



Universidad Nacional
SAN LUIS GONZAGA



[Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0)

Esta licencia permite a otras combinar, retocar, y crear a partir de su obra de forma no comercial, siempre y cuando den crédito y licencia a nuevas creaciones bajo los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0>



UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"



ESCUELA DE POSGRADO

EVALUACION DE ORIGINALIDAD

CONSTANCIA

El que suscribe, deja constancia que se ha realizado el análisis con el software de verificación de similitud al **BORRADOR DE TESIS** cuyo título es:

"CARIES SIN EXPOSICIÓN PULPAR EN NIÑOS REGISTRADOS EN EL CENTRO MÉDICO ESPECIALIZADO Y SALUD OCUPACIONAL SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO, DEL DISTRITO DE SANTIAGO – ICA, EN EL PERÍODO; JUNIO A DICIEMBRE DEL 2022"

Presentado por:

MOGROVEJO DE LA CRUZ JOEL GUIOMAR

De la **MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**.

Que, se ha recibido del operador del programa informático evaluador de originalidad de la Escuela de Posgrado de la UNICA, el informe automatizado de originalidad, el mismo que concluye de la siguiente manera:

El documento de investigación APRUEBA los criterios de originalidad con un porcentaje de similitud de 3%.

Para dar fe, se adjunta al presente el reporte de similitud de las bases de datos de iThenticate. En Ica 19 de julio de 2024

Atentamente


UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"
ESCUELA DE POSGRADO
Dr. LUIS ALBERTO PECHO TATAJE
Director (e)



UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN Luis Gonzaga"
Sistema Antiplagio Escuela de Posgrado

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

Ica, 19 de julio de 2024

INFORME N° 0249-OPIEO-SA-EPG-UNICA-2024

Señor:

Dr. Luis Alberto Pecho Tataje
Director de la Escuela de Posgrado de la UNICA

Presente. -

Asunto: Informe del Resultado del Sistema Antiplagio.

De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y, a la vez remitirle el Resultado del Sistema Antiplagio del Borrador de Tesis titulado: **"CARIES SIN EXPOSICIÓN PULPAR EN NIÑOS REGISTRADOS EN EL CENTRO MÉDICO ESPECIALIZADO Y SALUD OCUPACIONAL SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO, DEL DISTRITO DE SANTIAGO - ICA, EN EL PERÍODO; JUNIO A DICIEMBRE DEL 2022"** presentado por el egresado:

MOGROVEJO DE LA CRUZ JOEL GUIOMAR

Recibo de Pago N° 159513847

Sin otro particular, me suscribo de usted, reiterándole los sentimientos de mi especial consideración y estima.

Atentamente,


.....
Lic. Adm. JULIA DONAYRE ALVAREZ
Operadora del Programa Informático Evaluador
de Originalidad

CARIES SIN EXPOSICIÓN PULPAR EN
NIÑOS REGISTRADOS EN EL CENTRO
MÉDICO ESPECIALIZADO Y SALUD
OCUPACIONAL SANTO TORIBIO DE
MOGROVEJO, DEL DISTRITO DE
SANTIAGO – ICA, EN EL PERÍODO; JUNIO
A DICIEMBRE DEL 2022

Por JOEL GUIOMAR MOGROVEJO DE LA CRUZ

CANTIDAD DE PALABRAS 8897

HORA DE ENTREGA

19-JUL-2024 10:01A. M.

NÚMERO DE
IDENTIFICACIÓN DEL
TRABAJO

110559686

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



BORRADOR DE TESIS SIN ANEXOS

Caries sin exposición pulpar en niños registrados en el Centro Médico Especializado y Salud Ocupacional Santo Toribio de Mogrovejo, del distrito de Santiago – Ica, en el período; Junio a diciembre del 2022

Línea de Investigación:

Salud Pública y Conservación del Medio Ambiente

PRESENTADO POR:

Joel Guiomar Mogrovejo de la Cruz

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRO EN SALUD PÚBLICA

Ica – Perú

2024

CARIES SIN EXPOSICIÓN PULPAR EN NIÑOS REGISTRADOS EN EL CENTRO MÉDICO ESPECIALIZADO Y SALUD OCUPACIONAL SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO, DEL DISTRITO DE SANTIAGO – ICA, EN EL PERÍODO; JUNIO A DICIEMBRE DEL 2022

INFORME DE ORIGINALIDAD

3%

ÍNDICE DE SIMILITUD

FUENTES PRIMARIAS

1	vdocumento.com Internet	225 palabras — 3%
2	repositorio.ug.edu.ec Internet	45 palabras — 1%

EXCLUIR FUENTES

ACTIVADO

EXCLUIR FUENTES

DESACTIVADO

EXCLUIR FUENTES

ACTIVADO

EXCLUIR FUENTES

< 40 PALABRAS

UNIVERSIDAD NACIONAL “SAN LUIS GONZAGA”
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA: SALUD PÚBLICA



TESIS

**CARIES SIN EXPOSICIÓN PULPAR EN NIÑOS
REGISTRADOS EN EL CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO
Y SALUD OCUPACIONAL “SANTO TORIBIO DE
MOGROVEJO”, DEL DISTRITO DE SANTIAGO-ICA, EN EL
PERIODO, JUNIO A DICIEMBRE DEL 2022 EN NIÑOS**

Línea de Investigación:

Salud Pública y Conservación del Medio Ambiente.

PRESENTADA POR:

JOEL GUIOMAR MOGROVEJO DE LA CRUZ

GRADO A OBTENER: MAESTRO

ASESOR:

DR. NAVARRO MUÑANTE OMAR PAOLO

Ica – Perú

2025

DEDICATORIA

A mis padres, quienes con su motivación y esfuerzo me han permitido cumplir un sueño más; a mi familia por su apoyo incondicional durante todo este proceso.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a Dios por haberme permitido cumplir esta meta.

Agradecer a toda mi familia en especial a mis padres, por confiar en mí, por los valores y principios inculcados.

A mi asesor por compartirme sus conocimientos.

Gracias por ser parte de mi vida y por permitirme ser parte de su orgullo.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	v
Índice de gráficos	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
I. INTRODUCCIÓN	9
II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA	20
2.1 Tipo, nivel y diseño de investigación	20
2.2 Población y muestra	20
2.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	21
2.4 Análisis de datos	21
2.5 Aspectos éticos	21
III. RESULTADOS	22
IV. DISCUSIÓN	47
V. CONCLUSIONES	49
VI. RECOMENDACIONES	50
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51

Índice de tablas

Tabla 1. Grupos de Edad:	22
Tabla 2. En cuanto al Sexo	23
Tabla 3. Del Diagnóstico	24
Tabla 4. Cuadrante Superior Derecho	29
Tabla 5. Cuadrante Superior Izquierdo	31
Tabla 6. Cuadrante Inferior Izquierdo	33
Tabla 7. Cuadrante Inferior Derecho	35
Tabla 8. Definitivos	37
Tabla 9. Cuadrante Superior Derecho	39
Tabla 10. Cuadrante Superior Izquierdo	41
Tabla 11. EN EDADES	45
Tabla 12. Rango de edades	46

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Relación de atención en la muestra de 523 pacientes	25
Gráfico 2. Rangos por Edades de niños atendidos de 523	26
Gráfico 3. Sexo de Muestra	27
Gráfico 4. Diagnóstico y Tratamiento Preventivo	28
Gráfico 5. Caries Piezas Temporales Cuadrante Superior Derecho	30
Gráfico 6. Caries Piezas Temporales Cuadrante Superior Izquierdo	32
Gráfico 7. Caries Piezas Temporales Cuadrante Inferior Izquierdo	34
Gráfico 8. Caries Piezas Temporales Cuadrante Inferior Derecho	36
Gráfico 9. Atenciones por Cuadrantes Definitivos	38
Gráfico 10. Caries piezas Definitivas Cuadrante Superior Derecho	40
Gráfico 11. Caries piezas Definitivas Cuadrante Superior Izquierdo	42
Gráfico 12. Caries piezas Definitivas Cuadrante inferior Izquierdo	43
Gráfico 13. Caries piezas Definitivas Cuadrante inferior derecho	44

Resumen

Título: Caries sin exposición pulpar en niños registrados en el Centro Médico Especializado y Salud Ocupacional Santo Toribio de Mogrovejo, del distrito de Santiago – Ica, en el período; Junio a diciembre del 2022

Objetivo. Prevenir la enfermedad caries dental en los niños escolares y preescolares

Método. Esta se realizó por recolección de la información de Historias clínicas, para su posterior digitación de toda la información en Piezas temporales y Piezas fijas.

De todos estos datos se elaboró una hoja (en el mismo Excel) con la síntesis de Historias muestreada (cincuenta y tres). Los resultados determinaron esquemas comparativos los que quedaron llanos a ser analizados para terminar con las conclusiones.

Resultados. Según el estudio, la edad con mayor prevalencia de caries no detectada fue de 12 a 14 años, 42,7% para dientes permanentes y 46,3% para dientes temporales en niños de 6 a 8 años. La odontopediatría es una opción de prevención más específica para esta enfermedad. las personas mayores necesitan implementar la actividad.

Conclusiones. Con base en el cuidado de escolares y preescolares, el principal grupo etario de caries se definió como niños de 9 a 11 años (100) y niñas de 6 a 8 años (80).

Palabras clave. Caries, exposición pulpar, piezas dentarias, odontopediatría.

Abstract

Title: Caries without pulp exposure in children registered at the Santo Toribio de Mogrovejo Specialized Medical and Occupational Health Center, in the district of Santiago - Ica, in the period; June to December 2022

Aim. Prevent dental caries disease in school and preschool children

Method. This was done by collecting the information from clinical histories, for its subsequent typing of all the information in temporary pieces and fixed pieces.

From all these data, a sheet was prepared (in the same Excel) with the synthesis of sampled Histories (fifty-three). The results determined comparative schemes which remained flat to be analyzed to end with the conclusions.

Results. According to the study, the age with the highest prevalence of undetected caries was between 12 and 14 years, 42.7% for permanent teeth and 46.3% for temporary teeth in children between 6 and 8 years of age. Pediatric dentistry is a more specific prevention option for this disease. older people need to implement the activity.

conclusions. Based on the care of schoolchildren and preschoolers, the main caries age group was defined as boys from 9 to 11 years (100) and girls from 6 to 8 years (80).

Keywords. Caries, pulp exposure, teeth, pediatric dentistry

I. INTRODUCCIÓN.

Las caries dentales, es uno de los mayores problemas de salud humana. Su existencia fue advertida por médicos egipcios en el año 3000 aC, pero en la antigüedad la incidencia era baja. Ahora, por la falta de un conocimiento adecuado, se ha convertido en un aspecto social, tal vez por desconocimiento de normas de higiene: Hoy en día, la caries es una enfermedad infecciosa que, según diversos estudios realizados en el país, afecta al noventa y cinco por ciento de los escolares en el Perú.⁴

Según el Programa Mundial de Salud Oral de la Organización Mundial de la Salud, la incidencia de la caries dental está disminuyendo en los países desarrollados o industrializados y aumentando en los países en desarrollo; Dado que la mayoría de los niños del mundo viven en países en desarrollo, esta investigación cobra gran importancia.⁵ La OMS, establece que la más grande prevalencia de caries dental se reporta en América Latina, y países asiáticos y africanos.

Para Tagliaferro y col. (2009) La caries dental representa un problema de salud pública debido a su alta prevalencia, costo de tratamiento e impacto en la calidad de vida. Es importante planificar medidas preventivas específicas para aumentar la eficacia del programa de salud dental ¹.

En una revisión sistemática de Mejáre y col. (2009), Refiere a que la caries es una enfermedad infecciosa crónica que puede afectar a personas de todas las edades y es una de las enfermedades infantiles más comunes. Vale la pena mencionar que el término caries se utiliza para abarcar el proceso de la enfermedad y sus consecuencias.

Una parte importante del trabajo diario del personal dental de los cirujanos dentistas profesionales, incluido el diagnóstico de caries, la evaluación del riesgo dental y el tratamiento temprano de lesiones.².

Aunque no existen datos precisos y actualizados sobre la incidencia de caries dental en nuestro país, del informe del Ministerio de Salud de 1996 se desprende que la incidencia de caries en niños menores de 12 años era del 85%. de los cuales había alrededor de 600 niños, el índice CPO-D (daño dental, diente faltante, empaste) es 3.0, el índice c, e, o es 6.3³.

Los antecedentes internacionales a presentar son los correspondientes a: 2002 en Campeche, México. Se determinó la primera gravedad y el daño de la caries oral permanente; para analizar esta gravedad y el daño, tomaron muestras de 3615 niños en edad preescolar y escolar de entre

cuatro a trece años y encontraron que la prevalencia de caries dental era del 80,3 % ¹².

Estudios realizados en Venezuela, reportados por la Región Zuliana, en estudios realizados por Méndez (1996), Morón 1996 y Zambrano 2000 para determinar el perfil epidemiológico bucal de la población, reportaron que más del cuarenta y siete por ciento de los preescolares y el 39% de los escolares en edad infantil se encontraban sin caries, y se encontró que el promedio de dientes afectados por la enfermedad varía entre 2,5-3,0, lo que indica diferencias significativas en la prevalencia de caries en los diferentes grupos sociales de la región y en sus diferentes tipos de respuestas al problema.

Tal como lo expresó Burt en 1994, las conclusiones de estos informes son consistentes en que la caries dental es una necesidad social que debe enfocarse en métodos de prevención y tratamiento de la enfermedad, identificar acciones y estrategias para garantizar una mejor calidad de vida de las personas, incluyendo la salud. servicios de atención. , desempeñar un papel protagónico del Estado a través de instituciones ¹³.

En un estudio de 2005 sobre la prevalencia de caries dental en el sector público de California, Columbia, la proporción de niños con antecedentes de caries dental fue del 76 %, con una prevalencia del 66,6 % a los 5 años y del 46,2 % a los 12 años.¹⁴.

En Ecuador, la prevalencia e incidencia de caries dental, enfermedad periodontal y maloclusión son relativamente altas, según la "Encuesta Epidemiológica en Edad Escolar Ecuatoriana" realizada por el Ministerio de Salud en 1996. La prevalencia de caries en niños en edad escolar de 6 a 14 años fue del 88,2%. La prevalencia fue del 86,9% a los 6 años y del 84,8% a los 12 años. Cabe señalar que la prevalencia de caries en el grupo de edad de seis a doce años corresponde a dientes temporales y permanentes. A los 14 años de edad, esta prevalencia del 87,5% se derivó del porcentaje de caries en las placas dentales finales y se comparó con el porcentaje de niños sanos. Los dos grandes grupos estudiados, fue del 13,2 % a los seis años y del 15,1 % a los doce años.¹⁵.

Un estudio de Stuchi Cornejo Rocío. Callao-Perú 2003, Determinación del estado de salud bucal de los niños de 6 a 12 años del Colegio Nacional Nuestra Señora del Carmen del distrito industrial del Callao; evaluó el estado de salud bucal de 196 niños de 6 a 12 años y encontró una prevalencia de caries del 98,9% ¹⁶.

En Argentina, se analizó el estado dental, las necesidades de tratamiento y la evaluación financiera de los logros en salud en un grupo de niñas que asisten a la escuela Hogar de la Federal. Más de 80 niñas de 6 a 13 años. El número de niñas con antecedentes de caries dental permanente fue de 73 (91,25%) y 64 (84%) con caries no tratada. La necesidad de tratamiento según los estándares de la Organización Mundial de la Salud, es útil en la planificación de un programa de salud para este grupo de infantes ¹⁷.

–Justificación

El estudio actual es necesario porque aborda problemas limitados de investigación y prevención del tratamiento, particularmente con respecto a las intervenciones de prevención primaria; también está enfocada a la posible búsqueda de la asignatura a soluciones técnicas profesionales (odontología), que permite partir de indicadores seguros.⁹

El estudio ayudará directamente a la institución a promover la interacción comunitaria entre los estudiantes de odontología y la población, ya que les permitirá colaborar con los conocimientos teóricos y prácticos impartidos por sus docentes para tratar de evitar el alto índice de caries dental en la población peruana.

La factibilidad de este estudio es obvia, pues con este proyecto apoyaremos con datos reales, reales y accesibles gracias al servicio de odontopediatría del Centro Médico Especializado de Santo Toribio de Mogrovejo del distrito de Santiago – Ica, donde contaremos con acceso a HCL todos los días , además, si se podría realizar esta investigación, teniendo en cuenta el número aceptable de fuentes bibliográficas, entrevistas y consultas a profesionales (médicos, odontólogos, especialistas del proyecto). Finalmente, se demostrará la factibilidad del proyecto mediante la obtención de la historia clínica del paciente, la cual ayudará a recopilar datos estadísticos que nos permitirán sustentar el estudio.¹⁰

–Importancia

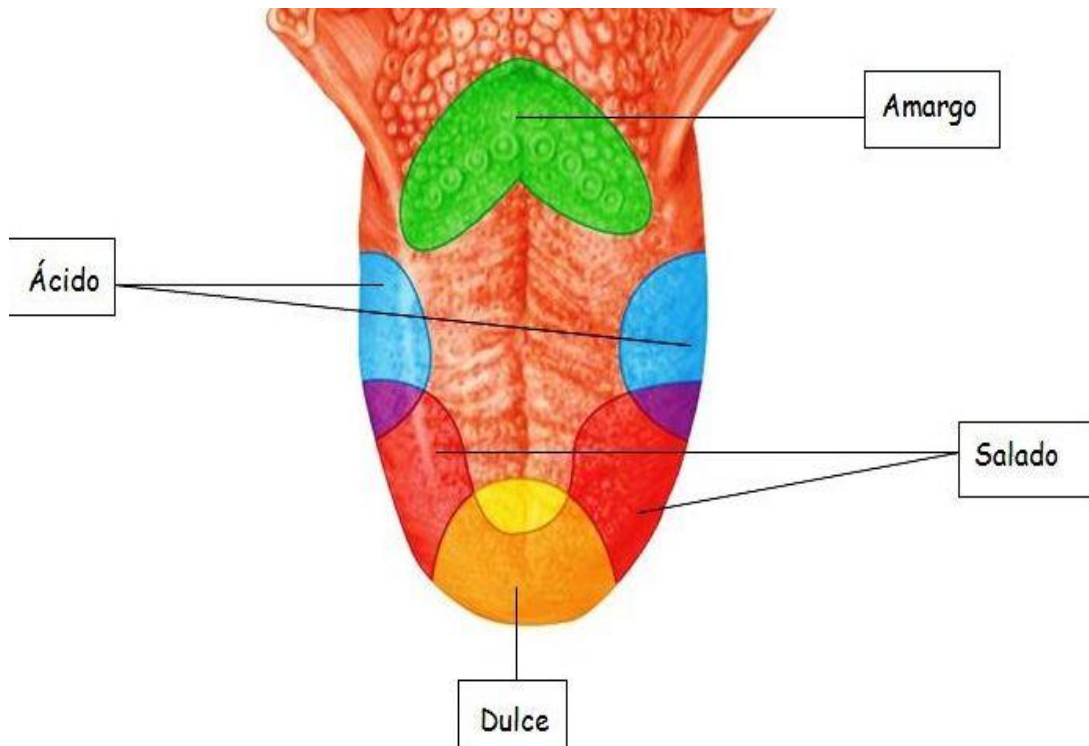
Es muy importante para conocer que la caries es la enfermedad más común de la cavidad bucal; durante la investigación se realizará un diagnóstico patológico de la situación y se realizará un tratamiento preventivo. Quien participa en consultas dentales y trabaja en conjunto podría detener la caries dental y evitar la pérdida de dientes no deseada.

BASES TEÓRICAS.

FUNDAMENTACIÓN TEORICA

GENERALIDADES CAVIDAD BUCAL:

La boca, también conocida como cavidad oral o cavidad bucal, es la abertura por la que el cuerpo humano ingiere los alimentos. Forma principalmente el sistema estomatognático y también es la primera parte del sistema digestivo. (Fig. 1) En la cavidad oral hay dientes, estructuras adyacentes a los dientes y un músculo muy activo: la lengua. Por delante se comunica con el exterior a través de la cavidad bucal, que suele mantenerse cerrada y está formada por los labios superior e inferior. Su espalda conduce a la faringe a través de la faringe. La boca es un indicador importante de la salud humana.¹⁸



LABIOS Y CARRILLOS:

Los labios y las mejillas están cubiertos por membranas mucosas con altas capacidades sensoriales, y alrededor de los labios están los músculos extensores involucrados en las expresiones faciales. Los labios son dos estructuras superiores e inferiores, que consisten en piel y músculos, tejido subcutáneo o la grasa, orbicularis labii, que proporciona la entrada oral.

La piel de los labios es perfecta para recibir ciertos estímulos y proteger el cuerpo. Es más delgado, bien provisto e inervado (con nervios mentoniano e infraorbitario).¹⁹

El movimiento y apertura de los labios está regulado por varios músculos controlados por el nervio facial. El más importante de ellos es el circular, llamado orbicularis labii, que funciona en armonía con la compleja red de músculos de la cara, la mandíbula y la parte superior del cuello.

Una de las funciones de los labios es evitar que los alimentos y líquidos se escapen durante la masticación cerrando la boca. También participan en vocalizaciones, expresiones faciales y ayudan a chupar, besar y silbar.²⁰

Las mejillas, llamadas mejillas o pómulos, son cada una de las dos proyecciones debajo de los ojos en el rostro humano.

También se le llama a la parte carnosa del rostro, desde los pómulos hasta debajo del mentón. Están formados por músculos cubiertos por la membrana mucosa de la boca y la piel de la cara. Los músculos son: orbicularis labiae, levator alaris, canine, zygomaticus major, lastmuskel, buccinator, masteri.²¹

PALADAR DURO Y PALADAR BLANDO:²²

El paladar es la estructura de la glotis que la separa de las fosas nasales: es la zona de fricción donde la interacción de la lengua y el paladar produce el sonido.

El paladar tiene áreas adiposas y glandulares en el paladar duro y blando. Los dos lados de la mandíbula superior se unen en la sutura central. El área grasa del paladar duro contiene grasa debajo de la mucosa, mientras que el área glandular contiene pequeñas glándulas salivales. El paladar duro está ricamente inervado.

El paladar blando contiene músculos esqueléticos.

El paladar blando se encuentra entre la boca y las fosas nasales. Así, el epitelio que recubre la parte del paladar blando que mira hacia las narinas es el mismo que las narinas y es prismático pseudoestratificado, mientras que el epitelio que mira hacia la cavidad bucal es escamoso, estratificado y posiblemente paraqueratósico.

El paladar blando es submucoso. En el paladar blando, todas las glándulas son de tipo mucoso. El paladar forma la pared superior o techo de la boca. Se divide en dos partes, el tercio anterior es la bóveda palatina o paladar óseo y el tercio posterior es el paladar blando. La úvula cuelga centralmente y finalmente inferior al paladar blando.

LENGUA:

La lengua es un órgano móvil que puede cambiar de posición y forma debido a su compleja musculatura.

Se localiza en la cavidad bucal, impar, mediana y simétrica. Tiene las funciones de inhibir la saliva, la deglución, el lenguaje y el gusto.

También participa en la masticación. La lengua es cónica, con una cabeza y una base que penetran en el hueso hioides.

El cuerpo o mejilla consta de los 2/3 frontales, la raíz o faringe, el 1/3 posterior, los dos están separados por la lengua V o surco, es un músculo tan poderoso que se convierte en el más grande en tamaño/fuerza,

Es un órgano poderoso en todo el cuerpo, es un órgano compuesto por 17 músculos, es el órgano más fuerte en todo el cuerpo, tanto que puede causar desalineaciones. Tiene diferentes tipos de papilas que se distribuyen característicamente sobre la superficie de la lengua.²³

Las papilas filiformes son abundantes, rugosas y filamentosas, se ubican en la región central y son receptoras de sabores ácidos y salados.

Este tipo de pezón se estimula con mayor frecuencia en la edad adulta. Se distribuyen por toda la superficie de la lengüeta, colocados oblicuamente paralelos desde el surco en el centro de la lengüeta hasta los bordes. Están inervados por el nervio lingual.

Los cuerpos fúngicos son pequeños y tienen forma de hongo y aparecen como manchas rojizas en el examen debido a los vasos sanguíneos que los irrigan. Se distribuyen por toda la superficie de la lengua, especialmente por delante de la V, donde son muy notorios. Este tipo de papilas se estimula más en la infancia y la vejez porque son receptores del sabor dulce.

Contienen papilas gustativas, como cálices, para el sentido del gusto. Están inervados por una rama del nervio facial llamada cuerda del tímpano. Veinticuatro

Las tazas son las más grandes, pero más pequeñas, y reciben amargor.

Están dispuestos cerca de la base de la lengua en dos líneas que se encuentran en el medio y en la parte posterior, formando un ángulo agudo llamado lengua en V.

Hay once de estas papilas, la más grande en el ápice. Cada uno está truncado en forma de cono truncado y descansa en un hueco en forma de copa, de donde la copa deriva su nombre. Hay un surco anular entre el pezón y el borde del cáliz, y las puntas de las yemas sobresalen del borde del surco en forma de hilos.²⁵

Durante la masticación, controla la posición de los trozos de comida para que puedan triturarse a medida que se vuelven lo suficientemente pequeños para tragarlos.²⁶

DIENTE:

Un diente es un órgano anatómico sólido incrustado en la cavidad dentaria del maxilar superior con un tipo especial de articulación denominada hueso alveolar, que incluye las diversas estructuras que componen el diente: cemento y hueso alveolar. están sostenidos por ligamentos periodontales de conexión.

Los dientes están compuestos de calcio y fósforo, lo que les da dureza. Los dientes son estructuras de tejido mineralizado que se forman desde la primera infancia y nos ayudan a masticar los alimentos para una buena digestión.

Los dientes realizan la primera etapa de la digestión y también participan en la comunicación oral.

FUNCIONES DE LOS DIENTES

Es la de la Masticación

Función Fonética:

Función Estética

Para la Expresión facial

La forma de los dientes determina cómo funciona cada diente durante el movimiento de la mandíbula.

Para un buen funcionamiento, los dientes deben estar correctamente posicionados, el contacto entre los dientes superiores e inferiores en diferentes arcadas es tan importante como el contacto entre los dientes adyacentes, estos últimos se denominan contactos interproximales, protegen la papila porque evitan que se mastiquen los alimentos, que lo almacena, puede evitar el daño de las encías causado por los alimentos sólidos envasados, evitando así la acumulación de placa bacteriana.

Cabe destacar que, además de estas funciones, los dientes de los niños también juegan un papel en el control de la erupción: proporcionan espacio para el diente permanente. Estimulan el crecimiento de la mandíbula al masticar.

ESTRUCTURA MORFOLOGICA

• La corona clínica:

Se asienta sobre la línea de las encías y las encías tienden a retroceder y exponer la mayor parte del diente, lo que hace que la corona parezca más grande de lo que es. La corona anatómica es la parte del diente cubierta por esmalte.

• El cuello:

Une a la corona con la raíz

• La raíz:

Esta parte no es visible en la boca porque está incrustada en el hueso alveolar y cubierta con cemento dental. La raíz del diente es la parte que se extiende hacia la mandíbula superior e inferior. Cada tipo de diente tiene una raíz diferente.

Solo hay un incisivo, que está empezando a adelgazarse fuera del diente. Los caninos e incisivos también tienen una raíz, excepto que los segundos incisivos superiores tienen dos raíces, mientras que los molares pueden tener una, dos o tres raíces, según su tipo y posición en la boca.

Al final de cada raíz hay un pequeño espacio abierto llamado agujero apical, donde los nervios, los vasos sanguíneos y los vasos linfáticos pueden entrar en el diente.

PARTES DEL DIENTE

- **Esmalte dental:**

Es la capa externa dura que recubre la corona del diente y es un tejido formado por hidroxiapatita y proteína (en muy bajas proporciones). Son el tejido más duro del cuerpo humano y, debido a que pueden soportar la presión de la masticación, pueden absorber golpes y lesiones sin desgarrarse. Puede ser muy sensible en áreas con esmalte delgado o desgastado.

El esmalte dental es transparente e insensible al dolor porque no contiene terminaciones nerviosas.

Los cristales de fluorita se forman a partir del flúor, que es más resistente a la caries que la hidroxiapatita.

- **Dentina:**

Es un tejido mineralizado, pero en menor cantidad que el esmalte dental, que contiene en promedio un 70% de sustancias inorgánicas, un 12% de agua y un 18% de sustancias orgánicas, la composición cambia con la edad.

Es responsable del color de los dientes.

Contiene túbulos en los que sobresalen extensiones de los odontoblastos. Su principal estructura son las fibras de Thomas, que son extensiones del protoplasma de los odontoblastos.

- **Cemento dental:**

Tejido conectivo altamente especializado. Es una capa dura, opaca y amarillenta que cubre la dentina a nivel de la raíz. Se encarga de conectar parte del diente con el resto del maxilar inferior o maxilar superior.³⁰

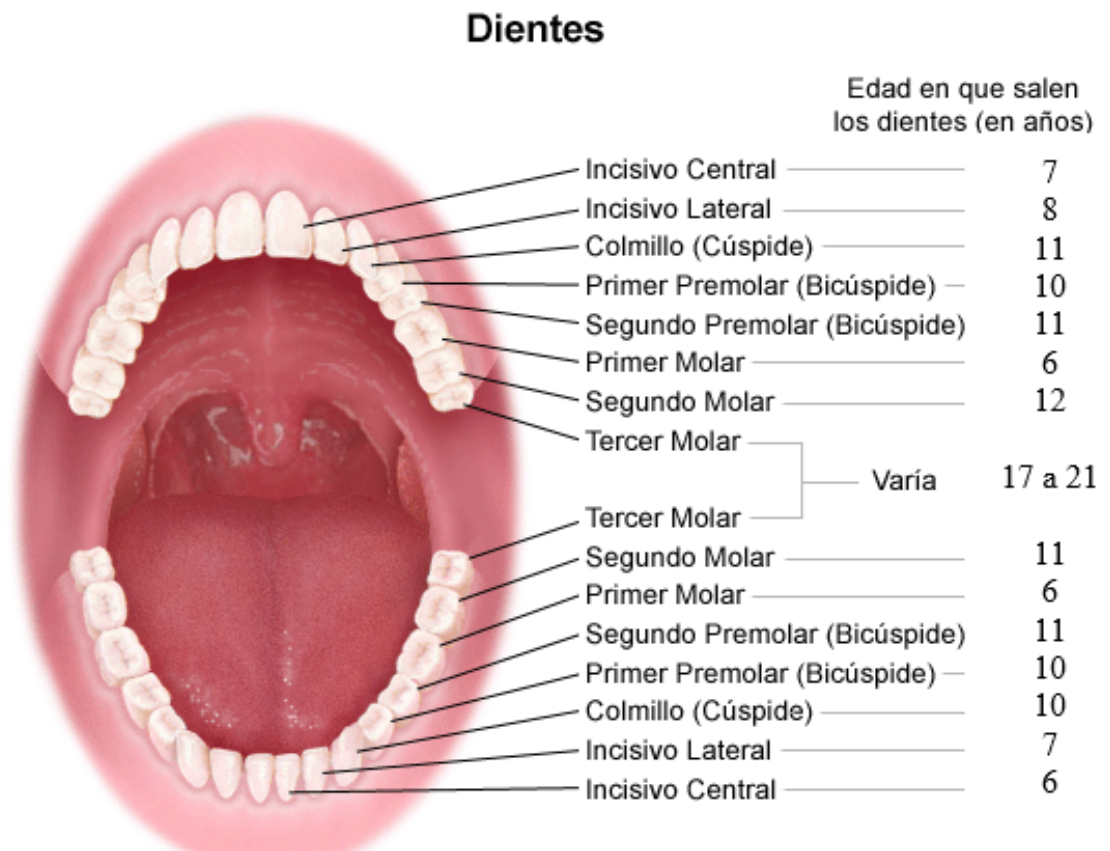
- **Pulpa dentaria:**

El tejido mesodérmico consiste en tejido blando que contiene vasos sanguíneos (arterias y venas) que llevan sangre a los dientes y fibras nerviosas que hacen que los dientes sean sensibles.

Estos nervios pasan a través de la raíz (del diente) a través de pequeños canales. Las células principales son los odontoblastos (estas son las células de la pulpa dental y la dentina) que forman la dentina y son las células que la mantienen viva.

Son 75% agua y 25% materia orgánica para individuos jóvenes. ³¹

La cámara pulpar es más grande en un diente de leche.



DEFINICIÓN DE TÉRMINOS ^{86 87}

CARIES DENTAL. -

Es una enfermedad infectocontagiosa, multifactorial y de carácter crónico, causada por el paso de bacterias cariogénicas al tejido dentario. El desarrollo de la enfermedad implica un proceso dinámico de desmineralización y Re mineralización.

PREVENCIÓN. -

Se refiere a la evitación del riesgo situacional, y el objetivo principal es cambiar los principales factores patógenos, como las bacterias cariogénicas, la dieta cariogénica y el huésped, y también deben intervenir otros factores para no afectar la aparición de la enfermedad.

DIENTE. -

Es un órgano anatómico sólido incrustado en el hueso alveolar del maxilar con un tipo especial de articulación denominada apófisis alveolar, en la que intervienen diferentes estructuras: el cemento y el hueso alveolar, ambos conectados por el ligamento periodontal; de Es una estructura de tejido mineralizado que se forma desde edades tempranas.

DIENTES TEMPORALES –

Comienzan a formarse antes del nacimiento del niño, por lo que es importante que la madre consuma alimentos ricos en calcio (por ejemplo, leche, queso) en su dieta, porque de ello depende la calidad de los dientes del niño. Comienzan a aparecer alrededor de los seis meses de edad y terminan alrededor de los dos o tres años de edad.

DIENTES DEFINITIVOS. -

Los dientes permanentes reemplazan a los dientes de leche y comienzan a aparecer alrededor de los seis años con molares llamados sextos molares. Termina entre los trece a los dieciocho y las muelas del juicio entre 17 a 21 años.

TRANSILUMINACIÓN. -

Este método de diagnóstico se basa en el hecho de que el esmalte cariado tiene un índice de transmisión de luz más bajo que el esmalte sano.

COMPOMEROS. -

Este es un nuevo tipo de restaurador. Incluye elementos tanto de compuestos como de ionómeros de vidrio.

SELLANTES. -

Preparación de las zonas anatómicas más importantes de los dientes, foseas y alas.

RESINAS COMPUESTAS. -

Es un material sintético rígido e indeformable que imita el color del diente frente a otros materiales tradicionales.

AMALGAMA DE PLATA. -

Es un material de restauración hecho de una mezcla de mercurio, plata, estaño, cobre y zinc. Su color es plateado, lo cual es antiestético para los pacientes porque no tiene propiedades ópticas compatibles con la estructura del diente.

CEMENTO DE IONÓMEROS DE VIDRIO. -

Se usa como base, como sello, como material para muñones. Su dureza aumenta con el tiempo, tiene la capacidad de adherirse a la fase mineral del esmalte o la dentina.

Descripción de la realidad problemática

En el Perú, es importante señalar que la población en edad escolar entre 5 y 13 años es más susceptible a las caries debido a que son repuestas y por lo tanto necesitan atención odontológica preventiva.⁶ Según estudios realizados por instituciones académicas peruanas, se requieren medidas preventivas para controlar la aparición de esta enfermedad, que afecta especialmente a los niños hasta los doce años y altera el normal desarrollo de la composición del esqueleto facial del niño, los dientes de leche y los primeros molares.

Descripción de la situación Problemática.

La salud bucal en el Perú no brinda información de carácter nacional relacionada con enfermedades o cambios patológicos, pero existen estudios regionales y locales que permiten evaluar la salud bucal, y la gravedad de las enfermedades en el sistema bucal.

Formulación del Problema

Problema principal

- ¿Es la caries dental la enfermedad con más prevalencia en niños registrados en el Centro Médico Especializado y Salud Ocupacional Santo Toribio de Mogrovejo, del distrito de Santiago – Ica, en el período; ¿Junio a diciembre del 2022?

Problemas secundarios

- ¿Será el sexo del paciente una variable influyente para tener la enfermedad con más prevalencia registrados en el Centro Médico Especializado y Salud Ocupacional Santo Toribio de Mogrovejo, del distrito de Santiago – Ica, en el período; ¿Junio a diciembre del 2022?
- ¿Será la observación y práctica de la técnica restaurativa la solución en sus primeras etapas a la enfermedad caries?

El estudio tuvo como:

Objetivo general

Prevenir la enfermedad caries dental en los niños escolares y preescolares

Objetivos específicos

- Determinar el porcentaje de caries sin exposición en piezas temporales y definitivas registrada en historias clínicas de niños de 3-14 años que asisten al Centro Médico Especializado de Santo Toribio de Mogrovejo del distrito de Santiago – Ica.
- Determinar si la edad de los infantes es un factor que predispone para la aparición de caries sin exposición pulpar.
- Verificar la frecuencia de las piezas dentales por cuadrantes en temporales y definitivas, que son más afectadas por la caries sin exposición pulpar registrada en las historias clínicas.
- Determinar si el sexo de los niños es un factor predisponente para la aparición de caries sin exposición pulpar
- Determinar el tratamiento preventivo que se da en el Centro Médico Especializado Santo Toribio de Mogrovejo a la caries sin exposición pulpar.

Se presenta el informe final de acuerdo a lo siguiente:

En el Perú, es importante señalar que la población en edad escolar entre 5 y 13 años es más susceptible a las caries debido a que son repuestas y por lo tanto necesitan atención odontológica preventiva. ⁶. Según estudios realizados por instituciones académicas peruanas, se requieren medidas preventivas para controlar la aparición de esta enfermedad, que afecta especialmente a los niños hasta los doce años y altera el normal desarrollo de la composición del esqueleto facial del niño, los dientes de leche y los primeros molares.

Descripción de la situación Problemática.

La salud bucal en el Perú no brinda información de carácter nacional relacionada con enfermedades o cambios patológicos, pero existen estudios regionales y locales que permiten evaluar la salud bucal, y la gravedad de las enfermedades en el sistema bucal.

II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA.

2.1 Tipo, nivel y diseño de investigación.

El presente estudio se realizará mediante un estudio, descriptivo, retrospectivo, e histórico porque permite analizar la información de las Historias Clínicas de los niños registrados en el Centro Médico Especializado y Salud Ocupacional Santo Toribio de Mogrovejo, del distrito de Santiago – Ica, en el período; Junio a diciembre del 2022

Conjuntamente la modalidad de esta investigación corresponde al tipo de estudio de campo no experimental en donde se analizan minuciosamente los hechos en donde se produce el acontecimiento. Se adiciona a un tipo de investigación documental bibliográfica, de donde los libros, revistas, internet, etc., así como fuentes secundarias determinarán la investigación.

2.2 Población y muestra

El presente estudio se llevó a cabo en el CENTRO MÉDICO ESPECIALIZADO Y SALUD OCUPACIONAL “SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO”, ubicado en la MZ. A, Lote 21, Urb. Sebastián Barranca I Etapa, del distrito de Santiago – Ica. Se tomarán HCL donde se consigna el Registro de Información con los datos de 523 pacientes de entre 3 a 14 años de edad por el periodo de junio a diciembre del 20 22, que para el presente estudio son la población o universo.

Determinación del tamaño de muestra.

Para determinar el universo y muestra en la presente investigación de HCL, se calculó el tamaño de la muestra aplicando la siguiente fórmula:

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

Donde: n = Tamaño de la muestra

N = Población (HCL)

E = Margen de error (0,1)

El muestreo será de tipo Aleatorio.

2.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Es por observación directa del Registro de Información y como instrumento las HCL de los pacientes atendidos en el Centro Médico Especializado y Salud Ocupacional Santo Toribio de Mogrovejo, del distrito de Santiago – Ica, en el período; Junio a diciembre del 2022

Si la población está definida, el factor de muestreo estará a cargo de varios elementos, como el universo y la muestra. Debido a la especificidad del estudio, se considerarán dos tipos de muestreo: muestreo probabilístico y muestreo no probabilístico, el muestreo probabilístico será estratificado proporcional y no proporcional a los casos. Por otro lado, se utilizarán tipos no probabilísticos causales, focalizados y por cuotas.

Instrumentos.

Esta se realizó por recolección de la información de Historias clínicas, para su posterior digitación de toda la información en Piezas temporales y Piezas fijas.

De todos estos datos se elaboró una hoja (en el mismo Excel) con la síntesis de Historias muestreada (cincuenta y tres). Los resultados determinarán esquemas comparativos los que estarán llanos ser analizados para terminar con las conclusiones.

2.4. Análisis de los datos.

Este se llevará a cabo mediante cuadros estadísticos y gráficos respectivos

El procedimiento a seguir en este estudio se realizará mediante la recolección de información de la historia clínica ingresada tanto en piezas temporal como en piezas permanentes.

De esta información elaboraremos una hoja Excel de resumen de Historias de la HCL, los resultados obtenidos, determinarán los gráficos comparativos sujetos a análisis y conclusiones.

2.5. Aspectos éticos

Durante el estudio, los investigadores demostraron ética y profesionalismo en la elaboración del cuestionario para mantener la privacidad y estricta confidencialidad de los datos, y no se identificaron los nombres del personal técnico o farmacéutico, por lo que no existe falta de respeto o irrespeto. ninguno de ellos fue discriminado y la recolección de datos se realizó con gran satisfacción

III. RESULTADOS

DESARROLLO EXPLICATIVO DEL CUADRO

De acuerdo al control de la Clínica en los meses de la investigación, el sistema disponía de 523 Historias Clínicas, de las que se tomó para muestra dos grupos:

a) Atención de Brigada: 197 (37.7 % de la muestra)

b) Atención a Particulares; 326, (62,3%, restante)

Es decir, se tomaron las 523 HCL, lo que representa el universo.

Tabla N° 1. Grupos de Edad:

De estos dos grupos (Brigada y particulares), se determinó su edad, según la cual se busca la caries en niños de 3 a 14 años. Para esto se determinaron cuatro grupos de edad, la edad promedio de la muestra que es 8,39 y su porcentaje., esto es:

3-5 años	85 niñas/os	15,5%
6 a 8 años	171,0	33,0 %
9 a 11 años	169,0	32,9 %
12 a 14 años	91,0	17,6 %

Fuente: El autor

Tabla N° 2. En cuanto al Sexo: Se determinó Sexo Femenino y el Masculino, No determinándose su edad. Por ende, la muestra identifica su valor absoluto y relativo:

(F)	221,0	42,3%
(M)	301,0	57,6%

Fuente: El autor de la tesis

Tabla N° 3. Del Diagnóstico: El tema propuesto de la investigación constituye sobre la Caries sin Exposición en niños de 3 a 14 años, pero se amplió al estudio, sobre esa muestra, la atención preventiva de: Sellantes y de Profilaxis – Fluorización. En lo que respecta a la Caries sin Exposición, se identificó para las Piezas Temporales y en las Definitivas. El estudio dio el siguiente resultado, absoluto y relativo:

Caries P. Temporales	804	38,9%
Caries P. Definitivas	361	17,5% (56,4%)
Sellantes	633	30,7%
Profilaxis – Fluorización	267	12,9%

Fuente: El autor de la tesis

Gráfico N° 1. Grupos Estudiados. -

La Clínica viene atendiendo a Personas que asisten directamente a la Facultad, denominados Pacientes Particulares (326 con el 62.3%) y por convenios con establecimientos educativos, definidos como Pacientes de Brigada (197 con el 37.7%).



Gráfico 1: Relación de atención en la muestra de 523 pacientes

Fuente: El autor de la tesis

A la información recopilada se clasificó por Rangos de Edades, su Sexo y el Diagnóstico donde se determina la incidencia de Caries sin exposición; en este último sobre las piezas dentales temporales y a las piezas dentales definitivas. Sus resultados fueron:

Gráfico:2 Por Edad. - Los casos estudiados fue por rangos con una variación de dos años entre ellos. Se establecieron, independiente del diagnóstico, entre 3 y 5 años 85 casos estudiados; entre 6 y 8, de 171; entre 9 y 11 de 169; y, entre 12 y 14 años 91 casos. Su representación gráfica es:

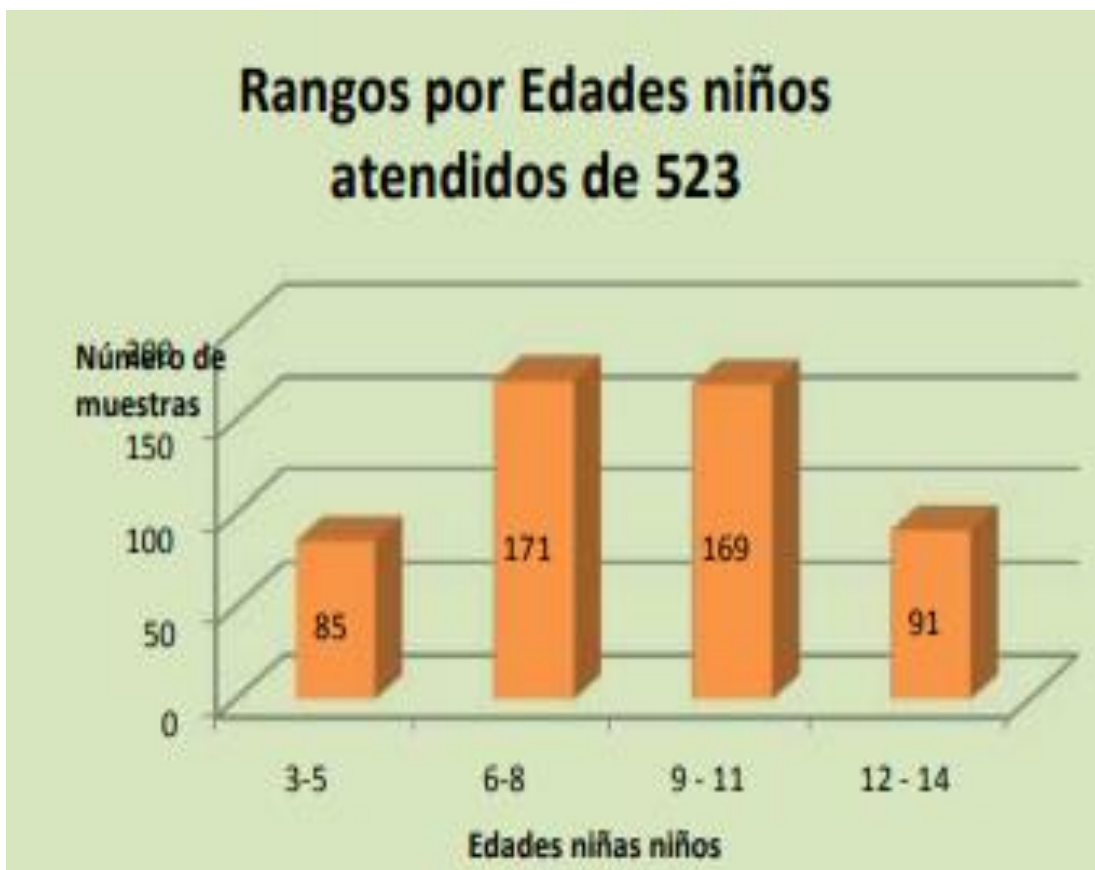


Gráfico 2: Rangos por Edades de niños atendidos de 523

Fuente: El autor de la tesis

Gráfico N° 3. Por Sexo. - A los casos estudiados (523) se lo clasificó en Femenino y Masculino, los resultados fueron de 301 (57.7%) y 221 (42.3%), respectivamente. Su representación es:



Gráfico 3: Sexo de Muestra

Fuente: El autor de la tesis

Gráfico N° 4. Por Diagnóstico y Tratamiento Preventivo. - En consideración a que esta información constituye la base de la investigación, independiente de la parte analítica, se la categorizó por: presencia de caries sin exposición en piezas temporales y caries en piezas definitivas; por atención con sellantes; y, por Profilaxis – Fluorización. Los 523 casos analizados tuvieron 2065 atenciones y proyectaron para Caries sin exposición: temporales y definitivas: 1165 con 56,42%; la atención con sellantes por 633 veces, esto es el 30,65%; y, en Profilaxis – Fluorización de 267 que representa el 12,93%, restante. Su relación e interpretación se observará más adelante. El gráfico se expresa así:

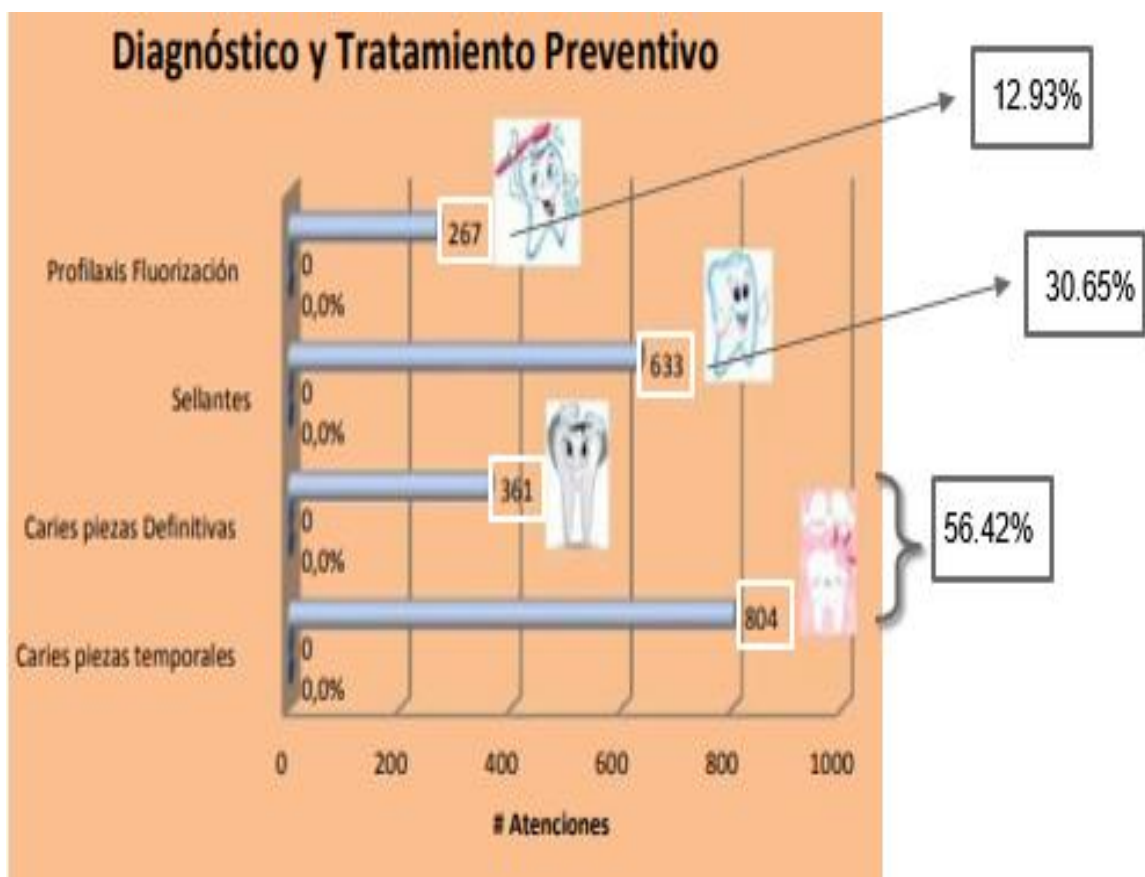


Gráfico 4: Diagnóstico y Tratamiento Preventivo

Fuente: El autor de la tesis

En el caso exclusivo de las caries sin exposición se debe destacar la atención mayoritaria a las piezas temporales con mayor incidencia frente a las definitivas. Entre los dos diagnósticos (temporales y definitivos), del total de atenciones (2065) el 56,4% de los casos, fueron por, como se anota, caries sin exposición.

Tabla N° 4

Cuadrante Superior Derecho: Para determinar las piezas dentales, con más prevalencia, según el cuadrante, en el caso de temporales, se establece tal situación en la pieza 5.5 que representa el 30,4 % de 207 atenciones; y, la menor en la pieza 5.3, como se observa en el cuadro y gráfico siguiente:

Cuadrante superior derecho				
5.1	5.2	5.3	5.4	5.5
32	29	26	57	63 (207)
15,5%	14,0%	12,6%	27,5%	30,4%

Fuente: El autor

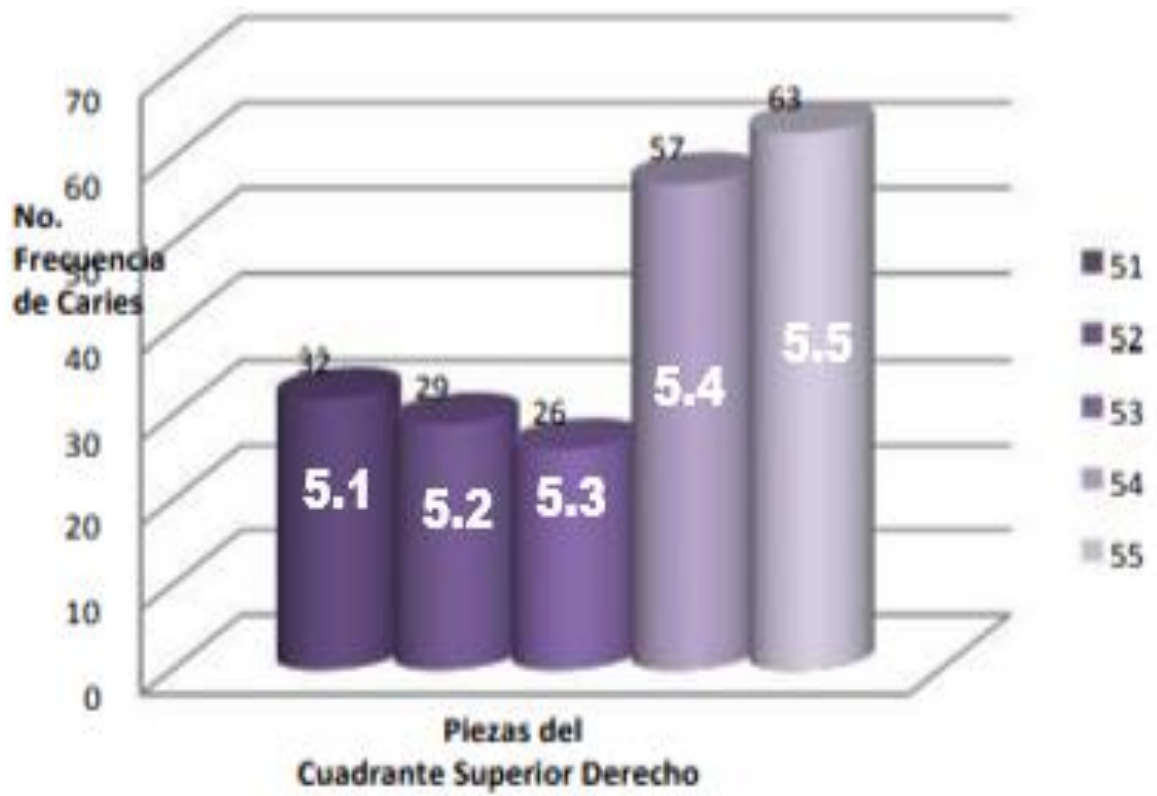


Gráfico N° 5 Caries Piezas Temporales Cuadrante Superior Derecho

Fuente: El autor

Tabla N° 5

Cuadrante Superior Izquierdo: En éste, se determinó la prevalencia de caries en la pieza 6.5 con una incidencia del 34,0 % y la menor en la 6.3 con el 10,9 % del total de atenciones que fueron de 238. Su detalle y gráfico como se describe.

Cuadrante superior izquierdo					total
6.1	6.2	6.3	6.4	6.5	
31	35	26	65	81	238
13,0%	14,7%	10,9%	27,3%	34%	

Fuente : El autor

Caries Piezas Temporales



Gráfico N°6 Caries Piezas Temporales Cuadrante Superior Izquierdo

Fuente: El autor

Tabla N° 6. Cuadrante Inferior Izquierdo: En este cuadrante, la mayor prevalencia se produce en las piezas 7.4 y 7.5, con el 44,2 % de las 181 atenciones que recibió este cuadrante; en tanto que, la menor fue en la pieza 7.2, que representó el 1,66 %. Su cuadro y gráfico es:

Cuadrante Inferior Izquierdo					total
7.1	7.2	7.3	7.4	7.5	
8	3	10	80	80	181
4,42%	1,66%	5,52%	44,2%	44,2%	

Fuente: El autor

Caries Piezas Temporales

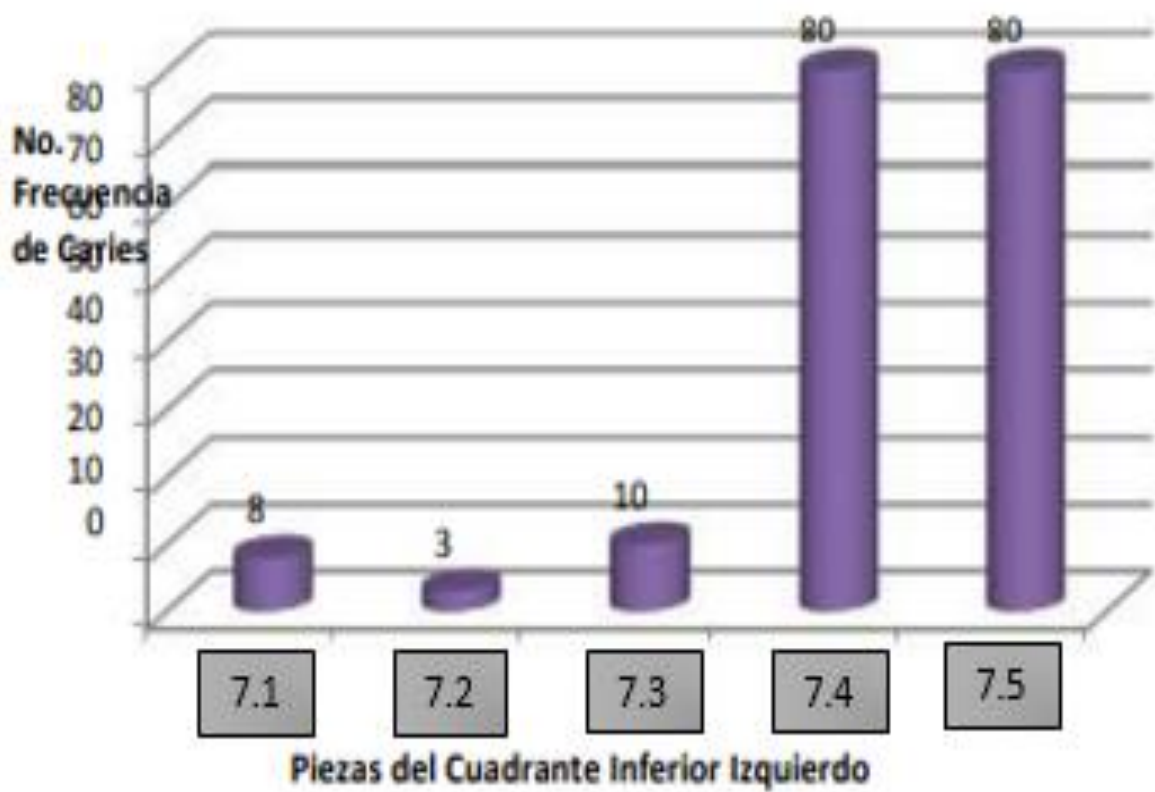


Gráfico 7. Caries Piezas Temporales Cuadrante Inferior Izquierdo

Fuente: El autor

Tabla N° 7

Cuadrante Inferior Derecho: Del estudio y análisis a este cuadrante, se establece que hay una mayor prevalencia en la pieza 8.5 seguido de la 8.4, su incidencia de atención alcanzó el 45,5% y el 41,0 % por ciento respectivamente del total de 178 atenciones, así lo establece el cuadro y gráfico, siguiente:

Cuadrante inferior Derecho					total
8.1	8.2	8.3	8.4	8.5	
8	7	9	73	81	178
4,5%	4%	5%	41,0%	45,5%	

Fuente : El autor

Caries Piezas Temporales

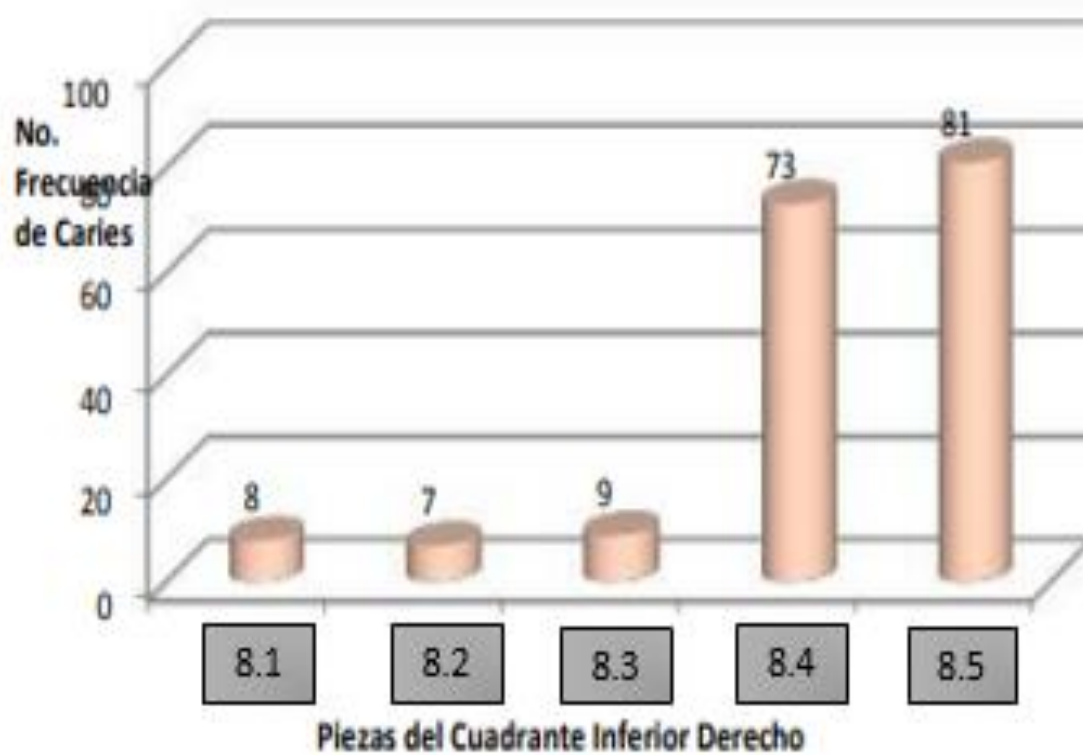


Gráfico 8. Caries Piezas Temporales Cuadrante Inferior Derecho

Fuente: El autor

Tabla N° 8

Definitivos. - Al referirme a este grupo de piezas dentales y que dentro del estudio se analizó por cada uno de los cuadrantes, encontré que, del total de atenciones (998), de los casos estudiados (523), se constituyó representativo el cuadrante superior derecho y el de menor atención para el Inferior también derecho, como lo determinan el cuadro y su representación gráfica siguiente:

Cuadrante	Atención	Relación
Superior Derecho	276	27,7%
Superior Izquierdo	259	26,0%
Inferior Izquierdo	241	24,1%
Inferior Derecho	222	22,2%

Fuente: El autor



Gráfico 9. Atenciones por Cuadrantes Definitivos

Fuente: El autor

Tabla N° 9

Cuadrante Superior Derecho: la prevalencia como pieza afectada que mereció la mayor atención, o el mayor número de dichas atenciones, fue en la 16, con una incidencia del 56.16 por ciento del total de atenciones (276) y recibiendo la menor atención o mejor dicho ninguna, siguiente la pieza 18 con una incidencia del 0. por ciento, como se observa en cuadro y su representación,

Cuadrante superior derecho							
1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8
8	9	1	49	33	155	21	0 (276)
2,9%	3,3%	0,32%	17,8%	11,9%	56,1%	7,6%	0%

Fuente: El autor

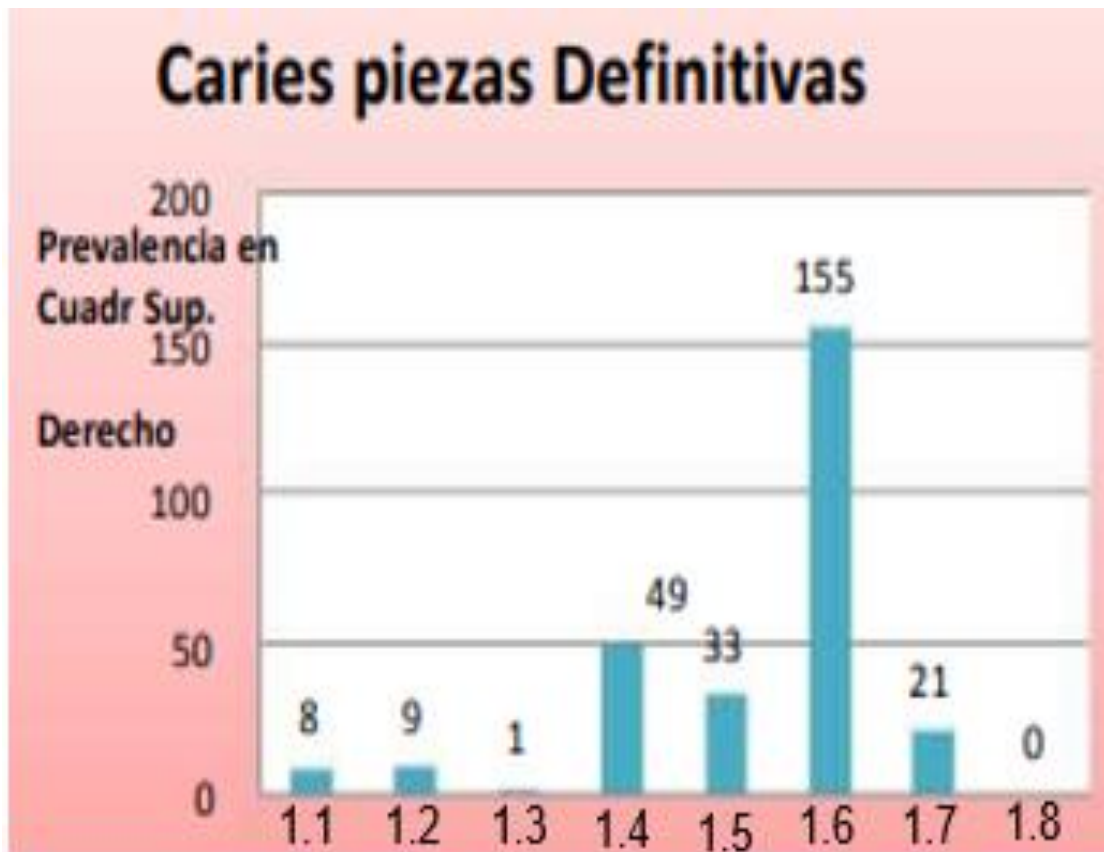


Gráfico 10. Caries piezas Definitivas Cuadrante Superior Derecho

Fuente: El autor

Tabla n°10

Cuadrante Superior Izquierdo: En este análisis a la prevalencia de caries en éste cuadrante he observado que fue afectada la pieza 2.6 que alcanzó la mayor atención de 259 o preocupación de los estudiantes tratantes, con el 57,5 % y ninguna atención en las piezas 2.3 y 2.8, seguidas de las 2.1 y 2.2 con el 1,93 %. Así lo define el cuadro detalle y se representación:

Cuadrante superior izquierdo								total
2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	
5	5	0	48	32	149	20	0	259
1,93%	1,9%	0%	18,5%	12,4%	57,5%	7,7%	0%	

Fuente: El autor

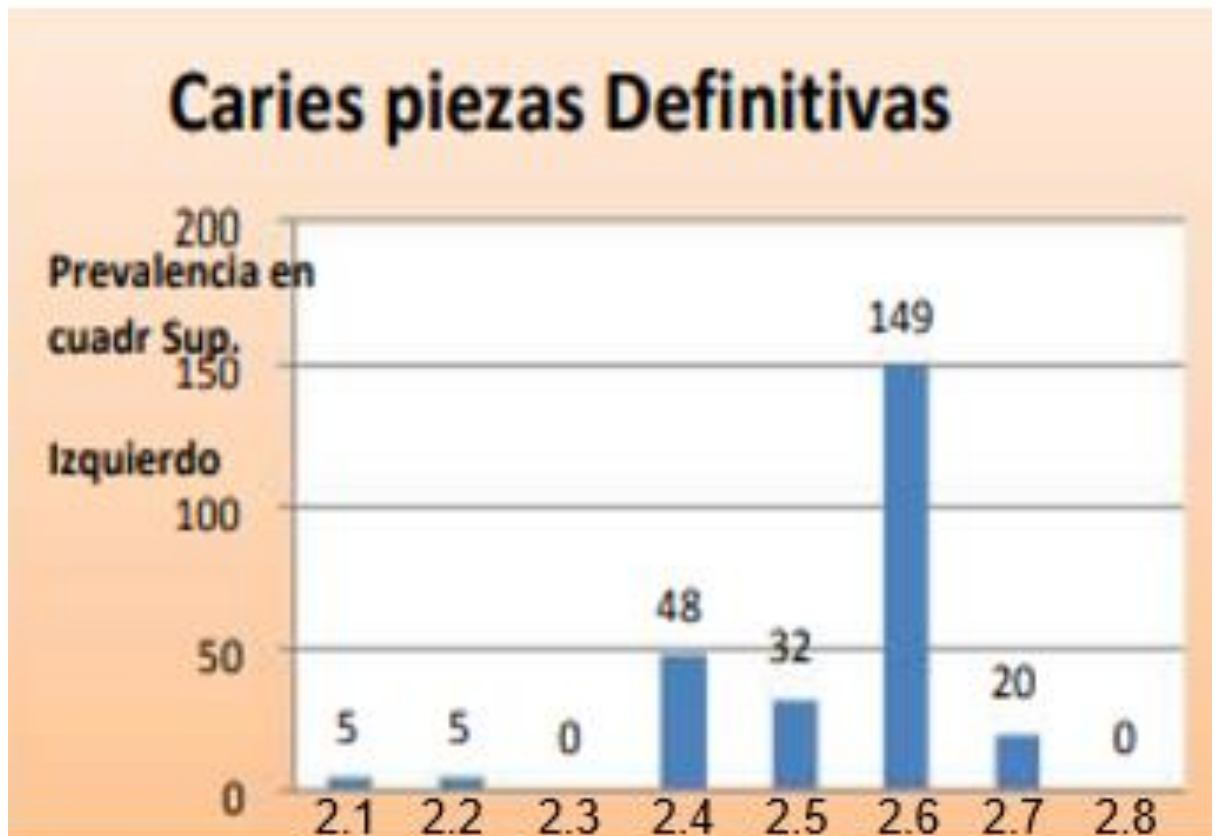


Gráfico 11. Caries piezas Definitivas Cuadrante Superior Izquierdo

Fuente: El autor

Cuadrante Inferior Izquierdo: En esta cuadrante llama nuestra atención, del estudio y análisis a las piezas con prevalencia de caries que, son 3.2, 3.3 y 3.8, que no tuvieron ninguna atención, caso contrario, la que más atención recibió fue la pieza 3.6, incidiendo con el 68.9 por ciento de las 241 atenciones a este cuadrante, así lo justifica el cuadro y gráfico que se presenta:

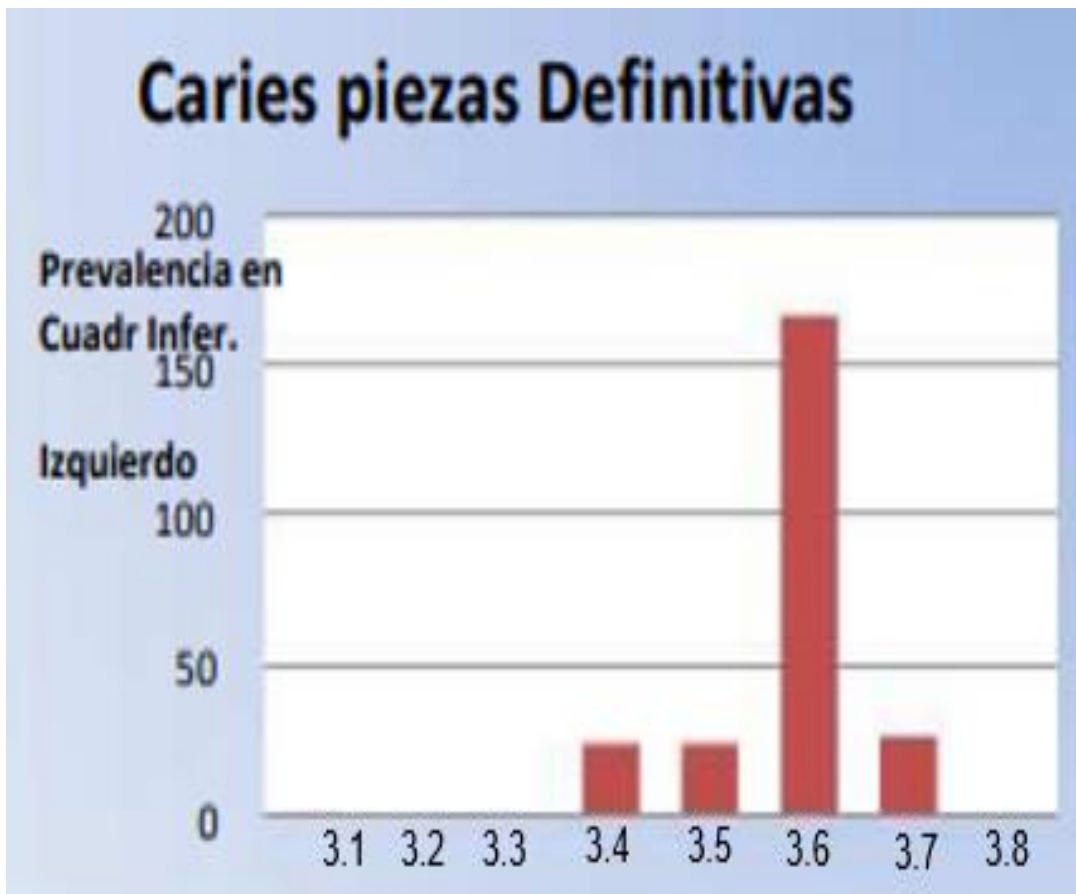


Gráfico 12. Caries piezas Definitivas Cuadrante Inferior Izquierdo

Fuente: El autor

Cuadrante Inferior Derecho: Este cuadrante comprende a las piezas dentales de la 4.1 a la 4.8 y en las que no recibieron ninguna atención por prevalencia de caries se ubicó en las piezas: 4.1, 4.2, 4.3 y 4.8 así como la mayor atención o detección fue en la 4.6 cuya incidencia es la mayor de las hasta aquí estudiadas, el 73.42 por ciento del total de 222, asunto que merece nuestro posterior análisis a cuyo efecto se presenta el cuadro y representación gráfica respectiva

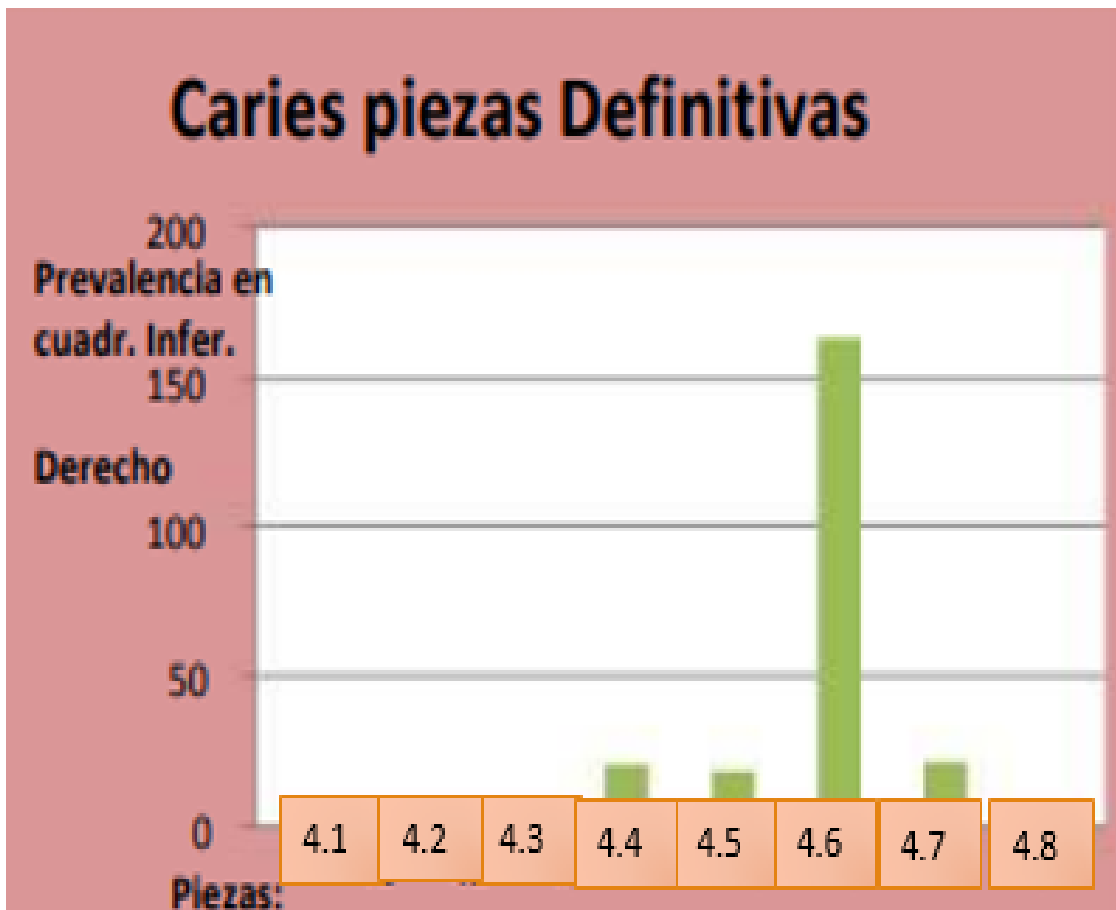


Gráfico 13. Caries piezas Definitivas Cuadrante Inferior Derecho

Fuente: El autor

Tabla N° 11

EN EDADES: Para la observación de la de caries en los niños comprendidos entre las edades de 3 a 14 años, se vio la conveniencia, estadísticamente, de establecer a las mismas por rangos con una variación de 2 años entre una y otra, consecuente se obtuvo cuatro (4) rangos y se clasificó según su naturaleza en: Piezas Dentales Temporales y Piezas Dentales Definitivas, según su número de casos a cada rango. Sus resultados obtenidos son como lo expresa el siguiente cuadro:

Rango de edades	Atención a caries		
	Casos	Temporal	Definitiva
3 a 5 años	85	221	0
6 a 8 años	171	369	54
9 a 11 años	169	178	153
12 a 14 años	91	29	154
total		797	361

Fuente: El autor

Como se observa, la atención por caries, en general, fue para las piezas Temporales cuando se alcanzó 797 y de ellas con más identificación de caries se ubicó entre las edades de 6 a 8 años, esto es en el segundo (2) rango con 369 que representa el 46,3 % de los casos analizados, en cuanto a la prevalencia en las piezas definitivas, a ese nivel se reduce al 15,0 %; en tanto que, tuvo mayor significación entre los 12 y 14 años con el 42,7 % de las atenciones. Lo anotado se observa en el siguiente cuadro :

Tabla N° 12

Rango de edades	Relación Porcentual	
	Temporal	Definitiva
3 a 5 años	27,7%	0%
6 a 8 años	46,3%	15%
9 a 11 años	22,3%	42,4%
12 a 14 años	3,6%	42,7%

Se debe señalar que entre las edades de 3 a 5 años, rango cuatro (4) no están erupcionadas las piezas definitivas.

De lo hasta aquí referido, se puede definir que la atención a la prevalencia de caries para las edades comprendidas entre los 3 y 14 años, se centra en las piezas dentales en la etapa de que éstos son temporales y así allí es donde se debe dirigir la mayor atención profesional.

IV. DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta que este estudio identificará caries tanto en dientes temporales como permanentes de niños de 3 a 14 años, se planea investigar e identificar ambas piezas de dientes temporales. Cada grupo se estudia en cuadrantes. Además, estos comportamientos populares son analizados por categoría de edad, realizados en cuatro (4) áreas, y por género.

Temporales. –

Del universo de las HCL se digitaron unas 523

Esta clasificación determinó que la incidencia de caries dental fue mayor en el cuadrante superior izquierdo (238) de 804 preocupaciones, correspondiendo al 29,6% de las preocupaciones. Al ser el más pequeño, se encuentra en el cuadrante inferior derecho, en marcado contraste con el de Tagliaferro et al. (2009) quienes concluyeron que la caries es un problema de salud pública por su alta prevalencia.

Cuadrante superior derecho:

El fragmento dentario con mayor prevalencia determinada por cuadrante, en el caso de los dientes provisionales, esta se determinó en la pieza 55, representando el 30,4% de los 207 casos; el más pequeño fue el lote 53, de acuerdo con Mejáre et al. La situación lograda es la misma. En él afirma que la caries es una enfermedad infecciosa crónica que puede afectar a todas las edades y es una de las enfermedades infantiles más comunes.

Cuadrante Superior Izquierdo:

Entre ellos, la pieza 6.5 determinó la incidencia de caries con el 34,0% de los casos, pero la pieza 6.3 fue el más bajo, representando el 10,9% del total de visitas, que fue de 238 veces por persona.

Cuadrante Inferior Izquierdo:

En este cuadrante, la prevalencia más alta fue en las piezas 7.4 y 7.5, representando el 44,2% de las 181 atenciones recibidas en este cuadrante; mientras que la más baja fue la pieza 7.2, que representó el 1,66%, similar a lo que reportó el Ministerio de Salud en 1996. La prevalencia reportada de caries es del 85% en niños menores de 12 años con aprox. 600 y el cuadrante inferior derecho del índice CPO-D: Al examinar y analizar este cuadrante se determinó que la pieza 8.5 presentaba la mayor prevalencia, seguida de la sala 84, alcanzando sus niveles de atención el 45,5% y el 41,0%, respectivamente. Un total de 178 puntos problemáticos creados por el mismo ministerio.

Definitivos.-

Cuando me refiero a este conjunto de piezas dentales y lo analizo para cada cuadrante del estudio, encontré que de la atención total (998), los cuadrantes superiores derecho eran representativos de los casos estudiados (523). La esquina inferior derecha también recibe menos atención, lo que es consistente con el Programa de Salud Oral Global de la Organización Mundial de la Salud que afirma que la incidencia de caries dental está disminuyendo en los países desarrollados o industrializados, mientras que está aumentando en los países en desarrollo; Los niños viven en países en desarrollo y esta investigación es importante

Realicé la misma investigación y análisis para la investigación y el análisis preliminares de las partes dentales finales para cada cuadrante, donde se resaltaron o identificaron las partes que recibieron la mayor atención y las partes que no recibieron atención; así se tiene:

Cuadrante Superior Derecho:

La prevalencia de la parte afectada que requiere más atención o más atención ocupa el puesto 16 con una tasa de incidencia del 56,16% de la atención total (276), la que recibe menos atención o ninguna atención, solo por detrás del 18 con una tasa de incidencia de 0.% .

Cuadrante Superior Izquierdo:

Analizando la prevalencia de caries en este cuadrante observo que la pieza 2.6 fue el más afectado y recibió la mayor atención en las salas de estar de 259 o estudiantes de medicina, las piezas 2.3 y 2.8 no recibieron atención en un 57.5%, seguido de las piezas 2.1 y 2.2, lo que corresponde a 1,93%.

Cuadrante Inferior Izquierdo:

En esta cuadrante llama nuestra atención el estudio y análisis de la ocurrencia de caries en los dientes 3.2, 3.3 y 3.8, los cuales no recibieron atención, por lo demás el más alarmante fue el 3.6, en este cuadrante de 241 visitas la tasa de incidencia fue 68,9%.

Cuadrante Inferior Derecho:

Este cuadrante comprende las piezas dentales 4.1-4.8 y en las que no recibieron atención por la prevalencia de caries se ubicó en las piezas: 4.1, 4.2, 4.3 y 4.8, también la mayor atención o detección fue la 4.6 que es la más alta. de los estudiados hasta ahora, el 73,42 % de un total de 222- es decir, lo que merece nuestro análisis adicional.

Hice el mismo estudio y análisis que asumí en los estudios intermedios para la Pieza de Diente Definitivo, y para cada cuadrante se destacó o identificó la pieza más procesada o las piezas que no recibieron atención.

Cabe señalar que, entre las edades de 3 y 5 años, las cuartas (4) últimas piezas no erupcionan.

V. CONCLUSIONES

- Según el estudio, la edad con mayor prevalencia de caries no detectada es entre los 12 y 14 años, con un 42,7% de dientes permanentes y un 46,3% de dientes temporales en niños de 6 a 8 años de Odontopediatria de la Clínica SantoToribio de Mogrovejo del distrito de Santiago- Ica., aprovechando esta oportunidad para la prevención de enfermedades más específicas. las personas mayores necesitan implementar la actividad
- En los escolares la mayor incidencia de caries la determinó un 29,6% enfocada a las piezas temporales, en la parte superior izquierda (238). Frente al 27,7% del cuadrante superior derecho (276) del apartado anterior.
- De acuerdo a la atención prestada a los escolares y pre escolares, se encontró que, dependiendo de la salud, a la edad de 9 a 11 años prevalece la caries en los niños (100), y de 6 a 8 años - para las niñas (80) . .
- La urgente necesidad de una profilaxis o tratamiento de prevención de nivel primario, con el adecuado uso de sellantes de fosas y fisuras fue de 160,2 veces, lo que representa 30,65 % y en Profilaxis – Fluorización de 67,6 que representa el 12,93 por ciento.

VI. RECOMENDACIONES

- Establecer programas de educación en materia odontológica , donde se proporcione informes importantes sobre profilaxis de caries con métodos educativos
- Promover prácticas de higiene bucal a través de campañas que no solo informen sobre la presencia del Servicio Odontológico, sino que orienten a la comunidad para que las personas acudan al Servicio al menos una vez al año y mejoren las prácticas de higiene bucal.
- Coordinar la atención dental escolar con el liderazgo organizacional, incluido el consejo de salud comunitario, los maestros, así como los padres y representantes para planificar los servicios dentales, promover y distribuir servicios en el campo de la odontología infantil. de la Clínica Santo Toribio de Mogrovejo del Distrito de Santiago -Ica .
- Incluir temas de salud en las lecciones, lo que puede ser fortalecido con la participación de los docentes del Instituto. Use profilaxis con fluoruro en entornos académicos y de pacientes.
- Recomendar a los pacientes que eviten los alimentos que se adhieren a los dientes (chicles, pastillas, etc.) debido al contacto prolongado con las superficies de masticación.
- Aconsejar a los padres de los bebés que eviten sujetar los dientes con el pecho del biberón durante mucho tiempo (no más de 15 a 20 minutos para mamar). Evite los biberones de noche o de día.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. BARRANCOS, Julio y BARRANCOS Patricio. *Operatoria Dental*. 4 ed. Buenos Aires. Panamericana. 2009. p297-339 / 341-371 / 373-393
2. BECK JD. University Community Dent Oral Epidemiol. Department of Dental Ecology, of North Carolina, Chapel Hill 27599, USA. JamesvBeck@dentistry.unc.edu 2007 Aug; 26(4):220-5.
3. BORDONI, N. Squassi A. *Diagnostico e Interpretación Diagnostica de la Caries Dental En odontología Preventiva*. Buenos Aires Argentina 2009
4. CACERES, Walter. Perfil de proyecto de prevención y tratamiento de caries dental en estudiantes del centro Educativo Libertad de América Quinua, en Dpto. de Ayacucho en el año 2008
5. CASTILLO, Ramón. *Estomatología Pediátrica*. Madrid. Ripano. 2011. p93- 109/109-137 /140-171
6. DELGADO, Luís. *Prácticas de Anatomía Humana. Enseñanza y aprendizaje audiovisual*. Buenos Aires. Panamericana .2010. p 90-95
7. DONADO M. *Cirugía Bucal Patología y Técnicas*. 3 era ed. 2010. P12-17
8. DONO, Raquel. Necesidad de tratamiento dentario y evaluación económica de un programa en niñas / Dental treatment need and economic evaluation of a program in Little girls, Bol. Asoc . Argent. Odontol. Niños, mar 2003. Base de datos LILACS
9. *Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice*. 7th ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier;2010: chap 101
10. GARCÍA Valente. *Estomatología*. Argentina. Odontol .2010. p 3-5 / 28
11. GREENLAND, S. BRUMBACK, B. Department of Epidemiology, UCLA School of Public Health, Department of Statistics, UCLA College of Letters and Science, 22333 Swenson Drive, Topanga, CA 90290-3434, USA. lesdomes@ucla.edu
12. GUEDES, Antonio. *Odontopediatria*. 7ed.Sao Paulo. Livraria Santos .2011. p292-318
13. HARRIS Norman. *Odontopediatria Preventiva Primaria*. México. El Manual Moderno .2011. p1-15/31-46/193-207/213-231/277-287/291-308
14. HENOSTROZA, Gilberto. *Caries Dental*. Lima. Universidad Peruana Cayetano Heredia.2007. p 17-35/37-51/53-66/105-114/159-165/
15. HOLST, D. SCHULLER AA, ALEKSEJUNIENÉ J, ERIKSEN, HM. EUR Dental caries risk studies : causal approaches needed for future . 2009 jun; 109(3):143-8, J. Oral Sci inquiries
16. INEN Margarita, Bordoni N. Dental Caries. Bolo Med Hosp Infant Mex. 2008 Mar-Apr : 37:359-64 CLases , factores

17. IRIGOYEN ME, SÁNCHEZ L. Prevalencia e incidencia de caries dental y hábitos de higiene bucal en escolares. Mexico .Rev ADM . 2009. p 58 / 99-104
18. LITH A, GRONDAHL, HG. Predicting development dentin lesions by years of past caries experience.Community.Dent Oral Epidemiol. 2008. p 20:25-29.
19. MENDES, Doris. Especialista en Estomatología Integral en Niños 2009. p1-20
20. MÓRON, Alexis. Caries dental, estrato socioeconómico y necesidades de tratamiento en escolares de dos zonas de la región Nor – occidente de Venezuela .2002 p .200-250
21. Organización Mundial de la Salud (OMS). Programa de Salud Oral, 2000
22. Organización Mundial de la Salud (OMS). Programa de Salud Oral, 2009
23. Organización Panamericana de la Salud OMS. Programa Regional de Salud, métodos Básicos.4 ed., 2008
24. PALTÁN, José. Anatomía Humana General y Descriptiva. Tomo VI
25. PARADA, Alejandra. Caries dental y nutrición, Nutricionista. Magister de la Salud Pública, Pontificia Universidad Católica de Chile
26. PETINUCI, Bardol .Dental Cares. Colombia, Biomédica vol.25. Bogotá 2009 p 35-50
27. PÉREZ, Sandy. Caries dental en primeros molares permanentes y factor socioeconómico en escolares de Campeche México. Revista Cubana de Estomatología. 2002. 39/265-281
28. RAMÍREZ Bs, TORRES LS. Perfil buco dental de los niños matriculados en el grado pre-escolar . Area urbana del municipio de Caldes. Antioquia .2010 p 51-58
29. RIVERO LA., Relación de la experiencia anterior de caries con la posterior actividad cariogénica en escolares de 7 a 14 años. Rev. Cubana de Estomatología 2011.p 37(3):162-5
30. RODRÍGUEZ Calzadilla .Enfoque en la atención estomatológica .Cuba .Estomatol.2009 p 40 -49
31. SÁNCHEZ , Hernán . Flúor dental. Colombia. Biomédica. 2009 p 1-50
32. TORTORA Gerardo y REYNOLDS Sandra. Principios de Anatomía y Fisiología .7 ed.Dioki. 2010 .p 772/
33. VILLEGAS Tomas. Actualidades Medio Odontológico. Caracas –Venezuela. Latino AmericaSA. 2008 p 14-70
34. YANKILEVICH Elba. Introducción a la Odontología. México. 2009

VIII. ANEXOS.

Anexo 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo..... identificado con DINI N°..... apoderado(a) del(la) menor:, Autorizo las preguntas correspondientes (de ser necesarias) , por el xxxx Mogrovejo Joel, quien realiza informe final de tesis: “Caries sin exposición pulpar en niños registrados en el Centro Médico Especializado y Salud Ocupacional Santo Toribio de Mogrovejo, del distrito de Santiago – Ica, en el período; Junio a diciembre del 2022.

Por lo que declaró:

Haber leído la hoja de información que fue propiciada por el investigador.

Que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio cuando lo crea conveniente y sin dar explicaciones.

Teniendo conocimiento, que toda la información brindada por mi persona sólo será utilizada con fines académicos y de investigación, DOY MI CONSENTIMIENTO al investigador para participar en el estudio.

Firma del apoderado(a)

Anexo 3. Fotos sobre la realización del informe final











1.3. Anexos

1.3.1. Matriz de consistencia.

Título: Caries sin exposición pulpar en niños registrados en el Centro Médico Especializado y Salud Ocupacional Santo Toribio de Mogrovejo, del distrito de Santiago – Ica, en el período; Junio a diciembre del 2022

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	HIPÓTESIS	VARIABLES	OBJETIVOS	ESTRATEGIA METODOLÓGICA
<p>Problema principal ¿Es la caries dental la enfermedad con más prevalencia en niños registrados en el Centro Médico Especializado y Salud Ocupacional Santo Toribio de Mogrovejo, del distrito de Santiago – Ica, en el período; ¿Junio a diciembre del 2022?</p> <p>Problemas secundarios ¿Será el sexo del paciente una variable influyente para tener la enfermedad con más prevalencia registrados en el Centro Médico Especializado y Salud Ocupacional Santo Toribio de Mogrovejo, del distrito de Santiago – Ica, en el período; ¿Junio a diciembre del 2022?</p>	<p>Hipótesis general. La Caries sin Exposición Pulpar en los niños de 3 a 14 años registradas en el Centro Médico Especializado y Salud Ocupacional Santo Toribio de Mogrovejo, del distrito de Santiago – Ica, en el período; Junio a diciembre del 2022, no son prevenidas de una manera adecuada.</p> <p>Hipótesis específicas - El sexo del paciente no es una variable influyente para tener la enfermedad con más prevalencia registrados en el Centro Médico Especializado y Salud Ocupacional Santo Toribio de Mogrovejo, del distrito de Santiago –</p>	<p>Variable Independiente La caries sin exposición pulpar en niños de 3 a 14 años</p> <p>Variables Dependientes Mejoras de : Las acciones terapéuticas. Las acciones de prevención</p>	<p>Objetivo general Prevenir la enfermedad caries dental en los niños escolares y preescolares</p> <p>Objetivos específicos Determinar el porcentaje de caries sin exposición en piezas temporales y definitivas registrada en historias clínicas de niños de 3-14 años que asisten al Centro Médico Especializado de Santo Toribio de Mogrovejo del distrito de Santiago – Ica. - Determinar si la edad de los infantes es un factor que predispone para la aparición de caries sin exposición pulpar. Verificar la frecuencia de las piezas dentales por cuadrantes en temporales y definitivas, que son más afectadas por la caries sin exposición pulpar</p>	<p>Tipo de investigación: Exploratoria y Explicativa. El investigador observará la muestra en estudio para describirla, aportando nuevos conocimientos sobre el tema.</p> <p>Nivel de investigación: Básica. Se efectuará sobre un tema poco estudiado, por lo que sus resultados constituyen una visión inicial aproximada, es decir, un nivel superficial de conocimiento. Se encarga de buscar el porqué de los hechos mediante el establecimiento de relaciones causa-efecto.</p> <p>Diseño de investigación: Experimental Se realizará la observación de las características de la muestra en estudio en una única ocasión.</p>

<p>¿Será la observación y práctica de la técnica restaurativa la solución en sus primeras etapas a la enfermedad caries?</p>	<p>Ica, en el período; Junio a diciembre del 2022.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Una dieta baja en hidratos de carbono depurados, como son los dulces. además del conocimiento y practica de las técnicas de cepillado tiempo y frecuencia, la utilización de hilo dental ayudarían a prevenir esta enfermedad. <p>La observación y práctica de la técnica restaurativa es una solución en sus primeras etapas a la enfermedad caries</p>		<p>registrada en las historias clínicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar si el sexo de los niños es un factor predisponente para la aparición de caries sin exposición pulpar <p>Determinar el tratamiento preventivo que se da en el Centro Médico Especializado Santo Toribio de Mogrovejo a la caries sin exposición pulpar.</p>	
--	---	--	--	--

