

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
UNAN - LEON**



**TESIS PARA OPTAR AL TITULO
DE
CIRUJANO DENTISTA**

**CAPACIDAD MEDIA DE SALUD DE LOS PRIMEROS MOLARES
PERMANENTES A LA EDAD DE 12 AÑOS EN ESCOLARES DE LA
ESCUELA "ALBERTO CABRALES", CHINANDEGA MARZO DEL
AÑO 2000.**

**AUTORES: Ana Elizabeth Ambota Mayorga.
José Francisco Berrios Quezada.
Walkiria Valeska Espinoza Rojas.**

**TUTOR: Dr. Jorge Cerrato.
Departamento de Odontología
Preventiva y Social
Facultad de Odontología
UNAN - LEON**

LEON, MAYO 2000

w
43
A494c
2000

172.781
C.2

INDICE



PAGINAS

I.	INTRODUCCION	1
II.	OBJETIVOS	3
III.	MARCO TEORICO	4
IV.	MATERIAL Y METODO	14
V.	RESULTADOS	19
VI.	DISCUSION DE RESULTADOS	24
VII.	CONCLUSIONES	26
VIII.	RECOMENDACIONES	27
IX.	BIBLIOGRAFIA	28
X.	ANEXO	29

AGRADECIMIENTO

Al Doctor Jorge Cerrato, nuestro tutor, que con dedicación y paciencia supo guiarnos en todo el proceso de la investigación.

Agradecemos de forma muy especial, la colaboración brindada por parte de la Directora de la Escuela "Alberto Cabrales", que con buena disposición nos apoyo para obtener la información necesaria para iniciar la investigación.

Al equipo de profesores que laboran en la Escuela "Alberto Cabrales", que de alguna u otra forma nos brindaron su apoyo.

A todos y cada uno de los niños y niñas de la Escuela "Alberto Cabrales", de Chinandega, que con voluntad y entusiasmo, nos brindaron su apoyo, ya que sin ellos y ellas no hubiera sido posible la realización de la investigación.

INTRODUCCIÓN

En nuestro país a la salud bucal el Ministerio de Salud no le presta mucha importancia, a lo cual se le suma la falta de conocimiento sobre salud bucal de la población, debido a la poca educación que le dan los servicios de salud.

Actualmente los problemas de salud bucal siguen siendo la causa de morbimortalidad dental, debido a que los servicios odontológicos del Ministerio de Salud se concentran en la exodoncia, sin tomar en cuenta que la prevención de las enfermedades bucales es de suma importancia universal.

La pérdida de los dientes permanentes es una de los problemas más frecuentes en la vida humana debido a la falta de educación en salud y tratamientos odontológico preventivos.

De los dientes permanentes el primer molar es el que se pierde con mayor frecuencia a temprana edad, esto debido a la susceptibilidad a la caries, a su anatomía y por ser los primeros en erupcionar, por ende tener mayor tiempo de exposición al ataque de la caries dental.

La pérdida de esta pieza es un gran problema en niños; ya que puede impedir que se establezca una oclusión ideal, y causar problemas en el desarrollo de la cara y correcta posición de la Articulación Témpero - Mandibular.

De lo anterior expuesto, el presente estudio trata de determinar ¿Cuál es la capacidad media de salud de los primeros molares a la edad de 12 años en escolares de la escuela "Alberto Cabrales", Chinandega, Marzo del año 2000?

Para dicho estudio se utilizó el índice de Clune con el fin de medir la capacidad media de salud de los primeros molares permanentes en escolares de 12 años de edad en la ciudad de Chinandega.

En estudios realizados en León en 1994 sobre el estado de salud de los primeros molares permanentes se encontró que el sexo femenino era el más afectado con 67.07% de caries dental y el sexo masculino con 65.13%, las edades más afectadas fueron los 10 y 12 años de edad.

Otro estudio realizado en Managua en 1994 se encontró que el sexo masculino es el más afectado en su primer molar permanente en un 70%, en cambio el femenino fue de 63.80%. Siendo la prevalencia de caries dental de 4% a la edad de 12 años.

Con el presente estudio se pretende medir el estado de salud de las primeras molares permanentes a la edad de 12 años, debido a que a esta edad ya han erupcionado todas las piezas permanentes a excepción de los terceros molares.

Debido a lo antes expuesto se pretende determinar la intensidad de la agresión cariosa para recomendar medidas preventivas y así despertar el interés tanto del gremio odontológico como a padres de familia y sociedad en general acerca del cuidado de la salud bucal.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Identificar la capacidad media de salud de los primeros molares permanentes en escolares de 12 años de la escuela ALBERTO CABRALES de la Ciudad de Chinandega en el año 2000.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Determinar la prevalencia de caries dental de los primeros molares permanentes según sexo.
2. Identificar la capacidad media de salud de los primeros molares permanentes según sexo.
3. Determinar la capacidad media de salud de los primeros molares permanentes, según el tipo de molar.
4. Determinar cual es el primer molar permanente más afectado por caries dental según sexo.

MARCO TEORICO

CARIES DENTAL:

Es una enfermedad infecto – contagiosa que causa desmineralización y destrucción de los tejidos dentales.

EPIDEMIOLOGIA DE LA CARIES:

Se han realizado estudios en los que concuerdan que a los 6 años de edad se han experimentado destrucción dental en piezas permanentes, siguiendo un rápido aumento del 60 al 85% a los 8 años y a los 10 años respectivamente en 100 niños examinados. A los 12 años cuando está completa la dentición permanente a excepción de los terceros molares el 90% de niños examinados han tenido ataque carioso.

A los 12 años presentan los primeros molares permanentes destrucción dental, una explicación racional de esta situación parece ser el proceso de erupción dentario el cual se concentra en el período comprendido entre los 5 ½ y 13 años de edad. Esto implica que cada vez que erupciona un diente se expone sus cinco superficies dentarias a un ámbito cariogénico y va aumentando a medida que hay mala higiene bucal e ingesta de carbohidratos.

Se ha llegado a la conclusión por varios investigadores que la cara oclusal es la más afectada.

Los estudios han demostrado que el total de caries en los dientes permanentes es mayor en el sexo femenino que en el masculino, debido que las piezas dentales en la mujer hacen erupción antes que las del sexo opuesto.
(4)

ELEMENTOS QUE PARTICIPAN EN LA ETIOLOGIA DE LA CARIES DENTAL:

A) Dientes: 1. Características morfológicas.

2. Posición del diente.

1. Características morfológicas del diente: Tienen influencia en la iniciación de la caries dental, el único aspecto morfológico que puede predisponer al desarrollo de la caries es la presencia de fisuras oclusales profundas, angosta o de fositas bucales o linguales. Dicha fisuras tienden atrapar comidas, bacterias y residuos, lo que conlleva a una aparición rápida de la caries (6).
2. Posición del diente: los dientes en mal posición, que están mal alineados, fuera de lugar, volteado, o situado en una forma que no es normal pueden ser difíciles de limpiar y tienden a favorecer la acumulación de comida y de restos alimenticios, lo que le precede la aparición de la caries dental. (6)

B) Saliva: Su PH en condiciones normales es neutra o un poco alcalina y sus propiedades químicas influyen en el proceso cariogénico. La capacidad amortiguadora de la saliva tiene un efecto potencial sobre los ácidos en la cavidad bucal. (6)

Composición de la saliva: Orgánica e Inorgánica.

Dentro de los componentes orgánicos tenemos: el amoníaco y la urea siendo los más estudiados.

Componentes Inorgánicos: está constituido por el sodio, magnesio, potasio, carbohidrato, cloruro y fluoruro, siendo este el más importante.

La deficiencia de neutralización de la saliva va a depender de la concentración de azúcar, frecuencia de ingestión, del espesor de la placa, que asumen las cualidades de una membrana permeable. (5)

Viscosidad de la saliva: tiene alguna importancia para juzgar las diferencias en la actividad de la caries entre las distintas personas, la viscosidad se debe a la cantidad de mucina, algunos investigadores han informado que la alta frecuencia de caries se asocia con una saliva espesa y mucinosa. (5)

C) Dieta: El papel de la dieta y los factores nutricionales merecen una consideración especial debido a la diferencia en la frecuencia de caries que a menudo se observa en la diversas poblaciones que subsisten con distintas dietas.

La naturaleza física de la caries es un factor responsable en la diferencia de la caries entre el hombre primitivo y el hombre moderno.

Se ha demostrado que la masticación de la comida reduce en diferentes formas el número de microorganismos bucales cultivables. (6)

D) Microorganismos: La boca presenta una flora microbiana muy abundante con gran variedad de especies y formas.

La cavidad oral es la parte del cuerpo humano que está en contacto con el exterior y recibe productos químicos (alimento) y posee un líquido de composición compleja como la saliva, además de contener tejidos duros y blandos donde pueden alojarse microorganismos.

Es habitual encontrar streptococos (salivarius, mutans, mitis) difteroides y filamentosos.

La saliva no constituye un sitio de predilección para los microbios los que se encuentran en ella se han desprendido de la placa del surco y otros sitios.

Por lo tanto la saliva actúa como diluyente para remover organismos o para reinfectar otros sitios. (6)

E) Placa Dental: Es una masa blanda tenaz y adherente de colonias bacterianas que se coleccionan sobre las superficies de los dientes así como en la encía y otras superficies bucales, cuando no se practican métodos de higiene bucal adecuada.

Composición de la Placa: Está compuesta por bacterias que son sus componentes más importantes y por una matriz intercelular que consta en gran medida de hidratos de carbono, proteínas, componentes salivales, mucinas, células epiteliales descamadas y microorganismos. Un componente importante de la placa dental es la película adquirida que se forma justo antes o en forma concomitante con la colonización bacteriana. Esta película es una glucoproteína que puede servir de nutrientes para los microorganismos de la placa. (3)

Composición Microbiana de la Placa: Hay diferentes especies bacterianas, también algunos protozoarios, hongos y virus. En cualquier paciente puede encontrarse unas cuarenta especies distintas. Los streptococos y las bacterias filamentosas gram positivas parecen estar entre los microorganismos más predominantes de la placa que se encuentran en la superficie coronaria de los dientes. Al alcanzar el surco gingival y la superficie radicular, la composición bacteriana de la placa cambia, con predominio de forma filamentosa especialmente actinomyces. (3)

Placa y su relación con Fosas y Fisuras: Las fosetas y fisuras con frecuencia son de tal profundidad que la comida se estanca y hay descomposición bacteriana en la base. Además el esmalte que se encuentra hasta el fondo de la foseta puede ser muy delgado, de tal manera que con frecuencia la dentina se afecta en forma temprana.

Las lesiones cariosas no se desarrollan igual en todas las superficies dentales, sino que aparecen con frecuencia en aquellas zonas en que la placa tiende acumularse. (3)

Estadio de la formación de la placa dental:

1. Glucoproteínas salivales: Son adheridas sobre el esmalte dental y forman la película salival.
2. Colonización selectiva de la película por los microorganismos.
3. Crecimiento y maduración de la placa comprende multiplicación y crecimiento de más bacterias sobre las iniciantes. (3)

Mecanismos como se produce el proceso de descalcificación de los dientes producto de la interacción de los factores etiológicos de la caries dental.

Desde el punto de vista químico sobre la disolución del esmalte o dentina podrían comenzar en sus componentes inorgánicos a través del proceso de descalcificación ácida; en sus matrices orgánicas por medio de la proteolisis.

Actualmente se han encontrado que en la placa existen componentes con propiedades ácidas. La exposición de esmalte a bacterias acidógenas lleva a la desmineralización.

Mecanismo por medio de los cuales los hidratos de carbono de la dieta contribuyen en el proceso carioso.

1. Hidratos de carbonos ingerido son convertidos por las bacterias a polisacáridos.
2. Las bacterias de la placa usan los carbohidratos como fuente de energía.
3. Los hidratos de carbono pueden ser convertidos a polisacáridos de almacenamiento.
4. El hidrato de carbono de la dieta puede ser metabolizado en polisacárido de almacenamiento.

Bacterias y producción de ácidos: Los principales formadores de ácido son los streptococos que son también los más numerosos de la placa. Otros microorganismos como lactobacilos, enterococos, levaduras, stafilococos son acidógenos, además de formar ácidos son capaces de crecer y reproducirse en medio ácido.

Dientes Susceptibles: Una vez que existen ácidos en la interfase placa-esmalte estos desmineralizan a los dientes susceptibles. Algunas caras de los dientes son más susceptibles a las caries que otras, aún con respecto al mismo diente. La resistencia a la caries de un diente dado se relaciona más con la capacidad de la placa para acumularse sobre ese diente o esa cara. La posibilidad de acumulación de la placa esta relacionada con factores tales como: alineación de los dientes en el arco, proximidad a los conductos salivales, textura superficial, anatomía de las superficies. (3)

El efecto de los ácidos sobre el esmalte está gobernada por varios mecanismos de regulación:

- a. Capacidad Buffer de la placa.
- b. Concentración de calcio y fósforo en la placa.
- c. Capacidad buffer de la saliva que contribuye a la de la placa.
- d. Capacidad de la saliva para remover el substrato. (3)

TEORÍA ACIDÓGENA

W. A Miller publicó los resultados de sus estudios que empezaron en 1882 culminando en la siguiente hipótesis: La caries dental es un proceso químico - parasitario que consiste en dos etapas, la descalcificación del esmalte la cual da como resultado su total destrucción y la descalcificación de la dentina como una etapa preliminar seguida por la disolución de los residuos reblandecidos. El ácido que afecta a esta descalcificación primaria se deriva de la fermentación de los almidones y azúcares que se almacenan en los centros retentivos de los dientes. (6)

TEORÍA PROTEOLÍTICA

Gottlieb (1944), Diamond y Applebaum (1946), postularon que la caries esencialmente es un proceso proteolítico, los microorganismos invaden las vías orgánicas y las destruyen en su avance. Admitieron que la formación del ácido acompaña la proteolisis; entre menor cantidad de láminas estén afectadas mayor número de vainas de los bastones del esmalte están lesionados. (6)

FUNCION Y ANATOMIA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE

En la dentición permanente los primeros molares son los primeros en erupcionar en el reborde donde no existe dentición primaria, apareciendo a los seis años de vida. (1)

A los trece años la corona completa su calcificación y sus raíces se calcifican completamente a los nueve y diez años de edad. (5)

Los primeros molares permanentes superiores presentan cinco superficies:

1. Mesial
2. Distal
3. Palatino
4. Vestibular
5. Oclusal

Presentando también cuatro cúspides:

1. Mesiopalatina
2. Mesiovestibular
3. Distopalatina
4. Distovestibular

En los primeros molares permanentes inferiores, la calcificación de la corona es a los dos años y medio y tres años, erupcionando a los seis y siete años.

Presenta cinco superficies:

1. Mesial
2. Distal
3. Lingual
4. Vestibular
5. Oclusal

Presentando cinco cúspides:

1. Mesiovestibular
2. Distovestibular
3. Distal
4. Mesiolingual
5. Distolingual (7)

Funciones del primer molar permanente:

1. Ubicación correcta del resto de las piezas
2. Moler los alimentos
3. Estética

Los primeros molares permanentes constituyen la llamada llave de la oclusión ya que la regula y controla. (1)

Según la cronología de erupción de los últimos dientes por delante y detrás de estos molares permanentes constituyen el verdadero control eruptivo de estas piezas dentales. La ausencia o pérdida prematura de las primeras molares temporales, provoca el desplazamiento hacia mesial de la primera molar permanente lo que provoca el acortamiento del arco produciendo anomalías en la oclusión. (5)

PREVENCIÓN DE LA CARIES

El concepto de prevención en odontología es muy amplio e incluye la enseñanza y práctica de medidas tendientes a promover la salud bucal, aplicación de procedimientos preventivos específicos, como el uso de fluoruros y el control de placas. Hay métodos para producir una reducción sustancial en la caries dental teniendo en cuenta que el paciente puede ser educado en forma apropiada, dentro de estas tenemos:

1. Medidas químicas
2. Medidas nutricionales
3. Medidas mecánicas (1)

Dentro de las medidas químicas tenemos:

1. Las que alteran la superficie del diente
2. Sustancias que interfieren en la degradación de los carbohidratos mediante alteración enzimática.
3. Sustancias que interfieren en el crecimiento bacteriano y metabolismo.

Hay gran número de agentes bactericidas o bacteriostáticos que ayudan a la prevención o al menos interfieren con el crecimiento y metabolismo bacteriano, entre ellos tenemos: Urea y compuesto de amonio que se han usado como agentes anticariogénicos.

Medidas Nutricionales: La principal medida nutricional es la resistencia de ingesta de carbohidrato.

Medidas Mecánicas: Existen numerosas medidas de limpieza de los dientes, entre estas tenemos:

1. Profilaxis realizada por el dentista
2. Cepillado
3. Enjuague bucal
4. Uso del hilo dental
5. Incorporación de comidas detergentes (7)

MATERIAL Y METODO

Tipo de estudio: Descriptivo, de Corte Transversal.

Area de estudio:

El presente estudio se desarrolló en la "Escuela Alberto Cabrales" de la ciudad de Chinandega, la cual se encuentra ubicada a 129 kms al occidente de la capital.

La "Escuela Alberto Cabrales" es Autónoma y de carácter religioso, atiende niños con un nivel económico bajo.

La población de estudio, está constituido por todos los 75 niños y 50 niñas de 12 años de edad, total 125 matriculados en la "Escuela Alberto Cabrales" de Chinandega en el año académico 2000.

Recolección de los datos:

Previo a la recolección de los datos, se realizó una unificación de criterios entre los investigadores, a fin de estandarizar los criterios del índice a utilizar y tener criterios homogéneos a la hora de realizar el examen clínico y de esta manera evitar sesgos.

Posteriormente con una carta elaborada por el tutor, que nos servía como identificación se visitó a la directora del centro escolar "Alberto Cabrales" explicándole los objetivos del estudio y solicitándole su cooperación la cual fue muy positiva por parte de ella.

Luego reunimos a los niños y niñas de doce años de edad y también se les explicó los objetivos del estudio y se les solicitó su participación.

En un local facilitado por la dirección de la escuela, se fueron llamando los estudiantes de cinco en cinco y sentados en un pupitre e iluminados con luz natural se procedió a examinar a cada uno de los niños y niñas anotando los datos obtenidos en una ficha elaborada de previo para tal fin y que se observa en los anexos.

La forma en que se procedió en el examen clínico fue el siguiente:

Primero se examinó el primer molar #16, luego el #26, seguidamente el primer molar #36 y por último el #46, tomando como criterio para determinar el estado de salud de cada primer molar lo siguiente:

CARIADA:

1. Cuando existe evidencia de esmalte socavado y presencia de una lesión cariosa donde la punta del explorador penetra.
2. En casos de fosas y fisuras, cuando la punta del explorador penetre y se retenga, siempre y cuando existan dos condiciones:
 - a. Existencia de tejido cariado blando
 - b. Existencia de opacidad del esmalte
3. Cuando la punta del explorador se retenga en sentido cérvico-oclusal pasando a los lados del punto de contacto.
4. Se tomó como cariada aquella molar en la cual la punta del explorador penetró entre el diente y la restauración.

OBTURADA:

Se tomará el primer molar como obturada cuando presente una restauración definitiva con material de tipo permanente y que la punta de un explorador no penetre entre el tejido dentario y la restauración, aunque no presente puntos de contacto pero si está obturada y no hay filtración será tomada como obturada.

EXTRAIDA:

Aquella pieza dental que no esté presente en la cavidad oral después de su período normal de erupción y que el paciente relate como causa de la extracción caries dental.

EXTRACCION INDICADA:

Aquella piezas que presentan cavidades que ha juicio del examinador la lesión haya llegado a la cámara pulpar.

SANA:

Aquella pieza dental que no presenta superficies cariadas, ni restauraciones definitivas.

Con estos criterios se procedió a la aplicación del Índice de Clune.

El Índice de Clune: Es un índice simplificado en el cual se utilizan ciertos dientes (primeras molares permanentes) de la dentición total para conocer o medir el estado de salud de la dentición en su conjunto. El valor de cada individuo examinado es de 40 como máximo, lo cual es expresado en porcentaje con el máximo valor de 100% cuando los cuatro primeros molares estén sanos. Cuando el índice de salud no es el 100% se debe a que al menos una de los cuatros primeros molares permanentes presenta problemas de caries dental.

Al aplicar el índice de Clune se utilizan criterios con valores de 0 a 10:

- a. Pieza sana = 10
- b. Pieza extraída o con extracción indicada = 0
- c. Se resta 0.5 por cada superficie obturada.
- d. Se resta 1 por cada superficie cariada.

OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

VARIABLES	CONCEPTO	INDICADOR	VALORES
Capacidad media de salud de los primeros molares.	Promedio de salud que presentan los cuatro primeros molares permanentes.	Indice de Clune expresado en porcentaje.	Excelente = 100% Muy Bueno = 99 - 79% Bueno = 78 - 58% Malo = < 58%
Sexo	Es la condición anátomo - fisiológica que diferencia al macho de la hembra.	Condición de género anotado en su expediente escolar a través de porcentaje.	Porcentaje Masculino Porcentaje Femenino
Primer Molar permanente más afectada.	Es la nomenclatura que en la anatomía dental se le da a cada uno de los primeros molares permanentes. Es aquella molar que tiene o que tuvo caries.	En porcentaje de dientes afectados a través del examen clínico oral, utilizando el Indice de Clune.	% pieza 16 % pieza 26 % pieza 36 % pieza 46
Estado en que se encuentra la pieza dental.	Condición de salud en que encuentran las piezas dentales.	A través del porcentaje.	En porcentaje de: Sana Extraída Obturada Cariada

Nota: Los valores que le daremos son los siguientes:

- Pieza sana = 10
- Pieza extraída o con extracción indicada = 0
- Se resta 0.5 por cada superficie obturada
- Se resta 1 por cada superficie cariada

INSTRUMENTAL Y MATERIAL:

1. Espejos Dentales
2. Exploradores
3. Pinzas
4. Cazo
5. Algodón
6. Solución antiséptica (Benzal)
7. Nasobuco
8. Guantes
9. Ficha de recolección de datos

Una vez recolectado los datos, se procedió a elaborar una base de datos para posteriormente realizar los cruces de variables, según lo indicaban los objetivos de la investigación y seguidamente hacer el análisis de los resultados.

RESULTADOS

CUADRO No 1

PREVALENCIA DE CARIES DENTAL, EN LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES SEGÚN SEXO DE LOS ESCOLARES EXAMINADOS EN LA ESCUELA ALBERTO CABRALES DE LA CIUDAD DE CHINANDEGA EN MARZO DEL AÑO 2000.

MOLARES EXAMINADOS SEXO	SANAS		CARIADAS		OBTURADAS		PERDIDAS		C.P.O.D
	No	%	No	%	No	%	No	%	
MASCULINO	31	10.3	265	88.3	0	0	4	1.4	3.58
FEMENINO	13	6.5	179	89.5	5	2.5	3	1.5	3.74
TOTAL	44	8.8	444	88.8	5	1	7	1.4	3.66

FUENTE: PRIMARIA

CUADRO No 2

**INDICE DE CLUNE DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE
EXAMINADO EN LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA
ALBERTO CABRALES SEGÚN SEXO EN MARZO DEL
AÑO 2000.**

INDICE DE CLUNE	EXAMINADOS	VALOR DEL INDICE EN PORCENTAJE
SEXO		
MASCULINO	75	82
FEMENINO	50	81.42
TOTAL	125	81.71

FUENTE: PRIMARIA

CUADRO No 3

CAPACIDAD MEDIA DE SALUD DE CADA UNO DE LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES EN ESTUDIANTES DEL SEXO FEMENINO EXAMINADAS EN LA ESCUELA ALBERTO CABRALES EN MARZO DEL AÑO 2000.

INDICE DE CLUNE PIEZA DENTAL	EXAMINADAS	VALOR DEL INDICE EN PORCENTAJE
16	50	81.90
26	50	83.40
36	50	80.50
46	50	79.90

FUENTE: PRIMARIA

CUADRO No 4

CAPACIDAD MEDIA DE SALUD DE CADA UNO DE LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES EN ESTUDIANTES DEL SEXO MASCULINO EXAMINADOS EN LA ESCUELA ALBERTO CABRALES EN MARZO DEL AÑO 2000.

INDICE DE CLUNE	EXAMINADOS	VALOR DEL INDICE EN PORCENTAJE
16	75	83.08
26	75	86.13
36	75	81.06
46	75	82.00

FUENTE: PRIMARIA

CUADRO No 5

RANGO DE UBICACIÓN DE LA CAPACIDAD MEDIA DE SALUD DE LAS PIEZAS DENTALES A LOS ESTUDIANTES EXAMINADOS EN LA ESCUELA ALBERTO CABRALES SEGÚN SEXO.

SEXO	EXAMINADOS	100%	99 - 79%	78 - 58%	< 58%
MASCULINO	75	0	61 81.30%	13 17.30%	1 1.30%
FEMENINO	50	0	41 82%	7 14%	2 4%
TOTAL	125	0	102 81.60%	20 16%	3 2.40%

FUENTE: PRIMARIA

CLAVE: 100% = Excelente
 99 - 79% = Muy Bueno
 78 - 58% = Bueno
 < 58% = Malo

DISCUSION DE LOS RESULTADOS

La caries dental es la enfermedad de más alta prevalencia en lo que a salud oral se refiere, constituyendo una de las causas principales de morbimortalidad de las piezas dentales afectando más del 95% de la población mundial y empieza tan pronto hacen erupción las piezas dentales en la cavidad oral, este estudio refleja que de los 125 niños/as examinados/as, se encontraron 444 primeras molares cariadas en ambos sexo, en estos casos hay que tomar en cuenta la susceptibilidad, a su morfología y su temprana erupción.

Al relacionar el total de piezas dentales cariadas con sexo, se observó una similar prevalencia, a pesar que se examinaron más piezas dentales del sexo masculino que del femenino, por lo que afirmamos que se presentó mayor prevalencia de caries en el sexo femenino.

Los resultados antes descritos coinciden con estudios realizados en León en los años 1994 y 1997; pero se diferencian de estudios realizados en Managua donde el sexo predominante fue el masculino presentando mayor número de caries.

Podemos afirmar que los estudios realizados en León en los diferentes años siguen predominando el sexo femenino, lo que coincide con la literatura consultada que confirma que el sexo femenino presenta a una misma edad más piezas cariadas que el sexo masculino.

De acuerdo al número de piezas dentales se observó que los primeros molares (16, 26, 36 y 46) tenían mayor porcentaje de caries en el sexo femenino en relación con el sexo masculino.

Además se puede observar que a pesar del alto porcentaje de primeros molares cariados, en el sexo masculino, el porcentaje de molares obturados es 0 y en el sexo femenino es apenas de un 2.5%. Aquí hay que tomar en consideración la situación socioeconómica de estos niños y niñas, así como el nivel de conocimiento sobre salud bucal que puedan tener sus padres.



De igual forma se observa que debido al alto porcentaje de molares cariados el 1.4% y 1.5 % de primeros molares perdidos en niños y niñas respectivamente, puede incrementarse significativamente, si estos escolares no reciben tratamiento de operatoria dental lo más pronto posible.

Al aplicar el Índice de Clune a los estudiantes encontramos que la capacidad media de salud de las piezas dentales se presentó en el sexo femenino con un 81.42% para 50 niñas examinadas y en cuanto al sexo masculino reflejó un 82% en 75 niños examinados.

Para ambos sexo se observó una similitud de porcentajes de capacidad media de salud en las piezas dentales de acuerdo al número de piezas dentales.

Al hacer la comparación de la capacidad media de salud según cada primer molar, se aprecia que los primeros molares inferiores tanto en el sexo masculino como en el femenino son las que presentan la menor capacidad media de salud, lo cual coincide con la literatura consultada y otros estudios, pues en este caso intervienen factores que favorecen este problema, como son que estos molares son más grandes y presentan mayor cantidad de fosas y fisuras.

Así mismo se puede observar que los primeros molares de las niñas, presentan menor capacidad media de salud que de los niños, lo cual también coincide con estudios epidemiológicos que afirman que a una misma edad, en varones y mujeres estas últimas, tienen mayor tendencia a presentar mayor ataque de caries dental, por cuanto desarrollan más precozmente que los varones y por ende sus dientes erupcionan más tempranamente, estando mayor tiempo expuestas al ataque de la caries dental.

Al ubicar los rangos de capacidad media de salud de los primeros molares, de acuerdo al sexo, se puede apreciar que el sexo masculino y femenino no presentó ningún porcentaje de excelente y que el sexo masculino y femenino presentaron similares porcentajes en los rangos de muy bueno, pero que en los rangos de bueno y malo fue mayor en el sexo masculino, ubicándose en ambos sexo el mayor porcentaje en el rango de muy bueno.

CONCLUSIONES

1. La prevalencia de caries en los primeros molares es alta (3.62).
2. El primer molar inferior derecho es el más afectado por caries dental seguido del primer molar inferior izquierdo en ambos sexo.
3. La capacidad media de salud de los primeros molares casi no tuvo diferencia entre varones y mujeres con 82% y 81.42% respectivamente.
4. En orden decreciente, la capacidad media de salud de los primeros molares fue:

Primer molar superior izquierdo

Primer molar superior derecho

Primer molar inferior derecho

Primer molar inferior izquierdo

RECOMENDACIONES

- 1. Que el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación y Deporte brinden a los niños de la "Escuela Alberto Cabrales", un Programa Educativo en Salud Bucal.**
- 2. Que a los maestros y padres de familias de los niños y niñas de este escuela, se les eduque en salud bucal; a fin de que estos inculquen en los niños y niñas hábitos de Higiene Bucal.**
- 3. Que la dirección de la escuela en coordinación con el Ministerio de Salud, elabore un proyecto que de Atención Integral en Salud Bucal a algún Organismo no Gubernamental, que permita que estos niños y niñas gocen de un mejor nivel de salud.**

BIBLIOGRAFÍA

1. Barranco, Julio M. Operatoria Dental. Editorial Médica Panamericana S.D. Buenos Aires, Argentina. 1988.
2. Canales, Pineda, Alvarado. Metodología de la Investigación. Manual para el Desarrollo del personal de Salud. 2da Edición. Organización Panamericana de la Salud, Edición Oficina Sanitaria Panamericana.
3. Katz y McDonald / Stookey. Odontología Preventiva en Acción. 3ra edición. Médica Panamericana 1986.
4. McDonald Ralph, Avery David. Odontología Pediátrica y del Adolescente. Editorial Médica Panamericana. Quinta Edición.
5. Monografía, María Auxiliadora Quezada, Juan Manuel, año 1997. Facultad de Odontología, UNAN – León.
6. Shaffer, William. Patología Bucal. 4ta edición. Ed, editorial Panamericana, S.A México, D.F 1990.
7. Wheeler, Anatomía Dental, Fisiológica y Oclusión 7ma edición. Impreso en México.

ANEXO

FICHA RECOLECTORA DE DATOS DE LA CAPACIDAD MEDIA DE SALUD DE LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES EN NIÑOS Y NIÑAS DE 12 AÑOS DE LA ESCUELA ALBERTO CABRALES.

CASO #:

NOMBRE:

SEXO:

FECHA:



ESTADO / NUMERO DE PIEZAS	OBTURADO	PERDIDO	CARIADO	EXTRACCION INDICADA	VALOR
16					
26					
36					
46					
TOTAL					

VALOR DEL INDICE DE CLUNE: _____ %