o encargado en el paciente menor de 18 años.

En el caso de la variable lesiones de cara cuello y osteomucofibrosas no se determinará el diagnóstico preciso de la lesión; por lo que se brindará una referencia al paciente.

8. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	Inicio de protocolo				Corrección de protocolo				Entrega final de protocolo				Paso de instrumentos				Entrega final			
Enero																				
Febrero	X																			
Marzo					x															
Abril						X														
Mayo					x															
Junio							x													
Julio						X														
Agosto							x													
Septiembre									x						x	X				
Octubre													X	x	x	X				
Noviembre																			x	

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Roberto D'Aubuisson, Álvaro Magaña, et al, Constitución Política de El Salvador. El Salvador, 1983. Disponible en: <http://www.constitution.org/cons/elsalvad.htm>
2. William Antonio Olivares, et al, Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples. San Salvador, año 2008. Disponible en: <http://www.digestyc.gob.sv/>.
3. Rafael López Gallardo, *et al*, "Estudio Epidemiológico de Caries Dental y Fluorosis en escolares de 5-6, 7-8 , 12 y 15 años de Centros de Enseñanza Pública y Privada de El Salvador MSPAS-OPS", año 2008. Disponible en: http://www.mspas.gob.sv/pdf/doc_prog/salud_bucal/estudio_epidemiologico2008/resultados1.pdf
4. Guzmán R, Herbert. "Modelo de atención en salud oral en los sistemas sanitarios de El Salvador". Aportes para la reforma del sector salud en El Salvador. San Salvador, año 1999. Disponible en: http://www.mspas.gob.sv/pdf/aportes_6.pdf.
5. Enamel Fluorosis, Sitio de la "American Academy of PediatricDentistry", visto 18 marzo 2006. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Fluorosis_dental
6. Kevin Watkins, *et al*, "Informe sobre Desarrollo Humano El Salvador 2007 – 2008" Nueva York, año 2008.
7. Doris Dina Méndez Goncalves, Nancy Caricote Lovera, "Estudio Epidemiológico Para La Planificación Integral De La Odontología (EPIO)", Revista Latinoamericana De Ortodoncia y Odontopediatria, Año 2003. Disponible en: http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2003/caries_dental_escolares.asp
8. María Del Carmen Valle, Maikel Joaquín Oñate, "Comportamiento Epidemiológico de la Enfermedad Periodontal en Pacientes Diabéticos de la Policlínica Moncada", Instituto Superior De Ciencias Medicas De La Habana, Facultad De Estomatología, 2005. Disponible en: http://www.ucmh.sld.cu/rhab/vol5_num3/rhcm16306.htm
9. Morena Elizabeth López Hernández, Celia Azucena Muñoz Quintanilla, facultad de odontología (UNSSA), "Diseño De Un Programa Educativo Sobre La Enfermedad Periodontal Para Mejorar La Salud Bucal De Las Mujeres Embarazadas De 16 A

30 Años De Edad Del Área Rural Del Municipio De San Cristóbal Departamento De Cuscatlán”, año 2005. Disponible en: www.unssa.edu.sv/.../Enfermedad%20Periodontal%20San%20Cristobal.doc

10. *Leónidas Martínez, Carmen Rosa Salazar, Gisela Ramírez De Sánchez, “Estrato Social Prevalencia De Gingivitis En Gestantes, Estado Yaracuy Municipio De San Felipe Venezuela”, Acta Odontológica Venezolana, volumen 39 No 1, 2001. Disponible en:*
http://www.actaodontologica.com/ediciones/2001/1/estrato_social_prevalencia_gingivitis.asp
11. Ministerio de Educación, “Ley General de Educación”. Decreto 917, El Salvador, año 1996. Disponible en: http://www.mined.gob.sv/mined/auditoria/descargas/pdf/ley%20general_educacion.pdf
12. Consideraciones técnicas para mejorar el proceso de alfabetización en El Salvador. Comité técnico para la alfabetización, 2006, pág. 4.
13. Blanca Estela Cruz, et al, , “Síntesis Del Informe De Desarrollo Humano En El Salvador” Ingresos y Residencias En La Union, 2007.
Disponible en:
Www.Gestiopolis1.Com/.../Impacto-De-La-Macroeconomía-En-El-Desarrollo-Humano.Htm
14. Claudia Lorena Canales, “Departamento De La Union, El Salvador”, 2007. Disponible en: <http://lorenacanales6.blogspot.com/>
15. Ernesto Galdámez, “Monografía sobre Desarrollo Humano y Objetivos de Desarrollo del Milenio Municipio de Conchagua, departamento de La Unión”, 2007. Disponible en: <http://www.pnud.org.sv/2007/odm/content/blogcategory/0/106/>
16. Oscar Javier Saldarriaga, Mónica Sánchez, Liliana Avendaño, “Conocimientos y Practicas de las Gestantes Vinculadas al Programa de control Prenatal, Medellín”, Revista CES Odontología 2004. Disponible en: <http://www.ces.edu.co/Descargas/v17n2pag9-23.pdf>
17. Jose Alberto Buccio Garza, “Estudio retrospectivo de morbilidad de salud bucal realizado en el primer nivel de atención del

municipio de Montémoselos Nuevo León en el periodo de julio del 2000 a diciembre del 2002”, Revista de Salud y Nutricion, *volumen 10 n.2.* Disponible en: <http://www.respyn.uanl.mx/especiales/ee-3-2004/08.htm>.

18. Carlo Eduardo Medina Solís, José Luis Córdova González, María Alejandra Zazueta Hernández, Alejandro José Casanova Rosado, “Diagnósticos quirúrgicos de cirugía bucal”, Facultad de Odontología Departamento de Cirugía Bucal y Maxilofacial, Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar , Instituto Mexicano del Seguro Social, Campeche, año 2002. Disponible en: www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/99723932-07E4-47F2.../09.pdf -
19. Moret Yuli, Rivera Helen, Cartaya Melissa, , “Prevalencia De Lesiones En La Mucosa Bucal De Pacientes Diagnosticados En El Laboratorio Central De Histopatología Bucal "Dr. Pedro Tinoco" De La Facultad De Odontología De La Universidad Central De Venezuela”, Acta Odontológica. Disponible en: www.actaodontologica.com/./prevalencia_lesiones_mucosa_bucal.asp
20. Ángela María Franco, “Prevalencia de caries y Gingivitis en Preescolares”. Revista CES Odontología. Disponible en: http://www.ces.edu.co/Descargas/prevalencia_caries_gingivitis_preescolar.pdf
21. Lahould Víctor, Mendoza Z. Jannet, Vacca Gustavo, “Prevalencia de placa bacteriana, caries dental y maloclusiones en 330 escolares de 6 a 14 años”, Odontología Sanmarquina, Vol.1 No 5, Año 2000. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/odontologia/2000_n5/prevalencia.htm
22. Chetti Ana M, Ruiz Díaz Elena O, Romero Horacio, Estudio de la prevalencia de lesiones de caries en piezas dentarias anteriores y su relación con variables epidemiológicas, Universidad Nacional del Nordeste, Comunicaciones Científicas y Tecnológicas, año 2005. Disponible en: <http://www.unne.edu.ar/Web/cyt/com2005/3-Medicina/M-107.pdf>
23. Eliana Ríos, Patricia Baltasar, Jury Frías, Carla Mendoza, Sara Rodríguez, Roció Torres: “Prevalencia de Patologías Dentales en la Clínica Odontológica Univalle - La Paz, Bolivia” año 2000. Disponible en: <http://www.univalle.edu/publicaciones/journal/journal1/pag11.htm>

24. Alexandra Paola Benítez Melo, Mario Rafael Romero Sánchez Romero, "Gingivitis en los niños y púberes tempranos pertenecientes a hogares del beneficio social de la Sabana Bogotá, Colombia". Revista Odontológica. Disponible en: www.encolombia.com/.../FocXXIV-gingivitis.htm
25. Cornejo Zaga Enma, "El Estado Nutricional y su Relación con el Perfil de Salud Bucal en niños de 6 a 9 años Lima Perú", Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Año 2002. Disponible en: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2003/cornejo_ze/html/index-frames.html
26. Suzely Adas Saliba Moimaz, Nemre Adas Saliba, "Condiciones Periodontales y Características Socioeconómicas de jóvenes y adultos brasileños", Acta Odontológica Venezolana, Volumen 46 N° 2 2008. Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2008/2/condiciones_periodontales_caracteristicas_socioeconomicas.asp
27. María Lilia, Adriana Juárez López, José Francisco Murrieta, "Prevalencia y factores de riesgo asociados a enfermedad periodontal en preescolares de la Ciudad de México", Medigraphic Artemisa en línea, Año 2004. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2005/gm053c.pdf
28. Lilian Toledo Reyes, Dra. Miriam Machado Martínez, Dra. Yaumara Martínez Herrada, Dra. Mabel Muñoz Medina, "Maloclusiones por el Índice de Estética Dental (DAI) en la población menor de 19 años", revista cubana estomatológica, año 2004. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol41_3_04/est06304.htm
29. Cano .C., Rosas C., Gutiérrez N., Velásquez Y., Godoy S., Quiros O., Farías M., Fuenmayor D., D Jurisic A., Alcedo C, "Frecuencia de Maloclusión en Niños de 5 a 9 años en una Zona Rural del Estado Guárico periodo 2007-2008." Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria, Año 2008. Disponible en: http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2008/frecuencia_maloclusion_ninos_estado_guarico.asp

ANEXO No 1

CUADRO DE RELACIÓN DE VARIABLES, INDICADORES Y PREGUNTAS EN LOS INSTRUMENTOS.

VARIABLE		INDICADOR	No de PREGUNTA DE CEDULA DE ENTREVISTA Y GUIA DE OBSERVACIÓN.
a) Socioeconómica	Edad	Edad por rangos	No1 de C. de E
	Genero	M F : Grávida, No grávida	No 2 de C. de E.
	Ingreso económico	S/ingresos y valores desde \$ 0 a más de \$300	No 3 y No 3.1 de C. de E
	Escolaridad	S/ escolaridad. Desde 1er hasta Universitario	No 4 y No 5 de C. de E
	Lugar de origen	Lugar de residencia y origen.	No 6 y No 7 de C. de E
b) Motivo de consulta.			No 8 de C. de E
c) Lesiones de Cara, cuello y mucofibrosas.			Cuadro No I de Guía de O.
d1) Índice de Placa bacteriana		Aplicación de índices.	Cuadro No II de Guía de O
d2) Índice de Caries CPOD/cpod.		Aplicación de índices.	Cuadro No VII de Guía de O
d3) Índice gingival		Aplicación de índices.	Cuadro No III de Guía de O

<p>d4) Índice Periodontal</p> <p>CPI (de OMS)</p> <p>Índice periodontal comunitario</p>	<p>Aplicación de índices.</p>	<p>Esquema IV de CPI de Guía de O</p>
<p>e) Medición de Maloclusión.</p> <p>Mal posición dentaria, discrepancia esquelética dental Estética aceptada por la comunidad.</p>	<p>Aplicación de índices.</p>	<p>Cuadro No V y VI de Guía de O</p>
<p>f) Problema Estomatológico Principal en la comunidad.</p>		<p>Cuadro No VIII de Guía de O</p>

ANEXO No 2

Código No. _____

No. de Expediente: _____

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
COORDINACIÓN GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN



CÉDULA DE ENTREVISTA

OBJETIVO

Recolectar información sobre la condición de salud bucal de la población que asiste a la.....

INDICACIONES:

La entrevista tiene que ser personal para ir orientando las preguntas al paciente, de una forma clara y sencilla.

El número de código será el número correlativo. El número de expediente es el mismo que tendrá el paciente en el expediente de la Institución donde realiza el estudio.

Encierre en un círculo la opción que el paciente responda.

Al final de la entrevista, agradezca al paciente por su tiempo y colaboración.

Encierre en un círculo la opción que el paciente responda.

1. Edad (en años cumplidos).....
2. Género:
1. Masculino
2. Femenino:
- 2.1. ¿Está embarazada?
1. Sí
2. No
3. Tiene ingresos económicos.....
1. Sí
2. No (Pase a la pregunta No 4)
- 3.1. Su ingreso equivale a.....
1. Menor o igual a \$ 100
2. De \$ 101 a \$ 150
3. De \$ 151 a \$ 200
4. De \$ 201 a \$ 250
5. De \$ 251 a \$ 300
6. Más de \$300
4. ¿Sabe leer y escribir? o ¿está estudiando actualmente?
1. Sí
2. No (Pase a la pregunta No5)
- 4.1. ¿Hasta qué grado estudió?
1. Parvularia
2. 1er. Ciclo
3. 2do. Ciclo
4. 3er. Ciclo
5. Bachillerato
6. Universitario.
7. Superior no Universitario

5. Municipio de residencia: _____

6. ¿Donde vivió los primeros 7 años de su vida?

1. Municipio _____

2. Departamento _____

7. ¿Cuál es su motivo de consulta? (Escriba tal cual lo expresa el paciente)

ANEXO No 3

Código No.: _____

No. de Expediente: _____

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
COORDINACIÓN GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN



GUÍA DE OBSERVACIÓN CLÍNICA

OBJETIVO

Recolectar información sobre la condición de salud bucal de la población que asiste a la que se atienden en el área de Odontología de las unidades de salud de.... en el año 2009.

INDICACIONES:

- El número del código es correlativo y debe ser coincidente con el de la cédula de entrevista.
- La guía de observación debe ser llenada en el momento de ir realizando el examen clínico, utilizando el instrumental de diagnóstico y los colores adecuadamente.
- En el No de expediente colocar el número correspondiente al expediente clínico de la institución donde realiza el estudio.
- Debe seguir el orden de un examen clínico extrabucal e intrabucal, observando, palpando, auscultando y percutiendo las diferentes estructuras extra e intra bucales.

Paladar Duro							
Paladar Blando							
Glándulas Salivales							
Amígdalas							
Alvéolo							
Encías							

II. ÍNDICE DE PLACA BACTERIANA LÖE Y SILNESS. (IP)

En este índice se examinarán los dientes establecidos por Ramfjord, en los cuatro sitios (mesial, vestibular, distal y palatino o lingual). En caso de dientes ausentes se realiza la lectura en el diente vecino del mismo grupo dentario.

Indicaciones:

- Encierre en un círculo las piezas examinadas. En caso que las piezas especificadas estén ausentes, anote las piezas que las reemplazarán.
- Para este examen deslice la sonda periodontal sobre el tercio cervical del diente a examinar. Dándole los siguientes valores a cada superficie.

0 = Ausencia de Placa

1 = Placa no visible, pero que se extrae del tercio gingival del diente con ayuda de una sonda.

2 = Acumulación moderada de placa apreciable a simple vista.

3 = Placa abundante en esta misma zona (tercio gingival) e incluso cubriendo el diente adyacente.

ÍNDICE DE PLACA.						
Diente		SITIOS				Sumatoria Σ
		Distal	Vestibular	Mesial	Palatino/ Lingual	
5-5	1-6					
5-2	1-2					
6-4	2-4					
7-5	3-6					
7-2	3-2					
8-4	4-4					
<p>I.P: Es igual a la sumatoria de los valores de todas las superficies entre el número de superficies examinadas.</p> <p>Σ de valores asignados a cada superficie</p> <p>I.P. = $\frac{\text{_____}}{\text{No. de superficies examinadas}}$ I.P. = _____</p>						

Resumen del índice para interpretación: 0.0 a 0.75 Buen estado

0.76 a 1-5 condición leve

1.51 a 2.25 condición moderada

2.26 300 condición severa

III. ÍNDICE GINGIVAL DE LÖE Y SILNESS (IG)

Indicaciones:

- Encierre en un círculo las piezas examinadas. En caso que las piezas especificadas estén ausentes, anote las piezas que las reemplazarán (diente vecino del mismo grupo dentario)
- Observe el color, tamaño, aspecto, consistencia, hemorragia de la encía correspondiente a cada diente examinado.
- A cada superficie asigne los siguientes valores:

0 = Encía Sana

1 = Inflamación leve sin hemorragia

2 = Inflamación moderada con hemorragia al sondaje

3 = Inflamación severa con hemorragia espontánea

ÍNDICE GINGIVAL						
Diente		SITIOS				Sumatoria Σ
		Distal	Vestibular	Mesial	Palatino/ Lingual	
5-5	1-6					
5-2	1-2					
6-4	2-4					
7-5	3-6					
7-2	3-2					
8-4	4-4					
IG: Es igual a la sumatoria de los valores de todas las superficies entre el número de superficies examinadas. $\frac{\Sigma \text{ de valores asignados a cada superficie}}{\text{Número de superficies examinadas}}$ I.G. = _____ IG. = _____						

No. de superficies examinadas	
-------------------------------	--

Resumen del índice para interpretación: 0.0 a 0.75 Buen estado

0.76 a 1-5 inflamación leve

1.51 a 2.25 inflamación moderado

2.26 300 inflamación severa

IV. ÍNDICE PERIODONTAL COMUNITARIO CPI (DE OMS)

Indicaciones:

- Este índice se pasará únicamente a mayores de 15 años, examinando las siguientes piezas dentales: 1-7, 1-6, 1-1, 2-6, 2-7, 3-7, 3-6, 3-1, 4-6, 4-7
- En los menores de 20 años se excluyen los 2dos molares. En el caso que falten los dientes especificados en el índice, todos los demás deben ser explorados.
- Cada sextante debe contar por lo menos con 2 dientes no indicados para extracción. De lo contrario se considera como sextante excluido.
- A cada sextante, asigne un valor de acuerdo a:

Índice Periodontal Comunitario

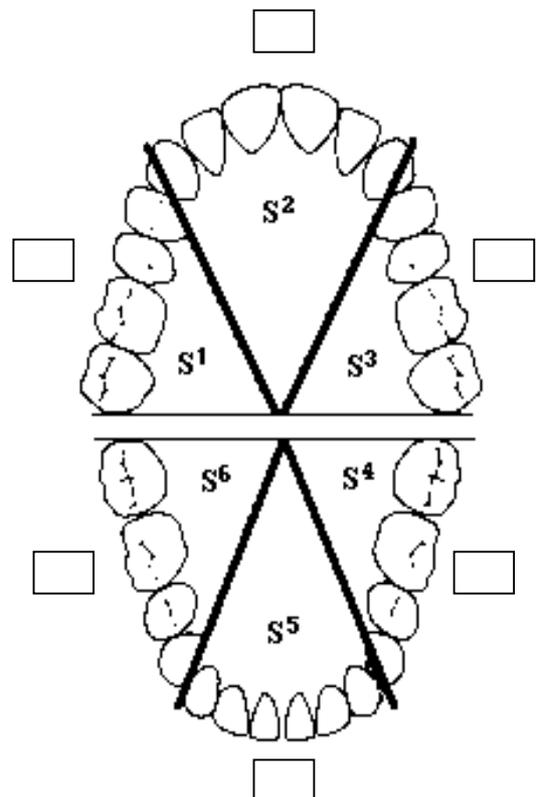
0 = Sano, ausencia de signos

1 = Hemorragia al sondaje suave.

2 = Cálculo supra o subgingival

3 = Bolsa de 4 -5 mm.

4 = Bolsa igual o mayor de 6 mm



CPI = Al mayor valor encontrado.

CPI

V. ÍNDICE DE ESTÉTICA DENTAL (DAI)

Este índice relaciona la apariencia estética de los dientes con posiciones oclusales determinadas, clasifica la gravedad de la mal oclusión y su necesidad de tratamiento.

Indicaciones:

- Se realiza en mayores de 12 años. (Solo con dentición permanente).
- Registrar el dato de las diferentes situaciones clínicas en la casilla correspondiente en la columna (A).
- Multiplicar cada valor numérico de la casilla (A) por su correspondiente coeficiente de regresión DAI estándar (B) y colocar el dato en la columna A x B.
- Sumar los productos obtenidos en la columna A x B. El resultado de esta suma más 13, corresponde al valor de DAI de cada paciente.
- Coloque el resultado, en la categoría correspondiente de acuerdo al resultado obtenido, para establecer la necesidad o no de tratamiento. (Cuadro inferior)

Componentes o situaciones clínicas	Medición obtenida (A)	Regresión (B)	Producto A x B
Dientes visibles perdidos (incisivos, caninos, premolares, superiores e inferiores)		6	
Apiñamiento antero superior e inferior (de canino a canino) 0: No hay apiñamiento. 1: apiñamiento en un arco (superior o inferior) 2: Apiñamiento en ambos arcos.		1	
Espaciamiento (falta de contacto interproximal) (de canino a canino) 0: No hay diastemas. 1: Diastema en un arco (superior o inferior) 2: Diastemas en ambos arcos.		1	
Diastema en línea media en mm (mayor medida)		3	
Mayor rotación maxilar en mm.		1	

Mayor rotación mandibular en mm.		1	
Overjet maxilar en mm		2	
Overjet mandibular (mordida cruzada) en mm		4	
Mordida abierta anterior en mm		4	
Relación oclusal molar (mesial o distal respecto de la normal) ya sea derecha o izquierda. 0: normal 1: media cúspide, ya sea mesial o distal. 2: una cúspide completa o más, ya sea mesial o distal.		3	
Constante			13
DAI = Suma del producto más 13:		DAI =	

Necesidad de Tratamiento:

Oclusión normal Y maloclusión mínima.		DAI menor o igual que 25	No necesita tratamiento
Maloclusión definida		DAI entre 26 y 30	Tratamiento electivo
Maloclusión severa		DAI entre 31 y 35	Tratamiento conveniente altamente deseable por el paciente.
Maloclusión muy severa o discapacitante		DAI mayor o igual que 36	Tratamiento obligatorio y prioritario

VI. ÍNDICE DE MAL OCLUSIÓN EN EDADES DE 3 AÑOS A MENORES DE 12 AÑOS CON DENTICIÓN TEMPORARIA.

Indicaciones:

- Marcar con una x el indicador a evaluar.
- En niños de 3 a 5 años la relación de overjet borde a borde es normal.
- En la relación molar lo normal es clase I de Angle o en el caso, Baume.
- Independiente al número de indicadores encontrados, coloque en la columna llamada "Valores Asignados" el # 0 cuando hay ausencia de cualquier condición y el # 1 cuando existan uno o más indicadores presentes.
- Luego sume los valores asignados y coloque el resultado al final de dicha columna.
- Coloque el resultado, en la categoría correspondiente de acuerdo al resultado obtenido, para establecer el tipo de oclusión/mal oclusión del paciente. (Cuadro inferior)

Componente	Indicadores a evaluar.			Valores asignados
Hábitos	Succión digital		Respirador bucal	
	Onicofagia		Succión lingual	
	Queilofagia		Bruxismo	
	Deglución atípica		Otros	
Irregularidad	Diente rotado		Apiñamiento	
	Diente inclinado		Diastema *	
	Perdida prematura		Mal formación	
Relación molar	Derecha (en clase II y III de Angle)			
	Izquierda (en clase II y III de Angle)			
	Mordida Cruzada			
Mordida abierta anterior				
Overjet maxilar (traspaso horizontal)	Positivo: cuando sea mayor que 3 mm			

de incisivos)			
Overjet mandibular (mordida cruzada)	Positivo: mayor de 0 mm.		
Sumatoria de valores:			

* Este indicador será válido en niños con dentición permanente anterior

Tipo de Oclusión/Mal oclusión:

Oclusión normal		0
Maloclusión mínima		1
Maloclusión definida y severa		2 y 3
Maloclusión muy severa		3 y 5

VII. ÍNDICE DE CARIES CPO/D - ceo/d.

El índice CPO/D resulta de la sumatoria de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados.

El índice ceo/d resulta de la sumatoria de los dientes deciduos cariados, indicados para extracción y obturados.

Consideraciones para CPO/D y ceod

- El diagnóstico de surco profundo no se considera en este índice.
- La presencia de sellantes no se cuantifica (se considera pieza sana).
- Cuando el mismo diente está obturado y cariado, se considera cariado.
- La restauración por medio de corona se considera diente obturado.
- Mancha Blanca, es Caries cuando está en tercio (margen) Gingival, Fosetas y fisuras y superficie interproximal. Al secarse la superficie esta opaca, rugosa, con presencia de placa bacteriana.

Para CPO/D

- Se considera diente ausente (anodoncia) el que no se encuentra en la boca después de tres años de su tiempo normal de erupción. No se toma en cuenta para calcular el índice. Incluye la tercera molar si no existe certeza de su extracción.

- La presencia de raíz se considera como pieza cariada.

Para ceo/d

- No se considera en este índice los dientes ausentes.
- La extracción indicada, es la que procede. siempre y cuando no sea por exfoliación (como los restos radiculares)

Indicaciones:

- Marque una X en la casilla respectiva con los colores indicados a continuación
 - ✓ Rojo: toda lesión que indique caries no importa el grado.
 - ✓ Azul: toda restauración en buen estado.
 - ✓ Negro: piezas dentales perdidas y en el ceo/d el diente indicado para extracción.

Vacíe la información en el cuadro inferior, realice la sumatoria y obtenga el to

1-8	1-7	1-6	1-5	1-4	1-3	1-2	1-1	2-1	2-2	2-3	2-4	2-5	2-6	2-7	2-8
			5-5	5-4	5-3	5-2	5-1	6-1	6-2	6-3	6-4	6-5			
			8-5	8-4	8-3	8-2	8-1	7-1	7-2	7-3	7-4	7-5			
4-8	4-7	4-6	4-5	4-4	4-3	4-2	4-1	3-1	3-2	3-3	3-4	3-5	3-6	3-7	3-8

ÍNDICE CPO/D – ceo/d	General
C	
P	
O	
TOTAL CPO/D	

C	
E	
O	
TOTAL CEO/D	
TOTAL CPO/D – CEO/D	

<p>Cuantificación de la OMS para el índice CPO/D – ceo/d</p>	
Muy Bajo	0.0 a 1.1
Bajo	1.2 a 2.6
Moderado	2.7 a 4.4
Alto	4.5 a 6.5

VIII. Resumen del problema Estomatológico Principal del paciente.
(Para obtener el de la comunidad)

Resultado de:

- I- Motivo de Consulta: _____
- II- Lesiones cara cuello y muco-fibrosas _____
- III- Índice de Placa bacteriana Løe y Silness. _____
- IV- Índice gingival _____
- V- Índice Periodontal CPI _____
- VI- Índice de Estética Dental DAI / Mal oclusión. _____
- VII- Índice de mal oclusión en edades de 3 años a menores de 12 años con dentición temporaria. _____
- VIII- índice de Caries CPOD/cpod. _____

Observaciones especiales que ameritan describirse.

ANEXO No 4

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**DIAGNOSTICO DE LA CONDICION DE SALUD BUCAL DE LA POBLACION
QUE ASISTE A LAS UNIDADES DE SALUD DE SANTA ROSA DE LIMA, AGUA
FRIA Y SAN ALEJO EN EL DEPARTAMENTO DE LA UNION EN EL AÑO 2009.**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El siguiente procedimiento consiste en una entrevista en la cual, se realizara una serie de preguntas personales y posteriormente se hará una evaluación por medio de un examen bucal en el cual se completara una guía de observación que permitirá observar su condición bucal.

Los datos obtenidos servirán al final de la investigación para conocer el estado de la condición bucal de la población que asiste a la unidad de salud.

Yo, _____ con
Documento Único de Identidad _____

Confirmando mi participación y firmo el presente documento, después de haberlo comprendido, teniendo la oportunidad de preguntar y entender los procedimientos que se realizarán, los estudios que se pretenden, los beneficios y los riesgos que puedan derivarse.

Ciudad de _____ , departamento de La Unión, a los ____
días del mes de _____ del año 2009.

Firma _____

ANEXO No 5

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**DIAGNOSTICO DE LA CONDICION DE SALUD BUCAL DE LA POBLACION
QUE ASISTE A LAS UNIDADES DE SALUD DE SANTA ROSA DE LIMA, AGUA
FRIA Y SAN ALEJO EN EL DEPARTAMENTO DE LA UNION EN EL AÑO 2009.**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El siguiente procedimiento consiste en una entrevista en la cual, se realizara una serie de preguntas personales y posteriormente se hará una evaluación por medio de un examen bucal en el cual se completara una guía de observación que permitirá observar su condición bucal.

Los datos obtenidos servirán al final de la investigación para conocer el estado de la condición bucal de la población que asiste a la unidad de salud.

Yo, _____ con
Documento Único de Identidad _____

Autorizo la participación de mi hijo (a)

Y firmo el presente documento, después de haberlo comprendido, teniendo la oportunidad de preguntar y entender los procedimientos que se realizaran, los estudios que se pretenden, los beneficios y los riesgos que puedan derivarse.

Cuidad de _____ , departamento de La Unión, a los ____
días del mes de _____ del año 2009.

Firma _____

ANEXO 6

DISCUSION INDIVIDUAL UNIDAD DE SALUD SANTA ROSA DE LIMA

En los resultados obtenidos en el estudio realizado en la población asistente a la Unidad de Salud de Santa Rosa de Lima se encontró que el rango mas demandante a la consulta odontológica fue de 12 a 19 años con un 31%, siendo el sexo femenino el que acudió con más frecuencia a la consulta con un porcentaje de 16% (Ver tabla 1). Dentro de este grupo se observo que un 6% de las mujeres asistentes se encontraban en estado de gestación, mientras en el rango de 12 a 19 años hallamos el mayor porcentaje un 4% (Ver tabla 3). Podemos afirmar con estos resultados que las mujeres que se encuentran en gestación visitan con muy poca frecuencia al odontólogo, tal como se observa en el estudio realizado en San Cristóbal sobre mujeres en gestación (9) dándole poca importancia al aspecto dental, ignorando que es igual de importante como su salud en general.

En cuanto al ingreso económico la población asistente a consulta odontológica en Santa Rosa de Lima que manifestó recibir ingresos es el 30%, mientras que un 70% de la población en general manifestó no percibir ingresos económicos (Ver tabla 5); en cuanto al equivalente de ingreso más frecuente se encuentra entre \$1 a 100 y \$101 a 150 (Ver tabla 7). Esto genera una incongruencia porque según la Síntesis del Informe y Desarrollo Humano en el Salvador” el departamento de la unión es el que mas recibe remesas con un 47.5%. (13), aunando a esto que tendría que ser mayor el ingreso económico de la población

Según los datos presentados por la EHPM 2008, reveló que a nivel nacional, aproximadamente 691,689 personas no saben leer y escribir, lo que representa una tasa de analfabetismo de 14.1%. En el departamento de La Unión el índice de analfabetización para el año 2004 en los jóvenes (15-24 años) es de 8.1% , en los adultos (25-59 años) es de 29.8%.(2); mientras

que los resultados obtenidos en Santa Rosa de Lima muestran un 85% de alfabetismo y un 15% de analfabetismo.(Ver tabla 9). La población alfabetizada en Santa Rosa de Lima presentó un nivel educativo promedio de 2do ciclo con un 28% (Ver tabla 11)

En relación al municipio de residencia de la población en estudio de la Unidad de Salud Santa Rosa de Lima el 97% residen en el mismo municipio y el 3% fuera de éste. (Ver tabla 13). Estos resultados son determinados como consecuencia de que el transporte es poco frecuente, incómodo, con costos elevados y los períodos de tiempo que necesitan para trasladarse son muy amplios. Ésta situación reduce en gran medida la posibilidad de que personas de otros municipios asistan a consulta a las Unidades de Salud del estudio.

Ahora bien el lugar de residencia durante los primeros 7 años de vida de la población del estudio de Santa Rosa de Lima un 90% residían en dicho municipio, el 7% residían en los municipios cercanos a Santa Rosa de Lima y el 3% residían en los departamentos cercanos. (Ver tabla 15)

Con respecto a los principales motivos de consulta que presentó la población del estudio realizado en el municipio de Santa Rosa de Lima, se clasificaron los motivos de consulta dados por el paciente en las siguientes opciones: caries y obturación, extracción, limpieza, revisión y control; encerrando estas en problemas dentales y problemas periodontales.

Encontrándose que en Santa Rosa de Lima los motivos de consulta de acuerdo a su prevalencia fueron: limpieza 49%, caries y obturaciones 26%, extracciones 22%, y revisión y control 2%; siendo el más predominante el sexo femenino en el rango de edad de 12 a 19 con un 16% de concurrencia. (Ver tabla 17)

Dentro de los problemas reales por los que la población consulto a la Unidad de Santa Rosa de Lima se clasificaron en: problemas dentales, problemas periodontales y revisión y control, los resultados de la población

en general fueron el 49% asistió por problemas dentales, el 49% por problemas periodontales y el 2% por revisión y control, siendo el sexo femenino dentro del rango de 12 a 19 años con mayor afluencia. (Ver tabla 19)

Con respecto a las lesiones de cara, cuello y mucofibrosas en la población de Santa Rosa de Lima se obtuvo que un 20% presenta lesión en la encía tipo eritroplásica, en paladar duro se encontró eritroplasia con 10 % y exostosis con 70%, el sexo femenino tuvo su porcentaje prevalente en exostosis en paladar duro con el 40% de igual forma el sexo masculino con un 20%. (Ver tabla 21 y 23)

En cuanto a los resultados obtenidos en la población de Santa Rosa de Lima respecto al índice de Placa Bacteriana revelaron que el 47% de la población presenta un Buen Estado, el 33% condición leve, el 16% condición moderada y el 4% condición severa, se obtuvo que el sexo femenino en el rango de edad de 12 a 19 presenta su mayor porcentaje en condición de buen estado en un 9%, mientras el sexo masculino en el rango de 5 a 11 presentó mayor proporción en la condición de buen estado un 7%. (Ver tabla 25)

Ahora bien para el Índice Gingival en los resultados del Municipio de Santa Rosa de Lima se encontró que 58% presentó buen estado, el 27% inflamación leve, 13% inflamación moderada y un 2% inflamación severa; siendo el rango de edad de 5 a 11 años del sexo femenino el más frecuente en buen estado gingival con 13%, el sexo masculino en el rango de 5 a 11 años con un 9% en buen estado gingival. (Ver tabla 27). En contraste a esto podemos relacionar con el estudio realizado en Medellín donde el 86.8% tenían una inflamación leve (20).

Con respecto a los porcentajes obtenidos para el Índice Periodontal en la población de estudio de Santa Rosa de Lima el 6% presento bolsas igual o mayor de 6mm, 24% bolsas de 4-5mm, 50% cálculo supra o subgingival, 19% hemorragia al sondaje suave, 1% sano; en donde la mayor proporción

en género femenino estuvo de 41 a 60 años que presentó bolsas de 4 a 5mm en un 6%, y el masculino de 12 a 19 años con cálculo supra o subgingival con un 12%. (Ver tabla 29)

De tal manera en el Índice de Estética Dental en el municipio de Santa Rosa de Lima encontramos que el 10% mostró maloclusión definida, 16% maloclusión muy severa o discapacitante, 6% maloclusión severa, y 69% oclusión normal y maloclusión mínima, en cuanto al rango más prevalente del género femenino fue de 12 a 19 años con 25% en oclusión normal y maloclusión mínima, la misma clasificación dental fue para el género masculino en rango de 12 a 19 años con 19%. (Ver tabla 31).

De la misma forma para el Índice de Maloclusión en niños en el municipio de Santa Rosa de Lima se encontraron los siguientes datos oclusión normal con 50%, maloclusión mínima 30%, maloclusión definida y severa 20%. El género femenino de 5 a 11 años presentó el mayor porcentaje 24% en oclusión normal, igualmente el masculino de 5 a 11 años con un 12%. (Ver tabla 33).

En cuanto a los datos obtenidos en el Índice CPO/D- ceo/d en la Unidad de Salud de Santa Rosa de Lima se obtuvo que más del 50% de la población presentó un índice de caries alto. (Ver tabla 39) Lo cual difiere del estudio en la Cátedra Clínica de Operatoria Dental de la FOUNNE cohorte 2004 de un total de 140 pacientes rehabilitados 60 corresponden al sexo femenino y representa el 43% y 42 al sexo masculino representando el 30%. El 27 % restante corresponde a pacientes que no presentaron caries en el sector anterior. (22) De igual forma la investigación de la Clínica Odontológica Univalle de La Paz, Bolivia; durante la gestión I/2000 en los resultados expresan que la caries de mayor predominio es en el género femenino con 55%. (23)

ANEXO 7

DISCUSION INDIVIDUAL UNIDAD DE SALUD SAN ALEJO Y CASA DE SALUD AGUA FRIA

En los resultados obtenidos del estudio en la Unidad de Salud de San Alejo y Casa de Salud de Agua Fría se encontró que de la población asistente a la consulta odontológica el rango con mayor porcentaje de asistencia fue de 5 a 11 años con un 52%, siendo en su mayoría de género masculino con un 34% (ver tabla 2). Para el caso de la asistencia de mujeres embarazadas a consulta odontológica el porcentaje resultante fue 6%, siendo los rangos 20 a 40 y 41 a 60 años los más sobresalientes con 3% cada uno. (Ver tabla 4).

En cuanto al ingreso económico la población asistente a consulta odontológica en el estudio de San Alejo y Agua Fría que manifestó percibir ingresos económicos es el 69%, mientras un 31% no recibe ingresos económicos (ver tabla 6), siendo su equivalente de ingreso con mayor frecuencia de \$1 a 100 (ver tabla 8). Al observar los resultados se encontró contraste con los datos proporcionados según la EHPM 2008, la cual manifiesta que el ingreso promedio mensual es de \$182.74. (2)

Según los datos presentados por la EHPM 2008, reveló que a nivel nacional, aproximadamente 691,689 personas no saben leer y escribir, lo que representa una tasa de analfabetismo de 14.1%. En el departamento de La Unión el índice de alfabetización para el año 2004 en los jóvenes de 15-24 años es de 8.1% , en los adultos 25-59 años es de 29.8%.(2); mientras que los resultados obtenidos en la Unidad de Salud de San Alejo y Casa de Salud de Agua Fria el 92% se encontró alfabetizado y el 8% en analfabetismo. (ver tabla 10).

La población alfabetizada en el estudio de la Unidad de Salud de San Alejo y Casa de Salud de Agua Fria presentó como nivel educativo promedio el 2do ciclo con un 38% (ver tabla 12).

En relación al municipio de residencia de la población en estudio de la Unidad de Salud San Alejo y Agua Fría se halló que un 100% de éstos reside en San Alejo y sus cantones. (Ver tabla 14). Por lo cual se determina una escasa diferencia entre el resultado de ambas Unidades de Salud en las que se realizó la investigación mostrando que la mayor parte de la población del estudio residían en los municipios antes mencionados, estos resultados son determinados como consecuencia de que el transporte es poco frecuente, incómodo, con costos elevados y los períodos de tiempo que necesitan para trasladarse son muy amplios. Ésta situación reduce en gran medida la posibilidad de que personas de otros municipios asistan a consulta a las Unidades de Salud del estudio.

Ahora bien el lugar de residencia durante los primeros 7 años de vida de la población que asistió a consulta odontológica en la Unidad de Salud de San Alejo y Casa de Salud de Agua Fría se halló que el 89% de la población residían en dicho municipio, el 5% residían en municipios aledaños y el 6% residían en los departamentos cercanos (ver tabla 16); en tanto que el lugar de residencia de mayor frecuencia resultaron ser los municipios en donde se realizó esta investigación.

Con respecto a los principales motivos de consulta odontológica que presentó la población del estudio realizado en la Unidad de Salud de San Alejo y Casa de Salud de Agua Fría se encontraron los siguientes motivos de consulta: limpieza 38%, caries y obturación 34%, extracciones 28%, mostrando que el sexo masculino en el rango de edad de 5 a 11 años con un 14% fue de mayor concurrencia (Ver tabla 18). Estos resultados difieren un poco con los del estudio realizado en la población de Nuevo León en el cual el motivo de consulta de mayor realce fue caries dental en el rango de edad de 25 a 44 (17).

Dentro de los problemas reales por los que la población consulto a la Unidad de Salud de San Alejo y Casa de Salud de Agua Fría se halló que el 63% asistió por problemas dentales y el 37% problemas periodontales

hallando que el de mayor afluencia fue el sexo masculino en el rango de 5 a 11 años con un 34% (Ver tabla 20). Si lo clasificamos por rangos de edades se encuentra que el rango de edad de 5 a 11 años en el municipio de San Alejo y Agua Fría presentan como problema real de consulta a los problemas dentales.

Con respecto a las lesiones de cara, cuello y mucofibrosos en la población de estudio de la Unidad de Salud de San Alejo y Casa de Salud de Agua Fría se obtuvo lesiones de encía de tipo complicación postquirúrgica con 16%, eritroplasia 4%, tumoración 4%, ulceraciones 12%; lesiones en piso de la boca tipo exostosis con el 20%; lesiones en labios del tipo ulceraciones con 12%; lesiones en paladar duro del tipo exostosis 12% y leucoplasia 4%; y lesiones en carrillo, de tipo leucoplasia con un 8% y ulceración con 8%. En el rango de edad 12 a 19 años tanto el sexo masculino como el femenino presentan mayor frecuencia de exostosis con un 8% (ver tabla 24).

Los datos antes mencionados difieren de los encontrados en un estudio en el Laboratorio Central de Histopatología Bucal "Dr. Pedro Tinoco" de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela, en donde la patología diagnosticada con más frecuencia fue la Leucoplasia seguida por Hiperplasia fibrosa por prótesis dental y Fibroma Traumático. (19)

En cuanto a los resultados obtenidos en la para la población del estudio en el municipio de San Alejo y Agua Fría referente al Índice de Placa Bacteriana los resultados mostraron que un 51% de la población presenta condición leve, el 34% presento buen estado, el 14% condición moderada y el 1% condición severa; el sexo femenino en el rango de 12 a 19 años presenta su mayor porcentaje 10% en condición leve, en tanto el sexo masculino presento un 17% en condición de buen estado en el rango de edad 5 a 11 años (ver tabla 26). En incongruencia con el estudio del Perú sobre índice de placa bacteriana, en un rango de 6 y 14 años, donde se concluyó que el 53.3% presentó un índice de placa en condición severa. (21)

Ahora bien para el Índice Gingival en los resultados del estudio en el municipio de San Alejo y Agua Fría se encontró que el 48% tuvo buen estado, el 47% inflamación leve y el 6% inflamación moderada, siendo el rango de edad de 5 a 11 años en el sexo femenino el más frecuente en buen estado gingival con un 13%, mientras en el sexo masculino el rango de edad de 5 a 11 años con un 20% en buen estado gingival el más prevalente (Ver tabla 28). Los resultados planteados anteriormente coinciden con el estudio en Sabana Bogotá en niños 3- 12 años el cual concluye que el índice gingival incrementó progresivamente con la edad. Existiendo una relación inversa entre la edad y el índice de placa bacteriana y directa entre la edad y el índice gingival (24).

Con respecto a los porcentajes obtenidos para el Índice Periodontal en la población de estudio de la Unidad de Salud de San Alejo y Casa de Salud de Agua Fría se encontró que un 5% presentó bolsas de 6mm, un 23% bolsas de 4 a 5mm, 70% cálculo supra o subgingival y el 3% hemorragia al sondaje suave; siendo el rango de 12 a 19 años con cálculo supra o subgingival el más prevalente con 25% en femenino y 28% en masculino (Ver tabla 30). Datos similares se hallaron en el estudio que se realizó en São Paulo, Brasil, que constató una prevalencia relativamente alta de cálculo dental en el rango 35-44 años con el 29,78% cuya prevalencia aumenta con la edad. (26)

De tal manera en el Índice de Estética Dental en la población de estudio de la Unidad de Salud de San Alejo y Casa de Salud de Agua Fría destacaron la prevalencia de Oclusión normal y maloclusión mínima con un 48%, maloclusión definida con 35%, maloclusión severa con 13% y maloclusión muy severa y discapacitante con 5%; dentro de los cuales los datos más destacados fueron sexo femenino en edad de 12 a 19 años con 15% que presentó oclusión normal y maloclusión mínima y la misma clasificación de estética dental en masculino con 18% en el rango antes mencionado (ver tabla 32).

Similares datos se evidenciaron en la investigación realizada en la Facultad de Estomatología del Instituto Superior de Ciencias Médicas "Serafín Ruiz de Zárate Ruiz" de Santa Clara, Villa Clara, en la cual se observó prevalencia de oclusión normal o maloclusión menor con un 61,9 %. (28)

De la misma forma para el Índice de Maloclusión en niños de la Unidad de Salud de San Alejo y Casa de Salud de Agua Fría se encontró oclusión normal con 10%, maloclusión mínima 63%, maloclusión definida y severa 27%. El género femenino de 5 a 11 años presentó el mayor porcentaje 21% en maloclusión mínima, igualmente el masculino de 5 a 11 años con un 38% (ver tabla 34). En diferente clasificación pero con datos parecidos la investigación de la escuela "Madre Candelaria", con edades comprendidas entre los 5 y 9 años arrojó como resultado que los tipos de maloclusiones más frecuentes fueron Clase 1 con 45% y Clase 1 Tipo I con 18% (29). Lo cual nos indica que tanto el estudio de la escuela "Madre Candelaria"; como el estudio de la Unidad de Salud de San Alejo y Casa de Salud de Agua Fría; reflejaron como datos sobresalientes una mínima alteración en la oclusión en niños.

En cuanto a los datos obtenidos en el Índice CPO/D- ceo/d en la población de estudio de la Unidad de Salud de San Alejo y Casa de Salud de Agua Fría. (Ver tabla 40) se obtuvo que más del 50% de la población presentó un índice de caries alto. Ahora bien el sexo masculino fue el más prevalente en la población de estudio con un porcentaje de 56%. Lo cual difiere del estudio en la Cátedra Clínica de Operatoria Dental de la FOUNNE cohorte 2004 de un total de 140 pacientes rehabilitados 60 corresponden al sexo femenino y representa el 43% y 42 al sexo masculino representando el 30%. El 27 % restante corresponde a pacientes que no presentaron caries en el sector anterior. (22) De igual forma la investigación de la Clínica Odontológica Univalle de La Paz, Bolivia; durante la gestión I/2000 en los resultados expresan que la caries de mayor predominio es en el género femenino con 55%. (23)

