

UNIVERSIDAD AMAZONICA DE PANDO

AREA CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGIA



GRADO DE CONOCIMIENTO DE LA SALUD ORAL EN LA POBLACION DE MUKDEN EN EL PERIODO DE ENERO A MARZO DEL 2020

POSTULANTE:

Univ. Mariana Salvatierra Briceño

TUTOR:

Dr. Henry Maydana Parra

Cobija, Noviembre de 2020



DEDICATORIA

Dedico este trabajo primeramente a Dios, que durante todo este tiempo me estuvo acompañado, iluminado y guiándome para llegar a mi meta, por haberme dado salud para seguir adelante día a día para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor

A mis padres Pedro y Cristina, por brindarme su apoyo incondicional en cada etapa de mi vida, sin ellos no sería nada, a mi familia por ser parte importante en mi vida

A mi familia por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores y por la motivación constante



AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradecer a Dios por darme salud y sabiduría en todos mis años de estudio. Gracias señor por guiar mi mano para realizar cada uno de los tratamientos realizados durante mis prácticas y por darme las fuerzas para afrontar todos estos años de Carrera.

A mis padres por apoyarme y ayudarme en toda mi carrera Universitaria y darme aliento para seguir adelante y por apoyarme en cada etapa de mi vida.

A los señores Docentes por transmitirme sus conocimientos sin mezquindad ni egoísmo y Guiarme por el camino del saber.

A la Universidad Amazónica de Pando por acogerme y ser mi segundo hogar en las largas Jornadas de estudio en sus aulas.

A mis compañeros y amigos de aula, por esa amistad sincera y el apoyo incondicional para salir adelante.

A la comunidad de Mukden por acogerme durante el S.S.R.O.



RESUMEN

La salud oral es fundamental para gozar de una buena salud general y una buena calidad de vida, es importante contar con una buena salud bucal, teniendo en cuenta que las infecciones orales pueden contribuir como factores de riesgo para muchas enfermedades sistémicas como cardiopatías, respiratorias, diabetes e inclusive ocasionar complicaciones en el embarazo.

El objetivo del presente trabajo es determinar el grado de conocimientos sobre salud oral de la población de Mukden durante el periodo de enero a marzo del 2020.

En el mismo trabajo podremos observar los diferentes conceptos de salud bucal, la importancia de la salud bucal y clasificaciones de la caries dental. Además de observar la importancia de los primeros molares inferiores permanentes

El universo de estudio estuvo conformado por: niños, adolescente, adultos y de la tercera edad.

Con el propósito de obtener datos precisos de los comunarios, se realizaron encuestas estructuradas a un segmento considerado el 30% de la población en la comunidad Mukden

Palabras claves: Salud bucal, Caries dental, Higiene Bucal



ABSTRACT

Oral health is essential to enjoy good general health and a good quality of life, it is important to have good oral health, taking into account that oral infections can contribute as risk factors for many systemic diseases such as heart disease, respiratory disease, diabetes and even cause complications in pregnancy.

The objective of this work is to determine the degree of knowledge about oral health of the Mukden population during the period from January to March 2020.

In the same work we will be able to observe the different concepts of oral health, the importance of oral health and classifications of dental caries. In addition to observing the importance of the first permanent lower molars

The universe of study was made up of: children, adolescents, adults and the elderly.

In order to obtain accurate data from the community members, structural surveys were carried out on a segment considered to be 30% of the population in the Mukden community.

Keywords: Oral Health, Dental Caries, Oral Hygiene



INDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
INTRODUCCION	1
CAPITULO I.....	2
1.1 JUSTIFICACION.....	2
1.2 DESCRIPCION PROBLEMÁTICA	2
1.2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.3 OBJETIVOS	2



1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	2
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	2
CAPITULO II.....	3
2. MARCO TEÓRICO.....	3
2.1 ANTECEDENTES DE LA COMUNIDAD DE MUKDEN.....	19
CAPITULO III.....	20
3.1 DISEÑO METODOLOGICO.....	20
3.2 CRONOGRAMAS.....	20
3.3 PRESUPUESTO.....	21
3.4 RESULTADOS.....	22
CAPITULO IV.....	33
4.1 CONCLUSIONES.....	33
4.2 RECOMENDACIONES.....	34
CAPITULO V.....	34
5.1 BIBLIOGRAFÍA.....	34
6 ANEXOS.....	35
6.1 ENCUESTAS.....	35
6.2 IMÁGENES.....	37

INDICE DE FIGURAS

FIG. 1 CLASE 1 OCLUSAL.....	4
FIG. 2 CLASE 1, SUPERFICIES LIBRES.....	6
FIG. 3 CLASE II OCLUSOPROXIMAL.....	6
FIG. 4 CLASE 3.....	6
FIG. 5 CLASE 4.....	6
FIG. 6 CLASE 5.....	7

INDICE DE GRAFICOS



**GOBIERNO AUTONOMO DEPARTAMENTAL DE PANDO
SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD
UNIVERSIDAD AMAZONICA DE PANDO
CARRERA DE ODONTOLOGIA**



GRAFICO 1	22
GRAFICO 2	23
GRAFICO 3	24
GRAFICO 4	24
GRAFICO 5	25
GRAFICO 6	26
GRAFICO 7	26
GRAFICO 8	27
GRAFICO 9	28
GRAFICO 10	28
GRAFICO 11	29
GRAFICO 12	30
GRAFICO 13	30
GRAFICO 14	31
GRAFICO 15	32
GRAFICO 16	32

INDICE DE TABLAS

TABLA 1	22
TABLA 2	23
TABLA 3	23
TABLA 4	24
TABLA 5	25
TABLA 6	25
TABLA 7	26
TABLA 8	27
TABLA 9	27
TABLA 10	28



**GOBIERNO AUTONOMO DEPARTAMENTAL DE PANDO
SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD
UNIVERSIDAD AMAZONICA DE PANDO
CARRERA DE ODONTOLOGIA**



TABLA 11	29
TABLA 12	29
TABLA 13	30
TABLA 14	31
TABLA 15	31
TABLA 16	32



INTRODUCCION

La presente monografía, se ha desarrollado con el propósito de determinar el grado de conocimiento de la población de la comunidad de Mukden sobre la salud oral.

Conocer los diferentes conceptos de salud bucal, la importancia de la salud bucal y las clasificaciones de la caries dental. Además de observar la importancia de la salud oral, debido a que la salud oral es primordial para poder gozar de una salud general óptima.

conocer las clasificaciones de caries dental debido a que es una de las enfermedades que afecta al mayor porcentaje de la población mundial.

También determinar qué porcentaje de la población tiene conocimientos sobre una correcta salud oral, en la comunidad de Mukden perteneciente al municipio de Bolpebra del departamento de Pando en el periodo comprendido en los meses de enero a marzo del año 2020, para ello se realizaron encuestas estructuradas al 30% de la población. Otro de los propósitos es identificar si la población de la comunidad de Mukden ha recibido charlas educativas sobre salud oral, y sobre técnicas de cepillado dental.



CAPITULO I

1.1 JUSTIFICACION

Determinar el grado de conocimiento sobre la salud oral de la población de la comunidad de Mukden. Debido a que la salud oral, es fundamental para gozar de una buena salud general y tener una buena calidad de vida, la boca es un reflejo de la salud general. Las infecciones orales pueden contribuir como factores de riesgo para muchas enfermedades sistémicas como cardiopatías, respiratorias, diabetes e inclusive ocasionar complicaciones en el embarazo.

1.2 DESCRIPCION PROBLEMÁTICA

1.2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Qué porcentaje de la población de la comunidad de Mukden tiene conocimientos sobre una correcta higiene bucal?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar grado de conocimiento de la población de la comunidad Mukden sobre la salud oral en el periodo de enero a marzo del 2020.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar encuestas al 30 % de la población de la comunidad de Mukden
- Identificar cuantas veces al año visitan al odontólogo la población de la comunidad de Mukden durante el periodo de enero a marzo del 2020.
- Determinar el porcentaje de cuántas veces al día se cepillan los dientes la población de Mukden
- Identificar si la población de la comunidad de Mukden ha recibido charla educativa sobre salud oral
- Determinar el tipo de alimentación que consume la población de la comunidad de Mukden
- Identificar si la población de Mukden ha recibido charla educativa sobre técnicas de cepillados



CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

SALUD ORAL

La salud oral sigue siendo un aspecto fundamental de las condiciones generales de salud en las Américas. Su importancia radica en que tiene gran parte de la carga global de la morbilidad oral, por los costos relacionados con su tratamiento y la posibilidad de aplicar medidas eficaces de prevención. Las infecciones orales pueden contribuir como factores de riesgo para muchas enfermedades sistémicas como cardiopatías, respiratorias, diabetes e inclusive ocasionar complicaciones en el embarazo.

Según la Organización Mundial de la Salud, la salud bucodental, es fundamental para gozar de una buena salud y una buena calidad de vida, se puede definir como la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales (de las encías), caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial.

LA IMPORTANCIA DE LA SALUD BUCODENTAL, LA PREVENCIÓN Y LOS TRATAMIENTOS DENTALES

La gran mayoría de las afecciones bucodentales pueden tratarse con la atención odontológica adecuada, se debe realizar los tratamientos preventivos oportunos y de corregir cualquier anomalía en los dientes y encías. Para poder tener una salud bucal adecuada.

Algunos de los tratamientos dentales que se realiza con más frecuencia son los siguientes:

- **Limpieza dental profunda.** Es recomendable acudir a una de estas limpiezas por lo menos 1 vez al año, incluso una vez cada seis meses para mantener la salud de la cavidad oral.
- **Eliminación de caries.** Consiste en eliminar el tejido afectado y posteriormente colocar en ese hueco una obturación dental.
- **Extracción de dientes:** Eliminar piezas afectadas por la caries o por enfermedad periodontal en estados muy avanzados.
- **Ortodoncia:** Corrección de la alineación y mal posición dentaria.



- **Endodoncia.** Consiste en retirar la pulpa del diente y rellenarlo con gutapercha para mantener el diente en la boca.
- **Implantología Oral.** Colocación de implantes dentales para reemplazar dientes ausentes o extraídos.
- **Estética dental.** Procedimientos para mejorar la apariencia de los dientes.

CARIES DENTAL

La caries dental es un proceso infeccioso originado por la acumulación de la placa bacteriana sobre la estructura dentaria; esta infección da origen a la destrucción de la estructura dental comenzando con la descalcificación del esmalte (capa externa del diente) para continuar su avance hasta la pulpa dental. Según la gravedad y profundidad alcanzada por la progresión del proceso carioso, así será el pronóstico para la pieza afectada.

La caries dental, es la enfermedad más común del ser humano según bhaskar, puede definirse de diferentes maneras. F.V. Domínguez la describe como una secuencia de procesos de destrucción localizada en los tejidos duros dentarios, que evoluciona en la forma progresiva e irreversible y que comienza en la superficie del diente y luego avanza en profundidad. La iniciación y el Desarrollo de estos trastornos están inseparablemente vinculado con la presencia de abundantes microorganismos. Pindborg considera que la caries es infecciosa y transmisible. Baume y Franke describen que se inicia como una lesión microscópica, que finalmente alcanza las dimensiones de una cavidad macroscópica. En dientes despulpados, Fusayama clasifica la caries de acuerdo con la ruta de invasión.

Otra definición es la que da la OMS "La caries dental se puede definir como un proceso infectocontagioso patológico, localizado, de origen externo, que se inicia tras la erupción dental. Y que produce un reblandecimiento del tejido duro del diente, evolucionando hacia la formación de una cavidad.

Hoy en día se ha aceptado que la caries dental es una enfermedad crónica. El proceso carioso va a depender de 4 factores para su desarrollo: el diente, su ambiente, los microorganismos de la flora oral y la dieta que tenga el paciente.

Otros factores como la edad del huésped, el sexo, la respuesta inmune y los hábitos de higiene oral van a influir en la aparición y desarrollo de la caries.



Son importantes, también, en el desarrollo y progresión de la lesión, el tipo, número y virulencia del agente infeccioso y las condiciones del sustrato en el que se desarrolla, (condición de la pieza dental, grosor de la capa de esmalte, grado de mineralización, potencialidad cariogénica, floración de la sal o el agua, presencia de sellantes de fosas y fisuras, etcétera).

La placa dentó-bacteriana según Lobo (1996) se presenta como una película adherida a la superficie del diente. La capacidad de los microorganismos bucales para iniciar las caries depende de diversas características, como la capacidad para adherirse a las superficies dentarias, acidogenicidad (capacidad para formar rápidamente ácido láctico, fórmico y otros derivados de los azúcares que forman parte de la dieta diaria del paciente) y aciduricidad (la capacidad para sobrevivir en un medio con un pH bajo).

Clínicamente, la caries se caracteriza por un cambio de color, la pérdida de la translucidez del esmalte y la descalcificación de los tejidos afectados, como consecuente formación de una cavidad, que puede variar de tamaño y forma.

CLASIFICACION DE CARIES DENTAL

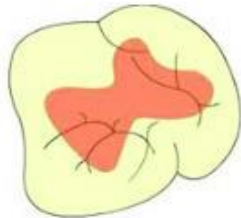
La clasificación puede realizarse desde diversos puntos de vista, y así tenemos, la clasificación de Black, que clasifica las lesiones cariosas según su ubicación en cinco clases; la de Mount y Hume, que clasificaron según su localización en tres clases y según la etapa de la enfermedad en cuatro clases más; también tenemos el sistema del Dr. Pitts que los clasifica en cuatro según el compromiso de tejidos.

CLASIFICACION DE BLACK

Clase I: Lesiones ubicadas en:

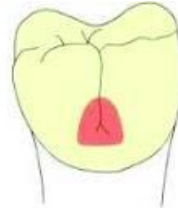
- Surcos, fisuras, fosas u hoyos de las superficies oclusales de los dientes posteriores.
- Surcos o fosas del tercio medio de las superficies libres vestibulares o linguales de los molares, específicamente: en las vestibulares inferiores y palatinas superiores.
- Fosas o depresiones de las superficies palatinas de los dientes anteriores.

Se encuentran cavidades formadas en las fosas y fisuras, defectos de las superficies oclusales de premolares y molares, superficies linguales de incisivos superiores y surcos faciales y linguales que se encuentran ocasionalmente en las superficies oclusales de los molares. El registro de los dientes en el odontograma se realiza utilizando la nomenclatura.



Clase 1 en oclusal de molar

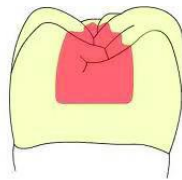
FIG. 1 Clase 1 Oclusal



Clase 1 en cara bucal de molares

FIG. 2 Clase 1, Superficies libres

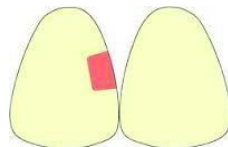
Clase II: Lesiones o cavidades en las superficies proximales de los dientes posteriores como ser los premolares y Molares.



Clase 2 en molar inferior

FIG. 3 Clase II Oclusoproximal

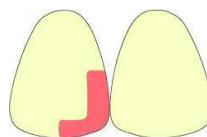
Clase III: Lesiones o cavidades ubicadas en las caras proximales de los dientes anteriores sin compromiso del ángulo incisal.



Clase 3

FIG. 4 clase 3

Clase IV: Cavidades ubicadas en las superficies de las caras proximales de los dientes anteriores con compromiso del ángulo incisal.

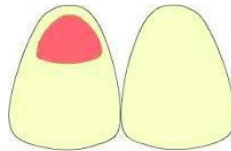


Clase 4

FIG. 5 clase 4



Clase V: Lesiones cavitarias que afectan el tercio gingival vestibular y por debajo del contorno máximo de las superficies vestibulares y linguales de los dientes anteriores y posteriores.



Clase 5 en incisivos

FIG. 6 clase 5

CLASIFICACION DE MOUT Y HUME

Mount y home (1997, 1998a, 1998b) ha sido un sistema para la clasificación de las cavidades que vincula la localización, el tamaño y la susceptibilidad.

- **Reconoce tres localizaciones:**

- A) Puntos y fisuras: se presenta en las superficies oclusales de los dientes posteriores y otros defectos en las superficies lisas, así como en los cúngulos y fosas de dientes anteriores.
- B) Áreas de contacto: se presenta en las zonas proximales de cualquier pieza dentaria, situada inmediatamente por debajo del punto de contacto de dientes adyacentes.
- C) Áreas cervicales: se presenta en el tercio gingival de la corona, o en casos de recesión gingival, raíz expuesta.

- **El tamaño de la lesión es considerada como:**

1. Lesión inicial: con posibilidad de remineralización profesional.
2. Lesión de Caries más allá de la remineralización.
3. Cúspides socavadas por caries o posible fractura cúspidea debido a caries y pérdida de la cúspide o del borde incisal.

La Clasificación de las cavidades reúne ambos criterios construyendo un índice compuesto, que fue revisado incluyendo la categoría de no hay cavidad expresada con el cero.



La localización permite diferenciar tres zonas de susceptibilidad (Zonas 1 a 3).

Zona 1: Fosas, fisuras y defectos del esmalte en las superficies oclusales de los dientes posteriores y otros defectos en superficies lisas, así como los cúngulos y fosas de los dientes anteriores.

Zona 2: Zona proximal de cualquier pieza dentaria (anterior o posterior) situada inmediatamente por debajo del punto de contacto de dientes adyacentes.

Zona 3: Tercio Gingival de la corona o en caso de recesión gingival, raíz expuesta.

El tamaño permite diferenciar 5 niveles:

Tamaño 0: lesión activa sin cavidad activa, que representa la etapa inicial de la desmineralización, como (La mancha blanca). No requiere tratamiento restaurador. Tratamiento: remineralización y/o sellante.

Tamaño 1: Lesión con alteración superficial que ha progresado y donde la remineralización resulta insuficiente y se requiere tratamiento restaurador. Restauración sobre una preparación mínimamente invasiva.

Tamaño 2: Lesión moderada con cavidad localizada, la cual ha progresado dentro de la dentina sin producir debilitamiento de las cúspides. Requiere tratamiento. Restauración/preparación mínimamente invasiva, aunque de mayor tamaño.

Tamaño 3: Lesión avanzada con cavidad que ha progresado en dentina ocasionando debilitamiento con cavidad para una restauración de tipo directo o indirecto, para el restablecimiento de la función y el reforzamiento de la estructura dental remanente.

Tamaño 4: Lesión avanzada concavidad, que ha progresado al punto donde hay destrucción de una o más cúspides. Requiere tratamiento restaurador.

SEGÚN EL TEJIDO QUE AFECTA

CARIES DE ESMALTE

La caries de esmalte se desarrolla inicialmente en la subsuperficie que posee menos resistencia, es más susceptible al ataque de la caries por su mayor contenido orgánico y menor contenido mineral, mientras que el esmalte superficial que tiene un espesor de 0,1 a 0,2 mm es más resistente, debido a que siempre se encuentra en contacto con la saliva que contiene iones de fosfato y carbonato de calcio.



El signo que permite su diagnóstico en las superficies lisas, es la mancha blanca y opaca con que puede progresar formando cavidad o por el contrario remineralizarse, en este caso se pigmentará de color oscuro.

Nos debe llamar la atención, los siguientes signos observables a simple vista:

- Pérdida de translucidez y brillo del esmalte, aspecto de tiza (opacidad).
- Superficie porosa y áspera pigmentaciones en el fondo de los surcos o fisuras junto a opacidad y porosidad del esmalte, presente también muchas veces en las paredes de los mismos. Presencia de cavidades en el fondo de surcos, fosas o fisuras.

La caries de esmalte se visualizará en forma de cono:

Con la base hacia la dentina, en los surcos y fosas de las superficies oclusales. Con el vértice hacia la dentina, en las superficies lisas.

Los principales microorganismos, según Regezi (1991) y Barrancos (1993), causales de las caries son:

1. *Lactobacillus acidophilus*: se encuentran grandes cantidades de este microorganismo en la boca de pacientes con caries rampante. La presencia de estas bacterias precede la aparición de lesiones cariosas.
2. *Streptococcus mutans*: microorganismos capaces de utilizar sacarosas para sintetizar un polisacárido pegajoso, insoluble, que sirve como matriz estructural para la fijación de la placa a las superficies dentarias.

Se estima que el tiempo de desmineralización del esmalte por la ingesta de hidratos de carbono es aproximadamente de unos veinte minutos. Este tiempo es el que se requiere para la recuperación del pH por sobre el nivel crítico de la disolución del cristal de apatita. Todos los métodos que tiendan a acortar este tiempo de recuperación de pH normal disminuyen los períodos de desmineralización y favorecen y prolongan los períodos de remineralización.

La lesión cariosa es resultado de la desmineralización del esmalte durante la exposición al ácido producido por las bacterias y en esa circunstancia los hidrogeniones de la biopelícula dental se difunden en el esmalte. El punto crítico para la desmineralización se encuentra en un pH de 5,5 o 5,6. Cuando las bacterias disponen de sustratos adecuados, pueden producir este medio ácido mientras prosiguen con su actividad metabólica normal.



Si se disminuyen los niveles de hidratos de carbono ingeridos, los microorganismos pueden utilizar polisacáridos de reserva como dextranos y levanos. Estos son desdoblados por los estreptococos para generar ATP y para también producir sustancias ácidas capaces de desmineralizar los cristales de hidroxapatita; de esta manera comienza el proceso carioso.

La primera manifestación de la caries de esmalte es la mancha blanca.

Las superficies dentarias en las que se observa este proceso son las superficies libres vestibular y lingual, en las caras proximales por debajo del punto de contacto y en las paredes que limitan las fosas y las fisuras.

Clínicamente la desmineralización se ve como un esmalte opaco sin translucidez cuando se observa luego de haber resecado la superficie. Debido a la permeabilidad del esmalte, en la mancha blanca no cavitada hay pasaje de sustancias ácidas y toxinas hacia la dentina y posteriormente hacia la pulpa. Se forma una capa de dentina irritativa, y los fibroblastos segregan más fibras colágenas que circunscriben el proceso inflamatorio.

Caries De Dentina

Constituye un signo tardío de la enfermedad, ocasiona sintomatología dolorosa en el paciente y es observable macroscópicamente.

La caries en la dentina puede ser:

- Aguda, cuando progresa rápidamente. Es de color blanco amarillento y consistencia blanda.
- Crónica o detenida, cuando progresa lentamente. Es de color oscuro y consistencia más dura que la aguda.

CARIES DE CEMENTO

Ocurre cuando existe recesión gingival y el cemento queda expuesto al medio bucal, siendo más susceptible a la acumulación de placa bacteriana y con ello a la formación de caries. El cemento afectado y desorganizado, se destruye y desprende formándose una cavidad.

FACTORES PREDISPONENTES

La caries dental se considera multifactorial que ya interaccionan tres factores principales, huésped, microflora, y dieta, y ahora agregando otro cuarto factor importante que es el tiempo.

Según Blaskar, en la etiología de la caries existen factores predisponentes como ser:



1.- Civilización y Raza: En ciertos grupos humanos existe mayor predisposición a la caries que en otros, tal vez a causa de la influencia racial en la mineralización, la morfología de diente y la dieta.

2.- Dieta: La alimentación rica en carbohidratos es la más perjudicial, las bacterias convierten a los carbohidratos en ácidos que solubilizan el fosfato de calcio del esmalte y producen la lesión, el régimen alimentario, la forma y adhesividad de los alimentos ejercen una influencia preponderante sobre la aparición y avance de la caries.

3.- Composición Química: La presencia de pequeñas cantidades de ciertos elementos en el esmalte determina que este se vuelva más resistente a la caries; entre otros elementos se encuentran el flúor, el estroncio, el boro, el litio, el molibdeno, el titanio, y el vanio. La presencia de estos elementos en el agua de bebida durante la época de formación del esmalte puede tornarlo más resistentes al ataque.

4.-Morfología Dentaria: Las superficies oclusales con fosas y fisuras muy profundas favorecen la iniciación de las caries. La a posición irregular, la presencia de diastemas, el apiñamiento y otros factores oclusales también facilitan el proceso. La actividad muscular de los labios, la lengua y los carrillos puede limitar el avance de la lesión al barrer mayor cantidad de biopelícula dental.

5.- Higiene Bucal: El uso de cepillo dental, hilo dental, palillos, irrigación acuosa u otros elementos reduce significativamente la frecuencia de esta lesión.

6.- Tiempo: Este factor implica que, si la interrelación de los 3 factores principales se da en un periodo muy breve, la enfermedad no se producirá. Sin embargo, también se tiene en cuenta la susceptibilidad de los dientes según la edad del individuo, teniendo que los dientes son más susceptibles en la época de la erupción, niñez y juventud disminuyendo después de los 25 años, para luego volver aumentar su incidencia. El número de caries en individuos de mayor edad puede deberse a una mayor superficie radicular expuesta, conforme la encía sufre recesión, siendo las lesiones localizadas mayormente en el cemento.



7.- Sistema Inmunitario: Existen un factor inmunológico que interviene en la saliva humana y de muchos animales. Este factor es la inmunoglobulina A (IgA), que protege al organismo de ciertos ataques y que, al recubrir a las bacterias de la biopelícula dental, posibilita su fagocitosis por parte de los neutrófilos de la cavidad bucal.

8.- Flujo Salival: Su cantidad, consistencia y composición tienen una influencia decisiva sobre la velocidad de ataque y la defensa del organismo ante la caries.

9.- Glándulas de Secreción Interna: Actúan en el metabolismo del calcio, el crecimiento y la conformación dentaria, el medio interno y otros aspectos.

10.- Enfermedades Sistémicas y Estados Carenciales: Favorecen la iniciación de la lesión al disminuir las defensas orgánicas, alterar el funcionamiento glandular o modificar el medio interno

DIAGNOSTICO DE LA CARIES DENTAL

El diagnóstico incluye la historia clínica, que consta de la anamnesis en donde se indaga sobre las molestias actuales del paciente, enfermedades personales o familiares, síntomas y desarrollo de los mismos, sensibilidad ante estímulos térmicos, etc.; esta información subjetiva que se obtienen del paciente, debe constatar con la objetiva que se recaba del examen clínico con la exploración física de los tejidos duros del diente y los tejidos blandos circundantes que, comprende maniobras de inspección, palpación y percusión. El diagnóstico clínico se complementa con radiografías, modelos de estudio, etc.

El examen y diagnóstico en cariología era realizado con espejo, pinza, explorador y a veces radiografías. Más recientemente, incluye la identificación de factores de riesgo, distinguiéndose para el diagnóstico: el examen clínico, radiográfico, FOTI (transiluminación con fibra óptica) y otros para detectar el estado de salud enfermedad que incluye las primeras lesiones.

El registro de los dientes en el odontograma se realiza utilizando la nomenclatura del sistema internacional con un número compuesto de dos dígitos.



El primer dígito corresponde al cuadrante donde se encuentra la pieza dental, identificando con el 1 al cuadrante superior derecho, con el 2 al superior izquierdo, con el 3 al inferior izquierdo y con el 4 al inferior derecho en el caso de los dientes permanentes.

En las piezas temporarias, 5 al superior derecho, 6 al superior izquierdo, 7 al inferior izquierdo y 8 al inferior derecho.

El segundo dígito determina el orden que ocupa la pieza dental en la arcada, partiendo de la línea media; le corresponde al incisivo central el 1, al incisivo lateral el 2, al canino el 3, al Primer premolar el 4, al segundo premolar el 5, al primer molar el 6, al segundo molar el 7 y al tercer molar el 8, en el caso de los dientes permanentes.

En las piezas temporarias les corresponde el 1 al incisivo central, 2 al incisivo lateral, 3 al canino, 4 al primer molar y 5 al segundo molar.

El examen clínico debe llevar una secuencia ordenada, comenzando por el cuadrante superior derecho y siguiendo la dirección de las manecillas del reloj con los otros cuadrantes; es decir, se debe empezar la inspección pieza por pieza, desde la 18 a la 28, continuando con la 38 y terminando en la 48. De esta forma aseguramos que todas las piezas sean revisadas. Para el examen clínico de las piezas sean revisadas. Para el examen clínico de las piezas temporarias se sigue la misma secuencia de cuadrantes.

Toda cavidad o indicio de caries sobre las superficies afectadas visiblemente se deben marcar con lápiz de color rojo, así como también las restauraciones deficientes, con márgenes desbordantes, fracturas o espacios que faciliten la retención de placa bacteriana y que lleven a la formación de caries secundarias. Se marca con color azul aquellas restauraciones que se encuentren en buen estado, cumpliendo los requisitos morfológicos, funcionales y estéticos que cada pieza requiere.

El examen clínico se realiza con instrumental de inspección, esto es; espejo, explorador y sonda periodontal, a pesar de que el examen táctil con el explorador tiene la desventaja de que en los casos en los que el operador no pueda controlar la fuerza con la que lo desliza sobre los sitios retentivos desmineralizados de la cara oclusal, puede ocasionar un desmoronamiento de la superficie desmineralizada y porosa, abriendo una cavidad en un sitio que pudo remineralizarse con el mismo medio bucal o con un tratamiento preventivo de



lesiones incipientes. En la actualidad se utilizan como complemento las cámaras intraorales que le permiten visualizar el estado de los dientes y de los tejidos circundantes no sólo al odontólogo sino también al paciente.

El examen clínico es necesario realizarlo con buena iluminación y se recomienda previamente una profilaxis, de manera que, durante la observación, los dientes se encuentren limpios y secos, puede ayudar en el diagnóstico interproximal la utilización de cuñas entre los dientes que se consideran sospechosos de caries proximales, pues los separan ligeramente. De esta forma se valora el color del esmalte y la presencia de cavidades abiertas con afectación de la dentina. Sobre todo, para las lesiones interproximales, es necesario el examen radiográfico tradicional o digital; la detección de la caries en la radiografía determina la necesidad de realizar un tratamiento restaurador, mientras que aquella lesión que por estar limitada al esmalte no es visible en la radiografía, requerirá un tratamiento preventivo y su posterior control. En la radiografía se puede observar:

Caries oclusales e interproximales, avance de la caries en los tejidos, espesor de dentina remanente, volumen de la cámara pulpar, adaptación marginal de las restauraciones, caries recidivantes, estado periodontal, entre otros datos.

Realizado el diagnóstico se prepara un plan de tratamiento que será preventivo o restaurador según la situación encontrada.

TRATAMIENTO DE LA CARIES DENTAL

El tratamiento es la fase terapéutica mediante la cual el odontólogo procede en forma secuenciada a realizar en primer lugar, las restauraciones de las lesiones inactivas y en segundo lugar, los de las activas, cuyo caso es conveniente manejar previamente procedimientos indicados para detener su avance y posteriormente realizar las restauraciones. Las restauraciones se realizan eliminando la causa que produjo el daño (caries), reponiendo la pérdida de tejidos, devolviéndole al diente la forma, el color y la función mediante la utilización de instrumentos, técnicas y materiales apropiados. Una vez planificado el esquema del tratamiento restaurador, se establece un pronóstico para los dientes afectados en el esquema del tratamiento.

No solo es importante el correcto diagnóstico para el éxito en el tratamiento operatorio, sino también el conocimiento de las propiedades, usos, ventajas, desventajas y manipulación de



los materiales, para poder seleccionar el que más se adecue a los requerimientos del caso clínico en particular. Es necesaria la habilidad del odontólogo para evaluar al paciente, determinar sus necesidades, diseñar un apropiado plan de tratamiento y ejecutar el plan con pericia. Se requiere además del conocimiento, las destrezas del operador en las técnicas restauradoras, que al igual que los materiales, instrumentos y equipos estas en constante innovación.

Por último, hay que dejar en claro, que el tratamiento restaurador va más allá de la prevención y la rehabilitación de los dientes; debe incluir el monitoreo, seguimiento y control del trabajo realizado. La clasificación puede realizarse desde diversos puntos de vista, y así tenemos, la clasificación de Black, que clasifica las lesiones cariosas según su ubicación en cinco clases; la de Mount y Hume, que clasificaron según su localización en tres clases y según la etapa de la enfermedad en cuatro clases más; también tenemos el sistema del Dr. Pitts que los clasifica en cuatro según el compromiso de tejidos.

ERUPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES

El primer molar permanente comienza su calcificación en la semana 25 de vida intrauterina. Desde este momento podemos comenzar con el cuidado de esta pieza dentaria vigilando cuidadosamente el régimen alimenticio de la mujer embarazada. Alrededor de los 5 años de edad se ve la calcificación radicular de los incisivos y los primeros molares permanentes, observándose a los 6 años el brote o erupción en boca de estos últimos. Esta se da por detrás de las arcadas temporarias en ambos maxilares sin la exfoliación de ninguna pieza dentaria. Este proceso confunde a la mayoría de las madres quienes no hacen distinción entre ambas denticiones, restándole la importancia que se merece el primer molar permanente y trae, como consecuencia, la pérdida de manera temprana de dicha pieza. Los Primeros Molares Permanentes (PMP), son generalmente las primeras piezas permanentes que acompañan a la dentición primaria en la boca de un niño, transformando con su presencia la oclusión primaria, en mixta. Erupcionan generalmente a los 6 años de edad. Se presenta en número de cuatro (dos inferiores y dos superiores). El primer molar permanente constituye una de las estructuras dentarias más importantes para el desarrollo de una adecuada función masticatoria; es por esto que desempeñan un papel importante en el desarrollo y



mantenimiento de una oclusión dentaria apropiada. Estas piezas dentarias determinan el patrón de masticación durante toda la vida y juegan un papel trascendente al realizar la mayor parte del trabajo de trituración de los alimentos. Es un diente muy susceptible a la caries dental después de su erupción ya sea por su anatomía o por estar expuesto al ambiente ácido bucal antes que los otros dientes. La anatomía compleja del primer molar permanente con cinco caras, cúspides, numerosas fosas y surcos, hace que este diente esté sometido a factores de riesgo y sea más susceptible al inicio y avance de la caries dental con la consecuente destrucción y pérdida temprana. La caries dental es la enfermedad bacteriana que históricamente ha afectado con mayor constancia a la cavidad bucal en las poblaciones humanas y, aunque su prevalencia ha disminuido, sigue siendo el mayor problema de salud bucodental en la mayor parte de los países industrializados. En el consultorio odontológico con mucha frecuencia se observa cantidad de niños, jóvenes y adultos afectados por la ausencia del PMP, por distintas causas, entre las más comunes se cita a la caries dental. Dicha pérdida produce en las arcadas dentarias, diferentes alteraciones como migración mesial, sobreerupción, contactos prematuros, problemas de guías dentarias, pérdida ósea, parodontopatías, y desórdenes de la articulación temporomandibular, que afectan el correcto funcionamiento del aparato estomatognático. Por la edad en que Erupcionan y la circunstancia que aparece en boca sin haber exfoliado ningún elemento primario, los padres muchas veces desconocen que ésta es una pieza permanente.

IMPORTANCIA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE

El primer molar es considerado "la llave" de la oclusión, o llave de Angle. En sentido anteroposterior, la relación molar entre piezas antagonistas permanentes puede presentar tres alternativas de acuerdo con el plano imaginario que une la cara distal de ambos segundos molares temporarios, conocido como plano postlacteico. En normo-oclusión o Clase I de Angle puede aparecer un plano postlacteico recto (fig. 1a), el cual predice una erupción cúspide a cúspide de los primeros molares permanentes; cuando el inferior se ubica por distal del superior, conocido como escalón distal, lleva a una distorrelación o Clase II de Angle; y en mesio-oclusión o Clase III de Angle el molar inferior aparece adelantado con respecto al superior, conocido como escalón mesial. De esta manera se ve la importancia del papel que juegan las piezas dentarias temporarias para mantener el espacio y lograr una correcta



alineación tridimensional de sus sucesoras y la necesidad de mantenerlas en boca la mayor cantidad de tiempo posible. Tanto las caries proximales como la ausencia misma de temporarios generaran alteraciones en la relación intermaxilar provocando una oclusión patológica. El primer molar permanente es el diente que se pierde con mayor frecuencia entre los 12 y los 18 años de edad. Los inferiores son los más susceptibles a contraer caries. Esto se debe a:

- Son los primeros en erupcionar: generalmente las piezas de la mandíbula aparecen antes que las del maxilar. De esta manera, se encuentra expuesta por más tiempo al medio bucal, un medio ácido desfavorable para la mineralización dentaria.
- Su morfología y anatomía: amplia superficie oclusal con 5 cúspides separadas por surcos que hacen más favorable la colonización bacteriana y más difícil el barrido mecánico del cepillado.
- La ley de gravedad: lógicamente el alimento tiende a depositarse en la mandíbula como resultado de la ley de gravedad permaneciendo por mayor tiempo que en el maxilar.
- Mayor frecuencia en el lado derecho: debido a la falta de destreza de los niños en el manejo del cepillo dental. Aquellos que lo toman con la mano derecha olvidan cepillar dicho lado de las arcadas dentarias.

CONSECUENCIAS DE LA PERDIDA PREMATURA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE

Las consecuencias de la pérdida del primer molar en edades tempranas se resumen a continuación:

• Disminución de la función local

- La extracción de la pieza dentaria genera alteraciones en el crecimiento óseo del maxilar y la mandíbula.
- Al no existir un molar, toda la masticación recae sobre el lado contralateral, provocando

Alteraciones en las estructuras de sostén y disminuyendo hasta un 50% la eficacia masticatoria. Ya con la presencia de una caries en una muela, el empaquetamiento de comida hace que al niño le duela y lleve el bolo alimenticio hacia el otro lado. Entre las alteraciones que van a afectar a la mandíbula, encontramos: en el lado con el cual se mastican los



alimentos se genera engrosamiento y aumento del tamaño del cóndilo; en el lado contrario a la masticación el cóndilo se verá más pequeño, la mandíbula crecerá más en sentido longitudinal y se correrá hacia aquí la línea media.

- **Habrà un desgaste oclusal desigual.**

- **Erupción continuada de los dientes antagonistas**

- **Extrusión de diente antagonista.** Es más común ver la continua erupción de los molares superiores con pérdida de los inferiores. Muchas veces el proceso alveolar acompaña dicha extrusión haciendo aún más difícil la rehabilitación protésica por ausencia de espacio interoclusal. De esta manera se produce la ruptura del plano de oclusión.

- **Migración y rotación de los dientes**

- Todos los dientes que se encuentran anteriores a la pérdida pueden presentar movimientos, inclusive los incisivos laterales y los centrales del mismo lado.

- La pérdida prematura del primer molar, antes de la erupción del segundo, hace que este se incline hacia mesial. A esto se suma la inclinación distal que suele ser zona de empaquetamiento de comida y de difícil remoción, aumentando las posibilidades de presentar caries en mesial del segundo molar y distal del segundo premolar y de otras patologías como gingivitis o periodontitis.

- **Desviación de la línea media**

Generalmente se da un desplazamiento de la línea media hacia el lado donde se produjo la pérdida

- Desórdenes de las ATM. muestra la fisiopatología de los trastornos temporomandibulares. Por lo que vimos anteriormente, podemos concluir en que la pérdida del primer molar puede provocar cualquiera de estas alteraciones, desde generar una clase II molar, una interferencia protusiva por la mesialización del segundo molar, o una disminución en la dimensión vertical, entre otras.

MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EL CUIDADO DEL PRIMER MOLAR

1. Cuidar los dientes de la futura madre con una buena dieta, compuesta principalmente por hidratos de carbono, proteínas, grasas, minerales, flúor, mucho agua y visitas a su dentista.



2. Evitar que el niño entre los cinco y los seis años coma alimentos muy blandos que no requieran de ningún esfuerzo masticatorio, por lo tanto, la alimentación deberá ser más dura a partir de esta edad.
3. La educación en higiene, tanto por los padres como por el odontólogo es de mucha importancia.
4. Aplicación del flúor cada seis meses
5. Utilización de hilo dental.

2.1 ANTECEDENTES DE LA COMUNIDAD DE MUKDEN

La comunidad de Mukden fue fundada el 21 de septiembre del 1990, se encuentra en el municipio de Bolpebra, pertenecientes a la provincia Nicolás Suarez del Departamento de Pando, la Comunidad de Mukden se encuentra a 43 Km de la capital del Departamento (Cobija). Tiene una población de 290 habitantes según información brindada por el presidente de la comunidad.

Según el SNIS PANDO su población de Mukden es de 867 personas, abarcando comunidades cercanas, como por ejemplo Nueva Canaán, Ceibo, Bioceánica.

El presidente de la comunidad de Mukden es el señor Wiston Gálvez, la comunidad consta del servicio de Luz eléctrica las 24hrs y agua potable, un puesto policial de control, 3 tiendas de artículos de primera necesidad, un tinglado con una estructura metálica con cubierta de calamina y la cancha poli funcional, un Centro de Salud que abarca a distintas comunidades cercanas, teniendo como área de influencia un total de 864 personas.

La economía de los pobladores se basa en la producción agrícola parcelaria. Los principales cultivos son el arroz, maíz, yuca, plátano, fréjol, hortalizas, banano, mango, papaya, ají, cítricos. El cultivo de arroz es el de mayor importancia para el consumo familiar. La actividad pecuaria ocupa un lugar de importancia en las expectativas y preferencias de los productores. Se cría ganado bovino, porcino y equino, junto a aves de corral y pequeñas cantidades de ovinos. Casi la totalidad de la carne de res es destinada a la comercialización. Los pobladores de este Municipio se dedican también a la zafra de la castaña y la explotación de la madera y palmitos.



CAPITULO III

3.1 DISEÑO METODOLOGICO

3.2 CRONOGRAMAS

CRONOGRAMA ENERO

DOMINGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
			1	2 APOYO EN CONSULTAS ODONTOLÓGICAS	3 APOYO EN CONSULTAS ODONTOLÓGICAS	4 ATENCION ODONTOLÓGICA
5 ATENCION ODONTOLÓGICA	6 CHARLA EDUCATIVA EN SALA DE ESPERA	7 APOYO EN CONSULTAS ODONTOLÓGICAS	8 APOYO EN CONSULTAS ODONTOLÓGICAS	9 DESIGNACION DEL TEMA	10 APOYO EN CONSULTAS ODONTOLÓGICAS	11 TURNO
12 TURNO	13 SALIDA A LA COMUNIDAD	14 FERIA EN LA COMUNIDAD DE MUKDEN	15 APOYO EN CONSULTAS ODONTOLÓGICAS	16 CHARLA EDUCATIVA EN SALA DE ESPERA	17 INVESTIGACION DEL TEMA	18 ATENCION ODONTOLÓGICA
19 ATENCION ODONTOLÓGICA	20 APOYO EN CONSULTAS ODONTOLÓGICAS	21 INVESTIGACION DEL TEMA	22 APOYO EN CONSULTAS ODONTOLÓGICAS	23 CHARLA EDUCATIVA EN SALA DE ESPERA	24 SALUDA A LA COMUNIDAD ELABORACION DE ENCUESTAS	25 TURNO ELABORACION DE ENCUESTAS
26 TURNO	27 SALIDA A LA COMUNIDAD	28 APOYO EN CONSULTAS ODONTOLÓGICAS	29 APOYO EN CONSULTAS ODONTOLÓGICAS	30 APOYO EN CONSULTAS ODONTOLÓGICAS	31 DIA LIBRE	

CRONOGRAMA FEBRERO

DOMINGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
						1 DIA LIBRE
2 DIA LIBRE	3 APOYO EN CONSULTAS ODONTOLÓGICAS	4 APOYO EN CONSULTAS ODONTOLÓGICAS	5 ENCUESTAS A LA COMUNIDAD	6 APOYO EN CONSULTAS ODONTOLÓGICAS	7 SALIDA A LA COMUNIDAD ENCUESTAS A LA COMUNIDAD	8 TURNO
9 TURNO	10 APOYO EN CONSULTAS ODONTOLÓGICAS	11 SALIDA A LA COMUNIDAD ENCUESTAS A LA COMUNIDAD	12 APOYO EN CONSULTAS ODONTOLÓGICAS	13 SALIDA A LA COMUNIDAD ENCUESTAS A LA COMUNIDAD	14 APOYO EN CONSULTAS ODONTOLÓGICAS	15 ATENCIONES ODONTOLÓGICAS
16 ATENCION ODONTOLÓGICA	17 SALIDA A LA COMUNIDAD ENCUESTAS A LA COMUNIDAD	18 APOYO EN CONSULTAS ODONTOLÓGICAS	19 APOYO EN CONSULTAS ODONTOLÓGICAS	20 CHARLA EN SALA DE ESPERA ENCUESTAS A LA COMUNIDAD	21 SALIDA A LA COMUNIDAD	22 TABULACION DE ENCUESTAS
23 TABULACION DE ENCUESTAS	24 APOYO EN CONSULTAS ODONTOLÓGICAS	25 SALIDA A LA COMUNIDAD	26 APOYO EN CONSULTAS ODONTOLÓGICAS	27 APOYO EN CONSULTAS ODONTOLÓGICAS	28 APOYO EN CONSULTAS ODONTOLÓGICAS	29 DIA LIBRE



**GOBIERNO AUTONOMO DEPARTAMENTAL DE PANDO
SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD
UNIVERSIDAD AMAZONICA DE PANDO
CARRERA DE ODONTOLOGIA**



CRONOGRAMA MARZO

DOMINGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
1 DIA LIBRE	2 APOYO EN CONSULTAS ODONTOLÓGICAS	3 SALIDA A LA COMUNIDAD	4 APOYO EN CONSULTAS ODONTOLÓGICAS	5 APOYO EN CONSULTAS ODONTOLÓGICAS	6 APOYO EN CONSULTAS ODONTOLÓGICAS	7 TURNO
8 TURNO	9 SALIDA A LA COMUNIDAD	10 APOYO EN CONSULTAS ODONTOLÓGICAS	11 APOYO EN CONSULTAS ODONTOLÓGICAS	12 APOYO EN CONSULTAS ODONTOLÓGICAS	13 APOYO EN CONSULTAS ODONTOLÓGICAS	14 ATENCION ODONTOLÓGICA
15 ATENCION ODONTOLÓGICA	16 CHARLA EN SALA DE ESPERA	17 APOYO EN CONSULTAS ODONTOLÓGICAS	18 APOYO EN CONSULTAS ODONTOLÓGICAS	19 SALIDA A LA COMUNIDAD	20 APOYO EN CONSULTAS ODONTOLÓGICAS	21 TURNO
22 TURNO	23 SALIDA A LA COMUNIDAD	24 APOYO EN CONSULTA ODONTOLÓGICA	25 APOYO EN CONSULTA ODONTOLÓGICA	26 SALIDA A LA COMUNIDAD	27 APOYO EN CONSULTAS ODONTOLÓGICAS	28 DIA LIBRE
29 DIA LIBRE	30 DIA LIBRE	31 DIA LIBRE				

3.3 PRESUPUESTO

PRESUPUESTO DE GASTOS

(EXPRESADOS EN BOLIVIANOS)

DESCRIPCION	CANT.	P.U.	TOTAL
INTERNET	1	100.00	100.00
LAPICEROS	5	2.00	10.00
TABLERO PARA ENCUESTAS	1	50.00	50.00
TRANSPORTE	1	200.00	200.00
TINTA PARA IMPRESORAS	4	100.00	400.00
HOJAS DE PAPEL	1	50.00	50.00
TOTAL GASTOS			810.00

SON: OCHOCIENTOS DIEZ 00/100 BOLIVIANOS



3.4 RESULTADOS

Los siguientes resultados del trabajo de investigación se encuentran basados en las encuestas realizadas al 30% de la población de la comunidad de Mukden del Municipio de Bolpebra del departamento de Pando, durante los meses de enero a marzo de la gestión 2020.

Se encuestaron a 120 personas de las cuales 65 son de sexo femenino correspondiendo al 54% de las personas encuestadas y 55 personas son de sexo masculino correspondiendo al 46%, del total de personas encuestadas (120).

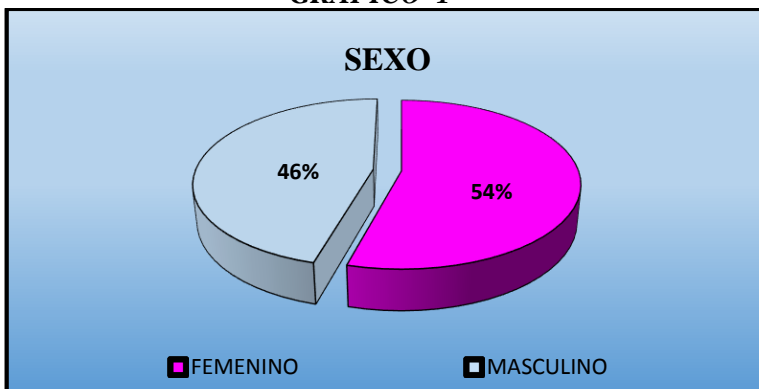
Tabla 1
ENCUESTA POR SEXO

GÉNERO	CANTIDAD	PORCENTAJE
FEMENINO	65	54%
MASCULINO	55	46%
TOTAL	120	100%

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Se observa que de las 120 personas encuestadas de las cuales 65 son de sexo femenino y 55 personas son de sexo masculino correspondiendo al 46%, del total de personas encuestadas.

GRAFICO 1



FUENTE: ELABORACION PROPIA



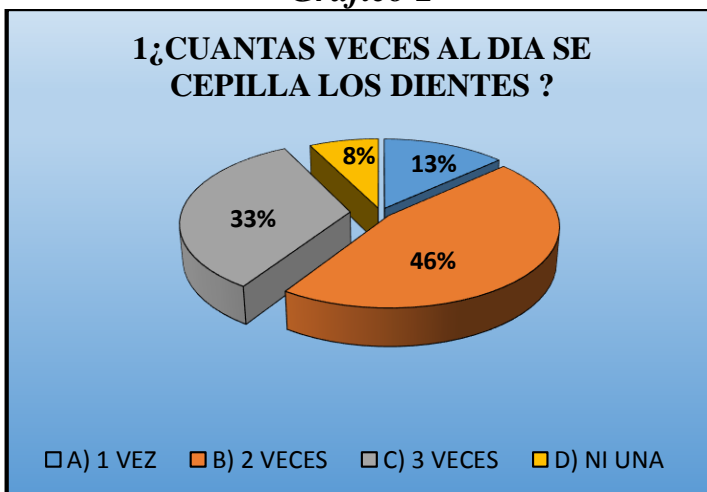
Tabla 2
VECES DE CEPILLADO AL DIA

VECES DE CEPILLADO AL DIA	CANTIDAD	PORCENTAJE
1 VEZ	16	13%
2 VECES	55	46%
3 VECES	40	33%
NI UNA VEZ	9	8%
TOTAL	120	100%

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Se observa que de las 120 personas encuestadas 16 personas realizan el cepillado dental 1 vez al día, 55 personas lo realizan 2 veces al día, 40 personas 3 veces al día y solo 9 personas no lo realizan ni una vez al día.

Grafico 2



FUENTE: ELABORACION PROPIA

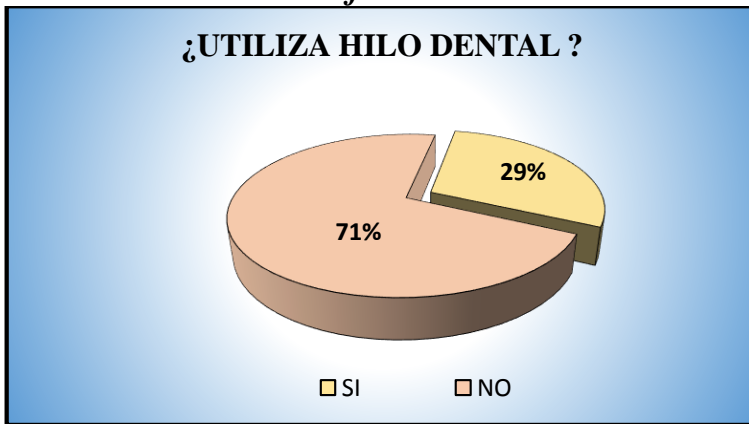
Tabla 3
UTILIZA HILO DENTAL?

UTILIZA HILO DENTAL?	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	35	29%
NO	85	71 %
TOTAL	120	100%

FUENTE ELABORACION PROPIA

Se observa que de las 120 personas encuestadas 35 personas utilizan hilo dental, 85 personas no lo utilizan.

Grafico 3



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Tabla 4

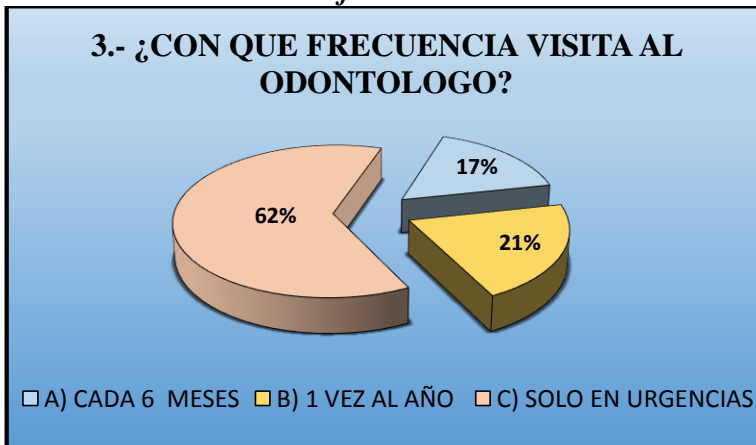
CON QUE FRECUENCIA VISITA AL ODONTOLOGO

VISITA AL ODONTOLOGO	CANTIDAD	PORCENTAJE
CADA 6 MESES	20	17%
UNA VEZ AL AÑO	25	21%
SOLO EN URGENCIAS	75	62%
TOTAL	120	100%

FUENTE: ELABORACION PROPIA

Se observa que de las 120 personas encuestadas 20 personas acuden al odontólogo cada 6 meses, 25 personas acuden al odontólogo 1 vez al año, y 75 personas solo acuden al odontólogo en urgencia utilizan hilo dental.

Grafico 4



FUENTE: ELABORACION PROPIA

Tabla 5

ACUDE A CONSULTA ODONTOLOGICA EN EL CENTRO DE SALUD?

ACUDE AL CENTRO DE SALUD	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	70	58%
NO	50	42%
TOTAL	120	100%

FUENTE: ELABORACION PROPIA

Se observa que de las 120 personas encuestadas 70 personas acuden al centro de salud para su consulta odontológica, y 50 personas no acuden.

Grafico 5



FUENTE: ELABORACION PROPIA

Tabla 6

CUANDO FUE LA ULTIMA VISITA AL ODONTOLOGO

ULTIMA VISITA AL ODONTOLOGO	CANTIDAD	PORCENTAJE
HACE 6 MESES	30	25%
HACE 1 AÑO	45	37%
NO RECUERDA	45	38%
TOTAL	120	100%

FUENTE: ELABORACION PROPIA

Se observa que de las 120 personas encuestadas 30 personas acudieron al odontólogo por última vez hace 6 meses, 45 personas lo hicieron hace 1 año y 45 personas no recuerdan la última vez que fueron al odontólogo.

Grafico 6



FUENTE: ELABORACION PROPIA

Tabla 7

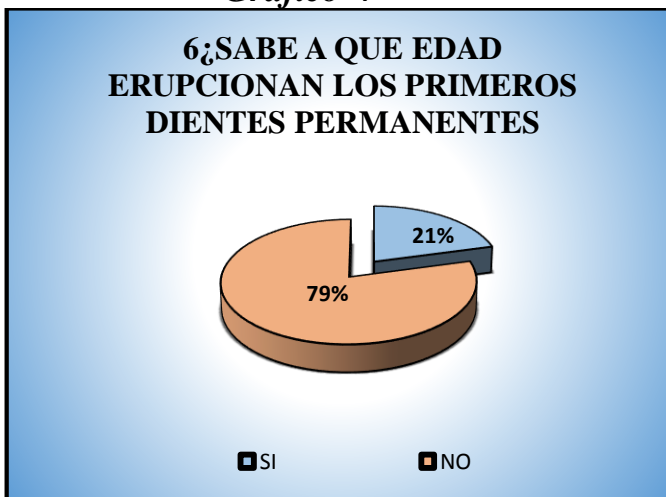
¿SABE A QUE EDAD ERUPCIONAN LO PRIMERO DIENTES PERMANENTES?

SABE A QUE EDAD ERUPCIONAN LOS PRIMEROS DIENTES PERMANENTES	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	25	79%
NO	95	21%
TOTAL	120	100%

FUENTE: ELABORACION PROPIA

Se observa que de las 120 personas encuestadas 25 si tienen conocimiento sobre la edad en la que Erupcionan los primeros dientes permanentes y 95 no tienen conocimiento.

Grafico 7



FUENTE: ELABORACION PROPIA

Tabla 8

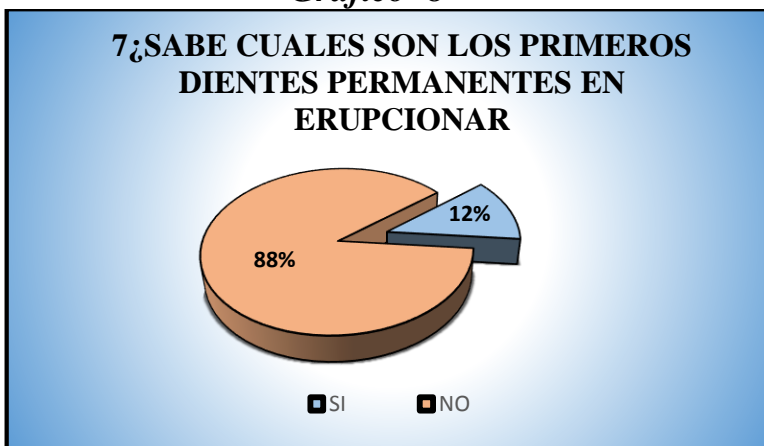
SABE CUALES SON LOS PRIMEROS DIENTES PERMANENTES EN ERUPCIONAR

SABE CUALES SON LOS PRIMERO DIENTES EN ERUPCIONAR	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	15	12%
NO	105	88%
TOTAL	120	100%

FUENTE: ELABORACION PROPIA

Se observa que de las 120 personas encuestadas 15 si tienen conocimiento sobre cuáles son los primeros dientes permanentes en erupcionar y 105 personas no tienen conocimiento.

Grafico 8



FUENTE: ELABORACION PROPIA

Tabla 9

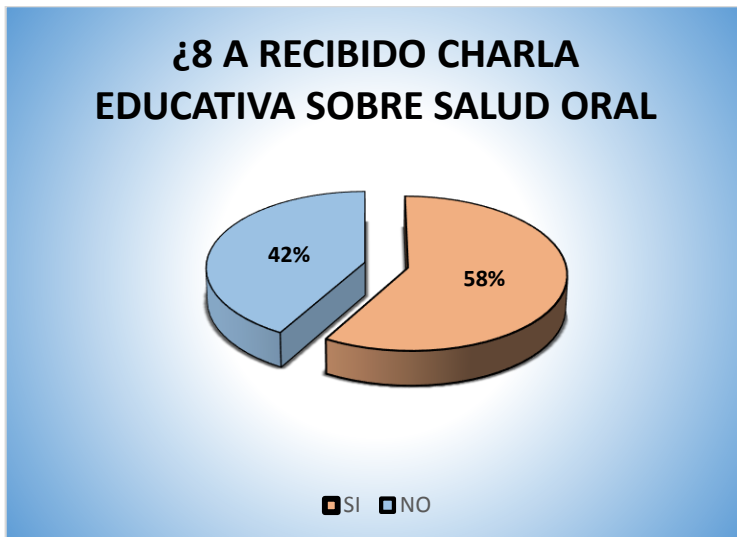
A RECIBIDO CHARLA EDUCATIVA SOBRE SALUD ORAL

A RECIBIDO CHARLA SOBRE SALUD ORAL	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	70	58%
NO	50	42%
TOTAL	120	100%

FUENTE: ELABORACION PROPIA

Se observa que de las 120 personas encuestadas 70 personas si ha recibido charla sobre salud oral y 50 personas no han recibido charla sobre salud oral.

GRAFICO 9



FUENTE: ELABORACION PROPIA

Tabla 10

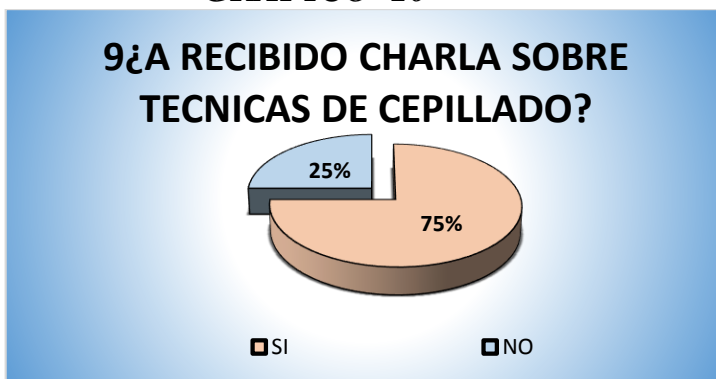
A RECIBIDO CHARLA SOBRE TECNICAS DE CEPILLADO

A RECIBIDO CHARLA SOBRE TECNICAS DE CEPILLADO	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	90	75%
NO	30	25%
TOTAL	120	100%

FUENTE: ELABORACION PROPIA

Se observa que de las 120 personas encuestadas 90 personas si ha recibido charla sobre técnicas de cepillado y 30 personas no han recibido charla sobre técnicas de cepillado.

GRAFICO 10



FUENTE ELABORACION PROPIA.

Tabla 11

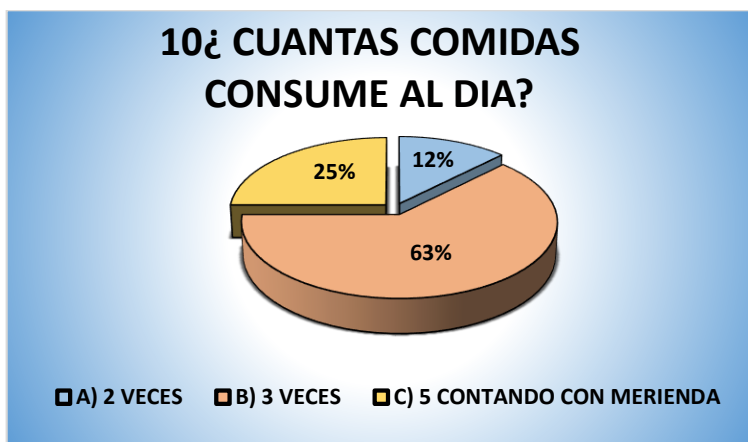
¿CUANTAS COMIDAS CONSUMEN AL DIA?

CUANTAS COMIDAS CONSUMEN AL DIA	CANTIDAD	PORCENTAJE
2 VECES	15	12%
3 VECES	75	63%
5 VECES	30	25%
TOTAL	120	100%

FUENTE: ELABORACION PROPIA

Se observa que de las 120 personas encuestadas 15 personas consumen 2 comidas al día, 75 personas consumen 3 veces al día, 30 personas consumen 5 comidas al día.

GRAFICO 11



FUENTE: ELABORACION PROPIA

Tabla 12

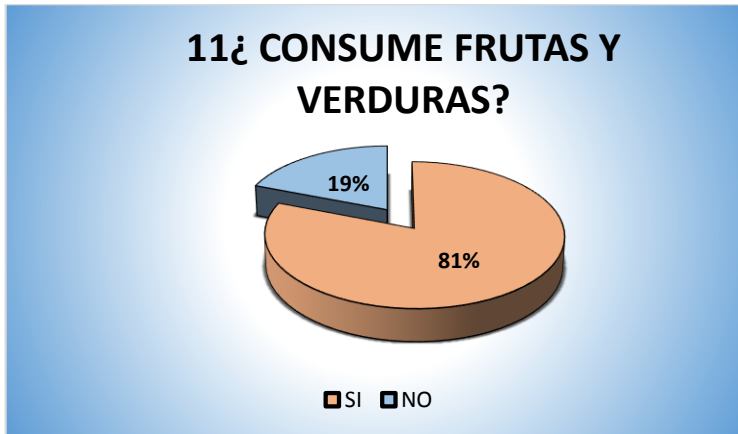
CONSUME FRUTAS Y VERDURAS

CONSUME FRUTAS Y VERDURAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	97	81%
NO	23	19%
TOTAL	120	100%

FUENTE: ELABORACION PROPIA

Se observa que de las 120 personas encuestadas 97 personas si consumen frutas y verduras, y solo 23 personas no consumen frutas y verduras.

GRAFICO 12



FUENTE: ELABORACION PROPIA

Tabla 13

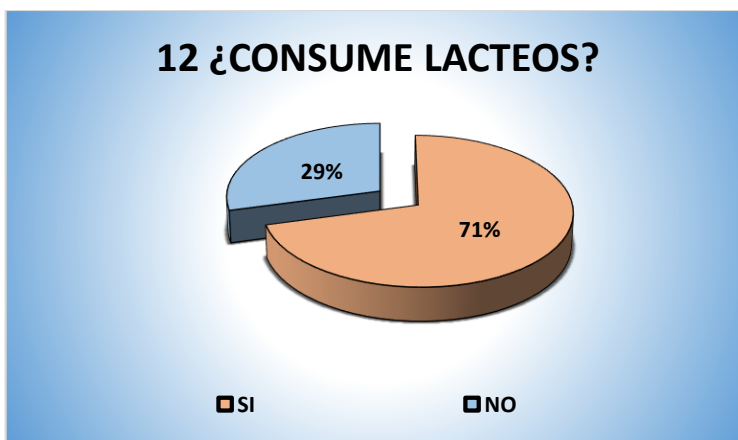
CONSUME LACTEOS

CONSUME LACTEOS	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	85	71%
NO	35	29%
TOTAL	120	100%

FUENTE: ELABORACION PROPIA

Se observa que de las 120 personas encuestadas 85 personas si consumen lácteos y solo 35 personas no consumen lácteos

GRAFICO 13



FUENTE: ELABORACION PROPIA

Tabla 14

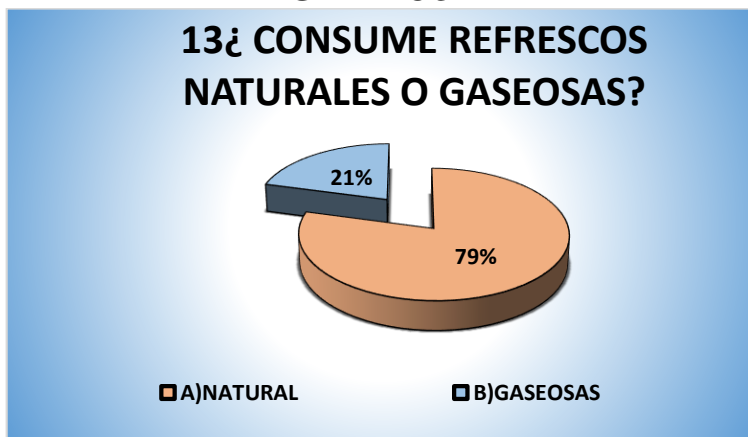
CONSUME REFRESCOS DE FRUTAS O GASEOSAS

CONSUME REFRESCOS DE FRUTAS O GASEOSAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
FRUTAS	95	71%
GASEOSAS	25	29%
TOTAL	120	100%

FUENTE: ELABORACION PROPIA

Se observa que de las 120 personas encuestadas 95 personas consumen refrescos de frutas y solo 25 personas consumen gaseosas

GRAFICO 14



FUENTE: ELABORACION PROPIA

Tabla 15

CONSUME GOLOSINAS DIARIAMENTE

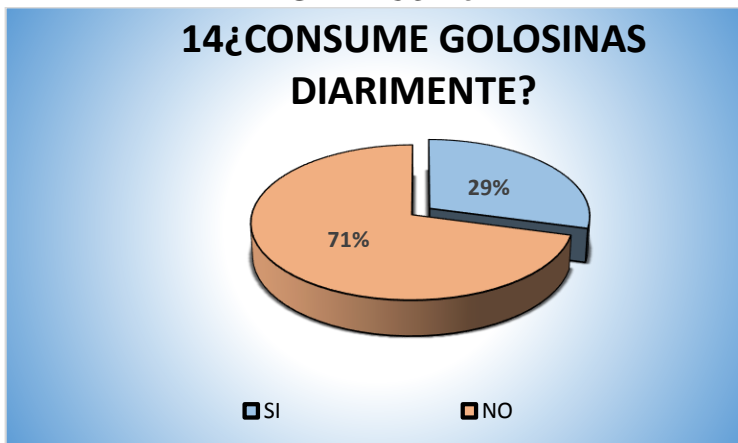
CONSUME GOLOSINAS DIARIAMENTE	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	35	29%
NO	85	71%
TOTAL	120	100%

FUENTE: ELABORACION PROPIA

Se observa que de las 120 personas encuestadas 35 personas no consumen golosinas y 85 personas consumen golosinas.

GRAFICO 15

14¿CONSUME GOLOSINAS DIARINAMENTE?



FUENTE: ELABORACION PROPIA

Tabla 16

CONSUME AGUA MINERAL O AGUA POTABLE

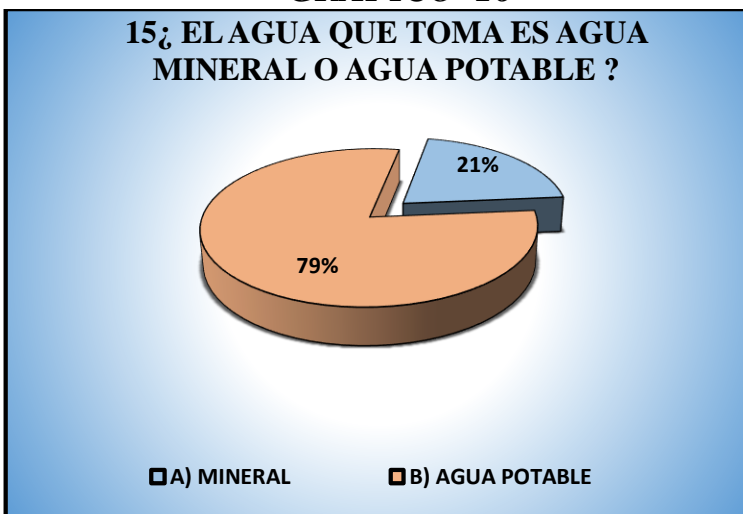
CONSUME AGUA MINERAL O AGUA POTABLE	CANTIDAD	PORCENTAJE
MINERAL	25	29%
AGUA POTABLE	95	71%
TOTAL	120	100%

FUENTE: ELABORACION PROPIA

Se observa que de las 120 personas encuestadas 25 personas consumen agua mineral y 95 personas consumen agua potable.

GRAFICO 16

15¿ EL AGUA QUE TOMA ES AGUA MINERAL O AGUA POTABLE ?



FUENTE: ELABORACION PROPIA



CAPITULO IV

4.1 CONCLUSIONES

Se ha podido determinar que la población de Mukden tienen un conocimiento medio sobre la salud oral, según los resultados de las encuestas la población de Mukden si ha recibido charlas educativas sobre salud oral y técnicas de cepillado en un gran porcentaje. Sin embargo, un porcentaje bajo de la población realiza el cepillado 3 veces al día.

Con los resultados de las encuestas se pudo llegar a las siguientes conclusiones:

1. Se ha podido identificar que el 62% de la población acude al odontólogo solo en casos de urgencia odontológica, el 21% acude 1 vez al año y solo el 17% acude cada 6 meses al odontólogo.
2. Se ha podido identificar que solo el 33% de la población tienen una higiene bucal adecuada, realizando el cepillado dental 3 veces al día, el 46% de la población lo realiza 2 veces al día, el 13% lo hace 1 vez al día y el 8% no lo realiza ni una vez al día, además que solo el 29% de la población utiliza el hilo dental, y el 100% de la población no utiliza enjuagues bucales.
3. Se ha podido identificar que el 58% de la población si ha recibido charla educativa sobre salud oral, y el 42% no ha recibido charla educativa
4. Se ha podido determinar que el 81 % de la población consumen frutas y verduras en su alimentación diaria y el 19 % no consume frutas ni verduras, también se pudo determinar que el 71% de la población consumen lácteos en su alimentación diaria, y el 29% no consumen lácteos.
5. Se ha podido determinar que el 75% de la población si ha recibido charla educativa sobre técnicas de cepillado, y el 25 % de la población no ha recibido charla educativa sobre salud técnicas de cepillado.

Otros factores importantes que se ha podido identifica y/o determinar con las encuestas son:

- El 88% de la población no tienen conocimiento sobre la cronología de erupción de la dentición permanente



- Otro factor negativo es la falta de apoyo por parte del Gobierno Municipal al no dotar de insumos al servicio de odontología, para poder brindar tratamientos de calidad a la población.
- La falta de una movilidad asignada al centro de salud para poder realizar recorridos a diferentes comunidades, debido a que las comunidades se encuentran bien dispersas, para poder realizar atenciones odontológicas con mayor frecuencia.
- Un factor importante que se debe considerar, es la falta de apoyo por parte de los padres de familia, para realizar un control riguroso dentro del seno de su familia para una adecuada higiene bucal.

4.2 RECOMENDACIONES

Considerando la importancia que tiene esta investigación y en función de los resultados obtenidos, se formulan algunas recomendaciones para las autoridades del Gobierno Municipal de Bolpebra, las autoridades de la comunidad de Mukden y a la comunidad.

- Realizar más campañas de promoción y prevención en salud oral a la comunidad de Mukden.
- Concientizar a la población sobre la erupción de la dentición permanente.
- Concientizar a la población la importancia de acudir a la consulta odontológica cada 6 meses.
- Dotar al servicio de odontología con insumos e instrumentos odontológicos necesarios para poder brindar tratamientos de calidad a los comunarios
- Concientizar a autoridades y población en general sobre la importancia del servicio de odontología, con relación a los demás servicios como ser medicina, enfermería.

CAPITULO V

5.1 BIBLIOGRAFÍA

1. Angarita, N., Cedeño, C., Pomonty, D., Quilarque, L., O, Q., Maza, P., . . . Fuenmayor, D. (2009). Consecuencias de la pérdida prematura del primer molar permanente en un grupo de alumnos de la Escuela Básica San José de Cacahual con edades comprendidas entre los 10 y 15 años (San Félix - Estado Bolívar. *Revista Latinoamericana de ortodoncia y Odontopediatría*.



2. Carolina Barreiro, Á. M. (2012). Perdida prematura del primer molar permanente. *Scielo, Paraguay* , pág. 179 -182.
3. Fajardo, k. C. (2010). Obtenido de file:///C:/Users/PC1/Downloads/GUIA.pdf
4. G.SOUSA, J. (2013). *ortodoncia.ws\publicaciones\2013\art-20*.
5. ILERNA. (2018). *ILERNA ONLINE 2018*. Obtenido de WWW.ILERNA.ES
6. internacional, f. d. (2015). *atlas de salud bucodental*. Brighton, Rusia: myriad editions.
7. Iruretagoyena, M. A. (s.f.). *Salud Dental Para Todos*. Obtenido de <https://www.sdpt.net/ID/mount.htm>
8. MONEY, J. B., & Barrancos Money , J. (2015). *OPERATORIA DENTAL*. BUENOS AIRES, ARGENTINA: EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA.
9. Od. Martín P. Dopico*, D. C. (2015). Importancia del primer molar permanente y consecuencias clínicas de su pérdida en edades. *RAAO - Vol. LIV - Núm. 2* .
10. *ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD* . (2020). Obtenido de https://www.who.int/topics/oral_health/es/#:~:text=La%20salud%20bucodental%2C%20fundamental%20para,otras%20enfermedades%20y%20trastornos%20que
11. *PORTAL DE ODONTOLOGOS.MX*. (02 de NOVIEMBRE de 2017). Obtenido de ODONTOLOGOS MX
12. RUBIO, A. G. (2015). *SCIELO*. Obtenido de SCIELO.ISCIII.ES
13. Ruiz, D. O. (s.f.). *ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD* . Obtenido de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/si-oral1.pdf>
14. SOLER, R. B. (MARZO de 2012). *slideshare.net*. Obtenido de <https://es.slideshare.net/Kaki2501p/clasificacin-de-caries-dental-17378643>
15. Vivas, D. X. (ENERO DEL 2015). *FUNDAMENTOS DE OPERATORIA DENTAL* . Jamaica : Dreams Magnet .

6 ANEXOS

6.1 ENCUESTAS

COMUNIDAD MUKDEN

MUNICIPIO BOLPEBRA

EDAD:

SEXO: F M

1.- ¿CUANTAS VECES AL DÍA SE CEPILLA LOS DIENTES?



- A) 1 Vez
- B) 2 Veces
- C) 3 Veces
- D) NI UNA

2.- ¿UTILIZA HILO DENTAL?

SI NO

3.- ¿CON QUÉ FRECUENCIA VISITA AL ODONTÓLOGO?

- A) Cada 6 Meses
- B) 1 vez al Año
- C) Solo en Urgencias

4.- ¿ACUDE A CONSULTA ODONTOLÓGICA EN EL CENTRO DE SALUD?

SI NO

5.- ¿CUANDO FUE SU ÚLTIMA VISITA AL ODONTOLOGO?

- A) Hace 6 Meses
- B) hace 1 año
- C) No recuerda

6.- ¿SABE A QUÉ EDAD ERUPCIONAN LOS PRIMEROS DIENTES PERMANENTES?

SI NO

7.- ¿SABE CUALES SON LOS PRIMEROS DIENTES PERMANENTES EN ERUPCIONAR?

SI NO

8.- ¿A RECIBIDO CHARLA EDUCATIVA SOBRE SALUD ORAL?

SI NO

9.- ¿A RECIBIDO CHARLA SOBRE TECNICAS DE CEPILLADO?

SI NO

10.- ¿CUANTAS COMIDAS CONSUMEN AL DÍA?



A) 2 VECES

B) 3 VECES

C) 5 CONTANDO MERIENDA

11.- ¿CONSUME FRUTAS Y VERDURAS?

SI

NO

12.- ¿CONSUME LACTEOS?

SI

NO

13.- ¿CONSUME REFRESCOS NATURALES O GASEOSAS?

A) NATURAL

B) GASEOSAS

14 ¿CONSUME GOLOSINAS DIARIAMENTE?

SI

NO

15.- ¿EL AGUA QUE TOMA ES AGUA MINERAL O AGUA POTABLE?

A) MINERAL

B) GRIFO

6.3 IMÁGENES



IMAGEN 1



IMAGEN 2



IMAGEN 3



IMAGEN 4



IMAGEN 5

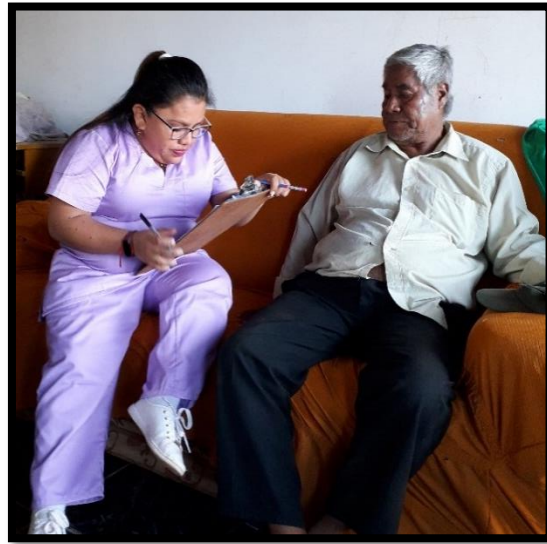


IMAGEN 6



IMAGEN 7



IMAGEN 8



IMAGEN 9



IMAGEN 10



IMAGEN 11