

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA  
COORDINACION GENERAL DE  
PROCESOS DE GRADUACION



TRABAJO DE GRADUACION PARA OBTENER EL  
TITULO DE DOCTOR EN CIRUGIA DENTAL

DIAGNOSTICO DE LA CONDICION DE SALUD BUCAL DE LA POBLACION  
QUE ASISTE A LAS CLINICAS ODONTOLOGICAS DE: HOSPITAL MILITAR  
CENTRAL, CRUZ ROJA SALVADOREÑA, CLINICA ASISTENCIAL CORAZON  
DE MARIA Y UNIDAD DE SALUD DE PANCHIMALCO EN EL AÑO 2009.

AUTORES:

FLORENCE MARIA LOPEZ FLAMENCO  
HELLEN AURORA HUEZO RAMIREZ  
JUDITH PRISCILA MELGAR ORTIZ  
MARINA JULIETA SALAMANCA ESCOBAR

DOCENTE DIRECTORA:

DRA. LISSET MARGARITA LOPEZ SERRANO

CIUDAD UNIVERSITARIA, 28 MAYO DEL 2010

## **AUTORIDADES**

RECTOR

MSc. RUFINO ANTONIO QUEZADA SANCHEZ

VICE-RECTOR ACADEMICO

ARQ. MIGUEL ANGEL PEREZ RAMOS

VICE-RECTOR ADMINISTRATIVO

Mae. OSCAR NOE NAVARRETE

DECANO

DR. MANUEL DE JESUS JOYA ABREGO

VICE-DECANO

DR. JOSE SAUL RAMIREZ PAREDES

SECRETARIA

DRA. ANA GLORIA HERNANDEZ DE GONZALEZ

DIRECTORA DE EDUCACION ODONTOLOGICA

DRA. AIDA LEONOR MARINERO DE TURCIOS

COORDINADORA DE PROCESOS DE GRADUACION

DRA. RUTH FERNANDEZ DE QUEZADA

## **JURADOS**

DRA. FLORENCE JUANA MARÍA CUADRA ZELAYA  
DRA. MARÍA EUGENIA RIVAS DE AGUIRRE  
DRA. LISSETH MARGARITA LOPEZ SERRANO

## **AGRADECIMIENTOS**

Al concluir nuestros estudios universitarios, y al mismo tiempo la realización del presente trabajo agradecemos profundamente a todas aquellas personas que de alguna y otra forma nos han brindado todo su apoyo y ayuda en la culminación de esta meta.

En primer lugar agradecemos a Dios por darnos la sabiduría, el entendimiento y la fortaleza por haber concluido satisfactoriamente nuestro trabajo de graduación, por haber sido la guía durante todo este proceso que nos ha llevado a la culminación de nuestra carrera.

También deseamos expresar nuestro profundo aprecio a nuestras familias por su apoyo, consejos y ayuda, siendo ellas un pilar importante para el término de toda nuestra carrera; a su vez a nuestros amigos, por su apoyo y palabras de ánimo para sobrellevar momentos de gran esfuerzo.

Agradecemos de una manera especial a nuestra asesora Dra. Lisset López por colaborarnos con su tiempo, disposición y conocimientos, guiándonos en cada paso de la investigación, aportando así valiosas observaciones y correcciones que se han procurado resolver en la medida de lo posible.

De una manera especial queremos agradecerle a las instituciones de salud por brindar el apoyo y habernos permitido realizar la investigación dentro de sus instalaciones.

Finalmente queremos agradecer a todas las personas que de alguna manera ayudaron en la finalización de este trabajo de tesis y que no mencionamos, gracias a todos.

## ÍNDICE GENERAL

1. Resumen	9
2. Introducción	10
3. Objetivos	12
4. Marco teórico	13
5. Materiales y métodos	34
6. Resultados	41
7. Discusión	122
8. Conclusiones	133
9. Recomendaciones	138
10. Referencias Bibliográficas	143
11. Anexos	148

## ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

TITULO		Pagina
OBJETIVO a)		
Tabla y Gráfico 1	Rango de Edad por Sexo Hospital Militar Central	41
Tabla y Gráfico 2	Rango de Edad por Sexo Cruz Roja Salvadoreña	42
Tabla y Gráfico 3	Rango de Edad por Sexo Clínica Asistencial Corazón de María	43
Tabla y Gráfico 4	Rango de Edad por Sexo Unidad de Salud Panchimalco	44
Tabla y Gráfico 5	Embarazadas. Unidad de Salud Panchimalco	45
Tabla y Gráfico 6	Ingresos económicos Hospital Militar Central	46
Tabla y Gráfico 7	Ingresos económicos Cruz Roja Salvadoreña	47
Tabla y Gráfico 8	Ingresos económicos Clínica Asistencial Corazón de María	48
Tabla y Gráfico 9	Ingresos económicos Unidad de Salud Panchimalco	49
Tabla y Gráfico 10	Su ingreso equivale a. Hospital Militar Central	50
Tabla y Gráfico 11	Su ingreso equivale a. Cruz Roja Salvadoreña	51
Tabla y Gráfico 12	Su ingreso equivale a. Clínica Asistencial Corazón de María	52
Tabla y Gráfico 13	Su ingreso equivale a. Unidad de Salud Panchimalco	53
Tabla y Gráfico 14	Escolaridad. Hospital Militar Central.	54
Tabla y Gráfico 15	Escolaridad. Cruz Roja Salvadoreña	55
Tabla y Gráfico 16	Escolaridad. Clínica Asistencial Corazón de María	56
Tabla y Gráfico 17	Escolaridad. Unidad de Salud Panchimalco	57
Tabla y Gráfico 18	Nivel educativo. Hospital Militar Central.	58
Tabla y Gráfico 19	Nivel educativo. Cruz Roja Salvadoreña	59
Tabla y Gráfico 20	Nivel educativo. Clínica Asistencial Corazón de María	60
Tabla y Gráfico 21	Nivel educativo. Unidad de Salud Panchimalco	61
Tabla 22	Municipio de Residencia. Hospital Militar Central	62
Tabla 23	Municipio de Residencia. Cruz Roja Salvadoreña	63
Tabla 24	Municipio de Residencia. Clínica Asistencial Corazón de María	64
Tabla 25	Municipio de Residencia. Unidad de Salud Panchimalco	65
Tabla 26	Departamento y municipio de los primeros 7 años de vida. Hospital Militar Central	66
Tabla 27	Departamento y municipio de los primeros 7 años de vida. Cruz Roja Salvadoreña	67
Tabla 28	Departamento y municipio de los primeros 7 años de vida. Clínica Asistencial Corazón de María	68
Tabla 29	Departamento y municipio de los primeros 7 años de vida. Unidad de Salud Panchimalco	69
OBJETIVO b)		
Tabla 30	Motivo de consulta. Hospital Militar Central.	70
Tabla 31	Motivo de consulta. Cruz Roja Salvadoreña	70
Tabla 32	Motivo de consulta. Clínica Asistencial Corazón de María	71
Tabla 33	Motivo de consulta. Unidad de Salud Panchimalco	71

Tabla 34 y Gráfico 22	Clasificación de Motivo de Consulta. Hospital Militar Central	72
Tabla 35 y Gráfico 23	Clasificación de Motivo de Consulta. Cruz Roja Salvadoreña	73
Tabla 36 y Gráfico 24	Clasificación de Motivo de Consulta. Clínica Asistencial Corazón de María	74
Tabla 37 y Gráfico 25	Clasificación de Motivo de Consulta. Unidad de Salud Panchimalco	75
OBJETIVO c)		
Tabla 38 y Gráfico 26	Tiene lesión Osteomucofibrosa. Hospital Militar Central.	76
Tabla 39 y Gráfico 27	Tiene lesión Osteomucofibrosa. Cruz Roja Salvadoreña	77
Tabla 40 y Gráfico 28	Tiene lesión Osteomucofibrosa. Clínica Asistencial Corazón de María	78
Tabla 41 y Gráfico 29	Tiene lesión Osteomucofibrosa. Unidad de Salud Panchimalco	79
Tabla 42 y Gráfico 30	Tipo de Lesión Osteomucofibrosa. Hospital Militar Central	80
Tabla 43 y Gráfico 31	Tipo de Lesión Osteomucofibrosa. Cruz Roja Salvadoreña	81
Tabla 44 y Gráfico 32	Tipo de Lesión Osteomucofibrosa. Clínica Asistencial Corazón de María	82
Tabla 45 y Gráfico 33	Tipo de Lesión Osteomucofibrosa. Unidad de Salud Panchimalco	83
Tabla 46	Ubicación de tipo de lesión. Hospital Militar Central	84
Tabla 47	Ubicación de tipo de lesión. Cruz Roja Salvadoreña	85
Tabla 48	Ubicación de tipo de lesión. Clínica Asistencial Corazón de María	86
Tabla 49	Ubicación de tipo de lesión. Unidad de Salud Panchimalco	87
OBJETIVO d)		
Tabla 50 y Gráfico 34	Índice de Placa Bacteriana. Hospital Militar Central	88
Tabla 51 y Gráfico 35	Índice de Placa Bacteriana. Cruz Roja Salvadoreña	89
Tabla 52 y Gráfico 36	Índice de Placa Bacteriana. Clínica Asistencial Corazón de María	90
Tabla 53 y Gráfico 37	Índice de Placa Bacteriana. Unidad de Salud Panchimalco	91
Tabla 54 y Gráfico 38	Nivel CPO/D. Hospital Militar Central	92
Tabla 55 y Gráfico 39	Nivel CPO/D. Cruz Roja Salvadoreña	93
Tabla 56 y Gráfico 40	Nivel CPO/D. Clínica Asistencial Corazón de María	94
Tabla 57 y Gráfico 41	Nivel CPO/D. Unidad de Salud Panchimalco	95
Tabla 58 y Gráfico 42	Nivel ceo/d. Hospital Militar Central	96
Tabla 59 y Gráfico 43	Nivel ceo/d. Cruz Roja Salvadoreña	97
Tabla 60 y Gráfico 44	Nivel ceo/d. Clínica Asistencial Corazón de María	98
Tabla 61 y Gráfico 45	Nivel ceo/d. Unidad de Salud Panchimalco	99
Tabla 62 y Gráfico 46	Nivel CPOD/ceod. Hospital Militar Central	100
Tabla 63 y Gráfico 47	Nivel CPOD/ceod. Cruz Roja Salvadoreña	101
Tabla 64 y Gráfico 48	Nivel CPOD/ceod. Clínica Asistencial Corazón de María	102
Tabla 65 y Gráfico 49	Nivel CPOD/ceod. Unidad de Salud Panchimalco	103
Tabla 66 y Gráfico 50	Índice Gingival Loe Silness. Hospital Militar Central	104
Tabla 67 y Gráfico 51	Índice Gingival Loe Silness. Cruz Roja Salvadoreña	105
Tabla 68 y Gráfico 52	Índice Gingival Loe Silness. Clínica Asistencial Corazón de María.	106
Tabla 69 y Gráfico 53	Índice Gingival Loe Silness. Unidad de Salud Panchimalco	107
Tabla 70 y Gráfico 54	Índice Periodontal Comunitario (CPI) de OMS. Hospital Militar Central	108
Tabla 71 y Gráfico 55	Índice Periodontal Comunitario (CPI) de OMS. Cruz Roja Salvadoreña	109

Tabla 72 y Gráfico 56	Índice Periodontal Comunitario (CPI) de OMS. Clínica Asistencial Corazón de María	110
Tabla 73 y Gráfico 57	Índice Periodontal Comunitario (CPI) de OMS. Unidad de Salud Panchimalco	111
OBJETIVO e)		
Tabla 74 y Gráfico 58	Índice de Estética Dental. (DAI). Hospital Militar Central	112
Tabla 75 y Gráfico 59	Índice de Estética Dental. (DAI). Cruz Roja Salvadoreña	113
Tabla 76 y Gráfico 60	Índice de Estética Dental. (DAI). Clínica Asistencial Corazón de María	114
Tabla 77 y Gráfico 61	Índice de Estética Dental. (DAI). Unidad de Salud Panchimalco	115
Tabla 78 y Gráfico 62	Mal oclusión dental en niños de 3 a menor de 12 años con dentición temporaria. Hospital Militar Central	116
Tabla 79 y Gráfico 63	Mal oclusión dental en niños de 3 a menor de 12 años con dentición temporaria. Cruz Roja Salvadoreña	117
Tabla 80 y Gráfico 64	Mal oclusión dental en niños de 3 a menor de 12 años con dentición temporaria. Clínica Asistencial Corazón de María	118
Tabla 81 y Gráfico 65	Mal oclusión dental en niños de 3 a menor de 12 años con dentición temporaria. Unidad de Salud Panchimalco	119
OBJETIVO f)		
Tabla 82	Tabla de Consolidado	120
Tabla 83	Total del Nivel CPOD/ceod	121

## RESUMEN

El presente estudio busca realizar el diagnóstico de salud bucal como paciente colectividad de la población que asiste a las clínicas odontológicas y unidad de salud de: Hospital Militar Central, Cruz Roja Salvadoreña, Clínica Asistencial Corazón de María y Unidad de Salud de Panchimalco; así como determinar las variables socioeconómicas de la población, identificar el motivo de consulta del paciente, detectar la existencia de problemas en cara, cuello y osteomucofibrosas, determinar los índices dentoperiodontales; así como también las oclusopatías de la población con todo ello se pudo establecer el problema principal estomatológico de la colectividad.

Esta investigación es de tipo descriptiva, la cual fue realizada en el año 2009, utilizándose los instrumentos de cédula de entrevista y guía de observación como método de recolección de datos en el período de septiembre a noviembre de dicho año.

De las clínicas antes mencionadas se toma una muestra de 333 pacientes entre hombre y mujeres cuyas edades oscilan de 0 a 61 a más, dividiéndose éstas por diferentes rangos. Teniendo como resultados principales, que el género femenino fue el más predominante. Y el rango de edad donde se ubica la mayoría de la población es de 20 a 40 años.

El motivo de consulta principal fueron los problemas dentales. Dando como conclusión que el problema principal encontrado en la población estudiada es el de caries dental el cual representa el 91.21%, mostrando así un nivel alto de índice CPOD/ceod en la población.

## **INTRODUCCION**

La presente investigación pretendió determinar la condición de salud bucal actual que presenta la población del Hospital Militar Central, Cruz Roja Salvadoreña, Clínica Asistencial Corazón de María, Unidad de Salud de Panchimalco durante el año 2009.

En el país las investigaciones que se presentan hasta el momento dan datos poco confiables en lo que a salud bucal se refiere, ya que gran parte de la población se deja sin estudiar y los resultados obtenidos no concuerda con lo observado en la realidad; además que se desconoce las razones por las cuales los pacientes consultan en las diferentes clínicas o unidades de salud. (1)

La investigación logró plantear de forma integral, información respecto al rango de edades, género, escolaridad, nivel económico, domicilio y lugar de origen, de las personas que recurren a los servicios de salud, de las instituciones antes señaladas; así como también, los índices socio-buco epidemiológicos que la población en estudio presenta, lo que permitió establecer cuáles son las enfermedades bucales más prevalentes del paciente-colectividad.

El presente estudio se realizó en dos fases:

En la primera fase del trabajo se presentan los objetivos tanto generales como específicos, la justificación de la investigación en la cual se explica el por qué y para qué se realiza ésta, así como también se presenta el marco teórico de las variables e indicadores a investigar, los alcances y las limitaciones presentadas en el desarrollo del trabajo. Por otro lado se describen las unidades de análisis, es decir a las personas que se les pasaron los instrumentos, de los cuales se obtuvo la información, para conocer el estado de salud del sistema

estomatognático. Hay que recalcar que toda esta parte de la investigación se especifica en los anexos.

En la segunda fase de la investigación se realizó la tabulación y análisis de datos de la población en estudio. Expresando los resultados tanto en frecuencia de pacientes, como en porcentaje; graficándolos de acuerdo al porcentaje obtenido para cada clínica y unidad de salud estudiadas. También se incluyó la discusión grupal de los resultados de toda la población, la que dio paso a las conclusiones de acuerdo a los objetivos planteados en la primera fase. Con todo ello, se identificó el problema principal de la población como lo fue en el presente estudio, la caries dental, con un alto porcentaje en todas las clínicas y unidades de salud estudiadas. Permitiendo esto, plantear algunas recomendaciones para la mejora de la atención de salud bucal en las clínicas odontológicas, unidad de salud en estudio y Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en general; así como para las futuras investigaciones de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador.

## OBJETIVOS

### GENERAL

- ❖ Realizar el diagnóstico de salud bucal como paciente colectividad de la población que asiste a las clínicas odontológicas del: Hospital Militar Central, La Cruz Roja Salvadoreña, Clínica Asistencial Corazón de María y Unidad de Salud de Panchimalco.

### ESPECIFICOS

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

## **MARCO TEORICO**

La condición de salud bucal de una población puede medirse bajo diferentes parámetros, para efectos de esta investigación se tomaron en cuenta las siguientes variables:

- Variables socioeconómicas
- Motivo de consulta
- Lesiones de cara, cuello y osteomucofibrosas.
- Índice de afecciones dentoperiodontales
- Maloclusión: Índice DAI (de OMS)
- Problema estomatológico principal de la comunidad.

### **Variables socioeconómicas:**

El Salvador tiene una población de 5.744.113 millones de habitantes, en su escaso territorio de 20.742 kilómetros cuadrados, dentro de los cuales el 62,7% de la población es urbana y el 37,2% vive en zonas rurales. La mayor concentración de población, se presenta en la capital, San Salvador, con 1.567.156 personas, le siguen los departamentos de La Libertad con 660.652; Santa Ana, en el oeste del país, con 523.655 y San Miguel, en el este, con 238.217. Del total de población, el 52,7% son mujeres y el 47,3% son hombres.(2)

Estratificada por grupos de edades, presenta las siguientes cifras:

0-14 años: 36.1% (masculino 1,281,889/femenino 1,228,478)

15-64 años: 58.7% (masculino 1,942,674/femenino 2,134,154)

65 años y más: 5.2% (masculino 158,276/femenino 202,602) (2007 est.)(3)

Dentro de la población existe un grado de analfabetismo que cubre a 682,738 salvadoreños de 15 años en adelante, según datos de 2007 del Ministerio de Educación (MINED) y el más reciente Censo de Población. Son dos de cada 10 personas en el rango de 25 a 59 años. (4)

Por otra parte, el deterioro del nivel salarial continúa, a pesar de que en el discurso oficial sobre la dolarización se indica que éste fenómeno se controlaría. De acuerdo con la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples de la DIGESTYC, en el año 2000 el salario promedio mensual nominal de un hombre era de \$261.4 y para una mujer de \$206.83, cuatro años después, en 2004 el salario nominal para un hombre había decrecido a \$255.12 y el de la mujer a \$206.75. Al tomar en cuenta el efecto inflacionario, el salario de los hombres se ha reducido en 13.6% y para las mujeres en 11.5%. (5)

Actualmente existe una crisis mundial que afecta enormemente y la población salvadoreña se ha visto afectada, reflejándose esto en una alta tasa de desempleo, un aumento de la canasta básica y ausencia de medicamentos en el sector salud. Todo ello se traduce en cientos de miles de personas que viven en condiciones de pobreza y extrema pobreza.

El problema fundamental de la salud en El Salvador - y en otros países - radica en no reconocer que la erradicación de la enfermedad y, por lo tanto, la salud como un estado generalizado de bienestar y satisfacción; sólo son posibles si, además de acciones médicas especializadas e individualizadas, se presta atención rigurosa a la salud pública y a aquellos factores básicos que la ponen en crisis. (6)

Una vez se reconozca que el problema de salud bucal es parte importante de la salud pública y bienestar integral de la población, hasta entonces se podrá ver un avance significativo en lo que a la problemática de salud bucal se refiere.

**Motivo de consulta:**

El motivo de consulta es la razón principal por la cual el paciente acude a la consulta dental o médica, ya sea ésta una emergencia o un control.

Existen distintos motivos por los cuales el paciente asiste a la consulta dental, dentro de los cuales se puede mencionar problemas dentales, problemas periodontales y presencia de patologías osteomucofibrosas.

Normalmente el paciente asiste hasta que hay presencia de un padecimiento bucal, ya avanzado y éste necesita de un tratamiento extenso y poco conservador. Dentro de los motivos de consulta dentales se presenta la caries dental, la cual ya encontrándose en etapa avanzada, tanto en niños como adultos; se tiene que recurrir a realizar un tratamiento de tipo endodóntico, el que presenta un costo mucho más alto y a la vez es un tratamiento más prolongado y al no poder costear dicho tratamiento, optan por la extracción de las piezas, creándose así otro tipo de problemas bucales.

Otro motivo de consulta, lo constituyen los problemas de tipo periodontal, en el cual el paciente se presenta para realizarse limpiezas, cuando siente que hay movilidad de piezas dentales (a este nivel, ya es un problema periodontal avanzado), cuando existe una halitosis fuerte o un sangrado de encías evidente.

Y por último, está el motivo de consulta por lesiones osteomucofibrosas, ya sean tumoraciones o lesiones eritoplásicas o leucoplásicas; el paciente consulta para indagar sobre qué son y cuál es su cura, además se pueden presentar pacientes con complicaciones post exodoncia o cirugía, debido a problemas de cicatrización en el alvéolo y que ya manifiestan dolor y/o algún tipo de molestias en la zona.

## **Lesiones osteomucofibrosas**

- *Lesión eritroplásica*

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la Eritroplasia como una lesión roja, que clínica y patológicamente no se puede reconocer como otra condición. En 1994 la definición cambió, siendo el término Eritroplasia una forma análoga al de Leucoplasia, pero destacando a las lesiones de la cavidad bucal que presentan zonas rojas y que no puede ser caracterizada como ninguna otra lesión definible.(7)

Su etiología ha sido poco estudiada, aunque se reconoce que existen factores predisponentes como el alcohol y el tabaco, que pueden llegar a favorecer su aparición.

Clínicamente, puede presentar un patrón homogéneo: zonas rojas aterciopeladas, de bordes bien definidos y un aspecto no homogéneo en donde se observan dos patrones: zonas rojas con zonas blancas y aspecto granular o moteado. Las localizaciones más frecuentemente afectadas son: paladar blando, piso de boca, zona retromolar y labios, sobretodo en pacientes fumadores. Tiene un tamaño aproximado de 1,5 cm. de diámetro y en ocasiones se ha encontrado asociada a otras patologías como Liquen Plano, Leucoplasia, entre otras. El grado de malignización es muy elevado comparado con cualquier otra lesión de la mucosa bucal. La frecuencia relativa de las Eritroplasia en general fue de 8 casos ( 0,07%) con respecto a la población general estudiada (11. 250 casos en E.E. U.U), lo cual nos indica lo infrecuente de esta entidad en la población, coincidiendo con datos de la literatura mundial donde reportan que la prevalencia oscila entre 0,02% y un 0,83%, en 1975 se realizó un estudio donde se revisó un total de 64.345 biopsias y se encontraron 58 casos de Eritroplasia, lo que representa un 0,09%; en 1995 se encontraron 6 nuevos casos diagnosticados por cada

millón de personas, lo que corresponde a 1500 casos diagnosticados cada año en Estados Unidos (7)

La apariencia de la lesión es roja y debe diferenciarse de otras lesiones que afectan la mucosa bucal como la candidiasis eritematosa, estomatitis sub protésica, etc. Esta lesión puede encontrarse en diferentes zonas de la cavidad bucal y entre los tratamientos que se pueden aplicar están la extirpación quirúrgica, láser y crioterapia.

- *Lesión leucoplásica*

La leucoplasia es una enfermedad crónica de las membranas mucosas de la boca, que puede aparecer también en otras partes del cuerpo y está caracterizada por la aparición de placas superficiales de color blanco sucio que pueden variar al gris y que son producidas por una hiperplasia o hiperqueratosis de la mucosa.(8)

La leucoplasia se localiza con más frecuencia en la cavidad bucal, aún cuando puede aparecer en la pelvis renal, tráquea, vejiga, cuello del útero, vagina y ano.

En la lengua hace asiento de preferencia en la mitad anterior y en las papilas laterales del dorso, en la parte media, o bien en los casos muy avanzados la superficie superior es atacada en su totalidad.

Con caracteres más atenuados se presenta en la cara interna de las mejillas a nivel de la interlínea articular. En los labios aparece en forma de islotes irregulares de placas córneas, secas, blancas y a veces pediculadas o en forma de una placa delgada que a veces rebasa el borde libre. En el paladar asienta sobre la mitad anterior de la bóveda y raras veces se localiza en el velo del paladar.

- *Tumoraciones*

Un tumor es simplemente un abultamiento de tejido que no necesariamente implica un proceso neoplásico.

Aunque los tumores solo constituyen una pequeña minoría de las entidades patológicas que el odontólogo encuentra, son de gran importancia por que poseen una potente capacidad de posible malignidad que pone en peligro la salud y longevidad del paciente.

- *Exostosis*

Es un crecimiento anormal de hueso, es una protuberancia ósea. Entre las exostosis se mencionan:

Torus palatino: Protuberancia o excrecencia ósea de lento crecimiento, de base plana; se presenta en la línea media del paladar duro. La mucosa que lo cubre está intacta, pero en ocasiones aparece pálida.

Torus mandibular: Es una exostosis o crecimiento exterior óseo que se encuentra en la superficie lingual de la mandíbula.

Exostosis múltiples: De los maxilares son algo menos comunes que los torus maxilares y mandibulares, y por lo regular se encuentran en la superficie bucal del maxilar superior por debajo del pliegue mucobucal en la región molar.

- *Falta de cicatrización en un alvéolo tras una extracción dental o post cirugía:*

Alvéolo seco: Es una osteomielitis focal en la que se ha desintegrado o perdido el coágulo sanguíneo, con producción de olor fétido y dolor intenso por no supuración. El trastorno deriva del hecho de que después que se pierde el coágulo el alvéolo tiene aspecto seco debido al hueso expuesto.

Se asocia con más frecuencia con extracciones difíciles o traumáticas y es más común después de la extirpación del tercer molar mandibular impactado.

Antes de realizar cualquier tipo de tratamiento y como el paciente se va a presentar con dolor intenso, se deberá tomar en cuenta el uso de algún anestésico local y se deberán retirar cuidadosamente las suturas del sitio de la extracción si es que las hay (9).

Se debe irrigar generosamente el alvéolo con abundante cantidad de solución salina y el exceso deberá ser succionado cuidadosamente fuera del sitio de la extracción. Se dará medicación al paciente y se mantendrá vigilado.

### **Índice de Placa Bacteriana Løe y Silness.**

La práctica de higiene oral es la piedra angular para la prevención y el control de las dos enfermedades orales más prevalentes: la caries y las enfermedades periodontales, iniciando éstas a través de la formación de la placa dentobacteriana.

Esta placa se desarrolla gracias a la fijación y multiplicación de las bacterias que producen ácidos y las sustancias tóxicas junto con los restos alimenticios. De acuerdo a su localización sobre la superficie dental, puede ser clasificada en placa supragingival y subgingival.

Una de las maneras para medir el grado de intensidad del acúmulo de placa bacteriana, es la evaluación de la cantidad de placa presente, a través del método desarrollado por Løe y Silness, que mide la cantidad de placa depositada sobre la superficie de todos los dientes presentes en la boca. Permite establecer grados de intensidad del acúmulo de placa, no necesita la aplicación de sustancias descubridoras y puede utilizarse en piezas dentarias seleccionadas representativas de toda la boca, tales como (1.6, 2.1, 2.4, 3.6, 4.1,y 4.4), en cuatro sitios por diente, mesial vestibular distal y palatino. Se

estima el promedio de las piezas seleccionadas para tal fin. Incluyendo las cuatro áreas del diente. Se dice que el paciente posee buen estado de salud bucal cuando el índice de Løe y Silness se mantiene en cero. (10)

Dentro de algunas investigaciones que han utilizado este índice se encuentra el Estudio Epidemiológico en niños preescolares de 5 años de edad de una comunidad urbana de riesgo social, en Buenos Aires, Argentina, realizado en el tiempo de diciembre 2004 a enero 2005. Presentando una población de 150 niños de 5 años de edad, a los que se les aplicó el índice de Loe y Silness, cuyo resultado fue de  $1.09 \pm 0.058$  (Condición leve). (11)

Una investigación realizada en la Universidad Autónoma de Nuevo León, México, sobre el Riesgo de Presencia de Placa Dentobacteriana asociado al control de higiene bucal en adolescentes, estudió 422 alumnos en el mes de abril del 2008, jóvenes entre 12 y 15 años, encontrándose un promedio de placa que oscila entre 1 a 2 (presencia moderada), el 50% de la población presenta 1.06 o menos lo que indica una presencia moderada a ligera. Del total el 80.8% de los alumnos presentaron placa ligera y un 19.2% placa abundante. Estimándose una prevalencia de placa dentobacteriana del 100%. (12)

### **Índice CPO/D – ceo/d**

La caries es la disolución progresiva del componente mineral del esmalte, dentina o cemento. Es esencialmente una enfermedad bacteriana pero tiene una etiología multifactorial (13).

Los índices más frecuentemente empleados para medir la caries dental son el CPO y el ceo (Klein, palmer y knutson, 1938) (14).

Índice CPO-D (unidad diente) resulta de la sumatoria de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados.

El diagnóstico de surco profundo no se considera en este índice. Respecto de su empleo, pueden hacerse algunas consideraciones especiales:

- Cuando el mismo diente está obturado y cariado, se considera el diagnóstico más severo (cariado);
- Se considera diente ausente el que no se encuentra en la boca después de tres años de su tiempo normal de erupción;
- El 3er. molar se considera ausente después de los 25 años, si no existe certeza de su extracción;
- La restauración por medio de corona se considera diente obturado;
- La presencia de raíz se considera como pieza cariada;
- La presencia de selladores no se cuantifica.

Este índice muestra problemas no resueltos, presentes y futuros, además de ser ampliamente utilizado en estudios epidemiológicos para estimar la magnitud de problemas de salud bucal.

El MSPAS, ha realizado investigaciones acerca de la caries dental y la fluorosis dental en niños de 10 años y adolescentes de 12 a 15 años de los centros escolares públicos de El Salvador, dando como resultado que la prevalencia de caries encontrada fue de un 61%, mientras que la prevalencia de fluorosis dental fue de un 5.2% en los escolares. (15)

Otra investigación que realizó fue respecto a la utilización de PRAT, en la que los antecedentes sobre la situación epidemiológica fueron: que la prevalencia de caries observada es de un 65% a los 12 años, CPO/D 1.3 (indicador de piezas dentales cariadas, perdidas y obturadas por caries) a la edad de 12 años (punto de cohorte OMS) considerado bajo y un ceo/d a la edad de los 6 años de 3.7, dando como conclusión que la tendencia de lesiones cariosas aumentan proporcionalmente a la edad. (15)

Una investigación realizada en la Universidad Autónoma de Nuevo León, México, en el año 2005, sobre el perfil epidemiológico de la caries dental y enfermedad periodontal, estudió a 1,800 personas del área urbana y rural desde las edades 5 hasta 74 años de edad, observando en la dentición temporal una prevalencia de caries de 76,7% y en la dentición permanente un 94,1% de personas >de 12 años presentan caries dental. Este estudio mostró un promedio nacional de CPO/D de 10.25. Con respecto a la prevalencia de caries dental en cuanto al sexo no hubo mayor diferencia, pero con respecto a la zona geográfica fue más afectada la población rural. (16)

El estudio epidemiológico de caries según el índice ceo/d y CPO/D en Chile, realizado a 432 personas preescolares y escolares entre las edades de 4 y 15 años de edad de ambos sexo, mostró que el 86.57% presentaba o tenía historia de caries dental, del cual el 51.87% correspondió al sexo masculino y el 48.13% al sexo femenino. En cuanto al índice ceo/d promedio fue de 4.04 y para el índice CPO/D promedio fue de 2.67. (17)

Otro estudio realizado en México sobre la caries dental: experiencia, prevalencia, gravedad y necesidad de tratamiento en escolares de 6 a 12 años de edad muestra que en la dentición temporal la prevalencia de caries es de 90.2% y en la dentición permanente la prevalencia de caries es de 82%. Con respecto al promedio del índice ceo/d fue de 4.68-3.21, dando un promedio en la dentición temporal 10.08-9.17 y en el índice CPO/D el promedio fue de 6.49-3.85 dando un promedio en la dentición permanente de 7.08-6.49. (18)

### **Índice Gingival Løe y Silness.**

Al valorar las características clínicas de la enfermedad gingival, es necesario realizar un examen metódico de la encía respecto a su color, tamaño o contorno, aspecto, consistencia y presencia o no de hemorragia.

Por tanto, todos aquellos indicadores clínicos que miden la presencia de placa dentobacteriana, cálculo dental y hemorragia al sondaje son válidos para determinar la presencia de enfermedad gingival.

El índice a utilizar en esta investigación será el índice de Løe y Silness. Este índice fue elaborado por Løe y Silness a comienzos de la década de 1960 y mide la salud de encía en las superficies mesial, distal, bucal y lingual de cada diente, a través de una escala de 0 a 3.

Los dientes elegidos para aplicar el índice gingival según Loe y Silness son los elegidos por Ramfjord: 1.6, 2.1, 2.4, 3.6, 4.1, y 4.4, y se aplican en cuatro sitios por diente: distal, vestibular, mesial, y palatino. Es decir que deben registrarse 24 mediciones para cada paciente. El promedio de las 24 mediciones constituye el índice gingival para toda la boca. Representando el cero como sano y el 3 como inflamación severa. (10)

Dentro de algunas investigaciones que han utilizado este índice se encuentra la realizada en Buenos Aires, Argentina sobre un Estudio Epidemiológico en niños preescolares de 5 años de edad de una comunidad urbana en riesgo social (150 niños), cuyo índice gingival fue de  $0.58 \pm 0.06$  (Condición buena). (11)

Otro estudio realizado en el municipio de Güines, Provincia de la Habana, en noviembre del 2003 hasta junio del 2004, sobre Enfermedad Periodontal e Higiene Bucal en escolares, examinó con el mismo índice a 294 niños en edades comprendidas entre 6 y 12 años, obteniendo como resultado que el 86.9% del total presentan índices gingivales leves, predominando la gingivitis leve en los escolares en las edades de 6, 7 y 8 años presentando los mayores porcentajes de gingivitis con 90%, 90% y 95.7% respectivamente. (19)

En un muestreo probabilístico, de selección aleatoria, publicado por la revista Digital de Salud, de la Universidad Autónoma de Manizales, Colombia, en el año 2005, con una muestra de 227 adolescentes entre 15 y 19, obtuvo un 84% de gingivitis leve. (20)

En Medellín Colombia, se examinaron 241 niños de cuatro guarderías, entre las edades de 1 a 5 años. El IG (índice gingival) reveló la presencia de una condición leve en la mayoría de los niños (entre 0.27 y 0.43). (21)

Un estudio descriptivo, de corte transversal, desarrollado en la Ciudad de Cali, Colombia, en dos instituciones educativas, publicado en el año 2007, reveló la presencia de un 56.7% de gingivitis grado 2 en las instituciones públicas, en relación a un 64% de gingivitis grado 1, encontrado en las instituciones privadas. La población estudiada, fue un total de 69 niños, entre 11 y 13 años.(22)

Un estudio realizado en 61 sujetos en la Facultad Dental de la Universidad de Oslo de Noruega, obtuvo como resultado un índice gingival de 2 (inflamación moderada con hemorragia leve al sondaje).

Según lo anterior, este índice brinda simplicidad para este tipo de estudios.

### **Índice periodontal comunitario CPI (de OMS)**

La enfermedad periodontal, se ha definido como una enfermedad infecciosa que produce inflamación de los tejidos de soporte de los dientes, pérdida de inserción progresiva y pérdida ósea.

Debido a que la enfermedad periodontal es muy compleja se utilizará el índice periodontal comunitario (CPI), que es el índice más utilizado para las encuestas epidemiológicas. Fue descrito por Ainamo y Cols. en 1982 y posteriormente adoptado por el FDI y la OMS. (18) Este índice es una escala numérica graduada para clasificar el estado periodontal de una persona o población con una cifra única, que considera tanto la prevalencia como la severidad de la condición. Está basado en la medición de la muestra de surcos periodontales y estados de tejido gingival.

Hay una sonda específicamente diseñada para este índice con una bolita de 0.5mm en su extremo y una banda oscura situada entre los 3.5 y 5.5 mm, que debe usarse con muy poca presión. Existe una variante clínica que además incluye marcas a los 8.5 y 11.5mm. (En el presente estudio no se utilizó)

Una investigación realizada en la Comunidad Valenciana en el 2006, sobre un Estudio Epidemiológico en la salud oral de adultos, tomó como objeto de estudio a los adultos situados en los rangos de edad de 35 a 44 años (733) y

65 a 74 años (531) siendo un total de 1263 personas. El porcentaje de sujetos sin ningún signo de enfermedad periodontal es del 13% para los adultos, y del 5.5% para los mayores, la prevalencia de cálculo es casi del 60% para los adultos. Cerca del 22% y del 26% de los adultos jóvenes y los adultos mayores respectivamente presentan bolsas periodontales aunque solo una minoría (4.6% y 4.3%) corresponde con fase avanzada de la enfermedad. (23)

Por otra parte el Instituto de Dentistas Alemanes (ID2), presentó los resultados de dos estudios transversales recientes y representativo, sobre la salud bucal de la población alemana (1989-1992). Ambos estudios epidemiológicos con una población de 4573 mostraron datos, entre otros sobre la prevalencia del CPI. Respecto al cual se obtuvo:

En el rango de :

35- 44 años:		45- 54 años	
Código	%	Código	%
0	4.9%	0	2.4%
1	11.2%	1	8.1%
2	24.6%	2	20.4%
3	42.7%	3	46.8%
4	16.6%	4	22.3%

Para ambos estratos de edades la mayoría de la población presentó cálculo supra y subgingival, así como bolsas periodontales de 4 a 5 mm. Debido al tipo de estudio realizado, mostró diferencias significativas entre las personas que viven en Alemania Occidental y Alemania Oriental.(24)

En un artículo publicado por el Institut Dents Hygiene 2, 2004, realizada por los Dres. SS El-Qaderi y D Quteish Ta'ani del Departamento de Salud Pública y

Medicina Familiar y Odontología Preventiva respectivamente, de la Universidad de Ciencias y Tecnología del Jordán, presentaron un estudio sobre la evaluación del conocimiento y condición periodontal de la población del Norte del Jordán, (722 adultos) entre las edades de 20 a 60 años. Los resultados sobre la condición periodontal fueron los siguientes:

Edades	Porcentajes por código				
	0	1	2	3	4
20-29	41.1%	19.5%	32.0%	4.5%	2.9%
30-39	32.9%	18.8%	39.5%	4.7%	4.1%
40-49	19.9%	17.1%	48.3%	16.2%	9.5%
50-60	11.1%	11.1%	48.1%	18.6%	11.1%

De acuerdo a esos datos puede observarse que la salud Periodontal va disminuyendo con la edad (0) y los mayores porcentajes se encuentran en el código 2, presentando cálculo supra o subgingival.(25)

### **Medición de Mal Oclusión.**

Índice de estética dental (DAI) de OMS, mal posición dentaria, discrepancia esquelética aceptada por la comunidad. La mala oclusión se refiere a cualquier grado de contacto irregular de los dientes del maxilar superior con los del maxilar inferior, lo que incluye sobre mordidas, submordidas y mordidas cruzadas e indica una desproporción entre el tamaño de los maxilares superiores e inferiores o entre el tamaño del maxilar y los dientes, provocando un apiñamiento de éstos o patrones de mordida anormales, asimismo los

dientes supernumerarios, malformados, incluidos o perdidos y los dientes que erupcionan en una dirección anormal pueden contribuir a la mala oclusión.

Este índice relaciona la apariencia estética de los dientes con posiciones oclusales determinadas, clasifica la gravedad de la mal oclusión y su necesidad de tratamiento. Se realiza en mayores de 12 años. (Solo con dentición permanente). Establece una lista de rasgos o condiciones oclusales en categorías, ordenadas en una escala de grados que permite observar la severidad de las maloclusiones, lo que hace esta condición reproducible se orienta en función de las necesidades con respecto al tratamiento ortodóntico en la población.

Este índice se ha presentado en estudios como Maloclusiones por el índice de estética dental (DAI) en la población menor de 19 años (de 11 a 14 años). En Cuba se realizó un estudio descriptivo con 176 personas, perteneciente al Policlínico Docente "Chiqui Gómez Lubián", atendidos en la Facultad de Estomatología del Instituto Superior de Ciencias Médicas de Santa Clara en el año 2002, con el propósito de mostrar el estado clínico de la oclusión dentaria mediante el índice de estética dental (DAI) y comparar sus resultados con el criterio del especialista; se observó el 13,6% de personas con maloclusiones muy severas o discapacitantes y el 69,3% con apiñamiento. Un 61.9% presenta oclusión normal o mal oclusión mínima. El índice de estética dental tiene una sensibilidad del 96%, con respecto a la necesidad de tratamiento prioritario, concluyendo que el índice es efectivo en la identificación de necesidades de tratamiento prioritario y conveniente al compararlo con el criterio del especialista (26).

En el Australian Dental Journal 1996-46<1, se publicó un artículo sobre el establecimiento de la severidad de los niveles de mal oclusión en la escala del Índice de estética dental, realizado en una población de 1306 con modelos de

estudio, representado las oclusiones encontradas y no tratadas en ½ millón de adolescentes de E.E.U.U. entre las edades de 12 a 17 años y evaluados por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud dicho país; los resultados obtenidos concluyen que el 45.6% tiene una oclusión normal o mal oclusión mínima sin necesidad de tratamiento seguido por un 25.2% de mal oclusión definida y tratamiento electivo. (27)

### ***Mal posición dental:***

La herencia juega un papel importante. Puede ocurrir que se herede el tamaño de dientes de un progenitor y el tamaño de los maxilares del otro progenitor, lo que aumenta la prevalencia de mal oclusiones.

Así sería el caso de la mayoría de las Clase II, en las que suele existir un patrón heredado de déficit mandibular de Clase III, en las que existe una clara tendencia familiar y racial, y en los problemas de excesos verticales que también tienen un importante componente hereditario.

Sin embargo, estas mal oclusiones esqueléticas heredadas, pueden ser más severas por la presencia de factores ambientales. La herencia influye, en el tamaño y forma dentaria, en el número de piezas e incluso en la cronología y patrón eruptivo.

### ***Clasificación topográfica:***

Distingue 3 tipos de mal oclusión según el plano del espacio en que esté localizada la mal oclusión.

1. Mal oclusión transversal: Desviaciones en los segmentos bucales (mordidas cruzadas).
2. Mal oclusión vertical: sobre mordidas y mordidas abiertas.
3. Mal oclusión sagital: relaciones antero-posteriores de ambas arcadas.

*Relación oclusal molar:*

Son los primeros molares los que Angle describió como los dientes claves de la oclusión dentaria, llamando a la relación que tiene el primer molar superior con el inferior “llave de la oclusión”.

Según Angle la Clase I se caracteriza por una relación anteroposterior normal de los primeros molares permanentes: la cúspide mesiovestibular del primer molar superior, está en el mismo plano que el surco vestibular del primer molar inferior. La situación de maloclusión consiste en malposiciones individuales de los dientes, relaciones verticales o transversales anómalas o desviación sagital de los incisivos.

La Clase II de Angle se presenta cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior permanente, ocluye por adelante del surco bucal de los primeros molares inferiores. Esta clasificación presenta dos subdivisiones:

- La Clase II división 1, se caracteriza por el aumento del resalte y la proinclinación de los incisivos superiores, en la cual la mordida probablemente sea profunda, el perfil retrognático y el resalte excesivo.
- En la Clase II división 2, el resalte está reducido y la corona de los incisivos superiores inclinada hacia lingual. Se caracteriza por profundidad anormal de la mordida, labioversión de los incisivos laterales superiores y función labial más normal.

La división 1 y la división 2 tienen un rasgo en común: el molar inferior está en distal de la posición que le correspondería ocupar para una normal interrelación oclusal.

La Clase III de Angle, es cuando la cúspide mesiovestibular ocluye por detrás del surco bucal del molar inferior.

Varias fueron las razones que le llevaron a proponer esta relación de los planos inclinados de los primeros molares como las llaves de la oclusión:

- Los primeros molares son los primeros dientes permanentes en hacer erupción.
- Son los dientes más voluminosos de la dentición.
- Llegan hasta su sitio de erupción sin estar protegidos por las raíces de otro molar caduco.
- Son guiados hasta su localización únicamente por las bases terminales de las arcadas temporales.

Angle eligió los molares superiores y no los inferiores como punto de referencia para valorar la situación del resto de los dientes, los molares maxilares están dentro del macizo facial, mientras que los molares inferiores quedan a merced de un hueso cuya dependencia con el cráneo se establece a través de la articulación cóndilo-fosa que pueden modificarse e inclinar a error. (28)

### **Índice de mal oclusión en edades de 3 años a menores de 12 años con dentición temporaria.**

Para la toma de este índice se toma en cuenta que en niños 3 a 5 años la relación de overjet borde a borde es normal, la relación molar norma es clase I de Angle, y es válido en niños con dentición permanente anterior.

Una investigación realizada en la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila en el año 1995, tuvo como población 400 niños, de ellos 215 varones y 185 hembras, en la edad de 5 años, de los cuales presentaron como resultados que: el 89,75 % de los niños presentaron alteraciones de las características normales de la dentición temporal. El plano terminal recto resultó ser la relación molar más frecuente y el espaciamiento incisivo se encontró en el 30 % en la arcada superior y en el 44,25 % en la inferior. (29)

Un estudio realizado en Madrid en 203 sujetos de edades comprendidas entre los 6 a 15 años se obtuvo como resultado que el 58.21% de los sujetos examinados presentaron maloclusiones que precisaban tratamiento ortodóncico. El 32.24% presentó una maloclusión definida y necesidad de tratamiento electivo. (30)

### **Problema Estomatológico Principal en la Comunidad.**

Se conocerá como problema estomatológico principal de la comunidad a aquella afección que se presente con más frecuencia en la comunidad, verificando el estado de salud de cada paciente y el motivo de consulta.

Dentro del Hospital Militar Central existen distintas causas por las cuales los pacientes acuden a la consulta dental; la mayoría asisten para realizarse obturaciones ya sean estas de amalgama o de resina y como segundo lugar asisten para realizarse limpiezas dentales. Dando así un panorama de que la caries y la placa dentobacteriana son los problemas principales que presenta dicha comunidad.

En la Clínica de Emergencia de la Cruz Roja Salvadoreña, el principal problema bucal por el cual consultan los pacientes, es por caries dental; en segundo lugar problemas pulpares, para la realización de pulpotomías, pulpectomías en niños y endodoncias en los adultos; en tercer lugar, frecuentan los pacientes con caries y destrucción extensas, por lo que necesitan exodoncias.

En la Clínica Asistencial Corazón de María, los pacientes recurren al consultorio odontológico para realizarse obturaciones, extracciones y detartrajes, de esta

manera se aprecia que la caries y las enfermedades periodontales, son las que más aquejan a dicha comunidad.

Para el caso de la Unidad de Salud de Panchimalco, el principal problema bucal es la caries dental, debido a que el tratamiento que mayormente se realiza son las obturaciones y exodoncias. En segundo lugar, son los problemas periodontales como la gingivitis y periodontitis.

Sin embargo, estos problemas estomatológicos principales planteados para cada establecimiento, podrán verificarse en el desarrollo de la presente investigación, mediante la obtención de los índices señalados con anterioridad y lo determinará aquel índice, cuyo resultado sea mayor para cada paciente y que más prevalencia tenga en la comunidad.

## MATERIALES Y METODOS

### 1. Tipo de investigación:

Descriptiva. Dado que se determinó la condición de salud bucal de toda la población en estudio y se describió al grupo por edades y otras características, así como la aplicación de diversos índices epidemiológicos.

### 2. Tiempo y lugar:

Esta investigación se llevó a cabo en el año 2009, el paso de instrumentos fue durante los meses de Septiembre a Noviembre del 2009 en clínicas odontológicas de: Hospital Militar Central, la Cruz Roja Salvadoreña, Clínica Asistencial Corazón de María, Unidad de Salud de Panchimalco.

### 3. Variables e indicadores:

Variables		Indicadores
a) Variables socioeconómicas	a1) Edad por rangos.	0-4 años 5-11 años 12-19 años 20-40 años 41-60 años 60- a más años
	a2) Género	M    F : Grávida.(embarazada) No grávida
	a3) Ingreso económico mensual	Sin Ingresos Menor o igual ( $\leq$ ) a \$100. De \$ 101 a $\leq$ \$ 150 De \$ 151 a $\leq$ \$ 200 De \$ 201 a $\leq$ \$ 25 De \$ 251 a $\leq$ \$ 300 más de \$ 300

	a4) Escolaridad (Alfabetizados, no Alfabetizados)	Sin escolaridad. Parvularia, 1er ciclo, 2do ciclo 3er ciclo, Bachillerato, Universitario, Superior no Universitario
	a5) Lugar de Residencia y Origen	Nombre del Municipio (Los primeros 7 años de vida). Nombre del Municipio de Residencia.
b) Motivo de consulta		Problemas mucofibrosos Problemas dentales Problemas periodontales Revisión/Control
c) Lesiones cara, cuello y osteomucofibrosas		Lesión Eritroplásica Lesión Leucoplásica Tumoración, Exostosis Ulceraciones Complicaciones post cirugía.
d) Índices de Afecciones Dentoperiodontales	d1) Índice de Placa Bacteriana Løe y Silness.	0 = Ausencia de Placa 1= Placa no visible, pero que se extrae del tercio gingival del diente con ayuda de una sonda. 2= Acumulación moderada de placa en el área gingival apreciable a simple vista. 3= Placa abundante en esta misma zona e incluso cubriendo el diente adyacente.
	d2) Índice de Caries CPO/ D y ceo/d.	Cariado, Perdido, Obturado. Cariado, indicado para extracción, obturado. Por unidad diente.
	d3) Índice Gingival Løe y Silness	0 = Encía Sana 1 = Inflamación leve S/ hemorragia 2= Inflamación moderada C/ hemorragia al sondaje 3= Inflamación severa C/ hemorragia espontánea.

	d4) Índice Periodontal Comunitario CPI (de OMS)	0 = Sano, ausencia de signos 1= Hemorragia al sondaje suave. 2 = Cálculo supra o subgingival 3 = Bolsa de 4 -5 mm. 4 = Bolsa igual o mayor de 6 mm.
e) Maloclusión.  Índice DAI (de OMS)		a) Número de dientes ausentes de premolar, canino e incisivos. b) Registro del espacio del sector anterior. (apiñamiento, separación diastemas, rotaciones). c) Registro de relación oclusal (overjet, overbite, mordida abierta, relación oclusal molar).
f) Problema Estomatológico Principal en la Comunidad.		Índice con resultado más alto en cada comunidad.

#### 4. Definición de términos básicos:

- ✓ Paciente-colectividad: grupo de personas, colectividad o sociedad total cuya salud estomatológica es responsabilidad de la estomatología.
- ✓ Variables socioeconómicas: se limitaron a la ubicación de las unidades de análisis en rangos de edad establecidos, género, ingreso económico mensual, escolaridad (alfabetizados y no alfabetizados), lugar de origen (se tomará durante el tiempo de vida de los primeros 7 años de vida) y residencia (el lugar de residencia actual).
- ✓ Motivo de consulta: lo que expresa el paciente, cuando acude a la consulta odontológica.
- ✓ Lesiones osteomucofibrosas: lo observado en tejidos duros y blandos, durante la exploración o examen clínico.

## 5. Población y muestra

La población total estudiada fue de 1536 (sumatoria de las poblaciones de los cuatro establecimientos de salud).

Entonces se tiene que  $N= 1536$

La fórmula estadística aplicada para la obtención de la muestra fue la siguiente:

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

Del tamaño de la muestra obtenida, se obtuvo la sub-muestra sobre la base de estratificar la población en rangos de edades. Se utilizó la siguiente fórmula:

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

El siguiente cuadro muestra los resultados obtenidos para cada establecimiento en estudio, respecto a la muestra y submuestra, por estrato y género:

Establecimiento	HOSPITAL MILITAR CENTRAL				CRUZ ROJA SALVADOREÑA				CLÍNICA CORAZÓN DE MARÍA				UNIDAD DE SALUD DE PANCHIMALCO			
	Nh		nh		Nh		nh		Nh		nh		Nh		nh	
Género	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
0 - 4 años	0	6	0	3	2	4	1	1	2	2	0	0	26	34	3	5
5 - 11 años	40	62	17	26	6	12	2	4	10	26	2	6	90	66	12	9
12 - 19 años	4	14	2	6	14	18	4	5	20	32	4	7	52	130	7	17
20-40 años	14	16	6	7	48	94	15	28	52	124	11	26	78	152	10	20
41-60 años	10	2	2	3	14	24	4	7	30	74	6	16	10	26	1	3
61- + años	4	6	2	2	10	22	3	7	22	12	5	3	6	14	1	2
Total	72	106	29	47	94	174	29	52	136	270	28	58	262	422	34	56
	<b>178</b>		<b>76</b>		<b>268</b>		<b>81</b>		<b>406</b>		<b>86</b>		<b>684</b>		<b>90</b>	

## 6. Recolección y análisis de los datos

Dentro de las técnicas que se utilizaron para la recolección de datos están la encuesta y la observación, debido a que la encuesta es el instrumento que se usa más frecuentemente para obtener información de una muestra de individuos y la observación nos permite estudiar a las personas, es decir ver la condición de salud bucal que presenten. (Ver Anexo 2)

### Descripción de Cédula de Entrevista

Consta de una primera página que incluye una portada con el nombre de la Universidad, Facultad y Área que realiza la encuesta (Coordinación General de Proceso de Graduación), el logo de la Universidad, el nombre del instrumento a utilizar para la recolección de datos, el número de código del instrumento, el objetivo que se pretende y las indicaciones previas para el/la entrevistado/a.

La segunda página contiene el nombre del instrumento, el número de expediente y consta de 8 preguntas que son: edad, género, nivel socio-económico, grado de alfabetismo, nivel de estudio, municipio de residencia y motivo de consulta. (Ver Anexo 3)

### Descripción de Guía de Observación

Consta de una primera página que incluye una portada con el nombre de la Universidad, Facultad y Área que realiza la guía de observación (Coordinación General de Proceso de Graduación), el logo de la Universidad, el nombre del instrumento a utilizar para la recolección de datos, el número de código del instrumento, el objetivo que se pretende y las indicaciones previas al paso de instrumento.

Posteriormente presenta en las siguientes páginas, el nombre del instrumento, el número de expediente del paciente y los índices a observar: lesiones en tejidos blandos, índice de placa bacteriana Løe y Silness, índice gingival de Løe y Silness, índice Periodontal Comunitario CPI (de OMS), índice de Estética Dental (DAI), índice de Caries CPOD/ceod, índice de mala oclusión y el resumen del problema Estomatológico Principal del/la paciente. (Para obtener el de la comunidad). (Ver Anexo 4)

#### Descripción de paso de instrumentos

En cada establecimiento de salud se procedió a realizar el paso de instrumentos a los/as pacientes, de acuerdo a la muestra previamente establecida, según los rangos de edades y géneros, seleccionando a los pacientes de forma aleatoria, explicando de forma breve en qué consiste el estudio y ratificando su decisión, a través de una firma, en la hoja de consentimiento informado. (Ver Anexos 5 y 6)

La Cédula de Entrevista se inició dando lectura a las indicaciones correspondientes, posterior a ello, se realizaron las preguntas del instrumento.

Luego de la cédula de entrevista, se completó la guía de observación por medio del examen clínico, para el cual se implementaron las medidas de bioseguridad correspondientes y se dió lectura a las indicaciones especificadas en el instrumento. Posteriormente se inició con el examen clínico extraoral ubicando lesiones de cara, cuello y osteomucofibrosas, continuando con la determinación de los índices de: placa bacteriana Løe y Silness. ( IP ), gingival de Løe y Silness. ( IG ), periodontal comunitario CPI (de OMS), de estética dental (DAI), de mal oclusión en edades de 3 a 12 años con dentición temporaria, de caries CPO/D – ceo/d. Obtenidos los datos, se finalizó el instrumento, completando la hoja de resumen del problema estomatológico principal del/la paciente.

El tiempo aproximado para el paso de ambos instrumentos fue de 30 a 40 minutos con el/la paciente presente.

Luego con la información completa, se procedió a sacar el total de cada índice a investigar, para obtener así un análisis global de la situación bucal del/la paciente y luego de la comunidad.

Epi Info versión 3.5 fue el programa que se utilizó para el vaciado y análisis de datos. Sin embargo también se utilizó Microsoft Access y Excel, debido a que la forma en que se presentaban los gráficos en Epi Info, no fueron del agrado para los involucrados con la dirección y evaluación de este estudio.

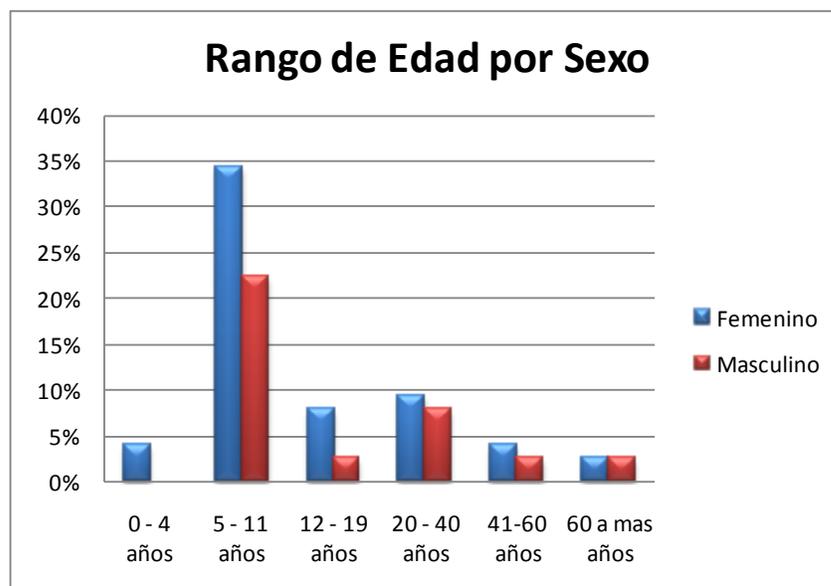
## RESULTADOS

### Resultados de la Cédula de Entrevista.

Tabla 1

Rango de edad por sexo						
Rango de edad	Femenino		Masculino		Total General	
0 - 4 años	3	4%		0%	3	4%
5 - 11 años	26	34%	17	22%	43	56%
12 - 19 años	6	8%	2	3%	8	11%
20 - 40 años	7	9%	6	8%	13	17%
41-60 años	3	4%	2	3%	5	7%
61 a más años	2	3%	2	3%	4	5%
<b>Total General</b>	<b>47</b>	<b>62%</b>	<b>29</b>	<b>38%</b>	<b>76</b>	<b>100%</b>

Gráfico 1

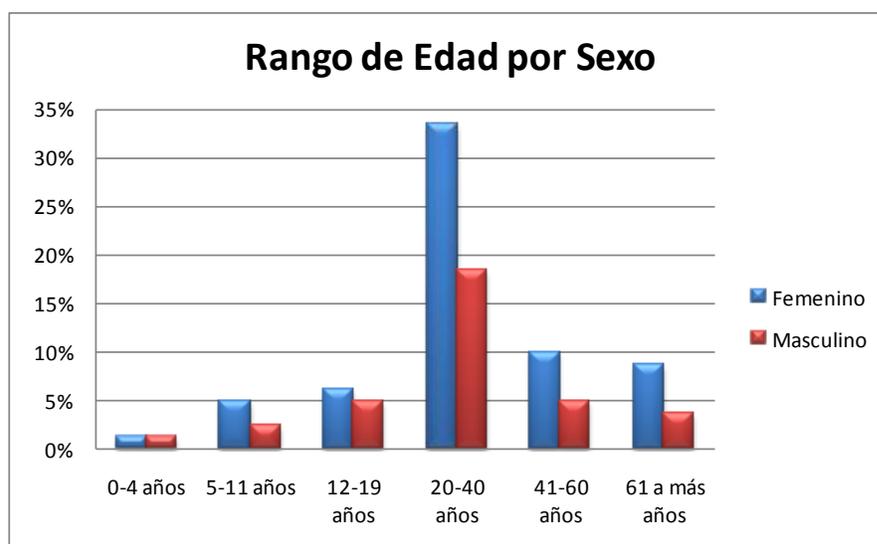


El presente gráfico muestra la población estudiada en el Hospital Militar Central según por edad y sexo. Mostrando un 62% que pertenece al sexo femenino y un 38% al sexo masculino, predominando en el rango de edad de 5 a 11 años.

Tabla 2

Rango de Edad por sexo						
Rango de Edad	Femenino		Masculino		Total General	
5-11 años	4	5%	2	2%	6	7%
12-19 años	5	6%	4	5%	9	11%
20-40 años	27	33%	15	19%	42	52%
41-60 años	8	10%	4	5%	12	15%
61 a más años	7	9%	3	4%	10	12%
Total General	52	64%	29	36%	81	100%

Gráfico 2

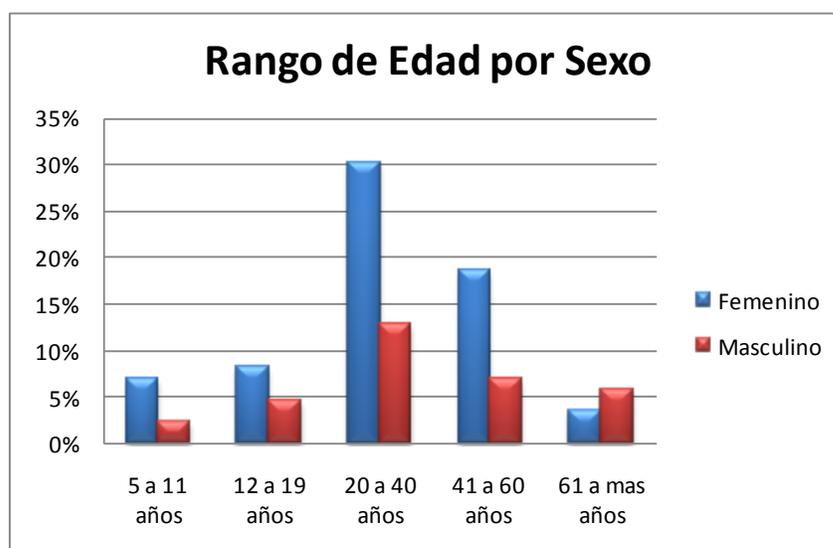


El presente gráfico muestra la población estudiada en Cruz Roja Salvadoreña según por edad y sexo. Mostrando un 64% que pertenece al sexo femenino y un 36% al sexo masculino, predominando en el rango de edad de 20 a 40 años.

Tabla 3

Rango de Edad por Sexo						
Rango de Edad	Femenino		Masculino		Total General	
0 a 4 años		0%		0%		0%
5 a 11 años	6	7%	2	2%	8	9%
12 a 19 años	7	8%	4	5%	11	13%
20 a 40 años	26	30%	11	13%	37	43%
41 a 60 años	16	19%	6	7%	22	26%
61 a más años	3	3%	5	6%	8	9%
<b>Total General</b>	<b>58</b>	<b>67%</b>	<b>28</b>	<b>33%</b>	<b>86</b>	<b>100%</b>

Gráfico 3

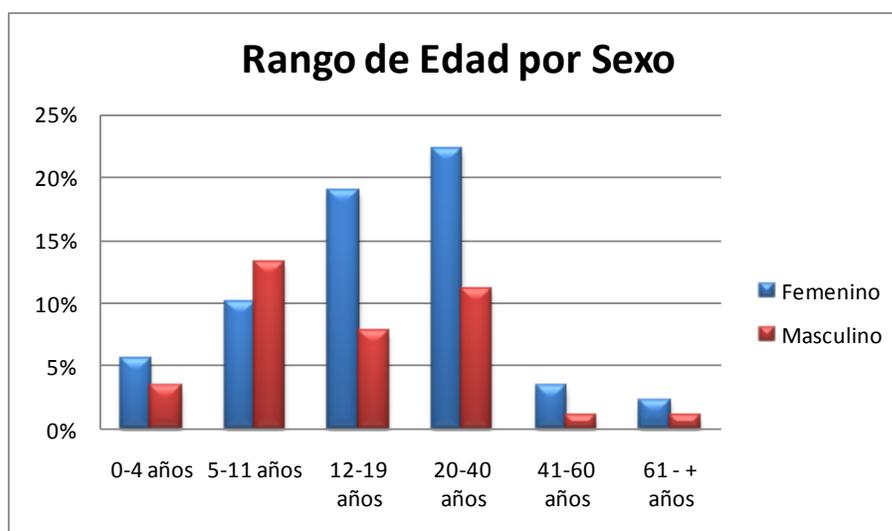


El presente gráfico muestra la población estudiada de la Clínica Asistencial Corazón de María según el rango de edad y sexo. Mostrando un 67% que pertenece al sexo femenino y un 33% al sexo masculino, predominando en el rango de edad de 20 a 40 años.

Tabla 4

Rango de edad por sexo					
Rango de edad	Femenino		Masculino		Total General
0-4 años	5	6%	3	3%	9%
5-11 años	9	10%	12	13%	23%
12-19 años	17	19%	7	8%	27%
20-40 años	20	22%	10	12%	34%
41-60 años	3	3%	1	1%	4%
61 a más años	2	2%	1	1%	3%
<b>Total General</b>	<b>56</b>	<b>62%</b>	<b>34</b>	<b>38%</b>	<b>100%</b>

Gráfico 4

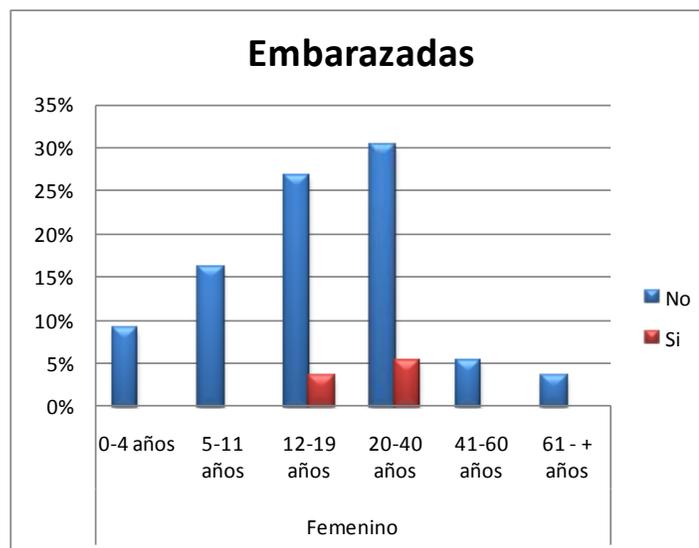


El presente gráfico representa a la población de la Unidad de Salud Panchimalco, donde se muestra el rango de edad por sexo. Mostrando un 62% que pertenece al sexo femenino y un 38% al sexo masculino, predominando en el sexo femenino el rango de edad de 20 a 40 años y en el masculino en el rango de 5 a 11 años de edad.

Tabla 5

Embarazada							
Sexo	Rango de edad	No		Sí		Total General	
Femenino	0-4 años	5	9%		0%	5	9%
	5-11 años	9	16%		0%	9	16%
	12-19 años	15	27%	2	4%	17	30%
	20-40 años	17	30%	3	5%	20	36%
	41-60 años	3	5%		0%	3	5%
	61 a más años	2	4%		0%	2	4%
Total femenino		51	91%	5	9%	56	100%

Gráfico 5



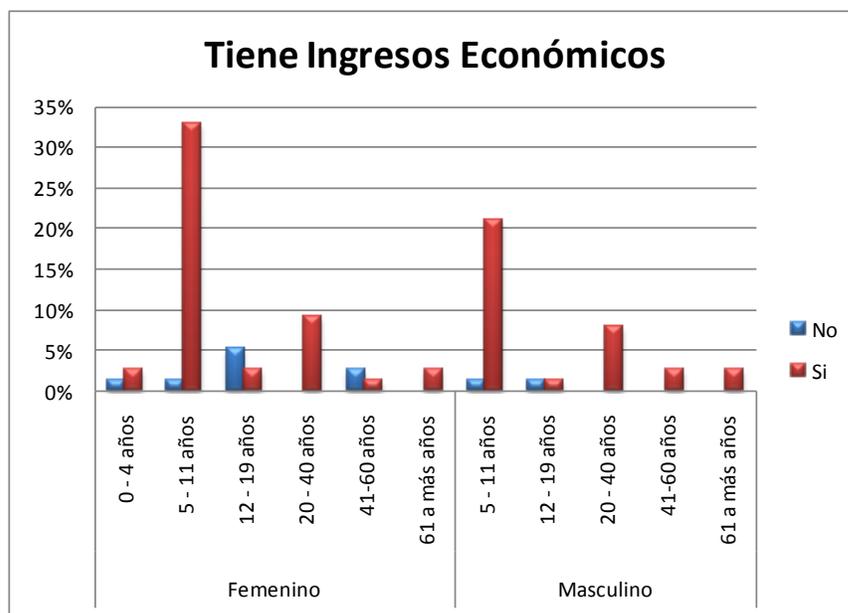
El presente gráfico muestra a la población femenina de la Unidad de Salud Panchimalco, representando a las pacientes en estado o no de embarazo, según su rango de edad. Mostrando así un 5% para la población que está embarazada en el rango de 20 a 40 años de edad, seguido de un 4% en el rango de 12 a 19 años.

Nota: Respecto al resto de clínicas estudiadas no se presentan gráficos debido a no contar con la presencia de mujeres en estado de gravidez,

Tabla 6

Ingresos Económicos							
Sexo	Rango de edad	No		Sí		Total General	
<b>Femenino</b>	0 - 4 años	1	1%	2	3%	3	4%
	5 - 11 años	1	1%	25	33%	26	34%
	12 - 19 años	4	5%	2	3%	6	8%
	20 - 40 años		0%	7	9%	7	9%
	41-60 años	2	3%	1	1%	3	4%
	61 a más años		0%	2	3%	2	3%
Total Femenino		8	11%	39	51%	47	62%
<b>Masculino</b>	5 - 11 años	1	1%	16	21%	17	22%
	12 - 19 años	1	1%	1	1%	2	3%
	20 - 40 años		0%	6	8%	6	8%
	41-60 años		0%	2	3%	2	3%
	61 a más años		0%	2	3%	2	3%
Total Masculino		2	3%	27	36%	29	38%
<b>Total General</b>		<b>10</b>	<b>13%</b>	<b>66</b>	<b>87%</b>	<b>76</b>	<b>100%</b>

Gráfico 6

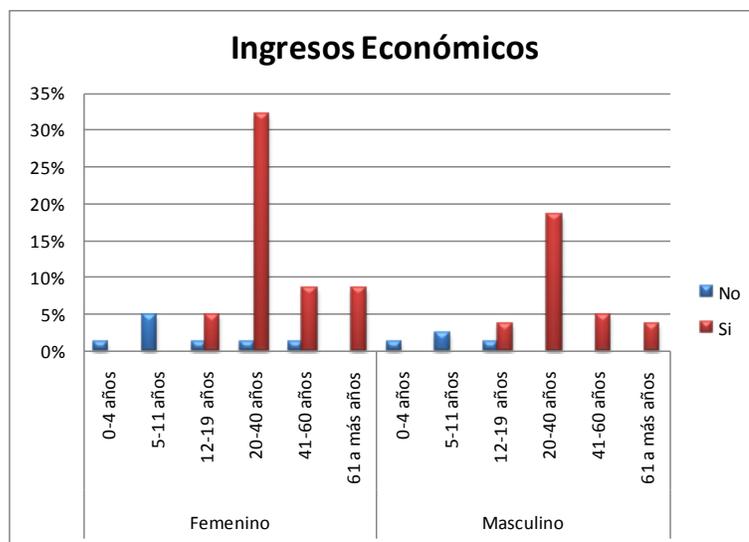


El presente gráfico muestra la población estudiada en el Hospital Militar Central donde se representa que el 87% posee ingresos y un 13% no posee ingresos económicos, de acuerdo al rango de edad y sexo.

Tabla 7

Ingresos Económicos							
Sexo	Rango de Edad	No		Sí		Total General	
<b>Femenino</b>	0-4 años	1	1%		0%	1	1%
	5-11 años	4	5%		0%	4	5%
	12-19 años	1	1%	4	5%	5	6%
	20-40 años	1	1%	26	32%	27	33%
	41-60 años	1	1%	7	9%	8	10%
	61 a más años		0%	7	9%	7	9%
Total Femenino		8	10%	44	54%	52	64%
<b>Masculino</b>	0-4 años	1	1%		0%	1	1%
	5-11 años	2	2%		0%	2	2%
	12-19 años	1	1%	3	4%	4	5%
	20-40 años		0%	15	19%	15	19%
	41-60 años		0%	4	5%	4	5%
	61 a más años		0%	3	4%	3	4%
Total masculino		4	5%	25	31%	29	36%
<b>Total General</b>		<b>12</b>	<b>15%</b>	<b>69</b>	<b>85%</b>	<b>81</b>	<b>100%</b>

Gráfico 7

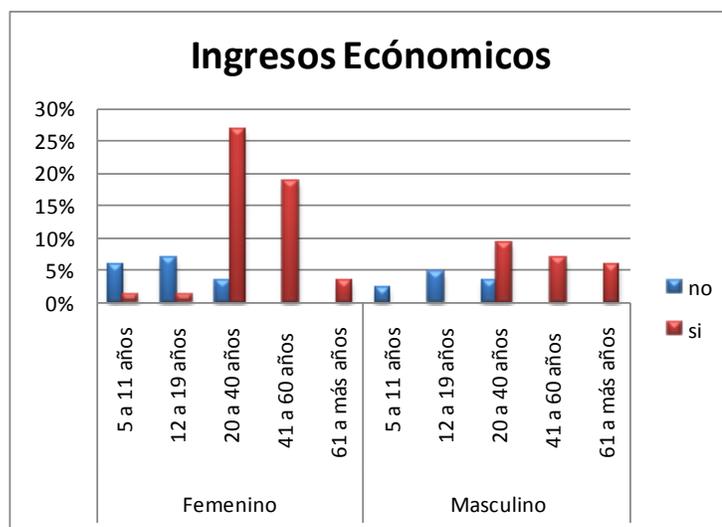


El presente gráfico muestra la población estudiada en Cruz Roja Salvadoreña donde se representa que el 85% posee ingresos y un 15% no posee ingresos económicos, de acuerdo al rango de edad y sexo.

Tabla 8

Ingresos Económicos							
Sexo	Rango de Edad	No		Sí		Total General	
Femenino	0 a 4 años		0%		0%		0%
	5 a 11 años	5	6%	1	1%	6	7%
	12 a 19 años	6	7%	1	1%	7	8%
	20 a 40 años	3	3%	23	27%	26	30%
	41 a 60 años		0%	16	19%	16	19%
	61 a más años		0%	3	3%	3	3%
Total Femenino		14	16%	44	51%	58	67%
Masculino	0 a 4 años		0%		0%		0%
	5 a 11 años	2	2%		0%	2	2%
	12 a 19 años	4	5%		0%	4	5%
	20 a 40 años	3	3%	8	9%	11	13%
	41 a 60 años		0%	6	7%	6	7%
	61 a más años		0%	5	6%	5	6%
Total Masculino		9	10%	19	22%	28	33%
<b>Total General</b>		<b>23</b>	<b>27%</b>	<b>63</b>	<b>73%</b>	<b>86</b>	<b>100%</b>

Gráfico 8

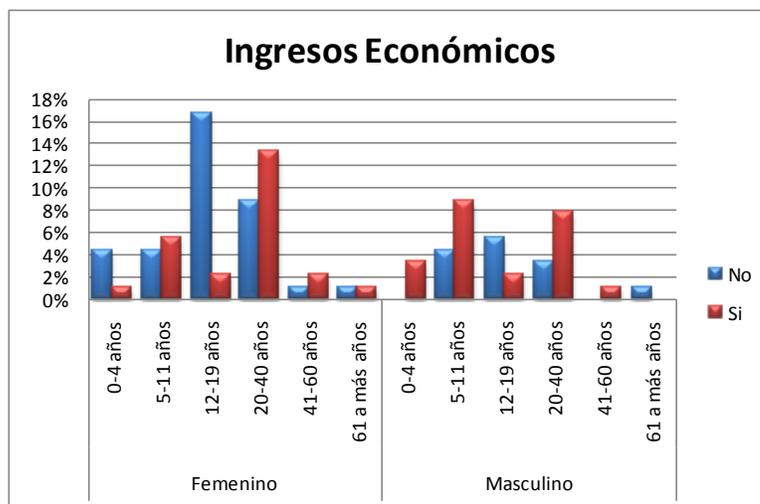


El presente gráfico muestra la población estudiada de la Clínica Asistencial Corazón de María donde se representa que el 73% posee ingresos y un 27% no posee ingresos económicos según rango de edad y sexo.

Tabla 9

Ingresos Económicos							
Sexo	Rango de edad	No		Sí		Total General	
<b>Femenino</b>	0-4 años	4	4%	1	1%	5	6%
	5-11 años	4	4%	5	6%	9	10%
	12-19 años	15	17%	2	2%	17	19%
	20-40 años	8	9%	12	13%	20	22%
	41-60 años	1	1%	2	2%	3	3%
	61 a más años	1	1%	1	1%	2	2%
Total femenino		33	37%	23	26%	56	62%
<b>Masculino</b>	0-4 años		0%	3	3%	3	3%
	5-11 años	4	4%	8	9%	12	13%
	12-19 años	5	6%	2	2%	7	8%
	20-40 años	3	3%	7	8%	10	11%
	41-60 años		0%	1	1%	1	1%
	61 a más años	1	1%		0%	1	1%
Total masculino		13	14%	21	23%	34	38%
<b>Total General</b>		<b>46</b>	<b>51%</b>	<b>44</b>	<b>49%</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>

Gráfico 9

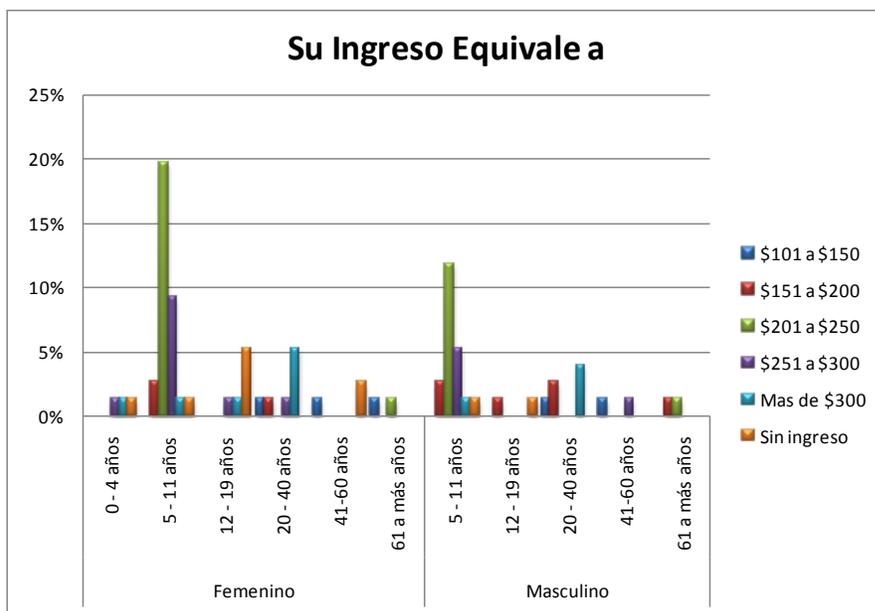


El presente gráfico presenta a la población de la Unidad de Salud Panchimalco, donde se representa que el 49% posee ingresos y un 51% no posee ingresos económicos, de acuerdo al rango de edad y sexo.

Tabla 10

Su ingreso equivale a															
Sexo	Rango de edad	\$101 a \$150	\$151 a \$200	\$201 a \$250	\$251 a \$300	Más de \$300	Sin ingreso					Total General			
<b>Femenino</b>	0 - 4 años		0%		0%		0%	1	1%	1	1%	1	1%	3	4%
	5 - 11 años		0%	2	3%	15	20%	7	9%	1	1%	1	1%	26	34%
	12 - 19 años		0%		0%		0%	1	1%	1	1%	4	5%	6	8%
	20 - 40 años	1	1%	1	1%		0%	1	1%	4	5%		0%	7	9%
	41-60 años	1	1%		0%		0%		0%		0%	2	3%	3	4%
	61 a más años	1	1%		0%	1	1%		0%		0%		0%	2	3%
Total Femenino		3	4%	3	4%	16	21%	10	13%	7	9%	8	11%	47	62%
<b>Masculino</b>	5 - 11 años		0%	2	3%	9	12%	4	5%	1	1%	1	1%	17	22%
	12 - 19 años		0%	1	1%		0%		0%		0%	1	1%	2	3%
	20 - 40 años	1	1%	2	3%		0%		0%	3	4%		0%	6	8%
	41-60 años	1	1%		0%		0%	1	1%		0%		0%	2	3%
	61 a más años		0%	1	1%	1	1%		0%		0%		0%	2	3%
Total Masculino		2	3%	6	8%	10	13%	5	7%	4	5%	2	3%	29	38%
<b>Total General</b>		<b>5</b>	<b>7%</b>	<b>9</b>	<b>12%</b>	<b>26</b>	<b>34%</b>	<b>15</b>	<b>20%</b>	<b>11</b>	<b>14%</b>	<b>10</b>	<b>13%</b>	<b>76</b>	<b>100%</b>

Gráfico 10

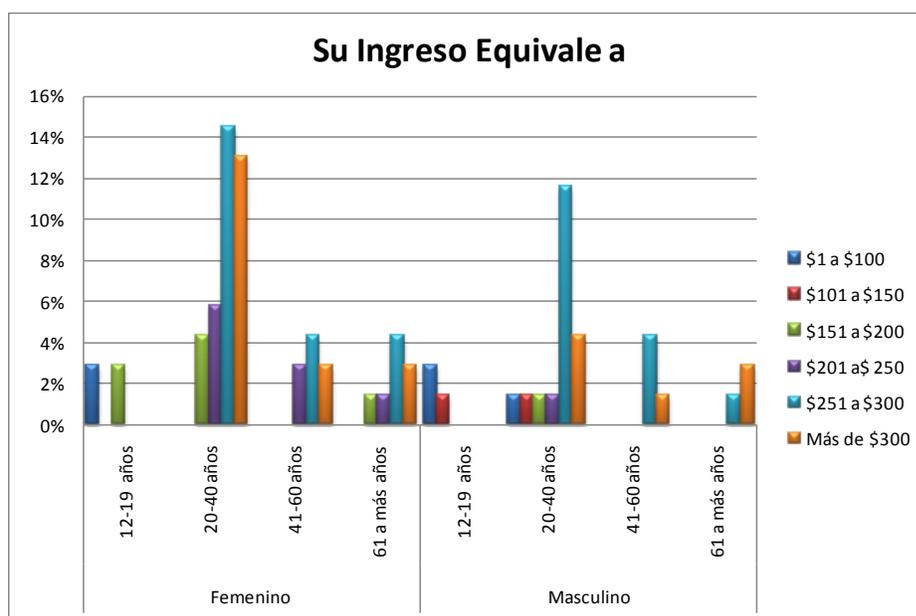


El presente gráfico muestra la población estudiada en el Hospital Militar Central donde se representa que el 34% posee un ingreso mensual de \$201 a \$ 250, mientras que el 7% ganan entre \$101 a \$150, de acuerdo al rango de edad y sexo.

Tabla 11

		Su ingreso Equivale a														
Sexo	Rango de Edad	\$1 a \$100	\$101 a \$150	\$151 a \$200	\$201 a \$250	\$251 a \$300	Más de 300	Sin Ingresos	Total General							
Femenino	0-4 años		0%	0%	0%	0%	0%	0%	1	1%	1	1%				
	5-11 años		0%	0%	0%	0%	0%	0%	4	5%	4	5%				
	12-19 años	2	2%	0%	2	2%	0%	0%	11%	1	1%	5	6%			
	20-40 años		0%	0%	3	4%	4	5%	10	12%	9	11%	1	1%	27	33%
	41-60 años		0%	0%		0%	2	2%	3	4%	2	2%	1	1%	8	10%
	61 a más años		0%	0%	1	1%	1	1%	3	4%	2	2%		0%	7	9%
Total femenino		2	2%	0%	6	7%	7	9%	16	20%	13	16%	8	10%	52	64%
Masculino	0-4 años		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1	1%	1	1%		
	5-11 años		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2	2%	2	2%		
	12-19 años	2	2%	1	1%	0%	0%	0%	0%	0%	1	1%	4	5%		
	20-40 años	1	1%	1	1%	1	1%	8	10%	3	4%	0%	15	19%		
	41-60 años		0%	0%	0%	0%	3	4%	1	1%	0%	4	5%			
	61 a más años		0%	0%	0%	0%	1	1%	2	2%	0%	3	4%			
Total Masculino		3	4%	2	2%	1	1%	12	15%	6	7%	4	5%	29	36%	
Total General		5	6%	2	2%	7	9%	8	10%	28	35%	19	23%	81	100%	

Gráfico 11

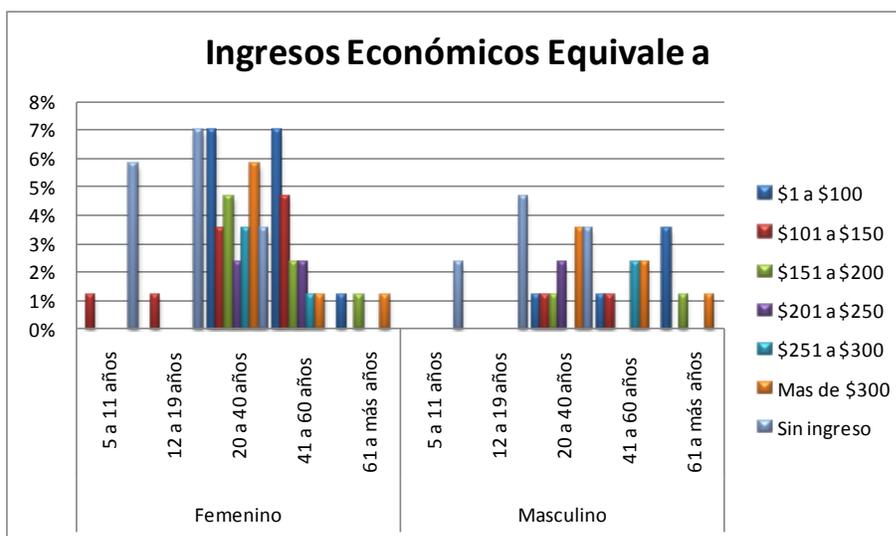


El presente gráfico muestra la población estudiada en Cruz Roja Salvadoreña donde se representa que el 35% posee un ingreso mensual de \$251 a \$300, mientras que el 2% ganan entre \$101 a \$150, de acuerdo al rango de edad y sexo.

Tabla 12

		Su ingreso equivale a															
Sexo	Rango de Edad	\$1 a \$100	\$101 a \$150	\$151 a \$200	\$201 a \$250	\$251 a \$300	Más de \$300	Sin Ingreso	Total General								
<b>Femenino</b>	0 a 4 años		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		
	5 a 11 años		0%	1	1%		0%		0%		0%	5	6%	6	7%		
	12 a 19 años		0%	1	1%		0%		0%		0%	6	7%	7	8%		
	20 a 40 años	6	7%	3	3%	4	5%	2	2%	3	3%	5	6%	3	3%	26	30%
	41 a 60 años	6	7%	4	5%	2	2%	2	2%	1	1%	1	1%		0%	16	19%
61 a más años	1	1%		0%	1	1%		0%		0%	1	1%		0%	3	3%	
Total Femenino		13	15%	9	10%	7	8%	4	5%	4	5%	7	8%	14	16%	58	67%
<b>Masculino</b>	0 a 4 años		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		
	5 a 11 años		0%		0%		0%		0%		0%		0%	2	2%	2	2%
	12 a 19 años		0%		0%		0%		0%		0%		0%	4	5%	4	5%
	20 a 40 años	1	1%	1	1%	1	1%	2	2%		0%	3	3%	3	3%	11	13%
	41 a 60 años	1	1%	1	1%		0%		0%	2	2%	2	2%		0%	6	7%
61 a más años	3	3%		0%	1	1%		0%		0%	1	1%		0%	5	6%	
Total Masculino		5	6%	2	2%	2	2%	2	2%	2	2%	6	7%	9	10%	28	33%
<b>Total General</b>		<b>18</b>	<b>21%</b>	<b>11</b>	<b>13%</b>	<b>9</b>	<b>10%</b>	<b>6</b>	<b>7%</b>	<b>6</b>	<b>7%</b>	<b>13</b>	<b>15%</b>	<b>23</b>	<b>27%</b>	<b>86</b>	<b>100%</b>

Gráfico 12

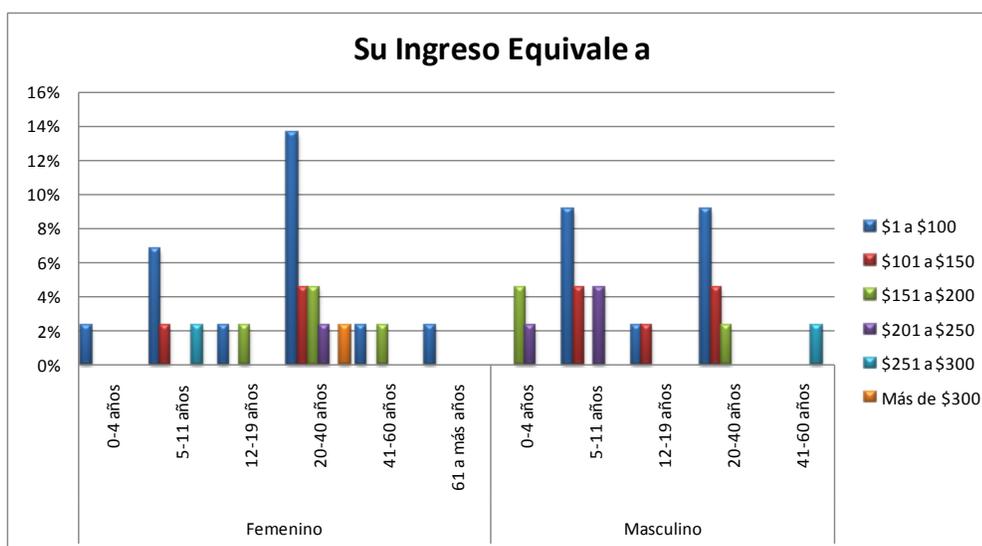


El presente gráfico muestra la población estudiada en Clínica Asistencial Corazón de María donde se representa que el 21% posee un ingreso mensual de \$1 a \$100, mientras que el 7% gana entre \$201 a \$250 y \$251 a \$300, de acuerdo al rango de edad y sexo.

Tabla 13

Su ingreso equivale a																	
Sexo	Rango de edad	\$1 a 100	\$101 a 150	\$151 a 200	\$201 a 250	\$251 a 300	\$Más de 300	Sin ingreso	Total General								
Femenino	0-4 años	1	1%		0%		0%		0%		0%		0%	4	4%	5	6%
	5-11 años	3	3%	1	1%		0%	1	1%		0%		0%	4	4%	9	10%
	12-19 años	1	1%		0%	1	1%		0%		0%		0%	15	17%	17	19%
	20-40 años	6	7%	2	2%	2	2%	1	1%		0%	1	1%	8	9%	20	22%
	41-60 años	1	1%		0%	1	1%		0%		0%		0%	1	1%	3	3%
61 a más años	1	1%		0%		0%		0%		0%		0%	1	1%	2	2%	
Total femenino		13	14%	3	3%	4	4%	1	1%	1	1%	1	1%	33	37%	56	62%
Masculino	0-4 años		0%		0%	2	2%	1	1%		0%		0%		0%	3	3%
	5-11 años	4	4%	2	2%		0%	2	2%		0%		0%	4	4%	12	13%
	12-19 años	1	1%	1	1%		0%		0%		0%		0%	5	6%	7	8%
	20-40 años	4	4%	2	2%	1	1%		0%		0%		0%	3	3%	10	11%
	41-60 años		0%		0%		0%		0%	1	1%		0%		0%	1	1%
61 a más años		0%		0%		0%		0%		0%		0%		1	1%	1	1%
Total masculino		9	10%	5	6%	3	3%	3	3%	1	1%		0%	13	14%	34	38%
Total General		22	24%	8	9%	7	8%	4	4%	2	2%	1	1%	46	51%	90	100%

Gráfico 13

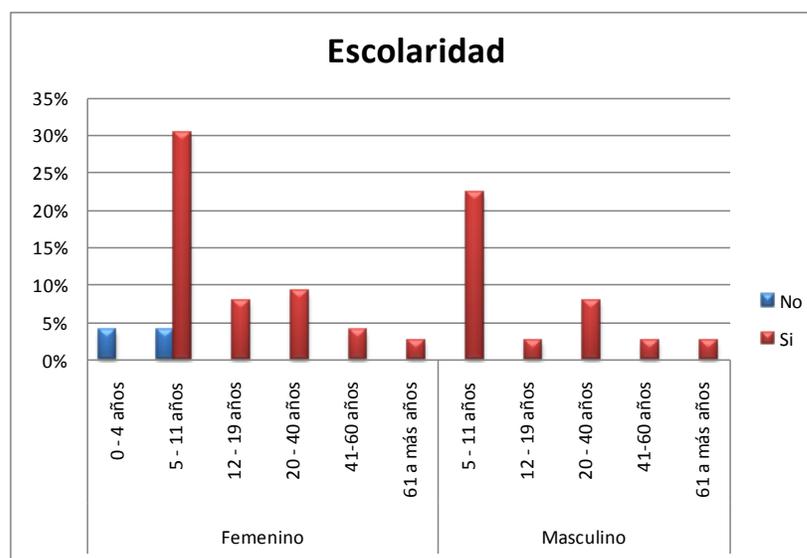


El presente gráfico muestra la población de la Unidad de Salud Panchimalco, donde se representa que el 24% posee un ingreso mensual de \$1 a \$100, mientras que el 1% gana más de \$300, de acuerdo al rango de edad y sexo.

Tabla 14

Escolaridad							
Sexo	Rango de edad	No		Sí		Total General	
<b>Femenino</b>	0 - 4 años	3	4%		0%	3	4%
	5 - 11 años	3	4%	23	30%	26	34%
	12 - 19 años		0%	6	8%	6	8%
	20 - 40 años		0%	7	9%	7	9%
	41-60 años		0%	3	4%	3	4%
	61 a más años		0%	2	3%	2	3%
<b>Total Femenino</b>		<b>6</b>	<b>8%</b>	<b>41</b>	<b>54%</b>	<b>47</b>	<b>62%</b>
<b>Masculino</b>	5 - 11 años		0%	17	22%	17	22%
	12 - 19 años		0%	2	3%	2	3%
	20 - 40 años		0%	6	8%	6	8%
	41-60 años		0%	2	3%	2	3%
	61 a más años		0%	2	3%	2	3%
<b>Total Masculino</b>			<b>0%</b>	<b>29</b>	<b>38%</b>	<b>29</b>	<b>38%</b>
<b>Total General</b>		<b>6</b>	<b>8%</b>	<b>70</b>	<b>92%</b>	<b>76</b>	<b>100%</b>

Gráfico 14

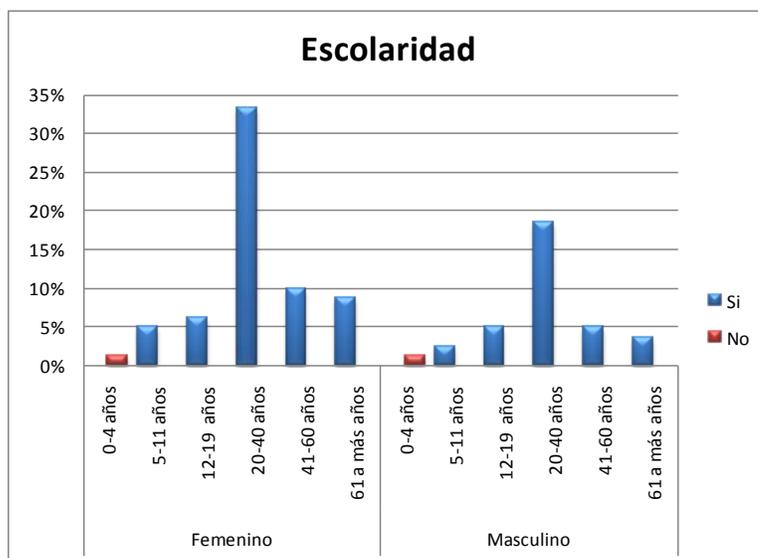


La presente gráfica muestra la población estudiada en el Hospital Militar Central, al cual representa que un 92% posee escolaridad y un 8% no posee escolaridad, según rango de edad y sexo.

Tabla 15

Escolaridad							
Sexo	Rango de Edad	No		Sí		Total General	
<b>Femenino</b>	0-4 años	1	1%		0%	1	1%
	5-11 años		0%	4	5%	4	5%
	12-19 años		0%	5	6%	5	6%
	20-40 años		0%	27	33%	27	33%
	41-60 años		0%	8	10%	8	10%
	61 a más años		0%	7	9%	7	9%
<b>Total Femenino</b>		<b>1</b>	<b>1%</b>	<b>51</b>	<b>63%</b>	<b>52</b>	<b>64%</b>
<b>Masculino</b>	0-4 años	1	1%		0%	1	1%
	5-11 años		0%	2	2%	2	2%
	12-19 años		0%	4	5%	4	5%
	20-40 años		0%	15	19%	15	19%
	41-60 años		0%	4	5%	4	5%
	61 a más años		0%	3	4%	3	4%
<b>Total Masculino</b>		<b>1</b>	<b>1%</b>	<b>28</b>	<b>35%</b>	<b>29</b>	<b>36%</b>
<b>Total General</b>		<b>2</b>	<b>2%</b>	<b>79</b>	<b>98%</b>	<b>81</b>	<b>100%</b>

Gráfico 15

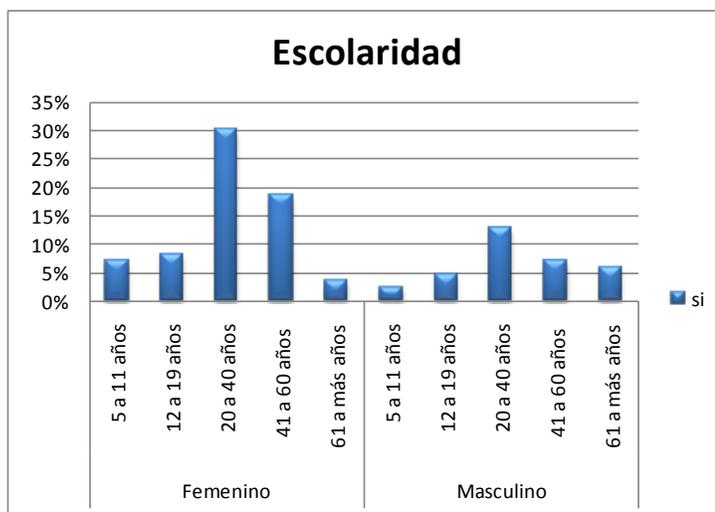


La presente gráfica muestra la población estudiada en el Cruz Roja Salvadoreña, el cual presenta que un 98% posee escolaridad y un 2% no posee escolaridad, según rango de edad y sexo.

Tabla 16

Escolaridad					
Sexo	Rango de Edad	Sí		Total General	
<b>Femenino</b>	0 a 4 años		0%		0%
	5 a 11 años	6	7%	6	7%
	12 a 19 años	7	8%	7	8%
	20 a 40 años	26	30%	26	30%
	41 a 60 años	16	19%	16	19%
	61 a más años	3	3%	3	3%
Total Femenino		58	67%	58	67%
<b>Masculino</b>	0 a 4 años		0%		0%
	5 a 11 años	2	2%	2	2%
	12 a 19 años	4	5%	4	5%
	20 a 40 años	11	13%	11	13%
	41 a 60 años	6	7%	6	7%
	61 a más años	5	6%	5	6%
Total Masculino		28	33%	28	33%
<b>Total General</b>		<b>86</b>	<b>100%</b>	<b>86</b>	<b>100%</b>

Gráfica 16

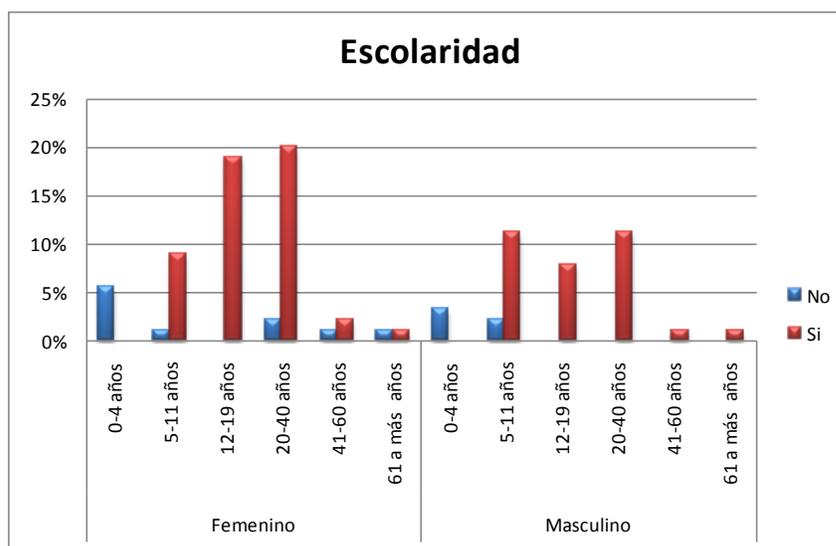


El presente gráfico muestra la población estudiada de la Clínica Asistencial Corazón de María, el cual presenta que el 100% posee escolaridad, según rango de edad y sexo.

Tabla 17

Escolaridad							
Sexo	Rango de edad	No		Sí		Total General	
Femenino	0-4 años	5	6%		0%	5	6%
	5-11 años	1	1%	8	9%	9	10%
	12-19 años		0%	17	19%	17	19%
	20-40 años	2	2%	18	20%	20	22%
	41-60 años	1	1%	2	2%	3	3%
	61 a más años	1	1%	1	1%	2	2%
Total femenino		10	11%	46	51%	56	62%
Masculino	0-4 años	3	3%		0%	3	3%
	5-11 años	2	2%	10	11%	12	13%
	12-19 años		0%	7	8%	7	8%
	20-40 años		0%	10	11%	10	11%
	41-60 años		0%	1	1%	1	1%
	61 a más años		0%	1	1%	1	1%
Total masculino		5	6%	29	32%	34	38%
<b>Total General</b>		<b>15</b>	<b>17%</b>	<b>75</b>	<b>83%</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>

Gráfico 17

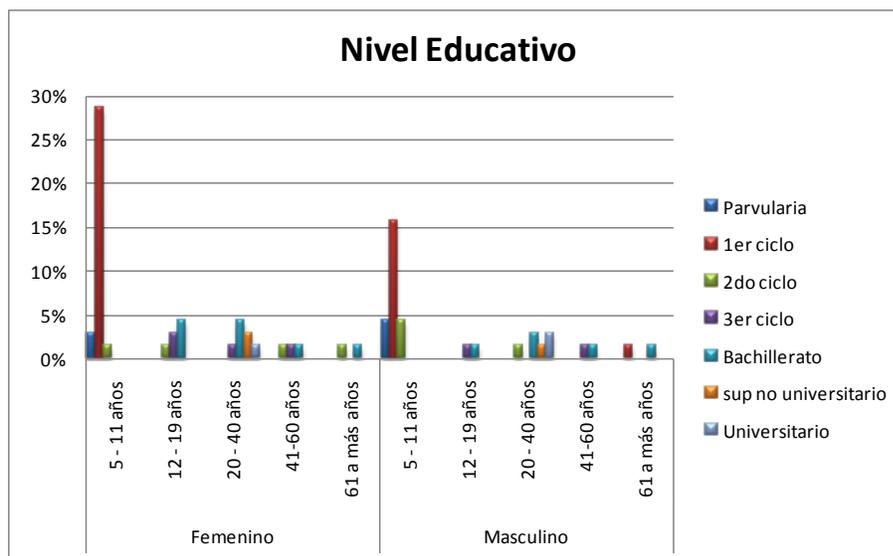


El presente gráfico muestra a la población de la Unidad de Salud Panchimalco, el cual presenta que un 83% posee escolaridad y un 17% no posee escolaridad, según rango de edad y sexo.

Tabla 18

		Nivel Educativo																	
Sexo	Rango de edad	No estudian	Parvularia	1er ciclo	2do ciclo	3er ciclo	Bachillerato	Sup No Universitario	Universitario	Total General									
<b>Femenino</b>	0 - 4 años	3	4%		0%		0%		0%		0%		0%		0%	3	4%		
	12 - 19 años		0%		0%	1	1%	2	3%	3	4%		0%		0%	6	8%		
	20 - 40 años		0%		0%		0%	1	1%	3	4%	2	3%	1	1%	7	9%		
	41-60 años		0%		0%	1	1%	1	1%	1	1%		0%		0%	3	4%		
	5 - 11 años	3	4%	2	3%	20	26%	1	1%		0%		0%		0%	26	34%		
	61 a más años		0%		0%		0%	1	1%		0%	1	1%		0%		2	3%	
<b>Total Femenino</b>		6	8%	2	3%	20	26%	4	5%	4	5%	8	11%	2	3%	1	1%	47	62%
<b>Masculino</b>	12 - 19 años		0%		0%		0%	1	1%	1	1%		0%		0%	2	3%		
	20 - 40 años		0%		0%	1	1%		0%	2	3%	1	1%	2	3%	6	8%		
	41-60 años		0%		0%		0%	1	1%	1	1%		0%		0%	2	3%		
	5 - 11 años		0%	3	4%	11	14%	3	4%		0%		0%		0%	17	22%		
	61 a más años		0%		0%	1	1%		0%		0%	1	1%		0%		2	3%	
<b>Total Masculino</b>			0%	3	4%	12	16%	4	5%	2	3%	5	7%	1	1%	2	3%	29	38%
<b>Total General</b>		6	8%	5	7%	32	42%	8	11%	6	8%	13	17%	3	4%	3	4%	76	100%

Gráfico18

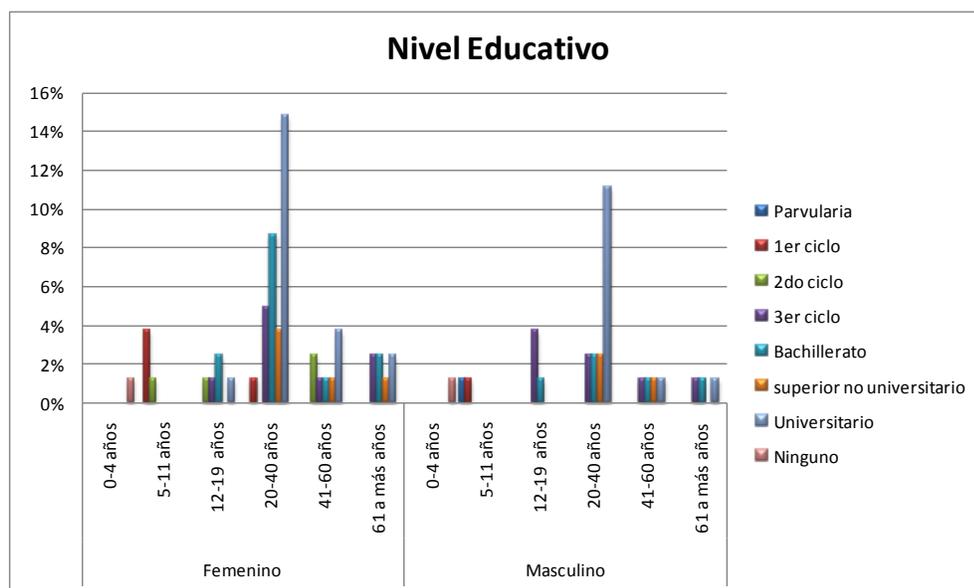


El presente gráfico muestra la población estudiada en el Hospital Militar Central, donde se representa que un 42% se encontró en el nivel de 1er ciclo y un 4% tanto para Superior No Universitario y Universitario, de acuerdo al rango de edad y sexo.

Cuadro 19

Sexo	Rango de Edad	Nivel Educativo										Total General							
		Ninguno	Parvularia	1er ciclo	2do ciclo	3er ciclo	Bachillerato	Superior No Universitario	Universitario										
Femenino	0-4 años	1	1%		0%		0%		0%		0%		0%		0%	1	1%		
	5-11 años		0%		0%	3	4%	1	1%		0%		0%		0%	4	5%		
	12-19 años		0%		0%		0%	1	1%	1	1%	2	2%		0%	1	1%		
	20-40 años		0%		0%	1	1%		0%	4	5%	7	9%		4%	12	15%		
	41-60 años		0%		0%		0%	2	2%	1	1%	1	1%	1	1%	3	4%		
61 a más años		0%		0%		0%		0%	2	2%	2	2%	1	1%	2	2%	7	9%	
Total Femenino		1	1%		0%	4	5%	4	5%	8	10%	12	15%	5	6%	18	22%	52	64%
Masculino	0-4 años	1	1%		0%		0%		0%		0%		0%		0%	1	1%		
	5-11 años		0%	1	1%	1	1%		0%		0%		0%		0%	2	2%		
	12-19 años		0%		0%		0%		0%	3	4%	1	1%		0%	4	5%		
	20-40 años		0%		0%		0%		0%	2	2%	2	2%	2	2%	9	11%		
	41-60 años		0%		0%		0%		0%	1	1%	1	1%	1	1%	4	5%		
61 a más años		0%		0%		0%		0%	1	1%	1	1%		0%	1	1%	3	4%	
Total Masculino		1	1%	1	1%	1	1%		0%	7	9%	5	6%	3	4%	11	14%	29	36%
Total General		2	2%	1	1%	5	6%	4	5%	15	19%	17	21%	8	10%	29	36%	81	100%

Gráfico 19

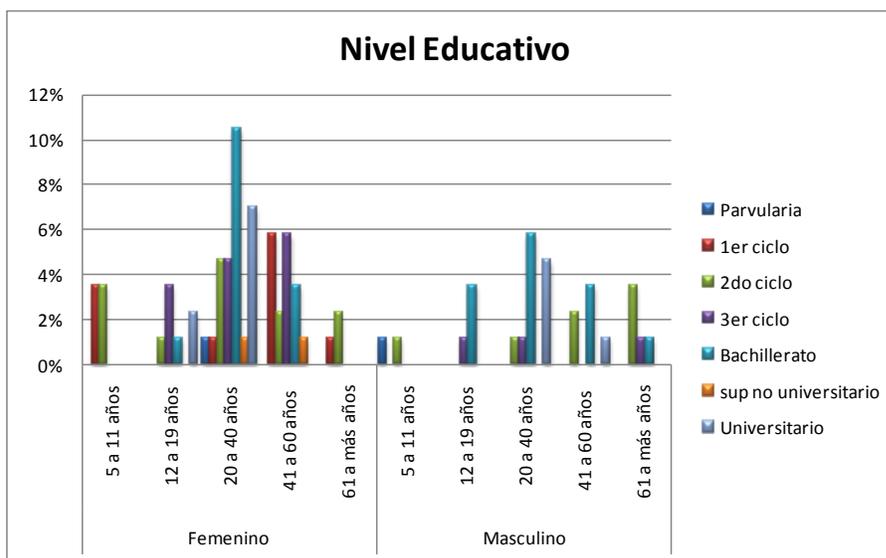


El presente gráfico muestra la población estudiada en Cruz Roja Salvadoreña, donde se representa que un 21% se encontró en el nivel de bachillerato y un 4% para parvularia, de acuerdo al rango de edad y sexo.

Tabla 20

Nivel Educativo																	
Sexo	Rango de Edad	Parvularia	1er ciclo	2do ciclo	3er ciclo	Bachillerato	Sup No Universitario	Universitario	Total General								
Femenino	0 a 4 años		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		
	5 a 11 años		0%	3	3%	3	3%		0%		0%		0%		0%	6	7%
	12 a 19 años		0%		0%	1	1%	3	3%	1	1%		0%	2	2%	7	8%
	20 a 40 años	1	1%	1	1%	4	5%	4	5%	9	10%	1	1%	6	7%	26	30%
	41 a 60 años		0%	5	6%	2	2%	5	6%	3	3%	1	1%		0%	16	19%
	61 a más años		0%	1	1%	2	2%		0%		0%		0%		0%	3	3%
Total Femenino		1	1%	10	12%	12	14%	12	14%	13	15%	2	2%	8	9%	58	67%
Masculino	0 a 4 años		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%
	5 a 11 años	1	1%		0%	1	1%		0%		0%		0%		0%	2	2%
	12 a 19 años		0%		0%		0%	1	1%	3	3%		0%		0%	4	5%
	20 a 40 años		0%		0%	1	1%	1	1%	5	6%		0%	4	5%	11	13%
	41 a 60 años		0%		0%	2	2%		0%	3	3%		0%	1	1%	6	7%
	61 a más años		0%		0%	3	3%	1	1%	1	1%		0%		0%	5	6%
Total Masculino		1	1%		0%	7	8%	3	3%	12	14%		0%	5	6%	28	33%
Total General		2	2%	10	12%	19	22%	15	17%	25	29%	2	2%	13	15%	86	100%

Gráfico 20

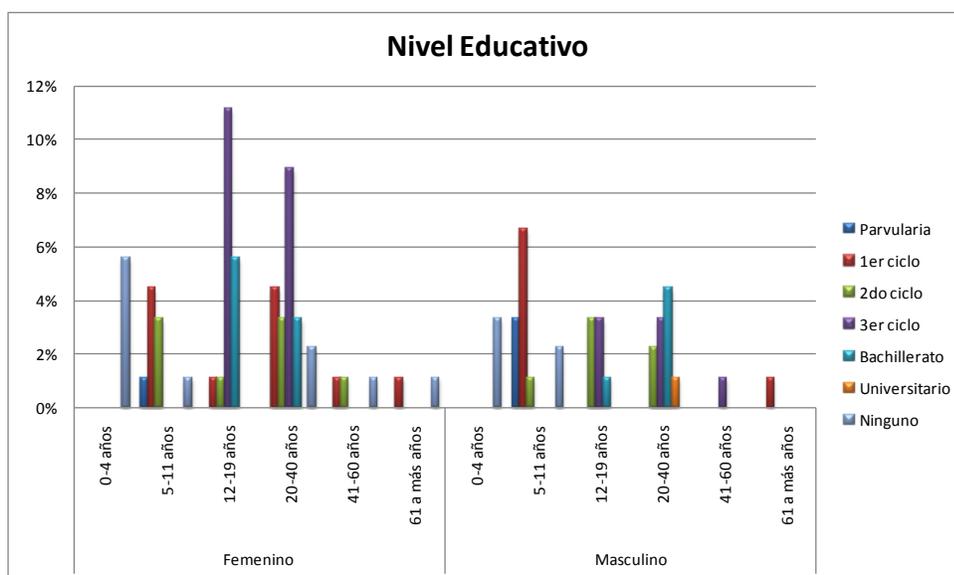


El presente gráfico muestra la población estudiada de la Clínica Asistencial Corazón de María, donde se representa que un 29% se encontró en el nivel de bachillerato y un 2% en parvularia, de acuerdo al rango de edad y sexo.

Tabla 21

		Nivel Educativo															
Sexo	Rango de edad	Parvularia	1° ciclo	2° ciclo	3° ciclo	Bachillerato	Universitario	Ninguno		Total General							
<b>Femenino</b>	0-4 años		0%		0%		0%		0%	5	6%	5	6%				
	5-11 años	1	1%	4	4%	3	3%		0%		0%	1	1%	9	10%		
	12-19 años		0%	1	1%	1	1%	10	11%	5	6%		0%	17	19%		
	20-40 años		0%	4	4%	3	3%	8	9%	3	3%		0%	2	2%	20	22%
	41-60 años		0%	1	1%	1	1%		0%		0%		0%	1	1%	3	3%
	61 a más años		0%	1	1%		0%		0%		0%		0%	1	1%	2	2%
Total femenino		1	1%	11	12%	8	9%	18	20%	8	9%		0%	10	11%	56	62%
<b>Masculino</b>	0-4 años		0%		0%		0%		0%		0%	3	3%	3	3%		
	5-11 años	3	3%	6	7%	1	1%		0%		0%	2	2%	12	13%		
	12-19 años		0%		0%	3	3%	3	3%	1	1%		0%	7	8%		
	20-40 años		0%		0%	2	2%	3	3%	4	4%	1	1%		0%	10	11%
	41-60 años		0%		0%		0%	1	1%		0%		0%		0%	1	1%
	61 a más años		0%	1	1%		0%		0%		0%		0%		0%	1	1%
Total masculino		3	3%	7	8%	6	7%	7	8%	5	6%	1	1%	5	6%	34	38%
<b>Total General</b>		<b>4</b>	<b>4%</b>	<b>18</b>	<b>20%</b>	<b>14</b>	<b>16%</b>	<b>25</b>	<b>28%</b>	<b>13</b>	<b>14%</b>	<b>1</b>	<b>1%</b>	<b>15</b>	<b>17%</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>

Gráfico 21



El presente gráfico muestra a la población de la Unidad de Salud Panchimalco, donde se representa que un 28% estudia en el nivel de 3er ciclo y un 1% en el nivel universitario, de acuerdo al rango de edad y sexo.

Tabla 22

Municipio de residencia						
Municipio	Femenino		Masculino		Total General	
Ahuachapán	1	1%	1	1%	2	3%
Antiguo Cuscatlán		0%	1	1%	1	1%
Apopa	1	1%	1	1%	2	3%
Armenia		0%	1	1%	1	1%
Atiquizaya		0%	1	1%	1	1%
Berlín	1	1%		0%	1	1%
Candelaria	3	4%		0%	3	4%
Ciudad Delgado	1	1%		0%	1	1%
Cojutepeque	1	1%	2	1%	3	3%
Colón	3	4%		0%	3	4%
Concepción		0%	1	1%	1	1%
Cuscatancingo	2	3%	1	1%	3	4%
Huizucar		0%	1	1%	1	1%
Ilopango	5	7%	1	1%	6	8%
Jiquilisco		0%	1	1%	1	1%
Mejicanos	4	5%		0%	4	5%
Panchimalco		0%	1	1%	1	1%
San Bartolome Perulapán	1	1%		0%	1	1%
San Francisco Lempa	1	1%		0%	1	1%
San Juan Opico	1	1%	1	1%	2	3%
San Martín	2	3%	1	1%	3	4%
San pedro Masahuat		0%	1	1%	1	1%
San pedro Perulapia	1	1%		0%	1	1%
San Salvador	8	11%	6	7%	14	18%
Santa Ana		0%	2	3%	2	3%
Santa Vicente	1	1%		0%	1	1%
Santa Tecla	7	8%		0%	7	8%
Sensuntepeque	1	1%		0%	1	1%
Soyapango	1	1%	3	4%	4	5%
Tepecoyo	1	1%	1	1%	2	3%
Turín		0%	1	1%	1	1%
<b>Total General</b>	<b>47</b>	<b>62%</b>	<b>29</b>	<b>38%</b>	<b>76</b>	<b>100%</b>

La presente Tabla muestra la población estudiada en el Municipio o residencia de la población que asiste al Hospital Militar Central, donde se representa que el 18% proviene del municipio de San Salvador y el resto se distribuye en los diferentes municipios.

Tabla 23

<b>Municipio de Residencia</b>						
<b>Municipio</b>	<b>Femenino</b>		<b>Masculino</b>		<b>Total General</b>	
<b>Apopa</b>	1	1%	1	1%	2	2%
<b>Ayutuxtepeque</b>	2	2%		0%	2	2%
<b>Ciudad Credisa</b>	1	1%	2	2%	3	4%
<b>Ciudad Degado</b>		0%	1	1%	1	1%
<b>Ciudad Delgado</b>	4	5%	6	7%	10	12%
<b>Ciudad Merliot</b>	2	2%		0%	2	2%
<b>Ilopango</b>	2	2%		0%	2	2%
<b>La Libertad</b>		0%	1	1%	1	1%
<b>Mejicanos</b>	9	11%	4	5%	13	16%
<b>Merliot</b>	1	1%		0%	1	1%
<b>San Marcos</b>	3	4%		0%	3	4%
<b>San Salvador</b>	5	6%	5	6%	10	12%
<b>Santa Tecla</b>	2	2%	3	4%	5	6%
<b>Soyapango</b>	20	25%	6	7%	26	32%
<b>Total General</b>	<b>52</b>	<b>64%</b>	<b>29</b>	<b>36%</b>	<b>81</b>	<b>100%</b>

La presente Tabla muestra el municipio de residencia de la población que asiste a Cruz Roja Salvadoreña, donde se representa que el 36% proviene del municipio de Soyapango y 1% del Departamento de La Libertad.

Tabla 24

Municipio de Residencia						
Municipio	Femenino		Masculino		Total General	
Acajutla	1	1%		0%	1	1%
Ahuachapán	1	1%		0%	1	1%
Apaneca	1	1%		0%	1	1%
Apopa	2	2%		0%	2	2%
Berlín	1	1%		0%	1	1%
Chinameca	1	1%		0%	1	1%
Cojutepeque	2	2%		0%	2	2%
Colón	1	1%		0%	1	1%
Ilopango	1	1%		0%	1	1%
La Libertad	2	2%		0%	2	2%
Mejicanos	4	5%		0%	4	5%
Nuevo Cuscatlán	1	1%		0%	1	1%
Olocuilta	1	1%		0%	1	1%
Quezaltepeque		0%	2	2%	2	2%
San Marcos		0%	1	1%	1	1%
San Miguel		0%	1	1%	1	1%
San Salvador	30	35%	17	20%	47	55%
Santa Tecla	1	1%	4	5%	5	6%
Santiago Texacuangos	1	1%		0%	1	1%
Santo Tomas	2	2%		0%	2	2%
Sonsonate	1	1%		0%	1	1%
Soyapango	1	1%	2	2%	3	3%
Tacuba	1	1%		0%	1	1%
Tonacatepeque	1	1%	1	1%	2	2%
Usulután	1	1%		0%	1	1%
<b>Total General</b>	<b>58</b>	<b>67%</b>	<b>28</b>	<b>33%</b>	<b>86</b>	<b>100%</b>

La presente Tabla muestra el municipio de Residencia de la población que asiste a la Clínica Asistencial Corazón de María, donde se representa que el 55% proviene del municipio de San Salvador y el resto proviene de diferentes municipios.

Tabla 25

<b>Municipio de residencia</b>						
<b>Municipio</b>	<b>Femenino</b>		<b>Masculino</b>		<b>Total General</b>	
<b>Ilobasco</b>		<b>0%</b>	<b>1</b>	<b>1%</b>	<b>1</b>	<b>1%</b>
<b>Mejicanos</b>	<b>1</b>	<b>1%</b>		<b>0%</b>	<b>1</b>	<b>1%</b>
<b>Panchimalco</b>	<b>52</b>	<b>58%</b>	<b>33</b>	<b>37%</b>	<b>85</b>	<b>94%</b>
<b>Rosario de Mora</b>	<b>3</b>	<b>3%</b>		<b>0%</b>	<b>3</b>	<b>3%</b>
<b>Total General</b>	<b>56</b>	<b>62%</b>	<b>34</b>	<b>38%</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>

La presente Tabla muestra el municipio de residencia de la población que asiste a la Unidad de Salud Panchimalco, donde se representa que el 94% proviene del municipio de Panchimalco y 1%, tanto para el municipio de Ilobasco y Mejicanos.

Tabla 26

Departamento y municipio de los primeros 7 años de vida							
Departamento	Municipio	Femenino		Masculino		Total General	
Ahuachapán	Ahuachapán	1	1%	1	1%	2	3%
	Atiquizaya		0%	2	3%	2	3%
<b>Total Ahuachapán</b>		<b>1</b>	<b>1%</b>	<b>3</b>	<b>4%</b>	<b>4</b>	<b>5%</b>
Cabañas	Sensuntepeque	1	1%		0%	1	1%
<b>Total Cabañas</b>		<b>1</b>	<b>1%</b>		<b>0%</b>	<b>1</b>	<b>1%</b>
Cuscatlán	Candelaria	1	1%		0%	1	1%
	Cojutepeque		0%	3	4%	3	4%
	San Bartolome Perulapía	1	1%		0%	1	1%
	San Pedro Perulapía	1	1%		0%	1	1%
<b>Total Cuscatlán</b>		<b>3</b>	<b>4%</b>	<b>3</b>	<b>4%</b>	<b>6</b>	<b>8%</b>
La Unión	Olomega	1	1%		0%	1	1%
<b>Total La Unión</b>		<b>1</b>	<b>1%</b>		<b>0%</b>	<b>1</b>	<b>1%</b>
La Libertad	Colón	3	3%		0%	3	3%
	Huizucar		0%	1	1%	1	1%
	Quezaltepeque		0%	1	1%	1	1%
	San Juan Opico	1	1%	1	1%	2	3%
	Santa Tecla	7	8%		0%	7	8%
	Tepecoyo	1	1%	1	1%	2	3%
<b>Total La Libertad</b>		<b>12</b>	<b>14%</b>	<b>4</b>	<b>5%</b>	<b>16</b>	<b>20%</b>
La Paz	San Pedro Masahuat		0%	1	1%	1	1%
<b>Total La Paz</b>			<b>0%</b>	<b>1</b>	<b>1%</b>	<b>1</b>	<b>1%</b>
San Salvador	Antiguo Cuscatlán		0%	1	1%	1	1%
	Apopa	1	1%	1	1%	2	3%
	Cuscatancingo	3	4%	1	1%	4	5%
	Ilopango	6	8%	1	1%	7	9%
	Mejicanos	4	5%		0%	4	5%
	Panchimalco		0%	1	1%	1	1%
	San Martín	2	3%	1	1%	3	4%
	San Salvador	6	8%	7	8%	13	16%
	Soyapango	1	1%	2	3%	3	4%
<b>Total San Salvador</b>		<b>23</b>	<b>30%</b>	<b>15</b>	<b>20%</b>	<b>38</b>	<b>50%</b>
San Vicente	Concepción		0%	1	1%	1	1%
	San Francisco	1	1%		0%	1	1%
	Santa Vicente	1	1%		0%	1	1%
<b>Total San Vicente</b>		<b>2</b>	<b>3%</b>	<b>1</b>	<b>1%</b>	<b>3</b>	<b>4%</b>
Santa Ana	Candelaria	2	3%		0%	2	3%
	Santa Ana	1	1%	1	1%	2	3%
<b>Total Santa Ana</b>		<b>3</b>	<b>4%</b>	<b>1</b>	<b>1%</b>	<b>4</b>	<b>5%</b>
Sonsonate	Armenia		0%	1	1%	1	1%
<b>Total Sonsonate</b>		<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>1</b>	<b>1%</b>	<b>1</b>	<b>1%</b>
Usulután	Berlín	1	1%		0%	1	1%
<b>Total Usulután</b>		<b>1</b>	<b>1%</b>		<b>0%</b>	<b>1</b>	<b>1%</b>
<b>Total General</b>		<b>47</b>	<b>62%</b>	<b>29</b>	<b>38%</b>	<b>76</b>	<b>100%</b>

La presente Tabla muestra la población estudiada en el Hospital Militar Central, donde se representa que durante los primeros 7 años de vida, el 50% radicó en el departamento de San Salvador y municipio de San Salvador y el resto en diferentes departamentos y municipios.

Tabla 27

Departamento y Municipio de los Primeros 7 años de vida							
Departamento	municipio	Femenino		Masculino		Total General	
La Libertad	La Libertad		0%	1	1%	1	1%
	Santa Tecla	4	5%	3	4%	7	9%
Total La Libertad		4	4%	4	4%	8	8%
San Salvador	Apopa	1	1%	1	1%	2	2%
	Ciudad Delgado	1	1%	3	4%	4	5%
	Cuscatancingo	1	1%		0%	1	1%
	Ilopango	1	1%	1	1%	2	2%
	Mejicanos	6	7%	1	1%	7	9%
	San Marcos	1	1%		0%	1	1%
	San Martín	1	1%		0%	1	1%
	San Salvador	22	27%	13	16%	35	43%
Soyapango	14	17%	5	6%	19	23%	
Total San Salvador		48	48%	24	24%	72	72%
Sonsonate	Sonsonate		0%	1	1%	1	1%
total sonsonate			0%	1	1%	1	1%
Total General		52	64%	29	36%	81	100%

La presente Tabla muestra la población estudiada en Cruz Roja Salvadoreña, donde se representa que durante los primeros 7 años de vida, el 72% radicó en el departamento de San Salvador y municipio de San Salvador y el resto en diferentes departamentos y municipios.

Tabla 28

Departamento y municipio de los primeros 7 años de vida							
Departamento	Municipio	Femenino		Masculino		Total General	
Ahuachapán	Ahuachapán	2	2%	1	1%	3	3%
	Apaneca	1	1%		0%	1	1%
	Tacuba	3	3%		0%	3	3%
Total Ahuachapán		6	7%	1	1%	7	8%
Cabañas	Sensuntepeque	1	1%		0%	1	1%
	Victoria	1	1%		0%	1	1%
Total Cabañas		2	2%		0%	2	2%
Chalatenango	El Paraiso		0%	1	1%	1	1%
Total Chalatenango			0%	1	1%	1	1%
Cuscatlán	Candelaria	1	1%		0%	1	1%
	Cojutepeque	3	3%	1	1%	4	5%
Total Cuscatlán		4	5%	1	1%	5	6%
La Libertad	Colón	1	1%		0%	1	1%
	La Libertad	2	2%		0%	2	2%
	Nuevo Cuscatlán	1	1%		0%	1	1%
	Quezaltepeque		0%	2	2%	2	2%
	Santa Tecla	2	2%	3	3%	5	6%
Total La Libertad		6	7%	5	6%	11	13%
La Paz	Olocuilta	1	1%		0%	1	1%
Total La Paz		1	1%		0%	1	1%
San Miguel	Chinameca	1	1%		0%	1	1%
	San Miguel	1	1%	2	2%	3	3%
Total San Miguel		2	2%	2	2%	4	5%
San Salvador	Apopa	1	1%		0%	1	1%
	Cuscatancingo	1	1%		0%	1	1%
	Ilopango	1	1%		0%	1	1%
	Mejicanos	1	1%		0%	1	1%
	Panchimalco		0%	1	1%	1	1%
	San Marcos	1	1%	1	1%	2	2%
	San Salvador	21	24%	11	13%	32	37%
	Santiago Texacuangos	1	1%		0%	1	1%
	Santo Tomás	1	1%		0%	1	1%
	Soyapango		0%	4	5%	4	5%
Tonacatepeque	1	1%		0%	1	1%	
Total San Salvador		29	34%	17	20%	46	53%
Santa Ana	Chalchuapa	1	1%		0%	1	1%
	Santa Ana	2	2%		0%	2	2%
Total Santa Ana		3	3%		0%	3	3%
Sonsonate	Acajutla	1	1%		0%	1	1%
	Sonsonate	1	1%		0%	1	1%
Total Sonsonate		2	2%		0%	2	2%
Usulután	Berlín	1	1%		0%	1	1%
	Jiquilisco	1	1%		0%	1	1%
	San Agustín	1	1%		0%	1	1%
	Santiago de María		0%	1	1%	1	1%
Total Usulután		3	3%	1	1%	4	5%
Total General		58	67%	28	33%	86	100%

La presente Tabla muestra la población estudiada de la Clínica Asistencial Corazón de María, donde se representa que durante los primeros 7 años de vida, el 53% radicó en el departamento de San Salvador y municipio de San Salvador y el resto en diferentes departamentos y municipios.

Tabla 29

Departamento y municipio de los primeros 7 años de vida							
Departamento	Municipio	Femenino		Masculino		Total General	
Cabañas	Ilobasco		0%	1	1%	1	1%
Total cabañas			0%	1	1%	1	1%
La Libertad	San Juan Opico	1	1%		0%	1	1%
Total La Libertad		1	1%		0	1	1%
La Paz	Santiago Nonualco	1	1%		0%	1	1%
Total La Paz		1	1%		0	1	1%
San Salvador	Ciudad Delgado		0%	1	1%	1	1%
	Panchimalco	49	54%	31	34%	80	89%
	Rosario de Mora	4	4%		0%	4	4%
Total San Salvador		53	59%	32	36%	85	95%
Santa Ana	Santa Ana		0%	1	1%	1	1%
Total Santa Ana			0%	1	1%	1	1%
Usulután	Jiquilisco	1	1%		0%	1	1%
Total Usulután		1	1%		0%	1	1%
Total General		56	62%	34	38%	90	100%

La presente Tabla muestra la población estudiada de Unidad de Salud Panchimalco, donde se representa que durante los primeros 7 años de vida, el 95% radicó departamento de San Salvador y municipio de Panchimalco y el resto proviene de diferentes departamentos y municipios.

Tabla 30

Motivo de consulta						
Motivo	Femenino		Masculino		Total General	
Apiñamiento		0%	1	1%	1	1%
Caries	14	18%	10	13%	24	32%
Chequeo/Control	10	13%	9	12%	19	25%
Colocación de provisional		0%	1	1%	1	1%
Dolor en un diente	7	9%		0%	7	9%
Elaboración de prótesis	2	3%	2	3%	4	5%
Erupción de diente	4	5%		0%	4	5%
Extracción	1	1%	1	1%	2	3%
Limpieza	3	4%	1	1%	4	5%
Para obturación	4	5%	2	3%	6	8%
Para ortodoncia	1	1%	1	1%	2	3%
Se golpeo o fracturo un diente	1	1%	1	1%	2	3%
<b>Total General</b>	<b>47</b>	<b>62%</b>	<b>29</b>	<b>38%</b>	<b>76</b>	<b>100%</b>

La presente Tabla muestra el motivo de consulta de la población que asiste al Hospital Militar Central, donde se representa que el 32% consultó por caries dental y un 1% por apiñamiento y colocación de provisional.

Tabla 31

Motivo de Consulta						
Motivo	Femenino		Masculino		Total General	
Caries	10	12%	6	7%	16	20%
Chequeo/Control	2	2%	1	1%	3	4%
Dolor de Diente	4	5%	4	5%	8	10%
Extracción	14	17%	5	6%	19	23%
Limpieza	13	16%	5	6%	18	22%
Para obturación	9	11%	8	10%	17	21%
<b>Total General</b>	<b>52</b>	<b>64%</b>	<b>29</b>	<b>36%</b>	<b>81</b>	<b>100%</b>

La presente Tabla muestra motivo de consulta de la población que asiste a Cruz Roja Salvadoreña, donde se representa el 23% consultó por extracciones y un 4% por chequeo/control.

Tabla 32

Motivo de Consulta						
Motivo	Femenino		Masculino		Total General	
Caries	1	1%		0%	1	1%
Chequeo	11	13%	10	12%	21	24%
Extracción	7	8%	2	2%	9	10%
Fractura dental		0%	3	3%	3	3%
Limpieza	8	9%	6	7%	14	16%
Por dolor	9	10%	1	1%	10	12%
Por endodoncia	2	2%		0%	2	2%
Por obturación	16	19%	5	6%	21	24%
Por prótesis	4	5%	1	1%	5	6%
Total General	58	67%	28	33%	86	100%

La presente Tabla muestra motivo de consulta de la población que asiste a la Clínica Asistencial Corazón de María, donde se representa el 24% consultó por obturaciones y chequeo y un 1%, por caries dental.

Tabla 33

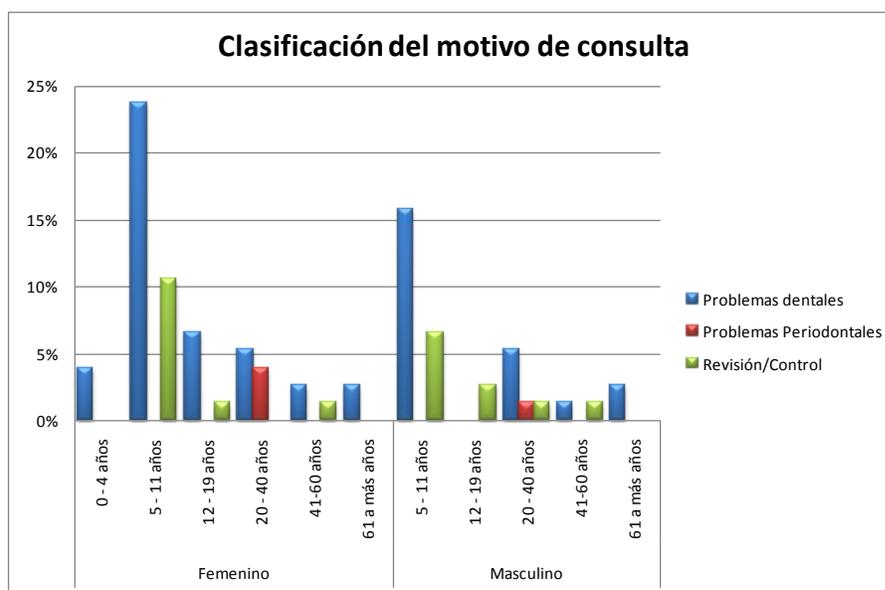
Motivo de consulta						
Motivo	Femenino		Masculino		Total General	
Por dolor	4	4%	3	3%	7	8%
Por extracción	10	11%	7	8%	17	19%
Por limpieza	10	11%	7	8%	17	19%
Por obturación	25	28%	14	16%	39	43%
Revisión/control	7	8%	3	3%	10	11%
Total General	56	62%	34	38%	90	100%

La presente Tabla presenta motivo de consulta de la población que asiste a la Unidad de Salud Panchimalco, donde se representa el 43% consultó por obturaciones y un 8% por dolor.

Tabla 34

Clasificación del motivo de consulta									
Sexo	Rango de edad	Problemas dentales		Problemas Periodontales		Revisión/Control		Total General	
<b>Femenino</b>	0 - 4 años	3	4%		0%		0%	3	4%
	5 - 11 años	18	24%		0%	8	11%	26	34%
	12 - 19 años	5	7%		0%	1	1%	6	8%
	20 - 40 años	4	5%	3	4%		0%	7	9%
	41-60 años	2	3%		0%	1	1%	3	4%
	61 a más años	2	3%		0%		0%	2	3%
Total Femenino		34	45%	3	4%	10	13%	47	62%
<b>Masculino</b>	5 - 11 años	12	16%		0%	5	7%	17	22%
	12 - 19 años		0%		0%	2	3%	2	3%
	20 - 40 años	4	5%	1	1%	1	1%	6	8%
	41-60 años	1	1%		0%	1	1%	2	3%
	61 a más años	2	3%		0%		0%	2	3%
Total Masculino		19	25%	1	1%	9	12%	29	38%
<b>Total General</b>		<b>53</b>	<b>70%</b>	<b>4</b>	<b>5%</b>	<b>19</b>	<b>25%</b>	<b>76</b>	<b>100%</b>

Gráfico 22

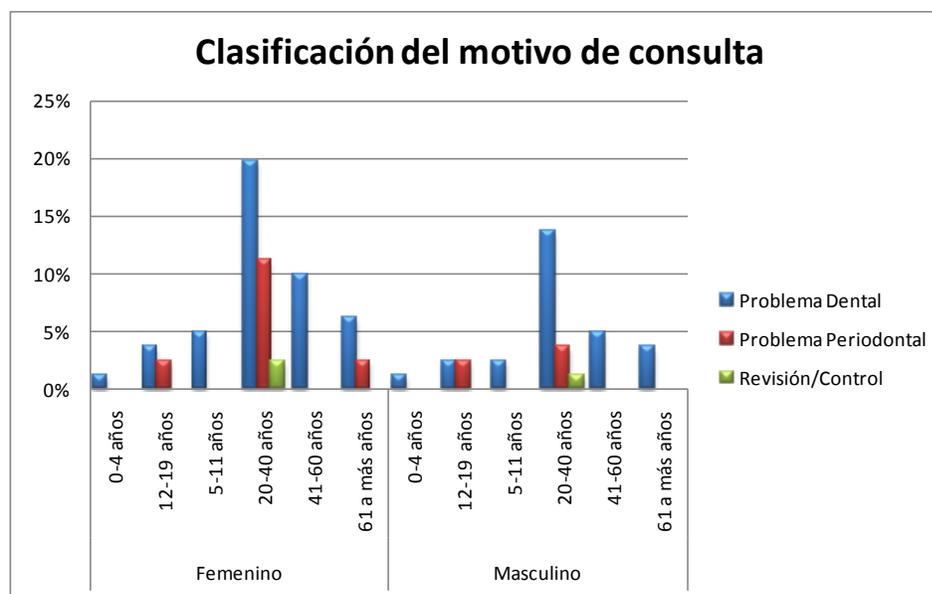


El presente gráfico muestra la población estudiada en el Hospital Militar Central, donde se representa la clasificación del motivo de consulta, con un 70% que asistió por problemas dentales y un 5% por problemas periodontales, según su rango de edad y sexo.

Tabla 35

Clasificación del motivo de consulta									
Sexo	Rango de Edad	Problema Dental		Problema Periodontal		Revisión/Control		Total General	
Femenino	0-4 años	1	1%		0%		0%	1	1%
	5-11 años	4	5%		0%		0%	4	5%
	12-19 años	3	4%	2	2%		0%	5	6%
	20-40 años	16	20%	9	11%	2	2%	27	33%
	41-60 años	8	10%		0%		0%	8	10%
	61 a más años	5	6%	2	2%		0%	7	9%
Total Femenino		37	46%	13	16%	2	2%	52	64%
Masculino	0-4 años	1	1%		0%		0%	1	1%
	5-11 años	2	2%		0%		0%	2	2%
	12-19 años	2	2%	2	2%		0%	4	5%
	20-40 años	11	14%	3	4%	1	1%	15	19%
	41-60 años	4	5%		0%		0%	4	5%
	61 a más años	3	4%		0%		0%	3	4%
Total Masculino		23	28%	5	6%	1	1%	29	36%
Total General		60	74%	18	22%	3	4%	81	100%

Gráfico 23

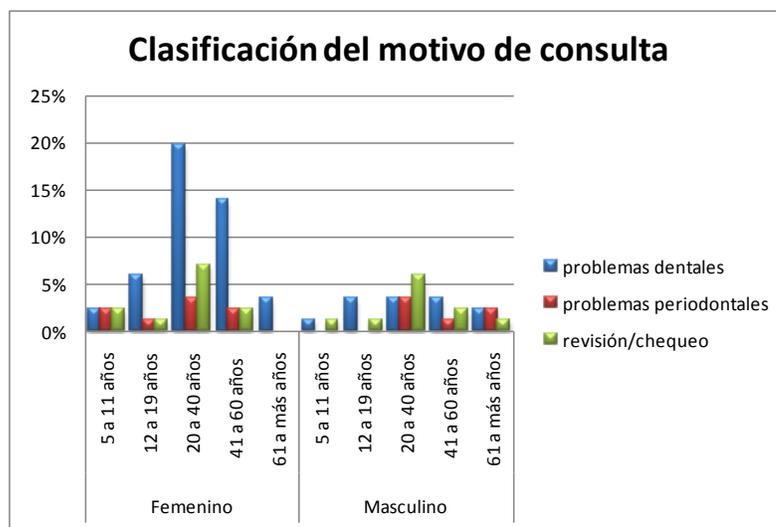


El presente gráfico muestra la población estudiada en Cruz Roja Salvadoreña, donde se representa la clasificación del motivo de consulta, con un 74% que asistió por problemas dentales y un 4% para revisión/ control, según su rango de edad y sexo.

Tabla 36

Clasificación del motivo de consulta									
Sexo	Rango de Edad	Problemas Dentales	Problemas Periodontales	Revisión/Chequeo			Total General		
<b>Femenino</b>	0 a 4 años		0%		0%		0%		0%
	5 a 11 años	2	2%	2	2%	2	2%	6	7%
	12 a 19 años	5	6%	1	1%	1	1%	7	8%
	20 a 40 años	17	20%	3	3%	6	7%	26	30%
	41 a 60 años	12	14%	2	2%	2	2%	16	19%
	61 a más años	3	3%		0%		0%	3	3%
Total Femenino		39	45%	8	9%	11	13%	58	67%
<b>Masculino</b>	0 a 4 años		0%		0%		0%		0%
	5 a 11 años	1	1%		0%	1	1%	2	2%
	12 a 19 años	3	3%		0%	1	1%	4	5%
	20 a 40 años	3	3%	3	3%	5	6%	11	13%
	41 a 60 años	3	3%	1	1%	2	2%	6	7%
	61 a más años	2	2%	2	2%	1	1%	5	6%
Total Masculino		12	14%	6	7%	10	12%	28	33%
<b>Total General</b>		<b>51</b>	<b>59%</b>	<b>14</b>	<b>16%</b>	<b>21</b>	<b>24%</b>	<b>86</b>	<b>100%</b>

Gráfico 24

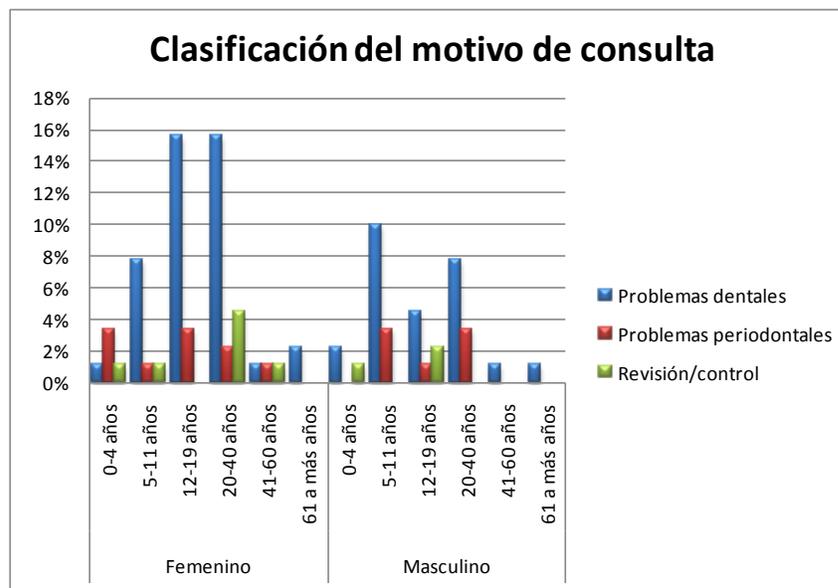


El presente gráfico muestra la población estudiada en Clínica Asistencial Corazón de María, donde se representa la clasificación del motivo de consulta, con un 59% que asistió por problemas dentales y un 16% por problemas periodontales, según su rango de edad y sexo.

Tabla 37

Clasificación del motivo de consulta									
Sexo	Rango de edad	Problemas dentales		Problemas periodontales		Revisión/control		Total General	
<b>Femenino</b>	0-4 años	1	1%	3	3%	1	1%	5	6%
	5-11 años	7	8%	1	1%	1	1%	9	10%
	12-19 años	14	16%	3	3%		0%	17	19%
	20-40 años	14	16%	2	2%	4	4%	20	22%
	41-60 años	1	1%	1	1%	1	1%	3	3%
	61 a más años	2	2%		0%		0%	2	2%
Total Femenino		39	43%	10	11%	7	8%	56	62%
<b>Masculino</b>	0-4 años	2	2%		0%	1	1%	3	3%
	5-11 años	9	10%	3	3%		0%	12	13%
	12-19 años	4	4%	1	1%	2	2%	7	8%
	20-40 años	7	8%	3	3%		0%	10	11%
	41-60 años	1	1%		0%		0%	1	1%
	61 a más años	1	1%		0%		0%	1	1%
Total Masculino		24	27%	7	8%	3	3%	34	38%
<b>Total General</b>		<b>63</b>	<b>70%</b>	<b>17</b>	<b>19%</b>	<b>10</b>	<b>11%</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>

Gráfico 25



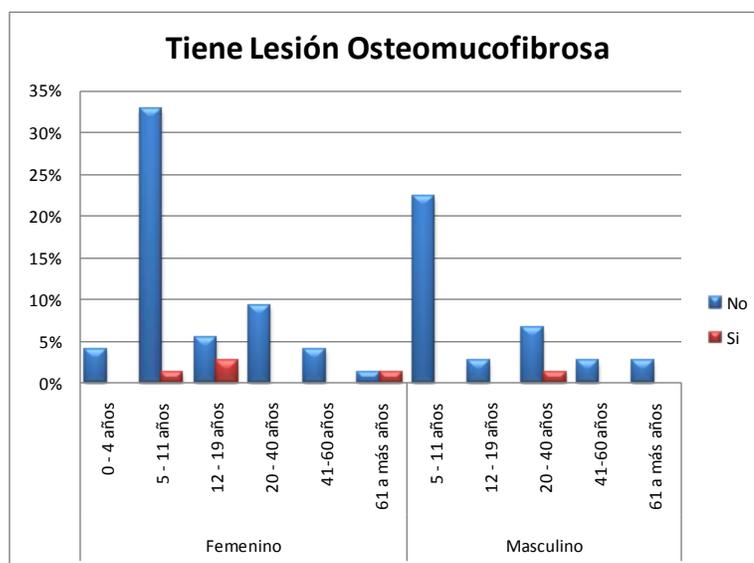
El presente gráfico muestra la población estudiada en Unidad de Salud Panchimalco, donde se representa la clasificación del motivo de consulta con un 70% en problemas dentales y un 11% en revisión/control según su rango de edad y sexo.

## Resultados de Guía de Observación

Tabla 38

Tiene Lesión Osteomucofibrosa							
Sexo	Rango de edad	No		Sí		Total General	
<b>Femenino</b>	0 - 4 años	3	4%		0%	3	4%
	5 - 11 años	25	33%	1	1%	26	34%
	12 - 19 años	4	5%	2	3%	6	8%
	20 - 40 años	7	9%		0%	7	9%
	41 - 60 años	3	4%		0%	3	4%
	61 a más años	1	1%	1	1%	2	3%
Total Femenino		43	57%	4	5%	47	62%
<b>Masculino</b>	5 - 11 años	17	22%		0%	17	22%
	12 - 19 años	2	3%		0%	2	3%
	20 - 40 años	5	7%	1	1%	6	8%
	41 - 60 años	2	3%		0%	2	3%
	61 a más años	2	3%		0%	2	3%
Total Masculino		28	37%	1	1%	29	38%
<b>Total General</b>		<b>71</b>	<b>93%</b>	<b>5</b>	<b>7%</b>	<b>76</b>	<b>100%</b>

Gráfico 26

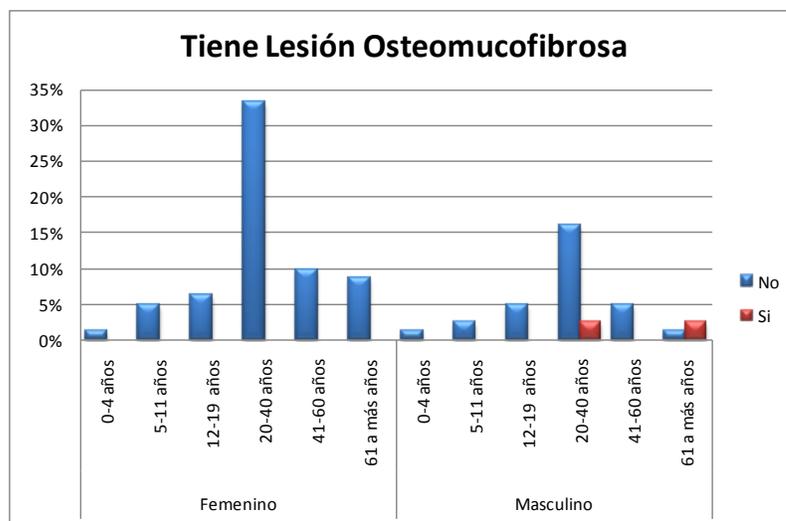


El presente gráfico muestra la población estudiada en el Hospital Militar Central, donde se representa un 93% que no tiene lesión y un 7% sí tiene lesión osteomucofibrosa, según su rango de edad y sexo.

Tabla 39

Tiene Lesión Osteomucofibrosa							
Sexo	Rango de Edad	No		Sí		Total General	
<b>Femenino</b>	0-4 años	1	1%		0%	1	1%
	5-11 años	4	5%		0%	4	5%
	12-19 años	5	6%		0%	5	6%
	20-40 años	27	33%		0%	27	33%
	41-60 años	8	10%		0%	8	10%
	61 a más años	7	9%		0%	7	9%
Total Femenino		52	64%		0%	52	64%
<b>Masculino</b>	0-4 años	1	1%		0%	1	1%
	5-11 años	2	2%		0%	2	2%
	12-19 años	4	5%		0%	4	5%
	20-40 años	13	16%	2	2%	15	19%
	41-60 años	4	5%		0%	4	5%
	61 a más años	1	1%	2	2%	3	4%
Total Masculino		25	31%	4	5%	29	36%
<b>Total General</b>		<b>77</b>	<b>95%</b>	<b>4</b>	<b>5%</b>	<b>81</b>	<b>100%</b>

Gráfico 27

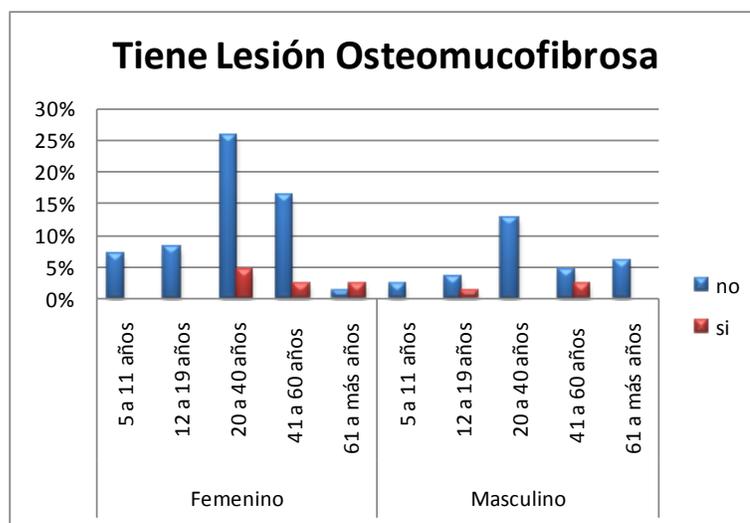


El presente gráfico muestra la población estudiada en Cruz Roja Salvadoreña, donde se representa un 95% que no tiene lesión y un 5% sí tiene lesión osteomucofibrosa, según su rango de edad y sexo.

Tabla 40

Tiene Lesión Osteomucofibrosa						
Sexo	Rango de Edad	No	Sí	Total General		
<b>Femenino</b>	0 a 4 años		0%		0%	0%
	5 a 11 años	6	7%		0%	6
	12 a 19 años	7	8%		0%	7
	20 a 40 años	22	26%	4	5%	26
	41 a 60 años	14	16%	2	2%	16
	61 a más años	1	1%	2	2%	3
Total Femenino		50	58%	8	9%	58
<b>Masculino</b>	0 a 4 años		0%		0%	0%
	5 a 11 años	2	2%		0%	2
	12 a 19 años	3	3%	1	1%	4
	20 a 40 años	11	13%		0%	11
	41 a 60 años	4	5%	2	2%	6
	61 a más años	5	6%		0%	5
Total Masculino		25	29%	3	3%	28
<b>Total General</b>		<b>75</b>	<b>87%</b>	<b>11</b>	<b>13%</b>	<b>86</b>

Gráfico 28

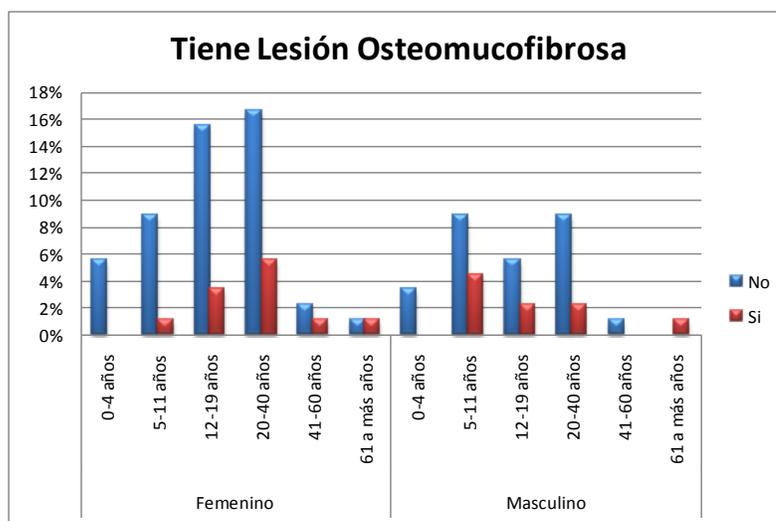


El presente gráfico muestra la población estudiada en Clínica Asistencial Corazón de María, donde se representa un 87% que no tiene lesión y un 13% que sí tiene lesión osteomucofibrosa, según su rango de edad y sexo.

Tabla 41

Tiene Lesión Osteomucofibrosa							
Sexo	Rango de edad	No		Sí		Total General	
<b>Femenino</b>	0-4 años	5	6%		0%	5	6%
	5-11 años	8	9%	1	1%	9	10%
	12-19 años	14	16%	3	3%	17	19%
	20-40 años	15	17%	5	6%	20	22%
	41-60 años	2	2%	1	1%	3	3%
	61 a más años	1	1%	1	1%	2	2%
Total femenino		45	50%	11	12%	56	62%
<b>Masculino</b>	0-4 años	3	3%		0%	3	3%
	5-11 años	8	9%	4	4%	12	13%
	12-19 años	5	6%	2	2%	7	8%
	20-40 años	8	9%	2	2%	10	11%
	41-60 años	1	1%		0%	1	1%
	61 a más años		0%	1	1%	1	1%
Total masculino		25	28%	9	10%	34	38%
<b>Total General</b>		<b>70</b>	<b>78%</b>	<b>20</b>	<b>22%</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>

Gráfico 29

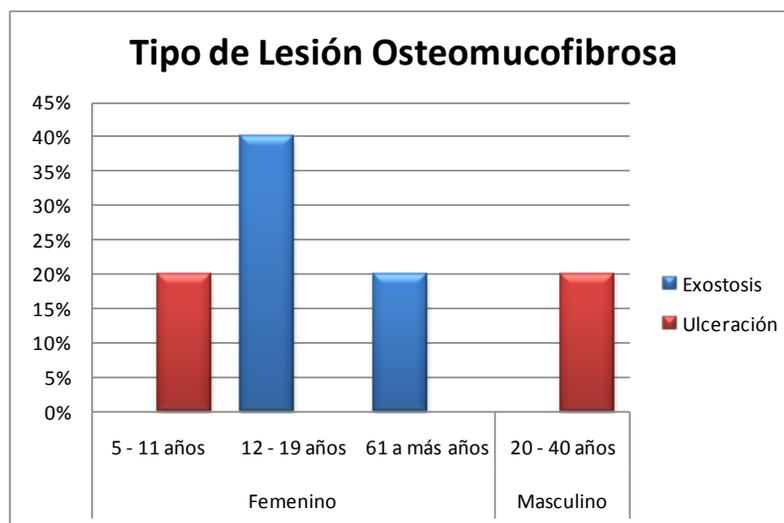


El presente gráfico muestra la población estudiada en Unidad de Salud Panchimalco donde se representa un 78% que no tiene lesión y un 22% que sí tiene lesión osteomucofibrosa, según su rango de edad y sexo.

Tabla 42

Tipo de Lesión Osteomucofibrosa									
Sexo	Rango de edad	Exostosis		Ulceración		Sin Alteración		Total General	
<b>Femenino</b>	0 - 4 años		0%		0%	3	4%	3	4%
	5 - 11 años		0%	1	1%	25	33%	26	34%
	12 - 19 años	2	3%		0%	4	5%	6	8%
	20 - 40 años		0%		0%	7	9%	7	9%
	41-60 años		0%		0%	3	4%	3	4%
	61 a más años	1	1%		0%	1	1%	2	3%
Total Femenino		3	4%	1	1%	43	57%	47	62%
<b>Masculino</b>	5 - 11 años		0%		0%	17	22%	17	22%
	12 - 19 años		0%		0%	2	3%	2	3%
	20 - 40 años		0%	1	1%	5	7%	6	8%
	41-60 años		0%		0%	2	3%	2	3%
	61 a más años		0%		0%	2	3%	2	3%
Total Masculino			0%	1	1%	28	37%	29	38%
<b>Total General</b>		<b>3</b>	<b>4%</b>	<b>2</b>	<b>3%</b>	<b>71</b>	<b>93%</b>	<b>76</b>	<b>100%</b>

Gráfico 30

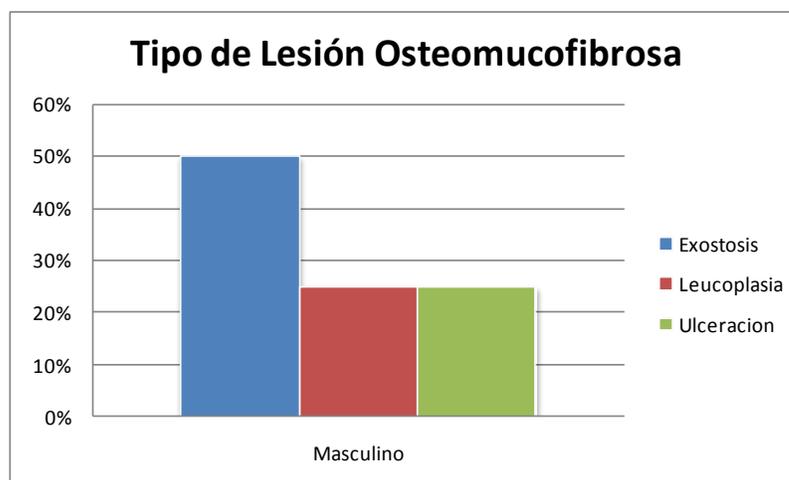


El presente gráfico muestra el tipo de lesión Osteomucofibrosa encontradas en los pacientes que asisten al Hospital Militar Central, donde se representa un 3% con exostosis y un 4% con ulceración, según rango de edad y sexo.

Tabla 43

Tipo de Lesión Osteomucfibrosa											
Sexo	Rango de Edad	Exostosis		Leucoplasia		Ulceración		Sin Alteración		Total General	
<b>Femenino</b>	0-4 años		0%		0%		0%	1	1%	1	1%
	5-11 años		0%		0%		0%	4	5%	4	5%
	12-19 años		0%		0%		0%	5	6%	5	6%
	20-40 años		0%		0%		0%	27	33%	27	33%
	41-60 años		0%		0%		0%	8	10%	8	10%
	61 a más años		0%		0%		0%	7	9%	7	9%
Total Femenino			0%		0%		0%	52	64%	52	64%
<b>Masculino</b>	0-4 años		0%		0%		0%	1	1%	1	1%
	5-11 años		0%		0%		0%	2	2%	2	2%
	12-19 años		0%		0%		0%	4	5%	4	5%
	20-40 años	1	1%	1	1%		0%	13	16%	15	19%
	41-60 años		0%		0%		0%	4	5%	4	5%
	61 a más años	1	1%		0%	1	1%	1	1%	3	4%
Total Masculino		2	2%	1	1%	1	1%	25	31%	29	36%
<b>Total General</b>		<b>2</b>	<b>2%</b>	<b>1</b>	<b>1%</b>	<b>1</b>	<b>1%</b>	<b>77</b>	<b>95%</b>	<b>81</b>	<b>100%</b>

Gráfico 31

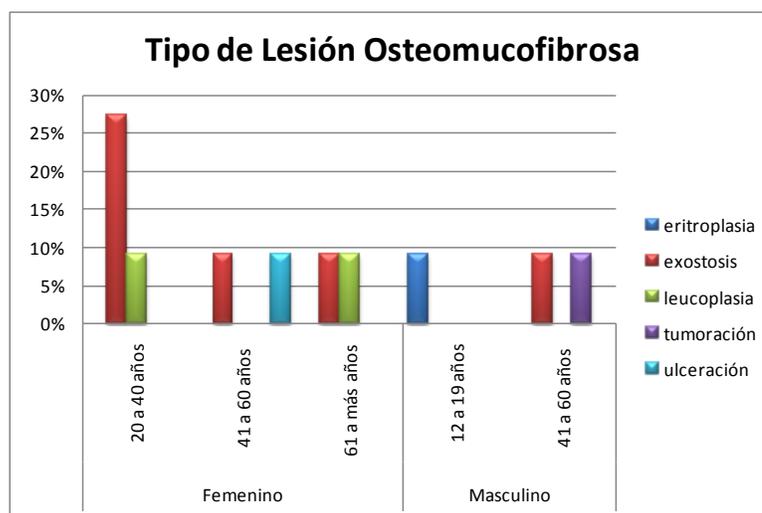


El presente gráfico muestra el tipo de lesión Osteomucfibrosa encontradas en los pacientes que asisten al Cruz Roja Salvadoreña, donde se representa un 1% para cada tipo de lesión encontrada (exostosis, leucoplasia y ulceración), según rango de edad y sexo.

Tabla 44

		Tipo de Lesión													
Sexo	Rango de Edad	Eritroplasia	Exostosis	Leucoplasia	Tumoración	Ulceración	Sin Alteración	Total General							
Femenino	0 a 4 años	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%							
	5 a 11 años	0%	0%	0%	0%	0%	6	7%	6						
	12 a 19 años	0%	0%	0%	0%	0%	7	8%	7						
	20 a 40 años	0%	3	3%	1	1%	0%	22	26%	26					
	41 a 60 años	0%	1	1%	0%	0%	1	14	16%	16					
	61 a más años	0%	1	1%	1	1%	0%	1	1%	3					
Total Femenino		0%	5	6%	2	2%	0%	1	1%	50	58%	58	67%		
Masculino	0 a 4 años	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%						
	5 a 11 años	0%	0%	0%	0%	0%	2	2%	2						
	12 a 19 años	1	1%	0%	0%	0%	0%	3	3%	4					
	20 a 40 años	0%	0%	0%	0%	0%	0%	11	13%	11					
	41 a 60 años	0%	1	1%	0%	1	1%	0%	4	5%	6				
	61 a más años	0%	0%	0%	0%	0%	0%	5	6%	5					
Total Masculino		1	1%	1	1%	0%	1	1%	0%	25	29%	28	33%		
Total General		1	1%	6	7%	2	2%	1	1%	1	1%	75	87%	86	100%

Gráfico 32

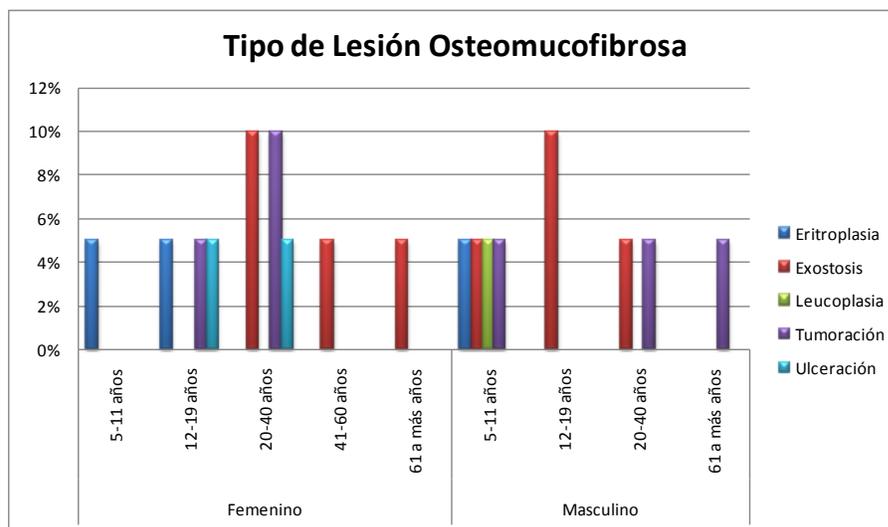


El presente gráfico muestra el tipo de lesión Osteomucofibrosa encontradas en los pacientes que asisten al Clínica Asistencial Corazón de María, donde se representa un 7% con exostosis y un 1% con ulceración según rango de edad y sexo.

Tabla 45

Tipo de Lesión Osteomucofibrosa															
Sexo	Rango de edad	Eritroplasia	Exostosis	Leucoplasia	Tumoración	Ulceración	Sin alteración	Total General							
Femenino	0-4 años		0%		0%		0%		0%		0%	5	6%	5	6%
	5-11 años	1	1%		0%		0%		0%		0%	8	9%	9	10%
	12-19 años	1	1%		0%		0%	1	1%	1	1%	14	16%	17	19%
	20-40 años		0%	2	2%		0%	2	2%	1	1%	15	17%	20	22%
	41-60 años		0%	1	1%		0%		0%		0%	2	2%	3	3%
	61 a más años		0%	1	1%		0%		0%		0%	1	1%	2	2%
Total Femenino		2	2%	4	4%		0%	3	3%	2	2%	45	50%	56	62%
Masculino	0-4 años		0%		0%		0%		0%		0%	3	3%	3	3%
	5-11 años	1	1%	1	1%	1	1%	1	1%		0%	8	9%	12	13%
	12-19 años		0%	2	2%		0%		0%		0%	5	6%	7	8%
	20-40 años		0%	1	1%		0%	1	1%		0%	8	9%	10	11%
	41-60 años		0%		0%		0%		0%		0%	1	1%	1	1%
	61 a más años		0%		0%		0%	1	1%		0%		0%	1	1%
Total Masculino		1	1%	4	4%	1	1%	3	3%		0%	25	28%	34	38%
Total General		3	3%	8	9%	1	1%	6	7%	2	2%	70	78%	90	100%

Gráfico 33



El presente gráfico presenta el tipo de lesión Osteomucofibrosa encontradas en los pacientes que asisten a Unidad de Salud Panchimalco, donde se representa un 9% con exostosis y un 1% con leucoplasia, según rango de edad y sexo.

Tabla 46

Ubicación de tipo de lesión													
Sexo	Rango de edad	Encías				Piso de Boca				Paldar Duro			
		Ulceración		Sin alteración		Exostosis		Sin alteración		Exostosis		Sin alteración	
<b>Femenino</b>	0 - 4 años		0%	3	4%		0%	3	4%		0%	3	4%
	5 - 11 años	1	1%	25	33%		0%	26	34%		0%	26	34%
	12 - 19 años		0%	6	8%	2	3%	4	5%	1	1%	5	7%
	20 - 40 años		0%	7	9%		0%	7	9%		0%	7	9%
	41-60 años		0%	3	4%		0%	3	4%		0%	3	4%
	61 a más años		0%	2	3%	1	1%	1	1%	1	1%	1	1%
Total Femenino		1	1%	46	61%	3	4%	44	58%	2	3%	45	59%
<b>Masculino</b>	5 - 11 años		0%	17	22%		0%	17	22%		0%	17	22%
	12 - 19 años		0%	2	3%		0%	2	3%		0%	2	3%
	20 - 40 años	1	1%	5	7%		0%	6	8%		0%	6	8%
	41-60 años		0%	2	3%		0%	2	3%		0%	2	3%
	61 a más años		0%	2	3%		0%	2	3%		0%	2	3%
Total Masculino		1	1%	28	37%		0%	29	38%		0%	29	38%
<b>Total General</b>		<b>2</b>	<b>3%</b>	<b>74</b>	<b>97%</b>	<b>3</b>	<b>4%</b>	<b>73</b>	<b>96%</b>	<b>2</b>	<b>3%</b>	<b>74</b>	<b>97%</b>

La presente Tabla muestra a la población en estudio del Hospital Militar Central, donde se representa la ubicación del tipo de lesión osteomucofibrosa encontrada, con un 4% de exostosis en piso de boca y un 3% con ulceración en encía, según su rango de edad y sexo.

Tabla 47

Ubicación de tipo de lesión									
Sexo	Rango de Edad	Paladar Duro		Lengua			Piso de la Boca		
		Tumoración		Leucoplasia		Ulceración	Exostosis		
<b>Femenino</b>	0-4 años		0%		0%	0%			0%
	5-11 años		0%		0%	0%			0%
	12-19 años		0%		0%	0%			0%
	20-40 años		0%		0%	0%			0%
	41-60 años		0%		0%	0%			0%
	61 a más años		0%		0%	0%			0%
Total Femenino			0%		0%	0%			0%
<b>Masculino</b>	0-4 años		0%		0%	0%			0%
	5-11 años		0%		0%	0%			0%
	12-19 años		0%		0%	0%			0%
	20-40 años		0%	1	1%	0%		1	1%
	41-60 años		0%		0%	0%			0%
	61 a más años	1	1%		0%	1%	1		0%
Total Masculino		1	1%	1	1%	1%	1	1	1%
Total General		1	1%	1	1%	1%	1	1	1%

La presente Tabla muestra la población estudiada en Cruz Roja Salvadoreña, donde se representa la ubicación del tipo de lesión osteomucopfibrosa encontrada, con un 1% en exostosis en paladar duro y otro en piso de boca y un 1% en leucoplasia y ulceración en lengua, según su rango de edad y sexo.

Tabla 48

Ubicación de tipo de lesión																			
Sexo	Rango de Edad	Labios				Carrillo					Paladar Duro				Amígdalas				
		Ulceración		Sin Alteración		Leucoplasia		Tumoración			Sin Alteración		Exostosis		Sin Alteración		Eritroplasia	Sin Alteración	
Femenino	0 a 4 años		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%
	5 a 11 años		0%	6	7%		0%		0%	6	7%		0%	6	7%		0%	6	7%
	12 a 19 años		0%	7	8%		0%		0%	7	8%		0%	7	8%		0%	7	8%
	20 a 40 años		0%	26	30%	1	1%		0%	25	29%	3	3%	23	27%		0%	26	30%
	41 a 60 años	1	1%	15	17%		0%		0%	16	19%	1	1%	15	17%		0%	16	19%
	61 a más años		0%	3	3%	1	1%		0%	2	2%	1	1%	2	2%		0%	3	3%
Total Femenino		1	1%	57	66%	2	2%		0%	56	65%	5	6%	53	62%		0%	58	67%
Masculino	0 a 4 años		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%
	5 a 11 años		0%	2	2%		0%		0%	2	2%		0%	2	2%		0%	2	2%
	12 a 19 años		0%	4	5%		0%		0%	4	5%	5	0%	4	5%	1	1%	3	3%
	20 a 40 años		0%	11	13%		0%		0%	11	13%		0%	11	13%		0%	11	13%
	41 a 60 años		0%	6	7%		0%	1	1%	5	6%	1	1%		6%		0%	6	7%
	61 a más años		0%	5	6%		0%		0%	5	6%		0%	5	6%		0%	5	6%
Total Masculino			0%	28	33%		0%	1	1%	27	31%	1	1%	27	31%	1	1%	27	31%
Total General		1	1%	85	99%	2	2%	1	1%	83	97%	6	7%	80	93%	1	1%	85	99%

La presente Tabla muestra la población estudiada de la Clínica Asistencial Corazón de María, la ubicación del tipo lesión osteomucofibrosa encontrada, con un 7% exostosis en paladar duro y un 1% tumoración en carrillo, según sexo y rango de edad.

Tabla 49

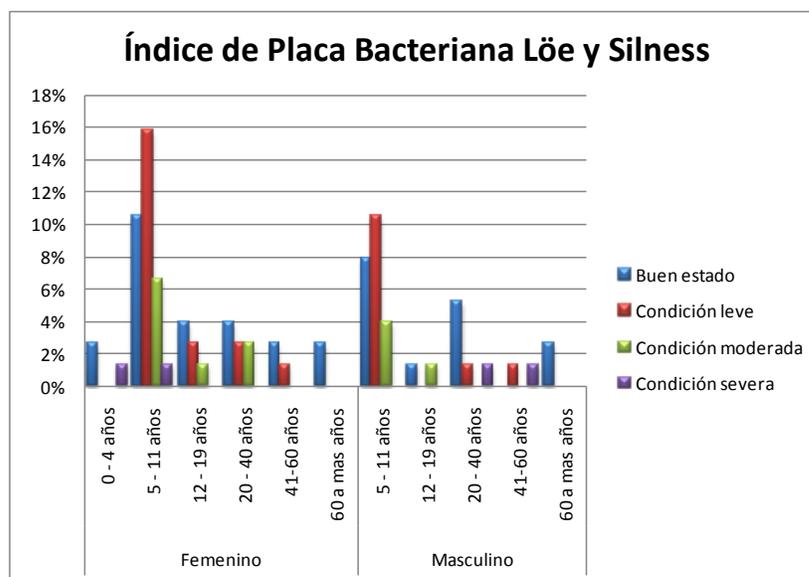
Ubicación de tipo de lesión																			
Sexo	Rango de edad	Cara y cuello		Carrillos		Lengua		Labio		Paladar duro		Piso de boca							
		Eritroplasia	Tumoración	Tumoración	Leucoplasia	Ulceración	Eritroplasia	Tumoración	Exostosis	Eritroplasia	Exostosis								
<b>Femenino</b>	0-4 años		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%			
	5-11 años		0%	0%	0%	0%	0%	0%	1	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%			
	12-19 años		0%	0%	1	1%	0%	0%	1	1%	0%	0%	0%	1	1%	0%			
	20-40 años		0%	2	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2	2%	0%	1%	0%			
	41-60 años		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1	1%	0%	0%	1	1%			
	61 a más años		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1	1%	0%	0%	0%	0%			
Total femenino			0%	2	2%	1	1%	0%	1	1%	1	1%	0%	4	4%	1	1%	1	1%
<b>Masculino</b>	0-4 años		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%		
	5-11 años	1	1%	1	1%	0%	1	1%	0%	0%	0%	1	1%	0%	0%	0%			
	12-19 años		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2	2%	0%	0%	1	1%			
	20-40 años		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1	1%	1	1%	0%	0%	0%			
	41-60 años		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%			
	61 a más años		0%	1	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%			
Total masculino		1	1%	2	2%	0%	1	1%	0%	0%	1	1%	4	4%	0%	1	1%		
Total General		1	1%	4	4%	1	1%	1	1%	1	1%	1	1%	8	9%	1	1%	2	2%

La presente Tabla presenta a la población de Unidad de Salud Panchimalco, donde se muestra la ubicación de tipo de lesión osteomucofibrosa encontrada, con un 9% de exostosis en paladar duro y un 1% de ulceración en encía, según rango de edad y sexo.

Tabla 50

Índice de Placa bacteriana Løe Silness											
Sexo	Rango de edad	Buen estado		Condición leve		Condición moderada		Condición severa		Total General	
<b>Femenino</b>	0 - 4 años	2	3%		0%		0%	1	1%	3	4%
	5 - 11 años	8	11%	12	16%	5	7%	1	1%	26	34%
	12 - 19 años	3	4%	2	3%	1	1%		0%	6	8%
	20 - 40 años	3	4%	2	3%	2	3%		0%	7	9%
	41-60 años	2	3%	1	1%		0%		0%	3	4%
	61 a más años	2	3%		0%		0%		0%	2	3%
Total Femenino		20	26%	17	22%	8	11%	2	3%	47	62%
<b>Masculino</b>	5 - 11 años	6	8%	8	11%	3	4%		0%	17	22%
	12 - 19 años	1	1%		0%	1	1%		0%	2	3%
	20 - 40 años	4	5%	1	1%		0%	1	1%	6	8%
	41-60 años		0%	1	1%		0%	1	1%	2	3%
	61 a más años	2	3%		0%		0%		0%	2	3%
Total Masculino		13	17%	10	13%	4	5%	2	3%	29	38%
<b>Total General</b>		<b>33</b>	<b>43%</b>	<b>27</b>	<b>36%</b>	<b>12</b>	<b>16%</b>	<b>4</b>	<b>5%</b>	<b>76</b>	<b>100%</b>

Gráfico 34

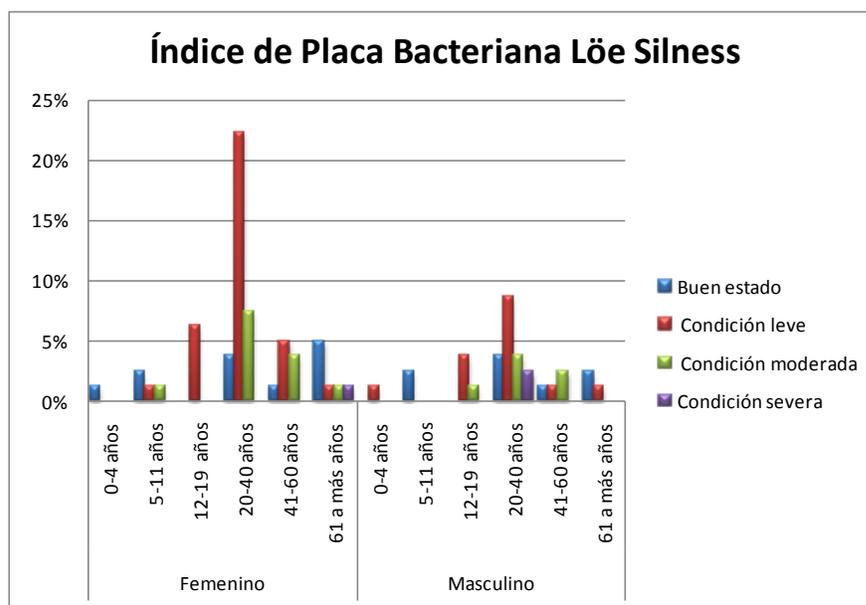


El presente gráfico muestra la población en estudio del Hospital Militar Central, donde se representa el Índice de Placa bacteriana de Løe y Silness, con un 43% en buen estado y un 5% en condición severa, según rango de edad y sexo.

Tabla 51

Índice de Placa Bacteriana Løe Silness											
Sexo	Rango de Edad	Buen estado		Condición leve		Condición moderada		Condición severa		Total General	
Femenino	0-4 años	1	1%		0%		0%		0%	1	1%
	5-11 años	2	2%	1	1%	1	1%		0%	4	5%
	12-19 años		0%	5	6%		0%		0%	5	6%
	20-40 años	3	4%	18	22%	6	7%		0%	27	33%
	41-60 años	1	1%	4	5%	3	4%		0%	8	10%
	61 a más años	4	5%	1	1%	1	1%	1	1%	7	9%
Total Femenino		11	14%	29	36%	11	14%	1	1%	52	64%
Masculino	0-4 años		0%	1	1%		0%		0%	1	1%
	5-11 años	2	2%		0%		0%		0%	2	2%
	12-19 años		0%	3	4%	1	1%		0%	4	5%
	20-40 años	3	4%	7	9%	3	4%	2	2%	15	19%
	41-60 años	1	1%	1	1%	2	2%		0%	4	5%
	61 a más años	2	2%	1	1%		0%		0%	3	4%
Total Masculino		8	10%	13	16%	6	7%	2	2%	29	36%
Total General		19	23%	42	52%	17	21%	3	4%	81	100%

Gráfico 35

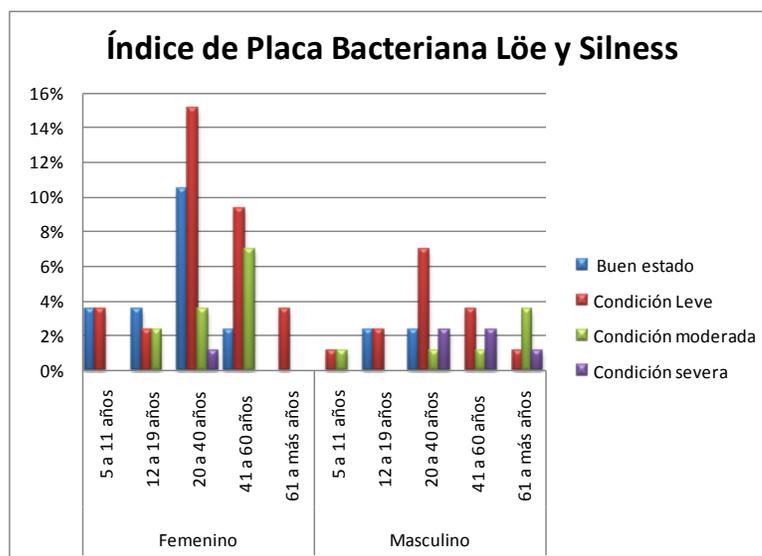


El presente gráfico muestra la población en estudio de la Cruz Roja Salvadoreña, donde se representa el Índice de Placa bacteriana de Løe y Silness, con un 52% en condición leve y un 4% en condición severa, según rango de edad y sexo.

Tabla 52

Índice Placa Bacteriana Løe y Silness											
Sexo	Rango de Edad	Buen Estado		Condición Leve		Condición Moderada		Condición Severa		Total General	
Femenino	0 a 4 años		0%		0%		0%		0%		0%
	5 a 11 años	3	3%	3	3%		0%		0%	6	7%
	12 a 19 años	3	3%	2	2%	2	2%		0%	7	8%
	20 a 40 años	9	10%	13	15%	3	3%	1	1%	26	30%
	41 a 60 años	2	2%	8	9%	6	7%		0%	16	19%
	61 a más años		0%	3	3%		0%		0%	3	3%
Total Femenino		17	20%	29	34%	11	13%	1	1%	58	67%
Masculino	0 a 4 años		0%		0%		0%		0%		0%
	5 a 11 años		0%	1	1%	1	1%		0%	2	2%
	12 a 19 años	2	2%	2	2%		0%		0%	4	5%
	20 a 40 años	2	2%	6	7%	1	1%	2	2%	11	13%
	41 a 60 años		0%	3	3%	1	1%	2	2%	6	7%
	61 a más años		0%	1	1%	3	3%	1	1%	5	6%
Total Masculino		4	5%	13	15%	6	7%	5	6%	28	33%
Total General		21	24%	42	49%	17	20%	6	7%	86	100%

Gráfico 36

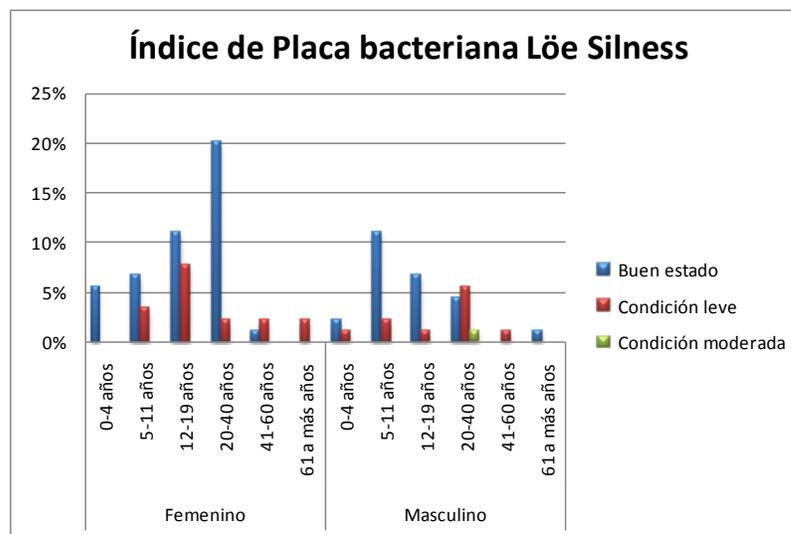


El presente gráfico muestra la población en estudio de la Clínica Asistencial Corazón de María, donde se representa el Índice de Placa bacteriana de Løe y Silness, con un 49% en condición leve y un 7% en condición severa, según rango de edad y sexo.

Tabla 53

Índice de Placa bacteriana Løe Silness									
Sexo	Rango de edad	Buen estado		Condición leve		Condición moderada		Total General	
<b>Femenino</b>	0-4 años	5	6%		0%		0%	5	6%
	5-11 años	6	7%	3	3%		0%	9	10%
	12-19 años	10	11%	7	8%		0%	17	19%
	20-40 años	18	20%	2	2%		0%	20	22%
	41-60 años	1	1%	2	2%		0%	3	3%
	61 a más años		0%	2	2%		0%	2	2%
Total Femenino		40	44%	16	18%		0%	56	62%
<b>Masculino</b>	0-4 años	2	2%	1	1%		0%	3	3%
	5-11 años	10	11%	2	2%		0%	12	13%
	12-19 años	6	7%	1	1%		0%	7	8%
	20-40 años	4	4%	5	6%	1	1%	10	11%
	41-60 años		0%	1	1%		0%	1	1%
	61 a más años	1	1%		0%		0%	1	1%
Total Masculino		23	26%	10	11%	1	1%	34	38%
<b>Total General</b>		<b>63</b>	<b>70%</b>	<b>26</b>	<b>29%</b>	<b>1</b>	<b>1%</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>

Gráfico 37

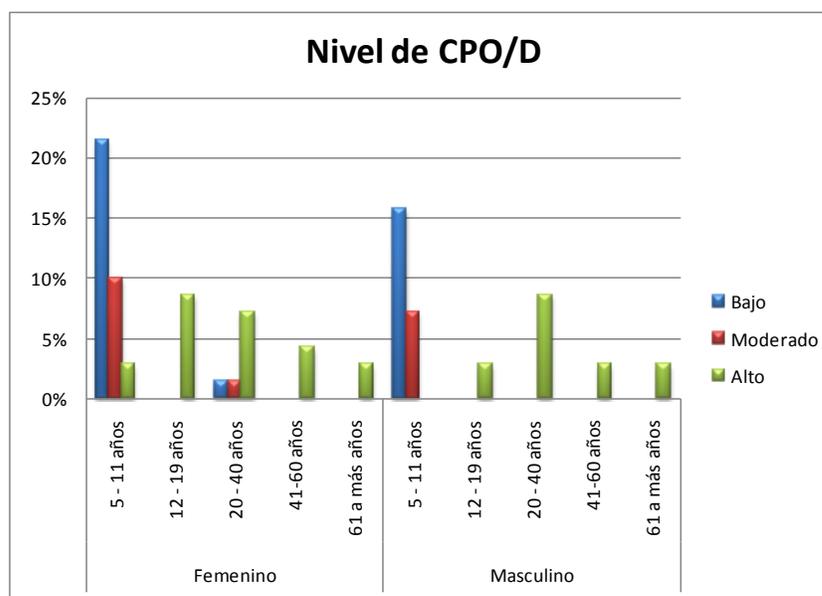


El presente gráfico muestra la población en estudio de la Unidad de Salud Panchimalco, donde se representa el Índice de Placa bacteriana de Løe y Silness, con un 70% en buen estado y un 1% en condición severa, según rango de edad y sexo.

Tabla 54

Nivel CPO/D									
Sexo	Rango de edad	Bajo		Moderado		Alto		Total General	
<b>Femenino</b>	5 - 11 años	15	21%	7	10%	2	3%	24	34%
	12 - 19 años		0%		0%	6	9%	6	9%
	20 - 40 años	1	1%	1	1%	5	7%	7	10%
	41-60 años		0%		0%	3	4%	3	4%
	61 a más años		0%		0%	2	3%	2	3%
Total Femenino		16	23%	8	11%	18	26%	42	60%
<b>Masculino</b>	5 - 11 años	11	16%	5	7%		0%	16	23%
	12 - 19 años		0%		0%	2	3%	2	3%
	20 - 40 años		0%		0%	6	9%	6	9%
	41-60 años		0%		0%	2	3%	2	3%
	61 a más años		0%		0%	2	3%	2	3%
Total Masculino		11	16%	5	7%	12	17%	28	40%
<b>Total General</b>		<b>27</b>	<b>39%</b>	<b>13</b>	<b>19%</b>	<b>30</b>	<b>43%</b>	<b>70</b>	<b>100%</b>

Gráfico 38

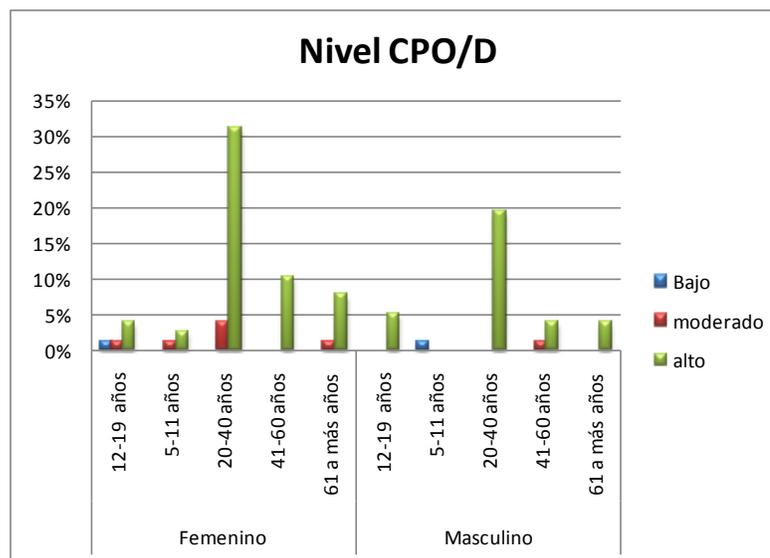


El presente gráfico muestra a la población en estudio del Hospital Militar Central, donde se representa el Índice CPO/D, con un 43% en un nivel alto y un 19% en un nivel moderado, según rango de edad y sexo.

Tabla 55

Nivel CPO/D									
Sexo	Rango de Edad	Bajo	Moderado	Alto	Total General				
<b>Femenino</b>	5-11 años	0%	1	1%	1	1%	2	3%	
	12-19 años	0%	1	1%	2	3%	3	4%	
	20-40 años	0%	1	1%	23	34%	24	36%	
	41-60 años	0%	0%	0%	8	12%	8	12%	
	61 a más años	0%	1	1%	6	9%	7	10%	
Total Femenino		0%	4	6%	40	60%	44	66%	
<b>Masculino</b>	5-11 años	0%	0%	0%	0%	0%	0	0%	
	12-19 años	0%	0%	0%	3	4%	3	4%	
	20-40 años	0%	0%	0%	14	21%	14	21%	
	41-60 años	0%	1	1%	2	3%	3	4%	
	61 a más años	0%	0%	0%	3	4%	3	4%	
Total Masculino		0%	1	1%	22	33%	23	34%	
<b>Total General</b>		<b>0%</b>	<b>5</b>	<b>7%</b>	<b>62</b>	<b>93%</b>	<b>67</b>	<b>100%</b>	

Gráfico 39

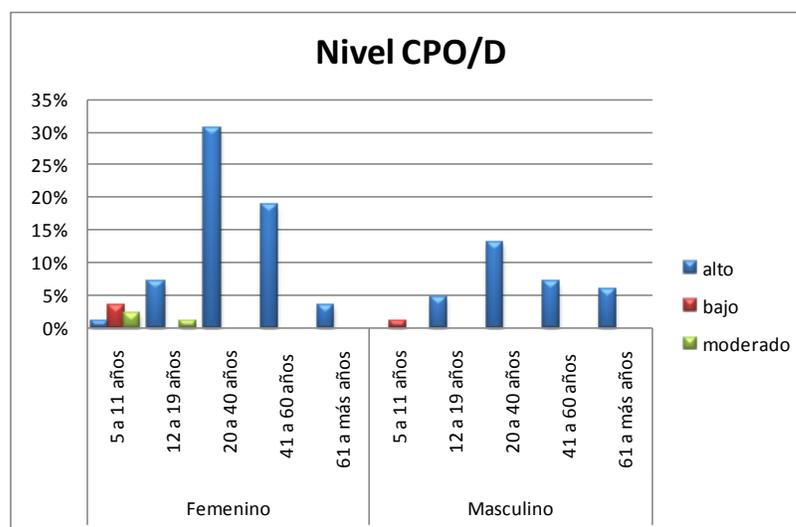


El presente gráfico muestra a la población en estudio de la Cruz Roja Salvadoreña, donde se representa el Índice CPO/D, con un 93% en un nivel alto y un 7% en un nivel moderado, según rango de edad y sexo.

Tabla 56

Nivel CPO/D									
Sexo	Rango de Edad	Bajo		Moderado		Alto		Total General	
<b>Femenino</b>	0 a 4 años		0%		0%		0%		0%
	5 a 11 años	3	4%	2	2%	1	1%	6	7%
	12 a 19 años		0%	1	1%	6	7%	7	8%
	20 a 40 años		0%		0%	26	31%	26	31%
	41 a 60 años		0%		0%	16	19%	16	19%
	61 a más años		0%		0%	3	4%	3	4%
Total Femenino		3	4%	3	4%	52	61%	58	68%
<b>Masculino</b>	0 a 4 años		0%		0%		0%		0%
	5 a 11 años	1	1%		0%		0%	1	1%
	12 a 19 años		0%		0%	4	5%	4	5%
	20 a 40 años		0%		0%	11	13%	11	13%
	41 a 60 años		0%		0%	6	7%	6	7%
	61 a más años		0%		0%	5	6%	5	6%
Total Masculino		1	1%		0%	26	31%	27	32%
<b>Total General</b>		<b>4</b>	<b>5%</b>	<b>3</b>	<b>4%</b>	<b>78</b>	<b>92%</b>	<b>85</b>	<b>100%</b>

Gráfico 40

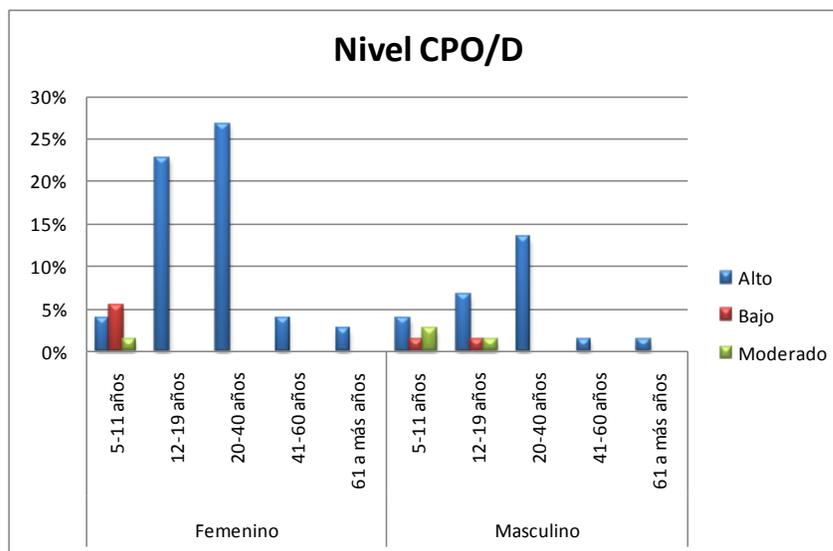


El presente gráfico muestra a la población en estudio de la Clínica Asistencial Corazón de María, donde se representa el Índice CPO/D, con un 92% en un nivel alto y un 4% en un nivel moderado, según rango de edad y sexo.

Tabla 57

Nivel CPO/D									
Sexo	Rangos de edad	Bajo		Moderado		Alto		Total General	
<b>Femenino</b>	5-11 años	4	5%	1	1%	3	4%	8	11%
	12-19 años		0%		0%	17	23%	17	23%
	20-40 años		0%		0%	20	27%	20	27%
	41-60 años		0%		0%	3	4%	3	4%
	61 a más años		0%		0%	2	3%	2	3%
Total Femenino		4	5%	1	1%	45	60%	50	67%
<b>Masculino</b>	5-11 años	1	1%	2	3%	3	4%	6	8%
	12-19 años	1	1%	1	1%	5	7%	7	9%
	20-40 años		0%		0%	10	13%	10	13%
	41-60 años		0%		0%	1	1%	1	1%
	61 a más años		0%		0%	1	1%	1	1%
Total Masculino		2	3%	3	4%	20	27%	25	33%
<b>Total General</b>		<b>4</b>	<b>5%</b>	<b>6</b>	<b>8%</b>	<b>65</b>	<b>87%</b>	<b>75</b>	<b>100%</b>

Gráfico 41

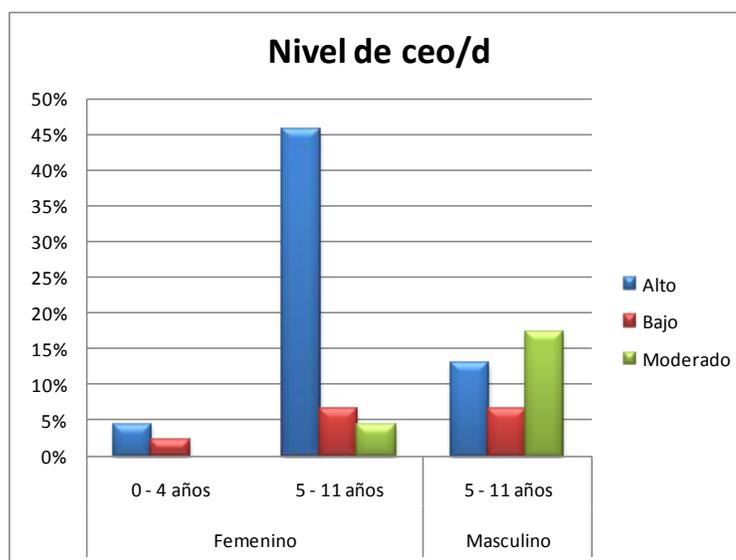


El presente gráfico muestra a la población en estudio de la Unidad de Salud Panchimalco, donde se representa el Índice CPO/D, con un 87% en un nivel alto y un 5% en un nivel bajo, según rango de edad y sexo.

Tabla 58

Nivel ceo/d									
Sexo	Rango de edad	Bajo		Moderado		Alto		Total General	
Femenino	0 - 4 años	1	2%		0%	2	4%	3	7%
	5 - 11 años	3	7%	2	4%	21	46%	26	57%
Total Femenino		4	9%	2	4%	23	50%	29	63%
Masculino	5 - 11 años	3	7%	8	17%	6	13%	17	37%
Total Masculino		3	7%	8	17%	6	13%	17	37%
<b>Total General</b>		<b>7</b>	<b>15%</b>	<b>10</b>	<b>22%</b>	<b>29</b>	<b>63%</b>	<b>46</b>	<b>100%</b>

Gráfico 42

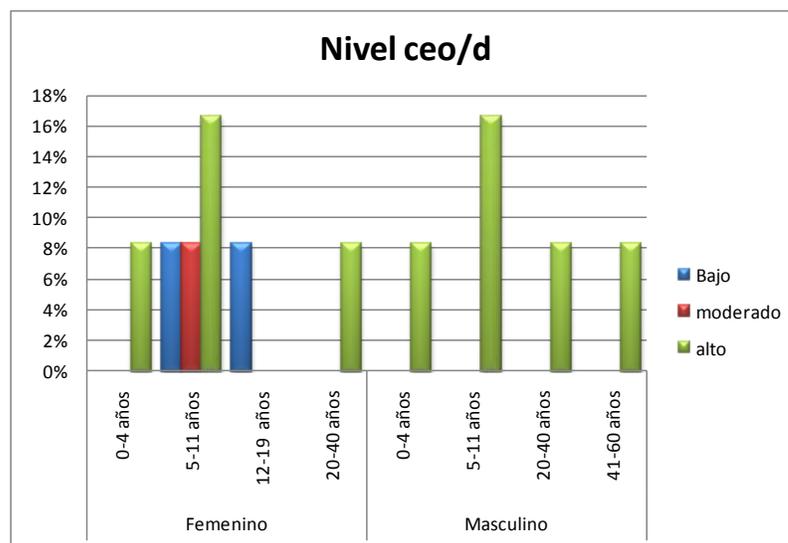


El presente gráfico muestra a la población en estudio del Hospital Militar Central, donde se representa el Índice ceo/d, con un 63% en un nivel alto y un 15% con un nivel bajo, según rango de edad y sexo.

Tabla 59

Nivel ceo/d									
Sexo	Rango de Edad	Bajo		Moderado		Alto		Total General	
Femenino	0-4 años		0%		0%	1	11%	1	11%
	5-11 años	1	11%	1	11%	2	22%	4	44%
	12-19 años	1	11%		0%		0%	1	11%
Total Femenino		2	22%	1	11%	3	33%	6	67%
Masculino	0-4 años		0%		0%	1	11%	1	11%
	5-11 años		0%		0%	2	22%	2	22%
Total Masculino			0%		0%	3	33%	3	33%
<b>Total General</b>		<b>2</b>	<b>22%</b>	<b>1</b>	<b>11%</b>	<b>6</b>	<b>67%</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>

Gráfico 43

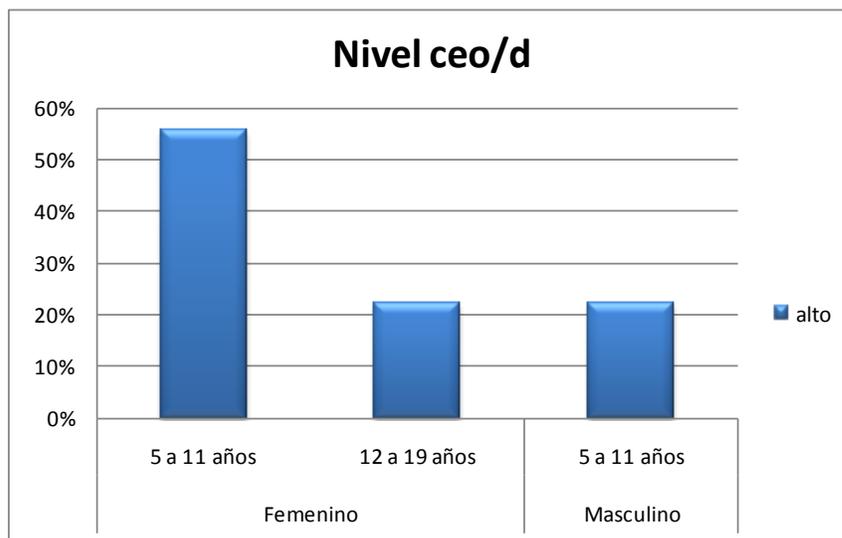


El presente gráfico muestra a la población en estudio de Cruz Roja Salvadoreña, donde se representa el Índice ceo/d, con un 67% en un nivel alto y un 11% con un nivel moderado, según rango de edad y sexo.

Tabla 60

Nivel ceo/d					
Sexo	Rango de Edad	Alto		Total General	
<b>Femenino</b>	5 a 11 años	5	56%	5	56%
	12 a 19 años	2	22%	2	22%
Total Femenino		7	78%	7	78%
<b>Masculino</b>	5 a 11 años	2	22%	2	22%
	Total Masculino		2	22%	2
<b>Total General</b>		<b>9</b>	<b>100%</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>

Gráfico 44

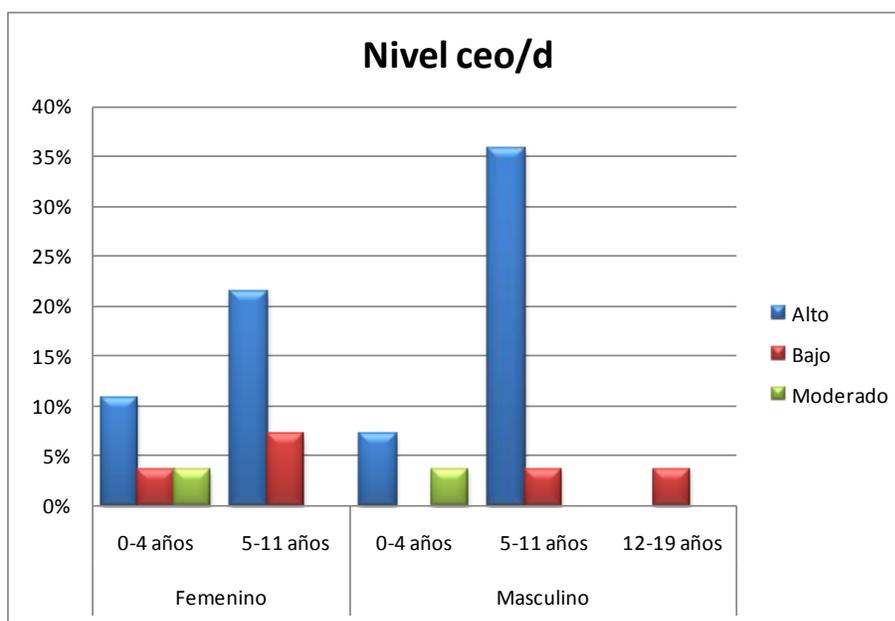


El presente gráfico muestra a la población en estudio de Clínica Asistencial Corazón de María, donde se representa el Índice ceo/d, con un 100% en un nivel alto, según rango de edad y sexo.

Tabla 61

Nivel ceo/d									
Sexo	Rango de edad	Bajo		Moderado		Alto		Total General	
<b>Femenino</b>	0-4 años	1	4%	1	4%	3	11%	5	18%
	5-11 años	2	7%		0%	6	21%	8	29%
Total Femenino		3	11%	1	4%	9	32%	13	46%
<b>Masculino</b>	0-4 años		0%	1	4%	2	7%	3	11%
	5-11 años	1	4%		0%	10	36%	11	39%
	12-19 años	1	4%		0%		0%	1	4%
Total Masculino		2	7%	1	4%	12	43%	15	54%
<b>Total General</b>		<b>5</b>	<b>18%</b>	<b>2</b>	<b>7%</b>	<b>21</b>	<b>75%</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>

Gráfico 45

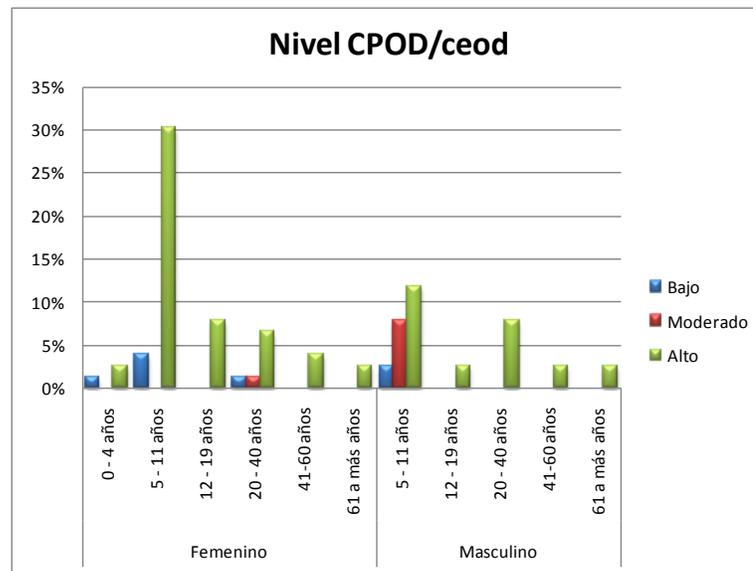


El presente gráfico muestra a la población en estudio de Unidad de Salud Panchimalco, donde se representa el Índice ceo/d, con un 75% en un nivel alto y un 7% como nivel moderado, en cuanto a su rango de edad y sexo.

Tabla 62

Nivel CPOD/ceod									
Sexo	Rango de edad	Bajo		Moderado		Alto		Total General	
Femenino	0 - 4 años	1	1%		0%	2	3%	3	4%
	5 - 11 años	3	4%		0%	23	30%	26	34%
	12 - 19 años		0%		0%	6	8%	6	8%
	20 - 40 años	1	1%	1	1%	5	7%	7	9%
	41-60 años		0%		0%	3	4%	3	4%
	61 a más años		0%		0%	2	3%	2	3%
Total Femenino		5	7%	1	1%	41	54%	47	62%
Masculino	5 - 11 años	2	3%	6	8%	9	12%	17	22%
	12 - 19 años		0%		0%	2	3%	2	3%
	20 - 40 años		0%		0%	6	8%	6	8%
	41-60 años		0%		0%	2	3%	2	3%
	61 a más años		0%		0%	2	3%	2	3%
Total Masculino		2	3%	6	8%	21	28%	29	38%
<b>Total General</b>		<b>7</b>	<b>9%</b>	<b>7</b>	<b>9%</b>	<b>62</b>	<b>82%</b>	<b>76</b>	<b>100%</b>

Gráfico 46

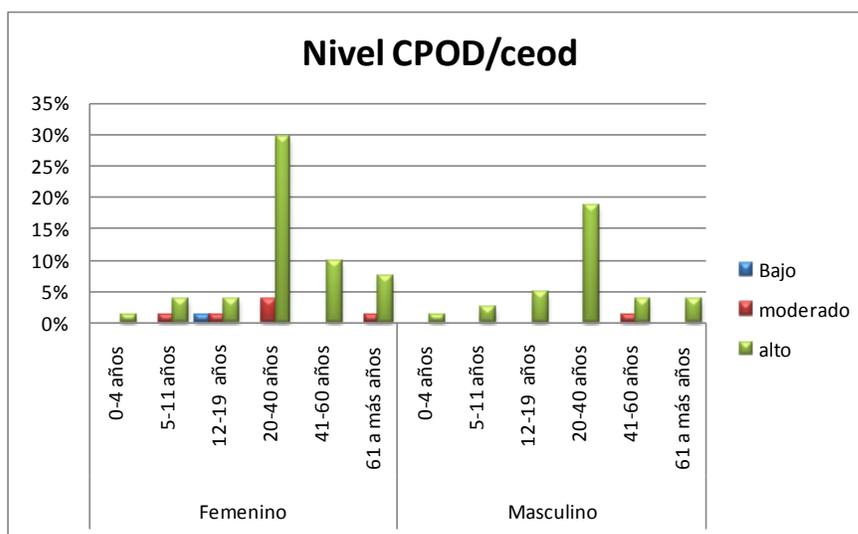


El presente gráfico muestra la población estudiada en el Hospital Militar Central, donde se representa el Índice CPO-D/ceo-d, con un 82% en un nivel alto y un 9% cada uno en un nivel moderado y bajo, en cuanto a su rango de edad y sexo.

Tabla 63

		Nivel CPOD / ceo-d							
Sexo	Rango de edad	Bajo		Moderado		Alto		Total General	
<b>Femenino</b>	0-4 años		0%		0%	1	1%	1	1%
	5-11 años		0%	1	1%	3	4%	4	5%
	12-19 años	1	1%	1	1%	3	4%	5	6%
	20-40 años		0%	3	4%	24	30%	27	33%
	41-60 años		0%		0%	8	10%	8	10%
61 a más años		0%	1	1%	6	7%	7	9%	
Total Femenino		1	1%	6	7%	45	56%	52	64%
<b>Masculino</b>	0-4 años		0%		0%	1	1%	1	1%
	5-11 años		0%		0%	2	2%	2	2%
	12-19 años		0%		0%	4	5%	4	5%
	20-40 años		0%		0%	15	19%	15	19%
	41-60 años		0%	1	1%	3	4%	4	5%
61 a más años		0%		0%	3	4%	3	4%	
Total Masculino			0%	1	1%	28	35%	29	36%
<b>Total General</b>		<b>1</b>	<b>1%</b>	<b>7</b>	<b>9%</b>	<b>73</b>	<b>90%</b>	<b>81</b>	<b>100%</b>

Gráfico 47

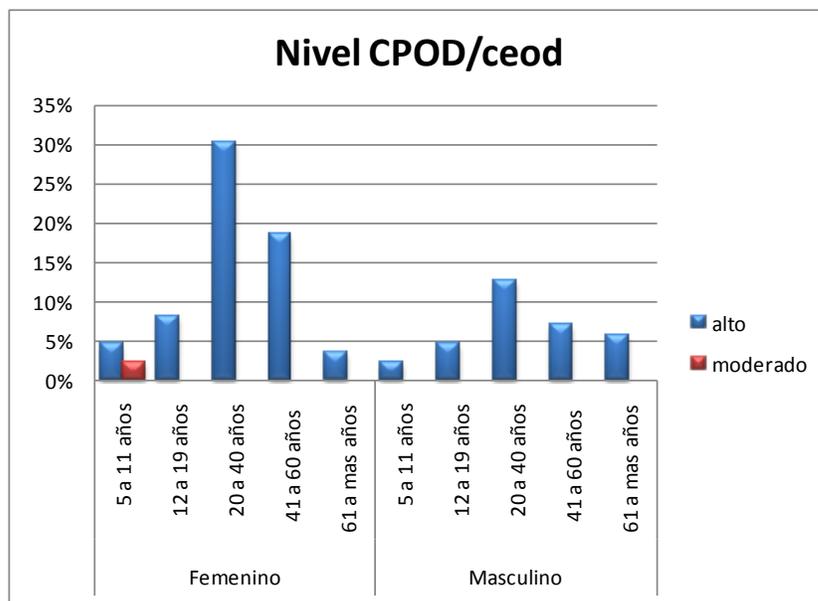


El presente gráfico muestra la población estudiada en Cruz Roja Salvadoreña donde se representa el Índice CPO-D/ceo-d, con un 90% en un nivel alto y un 1% con un nivel bajo, en cuanto a su rango de edad y sexo.

Tabla 64

		Nivel CPOD / ceod							
Sexo	Rango de edad	Bajo		Moderado		Alto		Total General	
Femenino	0-4 años		0%		0%	1	1%	1	1%
	5-11 años		0%	1	1%	3	4%	4	5%
	12-19 años	1	1%	1	1%	3	4%	5	6%
	20-40 años		0%	3	4%	24	30%	27	33%
	41-60 años		0%		0%	8	10%	8	10%
	61 a más años		0%	1	1%	6	7%	7	9%
Total Femenino		1	1%	6	7%	45	56%	52	64%
Masculino	0-4 años		0%		0%	1	1%	1	1%
	5-11 años		0%		0%	2	2%	2	2%
	12-19 años		0%		0%	4	5%	4	5%
	20-40 años		0%		0%	15	19%	15	19%
	41-60 años		0%	1	1%	3	4%	4	5%
	61 a más años		0%		0%	3	4%	3	4%
Total Masculino			0%	1	1%	28	35%	29	36%
Total General		1	1%	7	9%	73	90%	81	100%

Gráfico 48

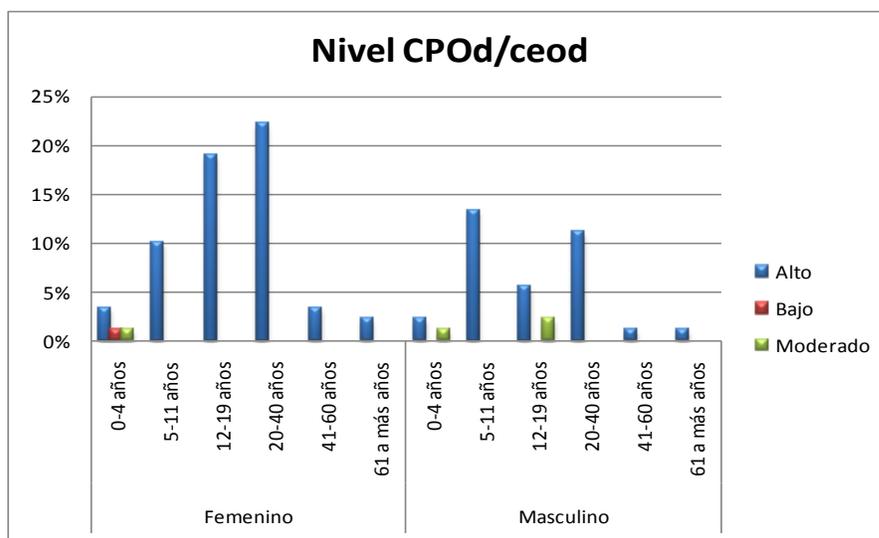


El presente gráfico muestra a la población estudiada en Clínica Asistencial Corazón de María, donde se representa el Índice CPO-D/ceo-d, con un 98% en un nivel alto y un 2% con un nivel moderado, en cuanto a su rango de edad y sexo.

Tabla 65

Nivel CPOD/ceod									
Sexo	Rango por edad	Bajo		Moderado		Alto		Total General	
<b>Femenino</b>	0-4 años	1	1%	1	1%	3	3%	5	6%
	5-11 años		0%		0%	9	10%	9	10%
	12-19 años		0%		0%	17	19%	17	19%
	20-40 años		0%		0%	20	22%	20	22%
	41-60 años		0%		0%	3	3%	3	3%
	61 a más años		0%		0%	2	2%	2	2%
Total Femenino		1	1%	1	1%	54	60%	56	62%
<b>Masculino</b>	0-4 años		0%	1	1%	2	2%	3	3%
	5-11 años		0%		0%	12	13%	12	13%
	12-19 años		0%	2	2%	5	6%	7	8%
	20-40 años		0%		0%	10	11%	10	11%
	41-60 años		0%		0%	1	1%	1	1%
	61 a más años		0%		0%	1	1%	1	1%
Total Masculino			0%	3	3%	31	34%	34	38%
<b>Total General</b>		<b>1</b>	<b>1%</b>	<b>4</b>	<b>4%</b>	<b>85</b>	<b>94%</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>

Gráfico 49

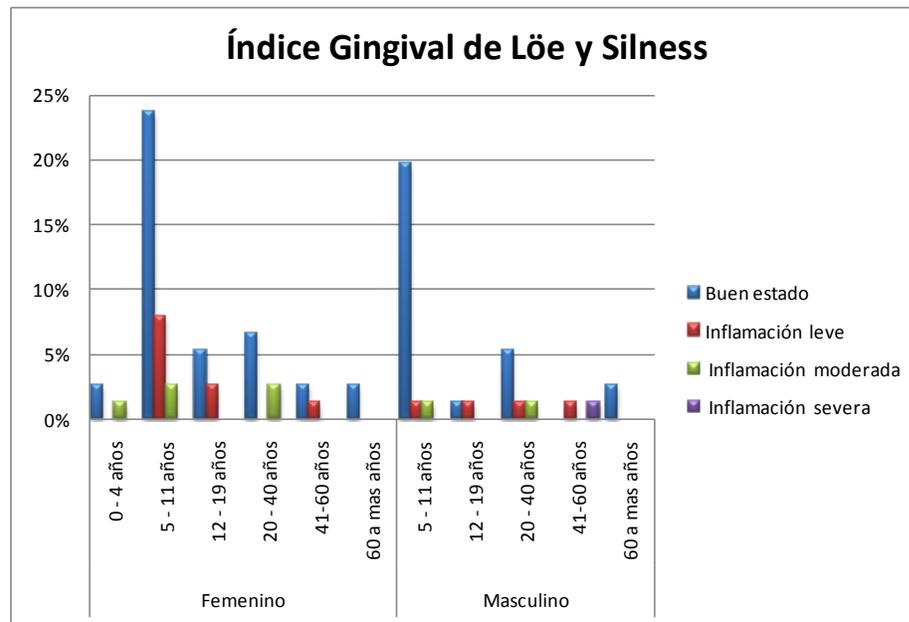


El presente gráfico muestra a la población estudiada en Unidad de Salud de Panchimalco, donde se representa el Índice CPO-D/ceo-d, con un 94% en un nivel alto y un 1% con un nivel bajo, en cuanto a su rango de edad y sexo.

Tabla 66

Índice Gingival Løe Silness											
Sexo	Rango de edad	Buen estado		Inflamación leve		Inflamación moderada		Inflamación severa		Total General	
<b>Femenino</b>	0 - 4 años	2	3%		0%	1	1%		0%	3	4%
	5 - 11 años	18	24%	6	8%	2	3%		0%	26	34%
	12 - 19 años	4	5%	2	3%		0%		0%	6	8%
	20 - 40 años	5	7%		0%	2	3%		0%	7	9%
	41-60 años	2	3%	1	1%		0%		0%	3	4%
	61 a más años	2	3%		0%		0%		0%	2	3%
Total Femenino		33	43%	9	12%	5	7%		0%	47	62%
<b>Masculino</b>	5 - 11 años	15	20%	1	1%	1	1%		0%	17	22%
	12 - 19 años	1	1%	1	1%		0%		0%	2	3%
	20 - 40 años	4	5%	1	1%	1	1%		0%	6	8%
	41-60 años		0%	1	1%		0%	1	1%	2	3%
	61 a más años	2	3%		0%		0%		0%	2	3%
Total Masculino		22	29%	4	5%	2	3%	1	1%	29	38%
<b>Total General</b>		<b>55</b>	<b>72%</b>	<b>13</b>	<b>17%</b>	<b>7</b>	<b>9%</b>	<b>1</b>	<b>1%</b>	<b>76</b>	<b>100%</b>

Gráfico 50

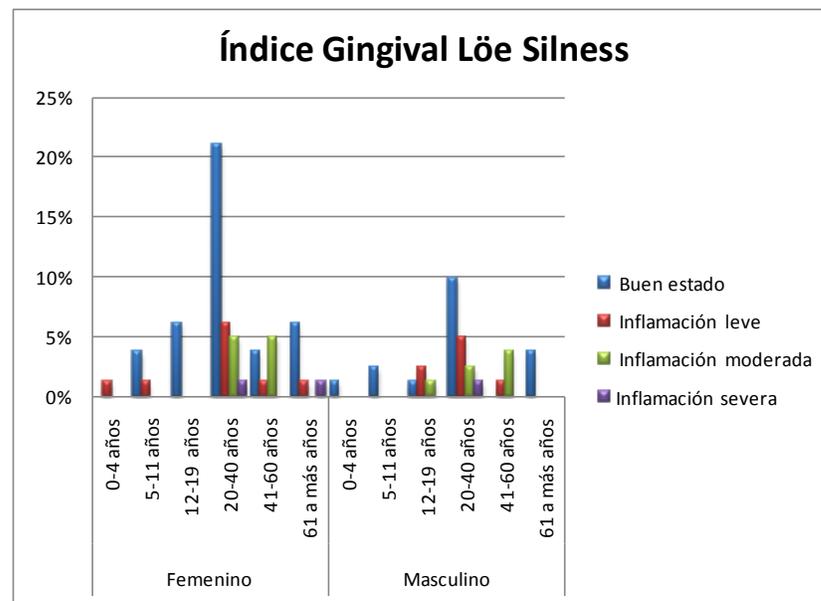


El presente gráfico muestra la población en estudio del Hospital Militar Central, donde se representa el Índice de gingival de Løe y Silness, con un 72% que presentan un buen estado y un 1% con inflamación severa, de acuerdo a su rango de edad y sexo.

Tabla 67

Índice Gingival Løe Silness											
Sexo	Rango de Edad	Buen estado		Inflamación leve		Inflamación moderada		Inflamación severa		Total General	
<b>Femenino</b>	0-4 años		0%	1	1%		0%		0%	1	1%
	5-11 años	3	4%	1	1%		0%		0%	4	5%
	12-19 años	5	6%		0%		0%		0%	5	6%
	20-40 años	17	21%	5	6%	4	5%	1	1%	27	33%
	41-60 años	3	4%	1	1%	4	5%		0%	8	10%
	61 a más años	5	6%	1	1%		0%	1	1%	7	9%
Total Femenino		33	41%	9	11%	8	10%	2	2%	52	64%
<b>Masculino</b>	0-4 años	1	1%		0%		0%		0%	1	1%
	5-11 años	2	2%		0%		0%		0%	2	2%
	12-19 años	1	1%	2	2%	1	1%		0%	4	5%
	20-40 años	8	10%	4	5%	2	2%	1	1%	15	19%
	41-60 años		0%	1	1%	3	4%		0%	4	5%
	61 a más años	3	4%		0%		0%		0%	3	4%
Total Masculino		15	19%	7	9%	6	7%	1	1%	29	36%
<b>Total General</b>		<b>48</b>	<b>59%</b>	<b>16</b>	<b>20%</b>	<b>14</b>	<b>17%</b>	<b>3</b>	<b>4%</b>	<b>81</b>	<b>100%</b>

Gráfico 51

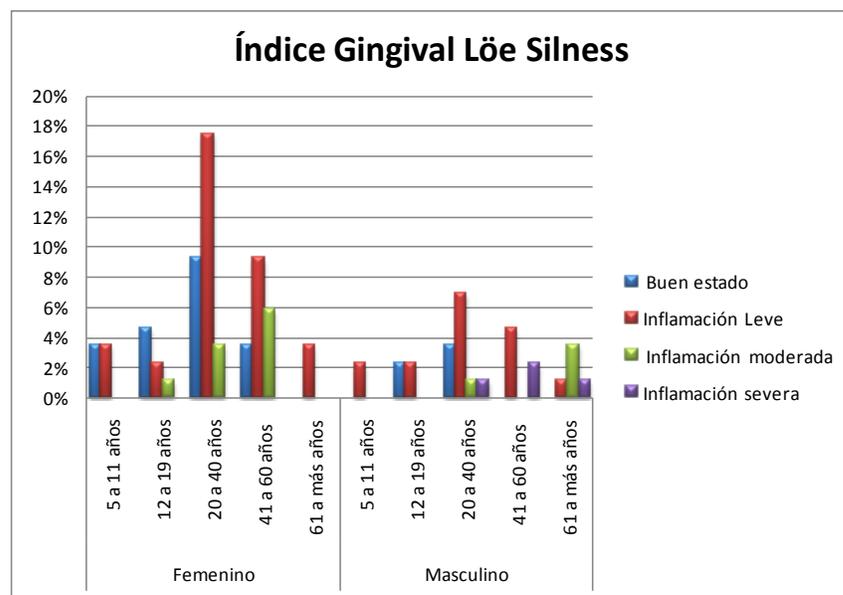


El presente gráfico muestra la población en estudio de Cruz Roja Salvadoreña, donde se representa el Índice de gingival de Løe y Silness, con un 59% que presentan un buen estado y un 4% con inflamación severa, de acuerdo a su rango de edad y sexo.

Tabla 68

Índice Gingival Løe Silness											
Sexo	Rango de Edad	Buen Estado	Inflamación Leve	Inflamación Moderada	Inflamación Severa	Total General					
Femenino	0 a 4 años		0%		0%		0%		0%		0%
	5 a 11 años	3	3%	3	3%		0%		0%	6	7%
	12 a 19 años	4	5%	2	2%	1	1%		0%	7	8%
	20 a 40 años	8	9%	15	17%	3	3%		0%	26	30%
	41 a 60 años	3	3%	8	9%	5	6%		0%	16	19%
	61 a más años		0%	3	3%		0%		0%	3	3%
Total Femenino		18	21%	31	36%	9	10%		0%	58	67%
Masculino	0 a 4 años		0%		0%		0%		0%		0%
	5 a 11 años		0%	2	2%		0%		0%	2	2%
	12 a 19 años	2	2%	2	2%		0%		0%	4	5%
	20 a 40 años	3	3%	6	7%	1	1%	1	1%	11	13%
	41 a 60 años		0%	4	5%		0%	2	2%	6	7%
	61 a más años		0%	1	1%	3	3%	1	1%	5	6%
Total Masculino		5	6%	15	17%	4	5%	4	5%	28	33%
Total General		23	27%	46	53%	13	15%	4	5%	86	100%

Gráfico 52

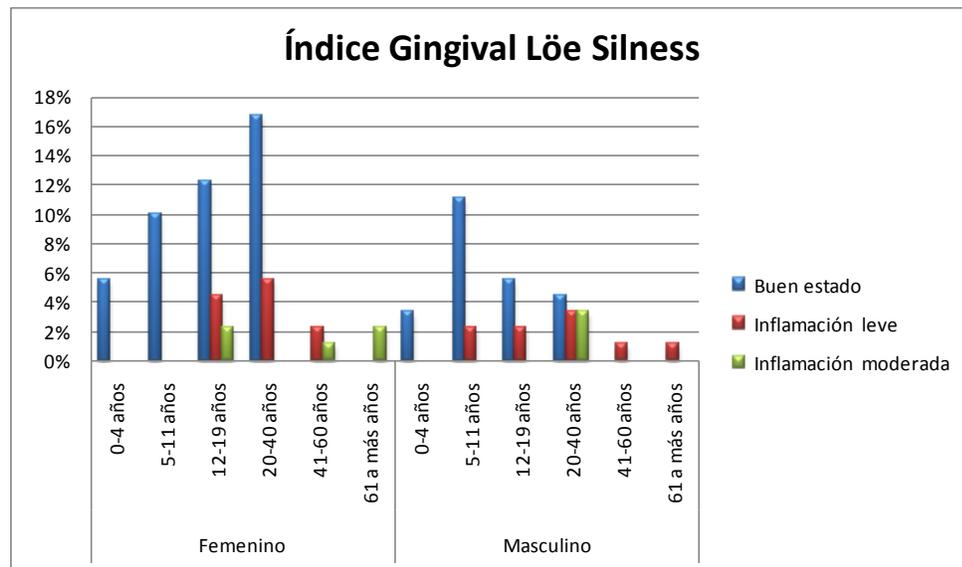


El presente gráfico muestra la población en estudio de la Clínica Asistencial Corazón de María, donde se representa el Índice de gingival de Løe y Silness, con un 53% que presentan una inflamación leve y un 5% con inflamación severa, de acuerdo a su rango de edad y sexo.

Tabla 69

Índice Gingival Løe Silness									
Sexo	Rango de edad	Buen estado		Inflamación leve		Inflamación moderada		Total General	
<b>Femenino</b>	0-4 años	5	6%		0%		0%	5	6%
	5-11 años	9	10%		0%		0%	9	10%
	12-19 años	11	12%	4	4%	2	2%	17	19%
	20-40 años	15	17%	5	6%		0%	20	22%
	41-60 años		0%	2	2%	1	1%	3	3%
	61 a más años		0%		0%	2	2%	2	2%
Total Femenino		40	44%	11	12%	5	6%	56	62%
<b>Masculino</b>	0-4 años	3	3%		0%		0%	3	3%
	5-11 años	10	11%	2	2%		0%	12	13%
	12-19 años	5	6%	2	2%		0%	7	8%
	20-40 años	4	4%	3	3%	3	3%	10	11%
	41-60 años		0%	1	1%		0%	1	1%
	61 a más años		0%	1	1%		0%	1	1%
Total Masculino		22	24%	9	10%	3	3%	34	38%
<b>Total General</b>		<b>62</b>	<b>69%</b>	<b>20</b>	<b>22%</b>	<b>8</b>	<b>9%</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>

Gráfico 53

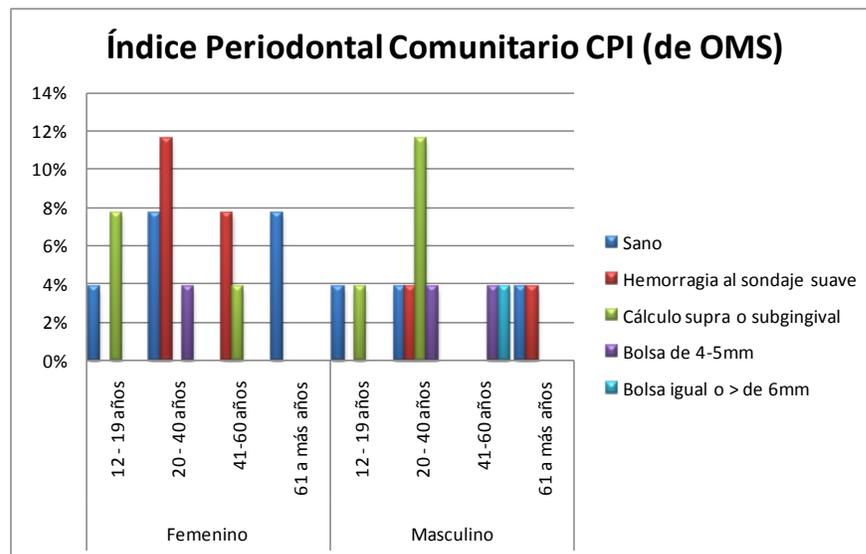


El presente gráfico muestra la población en estudio de la Unidad de Salud de Panchimalco, donde se representa el Índice de gingival de Løe y Silness, con un 69% que presentan un buen estado y un 9% con inflamación moderada, de acuerdo a su rango de edad y sexo.

Tabla 70

Índice periodontal comunitario CPI (de OMS)														
Sexo	Rango de edad	Sano	Hemorragia al sondaje suave	Cálculo supra o subgingival	Bolsa de 4-5mm	Bolsa igual o >6mm	No evaluable	Total General						
Femenino	0 - 4 años	0%	0%	0%	0%	0%	3	4%	3	4%				
	5 - 11 años	0%	0%	0%	0%	0%	26	34%	26	34%				
	12 - 19 años	1	1%	0%	2	3%	0%	0%	3	4%	6	8%		
	20 - 40 años	2	3%	3	4%	0%	1	1%	0%	1	1%	7	9%	
	41-60 años	0%	2	3%	1	1%	0%	0%	0%	0%	3	4%		
	61 a más años	2	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2	3%		
Total Femenino	5	7%	5	7%	3	4%	1	1%	0%	33	43%	47	62%	
Masculino	5 - 11 años	0%	0%	0%	0%	0%	17	22%	17	22%				
	12 - 19 años	1	1%	0%	1	1%	0%	0%	0%	2	3%			
	20 - 40 años	1	1%	1	1%	3	4%	1	1%	0%	6	8%		
	41-60 años	0%	0%	0%	0%	1	1%	1	1%	0%	2	3%		
	61 a más años	1	1%	1	1%	0%	0%	0%	0%	0%	2	3%		
Total Masculino	3	4%	2	3%	4	5%	2	3%	1	1%	17	22%	29	38%
Total General	8	11%	7	9%	7	9%	3	4%	1	1%	50	66%	76	100%

Gráfico 54

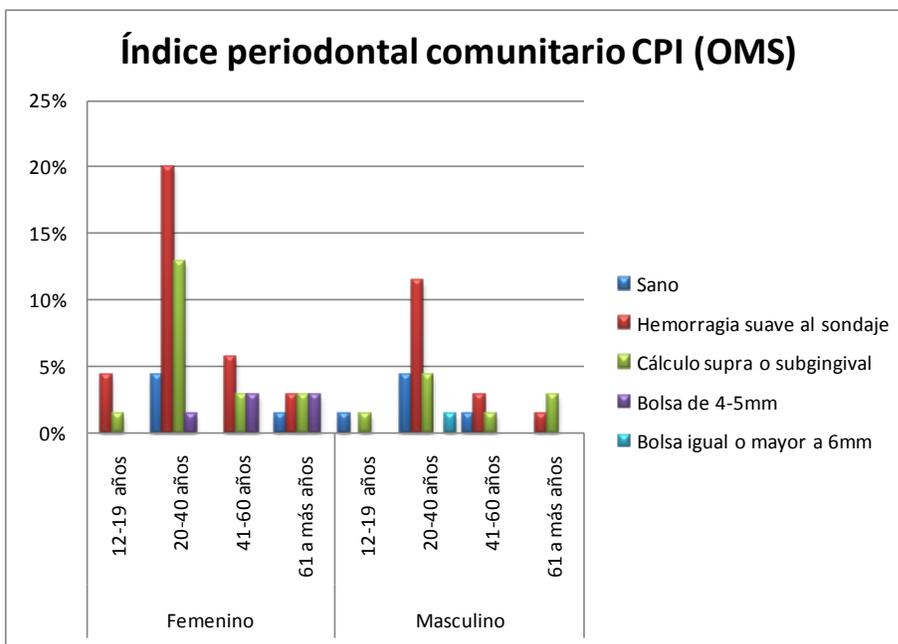


El presente gráfico muestra la población en estudio del Hospital Militar Central, donde se representa el Índice Periodontal Comunitario CPI (de OMS), en el que un 11% se encuentra sano y un 1% con bolsa igual o mayor de 6mm, de acuerdo a su rango de edad y sexo.

Tabla 71

Índice Periodontal Comunitario CPI de (OMS)														
Sexo	Rango de Edad	Sano	Hemorragia al sondeo Suave		Cálculo Supra o Subgingival		Bolsa de 4 a 5mm		Bolsa igual o >6mm		No Evaluable		Total General	
Femenino	0-4 años	0%		0%		0%		0%		0%	1	1%	1	1%
	5-11 años	0%		0%		0%		0%		0%	4	5%	4	5%
	12-19 años	0%	3	4%	1	1%		0%		0%	1	1%	5	6%
	20-40 años	3	4%	14	17%	9	11%	1	1%		0%		27	33%
	41-60 años	0%	4	5%	2	2%	2	2%		0%		0%	8	10%
	61 a más años	1	1%	2	2%	2	2%	2	2%		0%		7	9%
Total Femenino	4	5%	23	28%	14	17%	5	6%		0%	6	7%	52	64%
Masculino	0-4 años	0%		0%		0%		0%		0%	1	1%	1	1%
	5-11 años	0%		0%		0%		0%		0%	2	2%	2	2%
	12-19 años	1	1%		0%	1	1%		0%		2	2%	4	5%
	20-40 años	3	4%	8	10%	3	4%		0%	1	1%		15	19%
	41-60 años	1	1%	2	2%	1	1%		0%		0%		4	5%
	61 a más años	0%	1	1%	2	2%		0%		0%			3	4%
Total Masculino	5	6%	11	14%	7	9%		0%	1	1%	5	6%	29	36%
Total General	9	11%	34	42%	21	26%	5	6%	1	1%	11	14%	81	100%

Gráfico 55

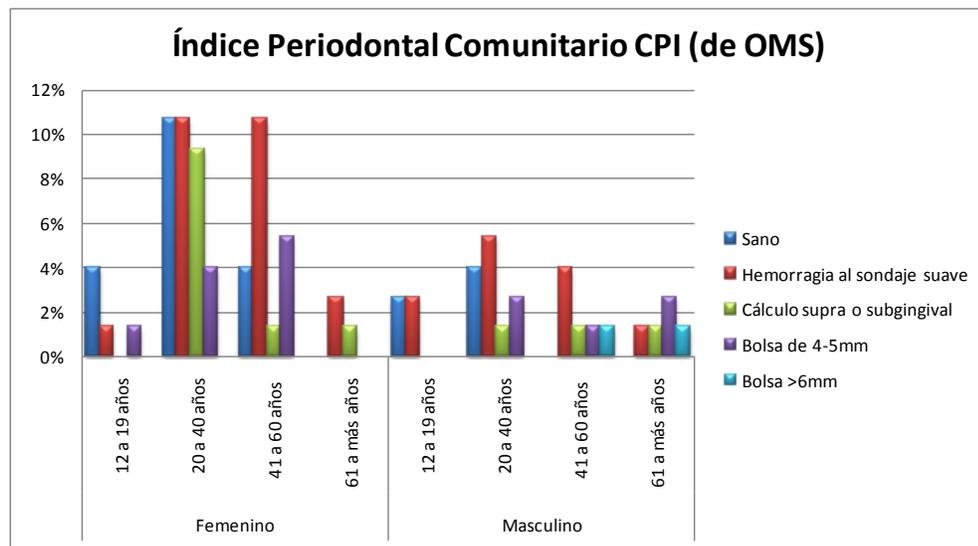


El presente gráfico muestra la población en estudio de Cruz Roja Salvadoreña, donde se representa el Índice Periodontal Comunitario CPI (de OMS), en el que un 11% se encuentra sano y un 1% con bolsa igual o mayor de 6mm, de acuerdo a su rango de edad y sexo.

Tabla 72

Índice Periodontal Comunitario CPI (deOMS)														
Sexo	Rango de Edad	Sano	Hemorragia al sondeje	Cálculo Supra o Subgingival	Bolsa de 4 a 5 mm	Bolsa mayor de 6mm	No Evaluable	Total General						
Femenino	0 a 4 años	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%						
	5 a 11 años	0%	0%	0%	0%	0%	6	7%	6	7%				
	12 a 19 años	3	3%	1	1%	0%	1	1%	0%	2	2%	7	8%	
	20 a 40 años	8	9%	8	9%	7	8%	3	3%	0%	0%	26	30%	
	41 a 60 años	3	3%	8	9%	1	1%	4	5%	0%	0%	16	19%	
	61 a más años	0%	0%	2	2%	1	1%	0%	0%	0%	0%	3	3%	
Total Femenino	14	16%	19	22%	9	10%	8	9%	0%	8	9%	58	67%	
Masculino	0 a 4 años	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
	5 a 11 años	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2	2%	2	2%	2%	
	12 a 19 años	2	2%	2	2%	0%	0%	0%	0%	0%	4	5%	5%	
	20 a 40 años	3	3%	4	5%	1	1%	2	2%	0%	1	1%	11	13%
	41 a 60 años	0%	0%	3	3%	1	1%	1	1%	1	1%	6	7%	
	61 a más años	0%	0%	1	1%	1	1%	2	2%	1	1%	8	6%	
Total Masculino	5	6%	10	12%	3	3%	5	6%	2	2%	3	3%	28	33%
Total General	19	22%	29	34%	12	14%	13	15%	2	2%	11	13%	86	100%

Gráfico 56

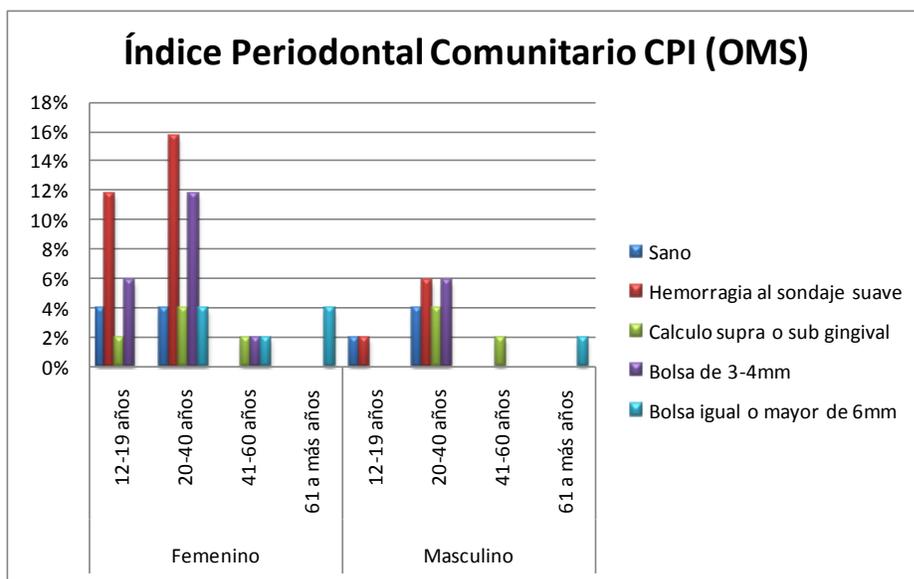


El presente gráfico muestra la población en estudio de Clínica Asistencial Corazón de María, donde se representa el Índice Periodontal Comunitario CPI (de OMS), en el que un 34% se encuentra con hemorragia sondaje suave y un 2% con bolsa igual o mayor de 6mm, de acuerdo a su rango de edad y sexo.

Tabla 73

Índice Periodontal Comunitario CPI (de OMS)															
Sexo	Rango de edad	Sano	Hemorragia al sondaje suave	Cálculo supra o subgingival	Bolsa de 4-5mm	Bolsa igual o >6mm	No evaluable					Total General			
Femenino	0-4 años	0%	0%	0%	0%	0%	5	6%	5	6%			5	6%	
	5-11 años	0%	0%	0%	0%	0%	9	10%	9	10%			9	10%	
	12-19 años	2	2%	6	7%	1	1%	3	3%	0%	5	6%	17	19%	
	20-40 años	2	2%	8	9%	2	2%	6	7%	2	2%	0%	20	22%	
	41-60 años	0%	0%	1	1%	1	1%	1	1%	0%	0%	3	3%		
61 a más años	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2	2%	0%	0%	2	2%			
Total Femenino		4	4%	14	16%	4	4%	10	11%	5	6%	19	21%	56	62%
Masculino	0-4 años	0%	0%	0%	0%	0%	3	3%	3	3%			3	3%	
	5-11 años	0%	0%	0%	0%	0%	12	13%	12	13%			12	13%	
	12-19 años	1	1%	1	1%	0%	0%	0%	0%	5	6%	7	8%		
	20-40 años	2	2%	3	3%	2	2%	3	3%	0%	0%	10	11%		
	41-60 años	0%	0%	1	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1	1%		
61 a más años	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1	1%	0%	0%	1	1%			
Total Masculino		3	3%	4	4%	3	3%	3	3%	1	1%	20	22%	34	38%
Total General		7	8%	18	20%	7	8%	13	14%	6	7%	39	43%	90	100%

Gráfico 57

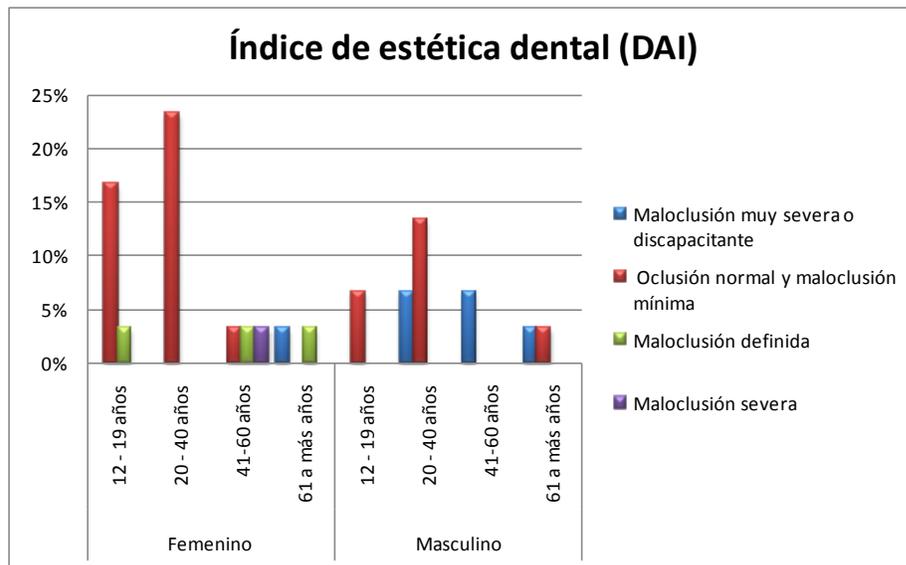


El presente gráfico representa a la población de la Unidad de Salud de Panchimalco, donde se muestra el Índice Periodontal Comunitario CPI (de OMS), en el que un 20% se encuentra con hemorragia sondaje suave y un 7% con bolsa igual o mayor de 6mm, de acuerdo a su rango de edad y sexo.

Tabla 74

Índice de estética dental (DAI)													
Sexo	Rango de edad	No evaluable		Oclusión normal		Maloclusión definida		Maloclusión severa		Maloclusión muy severa		Total General	
Femenino	0 - 4 años	3	4%		0%		0%		0%		0%	3	4%
	5 - 11 años	26	34%		0%		0%		0%		0%	26	34%
	12 - 19 años		0%	5	7%	1	1%		0%		0%	6	8%
	20 - 40 años		0%	7	9%		0%		0%		0%	7	9%
	41-60 años		0%	1	1%	1	1%	1	1%		0%	3	4%
	61 a más años		0%		0%	1	1%		0%	1	1%	2	3%
Total Femenino		29	38%	13	17%	3	4%	1	1%	1	1%	47	62%
Masculino	5 - 11 años	17	22%		0%		0%		0%		0%	17	22%
	12 - 19 años		0%	2	3%		0%		0%		0%	2	3%
	20 - 40 años		0%	4	5%		0%		0%	2	3%	6	8%
	41-60 años		0%		0%		0%		0%	2	3%	2	3%
	61 a más años		0%	1	1%		0%		0%	1	1%	2	3%
Total Masculino		17	22%	7	9%		0%		0%	5	7%	29	38%
Total General		46	61%	20	26%	3	4%	1	1%	6	8%	76	100%

Gráfico 58

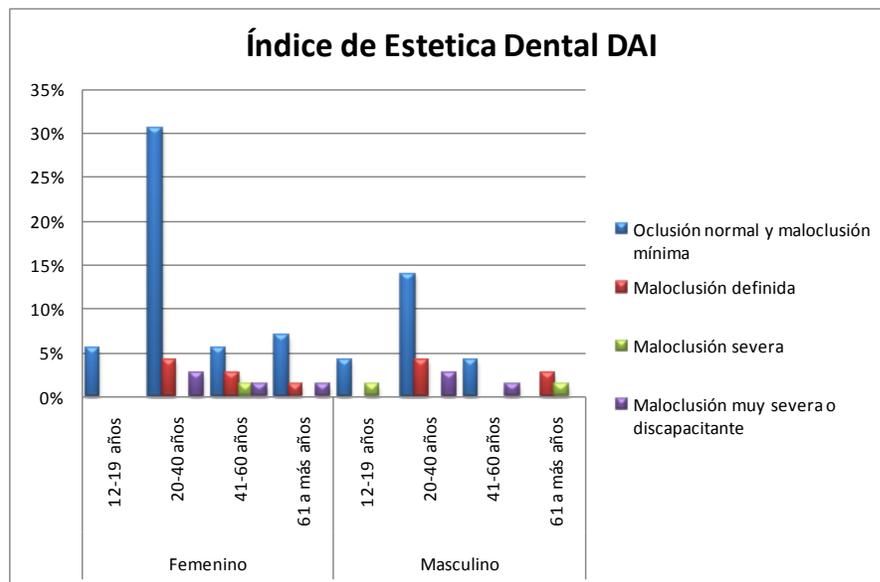


El presente gráfico muestra a la población en estudio del Hospital Militar Central, donde se representa el Índice de Estética Dental (DAI), en el que un 26% tiene una oclusión normal y un 1% con mal oclusión severa, según rango de edad y sexo.

Tabla 75

Índice de Estética Dental DAI													
Sexo	Rango de Edad	Oclusión Normal		Maloclusión Definida		Maloclusión Severa		Maloclusión muy Severa		No Evaluable		Total General	
Femenino	0-4 años		0%		0%		0%		0%	1	1%	1	1%
	5-11 años		0%		0%		0%		0%	4	5%	4	5%
	12-19 años	4	5%		0%		0%		0%	1	1%	5	6%
	20-40 años	22	27%	3	4%		0%	2	2%		0%	27	33%
	41-60 años	4	5%	2	2%	1	1%	1	1%		0%	8	10%
	61 a más años	5	6%	1	1%		0%	1	1%		0%	7	9%
Total Femenino		35	43%	6	7%	1	1%	4	5%	6	7%	52	64%
Masculino	0-4 años		0%		0%		0%		0%	1	1%	1	1%
	5-11 años		0%		0%		0%		0%	2	2%	2	2%
	12-19 años	3	4%		0%	1	1%		0%		0%	4	5%
	20-40 años	10	12%	3	4%		0%	2	2%		0%	15	19%
	41-60 años	3	4%		0%		0%	1	1%		0%	4	5%
	61 a más años		0%	2	2%	1	1%		0%		0%	3	4%
Total Masculino		16	20%	5	6%	2	2%	3	4%	3	4%	29	36%
Total General		51	63%	11	14%	3	4%	7	9%	9	11%	81	100%

Gráfico 59

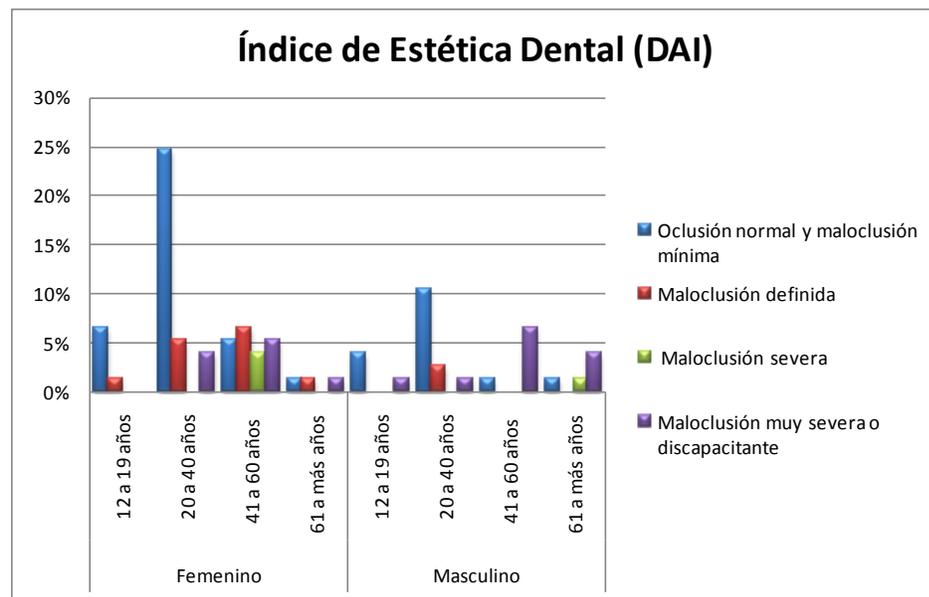


El presente gráfico muestra a la población en estudio de la Cruz Roja Salvadoreña, donde se representa el Índice de Estética Dental (DAI), en el que un 63% tiene una oclusión normal y un 4% con mal oclusión severa, según rango de edad y sexo.

Tabla 76

Índice de Estética Dental (DAI)												
Sexo	Rango de Edad	Oclusión Normal	Maloclusión Definida	Maloclusión Severa	Maloclusión Muy Severa	No Evaluable	Total General					
Femenino	0 a 4 años		0%		0%		0%		0%		0%	0%
	5 a 11 años		0%		0%		0%		0%	6	7%	6
	12 a 19 años	5	6%	1	1%		0%		0%	1	1%	7
	20 a 40 años	19	22%	4	5%		0%	3	3%		0%	26
	41 a 60 años	4	5%	5	6%	3	3%	4	5%		0%	16
	61 a más años	1	1%	1	1%		0%	1	1%		0%	3
Total Femenino		29	34%	11	13%	3	3%	8	9%	7	8%	58
Masculino	0 a 4 años		0%		0%		0%		0%		0%	0%
	5 a 11 años		0%		0%		0%		0%	2	2%	2
	12 a 19 años	3	3%		0%		0%	1	1%		0%	4
	20 a 40 años	8	9%	2	2%		0%	1	1%		0%	11
	41 a 60 años	1	1%		0%		0%	5	6%		0%	6
	61 a más años	1	1%		0%	1	1%	3	3%		0%	5
Total Masculino		13	15%	2	2%	1	1%	10	12%	2	2%	28
Total General		42	49%	13	15%	4	5%	18	21%	9	10%	86

Gráfico 60

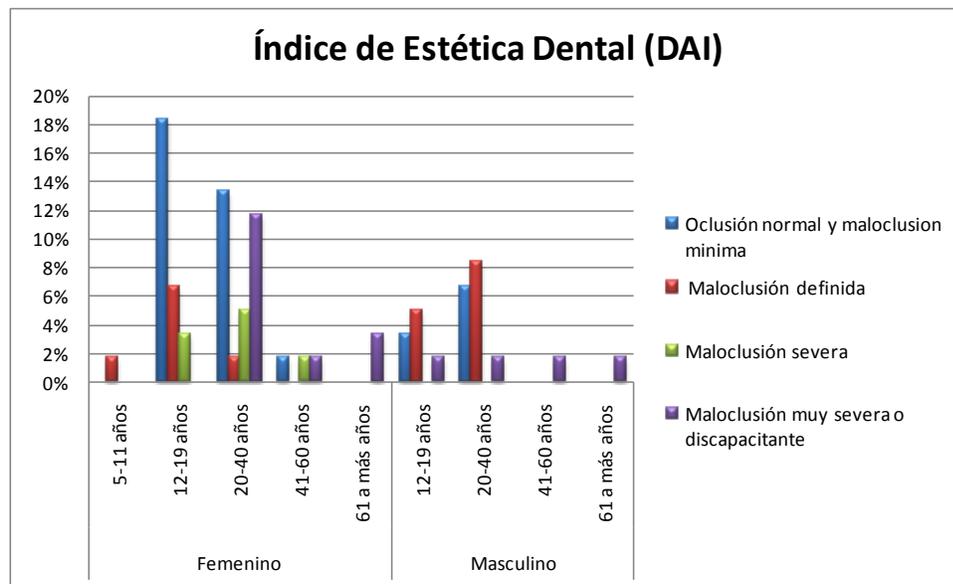


El presente gráfico muestra a la población en estudio de la Clínica Asistencial Corazón de María, donde se representa el Índice de Estética Dental (DAI), en el que un 49% tiene una oclusión normal y un 5% con mal oclusión severa, según rango de edad y sexo.

Tabla 77

Índice de estética dental (DAI)													
Sexo	Rango de edad	Oclusión normal		Maloclusión definida		Maloclusión severa		Maloclusión muy severa		No evaluable		Total General	
Femenino	0-4 años		0%		0%		0%		0%	5	6%	5	6%
	5-11 años		0%	1	1%		0%		0%	8	9%	9	10%
	12-19 años	11	12%	4	4%	2	2%		0%		0%	17	19%
	20-40 años	8	9%	1	1%	3	3%	7	8%	1	1%	20	22%
	41-60 años	1	1%		0%	1	1%	1	1%		0%	3	3%
	61 a más años		0%		0%		0%	2	2%		0%	2	2%
Total Femenino		20	22%	6	7%	6	7%	10	11%	14	16%	56	62%
Masculino	0-4 años		0%		0%		0%		0%	3	3%	3	3%
	5-11 años		0%		0%		0%		0%	12	13%	12	13%
	12-19 años	2	2%	3	3%		0%	1	1%	1	1%	7	8%
	20-40 años	4	4%	5	6%		0%	1	1%		0%	10	11%
	41-60 años		0%		0%		0%	1	1%		0%	1	1%
	61 a más años		0%		0%		0%	1	1%		0%	1	1%
Total masculino		6	7%	8	9%		0%	4	4%	16	18%	34	38%
Total General		26	29%	14	16%	6	7%	14	16%	30	33%	90	100%

Gráfico 61

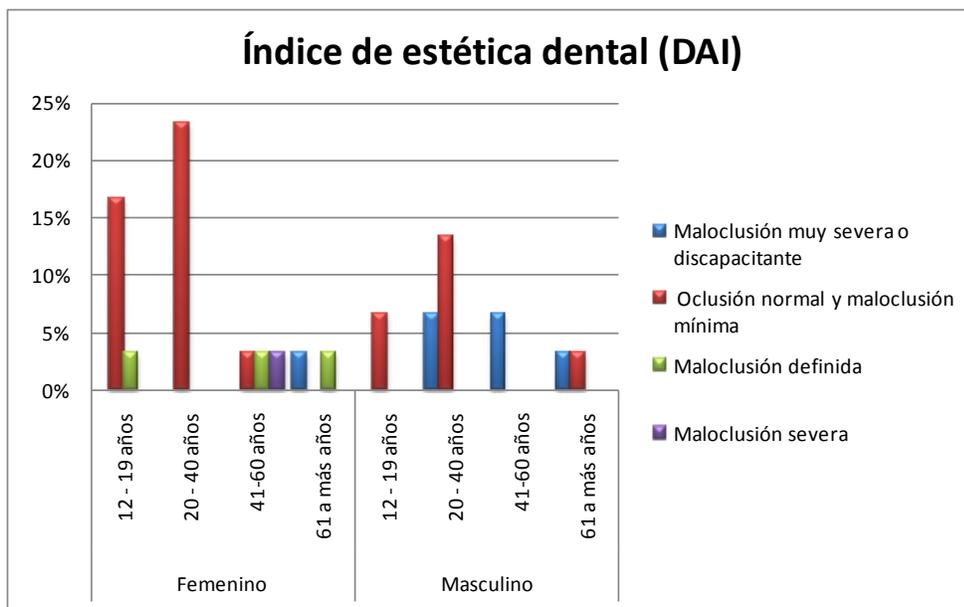


El presente gráfico muestra a la población en estudio de la Unidad de Salud Panchimalco, donde se representa el Índice de Estética Dental (DAI), en el que un 29% tiene una oclusión normal y un 7% con mal oclusión severa, según rango de edad y sexo.

Tabla 78

Índice de maloclusión en edades de 3 a < 12 años con dentición temporaria											
Sexo	Rango de edad	No evaluable		Oclusión normal		Maloclusión mínima		Maloclusión definida y severa		Total general	
Femenino	0 - 4 años		0%		0%		0%	3	4%	3	4%
	5 - 11 años		0%	4	5%	9	12%	13	17%	26	34%
	12 - 19 años	6	8%		0%		0%		0%	6	8%
	20 - 40 años	7	9%		0%		0%		0%	7	9%
	41-60 años	3	4%		0%		0%		0%	3	4%
	61 a más años	2	3%		0%		0%		0%	2	3%
Total Femenino		18	24%	4	5%	9	12%	16	21%	47	62%
Masculino	5 - 11 años		0%	5	7%	5	7%	7	9%	17	22%
	12 - 19 años	2	3%		0%		0%		0%	2	3%
	20 - 40 años	6	8%		0%		0%		0%	6	8%
	41-60 años	2	3%		0%		0%		0%	2	3%
	61 a más años	2	3%		0%		0%		0%	2	3%
Total Masculino		12	16%	5	7%	5	7%	7	9%	29	38%
Total General		30	39%	9	12%	14	18%	23	30%	76	100%

Gráfico 62

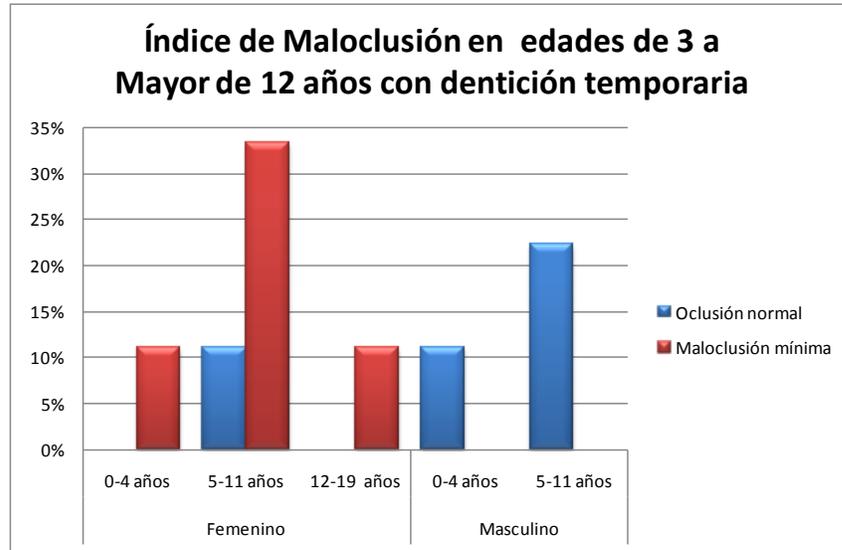


El presente gráfico muestra a la población en estudio del Hospital Militar Central donde se representa el Índice de Mal Oclusión en edades de 3 a < 12 años con dentición temporaria, en el que un 30% presenta mal oclusión definida y severa y un 12% una oclusión normal, según rango de edad y sexo.

Tabla 79

Índice de maloclusión en edades de 3 a < 12 años con dentición temporaria									
Sexo	Rango de Edad	No Evaluable	Oclusión Normal	Maloclusión Mínima	Total General				
Femenino	0-4 años		0%		0%	1	1%	1	1%
	5-11 años		0%	1	1%	3	4%	4	5%
	12-19 años	4	5%		0%	1	1%	5	6%
	20-40 años	27	33%		0%		0%	27	33%
	41-60 años	8	10%		0%		0%	8	10%
	61 a más años	7	9%		0%		0%	7	9%
Total Femenino		46	57%	1	1%	5	6%	52	64%
Masculino	0-4 años		0%	1	1%		0%	1	1%
	5-11 años		0%	2	2%		0%	2	2%
	12-19 años	4	5%		0%		0%	4	5%
	20-40 años	15	19%		0%		0%	15	19%
	41-60 años	4	5%		0%		0%	4	5%
	61 a más años	3	4%		0%		0%	3	4%
Total Masculino		26	32%	3	4%		0%	29	36%
Total General		72	89%	4	5%	5	6%	81	100%

Gráfico 63

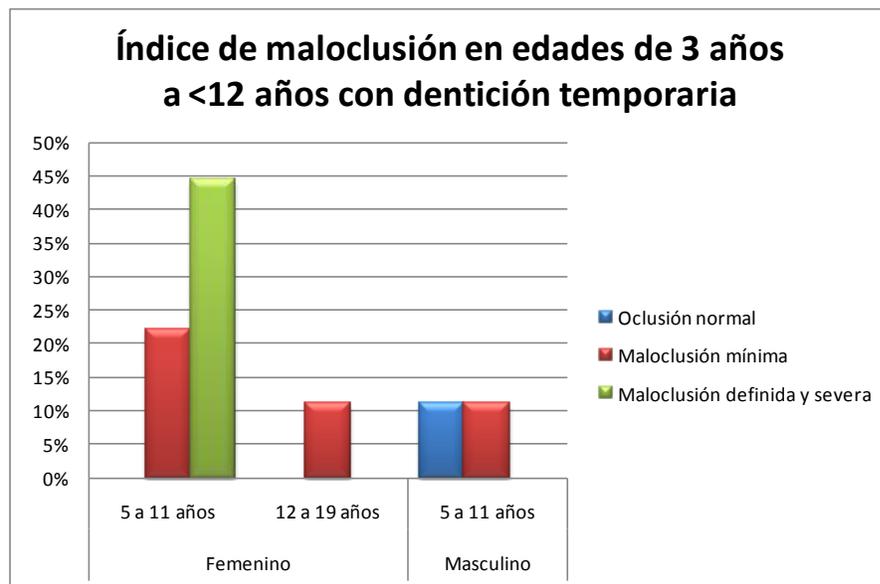


El presente gráfico muestra a la población en estudio de la Cruz Roja Salvadoreña, donde se representa el Índice de Mal Oclusión en edades de 3 a < 12 años con dentición temporaria, en el que un 6% presenta mal oclusión mínima y un 5% una oclusión normal, según rango de edad y sexo.

Tabla 80

Índice de Maloclusión en Edades de 3 años a < 12											
Sexo	Rango de Edad	No Evaluable	Oclusión Normal	Maloclusión Mínima	Maloclusión Definida y Severa	Total General					
Femenino	0 a 4 años	0%	0%	0%	0%	0%	0%				
	5 a 11 años	0%	0%	2	2%	4	5%				
	12 a 19 años	6	7%	0%	1	1%	0%				
	20 a 40 años	26	30%	0%	0%	0%	0%				
	41 a 60 años	16	19%	0%	0%	0%	0%				
	61 a más años	3	3%	0%	0%	0%	0%				
Total Femenino		51	59%	0%	3	3%	4				
Masculino	0 a 4 años	0%	0%	0%	0%	0%	0%				
	5 a 11 años	0%	1	1%	1	1%	0%				
	12 a 19 años	4	5%	0%	0%	0%	0%				
	20 a 40 años	11	13%	0%	0%	0%	0%				
	41 a 60 años	6	7%	0%	0%	0%	0%				
	61 a más años	5	6%	0%	0%	0%	0%				
Total Masculino		26	30%	1	1%	1	1%				
Total General		77	90%	1	1%	4	5%				

Gráfico 64

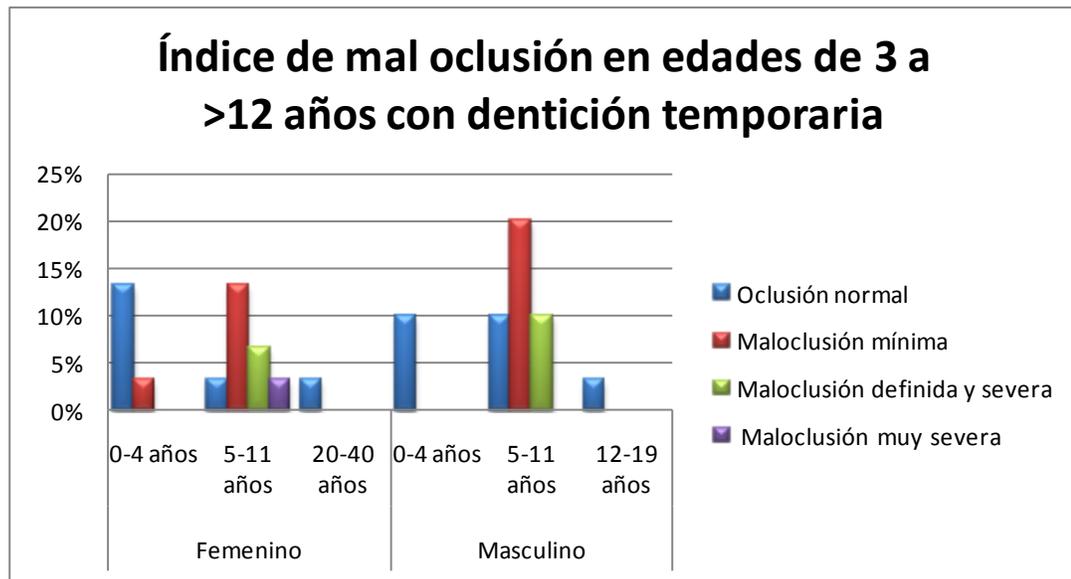


El presente gráfico muestra a la población en estudio de la Clínica Asistencial Corazón de María, donde se representa el Índice de Mal Oclusión en edades de 3 a < 12 años con dentición temporaria, en el que la mal oclusión mínima, la mal oclusión definida y severa presentan un 5% cada una y un 1% una oclusión normal, según rango de edad y sexo.

Tabla 81

Índice de maloclusión en edades de 3 a < 12 años con dentición temporaria													
Sexo	Rango de edad	No evaluable	Oclusión normal	Maloclusión mínima	Maloclusión definida y severa	Maloclusión muy severa	Total General						
Femenino	0-4 años	0%	4	4%	1	1%	0%	5	6%				
	5-11 años	1	1%	1	1%	4	4%	2	2%	1	1%	9	10%
	12-19 años	17	19%		0%		0%		0%		0%	17	19%
	20-40 años	19	21%	1	1%		0%		0%		0%	20	22%
	41-60 años	3	3%		0%		0%		0%		0%	3	3%
	61 a más años	2	2%		0%		0%		0%		0%	2	2%
Total Femenino		42	47%	6	7%	5	6%	2	2%	1	1%	56	62%
Masculino	0-4 años		0%	3	3%		0%		0%		0%	3	3%
	5-11 años		0%	3	3%	6	7%	3	3%		0%	12	13%
	12-19 años	6	7%	1	1%		0%		0%		0%	7	8%
	20-40 años	10	11%		0%		0%		0%		0%	10	11%
	41-60 años	1	1%		0%		0%		0%		0%	1	1%
	61 a más años	1	1%		0%		0%		0%		0%	1	1%
Total Masculino		18	20%	7	8%	6	7%	3	3%		0%	34	38%
Total General		60	67%	13	14%	11	12%	5	6%	1	1%	90	100%

Gráfico 65



El presente gráfico muestra a la población en estudio de Unidad de Salud Panchimalco, donde se representa el Índice de Mal Oclusión en edades de 3 a < 12 años con dentición temporaria, en el que un 14% presenta oclusión normal y un 1% una mal oclusión muy severa, según rango de edad y sexo.

Tabla de Consolidado 82

<b>Lugares</b> <b>Variables</b>	<b>Hospital Militar Central</b>	<b>Cruz Roja Salvadoreña</b>	<b>Clínica Asistencial Corazón de María</b>	<b>Unidad de Salud Panchimalco</b>
<b>Motivo de consulta</b>	Por caries. Problemas Dentales	Extracción. Problemas Dentales	Por Obturación. Problemas Dentales.	Por Obturación. Problemas Dentales.
<b>Lesiones cara cuellos y osteomucofibrosas</b>	Exostosis. Piso de boca	Exostosis en Piso de boca y Paladar duro.	Exostosis. Paladar duro	Exostosis. Paladar Duro
<b>Índice de placa bacteriana Loe y Silness</b>	Buen Estado	Condición Leve	Condición Leve	Buen Estado
<b>Índice gingival Loe y Silness</b>	Buen Estado	Buen Estado	Inflamación Leve	Buen Estado
<b>Índice Periodontal CPI</b>	Sano	Hemorragia al sondaje suave	Hemorragia al sondaje suave	Hemorragia al sondaje suave
<b>DAI Adultos</b>	Oclusión Normal y Mal Oclusión Mínima	Oclusión Normal y Mal Oclusión Mínima	Oclusión normal y Mal Oclusión Mínima	Oclusión Normal y Mal Oclusión Mínima
<b>DAI Niños</b>	Mal Oclusión Definida y Severa	Oclusión Mínima	Mal oclusión Definida y Severa. Oclusión Mínima	Oclusión Normal
<b>CPOD/ceod</b>	Alto	Alto	Alto	Alto

La presente tabla muestra las 3 Clínicas Odontológicas y la Unidad de Salud en estudio en cuanto a sus resultados respecto al motivo de consulta y los índices observados, mostrando así los principales problemas de la comunidad.

Tabla 83

<b>Nombre de las Clínicas</b>	<b>Total Índice CPOD/ceod</b>	<b>Total</b>
Hospital Militar Central	822	10.8
Cruz Roja Salvadoreña	1132	13.9
Clínica Asistencial Corazón de María	1563	18.1
Unidad de Salud Panchimalco	1258	13.9
<b>Total General</b>	<b>4775</b>	<b>14.3</b>

La presente tabla muestra las 3 Clínicas Odontológicas y la Unidad de Salud en estudio con respecto al total del Índice CPOD/ceod mostrando un total de CPOD/ceo poblacional de 14.3, colocándose este en un nivel Alto.

## **DISCUSION**

### a. Variables socioeconómicas:

#### a.1 Edad por rangos:

En las 3 Clínicas Odontológicas y Unidad de Salud en estudio, respecto a la edad por rango, se tiene que la mayoría de población que asiste a estos centros se concentra en el rango de 20 a 40 años, que representa el 36% del total de la población (333 pacientes).

Sólo para el caso del Hospital Militar Central, el rango de edad es diferente puesto que la mayoría de la población que asistió al área de Odontopediatría del Hospital, oscila entre los 5 y 11 años, que representa el 23% de la población total estudiada.

#### a.2 Género:

El total de la población que asiste a las Clínicas Odontológicas y Unidad de Salud estudiadas, corresponde al género femenino, que representa el 64%. El género masculino solamente representa el 36%.

Del total de la población femenina solamente el 2.34% presenta estado de gravidez, debido a que solamente se atendió este grupo, en la Unidad de Salud Panchimalco.

#### a.3 Ingreso económico mensual

Del total de la población en estudio el 73% posee ingresos económicos. De esta población, el 57% percibe un salario mensual de \$201 a más de \$300. Sin embargo, en las Clínicas Odontológicas y la Unidad de Salud que han sido objeto de estudio, el 21% de la población total con ingresos, ganan entre \$251 a \$300. El 18% de la población percibe

ingresos entre \$201 a \$250. El mismo porcentaje se aplica a los poseen ingresos de \$300 a más.

Las personas que no perciben ingresos representan el 27% del total de la población estudiada.

#### a.4 Escolaridad

La población alfabetizada representa un 93% del total de la población estudiada y solamente un 7% no ha recibido educación alguna. De ese total de la población que posee estudios, el 56% se ubica entre los niveles de segundo ciclo hasta bachillerato.

De ese 93%, solamente el 22% se ubica en el nivel de escolaridad de bachillerato. Seguido de un 21% que corresponde a las personas que han estudiado el primer ciclo.

Si estos datos se comparan con el género de la población estudiada, podría afirmarse que el 37% corresponde al género masculino, en relación al 63% del género femenino.

#### a.5 Lugar de residencia y origen

Respecto al municipio donde residieron los primeros 7 años de vida, la mayor concentración de la población estudiada en las Clínicas Odontológicas y Unidad de Salud del presente estudio, fue San Salvador, que representa el 48% del total de la población.

En referencia al nombre de municipio de residencia actual, se tiene que el 52.5% del total de la población, vive en San Salvador.

b. Motivo de consulta

Del total de la población en estudio, el 68.16% asistió a las Clínicas Odontológicas y Unidad de Salud, por problemas dentales, incluyéndose aquí lo referido a caries, obturaciones, extracciones, fracturas y apiñamientos entre otros; que en definitiva representan como problema principal la caries dental.

Solamente un 32% del total de la población, consultó por problemas periodontales (16%) y para revisión/control (16%).

Ninguno de los pacientes presentó como motivo de consulta, los problemas osteomucofibrosos.

c. Lesiones cara cuello y osteomucofibrosas

Del total de la población solamente un 12% presenta lesiones de cara cuello y osteomucofibrosas. De este porcentaje (40 pacientes), el 47.5% de las lesiones se clasifican como exostosis, seguido por un 17.5% de tumoraciones y un 15% de ulceraciones. El otro 20% lo comparten las leucoplasias y eritroplasias.

Del total de exostosis, el 68.4% se ubican en el paladar duro. Respecto a las tumoraciones, el 57.14% se ubican en cara y cuello. El 50% de las ulceraciones se ubican en encía. El 50% de leucoplasias, se ubican tanto en lengua como en carrillo. Respecto a las eritroplasias, el 100% se distribuye equitativamente en amígdalas, cara y cuello, labio y piso de la boca. Las lesiones respecto a complicaciones post cirugías no se presentaron.

En general, respecto a la ubicación de las lesiones presentadas, éstas se encuentran en el paladar duro.

#### d. Índices de Afecciones Dentoperiodontales

##### d.1 Índice de Placa Bacteriana Loe y Silness

Con base al total de la población, se tiene que este índice se ubica en el rango 0.76 a 1.5, clasificándose como condición leve, que representa un 41%. Por otra parte existe un 40% del total de la población cuya presencia de placa se ubica en el rango de 0 a 0.75, lo que clasifica a este grupo en buen estado, en cuanto a la presencia de placa.

De acuerdo a las investigaciones realizadas en otros países y para poder establecer una comparación, se presentará los rangos de edades y porcentajes de esta investigación que más se asemejen a los datos obtenidos en esos países, así se tiene que:

Para el rango de 12 a 19 años de las clínicas odontológicas y unidad de salud en estudio, de 52 niños, el 48.08% de la población total, correspondiente a un buen estado (0.0 a 0.75). Solamente un 19.23% presenta una condición leve (0.76 a 1.5).

De acuerdo al estudio presentado en México en 422 niños, de 12 a 15 años, se tiene que el 50% de la población tiene una condición leve (1.06).

Con lo anterior podría decirse, que a pesar de las diferencias respecto a la condición de vida y otros aspectos culturales la población salvadoreña, y aunque la población estudiada no es comparable con estudio realizado en México, puede concluirse que la población estudiada presenta un buen estado de salud, respecto a la presencia de placa, dado al porcentaje obtenido.

Sin embargo es importante señalar que el rango de edades más afectado según este estudio corresponde al de 20 a 40 años, con un 35.75% en condición leve y un 17.89% en buen estado. Siendo más predominante en el sexo femenino que en el masculino.

Es interesante señalar cómo la población femenina es la más afectada en cuanto a la presencia de placa bacteriana y que, de acuerdo a los programas dirigidos a la mujer por parte del MSPAS, es fundamental realizar una evaluación para determinar cuáles son los factores que están influyendo en esta condición; puesto que sería lógico pensar que si la mayoría de los programas que están dirigidos a la salud bucal de las mujeres, esta situación debería verse disminuida.

#### d.2 Índice de Caries CPOD/ceod

En cuanto al índice de caries, éste se clasifica en un nivel alto (rango de 4.5 a 6.5 según la OMS), representado por el 91.2% de la población total. Es importante destacar que el género femenino representa el 58.8%, en comparación con el género masculino que obtiene el 41.2%.

En la ciudad de México en Nuevo León se realizó una investigación con 1800 sujetos entre las edades de 5 a 74 años, con la que se obtuvo un CPO/D de 94.1% estableciendo un promedio nacional de CPO/D de 10.25.

Al comparar los resultados del índice CPOD/ceo/d podría decirse que no existe una mayor diferencia entre ambos estudios.

Según el estudio realizado en México en pacientes de 6 a 11 años, se obtuvo un promedio de 10.08 de ceo/d y de un estudio realizado en

Chile en un población de 4 a 15 años, se obtuvo un ceo/d de 4.04 siendo más predominante la prevalencia de caries dental en pacientes masculinos.

De acuerdo a los datos obtenidos en esta investigación se tiene que el estrato más predominante en niños es en las edades de 5 a 11 años, obteniendo un promedio de ceo/d de 6.44, siendo la mayor prevalencia en el sexo femenino que en el masculino.

Con todo esto puede decirse que al comparar los datos con las investigaciones antes mencionadas, El Salvador al igual que los países objetos de las investigaciones anteriores, presentan un ceo/d Alto, de acuerdo a la clasificación establecida por la OMS que comprende un promedio de 4.5 a 6.5.

Es importante mencionar que respecto al CPO/D se obtuvo un 93.7% de prevalencia de caries para el rango de 20 a 40 años, siendo más predominante en el género femenino.

Con todo lo anterior, al hacer un análisis de los programas sociales para la población infantil, se interpreta que estos deben reorientarse puesto que el índice de ceo/d sigue siendo alto. Lo que implica probablemente realizar un mejor abordaje de la situación de salud bucal de los niños salvadoreños.

#### d.3 Índice gingival Loe y Silness

Con base al total de la población, se tiene que este índice se ubica en el rango 0 a 0.75, clasificándose con un buen estado de salud gingival, que representa un 56%. Por otra parte existe un 29% del total de la

población, que se ubica en el rango de 0.76 a 1.5, lo que clasifica a este grupo con inflamación leve. El 37% lo representa el género femenino.

Un estudio realizado en Güines, Provincia de la Habana, realizó una investigación con 294 niños en las edades de 6 a 12 años, obteniendo como resultado que el 86.9% presentó una gingivitis leve.

De acuerdo a los datos obtenidos en este estudio con respecto a la población que se ubica en los rangos de 5 a 11 años, se tiene como resultado que el 76.92% presenta un buen estado gingival, mientras que solo un 19.23% tiene un estado de inflamación leve.

En la Universidad Autónoma de Manizales, Colombia, un muestreo probabilístico tomó como muestra 227 adolescentes, entre las edades de 15 a 19 años, el cual obtuvo que el 84% presentó gingivitis leve.

Para el rango de 12 a 19 años del presente estudio, dio como resultado que el 63.46% de la población, presenta buen estado de salud gingival, mientras que solo un 28.84% se ubicó en inflamación leve.

Al relacionar los datos obtenidos en investigaciones de otros países, con respecto al presente estudio puede afirmarse que, la población de 5 a 11 años y de 12 a 19 años, presenta un buen estado de salud gingival y el porcentaje de población que presenta inflamación leve, es reducida.

Sin embargo, resulta contradictorio el hecho que la población entre estos rangos presente un buen estado de placa y salud gingival y un alto CPOD/ceod; lo que nos permite inferir que es necesario realizar una investigación que involucre estas 3 variables y las relacione

estadísticamente, o que al menos se pueda indagar de otros factores que estén involucrados y que permitan dar respuesta a los resultados que se han obtenido.

#### d.4 Índice Periodontal Comunitario CPI (de OMS)

En general, para las Clínicas Odontológicas y Unidad de Salud estudiadas, se tiene que el 39% de la población presenta hemorragia al sondaje suave, seguido por un 21% que presenta cálculo supra o subgingival. Solamente un 19% de total de la población sometida a este índice, no presenta signos de enfermedad periodontal.

De acuerdo a las investigaciones presentadas en Alemania y España, se tiene que los mayores porcentajes se ubican entre los códigos 2 y 3, para el rango de edades entre los 33 y 44 años, con porcentajes de 24% y 47%, y 22% respectivamente.

Para este estudio, aunque no es comparable al rango antes mencionado, se intentará relacionar los datos obtenidos en el rango de 20 a 40 años, en el cual se tiene un porcentaje de 39.83% en el código 1 y un 19.51% en el código 0, lo que ubica a la población entre sano y hemorragia al sondaje suave.

Con lo anterior, podría inferirse que la población salvadoreña estudiada, entre los 20 y 40 años presentan mejor salud periodontal, que las poblaciones europeas comparadas; esto podría deberse a los hábitos de higiene bucal empleados, al consumo de bebidas alcohólicas y/o a la dieta diaria, uso del cigarrillo y otros factores presentes en las poblaciones de estos países. Sin embargo esta afirmación no puede

darse por sentada, puesto que esta investigación no ha profundizado en estos aspectos.

Por otra parte es importante, mencionar que a nivel mundial este índice ha sido evaluado en casi 100 estudios en más de 50 países, para el rango de edades de 33 y 44 años, y en más de 100 estudios por sobre 60 países, para las edades de 15 a 19 años y han sido almacenados en el banco de datos de la OMS. (31)

Por tanto, esa conveniente que para futuras investigaciones, se tome en consideración estos estratos, para poder extrapolar los datos obtenidos a nivel mundial.

e. Mal Oclusión. Índice DAI de OMS

e.1 Índice de Estética Dental (DAI) mayores de 12 años.

Del total de la población el 71.7% fue evaluado con este índice. El 58% de la población de este total, presenta una Oclusión Normal o Mal Oclusión Mínima y por tanto no necesita tratamiento en esta área. Seguido de una Mal Oclusión Muy Severa o Discapacitante que representa 18% y una Mal Oclusión Definida con un 17%.

Las mujeres representan un 40.5% respecto al diagnóstico de Oclusión Normal o Mal Oclusión Mínima de la población examinada con dicho índice.

En un estudio realizado en adolescentes de E.E.U.U. entre las edades de 12 a 17 años para representar las oclusiones encontrados, dio como resultado que el 45.6% tiene una Oclusión Normal o Mal Oclusión Mínima sin necesidad de tratamiento.

Los datos obtenidos en el rango de 12 a 19 años, de esta investigación, presenta un 67.3% con Oclusión Normal o Mal Oclusión Mínima, mostrando similitud con los resultados de los estudios antes mencionados.

Podría decirse que esta condición se ve influenciada por un porcentaje bajo de pérdida de piezas en CPO/D, cuyo promedio general es de 0.17 según esta investigación. Lo que indica que la mayoría de la población presenta más piezas cariadas y obturadas, que perdidas en dentición permanente.

Para esta investigación el rango de edad en el que más ha predominado la Oclusión Normal o Mal Oclusión Mínima, es el de 20 a 40 años, con un 66.66%.

e.2 Índice de Mal Oclusión en edades de 3 años a menores de 12 con dentición temporaria.

Del total de la población, el 28% (94 niños) fue sometido a este índice. El 70% de este total, posee o presenta Mal Oclusión Mínima (36%) y Mal Oclusión Definida y Severa (34%).

En ambos tipos de mal oclusión, el 46% de la población son niñas.

De acuerdo a un estudio realizado en España en niños de 6 a 15 años, se obtuvo que el 58.21% presentó mal oclusiones que precisaban tratamiento ortodóncico. El 32.24% presenta una mal oclusión definida y necesidad de tratamiento electivo.

Del rango de edades de 5 a 11 años presenta un 38.46% con mal oclusión mínima y un 32.05% con mal oclusión definida y severa en el presente estudio.

Al comparar los datos anteriores, se interpreta que la población de este estudio en el rango de 5 a 11 años, presenta un mejor patrón de oclusión que los obtenidos en España, aunque el porcentaje referido a la mal oclusión definida es parecido. Sin embargo el estudio de Madrid incluye las edades de 13, 14 y 15 años, esta investigación no lo hace.

f. Problema estomatológico principal de la comunidad

El problema principal encontrado en la población estudiada es el de caries dental, el cual representa el 61%.

## CONCLUSIONES

- a. En lo referido a la determinación de variables socioeconómicas de la población que asiste a las Clínicas Odontológicas y Unidades de Salud, se tiene que:
  - a.1. El rango de edades en los que se encontró la población estudiada fue de 20 a 40 años en las Clínicas: Cruz Roja, Corazón de María y Unidad de Salud de Panchimalco. Para el caso del Hospital Militar Central, el rango de edades más predominante fue de 5 a 11 años, debido a que la investigadora estaba asignada en el área de odontopediatría de dicho Hospital.
  - a.2. Los resultados obtenidos permiten concluir que el 64% del género femenino, predomina sobre el masculino con el 36%, debido a que la población femenina acude más a las clínicas odontológicas y unidades de salud.
  - a.3. En cuanto al ingreso económico mensual que presenta la población total en estudio, un 73% posee ingresos económicos, mientras un 27% no lo presenta. De acuerdo a los resultados obtenidos, puede inferirse que el 57% del total de la población estudiada percibe ingresos entre los \$201 a más de \$300. Esto permite deducir que la mayoría de la población en estudio percibe ingresos económicos por arriba del salario mínimo, como se ha indicado en la teoría de acuerdo a la encuesta realizada por la DIGESTYC en el año 2004.
  - a.4. Con respecto a la escolaridad presentada en la población total en estudio, el 93% sabe leer y escribir o estudia actualmente y un 7% no.

Los resultados obtenidos indican que la mayor concentración de la población (56%) se ubica en los niveles educativos de segundo, tercero y bachillerato. Mostrándose además que el género femenino posee el mayor porcentaje de escolaridad, respecto al total de la población que ha recibido educación.

- a.5. Para el caso del lugar de residencia y origen de la población total en estudio, se obtuvo que la mayoría provienen del área metropolitana de San Salvador siendo el municipio de San Salvador el lugar donde reside la mayor parte de la población en estudio.

Respecto al departamento y municipio de origen en los primeros 7 años de vida, sigue siendo el departamento de San Salvador con el municipio de San Salvador, donde se concentra el 48% la población estudiada.

Por lo que la otra parte de la población (52%) que asistió a dichas clínicas proviene de los diferentes departamentos y municipios de El Salvador.

Lo anterior encuentra su justificación en que las 3 Clínicas Odontológicas de la presente investigación, son centros de referencia: Hospital Militar Central, Cruz Roja y Corazón de María.

- b. En cuanto al motivo de consulta de la población en estudio se identificó que ésta asistió a las diferentes Clínicas y Unidad de Salud por problemas dentales (68.16%), especificándose que esta población asistió por caries, obturación, extracciones y dolor dental. Con esto puede deducirse que la razón principal por la que asistió la población fue la caries dental.

c. Respecto a la detección de la existencia de problemas de cara cuello y osteomucofibrosas, en la población total en estudio, se logró detectar que el 12% sí presenta lesiones mientras que un 88% no las presenta. De las lesiones identificadas, en su mayoría son exostosis, seguidos por tumoraciones y ulceraciones principalmente. En referencia al sitio donde se ubicó la lesión estas fueron limitadas en su mayoría al paladar duro, cara y cuello y lengua. De esta manera se concluye que las lesiones en tejidos osteomucofibrosos son poco observadas en el presente estudio.

d. Según la determinación de los índices dentoperiodontales de la población total en estudio se tiene que:

d.1 El índice de placa bacteriana de Loe y Silness mostró una condición leve con un total del 41%, seguido por un 40% que se encontró en buen estado. Estos resultados permiten concluir que la cantidad de placa bacteriana a la fecha, no alcanza niveles críticos en la población.

Podría ser que esta condición encontrada, se vio influida por la ejecución de las técnicas del cepillado por parte de los pacientes antes de la consulta odontológica.

d.2 En la determinación del Índice de Caries CPO-D/ceo-d se obtuvo que, toda la población presentó un nivel alto. (91.2%). Este nivel predomina más en las mujeres que en los hombres.

d.3 Para el caso del Índice Gingival de Loe Silness en la población total en estudio, se determinó que un 56% presenta un buen estado, seguido de un 29% que presenta inflamación leve. Lo cual permite concluir que la mayoría de la población manifiesta una salud gingival aceptable.

- d.4 Con respecto al Índice Periodontal Comunitario CPI (de OMS) en la población total en estudio, se logró determinar que un 39% presenta hemorragia al sondaje suave, seguido por un 21% que presenta cálculo supra o subgingival. Vale la pena aclarar que este índice sólo fue evaluado en la población que es mayor de 15 años, por lo que se puede concluir que la población adulta en su mayoría no presenta enfermedad periodontal.
- e. En lo que se refiere a la determinación de oclusopatías de la población total en estudio se tiene que:
- e.1 El Índice DAI (de OMS) en personas mayores de 12 años (71.7%), mostró oclusión normal o mal oclusión mínima en un 58%. Con estos resultados puede inferirse que la mayoría de la población evaluada con este índice, no necesita tratamiento de la oclusión.
- e.2 Por otra parte el Índice DAI (de OMS) en edades de 3 a menores de 12 años con dentición temporaria, del total de la población evaluada (28%), dió como resultado que, el 36% presentó una mal oclusión mínima, seguida de un 34% de mal oclusión definida. Pudiéndose concluir que un 70% de la población evaluada con este índice necesita tratamiento.
- f. Respecto al problema estomatológico principal de la comunidad, se concluye que es la caries dental, que se presenta con un 61% y alcanza el mayor porcentaje del resto de problemas observados.

Finalmente, con base al análisis de todos los datos obtenidos con esta investigación puede concluirse que el diagnóstico de salud bucal de la colectividad estudiada, es el de caries dental, debido al alto índice de CPOD/-

ceo/d, que alcanza un valor promedio de 14.28. Seguido por problemas de mal oclusión, gingivitis y lesiones de cara y cuello.

Las personas siguen asistiendo a los mismos centros de salud para tratamiento curativos, ya que se comprueba con esta investigación que las acciones o intervenciones preventivas ocupan un porcentaje mínimo (32%).

## RECOMENDACIONES

Las siguientes recomendaciones se agrupan de acuerdo a los lugares de la población estudiada y a su vez se brindan a otras instancias con el fin de mejorar la calidad y el servicio en cuanto a la salud bucal de la población salvadoreña.

### Hospital Militar Central

- Integrar un plan en conjunto con el área de ginecología y obstetricia, para poder llevar un control adecuado en cuanto a salud bucal de las mujeres que se encuentren en estado de embarazo.
- Incentivar más a los padres de familia con el fin de que lleven a sus hijos antes de la aparición de la caries dental, para lograr disminuir el índice de caries.
- Crear un plan de chequeo y control en salud bucal a los niños que asiste a la guardería del hospital, para que a su vez puedan educarse en lo que a salud bucal se refiere y cómo conservarla.

### Cruz Roja Salvadoreña

- Promover los servicios odontológicos que brinda esta institución.
- Hacer un programa preventivo a embarazadas, enfatizando la importancia del control y chequeo dental durante este período.
- Establecer interconsulta o remisión del área de medicina general a odontología.

- Capacitar a los médicos generales sobre las emergencias odontológicas y signos evidentes causados por alguna enfermedad en el sistema estomatognático.

#### Clínica Asistencial Corazón de María

- Crear un programa de servicio integral para el paciente que se presenta a la Clínica, en el cual estén interrelacionados el médico y el odontólogo, para brindar una mejor atención en salud.
- Brindar una mejor atención en mujeres embarazadas, no sólo en el servicio médico, sino también a lo que refiere a los servicios odontológicos.
- Proponer nuevos programas de educación y promoción en salud dental por medio de charlas o capacitaciones tanto a pacientes como a médicos.
- Motivar al paciente para realización de consulta temprana, para la detección temprana de los problemas estomatognáticos.

#### Unidad de Salud Panchimalco

- Se recomienda que gestione el envío de una mayor cantidad de personal odontológico, para poder cubrir la demanda de atención de la población.
- Se recomienda planificar actividades más constantes, en los cantones y caseríos del municipio de Panchimalco, solicitando la ayuda de los

promotores de salud y la colaboración de organizaciones, para que se promueva la prevención de enfermedades buco dentales en la población, por medio de brigadas o campañas odontológicas y a la vez observar patologías presentes en cavidad oral en la población, para dar su respectiva referencia al establecimiento de salud, para su oportuno tratamiento. De esta manera se podrá abarcar una mayor cantidad de personas que nunca han asistido a las clínicas dentales de la unidad de salud.

- Se sugiere que se insista en la población asistente a la unidad de salud y fuera de ella, sobre la importancia de la visita a la clínica dental , al menos cada 6 meses. Esto por medio de charlas y la colaboración de los promotores de salud en sus zonas de trabajo, para obtener un mejor control de la salud oral, con el fin de prevenir y tratar las enfermedades buco dentales a tiempo.
- Incentivar a la población para que mejore o aumente la frecuencia del cepillado dental, teniendo en cuenta que éste es el principal medio para la prevención de enfermedades dentales.
- Que la unidad de salud se organice, para que tenga una mayor presencia en las escuelas pertenecientes al programa de escuela saludable del área rural y de esta manera poder educar y tratar problemas en salud oral a los niños y niñas que asisten a dichos centros escolares, debido a que son éstos las que tienen poco acceso a la Unidad de Salud.
- Fomentar medidas de prevención en los alumnos y orientar a los padres pertenecientes al programa de escuela saludable, en cuanto a la importancia de aumentar el consumo de una dieta balanceada y la

disminución de la frecuencia de una ingesta alta en azúcares, para poder ayudar a la obtención de resultados favorables en los niveles de riesgo dental en esta población.

Facultad de Odontología, Universidad de El Salvador.

- Se propone a los docentes que retomen la investigación/acción, que motiven y hagan más conciencia a toda la población sobre el principal problema dental concluido en este estudio.
- Realizar el presente estudio cada cierto período de tiempo (2 años), con el fin de evaluar cambios de las enfermedades dentales presentadas en el país.
- Obtener una base de datos epidemiológicos de cada investigación realizada, para comparar la evolución o prevalencia de los principales problemas de la comunidad encontrada.
- Con respecto a los ingresos económicos especificar quien del grupo familiar recibe ingresos, para poder contrastar datos con los realizados por la institución competente en este tema.
- En cuanto al lugar y origen de residencia, ser más puntual sobre qué es lo que se quiere indagar con estos datos.
- Se recomienda llevar una mejor organización por parte de los docentes que encabezan la investigación en cuanto al desarrollo del estudio, ya que al momento de la ejecución se han detectado varios errores, no solamente en el diseño de este estudio, sino también en las

consideraciones mínimas que deben tomarse en cuenta para garantizar la validez de los resultados, entre ellos, es necesario retomar la importancia que la calibración del personal involucrado en la investigación y validación de los instrumentos a utilizar, tienen y que algunos artículos ofrecen indicaciones sencillas. Sin embargo, no puede negarse que esta investigación ha servido como una prueba piloto para futuros estudios de este tipo.

- Se sugiere a la coordinación de trabajo de investigación y al personal encargado de la revisión y aprobación de los protocolos, que para futuras investigaciones se documenten sobre los índices y rangos de edades que la mayoría de investigaciones a nivel mundial utilizan, lo que permitirá comparar estos datos y establecer una discusión de mayor peso.
- Es importante que para futuros estudios se utilicen métodos estadísticos para establecer promedios y datos con cierto nivel de significación.
- Respecto al software informático utilizado, se recomienda que cuando se haya seleccionado el que se va a implementar para el procesamiento y vaciado de la información, no se cambie a otro software, porque acarrea pérdida de tiempo y sobreesfuerzo, innecesarios.

#### Ministerio de Salud y Asistencia Social

- Evaluar los programas que llevan a cabo dentro de las unidades de salud debido a que mucho de ellos no se cumplen a cabalidad.

- Realizar estudios epidemiológicos de salud bucal más completos en la población que asiste a sus centros de salud.
- Publicar los datos obtenidos de los diferentes estudios que se realizan en los distintos centros de atención en salud bucal, con el fin de que cada uno de ellos tome las medidas necesarias para contribuir a la solución de los problemas de la comunidad.
- Incluir la mancha blanca en el índice de CPOD/ceod y a la vez ampliar los rangos de edades a los que se les realiza dicho estudio.
- Equipar y capacitar con frecuencia a su personal encargado del área de odontología, enfocándose mayormente a la prevención de la salud bucal.
- Elaborar un registro de datos obtenidos de los estudios realizados con el propósito obtener una base de datos epidemiológicos de cada investigación realizada, para comparar la evolución o prevalencia de los principales problemas de salud bucal del país.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Unidad de Salud bucal. Investigaciones. Disponible en: [http://www.mspas.gob.sv/p\\_saludbucal.asp](http://www.mspas.gob.sv/p_saludbucal.asp)
- 2) Dirección General de Estadísticas y Censos (DIGESTYC). Monografía de El Salvador. <http://www.digestyc.gob.sv/>
- 3) Solórzano, S. Estudios realizados en el Centro de Investigaciones Demográficas de El Salvador. Disponible en: <http://www.censos.gob.sv/>
- 4) La Prensa Gráfica. Nación. Tejada R. Analfabetismo en el país es del 18%. Fecha de actualización 9/08/2008. Disponible en: <http://archive.laprensa.com.sv/20080908/nacion/1134736.asp>
- 5) Castellón G. Redacción Diario Co Latino. “5.7 millones de habitantes, indica conteo preliminar”. Miércoles, 04 de Julio de 2007.
- 6) Estudios Centroamericanos No. 623 septiembre 2000 año LV Universidad Centroamericana José Simeón Cañas" Editorial: “La salud de la pobreza y la pobreza de la salud”
- 7) Morret, Y (1); Rivera, H (2); González, J (3). “Correlación clínico patológica de la Eritoplasia bucal con diagnóstico histopatológico de la displasia epitelial en una muestra de la población venezolana”.
- 8) Arévalo Salas, P. Leucoplasia bucal RLUZ. Dic 1960. Vol. 03, No 12 pág. 71-111.

- 9) Baeza Martínez, D. Tutor: Mtro. José Francisco Gómez Clave. Etiología, prevención y tratamiento de alveolitis.
- 10) Preconc. Dra. Bordoni Noemi, Dra. Doño Raquel, Dra. Miraschi Clara Organización Panamericana de la Salud 1992. Disponible en: <http://www.sdpt.net/CAR/salud%20dental%20indices.htm>
- 11) Capuano, C(1); Furci, N(2); Ramos, L(3). "Estudio epidemiológico en niños preescolares de 5 años de edad de una comunidad urbana de riesgo social". Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=398957&indexSearch=ID>
- 12) Galaz, J(1); Ramos, E(2); Tijerina, L(3). "Riesgo de presencia de placa dentobacteriana asociado al control de higiene bucal en adolescentes". Facultad de Salud Publica y Nutrición, Universidad Autónoma de Nuevo León.
- 13) Schwartz, R. (1) Summitt JB (2), J. Robbins, W. (3) Fundamentos en odontología operatoria. 1ra Edición 1999. Editorial LTDA pág. 423.
- 14) Bordoni, N. (1); Doño, R. (2). Odontología Preventiva. Diagnóstico de enfermedades por placa bacteriana. Editorial OMS, OPS. Buenos Aires, Argentina. 1998.
- 15) Unidad de Salud Bucal MSPAS. "Investigación epidemiológica de caries y flourosis dental". Disponible en: [http://www.mspas.gob.sv/i\\_salud4\\_01.asp](http://www.mspas.gob.sv/i_salud4_01.asp)
- 16) Medina, C(1); Cerrato, J(2); Socorro, M(3). "Perfil epidemiológico de la caries dental y enfermedad periodontal en Nicaragua, año 2005". Disponible en <http://universitas.unanleon.edu.ni/pdf/1ro/Arto7VOI1.pdf>

- 17) Valenzuela, R(1); Rodriguez, M(2). "Estudio Epidemiológico de las Caries Según Índice c.e.o.d y C.O.P.D. en Preescolares y Escolares de la Comuna de Río Hurtado, IV Región". Disponible en <http://www.revistadentaldechile.cl/temas%20abril%202001/PDF%20ABRIL%202001/Estudio%20Epidemiologico%20de%20las%20Caries..%20.pdf>
- 18) Villalobos, J(1); Medina, C(2); Molina, N(3); Vallejo, A(4); Pontigo, A(5); Espinoza, J(6). "Caries dental en escolares de 6 a 12 años de edad en navolato, Sinaloa mexico: experiencia, prevalencia, gravedad y necesidad de tratamiento". Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/843/84326206.pdf>
- 19) Oliviera, M (1); Iglesias, I (2); Fernandez, L(3); Lopez, L (4). "Enfermedad periodontal e higiene bucal en escolares". Revista de ciencias Medicas La Habana 2009; 15 (1).
- 20) López, O(1); Cerezo, M(2); Paz, A(3). "Morbilidad oral en adolescentes escolarizados". Facultad de Salud Numero 1. Manizales 2005. Revista Digital de Salud. Universidad Autónoma de Manizales, No. 1 2005. Disponible en: <http://www.uamvirtual.edu.co/.../art03nov2005>
- 21) Bustamante, Z (1) et al. Estado de Salud Bucal de Niños Preescolares de Nivel Socioeconómico Alto y Medio Alto. Medellín 1997. Revista CES Odontología. Vol.11- No. 1 1998. Disponible en: <http://www.ces.edu.co/descargas/estado-salud-bucal-niños.pdf>
- 22) Solarte I et al. Factores relacionados con gingivitis en niños de dos instituciones educativas de Cali. Revista Estomatología 2007;15(2):6-9. Disponible en: <http://www.odontologia.univalle.edu.co/estomatologia/.../01v15n2-07.pdf>

- 23) Eustaquio, M. et al. Estudio Epidemiológico de Salud Oral de Adultos Comunidad Valenciana, 2006. Disponible en Disponible en: [http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:0T02kkrOGAYJ:www.tesise.nxarxa.net/TESIS\\_UV/AVAILABLE/TDX-1001109-144320//](http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:0T02kkrOGAYJ:www.tesise.nxarxa.net/TESIS_UV/AVAILABLE/TDX-1001109-144320//)
- 24) Micheelis W, Bauch J; Oral health of representative samples of Germans examined in 1989 and 1992. Community Dent Oral Epidemiol 1996; 24: 62-7. Oral health of representative samples of Germans examined in 1989 and 1992.
- 25) Int J Dent Hygiene 2, 2004; 132–136 El-Qaderi SS, Ta'ani DQ: Assessment of periodontal knowledge and periodontal status of an adult population in Jordan
- 26) Toledo, L. et al. Maloclusiones por el índice de estética dental (DAI) en la población menor de 19 años. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072004000300006&lng=es&nrm=iso#cargo%23cargo](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000300006&lng=es&nrm=iso#cargo%23cargo)
- 27) Australian Research Centre for Population Oral Health, Dental School, Faculty of Health Sciences, The University of Adelaide, South Australia Australian Dental Journal 1996-46<1.
- 28) Okeson, J.P. Tratado de Oclusión y afecciones temporomandibulares. 4ta Edición. Cap. 3 Pág. 67
- 29) Cepero, A. et al. Estudio de la dentición temporal en niños de 5 años de edad. Disponible en: [http://mail.google.com/mail/?ui=2&ik=21776a43c3&view=att&th=128877f9873efd31&attid=0.1&disp=vah&realattid=f\\_g92qrfo90&zw](http://mail.google.com/mail/?ui=2&ik=21776a43c3&view=att&th=128877f9873efd31&attid=0.1&disp=vah&realattid=f_g92qrfo90&zw)

- 30) Martín, C et al. Prevalencia de Maloclusiones en Niños de la Comunidad Autónoma de Madrid según el Índice Estético Dental. Revista Española de Ortodoncia. ISSN 0210-0576, Vol. 39, No. 2, 2009, págs. 91-102  
Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo>
- 31) Lewis JM (1), Morgan MV,(2) and Wright FAC(3): The validity of CPITN's scoring and presentation method for measuring periodontal conditions. J Clin Periodontol 1994; 21: 1-6. © Munksgaard, 1994.

# ANEXOS

PROCOLO DE INVESTIGACION

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA  
COORDINACION GENERAL DE  
PROCESOS DE GRADUACION



DIAGNOSTICO DE LA CONDICION DE SALUD BUCAL DE LA POBLACION  
QUE ASISTE A LAS CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS DE: HOSPITAL MILITAR  
CENTRAL, CRUZ ROJA SALVADORENA, CLINICA ASISTENCIAL CORAZON  
DE MARIA Y UNIDAD DE SALUD DE PANCHIMALCO.

FLORENCE MARIA LOPEZ FLAMENCO  
HELLEN AURORA HUEZO RAMIREZ  
JUDITH PRISCILA MELGAR ORTIZ  
MARINA JULIETA SALAMANCA ESCOBAR

DRA. LISSET LOPEZ

CIUDAD UNIVERSITARIA, 17 JULIO DEL 2009

INDICE

1. Introducción	4
2. Planteamiento del problema	5
3. Justificación	7
4. Objetivos	8
5. Marco teórico	9
6. Materiales y métodos	21
7. Recursos humanos, materiales y financieros	27
8. Limitaciones	27
9. Consideraciones bioéticas	28
10. Cronograma	29
11. Referencias bibliográficas	30
12. Anexos	32

## INTRODUCCION

La presente investigación pretende determinar la condición de salud bucal actual que presenta la población del Hospital Militar Central, Cruz Roja Salvadoreña, Clínica Asistencial Corazón de María, Unidad de Salud de Panchimalco durante el año 2009.

En el país las investigaciones que se presentan hasta el momento dan datos poco confiables en lo que a salud bucal se refiere, ya que gran parte de la población se deja sin estudiar y los resultados obtenidos no concuerda con lo observado en la realidad, además que se desconoce las razones por las cuales los pacientes consultan en las diferentes clínicas o unidades de salud. (1)

La investigación busca plantear de forma integral, información respecto al rango de edades, género, escolaridad, nivel económico, domicilio y lugar de origen, de las personas que recurren a los servicios de salud, de las instituciones antes señaladas; así como también, los índices socio-buco epidemiológicos que la población en estudio presenta, lo que permitirá establecer cuáles son las enfermedades bucales más prevalentes del paciente-colectividad.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La población salvadoreña presenta diversos problemas bucales, entre los que se pueden mencionar la caries dental, la gingivitis, enfermedad periodontal, la presencia de placa dentobacteriana, maloclusiones y patologías en lesiones osteomucofibrosas, entre otras.

Todos estos problemas de salud bucal no son considerados problemas de salud pública, de allí que no aparezcan consignados en el perfil epidemiológico del país, con la consecuentes subestimación de tan serio problema (2)

El Modelo de Atención en Salud Oral en los Sistemas Sanitarios de El Salvador, del año 1999(2), es el último registro de un modelo de atención bucal, que a pesar de la incorporación de algunas reformas y la apertura de distintos programas, como por ejemplo el Fondo Social para la Salud (FOSALUD) creado en el 2005(3), siguen mostrando un enfoque predominantemente curativo, con recursos humanos insuficientes; equipo, instrumental y materiales insuficientes, deteriorados y de baja calidad. De acuerdo a los datos brindados por parte del MSPAS para el año 2008, las atenciones curativas representaron el 83% (9.9 millones) y las atenciones preventivas el 17% (2.0 millones) (4), donde se comprueba, que a pesar de todo lo que se ha hecho las actividades preventivas son poco significativas y van disminuyendo en lugar de aumentar. Respecto a estos servicios, el sector salud cuenta con dos subsectores, uno público y otro privado, teóricamente basados en un modelo de atención integral en salud de la población.

La información disponible es pobre, pero a la vez revela la severidad de los problemas bucales; a pesar que la situación del perfil epidemiológico del MSPAS no aparece registrada desde 1972, se presentan datos parciales de la situación como son: que la población en general tiene mala higiene bucal, la caries dental la padece el 82.06% de la población, los problemas periodontales afectan al 53.98%, el 78% de los niños/as padecen de caries en las edades de 6-15 años y el 89% de la población materna presenta lesiones cariosas. (2)

Estos problemas se manifiestan de acuerdo al ámbito en que se desarrolla cada persona, así como la población de estudio. Encontrándose cada uno de ellos expuestos a distintos factores como: la condición socio económica, el nivel de escolaridad, el acceso a los servicios de salud y la oferta de éstos, a nivel público y privado. También se incluyen elementos inherentes a cada persona, como la edad, el género, predisposición genética, la dieta y otros.

La responsabilidad directa en lo que a salud bucal se refiere, está a cargo de la Unidad de Salud Bucal del MSPAS, pero ésta no cuenta con políticas ni normas actualizadas para dicha atención. (2)

Dentro de las estrategias empleadas por la Unidad de Salud bucal encontramos el Programa de Escuela Saludable, Proyecto de la doble fortificación de la sal de consumo humano con yodo y flúor, Implementación Nacional de la Técnica

"Práctica Restaurativa Atraumática para el Abordaje de la Caries Dental" (PRAT) Experiencia en El Salvador, Oferta Básica de Atención Odontológica en los establecimientos de la red, Promoción y Educación para la salud bucodental, Sonriendo desde el Vientre Materno, Atención Odontológica al menor de 5 años, Odontología Comunitaria, los cuales tienen como objetivo principal contribuir a la mejora de salud bucal(1).

Estas estrategias buscan abordar a la población de una manera más concreta, con el fin de poder ofertar los servicios de acuerdo a sus necesidades, teniendo un enfoque preventivo, pero a la vez se brindan servicios de diagnóstico, periodoncia, operatoria, etc. A pesar del gran esfuerzo que realiza el MSPAS para cumplir con dicha atención, es desconocido el impacto que recibe este programa en la población. (2)

Para la identificación de las enfermedades que aquejan a la población es necesario tener un buen diagnóstico, que valiéndose del aporte de otras ciencias, como la epidemiología, las ciencias sociales, la estadística y la demografía; pueda identificar las enfermedades más prevalentes de la población, a fin de establecer un perfil epidemiológico, que permita orientar políticas y estrategias adecuadas para la atención de la salud de las personas, las familias, comunidades y población en general.

Con base a la situación antes planteada, los datos llevan a inferir que el actual modelo de salud bucal necesita ser reorientado, partiendo de un diagnóstico que identifique la situación actual que presenta la población salvadoreña y específicamente la que asiste a dos instituciones autónomas, una privada y una del subsector público de salud (Ver anexo 1).

Es por ello que se considera muy importante realizar este diagnóstico, con el cual se pretende conocer ¿Cuál es la condición de salud bucal de la población que asiste a las clínicas odontológicas de: Hospital Militar Central, Cruz Roja Salvadoreña, Clínica Asistencial Corazón de María y Unidad de Salud de Panchimalco, en el año 2009?

## JUSTIFICACION

El modelo de atención en salud oral del MSPAS tiene un bajo perfil preventivo, con un componente curativo alto y sin capacidad restaurativa, de baja y limitada cobertura, ante una demanda creciente. La información disponible, pese a los esfuerzos de la Unidad de Información, Monitoreo y Evaluación (UIME) del MSPAS; es escasa e incompleta, basada en un limitado listado de indicadores cuantitativos, que no permiten medir el impacto real de las actividades realizadas (2)

Todo esto es un motivo que justifica el descubrir de una manera veraz, en qué condición de salud bucal se encuentra actualmente la población salvadoreña que asiste a las clínicas odontológicas del Hospital Militar Central, Cruz Roja Salvadoreña, Clínica asistencial Corazón de María, Unidad de Salud de Panchimalco, durante el año 2009, para identificar el problema estomatológico principal de la comunidad; con el fin de conocer más detalladamente qué factores influyen de acuerdo al tipo de población en estudio, cuáles son sus necesidades y por qué motivos asiste a la consulta dental.

De esta forma se podrán establecer estrategias y soluciones más concretas a los problemas bucales; tomando como base el contexto y condición precisas bajo las cuales se presentan las diferentes patologías. Ya que gozar de salud bucal es un complemento fundamental para alcanzar la salud integral de la persona, una ausente o limitada salud oral interfiere directamente en el desarrollo pleno de la persona. (2)

Por lo tanto dicha investigación dará como beneficio principal una base de datos sobre la situación bucal de la población en estudio, que podrá contribuir a la creación o establecimiento, de un perfil bucoepidemiológico del país.

## OBJETIVOS

### GENERAL

- ❖ Realizar el diagnóstico de salud bucal como paciente colectividad de la población que asiste a las clínicas odontológicas del: Hospital Militar Central, La Cruz Roja Salvadoreña, Clínica Asistencial Corazón de María y Unidad de Salud de Panchimalco.

### ESPECIFICOS

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

## MARCO TEORICO

La condición de salud bucal de una población pueden medirse bajo diferentes parámetros, para efectos de esta investigación se tomarán en cuenta las siguientes variables:

- Variables socioeconómicas
- Motivo de consulta
- Lesiones de cara, cuello y osteomucofibrosas.
- Índice de afecciones dentoperiodontales
- Maloclusión: Índice DAI (de OMS)
- Problema estomatológico principal de la comunidad.

### **Variables socioeconómicas:**

El Salvador tiene una población de 5.744.113 millones de habitantes, en su escaso territorio de 20.742 kilómetros cuadrados, dentro de los cuales el 62,7% de la población es urbana y el 37,2% vive en zonas rurales. La mayor concentración de población, se presenta en la capital, San Salvador, con 1.567.156 personas, le siguen los departamentos de La Libertad con 660.652; Santa Ana, en el oeste del país, con 523.655 y San Miguel, en el este, con 238.217. Del total de población, el 52,7% son mujeres y el 47,3% son hombres. (5)

Estratificada por grupos de edades, presenta las siguientes cifras:

0-14 años: 36.1% (masculino 1,281,889/femenino 1,228,478)

15-64 años: 58.7% (masculino 1,942,674/femenino 2,134,154)

65 años y más: 5.2% (masculino 158,276/femenino 202,602) (2007 est.)(6)

Dentro de la población existe un grado de analfabetismo que cubre a 682,738 salvadoreños de 15 años en adelante, según datos de 2007 del Ministerio de Educación (MINED) y el más reciente Censo de Población. Son dos de cada 10 personas en el rango de 25 a 59 años. (7)

Por otra parte, el deterioro del nivel salarial continúa, a pesar de que en el discurso oficial sobre la dolarización se indica que éste fenómeno se controlaría. De acuerdo con la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples de la DIGESTYC, en el año 2000 el salario promedio mensual nominal de un hombre era de \$261.4 y para una mujer de \$206.83, cuatro años después, en 2004 el salario nominal para un hombre había decrecido a \$255.12 y el de la

mujer a \$206.75. Al tomar en cuenta el efecto inflacionario, el salario de los hombres se ha reducido en 13.6% y para las mujeres en 11.5%. (8)

Actualmente existe una crisis mundial que afecta enormemente y la población salvadoreña se ha visto afectada, reflejándose esto en una alta tasa de desempleo, un aumento de la canasta básica y ausencia de medicamentos en el sector salud. Todo ello se traduce en cientos de miles de personas que viven en condiciones de pobreza y extrema pobreza.

El problema fundamental de la salud en El Salvador --y en otros países-- radica en no reconocer que la erradicación de la enfermedad y, por lo tanto, la salud como un estado generalizado de bienestar y satisfacción; sólo son posibles si, además de acciones médicas especializadas e individualizadas, se presta atención rigurosa a la salud pública y a aquellos factores básicos que la ponen en crisis. (9)

Una vez se reconozca que el problema de salud bucal es parte importante de la salud pública y bienestar integral de la población, hasta entonces se podrá ver un avance significativo en lo que a la problemática de salud bucal se refiere.

### **Motivo de consulta:**

El motivo de consulta es la razón principal por la cual el paciente acude a la consulta dental o médica. Ya sea esta una emergencia o un control.

Existen distintos motivos por los cuales el paciente asiste a la consulta dental, dentro de los cuales se puede mencionar problemas dentales, problemas periodontales y presencia de patologías osteomucofibrósas.

Normalmente el paciente asiste hasta que hay presencia de un adolecimiento bucal ya avanzado y este necesita de un tratamiento extenso y poco conservador. Dentro de los motivos de consulta dentales se presentan la caries dental, la cual ya encontrándose en etapa avanzada, tanto en niños como adultos; se tiene que recurrir a realizar un tratamiento de tipo endodóntico, el cual presenta un costo mucho más alto y a la vez es un tratamiento más prolongado y al no poder costear dicho tratamiento optan por la extracción de las piezas, creándose así otro tipo de problemas bucales.

Otro motivo de consulta, lo constituyen los problemas de tipo periodontal, en el cual el paciente se presenta para realizarse limpiezas, cuando siente que hay movilidad de piezas dentales (a este nivel, ya es un problema periodontal avanzado), cuando existe una halitosis fuerte o un sangrado de encías evidente.

Y por último está el motivo de consulta por lesiones osteomucofibrosas, ya sean tumoraciones o lesiones eritoplásicas o leucoplásicas, el paciente consulta para indagar sobre qué son y cuál es su cura, además se pueden presentar pacientes post a una exodoncia o cirugía debido a problemas de cicatrización en el alvéolo, ya presentan dolor y molestias en la zona.

### **Lesiones osteomucofibrosas**

#### *Lesión eritoplásica*

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la Eritroplasia como una lesión roja, que clínica y patológicamente no se puede reconocer como otra condición. En 1994 la definición cambió, siendo el término Eritroplasia una forma análoga al de Leucoplasia, pero destacando a las lesiones de la cavidad bucal que presentan zonas rojas y que no puede ser caracterizada como ninguna otra lesión definible.(10)

Su etiología ha sido poco estudiada, aunque se reconoce que existen factores predisponentes como el alcohol y el tabaco que pueden llegar a favorecer su aparición.

Clínicamente, puede presentar un patrón homogéneo: zonas rojas aterciopeladas, de bordes bien definidos y un aspecto no homogéneo en donde se observan dos patrones: zonas rojas con zonas blancas y aspecto granular o moteado. Las localizaciones más frecuentemente afectadas son paladar blando, piso de boca, zona retromolar y labios, sobretodo en pacientes fumadores. Tiene un tamaño aproximado de 1,5 cm. de diámetro y en ocasiones se ha encontrado asociada a otras patologías como: Liquen Plano, Leucoplasia entre otras. El grado de malignización es muy elevado comparado con cualquier otra lesión de la mucosa bucal. La frecuencia relativa de las EB en general fue de 8 casos ( 0,07%) con respecto a la población general estudiada (11. 250 casos), lo cual nos indica lo infrecuente de esta entidad en nuestra población, coincidiendo con datos de la literatura mundial donde reportan que la prevalencia oscila entre 0,02% y un 0,83%, (5) en 1975 (3) se realizó un estudio donde se revisó un total de 64.345 biopsias y se encontraron 58 casos de EB, lo que representa un 0,09%, en 1995 (6) se encontraron 6 nuevos casos diagnosticados por cada millón de personas, lo que corresponde a 1500 casos diagnosticados cada año en Estados Unidos (10)

La apariencia de la lesión es roja y debe diferenciarse de otras lesiones que afectan la mucosa bucal como la candidiasis eritematosa, estomatitis sub protésica, etc. Esta lesión puede encontrarse en diferentes zonas de la cavidad bucal y entre los tratamientos que se pueden aplicar están la extirpación quirúrgica, láser y crioterapia.

#### *Lesión leucoplásica*

La leucoplasia es una enfermedad crónica de las membranas mucosas de la boca, que puede aparecer también en otras partes del cuerpo y está caracterizada por la aparición de placas superficiales de color blanco sucio que

pueden variar al gris y que son producidas por una hiperplasia o hiperqueratosis de la mucosa.(11)

La leucoplasia se localiza con más frecuencia en la cavidad bucal, aún cuando puede aparecer en la pelvis renal, tráquea, vejiga, cuello del útero, vagina y ano.

En la lengua hace asiento de preferencia en la mitad anterior y en las papilas laterales del dorso, en la parte media, o bien en los casos muy avanzados la superficie superior es atacada en su totalidad.

Con caracteres más atenuados se presenta en la cara interna de las mejillas a nivel de la interlínea articular. En los labios aparece en forma de islotes irregulares de placas córneas, secas, blancas y a veces pediculadas o en forma de una placa delgada que a veces desborda el borde libre. En el paladar asienta sobre la mitad anterior de la bóveda y raras veces se localiza en el velo del paladar.

#### *Tumoraciones*

Un tumor es simplemente un abultamiento de tejido que no necesariamente implica un proceso neoplásico.

Aunque los tumores solo constituyen una pequeña minoría de las entidades patológicas que el odontólogo ve, son de gran importancia por que poseen una potente capacidad de posible malignidad que pone en peligro la salud y longevidad del paciente.

#### *Exostosis*

Exostosis es un crecimiento anormal de hueso, es una protuberancia ósea. Se refiere exostosis a los crecimientos de hueso de aspecto normal.

#### *Torus palatino*

Protuberancia o excrecencia ósea de lento crecimiento, de base plana; se presenta en la línea media del paladar duro. La mucosa que lo cubre está intacta, pero en ocasiones aparece pálida.

#### *Torus mandibular*

Es una exostosis o crecimiento exterior óseo que se encuentra en la superficie lingual de la mandíbula.

#### *Exostosis múltiples*

De los maxilares son algo menos comunes que los torus maxilares y mandibulares, y por lo regular se encuentran en la superficie bucal del maxilar superior por debajo del pliegue mucobucal en la región molar.

#### *Falta de cicatrización en un alvéolo tras una extracción dental o post cirugía:*

#### *Alvéolo seco*

Es una osteomielitis focal en la que se ha desintegrado o perdido el coágulo sanguíneo, con producción de olor fétido y dolor intenso por no supuración. El

trastorno deriva del hecho de que después que se pierde el coágulo el alvéolo tiene aspecto seco debido al hueso expuesto.

Se asocia con más frecuencia con extracciones difíciles o traumáticas y es más común después de la extirpación del tercer molar mandibular impactado.

Antes de realizar cualquier tipo de tratamiento y como el paciente se va a presentar con dolor intenso se deberá tomar en cuenta el uso de algún anestésico local y se deberán retirar cuidadosamente las suturas del sitio de la extracción si es que las hay (12).

Se debe irrigar generosamente el alvéolo con abundante cantidad de solución salina y el exceso deberá ser succionado cuidadosamente fuera del sitio de la extracción. Se dará medicación al paciente y se mantendrá vigilado.

### **Índice de placa bacteriana Løe y Silness.**

La práctica de higiene oral es la piedra angular para la prevención y el control de las dos enfermedades orales más prevalentes: la caries y las enfermedades periodontales, iniciando estas a través de la formación de la placa dentobacteriana.

Esta placa se desarrolla gracias a la fijación y multiplicación de las bacterias que producen ácidos y las sustancias tóxicas junto con los restos alimenticios. Su localización sobre la superficie dental puede ser clasificada en placa supragingival y subgingival.

Una de las maneras para medir el grado de intensidad del acúmulo de placa bacteriana es la evaluación de la cantidad de placa presente, a través del método desarrollado por Løe y Silness, que mide la cantidad de placa depositada sobre la superficie de todos los dientes presentes en la boca.

Dentro de algunos estudios que han utilizado este índice se encuentra el realizado en Madrid en los meses de enero y febrero del 2006. El cual aplicó dicho índice para la medición y posterior comparación del estado de salud bucal en pacientes sanos y oncológicos. Donde los resultados fueron en el grupo de pacientes oncológicos, la media del índice de placa de Silness y Løe fue de  $1,28 \pm 0,11$ . En el grupo control, la media del índice de placa de Silness y Løe fue de  $0,94 \pm 0,00$ . Y obtuvieron como conclusión que los pacientes oncológicos del estudio presentaron mayor cantidad de placa dental que los pacientes sanos. (13)

Dicho índice tiene la factibilidad de poder ser utilizado en estudios con fines comparativos y con fines epidemiológicos, tal es el caso de la presente investigación.

## **Índice CPO/D – ceo/d**

La caries es la disolución progresiva del componente mineral del esmalte, dentina, o cemento. Es esencialmente una enfermedad bacteriana pero tiene una etiología multifactorial (14).

Los índices más frecuentes empleados para medir la caries dental son el CPO y el ceo (Klein, palmer y knutson, 1938) (15).

Índice CPO-D (unidad diente) resulta de la sumatoria de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados.

Este índice muestra problemas no resueltos, presentes y futuros, además de ser ampliamente utilizado en estudios epidemiológicos para estimar la magnitud de problemas de salud bucal.

El MSPAS, ha realizado investigaciones acerca de la caries dental y la fluorosis dental en niños de 10 años y adolescentes de 12 a 15 años de los centros escolares públicos de El Salvador, dando como resultado que la prevalencia de caries encontrada fue de un 61%, mientras que la prevalencia de fluorosis dental fue de un 5.2% en los escolares. (16)

Además, otra investigación que se realizó para la utilización de PRAT, los antecedentes sobre la situación epidemiológica fueron: que la prevalencia de caries observada es de un 65% a los 12 años, CPO/D 1.3 (indicador de piezas dentales cariadas, perdidas y obturadas por caries) a la edad de 12 años (punto de cohorte OMS) considerado bajo y un ceo/d a la edad de los 6 años de 3.7, dando como conclusión que la tendencia de lesiones cariosas aumentan proporcionalmente a la edad. (16)

Observando todos estos resultados, se concluye que las investigaciones realizadas por parte del MSPAS solamente abarcan población infantil y adolescente, además de sólo incluir ciertos parámetros como la caries, la fluorosis, CPO-D, ceo-d; dejando de lado cualquier otro problema que pueda existir en la cavidad oral y a la vez excluye lo que es la mancha blanca como presencia de caries, siendo así incompleto el diagnóstico y a la vez carente de validez por los tipos de criterios que utilizaron durante la realización del estudio.

## **Índice gingival Løe y Silness.**

Al valorar las características clínicas de la enfermedad gingival es necesario realizar un examen metódico de la encía respecto a su color, tamaño o contorno, aspecto, consistencia y presencia o no de hemorragia.

Por tanto todos aquellos indicadores clínicos que miden la presencia de placa dentobacteriana, cálculo dental y hemorragia al sondaje son válidos para determinar la presencia de enfermedad gingival.

El índice a utilizar en esta investigación será el índice de Løe y Silness. Este índice fue elaborado por Løe y Silness a comienzos de la década de 1960 y mide la salud de encía en las superficies mesial, distal, bucal y lingual de cada diente, a través de una escala de 0 a 3.

Este tipo de índice es empleado con fines comparativos, tal es el caso del estudio realizado en la Facultad de Estomatología de la Habana acerca de la utilización de Laserterapia en la gingivitis crónica edematosa y fibroedematosa. Aplicándolo al inicio del estudio para medir el grado inflamación gingival y posteriormente comparar los resultados obtenidos luego de la aplicación de la terapia; los valores obtenidos con la aplicación del índice gingival al comienzo del estudio, siendo en el grupo que se aplicó el láser de 1,47 es decir un moderado grado de inflamación gingival. Una vez realizado el tratamiento este valor medio decreció a 0,34, evidenciado el valor obtenido el poder antiinflamatorio que presenta dicha terapia. En el caso de los tratados con clorhexidina decreció a 0,46 después del tratamiento de un valor inicial de 1,48. (17).

Dicho índice brinda simplicidad para este tipo de estudios.

### **Índice periodontal comunitario CPI (de OMS)**

La enfermedad periodontal, se ha definido como una enfermedad infecciosa que produce inflamación de los tejidos de soporte de los diente, pérdida de inserción progresiva y pérdida ósea.

Debido a que la enfermedad periodontal es muy compleja se utilizará el índice periodontal comunitario (CPI), que es el índice más utilizado para las encuestas epidemiológicas. Fue descrito por Ainamo y Cols. en 1982 y posteriormente adoptado por el FDI y la OMS. (18) Este índice es una escala numérica graduada para clasificar el estado periodontal de una persona o población con una cifra única, que considera tanto la prevalencia como la severidad de la condición. Está basado en la medición de la muestra de surcos periodontales y estados de tejido gingival.

Hay una sonda específicamente diseñada para este índice con una bolita de 0.5 mm en su extremo y una banda oscura situada entre los 3.5 y 5.5 mm, que debe usarse con muy poca presión. Existe una variante clínica que además incluye marcas a los 8.5 y 11.5mm.

Este tipo de índice se ha utilizado para la medición del grado de higiene oral, en algunas investigaciones; entre ellas, la investigación realizada para la valoración clínica del estado dental y periodontal en un grupo de pacientes oncológicos, previo inicio de la quimioterapia, pudiendo así presentar resultados acerca de la condición bucal y presentar así un valor estadístico de la investigación. Dando como resultado que los pacientes con canceres en diferentes localización obtuvieron un el valor del índice CPI modificado de

1,45±0,11 y la media del índice periodontal CPI modificado, en el grupo control, fue de 1,29±0,10 demostrando que el estado periodontal estudiado en ambos grupos de pacientes, mediante el índice CPI modificado, era similar en los individuos sanos y en los oncológicos (13)

### **Medición de mal oclusión.**

Índice de estética dental (DAI) de OMS, mal posición dentaria, discrepancia esquelética aceptada por la comunidad.

La mala oclusión se refiere a cualquier grado de contacto irregular de los dientes del maxilar superior con los del maxilar inferior, lo que incluye sobre mordidas, submordidas y mordidas cruzadas e indica una desproporción entre el tamaño de los maxilares superiores e inferiores o entre el tamaño del maxilar y los dientes, provocando un apiñamiento de éstos o patrones de mordida anormales, asimismo los dientes supernumerarios, malformados, incluidos o perdidos y los dientes que erupcionan en una dirección anormal pueden contribuir a la mala oclusión.

Este índice se ha presentado en estudios como Maloclusiones por el índice de estética dental (DAI) en la población menor de 19 años, con el propósito de mostrar el estado clínico de la oclusión dentaria mediante el índice de estética dental (DAI) y comparar sus resultados con el criterio del especialista; se observó el 13,6(por ciento) de personas con maloclusiones muy severas o discapacitantes y el 69,3(por ciento) con apiñamiento. El índice de estética dental tiene una sensibilidad del 96(por ciento) con respecto a la necesidad de tratamiento prioritario concluyendo que el índice es efectivo en la identificación de necesidades de tratamiento prioritario y conveniente al compararlo con el criterio del especialista (19).

Proporcionando así una base firme para la utilización de este índice con fines epidemiológicos.

#### *Mal posición dental:*

La herencia juega un papel importante. Puede ocurrir que se herede el tamaño de dientes de un progenitor y el tamaño de los maxilares del otro progenitor, lo que aumenta la prevalencia de mal oclusiones.

Así sería el caso de la mayoría de las Clase II en las que suele existir un patrón heredado de déficit mandibular; de Clase III en las que existe una clara tendencia familiar y racial, y en los problemas de excesos verticales que también tienen un importante componente hereditario.

Sin embargo, estas mal oclusiones esqueléticas heredadas, pueden ser más severas por la presencia de factores ambientales.

La herencia también influye, en el tamaño y forma dentaria, en el número de piezas e incluso en la cronología y patrón eruptivo.

### *Clasificación topográfica:*

Distingue 3 tipos de mal oclusión según el plano del espacio en que esté localizada la mal oclusión.

1. Mal oclusión transversal: Desviaciones en los segmentos bucales (mordidas cruzadas).
2. Mal oclusión vertical: sobre mordidas y mordidas abiertas.
3. Mal oclusión sagital: relaciones antero posteriores de ambas arcadas.

### *Relación oclusal molar:*

Son los primeros molares los que Angle describió como los dientes claves de la oclusión dentaria, llamando a la relación que tiene el primer molar superior con el inferior "llave de la oclusión".

Según Angle la Clase I se caracteriza por una relación anteroposterior normal de los primeros molares permanentes: la cúspide mesiovestibular del primer molar superior está en el mismo plano que el surco vestibular del primer molar inferior. La situación de maloclusión consiste en malposiciones individuales de los dientes, relaciones verticales o transversales anómalas o desviación sagital de los incisivos.

La Clase II de Angle se presenta cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior permanente ocluye por adelante del surco bucal de los primeros molares inferiores. Esta clasificación presenta dos subdivisiones:

- La Clase II división 1 se caracteriza por el aumento del resalte y la proinclinación de los incisivos superiores, en la cual la mordida probablemente sea profunda, el perfil retrognático y el resalte excesivo.
- En la Clase II división 2 el resalte está reducido y la corona de los incisivos superiores inclinada hacia lingual. Se caracteriza por profundidad anormal de la mordida, labioversión de los incisivos laterales superiores y función labial más normal.

La división 1 y la división 2 tienen un rasgo en común: el molar inferior está en distal de la posición que le correspondería ocupar para una normal interrelación oclusal.

La Clase III de Angle, es cuando la cúspide mesiovestibular ocluye por detrás del surco bucal del molar inferior.

Varias fueron las razones que le llevaron a proponer esta relación de los planos inclinados de los primeros molares como las llaves de la oclusión:

- Los primeros molares son los primeros dientes permanentes en hacer erupción.
- Son los dientes más voluminosos de la dentición
- Llegan hasta su sitio de erupción sin estar protegidos por las raíces de otro molar caduco.

- Son guiados hasta su localización únicamente por las bases terminales de las arcadas temporales.

Angle eligió los molares superiores y no los inferiores como punto de referencia para valorar la situación del resto de los dientes, los molares maxilares están dentro del macizo facial, mientras que los molares inferiores quedan a merced de un hueso cuya dependencia con el cráneo se establece a través de la articulación cóndilo-fosa que pueden modificarse e inclinar a error. (20)

### **Problema estomatológico principal en la comunidad.**

Se conocerá como problema estomatológico principal de la comunidad a aquella afección que se presente con más frecuencia en la comunidad, verificando el estado de salud de cada paciente y el motivo de consulta.

Dentro del Hospital Militar Central existen distintas causas por las cuales los pacientes acuden a la consulta dental, pero la mayoría asisten para realizarse obturaciones ya sean estas de amalgama o de resina y como segundo lugar asisten para realizarse limpiezas dentales. Dando así un panorama de que la caries y la placa dentobacteriana son los problemas principales que presenta dicha comunidad.

En la Clínica de Emergencia de la Cruz Roja Salvadoreña, el principal problema bucal por el cual consultan los pacientes, es por caries dental; en segundo lugar problemas pulpares, para la realización de pulpotomías, pulpectomías en niños y endodoncias en los adultos; en tercer lugar frecuentan los pacientes con caries extensas y destrucción en el cual se necesitan exodoncias.

En la Clínica Asistencial Corazón de María, las principales causas por la que los pacientes recurren al consultorio odontológico es para realizarse obturaciones, extracciones y detartrajes, de esta manera se aprecia que es la caries y enfermedades periodontales son las que más aquejan a dicha comunidad.

Para el caso de la Unidad de Salud de Panchimalco, el principal problema bucal es la caries dental, debido a que el tratamiento que mayormente se realiza son las obturaciones y exodoncias. En segundo lugar, son los problemas periodontales como la gingivitis y periodontitis.

Sin embargo, estos problema estomatológicos principales planteados para cada establecimiento, podrán verificarse en el desarrollo de la presente investigación, mediante la obtención de los índices señalados con anterioridad y lo determinará aquel índice, cuyo resultado sea mayor para cada paciente y que más prevalencia tenga en la comunidad.

## MATERIALES Y METODOS

### 1. Tipo de investigación:

Descriptiva. Dado que se determinará la condición de salud bucal de toda la población en estudio y se describirá al grupo por edades y otras características, así como la aplicación de diversos índices epidemiológicos.

### 2. Tiempo y lugar:

Esta investigación se llevará a cabo en el año 2009, el paso de instrumentos será durante los meses de Septiembre a Noviembre del 2009 en clínicas odontológicas de: Hospital Militar Central, la Cruz Roja Salvadoreña, Clínica Asistencial Corazón de María, Unidad de Salud de Panchimalco.

### 3. Variables e indicadores:

Variables		Indicadores
a) Variables socioeconómicas	a1) Edad por rangos.	0-4 años 5-11 años 12-19 años 20-40 años 41-60 años 60- a más años
	a2) Género	M F : Grávida.(embarazada) No grávida
	a3) Ingreso económico mensual	Sin Ingresos Menor o igual ( $\leq$ ) a \$100. De \$ 101 a $\leq$ \$ 150 De \$ 151 a $\leq$ \$ 200 De \$ 201 a $\leq$ \$ 250 De \$ 251 a $\leq$ \$ 300 más de \$ 300
	a4) Escolaridad (Alfabetizados, no Alfabetizados)	Sin escolaridad. Parvularia, 1er ciclo, 2do ciclo 3er ciclo, Bachillerato, Universitario, Superior no Universitario
	a5) Lugar de Residencia y Origen	Nombre del Municipio (Los primeros 7 años de vida). Nombre del Municipio de Residencia.
b) Motivo de consulta		Problemas mucofibrosos

		Problemas dentales Problemas periodontales
c) Lesiones cara, cuello y osteomucofibrosas		Lesión Eritroplásica Lesión Leucoplásica Tumoración, Exostosis Ulceraciones Complicaciones pos cirugía.
d) Índices de afecciones dentoperiodontales	d1) Índice de Placa bacteriana Løe y Silness.	0 = Ausencia de Placa 1 = Placa no visible, pero que se extrae del tercio gingival del diente con ayuda de una sonda. 2 = Acumulación moderada de placa en el área gingival apreciable a simple vista. 3= Placa abundante en esta misma zona e incluso cubriendo el diente adyacente.
	d2) Índice de Caries CPO/ D y ceo/d.	Cariado, Perdido, Obturado. Cariado, indicado para extracción, obturado. Por unidad diente.
	d3) Índice gingival Løe y Silness	0 = Encía Sana 1 = Inflamación leve S/ hemorragia 2 = Inflamación moderada C/ hemorragia al sondaje 3 = Inflamación severa C/ hemorragia espontánea.
	d4) Índice periodontal comunitario CPI (de OMS)	0 = Sano, ausencia de signos 1= Hemorragia al sondaje suave. 2 = Cálculo supra o subgingival 3 = Bolsa de 4 -5 mm. 4 = Bolsa igual o mayor de 6 mm
e) Maloclusión. Índice DAI (de OMS)		a) Número de dientes ausentes de premolar, canino e incisivos. b) Registro del espacio del sector anterior. (apiñamiento, separación diastemas, rotaciones). c) Registro de relación oclusal (overjet, overbite, mordida abierta, relación oclusal molar).
f) Problema Estomatológico Principal en la comunidad.		Índice con resultado más alto en cada comunidad.

#### 4. Definición de términos básicos:

- ✓ Paciente-colectividad: grupo de personas, colectividad o sociedad total cuya salud estomatológica es responsabilidad de la estomatología.
- ✓ Variables socioeconómicas: se limitarán a la ubicación de las unidades de análisis en rangos de edad establecidos, género, ingreso económico mensual, escolaridad (alfabetizados y no alfabetizados), lugar de origen (se tomará durante el tiempo de vida de los primeros 7 años de vida) y residencia (el lugar de residencia actual).
- ✓ Motivo de consulta: lo que expresa el paciente, cuando acude a la consulta odontológica.
- ✓ Lesiones osteomucofibrosas: lo observado en tejidos blandos, durante la exploración o examen clínico.

#### 5. Población y muestra

La población total a estudiar es de 1536 (sumatoria de las poblaciones de los cuatro establecimientos de salud).

Entonces se tiene que  $N = 1536$

La fórmula estadística aplicada para la obtención de la muestra es la siguiente:

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

Del tamaño de la muestra obtenida, deberá obtenerse la sub-muestra sobre la base de estratificar la población en rangos de edades. Se utilizó la siguiente fórmula:

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

El siguiente cuadro muestra los resultados obtenidos para cada establecimiento en estudio, respecto a la muestra y submuestra, por estrato y género:

Establecimiento	HOSPITAL MILITAR CENTRAL				CRUZ ROJA SALVADOREÑA				CLÍNICA CORAZÓN DE MARÍA				UNIDAD DE SALUD DE PANCHIMALCO			
	Nh		nh		Nh		nh		Nh		nh		Nh		nh	
Género	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
0 - 4 años	0	6	0	3	2	4	1	1	2	2	0	0	26	34	3	5
5 - 11 años	40	62	17	26	6	12	2	4	10	26	2	6	90	66	12	9
12 - 19 años	4	14	2	6	14	18	4	5	20	32	4	7	52	130	7	17
20-40 años	14	16	6	7	48	94	15	28	52	124	11	26	78	152	10	20
41-60 años	10	2	2	3	14	24	4	7	30	74	6	16	10	26	1	3
61- + años	4	6	2	2	10	22	3	7	22	12	5	3	6	14	1	2
Total	72	106	29	47	94	174	29	52	136	270	28	58	262	422	34	56
	178		76		268		81		406		86		684		90	

## 6. Recolección y análisis de los datos

Dentro de las técnicas utilizadas para la recolección de datos se utilizarán la encuesta y la observación, debido a que la encuesta es el instrumento que se usa más frecuentemente obtener información de una muestra de individuos y la observación nos permite estudiar a las personas, es decir ver la condición de salud bucal que presenten. (Ver Anexo 2)

### Descripción de Cédula de Entrevista

Consta de una primera página que incluye una portada con el nombre de la Universidad, Facultad y Área que realiza la encuesta (Coordinación General de Proceso de Graduación), el logo de la Universidad, el nombre del instrumento a utilizar para la recolección de datos, el número de código del instrumento, el objetivo que se pretende y las indicaciones previas para el/la entrevistado/a.

La segunda página contiene el nombre del instrumento, el número de expediente y consta de 8 preguntas que son: edad, género, nivel socio-económico, grado de alfabetismo, nivel de estudio, municipio de residencia y motivo de consulta. (Ver Anexo 3)

### Descripción de Guía de Observación

Consta de una primera página que incluye una portada con el nombre de la Universidad, Facultad y Área que realiza la guía de observación (Coordinación General de Proceso de Graduación), el logo de la Universidad, el nombre del instrumento a utilizar para la recolección de datos, el número de código del instrumento, el objetivo que se pretende y las indicaciones previas al paso de instrumento.

Posteriormente presenta en las siguientes páginas, el nombre del instrumento, el número de expediente del paciente y los índices a observar: lesiones en tejidos blandos, índice de placa bacteriana Løe y Silness, índice gingival de Løe y Silness, índice Periodontal Comunitario CPI (de OMS), índice de Estética Dental (DAI), Índice de Caries CPOD/ceod, índice de mala oclusión y el resumen del problema Estomatológico Principal del/la paciente. (Para obtener el de la comunidad). (Ver Anexo 4)

### Descripción de paso de instrumentos

En cada establecimiento de salud se procederá a realizar el paso de instrumentos a los/as pacientes, de acuerdo a la muestra previamente establecida, basándonos en los rangos de edades y géneros, seleccionando a los pacientes de forma aleatoria, explicando de forma breve en qué consiste el estudio y ratificando su decisión, a través de una firma, en la hoja de consentimiento informado. (Ver Anexos 5 y 6)

La cédula de entrevista iniciará dando lectura a las indicaciones correspondientes, posterior a ello, se realizarán las preguntas del instrumento. Luego de la cédula de entrevista, se completará la guía de observación por medio del examen clínico, para el cual se implementarán las medidas de bioseguridad correspondientes y se dará lectura a las indicaciones especificadas en el instrumento. Posteriormente se iniciará con el examen clínico extraoral ubicando lesiones de cara, cuello y osteomucofibras, continuando con la determinación de los índices de: placa bacteriana Løe y Silness. ( ip ), gingival de Løe y Silness. ( ig ), periodontal comunitario CPI (de OMS), de estética dental (DAI), de mal oclusión en edades de 3 a 12 años con dentición temporaria, de caries CPO/D – ceo/d. Obtenidos los datos, se finalizará el instrumento, completando la hoja de resumen del problema estomatológico principal del/la paciente.

El tiempo aproximado para el paso de ambos instrumentos será de 30 a 40 minutos con el/la paciente presente. Luego con la información completa, se procederá a sacar el total de cada índice a investigar, para obtener así un análisis global de la situación bucal del/la paciente y luego de la comunidad. El SPSS versión 17 es el software que se utilizará para el análisis de datos.

## 7. Recursos humanos y materiales

Entre los recursos humanos que participarán en la investigación se encuentran: investigadoras, pacientes, docente directora.

Dentro de los recursos materiales y financieros se encuentran:

- Los que serán proporcionados por las instituciones donde se realizará el estudio y por las investigadoras:
    - Unidad dental
    - Computadora
    - Impresor
    - Equipo de bioseguridad
    - Set básico y sonda periodontal por paciente
  - En los que se invertirá:
    - Cédula de Entrevista \$ 14
    - Guía de Observación \$ 60
    - Tinta para impresión \$ 60
    - Paginas de papel bond y cd's. \$ 12
    - Empastado y anillado. \$ 30
    - Levantamiento de texto \$ 30
- Total: \$ 216

## Limitaciones y alcances

Dentro de las limitaciones que pueden ser encontradas durante el proceso de investigación se pueden mencionar:

- Imposibilidad para acceder al establecimiento, por cierre de calles o carreteras, durante las fechas previstas para el paso de instrumentos, lo que prolongará la investigación.
- Atraso en la entrega del trabajo de investigación debido al cierre de la Universidad por parte del MSPAS dado la emergencia nacional de pandemia H1N1.

Dentro de los alcances que se pretenden lograr dentro de la investigación se encuentran:

- Realizar un diagnóstico de salud bucal en la población en estudio, con el fin de determinar el nivel de atención en salud adecuado sea este primario, secundario o terciario.
- Conocer por medio de los índices aplicados la condición de salud bucal en la población, identificando en qué grado se encuentra afectada la población de acuerdo a cada patología bucal.
- Determinar cuál es el problema estomatológico principal que presenta la población para recomendar medidas que ayuden a disminuir dicho problema.

- Establecer una base de datos estadísticos sobre la situación buco epidemiológica de la población salvadoreña, para que pueda ser utilizado como punto de partida para la realización de programas de atención primaria en salud.

### Consideraciones bioéticas

Para la realización del paso de instrumento a cada paciente que sea parte de la muestra se presentará un consentimiento informado, el cual será leído y firmado por parte de éste, con el fin de poder ofrecerle libertad individual de participar o no en la investigación. Los resultados obtenidos para cada paciente, no serán utilizados para otros fines que no estén contemplados en la presente investigación. De modo que, el manejo de la información será de uso estricto de las investigadoras.

A la vez el paciente obtendrá una información completa de su condición real en salud bucal, que le permitirá buscar el tratamiento indicado para su condición. Además de poder brindar la referencia necesaria para la consulta con un especialista en caso que la necesite.

(Ver anexos 5 y 6)

### Cronograma

ACTIVIDADES	Julio				Agosto			Septiembre				Octubre				Noviembre				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Entrega de protocolo a comité asesor.		x																		
Corrección						x														
Paso de Instrumento Guía de observación y cedula de entrevista								x												
Vaciado de instrumentos													x							
Integración e interpretación de los resultados obtenidos durante la investigación.														x						
Redacción final de tesis																		x		
Defensa de trabajo de Tesis.																			x	

## Referencias Bibliográficas

- 1) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Unidad de Salud bucal. Investigaciones. Disponible en: [http://www.mspas.gob.sv/p\\_saludbucal.asp](http://www.mspas.gob.sv/p_saludbucal.asp)
- 2) Guzmán, H. Modelo de atención en salud oral en los sistemas sanitarios de El Salvador. Series: Aporte para la reforma del sector salud en El Salvador N 6. San Salvador, 1999. Disponible en: [http://www.mspas.gob.sv/pdf/aportes\\_6.pdf](http://www.mspas.gob.sv/pdf/aportes_6.pdf)
- 3) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Unidad de comunicaciones. FOSALUD inicia funcionamiento con apertura de la primera Unidad de Salud que ofrece servicio las 24 horas del día y los 365 días del año. 11 de Agosto 2005. Disponible en: [http://www.mspas.gob.sv/p\\_saludbucal.asp](http://www.mspas.gob.sv/p_saludbucal.asp)
- 4) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Publicaciones. Memorias de labores. Informe de Labores 2008-2009. Capítulo VIII.
- 5) Dirección General de Estadísticas y Censos (DIGESTYC). Monografía de El Salvador. <http://www.digestyc.gob.sv/>
- 6) Solórzano, S. Estudios realizados en el Centro de Investigaciones Demográficas de El Salvador. Disponible en: <http://www.censos.gob.sv/>
- 7) La Prensa Gráfica. Nación. Tejada R. Analfabetismo en el país es del 18%. Fecha de actualización 9/08/2008. Disponible en: <http://archive.laprensa.com.sv/20080908/nacion/1134736.asp>
- 8) Castellón G. Redacción Diario Co Latino. "5.7 millones de habitantes, indica conteo preliminar". Miércoles, 04 de Julio de 2007.
- 9) Estudios Centroamericanos No. 623 septiembre 2000 año LV Universidad Centroamericana José Simeón Cañas" Editorial: "La salud de la pobreza y la pobreza de la salud"
- 10) Morret, Y (1); Rivera, H (2); González, J (3). "Correlación clínico patológica de la Eritoplasia bucal con diagnóstico histopatológico de la displasia epitelial en una muestra de la población venezolana".
- 11) Arévalo Salas, P. Leucoplasia bucal RLUZ. Dic 1960. Vol. 03, No 12 pág. 71-111.

- 12) Baeza Martínez, D. Tutor: Mtro. José Francisco Gómez Clave. Etiología, prevención y tratamiento de alveolitis.
- 13) López G, M. (1), Bagan, J.(2), Jiménez S, Y.(3), Campos, C. (4). Valoración clínica del estado dental y periodontal de un grupo de pacientes oncológicos, previo inicio de la quimioterapia. Med. oral patol. oral cir. bucal (Internet) v.11 n.1 Madrid ene.-feb. 2006.
- 14) Schwartz, R. (1) Summitt JB (2), J. Robbins, W. (3) Fundamentos en odontología operatoria. 1ra Edición 1999. Editorial LTDA pág. 423.
- 15) Bordoni, N. (1); Doño, R. (2). Odontología Preventiva. Diagnóstico de enfermedades por placa bacteriana. Editorial OMS, OPS. Buenos Aires, Argentina. 1998.
- 16) Unidad de Salud Bucal MSPAS. Investigación epidemiológica de caries y flourosis dental. Disponible en: [http://www.mspas.gob.sv/i\\_salud4\\_01.asp](http://www.mspas.gob.sv/i_salud4_01.asp)
- 17) Traviesas, E. (1), Suarez, P. (2), Riesgo, N (3), Armas, L. (4). Laserterapia en la gingivitis crónica edematosa y fibroedematosa. Revista de ciencias medicas La Habana, 2007, 13. Disponible en: [http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol13\\_1\\_07/hab08107.htm](http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol13_1_07/hab08107.htm)
- 18) Cuenca, E. (1) Baca, P. (2). Odontología Preventiva y Comunitaria. 3ª Edición. México DF. Editorial Masson. 2005. Pág. 352
- 19) Toledo, L. (1), Machado, M. (2), Martínez, y. (3), Muñoz, M. (4). Maloclusiones por el índice de estética dental (DAI) en la población menor de 19 años. Revista cubana estomatológica. No.41. Sept.-Dic. 2004.
- 20) Okeson, J.P. Tratado de Oclusión y afecciones temporomandibulares. 4ta Edición. Cap. 3 Pág. 67

# **ANEXOS**

ANEXO 1

Se realiza un cuadro comparativo mostrando las similitudes y diferencias de cada una de las características en los diferentes establecimientos en estudio:

	<b>HOSPITAL MILITAR</b>	<b>CRUZ ROJA</b>	<b>CLINICA ASISTENCIAL CORAZON DE MARIA</b>	<b>UNIDAD DE SALUD DE PANCHIMALCO</b>
<b>TIPO DE ATENCION</b>	Terciaria	Secundaria	Secundaria	Secundaria
<b>TIPO DE PACIENTE QUE ASISTE</b>	Beneficiarios y militares	Población en general.	Población en General	Población del municipio de Panchimalco y zonas aledañas.
<b>TRATAMIENTOS REALIZADOS</b>	Odontología general y especializada	Operatoria, Profilaxis, Endodoncia, Extracciones	Operatoria, Profilaxis, Endodoncia, Exodoncia, Prótesis	Operatoria, Exodoncias, Tratamiento periodontal, Pulpotomias, Aplicaciones Tópicas de Flúor, Sellantes y obturaciones PRAT.
<b>PREVALENCIA DE ATENCION EN BASE A GÉNERO.</b>	Femenino en edades 20 – 49 años	Femenino en edades de 20 – 49 años	Femenino en edades de 20 – 49 años	Femenino en edades de 20 – 49 años.

Anexo 2

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

VARIABLE		INDICADOR	No de PREGUNTA DE CEDULA DE ENTREVISTA Y GUIA DE OBSERVACIÓN.
a) Socioeconómica	Edad	Edad por rangos	No1 de C. de E
	Genero	M F : Grávida, No grávida	No 2 de C. de E.
	Ingreso económico	S/ingresos y valores desde \$ 0 a más de \$300	No 3 y No 3.1 de C. de E
	Escolaridad	S/ escolaridad. Desde 1er hasta Universitario	No 4 y No 5 de C. de E
	Lugar de origen	Lugar de residencia y origen.	No 6 y No 7 de C. de E
b) Motivo de consulta.			No 8 de C. de E
c) Lesiones de Cara, cuello y mucofibrosas.			Cuadro No I de Guía de O.
d1) Índice de Placa bacteriana		Aplicación de índices.	Cuadro No II de Guía de O
d2) Índice de Caries CPOD/cpod.		Aplicación de índices.	Cuadro No VII de Guía de O
d3) Índice gingival		Aplicación de índices.	Cuadro No III de Guía de O
d4) Índice Periodontal CPI (de OMS) Índice periodontal comunitario		Aplicación de índices.	Esquema IV de CPI de Guía de O
e) Medición de Maloclusión. Mal posición dentaria, discrepancia esquelética dental Estética aceptada por la comunidad.		Aplicación de índices.	Cuadro No V y VI de Guía de O
f) Problema Estomatológico Principal en la comunidad.			Cuadro No VIII de Guía de O

ANEXO 3

Código No.: \_\_\_\_\_  
No. de Expediente: \_\_\_\_\_

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



**CÉDULA DE ENTREVISTA**

**OBJETIVO**

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

**INDICACIONES:**

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

El número de código será el número correlativo.

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

Encierre en un círculo la opción que el paciente responda.

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

1. Edad (en años cumplidos).....

2. Género: .....

1. Masculino

2. Femenino:

2.1. ¿Está embarazada? .....

1. Sí

2. No

3. Tiene ingresos económicos.....

1. Sí

2. No (Pase a la pregunta No 4)

3.1. Su ingreso equivale a.....

1. Menor o igual a \$ 100	4. De \$ 201 a \$ 250
2. De \$ 101 a \$ 150	5. De \$ 251 a \$ 300
3. De \$ 151 a \$ 200	6. Más de \$300

4. ¿Sabe leer y escribir? o ¿está estudiando actualmente? .....

1. Sí

2. No (Pase a la pregunta No5)

4.1. ¿Hasta qué grado estudió? .....

1. Parvularia	5. Bachillerato
2. 1er. Ciclo	6. Universitario.
3. 2do. Ciclo	7. Superior no Universitario
4. 3er. Ciclo	

5. Municipio de residencia: \_\_\_\_\_

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

1. Municipio \_\_\_\_\_

2. Departamento \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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



**GUÍA DE OBSERVACIÓN CLÍNICA**

**OBJETIVO**

Recolectar información sobre las condiciones bucales de la población que asiste a la Unidad de Salud. ....

**INDICACIONES:**

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



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

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

Indicaciones:

- Encierre en un círculo las piezas examinadas. En caso que las piezas especificadas estén ausentes, anote las piezas que las reemplazarán.
- Para este examen deslice la sonda periodontal sobre el tercio cervical del diente a examinar. Dándole los siguientes valores a cada superficie.  
 0 = Ausencia de Placa  
 1 = Placa no visible, pero que se extrae del tercio gingival del diente con ayuda de una sonda.  
 2 = Acumulación moderada de placa apreciable a simple vista.  
 3 = Placa abundante en esta misma zona (tercio gingival) e incluso cubriendo el diente adyacente.

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

Resumen del índice para interpretación: 0.0 a 0.75 Buen estado  
 0.76 a 1-5 condición leve  
 1.51 a 2.25 condición moderada  
 2.26 a 300 condición severa

### III. ÍNDICE GINGIVAL DE LÖE Y SILNESS ( IG )

Indicaciones:

- Encierre en un círculo las piezas examinadas. En caso que las piezas especificadas estén ausentes, anote las piezas que las reemplazarán ( diente vecino del mismo grupo dentario )
- Observe el color, tamaño, aspecto, consistencia, hemorragia de la encía correspondiente a cada diente examinado.
- A cada superficie asigne los siguientes valores:  
 0 = Encía Sana  
 1 = Inflamación leve sin hemorragia  
 2 = Inflamación moderada con hemorragia al sondaje  
 3 = Inflamación severa con hemorragia espontánea.

ÍNDICE GINGIVAL						
Diente		SITIOS				Sumatoria $\Sigma$
		Distal	Vestibular	Mesial	Palatino/ Lingual	
5-5	1-6					
5-2	1-2					
6-4	2-4					
7-5	3-6					
7-2	3-2					
8-4	4-4					
IG: Es igual a la sumatoria de los valores de todas las superficies entre el número de superficies examinadas. $I.G. = \frac{\Sigma \text{ de valores asignados a cada superficie}}{\text{No. de superficies examinadas}} \quad I.G. = \underline{\quad}$						

Resumen del índice para interpretación: 0.0 a 0.75 Buen estado  
 0.76 a 1-5 inflamación leve  
 1.51 a 2.25 inflamación moderado  
 2.26 a 3.00 inflamación severa

#### IV. ÍNDICE PERIODONTAL COMUNITARIO CPI (DE OMS)

Indicaciones:

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

Índice Periodontal Comunitario

0 = Sano, ausencia de signos

1 = Hemorragia al sondaje suave.

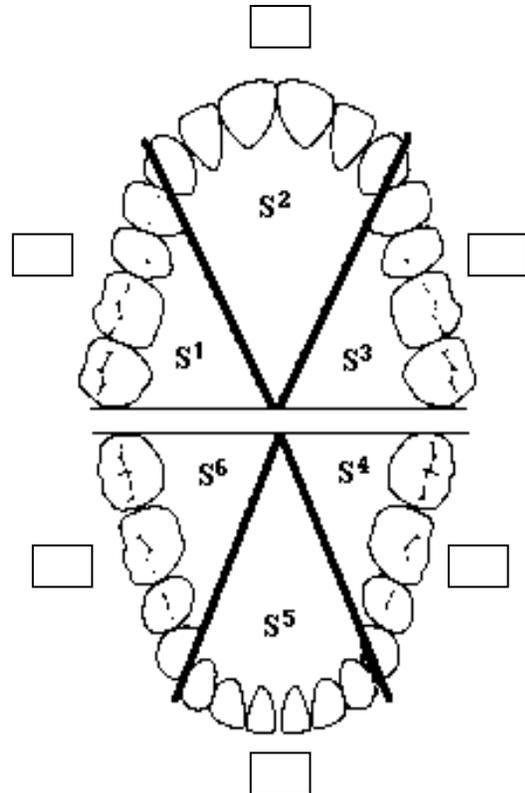
2 = Cálculo supra o subgingival

3 = Bolsa de 4 -5 mm.

4 = Bolsa igual o mayor de 6 mm

**CPI =** Al mayor valor encontrado.

CPI = \_\_\_\_\_



## V. ÍNDICE DE ESTÉTICA DENTAL (DAI)

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

Indicaciones:

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

Componentes o situaciones clínicas	Medición obtenida (A)	Regresión (B)	Producto A x B
Dientes visibles perdidos (incisivos, caninos, premolares, superiores e inferiores)		6	
Apiñamiento antero superior e inferior (de canino a canino) 0: No hay apiñamiento. 1: apiñamiento en un arco (superior o inferior) 2: Apiñamiento en ambos arcos.		1	
Espaciamiento (falta de contacto interproximal) (de canino a canino) 0: No hay diastemas. 1: Diastema en un arco (superior e inferior) 2: Diastemas en ambos arcos.		1	
Diastema en línea media en mm		3	
Mayor rotación maxilar en mm.		1	
Mayor rotación mandibular en mm.		1	
Overjet maxilar en mm		2	
Overjet mandibular (mordida cruzada) en mm		4	
Mordida abierta anterior en mm		4	
Relación oclusal molar (mesial o distal respecto de la normal) ya sea derecha o izquierda. 0: normal 1: media cúspide, ya sea mesial o distal. 2: una cúspide completa o más, ya sea mesial o distal.		3	
Constante		13	13
DAI = Suma del producto más 13:			

Necesidad de Tratamiento:

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

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

Indicaciones:

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

Componente	Indicadores a evaluar.			Valores asignados
Hábitos	Succión digital		Respirador bucal	
	Onicofagia		Succión lingual	
	Queilofagia		Bruxismo	
	Deglución atípica		Otros	
Irregularidad	Diente rotado		Apiñamiento	
	Diente inclinado		Diastema *	
	Perdida prematura		Mal formación	
Relación molar	Derecha (en clase II y III de Angle)			
	Izquierda (en clase II y III de Angle)			
	Mordida Cruzada			
Mordida abierta anterior				
Overjet maxilar (traspaso horizontal de incisivos)	Positivo: cuando sea mayor que 3 mm			
Overjet mandibular (mordida cruzada)	Positivo: mayor de 0 mm.			
Sumatoria de valores:				

Este indicador será válido en niños con dentición permanente anterior

Tipo de Oclusión/Mal oclusión:

Oclusión normal		0
Maloclusión mínima		1
Maloclusión definida y severa		2 y 3
Maloclusión muy severa		4 y 5

**VII. ÍNDICE DE CARIES CPO/D - ceo/d.**

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

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

**Consideraciones para CPOD y ceod**

- El diagnóstico de surco profundo no se considera en este índice.
- La presencia de sellantes no se cuantifica (se considera pieza sana).
- Cuando el mismo diente está obturado y cariado, se considera cariado.
- La restauración por medio de corona se considera diente obturado.

**Para CPO/D**

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

**Para ceo/d**

- No se considera en este índice los dientes ausentes.
- La extracción indicada es la que procede ante una patología que no responde al tratamiento más frecuentemente usado.

**Indicaciones:**

Marque una X en la casilla respectiva con los colores indicados a continuación

- Rojo: toda lesión que indique caries no importa el grado.
- Azul: toda restauración en buen estado.
- Negro: piezas dentales perdidas y en el ceo/d el diente indicado para extracción.

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

Cuadro resumen del Índice.

Índice CPO/D	
Cariado:	
Perdido:	
Obturado	
CPO/D	

Índice ceo/d	
Cariado:	
Indicado P/extracción	
Obturado	
ceo/d	

En dentición Mixta: CPO/D + ceo/d = \_\_\_\_\_

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

Resultado de:

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

Observaciones especiales que ameritan describirse.

---

---

---

---

ANEXO 5

“DIAGNOSTICO DE LA CONDICION DE SALUD BUCAL DE LA POBLACION QUE ASISTE:  
HOSPITAL MILITAR CENTRAL, CLINICA ODONTOLOGICA DE LA CRUZ ROJA SALVADORENA,  
UNIDAD DE SALUD DEL MUNICIPIO DE PANCHIMALCO, CLINICA ASISTENCIAL CORAZON  
DE MARIA.”

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Describir brevemente en que consiste la investigación y la participación de la muestra, con lenguaje de fácil comprensión”

Yo .....

Con documento de Identidad Número: .....

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

Ciudad..... a..... de .....de .....

Firma: \_\_\_\_\_

“DIAGNOSTICO DE LA CONDICION DE SALUD BUCAL DE LA POBLACION QUE ASISTE:  
HOSPITAL MILITAR CENTRAL, CLINICA ODONTOLOGICA DE LA CRUZ ROJA SALVADORENA,  
UNIDAD DE SALUD DEL MUNICIPIO DE PANCHIMALCO, CLINICA ASISTENCIAL CORAZON  
DE MARIA.”

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Describir brevemente en que consiste la investigación y la participación de la muestra, con lenguaje de fácil comprensión”

Yo .....

Con documento de Identidad Número: .....

Autorizo la participación de mi hijo (a) ..... y firmo el presente

documento, después de haberlo comprendido, tenido la oportunidad de preguntar y entender el procedimiento que se realizará, los resultados que se pretenden, los beneficios y los riesgos que puedan derivarse.

Ciudad..... a..... de .....de .....

Firma: \_\_\_\_\_

## DISCUSION DE RESULTADOS.

### HOSPITAL MILITAR CENTRAL (HMC).

Se Puede decir que la población estudiada en el HMC, en cuanto a edad y sexo se encontró que del 100% de los pacientes evaluados, el 62% fueron del sexo femenino y el 38% del sexo masculino, mostrando a la vez que el mayor rango de edad, tanto femenino como masculino se encuentra en las edades de 5 a 11 años y la minoría en el rango de 60 años o más. Esto debido a que la investigadora fue asignada al área de odontopediatría. (Ver Tabla 1 y Gráfico 1).

En cuanto a la población femenina del HMC, no se encontró ninguna persona en estado de embarazo.

En lo que se refiere a los ingresos económicos de la población en estudio del HMC, el 87% de la población posee ingresos económicos mientras que un 13% no posee. (Ver Tabla 6 y Gráfico 6)

Con respecto al ingreso económico mensual de la población en estudio del HMC, un 61% de la población posee ingresos mensuales entre \$201 hasta \$300. (Ver Tabla 10 y Gráfico 10).

Con base a la escolaridad de la población en estudio del HMC, el 54% del sexo femenino sí ha estudiado o estudia y un 8% no estudia o no sabe leer debido a que su rango de edad oscila entre los 0 a 4 años de edad. Mientras que del sexo masculino toda la población ha estudiado o estudia. (Ver Tabla 14 y Gráfico 14)

Continuando con el nivel de escolaridad de la población en estudio, el sexo femenino tiene un 26% que ha estudiado o está en el 1er ciclo y el 1% ha estado o está en nivel universitario. Del sexo masculino el 14% ha estudiado o está en el 1er ciclo mientras un 1% ha estudiado un nivel superior no universitario, esto debido a que la mayor parte de la población se presenta en los rangos de 5 a 11 años (Ver Tabla 18 y gráfico 18).

Estudiando la distribución según su procedencia, se presentan los diferentes municipios a los que pertenecía la población en estudio del HMC, observándose que en su mayoría pertenecían al municipio de San Salvador con un 18% del cual un 11% era del sexo femenino y 7% del sexo masculino y el resto de la población provenía de diferentes municipios. A pesar que el área de estudio es la zona metropolitana, se presentaron pacientes de otros municipios, dado que el hospital recibe a pacientes referidos de las diferentes brigadas militares que existen en el país. (Ver Tabla 22).

De acuerdo al departamento y municipio de residencia durante los primeros 7 años de vida de la población en estudio que asistió al HMC, el 50% vivió en el departamento de San Salvador con un 30% del sexo femenino y un 20% del sexo masculino, siendo su mayoría provenientes del municipio de San Salvador. Seguidos por los departamentos de La Libertad y Cuscatlán. Concordando así con DIGESTYC (5) en cuanto a la concentración de la población en la capital. (Ver Tabla 26).

Prosiguiendo con los motivos de consulta de la población en estudio del HMC, se tiene que del sexo femenino, el 18% asistió por caries dental mientras un 1% asistió para ortodoncia y para el sexo masculino, el 13% asistió por caries dental y un 1% por apiñamiento dental. (Ver Tabla 30).

Mostrando que el problema real de la población en estudio del HMC, fue de un 45% de la población femenina, que asistió por problemas dentales mientras un 4% asistió por problemas periodontales. En el sexo masculino un 25% asistió por problemas dentales y un 1% por problemas periodontales. Dando así que la mayor parte de la población asiste por problemas dentales (Ver Tabla 34 y gráfico 22).

Dentro de las lesiones de cara, cuello y osteomucofibrosas de la población en estudio, el 5% del sexo femenino presentó lesiones y un 57% no presentó. Mientras que un 1% del sexo masculino, presentó lesiones y un 93% no presentó: mostrando así que el sexo femenino es el que presenta con mayor frecuencia lesiones de cara, cuello y osteomucofibrosas (Ver Tabla 38 y Gráfico 26).

Las lesiones detectadas en la población en estudio del HMC, fueron exostosis y ulceración con un 6%, de los cuales un 4% se presentó en el sexo femenino con exostosis; un 1% con úlceras en el sexo femenino y un 1% en el sexo masculino, pudiendo identificar que la exostosis se presentan con más frecuencia que las ulceraciones y siendo más predominantes éstas en el sexo femenino. (Ver Tabla 42 y Gráfico 30).

Dentro de las estructuras examinadas en la población en estudio del HMC, encontramos que el piso de la boca presenta un 4% de las lesiones osteomucofibrosas, mientras que las encías presentan un 3% al igual que paladar duro, siendo todas estas estructuras más predominantes a presentar lesión, en el sexo femenino que en el masculino. (Ver Tabla 46).

En cuanto a los índices dentoperiodontales examinados, el índice de placa bacteriana de Loe y Silness se encontró en la población en estudio del HMC, un

26% del sexo femenino con buen estado y un 3% en condición severa. En el sexo masculino, el 17% se encuentra en buen estado y el 3% se encuentra en condición severa. Mostrando así que ambos sexos se encuentran en buen estado en cuanto a presencia de placa bacteriana (Ver Tabla 50 y gráfico 34).

El índice CPO/D reveló que el 62% del sexo femenino presenta piezas cariadas, un 52% presenta piezas perdidas y un 67% presenta piezas obturadas. En el caso del sexo masculino un 38% presentó piezas cariadas, un 48% presentó piezas perdidas y un 33% presentó piezas obturadas. Indicando así que el sexo femenino predomina en cuanto a piezas cariadas y el sexo masculino predomina en piezas perdidas y obturadas. Según el estudio realizado por Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) la prevalencia de caries encontrada fue de un 61% en una población de niños de 10 años y adolescentes de 12 a 14 años. Aunque este estudio no es comparable al realizado a la población en estudio por los lineamientos tomados para la realización del mismo así como los rangos de edades tomados, puede indicar que la prevalencia de caries es alta en la población (16).

El nivel de CPO/D presentado por la población en estudio del HMC fue en el sexo femenino alto con un 26% y un 11% moderado. En el sexo masculino fue 17% alto y 7% moderado. Evidenciado así que el sexo masculino presenta un nivel Alto de CPO/D con respecto al femenino. (Ver Tabla 54 y gráfico 38).

El índice de ceo/d de la población en estudio del HMC señaló que el 71% del sexo femenino presenta piezas temporarias cariadas, un 67% de piezas indicadas para extracción y un 58% de piezas temporarias obturadas. En el caso del sexo masculino, presentó un 29% de piezas temporarias cariadas, un 33% de piezas indicadas para extracción y un 42% de piezas temporarias obturadas. Presentando así que el sexo masculino predomina en piezas

temporarias cariadas, en piezas indicadas para extracción y en piezas temporarias obturadas.

En cuanto al nivel de ceo/d de la población del HMC, se obtuvo que el sexo femenino se encuentra con 50% en el nivel alto y un 7% en el nivel bajo, en tanto, el sexo masculino con un 13% en el nivel alto y un 7% en el nivel bajo. Revelando así que el sexo masculino presenta un nivel de ceo/d Alto con respecto al sexo femenino. (Ver Tabla 58 y gráfico 42).

En general, el nivel CPO/D-ceo/d de la población en estudio fue, en el sexo femenino de 54% en el nivel alto y un 1% nivel moderado. En el sexo masculino fue de un 28% en el nivel alto y un 3% en el nivel bajo. Indicando así que el sexo femenino se encuentra en un nivel alto de CPOD/ceod en cuanto al sexo masculino. (Ver Tabla 62 y gráfico 46).

Según el índice de gingival de Loe y Silness presentado en la población es estudio del HMC encontramos que el 43% del sexo femenino presenta buen estado gingival y un 7% posee inflamación moderada. En el sexo masculino. es de 29% el buen estado y un 1% presenta inflamación severa. Dando como resultado aquí que ambos sexos se encuentran en rangos aceptables (Ver Tabla 66 y gráfico 50).

Con respecto al índice periodontal comunitario CPI (de OMS) se tiene al sexo femenino con los mayores porcentajes, se encuentran con un 7% cada uno están en el rango de sano y hemorragia al sondaje suave y un 1% en bolsa de 4-5 mm. En el sexo masculino se encontró un 5% en el rango de cálculo supra o subgingival y un 1% en el rango bolsa igual o >6 mm. Encontrando así que el sexo femenino se encuentra en mejor estado periodontal con respecto al sexo masculino. (Ver Tabla 70 y gráfico 54).

Para la determinación de oclusopatías en la población estudiada, se utilizó el índice de estética dental (DAI), el cual reveló que el 17% del sexo femenino presentó una oclusión normal o mal oclusión mínima y un 1% en empate con mal oclusión muy severa o discapacitante y mal oclusión severa. En el sexo masculino, el 9% se presenta en oclusión normal o mal oclusión mínima y el 7% en mal oclusión muy severa o discapacitante. Determinando así que el sexo masculino presenta mayor oclusopatías en comparación al sexo femenino. (Ver Tabla 74 y gráfico 58).

Según el índice de mal oclusión en edades de 3 años a menores de 12 años en la población en estudio del HMC, el sexo femenino presentó un 21% de mal oclusión definida y severa y un 5% de oclusión normal. Con respecto al sexo masculino un 9% se encuentra en mal oclusión definida y severa y una distribución igualitaria entre oclusión normal y mal oclusión mínima, ya que cada una se encuentra con un 7%. (Ver Tabla 78 y gráfico 62).

Con respecto al problema estomatológico principal de la comunidad se encontró que el índice de CPOD/ceod obtuvo un nivel alto debido a caries siendo esta el mayor motivo de consulta de la comunidad (Problemas dentales). Deduciendo así que el principal problema de la comunidad es caries.

## DISCUSION DE RESULTADOS.

### CRUZ ROJA SALVADOREÑA (CRS).

Puede decirse que la población estudiada en CRS, en cuanto a edad y sexo encontramos que del 100% de los pacientes evaluados el 52% fueron del sexo femenino y el 36% del sexo masculino, mostrando a la vez que el mayor rango de edad, tanto femenino como masculino se encuentra en las edades de 20 a 40 años y la minoría en el rango de 0 a 4 años. (Ver Tabla 2 y Gráfico 2)

En cuanto a la población femenina de CRS no se encontró ninguna en estado de embarazo.

En lo que se refiere a los ingresos económicos de la población en estudio de CRS, el sexo femenino presenta un 54%, que sí posee ingresos económicos y un 10% no posee ingresos económicos. (Ver Tabla 7 y Gráfico 7)

Con respecto al ingreso económico mensual de la población en estudio de CRS, un 85% de la población en estudio posee ingresos económicos y un 15% no posee ningún tipo de ingresos. Del total que posee ingresos un 35% posee ingresos de \$251 a \$300 un 23% tiene ingresos de más de \$300 y un 10% ingresos de \$201 a \$250 del salario mínimo establecido en El Salvador. (Ver Tabla 11 y Gráfico 11).

Con base a la escolaridad de la población en estudio de CRS, el 63% del sexo femenino sí ha estudiado o estudia y un 1% no estudia o no sabe leer debido a que su rango de edad oscila entre los 0 a 4 años de edad. Mientras que del sexo masculino, el 35% sí ha estudiado o estudia y un 1% no estudia o no sabe leer debido a que su rango de edad oscila entre los 0 a 4 años de edad.

(7) (Ver Tabla 15 y Gráfico 15)

Continuando con el nivel educativo de la población en estudio de CRS, el sexo femenino tiene un 22% con nivel universitario y 1% con ningún nivel educativo el sexo masculino presenta un 14% de nivel educativo universitario y un 0% en nivel de segundo ciclo, debido a que la mayor parte de la población se presenta en rangos de edades de 20 a 40 años de edad. (Ver Tabla 19 y grafico 19)

Estudiando la distribución según su procedencia se presentan los diferentes municipios a los que pertenecía la población en estudio de CRS observándose que en su mayoría pertenecían al municipio de Soyapango con un 32%, del cual un 25% era del sexo femenino y 7% del sexo masculino y el resto de la población provenía de diferentes municipios. A pesar que el área de estudio es la metropolitana presento pacientes de otros municipios. (Ver Tabla 23).

De acuerdo el departamento y municipio de residencia, los primeros 7 años de vida de la población en estudio de CRS, el 90% vivió en el departamento de San Salvador con un 59% del sexo femenino y un 30% del sexo masculino, siendo su mayoría provenientes del municipio de San Salvador. Seguidos por los departamentos de La Libertad y Sonsonate. Concordando así con DIGESTYC (5) en cuanto a la concentración de la población en la capital. (Ver Tabla 27).

Prosiguiendo con los motivos de consulta de la población en estudio de CRS , se tiene que del sexo femenino, el 17% asistió por extracción dental mientras un 2% asistió para chequeo/control y para el sexo masculino, el 10% asistió para obturación y un 1% . Para chequeo/control (Ver Tabla 31).

Mostrando que el problema real de la población en estudio de CRS, fue de un 46% de la población femenina, que asistió por problemas dentales mientras un 2% asistió por chequeo/control. En el sexo masculino un 28% asistió por

problemas dentales y un 1% por chequeo/control. Dando así que la mayor parte de la población asiste por problemas dentales (Ver Tabla 35 y gráfico 23).

Se presentó en este estudio de CRS, solamente el 5% del sexo masculino presentó lesiones y un 31% no presentó. El 64% del sexo femenino no presentó ningún tipo de lesión, mostrando así que, el sexo masculino es más propenso a presentar lesiones de cara, cuello y osteomucofibrosas (Ver Tabla 39 y Gráfico 27).

Las lesiones detectadas en la población en estudio de CRS fueron exostosis, leucoplasia y ulceración. Las exostosis se presentaron con 2% y leucoplasia y ulceración con un 1% de prevalencia en el sexo masculino. (Ver Tabla 43 y Gráfico 31).

Dentro de las estructuras examinadas en la población en estudio de CRS encontramos que, a nivel de lengua se encontró mayor presencia de lesiones (2%), seguido por paladar duro y piso de la boca con un 1%. (Ver Tabla 47).

En cuanto a los índices dentoperiodontales examinados en la población en estudio, el índice de placa bacteriana de Loe y Silness se encontró en un 14% en el sexo femenino y se ubica en buen estado y un 1% en condición severa. En el sexo masculino el 10% se encuentra en buen estado y el 2% se encuentra en condición severa. Mostrando así que, ambos sexos se encuentran en buen estado en cuanto a presencia de placa bacteriana. (Ver Tabla 51 y gráfico 35).

El índice CPO/D reveló que el 65% del sexo femenino presenta piezas cariadas, un 66% presenta piezas perdidas y un 66% presenta piezas obturadas. En el caso del sexo masculino un 35% presentó piezas cariadas, un 34% presentó piezas perdidas y un 34% presentó piezas obturadas. Indicando así que el sexo

femenino predomina en cuanto a piezas perdidas y obturadas y el sexo masculino predomina en piezas cariadas. Según el estudio realizado por Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) la prevalencia de caries encontrada fue de un 61% en una población de niños de 10 años y adolescentes de 12 a 14 años. Aunque este estudio no es comparable al realizado a la población del mencionado estudio por los lineamientos tomados para la realización del mismo, así como los rangos de edades tomados, puede indicar que la prevalencia de caries es alta en la población (16)

El nivel de CPO/D presentado por la población en estudio de CRS, fue en el sexo femenino Alto con un 60 % y un 6% Moderado. En el sexo masculino fue 33% Alto y 1% moderado. Evidenciado así que el sexo femenino presenta un nivel Alto de CPO/D con respecto al masculino. (Ver Tabla 55 y gráfico 39).

El índice de ceo/d de la población en estudio de CRS señaló que el 67% del sexo femenino presenta piezas temporarias cariadas, un 50% de piezas indicadas para extracción y un 60% de piezas temporarias obturadas. En el caso del sexo masculino presentó un 33% de piezas temporarias cariadas, un 50% de piezas indicadas para extracción y un 40% de piezas temporarias obturadas. Presentando así que, el sexo femenino predomina en piezas temporarias cariadas, en piezas indicadas para extracción y en piezas temporarias obturadas.

En cuanto al nivel de ceo/d de la población, se mostró que el sexo femenino se encuentra con 33% en el nivel alto y un 22% en el nivel bajo. En tanto el sexo masculino con un 33% en el nivel Alto y un 0% en el nivel bajo. Revelando así que el sexo femenino presenta un nivel de ceo/d Alto con respecto al sexo masculino. (Ver Tabla 59 y gráfico 43).

En conjunto el nivel CPOD/ceod de la población en estudio de CRS fue en el sexo femenino de 56% en el nivel alto un 7% nivel moderado y un 1% bajo. En el sexo masculino fue de un 25% en el nivel alto y un 1% en el nivel moderado. Indicando así que el sexo femenino se encuentra en un nivel alto de CPOD/ceod en comparación con el sexo masculino. (Ver Tabla 63 y gráfico 47).

Según el índice de gingival de Loe y Silness presentado en la población en estudio, se obtuvo que el 41% del sexo femenino se encuentra en buen estado y un 2% con inflamación severa. En el sexo masculino, el 19% se encuentra en buen estado; un 9% y 1% con inflamación severa. Dando como resultado aquí que ambos sexos se encuentran en rangos aceptables. (Ver Tabla 67 y gráfico 51).

Con respecto al índice periodontal comunitario CPI (de OMS) se tiene que, en el sexo femenino los mayores porcentajes se encuentran en un 29% con hemorragia suave, un 19% y 6% con bolsa de 4 a 5 mm. En el sexo masculino se encuentra un 14% en hemorragia al sondeo suave y un 1% con bolsa igual o mayor a 6 mm. Encontrando así que el sexo masculino se encuentra en mejor estado periodontal con respecto al sexo femenino. (Ver Tabla 71 y gráfico 55).

Para la determinación de oclusopatías en la población estudiada de CRS, se utilizó el índice de estética dental (DAI), el cual reveló que el 43% del sexo femenino presentó una oclusión normal o mal oclusión mínima y un 1% con mal oclusión severa. En el sexo masculino, el 20% presentó una oclusión normal o mal oclusión mínima y un 2% de mal oclusión severa. Determinando así que el sexo masculino presenta mayor oclusopatías en comparación al sexo femenino. (Ver Tabla 75 y gráfico 59).

Según el índice de mal oclusión en edades de 3 años a menores de 12 años en la población en estudio de CRS, el sexo femenino presentó 15% de oclusión normal y un 6% de mal oclusión mínima. Con respecto al sexo masculino un 4% oclusión normal y 0% con mal oclusión mínima (Ver Tabla 79 y gráfico 63).

En cuanto al problema estomatológico principal en la comunidad de la población en estudio de CRS, se encuentra que es el de caries dental determinándolo así por el índice de CPOD/ceod que resulto ser un nivel Alto.

## DISCUSIÓN DE RESULTADOS

### CLÍNICA ASISTENCIAL CORAZÓN DE MARÍA

Se realizó el paso de instrumentos de entrevista y guía de observación y puede decirse que: de la población estudiada en Clínica Asistencial Corazón De María en cuanto a edad y sexo, encontramos que del 100% de los pacientes evaluados, el 67% fueron del sexo femenino y el 33% fueron del sexo masculino, mostrando a la vez que el rango mayoritario tanto femenino como masculino se encuentra en las edades 20 a 40 años y la minoría en el rango de 5 a 11 años y 61 a más años. Cabe añadir que no se evaluó ni observó a ningún paciente en el rango de 0 a 4 años. (Ver Tabla 3 y gráfico 3).

En cuanto a la población el sexo femenino no se encontró ninguna paciente en estado de embarazo.

En lo que refiere al nivel de ingreso de la población en estudio que asistió a la Clínica Asistencial Corazón De María, presenta un 73% que sí posee ingresos económicos y un 27% que no posee ingresos económicos. (Ver Tabla 8 y grafico 8). Con respecto a lo anterior el 60.3% de la población con ingresos

económicos tiene un salario mensual de \$1 a \$100 hasta \$200. (Ver Tabla 12 y grafico 12).

Con base a la escolaridad de la población en estudio de la Clínica Asistencial Corazón De María, el 100% de la población tanto femenino como masculino ha estudiado o estudia. (Ver Tabla 16 y grafico 16). En cuanto con el nivel de escolaridad, el sexo femenino muestra que un 15% ha estudiado hasta bachillerato y el 1% ha estudiado hasta parvularia. Mientras el sexo masculino, un 14% ha estudiado hasta bachillerato y el 1% ha estudiado hasta parvularia, (Ver Tabla 20 y grafico 20).

Estudiando la distribución según su procedencia se presentan los diferentes municipios a los que pertenecía la población en estudio de la Clínica Asistencial Corazón De María, observándose que en su mayoría pertenecían al municipio de San Salvador con un 55%, del cual un 35% son del sexo femenino y 20% de sexo masculino. (Ver Tabla 24).

De acuerdo el departamento y municipio de residencia los primeros 7 años de vida de la población en estudio, se muestra que el 53% proviene del el departamento de San Salvador en el cual un 34% es del sexo femenino y un 20% del sexo masculino, siendo en su mayoría del municipio de San Salvador; seguidos de los departamentos de La Libertad y Ahuachapán. Concordando así con DIGESTYC (5) en cuanto de la concentración de la población en la capital. (Ver Tabla 28).

Prosiguiendo con los motivos de consulta de la población que asiste a la Clínica Asistencial Corazón De María, se obtuvo que del sexo femenino el 19% asistió por obturación y el 1% por caries. Mientras que el sexo masculino el 12% asistió por chequeo y un 1% por dolor y por prótesis. (Ver Tabla 32).

Mostrando que de la población en estudio de la Clínica Asistencial Corazón De María; del sexo femenino el 45% se presentó asistió por problemas dentales y el 9% por problemas periodontales. En cuanto al sexo masculino el 14% también asistió por los problemas dentales y un 7% por problemas periodontales. Dando así que la mayor parte de la población asiste por problemas dentales. (Ver Tabla 36 y gráfico 24).

Dentro de las lesiones de cara y cuello y osteomucofibrosas de la población de la Clínica Asistencial Corazón de María, el 9% del sexo femenino presentó lesiones y un 58% no presentó. Mientras que del sexo masculino el 3% presentó lesiones y un 29% no presentó, mostrando así que el sexo femenino es más propensa a presentar lesiones cara, cuello y osteomucofibrosas. (Ver Tabla 40 y gráfico 28).

Las lesiones detectadas en la población en estudio de la Clínica Asistencial Corazón de María fueron en el sexo femenino con el 6% exostosis, 2% leucoplasia y el 1% ulceración. En cuanto al sexo masculino 1% eritroplasia, 1% exostosis y el 1% tumoración, pudiendo observarse que la exostosis se presenta con mayor frecuencia y más predominante en el sexo femenino. (Ver Tabla 44 y gráfico 32).

Dentro de la ubicación por tipo de lesión examinadas en la población de estudio de la Clínica Asistencial Corazón de María encontramos que el paladar duro presenta un 7% de las lesiones osteomucofibrosas, mientras que en carrillos un 3% y labios y amígdalas un 1% para cada una; por tanto es el paladar duro el que se presenta con mayor afección. (Ver Tabla 48).

En cuanto a los índices dentoperiodontales examinados en la población en estudio de la Clínica Asistencial Corazón de María, el índice de placa bacteriana Löe y Silness, se encontró que el 34% del sexo femenino se encuentra en condición leve y el 1% en condición severa. En el sexo masculino el 49% se

encuentra en condición leve y el 7% en condición severa. Mostrando así que en ambos sexos se encuentra en condición leve en cuanto a presencia de placa bacteriana. (Ver Tabla 52 y gráfico 36).

El índice CPO/D reveló que del sexo femenino, un 66% presentó piezas cariadas, un 71% piezas perdidas y un 68% piezas obturadas. Para el caso del sexo masculino un 34% presentó piezas cariadas, un 29% piezas perdidas y un 32% piezas obturadas. Indicando así que el sexo femenino predomina en cuanto a piezas cariadas perdidas y obturadas. Según el estudio realizado por Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) la prevalencia de caries encontrada fue de un 61% en una población de niños de 10 años y adolescentes de 12 a 14 años. Aunque este estudio no es comparable debido a que el mayor rango se encuentra entre 20 a 40 años de edad, sin embargo podemos indicar que la prevalencia de caries es alta en la población (16).

El nivel de CPO/D presentado por la población en estudio de la Clínica Asistencial Corazón de María fue que en el sexo femenino el 61% tiene nivel alto y un 4% es moderado y bajo para cada uno. En el sexo masculino se presenta que el 31% posee un nivel alto y el 1% bajo. Mostrando así que el sexo femenino tiene un nivel alto de CPO/D con respecto al masculino. (Ver Tabla 56 y gráfico 40)

El índice de ceo/d de la población en estudio de la Clínica Asistencial Corazón de María señaló que, del sexo femenino, el 71% presenta piezas temporarias cariadas, el 75% de piezas indicadas a extracción y 86% de piezas temporarias obturadas. En el sexo masculino se presentó un 29% de piezas temporarias cariadas, un 25% de piezas indicadas para extracción y un 14% de piezas temporarias obturadas. De manera que el sexo femenino predomina en piezas temporarias cariadas, en piezas indicadas a extracción y pieza temporarias obturadas.

En cuanto al nivel de ceo/d, se mostró que el sexo femenino se encuentra con el 78% en el nivel alto y en el sexo masculino el 22% se encuentra en el nivel alto. Por tanto el sexo femenino presenta mayor porcentaje en cuanto al nivel ceo/d alto, sobre el sexo masculino. (Ver Tabla 60 y gráfico 44)

En conjunto, el nivel CPO/D-ceo/d de la población, fue que en el sexo femenino el 65% se encuentra en el nivel alto y 2% en el nivel moderado y el sexo masculino presentó que el 33% se encuentra en el nivel alto. Indicando que el sexo masculino se encuentra en un nivel alto de CPO/D-ceo/d en comparación con el sexo femenino. (Ver Tabla 64 y gráfico 48).

Según el índice gingival de Løe y Silness presentado en la población de la Clínica Asistencial Corazón de María, se tiene que, el sexo femenino se encuentra un 36% en inflamación leve y un 10% en inflamación moderada; en el sexo masculino se encontró que un 17% hay inflamación leve y un 5% tanto en inflamación moderada como en inflamación severa. De manera que ambos sexos se encuentran en un rango aceptable. (Ver Tabla 68 y grafico 52)

Con respecto al índice periodontal comunitario CPI (de OMS) tenemos que en el sexo femenino los mayores porcentajes se encuentran con un 22% en hemorragia al sondaje suave y un 9% presenta bolsa de 4-5mm; en cuanto al sexo masculino el 12% presenta hemorragia al sondaje suave y el 2% en bolsa >6mm. De manera que tanto el sexo femenino como en masculino se encuentra en un estado periodontal aceptable ya que ambos están en el mismo nivel. (Ver Tabla 72 y gráfico 56).

En cuanto a las oclusopatías en la población de la Clínica Asistencial Corazón de María, se utilizó el índice de estética dental (DAI), el cual reveló que el 34% del sexo femenino presenta una oclusión normal o mal oclusión mínima y un 3% una mal oclusión severa, en el caso del sexo masculino un 15% presenta una

oclusión normal o mal oclusión mínima y un 1% una mal oclusión severa. Determinando así que tanto el sexo femenino como el masculino se encuentran en buen estado. (Ver Tabla 76 y gráfico 60)

Según el índice de mal oclusión en edades de 3 a <12 años en la población de la Clínica Asistencial Corazón de María, el sexo femenino presentó un 5% de mal oclusión definida y severa y un 3% mal oclusión mínima y en el sexo masculino 1% tanto para oclusión normal y mal oclusión mínima. Por lo cual demuestra que el sexo femenino tiene mayor grado de mal oclusión. (Ver Tabla 80 y gráfico 64).

Con respecto al problema estomatológico principal de la comunidad se encontró que el índice de CPOD/ceod obtuvo un nivel alto debido a caries siendo esta el mayor motivo de consulta de la comunidad (Problemas dentales). Deduciendo así que el principal problema de la comunidad es caries.

## DISCUSION DE RESULTADOS

### UNIDAD DE SALUD PANCHIMALCO (USP).

Se Puede decir que la población estudiada en la Unidad de Salud de Panchimalco (USP), en cuanto a edad y sexo encontramos que del 100% de los pacientes evaluados el 62% fueron del sexo femenino y el 38% del sexo masculino, mostrando a la vez que el mayor rango de edad para el sexo femenino es el de 20 a 40 años, esto podría deberse a que la mayoría de este rango son amas de casa y disponen de mayor accesibilidad de tiempo para asistir a la Unidad de Salud. La minoría fue para el de 60años o más.

Para el sexo masculino el mayor rango de edad se encuentra en las edades de 5 a 11 años y la minoría con un 1% cada uno, en el rango de 41 a 60 años, al igual que el de 60 años o más. (Ver Tabla 4 y Gráfico 4)

En cuanto a la población femenina de la USP se encontró un 9% de mujeres en estado de gravidez, encontrándose un 5% en el rango de 20 a 40 años y un 4% en el de 12-19 años. (Ver Tabla 5 y gráfico 5)

En lo que se refiere a los ingresos económicos de la población en estudio, la mayoría con un 51% no posee ingresos económicos mensuales y la minoría con un 49% posee ingresos económicos. (Ver Tabla 9 y Gráfico 9).

Con respecto al ingreso económico mensual de la población en estudio de la USP, la mayoría de la población que poseen ingresos económicos equivale a un 50% que sus ingresos mensuales están de \$1 a \$100, seguido por un 18.2% ganan entre \$101 a \$150 y un 16% ganan entre \$151 a \$200. (Ver Tabla 13 y grafico 13)

Con base a la escolaridad de la población en estudio de la USP, el 51% del sexo femenino sí ha estudiado o estudia y un 11% no estudia o no sabe leer. Vale la pena mencionar que entre ellos están los del rango de 0 a 4 años de edad, que aún no han iniciado su estudio debido, precisamente a su corta edad y que representa un 6%. Mientras que del sexo masculino el 32% ha estudiado o estudia y un 6% no ha estudiado, entre ellos los del rango de 0-4 años con un 3%, que por ende no saben leer. Confirmando a través de este estudio, donde según los datos del MINED, que dentro de la población existe un grado de analfabetismo hasta la fecha. (7) (Ver Tabla 17 y Gráfico 17)

En relación al nivel de escolaridad de la población en estudio de la USP, el sexo femenino presenta un 20% que ha estudiado o está en el 3er ciclo y el 1% está en nivel de parvularia. Del sexo masculino el 8% ha estudiado o está estudiando 1er ciclo y otro 8% en el 3er ciclo, mientras que sólo un 1% ha estudiado a nivel universitario. (Ver Tabla 21 y gráfico 21).

Estudiando la distribución según su procedencia, se presentan los diferentes municipios a los que pertenece la población en estudio de la USP, observándose que en su mayoría pertenecen al municipio de Panchimalco con un 94%, del cual un 58% son del sexo femenino y 37% del sexo masculino. El resto de la población, en un menor porcentaje proviene de otros municipios. (Ver Tabla 25).

De acuerdo al departamento y municipio de residencia durante los primeros 7 años de vida de la población en estudio de la USP, el 95% vivió en el departamento de San Salvador, con un 59% del sexo femenino y un 36% del sexo masculino; siendo su mayoría provenientes del municipio de Panchimalco con un 89%. (Ver Tabla 29).

Prosiguiendo con los motivos de consulta de la población en estudio de la USP, el 28% del sexo femenino consultó por obturaciones, mientras un 4% asistió por dolor. Para el sexo masculino, el 16% asistió por obturaciones y un 3% por dolor y otro 3% por revisión y control. Demostrando así que el principal motivo de consulta fue por obturaciones, tanto para el sexo femenino como el masculino (Ver Tabla 33).

En cuanto al problema real de la población en estudio de USP, se tiene que un 43% de la población femenina, asistió por problemas dentales mientras un 8% asistió por Revisión/control. En el sexo masculino un 27% asistió por problemas dentales y un 3% por revisión/control. Representando así que el 70% de la población en estudio asistió por problemas dentales (Ver Tabla 37 y gráfico 25).

Dentro de las lesiones de cara, cuello y osteomucofibrosas de la población en estudio de la USP, el 22% presentó lesiones de cara, cuello y osteomucofibrosas, de las cuales el 12% del sexo femenino, presentó lesiones

teniendo una mayor prevalencia en el rango de 20-40 años con un 6% y un 50% no presentó lesión. Mientras que un 10% del sexo masculino presentó lesiones, con mayor prevalencia en el rango de 5-11 años con un 4% y un 28% no presentó lesiones, mostrando así que es el sexo femenino el más propenso a presentar lesiones de cara, cuello y osteomucofibrosas (Ver Tabla 41 y Gráfico 29).

Las lesiones detectadas en la población en estudio de la USP fueron eritroplasia, exostosis, leucoplasia, tumoración y ulceración con un total de 22%, de los cuales, para el sexo femenino la de mayor porcentaje fue la de exostosis con un 4% y la de menor, fue la eritroplasia y ulceración, cada una con un 2%. Para el caso del sexo masculino, fue un 4% con exostosis, y la menor fue de un 1% cada una para eritroplasia y leucoplasia. Por los resultados obtenidos en este estudio se puede mencionar que la exostosis es más predominante con un 9% en ambos sexos, seguida de la tumoración con un 7%. (Ver Tabla 45 y Gráfico 33).

Dentro de las estructuras examinadas en cuanto a la ubicación de la lesión en la población en estudio de la USP, se encontró el 9% en paladar duro, seguida de cara y cuello, mientras que las que menos lesiones presentan son los carrillos y encía con un 1% cada una. Siendo todas estas estructuras mayormente predominantes a presentar lesión en el sexo femenino con un 12% que en el masculino con un 10%. (Ver Tabla 49).

En cuanto a los índices dentoperiodontales examinados en la población en estudio de la USP, se tiene que, respecto al índice de placa bacteriana de Loe y Silness, en el sexo femenino, el 44% se encuentra en buen estado y un 18% en condición leve. En el sexo masculino, el 26% se encuentra en buen estado y un 1% se encuentra en condición moderada. Mostrando así que ambos sexos

se encuentran en buen estado con un 70%, en cuanto a presencia de placa bacteriana. (Ver Tabla 53 y gráfico 37).

El índice CPO/D de la población en estudio reveló que el 68% del sexo femenino presenta piezas cariadas, un 70% presenta piezas perdidas y un 68% presenta piezas obturadas. En el caso del sexo masculino un 32% presentó piezas cariadas, un 30% presentó piezas perdidas y un 32% presentó piezas obturadas. Indicando así que el sexo femenino supera en cuanto a piezas cariadas, perdidas y obturadas al sexo masculino.

En cuanto al nivel de CPO/D de la población en estudio de la USP, del total que se les pasó el índice se clasifica al sexo femenino en un nivel Alto con un 60%, y un 1% como Moderado. Para caso del sexo masculino, un 27% presentó un nivel CPO/D Alto y un 3% bajo. Evidenciado así que el nivel de CPO/D es Alto para ambos sexos para un 87% del total de las personas evaluadas con dicho índice (65 personas). (Ver Tabla 57 y gráfico 41).

El índice de ceo/d de la población en estudio de USP, señaló que el 47% del sexo femenino presenta piezas temporarias cariadas, un 44% posee piezas indicadas para extracción y un 64% tiene piezas temporarias obturadas.

El sexo masculino presentó un 53% de piezas temporarias cariadas, un 56% de piezas indicadas para extracción y un 36% de piezas temporarias obturadas. Presentando así con este estudio que el sexo masculino predomina al sexo femenino en cuanto a piezas temporarias cariadas y en piezas indicadas para extracción.

En cuanto al nivel de ceo/d de la población en estudio de la USP que se les pasó el índice. Mostró que el sexo femenino se encuentra con 32% en el nivel alto y un 4% en el nivel moderado. En tanto el sexo masculino con un 43% en el

nivel Alto y un 4% en el nivel moderado. Revelando así que el 75% (21 personas) de la población en estudio se clasifica con un nivel ceo/d Alto, tanto el sexo femenino como el masculino. (Ver Tabla 61 y gráfico 45).

En general, el nivel CPO/D-ced/o, de la población en estudio de la USP, fue alto en un 60%, para el sexo femenino, un 1% se clasificó en nivel moderado y 1% en el bajo. En el sexo masculino, un 34% presentó un nivel alto y un 3% un nivel moderado. Indicando así que, ambos sexos femenino y masculino, se encuentran en un nivel alto de CPOD/ceod. (Ver Tabla 65 y gráfico 49).

Según el índice de gingival de Loe y Silness presentado en la población en estudio de USP, se encontró que el 44% del sexo femenino, presenta un buen estado gingival y un 6% mostró inflamación moderada. En el sexo masculino, es de 24% con buen estado y un 3% con inflamación moderada. Dando como resultado, que la mayoría se encuentra en buen estado con un 69% para ambos sexos. (Ver Tabla 69 y gráfico 53).

Con respecto al índice periodontal comunitario CPI (de OMS), hay que aclarar que este índice fue pasado a un 57% (51 personas) de la población total en estudio, debido a que es para mayores de 15 años. Para el caso del sexo femenino, se encontró un 16% con hemorragia al sondaje suave y 4% está sano, al igual que los que presentaron cálculo supra o sub gingival (4%).

Para el sexo masculino, encontramos un 4% con hemorragia al sondaje suave y un 1% en el rango bolsa igual o >6 mm. Encontrando así que en general, de la población en estudio el 20% presenta hemorragia al sondaje suave, seguido de un 14% que presenta bolsa de 4-5mm. Solamente un 8% se encontró sano con ausencia de signos. (Ver Tabla 73 y gráfico 57).

Para la determinación de oclusopatías, se utilizó el índice de estética dental (DAI). El cual reveló que el 22% del sexo femenino, presentó una oclusión normal o mal oclusión mínima y un 7% distribuido equitativamente respecto a los que presentaron mal oclusión definida y mal oclusión severa. En el sexo masculino el 9% presentó mal oclusión definida y en menor porcentaje, un 4% con mal oclusión muy severa o discapacitante. Determinando así que, el 29% de la población en estudio presenta una oclusión normal y mal oclusión mínima, por lo tanto no necesitan tratamiento, seguida de una mal oclusión definida y mal oclusión muy severa o discapacitante cada una con un 16% y solamente un 7% con mal oclusión severa. (Ver Tabla 77 y gráfico 61).

Según el índice de mal oclusión en edades de 3 años a menores de 12 años en la población en estudio de la USP para las personas evaluadas con este índice. El sexo femenino presentó un 7% de oclusión normal y un 1% de mal oclusión muy severa. Con respecto al sexo masculino un 8% se encuentra en oclusión normal y un 3% en mal oclusión definida y severa. Por lo tanto, en general, un 14% tiene oclusión normal, seguido de un 19% con presencia de mal oclusión, por lo que necesitan tratamiento para dicho problema. (Ver Tabla 81 y gráfico 65).

En cuanto al problema estomatológico principal en la comunidad de la población en estudio de la USP, se encuentra que es el de caries dental determinándolo así por el índice de CPOD/ceod que resulto ser un nivel Alto.



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA  
COORDINACION GENERAL DE  
PROCESOS DE GRADUACION

San Salvador, 30 de octubre de 2009

Doctora  
Lisset López  
Docente  
Facultad de Odontología  
Presente

Estimada Doctora:

Por la presente remito a usted, Protocolo "DIAGNOSTICO DE LA CONDICION DE SALUD BUCAL DE LA POBLACION QUE ASISTE A LAS CLINICAS ODONTOLOGICAS DE: HOSPITAL MILITAR CENTRAL, CRUZ ROJA SALVADOREÑA SEDE CENTRAL, CLINICA ASISTENCIAL CORAZON DE MARIA Y UNIDAD DE SALUD DE PANCHIMALCO EN EL AÑO 2009 ", ya revisado por la comisión y ratificado por Junta Directiva.

Atentamente,



  
Dra. Ruth Fernández de Quezada  
Coordinadora General de  
Procesos de Graduación

feder

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA  
COORDINACION GENERAL DE  
PROCESOS DE GRADUACION



DIAGNOSTICO DE LA CONDICION DE SALUD BUCAL DE LA POBLACION  
QUE ASISTE A LAS CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS DE: HOSPITAL MILITAR  
CENTRAL, CRUZ ROJA SALVADOREÑA SEDE CENTRAL, CLINICA  
ASISTENCIAL CORAZON DE MARIA Y UNIDAD DE SALUD DE  
PANCHIMALCO EN EL AÑO 2009.

FLORENCE MARIA LOPEZ FLAMENCO  
HELLEN AURORA HUEZO RAMIREZ  
JUDITH PRISCILA MELGAR ORTIZ  
MARINA JULIETA SALAMANCA ESCOBAR

DRA. LISSET LOPEZ

CIUDAD UNIVERSITARIA, 17 JULIO DEL 2009



*Aprobado  
ratificado por  
S.D. Acuerdo N°383  
20/0ct/09  
Lisset Lopez*