

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLÒGIA
COORDINACION GENERAL DE
PROCESOS DE GRADUACIÒN



TRABAJO DE GRADUACIÒN
PARA OBTENER EL TITULO DE
DOCTOR EN CIRUGIA DENTAL.

“DIAGNOSTICO DE LA CONDICION DE SALUD BUCAL DE LA POBLACIÒN QUE
ASISTE A LAS UNIDADES DE SALUD DE SAN RAFAEL OBRAJUELO, SAN
PEDRO MASAHUAT, DE LA PAZ; PERIFERICA DE SENSUNTEPEQUE,
CABAÑAS Y SAN RAMÒN DE CUSCATLAN DEL AÑO 2009”

AUTORES

JOYSI MEYBELINE CORTEZ LOPEZ.
JESSICA JAMILETH GONZALEZ MARQUEZ
OSCAR ANTONIO MARTINEZ ORELLANA
NANCY GUADALUPE MEJIA CAMPOS.

DOCENTE DIRECTOR

DRA. RUTH FERNÀNDEZ DE QUEZADA.

CIUDAD UNIVERSITARIA, MAYO DE 2010.

AUTORIDADES

RECTOR

M.SC. RUFINO ANTONIO QUEZADA SANCHEZ

VICE- RECTOR ACADÈMICO

ARQ. MIGUEL ANGEL PEREZ RAMOS

VICE-RECTOR ADMINISTRATIVO

Mae. OSCAR NOÈ NAVARRETE

DECANO

DR. MANUEL DE JESUS JOYA ABREGO

VICE- DECANO

DR. JOSÈ SAÙL RAMIREZ PAREDES

SECRETARIA

DRA. ANA GLORIA HERNÀNDEZ DE GONZALEZ

DIRECTORA DE EDUCACION ODONTOLOGICA

DRA. AIDA LEONOR MARINERO DE TURCIOS.

COORDINADORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÒN

DRA. RUTH FERNANDEZ DE QUEZADA

JURADO EVALUADOR.

DRA. RUTH FERNANDEZ DE QUEZADA.

DRA. ANA ELIZABETH HENRIQUEZ CORDÓN.

DRA. ROSA AIDA ALVAREZ.

AGRADECIMIENTOS.

A Dios todopoderoso y a todas las personas que hicieron posible la realización de esta investigación.

A nuestras familias por su aporte en cada parte de nuestras vidas para que ahora podamos culminar esta parte de ella.

A nuestra asesora Dra. Ruth de Quezada por su paciencia e instructoria en la realización de este trabajo.

A nuestros amigos que en algún momento nos brindaron su apoyo, gracias.

INDICE GENERAL

Resumen.....	14
Introducción.....	15
1. Objetivos.....	17
1.1 Objetivo general	
1.2 Objetivos específicos	
2. Marco teórico.....	18
3. Materiales y métodos.....	38
a. Tipo de investigación	38
b. Tiempo y lugar	
c. Variables e indicadores	
d. Población y muestra	41
e. Recursos humanos, materiales y financieros....	43
f. Alcances y limitaciones.....	45
4. Resultados.....	46
5. Discusión.....	144
6. Conclusiones.....	152
7. Recomendaciones.....	156
8. Referencias bibliográficas.....	158
9. Anexos.....	163

INDICE DE TABLAS Y
GRAFICOS

Variable A1-A2	TITULO	PAG.
Edad y Sexo		
Tabla y grafico # 1	Rango de edad y sexo de la Unidad de Salud de San Rafael Obrajuelo.	47
Tabla y grafico # 2	Rango de edad y sexo de la Unidad de Salud de San Pedro Masahuat.	48
Tabla y grafico # 3	Rango de edad y sexo de la Unidad de Salud de Sensuntepeque	49
Tabla y grafico # 4	Rango de edad y sexo de la Unidad de Salud de San Ramón.	50
Tabla y grafico # 5	Mujeres embarazadas de la Unidad de Salud de San Pedro Masahuat	51
Tabla y grafico # 6	Mujeres embarazadas de la Unidad de Salud de Sensuntepeque	52
Tabla y grafico # 7	Mujeres embarazadas de la Unidad de Salud de San Ramón.	53
Variable A3 Ingreso Económico		
Tabla y grafico # 8	Pacientes que poseen ingreso económico familiar de la Unidad de Salud de San Rafael Obrajuelo	54
Tabla y grafico # 9	Pacientes que poseen ingreso económico familiar de la Unidad de Salud de San Pedro Masahuat.	55
Tabla y grafico # 10	Pacientes que poseen ingreso económico familiar de la Unidad de Salud de Sensuntepeque	56
Tabla y grafico # 11	Pacientes que poseen ingreso económico familiar de la Unidad de Salud de San Ramón	57
Tabla y grafico # 12	Ingreso económico mensual por grupo familiar de la población en estudio de la Unidad de Salud de San Rafael Obrajuelo.	58
Tabla y grafico # 13	Ingreso económico mensual por grupo familiar de la población en estudio de la Unidad de Salud de San Pedro Masahuat	60
Tabla y grafico # 14	Ingreso económico mensual por grupo familiar de la población en estudio de la Unidad de Salud de Sensuntepeque	62
Tabla y grafico # 15	Ingreso económico mensual por grupo familiar de la población en estudio de la	64

Unidad de Salud de San Ramón

Variable A4 Escolaridad		
Tabla y grafico # 16	Pacientes con escolaridad de la población en estudio de la Unidad de Salud de San Rafael Obrajuelo	66
Tabla y grafico # 17	Pacientes con escolaridad de la población en estudio de la Unidad de Salud de San Pedro Masahuat	67
Tabla y grafico #18	Pacientes con escolaridad de la población en estudio de la Unidad de Salud de Sensuntepeque	68
Tabla y grafico # 19	Pacientes con escolaridad de la población en estudio de la Unidad de Salud de San Ramón	69
Tabla y grafico # 20	Nivel educativo de la población en estudio de la Unidad de Salud de San Rafael Obrajuelo	70
Tabla y grafico # 21	Nivel educativo de la población en estudio de la Unidad de Salud de San Pedro Masahuat	72
Tabla y grafico # 22	Nivel educativo de la población en estudio de la Unidad de Salud de Sensuntepeque	74
Tabla y grafico #23	Nivel educativo de la población en estudio de la Unidad de Salud de San Ramón	76
Variable A5 Lugar de residencia y origen.		
Tabla y grafico # 24	Pacientes que residen en San Rafael Obrajuelo	78
Tabla y grafico # 25	Pacientes que residen en San Pedro Masahuat	79
Tabla y grafico # 26	Pacientes que residen en Sensuntepeque	80
Tabla y grafico # 27	Pacientes que residen en San Ramón	81
Tabla # 28	Lugar de residencia durante los primeros 7 años de vida de la población en estudio de la Unidad de Salud de San Rafael Obrajuelo.	82
Tabla # 29	Lugar de residencia durante los primeros 7 años de vida de la población en estudio de la Unidad de Salud de San Pedro Masahuat	83
Tabla # 30	Lugar de residencia durante los primero 7 años de vida de la población en estudio de la Unidad de Salud de Sensuntepeque	84

Tabla # 31	Lugar de residencia durante los primeros 7 años de vida de la población en estudio de la Unidad de Salud de San Ramón	85
Variable B		
Motivo de Consulta		
Tabla #32 y grafico # 28	Motivo de consulta real de la población en estudio de la Unidad de Salud de San Rafael Obrajuelo	86
Tabla #33 y grafico #29	Motivo de consulta real de la población en estudio de la Unidad de Salud de San Pedro Masahuat	88
Tabla #34 y grafico #30	Motivo de consulta real de la población en estudio de la Unidad de Salud de Sensuntepeque	90
Tabla #35 y grafico #31	Motivo de consulta real de la población en estudio de la Unidad de Salud de San Ramón	92
Tabla #36 y grafico #32	Clasificación del motivo de consulta de la población en estudio de la Unidad de Salud de San Rafael Obrajuelo	94
Tabla #37 y grafico #33	Clasificación del motivo de consulta de la población de San Pedro Masahuat	96
Tabla #38 y grafico #34	Clasificación del motivo de consulta de la población de Sensuntepeque	98
Tabla #39 y grafico #35	Clasificación del motivo de consulta de la Población de San Ramón	100
Variable C Lesiones cara y cuello y osteomucofibrosas		
Tabla #40 y grafico #36	Pacientes que presentan lesiones de cara y cuello y osteomucofibrosas de la población de la Unidad de Salud San Rafael Obrajuelo.	102
Tabla #41	Cuadro resumen del tipo de lesión mucofibrosa presentes por estructura en la población en estudio de la Unidad de Salud de San Rafael Obrajuelo	103
Tabla #42 y grafico #37	Pacientes que presentan lesiones de cara y cuello y osteomucofibrosas de la población de la Unidad de Salud de San Pedro Masahuat	104
Tabla #43	Cuadro resumen del tipo de lesión mucofibrosa presentes por estructura en la población en estudio de la Unidad de	105

Salud de San Pedro Masahuat

Tabla #44 y grafico #38	Pacientes que presentan lesiones de cara y cuello y osteomucofibrosa de la población de la Unidad de Salud de Sensuntepeque.	106
Tabla #45	Cuadro resumen del tipo de lesión mucofibrosa presentes por estructura en la población en estudio de la Unidad de Salud de Sensuntepeque	107
Tabla #46 y grafico #39	Pacientes que presentan lesiones de cara y cuello y osteomucofibrosa de la población de la Unidad de Salud de San Ramón	108
Tabla #47	Cuadro resumen del tipo de lesión mucofibrosa presentes por estructura en la población en estudio de la Unidad de Salud de San Ramón	109
Variable D1 Índice de Placa Bacteriana Løe y Silness.		
Tabla #48 y grafico #40	Índice de placa bacteriana de la población de la Unidad de Salud de San Rafael Obrajuelo	110
Tabla #49 y grafico #41	Índice de placa bacteriana de la población de la Unidad de Salud de San Pedro Masahuat	111
Tabla #50 y grafico #42	Índice de placa bacteriana de la población de la Unidad de Salud de Sensuntepeque	112
Tabla #51 y grafico #43	Índice de placa bacteriana de la población de la Unidad de Salud de San Ramón	113
Variable D2 Índice de Caries CPOD y ceod.		
Tabla #52 y grafico #44	Nivel de CPO/D que presenta la población de la Unidad de Salud de San Rafael Obrajuelo	114
Tabla #53 y grafico #45	Nivel de CPO/D que presenta la población de la Unidad de Salud de San Pedro Masahuat	115
Tabla #54 y grafico #46	Nivel de CPO/D que presenta la población de la Unidad de Salud de Sensuntepeque	116
Tabla #55 y grafico #47	Nivel de CPO/D que presenta la población de la Unidad de Salud de San Ramón	117
Tabla #56 y grafico #48	Nivel de ceo/d que presenta la población de la Unidad de Salud de San Rafael	118

Obrajuelo

Tabla #57 y grafico #49	Nivel de ceo/d que presenta la población de la Unidad de Salud de San Pedro Masahuat	119
Tabla #58 y grafico #50	Nivel de ceo/d que presenta la población de la Unidad de Salud de Sensuntepeque	120
Tabla #59 y grafico #51	Nivel de ceo/d que presenta la población de la Unidad de Salud de San Ramón	121
Tabla #60 y grafico #52	Nivel de CPO/D-ceo/d de la población en estudio de la Unidad de Salud de San Rafael Obrajuelo	122
Tabla #61 y grafico #53	Nivel de CPO/D-ceo/d de la población en estudio de la Unidad de Salud de San Pedro Masahuat	123
Tabla #62 y grafico #54	Nivel de CPO/D-ceo/d de la población en estudio de la Unidad de Salud de Sensuntepeque	124
Tabla #63 y grafico #55	Nivel de CPO/D-ceo/d de la población en estudio de la Unidad de Salud de San Ramón	125
Tabla #64	CPO/D-ceo/d global	126
Variable D3 Índice Gingival Löe y Silness.		
Tabla #65 y grafico #56	Índice gingival de la población de la Unidad de Salud de San Rafael Obrajuelo	127
Tabla #66 y grafico #57	Índice gingival de la población de la Unidad de Salud de San Pedro Masahuat	128
Tabla #67 y grafico #58	Índice gingival de la población de la Unidad de Salud de Sensuntepeque	129
Tabla #68 y grafico #59	Índice gingival de la población de la Unidad de Salud de San Ramón	130
Variable D4 Índice Periodontal Comunitario		
Tabla #69 y grafico #60	Índice Periodontal de la población en estudio de la Unidad de San Rafael Obrajuelo	131
Tabla #70 y grafico #61	Índice Periodontal de la población en estudio de la Unidad de San Pedro Masahuat	132
Tabla #71 y grafico #62	Índice Periodontal de la población en estudio de la Unidad de Sensuntepeque	133
Tabla #72 y grafico #63	Índice Periodontal de la población en	134

estudio de la Unidad de San Ramón

Variable E		
Maloclusión Índice DAI		
Tabla #73 y grafico #64	Índice DAI de OMS de la población en estudio de la Unidad de Salud de San Rafael Obrajuelo	135
Tabla #74 y grafico #65	Índice DAI de OMS de la población en estudio de la Unidad de Salud de San Pedro Masahuat	136
Tabla #75 y grafico #66	Índice DAI de OMS de la población en estudio de la Unidad de Salud de Sensuntepeque	137
Tabla #76 y grafico #67	Índice DAI de OMS de la población en estudio de la Unidad de Salud de San Ramón	138
Tabla #77 y grafico #68	Medición de maloclusión en niños de la población en estudio de la Unidad de Salud de San Rafael Obrajuelo.	139
Tabla #78 y grafico #69	Medición de maloclusión en niños de la población en estudio de la Unidad de Salud de San Pedro Masahuat.	140
Tabla #79 y grafico #70	Medición de maloclusión en niños de la población en estudio de la Unidad de Salud de Sensuntepeque.	141
Tabla #80 y grafico #71	Medición de maloclusión en niños de la población en estudio de la Unidad de Salud de San Ramón	142
Variable F Problema estomatológico principal en la comunidad		
Tabla #81	Consolidado de los resultados	143

RESUMEN

El presente trabajo es una investigación de campo de tipo descriptivo, cuyo objetivo principal fue, analizar la condición de salud bucal de la población de las unidades de salud de San Rafael Obrajuelo, San Pedro Masahuat, ambas de La Paz; Periférica de Sensuntepeque, Cabañas y San Ramón, de la región paracentral del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; en el año 2009.

Se aplicaron dos tipos de instrumentos para la recolección de los datos, la cédula de entrevista y una guía de observación. Los resultados permiten concluir que, la mayor parte de la población en el estudio corresponde al sexo femenino, oscilando el mayor porcentaje en el grupo etareo de 5 a 11 años; más del 50% de la población no tiene ingreso económico y si tienen es inferior al salario mínimo. Entre el 71% y el 86% de la población sabe leer y escribir y de ese el nivel básico de educación es el que la mayoría ha alcanzado. El motivo de consulta más encontrado fueron los problemas dentales, entre un 63% a 67% siendo la caries dental el origen de estos. El índice de placa bacteriana en tres de las Unidades de Salud prevalece entre un 43% y 63% la condición leve y en una, la condición moderada con un 47%. En cuanto al índice gingival se presentó inflamación leve en los cuatro establecimientos con un promedio de 55%.

En el examen clínico de cara, cuello y mucosas, la eritroplasia es la lesión que prevaleció con un promedio de 35% sobre todo en las estructuras intraorales.

En las cuatro Unidades de Salud, el resultado de CPO/D y ceo/d es muy alto, sus valores oscilan entre el 9.24% y el 14.66%. En cuanto al índice de estética y oclusión tres de las Unidades de Salud presentan oclusión normal y maloclusión mínima, compartida con maloclusión muy severa o discapacitante. En cuanto a la población infantil también prevalece la maloclusión mínima y solo un establecimiento presenta maloclusión definida y severa.

INTRODUCCIÓN

Esta investigación fue de tipo descriptiva, en la que se abordó la condición de salud bucal de la población salvadoreña que asistió a las Unidades de Salud de los municipios de San Rafael Obrajuelo, San Pedro Masahuat, de La Paz, Sensuntepeque, Cabañas y San Ramón, Cuscatlán durante el año 2009; tomando en cuenta que al nacer el primer contacto con el exterior, la primera sensación y el primer vínculo entre la madre y el hijo se da por medio de la cavidad oral(1); es por ello que el desequilibrio de dicha estructura, tiene un impacto significativo en la vida cotidiana, y con la salud general.

En la presente investigación se utilizó una cédula de entrevista y una guía de observación, para medir las variables e indicadores, tales como: índice de caries dental CPO/D y ceo/d; los índices de placa dentobacteriana, gingival, periodontal, maloclusión y de lesiones mucofibrosas, y algunas condiciones socioeconómicas de la población estudiada. Según el Centro Internacional de Investigación de Desarrollo, El Salvador presenta altos niveles de pobreza (2). Corroborando dicha información con este estudio, en el cuál el mayor porcentaje de la población posee ingresos por debajo del salario mínimo, correspondiente a un 95% para la Unidad de Salud de San Rafael Obrajuelo, 24% para la Unidad de Salud de San Pedro Masahuat, un 31% para la población de la Unidad de Salud de Sensuntepeque y un 96% para la Unidad de Salud de San Ramón, y el resto de la población estudiada no poseía ingresos. Perteneciendo esta población en un mayor porcentaje al área rural, no logrando así cubrir sus necesidades básicas, por lo tanto no tienen los recursos, para asistir a la consulta odontológica privada las cuales ofrecen tratamientos integrales, ya que, en los distintos centros asistenciales de salud pública los tratamientos odontológicos son limitados, prevaleciendo todavía las extracciones dentales. Situación que conlleva a grandes consecuencias funcionales, estéticas, de autoestima, entre otras, en la mayoría de la población.

Además de las condiciones socioeconómicas, se identificó que entre los numerosos problemas de salud bucal, uno de los más frecuentes son los problemas dentales presentándose la caries dental como el origen de estos; la cual al no ser tratada a tiempo puede llevar a causar otro tipo de alteraciones en la cavidad bucal.

Por lo tanto los resultados encontrados en este estudio, deben ser utilizados por las diferentes entidades y organizaciones involucradas, y así puedan ayudar a cambiar la condición bucal de la población, mejorando la calidad de vida en general de cada individuo.

Esto lleva a determinar que hace falta más promoción de la Salud Bucal, en la que se haga énfasis en la prevención y que la Salud Bucal involucra también los tejidos osteomucofibrosos ya que hay un buen porcentaje de lesiones en estos tejidos, que han pasado desapercibidos por los pacientes.

Objetivo General:

Realizar el diagnóstico de salud bucal “como paciente colectividad” de la población, que asiste a las unidades de salud de San Rafael Obrajuelo y San Pedro Masahuat de La Paz; San Ramón, Cuscatlán; Periférica de Sensuntepeque, Cabañas; de la Región Paracentral del MSPAS.

Objetivos específicos

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

MARCO TEÓRICO

La epidemiología de las enfermedades en cavidad bucal, se encuentra ubicada en un plano secundario (3) sin recibir la atención apropiada en la planificación de los servicios de salud bucal; es por ello que en la presente investigación se abordaran diferentes subtemas correspondientes a las variables del estudio entre las cuales están: variables socioeconómicas, motivos de consulta, lesiones osteo- mucofibrosa, índice de placa, índice de caries, índice gingival, índice periodontal comunitario y mal oclusiones.

Entre las variables socio económicas se describe como El Salvador, se ve inmerso en una crisis económica, producto de la crisis del capitalismo mundial y específicamente la crisis ó fracaso del modelo neoliberal. A esto se añade el hecho de que el país ha sufrido muchos golpes a lo largo de los años, entre los que podemos mencionar: Desastres naturales, guerras, cambio de moneda, violencia, y extorsiones que desestabilizan al país.

Otro factor importante, es el modelo socioeconómico no compatible con la realidad del país; como lo es el Neoliberalismo, ahora bien la dificultad a la que se enfrenta, es que no todos los países son capaces de competir en el mundo globalizado, en el cual se observan jerarquías marcadas y concentraciones no equitativas de las riquezas.

Con lo expuesto anteriormente, se intenta relacionar las variables socioeconómicas y sus repercusiones en la salud de las personas; el mayor impacto del sistema de salud se dirige a las personas de escasos recursos, las cuales se ven inmersas en un medio competitivo y de pocas oportunidades por lo cual sustraen recurso de diferentes fuentes para de esa manera poder cubrir la mayoría de los gastos básicos entre los más elementales vivienda y alimentación, en menor grado la salud.

Según el Ministerio de Economía, Dirección General de Estadísticas y Censos de El Salvador en el año 2006, publicó que: El ingreso promedio mensual de los

hogares a nivel nacional es de \$442.38. En el área urbana es de \$535.71 y en los hogares rurales de \$284.21. En el Área Metropolitana de San Salvador el ingreso mensual es de \$583.59. Por departamento, los hogares ubicados en San Salvador y La Libertad superan el promedio nacional con ingresos de \$563.52 y \$467.52. Los departamentos de Cuscatlán, San Vicente y Morazán reportan los ingresos más bajos: \$315.59, \$305.05 y \$281.07, respectivamente.

Los ingresos laborales del hogar son generados básicamente en las siguientes categorías ocupacionales: los patronos, asalariados (temporales y permanentes) y cuenta propia; los ingresos varían en función de la actividad económica y el tipo de ocupación a la que se dedican. La población ocupada percibe un ingreso laboral promedio mensual de \$271.19. Si se comparan los ingresos por sexo, se puede concluir que el monto percibido por los hombres (\$280.17) supera en 8.0% al ingreso obtenido por las mujeres (\$259.16). Los salarios promedios mensuales por grupo ocupacional, se destaca que los mayores montos los perciben los Directivos o Funcionarios, quienes ganan en promedio \$990.47 por mes; le siguen en orden de importancia los Profesionales o Científicos con \$884.46 y las Técnicos Profesionales con \$416.06. Por el contrario, el grupo ocupacional que percibe el menor salario promedio mensual corresponde al de los Trabajadores Agrícolas con \$139.26 (4).

Esto demuestra que los ingresos promedio salariales de los salvadoreños, no son los suficientes para cubrir los diferentes gastos tanto en los servicios de luz, agua, teléfono como en los gastos personales como son: Vestuario, alimentación y vivienda; por lo que limita los servicios de salud general y bucal a instituciones públicas. Es por ello que el país tiene la necesidad de implementar políticas públicas de salud, las cuales estén orientadas a la prevención, a la promoción de la salud y a la curación, para que los salvadoreños logren una condición de salud que los vuelva más competitivos tanto en el ámbito laboral como personal. Por otra parte también se encuentran los distintos grados de escolaridad, los cuales influyen en gran manera en la población salvadoreña; la

alfabetización por un lado trae un mejor desenvolvimiento en el campo laboral y lleva a mejores oportunidades, tal como se puede detectar en el estudio realizado por el Ministerio de Economía en el 2007; el cual afirma que: La tasa de analfabetismo es más alta en las personas de mayor edad; así las personas mayores de 34 años poseen una tasa de 24.7%; mientras que en la población de 10 a 18 años, es de 3.7%. En el país el 16.1% de las mujeres son analfabetas, contra el 11.3% que presentan los hombres. En el área urbana, la proporción de mujeres en situación de analfabetismo es de 11.5% y la de los hombres de 6.3%; en lo rural, la tasa es de 24.8% para las mujeres y 19.7% para los hombres (4).

Con lo anterior se demuestra que existe una alta tasa de analfabetismo tanto en área urbana como en la rural quedando con mas desventaja el área rural; en El Salvador existen patrones culturales que influyen directamente en esta situación, entre los cuales se encuentran: La desigualdad de género y la inequidad en el derecho a la educación, y la falta de políticas que contribuyen a aumentar la brecha entre analfabetismo rural y el urbano.

El nivel de alfabetización, es de gran importancia porque agrega valor cultural y de conciencia a los individuos, ya que así permite comprender los mensajes en salud bucal que se imparten en las distintas comunidades y centros asistenciales, orientando a los individuos sobre hábitos perjudiciales buco dentales, informando a la población de los tratamientos que se brindan en los consultorios, enseñar y fomentar la realización del auto examen para detectar lesiones, recomendar dietas balanceadas logrando así el mejoramiento de los hábitos de higiene bucal y generales de la población y de esta forma lograr una condición de salud estable.

Las enfermedades gingivales y periodontales están catalogadas entre las afecciones más comunes del género humano. Según una revista científica mexicana, la gingivitis afecta aproximadamente el 80 % de los niños en edad

escolar y más del 70 % de la población adulta ha padecido de gingivitis, periodontitis o ambas (5).

Los resultados de investigaciones y estudios clínicos revelan que las lesiones producidas por las periodontopatías en las estructuras de soporte de los dientes en los adultos jóvenes son irreparables y que en la tercera edad, destruyen gran parte de la dentadura natural, privando a muchas personas de todos sus dientes durante la vejez (6).

Por otra parte la salud bucal de los individuos y de la población en general es la resultante de un complejo y dinámico juego de factores, conocido como el proceso salud- enfermedad, el cual es importante analizar, para desarrollar un modelo de atención, que permita identificar el motivo de consulta de un paciente; así como el manejo de la prevención, para la correcta conservación de las estructuras y funcionamiento del aparato estomatognático, y que estos aspectos contribuyan en el mediano y largo plazo, a disminuir el nivel de incidencia y prevalencia de las enfermedades buco- dentales más frecuentes en la población salvadoreña.

Motivo de consulta, se refiere a: Reflejar las expectativas del paciente, poder orientar al profesional, y plantear los objetivos del tratamiento. Es diferente un paciente que espera resultados estéticos a aquel que presenta problemas funcionales relacionados con su condición bucal (7). En el país, existen patrones culturales que influyen en los factores antes ya mencionados, como por ejemplo las expectativas de cada uno de los pacientes se ven influenciadas por sus posibilidades económicas, edad, status social, presión social, entre otras.

Si se analiza la realidad de cada una de las poblaciones, encontramos que existen ciertos problemas bucodentales que presentan mayor incidencia que otros. Una de las patologías más comunes, que se puede observar como uno de los motivos de consulta más frecuente en el área de odontología de las

unidades de salud, es la caries dental, de acuerdo con el “Estudio Epidemiológico de Caries y Fluorosis Dental en Escolares de 6, 7-8, 12 y 15 años de centros de enseñanza pública de El Salvador” realizado en el año 2000 por el MSPAS, se observó un nivel de prevalencia de la caries del 61% en edades de 6 a 15 años con una tendencia a aumentar directamente proporcional a la edad (8), estos datos se ponen en cuestionamiento en esta investigación, los cuales se analizarán con detalle en la discusión de los resultados.

Es importante señalar que la mayoría de enfermedades buco dentales, pueden ser controladas con actividades preventivas y de diagnóstico temprano, para la disminución significativa de sus secuelas, como ha sido comprobado en otros países. Debido a esto el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, intenta implementar un nuevo modelo de atención odontoestomatológica, con un componente altamente preventivo y curativo moderado, a fin de modificar el perfil epidemiológico actual y la expansión de los servicios en el área odontológica pública.

Para tal propósito, se hace necesario fortalecer con recursos humanos, tecnológicos y económicos los establecimientos de salud para poder responder a la demanda de la población o por lo menos este ha sido uno de los objetivos de la Unidad de Salud Bucal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS); pero evidentemente, existen fallas en esta área y probablemente una de estas se encuentre en el hecho de no tener establecidos los correctos motivos de consulta de la población, y de las diversas enfermedades, aunque ya tengamos definidas estas patologías ya que según el banco mundial de datos de la OMS, 1984, las patologías orales más prevalentes son la caries dental y las enfermedades periodontales. Estas entidades clínicas poseen una alta prevalencia de alrededor de un 90% para la caries y de un 65% en el caso de las enfermedades periodontales (9).

El avance progresivo de las patologías antes mencionadas y la falta de tratamiento para las mismas, se traduce finalmente en cuadros clínicos de urgencia como lo son las extracciones dentales, que constituyen otro importante motivo de consulta de los casos atendidos en las unidades de salud.

Probablemente el problema no sea solamente una correcta detección de la enfermedad, sino la promoción de la salud bucal a la población, en la cual deberían de incluirse todas las medidas que tienen por objeto conservar o mejorar la salud integral del aparato estomatognático, y cuyas acciones son encaminadas en el estadio preclínico de la enfermedad. También en esta situación es importante conocer el motivo de consulta de los pacientes que asisten a las unidades de salud, para brindar las acciones pertinentes educativas, y que sean realizadas de forma sencilla, de manera que la población comprenda el mensaje y que conozcan, practiquen las medidas preventivas para la conservación de la salud buco dental, y así mismo detecten oportunamente lesiones o patologías, para que acudan a los consultorios odontológicos en busca de un tratamiento adecuado.

Es importante recordar que se compromete la calidad de vida de las personas al deteriorar y mutilar las estructuras de la cavidad oral, por lo tanto establecer las verdaderas razones que motivan a una persona a asistir al área de odontología es de vital importancia para realizar diagnósticos correctos; lo que lleva a brindar una mejor atención.

Existen muchas patologías que en general afectan a la población salvadoreña, entre las cuales se pueden mencionar las lesiones osteomucofibrósas estas afectan a ambos sexos; unas prevalecen más que otras, esto con relación a factores genéticos, los rangos de edad y los diferentes hábitos de la población. Cabe mencionar que, entre las alteraciones que se estudian en este trabajo se encuentran: tumoraciones, alteraciones eritroplásicas y leucoplásicas que para la segunda nos referimos a las distintas lesiones de color rojizas y a la tercera de aspecto blanquecino, las cuales se deben a diversos factores entre estos los

hongos, bacterias, irritaciones crónicas; las lesiones ulceradas que pueden aparecer en el medio oral y peri oral debidas a traumatismos y a virus, por último se presentan las alteraciones pos quirúrgicas debido a intervenciones traumáticas y también relacionadas a los cuidados del paciente ante las recomendaciones por el profesional y/o alteraciones sistémicas.

Las lesiones que más frecuentemente han sido tomadas en cuenta, por los diferentes autores y que mas aparecen en estudios en Europa en la Universidad Complutense de Madrid son: la estomatitis aftosa recurrente, el herpes labial, la lengua fisurada, la lengua geográfica, la candidiasis oral y las lesiones traumáticas, con prevalencias que respectivamente muestran rangos de 0,9% al 10,8%, del 0,78% al 5,2%, del 1,49% al 23%, del 0,60% al 9,8% y del 0,01% al 3,7%(10)

El entorno ambiental juega también un importante papel en las variaciones de la incidencia y las localizaciones de esta lesiones en los diferentes países y regiones, por lo cual la contaminación de las aguas, del aire de la tierra; y las alteraciones de tipo social como el estrés que generan las diferentes condiciones de vida ya sea urbana o rural. Esta situación puede generar hábitos deletéreos. Según estudios realizados en la Universidad de Valencia los padecimientos de patologías o de alteraciones bucales entre hombres y mujeres oscilan en un 5% para el sexo masculino y un 2% para el femenino (10). Aunque esta relación varía entre los diferentes autores y también en muchas de las alteraciones bucales, de cabeza y cuello, tienen una relación similar en hombres y mujeres esto debido a que estas han adoptado los mismos hábitos.

Frente a la gran cantidad de alteraciones, que podemos encontrar en cabeza y cuello y específicamente en cavidad oral de la población salvadoreña, debemos ser capaces de detectar dichas lesiones, llevar a cabo un correcto diagnóstico y un apropiado tratamiento; una conducta inadecuada al realizar tanto una exploración convencional de la mucosa oral como al establecer el diagnóstico

diferencial de las lesiones puede suponer pasar desapercibidas lesiones importantes o el indicar un tratamiento inadecuado. De ahí deriva la importancia de establecer parámetros que ayuden a detectar las incidencias de las diferentes patologías y así poder brindar una mejor atención, por medio de políticas y métodos que capaciten al profesional odontológico que atiende los diferentes centros asistenciales.

El término eritroplasia es 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. Por lo tanto al igual que la leucoplasia, la eritroplasia no tendría connotaciones histológicas. Desde el punto de vista epidemiológico la Eritroplasia Bucal (EB) es menos frecuente que la leucoplasia, su rango de prevalencia oscila entre 0,02% y un 0,83%. En 1975 se realizó un estudio en donde se revisó un total de 64.345 biopsias y se encontraron 58 casos de EB, lo que representa un 0,09% y 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. En Kerala India estudiaron 100 EB tomadas de una muestra de 47.773 casos, reportando una prevalencia de 0,2%. Es más frecuente en pacientes de edad mediana y en personas mayores (sexta y séptima década de la vida). Presenta un ligero predominio en hombres que en mujeres en una proporción de 1,15: 1. La Etiología de la EB ha sido poco estudiada por los autores, los factores pre disponentes presentes en la mayoría de los casos son el alcohol y el tabaco. Se ha reportado que el consumo de tabaco y una dieta baja en verduras y frutas favorece la aparición de esta enfermedad y del mismo modo el riesgo se multiplica con el consumo de alcohol.

Las estructuras más frecuentemente afectadas son paladar blando, piso de boca, zona retromolar y labios sobre todo en pacientes fumadores. La EB típica 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

otra. El grado de malignización de la EB es muy elevado comparado con cualquier otra lesión de la mucosa bucal. El sexo femenino fue el de mayor predilección (62,5%). Concordando con la literatura donde reportan que es más frecuente en pacientes de edad mediana y en personas mayores (sexta y séptima década de la vida), y en contraposición con el predominio por género donde reportan un ligero predominio en hombres que en mujeres en una proporción de 1,15: 1, se puede inferir que la predilección por el sexo femenino puede estar dada por el aumento de los hábitos tabáquicos y alcohólicos en mujeres en los actuales momentos. La localización anatómica más frecuentemente afectada fue el paladar duro con 3 casos (37,5%), seguido por paladar blando con 2 casos (25%), labio, lengua y encía con 1 caso cada uno (12,5%). Coincidiendo parcialmente con algunos autores quienes reportan, paladar blando, piso de boca, zona retromolar y labios sobre todo en pacientes fumadores (11).

La Leucoplasia se define como: "Lesión predominantemente blanca en la mucosa bucal que no puede ser caracterizada como ninguna otra definida". Clínicamente, se distinguen dos tipos de lesiones leucoplásicas, como son la homogénea y la no homogénea. La lesión homogénea es predominantemente blanca y uniformemente achatada, de apariencia delgada, pudiendo exhibir grietas poco profundas y tener una superficie lisa o corrugada. La leucoplasia no homogénea es una lesión predominantemente blanca o blanca con rojo (leucoeritroplasia) que puede ser irregularmente lisa, nodular o exofítica.

La Leucoplasia se atribuye a factores intrínsecos como extrínsecos, entre los cuales se encuentran: hábitos tabáquicos y alcohólicos, trauma, radiaciones ultravioletas, problemas nutricionales (deficiencia de vitamina A, B12, C, beta-carotenos, ácido fólico), oncogenes, microorganismos (*Cándida albicans*) y virus (VPH).

La prevalencia varía del 1 al 5%. En el mundo occidental no hay predilección por sexo, afecta principalmente a adultos mayores de 40 años. Diversos estudios clínico-epidemiológicos han establecido la naturaleza precancerosa de estas lesiones que representan los procesos crónicos más comunes de la cavidad bucal. (11)

Otra variable dentro de este grupo, es la complicación pos quirúrgica; esta es una de las situaciones que se presentan en los centros asistenciales del país, así lo expresa Miralda (12) la cual se debe a diferentes situaciones que pueden suceder durante la intervención quirúrgica o posterior a esta ya sea por complicaciones sistémicas o por falta del cumplimiento de las recomendaciones post-operatorias por parte del paciente, entre las que se refieren están: dolor post-quirúrgico, que suele presentarse uno o dos días después de la intervención, estas se pueden tratar con analgésicos para disminuir la sintomatología, la inflamación aparece de forma normal en las primeras 72 horas, en muchos de los casos esto suele exacerbarse debido a una intervención altamente traumática, también se presentan los hematomas asociados también a la intervención traumática, trismus que es una de las complicaciones comunes debido a que los músculos de la masticación se contraen por el trauma quirúrgico, situación que se revierte unas 2 semanas después de la intervención (12).

En un estudio realizado en la Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona, España, en personas mayores de 65 años, las complicaciones locales más frecuentes fueron el sangrado excesivo (38,5%) que produjo la aparición de hemorragias intra o postoperatorias (60%) y hematomas o equimosis postoperatorios (40%); la inflamación (se consideraron los casos en los que el edema o la tumefacción local eran de carácter exagerado y/o persistente: 11,5%); y la fractura de las corticales vestibular o lingual durante la

extracción de terceros molares inferiores (15,4% de las intervenciones) y el síndrome doloroso pos extracción (3,8%) (13).

Otra variable de estudio son los índices dento periodontales. Estudios paleontológicos señalan que el hombre ha estado expuesto a la enfermedad periodontal desde épocas muy remotas, documentos antiguos revelan su conocimiento, así como la necesidad de tratamiento. Esta aparece como la más común de las enfermedades encontradas en los cuerpos embalsamados de los egipcios de hace 4000 años (14).

Existen factores causales recíprocos, como lo son la caries y la enfermedad periodontal ya que la pérdida de los dientes por caries conlleva al acortamiento de la longitud del arco, produciendo irregularidades en las posiciones dentarias, que va acompañada de empaquetamiento de alimentos y fuerzas anormales sobre estos, lo que predispone a caries y lesiones al periodonto. Por lo que numerosos investigadores han propuesto diversas teorías sobre el origen de la caries dental; uno de los trabajos más importantes es el de Miller en 1882. La caries dental puede definirse desde el punto de vista epidemiológico como una enfermedad que aparece en la infancia con el brote de los dientes. Su mayor incidencia es de 5 a 12 años de edad; su mayor prevalencia es en el adulto joven (18 a 25 años de edad). Cuando la caries dental no se trata con medios preventivos y curativos sigue propagándose, causando gran pérdida de dientes en el adulto joven. La caries dental es causa del desdentamiento total o parcial en las poblaciones, su etiología es multifactorial y, su infección y actividad se establecen mucho antes de que aparezca la cavidad (15).

Por todo lo anterior, en la actualidad surge la necesidad de implementar métodos por medio de los cuales se pueda cuantificar y calificar el estado de salud periodontal y dental de los individuos y poder así establecer en porcentajes, el grado de la condición bucal; entre algunos de los métodos más utilizados se mencionan: Índice gingival Løe y Sillness con el cual se evalúa

Color, Tamaño, Aspecto, Consistencia, Hemorragia) Índice Periodontal comunitario CPI (de OMS) (16).

Se iniciará con el índice de placa dentobacteriana, se puede decir que: “La placa dentobacteriana es una entidad organizada, proliferante y potencialmente patogénica”. Siempre está presente en todos los individuos existiendo variaciones individuales en la cantidad de placa formada y en su distribución en diferentes partes de la boca (14).

La cantidad de placa presente en cada individuo va a depender en gran medida de la frecuencia y técnica con la que realice la higiene bucal y los insumos necesarios para la realización de la misma. En ocasiones no es visible, a menos que esté coloreada por pigmentos, o sea coloreadas con soluciones reveladoras; Se forma indistintamente sobre la superficie de los dientes superiores e inferiores, siendo el mayor depósito en los posteriores que en los anteriores y más aún sobre las superficies proximales, ocupando especialmente su tercio gingival y existiendo preferencia por las superficies defectuosas, rugosas y con restauraciones desadaptadas; debido a que este tipo de superficies es más susceptible ya que al no realizar una adecuada técnica de cepillado se produce un mayor acumulo de placa, por lo que es necesario utilizar aditamentos complementarios como seda dental, cepillos interproximales y enjuagues bucales.

Se llevó a cabo un estudio observacional en la Universidad Javeriana de Bogotá, en el cual se tomó una muestra de 387 niños, entre los 3 - 12 años de edad, a los cuales se les realizó un examen clínico para observar la presencia o no de placa bacteriana utilizando el de Índice de Placa bacteriana Løe y Sillness . La muestra total, fue dividida en tres grupos por edad (3-6, 7-9 y 10-12 años); El grupo de niños entre 3-6 años presentó el mayor índice de placa bacteriana; hubo una disminución en el grupo de 7-9 años y un incremento en el grupo de niños de 10-12 años (17).

Lo anterior servirá de contraste con la realidad salvadoreña, ya que los niños de 0 a 6 años de edad necesitan una higiene bucal asistida, pues es entonces que se desarrollan las habilidades psicomotrices. En las edades de adolescencia, se presenta en la mayoría de los casos una mayor cantidad de placa, debido a que en la etapa de la pre adolescencia y adolescencia se toma una actitud de rebeldía, siendo la salud bucal lo último que se toma en cuenta.

La caries dental es una enfermedad crónica y la más frecuente en la dentición humana. Una vez que se presenta, sus manifestaciones persisten a lo largo de toda la vida, incluso cuando las lesiones han sido tratadas (18). Para medir dicha enfermedad a nivel epidemiológico, se utiliza el índice CPOD/ceod.

La alta prevalencia de caries que se presenta en el mundo entero (afecta del 95% al 99% de la población), la sitúa como principal causa de pérdida de dientes, ya que de cada 10 personas 9 presentan la enfermedad o las secuelas de ésta, que tiene su comienzo casi desde principio de la vida y progresa con la edad (19).

En donde el Índice CPOD en dentición permanente y ceod en dentición decidua, es utilizado en la presente investigación, porque es uno de los métodos más confiables y sencillos para la medición del estado de caries en boca; por lo que el diagnóstico de las lesiones cariosas se debe de hacer de manera oportuna y de esa manera evitar mayor daño en la estructura dentaria y más aun de la salud en general.

Según el estudio realizado por el Departamento de Odontología Preventiva y Social, Facultad de Odontología Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León (UNAN-León). En el que se utiliza el índice de caries CPOD/ceod; la prevalencia de caries según la edad y área geográfica, se observó que en los hombres de la zona urbana, el 81,7 % de los hombres de 12 años han sido atacados por la caries dental. A los 15 años el 88,3 % han sido atacados por caries dental, de

los 34-45 años en este mismo sexo el 100% presentó ataque de caries y de 64-75 años el 98,3 % presentó la enfermedad. En las mujeres de la zona urbana, el 83,3% de las de 12 años presentó ataque de caries dentales, el 94,2% de las de 15 años presentó esta patología; en las mujeres con edades de 34-45, el 99,2% presentó el ataque de caries y de los 64-75 años, el 100% presentó la enfermedad. En la zona rural, los jóvenes de 12 años el 86,7 % presentó ataque de caries, los de 15 años el 95% padece la enfermedad, los de 34 a 45 años, el 98.3% han sido atacados por caries y los de 64 a 75 años, el 100% fueron afectados. Las niñas de 12 años de la zona rural el 93,3 % sufre este padecimiento y las niñas de 15 años el 96,7% la padece. Las mujeres de 34-45 años el 100% sufre la enfermedad y las de 64-75 años el 98,3% también la padece (18). Dicho estudio demuestra que en la zona rural no hay una diferencia significativa por la caries dental. Esto debido a que en los sistemas públicos de salud los recursos son siempre menores que los problemas.

El siguiente índice a evaluar es el índice gingival de Løe y Sillness. En numerosas investigaciones se plantea que el sangramiento gingival puede ser reducido o eliminado por un cuidadoso control de la placa dentobacteriana (20). Dichos controles deben de ser evaluados por el odontólogo semestralmente para verificar que el porcentaje de placa dentobacteriana se ha reducido y de esta manera evitar complicaciones como enfermedades periodontales con mayor prevalencia de placa dentobacteriana, sarro, gingivitis, pérdida de soporte, movilidad dental, bolsas periodontales.

A medida que el tiempo transcurre, los signos clínicos del eritema pueden aparecer, de modo principal por la proliferación de capilares y la formación aumenta de ansas capilares. También puede ser evidente la hemorragia al sondeo; siendo este, uno de los signos clínicos de mayor utilidad en la investigación, cuando valoramos el Índice Gingival de Silness (20).

Es necesario prestar atención a las sutiles alteraciones del tejido, dado que a veces poseen más importancia diagnóstica, un método clínico ordenado exige realizar un cuidadoso examen de la encía respecto al color, tamaño, forma, consistencia, textura superficial, posición, facilidad e intensidad de la hemorragia y el dolor.

Los dos síntomas más tempranos de la inflamación gingival que preceden a la gingivitis establecida son: 1) Formación más rápida de líquido gingival y 2) hemorragia con el sondeo cuidadoso del surco gingival. En términos clínicos, es sencillo identificar la hemorragia al sondeo. Por tanto, es muy valioso para el diagnóstico precoz y la prevención de la gingivitis mas avanzada (29).

Entonces, si se cuentan con índices de una valoración y análisis no complicados, que se pueden utilizar en la población salvadoreña, se podría evitar la cronicidad de una gran mayoría de enfermedades periodontales que a la larga llegan a ser tratamientos de extracciones dentales, por amplias movilidads y pérdidas óseas. Situaciones que podrían ser detectadas a tiempo, con un correcto análisis de los tejidos periodontales, ya sea dentro del Índice de placa bacteriana (IP) o dentro del Índice Gingival (IG) con una sonda periodontal y el conocimiento clínico adecuado.

La enfermedad periodontal por ser heterogena y multifactorial se hace difícil de evaluar por su variabilidad en cuanto a sus manifestaciones clínicas, factores de riesgo, edad de establecimiento, evolución, pronóstico, alternativas de terapia para su resolución o control (22). Por lo que la OMS determina que para darle atención a esta enfermedad, en grandes poblaciones se utiliza el índice periodontal comunitario.

Este índice es muy útil al momento de abordar el tratamiento del paciente ya que nos permite establecerlo mediante códigos previamente establecidos.

El Índice Periodontal Comunitario (IPC), índice que se utiliza en todos los países y que fue elaborado por la Federación Dental Internacional y aprobado por la Organización Mundial de la Salud (1979) (14). Este IPC permite evaluar mediante un método simple, rápido y objetivo, las necesidades de tratamiento periodontal en diferentes poblaciones.

El IPC registra ciertos parámetros: sangrado al sondaje, profundidad de bolsa, presencia de cálculo dental, y factores retentivos de placa; con el objetivo de determinar el nivel de terapéutica que necesita los individuos de la población estudiada. No fue diseñado para determinar la prevalencia ni severidad de periodontitis, puesto que no evalúa el nivel de inserción, las recesiones gingivales, la movilidad, ni diferencia entre cálculos supra y sub gingivales.

Según estudios realizados en Argentina han demostrado la elevada prevalencia de las enfermedades gingivo-periodontales. En cuanto a la prevalencia de gingivitis todos los estudios coinciden en que es cercano al 100% .En cambio se ha hallado que la prevalencia de periodontitis varía entre el 5% y el 40%, dependiendo de la edad, población o países estudiados e índices utilizados para evaluar (Brown 1990).

Dicho estudio concluyó que el, 96.8% de los pacientes mayores de 18 años necesitan alguna forma de atención periodontal, por otro lado solo el 12% de los individuos consultaron por sangrado de encías, mientras que presentaron sangrado cerca del 90% (23).

Para poder hablar de las maloclusiones se debe conocer lo que es la oclusión y su función, por lo cual podemos decir que: “La oclusión es un conjunto de estructuras y funciones psiconeuromusculares que se integran con el conjunto del sistema biomecánico, la actividad muscular y las relaciones contactantes dentarias que son los elementos más importante. Constituyendo un estado dinámico y diverso, son los factores que influyen en el establecimiento de una

oclusión normal ya que la misma depende de la normalidad de los tejidos blandos, de los maxilares, de los dientes y de las articulaciones temporomandibulares” (21).

Conociendo la definición de oclusión podemos concluir que “si existe cualquier alteración en una de estas estructuras provocará la instauración de anomalías de la oclusión o maloclusiones las cuales no son primarias sino siempre consecutivas o secundarias, pudiendo ser congénitas o adquiridas y de causas locales o generales” (21).

Las maloclusiones son frecuentes en la población, ya que “la prevalencia de la maloclusión y la distribución de los diferentes tipos, varía en función de las razas y etnias. Los restos esqueléticos encontrados indican que la prevalencia actual de la maloclusión es mayor que la de hace 1.000 años. Los fósiles demuestran las tendencias evolutivas que han influido en la dentición actual a lo largo de muchos milenios, incluyendo una disminución en el tamaño de los maxilares que si no va acompañada de una disminución en el tamaño y el número de los dientes, puede producir problemas de apiñamiento dental y mala alineación de los dientes sobre sus huesos maxilares” (21). Las maloclusiones constituyen la tercera de las enfermedades bucales como problema de salud y se les considera factores de riesgo de gingivitis, periodontitis, caries dental, disfunción de la articulación temporomandibular (ATM), así como alteraciones estéticas y funcionales. (24)

Resulta necesario vigilar constantemente el tesoro de una buena salud bucodental mediante hábitos preventivos personales y atención profesional periódica. Ya que las maloclusiones no respetan raza ni estrato social.

Existen evidencias de estudios realizados en el Centro Odontopediátrico de Carapa, Venezuela, que aseveran que la maloclusión es mayor en los grupos urbanos que en los rurales, Corrucini observó una mayor prevalencia de

apiñamiento, mordidas cruzadas posteriores y discrepancias de segmentos bucales, en los jóvenes de las ciudades, en comparación con los de las zonas rurales de Punjab, en la India en estudios realizados por este autor. (21)

Para poder medir la prevalencia de maloclusiones se han realizado varios estudios, por lo cual se utilizan múltiples índices; a nivel mundial se utilizan varios índices que permiten medir la necesidad de tratamiento ortodóncico, al tiempo que pueden utilizarse para establecer prioridades en el acceso a los recursos asistenciales; hasta la fecha ninguno de estos se ha puesto en práctica en nuestro medio. Entre los más recientes, diseñados a finales de los años 80 e introducidos en los 90, probablemente el de mayor difusión ha sido el dental Aesthetic index (DAI), creado con fines epidemiológicos y adoptado por la OMS para tal propósito (24).

El método DAI constituye un método rápido de aplicar, altamente reproducible que no necesita del uso de radiografías, lo cual genera ventajas tanto en la investigación como en la mejora de los estándares de práctica clínica. Además, la utilización de los mismos criterios podría favorecer la comunicación de los profesionales entre sí y con el paciente.

Se han realizado algunos estudios para determinar la prevalencia de maloclusiones en la población, como en México, la tasa de prevalencia por maloclusiones fue de 96,4:100/ adolescentes resultando la Clase I de Angle la más frecuente(72,8%), resultando cinco y siete veces mayor que las Clases II y III, con una estimación al nivel poblacional entre 69% y 76%. La maloclusión Clase I, tipo 1, fue la más frecuente, considerando la clasificación de Dewey-Anderson (58.3%). La prevalencia por edad resultó no ser estadísticamente significativa, lo que no sucedió al llevar a cabo este mismo análisis por género. La alta prevalencia de maloclusiones Clase I de Angle y el tipo 1 de acuerdo a Dewey-Anderson probablemente se desarrollaron por el inadecuado crecimiento de los maxilares y por la deficiente función masticatoria. No se

encontraron diferencias significativas por edad, lo que no sucedió por género, mostrándose un riesgo mayor para el femenino. Debido a que la mayoría de los casos de maloclusión observados fueron Clase I, caracterizados en su mayoría por desplazamientos dentarios, su pronóstico es favorable, ya que pueden ser corregidas a partir de terapéuticas ortodónticas de baja complejidad y de menor costo (25).

La necesidad de prevención de las enfermedades bucales es universal, investigaciones realizadas revelan altas tasas de prevalencia de maloclusión, por lo que se realizó otro estudio transversal sobre la frecuencia de maloclusión en niños de 3–5 años que pertenecen al área de la Policlínica Pedro Díaz Coello de la ciudad de Holguín, en el período comprendido de enero a junio del 2004. el universo de estudio incluyó a 460 niños. Seleccionamos una muestra aleatoria de 138 infantes con el propósito de determinar la frecuencia de maloclusión, la relación molar temporal más frecuente e identificar las manifestaciones clínicas de maloclusión. Del total de la muestra estudiada fueron portadores de la maloclusión el 48.55% de los niños, el grupo de 3 años fue el más afectado y las manifestaciones clínicas de mayor incidencia fueron la labioversión y la mordida abierta anterior (26).

En otra investigación realizada en Venezuela un total de 51 niños de edades comprendidas entre 5 a 10 años, el 60,78% , corresponde al género femenino y el 39,21% ,al masculino, existiendo un número mayor de niñas que presentaron hábitos bucales, con un 35,29% y los varones un 29,41%.De un total de 51 pacientes atendidos se encontró que 64,7% de niños en la población estudiada presentaban hábitos parafuncionales bucales acercándose significativamente a lo reportado por Quirós O, donde más del 60% presentó algún tipo de hábito. Esta investigación determinó que los pacientes del género femenino presentaron mayor prevalencia de hábitos que el masculino, se identificó el tipo de dentición (temporal, mixta temprana, mixta tardía y permanente) predominando la mixta temprana con un total de 82,35%, de la cual el género

femenino resultó con mayor porcentaje, no encontrándose reportes anteriores que permitan comparar los resultados obtenidos. De todos los tipos de hábitos que se incluyeron en el instrumento de medición se reportan en primer lugar la deglución atípica y respiración bucal, seguida de succión digital en mayor prevalencia en estos pacientes, lo cual se acerca significativamente con los resultados obtenidos en las investigaciones de Quiros O. donde los respiradores bucales y la deglución atípica ocupan el primer lugar, seguidos por la succión digital, onicofagia, bruxismo y queilofagia. La maloclusión del sector anterior con mayor prevalencia es el apiñamiento dentario, mordida profunda seguida de protrusión dentaria, coincidiendo esto con Quirós O. solo en el apiñamiento dentario y la mordida profunda, siendo estas características bucales condiciones que se presentan mayormente en la etapa de dentición mixta no así la protrusión dentaria anterior esto no quiere decir que estas alteraciones no estén relacionadas a los hábitos manifestados en los pacientes. No se encontraron reportes específicos de las alteraciones en el sector anterior asociados a los hábitos bucales (27).

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de investigación.

La investigación es descriptiva, porque se describe y caracteriza como está la condición de salud bucal de la población de los municipios de: San Rafael Obrajuelo y San Pedro Masahuat ambos del departamento de La Paz, Sensuntepeque del departamento de Cabañas, y de San Ramón del departamento de Cuscatlán; describiendo la población a través de características socioeconómicas, a través de los índices epidemiológicos dentoperiodontales.

Tiempo y lugar.

Esta investigación se llevó a cabo en el año 2009, el paso de instrumentos se realizó en los meses de septiembre a diciembre del 2009 en unidad de San Rafael Obrajuelo, La Paz; San Pedro Masahuat, La Paz; Periférica de Sensuntepeque, Cabañas y San Ramón, Cuscatlán.

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 61 a más años
	a2) Género	M F : Grávida.(embarazada) No grávida

	a3) Ingreso económico mensual	<p>Sin Ingresos</p> <p>Menor o igual (\leq) a \$100.</p> <p>De \$ 101 a \leq \$ 150</p> <p>De \$ 151 a \leq \$ 200</p> <p>De \$ 201 a \leq \$ 25</p> <p>De \$ 251 a \leq \$ 300</p> <p>más de \$ 300</p>
	a4) Escolaridad (Alfabetizados, no Alfabetizados)	<p>Sin escolaridad.</p> <p>Parvularia, 1er ciclo, 2do ciclo</p> <p>3er ciclo, Bachillerato, Universitario, Superior no Universitario</p>
	a5) Lugar de Residencia y Origen	<p>Nombre del Municipio (Los primeros 7 años de vida).</p> <p>Nombre del Municipio de Residencia.</p>
b) Motivo de consulta		<p>Problemas mucofibrosos</p> <p>Problemas dentales</p> <p>Problemas periodontales</p>
c) Lesiones cara, cuello y osteomucofibrosas		<p>Lesión Eritroplásica</p> <p>Lesión Leucoplásica</p> <p>Tumoración, Exostosis</p> <p>Ulceraciones</p> <p>Complicaciones pos cirugía.</p>
d) Índices de afecciones dentoperiodontales	d1) Índice de Placa bacteriana Løe y Silness.	<p>0 = Ausencia de Placa</p> <p>1 = Placa no visible, pero que se extrae del tercio gingival del diente con ayuda de una sonda.</p> <p>2 = Acumulación moderada de placa en el área gingival apreciable a simple vista.</p> <p>3= Placa abundante en esta misma zona e</p>

		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 Löe 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.

Población y muestra

En este estudio se tomaron como unidades de análisis sujetos de la población que asistió a las unidades de salud de San Rafael Obrajuelo, San Pedro Masahuat, Periférica de Sensuntepeque y San Ramón (ver anexo 1), abarcando la población urbana y rural de cada municipio, a su vez esta se dividió en estratos comprendidos de: 0 -4 años, 5-11 años, 12-19 años, 20-40 años, 41-60 años, y 61 ó mas. Dividida la cantidad total de dicha población por género masculino y femenino (ver anexo 6).

UNIDAD DE SALUD SAN RAMON CUSCATLAN

Se obtuvo la siguiente población: N=624

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

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

Se utilizó un nivel de confianza del 10 %

$$Z = 1.96$$

$$E = 0.10$$

$$P = 0.5$$

$$Q = 0.5$$

$$n = \frac{(3.8416)(0.5)(0.5)(625)}{(623)(0.01)^2 + (1.96)^2(0.5)(0.5)} = \frac{599.28}{7.1904} \quad n = 83$$

De igual manera, se realizó para las siguientes unidades:

UNIDAD DE SALUD SAN RAFAEL OBRAJUELO ,LA PAZ.

Se obtuvo la siguiente población N= 624 y n= 82

UNIDAD DE SALUD PERIFERICA DE SENSUNTEPEQUE

Se obtuvo la siguiente población N= 738 y n= 87

UNIDAD DE SALUD PERIFERICA DE SAN PEDRO MASAHUAT

Se obtuvo la siguiente población N= 660 y n= 83

La distribución por edad y sexo de las submuestras, está en el anexo N° 1 del Protocolo de investigación.

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS.

En la realización de este proyecto participaron cuatro investigadores cada uno de ellos distribuidos en las Unidades de Salud antes mencionadas. Para medir los indicadores se realizó una entrevista y un examen diagnóstico. Para esto se necesitó el documento impreso y fotocopiado, sonda periodontal tipo Catonic, espejo intrabucal, pinza, explorador, algodón y colores.

En lo que respecta a los recursos financieros, se gastó un total de \$173.00 lo cual fue financiado por los investigadores. (Ver anexo n° 7)

PASO DE INSTRUMENTOS.

El paso de instrumentos se llevó a cabo en el período comprendido de septiembre a diciembre en las unidades de salud de San Rafael Obrajuelo, San Ramón, Periférica de Sensuntepeque y San Pedro Masahuat de la Región Paracentral del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).

Cada uno de los integrantes realizó el llenado de la cédula de entrevista correspondiente al número de personas obtenidas por medio de la fórmula para obtención de la submuestra por rango de edad y género; dichas personas fueron seleccionadas al azar de la consulta odontológica diaria.

Primero se le explicó a cada persona el objetivo del estudio, y se leyeron las indicaciones, previo a la aceptación del paso de instrumentos, confirmando su aceptación al firmar el documento “documento informado” (ver anexo N°1); en seguida se realizó entrevista.

Cuando la persona entrevistada fue menor de edad fueron los padres o las personas encargadas quienes proporcionaron la información necesaria.

Posteriormente se realizó el examen clínico, según guía de observación. Todo el proceso duró aproximadamente de 30 a 45 minutos (Ver anexo N° 5).

Al finalizar se dieron las gracias por la cooperación y se informó al paciente sobre su estado actual de salud, y su respectivo plan de tratamiento.

ALCANCES.

1. Se evaluó la prevalencia de las enfermedades más frecuentes en cavidad bucal, únicamente de la población que asiste a las cuatro Unidades de Salud

LIMITACIONES.

1. Por las metas que se debía cumplir cada día, el tiempo era muy limitado para poder pasar los instrumentos.
2. La mayoría de pacientes no portaban el documento de identidad.
3. Algunos pacientes a pesar de que se les explicaba dudaban del estudio y no querían firmar.

DEFINICION DE TERMINOS BÁSICOS.

Tumoración: toda lesión elevada de consistencia firme, sin importar si es supurante o no.

Exostosis: Lesión elevada que se limita a las estructuras óseas, y que a la palpación se encontraban duras.

Eritroplasia: Toda lesión o zona roja que se encuentra en mucosa y no esta relacionada con lesiones precancerosas.

Leucoplasia: Lesión predominante blanca en la mucosa bucal que puede ser producida por varios factores.

Ulceración y/o descamación: Toda lesión ulcerosa, superficial con presencia de descamación de tejido, generalmente dolorosa.

RESULTADOS DEL DIAGNOSTICO

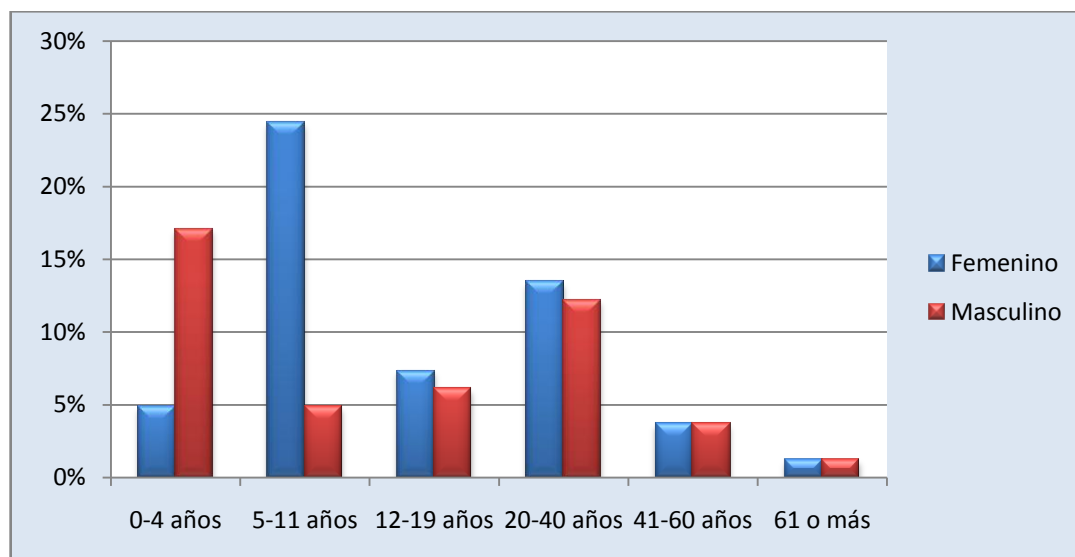
En este apartado se presentan los resultados obtenidos en la investigación, en forma de tablas porcentuales y gráficos, los cuales presentan su respectiva interpretación, mostrando así los valores más significativos encontrados en relación a cada una de las variables e indicadores en estudio, presentando el siguiente orden: a) Rango de edad y sexo, b) Mujeres embarazadas en edad fértil; cabe aclarar que la Unidad de Salud de San Rafael Obrajuelo no cuenta con tabla ni gráfico de este indicador ya que durante el paso de instrumentos no se presentó ninguna mujer en este estado, debido a la poca afluencia de estas al centro asistencial y la renuencia de algunas mujeres a pasar por el área de odontología argumentando que no les gusta esperar o que regresarían otro día; aunado a la poca colaboración por parte del personal médico y de enfermería para sensibilizarlas y que sea una obligación contar con el control odontológico como parte integral de su control prenatal; c) ingreso económico familiar, d) ingreso económico mensual por grupo familiar, e) escolaridad, f) nivel educativo, g) municipio de residencia, h) departamento y municipio donde vivió los primeros 7 años, i) motivo de consulta real, j) lesiones de cara, cuello y osteomucofibrosas, k) índice de placa, l) índice de caries CPO/D y ceo/d, m) índice gingival, n) índice periodontal comunitario, o) índice DAI, p) índice maloclusión en niños, q) problema estomatológico principal.

Tablas y gráficos estadísticos

TABLA N° 1
RANGO DE EDAD Y SEXO DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN RAFAEL
OBRAJUELO

Rango de edad y sexo						
Rango edad	Femenino		Masculino		Total general	
0-4 años	4	5%	14	17%	18	22%
5-11 años	20	24%	4	5%	24	29%
12-19 años	6	7%	5	6%	11	13%
20-40 años	11	13%	10	12%	21	26%
41-60 años	3	4%	3	4%	6	7%
61 o más	1	1%	1	1%	2	2%
Total general	45	55%	37	45%	82	100%

GRAFICO N° 1
RANGO DE EDAD Y SEXO DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN RAFAEL
OBRAJUELO



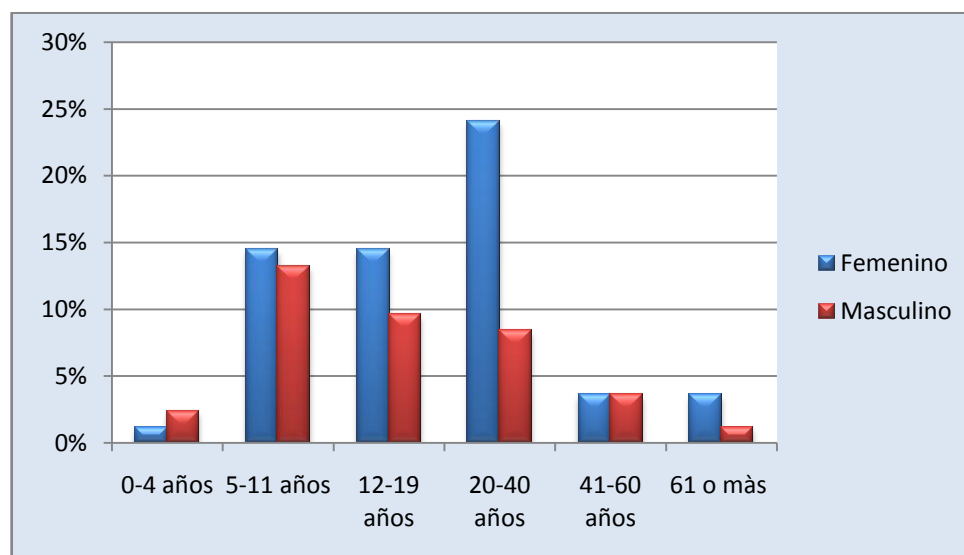
La tabla y gráfico n° 1 muestra a la distribución de la población de San Rafael Obrajuelo, clasificada por rangos de edad y sexo; puede apreciarse que el 55% es del sexo femenino y el rango de edad que prevalece es de 5 a 11 años con un 29%.

TABLA N° 2

RANGO DE EDAD Y SEXO DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN PEDRO
MASAHUAT

Rango de edad y sexo						
Rango edad	Femenino		Masculino		Total general	
0-4 años	1	1%	2	2%	3	4%
5-11 años	12	14%	11	13%	23	28%
12-19 años	12	14%	8	10%	20	24%
20-40 años	20	24%	7	8%	27	33%
41-60 años	3	4%	3	4%	6	7%
61 o más	3	4%	1	1%	4	5%
Total general	51	61%	32	39%	83	100%

GRAFICO N° 2

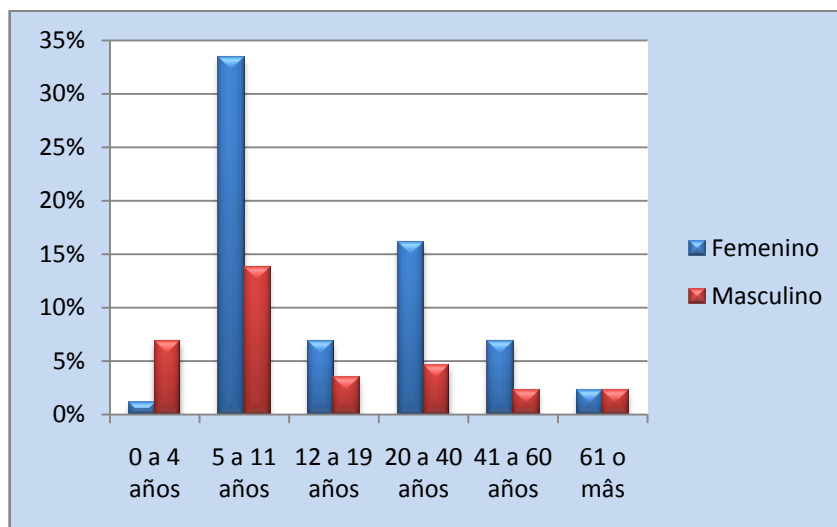
RANGO DE EDAD Y SEXO DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN PEDRO
MASAHUAT

La tabla y gráfico n° 2 muestra a la distribución de la población de San Pedro Masahuat, clasificada por rangos de edad y sexo; puede apreciarse que el 61% es del sexo femenino y el rango de edades que prevalece en un 33% es de 20 a 40 años.

TABLA N° 3
RANGO DE EDAD Y SEXO DE UNIDAD DE SALUD PERIFERICA DE
SENSUNTEPEQUE

Edad y sexo						
Rango edad	Femenino		Masculino		Total general	
0 a 4 años	1	1%	6	7%	7	8%
5 a 11 años	29	33%	12	14%	41	47%
12 a 19 años	6	7%	3	3%	9	10%
20 a 40 años	14	16%	4	5%	18	21%
41 a 60 años	6	7%	2	2%	8	9%
61 o más	2	2%	2	2%	4	5%
Total general	58	67%	29	33%	87	100%

GRAFICO N° 3
RANGO DE EDAD Y SEXO DE UNIDAD DE SALUD PERIFERICA DE
SENSUNTEPEQUE



La tabla y gráfico n° 3 muestra a la distribución de la población de Sensuntepeque, clasificada por rangos de edad y sexo; puede apreciarse que el 67% es del sexo femenino y el rango de edad que prevalece en un 47% es el de 5 a 11 años.

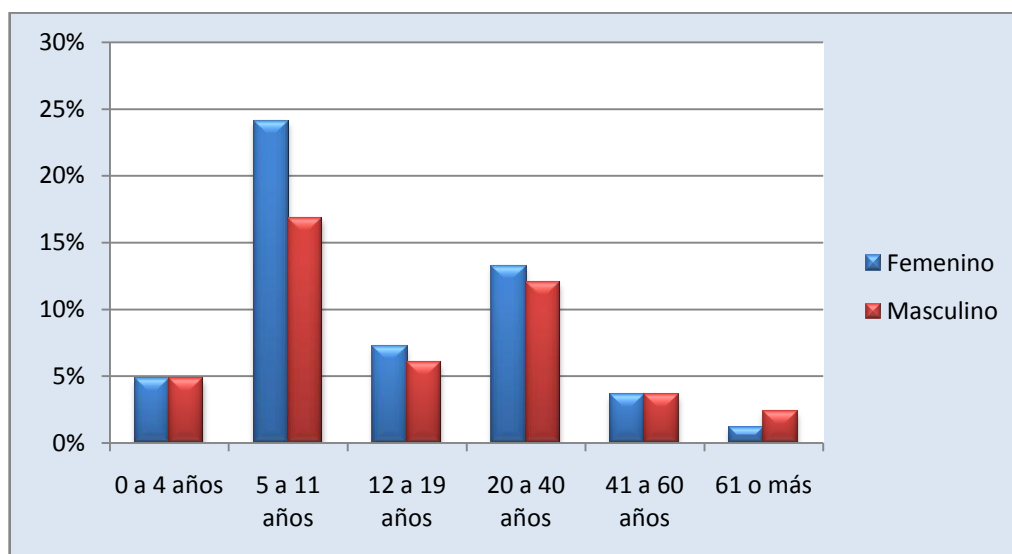
TABLA N° 4

RANGO DE EDAD Y SEXO DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN RAMON

Rango de edad y sexo						
Rango edad	Femenino		Masculino		Total general	
0 a 4 años	4	5%	4	5%	8	10%
5 a 11 años	20	24%	14	17%	34	41%
12 a 19 años	6	7%	5	6%	11	13%
20 a 40 años	11	13%	10	12%	21	25%
41 a 60 años	3	4%	3	4%	6	7%
61 o más	1	1%	2	2%	3	4%
Total general	45	54%	38	46%	83	100%

GRAFICO N° 4

RANGO DE EDAD Y SEXO DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN RAMON

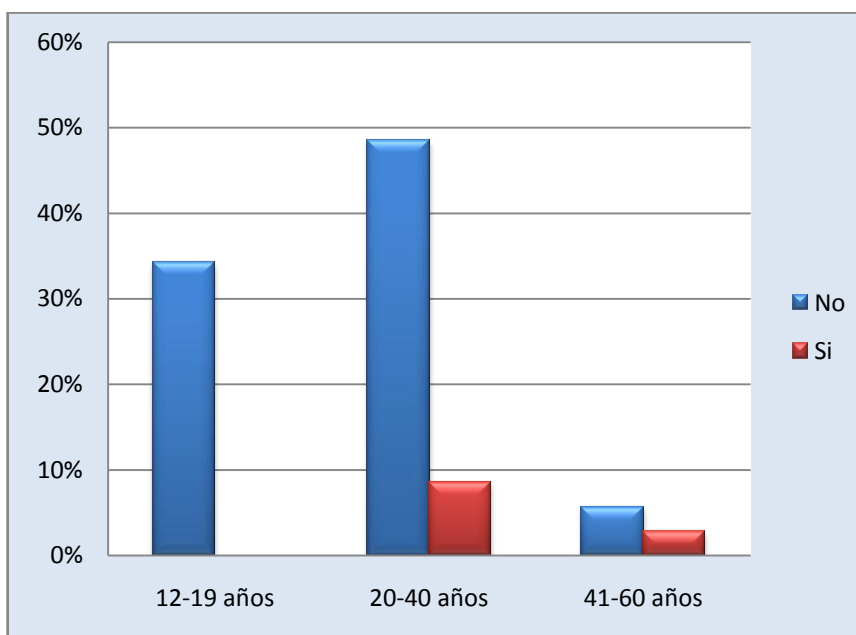


La tabla y gráfico n° 4 muestra a la distribución de la población de San Ramón, clasificada por rangos de edad y sexo; puede apreciarse que el 54% es del sexo femenino y el rango de edad que prevalece en un 41% es de 5 a 11 años.

TABLA N° 5
MUJERES EMBARAZADAS DE LA UNIDAD DE SALUD DE
SAN PEDRO MASAHUAT

Embarazada						
Rango edad	No		Si		Total general	
12-19 años	12	34%		0%	12	34%
20-40 años	17	49%	3	9%	20	57%
41-60 años	2	6%	1	3%	3	9%
Total general	47	89%	4	11%	51	100%

GRAFICO N° 5
MUJERES EMBARAZADAS DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN PEDRO
MASAHUAT



La tabla y gráfico n° 5 muestra el total de mujeres embarazadas de la población en edad fértil de la Unidad de San Pedro Masahuat, clasificada por rango de edad; de los cuales se observa que solo un 11% si se encuentra en estado de gestación, en los rangos de edades de 20 a 40 y de 41 a 60 años.

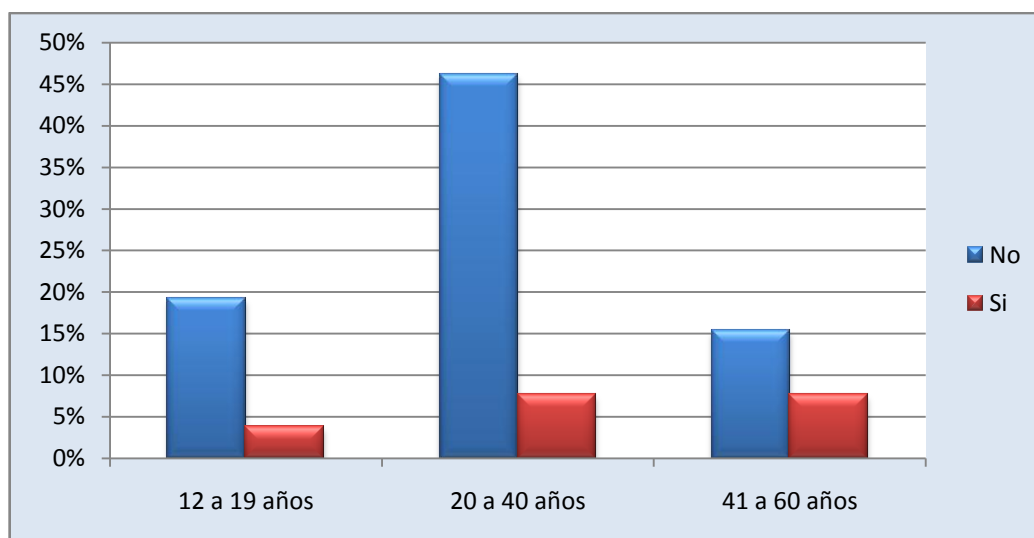
TABLA N° 6

MUJERES EMBARAZADAS DE LA UNIDAD DE SALUD PERIFERICA DE
SENSUNTEPEQUE

Embarazada						
Rango edad	No		Si		Total general	
12 a 19 años	5	19%	1	4%	6	23%
20 a 40 años	12	46%	2	8%	14	54%
41 a 60 años	4	15%	2	8%	6	23%
Total general	52	81%	6	19%	58	100%

GRAFICO N° 6

MUJERES EMBARAZADAS DE LA UNIDAD DE SALUD PERIFERICA DE
SENSUNTEPEQUE



La tabla y gráfico n° 6 muestra el total de mujeres embarazadas de la población en edad fértil de la Unidad de Salud de Sensuntepeque, clasificada por rango de edad; de los cuales se observa que un 19% si se encuentra en estado de gestación, en los rangos de edades de 12 a 19 y de 20 a 60 años.

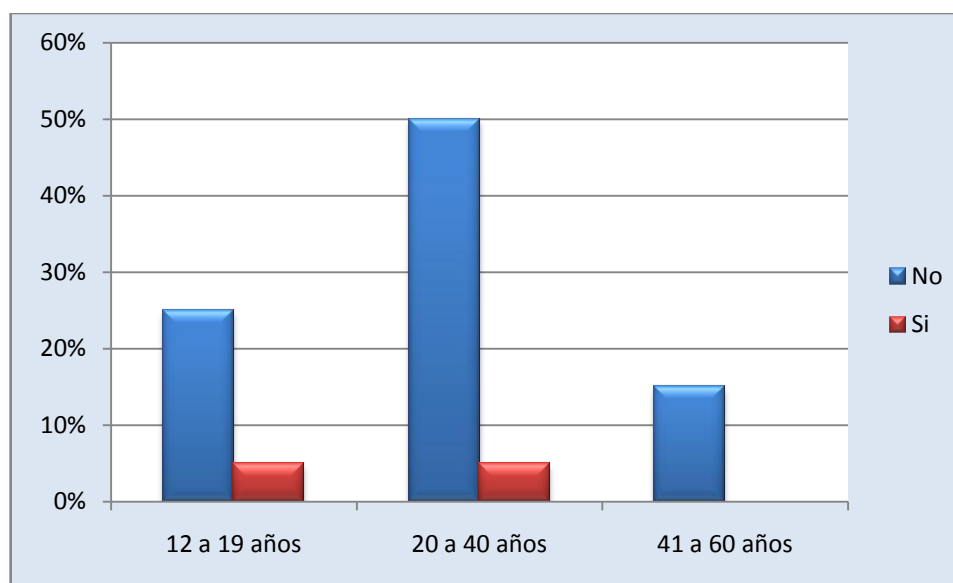
TABLA N° 7

MUJERES EMBARAZADAS DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN RAMON

Embarazada						
Rango edad	No		Si		Total general	
12 a 19 años	5	25%	1	5%	6	30%
20 a 40 años	10	50%	1	5%	11	55%
41 a 60 años	3	15%		0%	3	15%
Total general	44	90%	2	10%	46	100%

GRAFICO N° 7

MUJERES EMBARAZADAS DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN RAMON



La tabla y gráfico n° 7 muestra el total de mujeres embarazadas de la población en edad fértil de la Unidad de Salud de San Ramón, clasificada por rango de edad; de los cuales se observa que un 10% si se encuentra en estado de gestación, en los rangos de edades de 12 a 19 y de 20 a 40 años.

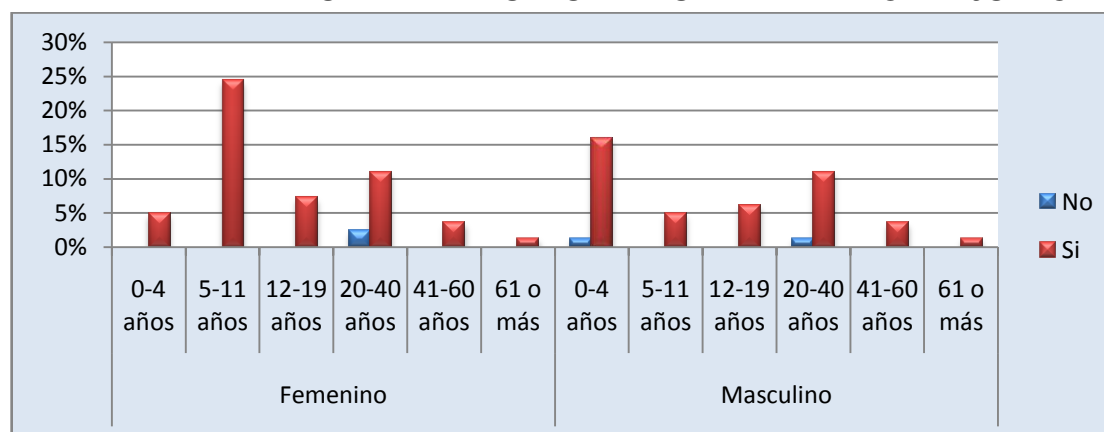
TABLA N° 8

PACIENTES QUE POSEEN INGRESO ECONOMICO MENSUAL POR GRUPO FAMILIAR DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN RAFAEL OBRAJUELO

Tiene ingresos económicos							
Sexo	Rango edad	No		Si		Total general	
Femenino	0-4 años		0%	4	5%	4	5%
	5-11 años		0%	20	24%	20	24%
	12-19 años		0%	6	7%	6	7%
	20-40 años	2	2%	9	11%	11	13%
	41-60 años		0%	3	4%	3	4%
	61 o más años		0%	1	1%	1	1%
Total Femenino		2	2%	43	52%	45	55%
Masculino	0-4 años	1	1%	13	16%	14	17%
	5-11 años		0%	4	5%	4	5%
	12-19 años		0%	5	6%	5	6%
	20-40 años	1	1%	9	11%	10	12%
	41-60 años		0%	3	4%	3	4%
	61 o más años		0%	1	1%	1	1%
Total Masculino		2	2%	35	43%	37	45%
Total general		4	5%	78	95%	82	100%

GRAFICO N° 8

PACIENTES QUE POSEEN INGRESO ECONOMICO MENSUAL POR GRUPO FAMILIAR DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN RAFAEL OBRAJUELO



La tabla y gráfico n° 8 muestra la población de La Unidad de Salud de San Rafael Obrajuelo que el 95% posee ingresos económicos en su grupo familiar y el rango de edad que prevalece es de 5 a 11 años y un 5% que no posee ingresos.

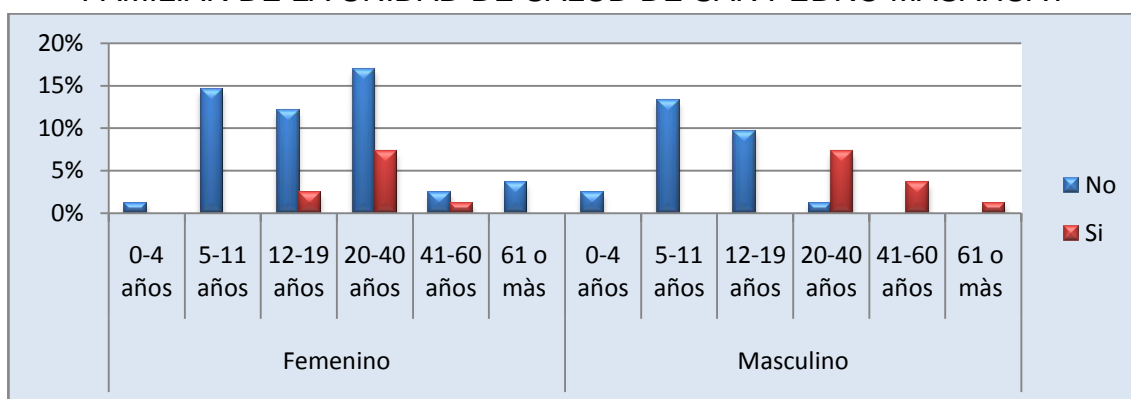
TABLA N° 9

PACIENTES QUE POSEEN INGRESO ECONOMICO MENSUAL POR GRUPO FAMILIAR DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN PEDRO MASAHUAT

Tiene ingresos económicos							
Sexo	Rango edad	No		Si		Total general	
Femenino	0-4 años	1	1%		0%	1	1%
	5-11 años	12	14%		0%	12	14%
	12-19 años	10	12%	2	2%	12	14%
	20-40 años	14	17%	6	7%	20	24%
	41-60 años	2	2%	1	1%	3	4%
	61 o más	3	4%		0%	3	4%
Total Femenino		42	51%	9	11%	51	61%
Masculino	0-4 años	2	2%		0%	2	2%
	5-11 años	11	13%		0%	11	13%
	12-19 años	8	10%		0%	8	10%
	20-40 años	1	1%	6	7%	7	8%
	41-60 años		0%	3	4%	3	4%
	61 o más		0%	1	1%	1	1%
Total Masculino		22	27%	10	12%	32	39%
Total general		64	77%	19	23%	83	100%

GRAFICO N° 9

PACIENTES QUE POSEEN INGRESO ECONOMICO MENSUAL POR GRUPO FAMILIAR DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN PEDRO MASAHUAT



La tabla y gráfico n° 9 muestra a la población de La Unidad de Salud de San Pedro Masahuat que el 23% posee ingresos económicos en su grupo familiar y el rango de edad que prevalece es 20 a 40 años y un 77% que no posee ingresos.

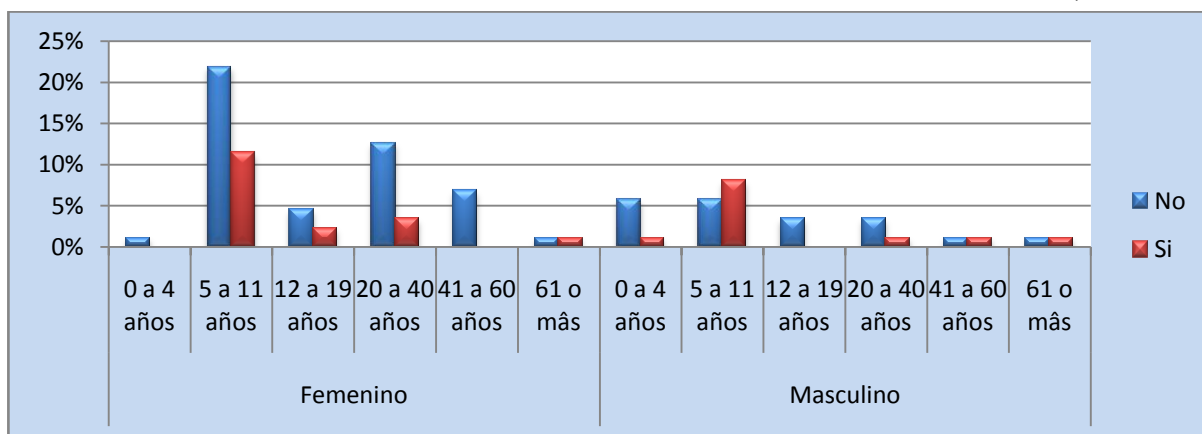
TABLA N° 10

PACIENTES QUE POSEEN INGRESO ECONOMICO MENSUAL POR GRUPO FAMILIAR DE LA UNIDAD DE SALUD PERIFERICA DE SENSUNTEPEQUE

Ingresos Económicos							
Sexo	Rango edad	No		Si		Total general	
Femenino	0 a 4 años	1	1%		0%	1	1%
	5 a 11 años	19	22%	10	11%	29	33%
	12 a 19 años	4	5%	2	2%	6	7%
	20 a 40 años	11	13%	3	3%	14	16%
	41 a 60 años	6	7%		0%	6	7%
	61 o más	1	1%	1	1%	2	2%
Total Femenino		42	48%	16	18%	58	67%
Masculino	0 a 4 años	5	6%	1	1%	6	7%
	5 a 11 años	5	6%	7	8%	12	14%
	12 a 19 años	3	3%		0%	3	3%
	20 a 40 años	3	3%	1	1%	4	5%
	41 a 60 años	1	1%	1	1%	2	2%
	61 o más	1	1%	1	1%	2	2%
Total Masculino		18	21%	11	13%	29	33%
Total general		60	69%	27	31%	87	100%

GRAFICO N° 10

PACIENTES QUE POSEEN INGRESO ECONOMICO MENSUAL POR GRUPO FAMILIAR DE LA UNIDAD DE SALUD PERIFERICA DE SENSUNTEPEQUE



La tabla y gráfico n° 10 muestra a la población de La Unidad de Salud de Sensuntepeque que el 31% posee ingresos económicos en su grupo familiar y el rango de edad que prevalece es 5 a 11 años y un 69% que no posee ingresos.

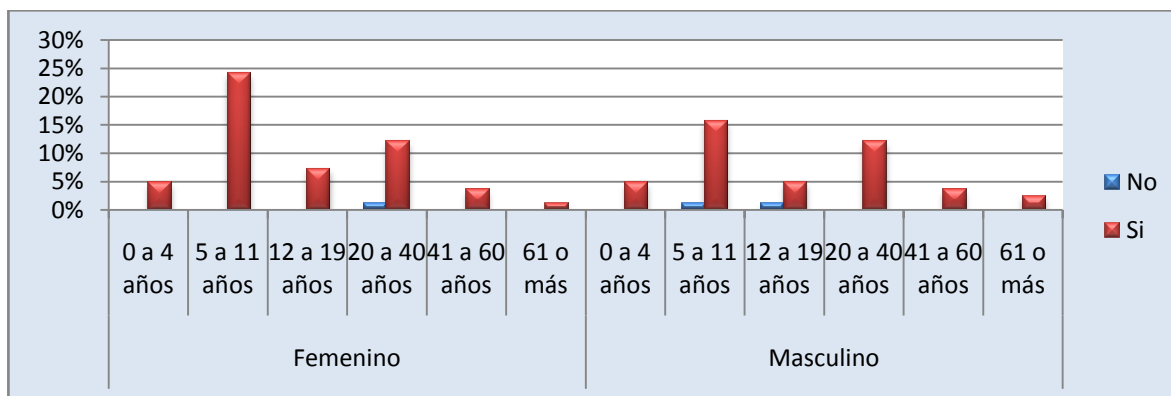
TABLA N° 11

PACIENTES QUE POSEEN INGRESO ECONOMICO MENSUAL POR GRUPO FAMILIAR DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN RAMON

Tiene ingresos económicos							
Sexo	Rango edad	No		Si		Total general	
Femenino	0 a 4 años		0%	4	5%	4	5%
	5 a 11 años		0%	20	24%	20	24%
	12 a 19 años		0%	6	7%	6	7%
	20 a 40 años	1	1%	10	12%	11	13%
	41 a 60 años		0%	3	4%	3	4%
	61 o más		0%	1	1%	1	1%
Total Femenino		1	1%	44	53%	45	54%
Masculino	0 a 4 años		0%	4	5%	4	5%
	5 a 11 años	1	1%	13	16%	14	17%
	12 a 19 años	1	1%	4	5%	5	6%
	20 a 40 años		0%	10	12%	10	12%
	41 a 60 años		0%	3	4%	3	4%
	61 o más		0%	2	2%	2	2%
Total Masculino		2	2%	36	43%	38	46%
Total general		3	4%	80	96%	83	100%

GRAFICO N° 11

PACIENTES QUE POSEEN INGRESO ECONOMICO MENSUAL POR GRUPO FAMILIAR DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN RAMON



La tabla y gráfico n° 11 muestra a la población de La Unidad de Salud de San Ramón que el 96% posee ingresos económicos en su grupo familiar y el rango de edad que prevalece es 5 a 11 años y un 4% que no posee ingresos.

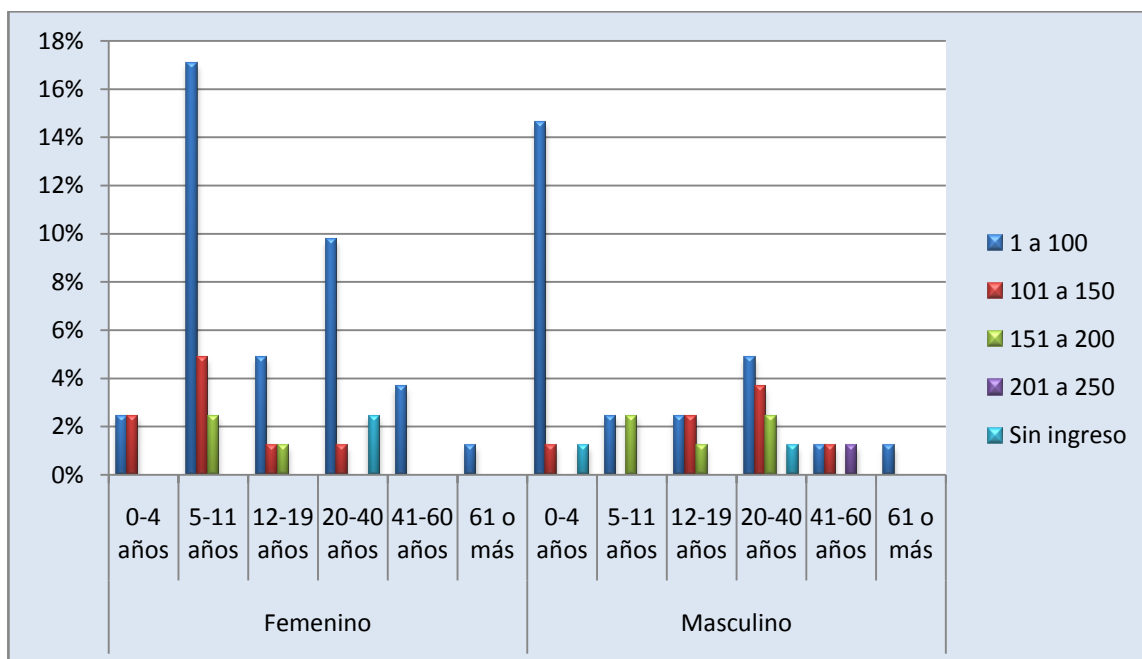
TABLA N° 12

INGRESO ECONOMICO MENSUAL POR GRUPO FAMILIAR DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN RAFAEL OBRAJUELO

Su Ingreso Equivale a													
Sexo	Rango edad	1 a 100		101 a 150		151 a 200		201 a 250		Sin ingreso		Total general	
Femenino	0-4 años	2	2%	2	2%		0%		0%		0%	4	5%
	5-11 años	14	17%	4	5%	2	2%		0%		0%	20	24%
	12-19 años	4	5%	1	1%	1	1%		0%		0%	6	7%
	20-40 años	8	10%	1	1%		0%		0%	2	2%	11	13%
	41-60 años	3	4%		0%		0%		0%		0%	3	4%
	61 o más	1	1%		0%		0%		0%		0%	1	1%
Total Femenino		32	39%	8	10%	3	4%		0%	2	2%	45	55%
Masculino	0-4 años	12	15%	1	1%		0%		0%	1	1%	14	17%
	5-11 años	2	2%		0%	2	2%		0%		0%	4	5%
	12-19 años	2	2%	2	2%	1	1%		0%		0%	5	6%
	20-40 años	4	5%	3	4%	2	2%		0%	1	1%	10	12%
	41-60 años	1	1%	1	1%		0%	1	1%		0%	3	4%
	61 o más	1	1%		0%		0%		0%		0%	1	1%
Total Masculino		22	27%	7	9%	5	6%	1	1%	2	2%	37	45%
Total general		54	66%	15	18%	8	10%	1	1%	4	5%	82	100%

GRAFICO Nº 12

INGRESO ECONOMICO MENSUAL POR GRUPO FAMILIAR DE LA
POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN RAFAEL
OBRAJUELO



La tabla y gráfico nº 12, muestran el equivalente de los ingresos económicos mensuales de la población de la Unidad de Salud de San Rafael Obrajuelo; el ingreso económico familiar que prevalece con un 66% esta en el rango de 1 a 100 dólares o sea muy por debajo del salario mínimo y solo un 1% esta en el rango de 201 a 250 dólares.

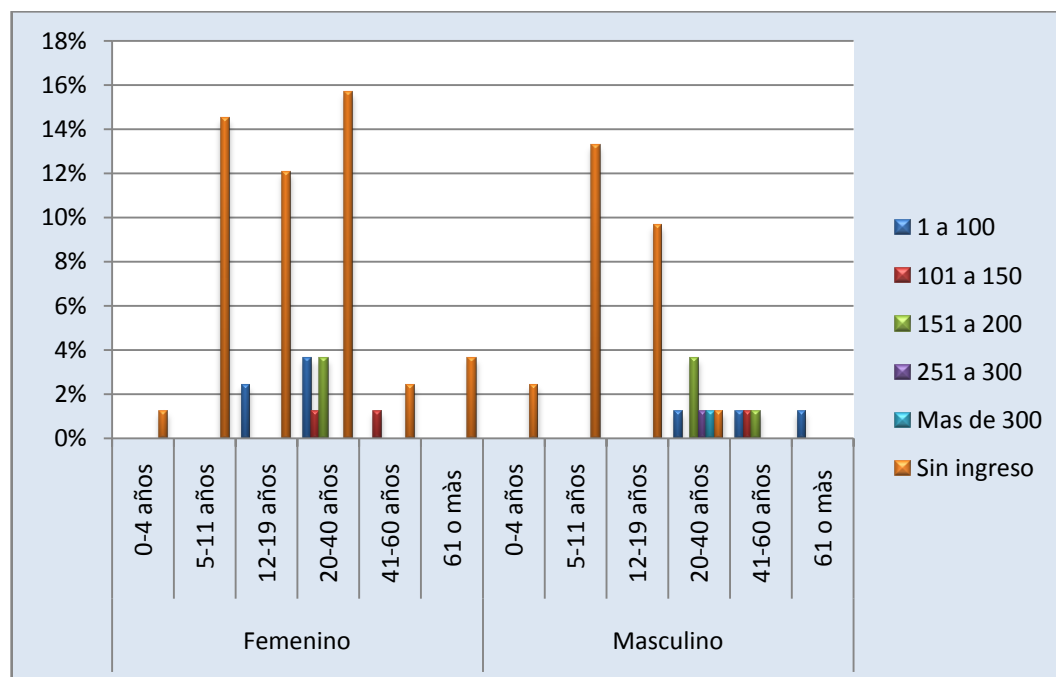
TABLA N° 13

INGRESO ECONOMICO MENSUAL POR GRUPO FAMILIAR DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN PEDRO MASAHUAT

Su Ingreso Equivale a															
Sexo	Rango edad	1 a 100		101 a 150		151 a 200		251 a 300		Mas de 300		Sin ingreso		Total general	
Femenino	0-4 años		0%		0%		0%		0%		0%	1	1%	1	1%
	5-11 años		0%		0%		0%		0%		0%	12	14%	12	14%
	12-19 años	2	2%		0%		0%		0%		0%	10	12%	12	14%
	20-40 años	3	4%	1	1%	3	4%		0%		0%	13	16%	20	24%
	41-60 años		0%	1	1%		0%		0%		0%	2	2%	3	4%
	61 o más		0%		0%		0%		0%		0%	3	4%	3	4%
Total Femenino		5	6%	2	2%	3	4%		0%		0%	41	49%	51	61%
Masculino	0-4 años		0%		0%		0%		0%		0%	2	2%	2	2%
	5-11 años		0%		0%		0%		0%		0%	11	13%	11	13%
	12-19 años		0%		0%		0%		0%		0%	8	10%	8	10%
	20-40 años	1	1%		0%	3	4%	1	1%	1	1%	1	1%	7	8%
	41-60 años	1	1%	1	1%	1	1%		0%		0%		0%	3	4%
	61 o más	1	1%		0%		0%		0%		0%		0%	1	1%
Total Masculino		3	4%	1	1%	4	5%	1	1%	1	1%	22	27%	32	39%
Total general		8	10%	3	4%	7	8%	1	1%	1	1%	63	76%	83	100%

GRAFICO N° 13

INGRESO ECONOMICO MENSUAL POR GRUPO FAMILIAR DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN PEDRO MASAHUAT



La tabla y gráfico n° 13, muestran el equivalente de los ingresos económicos mensuales de la población de la Unidad de Salud de San Pedro Masahuat; el ingreso económico familiar que prevalece con un 10% está en el rango de 1 a 100 dólares o sea muy por debajo del salario mínimo y solo el 2% percibe un salario mayor a 251 dólares, y un 76% de la población no posee ingresos económicos

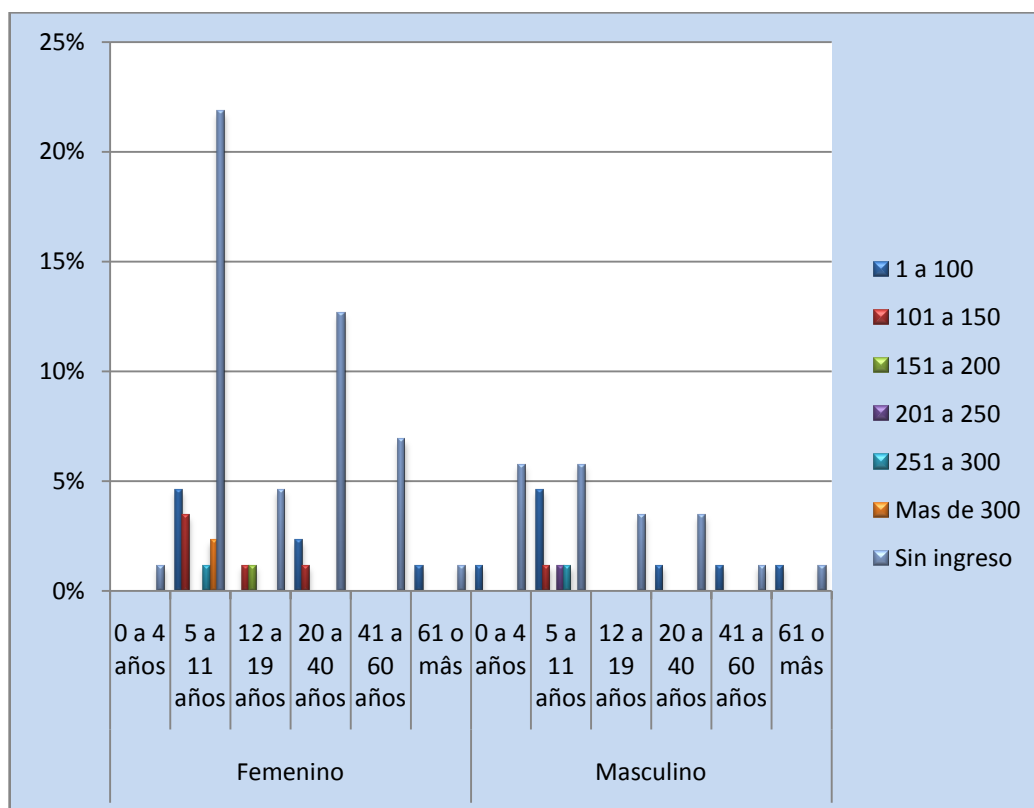
TABLA N° 14

INGRESO ECONOMICO MENSUAL POR GRUPO FAMILIAR DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD
DE SALUD PERIFERICA DE SENSUNTEPEQUE

Su Ingreso Equivale a																	
Sexo	Rango edad	1 a 100		101 a 150		151 a 200		201 a 250		251 a 300		Mas de 300		Sin ingreso		Total general	
Femenino	0 a 4 años		0%		0%		0%		0%		0%		0%	1	1%	1	1%
	5 a 11 años	4	5%	3	3%		0%		0%	1	1%	2	2%	19	22%	29	33%
	12 a 19 años		0%	1	1%	1	1%		0%		0%		0%	4	5%	6	7%
	20 a 40 años	2	2%	1	1%		0%		0%		0%		0%	11	13%	14	16%
	41 a 60 años		0%		0%		0%		0%		0%		0%	6	7%	6	7%
	61 o más	1	1%		0%		0%		0%		0%		0%	1	1%	2	2%
Total Femenino		7	8%	5	6%	1	1%		0%	1	1%	2	2%	42	48%	58	67%
Masculino	0 a 4 años	1	1%		0%		0%		0%		0%		0%	5	6%	6	7%
	5 a 11 años	4	5%	1	1%		0%	1	1%	1	1%		0%	5	6%	12	14%
	12 a 19 años		0%		0%		0%		0%		0%		0%	3	3%	3	3%
	20 a 40 años	1	1%		0%		0%		0%		0%		0%	3	3%	4	5%
	41 a 60 años	1	1%		0%		0%		0%		0%		0%	1	1%	2	2%
	61 o más	1	1%		0%		0%		0%		0%		0%	1	1%	2	2%
Total Masculino		8	9%	1	1%		0%	1	1%	1	1%		0%	18	21%	29	33%
Total general		15	17%	6	7%	1	1%	1	1%	2	2%	2	2%	60	69%	87	100%

GRAFICO N° 14

INGRESO ECONOMICO MENSUAL POR GRUPO FAMILIAR DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE SALUD PERIFERICA DE SENSUNTEPEQUE



La tabla y gráfico n° 14, muestran el equivalente de los ingresos económicos mensuales de la población de la Unidad de Salud Periférica de Sensuntepeque; el ingreso económico familiar que prevalece con un 17% está en el rango de 1 a 100 dólares o sea muy por debajo del salario mínimo y solo el 4% percibe un salario mayor a 251 dólares, y un 69% de la población no posee ingresos económicos

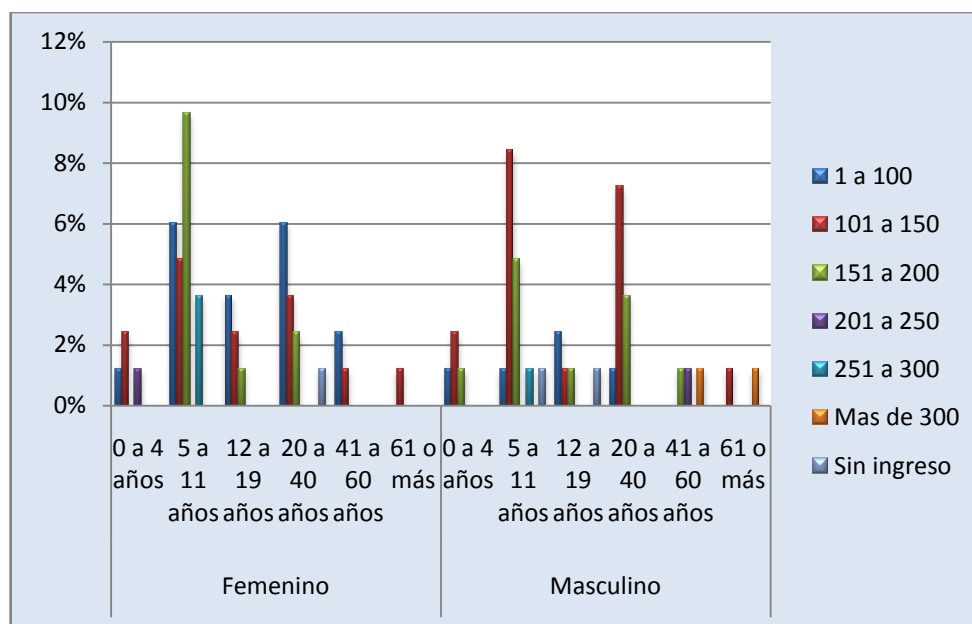
TABLA N° 15

INGRESO ECONOMICO MENSUAL POR GRUPO FAMILIAR DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN RAMON

u Ingreso Equivale a																	
Sexo	Rango edad	1 a 100		101 a 150		151 a 200		201 a 250		251 a 300		Mas de 300		Sin ingreso		Total general	
Femenino	0 a 4 años	1	1%	2	2%		0%	1	1%		0%		0%		0%	4	5%
	5 a 11 años	5	6%	4	5%	8	10%		0%	3	4%		0%		0%	20	24%
	12 a 19 años	3	4%	2	2%	1	1%		0%		0%		0%		0%	6	7%
	20 a 40 años	5	6%	3	4%	2	2%		0%		0%		0%	1	1%	11	13%
	41 a 60 años	2	2%	1	1%		0%		0%		0%		0%		0%	3	4%
	61 o más		0%	1	1%		0%		0%		0%		0%		0%	1	1%
Total Femenino		16	19%	13	16%	11	13%	1	1%	3	4%		0%	1	1%	45	54%
Masculino	0 a 4 años	1	1%	2	2%	1	1%		0%		0%		0%		0%	4	5%
	5 a 11 años	1	1%	7	8%	4	5%		0%	1	1%		0%	1	1%	14	17%
	12 a 19 años	2	2%	1	1%	1	1%		0%		0%		0%	1	1%	5	6%
	20 a 40 años	1	1%	6	7%	3	4%		0%		0%		0%		0%	10	12%
	41 a 60 años		0%		0%	1	1%	1	1%		0%	1	1%		0%	3	4%
	61 o más		0%	1	1%		0%		0%		0%	1	1%		0%	2	2%
Total Masculino		5	6%	17	20%	10	12%	1	1%	1	1%	2	2%	2	2%	38	46%
Total general		21	25%	30	36%	21	25%	2	2%	4	5%	2	2%	3	4%	83	100%

GRAFICO Nº 15

INGRESO ECONOMICO MENSUAL POR GRUPO FAMILIAR DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN RAMON



La tabla y gráfico nº 15, muestran el equivalente de los ingresos económicos mensuales de la población de la Unidad de Salud de San Ramón; el ingreso económico familiar que prevalece con un 36% está en el rango de 101 a 150 dólares o sea muy por debajo del salario mínimo y solo el 9% percibe un salario mayor a 251 dólares, y un 4% de la población no posee ingresos económicos.

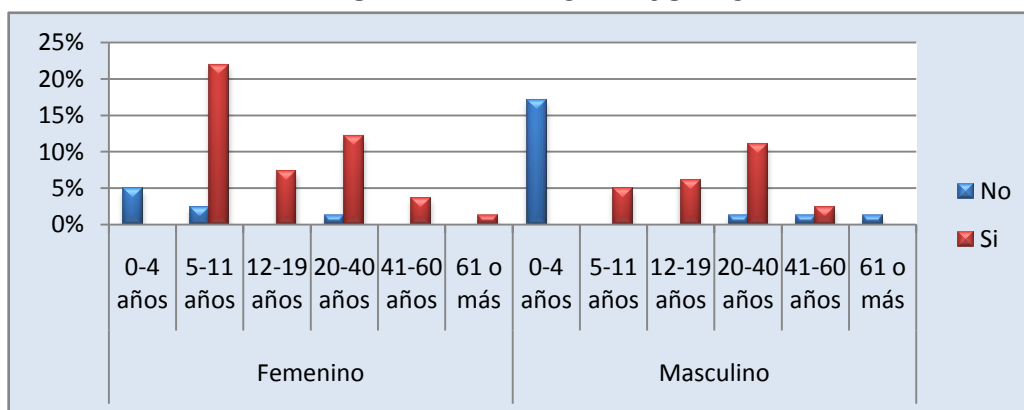
TABLA N° 16

ESCOLARIDAD DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN RAFAEL OBRAJUELO

Escolaridad							
Sexo	Rango edad	No		Si		Total general	
Femenino	0-4 años	4	5%		0%	4	5%
	5-11 años	2	2%	18	22%	20	24%
	12-19 años		0%	6	7%	6	7%
	20-40 años	1	1%	10	12%	11	13%
	41-60 años		0%	3	4%	3	4%
	61 o más		0%	1	1%	1	1%
Total femenino		7	9%	38	46%	45	55%
Masculino	0-4 años	14	17%		0%	14	17%
	5-11 años		0%	4	5%	4	5%
	12-19 años		0%	5	6%	5	6%
	20-40 años	1	1%	9	11%	10	12%
	41-60 años	1	1%	2	2%	3	4%
	61 o más	1	1%		0%	1	1%
Total Masculino		17	21%	20	24%	37	45%
Total general		24	29%	58	71%	82	100%

GRAFICO N° 16

ESCOLARIDAD DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN RAFAEL OBRAJUELO



La tabla y gráfico n° 16 muestra que de la población en estudio un 71%, si tiene algún grado de escolaridad o sabe leer y escribir; y un 29% es analfabeta, de estos un 9% son del sexo femenino y un 21% son del sexo masculino.

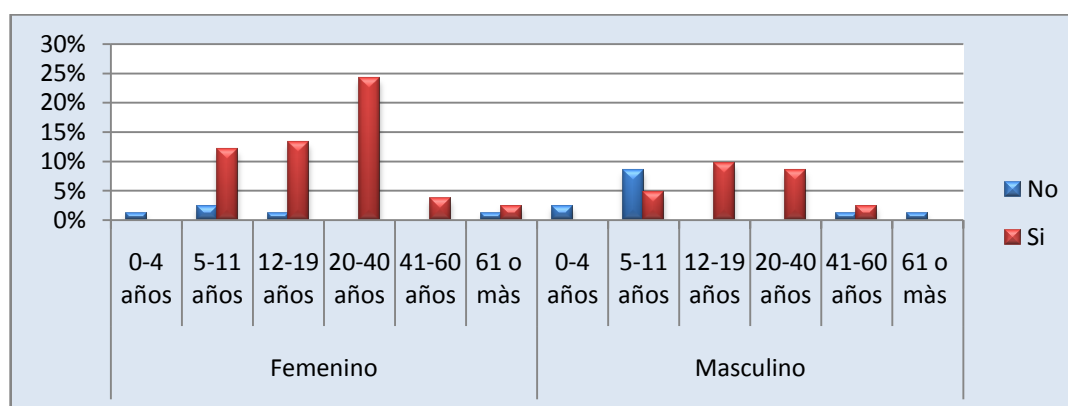
TABLA N° 17

ESCOLARIDAD DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE SALUD
DE SAN PEDRO MASAHUAT

Escolaridad							
Sexo	Rango edad	No		Si		Total general	
Femenino	0-4 años	1	1%		0%	1	1%
	5-11 años	2	2%	10	12%	12	14%
	12-19 años	1	1%	11	13%	12	14%
	20-40 años		0%	20	24%	20	24%
	41-60 años		0%	3	4%	3	4%
	61 o más	1	1%	2	2%	3	4%
Total Femenino		5	6%	46	55%	51	61%
Masculino	0-4 años	2	2%		0%	2	2%
	5-11 años	7	8%	4	5%	11	13%
	12-19 años		0%	8	10%	8	10%
	20-40 años		0%	7	8%	7	8%
	41-60 años	1	1%	2	2%	3	4%
	61 o más	1	1%		0%	1	1%
Total Masculino		11	13%	21	25%	32	39%
Total general		16	19%	67	81%	83	100%

GRAFICO N° 17

ESCOLARIDAD DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE SALUD
DE SAN PEDRO MASAHUAT



La tabla y gráfico n° 17 muestra que de la población en estudio un 81%, si tiene algún grado de escolaridad o sabe leer y escribir; y un 19% es analfabeto, de estos un 6% son del sexo femenino y un 13% son del sexo masculino

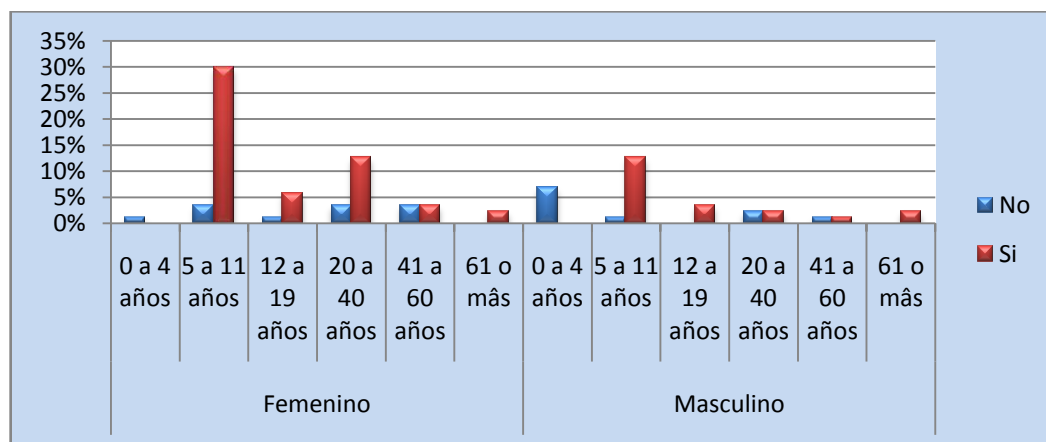
TABLA N° 18

ESCOLARIDAD DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE SALUD
PERIFERICA DE SENSUNTEPEQUE

		Escolaridad					
Sexo	Rango edad	No		Si		Total general	
Femenino	0 a 4 años	1	1%		0%	1	1%
	5 a 11 años	3	3%	26	30%	29	33%
	12 a 19 años	1	1%	5	6%	6	7%
	20 a 40 años	3	3%	11	13%	14	16%
	41 a 60 años	3	3%	3	3%	6	7%
	61 o más		0%	2	2%	2	2%
Total Femenino		11	13%	47	54%	58	67%
Masculino	0 a 4 años	6	7%		0%	6	7%
	5 a 11 años	1	1%	11	13%	12	14%
	12 a 19 años		0%	3	3%	3	3%
	20 a 40 años	2	2%	2	2%	4	5%
	41 a 60 años	1	1%	1	1%	2	2%
	61 o más		0%	2	2%	2	2%
Total Masculino		10	11%	19	22%	29	33%
Total general		21	24%	66	76%	87	100%

GRAFICO N° 18

ESCOLARIDAD DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE SALUD
PERIFERICA DE SENSUNTEPEQUE



La tabla y grafico n° 18 muestra que de la población en estudio un 76%, si tiene algún grado de escolaridad o sabe leer y escribir; y un 24% es analfabeta, de estos un 13% son del sexo femenino y un 11% son del sexo masculino.

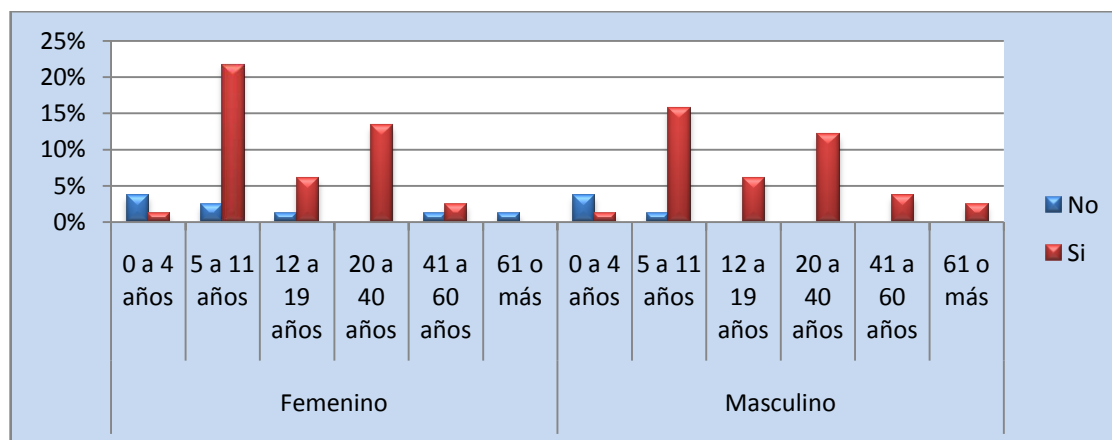
TABLA N° 19

ESCOLARIDAD DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE SALUD
DE SAN RAMON

Escolaridad							
Sexo	Rango edad	No		Si		Total general	
Femenino	0 a 4 años	3	4%	1	1%	4	5%
	5 a 11 años	2	2%	18	22%	20	24%
	12 a 19 años	1	1%	5	6%	6	7%
	20 a 40 años		0%	11	13%	11	13%
	41 a 60 años	1	1%	2	2%	3	4%
	61 o más	1	1%		0%	1	1%
Total Femenino		8	10%	37	45%	45	54%
Masculino	0 a 4 años	3	4%	1	1%	4	5%
	5 a 11 años	1	1%	13	16%	14	17%
	12 a 19 años		0%	5	6%	5	6%
	20 a 40 años		0%	10	12%	10	12%
	41 a 60 años		0%	3	4%	3	4%
	61 o más		0%	2	2%	2	2%
Total Masculino		4	5%	34	41%	38	46%
Total general		12	14%	71	86%	83	100%

GRAFICO N° 19

ESCOLARIDAD DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE SALUD
DE SAN RAMON



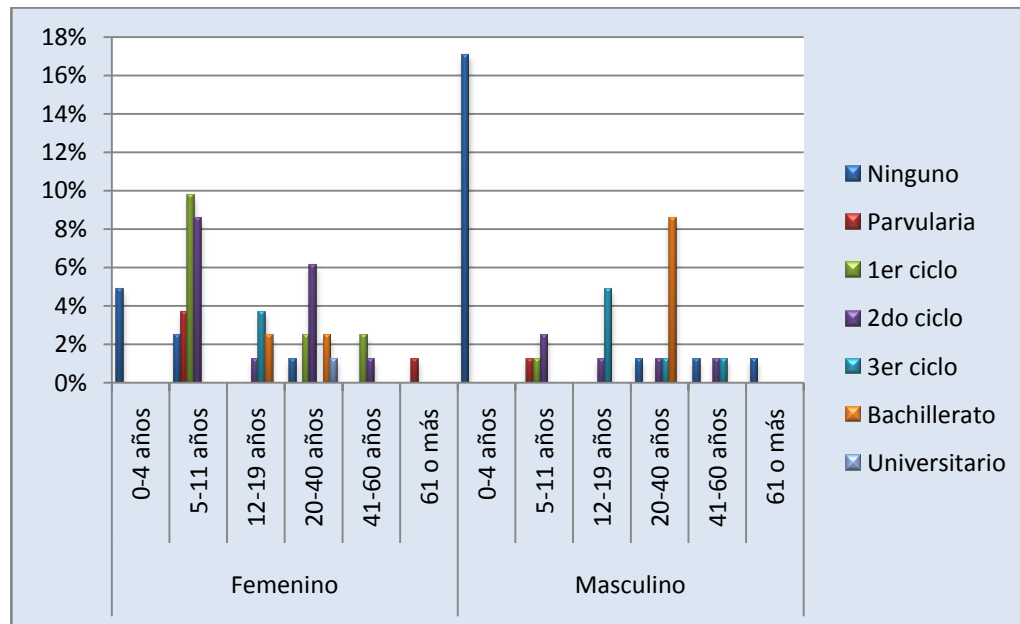
La tabla y grafico n° 19 muestra que la población en estudio un 86% si tiene algún grado de escolaridad o sabe leer y escribir; y un 14% es analfabeta, de estos un 10% son del sexo femenino y un 5% son del sexo masculino.

TABLA N° 20
NIVEL EDUCATIVO DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN RAFAEL
OBRAJUELO

		Nivel educativo															
Sexo	Rango edad	Parvularia		1er ciclo		2do ciclo		3er ciclo		Bachillerato		Universitario		Ninguno		Total general	
Femenino	0-4 años		0%		0%		0%		0%		0%		0%	4	5%	4	5%
	5-11 años	3	4%	8	10%	7	9%		0%		0%		0%	2	2%	20	24%
	12-19 años		0%		0%	1	1%	3	4%	2	2%		0%		0%	6	7%
	20-40 años		0%	2	2%	5	6%		0%	2	2%	1	1%	1	1%	11	13%
	41-60 años		0%	2	2%	1	1%		0%		0%		0%		0%	3	4%
	61 o más	1	1%		0%		0%		0%		0%		0%		0%	1	1%
Total Femenino		4	5%	12	15%	14	17%	3	4%	4	5%	1	1%	7	9%	45	55%
Masculino	0-4 años		0%		0%		0%		0%		0%		0%	14	17%	14	17%
	5-11 años	1	1%	1	1%	2	2%		0%		0%		0%		0%	4	5%
	12-19 años		0%		0%	1	1%	4	5%		0%		0%		0%	5	6%
	20-40 años		0%		0%	1	1%	1	1%	7	9%		0%	1	1%	10	12%
	41-60 años		0%		0%	1	1%	1	1%		0%		0%	1	1%	3	4%
	61 o más		0%		0%		0%		0%		0%		0%	1	1%	1	1%
Total Masculino		1	1%	1	1%	5	6%	6	7%	7	9%		0%	17	21%	37	45%
Total general		5	6%	13	16%	19	23%	9	11%	11	13%	1	1%	24	29%	82	100%

GRAFICO N° 20

NIVEL EDUCATIVO DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN RAFAEL ORAJUELO



La tabla y grafico n° 20 muestra que el nivel educativo alcanzado en un 23% de la población total es el 2º ciclo de educación básica y de este el sexo femenino posee un 17% y el sexo masculino un 6%; el nivel universitario es 1% que equivale a una persona del sexo femenino; un 29% es analfabeta de esto el 9% corresponde al sexo femenino y el 21% al sexo masculino.

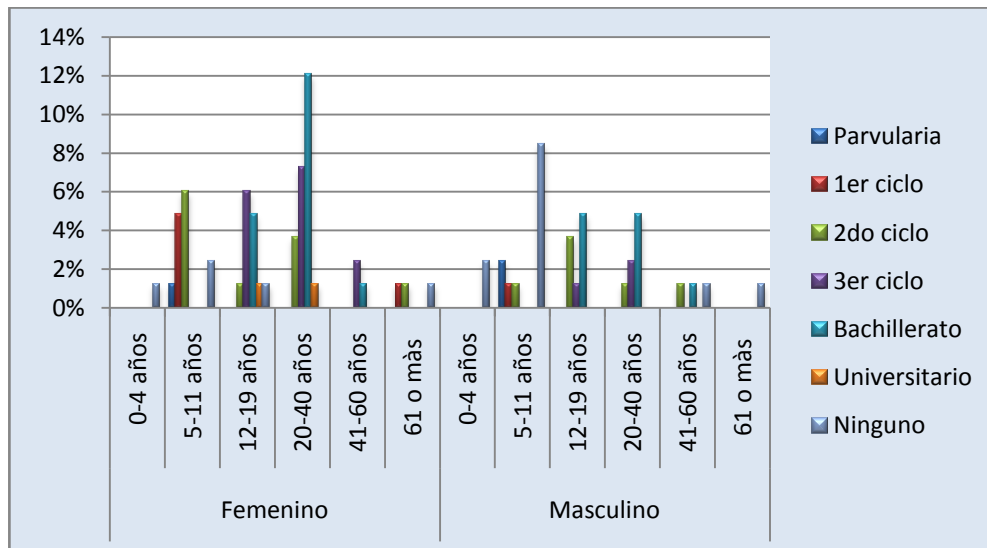
TABLA N° 21

NIVEL EDUCATIVO DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN PEDRO MASAHUAT

		Nivel educativo															
Sexo	Rango edad	Parvularia	1er ciclo	2do ciclo	3er ciclo	Bachillerato	Universitario	Ninguno	Total general								
Femenino	0-4 años		0%		0%		0%		0%		0%		0%	1	1%	1	1%
	5-11 años	1	1%	4	5%	5	6%		0%		0%		0%	2	2%	12	14%
	12-19 años		0%		0%	1	1%	5	6%	4	5%	1	1%	1	1%	12	14%
	20-40 años		0%		0%	3	4%	6	7%	10	12%	1	1%		0%	20	24%
	41-60 años		0%		0%		0%	2	2%	1	1%		0%		0%	3	4%
	61 o más		0%	1	1%	1	1%		0%		0%		0%	1	1%	3	4%
Total Femenino		1	1%	5	6%	10	12%	13	16%	15	18%	2	2%	5	6%	51	61%
Masculino	0-4 años		0%		0%		0%		0%		0%		0%	2	2%	2	2%
	5-11 años	2	2%	1	1%	1	1%		0%		0%		0%	7	8%	11	13%
	12-19 años		0%		0%	3	4%	1	1%	4	5%		0%		0%	8	10%
	20-40 años		0%		0%	1	1%	2	2%	4	5%		0%		0%	7	8%
	41-60 años		0%		0%	1	1%		0%	1	1%		0%	1	1%	3	4%
	61 o más		0%		0%		0%		0%		0%		0%	1	1%	1	1%
Total Masculino		2	2%	1	1%	6	7%	3	4%	9	11%		0%	11	13%	32	39%
Total general		3	4%	6	7%	16	19%	16	19%	24	29%	2	2%	16	19%	83	100%

GRAFICO N° 21

NIVEL EDUCATIVO DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN PEDRO MASAHUAT



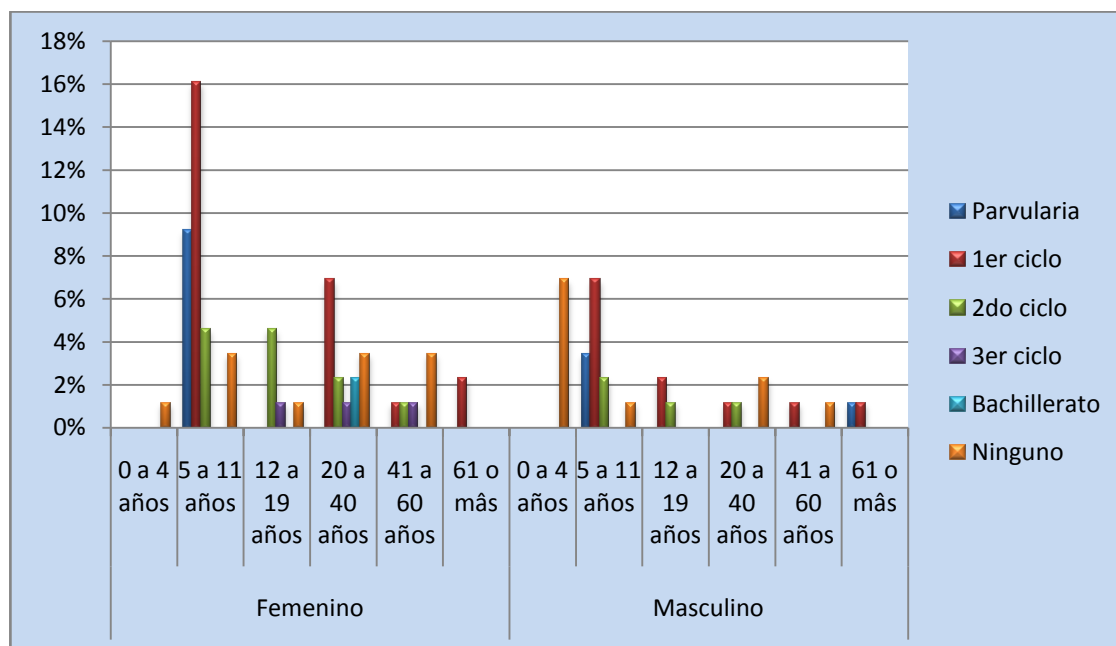
La tabla y grafico n° 21 muestra que un 29% de la población total alcanzo el nivel de bachillerato, de este el 18% es del sexo femenino y un 11% del sexo masculino, el nivel universitario es de 2% que equivale a dos personas del sexo femenino; un 19% es analfabeta de estos el 6% es del sexo femenino y el 13% del sexo masculino.

TABLA N° 22
 NIVEL EDUCATIVO DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE SALUD PERIFERICA
 DE SENSUNTEPEQUE

Nivel educativo															
Sexo	Rango edad	Parvularia		1er ciclo		2do ciclo		3er ciclo		Bachillerato		Ninguno		Total general	
Femenino	0 a 4 años		0%		0%		0%		0%		0%	1	1%	1	1%
	5 a 11 años	8	9%	14	16%	4	5%		0%		0%	3	3%	29	33%
	12 a 19 años		0%		0%	4	5%	1	1%		0%	1	1%	6	7%
	20 a 40 años		0%	6	7%	2	2%	1	1%	2	2%	3	3%	14	16%
	41 a 60 años		0%	1	1%	1	1%	1	1%		0%	3	3%	6	7%
	61 o más		0%	2	2%		0%		0%		0%		0%	2	2%
Total Femenino		8	9%	23	26%	11	13%	3	3%	2	2%	11	13%	58	67%
Masculino	0 a 4 años		0%		0%		0%		0%		0%	6	7%	6	7%
	5 a 11 años	3	3%	6	7%	2	2%		0%		0%	1	1%	12	14%
	12 a 19 años		0%	2	2%	1	1%		0%		0%		0%	3	3%
	20 a 40 años		0%	1	1%	1	1%		0%		0%	2	2%	4	5%
	41 a 60 años		0%	1	1%		0%		0%		0%	1	1%	2	2%
	61 o más	1	1%	1	1%		0%		0%		0%		0%	2	2%
Total Masculino		4	5%	11	13%	4	5%		0%		0%	10	11%	29	33%
Total general		12	14%	34	39%	15	17%	3	3%	2	2%	21	24%	87	100%

GRAFICO N° 22

NIVEL EDUCATIVO DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE SALUD PERIFERICA DE SENSUNTEPEQUE



La tabla y grafico n° 22 muestra que el nivel educativo alcanzado en un 39% de la población total es el 1º ciclo de educación básica y de este el sexo femenino posee un 26% y el sexo masculino un 13%; un 24% es analfabeta de esto el 13% corresponde al sexo femenino y el 11% al sexo masculino.

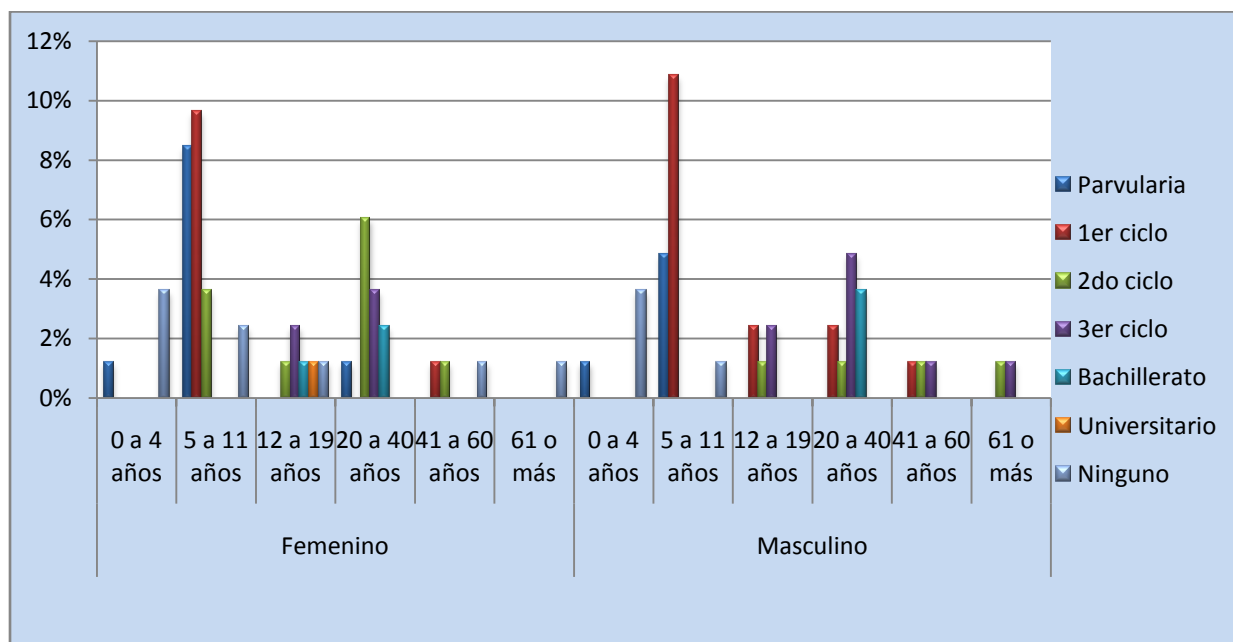
TABLA Nº 23

NIVEL EDUCATIVO DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN RAMON

Nivel educativo																	
Sexo	Rango edad	Parvularia		1er ciclo		2do ciclo		3er ciclo		Bachillerato		Universitario		Ninguno		Total general	
Femenino	0 a 4 años	1	1%		0%		0%		0%		0%		0%	3	4%	4	5%
	5 a 11 años	7	8%	8	10%	3	4%		0%		0%		0%	2	2%	20	24%
	12 a 19 años		0%		0%	1	1%	2	2%	1	1%	1	1%	1	1%	6	7%
	20 a 40 años	1	1%		0%	5	6%	3	4%	2	2%		0%		0%	11	13%
	41 a 60 años		0%	1	1%	1	1%		0%		0%		0%	1	1%	3	4%
	61 o más		0%		0%		0%		0%		0%		0%	1	1%	1	1%
Total Femenino		9	11%	9	11%	10	12%	5	6%	3	4%	1	1%	8	10%	45	54%
Masculino	0 a 4 años	1	1%		0%		0%		0%		0%		0%	3	4%	4	5%
	5 a 11 años	4	5%	9	11%		0%		0%		0%		0%	1	1%	14	17%
	12 a 19 años		0%	2	2%	1	1%	2	2%		0%		0%		0%	5	6%
	20 a 40 años		0%	2	2%	1	1%	4	5%	3	4%		0%		0%	10	12%
	41 a 60 años		0%	1	1%	1	1%	1	1%		0%		0%		0%	3	4%
	61 o más		0%		0%	1	1%	1	1%		0%		0%		0%	2	2%
Total Masculino		5	6%	14	17%	4	5%	8	10%	3	4%		0%	4	5%	38	46%
Total general		14	17%	23	28%	14	17%	13	16%	6	7%	1	1%	12	14%	83	100%

GRAFICO N° 23

NIVEL EDUCATIVO DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN RAMON



La tabla y grafico n° 23 muestra que el nivel educativo alcanzado en un 28% de la población total es el 1º ciclo de educación básica y de este el sexo femenino posee un 11% y el sexo masculino un 17%; el nivel universitario es 1% que equivale a una persona del sexo femenino; un 14% es analfabeta de esto el 10% corresponde al sexo femenino y el 5% al sexo masculino.

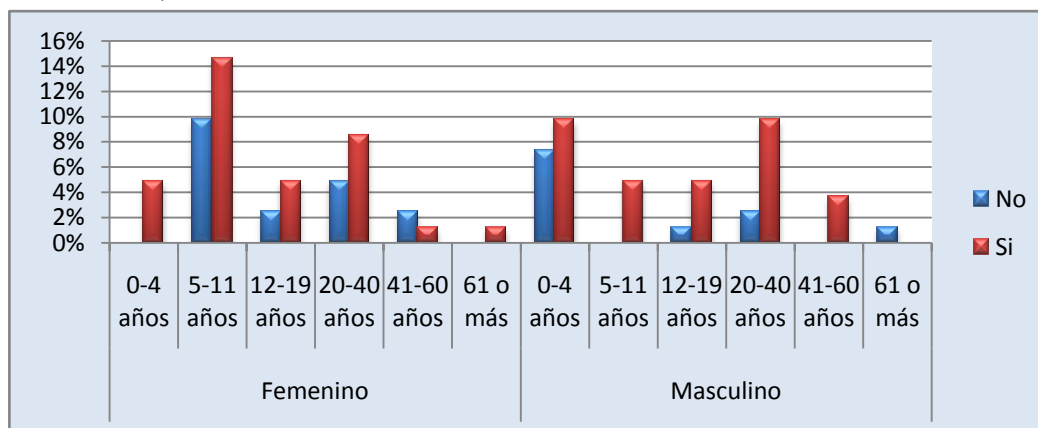
TABLA N° 24

PACIENTES QUE RESIDEN EN EL MUNICIPIO DE SAN RAFAEL OBRAJUELO

Reside en Rafael Obrajuelo							
Sexo	Rango edad	No		Si		Total general	
Femenino	0-4 años		0%	4	5%	4	5%
	5-11 años	8	10%	12	15%	20	24%
	12-19 años	2	2%	4	5%	6	7%
	20-40 años	4	5%	7	9%	11	13%
	41-60 años	2	2%	1	1%	3	4%
	61 o más		0%	1	1%	1	1%
Total Femenino		16	20%	29	35%	45	55%
Masculino	0-4 años	6	7%	8	10%	14	17%
	5-11 años		0%	4	5%	4	5%
	12-19 años	1	1%	4	5%	5	6%
	20-40 años	2	2%	8	10%	10	12%
	41-60 años		0%	3	4%	3	4%
	61 o más	1	1%		0%	1	1%
Total Masculino		10	12%	27	33%	37	45%
Total general		26	32%	56	68%	82	100%

GRAFICO N° 24

PACIENTES QUE RESIDEN EN EL MUNICIPIO DE SAN RAFAEL OBRAJUELO



La tabla y grafico n° 24 muestran a la población de La Unidad de Salud San Rafael Obrajuelo, el 68% de la población total reside en dicho municipio, mientras que el 32% restante proviene de los municipios aledaños.

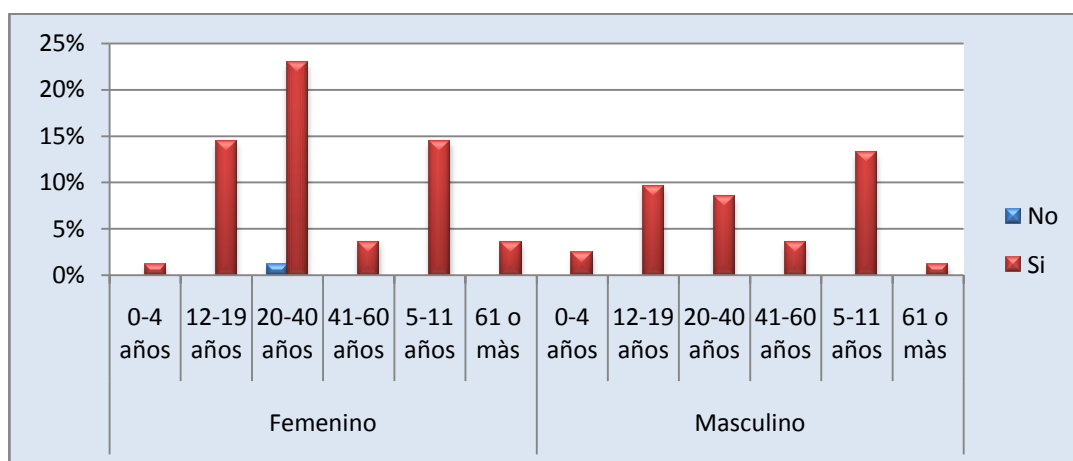
TABLA N° 25

PACIENTES QUE RESIDEN EN EL MUNICIPIO DE SAN PEDRO MASAHUAT

Reside en San Pedro Masahuat							
Sexo	Rango edad	No		Si		Total general	
Femenino	0-4 años		0%	1	1%	1	1%
	5-11 años		0%	12	14%	12	14%
	12-19 años		0%	12	14%	12	14%
	20-40 años	1	1%	19	23%	20	24%
	41-60 años		0%	3	4%	3	4%
	61 o más		0%	3	4%	3	4%
Total Femenino		1	1%	50	60%	51	61%
Masculino	0-4 años		0%	2	2%	2	2%
	5-11 años		0%	11	13%	11	13%
	12-19 años		0%	8	10%	8	10%
	20-40 años		0%	7	8%	7	8%
	41-60 años		0%	3	4%	3	4%
	61 o más		0%	1	1%	1	1%
Total Masculino			0%	32	39%	32	39%
Total general		1	1%	82	99%	83	100%

GRAFICO N° 25

PACIENTES QUE RESIDEN EN EL MUNICIPIO DE SAN PEDRO MASAHUAT



La tabla y grafico n° 25 muestran a la población de La Unidad de Salud San Pedro Masahuat, el 99% de la población total reside en dicho municipio, mientras que el 1% restante proviene de municipios aledaños.

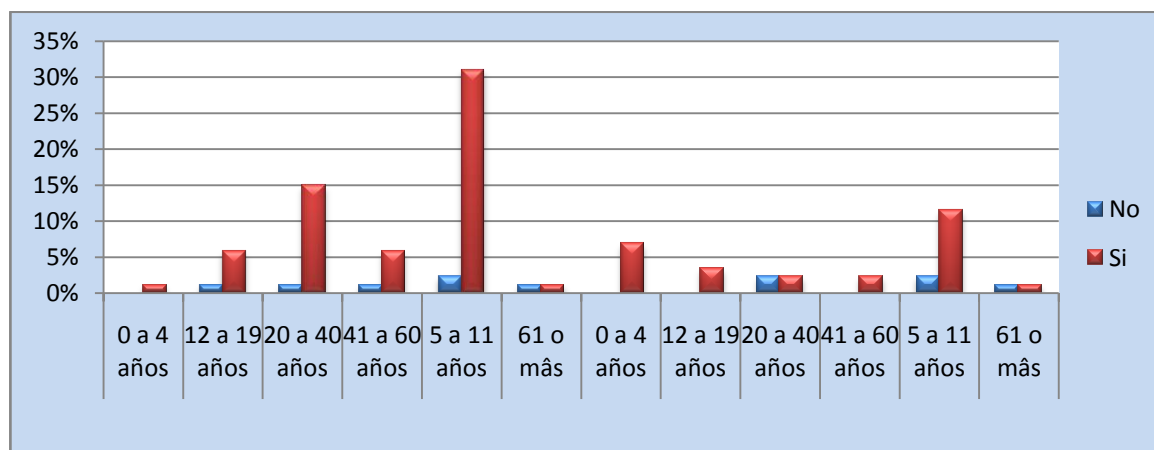
TABLA N° 26

PACIENTES QUE RESIDEN EN EL MUNICIPIO DE SENSUNTEPEQUE

Reside en Sensuntepeque							
Sexo	Rango edad	No		Si		Total general	
Femenino	0 a 4 años		0%	1	1%	1	1%
	5 a 11 años	2	2%	27	31%	29	33%
	12 a 19 años	1	1%	5	6%	6	7%
	20 a 40 años	1	1%	13	15%	14	16%
	41 a 60 años	1	1%	5	6%	6	7%
	61 o más	1	1%	1	1%	2	2%
Total Femenino		6	7%	52	60%	58	67%
Masculino	0 a 4 años		0%	6	7%	6	7%
	5 a 11 años	2	2%	10	11%	12	14%
	12 a 19 años		0%	3	3%	3	3%
	20 a 40 años	2	2%	2	2%	4	5%
	41 a 60 años		0%	2	2%	2	2%
	61 o más	1	1%	1	1%	2	2%
Total Masculino		5	6%	24	28%	29	33%
Total general		11	13%	76	87%	87	100%

GRAFICO N° 26

PACIENTES QUE RESIDEN EN EL MUNICIPIO DE SENSUNTEPEQUE



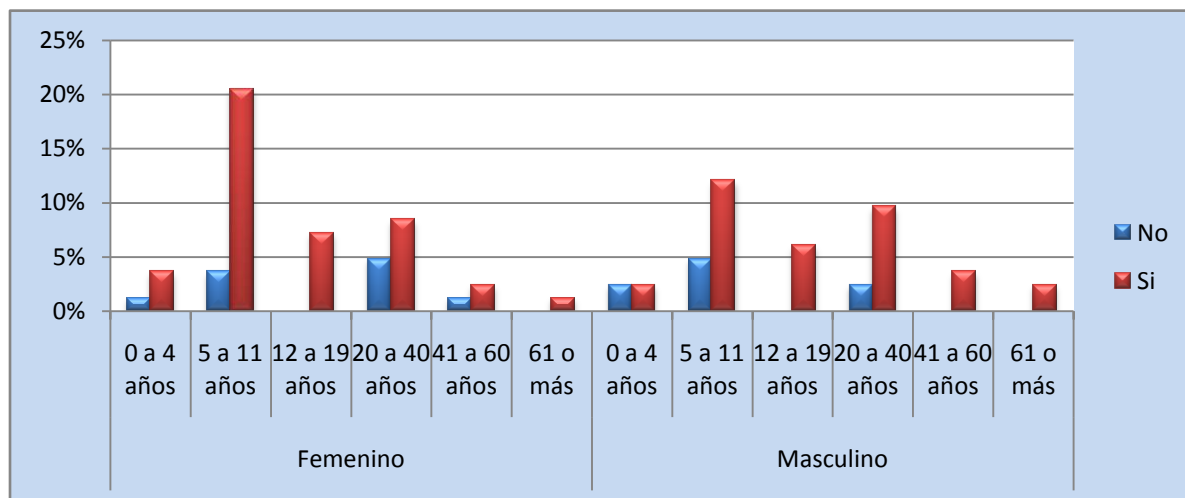
La tabla y grafico n° 26 muestran a la población de La Unidad de Salud Sensuntepeque, el 87% de la población total reside en dicho municipio, mientras que el 13% restante proviene de los municipios aledaños.

TABLA N° 27
PACIENTES QUE RESIDEN EN EL MUNICIPIO DE SAN RAMON

Reside en San Ramón							
Sexo	Rango edad	No		Si		Total general	
Femenino	0 a 4 años	1	1%	3	4%	4	5%
	5 a 11 años	3	4%	17	20%	20	24%
	12 a 19 años		0%	6	7%	6	7%
	20 a 40 años	4	5%	7	8%	11	13%
	41 a 60 años	1	1%	2	2%	3	4%
	61 o más		0%	1	1%	1	1%
Total Femenino		9	11%	36	43%	45	54%
Masculino	0 a 4 años	2	2%	2	2%	4	5%
	5 a 11 años	4	5%	10	12%	14	17%
	12 a 19 años		0%	5	6%	5	6%
	20 a 40 años	2	2%	8	10%	10	12%
	41 a 60 años		0%	3	4%	3	4%
	61 o más		0%	2	2%	2	2%
Total Masculino		8	10%	30	36%	38	46%
Total general		17	20%	66	80%	83	100%

GRAFICO N° 27

PACIENTES QUE RESIDEN EN EL MUNICIPIO DE SAN RAMON



La tabla y grafico n° 27 muestran a la población de La Unidad de Salud San Ramón, el 80% de la población total reside en dicho municipio en todos los estratos, mientras que el 20% restante proviene de los municipios aledaños.

TABLA N° 28

LUGAR DE RESIDENCIA DURANTE LOS PRIMEROS 7 AÑOS DE VIDA DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN RAFAEL OBRAJUELO

Departamento y municipio donde vivió los primeros 7 años							
Departamento	Municipio	Femenino		Masculino		Total general	
La Paz	San Juan Nonualco	3	4%	1	1%	4	5%
	San Luis La Herradura		0%	2	2%	2	2%
	San Rafael Obrajuelo	26	32%	25	30%	51	62%
	Santiago Nonualco	12	15%	6	7%	18	22%
	Zacatecoluca	2	2%	1	1%	3	4%
Total La Paz		43	52%	35	43%	78	95%
San Salvador	Apopa		0%	1	1%	1	1%
	San Marcos	1	1%		0%	1	1%
	San Salvador	1	1%		0%	1	1%
Total San Salvador		2	2%	1	1%	3	4%
San Vicente	Santa Cruz Porrillo		0%	1	1%	1	1%
Total San Vicente			0%	1	1%	1	1%
Total general		45	55%	37	45%	82	100%

La tabla n° 28 muestra el municipio y departamento donde vivió los primeros 7 años de vida, la población de la Unidad de Salud de San Rafael Obrajuelo, siendo que el 62% de esta población vivió sus primeros 7 años en el municipio de San Rafael Obrajuelo del departamento de La Paz, en total un 95% ha vivido en el mismo departamento y un 5% en de zonas diferentes al municipio.

TABLA N° 29

LUGAR DE RESIDENCIA DURANTE LOS PRIMEROS 7 AÑOS DE VIDA DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN PEDRO MASAHUAT

Departamento y municipio donde vivió los primeros 7 años							
Departamento	Municipio	Femenino		Masculino		Total general	
La Paz	Rosario la Paz	2	2%	1	1%	3	4%
	San Antonio Masahuat	1	1%	1	1%	2	2%
	San Pedro Masahuat	45	54%	29	35%	74	89%
	Tapahualca	1	1%		0%	1	1%
Total La Paz		49	59%	31	37%	80	96%
San Salvador	San Salvador		0%	1	1%	1	1%
	Santiago Texacuangos	1	1%		0%	1	1%
Total San Salvador		1	1%	1	1%	2	2%
Sonsonate	Metalio	1	1%		0%	1	1%
Total Sonsonate		1	1%		0%	1	1%
Total general		51	61%	32	39%	83	100%

La tabla n° 29 muestra el municipio y departamento donde vivió los primeros 7 años la población de la Unidad de Salud de San Pedro Masahuat, siendo que el 89% de esta población vivió sus primeros 7 años en el municipio de San Pedro Masahuat del departamento de La Paz, en total un 96% ha vivido en el mismo departamento y un 4% en zonas ajenas al municipio.

TABLA N° 30

LUGAR DE RESIDENCIA DURANTE LOS PRIMEROS 7 AÑOS DE VIDA DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE SALUD PERIFERICA DE SENSUNTEPEQUE

Donde vivió los primeros 7 años							
Departamento	Municipio	Femenino		Masculino		Total general	
Cabañas	Ciudad Dolores	2	2%		0%	2	2%
	Ciudad Victoria	3	3%	2	2%	5	6%
	Guacotecti		0%	2	2%	2	2%
	Ilobasco		0%	1	1%	1	1%
	Sensuntepeque	51	59%	24	28%	75	86%
Total Cabañas		56	64%	29	33%	85	98%
Lempira/ Honduras	Gualcince	1	1%		0%	1	1%
	Virginia	1	1%		0%	1	1%
Total Lempira/Honduras		2	2%		0%	2	2%
Total general		58	67%	29	33%	87	100%

La tabla n° 30 muestra el municipio y departamento donde vivió los primeros 7 años la población de la Unidad de Salud de Sensuntepeque, siendo que el 86% de esta población vivió sus primeros 7 años en el municipio de Sensuntepeque del departamento de Cabañas, en total un 98% ha vivido en el mismo departamento y un 2% en otros municipios.

TABLA N° 31

LUGAR DE RESIDENCIA DURANTE LOS PRIMEROS 7 AÑOS DE VIDA DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN RAMON

Departamento							
Departamento	Municipio	Femenino		Masculino		Total general	
Cuscatlán	Candelaria	1	1%	1	1%	2	2%
	Cojutepeque	8	10%	5	6%	13	16%
	Monte San Juan	1	1%		0%	1	1%
	Paraíso de Osorio	1	1%		0%	1	1%
	San Ramón	33	40%	28	34%	61	73%
	Santa Cruz Michapa		0%	1	1%	1	1%
	Tenancingo		0%	1	1%	1	1%
Total Cuscatlán		44	53%	36	43%	80	96%
San Salvador	La Libertad		0%	1	1%	1	1%
	Soyapango	1	1%	1	1%	2	2%
Total San Salvador		1	1%	2	2%	3	4%
Total general		45	54%	38	46%	83	100%

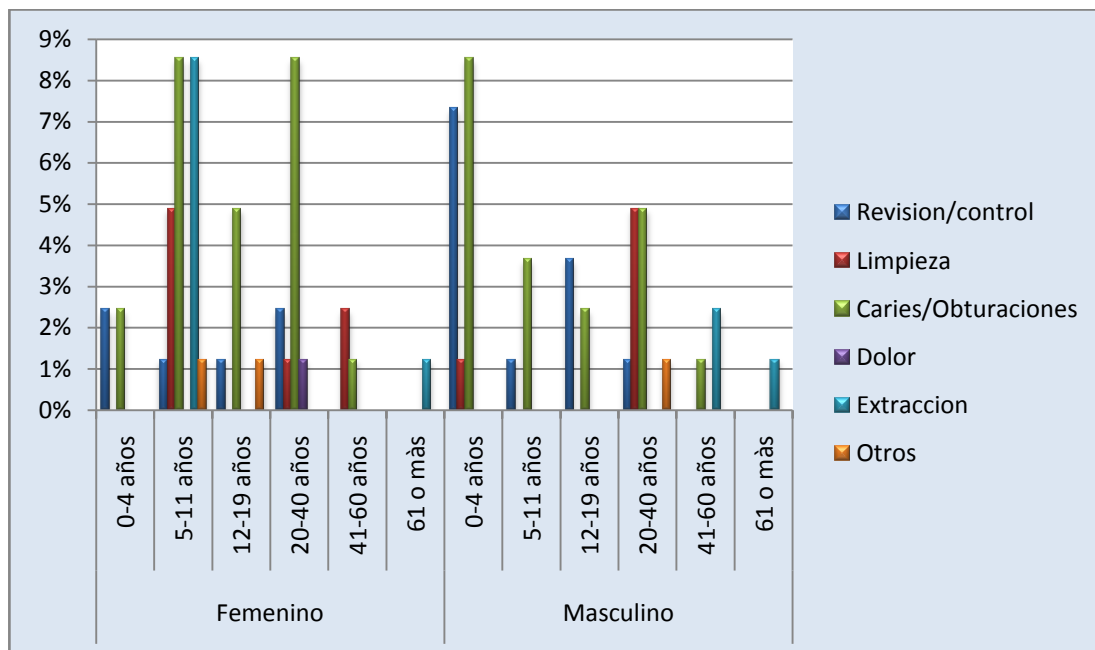
La tabla n° 31 muestra el municipio y departamento donde vivió los primeros 7 años la población de la Unidad de Salud de San Ramón, siendo que el 73% de esta población vivió sus primeros 7 años de en el municipio de San Ramón del departamento de Cuscatlán, en total un 96% ha vivido en el mismo departamento y un 4% en zonas ajenas al municipio

TABLA Nº 32
MOTIVO DE CONSULTA REAL DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE SALUD DE
SAN RAFAEL OBRAJUELO

Motivo de consulta clasificación															
Sexo	Rango edad	Revisión/ control		Limpieza		Caries/ Obturaciones		Dolor		Extracción		Otros		Total general	
Femenino	0-4 años	2	2%		0%	2	2%		0%		0%		0%	4	5%
	5-11 años	1	1%	4	5%	7	9%		0%	7	9%	1	1%	20	24%
	12-19 años	1	1%		0%	4	5%		0%		0%	1	1%	6	7%
	20-40 años	2	2%	1	1%	7	9%	1	1%		0%		0%	11	13%
	41-60 años		0%	2	2%	1	1%		0%		0%		0%	3	4%
	61 o más		0%		0%		0%		0%	1	1%		0%	1	1%
Total Femenino		6	7%	7	9%	21	26%	1	1%	8	10%	2	2%	45	55%
Masculino	0-4 años	6	7%	1	1%	7	9%		0%		0%		0%	14	17%
	5-11 años	1	1%		0%	3	4%		0%		0%		0%	4	5%
	12-19 años	3	4%		0%	2	2%		0%		0%		0%	5	6%
	20-40 años	1	1%	4	5%	4	5%		0%		0%	1	1%	10	12%
	41-60 años		0%		0%	1	1%		0%	2	2%		0%	3	4%
	61 o más		0%		0%		0%		0%	1	1%		0%	1	1%
Total Masculino		11	13%	5	6%	17	21%		0%	3	4%	1	1%	37	45%
Total general		17	21%	12	15%	38	46%	1	1%	11	13%	3	4%	82	100%

GRAFICO N° 28

MOTIVO DE CONSULTA REAL DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA
UNIDAD DE SALUD DE SAN RAFAEL OBRAJUELO



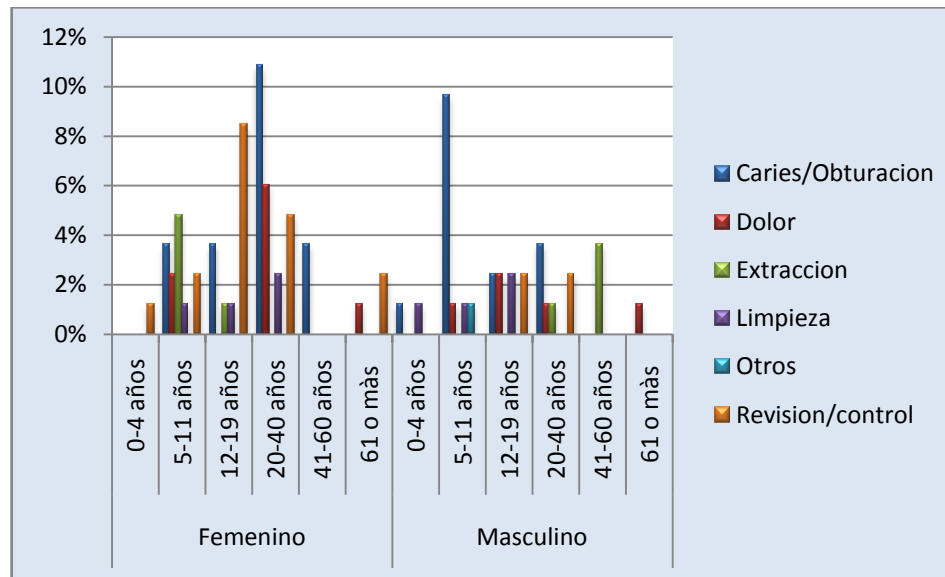
La tabla n° 32 y el grafico n° 28. En la Unidad de Salud de San Rafael Obrajuelo se tiene que el principal motivo por el cual consulta la población es por caries y obturaciones en un 46% del cual el 26% es para el sexo femenino, y el 21% para el sexo masculino, y el rango de edad que consultó por esta causa es de 5 a 11 años para el sexo femenino, y de 0 a 4 años para el masculino; en segundo orden de consulta están las revisiones/control con un 21% del total de la población.

TABLA N° 33
MOTIVO DE CONSULTA REAL DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE SALUD DE
SAN PEDRO MASAHUAT

Motivo de consulta clasificación															
Sexo	Rango edad	Revisión/ control		Limpieza		Caries/ Obturación		Dolor		Extracción		Otros		Total general	
Femenino	0-4 años	1	1%		0%		0%		0%		0%		0%	1	1%
	5-11 años	2	2%	1	1%	3	4%	2	2%	4	5%		0%	12	14%
	12-19 años	7	8%	1	1%	3	4%		0%	1	1%		0%	12	14%
	20-40 años	4	5%	2	2%	9	11%	5	6%		0%		0%	20	24%
	41-60 años		0%		0%	3	4%		0%		0%		0%	3	4%
	61 o más	2	2%		0%		0%	1	1%		0%		0%	3	4%
Total Femenino		16	19%	4	5%	18	22%	8	10%	5	6%	0%	0%	51	61%
Masculino	0-4 años		0%	1	1%	1	1%		0%		0%		0%	2	2%
	5-11 años		0%	1	1%	8	10%	1	1%		0%	1	1%	11	13%
	12-19 años	2	2%	2	2%	2	2%	2	2%		0%		0%	8	10%
	20-40 años	2	2%		0%	3	4%	1	1%	1	1%		0%	7	8%
	41-60 años		0%		0%		0%		0%	3	4%		0%	3	4%
	61 o más		0%		0%		0%	1	1%		0%		0%	1	1%
Total Masculino		4	5%	4	5%	14	17%	5	6%	4	5%	1	1%	32	39%
Total general		20	24%	8	10%	32	39%	13	16%	9	11%	1	1%	83	100%

GRAFICO N° 29

MOTIVO DE CONSULTA REAL DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN PEDRO MASAHUAT



La tabla n° 33 y el grafico n° 29 Unidad de Salud de San Pedro Masahuat, se tiene que el principal motivo por el cual consulta dicha población es por caries y obturaciones en un 39% del cual un 22% es del sexo femenino y el 17% del sexo masculino y el rango de edad que consulto por esta causa fue de 20 a 40 años para el sexo femenino y de 5 a 11 años para el sexo masculino, en segundo orden esta la revisión/control con un 24% del total de la población.

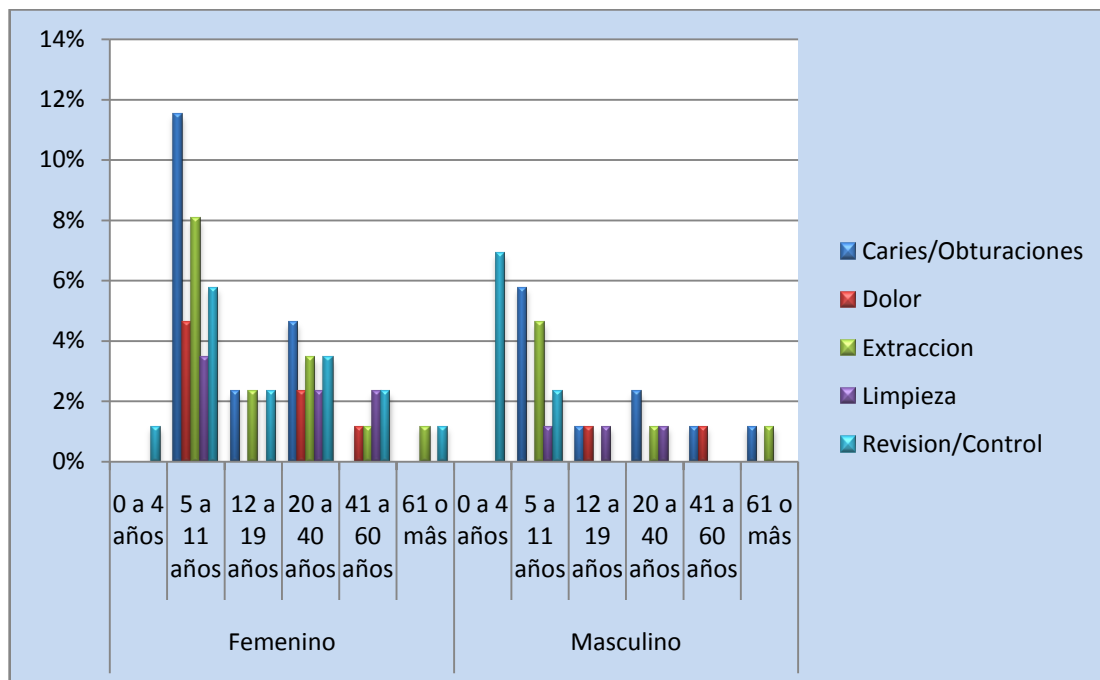
TABLA N° 34

MOTIVO DE CONSULTA REAL DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE SALUD
PERIFERICA DE SENSUNTEPEQUE

Motivo de consulta clasificación													
Sexo	Rango edad	Revisión/ Control		Limpieza		Caries/ Obturaciones		Dolor		Extracción		Total general	
Femenino	0 a 4 años	1	1%		0%		0%		0%		0%	1	1%
	5 a 11 años	5	6%	3	3%	10	11%	4	5%	7	8%	29	33%
	12 a 19 años	2	2%		0%	2	2%		0%	2	2%	6	7%
	20 a 40 años	3	3%	2	2%	4	5%	2	2%	3	3%	14	16%
	41 a 60 años	2	2%	2	2%		0%	1	1%	1	1%	6	7%
	61 o más	1	1%		0%		0%		0%	1	1%	2	2%
Total Femenino		14	16%	7	8%	16	18%	7	8%	14	16%	58	67%
Masculino	0 a 4 años	6	7%		0%		0%		0%		0%	6	7%
	5 a 11 años	2	2%	1	1%	5	6%		0%	4	5%	12	14%
	12 a 19 años		0%	1	1%	1	1%	1	1%		0%	3	3%
	20 a 40 años		0%	1	1%	2	2%		0%	1	1%	4	5%
	41 a 60 años		0%		0%	1	1%	1	1%		0%	2	2%
	61 o más		0%		0%	1	1%		0%	1	1%	2	2%
Total Masculino		8	9%	3	3%	10	11%	2	2%	6	7%	29	33%
Total general		22	25%	10	11%	26	30%	9	10%	20	23%	87	100%

GRAFICO N° 30

MOTIVO DE CONSULTA REAL DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA
UNIDAD DE SALUD PERIFERICA DE SENSUNTEPEQUE



La tabla n° 34 y el grafico n° 30. En la Unidad de Salud de Sensuntepeque, se tiene que el principal motivo por el cual consulta la población es por caries y obturbaciones en un 30% del cual un 18% es para el sexo femenino y 11% para el sexo masculino, y el rango de edad que mas consultó es el de 5 a 11 para ambos sexos, en segundo orden revisión/control con un 25% y en tercer orden las extracciones con un 23% de la población total.

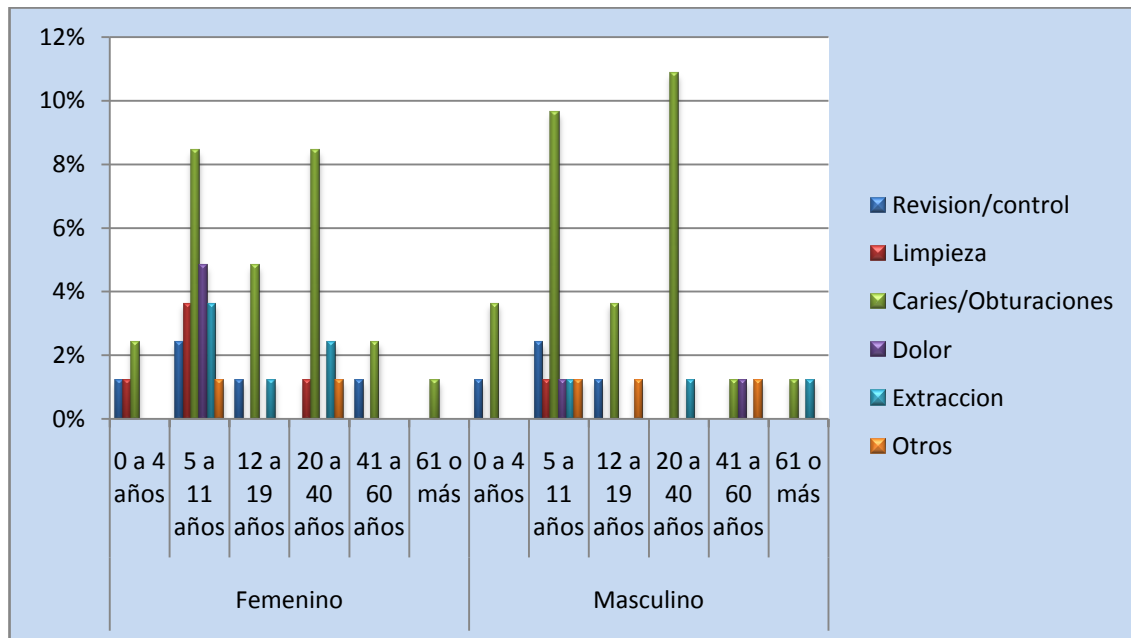
TABLA Nº 35

MOTIVO DE CONSULTA REAL DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN RAMON

Motivo de consulta clasificación															
Sexo	Rango edad	Revisión/control		Limpieza		Caries / Obturaciones		Dolor		Extracción		Otros		Total general	
Femenino	0 a 4 años	1	1%	1	1%	2	2%		0%		0%		0%	4	5%
	5 a 11 años	2	2%	3	4%	7	8%	4	5%	3	4%	1	1%	20	24%
	12 a 19 años	1	1%		0%	4	5%		0%	1	1%		0%	6	7%
	20 a 40 años		0%	1	1%	7	8%		0%	2	2%	1	1%	11	13%
	41 a 60 años	1	1%		0%	2	2%		0%		0%		0%	3	4%
	61 o más		0%		0%	1	1%		0%		0%		0%	1	1%
Total Femenino		5	6%	5	6%	23	28%	4	5%	6	7%	2	2%	45	54%
Masculino	0 a 4 años	1	1%		0%	3	4%		0%		0%		0%	4	5%
	5 a 11 años	2	2%	1	1%	8	10%	1	1%	1	1%	1	1%	14	17%
	12 a 19 años	1	1%		0%	3	4%		0%		0%	1	1%	5	6%
	20 a 40 años		0%		0%	9	11%		0%	1	1%		0%	10	12%
	41 a 60 años		0%		0%	1	1%	1	1%		0%	1	1%	3	4%
	61 o más		0%		0%	1	1%		0%	1	1%		0%	2	2%
Total Masculino		4	5%	1	1%	25	30%	2	2%	3	4%	3	4%	38	46%
Total general		9	11%	6	7%	48	58%	6	7%	9	11%	5	6%	83	100%

GRAFICO N° 31

MOTIVO DE CONSULTA REAL DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN RAMON



La tabla n° 35 y el grafico n° 3. En la Unidad de Salud de San Ramón, se tiene que el principal motivo por el cual consulta la población es por caries y obturaciones en un 58% del cual un 28% corresponde al sexo femenino y 30% para el sexo masculino, y el rango de edad que consulto por esta causa es el de 5 a 11 y de 20 a 40 años para el sexo femenino y de 20 a 40 años para el sexo masculino, en segundo orden revisión/control y extracciones ambas con un 11% de la población total.

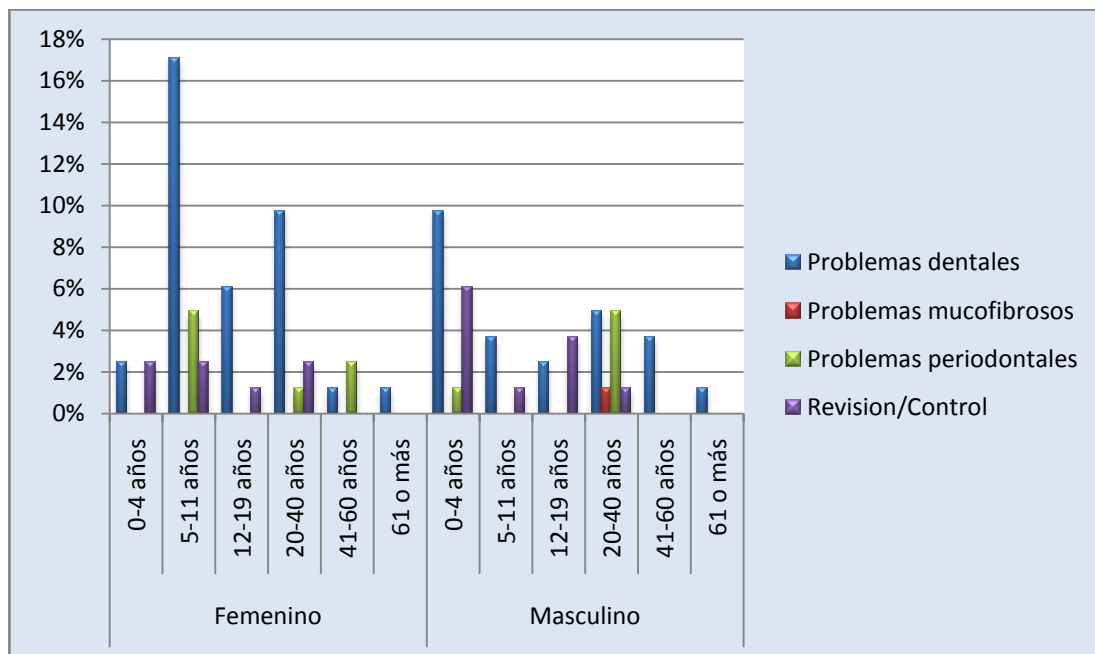
TABLA N° 36

CLASIFICACION DEL MOTIVO DE CONSULTA DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE SALUD DE
SAN RAFAEL OBRAJUELO

Problema real											
Sexo	Rango edad	Problemas dentales		Problemas mucofibrosos		Problemas periodontales		Revisión/Control		Total general	
Femenino	0-4 años	2	2%		0%		0%	2	2%	4	5%
	5-11 años	14	17%		0%	4	5%	2	2%	20	24%
	12-19 años	5	6%		0%		0%	1	1%	6	7%
	20-40 años	8	10%		0%	1	1%	2	2%	11	13%
	41-60 años	1	1%		0%	2	2%		0%	3	4%
	60 a mas años	1	1%		0%		0%		0%	1	1%
Total Femenino		31	38%		0%	7	9%	7	9%	45	55%
Masculino	0-4 años	8	10%		0%	1	1%	5	6%	14	17%
	5-11 años	3	4%		0%		0%	1	1%	4	5%
	12-19 años	2	2%		0%		0%	3	4%	5	6%
	20-40 años	4	5%	1	1%	4	5%	1	1%	10	12%
	41-60 años	3	4%		0%		0%		0%	3	4%
	60 a mas años	1	1%		0%		0%		0%	1	1%
Total Masculino		21	26%	1	1%	5	6%	10	12%	37	45%
Total general		52	63%	1	1%	12	15%	17	21%	82	100%

GRAFICO N° 32

CLASIFICACION DEL MOTIVO DE CONSULTA DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN RAFAEL OBRAJUELO



El cuadro n° 36 y el gráfico n° 32 muestran ya clasificados los motivos de consulta de acuerdo a los indicadores, en los que se puede apreciar que los problemas dentales son los que más prevalecen en un 63% de la población de estudio de la unidad de salud de San Rafael Obrajuelo; seguido por las revisiones y control con un 21%, en tercer lugar los problemas periodontales con un 15% y con un mínimo porcentaje los problemas mucofibrosos con un 1%

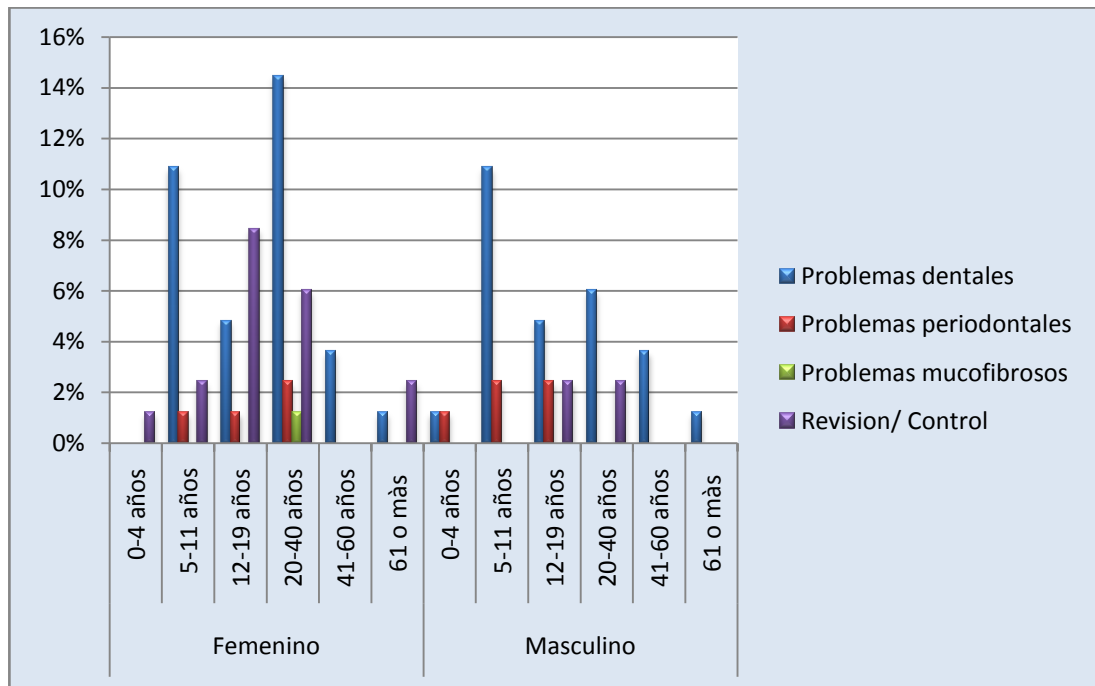
TABLA N° 37

CLASIFICACION DEL MOTIVO DE CONSULTA DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE SALUD
DE SAN PEDRO MASAHUAT

Problema real											
Sexo	Rango edad	Problemas dentales		Problemas periodontales		Revisión/ Control		Problemas mucofibrosos		Total general	
Femenino	0-4 años		0%		0%	1	1%		0%	1	1%
	5-11 años	9	11%	1	1%	2	2%		0%	12	14%
	12-19 años	4	5%	1	1%	7	8%		0%	12	14%
	20-40 años	12	14%	2	2%	5	6%	1	1%	20	24%
	41-60 años	3	4%		0%		0%		0%	3	4%
	61 o más	1	1%		0%	2	2%		0%	2	2%
Total Femenino		29	35%	4	5%	17	20%	1	1%	51	61%
Masculino	0-4 años	1	1%	1	1%		0%		0%	2	2%
	5-11 años	9	11%	2	2%		0%		0%	11	13%
	12-19 años	4	5%	2	2%	2	2%		0%	8	10%
	20-40 años	5	6%		0%	2	2%		0%	7	8%
	41-60 años	3	4%		0%		0%		0%	3	4%
	61 o más	1	1%		0%		0%		0%	1	1%
Total Masculino		23	28%	5	6%	4	5%		0%	32	39%
Total general		52	63%	9	11%	21	25%	1	1%	83	100%

GRAFICO N° 33

CLASIFICACION DEL MOTIVO DE CONSULTA DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN PEDRO MASAHUAT



El cuadro n° 37 y el gráfico n° 33 muestran ya clasificados los motivos de consulta de acuerdo con los indicadores, en los que se puede apreciar que en un 63% son los problemas dentales los que más prevalecen de la población en estudio de la unidad de Salud en San Pedro Masahuat; seguido por revisión/control con un 25%, en tercer lugar problemas periodontales con un 11% y con un mínimo porcentaje los problemas mucofibrosos con un 1%. Se observa que en el sexo femenino entre las edades de 20-40 años son las que consultaron por problemas dentales en un 14%.

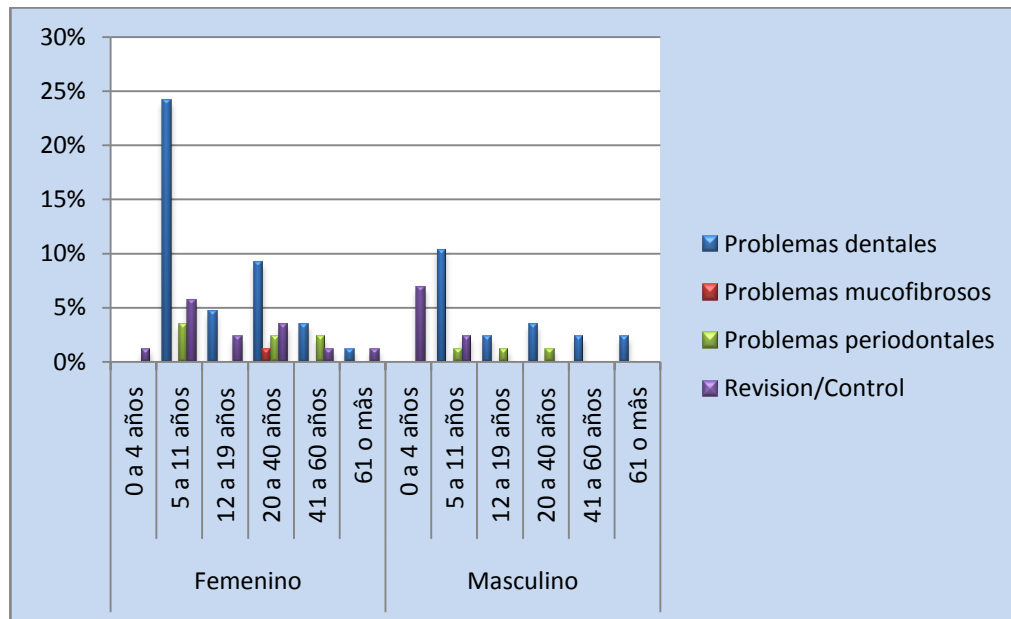
TABLA N° 38

CLASIFICACION DEL MOTIVO DE CONSULTA DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE SALUD
PERIFERICA DE SENSUNTEPEQUE

Problema real											
Sexo	Rango edad	Problemas dentales		Problemas mucofibrosos		Problemas periodontales		Revisión / Control		Total general	
Femenino	0 a 4 años		0%		0%		0%	1	1%	1	1%
	5 a 11 años	21	24%		0%	3	3%	5	6%	29	33%
	12 a 19 años	4	5%		0%		0%	2	2%	6	7%
	20 a 40 años	8	9%	1	1%	2	2%	3	3%	14	16%
	41 a 60 años	3	3%		0%	2	2%	1	1%	6	7%
	61 o más	1	1%		0%		0%	1	1%	2	2%
Total Femenino		37	43%	1	1%	7	8%	13	15%	58	67%
Masculino	0 a 4 años		0%		0%		0%	6	7%	6	7%
	5 a 11 años	9	10%		0%	1	1%	2	2%	12	14%
	12 a 19 años	2	2%		0%	1	1%		0%	3	3%
	20 a 40 años	3	3%		0%	1	1%		0%	4	5%
	41 a 60 años	2	2%		0%		0%		0%	2	2%
	61 o más	2	2%		0%		0%		0%	2	2%
Total Masculino		18	21%		0%	3	3%	8	9%	29	33%
Total general		55	63%	1	1%	10	11%	21	24%	87	100%

GRAFICO N° 34

CLASIFICACION DEL MOTIVO DE CONSULTA DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE SALUD PERIFERICA DE SENSUNTEPEQUE



El cuadro n° 38 y el grafico n° 34 muestran ya clasificados los motivos de consulta de acuerdo a los indicadores, en los que se puede apreciar en un 63 % que los problemas dentales son los que más prevalecen en dicha población de estudio de la unidad de salud de Sensuntepeque; seguido por revisión/control con un 24%, en tercer lugar problemas periodontales con un 11% y en cuarto lugar problemas mucofibrosos con el 1%. Observamos que en el sexo femenino, entre las edades de 5 a 11 años con un 24%, y de 20-40 años con un 9% prevalecen los problemas dentales, al igual que en el sexo masculino entre 5 a 11 años en un 10%.

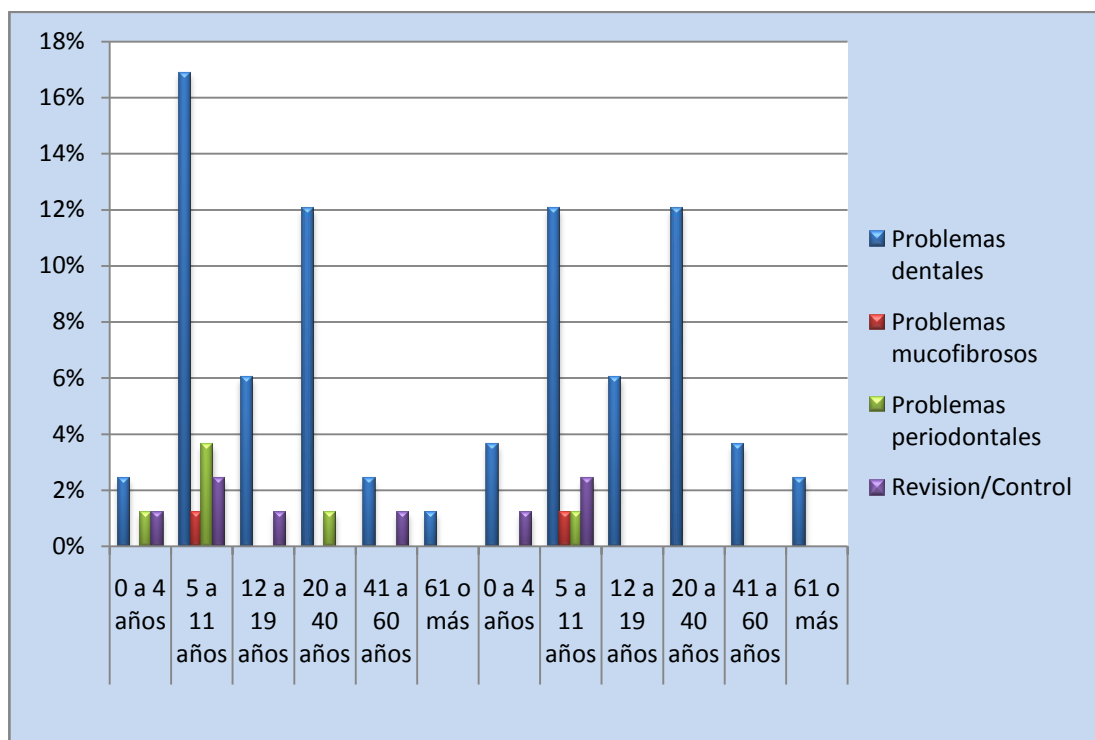
TABLA N° 39

CLASIFICACION DEL MOTIVO DE CONSULTA DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE SALUD
DE SAN RAMON

Problema real											
Sexo	Rango edad	Problemas dentales		Problemas mucofibrosos		Problemas periodontales		Revisión / Control		Total general	
Femenino	0 a 4 años	2	2%		0%	1	1%	1	1%	4	5%
	5 a 11 años	14	17%	1	1%	3	4%	2	2%	20	24%
	12 a 19 años	5	6%		0%		0%	1	1%	6	7%
	20 a 40 años	10	12%		0%	1	1%		0%	11	13%
	41 a 60 años	2	2%		0%		0%	1	1%	3	4%
	61 o más	1	1%		0%		0%		0%	1	1%
Total Femenino		34	41%	1	1%	5	6%	5	6%	45	54%
Masculino	0 a 4 años	3	4%		0%		0%	1	1%	4	5%
	5 a 11 años	10	12%	1	1%	1	1%	2	2%	14	17%
	12 a 19 años	5	6%		0%		0%		0%	5	6%
	20 a 40 años	10	12%		0%		0%		0%	10	12%
	41 a 60 años	3	4%		0%		0%		0%	3	4%
	61 o más	2	2%		0%		0%		0%	2	2%
Total Masculino		33	40%	1	1%	1	1%	3	4%	38	46%
Total general		67	81%	2	2%	6	7%	8	10%	83	100%

GRAFICO Nº 35

CLASIFICACION DEL MOTIVO DE CONSULTA POR RANGO DE EDAD Y SEXO DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN RAMON



El cuadro nº 39 y el grafico nº 35 muestran ya clasificados los motivos de consulta de acuerdo a los indicadores, en los que se puede apreciar que en un 81% son los problemas dentales los que más prevalecen en la población de estudio de la Unidad de Salud de San Ramón; seguido por la revisión/control con el 10%, en tercer lugar los problemas periodontales con un 7% y con un mínimo porcentaje los problemas mucofibrosos con un 2%. Observamos los problemas dentales prevalecen entre el sexo femenino en las edades de 5 a 11 años en un 17%, de 20 a 40 en un 12%. En el sexo masculino de 5 a 11 y de 20 a 40 en un 12%.

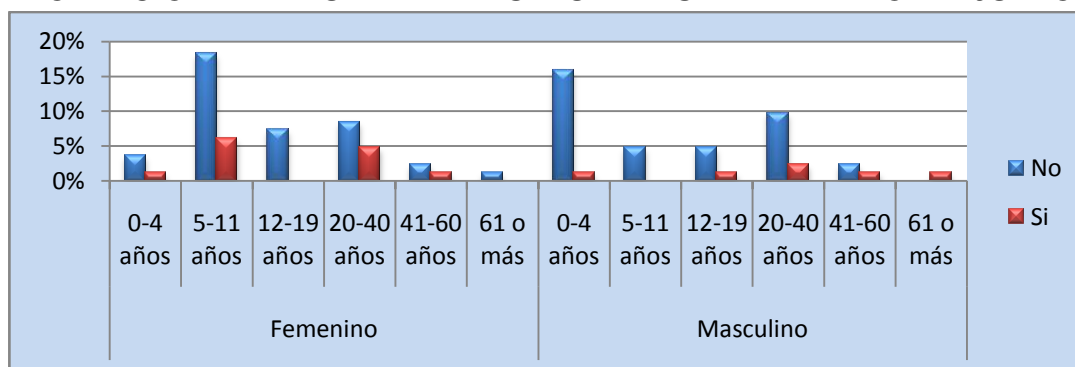
TABLA N° 40

LESIONES DE CARA Y CUELLO Y OSTEOMUCOFIBROSAS DE LA POBLACION DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN RAFAEL OBRAJUELO

¿Tiene Lesión?							
Sexo	Rango edad	No		Si		Total general	
Femenino	0-4 años	3	4%	1	1%	4	5%
	5-11 años	15	18%	5	6%	20	24%
	12-19 años	6	7%		0%	6	7%
	20-40 años	7	9%	4	5%	11	13%
	41-60 años	2	2%	1	1%	3	4%
	61 o más	1	1%		0%	1	1%
Total femenino		34	41%	11	13%	45	55%
Masculino	0-4 años	13	16%	1	1%	14	17%
	5-11 años	4	5%		0%	4	5%
	12-19 años	4	5%	1	1%	5	6%
	20-40 años	8	10%	2	2%	10	12%
	41-60 años	2	2%	1	1%	3	4%
	61 o más		0%	1	1%	1	1%
Total Masculino		31	38%	6	7%	37	45%
Total general		65	79%	17	21%	82	100%

GRAFICO N° 36

LESIONES DE CARA Y CUELLO Y OSTEOMUCOFIBROSAS DE LA POBLACION DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN RAFAEL OBRAJUELO



La tabla n° 40 y grafico n° 36 Corresponde a la población de la Unidad de Salud de San Rafael Obrajuelo la cual muestra que el 79% de la población no presenta ninguna lesión en cara, cuello y tejidos osteomucofibrosos y solamente un 21% de la población presenta lesiones.

TABLA N° 41

CUADRO RESUMEN DEL TIPO DE LESION OSTEOMUCOFIBROSAS PRESENTES POR ESTRUCTURA EN LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE LA UNIDAD SALUD DE SAN RAFAEL OBRAJUELO (Ver anexo 2)

Sexo	Estructura	Encías		Carrillo		Amígdalas		Paladar Duro		Piso De Boca		Labios		Cara y Cuello		Total general				
	Tipo de lesion	Eritroplasia		Leucoplasia		Eritroplasia		Exostosis		Exostosis		Eritroplasia Ulceraciones y/o Descamación		Ulceraciones y/o Descamación						
Total Femenino		0%	1	5%	1	5%	4	20%	2	10%		0%	1	5%	2	10%	1	5%	12	60%
Total Masculino	1	5%		0%		0%	1	5%	1	5%	1	5%		0%	3	15%	1	5%	8	40%
Total general	1	5%	1	5%	1	5%	5	25%	3	15%	1	5%	1	5%	5	25%	2	10%	20	100%

La tabla n° 41 muestra las lesiones por estructura de la población de la Unidad de Salud de San Rafael Obrajuelo sexo (Ver anexo 2), en el cual los labios presentaron lesiones eritroplásicas, ulceraciones y/o descamaciones en un 30% de la población total, seguido de las amígdalas con eritroplasia con un 25% de la población total.

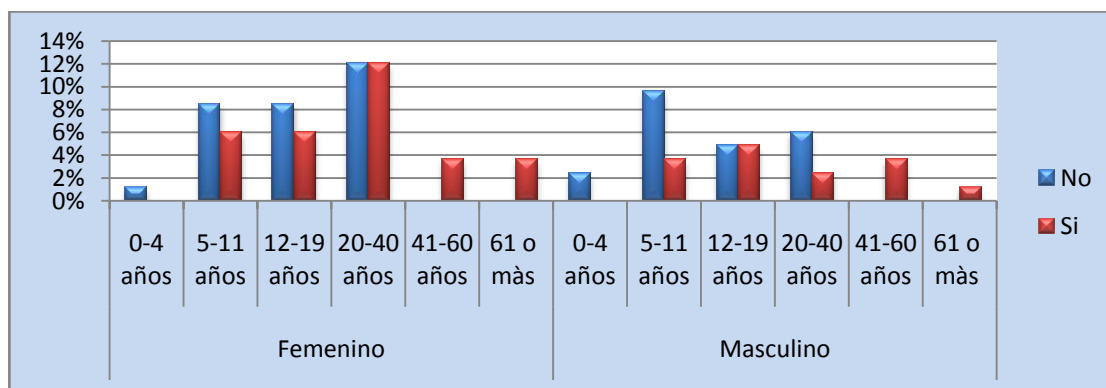
TABLA N° 42

LESIONES DE CARA Y CUELLO Y OSTEOMUCOFIBROSAS DE LA POBLACION DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN PEDRO MASAHUAT

¿ Tiene lesión?							
Sexo	Rango edad	No		Si		Total general	
Femenino	0-4 años	1	1%		0%	1	1%
	5-11 años	7	8%	5	6%	12	14%
	12-19 años	7	8%	5	6%	12	14%
	20-40 años	10	12%	10	12%	20	24%
	41-60 años		0%	3	4%	3	4%
	61 o más		0%	3	4%	3	4%
Total Femenino		25	30%	26	31%	51	61%
Masculino	0-4 años	2	2%		0%	2	2%
	5-11 años	8	10%	3	4%	11	13%
	12-19 años	4	5%	4	5%	8	10%
	20-40 años	5	6%	2	2%	7	8%
	41-60 años		0%	3	4%	3	4%
	61 o más		0%	1	1%	1	1%
Total Masculino		19	23%	13	16%	32	39%
Total general		44	53%	39	47%	83	100%

GRAFICO N° 37

LESIONES DE CARA Y CUELLO Y OSTEOMUCOFIBROSAS DE LA POBLACION DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN PEDRO MASAHUAT



La tabla n° 42 y gráfico n° 37 Corresponde a la población de la Unidad de Salud de San Pedro Masahuat la cual muestra que el 53% de la población no presenta ninguna lesión en cara, cuello y tejido osteomucofibroso y el 47% de la población presenta lesiones.

TABLA N° 43

CUADRO RESUMEN DEL TIPO DE LESION OSTEOMUCOFIBROSAS PRESENTES POR ESTRUCTURA EN LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE UNIDAD SALUD DE SAN PEDRO MASAHUAT (Ver anexo N° 3)

Sexo	Estructura	Encías		Carrillo				Amígdalas		Paladar duro		Paladar blando		Labios		Cara y cuello		Total										
		Complicación post quirúrgica	Eritroplasia	Eritroplasia	Leucoplasia	Ulceraciones y/o Descamación	Eritroplasia	Eritroplasia	Exostosis	Ulceraciones y/o Descamación	Eritroplasia	Leucoplasia	Eritroplasia	Leucoplasia	Eritroplasia													
Total Femenino		1	1%	2	2%	3	4%		0%	2	2%	14	17%	1	1%	5	6%		0%	1	1%	3	4%	2	2%	2	8	65%
Total Masculino			0%		0%	5	6%	1	1%	1	1%	3	4%		0%	3	4%	1	1%	1	1%	1	1%	1	1%	1	5	35%
Total general		1	1%	2	2%	8	10%	1	1%	3	4%	17	20%	1	1%	8	10%	1	1%	2	2%	4	5%	3	4%	4	3	100%

La tabla n° 43 muestra las lesiones por estructura de la población de la Unidad de Salud de San Pedro Masahuat por y sexo (Ver anexo 3), y se observa que la estructura más afectada son las amígdalas con un 20%, en segundo orden están los carrillos con eritroplasia, leucoplasia, ulceraciones y/o descamación con n 15%, y en un tercer lugar paladar duro con eritroplasia y exostosis con un 11%, seguido de labios, cara y cuello, encías y paladar blando que presentaban lesiones como:eritroplasia, leucoplasia y complicación post quirúrgica.

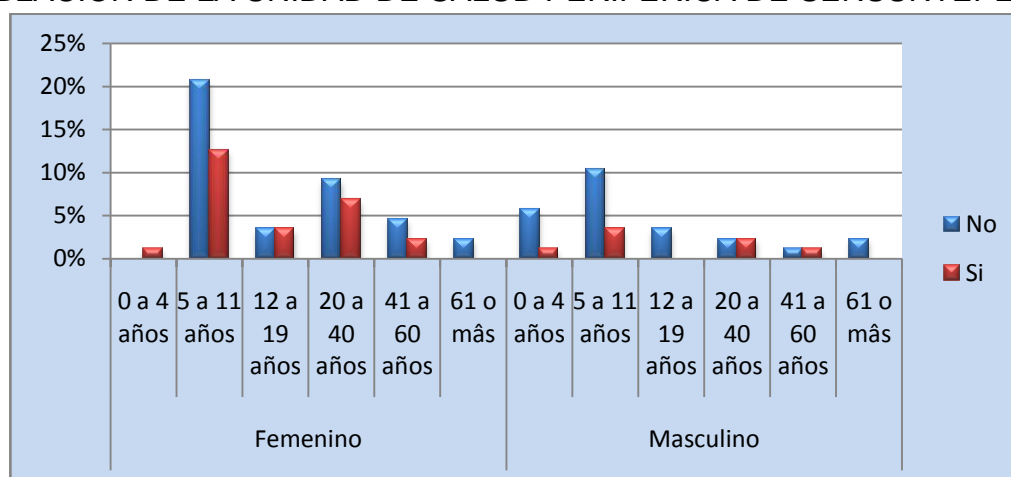
TABLA ° 44

LESIONES DE CARA Y CUELLO Y OSTEOMUCOFIBROSAS DE LA POBLACION DE LA UNIDAD DE SALUD PERIFERICA DE SENSUNTEPEQUE

¿Tiene Lesión?							
Sexo	Rango edad	No		Si		Total general	
Femenino	0 a 4 años		0%	1	1%	1	1%
	5 a 11 años	18	21%	11	13%	29	33%
	12 a 19 años	3	3%	3	3%	6	7%
	20 a 40 años	8	9%	6	7%	14	16%
	41 a 60 años	4	5%	2	2%	6	7%
	61 o más	2	2%		0%	2	2%
Total Femenino		35	40%	23	26%	58	67%
Masculino	0 a 4 años	5	6%	1	1%	6	7%
	5 a 11 años	9	10%	3	3%	12	14%
	12 a 19 años	3	3%		0%	3	3%
	20 a 40 años	2	2%	2	2%	4	5%
	41 a 60 años	1	1%	1	1%	2	2%
	61 o más	2	2%		0%	2	2%
Total Masculino		22	25%	7	8%	29	33%
Total general		57	66%	30	34%	87	100%

GRAFICO N° 38

LESIONES DE CARA Y CUELLO Y OSTEOMUCOFIBROSAS DE LA POBLACION DE LA UNIDAD DE SALUD PERIFERICA DE SENSUNTEPEQUE



La tabla n° 44 y gráfico n° 38 muestran a la población de la Unidad de Salud de Sensuntepeque la cual muestra que el 66% de la población no presenta ninguna lesión y solo un 34% de la población presenta lesiones.

TABLA N° 45

CUADRO RESUMEN DEL TIPO DE LESION OSTEOMUCOFIBROSA PRESENTES POR ESTRUCTURA EN LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE SALUD PERIFERICA DE SENSUNTEPEQUE (Ver anexo N° 4)

Lesiones presentes por edad y sexo.																								
Sexo	Encías						Carrillo						Alveolo		Amígdalas		Paladar duro		Labios		TOTAL			
	Eritroplasia	Tumoraciones		Ulceraciones y/o descamación		Eritroplasia	Leucoplasia		Tumoraciones		Ulceraciones y/o Descamación		Complicación postquirúrgica	Eritroplasia	Exostosis		Ulceraciones y/o Descamación							
Total Femenino	8	23%	7	20%	1	3%	1	3%	0%	2	6%	1	3%	0%	3	9%	1	3%	3	9%	27	77%		
Total Masculino	3	9%	2	6%		0%		0%	1	3%		0%	1	3%	1	3%		0%		0%	8	23%		
Total general	11	31%	9	26%	1	3%	1	3%	1	3%	2	6%	2	6%	1	3%	3	9%	1	3%	3	9%	35	100%

La tabla n° 47 muestra las lesiones por estructura de la población de la Unidad de Salud de San Sensuntepeque agrupadas por sexo, y se observa que la estructura más afectada son las encías, presentando diversas lesiones como: eritroplasia, tumoraciones, ulceraciones y/o descamaciones en un total del 60%; seguida del carrillo con lesiones como eritroplasia, leucoplasia, tumoraciones y ulceraciones y/o descamaciones con un 18% (ver anexo 4).

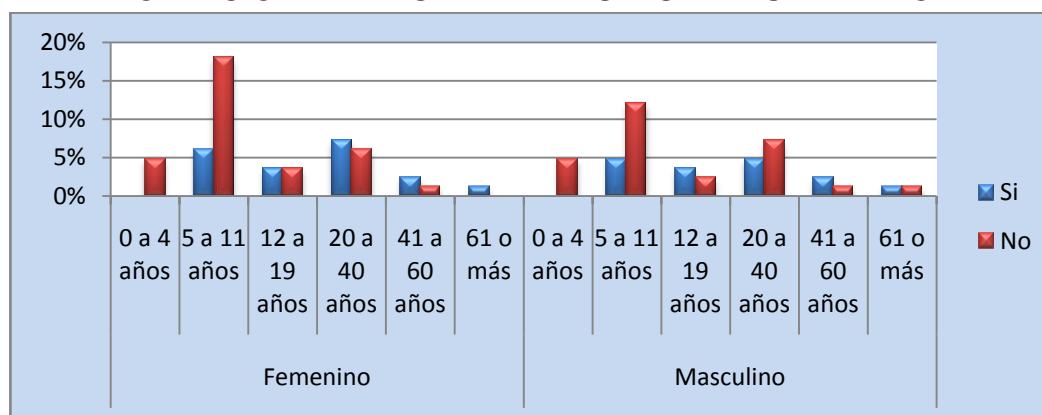
TABLA N° 46

LESIONES DE CARA Y CUELLO Y OSTEOMUCOFIBROSAS DE LA POBLACION DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN RAMON

¿Tiene lesión?							
Sexo	Rango edad	No		Si		Total general	
Femenino	0 a 4 años	4	5%		0%	4	5%
	5 a 11 años	15	18%	5	6%	20	24%
	12 a 19 años	3	4%	3	4%	6	7%
	20 a 40 años	5	6%	6	7%	11	13%
	41 a 60 años	1	1%	2	2%	3	4%
	61 o más		0%	1	1%	1	1%
Total Femenino		28	34%	17	20%	45	54%
Masculino	0 a 4 años	4	5%		0%	4	5%
	5 a 11 años	12	14%	4	5%	16	19%
	12 a 19 años		0%	3	4%	3	4%
	20 a 40 años	6	7%	4	5%	10	12%
	41 a 60 años	1	1%	2	2%	3	4%
	61 o más	1	1%	1	1%	2	2%
Total Masculino		24	29%	14	17%	38	46%
Total general		52	63%	31	37%	83	100%

GRAFICO N° 39

LESIONES DE CARA Y CUELLO Y OSTEOMUCOFIBROSAS DE LA POBLACION DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN RAMON



La tabla n° 46 y gráfico n° 39 muestran a la población de la Unidad de Salud de San Ramón la cual muestra que el 63% de la población no presenta ninguna lesión en cara, cuello y tejidos osteomucofibrosos y solo un 37% de la población presenta lesiones.

TABLA Nº 47

CUADRO RESUMEN DEL TIPO DE LESION OSTEOMUCOFIBROSA PRESENTES POR ESTRUCTURA EN LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN RAMON (Ver anexo 5)

Lesiones presentes por estructura																									
Sexo	Estructura	Encía				Carrillo				Amígdalas				Paladar Duro				Labios		Cara y Cuello				Total general	
		Tipo de lesión		Tumoraciones	Ulceraciones y/o Descamación	Eritroplasia	Ulceraciones y/o Descamación	Eritroplasia	Tumoraciones	Eritroplasia	Tumoraciones	Eritroplasia	Exostosis	Eritroplasia	Exostosis	Eritroplasia	Tumoraciones	Ulceraciones y/o Descamación							
Total Femenino		1	3%	2	6%	1	3%	6	18%	1	3%	1	3%		0%	3	9%	1	3%	2	6%		0%	18	55%
Total Masculino			0%	1	3%		0%	9	27%	1	3%		0%	1	3%		0%		0%		0%	2	6%	5	15%
Total general		1	3%	3	9%	1	3%	15	45%	2	6%	1	3%	1	3%	3	9%	1	3%	2	6%	2	6%	33	100%

La tabla nº 47 muestra las lesiones por estructura de la población de la Unidad de Salud de San Ramón por sexo, y se observa que la estructura más afectada son los carrillos con eritroplasia y ulceración y/o descamación con un 48%, seguido de: Cara y cuello, encías, paladar duro, que presentaban lesiones como: eritroplasia, tumoraciones, ulceraciones y/o descamaciones y en paladar duro exostosis. las 3 estructuras con un 12% del total de pacientes con lesiones presentes (ver anexo 5).

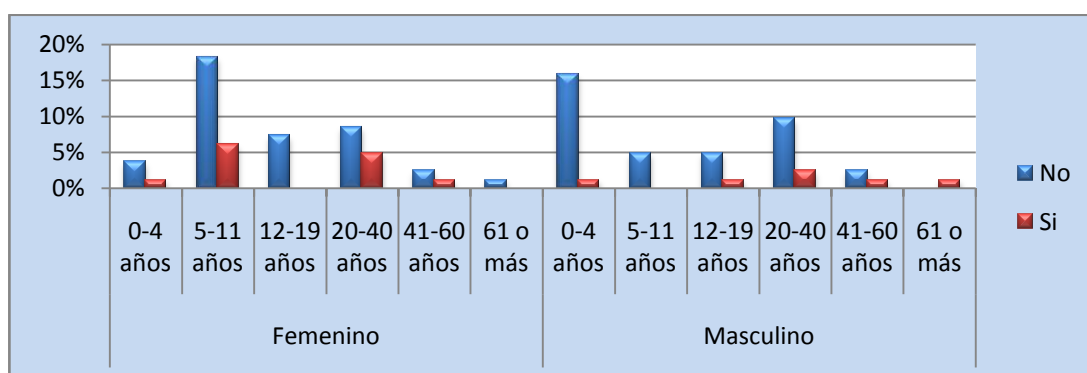
TABLA N° 48

INDICE DE PLACA BACTERIANA DE LA POBLACION DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN RAFAEL OBRAJUELO

Índice de placa bacteriana											
Sexo	Rango edad	Buen estado		Condición Leve		Condición moderada		Condición Severa		Total general	
Femenino	0-4 años	2	2%	2	2%		0%		0%	4	5%
	5-11 años		0%	13	16%	7	9%		0%	20	24%
	12-19 años	4	5%	1	1%	1	1%		0%	6	7%
	20-40 años	3	4%	6	7%	2	2%		0%	11	13%
	41-60 años		0%		0%	3	4%		0%	3	4%
	61 o más años		0%		0%		0%	1	1%	1	1%
Total femenino		9	11%	22	27%	13	16%	1	1%	45	55%
Masculino	0-4 años	3	4%	5	6%	6	7%		0%	14	17%
	5-11 años	1	1%	1	1%	2	2%		0%	4	5%
	12-19 años	1	1%	3	4%	1	1%		0%	5	6%
	20-40 años	1	1%	4	5%	4	5%	1	1%	10	12%
	41-60 años		0%		0%	3	4%		0%	3	4%
	61 o más años		0%		0%	1	1%		0%	1	1%
Total Masculino		6	7%	13	16%	17	21%	1	1%	37	45%
Total general		15	18%	35	43%	30	37%	2	2%	82	100%

GRAFICO N° 40

INDICE DE PLACA BACTERIANA DE LA POBLACION DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN RAFAEL OBRAJUELO

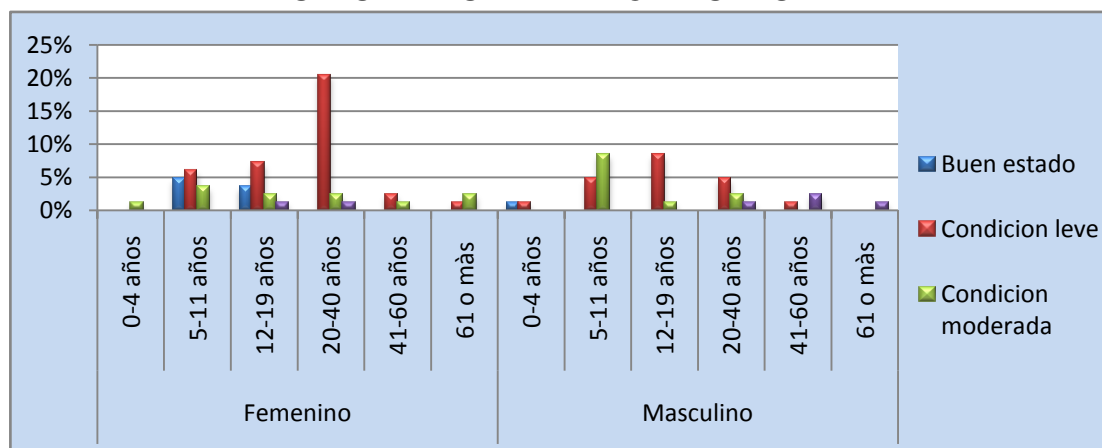


La tabla n° 48 y el gráfico n° 40 muestran el índice de placa bacteriana de la población de la Unidad de Salud de San Rafael Obrajuelo, puede observarse que es la condición leve la más frecuente, para el sexo femenino en un 27%, y condición moderada para el sexo masculino con 21%.

TABLA N° 49
INDICE DE PLACA BACTERIANA DE LA POBLACION DE LA UNIDAD DE
SALUD DE SAN PEDRO MASAHUAT

Índice de placa bacteriana											
Sexo	Rango edad	Buen estado		Condición leve		Condición moderada		Condición severa		Total general	
Femenino	0-4 años		0%		0%	1	1%		0%	1	1%
	5-11 años	4	5%	5	6%	3	4%		0%	12	14%
	12-19 años	3	4%	6	7%	2	2%	1	1%	12	14%
	20-40 años		0%	17	20%	2	2%	1	1%	20	24%
	41-60 años		0%	2	2%	1	1%		0%	3	4%
	61 o más		0%	1	1%	2	2%		0%	3	4%
Total Femenino		7	8%	31	37%	11	13%	2	2%	51	61%
Masculino	0-4 años	1	1%	1	1%		0%		0%	2	2%
	5-11 años		0%	4	5%	7	8%		0%	11	13%
	12-19 años		0%	7	8%	1	1%		0%	8	10%
	20-40 años		0%	4	5%	2	2%	1	1%	7	8%
	41-60 años		0%	1	1%		0%	2	2%	3	4%
	61 o más		0%		0%		0%	1	1%	1	1%
Total Masculino		1	1%	17	20%	10	12%	4	5%	32	39%
Total general		8	10%	48	58%	21	25%	6	7%	83	100%

GRAFICO N° 41
INDICE DE PLACA BACTERIANA DE LA POBLACION DE LA UNIDAD DE
SALUD DE SAN PEDRO MASAHUAT



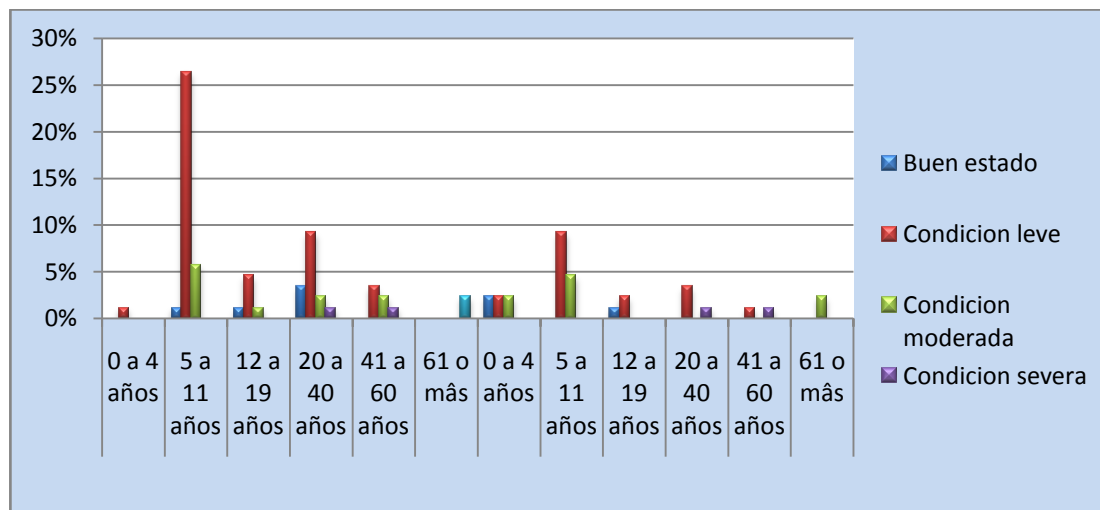
La tabla n° 49 y el gráfico n° 41 muestran el índice de placa bacteriana de la población de la Unidad de Salud de San Pedro Masahuat, puede observarse que es la condición leve la más frecuente tanto para el sexo femenino con un 37%, como para el sexo masculino con 20%, en total el 58% presento dicha condición leve.

TABLA N° 50
INDICE DE PLACA BACTERIANA DE LA POBLACION DE LA UNIDAD DE
SALUD PERIFERICA DE SENSUNTEPEQUE

Índice de placa bacteriana													
Sexo	Rango edad	Buen estado		Condición Leve		Condición moderada		Condición Severa		No Evaluable		Total general	
Femenino	0 a 4 años		0%	1	1%		0%		0%		0%	1	1%
	5 a 11 años	1	1%	23	26%	5	6%		0%		0%	29	33%
	12 a 19 años	1	1%	4	5%	1	1%		0%		0%	6	7%
	20 a 40 años	3	3%	8	9%	2	2%	1	1%		0%	14	16%
	41 a 60 años		0%	3	3%	2	2%	1	1%		0%	6	7%
	61 o más		0%		0%		0%		0%	2	2%	2	2%
Total Femenino		5	6%	39	45%	10	11%	2	2%	2	2%	58	67%
Masculino	0 a 4 años	2	2%	2	2%	2	2%		0%		0%	6	7%
	5 a 11 años		0%	8	9%	4	5%		0%		0%	12	14%
	12 a 19 años	1	1%	2	2%		0%		0%		0%	3	3%
	20 a 40 años		0%	3	3%		0%	1	1%		0%	4	5%
	41 a 60 años		0%	1	1%		0%	1	1%		0%	2	2%
	61 o más		0%		0%	2	2%		0%		0%	2	2%
Total Masculino		3	3%	16	18%	8	9%	2	2%		0%	29	33%
Total general		8	9%	55	63%	18	21%	4	5%	2	2%	87	100%

GRAFICO N° 42

INDICE DE PLACA BACTERIANA DE LA POBLACION DE LA UNIDAD DE
SALUD PERIFERICA DE SENSUNTEPEQUE



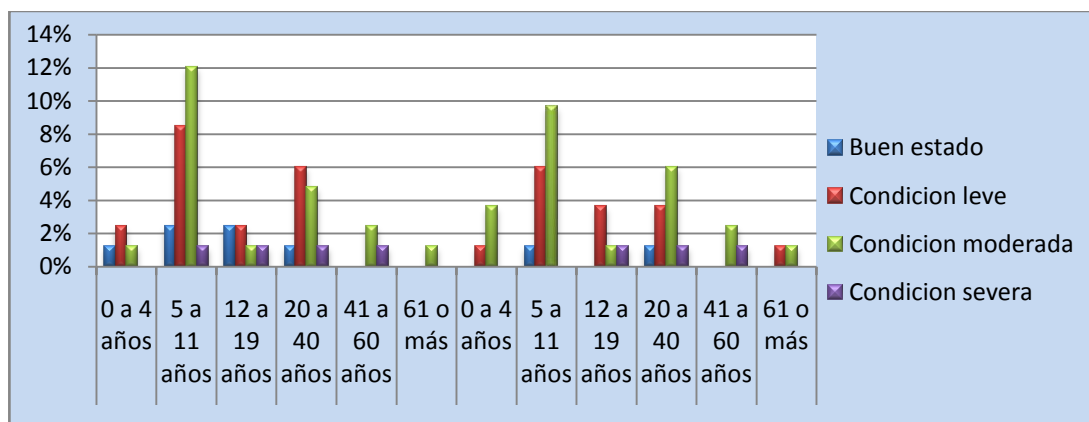
La tabla n° 50 y el gráfico n° 42 muestran el índice de placa bacteriana de la población de la Unidad de Salud de Sensuntepeque, puede observarse que es la condición leve la más frecuente, para ambos sexos, para el sexo femenino en un 45%, para el sexo masculino con un 18%, en total el 63% presentó dicha condición leve.

TABLA Nº 51
INDICE DE PLACA BACTERIANA DE LA POBLACION DE LA UNIDAD DE
SALUD DE SAN RAMON

Índice de placa bacteriana											
Sexo	Rango edad	Buen estado		Condición Leve		Condición moderada		Condición Severa		Total general	
Femenino	0 a 4 años	1	1%	2	2%	1	1%		0%	4	5%
	5 a 11 años	2	2%	7	8%	10	12%	1	1%	20	24%
	12 a 19 años	2	2%	2	2%	1	1%	1	1%	6	7%
	20 a 40 años	1	1%	5	6%	4	5%	1	1%	11	13%
	41 a 60 años		0%		0%	2	2%	1	1%	3	4%
	61 o más		0%		0%	1	1%		0%	1	1%
Total Femenino		6	7%	16	19%	19	23%	4	5%	45	54%
Masculino	0 a 4 años		0%	1	1%	3	4%		0%	4	5%
	5 a 11 años	1	1%	5	6%	8	10%		0%	14	17%
	12 a 19 años		0%	3	4%	1	1%	1	1%	5	6%
	20 a 40 años	1	1%	3	4%	5	6%	1	1%	10	12%
	41 a 60 años		0%		0%	2	2%	1	1%	3	4%
	61 o más		0%	1	1%	1	1%		0%	2	2%
Total Masculino		2	2%	13	16%	20	24%	3	4%	38	46%
Total general		8	10%	29	35%	39	47%	7	8%	83	100%

GRAFICO Nº 43

INDICE DE PLACA BACTERIANA DE LA POBLACION DE LA UNIDAD DE
SALUD DE SAN RAMON



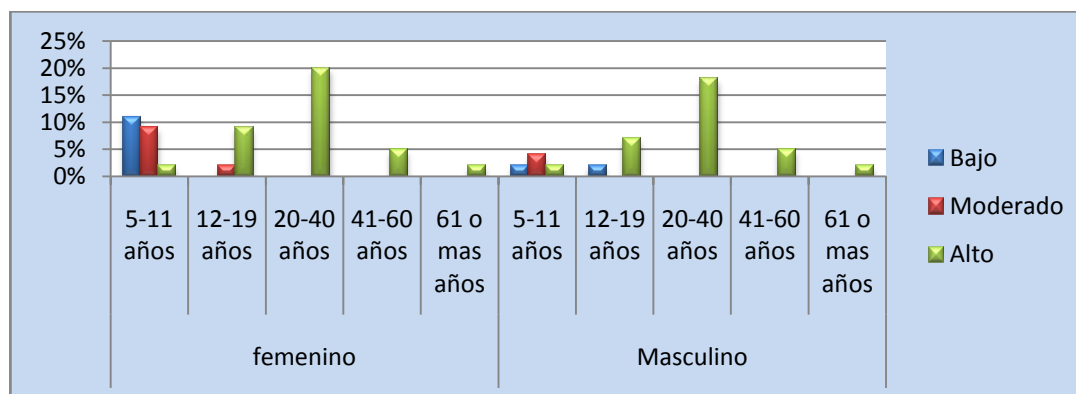
La tabla nº 51 y el gráfico nº 43 muestran el índice de placa bacteriana de la población de la Unidad de Salud de San Ramón, puede observarse que es la condición moderada para ambos sexo, el sexo femenino en un 23%, y el sexo masculino con el 24%.

TABLA N° 52
NIVEL DE CPO/D QUE PRESENTA LA POBLACION DE LA UNIDAD DE SALUD
DE SAN RAFAEL OBRAJUELO SEGÚN CLASIFICACION INDIVIDUAL
UTILIZADA EN LA FOUES

		Nivel CPO/D							
Sexo	Rango edad	Bajo		Moderado		Alto		Total general	
Femenino	5-11 años	6	11%	5	9%	1	2%	12	21%
	12-19 años		0%	1	2%	5	9%	6	11%
	20-40 años		0%		0%	11	20%	11	20%
	41-60 años		0%		0%	3	5%	3	5%
	61 o más años		0%		0%	1	2%	1	2%
Total femenino		6	11%	6	11%	21	38%	33	59%
Masculino	5-11 años	1	2%	2	4%	1	2%	4	7%
	12-19 años	1	2%		0%	4	7%	5	9%
	20-40 años		0%		0%	10	18%	10	18%
	41-60 años		0%		0%	3	5%	3	5%
	61 o más años		0%		0%	1	2%	1	2%
Total Masculino		2	4%	2	4%	19	34%	23	41%
Total general		8	14%	8	14%	40	71%	56	100%

GRAFICO N° 44

NIVEL DE CPO/D QUE PRESENTA LA POBLACION DE LA UNIDAD DE SALUD
DE SAN RAFAEL OBRAJUELO SEGÚN CLASIFICACION INDIVIDUAL
UTILIZADA EN LA FOUES



La tabla n° 52 y el gráfico n° 44 muestran el nivel de CPO/D de la población de la Unidad de Salud de San Rafael Obrajuelo, se observa que el 71% presenta un nivel alto, del cual 38% es femenino y el 34% para sexo masculino y el rango de edad más afectado es el de 20 a 40 años. Aclaración de las 8 niñas faltantes en el rango de edad de 5 a 11 años, no se cuantificaron en este nivel por ausencia de piezas permanentes.

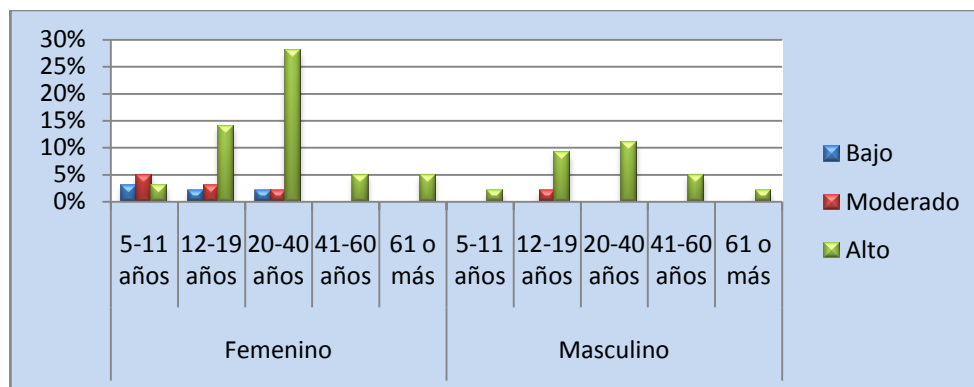
TABLA N° 53

NIVEL DE CPO/D QUE PRESENTA LA POBLACION DE LA UNIDAD SALUD DE SAN PEDRO MASAHUAT SEGÚN LA CLASIFICACION INDIVIDUAL UTILIZADA EN LA FOUES

Nivel CPOD									
Sexo	Rango edad	Bajo		Moderado		Alto		Total general	
Femenino	5-11 años	2	3%	3	5%	2	3%	7	11%
	12-19 años	1	2%	2	3%	9	14%	12	19%
	20-40 años	1	2%	1	2%	18	28%	20	31%
	41-60 años		0%		0%	3	5%	3	5%
	61 o más		0%		0%	3	5%	3	5%
Total Femenino		4	6%	6	9%	35	55%	45	70%
Masculino	5-11 años		0%		0%	1	2%	1	2%
	12-19 años		0%	1	2%	6	9%	7	11%
	20-40 años		0%		0%	7	11%	7	11%
	41-60 años		0%		0%	3	5%	3	5%
	61 o más		0%		0%	1	2%	1	2%
Total Masculino			0%	1	2%	18	28%	19	30%
Total general		4	6%	7	11%	53	83%	64	100%

GRAFICO N° 45

NIVEL DE CPO/D QUE PRESENTA LA POBLACION DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN PEDRO MASAHUAT SEGÚN CLASIFICACION INDIVIDUAL UTILIZADA EN LA FOUES



La tabla n° 53 y el gráfico n° 45 muestran el nivel de CPO/D de la población de la Unidad de Salud de San Pedro Masahuat, se observa que el 83% presenta un nivel alto, del cual 55% es femenino y el 28% y para sexo masculino y el rango de edad más afectado es el de 20 a 40 años. Aclaración de las 5 niñas faltantes en el rango de edad de 5 a 11 años, no se cuantifico en este nivel por ausencia de piezas permanentes.

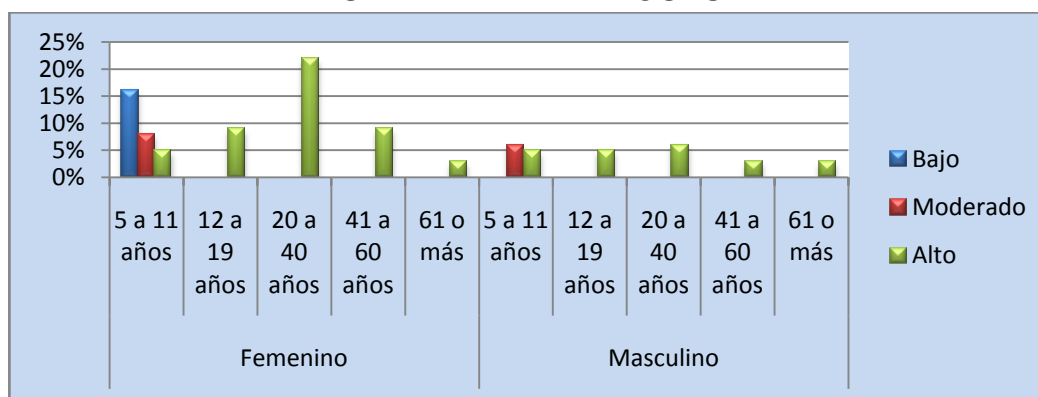
TABLA N° 54

NIVEL DE CPO/D QUE PRESENTA LA POBLACION DE LA UNIDAD DE SALUD PERIFERICA DE SENSUNTEPEQUE SEGÚN CLASIFICACION INDIVIDUAL UTILIZADA EN LA FOUES

Nivel CPO/D									
Sexo	Rango edad	Bajo		Moderado		Alto		Total general	
Femenino	5 a 11 años	10	16%	5	8%	3	5%	18	28%
	12 a 19 años		0%		0%	6	9%	6	9%
	20 a 40 años		0%		0%	14	22%	14	22%
	41 a 60 años		0%		0%	6	9%	6	9%
	61 o más		0%		0%	2	3%	2	3%
Total Femenino		10	16%	5	8%	31	48%	46	72%
Masculino	5 a 11 años		0%	4	6%	3	5%	7	11%
	12 a 19 años		0%		0%	3	5%	3	5%
	20 a 40 años		0%		0%	4	6%	4	6%
	41 a 60 años		0%		0%	2	3%	2	3%
	61 o más		0%		0%	2	3%	2	3%
Total Masculino			0%	4	6%	14	22%	18	28%
Total general		10	16%	9	14%	45	70%	64	100%

GRAFICO N° 46

NIVEL DE CPO/D QUE PRESENTA LA POBLACION DE LA UNIDAD DE SALUD PERIFERICA DE SENSUNTEPEQUE SEGÚN CLASIFICACION INDIVIDUAL UTILIZADA EN LA FOUES



La tabla n° 54 y el gráfico n° 46 muestran el nivel de CPO/D de la población de la Unidad de Salud de Sensuntepeque, se observa que el 70% presenta un nivel alto, del cual 48% es femenino y el 22% para el sexo masculino y el rango de edad más afectado es el de 20 a 40 años. Aclaración las 11 niñas faltantes en el rango de edad de 5 a 11 años, no se cuantificó en este nivel por ausencia de piezas permanentes.

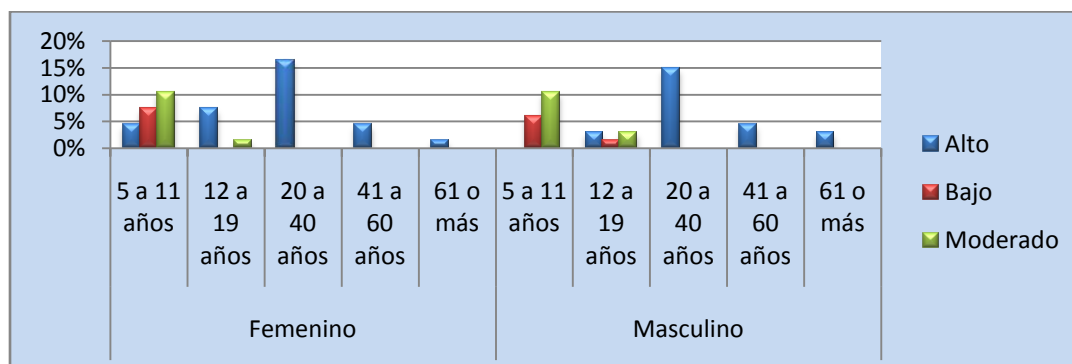
TABLA Nº 55

NIVEL DE CPO/D QUE PRESENTA LA POBLACION DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN RAMON SEGÚN CLASIFICACION INDIVIDUAL UTILIZADA EN LA FOUES

Nivel CPOD									
Sexo	Rango edad	Alto		Bajo		Moderado		Total general	
Femenino	5 a 11 años	3	4%	5	7%	7	10%	15	22%
	12 a 19 años	5	7%		0%	1	1%	6	9%
	20 a 40 años	11	16%		0%		0%	11	16%
	41 a 60 años	3	4%		0%		0%	3	4%
	61 o más	1	1%		0%		0%	1	1%
Total Femenino		23	34%	5	7%	8	12%	36	54%
Masculino	5 a 11 años		0%	4	6%	7	10%	11	16%
	12 a 19 años	2	3%	1	1%	2	3%	5	7%
	20 a 40 años	10	15%		0%		0%	10	15%
	41 a 60 años	3	4%		0%		0%	3	4%
	61 o más	2	3%		0%		0%	2	3%
Total Masculino		17	25%	5	7%	9	13%	31	46%
Total general		40	60%	10	15%	17	25%	67	100%

GRAFICO Nº 47

NIVEL DE CPO/D QUE PRESENTA LA POBLACION DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN RAMON SEGÚN CLASIFICACION INDIVIDUAL UTILIZADA EN LA FOUES



La tabla nº 55 y el gráfico nº 47 muestran el nivel de CPO/D de la población de la Unidad de Salud de San Ramón, se observa que el 60% presenta un nivel alto, del cual 34% es femenino y el 25% para el sexo masculino y el rango de edad más afectado es el de 20 a 40 años para ambos sexos. Aclaración las 5 niñas faltantes y los 3 niños faltantes en el rango de edad de 5 a 11 años, no se cuantificaron en este nivel por ausencia de piezas permanentes.

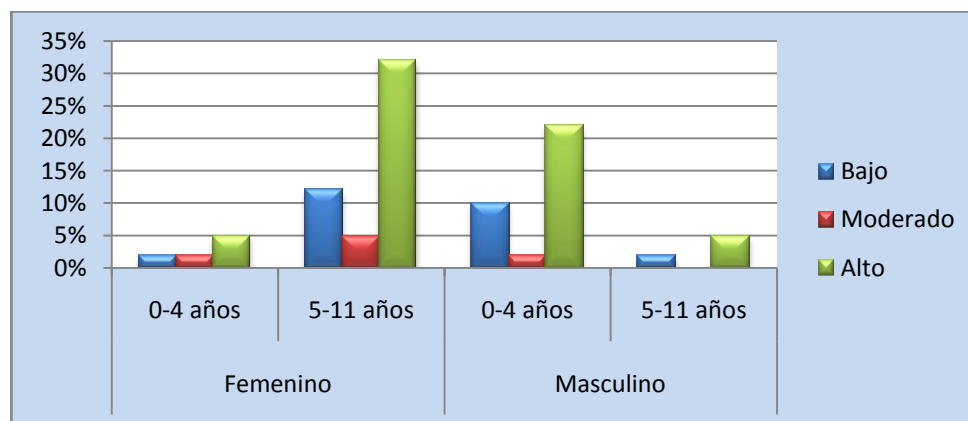
TABLA N° 56

NIVEL DE ceo/d QUE PRESENTA LA POBLACION DE LA UNIDAD SALUD DE SAN RAFAEL OBRAJUELO SEGÚN CLASIFICACION INDIVIDUAL UTILIZADA EN LA FOUES

Nivel ceo/d									
Sexo	Rango edad	Bajo		Moderado		Alto		Total general	
Femenino	0-4 años	1	2%	1	2%	2	5%	4	10%
	5-11 años	5	12%	2	5%	13	32%	20	49%
Total femenino		6	15%	3	7%	15	37%	24	59%
Masculino	0-4 años	4	10%	1	2%	9	22%	14	34%
	5-11 años	1	2%		0%	2	5%	3	7%
Total Masculino		5	12%	1	2%	11	27%	17	41%
Total general		11	27%	4	10%	26	63%	41	100%

GRAFICO N° 48

NIVEL DE ceo/d QUE PRESENTA LA POBLACION DE LA UNIDAD SALUD DE SAN RAFAEL OBRAJUELO SEGÚN CLASIFICACION INDIVIDUAL UTILIZADA EN LA FOUES



La tabla n° 56 y el gráfico n° 48 muestra el nivel de ceo/d de la población de la Unidad de Salud de San Rafael Obrajuelo, se tiene que el nivel más frecuente es alto para ambos sexos con el 63% y el rango de edad más afectado es el de 5 a 11 años para el sexo femenino con un 32% y de 0 a 4 años para el sexo masculino con un 22%. Aclaración el sujeto faltante en el rango de edad de 5 a 11 años no se cuantificó en este nivel por la ausencia de piezas deciduas.

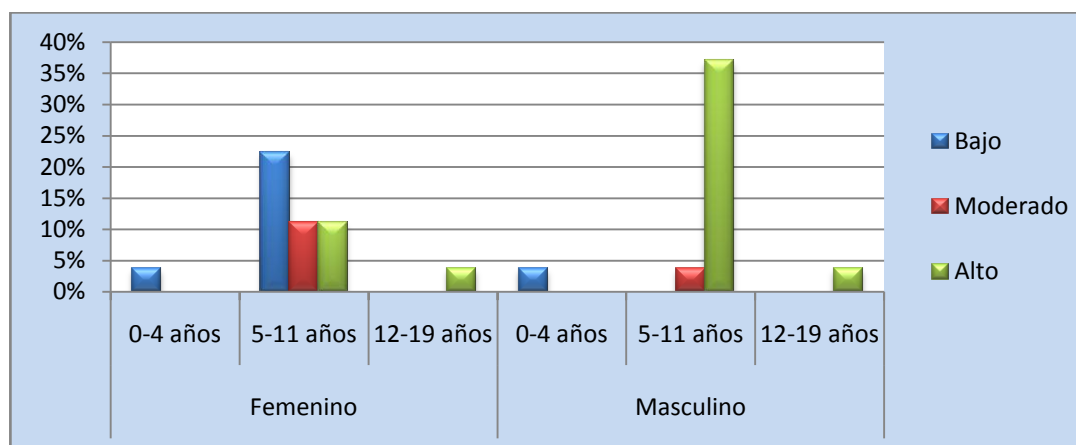
TABLA N° 57

NIVEL DE ceo/d QUE PRESENTA LA POBLACION DE LA SALUD UNIDAD DE SALUD DE SAN PEDRO MASAHUAT SEGUN LA CLASIFICACION INDIVIDUAL UTILIZADA EN LA FOUES

Nivel ceo/d									
Sexo	Rango edad	Bajo		Moderado		Alto		Total general	
Femenino	0-4 años	1	4%		0%		0%	1	4%
	5-11 años	6	22%	3	11%	3	11%	12	44%
	12-19 años		0%		0%	1	4%	1	4%
Total Femenino		7	26%	3	11%	4	15%	14	52%
Masculino	0-4 años	1	4%		0%		0%	1	4%
	5-11 años		0%	1	4%	10	37%	11	41%
	12-19 años		0%		0%	1	4%	1	4%
Total Masculino		1	4%	1	4%	11	41%	13	48%
Total general		8	30%	4	15%	15	56%	27	100%

GRAFICO N° 49

NIVEL DE ceo/d QUE PRESENTA LA POBLACION DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN PEDRO MASAHUAT SEGÚN CLASIFICACION INDIVIDUAL UTILIZADA EN LA FOUES



La tabla n° 57 y el gráfico n° 49 muestra el nivel de ceo/d de la población de la Unidad de Salud de San Pedro Masahuat, se tiene que el nivel más frecuente es alto para ambos sexos con el 56% y el rango de edad más afectado es el de 5 a 11 para ambos sexos; el sexo femenino con un 11% y el sexo masculino con un 37%.

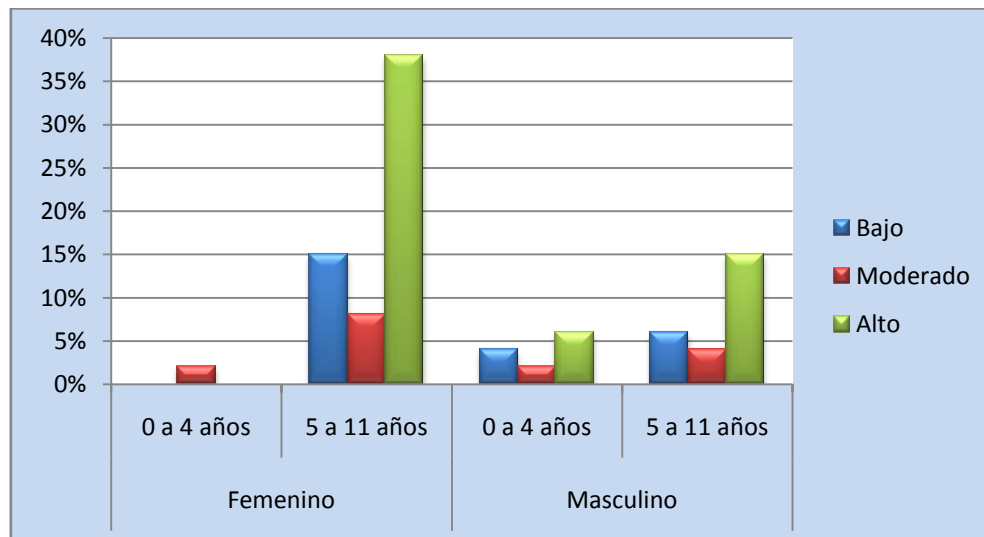
TABLA N° 58

NIVEL DE ceo/d QUE PRESENTA LA POBLACION DE LA UNIDAD DE SALUD PERIFERICA DE SENSUNTEPEQUE SEGÚN CLASIFICACION INDIVIDUAL UTILIZADA EN LA FOUES

Nivel ceo/d									
Sexo	Rango edad	Bajo		Moderado		Alto		Total general	
Femenino	0 a 4 años		0%	1	2%		0%	1	2%
	5 a 11 años	7	15%	4	8%	18	38%	29	60%
Total Femenino		7	15%	5	10%	18	38%	30	63%
Masculino	0 a 4 años	2	4%	1	2%	3	6%	6	13%
	5 a 11 años	3	6%	2	4%	7	15%	12	25%
Total Masculino		5	10%	3	6%	10	21%	18	38%
Total general		12	25%	8	17%	28	58%	48	100%

GRAFICO N° 50

NIVEL DE ceo/d QUE PRESENTA LA POBLACION DE LA UNIDAD DE SALUD PERIFERICA DE SENSUNTEPEQUE



La tabla n° 59 y el gráfico n° 51 muestra el nivel de ceo/d de la población de la Unidad de Salud de Sensuntepeque, se tiene que el nivel más frecuente es alto para ambos sexos con un 58% y el rango de edad más afectado es el de 5 a 11 años para ambos sexos; el sexo femenino con un 38% y el sexo masculino con un 15%.

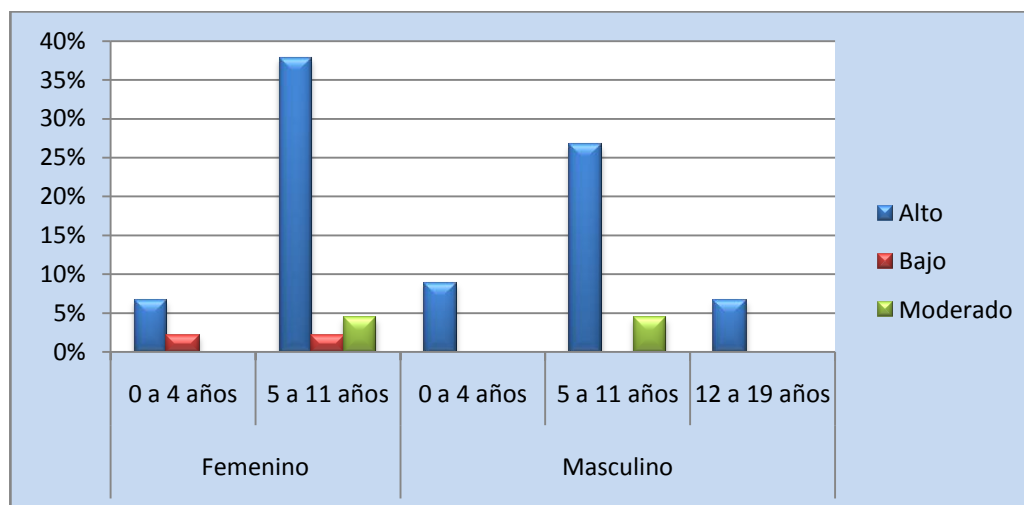
TABLA N° 59

NIVEL DE ceo/d QUE PRESENTA LA POBLACION DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN RAMON SEGÚN CLASIFICACION INDIVIDUAL UTILIZADA EN LA FOUES

Nivel ceo/d									
Sexo	Rango edad	Alto		Bajo		Moderado		Total general	
Femenino	0 a 4 años	3	7%	1	2%		0%	4	9%
	5 a 11 años	17	38%	1	2%	2	4%	20	44%
Total Femenino		20	44%	2	4%	2	4%	24	53%
Masculino	0 a 4 años	4	9%		0%		0%	4	9%
	5 a 11 años	12	27%		0%	2	4%	14	31%
	12 a 19 años	3	7%		0%		0%	3	7%
Total Masculino		19	42%		0%	2	4%	21	47%
Total general		39	87%	2	4%	4	9%	45	100%

GRAFICO N° 51

NIVEL DE ceo/d QUE PRESENTA LA POBLACION DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN RAMON



La tabla n° 58 y el gráfico n° 50 muestra el nivel de ceo/d de la población de la Unidad de San Ramón, se tiene que el nivel más frecuente es alto para ambos sexos con el 87% y el rango de edad más afectado es el de 5 a 11 años para ambos sexos; el sexo femenino con el 38% y el sexo masculino con el 27%. Aclaración los 2 niños faltantes en el rango de edad de 12 a 19 años no se cuantificaron por la ausencia de piezas deciduas.

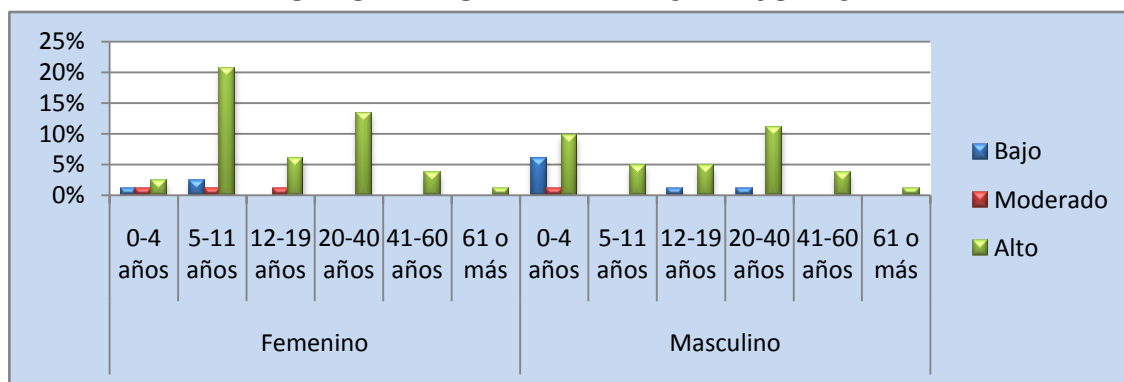
TABLA N° 60

NIVEL DE CPO/D-ceo/d DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD SALUD DE SAN RAFAEL OBRAJUELO SEGÚN CLASIFICACION INDIVIDUAL UTILIZADA EN LA FOUES

Nivel de CPO/D -ceo/d									
Sexo	Rango edad	Bajo		Moderado		Alto		Total general	
Femenino	0-4 años	1	1%	1	1%	2	2%	4	5%
	5-11 años	2	2%	1	1%	17	21%	20	24%
	12-19 años		0%	1	1%	5	6%	6	7%
	20-40 años		0%		0%	11	13%	11	13%
	41-60 años		0%		0%	3	4%	3	4%
	61 o más		0%		0%	1	1%	1	1%
Total Femenino		3	4%	3	4%	39	48%	45	55%
Masculino	0-4 años	5	6%	1	1%	8	10%	14	17%
	5-11 años		0%		0%	4	5%	4	5%
	12-19 años	1	1%		0%	4	5%	5	6%
	20-40 años	1	1%		0%	9	11%	10	12%
	41-60 años		0%		0%	3	4%	3	4%
	61 o más		0%		0%	1	1%	1	1%
Total Masculino		7	9%	1	1%	29	35%	37	45%
Total general		10	12%	4	5%	68	83%	82	100%

GRAFICO N° 52

NIVEL DE CPO/D-ceo/d DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD SALUD DE SAN RAFAEL OBRAJUELO



La tabla n° 60 y el gráfico n° 52 muestran el nivel de CPO/D-ceo/d de la población de la Unidad de Salud de San Rafael Obrajuelo, se observa que el 83% presenta un nivel alto del cual 48% es femenino y el 35% y para sexo masculino y el rango de edad más afectado es de 5 a 11 años del sexo femenino y de 20 a 40 años en el sexo masculino.

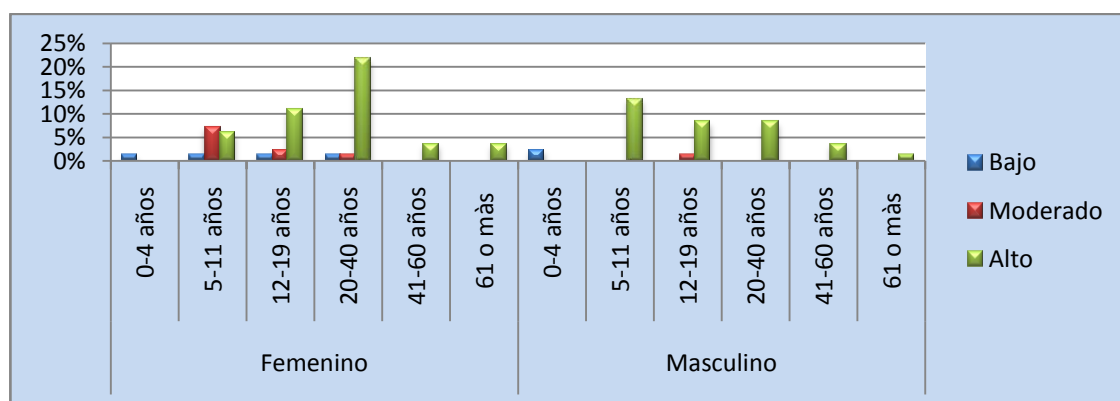
TABLA N° 61

NIVEL DE CPO/D-ceo/d DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN PEDRO MASAHUAT SEGÚN CLASIFICACION INDIVIDUAL UTILIZADA EN LA FOUES.

Nivel de CPO/D -ceo/d									
Sexo	Rango edad	Bajo		Moderado		Alto		Total general	
Femenino	0-4 años	1	1%		0%		0%	1	1%
	5-11 años	1	1%	6	7%	5	6%	12	14%
	12-19 años	1	1%	2	2%	9	11%	12	14%
	20-40 años	1	1%	1	1%	18	22%	20	24%
	41-60 años		0%		0%	3	4%	3	4%
	61 o más		0%		0%	3	4%	3	4%
Total Femenino		4	5%	9	11%	38	46%	51	61%
Masculino	0-4 años	2	2%		0%		0%	2	2%
	5-11 años		0%		0%	11	13%	11	13%
	12-19 años		0%	1	1%	7	8%	8	10%
	20-40 años		0%		0%	7	8%	7	8%
	41-60 años		0%		0%	3	4%	3	4%
	61 o más		0%		0%	1	1%	1	1%
Total Masculino		2	2%	1	1%	29	35%	32	39%
Total general		6	7%	10	12%	67	81%	83	100%

GRAFICO N° 53

NIVEL DE CPO/D-ceo/d DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN PEDRO MASAHUAT



La tabla n° 61 y el gráfico n° 53 muestran el nivel de CPO/D-ceo/d de la población de la Unidad de Salud de San Pedro Masahuat, se observa que el 81% presenta un nivel alto del cual 46% es femenino y el 35% y para sexo masculino y el rango de edad más afectado es el de 20 a 40 años en el sexo femenino y de 5 a 11 en el sexo masculino.

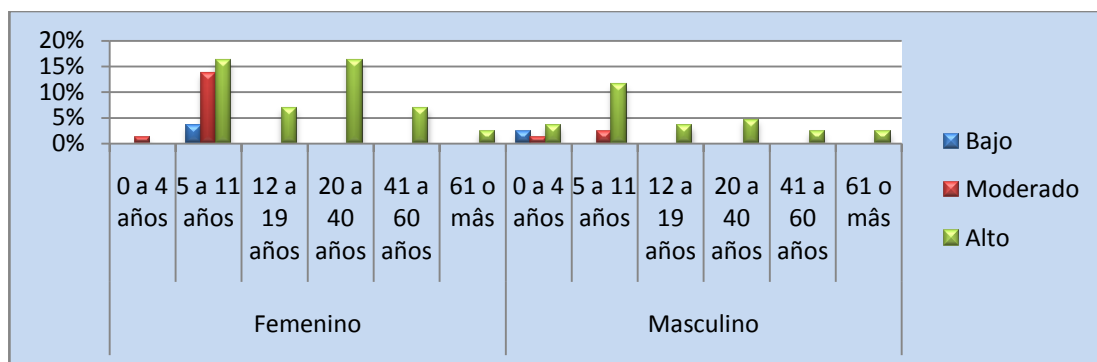
TABLA N° 62

NIVEL DE CPO/D-ceo/d DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE SALUD PERIFERICA DE SENSUNTEPEQUE SEGÚN CLASIFICACION INDIVIDUAL UTILIZADA EN LA FOUES

Nivel de CPO/D -ceo/d									
Sexo	Rango edad	Alto		Bajo		Moderado		Total general	
Femenino	0 a 4 años		0%		0%	1	1%	1	1%
	5 a 11 años	14	16%	3	3%	12	14%	29	33%
	12 a 19 años	6	7%		0%		0%	6	7%
	20 a 40 años	14	16%		0%		0%	14	16%
	41 a 60 años	6	7%		0%		0%	6	7%
	61 o más	2	2%		0%		0%	2	2%
Total Femenino		42	48%	3	3%	13	15%	58	67%
Masculino	0 a 4 años	3	3%	2	2%	1	1%	6	7%
	5 a 11 años	10	11%		0%	2	2%	12	14%
	12 a 19 años	3	3%		0%		0%	3	3%
	20 a 40 años	4	5%		0%		0%	4	5%
	41 a 60 años	2	2%		0%		0%	2	2%
	61 o más	2	2%		0%		0%	2	2%
Total Masculino		24	28%	2	2%	3	3%	29	33%
Total general		66	76%	5	6%	16	18%	87	100%

GRAFICO N° 54

NIVEL DE CPO/D-ceo/d DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE SALUD PERIFERICA DE SENSUNTEPEQUE



La tabla n° 62 y el gráfico n° 54 muestran el nivel de CPO/D-ceo/d de la población de la Unidad de Salud de Sensuntepeque, se observa que el 76% presenta un nivel alto del cual 48% es femenino y el 28% es del sexo masculino y el rango de edad más afectado es el de 5 a 11 años en ambos sexos.

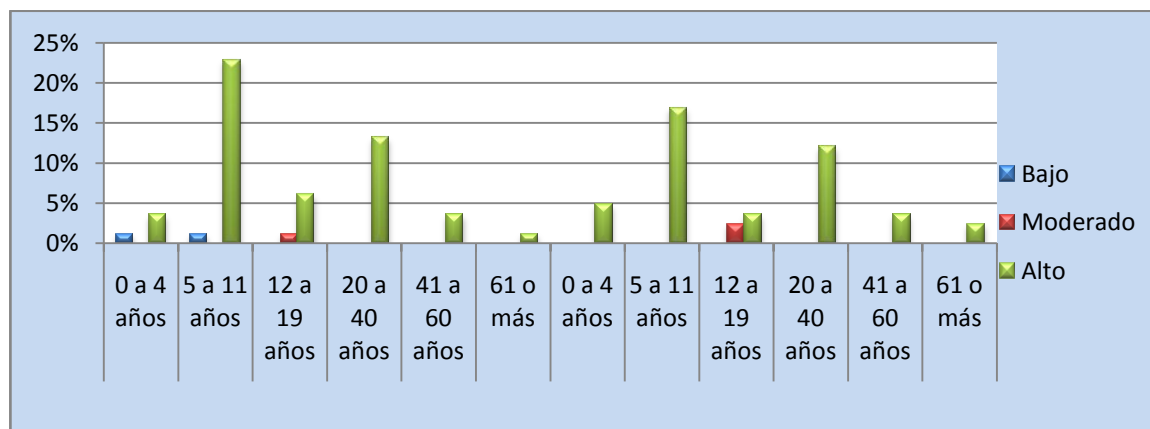
TABLA N° 63

NIVEL DE CPO/D-ceo/d DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN RAMON SEGÚN CLASIFICACION INDIVIDUAL UTILIZADA EN LA FOUES

Nivel de CPO/D -ceo/d									
Sexo	Rango edad	Bajo		Moderado		Alto		Total general	
Femenino	0 a 4 años		0%		0%	3	4%	4	5%
	5 a 11 años	1	1%		0%	19	23%	20	24%
	12 a 19 años		0%	1	1%	5	6%	6	7%
	20 a 40 años		0%		0%	11	13%	11	13%
	41 a 60 años		0%		0%	3	4%	3	4%
	60 a mas años		0%		0%	1	1%	1	1%
Total Femenino		2	2%	1	1%	42	51%	45	54%
Masculino	0 a 4 años		0%		0%	4	5%	4	5%
	5 a 11 años		0%		0%	14	17%	14	17%
	12 a 19 años		0%	2	2%	3	4%	5	6%
	20 a 40 años		0%		0%	10	12%	10	12%
	41 a 60 años		0%		0%	3	4%	3	4%
	61 o más		0%		0%	2	2%	2	2%
Total Masculino			0%	2	2%	36	43%	38	46%
Total general		2	2%	3	4%	78	94%	83	100%

GRAFICO N° 55

NIVEL DE CPO/D-ceo/d DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN RAMON SEGÚN CLASIFICACION INDIVIDUAL UTILIZADA EN LA FOUES



La tabla n° 63 y el gráfico n° 55 muestran el nivel de CPO/D-ceo/d de la población de la Unidad de Salud de San Ramón, se observa que el 94% presenta un nivel alto del cual 51% es femenino y el 43% es del sexo masculino y el rango de edad más afectado es el de 5 a 11 años en ambos sexos.

TABLA N° 64
CPO/D-ceo/d GLOBAL

Lugar	CPOD/ceod	Nivel	
San Rafael Obrajuelo	758	9,24	Alto
San Pedro Masahuat	943	11,36	Alto
San Ramón	1017	12,25	Alto
Sensuntepeque	1008	11,58	Alto
Total	3726	14,66	Alto

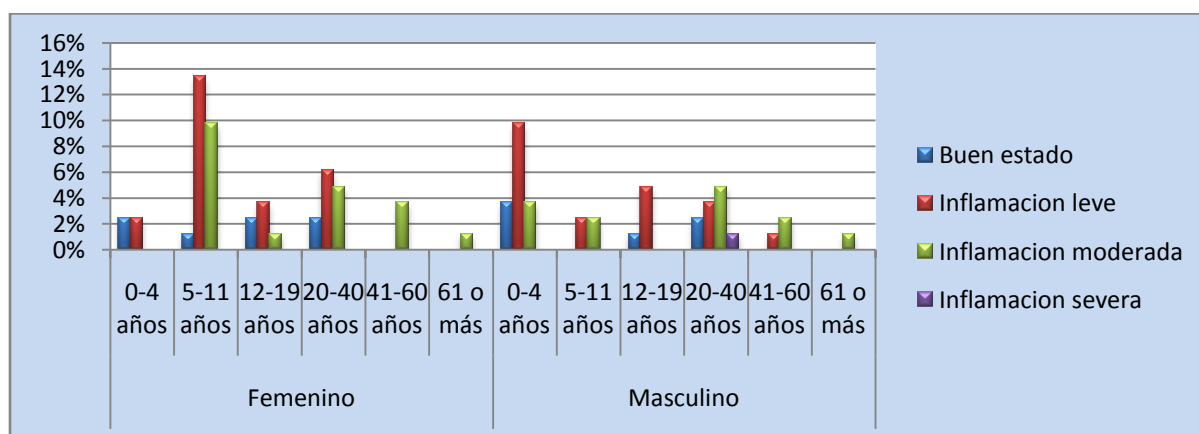
TABLA N° 65

INDICE GINGIVAL DE LA POBLACION DE LA UNIDAD SALUD DE SAN RAFAEL OBRAJUELO

Índice Gingival											
Sexo	Rango edad	Buen estado		Inflamación leve		Inflamación moderada		Inflamación Severa		Total general	
Femenino	0-4 años	2	2%	2	2%		0%		0%	4	5%
	5-11 años	1	1%	11	13%	8	10%		0%	20	24%
	12-19 años	2	2%	3	4%	1	1%		0%	6	7%
	20-40 años	2	2%	5	6%	4	5%		0%	11	13%
	41-60 años		0%		0%	3	4%		0%	3	4%
	61 o mas		0%		0%	1	1%		0%	1	1%
Total Femenino		7	9%	21	26%	17	21%		0%	45	55%
Masculino	0-4 años	3	4%	8	10%	3	4%		0%	14	17%
	5-11 años		0%	2	2%	2	2%		0%	4	5%
	12-19 años	1	1%	4	5%		0%		0%	5	6%
	20-40 años	2	2%	3	4%	4	5%	1	1%	10	12%
	41-60 años		0%	1	1%	2	2%		0%	3	4%
	61 o mas		0%		0%	1	1%		0%	1	1%
Total Masculino		6	7%	18	22%	12	15%	1	1%	37	45%
Total general		13	16%	39	48%	29	35%	1	1%	82	100%

GRAFICO N° 56

INDICE GINGIVAL DE LA POBLACION DE LA UNIDAD SALUD DE SAN RAFAEL OBRAJUELO



La tabla n° 65 y el gráfico n° 56 muestra el índice gingival de la población de la Unidad de Salud de San Rafael Obrajuelo, se tiene que la condición más frecuente es inflamación leve con un 48% para ambos sexos y la prevalencia en los rangos de edades es de 5 a 11 años en el sexo femenino y de 0 a 4 en el sexo masculino.

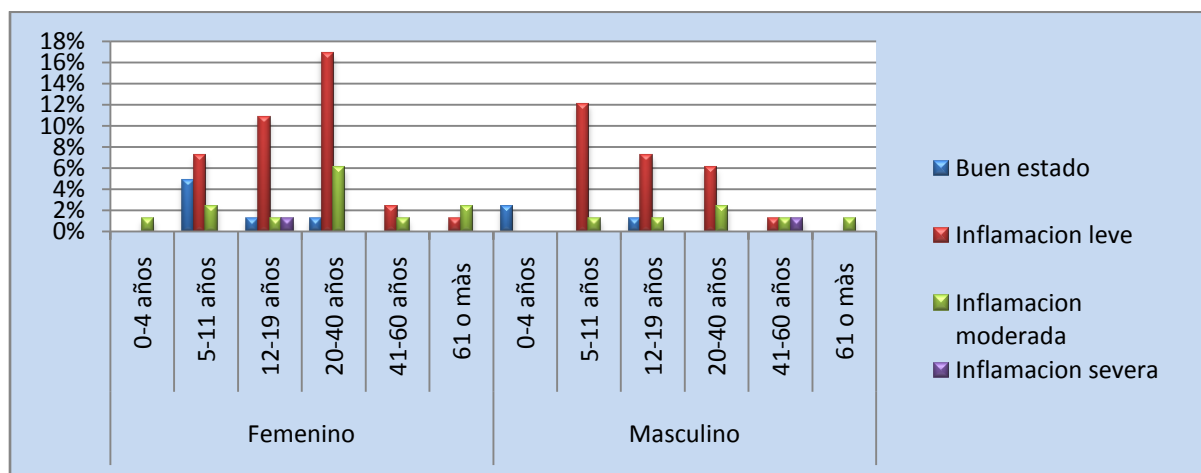
TABLA N° 66

INDICE GINGIVAL DE LA POBLACION DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN PEDRO MASAHUAT

Índice gingival											
Sexo	Rango edad	Buen estado		Inflamación leve		Inflamación moderada		Inflamación severa		Total general	
Femenino	0-4 años		0%		0%	1	1%		0%	1	1%
	5-11 años	4	5%	6	7%	2	2%		0%	12	14%
	12-19 años	1	1%	9	11%	1	1%	1	1%	12	14%
	20-40 años	1	1%	14	17%	5	6%		0%	20	24%
	41-60 años		0%	2	2%	1	1%		0%	3	4%
	61 o más		0%	1	1%	2	2%		0%	3	4%
Total Femenino		6	7%	32	39%	12	14%	1	1%	51	61%
Masculino	0-4 años	2	2%		0%		0%		0%	2	2%
	5-11 años		0%	10	12%	1	1%		0%	11	13%
	12-19 años	1	1%	6	7%	1	1%		0%	8	10%
	20-40 años		0%	5	6%	2	2%		0%	7	8%
	41-60 años		0%	1	1%	1	1%	1	1%	3	4%
	61 o más		0%		0%	1	1%		0%	1	1%
Total Masculino		3	4%	22	27%	6	7%	1	1%	32	39%
Total general		9	11%	54	65%	18	22%	2	2%	83	100%

GRAFICO N° 57

INDICE GINGIVAL DE LA POBLACION DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN PEDRO MASAHUAT



La tabla n° 66 y el gráfico n° 57 muestra el índice gingival de la población de la Unidad de Salud de San Pedro Masahuat, se tiene que la condición más frecuente es inflamación leve con un 65% para ambos sexos y la prevalencia en los rangos de edades es de 20 a 40 años en el sexo femenino y de 5 a 11 en el sexo masculino.

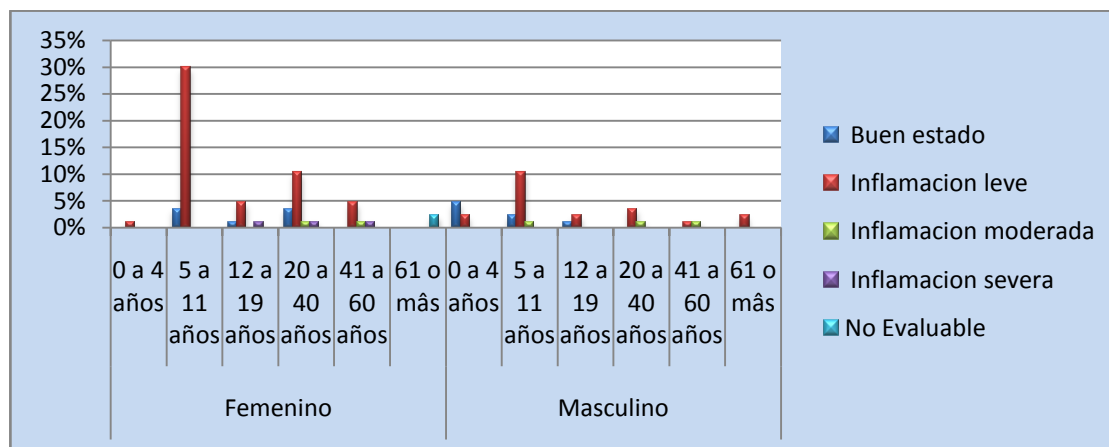
TABLA N° 67

**INDICE GINGIVAL DE LA POBLACION DE LA UNIDAD DE SALUD PERIFERICA
DE SENSUNTEPEQUE**

Índice Gingival													
Sexo	Rango edad	Buen estado		Inflamación leve		Inflamación moderada		Inflamación Severa		No Evaluable		Total general	
Femenino	0 a 4 años		0	1	1%		0%		0%		0%	1	1%
	5 a 11 años	3	3%	26	30%		0%		0%		0%	29	33%
	12 a 19 años	1	1%	4	5%		0%	1	1%		0%	6	7%
	20 a 40 años	3	3%	9	10%	1	1%	1	1%		0%	14	16%
	41 a 60 años		0%	4	5%	1	1%	1	1%		0%	6	7%
61 o más		0%		0%		0%		0%	2	2%	2	2%	
Total Femenino		7	8%	44	51%	2	2%	3	3%	2	2%	58	67%
Masculino	0 a 4 años	4	5%	2	2%		0%		0%		0%	6	7%
	5 a 11 años	2	2%	9	10%	1	1%		0%		0%	12	14%
	12 a 19 años	1	1%	2	2%		0%		0%		0%	3	3%
	20 a 40 años		0%	3	3%	1	1%		0%		0%	4	5%
	41 a 60 años		0%	1	1%	1	1%		0%		0%	2	2%
61 o más		0%	2	2%		0%		0%		0%	2	2%	
Total Masculino		7	8%	19	22%	3	3%	0	0%	0	0%	29	33%
Total general		14	16%	63	72%	5	6%	3	3%	2	2%	87	100%

GRAFICO N° 58

**INDICE GINGIVAL DE LA POBLACION DE LA UNIDAD DE SALUD PERIFERICA
DE SENSUNTEPEQUE**



La tabla n° 67 y el gráfico n° 58 muestra el índice gingival de la población de la Unidad de Salud de Sensuntepeque, se tiene que la condición más frecuente es inflamación leve con un 72% para ambos sexos y la prevalencia en los rangos de edades de 5 a 11 años para ambos sexos.

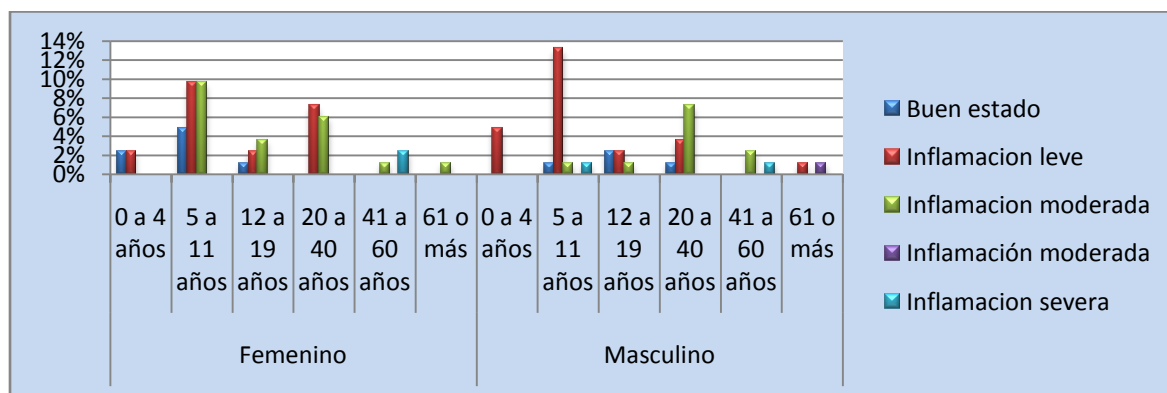
TABLA Nº 68

INDICE GINGIVAL DE LA POBLACION DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN
RAMÓN

Índice Gingival											
Sexo	Rango edad	Buen estado		Inflamación leve		Inflamación moderada		Inflamación Severa		Total general	
Femenino	0 a 4 años	2	2%	2	2%		0%		0%	4	5%
	5 a 11 años	4	5%	8	10%	8	10%		0%	20	24%
	12 a 19 años	1	1%	2	2%	3	4%		0%	6	7%
	20 a 40 años		0%	6	7%	5	6%		0%	11	13%
	41 a 60 años		0%		0%	1	1%	2	2%	3	4%
	61 o más		0%		0%	1	1%		0%	1	1%
Total Femenino		7	8%	18	22%	18	22%	2	2%	45	54%
Masculino	0 a 4 años		0%	4	5%		0%		0%	4	5%
	5 a 11 años	1	1%	11	13%	1	1%	1	1%	14	17%
	12 a 19 años	2	2%	2	2%	1	1%		0%	5	6%
	20 a 40 años	1	1%	3	4%	6	7%		0%	10	12%
	41 a 60 años		0%		0%	2	2%	1	1%	3	4%
	61 o más		0%	1	1%	1	1%		0%	2	2%
Total Masculino		4	5%	21	25%	11	13%	2	2%	38	46%
Total general		11	13%	39	47%	29	35%	4	5%	83	100%

GRAFICO Nº 59

INDICE GINGIVAL DE LA POBLACION DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN
RAMON



La tabla nº 68 y el gráfico nº 59 muestra el índice gingival de la población de la Unidad de Salud de San Ramón, se tiene que la condición más frecuente es inflamación leve con un 47% para ambos sexos y la prevalencia en los rangos de edades de 5 a 11 años para ambos sexos.

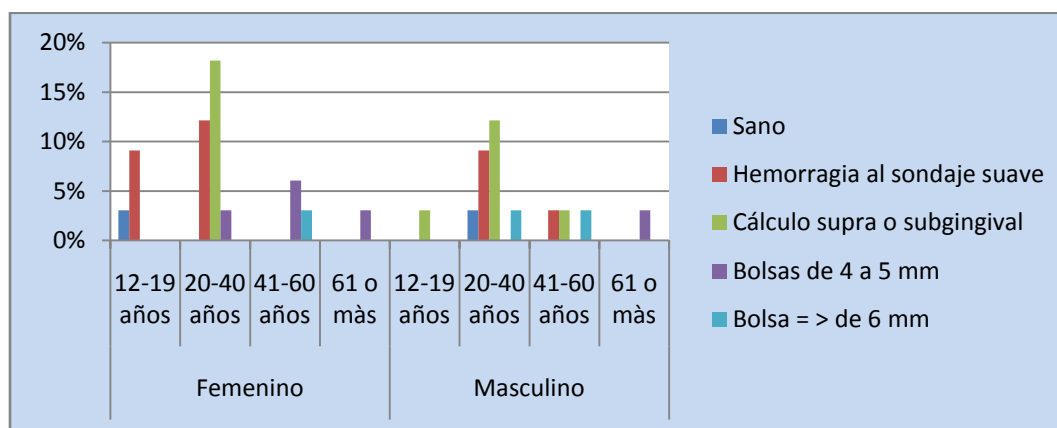
TABLA N° 69

**INDICE PERIODONTAL DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD
SALUD DE SAN RAFAEL OBRAJUELO**

Índice Periodontal													
Sexo	Rango edad	Sano		Hemorragia al sondaje suave		Cálculo supra o subgingival		Bolsas de 4 a 5 mm		Bolsa = > de 6 mm		Total general	
Femenino	12-19 años	1	3%	3	9%		0%		0%		0%	4	12%
	20-40 años		0%	4	12%	6	18%	1	3%		0%	11	33%
	41-60 años		0%		0%		0%	2	6%	1	3%	3	9%
	61 o mas		0%		0%		0%	1	3%		0%	1	3%
Total Femenino		1	3%	7	21%	6	18%	4	12%	1	3%	19	58%
Masculino	12-19 años		0%		0%	1	3%		0%		0%	1	3%
	20-40 años	1	3%	3	9%	4	12%		0%	1	3%	9	27%
	41-60 años		0%	1	3%	1	3%		0%	1	3%	3	9%
	61 o mas		0%		0%		0%	1	3%		0%	1	3%
Total Masculino		1	3%	4	12%	6	18%	1	3%	2	6%	14	42%
Total general		2	6%	11	33%	12	36%	5	15%	3	9%	33	100%

GRAFICO N° 60

**INDICE PERIODONTAL DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD
SALUD DE SAN RAFAEL OBRAJUELO**



La tabla n° 69 y el gráfico n° 60 muestran el índice periodontal de la población de la Unidad de Salud de San Rafael Obrajuelo, en los que se puede observar que la condición más frecuente es la presencia de cálculo supra o subgingival con un 36% para ambos sexo.

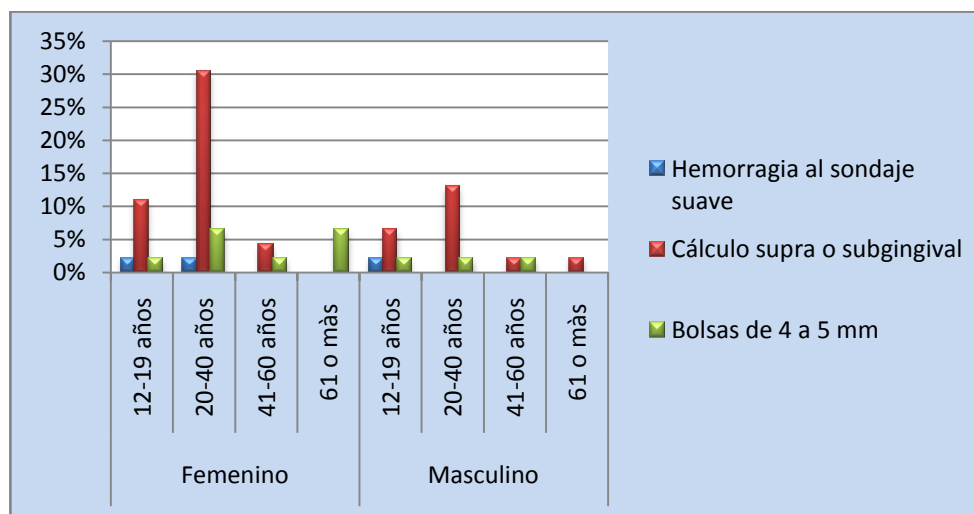
TABLA N° 70

INDICE PERIODONTAL DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE
SAN PEDRO MASAHUAT

Índice Periodontal									
Sexo	Rango edad	Hemorragia al sondaje suave		Cálculo supra o subgingival		Bolsas de 4 a 5 mm		Total general	
Femenino	12-19 años	1	2%	5	11%	1	2%	7	15%
	20-40 años	1	2%	14	30%	3	7%	18	39%
	41-60 años		0%	2	4%	1	2%	3	7%
	61 o más		0%		0%	3	7%	3	7%
Total Femenino		2	4%	21	46%	8	17%	31	67%
Masculino	12-19 años	1	2%	3	7%	1	2%	5	11%
	20-40 años		0%	6	13%	1	2%	7	15%
	41-60 años		0%	1	2%	1	2%	2	4%
	61 o más		0%	1	2%		0%	1	2%
Total Masculino		1	2%	11	24%	3	7%	15	33%
Total general		3	7%	32	70%	11	24%	46	100%

GRAFICO N° 61

INDICE PERIODONTAL DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE
SALUD DE SAN PEDRO MASAHUAT



La tabla n° 70 y el gráfico n° 61 muestran el índice Periodontal de la población de la Unidad de Salud de San Pedro Masahuat, en los que se puede observar que la condición más frecuente es la presencia de cálculo supra o subgingival con un 70% en ambos sexos.

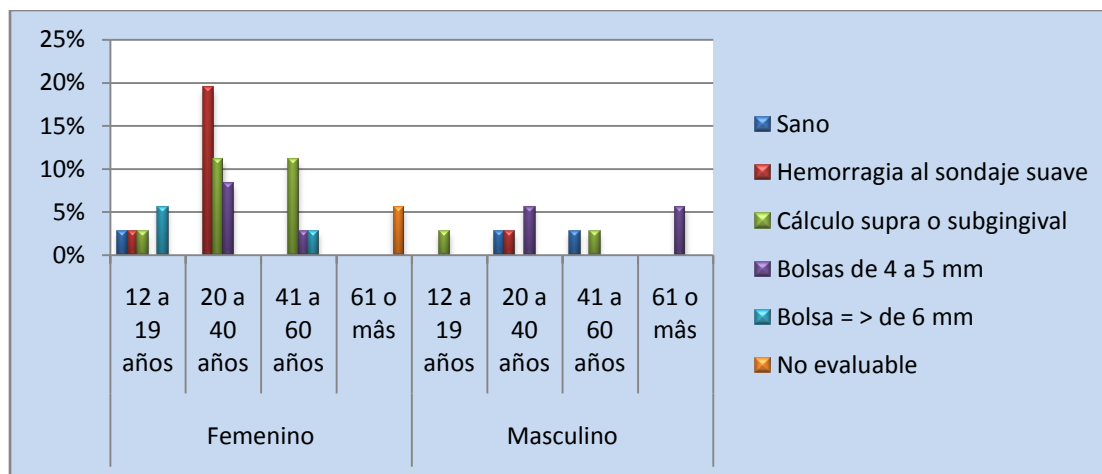
TABLA N° 71

INDICE PERIODONTAL DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE
SALUD PERIFERICA DE SENSUNTEPEQUE

Índice Periodontal															
Sexo	Rango edad	Sano		Hemorragia al sondaje suave		Cálculo supra o subgingival		Bolsas de 4 a 5 mm		Bolsa => de 6 mm		No Evaluable		Total general	
Femenino	12 a 19 años	1	3%	1	3%	1	3%		0%	2	6%		0%	5	14%
	20 a 40 años		0%	7	19%	4	11%	3	8%		0%		0%	14	39%
	41 a 60 años		0%		0%	4	11%	1	3%	1	3%		0%	6	17%
	61 o más		0%		0%		0%		0%		0%	2	6%	2	6%
Total Femenino		1	3%	8	22%	9	25%	4	11%	3	8%	2	6%	27	75%
Masculino	12 a 19 años		0%		0%	1	3%		0%		0%		0%	1	3%
	20 a 40 años	1	3%	1	3%		0%	2	6%		0%		0%	4	11%
	41 a 60 años	1	3%		0%	1	3%		0%		0%		0%	2	6%
	61 o más		0%		0%		0%	2	6%		0%		0%	2	6%
Total Masculino		2	6%	1	3%	2	6%	4	11%		0%		0%	9	25%
Total general		3	8%	9	25%	11	31%	8	22%	3	8%	2	6%	36	100%

GRAFICO N° 62

INDICE PERIODONTAL DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE
SALUD PERIFERICA DE SENSUNTEPEQUE



La tabla n° 71 y el gráfico n° 62 muestran el índice Periodontal de la población de la Unidad de Salud de Sensuntepeque, en los que se puede observar que la condición más frecuente es cálculo supra y subgingival con el 31% en ambos sexos.

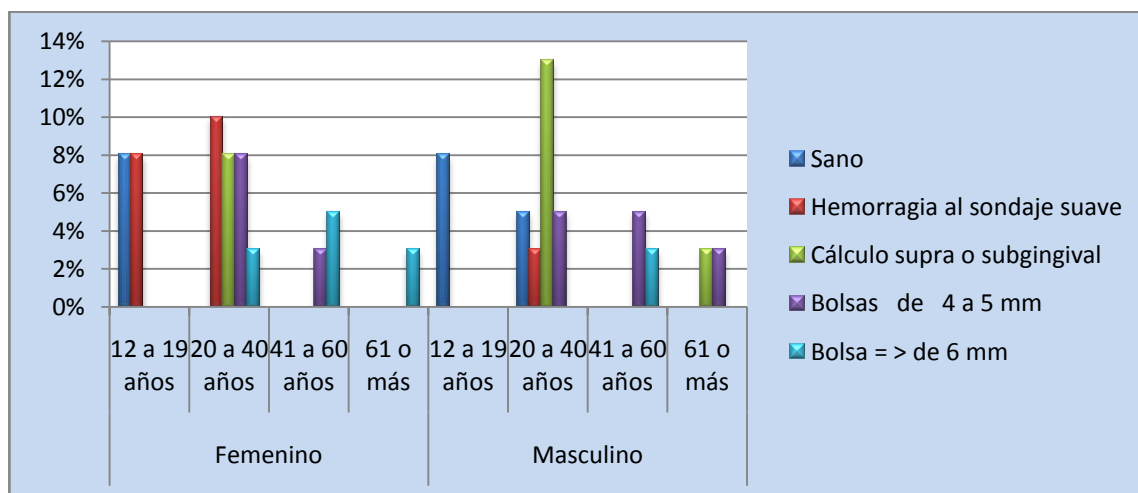
TABLA N° 72

INDICE PERIODONTAL DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN RAMON

Índice Periodontal													
Sexo	Rango edad	Sano		Hemorragia al sondaje suave		Cálculo supra o subgingival		Bolsas de 4 a 5 mm		Bolsa = > de 6 mm		Total general	
Femenino	12 a 19 años	3	8%	3	8%		0%		0%		0%	6	15%
	20 a 40 años		0%	4	10%	3	8%	3	8%	1	3%	11	28%
	41 a 60 años		0%		0%		0%	1	3%	2	5%	3	8%
	61 o más		0%		0%		0%		0%	1	3%	1	3%
Total Femenino		3	8%	7	18%	3	8%	4	10%	4	10%	21	54%
Masculino	12 a 19 años	3	8%		0%		0%		0%		0%	3	8%
	20 a 40 años	2	5%	1	3%	5	13%	2	5%		0%	10	26%
	41 a 60 años		0%		0%		0%	2	5%	1	3%	3	8%
	61 o más		0%		0%	1	3%	1	3%		0%	2	5%
Total Masculino		5	13%	1	3%	6	15%	5	13%	1	3%	18	46%
Total general		8	21%	8	21%	9	23%	9	23%	5	13%	39	100%

GRAFICO N° 63

INDICE PERIODONTAL DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN RAMON



La tabla n° 72 y el gráfico n° 63 muestra el índice Periodontal de la población de la Unidad de Salud de San Ramón, en los que se puede observar que la condición más frecuente es la presencia de bolsas de 4 a 5mm con un 23% y cálculo supra o subgingival con un 23%.

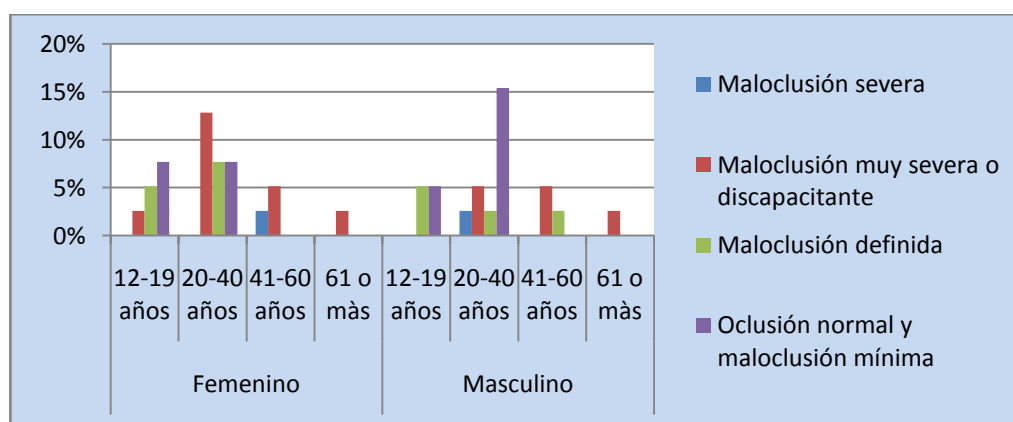
TABLA Nº 73

INDICE DAI DE OMS DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD
SALUD DE SAN RAFAEL OBRAJUELO

DAI Adulto											
Sexo	Rango edad	Oclusión Normal y maloclusión mínima		Maloclusión Definida		Maloclusión severa		Maloclusión muy Severa o discapacitante		Total general	
Femenino	12-19 años	3	8%	2	5%		0%	1	3%	6	15%
	20-40 años	3	8%	3	8%		0%	5	13%	11	28%
	41-60 años		0%		0%	1	3%	2	5%	3	8%
	61 o más		0%		0%		0%	1	3%	1	3%
Total Femenino		6	15%	5	13%	1	3%	9	23%	21	54%
Masculino	12-19 años	2	5%	2	5%		0%		0%	4	10%
	20-40 años	6	15%	1	3%	1	3%	2	5%	10	26%
	41-60 años		0%	1	3%		0%	2	5%	3	8%
	61 o mas		0%		0%		0%	1	3%	1	3%
Total Masculino		8	21%	4	10%	1	3%	5	13%	18	46%
Total general		14	36%	9	23%	2	5%	14	36%	39	100%

GRAFICO Nº 64

INDICE DAI DE OMS DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD SALUD
DE SAN RAFAEL OBRAJUELO



La tabla nº 73 y el gráfico nº 64 muestran la medición de maloclusión de la población de Unidad de Salud de San Rafael Obrajuelo, en los que se observa que el 36% presenta maloclusión normal y maloclusión mínima y el otro 36% de la población total presenta maloclusión muy severa o discapacitante.

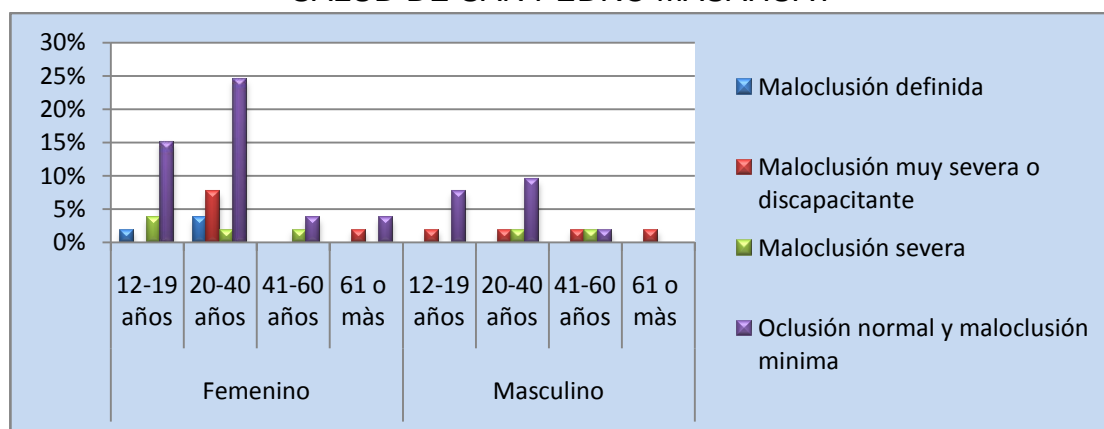
TABLA N° 74

INDICE DAI DE OMS DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE
SAN PEDRO MASAHUAT

DAI Adulto											
Sexo	Rango edad	Oclusión normal y maloclusión mínima		Maloclusión definida		Maloclusión severa		Maloclusión muy severa o discapacitante		Total general	
Femenino	12-19 años	9	16%	1	2%	2	4%		0%	12	21%
	20-40 años	13	23%	2	4%	1	2%	4	7%	20	35%
	41-60 años	2	4%		0%	1	2%		0%	3	5%
	61 o más	2	4%		0%		0%	1	2%	3	5%
Total Femenino		26	46%	3	5%	4	7%	5	9%	38	67%
Masculino	12-19 años	7	12%		0%		0%	1	2%	8	14%
	20-40 años	5	9%		0%	1	2%	1	2%	7	12%
	41-60 años	1	2%		0%	1	2%	1	2%	3	5%
	61 o más		0%		0%		0%	1	2%	1	2%
Total Masculino		13	23%		0%	2	4%	4	7%	19	33%
Total general		39	68%	3	5%	6	11%	9	16%	57	100%

GRAFICO N° 65

INDICE DAI DE OMS DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE
SALUD DE SAN PEDRO MASAHUAT



La tabla n° 74 y el gráfico n° 65 muestra la medición de maloclusión de la población de Unidad de Salud de San Pedro Masahuat, se tiene que el 68% de la población total presenta oclusión normal y mal oclusión mínima, del cual el 46% es del sexo femenino y el 23% es del sexo masculino.

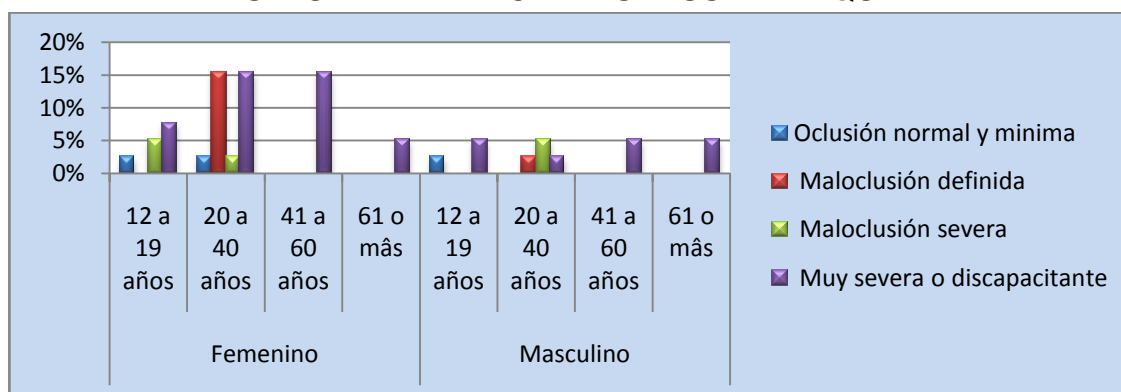
TABLA N° 75

INDICE DAI DE OMS DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE
SALUD PERIFERICA DE SENSUNTEPEQUE

DAI Adulto											
Sexo	Rango edad	Oclusión Normal y mínima		Mal Oclusión Definida		Mal oclusión severa		Maloclusión muy Severa o discapacitante		Total general	
Femenino	12 a 19 años	1	3%		0%	2	5%	3	8%	6	15%
	20 a 40 años	1	3%	5	13%	2	5%	6	15%	14	36%
	41 a 60 años		0%		0%		0%	6	15%	6	15%
	61 o más		0%		0%		0%	2	5%	2	5%
Total Femenino		2	5%	5	13%	4	10%	17	44%	28	72%
Masculino	12 a 19 años	1	3%		0%		0%	2	5%	3	8%
	20 a 40 años		0%	1	3%	2	5%	1	3%	4	10%
	41 a 60 años		0%		0%		0%	2	5%	2	5%
	61 o más		0%		0%		0%	2	5%	2	5%
Total Masculino		1	3%	1	3%	2	5%	7	18%	11	28%
Total general		3	8%	6	15%	6	15%	24	62%	39	100%

GRAFICO N° 66

INDICE DAI DE OMS DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE
SALUD PERIFERICA DE SENSUNTEPEQUE



La tabla n° 75 y el gráfico n° 66 muestra la medición de maloclusión de la población de Unidad de Salud Periférica de Sensuntepeque, se tiene que el 62% de la población total presenta maloclusión muy severa o discapacitante, de este el 44% es del sexo femenino y el 18% para el sexo masculino.

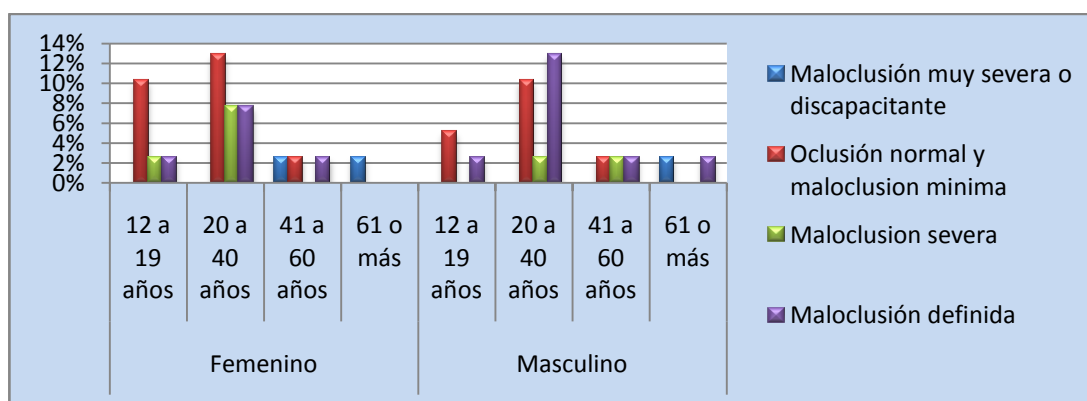
TABLA Nº 76

INDICE DAI DE OMS DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE
SALUD DE SAN RAMON

DAI Adulto											
Sexo	Rango edad	Oclusión Normal y maloclusión mínima		Maloclusión Definida		Maloclusión muy Severa o discapacitante		Maloclusión severa		Total general	
Femenino	12 a 19 años	4	10%	1	3%		0%	1	3%	6	15%
	20 a 40 años	5	13%	3	8%		0%	3	8%	11	28%
	41 a 60 años	1	3%	1	3%	1	3%		0%	3	8%
	61 o más		0%		0%	1	3%		0%	1	3%
Total Femenino		10	26%	5	13%	2	5%	4	10%	21	54%
Masculino	12 a 19 años	2	5%	1	3%		0%		0%	3	8%
	20 a 40 años	4	10%	5	13%		0%	1	3%	10	26%
	41 a 60 años	1	3%	1	3%		0%	1	3%	3	8%
	61 o más		0%	1	3%	1	3%		0%	2	5%
Total Masculino		7	18%	8	21%	1	3%	2	5%	18	46%
Total general		17	44%	13	33%	3	8%	6	15%	39	100%

GRAFICO Nº 67

INDICE DAI DE OMS DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD DE
SALUD DE SAN RAMON



La tabla nº 76 y el gráfico nº 67 muestra la medición de maloclusión de la población de Unidad de Salud de San Ramón, se tiene que el 44% de la población total presenta maloclusión normal y maloclusión mínima, del cual el 26% es del sexo femenino y el 18% corresponde al sexo masculino.

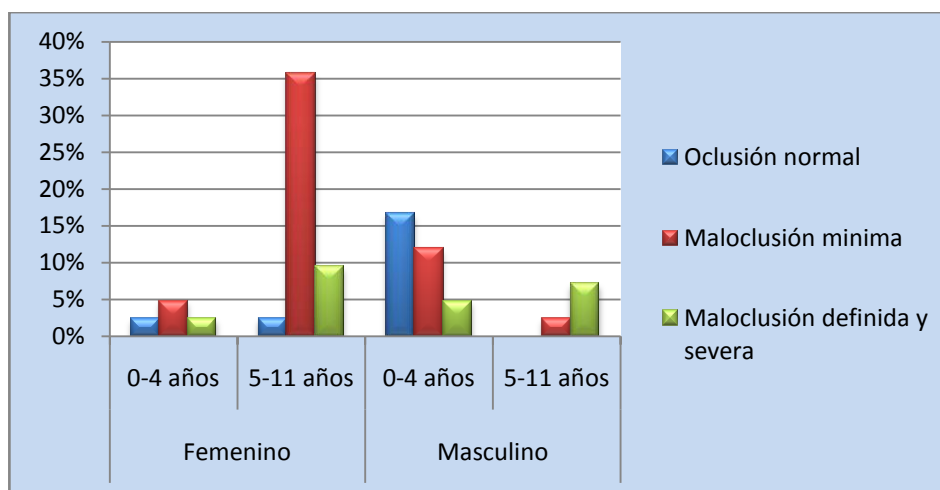
TABLA N° 77

MEDICION DE MALOCLUSION EN NIÑOS DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD SALUD DE SAN RAFAEL OBRAJUELO

Cuenta de Sexo		Maloclusión niños							
Sexo	Rango edad	Oclusión normal		Maloclusión mínima		Maloclusión definida y severa		Total general	
Femenino	0-4 años	1	2%	2	5%	1	2%	4	10%
	5-11 años	1	2%	15	36%	4	10%	20	48%
Total Femenino		2	5%	17	40%	5	12%	24	57%
Masculino	0-4 años	7	17%	5	12%	2	5%	14	33%
	5-11 años		0%	1	2%	3	7%	4	10%
Total Masculino		7	17%	6	14%	5	12%	18	43%
Total general		9	21%	23	55%	10	24%	42	100%

GRAFICO N° 68

MEDICION DE MALOCLUSION EN NIÑOS DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UNIDAD SALUD DE SAN RAFAEL OBRAJUELO



La tabla n° 77 y el gráfico n° 68 muestra la medición de maloclusión en niños menores de 12 años de la población de la Unidad de Salud de San Rafael Obrajuelo, se tiene que la maloclusión mínima es la condición más frecuente en un 56%, y el rango de edad más afectado es el de 5 a 11 años en el sexo femenino y de 0 a 4 años en el sexo masculino.

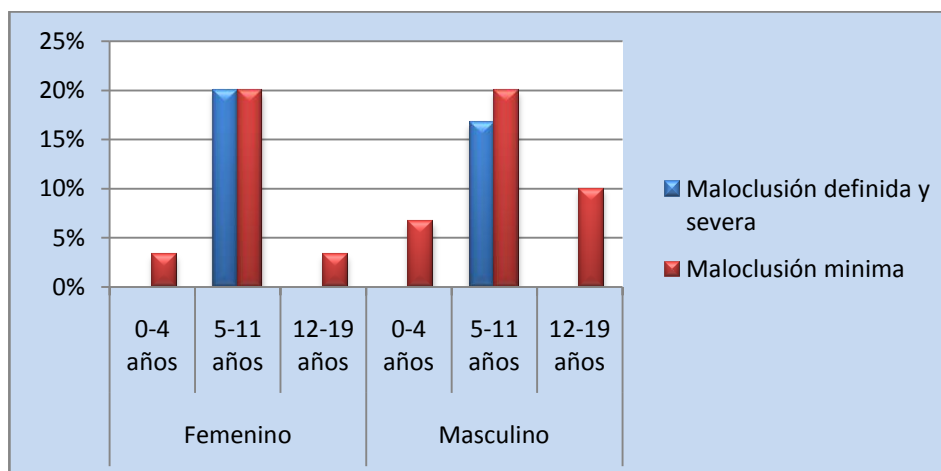
TABLA N° 78

MEDICION DE MALOCLUSION EN NIÑOS DE LA POBLACION EN ESTUDIO
DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN PEDRO MASAHUAT

Maloclusión niños							
Sexo	Rango edad	Maloclusión mínima		Maloclusión definida y severa		Total general	
Femenino	0-4 años	1	4%		0%	1	4%
	5-11 años	6	23%	6	23%	12	46%
Total Femenino		7	27%	6	23%	13	50%
Masculino	0-4 años	2	8%		0%	2	8%
	5-11 años	6	23%	5	19%	11	42%
Total Masculino		8	31%	5	19%	13	50%
Total general		15	58%	11	42%	26	100%

GRAFICO N° 69

MEDICION DE MALOCLUSION EN NIÑOS DE LA POBLACION EN ESTUDIO
DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN PEDRO MASAHUAT



La tabla n° 78 y el gráfico n° 69 muestra la medición de maloclusión en niños menores de 12 años de la población de la Unidad de Salud de San Pedro Masahuat, se tiene que la maloclusión mínima es la condición más frecuente en un 58%, el rango de edad más afectado es el de 5 a 11 años en ambos sexos.

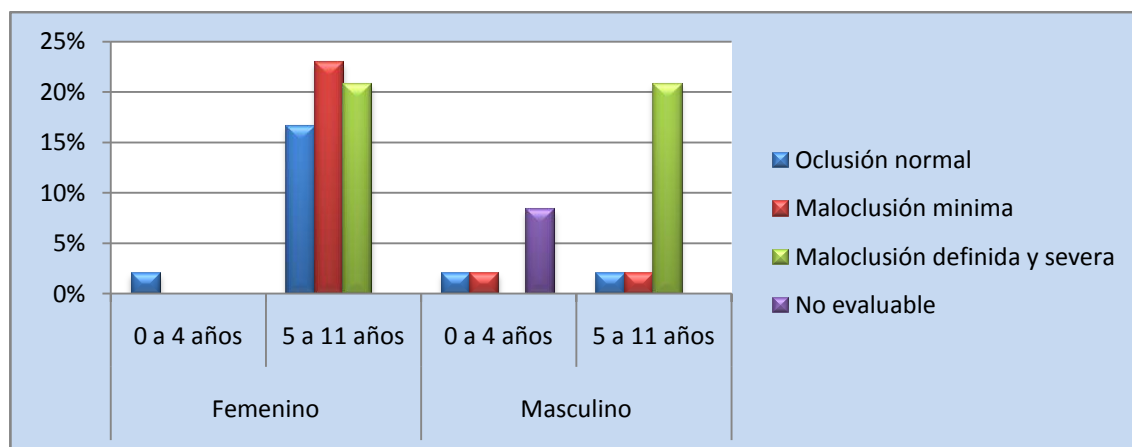
TABLA N° 79

MEDICION DE MALOCLUSION EN NIÑOS DE LA POBLACION EN ESTUDIO
DE LA UNIDAD DE SALUD PERIFERICA DE SENSUNTEPEQUE

Maloclusión niños											
Sexo	Rango edad	Oclusión Normal		Mal Oclusión Mínima		Maloclusión definida y severa		No evaluable	Total general		
Femenino	0 a 4 años	1	2%		0%		0%		0%	1	2%
	5 a 11 años	8	17%	11	23%	10	21%		0%	29	60%
Total Femenino		9	19%	11	23%	10	21%		0%	30	63%
Masculino	0 a 4 años	1	2%	1	2%		0%	4	8%	6	13%
	5 a 11 años	1	2%	1	2%	10	21%		0%	12	25%
Total Masculino		2	4%	2	4%	10	21%	4	8%	18	38%
Total general		11	23%	13	27%	20	42%	4	8%	48	100%

GRAFICO N° 70

MEDICION DE MALOCLUSION EN NIÑOS DE LA POBLACION EN ESTUDIO
DE LA UNIDAD DE SALUD PERIFERICA DE SENSUNTEPEQUE



La tabla n° 79 y el grafico n° 70 muestra la medición de maloclusión en niños menores de 12 años de la población de la Unidad de Salud de Sensuntepeque, se tiene que la maloclusión definida y severa es la condición más frecuente en un 42%, y el rango de edad más afectado es el de 5 a 11 años en ambos sexos.

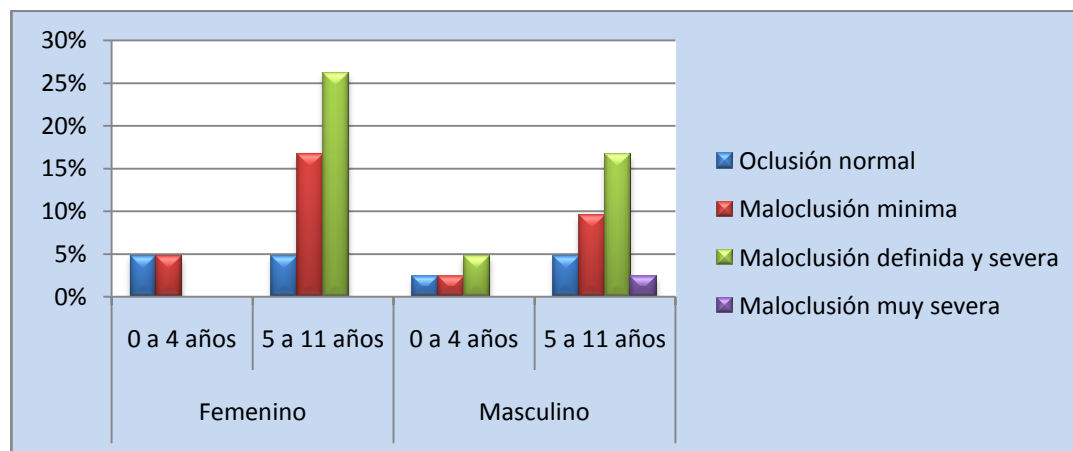
TABLA Nº 80

MEDICION DE MALOCLUSION EN NIÑOS DE LA POBLACION EN ESTUDIO
DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN RAMON

Maloclusión niños											
Sexo	Rango edad	Oclusión normal		Maloclusión mínima		Maloclusión definida y severa		Maloclusión muy severa		Total general	
Femenino	0 a 4 años	2	5%	2	5%		0%		0%	4	10%
	5 a 11 años	2	5%	7	17%	11	26%		0%	20	48%
Total Femenino		4	10%	9	21%	11	26%		0%	24	57%
Masculino	0 a 4 años	1	2%	1	2%	2	5%		0%	4	10%
	5 a 11 años	2	5%	4	10%	7	17%	1	2%	14	33%
Total Masculino		3	7%	5	12%	9	21%	1	2%	18	43%
Total general		7	17%	14	33%	20	48%	1	2%	42	100%

GRAFICO Nº 71

MEDICION DE MALOCLUSION EN NIÑOS DE LA POBLACION EN ESTUDIO
DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN RAMON



La tabla nº 80 y el grafico nº 71 muestra la medición de maloclusión en niños menores de 12 años de la población de la Unidad de Salud de San Ramón, se tiene que la maloclusión definida y severa es la condición más frecuente en un 50%, y el rango de edad más afectado es el de 5 a 11 años en ambos sexos

TABLA N° 81
CONSOLIDADO DE LOS RESULTADOS

	San Rafael Obrajuelo	San Pedro Masahuat	Sensuntepeque	San Ramón
Motivo de Consulta	Problema dental	Problema dental	Problema dental	Problema dental
Lesiones de cara y cuello y osteomucofibrosas	Eritroplasia/Ulceración y descamación	Eritroplasia	Eritroplasia	Ulceración y descamación
Índice de placa bacteriana LOE Y SILNESS	Condición leve	Condición leve	Condición leve	Condición moderada
Índices gingival LOE y SILNESS	Inflamación leve	Inflamación leve	Inflamación leve	Inflamación leve
Índice Periodontal comunitario CPI	Calculo supra o subgingival	Calculo supra o subgingival	Cálculo supra y subgingival.	Calculo supra o subgingival/Bolsas de 4 a5mm
Índice de estética dental DAI	Oclusión normal y maloclusión mínima/ mal oclusión severa y discapacitante	Oclusión normal y maloclusión mínima	Muy severa o discapacitante	Oclusión normal y maloclusión mínima
Índice de maloclusión en niños de 3 a 12 años	Maloclusión mínima	Maloclusión mínima	Maloclusión definida y severa	Maloclusión mínima
Índice CPO/D-ceo/d	Alto	Alto	Alto	Alto

DISCUSIÓN.

Para la realización del presente estudio se obtuvieron datos de 4 unidades de salud que se detallan a continuación: Unidad de salud San Rafael Obrajuelo, Unidad de Salud San Pedro Masahuat, ambas del municipio de la Paz, Unidad de Salud San Ramón del municipio de Cuscatlán y Unidad Periférica de Sensuntepeque del municipio de Cabañas.

En los Municipios de San Rafael Obrajuelo, San Ramón y Sensuntepeque se encontró que el mayor porcentaje de la población correspondiente al rango de edad de 5 a 11 años son los que mayormente asisten al establecimiento de salud, obteniendo así para San Rafael Obrajuelo el 29% (ver tabla 1), para San Ramón con un 41% (ver tabla 4) y para Sensuntepeque el 47%, en estos tres lugares, predominó el sexo femenino (ver tabla 3); San Pedro Masahuat difiere con los resultados obtenidos de los tres municipios anteriores, ya que la mayor población que asiste a este establecimiento de salud corresponde al rango de edad de 20 a 40 años con un 33% siempre prevalece el sexo femenino (ver tabla 2).

Lo que coincide con VI Censo Poblacional y V de vivienda 2007, que muestra una mayor prevalencia en el sexo femenino con un 52.7% y un 43.7% para el sexo masculino (28).

La población de mujeres embarazadas, encontrada en los cuatros municipios fue mínima debido al poco interés de las gestantes a causa de los cambios hormonales que sufre, los cuales influyen en su estado de ánimo, aunado a la falta de coordinación del personal de salud de los diferentes centros asistenciales y falta de recursos por parte del odontólogo para ejercer motivación a la mujer embarazada, ; obteniendo así que para el municipio de San Pedro Masahuat se encontró que el 11% de la población femenina estaba embarazada (ver tabla 5); para la población femenina del municipio de Sensuntepeque se encontró un 19% de la población femenina se encontraba en estado de embarazo (ver tabla 6); para el municipio de San Ramón se encontró un 10% de mujeres embarazadas (ver tabla 7) en contraste con el municipio de San Rafael Obrajuelo en el cual no

se captó ninguna embarazada durante el estudio debido a la poca afluencia de estas al centro asistencial y a la renuencia de algunas mujeres de pasar por el área de odontología argumentando que no les gusta esperar, o manifiestan también que prefieren regresar otro día porque tienen compromisos en su hogar, u otras asuntos pendientes; aunado a la poca colaboración por parte del personal médico y de enfermería para ejercer presión sobre ellas y que sea una obligación contar también con el control odontológico como parte integral de su control prenatal y que sea para el odontólogo una de las prioridades principales la educación y motivación en dicho control.

Con respecto a la condición económica se obtuvo que la población de los municipios de San Rafael Obrajuelo y San Ramón son los municipios en los que la mayoría de la población tienen ingresos económicos, el primero con un 95% del cual el 66% obtiene un ingreso económico mensual de \$101 a 150 (ver tabla 8 Y 12), en el segundo se obtuvo que el 96% de la población posee ingresos económicos, de los cuales el 36% posee ingresos de \$101 a 150 (ver tabla 11 Y 15).

Los otros dos municipios restantes coincidieron que la población que posee ingresos económicos es baja en comparación a los otros dos municipios ya que para San Pedro Masahuat solo el 23% de la población y en Sensuntepeque el 31% (ver tabla 10 Y 14). Los resultados encontrados, indican que los índices de pobreza son bastante altos para los cuatro municipios, afectando a la población que reside en ellos ya que con los ingresos obtenidos no alcanzan a cubrir las necesidades básicas del grupo familiar, entre ellos los servicios de salud, teniendo como única opción la clínica pública, ya que los servicios brindados son de forma gratuita pero estos no cuentan con todos los tratamientos de rehabilitación para tratar de forma integral y dar de alta en Salud Bucal, la atención está limitada en gran porcentaje a realizar exodoncias y con algunos programas incluye las obturaciones y profilaxis.

En relación a los ingresos, los datos encontrados en las poblaciones en estudio están lejos de la realidad encontrada por la Dirección General de Estadísticas y Censos la cual manifiesta que el ingreso promedio por hogar mensual es de \$442.38 para el total país, \$535.71 en el área urbana, y \$284.21 en el área rural (4).

Lo que respecta a la educación se encontró que en el municipio de San Rafael Obrajuelo un 71% de la población fue alfabetizada, presentando que el 23% cursó hasta el segundo ciclo de los cuales; el 17% correspondió al sexo femenino y el 6% al sexo masculino; del 29% que no estudió, el 9% correspondió al sexo femenino y el 21% para el sexo masculino (ver tabla 16 Y 20). Para la población de San Pedro Masahuat se observó, que un 81% de la población fue alfabetizada, encontrándose que el 29% de la población cursó hasta bachillerato; de los cuáles el 18% corresponde al sexo femenino y el 11% al sexo masculino, mientras que el 19% es analfabeta con el 6% para la población femenina y un 13% para el sexo masculino (ver tabla 17 Y 21). Para el municipio de Sensuntepeque se observó que el 76% estudió hasta primer ciclo con un 39% de los cuáles el 26% correspondió al sexo femenino y el 13% restante al sexo masculino (ver tabla 18 Y 22). En la población del municipio de San Ramón un 86% de la población si ha sido alfabetizada en el primer ciclo de educación básica en un 28% de los cuáles el 11% corresponde al sexo femenino y el 17% a la población masculina (ver tabla 19 Y 23).

En conjunto se obtiene que en los cuatro municipios más del 50% de la población ha sido alfabetizada, con mayor frecuencia el sexo femenino no de lo que se puede analizar que las mujeres con alto grado de escolaridad son las que buscan atención en salud bucal en la Unidad de Salud, no así las mujeres analfabetas. En cambio la mayoría de hombres que visitan la Unidad de Salud son analfabetos. Así que dicho resultado difiere del estudio realizado por el Ministerio de Economía en el 2007; el cual afirma que: La tasa de analfabetismo en el país es de 16.1% para las mujeres contra el 11.3% que presentan los hombres (4).

En cuanto al lugar de residencia los cuatro municipios coincidieron en que la mayoría de la población reside en los mismos municipios donde se realizó el estudio, obteniendo un 68% para San Rafael Obrajuelo (ver tabla 24 Y 28), San Pedro Masahuat el 99% (ver tabla 25 Y 29), el 87% para Sensuntepeque (ver tabla 26 Y 30) y el 80% para San Ramón (ver tabla 27 Y 31); por lo tanto se encontró que la población de los diferentes municipios utilizan los servicios específicos para cada uno de ellos, en este caso la unidad de salud; por lo que se puede medir las características propias de los municipios estudiados; así mismo se encontró que la mayor parte de la población de dichos municipios vivió ahí los primeros 7 años de vida.

La mayoría de las poblaciones en estudio tienen como común denominador el motivo de consulta: la enfermedad caries dental, esto indica que los pacientes siguen consultando por problemas dentales que por otro tipo de afección relacionando los problemas dentales como únicos en la Odontología, lo anterior está vinculado a la poca divulgación de lo que puede atenderlas en los servicios de odontología. Esto se ve respaldado con el “Estudio Epidemiológico de Caries y Fluorosis Dental en Escolares de 6, 7-8, 12 y 15 años de centros de enseñanza pública de El Salvador” realizado en el año 2000 por el MSPAS, donde se observó un nivel de prevalencia de la caries del 61% en edades de 6 a 15 años con una tendencia a aumentar directamente proporcional a la edad (34). Obteniendo así que el mayor motivo de consulta fue por caries/obturaciones, para San Rafael Obrajuelo que un 46% (ver tabla 32), San Pedro Masahuat un 39% (ver tabla 33), Sensuntepeque 30% (ver tabla 34) y para San Ramón con un 58%(Ver tabla 35).

El porcentaje de lesiones de cara y cuello y lesiones osteomucofibrosas que presentan los pacientes de la Unidad de Salud de San Rafael Obrajuelo es la eritroplasia es decir lesiones de color rojo presente en amígdalas con un 25% y las ulceraciones y/o descamaciones presentes en labios con otro 25%(ver tabla 41). Para San Pedro Masahuat la lesión más frecuente fue la eritroplasia, y la estructura más afectada fueron amígdalas con un 28%(ver tabla 43). El municipio de San Ramón presentó con mayor frecuencia la ulceración y/o descamación con

el 65% y la estructura que se presenta más afectada es el carrillo con el 45% (ver tabla 47). En el municipio de Sensuntepeque el 34% presentó lesiones; entre las estructuras más afectadas destaca la encía con el 43%, siendo la eritroplasia la lesión más significativa con el 31%(ver tabla 45). En relación a un estudio realizado en la India, difiere de la investigación realizada en las 4 unidades de salud ya que la prevalencia en el estudio en India es el paladar blando, piso de la boca, zona retromolar y labios. En cambio en el estudio realizado en los cuatro municipios la prevalencia es en amígdalas, encía y carrillo(10).

En relación al índice de placa dentobacteriana Løe y Silness, para la población en estudio de la Unidad de Salud de San Rafael Obrajuelo la condición leve se encontró en un 43% (ver tabla 48). En San Pedro Masahuat, un 58%, en Sensuntepeque el 63% (ver tabla 50). Solo en la población de San Ramón prevalece la condición moderada con un 47% (ver tabla 51). Un estudio realizado en la Universidad Javeriana de Bogotá presento un mayor índice de placa bacteriana el grupo de 3 a 6 años y hubo una disminución de 7 a 9 años y un incremento en el grupo de niños de 10 a 12 años (7). En el estudio realizado en las cuatro unidades de salud la prevalencia en una condición leve de 5 a 11 años en San Rafael Obrajuelo, Sensuntepeque y San Ramón, en San Pedro Masahuat la prevalencia es en las edades 20 a 40 años en femenino y de 12 a 19 para el masculino. Por lo cual vemos que la relación de prevalencia en las edad infantil y adolescente.

En cuanto al índice gingival se encontró que el mayor porcentaje que se obtuvo en la condición de inflamación de la población en estudio de la Unidad de Salud de San Rafael Obrajuelo con un 48% (ver tabla 65).San Pedro Masahuat un 65% (ver tabla 66). Para el Municipio de San Ramón 47% (ver tabla 68). En Sensuntepeque el 72% (ver tabla 67). Otro índice evaluado es el índice periodontal comunitario CPI de (OMS), éste evalúa la condición periodontal en personas mayores de 15 años, encontrando así para el municipio de San Rafael Obrajuelo, que el 36% de la población en estudio presenta cálculo supra o

subgingival (ver tabla 69). Para el municipio de San Pedro Masahuat se obtuvo que el 65% presentó cálculo supra o subgingival (ver tabla 70). Para el municipio de San Ramón se encontró que un 23% de la población en estudio presentó cálculo supra o subgingival (ver tabla 72). Para el municipio de Sensuntepeque se observó que el 25% de la población en estudio presentó cálculo supra o subgingival (ver tabla 71). Los datos encontrados en el estudio se encuentran estrechamente relacionados con estudios realizados en Argentina donde han demostrado una elevada prevalencia de las enfermedades gingivo-periodontales. En cuanto a la prevalencia de gingivitis todos los estudios coinciden en que es cercano al 100%. En cambio se ha hallado que la prevalencia de periodontitis varía entre el 5% y el 40%, dicho estudio concluyó que el 96.8% de los pacientes mayores de 18 años necesitan alguna forma de atención periodontal, por otro lado solo el 12% de los individuos consultaron por sangrado de encías, mientras que presentaron sangrado cerca del 90% (9).

Al realizar la medición del índice CPO/D para la población en estudio de la Unidad de Salud de San Rafael Obrajuelo fue alta con un 73% (ver tabla 52). Para la población de San Pedro Masahuat se encontró un nivel alto con un 82% (ver tabla 53). En la población de San Ramón se encontró en nivel alto con un 94% (ver tabla 55), y en el municipio de Sensuntepeque el 70% de los sujetos presentó un nivel alto en dicho índice (ver tabla 54).

Los cuatro municipios que participaron en la investigación concluyeron que el índice CPO/ ceo/d se encuentra en un nivel alto, lo que se relaciona con el motivo de consulta más frecuente que es la enfermedad caries.

En la variable ceo/d se encontró que en el municipio de San Rafael Obrajuelo la población presenta un nivel alto con un 63% (ver tabla 56), para el municipio de San Pedro Masahuat se encontró un nivel alto con un 68% (ver tabla 57), para el municipio de San Ramón se encontró que el 86% de la población presenta un nivel alto (ver tabla 59), en cuanto al municipio de Sensuntepeque se encontró que el 58% de la población obtuvo un nivel alto (ver tabla 58). En los estudios

realizados en el Departamento de Odontología Preventiva y Social, facultad de odontología, Facultad Autónoma de Nicaragua de León (UNAM-León) que también utiliza el índice de caries Cpod y ceod observo que el 100% de la población estudiada padece de la enfermedad caries tanto en niños como adultos. Así también el estudio realizado en los 4 municipios hay un nivel alto de CPOD y ceod.

Para poder obtener una mejor y completa evaluación de la población en estudio se utilizaron índices que se encargan de medir las maloclusiones tanto en niños como en adultos, así para el Índice de estética dental (DAI) se encontró que en el municipio de San Rafael Obrajuelo el 36% de la población presentó maloclusión normal o mínima y maloclusión muy severa y discapacitante con el mismo porcentaje(ver tabla 73), en el municipio de San Pedro Masahuat se observó que un 67% presentó oclusión normal o mínima (ver tabla 74), en la población del municipio de San Ramón se encontró que un 33% de las personas en estudio presentaron maloclusión definida (ver tabla 76), en lo que respecta al municipio de Sensuntepeque se encontró que un 62% de la población adulta presentó maloclusión muy severa y discapacitante (ver tabla 75). De acuerdo la investigación realizada en México que tenía como grupo en estudio adolescente la Clase I de Angle es la más frecuente con el 72.8%, resultando 5 y 7 veces mayor que las Clases II y III con una estimación de nivel población entre 69 y 76% no se encontró gran diferencia significativa por edad, lo que no sucedió por género, mostrando un riesgo mayor para el femenino (25). La cuál concuerda con las Unidades de Salud de San Rafael Obrajuelo y San Pedro Masahuat tienen maloclusión mínima que equivale a una oclusión Clase I de Angle. En cambio en las Unidades de Salud de Sensuntepeque y San Ramón se encuentran con una maloclusión severa y discapacitante.

En cuanto al índice de maloclusión en niños se encontró que en el municipio de San Rafael Obrajuelo un 56% presento maloclusión mínima (ver tabla 77), en el municipio de San Pedro Masahuat se encontró que un 54% presento maloclusión mínima (ver tabla 78), en cuanto al municipio de San Ramón se encontró que un

54% presento maloclusión mínima (ver tabla 80), y en el municipio de Sensuntepeque el 42% de la población en estudio presento mal oclusión definida y severa (ver tabla 81). En el estudio realizado en Venezuela se encontró que un 64.7% de la población total estudiada presente hábitos parafuncionales (27) bucales en relación con el estudio en el cual tenemos en San Rafael Obrajuelo, San Pedro Masahuat y San Ramón posee maloclusión mínima, diferente en la Unidad de Salud de Sensuntepeque el cual es definida y severa.

CONCLUSIONES

En cuanto a la determinación del diagnóstico de salud bucal de la población, como paciente colectividad que asiste a las unidades de salud de: San Rafael Obrajuelo y San Pedro Masahuat de La Paz; San Ramón, Cuscatlán; y Periférica de Sensuntepeque, Cabañas; de la Región Paracentral del MSPAS durante el año 2009; se observó que los resultados encontrados en el estudio fueron bastante similares para las cuatro Unidades de Salud.

Al analizar la variable de sexo y rangos de edad, se presentan datos congruentes con la base teórica de la investigación en donde la mayoría de individuos sujetos a estudio, pertenecen al sexo femenino. Con respecto al rango de edad de personas que asisten a la Unidad de Salud, en 3 de 4 unidades de salud existió mayor prevalencia en personas de 5 a 11 años de edad. En cuanto al porcentaje de mujeres embarazadas se observaron datos bajos en las 4 poblaciones en estudio, cuyos porcentajes oscilan entre el 4% y 9%; no se presentaron mujeres en estado de gravidez en el municipio de San Rafael Obrajuelo, concluyendo que las causas de este hecho es a causa de la poca colaboración y coordinación entre la odontóloga con el personal médico y de enfermería de cada unidad de salud, aunado a la falta de interés de las mujeres embarazadas en cuanto a su salud bucal.

En cuanto a los ingresos económicos de la población general, se observaron porcentajes de 95% y 96% en las unidades de San Rafael Obrajuelo y San Ramón, en los que la población si presentaba ingresos económicos mensuales, en cambio a las unidades de salud de San Pedro Masahuat y Periférica de Sensuntepeque en las que se presentaban porcentajes del 24% y el 31% respectivamente, datos que vuelven a estas últimas, como poblaciones de baja condición económica. Es relevante mencionar el hecho de que los sujetos en estudio, pudieron no responder verazmente a la pregunta, se presume que fue debido a la criminalidad en el país, específicamente por las extorsiones que amenazan lo amenazan actualmente; por lo que cada individuo se volvió más

reservado. En cuanto a la cantidad de ingresos que tuvieron los individuos, en 3 de 4 unidades sujetas a estudio se presentaron valores de \$1 a \$100 y en una de \$101 a \$150, quiere decir que la base teórica, en donde se describe que los datos del Ministerio de Economía indican un ingreso promedio mensual de los hogares salvadoreños de \$483.08, dista de los datos encontrados en este estudio.

Analizando los porcentajes de escolaridad de cada una de las poblaciones, los porcentajes de sujetos que no tienen ningún grado de escolaridad, oscila entre valores del 6% y el 9% para mujeres y 5% y 21% para hombres, que no difieren en gran porcentaje de los presentados por el Ministerio de Economía en el 2007; el cual afirma que: En el país el 16.1% de las mujeres son analfabetas, contra el 11.3% que presentan los hombres. Se observa que el grado de analfabetismo es bajo, pero el nivel de educación oscila entre el 1° y el 2° ciclo lo cual hace más difícil la comprensión de temas en salud bucal.

Cuando se analizaron, los porcentajes del lugar de residencia actual, así como el lugar de residencia en los primeros siete años de vida, de los individuos sujetos a investigación, se concluye que la mayoría de pacientes, que asistieron a los respectivos centros de salud, residen actualmente, así como los primeros 7 años de su vida en el municipio donde se encuentra cada unidad en estudio. Situación que vuelve definitivamente más fidedigno el sondeo, pues engloba cada población en regiones separadas.

Con respecto al motivo de consulta, existe una marcada prevalencia en las 4 unidades de salud, por los “problemas dentales” en porcentajes arriba del 50%.

Dentro de la variable de lesiones que se presentan en cara y cuello, es concluyente que, la lesión con mayor índice de aparición en 3 de 4 unidades de salud es la “eritroplasia” con un promedio porcentual del 28% en las 3 unidades, dentro de las estructuras que aparecieron más afectadas, mencionamos: amígdalas, encías y carrillos. Datos que disienten de investigaciones, en las que se señala que las leucoplasias son más frecuentes que las eritroplasias.

En cuanto al índice de placa bacteriana, el municipio de San Ramón, presentó mayores valores porcentuales en condiciones moderadas de dicho índice (47%), mientras que las otras 3 unidades en estudios, concuerdan en encontrar una condición leve de placa bacteriana (entre el 43% y 63%).

Dentro del Índice CPOD y ceod el factor común fue un nivel alto en todos los rangos de edad y sexo. Lo cual demuestra que son necesarias acciones ya sea preventivas o de otra índole que ayuden a la población en general, a fin de disminuir la prevalencia de caries dental.

Dentro de los valores porcentuales, estudiados en el índice gingival, se presenta “inflamación leve gingival” para las 4 poblaciones, mientras que para el índice periodontal comunitario CPI, la mayoría de unidades presentó cálculo supra y subgingival, a diferencia de la unidad de Salud de San Ramón que encontró niveles más altos en este índice, como lo fueron bolsas de 4 a 5mm.

En la variable, del índice de maloclusión DAI, se presentaron datos un tanto divergentes para las 4 poblaciones, Maloclusión normal y mínima para los municipios de San Pedro Masahuat y San Ramón; maloclusión severa y discapacitante para el municipio de San Rafael Obrajuelo, mientras que para la Unidad de Salud Periférica de Sensuntepeque, los valores más altos son para la maloclusión muy discapacitante.

Y para el índice de mal oclusión en niños, se concluye que las unidades de salud de San Rafael Obrajuelo y San Pedro Masahuat, presentaron maloclusión mínima. Y para las poblaciones que asistieron a San Ramón y Unidad de Salud Periférica de Sensuntepeque la maloclusión con mayor porcentaje fue la maloclusión definida.

En general se dice que las cuatro poblaciones en estudio se encuentran con una condición no favorable en salud bucal prevaleciendo la caries dental y sus secuelas por lo cual se necesita tomar medidas preventivas, curativas y de rehabilitación para dichas poblaciones.

RECOMENDACIONES.

Al ministerio de Salud de Salud Publica y Asistencia Social.

- Se recomienda, mayor énfasis en la implementación de la educación y motivación en salud en los diferentes centros asistenciales y educativos, así mismo incluir contenidos que aborden temas sobre salud bucal integral.
- Realizar actividades diagnósticas, para dar a conocer la condición de salud bucal, a cada sujeto de la población, y de esta manera crear conciencia, apoyándose en charlas educativas con temáticas en salud bucal y su relación con otras patologías sistémicas, y de esta forma, motivar a las personas a asistir a la consulta odontológica.
- Reestructurar el programa de control prenatal; para que el control odontológico se realice previo a la consulta médica. De manera que se pueda realizar un diagnostico correcto y completo de la condición bucal de las embarazadas, y darles tratamientos preventivos, curativos y educación en salud bucal para ella y el futuro bebe.
- Ampliar la cobertura de atención de los diferentes programas, y que el odontólogo realice las actividades, es necesario implementar de nuevo el recurso de asistente dental.

A las unidades de Salud de San Rafael Obrajuelo, San Pedro Masahuat, Periférica de Sensuntepeque y San Ramón.

- Implementar estrategias de promoción en salud bucal, realizando campañas y actividades que promuevan la asistencia de la población a la consulta odontológica de los diferentes centros asistenciales del país.
- Realizar una mejor coordinación entre el personal de salud: doctores, enfermeras, promotores de salud, en el programa de control prenatal para asegurar la asistencia y captación de la paciente embarazada a la consulta odontológica.

A la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador.

- Fomentar una conciencia investigativa en los alumnos y docentes en los diferentes campos de la odontología en el país.
- Dar seguimiento a esta investigación para poder actualizar y profundizar aun más en la problemática de la condición bucal de la población salvadoreña.
- Referir el estudio presente, a las diferentes instituciones en salud del país, a las que les pueda ser útil y que puedan colaborar a mejorar la problemática en salud bucal del país.
- Recobrar dentro del aprendizaje y formación clínica la implementación de asistente dental, formando parte del curriculum pre-clínico.

BIBLIOGRAFIA

1. Luengas Aguirre, María Isabel. "Salud Bucal, un indicador sensible de las condiciones de salud". Disponible en: <http://www.mex.ops-oms.org/documentos/publicaciones/hacia/a03.pdf>
2. Centro Internacional de Investigaciones de Desarrollo "La Pobreza en América Latina". Disponible en: http://www.idrc.ca/es/ev-23076-201-1-DO_TOPIC.html
3. Jiménez C., Kkilikan R., Perez C., Herrera N., Hernandez L. "Estudio retrospectivo de lesiones patológicas en niños y adolescentes. Servicio de Clínica Estomatológica Facultad de Odontología Universidad Central de Venezuela. período 1992-2006." Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws edición electrónica mayo 2008. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2008/lesionespatologicasninosadolescentes.asp>
4. Ministerio de Economía dirección general de estadísticas y censos. Encuesta de hogares de propósitos múltiples, Septiembre de 2006. Disponible en: <http://www.digestyc.gob.sv/publicaciones/EHPM2006/2005/PPALESRESULTADOS/PRINCIPALES%20RESULTADOS%20EHPM%202006.pdf>
5. Escalona Paneque, Dra. Tahiris, Influencia de la Placa Dentobacteriana en la enfermedad gingival. Disponible en: <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEyEyuAyunMFKZUZa.php>
6. Toledano Rojo, Dr. Michel Odontología y Estomatología , Medicina de Urgencias, Comportamiento de Algunas Urgencias Periodontales en la Comunidad de Betulio González, Publicado: 15/09/2008 Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1238/1/Comportamiento-de-Algunas-Urgencias-Periodontales-en-la-Comunidad-de-Betulio-Gonzalez.html>

7. Genoma humano en ortodoncia/motivo de consulta, Wiki Javeriana. Disponible en: [http://recursostic.javeriana.edu.co/wiki/index.php/Genoma humanoenortodoncia/motivodeconsulta](http://recursostic.javeriana.edu.co/wiki/index.php/Genoma_humanoenortodoncia/motivodeconsulta)
8. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guía de Atención Estomatológica. Pág.1, Mayo 2006
9. Oyonarte Weldt, Dr. Rodrigo, Estudio Epidemiológico de la Atención Odontológica Primaria de Urgencia en la Comuna de Las Condes. Disponible en: www.odontomarketing.com/articulos/art18.htm.
10. Rioboo Crespo M^o del Rosario, Planells del Pozo, Paloma, Epidemiología de la patología de la mucosa oral más frecuente en niños, Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169844472005000500001&script=sciarttext>
11. Moret, Yuli; Rivera, Helen correlación clínico-Patológica de la Eritroplasia Bucal con Diagnóstico Histopatológico de Displasia Epitelial en una muestra de la población Venezolana volumen 46 n^o 2 / 2008. Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2008/2/correlacionclinico_patologicaeritroplasiabucal.asp
12. Miralda, Dr. Lucas, Indicaciones Perioperatorias. Disponible en: <http://www.doctorlucasmiralda.com/indicacionesperioperatorias.html>
13. Amado Cuesta Susana, Valmaseda Eduardo, Complicaciones de la Cirugía Bucal Ambulatoria en Pacientes mayores de 65 años Med Oral 2004;9:253-62. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/medicor/v9n3/11.pdf>
14. Paneque Escalona Dra. Tahiris, Influencia de la Placa Dentobacteriana en la enfermedad gingival, junio 2006, código ISPN de la publicación: YEYUAYUNMFKZUZA. Disponible en: <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEyEyuAyunMFKZUZa.php>
15. Liset Capote Victores, Greisy Cuevas Guerra, Principales Enfermedades En Estomatología, Caries, Periodontopatías y Maloclusiones. Pág. 3. Disponible en: www.forumestudiantil.sld.cu/salones-virtuales/...ii/caries.../download
16. Rodríguez Lorenzo, Dra. Elena, Rodríguez Lorenzo, Dra.

Caridad, Comportamiento de la Caries Dental en Escolares. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, 1994-2000. Disponible: http://www.ucmh.sld.cu/rhab/articulo_rev8/ccdent.htm

17. Benitez Melo Alexandra Paola, Sanchez Romero Mario Rafael, Revista de Odontología, Gingivitis en los niños y púberes tempranos pertenecientes a hogares de beneficio social de la sabana de Bogotá. Disponible en: <http://www.encolombia.com/odontologia/foc/FocXXIV-gingivitis.htm>
18. Medina, Dr. Carlo, Perfil epidemiológico de la caries dental y enfermedad periodontal, en Nicaragua, año 2005., Volumen 1, Año 1, 2007, © 2007 UNAN-León, Editorial Universitaria Disponible en: <http://universitas.unanleon.edu.ni/pdf/1ro/Arto7VOI1.pdf>
19. De Estrada Riveron Johany, Rev Cubana Estomatol, Factores de riesgo asociados con la enfermedad caries dental en niños, 2003. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol40_2_03/est01203.html
20. Rodriguez Baldemmira Iriam, Rev Cubana Estomatol, Sangramiento Gingival y Flora Bacteriana en la Gingivitis y la Periodontitis. 1996; Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol33_2_96/est08296.html
21. Diagnóstico de la necesidad de tratamiento Periodontal en adultos de la Republica Argentina. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=553&Itemid=
22. CARRANZA, Fermín, "Periodontología Clínica", 8° edición, Pág. 234.
23. La enfermedad de las Encías en Argentina, Notas y Artículos. Disponible en: <http://www.alfabeta.net/notas/tema-34/nota-636-34.xtp>
24. Perez Ferras Marisol Perez Ferras Marisol, Maloclusiones dentarias, Factores Predisponentes en niños, estudio retrospectivo de maloclusiones frecuentes en infantes de 2 a 16 años de edad en el centro odontopediátrico de Carapa ubicado en la parroquia antímano – caracas en el período 2000-2007 Publicado:11/06/2009
Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1548/1/Maloclusiones-dentarias-Factores-predisponentes-en-ninos.html>

25. Toledo Reyes Lilian, Rev Cubana Estomatol, Maloclusiones por el índice de estética dental(DAI)en la población menor de 19 años, 2004, 41. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol41_3_04/est06304.htm
26. Murrieta Pruneda, José Francisco, Cruz Diaz, Paola Alejandra, Lòpez Aguilar, Jasiel *et al.* Prevalencia de maloclusiones dentales en un grupo de adolescentes mexicanos y su relación con la edad y el género. *Acta odontol. venez.* [online]. ene. 2007, vol.45, no.1 [citado 26 Julio 2009], p.74-78. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S000163652007000100013&script=sci_arttext
27. Martinez, Narlinda, Frecuencia de maloclusión en niños de 3 a 5 años de edad, Policlínica "Pedro Díaz Coello". 2004 Disponible: Frequency of maloclusión in children from 3 to 5 years of age, "Pedro Díaz Coello" Polyclinic, 2004. <http://www.cocmed.sld.cu/no101/n101ori4.htm>
28. VI Censo Poblacional y V de vivienda 2007, cuadro 2 pág. 31. Disponible en: <http://www.digestyc.gob.sv/BoletinIPC/Resultados%20VI%20Censo%20de%20Poblaci%C3%B3n%20y%20V%20de%20Vivienda%202007.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1

DISTRIBUCION DE LA POBLACION DE LAS UNIDADES DE SALUD.

ESTRATOS POR EDADES	SAN RAFAEL OBRAJUELO	SAN PEDRO MASAHUAT	PERIFERICA SENSUNTEPEQUE	SAN RAMON
Niños de 0-4	14	2	6	4
Niños de 5-9	4	11	9	14
Adolescentes 10-19	5	8	6	5
Hombre 20-40	10	7	4	9
Hombre 41-60	3	3	2	3
Adulto mayor de 60.	1	1	2	2
Niñas de 0-4	4	1	1	4
Niñas de 5-9	20	12	25	19
Adolescentes 10-19	6	12	10	5
Mujer 20-40	11	22	14	12
Mujer 41-60	3	3	6	3
Adulta mayor de 60.	1	3	2	3
Total	82	83	87	83

Anexo N° 2

LESIONES PRESENTES EN UNIDAD DE SALUD DE SAN RAFAEL OBRAJUELO

Lesiones de cara y cuello y estructuras																					
Sexo	Rango edad	Encías		Carrillo			Amígdalas		Paladar Duro		PisoDeBoca		Labios				CaraYCuello		Total general		
		Eritoplasia		Eritoplasia	Leucoplasia		Eritoplasia	Exostosis		Exostosis		Eritoplasia	Ulceraciones y/o Descamación		Ulceraciones y/o Descamación						
Femenino	0-4 años		0%		0%		0%	1	5%		0%		0%		0%		0%		1	5%	
	5-11 años		0%	1	5%		0%	2	10%		0%		0%	1	5%		1	5%	6	30%	
	12-19 años		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%			0%	0	0%	
	20-40 años		0%		0%	1	5%	1	5%	1	5%		0%		0%	1	5%		4	20%	
	41-60 años		0%		0%		0%		0%	1	5%		0%		0%		0%		1	5%	
	61 o más		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0	0%	
Total femenino			0%	1	5%	1	5%	4	20%	2	10%		0%	1	5%	2	10%	1	5%	12	60%
Masculino	0-4 años		0%		0%		0%		0%		0%		0%		1	5%		0%	1	5%	
	5-11 años		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0	0%	
	12-19 años		0%		0%		0%		0%		0%		0%		1	5%		1	5%	2	10%
	20-40 años		0%		0%		0%	1	5%		0%	1	5%		0%		0%		2	10%	
	41-60 años	1	5%		0%		0%		0%		0%		0%		1	5%		0%	2	10%	
	61 o más		0%		0%		0%		0%	1	5%		0%		0%		0%		1	5%	
Total Masculino		1	5%		0%		0%	1	5%	1	5%	1	5%		0%	3	15%	1	5%	8	40%
Total general		1	5%	1	5%	1	5%	5	25%	3	15%	1	5%	1	5%	5	25%	2	10%	20	100%

Anexo N° 3

LESIONES PRESENTES EN UNIDAD DE SALUD SAN PEDRO MASAHUAT

Lesiones de por estructura																													
		Encias				Carrillo				Amigdalas		Glandula salivales		Paladar blando		Paladar duro			Labios			Cara y cuello		Total general					
Sexo	Rango edad	complicacion post quirurgica	Eritroplasia		Eritroplasia		Leucoplasia		Ulceraciones y/o Descamación		Eritroplasia		Eritroplasia		Ulceraciones y/o Descamación		Eritroplasia		Exostosis		Eritroplasia		Leucoplasia			Eritroplasia			
Femenino	0-4 años		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%	0	0%		
	5-11 años		0%	1	2%		0%		0%		0%	3	6%		0%		0%		0%	1	2%		0%	1	2%		0%	6	12%
	12-19 años		0%		0%	1	2%		0%		0%	4	8%		0%		0%		0%		0%	1	2%	1	2%	1	2%	8	15%
	20-40 años	1	2%	1	2%	1	2%		0%		0%	5	10%	1	2%		0%		0%	3	6%		0%	1	2%	1	2%	14	27%
	41-60 años		0%		0%	1	2%		0%		0%	2	4%		0%		0%		0%	1	2%		0%		0%		0%	4	8%
	61 o más		0%		0%		0%		0%	2	4%		0%		0%		0%		0%	1	2%		0%		0%		0%	2	4%
Total Femenino		1	2%	2	4%	3	6%		0%	2	4%	14	27%	1	2%		0%	1	2%	5	10%	1	2%	3	6%	2	4%	35	67%
Masculino	0-4 años		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%	0	0%
	5-11 años		0%		0%	2	4%		0%		0%	2	4%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%	4	8%
	12-19 años		0%		0%	1	2%		0%	1	2%		0%		0%		0%		0%	1	2%	1	2%		0%		0%	4	8%
	20-40 años		0%		0%	1	2%		0%		0%		0%	1	2%		0%		0%		0%		0%		0%	1	2%	3	6%
	41-60 años		0%		0%	1	2%		0%		0%		0%		0%		0%		0%	2	4%		0%	1	2%		0%	4	8%
	61 o más		0%		0%		0%	1	2%		0%	1	2%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%	2	4%
Total Masculino			0%		0%	5	10%	1	2%	1	2%	3	6%		0%	1	2%		0%	3	6%	1	2%	1	2%	1	2%	17	33%
Total general		1	2%	2	4%	8	15%	1	2%	3	6%	17	33%	1	2%	1	2%	1	2%	8	15%	2	4%	4	8%	3	6%	52	100%

Anexo N° 4

LESIONES PRESENTES EN UNIDAD DE SALUD PERIFERICA DE SENSUNTEPEQUE

Lesiones presentes por edad y sexo.																										
Sexo	Rango de edad	Encias						Carrillo						Alveolo		Amigdalas		Paladar duro		Labios		TOTAL				
		Eritoplasia		Tumoraciones		Ulceraciones y/o descamación		Eritoplasia		Leucoplasia		Tumoraciones		Ulceraciones y/o Descamación		Complicacion postquirurgica		Eritoplasia		Exostosis			Ulceraciones y/o Descamación			
Femenino	0 a 4 años	3	9%	5	14%	1	3%		0%		0%		0%		0%		0%	1	3%		0%		0%	1	0	29%
	5 a 11 años	1	3%	1	3%		0%		0%		0%	1	3%		0%		0%	1	3%		0%		0%		4	11%
	12 a 19 años	4	11%	1	3%		0%		0%		0%		0%	1	3%		0%	1	3%		0%		0%		7	20%
	20 a 40 años		0%		0%		0%		0%		0%	1	3%		0%		0%		0%	1	3%	1	3%		3	9%
	41 a 60 años		0%		0%		0%	1	3%		0%		0%		0%		0%		0%		0%	2	6%		3	9%
	61 o más		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0	0%
Total Femenino		8	23%	7	20%	1	3%	1	3%		0%	2	6%	1	3%		0%	3	9%	1	3%	3	9%		27	77%
Masculino	0 a 4 años		0%		0%		0%		0%		0%		0%	1	3%		0%		0%		0%		0%		1	3%
	5 a 11 años	1	3%	2	6%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		3	9%
	12 a 19 años		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0	0%
	20 a 40 años	1	3%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		1	3%
	41 a 60 años	1	3%		0%		0%		0%	1	3%		0%		0%	1	3%		0%		0%		0%		3	9%
	61 o más		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0	0%
Total Masculino		3	9%	2	6%		0%		0%	1	3%		0%	1	3%	1	3%		0%		0%		0%		8	23%
Total general		11	31%	9	26%	1	3%	1	3%	1	3%	2	6%	2	6%	1	3%	3	9%	1	3%	3	9%		35	100%

Anexo N° 5

LESIONES PRESENTES EN UNIDAD DE SALUD DE SAN RAMON

Lesiones presentes																									
Sexo	Rango edad	Encia				Carrillo				Amigdalas				PaladarDuro			Labios		CaraYCuello				Total general		
		Tumoracion es		Ulceracion es y/o Descamacion		Eritroplasia		Ulceracion es y/o Descamacion		Eritroplasia		Tumoracion es		Eritroplasia	Exostos is		Eritroplasia	Tumoracion es		Ulceracion es y/o Descamacion					
Femenino	0 a 4 años		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%	0	0%		
	5 a 11 años		0%	2	6%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%	2	6%		
	12 a 19 años		0%		0%	1	3%	2	6%	1	3%		0%		0%		0%		0%		0%	4	12%		
	20 a 40 años	1	3%		0%		0%	1	3%		0%		0%		0%	3	9%		0%		0%	5	15%		
	41 a 60 años		0%		0%		0%	2	6%		0%	1	3%		0%		0%		0%	1	3%	4	12%		
	61 o más		0%		0%		0%	1	3%		0%		0%		0%	1	3%	1	3%		0%	3	9%		
Total Femenino		1	3%	2	6%	1	3%	6	18%	1	3%	1	3%	0%	3	9%	1	3%	2	6%	0%	18	55%		
Masculino	0 a 4 años		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%	0	0%		
	5 a 9 años		0%	1	3%		0%	2	6%		0%		0%	1	3%		0%		0%		0%	5	15%		
	10 a 19 años		0%		0%		0%	2	6%	1	3%		0%		0%		0%		0%		0%	3	9%		
	20 a 40 años		0%		0%		0%	2	6%		0%		0%		0%		0%		0%		2	6%	4	12%	
	41 a 60 años		0%		0%		0%	2	6%		0%		0%		0%		0%		0%		0%	2	6%		
	61 o más		0%		0%		0%	1	3%		0%		0%		0%		0%		0%		0%	1	3%		
Total Masculino			0%	1	3%		0%	9	27%	1	3%		0%	1	3%	0%	0%		0%	2	6%	5	15%		
Total general		1	3%	3	9%	1	3%	15	45%	2	6%	1	3%	1	3%	3	9%	1	3%	2	6%	2	6%	33	100%

Anexo N° 6

Discusión de los resultados obtenidos en el Municipio de San Rafael Obrajuelo

En el presente estudio se observó que la población que demanda atención odontológica en el municipio de San Rafael Obrajuelo departamento de La Paz en su mayoría son del sexo femenino abarcando un 55% de la población en estudio, obteniendo la mayor población en el rango de edad de 5 a 11 años con un 24%, en comparación con el sexo masculino que conforma el 45% restante, coincidiendo con el sexo femenino en el rango de edad. (ver tabla 1)

Las mujeres sujetas de estudio que se encontraban en edad fértil comprenden el 24% de la población, de estas no se logró captar ninguna embarazada durante el estudio debido a la poca afluencia de estas al centro asistencial y a la renuencia de algunas mujeres de pasar por el área de odontología argumentando que no les gusta esperar, o que regresaran otro día; aunado a la poca colaboración por parte del personal médico y de enfermería para ejercer presión sobre ellas y que sea una obligación contar también con el control odontológico como parte integral de su control prenatal.

De acuerdo a los datos obtenidos en la investigación un 95% de la población posee ingresos económicos mensuales de estos un 66% posee ingresos de 101 a 150 dólares,(ver tabla 8 y 12) la mayor parte de estos obtiene sus ingresos de trabajos domésticos, trabajos de agricultura y ventas varias, lo que no es suficiente para cubrir la canasta básica, esta realidad difiere de la obtenida por la Dirección General de estadísticas y censos que encontró que el ingreso promedio por hogar mensual es de \$442.38 para el total país, \$535.71 en el área urbana, y \$284.21 en el área rural(4). Con los ingresos tan bajos que presenta dicha población no es posible poder otorgar una calidad de vida ni solventar todas las necesidades básicas de sus hogares.

Lo que respecta a la educación se encontró que un 71% de la población se encuentra estudiando actualmente o que sabe leer y escribir,(ver tabla 16) siendo

las mujeres las más alfabetizadas con un 46%; pero en su mayoría solamente han logrado estudiar hasta 2 ciclo con un 23% de la población total. El bajo nivel de escolaridad no permite a la población un mejor desenvolvimiento en los diferentes campos de trabajo sino que se ven obligados a realizar trabajos que necesiten un bajo o nulo nivel de estudio, lo que les limita a tener mejores oportunidades, por el contrario incrementa el nivel de deserción escolar después del 2 ciclo de estudio para incorporarse a los trabajos de agricultura, ventas varias entre otros, lo cual fue manifestado por los encuestados. En el estudio resulto que el sexo femenino no posee escolaridad en un 9% y el sexo masculino en un 21% (ver tabla 16), lo que concuerda con el estudio realizado por el Ministerio de Economía en el 2007; el cual afirma que: La tasa de analfabetismo es más alta en las personas de mayor edad; así las personas mayores de 34 años poseen una tasa de 24.7%; mientras que en la población de 10 a 18 años, es de 3.7%.(2).

En su mayoría los sujetos de estudio residen en dicho Municipio con un 68% de la población y el 31% restante residen en los municipios aledaños a este. Y el 95% de la población en estudio ha vivido en el departamento de La Paz y sus municipios durante sus primeros 7 años de vida.(ver tabla 24)

La mayoría de estas personas tienen como común denominador el motivo de consulta mas predominante de la clínica odontológica, la enfermedad caries con un 46% de la población que asiste, en el cual el mayor porcentaje fue para los niños de 5 a 11 con un 9% y de 20 a 40 con un 9% para el genero femenino y de un 9% para la edad de 0 a 4 años y de un 5% para el rango 20 a 40 en el sexo masculino,(ver tabla 36) dichos porcentajes se ven respaldados por el Estudio Epidemiológico de Caries y Fluorosis Dental en Escolares de 6, 7-8, 12 y 15 años de centros de enseñanza pública de El Salvador” realizado en el año 2000 por el MSPAS, donde se observó un nivel de prevalencia de la caries del 61% en edades de 6 a 15 años con una tendencia a aumentar directamente proporcional a la edad lo que pone de manifiesto que el mayor problema en la población es la enfermedad caries.

En dicho estudio también se evaluó el porcentaje de lesiones de cara y cuello y lesiones osteomucofibras que presentan los pacientes que frecuentan el área odontológica de la unidad de salud en estudio obteniendo así que las lesión mas frecuente es la eritroplasia presente en amígdalas con un 25% y las ulceraciones y/o descamaciones presentes en labios con otro 25%.

En relación al índice de placa dentobacteriana Løe y Silness se encontró que un 43% de la población posee una condición leve de acumulo de placa, siendo el mayor porcentaje para las mujeres con un 27%, siendo el rango de edad mas afectado de 5 a 11 años (ver tabla 48);

En cuanto al índice gingival se encontró que el mayor porcentaje de inflamación se obtuvo en la condición de inflamación leve con un 48% de los cuales el mayor porcentaje lo obtuvo el sexo femenino en las edades de 5 a 11, y para el sexo masculino el mayor porcentaje fue para los niños de 0 a 4 años de edad,(ver tabla 65) esto se puede relacionar a que son el grupo hetareo que mas asiste a las unidades de salud y el más vulnerable ya que la condición de salud bucal depende directamente del padre de familia o encargado del menor que en muchas ocasiones demuestra apatía ante las charlas impartidas en las unidades de salud; el resultado encontrado no esta distante de la realidad con otros países latino americanos en donde se han realizado estudios similares, según la revista científica mexicana, la gingivitis afecta aproximadamente el 80% de los niños en edad escolar y mas del 70% de la población adulta ha padecido de gingivitis, periodontitis o ambas (ver tabla 13). Otro índice evaluado es el índice periodontal comunitario CPI de (OMS), este evalúa la condición periodontal en personas mayores de 15 años, encontrando así para el municipio de San Rafael Obrajuelo, que el 36% de la población en estudio presenta calculo supra o subgingival; de estos el mayor porcentaje fue encontrado en las edades de 20 a 40 años para ambos sexos (ver tabla 69). Estos resultados obtenidos se ven respaldados con resultados de estudios realizados en Argentina donde concluyeron que el, 96.8% de los pacientes

mayores de 18 años necesitan alguna forma de atención periodontal, lo que coincide con la población estudiada (23).

Otro de los campos que se evaluaron es la presencia de caries dental, catalogada como una enfermedad crónica y la más frecuente de la dentición humana; una vez que se presenta, sus manifestaciones persisten a lo largo de toda la vida, incluso cuando las lesiones han sido tratadas (11). Para medir dicha enfermedad a nivel epidemiológico, se utiliza el índice CPOD/ceod.

Al realizar la medición de este índice se encontró que el CPO/D para la población en estudio fue alta con un 73%, encontrando el nivel más alto en el sexo femenino con un 38%, en contraste con el sexo masculino con un 35% (ver tabla 52).

En la variable ceo/d se encontró que el 63% de la población presenta un nivel alto, el mayor porcentaje lo obtuvo el sexo femenino con un 37% en contraste con el 27% obtenido por el sexo masculino en las edades de 0 a 11 años para ambos sexos.(ver tabla 56)

Los resultados obtenidos en ambos niveles fue alta lo que demuestra lo encontrado en otros estudios que han encontrado que la alta prevalencia de caries que se presenta en el mundo entero y afecta del 95% al 99% de la población, la sitúa como principal causa de pérdida de dientes, ya que de cada 10 personas 9 presentan la enfermedad o las secuelas de ésta, que tiene su comienzo casi desde principio de la vida y progresa con la edad (19).

Para poder obtener una mejor y completa evaluación de la población en estudio se utilizaron índices que se encargan de medir las mal oclusiones tanto en niños como en adultos, así el Índice de estética dental (DAI) que relaciona, la apariencia y la posición de los dientes, clasificando la gravedad de la maloclusión; que para la población adulta se encuentra con el 36% para maloclusión normal o mínima, obteniendo el porcentaje más alto el sexo masculino en la edad de 20 a 40 años y

con el 36% para maloclusión muy severa obteniendo el porcentaje mas alto el sexo femenino en rango de edad de 20 a 40 años.(ver tabla 73)

En cuanto al índice de maloclusion en niños se encontró que un 56% se encuentra en una maloclusion minima, de esto el 40% corresponde al sexo femenino y el 16% restante corresponde al sexo masculino.(ver tabla 77).

Anexo N° 7

Discusión de los Resultados para el municipio de San Pedro Masahuat

En el estudio realizado, con la población de la Unidad de Salud del municipio de San Pedro Masahuat, se observó que la atención odontológica con mas demanda se dio en el rango de edades de 20 a 40 años en un 33% de la población general (ver tabla 2), se obtuvo un mayor porcentaje en el sexo femenino con un 61%, mientras que el sexo masculino se encuentra con un 39%; se encontró que entre el total de la población femenina un 8% corresponde a mujeres embarazadas (ver tabla 5).

Dentro de la variable de ingresos económicos, se observó que un 76% de la población no presenta ingresos económicos mensuales, mientras que el 24% restante obtiene un ingreso económico mensual de 1 a 100 dolares mensuales (ver tabla 9 y 13). En el 24% de la población general que si tiene ingresos económicos equitativamente el 12% son mujeres y 12% son hombres. Analizando este 24% de ingreso mensual, el 10% de la población posee ingresos de \$1 a \$100, seguido de un 8% que tiene ingresos de \$151 a \$200 y un 4% con ingresos de \$101 a \$150. Datos contrastantes con respecto a los del Ministerio de Economía, Dirección General de Estadísticas y Censos de El Salvador que en el año 2008, publicó que: El ingreso mensual que A nivel nacional, el ingreso promedio mensual de los hogares es de \$483.08. En el área urbana es de \$580.71 y en el área rural es de \$293.55 (4) mientras que en el municipio de San Pedro Masahuat, el 10% de la población tiene ingresos de \$1 a \$100, probablemente debido a que los residentes son una población dedicada a la agricultura y ganadería a nivel bajo y no preparados a competir en el mundo globalizado, en el cual se observan jerarquías marcadas y concentraciones no equitativas de las riquezas.

En la variable de escolaridad, se observó que un 81% de la población en general si poseen algún grado de escolaridad, mientras que un 19% no lo tiene, del 81% que si lo tienen, se presentan un 55% que son mujeres y un 25% hombres, entre los rangos de edad que mas prevalecieron en esta variable son de 20 a 40 años, en mujeres con un 24%, y de 12 a 19 años en hombres con un 10% (ver tabla 17). Si analizamos los datos de analfabetismo del Ministerio de Economía en el 2007; el cual afirma que: La tasa de analfabetismo es más alta en las personas de mayor edad; así las personas mayores de 34 años poseen una tasa de 24.7%; mientras que en la población de 10 a 18 años, es de 3.7%. En el país el 16.1% de las mujeres son analfabetas, contra el 11.3% que presentan los hombres. En el área urbana, la proporción de mujeres en situación de analfabetismo es de 11.5% y la de los hombres de 6.3%; en lo rural, la tasa es de 24.8% para las mujeres y 19.7% para los hombres (4). Porcentaje que no concuerda con los datos encontrados en la población de San Pedro Masahuat, pues el nivel de analfabetismo es de un 19% en la población general. Siendo un 6% para las mujeres y un 13% para los hombres.

En la misma variable de escolaridad, encontramos que un 29% de la población general se encuentra en bachillerato o cursaron hasta ese nivel educativo, y se observó que entre ese 29%, del cual 18% son mujeres y 11% son hombres. Al analizar estos datos, observamos que en el municipio de San Pedro Masahuat el nivel de alfabetismo, es mayor que el de analfabetismo, entonces la situación epidemiológica de la caries, no depende tanto del factor: Escolaridad, sino de la implementación de educación en salud bucal, dentro de los diferentes niveles educativos de cada individuo.

Al desglosar la variable, del municipio de residencia observamos que un 99% de la población total en estudio vive en San Pedro Masahuat, mientras que un 1% de los asistentes a la unidad de salud reside en Rosario La Paz. Este dato vuelve la investigación más fidedigna pues engloba a la mayor parte de la población en un solo sector "San Pedro Masahuat". Igualmente al analizar los datos de la

residencia durante los primeros 7 años de vida encontramos que el 89% de la población general vivió en su infancia, en San Pedro Masahuat, departamento de La Paz, datos que pueden descartar fluorosis como en otros municipios.

Analizando los porcentajes encontrados en la variable de motivo de consulta, se encontró que el problema más frecuente para la visita odontológica, es el de índole dental con un 63%, del cual un 35% es femenino y un 28% es masculino, dentro de las mujeres se observó mayor prevalencia de “problemas dentales” entre el rango de edad de 20 a 40 años con un 14%, y en los hombres se observó un 11% pero en edades de 5 a 11 años (ver tabla 33). En general se observó que la mayoría de asistentes a la unidad de salud, llegaron por problemas dentales, dato que coincide con estudios realizados a nivel mundial (9).

De la población en estudio, también se analizó la variable de lesiones de cara, cuello y osteomucofibrosas, encontramos un 51% con lesiones presentes en la población general, de los que 33% se dieron en mujeres y 18% en hombres (ver tabla), con mayor prevalencia en edades de 20 a 40 años en las mujeres y de 5 a 11 años en hombres, la lesión más frecuente fue la eritroplasia, y la estructura más afectada fueron amígdalas con un 28% (ver tabla 43), datos que discrepan de los datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS); se encontró que hay diferencia por que califican esta lesión como de menor incidencia, desde el punto de vista epidemiológico la eritroplasia es menos frecuente que la Leucoplasia.

En la población de San Pedro Masahuat, también se analizó la variable de índice de placa bacteriana en el que se presenta un 58% con una condición leve de los cuales 37% son del sexo femenino y 20% son del sexo masculino, como en otras variables predominando el rango de 20 a 40 años en mujeres y de 12 a 19 años en hombres(ver tabla 49); esto se puede deber a que existe, bajos hábitos de higiene, existe un cepillado, pero incompleto, por lo tanto deben existir mayor calidad de enseñanza a niños para que al llegar a rangos de 20 a 40 años no muestren tanta deficiencia en el cepillado.

Con respecto a la condición gingival de los sujetos en estudio, un 65% presenta “inflamación leve” con un 39% en mujeres y 27% en hombres, siendo la condición gingival uno de los factores más descuidados en la salud buco dental, ya sea por parte del paciente como por parte del profesional, al momento de educar.

Dentro de la variable Índice periodontal o comunitario, nos encontramos con porcentajes de 65% en la mayoría dentro de los valores de cálculo supra o subgingival, al desglosar este 65% nos encontramos con un 45% en mujeres y 20% en hombres, con mayor prevalencia en el rango de 20 a 40 años, Según estudios realizados, han demostrado la elevada prevalencia de las enfermedades gingivo-periodontales. En cuanto a la prevalencia de gingivitis todos los estudios coinciden en que es cercano al 100% .En cambio se ha hallado que la prevalencia de periodontitis varía entre el 5% y el 40%, dependiendo de la edad, población o países estudiados e índices utilizados para evaluar (23), situación que puede estar de acuerdo por las variables de nuestra población.

En relación al CPOD el porcentaje evaluado resultó ser en “Alto” con un 82% de los cuales 53% son mujeres y 29% son hombres, y con respecto al ceod, también resulto ser “Alto” con un 68%, desglosando este total en un 16% niñas y 53% niños(ver tabla 57). Dato que no diverge en investigaciones realizadas anteriormente (18), el cual es uno de los problemas más graves a dentro de la población salvadoreña y su salud en general. Al analizar los porcentajes de la oclusión del adulto DAI, se observaron 67% del total de individuos con oclusión normal y maloclusión mínima de los que 45% son mujeres y 22% son hombres(ver tabla 74), datos que concuerdan con investigaciones que señalan que las maloclusiones constituyen la tercera de las enfermedades bucales como problema de salud y se les considera factores de riesgo de gingivitis, periodontitis, caries dental, disfunción de la articulación temporomandibular (ATM), así como alteraciones estéticas y funcionales (24).

Con respecto al índice de maloclusión en niños, presenta maloclusión mínima en un 54%, del cual se distribuye equitativamente en un 27% en niñas y niños(ver

tabla 78), datos concordantes con una investigación realizada en Quirós que dice que Las alteraciones de la oclusión suelen comenzar en edades tempranas, lo cual da una idea de la magnitud del problema y es por eso que consideramos que nuestro esfuerzo principal debe estar encaminado a reducir las maloclusiones mediante un incremento de las acciones preventivas unidas al diagnóstico temprano.

Anexo N° 8

Discusión de los resultados del municipio de Sensuntepeque.

Se encontró en el estudio realizado a la población del municipio de Sensuntepeque que el mayor porcentaje de la consulta odontológica corresponde al sexo femenino con el 67%(ver tabla 3) de la población en general, del cual el 33% corresponden al rango de edad de 5 a 11años de el sexo femenino, siendo esta la población mas significativa en contraste con el resto de la población; se encontró que de los sujetos de estudio cinco corresponden a mujeres embarazadas,(ver tabla 6) esto debido a el poco interés y a la disposición del tiempo en dichos sujetos.

En relación al ingreso económico mensual se encontró que el 69% de la población no cuenta con dicho ingreso(ver tabla 10); predomino el rango de salario de 1 a 100 dólares, en el resto de la población que corresponde al 31% del total general poblacional, proveniente en su mayoría del área rural; esto en contraste con la Encuesta Nacional de Ingresos y gastos de los hogares, Ministerio de economía, Dirección General de estadísticas y censos, que publico que el total de ingresos por familia en el área rural corresponde a 284.21(4) dólares, no se relaciona con la realidad de este municipio el que el ingreso económico se encuentra por debajo del salario mínimo no alcanzando a cubrir la canasta básica en esos hogares.

Lo anterior esta relacionado estrechamente con el nivel de educación que presenta la población en el cual se encontró que entre los sujetos de análisis que cursaron y/o cursan algún nivel, se observó que el 76% (ver tabla 18) de la población ha sido alfabetizada en el nivel básico de educación teniendo el mayor predominio el primer ciclo con un 39% de la población total, siendo el sexo femenino el que ha sido menos alfabetizados con un 13% de la población en

general; en contraste con el sexo masculino que corresponde a un 11%. En el país el 16.1% de las mujeres son analfabetas, contra el 11.3% que presentan los hombres según el estudio realizado por el ministerio de Economía en el año 2007 (4) lo que muestra una similitud con la realidad lo que demuestra que la población tiene menor oportunidad en el campo laboral y por ende menos ingresos económicos.

En cuanto al lugar de residencia se encontró predominio en el municipio de Sensuntepeque, con el con el 87% (ver tabla 26) de la cual, el 98% de la población total son originarios del departamento de Cabañas en sus diferentes municipios donde han vivido sus primeros siete años (ver tabla 30).

En general se encontró que, el mayor numero de la población que asiste a los diferentes centros asistenciales lo hacen en el municipio de residencia, siendo un menor porcentaje 14% que provienen de otros municipios.(ver tabla 26)

Por otra parte se encontró que el mayor problema o motivo de consulta esta relacionado con la enfermedad caries dental con un 63% de los problemas referidos por la población, coincidiendo con estudios anteriormente realizados(8), teniendo como particularidad de la población que un 24% de esta consulta, corresponde a tratamientos preventivos, tomando en cuenta que el déficit de dichos tratamientos están relacionados a la baja promoción y educación en salud bucal, por lo que se ve directamente relacionado con el nivel de alfabetización de la población.

De la población estudiada el 34% presentó lesiones; entre las estructuras más afectadas se destaca la encía con el 43%, siendo la eritroplasia la lesión más significativa con el 31% (ver tabla 45). Esto contrastado con los datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS); se encontró que hay diferencia por que califican esta lesión como de menor incidencia, desde el punto de vista epidemiológico la eritroplasia es menos frecuente que la Leucoplasia; se encontró predominio de dicha lesión en el sexo femenino en el

rango de edad de 12 a 19 años, esto debido a que en esta población no hay suficiente fomento de la educación en salud bucal y representa la mayor población que se estudio.

En relación al índice de placa dentobacteriana se encontró que el 63% de la población presento una condición leve (ver tabla 50); siendo el rango de edad mas afectado de 5 a 11 años, prevalente en el sexo femenino. Según estudios realizados en la Universidad Javeriana de Bogotá, el rango de edad en mención, se encuentra entre el grupo que presentó el mayor índice de placa bacteriana (17).

Esto se relaciona también a la falta de educación y/o interés por parte de los padres de familia o encargados de los niños de esta población el la cual la mayoría de sujetos presento apatía por aprender cuidados en salud bucal; tomando en cuenta que los niños deben de tener una higiene bucal asistida, por lo tanto esta edad es la mas critica para el desarrollo de otras patologías bucodentales.

Por lo anterior se encontró que la condición gingival esta relacionada al acumulo de placa que como irritante local induce a la inflamación; encontrándose en que el 72% de la población presento inflamación leve, con el predominio en el rango de edad de 5 a 11 años para ambos sexos, que en este índice constituye el 47% de la población total; esto coincide con otros estudios realizados que muestran que el 80% de la población escolar o de edades escolares presentan o han padecido de la enfermedad gingivitis(5).

Otro de los indicadores evaluados comprende el Índice Periodontal Comunitario en el cual se observo que el 25% de la población en estudio presento calculo supra o subgingival; en el sexo femenino se encontró prevalencia en las edades de 20 a 60 años y en el sexo masculino se observo en los rangos de edad que oscilan entre los 12 a 19 y los 41 a 60 años; comparado con estudios realizados

en Argentina concluyeron que el, 96.8% (ver tabla 71) de los pacientes mayores de 18 años necesitan alguna forma de atención periodontal, lo que coincide con la población estudiada(23).

Se pudo observar en la población en relación al índice CPO/D que el 70% de los sujetos presento un nivel alto de dientes cariados, perdidos y obturados; del cual el mayor índice lo presento el sexo femenino con un 48% encontrados en el rango de edad de 20 a 40 años; en contraste con el sexo masculino que presento el 22% esto debido a la poca asistencia de dichos individuos a la consulta odontológica (ver tabla 54).

En la variable ceo/d se encontró que el 58% de la población que comprende de 0 a 11 años obtuvieron un nivel alto (ver tabla 58), al igual que el CPO/D, lo que demuestra que la alta prevalencia de caries que se presenta en el mundo entero (afecta del 95% al 99% de la población), la sitúa como principal causa de pérdida de dientes, ya que de cada 10 personas 9 presentan la enfermedad o las secuelas de ésta, que tiene su comienzo casi desde principio de la vida y progresa con la edad (19).

Se evaluó el Índice de estética dental que relaciona, la apariencia y la posición de los dientes clasificando la gravedad de la maloclusión; que para la población adulta se obtuvo que la mal oclusión muy severa y discapacitante se presento en un 62% con la mayor incidencia en el rango de edad 20 a 60 años para el sexo femenino y de 12 a 19 años y 41 a 61 ó mas años. Los niños presentaron mal oclusión definida y severa que corresponde al 42% de la población infantil total, la cual se presento en los rangos de edad de 5 a 11 años para ambos sexos con lo que se observa que las maloclusiones se presentan en edades tempranas coincidiendo con otros estudios realizados.

Anexo N° 9

Discusión de los resultados del municipio de San Ramón.

En el presente estudio se observó que en la unidad de salud del municipio de San Ramón departamento de Cuscatlan los pacientes que más solicitan de atención odontológica corresponde a la población infantil en el rango de edad de 5 a 11 años con un porcentaje de 24% para el sexo femenino y un 17% para el sexo masculino (ver tabla 4).

Las mujeres embarazadas que asisten a dicha unidad de salud forman un 4% de la población en estudio haciendo referencia que solo 2 mujeres asistieron en el periodo que se realizó la investigación encontrándose estas entre el rango de edad 12 a 40 años. (ver tabla 7)

Con respecto a la condición económica, se encontró que el 96% de la población posee ingresos económicos; de este porcentaje el 36% posee ingresos de 101 a 150 dólares siendo este el más significativo (ver tabla 15), dicho resultado difiere de la encuesta Nacional de Ingresos y gastos de los hogares realizada por el Ministerio de economía, Dirección General de estadísticas y censos que encontró que el ingreso promedio por hogar mensual es de \$442.38 para el total país, \$535.71 en el área urbana, y \$284.21 en el área rural; por tanto contrasta con la realidad encontrada en el municipio de San Ramón en donde el ingreso económico promedio mensual es menor que el equivalente para la canasta básica

Lo anterior está relacionado con el nivel de estudio que posee la población del municipio de San Ramón que en su mayoría cursa entre el primer ciclo con un 28% y segundo ciclo con el 17% ambos niveles corresponden a la educación básica (ver tabla 23). Con respecto a la población total en estudio se percibe que el sexo femenino está alfabetizado en un 54% en relación a el sexo masculino con un 46% esto en relación con el estudio realizado por el Ministerio de economía en el 2007; que difiere de la situación de analfabetismo, que es de 11.5% para las mujeres y la de los hombres de 6.3%; en lo rural, la tasa es de 24.8% para las

mujeres y 19.7% para los hombres. Existiendo ninguna relación con los resultados encontrados en el municipio de San Ramón en el cual el sexo femenino se encuentra en menor grado de analfabetismo.

La presente investigación muestra que el mayor porcentaje de la población reside en San Ramón, departamento de Cuscatlán; así mismo constata que el 80% de la población ha vivido en dicho municipio durante los primeros 7 años de su vida (ver tabla 27).

Se observa que la mayoría de personas que consultan la Unidad de Salud de dicho municipio son residentes del mismo; muchos de los cuales asisten a la clínica odontológica en busca de tratamiento ya sea curativo o preventivo teniendo que el motivo de consulta de mayor prevalencia es con un 81% los problemas dentales dentro de los cuales un 58% correspondió a la enfermedad caries dental lo que demuestra que la mayoría de personas buscan una atención curativa y no preventiva, ya que en la sociedad salvadoreña la dieta es comúnmente cariogénica (ver tabla 39), derivándose el mayor problema de enfermedades bucodentales; aunándose la falta de promoción y prevención de dichas enfermedades.

Existen otros motivos de consulta menos frecuentes por los cuales los pacientes asisten a la Unidad de Salud, dentro de los cuales el menos frecuente es lesiones de cara y cuello, y de tipo mucofibrosos con un porcentaje de un 2%. El 37% restante presenta con mayor frecuencia la ulceración y/o descamación con el 65% y la estructura que se presenta más afectada es el carrillo con el 45% en relación con las demás estructuras evaluadas (ver tabla 47).

Si se analiza la realidad de cada una de las poblaciones, encontramos que existen ciertos problemas bucodentales que presentan mayor incidencia que otros. Una de las patologías más comunes, que se puede observar como uno de los motivos de consulta más frecuente en el área de odontología de las unidades de salud, es la caries dental (8).

En lo que respecta al índice de placa de Løe y Silness este clasifica el acumulo de placa dentobacteriana en: buen estado, condición leve, condición moderada y condición severa .

Para la población en estudio se encontró que la condición de placa dentobacteriana mas prevalente es la condición moderada con un 47% demostrando que el mayor porcentaje se presenta en niños de 5 a 11 años para ambos sexos (ver tabla 51).

Otro índice que fue evaluado durante la investigación es el índice gingival que se clasifica en buen estado, inflamación leve, inflamación moderada e inflamación severa encontrándose el porcentaje mas alto en inflamación leve con un 47% de los cuales el 25% es del sexo masculino y el 22% restante corresponde al sexo femenino en las edades de 5 a 11 años para ambos sexos (ver tabla 68)

El índice periodontal comunitario CPI (de OMS) evalúa la condición periodontal de los sujetos de estudio mayores de 15 años clasificando las afecciones periodontales de la siguiente manera: 0: sano, 1: hemorragia al sondaje suave, 2: calculo supra o subgingival, 3:bolsa de 4-5mm y 4: bolsa igual o mayor de 6 mm. Encontrando asi para el municipio de san ramón una mayor prevalencia de calculo supra y subgingival con un 23% de la población en estudio, siendo el porcentaje mayor el del sexo masculino con un 15% y en menor porcentaje el sexo femenino con un 8% en las edades de 20 a 40 años para ambos sexos (ver tabla 72)

Otro de los campos que se evaluaron es la presencia de caries dental, catalogada como una enfermedad crónica y la mas frecuente de la dentición humana; una vez que se presenta, sus manifestaciones persisten a lo largo de toda la vida, incluso cuando las lesiones han sido tratadas (ver tabla 55) (11). Para medir dicha enfermedad a nivel epidemiológico, se utiliza el índice CPOD/ceod.

Al realizar la medición de este índice se encontró que el CPO/D para la población en estudio fue alta con un 94%, encontrando el nivel mas alto en el sexo femenino con un 38%, en contraste con el sexo masculino con un 26%.(ver tabla 55)

En la variable ceo/d se encontró que el 86% de la población presenta un nivel cpo/d alto, el mayor porcentaje lo obtuvo el sexo femenino con un 43% al igual que el obtenido por el sexo masculino con un 43% en las edades de 0 a 11años para ambos sexos.(ver tabla 59)

Para evaluar el porcentaje de las personas en estudio que presentan maloclusiones se dividieron dichas mal oclusiones en: maloclusion DAI y mal oclusión niños, la maloclusion DAI comprende a personas mayores de 12 años y la maloclusion niños comprende el rango de edad menores de 12 años. La frecuencia de las maloclusiones en adultos es con un 33% para maloclusion severa encontrándose el mas alto porcentaje en las edades de 20 a 40 años para ambos sexos (ver tabla 76 y 80). Para la maloclusión niños se encontró Con respecto al índice de maloclusión en niños, presenta maloclusión mínima en un 54%.

Anexo N° 10

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



PROTOCOLO DE INVESTIGACION

- "DIAGNÓSTICO DE LA CONDICIÓN DE SALUD BUCAL DE LA POBLACIÓN QUE ASISTE A LAS UNIDADES DE SALUD DE SAN RAFAEL OBRAJUELO, SAN PEDRO MASAHUAT, DE LA PAZ; PERIFÉRICA DE SENSUNTEPEQUE, CABAÑAS Y SAN RAMÓN DE CUSCATLÁN DEL AÑO 2009.

ELABORADO POR:

JOYCE MEYBELLINE CORTEZ LOPEZ
JESSICA JAMILETH GONZALEZ MARQUEZ
OSCAR ANTONIO MARTINEZ ORELLANA
NANCY GUADALUPE MEJIA CAMPOS

DOCENTE DIRECTOR

DRA. RUTH FERNÁNDEZ DE QUEZADA



CIUDAD UNIVERSITARIA, SEPTIEMBRE DE 2009

INDICE.

Introducción	3
Planteamiento del problema	4
Justificación	7
Objetivos	8
Marco Teórico	9
Materiales y Métodos	23
Población y Muestra	26
Recursos Humanos, Materiales y Financieros	28
Descripción del Paso de instrumentos	28
Alcances	29
Limitaciones	29
Consideraciones Bioéticas	29
Cronograma	30
Bibliografía	31
Anexos	38

INTRODUCCIÓN

La salud se puede definir como una expresión de la vida, que involucra procesos complejos donde se conjugan aspectos, biológicos, sociales, históricos, de género, tecnológicos, económicos y culturales. Al nacer, el primer contacto con el mundo se establece a través de la boca, ahí se da también la primera satisfacción (1); este primer acercamiento favorece el vínculo entre la madre y el hijo. Todos los elementos que conforman la vida humana permiten entender que la boca, sus afecciones y cuidados tienen un impacto significativo en la calidad de vida. Por lo que la salud bucal no puede estar separada de la salud general.

Por otro lado los trastornos orales restringen actividades en la escuela, en el trabajo y en la casa; ya que las enfermedades de la boca causan sufrimiento y pérdida de innumerables horas de trabajo por día (2).

En salud pública, como principio general, los recursos son siempre menores que los problemas, por lo tanto una de sus metas es el uso de metodologías que precisen el aumento de la productividad, menor tiempo y bajo costo (3). Entre las enfermedades consideradas como problemas de salud pública se encuentran: la caries dental, las periodontopatías y las mal oclusiones. Siendo la caries dental y la enfermedad periodontal, las causas más comunes de la pérdida de dientes que posteriormente, pueden producir otro tipo de alteraciones en el funcionamiento de la cavidad bucal.

Por ello se consideró de vital importancia, determinar el perfil epidemiológico de estas enfermedades y de otras afecciones en cara, cuello y tejidos blandos de cavidad bucal. Por lo que en este estudio, se aplicarán los siguientes indicadores: el índice de caries dental CPO/D y ceo/d; los índices de placa bacteriana, gingival, periodontal, mal oclusión y de lesiones óseo-mucofibrosas. Además se determinarán algunas condiciones socioeconómicas de la población en estudio.

Por lo cual, esta investigación tiene como fin, realizar el diagnóstico de la condición de salud bucal de la población que asiste a las clínicas odontológicas de las unidades de salud de: San Rafael Obrajuelo y San Pedro Masahuat de la Paz, San Ramón, Periférica de Sensuntepeque de la Región Paracentral, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En El Salvador se presentan altos índices de pobreza (4), desnutrición, falta de empleo, y deficiencia en los servicios de salud, no existe una distribución equitativa de los servicios básicos, sobre todo para los más pobres que resultan ser la mayoría, dentro de ello resalta en gran medida el problema de una poca accesibilidad y goce de derechos fundamentales, tal como lo afirma la constitución de la República de El Salvador como son la salud, y la educación (5). La salud es el pilar fundamental para el desenvolvimiento de las funciones vitales, y la educación que siempre va de la mano para la prevención, promoción y mantenimiento del proceso de salud en forma constante, ambos contribuyen al buen desarrollo de un trabajo productivo y de éxito de una persona.

Como se menciona anteriormente, los altos índices de pobreza afectan a la población en general ya que los ingresos de las familias salvadoreñas son precarios e insuficientes; el ingreso promedio mensual de los hogares a nivel nacional es de \$442.38. En el área urbana es de \$535.71 y en los hogares rurales de \$284.21 (6). Por lo que los gastos básicos en un hogar, no alcanzan a cubrir los servicios de salud, teniendo como única opción los servicios Públicos de Salud (unidades de salud), ya que los servicios prestados por esta institución son de carácter “Gratis” en algunos centros asistenciales; y en otros las personas se ven obligadas a pagar una colaboración (7), que en muchas ocasiones viene a desequilibrar el presupuesto para los servicios básicos; entre ellos la alimentación, que generalmente no cumple con los requerimientos nutricionales propicios que conforman una alimentación balanceada, ya que en la mayoría de hogares salvadoreños, la dieta en su mayor parte es altamente cariogénica (8).

Por otro lado, se debe recordar que el país ha estado inmerso por décadas en un modelo capitalista muy marcado, que ha dejado algunas secuelas de un enfoque neoliberal tales como: La reducción de la intervención del estado en acciones de salud, seguridad social, entre otras. Como efecto de los ajustes económicos, grandes sectores de la población han visto reducida su calidad de vida y salud, así como el acceso a la atención médica. Las consecuencias de estas políticas han tenido un impacto negativo en la oferta de servicios públicos de la salud, y por tanto de Salud Bucal. Situación que ha llevado a la mayoría de la población a optar por tratamientos no conservadores, tal como lo afirma el Dr. Petersen coordinador del programa mundial de la Organización Mundial de la Salud, para la salud bucodental.

«En muchos países en desarrollo, el acceso a atención sanitaria bucodental es limitado; a menudo, los dientes o no se tratan o son extraídos» (9)

Esta realidad expuesta en el párrafo anterior no está muy distante, pues a menudo las personas que asisten al área de odontología de las unidades de salud donde se realizará este estudio, solicitan el servicio odontológico hasta que el problema buco dental es tan severo que restringe actividades educativas, laborales y del hogar; porque cuando estas personas consultan, las piezas dentales se encuentran con un grado de destrucción bastante avanzado, además son individuos que no poseen recursos económicos suficientes para acceder a tratamientos dedicados a la conservación de las piezas dentales como la endodoncia, teniendo como única opción la extracción dental.

Esta situación se vuelve difícil de revertir, mientras no se le otorgue la importancia a los servicios básicos como la salud general y más aun a la salud bucodental ya que no se le da prioridad en el presupuesto general del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), en el cual según el informe de Desarrollo Humano en El Salvador para el año 2007-2008, elaborado a partir de los datos brindados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, establece como porcentaje de gasto público en salud el 9.8% del presupuesto general de la nación.

El último estudio estadístico sobre gasto gubernamental fue realizado en el año de 1996, este estudio establece que el 11.63% es para el área de odontología; esto es de acuerdo al total del presupuesto del MSPAS, ocupando así la 7ª prioridad de las 9 que el Ministerio contempla en su presupuesto (8). Lo que lleva a concluir que los servicios de salud bucal no tienen mayor impacto en el presupuesto de salud general de la nación, lo que genera que la atención directa brindada a la población salvadoreña sea deficiente; ya que la mayoría de pacientes busca atención a su problema de salud que en su mayoría el tratamiento es de índole curativo, cuando el presupuesto está enfocado a la atención preventiva y no curativa (ver anexo N° 1) Según lineamientos impartidos en el curso de inducción para doctores de odontología en servicio social las metas poblacionales a cubrir durante ocho horas diarias son las siguientes: niños de 0 a 4 años se tienen que atender 3 pacientes, de 5 a 9 años 7, adolescentes de 10 a 19 años 5, adolescente embarazada 1, mujer embarazada 1, adulta mujer 1, adulto hombre 1, adulto mayor 1.

Lo anterior refleja que la mayor atención directa esta destinada para brindar servicios, enfocados en los primeros tres grupos poblacionales que son: Niños y adolescentes a los cuales se les brindan servicios como educación y motivación en salud bucal, profilaxis, aplicaciones tópicas de flúor y sellantes de fosas y fisuras, y en menor proporción otros tipos de tratamientos como pulpotomías y obturaciones. Así mismo al exigir el cumplimiento de metas se llega a la deshumanización de la práctica odontológica volviéndola limitada, tomando al ser humano como objeto de una meta y no como un ser integral que consulta por una condición de salud particular, y el cual lleva una expectativa de mejorar; con lo

anterior caemos fuera de la realidad salvadoreña en la que la mayoría de personas ameritan tratamientos curativos; y lo que plantea el ministerio como curativo está limitado a realizar detartrajes, obturaciones y exodoncias.

Todo lo expuesto en los párrafos anteriores, más el no reconocimiento real de enfermedades bucales y la falta e ineficiencia en la implementación de políticas de salud que realmente pongan en práctica estrategias de atención integral para la población; han llevado a graves consecuencias funcionales, estéticas y de autoestima en la mayoría de la población.

Es por ello que se plantea realizar este estudio epidemiológico, el cual se resume con la siguiente interrogante:

¿Cuál es la realidad de la condición bucal de la población, que se atiende en el área de Odontología de las unidades de salud de: San Rafael Obrajuelo; San Pedro Masahuat, ambas de La Paz; Periférica de Sensuntepeque, Cabañas y San Ramón, Cuscatlán. De la Región Paracentral del MSPAS en el año 2009?

JUSTIFICACIÓN

En El Salvador no existen trabajos de investigación actualizados, que brinden información diagnóstica completa de la condición de salud bucal de la población de diversas edades; por lo cual se vuelve importante realizar un estudio, que no solamente se encuentre enfocado a localizar los tratamientos realizados, que no se limiten a determinar un índice y mucho menos a una sola pieza dentaria; sino que, a conocer la condición de la salud bucal de la población como paciente colectividad, por medio de diversas variables de estudio, que es el principal objetivo de la investigación.

Los resultados de la investigación tendrán una significativa utilidad social, ya que los mismos servirán de apoyo para orientar nuevas estrategias de atención para los siguientes grupos poblacionales e instituciones; en primer lugar al MSPAS, para colaborar en cierta medida en una reestructuración de su misión, visión, política y metas. En segundo lugar, a las Unidades de Salud porque servirá para conocer la condición de salud bucal de la población de cada una de estas, a la vez servirá como dato estadístico a dicha institución. Y por último a la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador, con el fin de apoyar a reformas curriculares que permitan formar profesionales mucho más aptos para afrontar la realidad nacional.

También un beneficio particular y directo a la población de estudio, ya que se podrá dar un diagnóstico completo. Este permitirá tomar consciencia de su problemática bucal; entre las que se pueden mencionar: La importancia de tener una adecuada higiene oral para prevenir todo tipo de enfermedades que se derivan de la mala higiene bucal y buscar un tratamiento integral que le permitan restablecer su salud bucal.

Objetivo General

Realizar el diagnóstico de salud bucal como paciente colectividad de la población, que asiste a las unidades de salud de: San Rafael Obrajuelo y San Pedro Masahuat de La Paz; San Ramón, Cuscatlán; Periférica de Sensuntepeque, Cabañas; de la Región Paracentral del MSPAS.

Objetivos específicos

- g) Determinar las variables socioeconómicas de la población que asiste a las unidades de salud.
- h) Identificar el motivo de consulta del paciente.
- i) Detectar la existencia de lesiones de cara, cuello y osteo-mucofibrosas.
- j) Determinar los índices dento- periodontales.
- k) Determinar las oclusopatías en la población.
- l) Determinar el problema principal estomatológico de la colectividad.

MARCO TEÓRICO

La epidemiología de las enfermedades en cavidad bucal, se encuentra ubicada en un plano secundario (3) sin recibir la atención apropiada en la planificación de los servicios de salud bucal; es por ello que en la presente investigación se abordaran diferentes subtemas correspondientes a las variables del estudio entre las cuales están: variables socioeconómicas, motivos de consulta, lesiones osteo-mucofibrosa, índice de placa, índice de caries, índice gingival, índice periodontal comunitario y mal oclusiones.

Entre las variables socio económicas se describirá como El Salvador, se ve inmerso en una crisis económica, producto de la crisis del capitalismo mundial y específicamente la crisis ó fracaso del modelo neoliberal. A esto se añade el hecho de que el país ha sufrido muchos golpes a lo largo de los años, entre los que podemos mencionar: Desastres naturales, guerras, cambio de moneda, violencia, y extorsiones que desestabilizan al país.

Otro factor importante, es el modelo socioeconómico no compatible con la realidad del país; como lo es el Neoliberalismo, ahora bien la dificultad a la que se enfrenta, es que no todos los países son capaces de competir en el mundo globalizado, en el cual se observan jerarquías marcadas y concentraciones no equitativas de las riquezas.

Con lo expuesto anteriormente, se intenta relacionar las variables económicas y sus repercusiones en el sistema de salud; el mayor impacto de este sistema se dirige a las personas de escasos recursos, las cuales se ven inmersas en un medio competitivo y de pocas oportunidades por lo cual sustraen recurso de diferentes fuentes para de esa manera poder cubrir la mayoría de los gastos básicos entre los más elementales vivienda y alimentación, en menor grado la salud.

Según el Ministerio de Economía, Dirección General de Estadísticas y Censos de El Salvador en el año 2006, publicó que: El ingreso promedio mensual de los hogares a nivel nacional es de \$442.38. En el área urbana es de \$535.71 y en los hogares rurales de \$284.21. En el Área Metropolitana de San Salvador el ingreso mensual es de \$583.59. Por departamento, los hogares ubicados en San Salvador y La Libertad superan el promedio nacional con ingresos de \$563.52 y \$467.52. Los departamentos de Cuscatlán, San Vicente y Morazán reportan los ingresos más bajos: \$315.59, \$305.05 y \$281.07, respectivamente.

Los ingresos laborales del hogar son generados básicamente en las siguientes categorías ocupacionales: los patronos, asalariados (temporales y permanentes) y cuenta propia; los ingresos varían en función de la actividad económica y el tipo de ocupación a la que se dedican. La población ocupada percibe un ingreso laboral promedio mensual de \$271.19. Si se comparan los ingresos por sexo, se puede concluir que el monto percibido por los hombres (\$280.17) supera en 8.0% al ingreso obtenido por las mujeres (\$259.16).

Los salarios promedios mensuales por grupo ocupacional, se destaca que los mayores montos los perciben los Directivos o Funcionarios, quienes ganan en promedio \$990.47 por mes; le siguen en orden de importancia los Profesionales o Científicos con \$884.46 y las Técnicas Profesionales con \$416.06. Por el contrario, el grupo ocupacional que percibe el menor salario promedio mensual corresponde al de los Trabajadores Agrícolas con \$139.26 (4).

Esto demuestra que los ingresos promedios salariales de los salvadoreños, no son los suficientes para cubrir los diferentes gastos tanto en los servicios de luz, agua, teléfono como en los gastos personales como son: Vestuario, alimentación y vivienda; por lo que limita los servicios de salud general y bucal a instituciones públicas. Es por ello que el país tiene la necesidad de implementar políticas públicas de salud, las cuales estén orientadas a la prevención, a la promoción de la salud y a la curación, para que los salvadoreños logren una condición de salud que los vuelva más competitivos tanto en el ámbito laboral como personal.

Por otra parte también se encuentran los distintos grados de escolaridad, los cuales influyen en gran manera en la población salvadoreña; la alfabetización por un lado trae un mejor desenvolvimiento en el campo laboral y lleva a mejores oportunidades, tal como se puede detectar en el estudio realizado por el Ministerio de Economía en el 2007; el cual afirma que: La tasa de analfabetismo es más alta en las personas de mayor edad; así las personas mayores de 34 años poseen una tasa de 24.7%; mientras que en la población de 10 a 18 años, es de 3.7%. En el país el 16.1% de las mujeres son analfabetas, contra el 11.3% que presentan los hombres. En el área urbana, la proporción de mujeres en situación de analfabetismo es de 11.5% y la de los hombres de 6.3%; en lo rural, la tasa es de 24.8% para las mujeres y 19.7% para los hombres (4).

Con lo anterior se demuestra que existe una alta tasa de analfabetismo tanto en área urbana como en la rural quedando con mas desventaja el área rural; en El Salvador existen patrones culturales que influyen directamente en esta situación, entre los cuales se encuentran: La desigualdad de género y la inequidad en el derecho a la educación, y la falta de políticas que contribuyen a aumentar la brecha entre analfabetismo rural y el urbano.

El nivel de alfabetización, es de gran importancia porque agrega valor cultural y de conciencia a los individuos, ya que así permite comprender los mensajes en salud bucal que se imparten en las distintas comunidades y centros asistenciales, orientando a los individuos sobre hábitos perjudiciales buco dentales, informando a la población de los tratamientos que se brindan en los consultorios, enseñar y fomentar la realización del auto examen para detectar lesiones, recomendar dietas balanceadas logrando así el mejoramiento de los hábitos de higiene, bucal y generales de la población y de esta forma lograr una condición de salud estable.

Las enfermedades gingivales y periodontales están catalogadas entre las afecciones más comunes del género humano. Según una revista científica mexicana, la gingivitis afecta aproximadamente el 80 % de los niños en edad escolar y más del 70 % de la población adulta ha padecido de gingivitis, periodontitis o ambas (5).

Los resultados de investigaciones y estudios clínicos revelan que las lesiones producidas por las periodontopatías en las estructuras de soporte de los dientes en los adultos jóvenes son irreparables y que en la tercera edad, destruyen gran parte de la dentadura natural, privando a muchas personas de todos sus dientes durante la vejez (6).

Por otra parte la salud bucal de los individuos y de la población en general es la resultante de un complejo y dinámico juego de factores, conocido como el proceso salud- enfermedad, el cual es importante analizar, para desarrollar un modelo de atención, que permita identificar el motivo de consulta de un paciente; así como el manejo de la prevención, para la correcta conservación de las estructuras y funcionamiento del aparato estomatognático, y que estos aspectos contribuyan en el mediano y largo plazo, a disminuir el nivel de incidencia y prevalencia de las enfermedades buco- dentales más frecuentes en la población salvadoreña.

Motivo de consulta, se refiere a: Reflejar las expectativas del paciente, poder orientar al profesional, y plantear los objetivos del tratamiento. Es diferente un paciente que espera resultados estéticos a aquel que presenta problemas funcionales relacionados con su condición bucal (7). En el país, existen patrones culturales que influyen en los factores antes ya mencionados, como por ejemplo las expectativas de cada uno de los pacientes se ven influenciadas por sus posibilidades económicas, edad, status social, presión social, entre otras.

Si se analiza la realidad de cada una de las poblaciones, encontramos que existen ciertos problemas bucodentales que presentan mayor incidencia que otros. Una de las patologías más comunes, que se puede observar como uno de los motivos de consulta más frecuente en el área de odontología de las unidades de salud, es la caries dental, de acuerdo con el “Estudio Epidemiológico de Caries y Fluorosis Dental en Escolares de 6, 7-8, 12 y 15 años de centros de enseñanza pública de El Salvador” realizado en el año 2000 por el MSPAS, se observó un nivel de prevalencia de la caries del 61% en edades de 6 a 15 años con una tendencia a aumentar directamente proporcional a la edad (8), estos datos se ponen en cuestionamiento en esta investigación, debido a que en la práctica y vivencia diaria en las unidades de salud, se observan cada vez mas afecciones en niños de menor edad; e incluso un 61% es en extremo, un valor bajo en comparación a la consulta diaria en las unidades de salud.

Es importante señalar que la mayoría de enfermedades buco dentales, pueden ser controladas con actividades preventivas y de diagnóstico temprano, para la

disminución significativa de sus secuelas, como ha sido comprobado en otros países. Debido a esto el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, intenta implementar un nuevo modelo de atención odontoestomatológica, con un componente altamente preventivo y curativo moderado, a fin de modificar el perfil epidemiológico actual y la expansión de los servicios en el área odontológica pública.

Para tal propósito, se hace necesario fortalecer con recursos humanos, tecnológicos y económicos los establecimientos de salud para poder responder a la demanda de la población o por lo menos este ha sido uno de los objetivos de la Unidad de Salud Bucal del MSPAS; pero evidentemente, existen fallas en esta área y probablemente una de estas se encuentre en el hecho de no tener establecidos los correctos motivos de consulta de la población, y no indagar en los correctos diagnósticos de estas enfermedades, aunque ya tengamos definidas estas patologías ya que según el banco mundial de datos de la OMS, 1984, las patologías orales más prevalentes son la caries dental y las enfermedades periodontales. Estas entidades clínicas poseen una alta prevalencia de alrededor de un 90% para la caries y de un 65% en el caso de las enfermedades periodontales (9).

El avance progresivo de las patologías antes mencionadas y la falta de tratamiento para las mismas, se traduce finalmente en cuadros clínicos de urgencia como lo son las extracciones dentales, que constituyen otro importante motivo de consulta de los casos atendidos en las unidades de salud.

Probablemente el problema no sea solamente una correcta detección de la enfermedad, sino la promoción de la salud bucal a la población, en la cual deberían de incluirse todas las medidas que tienen por objeto conservar o mejorar la salud integral del aparato estomatognático, y cuyas acciones son encaminadas en el estadio preclínico de la enfermedad. También en esta situación es importante conocer el verdadero motivo de consulta de los pacientes que asisten a las unidades de salud, para brindar las verdaderas acciones educativas, y que sean realizadas de forma sencilla, de manera que la población comprenda el mensaje y que conozcan, practiquen las medidas preventivas para la conservación de la salud buco dental, y así mismo detecten oportunamente lesiones o patologías, para que acudan a los consultorios odontológicos en busca de un tratamiento adecuado.

Es importante recordar que se compromete la calidad de vida de las personas al deteriorar y mutilar las estructuras de la cavidad oral, por lo tanto establecer las verdaderas razones que motivan a una persona a asistir al área de odontología es de vital importancia para realizar diagnósticos correctos; lo que lleva a brindar una mejor atención.

Existen muchas patologías que en general afectan a la población salvadoreña, entre las cuales se pueden mencionar las lesiones osteo-mucofibrosas estas

afectan a ambos sexos; unas prevalecen más que otras, esto con relación a factores genéticos, los rangos de edad y los diferentes hábitos de la población. Cabe mencionar que, entre las alteraciones que se estudian en este trabajo se encuentran: tumoraciones, alteraciones eritroplásicas y leucoplásicas que para la segunda nos referimos a las distintas lesiones de color rojizas y a las tercera de aspecto blanquecino, las cuales se deben a diversos factores entre estos los hongos, bacterias, irritaciones crónicas; las lesiones ulceradas que pueden aparecer en el medio oral y peri oral debidas a traumatismos y a virus, por último se presentan las alteraciones pos quirúrgicas debido a intervenciones traumáticas y también relacionadas a los cuidados del paciente ante las recomendaciones por el profesional y/o alteraciones sistémicas.

Las lesiones que más frecuentemente han sido tomadas en cuenta, por los diferentes autores y que mas aparecen en estudios en Europa en la Universidad Complutense de Madrid son: la estomatitis aftosa recurrente, el herpes labial, la lengua fisurada, la lengua geográfica, la candidiasis oral y las lesiones traumáticas, con prevalencias que respectivamente muestran rangos de 0,9% al 10,8%, del 0,78% al 5,2%, del 1,49% al 23%, del 0,60% al 9,8% y del 0,01% al 3,7%(10)

El entorno ambiental juega también un importante papel en las variaciones de la incidencia y las localizaciones de esta lesiones en los diferentes países y regiones, por lo cual la contaminación de las aguas, del aire de la tierra; y las alteraciones de tipo social como el estrés que generan las diferentes condiciones de vida ya sea urbana o rural. Esta situación puede generar hábitos deletéreos. Según estudios realizados en la Universidad de Valencia los padecimientos de patologías o de alteraciones bucales entre hombres y mujeres oscilan en un 5% para el sexo masculino y un 2% para el femenino (10). Aunque esta relación varía entre los diferentes autores y también en muchas de las alteraciones bucales, de cabeza y cuello, tienen una relación similar en hombres y mujeres esto debido a que estas han adoptado los mismos hábitos.

Frente a la gran cantidad de alteraciones, que podemos encontrar en cabeza y cuello y específicamente en cavidad oral de la población salvadoreña, debemos ser capaces de detectar dichas lesiones, llevar a cabo un correcto diagnóstico y un apropiado tratamiento; una conducta inadecuada al realizar tanto una exploración convencional de la mucosa oral como al establecer el diagnóstico diferencial de las lesiones puede suponer pasar desapercibidas lesiones importantes o el indicar un tratamiento inadecuado. De ahí deriva la importancia de establecer parámetros que ayuden a detectar las incidencias de las diferentes patologías y así poder brindar una mejor atención, por medio de políticas y métodos que capaciten al profesional odontológico que atiende los diferentes centros asistenciales.

El término eritroplasia es 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. Por lo tanto al igual que la leucoplasia, la eritroplasia no tendría connotaciones histológicas. Desde el punto de vista epidemiológico la Eritroplasia Bucal (EB) es menos frecuente que la leucoplasia, su rango de prevalencia oscila entre 0,02% y un 0,83%. En 1975 se realizó un estudio en donde se revisó un total de 64.345 biopsias y se encontraron 58 casos de EB, lo que representa un 0,09% y 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. En Kerala India estudiaron 100 EB tomadas de una muestra de 47.773 casos, reportando una prevalencia de 0,2%. Es más frecuente en pacientes de edad mediana y en personas mayores (sexta y séptima década de la vida). Presenta un ligero predominio en hombres que en mujeres en una proporción de 1,15: 1. La Etiología de la EB ha sido poco estudiada por los autores, los factores pre disponentes presentes en la mayoría de los casos son el alcohol y el tabaco. Se ha reportado que el consumo de tabaco y una dieta baja en verduras y frutas favorece la aparición de esta enfermedad y del mismo modo el riesgo se multiplica con el consumo de alcohol.

Las estructuras más frecuentemente afectadas son paladar blando, piso de boca, zona retromolar y labios sobre todo en pacientes fumadores. La EB típica 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 otra. El grado de malignización de la EB es muy elevado comparado con cualquier otra lesión de la mucosa bucal.

El sexo femenino fue el de mayor predilección (62,5%). Concordando con la literatura donde reportan que es más frecuente en pacientes de edad mediana y en personas mayores (sexta y séptima década de la vida), y en contraposición con el predominio por género donde reportan un ligero predominio en hombres que en mujeres en una proporción de 1,15: 1, se puede inferir que la predilección por el sexo femenino puede estar dada por el aumento de los hábitos tabáquicos y alcohólicos en mujeres en los actuales momentos. La localización anatómica más frecuentemente afectada fue el paladar duro con 3 casos (37,5%), seguido por paladar blando con 2 casos (25%), labio, lengua y encía con 1 caso cada uno (12,5%). Coincidiendo parcialmente con algunos autores quienes reportan, paladar blando, piso de boca, zona retromolar y labios sobre todo en pacientes fumadores (11).

La leucoplasia se define como: "Lesión predominantemente blanca en la mucosa bucal que no puede ser caracterizada como ninguna otra definida". Clínicamente, se distinguen dos tipos de lesiones leucoplásicas, como son la homogénea y la no homogénea. La lesión homogénea es predominantemente blanca y uniformemente achatada, de apariencia delgada, pudiendo exhibir grietas poco profundas y tener una superficie lisa o corrugada. La leucoplasia no homogénea es una lesión predominantemente blanca o blanca con rojo (leucoeritroplasia) que puede ser irregularmente lisa, nodular o exofítica.

La leucoplasia se atribuye a factores intrínsecos como extrínsecos, entre los cuales se encuentran: hábitos tabáquicos y alcohólicos, trauma, radiaciones ultravioletas, problemas nutricionales (deficiencia de vitamina A, B12, C, beta-carotenos, ácido fólico), oncogenes, microorganismos (*Cándida albicans*) y virus (VPH).

La prevalencia varía del 1 al 5%. En el mundo occidental no hay predilección por sexo, afecta principalmente a adultos mayores de 40 años. Diversos estudios clínico-epidemiológicos han establecido la naturaleza precancerosa de estas lesiones que representan los procesos crónicos más comunes de la cavidad bucal. (11)

Otra variable dentro de este grupo, es la complicación pos quirúrgica; esta es una de las situaciones que se presentan a diario en las centros asistenciales del país, la cual se debe a diferentes situaciones que pueden suceder durante la intervención quirúrgica o posterior a esta ya sea por complicaciones sistémicas o por falta del cumplimiento de las recomendaciones post-operatorias por parte del paciente, entre las que se refieren están: dolor post-quirúrgico, que suele presentarse uno o dos días después de la intervención, estas se pueden tratar con analgésicos para disminuir la sintomatología, la inflamación aparece de forma normal en las primeras 72 horas, en muchos de los casos esto suele exacerbarse debido a una intervención altamente traumática, también se presentan los hematomas asociados también a la intervención traumática, trismus que es una de las complicaciones comunes debido a que los músculos de la masticación se contraen por el trauma quirúrgico, situación que se revierte unas 2 semanas después de la intervención (12).

En un estudio realizado en la Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona, España, en personas mayores de 65 años, las complicaciones locales más frecuentes fueron el sangrado excesivo (38,5%) que produjo la aparición de hemorragias intra o postoperatorias (60%) y hematomas o equimosis postoperatorios (40%); la inflamación (se consideraron los casos en los que el edema o la tumefacción local eran de carácter exagerado y/o persistente: 11,5%); y la fractura de las corticales vestibular o lingual durante la extracción de terceros molares inferiores (15,4% de las intervenciones) y el síndrome doloroso pos extracción (3,8%) (13).

Otra variable de estudio son los índices dento periodontales. Estudios paleontológicos señalan que el hombre ha estado expuesto a la enfermedad periodontal desde épocas muy remotas, documentos antiguos revelan su conocimiento, así como la necesidad de tratamiento. Esta aparece como la más común de las enfermedades encontradas en los cuerpos embalsamados de los egipcios de hace 4000 años (14).

Existen factores causales recíprocos, como lo son la caries y la enfermedad periodontal ya que la pérdida de los dientes por caries conlleva al acortamiento de

la longitud del arco, motivando irregularidades en las posiciones dentarias, acompañadas de empaquetamiento de alimentos y fuerzas anormales sobre estos, lo que predispone a caries y lesiones al periodonto. Por lo que numerosos investigadores han propuesto diversas teorías sobre el origen de la caries dental; uno de los trabajos más importantes es el de Miller en 1882. La caries dental puede definirse desde el punto de vista epidemiológico como una enfermedad que aparece en la infancia con el brote de los dientes. Su mayor incidencia es de 5 a 12 años de edad; su mayor prevalencia es en el adulto joven (18 a 25 años de edad). Cuando la caries dental no se trata con medios preventivos y curativos sigue propagándose, causando gran pérdida de dientes en el adulto joven. La caries dental es causa del desdentamiento total o parcial en las poblaciones, su etiología es multifactorial y, su infección y actividad se establecen mucho antes de que aparezca la cavidad (15).

Por todo lo anterior, en la actualidad surge la necesidad de implementar métodos por medio de los cuales se pueda cuantificar y calificar el estado de salud periodontal y dental de los individuos y poder así establecer en porcentajes, el grado de la condición bucal; entre algunos de los métodos más utilizados se mencionan: Índice gingival Løe y Sillness con el cual se evalúa Color, Tamaño, Aspecto, Consistencia, Hemorragia) Índice Periodontal comunitario CPI (de OMS) (16).

Se iniciará con el índice de placa dentobacteriana, se puede decir que: “La placa dentobacteriana es una entidad organizada, proliferante y potencialmente patogénica”. Siempre está presente en todos los individuos existiendo variaciones individuales en la cantidad de placa formada y en su distribución en diferentes partes de la boca (14).

La cantidad de placa presente en cada individuo va a depender en gran medida de la frecuencia y técnica con la que realice la higiene bucal y los insumos necesarios para la realización de la misma. En ocasiones no es visible, a menos que esté coloreada por pigmentos, o sea coloreadas con soluciones reveladoras; Se forma indistintamente sobre la superficie de los dientes superiores e inferiores, siendo el mayor depósito en los posteriores que en los anteriores y más aún sobre las superficies proximales, ocupando especialmente su tercio gingival y existiendo preferencia por las superficies defectuosas, rugosas y con restauraciones desadaptadas; debido a que este tipo de superficies es más susceptible ya que al no realizar una adecuada técnica de cepillado se produce un mayor acúmulo de placa, por lo que es necesario utilizar aditamentos complementarios como seda dental, cepillos interproximales y enjuagues bucales.

Se llevó a cabo un estudio observacional en la Universidad Javeriana de Bogotá, en el cual se tomó una muestra de 387 niños, entre los 3 - 12 años de edad, a los cuales se les realizó un examen clínico para observar la presencia o no de placa bacteriana utilizando el de Índice de Placa bacteriana Løe y Sillness . La muestra total, fue dividida en tres grupos por edad (3-6, 7-9 y 10-12 años); El grupo de

niños entre 3-6 años presentó el mayor índice de placa bacteriana; hubo una disminución en el grupo de 7-9 años y un incremento en el grupo de niños de 10-12 años (17).

Lo anterior no se ve lejos de la realidad salvadoreña, debido la falta de educación y motivación hacia los encargados de los niños, por parte de los profesionales de la salud oral y la falta de interés por parte de los encargados, lleva a un mayor índice de placa, ya que los niños a esta edad necesitan una higiene bucal asistida, pues es entonces que se desarrollando las habilidades psicomotrices. De ahí deriva la necesidad de que la higiene buco dental sea dirigida por los padres o encargados; en la edad de pre adolescencia, debido a la interfase de cambio, que existe entre la dentición decidua a la permanente; en muchos casos se encuentran menos piezas dentales o están en una erupción parcial, la cual no permite un atrape mecánico de la placa dentobacteriana en las superficies dentales, en las edades de adolescencia, se presenta en la mayoría de los casos una mayor cantidad de placa, debido a que en la etapa de la pre adolescencia y adolescencia se toma una actitud de rebeldía, siendo la salud bucal lo último que se toma en cuenta.

La caries dental es una enfermedad crónica y la más frecuente en la dentición humana. Una vez que se presenta, sus manifestaciones persisten a lo largo de toda la vida, incluso cuando las lesiones han sido tratadas (18). La cual para medir dicha enfermedad a nivel epidemiológico, se utiliza el índice CPOD/ceod.

La alta prevalencia de caries que se presenta en el mundo entero (afecta del 95% al 99% de la población), la sitúa como principal causa de pérdida de dientes, ya que de cada 10 personas 9 presentan la enfermedad o las secuelas de ésta, que tiene su comienzo casi desde principio de la vida y progresa con la edad (19).

Es en este momento, en donde el Índice como lo es el CPOD en dentición permanente y ceod en dentición decidua, es utilizado en la presente investigación, porque es uno de los métodos más confiables y sencillos para la medición del estado de caries en boca; por lo que el diagnóstico de las lesiones cariosas se debe de hacer de manera oportuna y de esa manera evitar mayor daño en la estructura dentaria y más aun de la salud en general.

Según el estudio realizado por el Departamento de Odontología Preventiva y Social, Facultad de Odontología Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León (UNAN-León). En el que se utiliza el índice de caries CPOD/ceod; la prevalencia de caries según la edad y área geográfica, se observó que en los hombres de la zona urbana, el 81,7% de los hombres de 12 años han sido atacados por la caries dental. A los 15 años el 88,3 % han sido atacados por caries dental, de los 34-45 años en este mismo sexo el 100% presentó ataque de caries y de 64-75 años el 98,3 % presento la enfermedad. En las mujeres de la zona urbana, el 83,3% de las de 12 años presentó ataque de caries dentales, el 94,2% de las de

15 años presentó esta patología; en las mujeres con edades de 34-45, el 99,2% presentó el ataque de caries y de los 64-75 años, el 100% presentó la enfermedad. En la zona rural, los jóvenes de 12 años el 86,7 % presentó ataque de caries, los de 15 años el 95% padece la enfermedad, los de 34 a 45 años, el 98.3% han sido atacados por caries y los de 64 a 75 años, el 100% fueron afectados. Las niñas de 12 años de la zona rural el 93,3 % sufre este padecimiento y las niñas de 15 años el 96,7% la padece. Las mujeres de 34-45 años el 100% sufre la enfermedad y las de 64-75 años el 98,3% también la padece (18).

Dicho estudio demuestra que la zona rural se ve mayormente afectada por la caries dental. Esto debido a que en los sistemas públicos de salud los recursos son siempre menores que los problemas.

El siguiente índice a evaluar es el índice gingival de Löe y Sillness. En numerosas investigaciones se plantea que el sangramiento gingival puede ser reducido o eliminado por un cuidadoso control de la placa dentobacteriana (20). Dichos controles deben de ser evaluados por el odontólogo semestralmente para verificar que el porcentaje de placa dentobacteriana se ha reducido y de esta manera evitar complicaciones como enfermedades periodontales con mayor prevalencia de placa dentobacteriana, sarro, gingivitis, pérdida de soporte, movilidad dental, bolsas periodontales.

A medida que el tiempo transcurre, los signos clínicos del eritema pueden aparecer, de modo principal por la proliferación de capilares y la formación aumenta de ansas capilares. También puede ser evidente la hemorragia al sondeo; siendo este, uno de los signos clínicos de mayor utilidad en la investigación, cuando valoramos el Índice Gingival de Silness (20).

Es necesario prestar atención a las sutiles alteraciones del tejido, dado que a veces poseen más importancia diagnóstica, un método clínico ordenado exige realizar un cuidadoso examen de la encía respecto al color, tamaño, forma, consistencia, textura superficial, posición, facilidad e intensidad de la hemorragia y el dolor.

Los dos síntomas más tempranos de la inflamación gingival que proceden a la gingivitis establecida son: 1) Formación más rápida de líquido gingival y 2) hemorragia con el sondeo cuidadoso del surco gingival. En términos clínicos, es sencillo identificar la hemorragia al sondeo. Por tanto, es muy valioso para el diagnóstico precoz y la prevención de la gingivitis más avanzada (29).

Entonces, si se cuentan con índices de una valoración y análisis no complicados, que se pueden utilizar en la población salvadoreña, se podría evitar la cronicidad de una gran mayoría de enfermedades periodontales que a la larga llegan a ser tratamientos de extracciones dentales, por amplias movilidads y pérdidas óseas.

Situaciones que podrían ser detectadas a tiempo, con un correcto análisis de los tejidos periodontales, ya sea dentro del Índice de placa bacteriana (IP) o dentro del Índice Gingival (IG) con una sonda periodontal y el conocimiento clínico adecuado.

La enfermedad periodontal por ser heterogénea y multifactorial se hace difícil de evaluar por su variabilidad en cuanto a sus manifestaciones clínicas, factores de riesgo, edad de establecimiento, evolución, pronóstico, alternativas de terapia para su resolución o control (22). Por lo que la OMS determina que para darle atención a esta enfermedad, en grandes poblaciones se utiliza el índice periodontal comunitario.

Este índice es muy útil al momento de abordar el tratamiento del paciente ya que nos permite establecerlo mediante códigos previamente establecidos.

El Índice Periodontal Comunitario (IPC), índice que se utiliza en todos los países y que fue elaborado por la Federación Dental Internacional y aprobado por la Organización Mundial de la Salud (1979) (14). Este IPC permite evaluar mediante un método simple, rápido y objetivo, las necesidades de tratamiento periodontal en diferentes poblaciones.

El IPC registra ciertos parámetros: sangrado al sondaje, profundidad de bolsa, presencia de cálculo dental, y factores retentivos de placa; con el objetivo de determinar el nivel de terapéutica que necesita los individuos de la población estudiada. No fue diseñado para determinar la prevalencia ni severidad de periodontitis, puesto que no evalúa el nivel de inserción, las recesiones gingivales, la movilidad, ni diferencia entre cálculos supra y sub gingivales.

Según estudios realizados en Argentina han demostrado la elevada prevalencia de las enfermedades gingivo-periodontales. En cuanto a la prevalencia de gingivitis todos los estudios coinciden en que es cercano al 100%. En cambio se ha hallado que la prevalencia de periodontitis varía entre el 5% y el 40%, dependiendo de la edad, población o países estudiados e índices utilizados para evaluar (Brown 1990).

Dicho estudio concluyó que el 96.8% de los pacientes mayores de 18 años necesitan alguna forma de atención periodontal, por otro lado solo el 12% de los individuos consultaron por sangrado de encías, mientras que presentaron sangrado cerca del 90% (23).

Para poder hablar de las maloclusiones se debe conocer lo que es la oclusión y su función, por lo cual podemos decir que: "La oclusión es un conjunto de estructuras y funciones psiconeuromusculares que se integran con el conjunto del sistema biomecánico, la actividad muscular y las relaciones contactantes dentarias que son los elementos más importante (21). Constituyendo un estado

dinámico y diverso son los factores que influyen en el establecimiento de una oclusión normal ya que la misma depende de la normalidad de los tejidos blandos, de los maxilares, de los dientes y de las articulaciones temporomandibulares”.

Conociendo la definición de oclusión podemos concluir que “si existe cualquier alteración en una de estas estructuras provocará la instauración de anomalías de la oclusión o maloclusiones las cuales no son primarias sino siempre consecutivas o secundarias, pudiendo ser congénitas o adquiridas y de causas locales o generales”. Las maloclusiones son frecuentes en la población, ya que “la prevalencia de la maloclusión y la distribución de los diferentes tipos, varía en función de las razas y etnias. Los restos esqueléticos encontrados indican que la prevalencia actual de la maloclusión es mayor que la de hace 1.000 años. Los fósiles demuestran las tendencias evolutivas que han influido en la dentición actual a lo largo de muchos milenios, incluyendo una disminución en el tamaño de los maxilares que si no va acompañada de una disminución en el tamaño y el número de los dientes, puede producir problemas de apiñamiento dental y mala alineación de los dientes sobre sus huesos maxilares”. (21)

Las maloclusiones constituyen la tercera de las enfermedades bucales como problema de salud y se les considera factores de riesgo de gingivitis, periodontitis, caries dental, disfunción de la articulación temporomandibular (ATM), así como alteraciones estéticas y funcionales. (24) Resulta necesario vigilar constantemente el tesoro de una buena salud bucodental mediante hábitos preventivos personales y atención profesional periódica. Ya que las maloclusiones no respetan raza ni estrato social.

Existen evidencias de estudios realizados en el centro odontopediátrico de Carapa, Venezuela, que aseveran que la maloclusión es mayor en los grupos urbanos que en los rurales. Corrucini observó una mayor prevalencia de apiñamiento, mordidas cruzadas posteriores y discrepancias de segmentos bucales, en los jóvenes de las ciudades, en comparación con los de las zonas rurales de Punjab, en la India en estudios realizados por este autor. (21)

Para poder medir la prevalencia de maloclusiones se han realizado varios estudios, por lo cual se utilizan múltiples índices; a nivel mundial se utilizan varios índices que permiten medir la necesidad de tratamiento ortodóncico, al tiempo que pueden utilizarse para establecer prioridades en el acceso a los recursos asistenciales; hasta la fecha ninguno de estos se ha puesto en práctica en nuestro medio. Entre los más recientes, diseñados a finales de los años 80 e introducidos en los 90, probablemente el de mayor difusión ha sido el dental aesthetic index (DAI), creado con fines epidemiológicos y adoptado por la OMS para tal propósito (24).

El método DAI constituye un método rápido de aplicar, altamente reproducible que no necesita del uso de radiografías, lo cual genera ventajas tanto en la

investigación como en la mejora de los estándares de práctica clínica. Además, la utilización de los mismos criterios podría favorecer la comunicación de los profesionales entre sí y con el paciente. Se han realizado algunos estudios para determinar la prevalencia de maloclusiones en la población, como en México, la tasa de prevalencia por maloclusiones fue de 96,4:100/ adolescentes resultando la Clase I de Angle la más frecuente(72,8%), resultando cinco y siete veces mayor que las Clases II y III, con una estimación al nivel poblacional entre 69% y 76%. La maloclusión Clase I, tipo 1, fue la más frecuente, considerando la clasificación de Dewey-Anderson (58.3%). La prevalencia por edad resultó no ser estadísticamente significativa, lo que no sucedió al llevar a cabo este mismo análisis por género. La alta prevalencia de maloclusiones Clase I de Angle y el tipo 1 de acuerdo a Dewey-Anderson probablemente se desarrollaron por el inadecuado crecimiento de los maxilares y por la deficiente función masticatoria. No se encontraron diferencias significativas por edad, lo que no sucedió por género, mostrándose un riesgo mayor para el femenino. Debido a que la mayoría de los casos de maloclusión observados fueron Clase I, caracterizados en su mayoría por desplazamientos dentarios, su pronóstico es favorable, ya que pueden ser corregidas a partir de terapéuticas ortodónticas de baja complejidad y de menor costo (25).

La necesidad de prevención de las enfermedades bucales es universal, investigaciones realizadas revelan altas tasas de prevalencia de maloclusión, por lo que se realizó otro estudio transversal sobre la frecuencia de maloclusión en niños de 3–5 años que pertenecen al área de la Policlínica Pedro Díaz Coello de la ciudad de Holguín, en el período comprendido de enero a junio del 2004. el universo de estudio incluyó a 460 niños. Seleccionamos una muestra aleatoria de 138 infantes con el propósito de determinar la frecuencia de maloclusión, la relación molar temporal más frecuente e identificar las manifestaciones clínicas de maloclusión. Del total de la muestra estudiada fueron portadores de la maloclusión el 48.55% de los niños, el grupo de 3 años fue el más afectado y las manifestaciones clínicas de mayor incidencia fueron la labioversión y la mordida abierta anterior (26).

En otra investigación realizada en Venezuela un total de 51 niños de edades comprendidas entre 5 a 10 años, el 60,78% , corresponde al género femenino y el 39,21% ,al masculino, existiendo un número mayor de niñas que presentaron hábitos bucales, con un 35,29% y los varones un 29,41%.De un total de 51 pacientes atendidos se encontró que 64,7% de niños en la población estudiada presentaban hábitos parafuncionales bucales acercándose significativamente a lo reportado por Quirós O, donde más del 60% presentó algún tipo de hábito. Esta investigación determinó que los pacientes del género femenino presentaron mayor prevalencia de hábitos que el masculino, se identificó el tipo de dentición (temporal, mixta temprana, mixta tardía y permanente) predominando la mixta temprana con un total de 82,35%, de la cual el género femenino resultó con mayor porcentaje, no encontrándose reportes anteriores que permitan comparar

los resultados obtenidos. De todos los tipos de hábitos que se incluyeron en el instrumento de medición se reportan en primer lugar la deglución atípica y respiración bucal, seguida de succión digital en mayor prevalencia en estos pacientes, lo cual se acerca significativamente con los resultados obtenidos en las investigaciones de Quiros O. donde los respiradores bucales y la deglución atípica ocupan el primer lugar, seguidos por la succión digital, onicofagia, bruxismo y queilofagia. La maloclusión del sector anterior con mayor prevalencia es el apiñamiento dentario, mordida profunda seguida de protrusión dentaria, coincidiendo esto con Quiros O. solo en el apiñamiento dentario y la mordida profunda, siendo estas características bucales condiciones que se presentan mayormente en la etapa de dentición mixta no así la protrusión dentaria anterior esto no quiere decir que estas alteraciones no estén relacionadas a los hábitos manifestados en los pacientes. No se encontraron reportes específicos de las alteraciones en el sector anterior asociados a los hábitos bucales (27).

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de investigación.

La investigación fue descriptiva, porque se describe y caracteriza como está la condición de salud bucal de la población de los municipios de: San Rafael Obrajuelo y San Pedro Masahuat ambos del departamento de La Paz, Sensuntepeque del departamento de Cabañas, y de San Ramón del departamento de Cuscatlán; describiendo la población a través de características socioeconómicas, a través de los índices epidemiológicos dentoperiodontales.

Tiempo y lugar.

Esta investigación se llevó a cabo en el año 2009, el paso de instrumentos se realizó en los meses de septiembre a diciembre del 2009 en unidad de San Rafael Obrajuelo, La Paz; San Pedro Masahuat, La Paz; Periférica de Sensuntepeque, Cabañas y San Ramón, Cuscatlán.

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 61 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 mucófibrosos Problemas dentales Problemas periodontales	
c) Lesiones cara, cuello y osteomucofibrosas	Lesión Eritroplásica Lesión Leucoplásica	

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

f) Problema Estomatológico Principal en la comunidad.	Índice con resultado más alto en cada comunidad.
---	--

Población y muestra

En este estudio se tomaron como unidades de análisis sujetos de la población que asistió a las unidades de salud de San Rafael Obrajuelo, San Pedro Masahuat, Periférica de Sensuntepeque y San Ramón (ver anexo 1), abarcando la población urbana y rural de cada municipio, a su vez esta se dividió en estratos comprendidos de: 0 -4 años, 5-11 años, 12-19 años, 20-40 años, 41-60 años, y 61 ó mas. Dividida la cantidad total de dicha población por género masculino y femenino (ver anexo 6).

UNIDAD DE SALUD SAN RAMON CUSCATLAN

Se obtuvo la siguiente población: N=624

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

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

Se utilizó un nivel de confianza del 10 %

$$\begin{aligned} Z &= 1.96 \\ E &= 0.10 \\ P &= 0.5 \\ Q &= 0.5 \end{aligned}$$

$$n = \frac{(3.8416)(0.5)(0.5)(625)}{(623)(0.01)^2 + (1.96)^2(0.5)(0.5)} = \frac{599.28}{7.1904} \quad n = 83$$

De igual manera, se realizó para las siguientes unidades:

UNIDAD DE SALUD SAN RAFAEL OBRAJUELO, LA PAZ.

Se obtuvo la siguiente población N= 624 y n= 82

UNIDAD DE SALUD PERIFERICA DE SENSUNTEPEQUE

Se obtuvo la siguiente población N= 738 y n= 87

UNIDAD DE SALUD PERIFERICA DE SAN PEDRO MASAHUAT

Se obtuvo la siguiente población N= 660 y n= 83

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS.

En la realización de este proyecto participarán cuatro investigadores cada uno de ellos distribuidos en las Unidades de Salud antes mencionadas. Para medir los indicadores se realizará una cédula de entrevista para lo cual se utilizarán fotocopias del documento a utilizar para la entrevista y bolígrafos. Estas se repartirán de acuerdo al número de la muestra de cada municipio. Otro instrumento a utilizar será la guía de observación. Para esto se necesitarán el documento impreso y fotocopiado, sonda periodontal tipo Catonic, espejo intrabucal, pinza, explorador, algodón y colores.

En lo que respecta a los recursos financieros, estos correrán por cuenta del grupo investigador (Ver anexo n° 7)

PASO DE INSTRUMENTOS.

El paso de instrumentos se llevará a cabo en el período comprendido de septiembre a diciembre en las unidades de salud de San Rafael Obrajuelo, San Ramón, Periférica de Sensuntepeque y San Pedro Masahuat de la Región Paracentral del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).

Cada uno de los integrantes deberá realizar el llenado de la cédula de entrevista correspondiente al número de personas obtenidas por medio de la fórmula para obtención de la submuestra por rango de edad y género; dichas personas deberán ser seleccionadas al azar de la consulta odontológica diaria.

Primero se le explicará a la persona el objetivo de estudio, y se leerán las indicaciones, previo a la aceptación del paso de instrumentos, confirmando su aceptación al firmar el documento.

Segundo se realizará la entrevista guía, de la cual será de carácter anónimo y se identificarán por códigos.

Cuando la persona entrevistada sea menor de edad serán los padres o las personas encargadas quienes proporcionarán la información necesaria.

Posteriormente se realizará el examen clínico, según guía de observación. Todo el proceso durara aproximadamente de 30 a 45 minutos (Ver anexo N° 5). Al

finalizar se dará las gracias por su cooperación y se informará al paciente sobre su estado actual de salud, y su respectivo tratamiento.

ALCANCES.

1. El estudio permitirá mantener en observación a los pacientes involucrados, debido a que asisten de forma frecuente a la consulta dental.
2. Se evaluará la incidencia de las enfermedades mas frecuentes en cavidad oral, caries enfermedad periodontal y lesiones muco fibrosas.
3. Permitirá relacionar las condiciones económicas y nivel educativo de la población, con la aparición de dichas enfermedades bucales.

LIMITACIONES.

1. Dificultades en el paso de instrumentos por la falta de colaboración de los pacientes.
2. Falta de equipo clínico básico para la realización de examen bucal.
3. Problemas con el paso de instrumentos debido al tiempo ya que cada instrumento se toma alrededor de treinta minutos para su realización.

CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

Se pasará un consentimiento informado, a cada uno de los individuos de la muestra, participantes en la investigación, en donde se describirá brevemente, en qué consiste la investigación con un lenguaje de fácil comprensión.

En el documento se pide el nombre y número de DUI del participante y se pide su confirmación para la participación en la investigación. Teniendo este mismo, la oportunidad de preguntar cualquier duda en la realización del procedimiento.

También es importante que el participante conozca, los resultados que se pretenden, así como los beneficios tales como lo será el conocimiento de su condición bucal y riesgos que puedan existir (Ver anexo 2 y 3).

BIBLIOGRAFIA

1. Luengas Aguirre, Maria Isabel. "Salud bucal, un indicador sensible de las condiciones de Salud. " Disponible en:
<http://www.mex.ops-oms.org/documentos/publicaciones/hacia/a03.pdf>
2. Luengas Aguirre, Maria Isabel. "Salud bucal, un indicador sensible de las condiciones de Salud. " Disponible en:
<http://www.docstoc.com/docs/3251978/Salud-bucal-un-indicador-sensible-de-las-condiciones-de-salud>
3. Medina, Dr. Carlo. "Perfil epidemiológico de la caries dental y enfermedad periodontal, en Nicaragua, año 2005. " Disponible en:
<http://universitas.unanleon.edu.ni/pdf/1ro/Arto7VOI1.pdf>
4. Centro Intenacional De Investigaciones De Desarrollo" La Pobreza en América Latina". Disponible en:
http://www.idrc.ca/es/ev-23076-201-1-DO_TOPIC.html
5. Constitución de la Republica de El Salvador, Decreto Numero 38, Sección Tercera, Educación, Ciencia y Cultura, Art, 53, 2007.
6. Ministerio de economía dirección general de estadísticas y censos. Encuesta de hogares de propósitos múltiples, Septiembre de 2006. Disponible en:
<http://www.digestyc.gob.sv/publicaciones/EHPM2006/2005/PPALESRESULTADOS/PRINCIPALES%20RESULTADOS%20EHPM%202006.pdf>
7. Prensa en línea, SALVAPRESS. Disponible en:
<http://salvapress.wordpress.com/2009/06/01/presidente-mauricio-funes/>.
8. Representación de OPS/OMS. Modelo de atención en salud oral en los sistemas sanitarios de El Salvador. OPS/OMS, San Salvador, 1999., 1999. Disponible en: www.mspas.gob.sv/pdf/aportes_6.pdf
9. Salud bucal un indicador sensible de las condiciones de salud. Disponible en: <http://www.docstoc.com/docs/3251978/Salud-bucal-un-indicador-sensible-de-las-condiciones-de-salud>
10. Dr. Patricia Lorelei Mendoza Roaf, Diagnóstico de Salud Oral en Escolares de Jalisco. Disponible en:
<http://seplan.jalisco.gob.mx/files/talleres/UdeG/CUCS/Estudios%20y%20proy>

ectos/Diagn%C3%B3stico%20de%20Salud%20Oral%20en%20Escolares%20de%20Jalisco.doc

11. Jiménez C., Kkilikan R., Perez C., Herrera N., Hernandez L. "Estudio retrospectivo de lesiones patológicas en niños y adolescentes. Servicio de Clínica Estomatológica Facultad de Odontología Universidad Central de Venezuela. período 1992-2006." Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws edición electrónica mayo 2008. Disponible en:http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2008/lesiones_patologicas_ninos_adolescentes.asp

12. Mojica Ríos, Jesús , Neoliberalismo y su vigencia en América Latina, Revista Monografías .Disponible en:<http://www.monografias.com/trabajos15/neoliberalismoamerica/neoliberalismo-america.shtml>

13. Escalona Paneque, Dra. Tahiris, Influencia de la Placa Dentobacteriana en la enfermedad gingival. Disponible en: <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEyEyuAyunMFKZUZa.php>

14. Toledano Rojo, Dr. Michel Odontología y Estomatología , Medicina de Urgencias, Comportamiento de Algunas Urgencias Periodontales en la Comunidad de Betulio González, Publicado: 15/09/2008 Disponible en:

<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1238/1/Comportamiento-de-Algunas-Urgencias-Periodontales-en-la-Comunidad-de-Betulio-Gonzalez.html>

15. Genoma humano en ortodoncia/motivo de consulta, Wiki Javeriana. Disponible en: http://recursostic.javeriana.edu.co/wiki/index.php/Genoma_humano_en_ortodoncia/motivo_de_consulta

16. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guía de Atención Estomatológica. Pág.1, Mayo 2006

17. Salud Para Todos, Una Meta Posibles. Pueblos Movilizados y Gobiernos Comprometidos en un Nuevo Contexto Global. Construyendo prioridades para la investigación en APS con la Sociedad Civil. Pag. 121

Disponible: <http://www.iiied-al.org.ar/Libro%20Salud%20para%20todos.pdf>

18. Oyonarte WELDT, Dr. Rodrigo, Estudio Epidemiológico de la Atención Odontológica Primaria de Urgencia en la Comuna de Las Condes.

Disponible en: www.odontomarketing.com/articulos/art18.htm

19. Rioboo Crespo M^o del Rosario, Planells del Pozo, Paloma, Epidemiología de la patología de la mucosa oral más frecuente en niños, Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169844472005000500001&script=sci_arttext

20. Moret, Yuli; Rivera, Helen correlación clínico - Patológica de la Eritroplasia Bucal con Diagnóstico Histopatológico de Displasia Epitelial en una muestra de la población Venezolana volumen 46 n^o 2 / 2008

Disponible

en:http://www.actaodontologica.com/ediciones/2008/2/correlacion_clinico_patologica_eritroplasia_bucal.asp

21. Miralda, Dr. Lucas, Indicaciones Perioperatorias

Disponible

en:<http://www.doctorlucasmiralda.com/indicacionesperioperatorias.html>

22. Amado Cuesta Susana, Valmaseda Eduardo, Complicaciones de la Cirugía Bucal Ambulatoria en Pacientes mayores de 65 años Med Oral 2004;9:253-62. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/medicor/v9n3/11.pdf>

23. Rodríguez Lorenzo, Dra. Elena, Rodríguez Lorenzo, Dra. Caridad, Comportamiento de la Caries Dental en Escolares. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, 1994-2000. Disponible: http://www.ucmh.sld.cu/rhab/articulo_rev8/ccdent.htm

24. Paneque Escalona Dra.Tahiris, Influencia de la Placa Dentobacteriana en la enfermedad gingival, Junio 2006, Disponible en: Código ISPN de la Publicación: YEYUUAYUNMFKZUZA

<http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEyEyuAyunMFKZUZA.php>

25. Benitez Melo Alexandra Paola, Sanchez Romero Mario Rafael, Revista de Odontología, Gingivitis en los niños y púberes tempranos pertenecientes a hogares de beneficio social de la sabana de Bogotá.

Disponible en: Gingivitis in children and early pubescents belonging to welfare homes in the plateau of Bogotá

<http://www.encolombia.com/odontologia/foc/FocXXIV-gingivitis.htm>

26. Medina, Dr. Carlo, Perfil epidemiológico de la caries dental y enfermedad periodontal, en Nicaragua, año 2005., Volumen 1, Año 1, 2007, © 2007 UNAN-León, Editorial Universitaria Disponible en:

<http://universitas.unanleon.edu.ni/pdf/1ro/Arto7VOI1.pdf>

27. De Estrada Riveron Johany, Rev Cubana Estomatol, Factores de riesgo asociados con la enfermedad caries dental en niños, 2003. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol40_2_03/est01203.htm

28. Diagnóstico de la necesidad de tratamiento periodontal en adultos de la Republica Argentina.

Disponible en:

[http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download
&gid=553&Itemid=](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=553&Itemid=)

28.

29. *Rodriguez Baldemmira Iriam, Rev Cubana Estomatol, Sangramiento Gingival y Flora Bacteriana en la Gingivitis y la Periodontitis. 1996; Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol33_2_96/est08296.htm*

30. CARRANZA, Fermín, "Periodontología Clínica", 8° edición, Pagina 234

31. Paneque Escalona Tahiris, Publicado Monday 23 de October de 2006 Disponible en: Código ISPN de la Publicación: EEEYUAYUNMFKZUZA

<http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEyEyuAyunMFKZUZa.php>

32. La enfermedad de las encías en Argentina, [Notas y Artículos](#).

Disponible: <http://www.alfabeta.net/notas/tema-34/nota-636-34.xtp>

33. Diagnóstico de la necesidad de tratamiento periodontal en adultos de la Republica Argentina.

Disponible en:

[http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download
&gid=553&Itemid=](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=553&Itemid=)

34. Perez Ferras Marisol, Maloclusiones dentarias. Factores predisponentes en niños, Publicado: 11/06/2009 Disponible: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1548/3/Maloclusiones-dentarias.-Factores-predisponentes-en-ni%F1os>

35. Perez Ferras Marisol Perez Ferras Marisol, Maloclusiones dentarias, Factores Predisponentes en niños, ESTUDIO RETROSPECTIVO DE MALOCLUSIONES FRECUENTES EN INFANTES DE 2 A 16 AÑOS DE EDAD EN EL CENTRO ODONTOPEDIÁTRICO DE CARAPA UBICADO EN LA PARROQUIA ANTÍMANO - CARACAS EN EL PERÍODO 2000 - 2007
Publicado: 11/06/2009

Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1548/1/Maloclusiones-dentarias-Factores-predisponentes-en-ninos.html>

36. Toledo Reyes Lilian, *Rev Cubana Estomatol, Maloclusiones por el índice de estética dental (DAI) en la población menor de 19 años, 2004, 41.*

Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol41_3_04/est06304.htm

37. Murrieta Pruneda, José Francisco, Cruz Diaz, Paola Alejandra, López Aguilar, Jasiel *et al.* Prevalencia de maloclusiones dentales en un grupo de adolescentes mexicanos y su relación con la edad y el género. *Acta odontol. venez.* [online]. ene. 2007, vol.45, no.1 [citado 26 Julio 2009], p.74-78. Disponible en la World Wide Web: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S000163652007000100013&script=sci_arttext

38. Martinez, Narlinda,, Frecuencia de maloclusión en niños de 3 a 5 años de edad, Policlínica "Pedro Díaz Coello". 2004 Disponible: Frequency of maloclusión in children from 3 to 5 years of age, "Pedro Díaz Coello" Polyclinic, 2004. <http://www.cocmed.sld.cu/no101/n101ori4.htm>

39. Urrieta E., López I. Quirós O. Farias M. Rondón S. Lerner H. 2008 , " Hábitos bucales y maloclusión presente en los pacientes atendidos durante el diplomado de ortodoncia interceptiva U.G.M.A años 2006-2007. Obtenible en:

http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2008/habitos_bucales_maloclusion.asp

40. Cepero, Armando Santiago, Estudio de la Denticion Temporal en niños de 5 años de edad, Revista Cubana de Ortodoncia, Julio_Diciembre 1995 Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ord/vol10_2_95/ord06295.htm

ANEXOS

ANEXO N° 1

ESQUEMA DE ACCIONES PREVENTIVAS PRIMARIAS

Practica en servicios Públicos		Práctica Privada	
Prevención Primaria		Prevención Primaria	
1er Nivel	2do Nivel	1er Nivel	2do Nivel
<p>a) Diagnóstico en base al riesgo</p> <p>b) Fomento de la salud</p> <p>c) Educación para la salud</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Póster 2. folletos 3. Medios de comunicación 4. Incorporación de planes de estudio escolares <p>d) Cafetín saludable</p>	<p>a) Diagnóstico en base al riesgo</p> <p>b) Protección específica</p> <p>c) Programa de fluoración de la sal</p> <p>Fluocolutorios en escolares.</p> <p>Aplicación de Sellantes en F. F.</p> <p>Control de PDB</p> <p>d) Cepillado</p> <p>e) Hilo dental</p> <p>f) Racionalización de la ingesta de azúcar</p>	<p>a) Diagnóstico en base al riesgo</p> <p>b) Fomento de la salud</p> <p>c) Educación para la salud</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Folletos 2. Videos 3. Juegos <p>d) Control de niño sano</p>	<p>a) Diagnóstico en base al riesgo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Protección específica 2. Fluorterapia tópica 3. Control químico del S. Mutans 4. Sellantes de F. F. 5. Control de la placa D. B. <ul style="list-style-type: none"> • Cepillado • Hilo dental 6. Racionalización de la ingesta de azúcar.

ANEXO N° 2
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
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, tenido la oportunidad de preguntar y entender el procedimiento que se realizara, los resultados que se pretenden, los beneficios y los riesgos que puedan derivarse.

Ciudad..... a..... dede
.....

Firma: _____

ANEXO N° 3

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

“TITULO DE LA INVESTIGACION”

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..... dede

Firma: _____

ANEXO N° 4

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
 2. De \$ 101 a \$ 150
 3. De \$ 151 a \$ 200
 4. De \$ 201 a \$ 250
 5. De \$ 251 a \$ 300
 6. Más de \$300
4. ¿Sabe leer y escribir? o ¿está estudiando actualmente?
1. Sí
 2. No (Pase a la pregunta No5)
- 4.1. ¿Hasta qué grado estudió?
1. Parvularia
 2. 1er Ciclo
 3. 2do Ciclo
 4. 3er Ciclo
 5. Bachillerato
 6. Universitario
 7. Superior no Universitario

5. Municipio de residencia:

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

1. Municipio

2. Departamento

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

ANEXO Nº 5

Código No.: _____

No. de Expediente: _____

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



GUÍA DE OBSERVACIÓN CLÍNICA

OBJETIVO

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

Resumen del índice para la interpretación: 0.0 a 0.75 Buen estado

0.75 a 1.5 condición leve

1.51 a 2.25 condición moderada

2.26 a 3.00 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
		Distal	Vestibular	Mesial	Palatino/	
5-5	1-6					
5-2	1-2					
6-4	2-4					
7-5	3-6					
7-2	3-2					
8-4	4-4					
IG: Es igual a la sumatoria de los valores de todas las superficies entre el número de superficies examinadas. $\frac{\sum \text{de valores asignados a cada superficie}}{\text{No. de superficies examinadas}}$ I.G. = _____ IG. = _____						

Resumen del índice para la interpretación: 0.0 a 0.75 Buen estado

0.75 a 1.5 inflamación leve

1.51 a 2.25 inflamación moderada

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

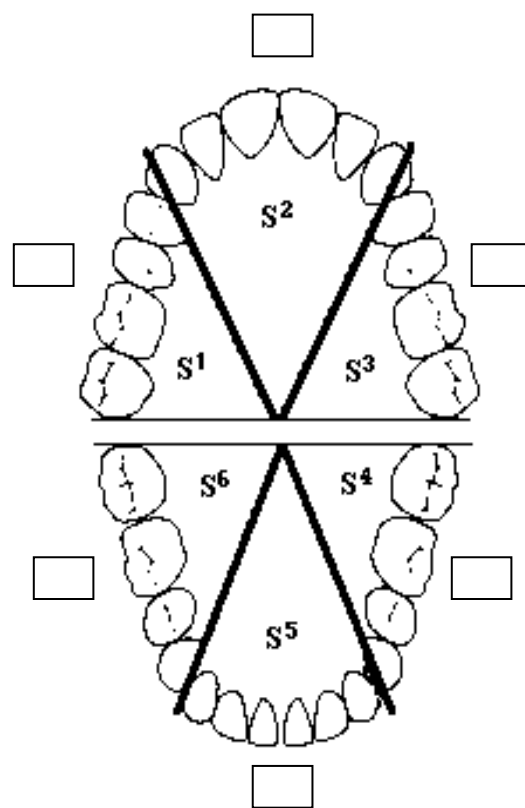
0 = Sano, ausencia de signos

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 o inferior) 2: Diastemas en ambos arcos.		1	
Diastema en línea media en mm (Mayor medida)		3	

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

Necesidad de tratamiento:

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

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

Indicaciones:

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

Componente	Indicadores a evaluar.			Valores
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	Positivo: cuando sea mayor que 3 mm			
Overjet mandibular	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 CPO/D y ceod

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

Para CPO/D

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

Para ceo/d

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

Indicaciones:

- Marque una X en la casilla respectiva con los colores indicados a continuación
 - ✓ Rojo: toda lesión que indique caries no importa el grado.
 - ✓ Azul: toda restauración en buen estado.
 - ✓ Negro: piezas dentales perdidas y en el ceo/d el diente indicado para extracción.
- Vacíe la información en el cuadro inferior, realice la sumatoria y obtenga el total de CPO/D – ceo/d.

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

TOTAL CPO/D – ceo/d:

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

Cuantificación de la OMS	
Muy Bajo	0.0 a 1.1
Bajo	1.2 a 2.6
Moderado	2.7 a 4.4
Alto	4.5 a 6.5

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

Resultado de:

I. Lesiones cara cuello y muco-fibrosas:

II. Índice de Placa bacteriana Løe y Silness:

III. Índice Gingival:

IV. Índice Periodontal CPI:

V. Índice de Estética Dental DAI:

VI. Índice de Mal oclusión:

VII. Índice de Caries CPOD/cpod:

Observaciones especiales que ameritan describirse:

ANEXO N° 6

Población y muestra

Muestra: la formula estadística que se utilizara para la obtención de la muestra de cada municipio es la siguiente

Muestra: la formula estadística que se utilizara para la obtención de la muestra de cada municipio es la siguiente

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

Se utilizará un nivel de confianza del 10 %

N = Población total. Para obtener N se realizo lo siguiente:

Identificar el número de pacientes que asistieron en los meses de enero y febrero a las unidades de salud, de San Ramon, Unidad de San Rafael Obrajuelo, Unidad de Salud de San Pedro Masahuat y Unidad de Salud Periferica de Sensuntepeque.

Para calcular la población de estudio se realizó lo siguiente: Partiendo del registro diario de pacientes del área de odontología que asisten a cada unidad de salud, se obtuvo el número de pacientes de los meses de enero y febrero multiplicado por cuatro y dividido entre dos, para poder obtener la población sujeta de estudio.

UNIDAD DE SALUD SAN RAMON CUSCATLAN

$$Z= 1.96$$

$$E=0.10$$

$$P=0.5$$

$$Q=0.5$$

$$N=624$$

$$N = \frac{(3.8416)(0.5)(0.5)(625)}{(623)(0.01)^2 + (1.96)^2(0.5)(0.5)} = \frac{599.28}{7.1904}$$

$$N=83.34$$

UNIDAD DE SALUD SAN RAFAEL OBRAJUELO, LA PAZ.

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

$$Z = 1.96$$

$$E = 0.10$$

$$P = 0.5$$

$$Q = 0.5$$

$$N = 623$$

$$N = \frac{(3.84)(0.5)(0.5)(625)}{(623)(0.01)^2 - (1.96)^2 (0.5)(0.5)} = \frac{560}{7.2}$$

$$N = 82$$

UNIDAD DE SALUD PERIFERICA DE SENSUNTEPEQUE

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

$$Z = 1.96$$

$$E = 0.10$$

$$P = 0.5$$

$$Q = 0.5$$

$$N = 624$$

$$N = \frac{(3.8416)(0.5)(0.5)(738)}{(737)(0.01)^2 + (1.96)^2 (0.5)(0.5)} = \frac{370.96}{8.35}$$

$$N = 44.42$$

UNIDAD DE SALUD PERIFERICA DE SAN PEDRO MASAHUAT

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

$$Z = 1.96$$

$$E = 0.10$$

$$P = 0.5$$

$$Q = 0.5$$

$$N = 660$$

$$N = \frac{(3.8416)(0.5)(0.5)(738)}{(659)(0.01)^2 + (1.96)^2(0.5)(0.5)} = \frac{633.6}{7.55}$$

$$N = 83.92$$

Anexo N° 7

MATERIALES	PRECIOS
FOTOCOPIAS	\$40.00
IMPRESIONES	\$93.00
ENERGÍA ELÉCTRICA	\$40.00
MATERIAL PROVISTO POR LA UNIDAD	
DE SALUD	
INSTALACIONES	-
UNIDAD DENTAL	-
ENERGÍA ELÉCTRICA	-
AGUA POTABLE	-
RODETES DE ALGODÓN	-
SET DE DIAGNOSTICO	-

