



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

Autopercepción de Caries Dental en Escolares de 6 y 12 Años de la
Parroquia San Blas, Ciudad de Cuenca 2016.

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ODONTÓLOGO

AUTOR/A: Peralta Parra Daysi Verónica
DIRECTORA: Cristina Vásquez Od. Esp.

CUENCA-ECUADOR
2016

DECLARACIÓN:

Yo, **Daysi Verónica Peralta Parra** declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que he consultado la totalidad de las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento; y eximo expresamente a la UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

La UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, puede hacer uso de los derechos correspondientes a este trabajo, según lo establecido por la ley de propiedad intelectual, por su reglamento y normatividad institucional vigente.

.....

Peralta Parra Daysi Verónica

C.I. 0105744965

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de titulación denominado **“AUTOPERCEPCIÓN DE CARIES DENTAL EN ESCOLARES DE 6 Y 12 AÑOS DE LA PARROQUIA SAN BLAS, CIUDAD DE CUENCA”**, realizado por **PERALTA PARRA DAYSI VERÓNICA**, ha sido inscrito y es pertinente con las líneas de investigación de la Carrera de Odontología, de la Unidad Académica de Salud y Bienestar y de la Universidad, por lo que está expedito para su presentación.

Cuenca, Octubre 2016

.....

Ebingen Villavicencio Caparó Dr.

Coordinador Departamento de Investigación

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Dra. Liliana Encalada Verdugo.

COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN – CARRERA ODONTOLOGÍA.

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado **“AUTOPERCEPCIÓN DE CARIES DENTAL EN ESCOLARES DE 6 Y 12 AÑOS DE LA PARROQUIA SAN BLAS, CIUDAD DE CUENCA 2016”**, realizado por **PERALTA PARRA DAYSI VERÓNICA**, ha sido revisado y orientado durante su ejecución, por lo que certifico que el presente documento, fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico, se sujeta a las normas éticas de investigación, por lo que está expedito para su sustentación.

Cuenca, Octubre 2016

.....

Cristina Vásquez Od. Esp.

DEDICATORIA.

Este trabajo está dedicado a toda mi familia que me apoyo en este proceso de estudio. Especialmente para mi adorada hija Camila, el pequeño ángel que ilumina mis pasos, tu inocencia es mi esperanza de una vida mejor; por enseñarme a amar de verdad, por ser mi motivo y mi motor, éste logro es para ti mi niña.

EPÍGRAFE.

Todos somos genios. Pero si juzgas a un pez por su habilidad de escalar un árbol,
vivirá su vida entera creyendo que es un inútil.

Albert Einstein.

AGRADECIMIENTOS:

A Dios por ser mi maestro de vida, por darme el valor y la perseverancia para cumplir mis objetivos y enseñarme que tu tiempo es perfecto.

A mis padres, por el esfuerzo desmedido por brindarme una educación como medio de superación, por su apoyo económico y moral, a mi madre; ese ser divino que Dios me regalo para enseñarme que con esfuerzo, trabajo y constancia nada es imposible.

A mi hermano Christian, por tus consejos, tu apoyo y cariño.

A mi compañero de vida, Eduardo por tu infinita paciencia y amor; gracias a ti sé que nada es fácil pero tampoco nada es imposible.

A mi hija, por ser mis alas en mis éxitos y mi pilar en mis fracasos.

A mi suegra, por ser como una madre para mí y para mi hija y a todas las personas que de una u otra manera colaboraron para que este trabajo sea posible.

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ceod: Es el índice individual resulta de la sumatoria de dientes temporales cariados, extraídos y obturados, siendo su índice grupal resultado del promedio de la sumatoria de dientes temporales cariados, extraídos y obturados de los niños del grupo examinado.

CPOD: Es el índice individual resulta de la sumatoria de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados; su índice grupal resulta del promedio de la sumatoria de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados de los niños del grupo examinado.

IOH-S: Índice de higiene oral simplificada.

ICDAS: Sistema Internacional de Detección y Valoración de Caries (International Caries Detection and Assessment System),

CVRSO: Calidad de vida relacionada a la salud oral.

ÍNDICE GENERAL

CAPÍTULO I.....	15
PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	15
INTRODUCCIÓN.....	16
1.-PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	17
2.- JUSTIFICACIÓN.....	17
3.-OBJETIVOS.....	17
3.1.-OBJETIVO GENERAL:	17
3.2.-OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	18
4.-MARCO TEÓRICO	18
4.1.- LA CARIES DENTAL	18
4.1. 1.- Definición	18
4.1. 2.- Etiología de la caries	18
4.1.3 Factores Etiológicos	19
4.1.3.1. Factores Etiológicos Primarios	19
4.1.3.2. Factores Etiológicos Moduladores.....	21
4.1.4. Etiopatogenia de la Caries Dental.....	22
4.1.6 Epidemiología De La Caries Dental	24
4.1 7.- Percepción De Salud Oral	25
4.2.-ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	27
5.-HIPÓTESIS	34

CAPÍTULO II.....	35
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	35
Enfoque:.....	36
Diseño de Investigación:	36
Nivel de investigación:.....	36
Tipo de Investigación:.....	36
2.-POBLACIÓN Y MUESTRA.	36
2.1.-Criterios de inclusión:	36
2.2.-Criterios de exclusión:	36
Tipo de muestreo:	36
Tamaño de la muestra:.....	36
3.-OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	38
4.- INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.	38
4.1.- Instrumentos documentales:.....	38
4.2.- Instrumentos mecánicos.....	39
4.3.- Materiales:.....	39
4.4.- Recursos:	39
5.-PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS.	39
5.1.-Ubicación espacial:	39
5.2.- Ubicación temporal.....	39
5.3.- PROCEDIMIENTOS DE LA TOMA DE DATOS.	39
5.3. a.-Método de examen:	39
6.- PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS.	40
7.- ASPECTOS BIOÉTICOS.	40
CAPÍTULO III.....	41
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	41
1. RESULTADOS	42
2. DISCUSIÓN.....	47

3. CONCLUSIONES	49
BIBLIOGRAFÍA.....	50
ANEXOS.....	53
Anexo 1. CÁLCULO DE LA MUESTRA MEDIANTE OPEN EPI.....	54
Anexo 2:	55
Anexo 2.1.- FICHA DE RECOLECCIÓN DIGITAL.....	55
Anexo 2.2.- FICHA EPIDEMIOLÓGICA DE LA UCACUE.....	56
ANEXO 3: CONSENTIMIENTO Y ASENTIMIENTO INFORMADO.....	57
ANEXO 4. INFORME DE SALUD BUCAL.....	58
ANEXO 5: GRUPO DE RECOLECCIÓN DE DATOS EN LA ESCUELA TERESA VALSÉ.....	59
ANEXO 6: FOTOGRAFÍA CON LOS ESCOLARES DE LA ESCUELA MANUELA CAÑIZARES DE LA PARROQUIA SAN BLAS.....	59
ANEXO 7: RECOLECCIÓN DE DATOS EN LA ESCUELA TERESA VALSÉ DE LA PARROQUIA SAN BLAS.....	60

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Población Escolar de la Parroquia San Blas.....	40
Tabla 2 Impacto de la Caries Dental.....	41
Tabla 3 Impacto de la Caries Dental Según el Sexo.....	42
Tabla 4 Impacto de la Caries Dental Según la Edad	43

RESUMEN

OBJETIVO: El objetivo del estudio fue determinar cuánto es la autopercepción de la caries dental en escolares de 6 y 12 años de la Parroquia San Blas, Ciudad de Cuenca, 2016. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se diseñó un estudio descriptivo retrospectivo transversal actual con la aplicación de un muestreo probabilístico utilizando el programa OPEN EPI de acceso libre determinando una muestra de 449 escolares, 208 niños de 6 años y 241 niños de 12 años a los cuales se les realizó una ficha epidemiológica para determinar cuánto es la autopercepción del impacto de la caries dental de acuerdo al sexo y la edad en los escolares. **RESULTADOS:** El impacto de la caries dental en la población escolar de la Parroquia San Blas fue del 67%. El impacto de la caries dental fue mayor en el sexo femenino con un 78% a los 6 años y 65% a los 12 años seguido del sexo masculino con un porcentaje del 69% a los 6 años y el 58% a los 12 años. La autopercepción del impacto de la caries dental de acuerdo a la edad, éste fue mayor en los escolares de 6 años con un porcentaje del 75% y relativamente menor en los escolares de 12 años con un 61%.

CONCLUSIONES: El impacto de la caries dental es elevado en la población escolar de la Parroquia San Blas (67%); las mujeres perciben mejor el impacto de la caries dental y la autopercepción es mayor a los 6 años.

PALABRAS CLAVE: Autopercepción, Impacto, Caries Dental

ABSTRACT

OBJECTIVE: The objective of the study was to determine how much is the self-perception of dental caries in schoolchildren aged 6 and 12 years in San Blas parish, in Cuenca city 2016. **MATERIALS AND METHODS:** A cross-sectional retrospective descriptive current study was designed with the application of probability sampling using the OPEN EPI program free access, determining a sample of 449 school children, 208 children 6 years old and 241 children aged 12 years who underwent an epidemiological investigation to determine how much is the perception of the impact of dental caries according to sex and age in school. **RESULTS:** The impact of dental caries in schoolchildren in San Blas Parish was 67%. The impact of dental caries was higher in females with 78% at 6 years and 65% at 12 years, followed by the male with a percentage of 69% at 6 years and 58% at 12 years. The self-perception of the impact of dental caries according to age, it was higher in schoolchildren 6 years with a rate of 75% and relatively lower in school 12 years with 61%.

CONCLUSIONS: The impact of dental caries is high in the school population of the San Blas parish (67%); women better perceive the impact of tooth decay and self-perception is greater than 6 years.

KEYWORDS: Self Concept, Health Evaluation, Dental Caries

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO.

INTRODUCCIÓN

La caries dental es considerada una de las enfermedades más comunes de la cavidad bucal a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud lo define como *un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia poco después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente*^{1,2}.

La caries dental es una enfermedad de alto impacto en la sociedad que influye de manera negativa en la calidad de vida de las personas, especialmente en la población escolar considerada como una de las partes susceptibles de la sociedad^{1,3}. A ser la caries dental un proceso degenerativo irreversible, en periodos avanzados puede ocasionar graves consecuencias en el desarrollo, generando efectos negativos en la autoestima y calidad de vida de los niños y niñas⁴. El cuidado de la salud bucal en la niñez garantiza un adecuado crecimiento y desarrollo a nivel cráneo facial como físico con patrones masticatorios que permitan una adecuada nutrición, correcto desarrollo del leguaje, desarrollo cerebral y psicosocial; los riesgos de desarrollar efectos negativos en el niño disminuyen con una adecuada educación y conocimiento de las medidas preventivas, control de hábitos, autocuidado y acompañamiento por parte de los padres⁵.

Estudios realizados en el año 1990 en *“países latinoamericanos como República Dominicana, Argentina, Venezuela y Ecuador, reportaron en promedio que, entre el 85% y 97% de la población padecen de esta enfermedad”*⁶, este alto grado de afectación estuvo relacionado a varios factores como son el nivel socioeconómico, condiciones socio culturales, nivel de educación que son esenciales al momento de definir y establecer el conocimiento y percepción de los niños acerca de su condición bucal⁶. En la República de Ecuador se ha implementado por parte del gobierno un modelo denominado *“BUEN VIVIR”*³, el mismo que considera de gran importancia que la población mantenga un adecuada calidad de vida basada en aspectos como son, su salud física, estado psicológico, social, entre otros^{1,3}. De ahí el motivo por el cual se plantea de manera relevante investigar el impacto que tiene la caries dental sobre las población escolar de nuestra ciudad y al mismo tiempo crear una base de datos epidemiológicos acerca de la autopercepción de caries dental en los escolares de 6 y 12 años de la Parroquia San Blas en la Ciudad de Cuenca.

1.-PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.

El problema que se investigó fue la autopercepción de la caries dental en escolares de 6 y 12 años, esta idea de investigación surge de la continua búsqueda de información de línea basal para poder realizar otros estudios ya sean de factores asociados o de intervención comunitaria.

La interrogante principal de esta investigación fue: ¿Cuánto es la Autopercepción de Caries Dental en Escolares de 6 y 12 de la Parroquia San Blas, Ciudad de Cuenca 2016?

2.- JUSTIFICACIÓN

El presente tema de investigación se enfoca en la población escolar de 6 y 12 años susceptible a desarrollar problemas en su salud bucal a edades tempranas, entre ellas la caries dental, con el fin de averiguar el grado de conocimiento de los niños acerca de su estado bucal y así crear una base de datos en nuestra ciudad acerca de este tema; a más de poder brindar información oportuna que favorezca a los niños escolares considerados como una parte de la población vulnerable a padecer patologías bucales con consecuencias irreparables. Este estudio representa un gran aporte en originalidad debido a que no existen estudios locales que determinen el nivel de autopercepción de caries en niños escolares y posterior a este estudio se pretende realizar un macro estudio que permita obtener un perfil epidemiológico de la población cuencana. El estudio presentado se considera viable debido a que se dispone con los recursos humanos representado por el estudiante, institucionales debido a que proveerán instructores que guíen el estudio y económicos debido a que será auto sustentado por el estudiante.

3.-OBJETIVOS

3.1.-Objetivo General:

Determinar cuánto es el impacto de la caries dental en escolares de 6 y 12 años de la Parroquia San Blas, Ciudad de Cuenca 2016

3.2.-Objetivos Específicos:

- Determinar según el sexo cuánto es el impacto de la caries dental en escolares de 6 y 12 años de la Parroquia San Blas, Ciudad de Cuenca 2016.
- Determinar según la edad cuánto es la autopercepción la caries dental los escolares de 6 y 12 años de la Parroquia San Blas, Ciudad de Cuenca 2016.

4.-MARCO TEÓRICO

4.1.- LA CARIES DENTAL

4.1. 1.- Definición

La caries dental es una enfermedad infecciosa y multifactorial¹, se caracteriza por ser un proceso dinámico que se desarrolla en los depósitos microbianos asentados en la superficie dental. El desequilibrio existente entre la superficie dental y los fluidos de placa bacteriana da como resultado que, en un periodo de tiempo se dé la pérdida de sustancias minerales del diente⁵.

Se identifica también como un proceso patológico que causa la desintegración local de los tejidos calcificados del diente, ésta desintegración es provocada por la acción de ácidos resultantes de la fermentación de los carbohidratos provenientes de la dieta. La caries se produce por la interacción de factores primarios y factores moduladores a nivel de la cavidad bucal como a nivel individual y social respectivamente^{2,7}.

4.1. 2.- Etiología de la caries

La caries dental es una patología de etiología multifactorial, ^{1, 2,3} a lo largo del tiempo se ha propuesto varias teorías acerca de su origen, sin embargo existen dos teorías principales.

La teoría endógena manifiesta que la caries dental es provocada por fluidos provenientes del interior del ser humano como son la sangre, bilis, linfa, flema; causando alteraciones externas en las piezas dentarias, entre estas teorías tenemos, teoría énfasis de fluidos nocivos, teoría inflamatoria endógena, teoría infamación de los odontoblastos y teoría enzimática de las fosfatasa.

La teoría exógena atribuye la etiología de la caries dental a factores externos, entre los principales agentes causales son los microorganismos existentes en la cavidad bucal, la dieta y el huésped, entre las teorías exógenas se encuentra la teoría vermicular, quimioparasitaria, proteolítica y la de proteólisis – quelación².

4.1.3 Factores Etiológicos

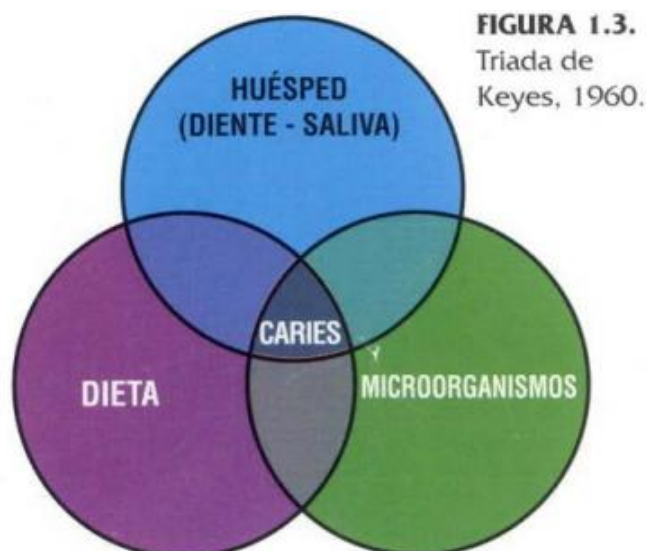
La caries dental es el resultado de la interacción de factores etiológicos primarios y factores etiológicos moduladores²:

Factores Etiológicos Primarios	Factores Etiológicos Moduladores
<ul style="list-style-type: none"> • Huésped • Microorganismos • Dieta 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo • Edad • Nivel de instrucción • Grupo epidemiológico • Nivel socioeconómico

Fuente: Henostroza, 2007²

4.1.3.1. Factores Etiológicos Primarios

Keyes en el año de 1960 diseñó un esquema gráfico denominado “*triada de Keyes*”², conformado por tres círculos que representaban a los tres factores principales productores de caries dental, que al interactuar entre sí dan lugar al desarrollo de la caries dental^{2,8}.



Fuente: Henostroza, 2007²

Dentro de los factores etiológicos primarios tenemos a los microorganismos bucales; la cavidad bucal es un medio con una gran variedad de cepas bacterianas implicadas en el desarrollo de la caries, entre ellas tenemos tres grupos principales, que son²:

ESTREPTOCOCOS	LACTOBACILLUS	ACTINOMICES
Mutans	Casei	Israelis
Sobrinus	Lactobacillus	Actinomices
Sanguinis	Fermentum	Naslundi
	Oris	
	Plantarum	

Fuente: Henostroza, 2007²

La dieta es considerada un factor etiológico primario, este factor es esencial en el desarrollo de la caries dental ya que todos los nutrientes necesarios para el metabolismo de los microorganismos provienen de los alimentos². En el proceso de inicio y progresión de la caries es necesario que los microorganismos presentes en el sustrato se mantengan por un período de tiempo prolongado en contacto con la superficie del diente³.

La sacarosa es un carbohidrato fermentable proveniente de la dieta, de rápida disolución⁹, considerado como el carbohidrato de mayor potencial cariogénico, se desenvuelve como un sustrato para el desarrollo de nuevos polisacáridos como son el glucano, fructano y mutano; la adhesión de microorganismos a este sustrato esta mediado por la sacarosa la cual interactúa con la superficie dental y las bacterias iniciando la desmineralización dentaria^{2, 8}.

El huésped es otro factor primario, se considera como huésped al medio en el cual se desarrolla la caries dental, dentro de este parámetro se encuentran elementos pertenecientes al huésped como son: *“la saliva, los dientes, inmunización del huésped y la genética”*². La saliva de la cavidad bucal es producida por tres glándulas salivales, la parótida, la maxilar y la submandibular¹¹, *“el papel de la saliva en la protección frente a la caries se puede concretar en cuatro aspectos: dilución y eliminación de los azúcares y otros componentes, capacidad tampón, equilibrio desmineralización-remineración y acción antimicrobiana”*^{2, 11}.

FACTORES ETIOLÓGICOS PRIMARIOS				
HUÉSPED	Saliva	Diente	Inmunidad	Genética
	Flujo Tampón	Anatomía Posición		
MICROORGANISMOS Agente	<i>Streptococcus mutans</i> <i>Lactobacilos sp</i> <i>Actinomyces sp</i>			
DIETA Sustrato-Medio	Carbohidratos → Sacarosa Frecuencia de consumo			

Fuente: Henostroza, 2007²

Sin embargo a más de la presencia de los factores principales en la etiología de la caries se requieren de factores moduladores, los cuales participan activamente en el inicio y evolución de la caries; los factores moduladores pueden ser el tiempo transcurrido, la edad del huésped, nivel de instrucción del individuo, nivel socioeconómico, antecedentes de caries, grupo epidemiológicos entre otros².

4.1.3.2. Factores Etiológicos Moduladores

Los factores etiológicos moduladores no son capaces de iniciar la caries dental, sin embargo; son capaces de desencadenar en su aparición y desarrollo si los factores etiológicos primarios antes mencionados se encuentran presentes, denominados así debido a que modulan la respuesta del huésped^{2, 8}.

El factor tiempo implica que las condiciones primarias pueden estar presentes en el huésped pero se requiere de un tiempo determinado para que se inicie y desarrolle el proceso cariogénico⁹. La edad del individuo se incluye como un factor modulador debido a que en el transcurso de la vida existen etapas en donde el individuo es más o menos susceptible a desarrollar caries dental. La salud personal del individuo, el nivel de instrucción que poseen las personas, experiencias de padecimientos de caries, grupo epidemiológico y nivel socioeconómico son factores que regulan el desarrollo y severidad de la caries dental^{8, 9}.

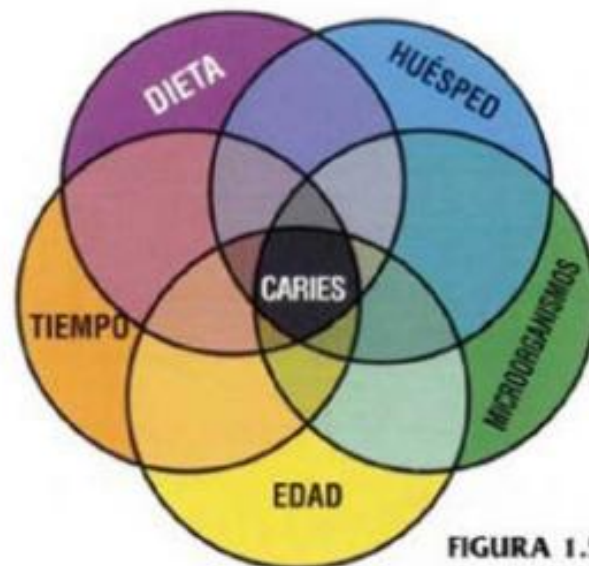


FIGURA 1.5. Gráfica Pentafactorial. (URIBE-ECHEVARRÍA Y PRIOTTO,

Fuente: Henostroza, 2007²

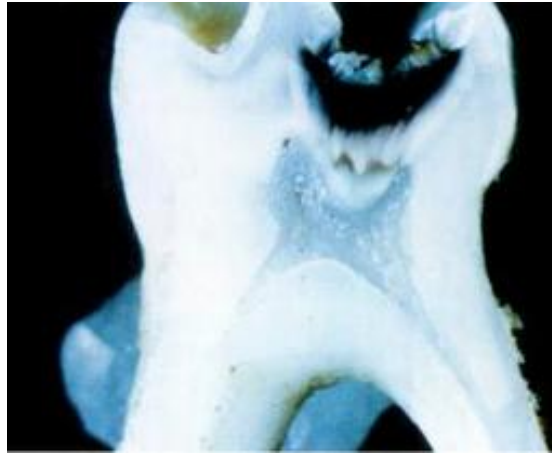
4.1.4. Etiopatogenia de la Caries Dental

Las piezas dentarias poco tiempo después de su erupción adquieren una cubierta denominada película adquirida cuya función es la de proteger los tejidos dentarios contra la atrición, abrasión y a su vez funciona como barrera de difusión que permite el paso del flúor y ácido al interior de las piezas dentarias.

La formación de la película adquirida ocurre pocos minutos luego del cepillado dental, se caracteriza por ser una capa acelular entre 2 y 10 micras de espesor conformada por proteínas salivales y macromoléculas^{9,11}, la película adquirida experimenta un aumento de espesor en las zonas más profundas con predominio de microorganismos anaerobios los cuales obtienen nutrientes por medio de la degradación de la matriz acelular^{2,11}.

La colonización bacteriana primaria ocurre entre las 4 y 24 primeras horas “*mediante la adhesión irreversible entre los receptores de la película adquirida y las moléculas bacterianas conocidas como adhesinas; la colonización secundaria puede durar entre 1 y 14 días, etapa en la que se produce la multiplicación activa de bacterias ya sea por adhesión, agregación o coagregación*”¹¹.

La lesión cariosa se inicia con la alteración del equilibrio entre la superficie dental y la placa bacteriana, este desequilibrio se establece en una semana, los cambios en la superficie son microscópicos por lo tanto no son visibles, a los 14 días ya existen cambios estructurales siendo la lesión cariosa perceptible al momento de secar con aire, posterior a las 3 o 4 semanas la superficie dental se torna de un aspecto blanco tiza caracterizada por la disolución de periquematías, posteriormente la lesión forma una cavidad en el esmalte que si no es interrumpida avanza hasta la dentina, invade los túbulos dentinarios hasta alcanzar la pulpa causando en un tiempo determinado la muerte pulpar^{5, 12}.



Fuente: Henostroza, 2007²

4.1.5. Clasificación De Lesiones Cariotas Según El Sistema ICDAS

El sistema ICDAS en el 2002 clasificó a la caries dental en seis estadios o códigos que son:

Código 0: Se observa una superficie lisa y translúcida con ausencia de desmineralización del esmalte

Código 1: Es una opacidad de color blanco o marrón limitada a fosas y fisuras, su apariencia es de un esmalte sano y solamente se distingue al secar el esmalte con chorro de aire por 5 segundos.

Código 2: Es una opacidad de color blanco o marrón que se extiende más allá de las fosas y fisuras, distinguible en el esmalte húmedo.

Código 3: Pérdida de la integridad de la superficie dental, aparece una micro cavitación en el esmalte sin compromiso de la dentina.

Código 4: Sombra translúcida de dentina visible a través del esmalte, con o sin pérdida de la estructura dental.

Código 5: Cavidad en esmalte opaco con exposición de dentina que avanza hasta el 50% de la misma.

Código 6: Cavidad en el esmalte, extensa afectación de la dentina (más del 50%), gran pérdida de estructura dental⁵.

4.1.6 Epidemiología De La Caries Dental

La caries dental y la enfermedad periodontal son enfermedades de la cavidad bucal con una elevada tasa de morbilidad a nivel mundial, especialmente en comunidades de bajo nivel socioeconómico, en donde el acceso servicios odontológicos es difícil por los altos costos que implican^{6, 13}.

Si bien en nuestro país en los últimos años se ha efectuado una serie de programas de salud gratuitos por parte de los entes gubernamentales responsables, sin embargo; el escaso conocimiento, la falta de información y educación en salud bucal hace que la morbilidad vaya en aumento.

En España se realizaron macro estudios epidemiológicos en salud oral, desde 1983 hasta el último estudio publicado en el 2015, en los cuáles se ha demostrado que existen altos índices de caries dental en la población española y cuyos resultados no muestran diferencia significativa a lo largo de 22 años de seguimiento.

En las cohortes de 5 y 6 años de edad, la prevalencia de caries fue del 38%, posteriormente disminuyó a un 31,5 %, en las cohortes de 12 y 15 años el resultado fue más alentador ya que la prevalencia de caries en el 2010 fue del 45% y descendió a un 33.3% en el 2015¹⁴.

En América Latina se ha observado desde los años setenta una “*disminución de la de caries dental a causas de dos principales factores, la masificación del uso de fluoruros y la implementación de programas de prevención y promoción de salud bucal*”⁷.

En el Ecuador en el 2009 se realizó un estudio epidemiológico a nivel nacional de salud bucal en escolares de 15 años, el cuál determinó que en la edad de 6 años existía un 79,4% en el índice ceod y en la edad de 12 años un índice del 13,5%, de los cuales un 14,8% presentan dolor e infección. Estos valores obtenidos indican una alta tasa de prevalencia de caries en nuestro país; por lo que se considera emergente realizar actividades basadas en la prevención y tratamiento de la misma⁷.

Según la OMS en Ecuador los índices CPOD reportan un 0.22% en la edad de 6 y 7 años, 2.95% en la edad de 12 años y 4.64% a los 15 años, valores que son considerados como un nivel severo según lo señalado por la Organización Mundial de la Salud¹⁵. Esta elevada prevalencia de caries en el país implica riesgos para la población especialmente para los niños, en los cuáles la pérdida prematura de piezas dentarias a causa de la caries dental puede ocasionar graves alteraciones en el normal desarrollo de los niños⁷.

La distribución y severidad de la caries dental en nuestro país se ve influenciada por *“factores económicos, socio culturales, ambientales y de comportamiento”*¹, estos a su vez se ven caracterizados económicamente como la falta de recursos necesarios para acceder a instrumentos de higiene oral básicos como son el cepillo y la pasta dental; *“se ha observado que los niños más pobres reciben significativamente menos instrucciones de higiene bucal por parte del dentista y tienen mayores necesidades insatisfechas de salud bucal”*¹⁵. En base al factor social y cultural, la elevada tasa de morbilidad se debe a que vivimos en una sociedad en donde la prevención y educación son poco difundidas por los entes responsables como son el gobierno nacional, ministerios de salud e incluso profesionales en el área odontológica¹.

La promoción del autocuidado como medio de prevención es una de las estrategias más efectivas en la conservación de la salud primaria dental. El cepillado con pasta dental, el uso de la seda dental, aplicación de flúor entre otros, son actividades recomendadas a niños, jóvenes y adultos con el fin de evitar el establecimiento de la placa bacteriana en las superficies dentarias y a su vez el inicio y desarrollo de la caries dental^{7, 8}.

4.1 7.- Percepción De Salud Oral

La salud oral es una condición local de gran importancia en el ser humano, ya que su alteración causa repercusiones indeseables en la condición sistémica del individuo y la autoestima alterando así su calidad vida^{2, 8}. *“La OMS definió en 1993 la calidad de vida en relación a la salud como la percepción que el individuo tiene del grado de disfrute de su vida, teniendo en cuenta sus voluntades, sus expectativas, sus paradigmas y acorde al sistema de valores de su contexto sociocultural”*³.

La calidad de vida es la consecuencia de la interacción activa entre factores objetivos y subjetivos. Los factores objetivos son aquellos que representan las condiciones externas del individuo como pueden ser *“las condiciones económicas, sociopolíticas, culturales y ambientales que facilitan o dificultan el óptimo desarrollo del ser humano y su personalidad”*¹⁶; los factores subjetivos están condicionados por la apreciación que el individuo realiza acerca de su propia vida. *“La autopercepción de la salud es el elemento base para el funcionamiento integral del ser humano”*¹⁶, en el cual se crean transformaciones de tipo psicosocial que afectan al modo de vida del individuo por el aumento de agentes que acompañan este período, como son: *“el contexto, la familia, los factores económicos, los cambios culturales y políticos, y todas aquellas acciones de una u otra manera influyen en la percepción de la salud”*¹⁶.

La autopercepción de la salud bucal en los niños se desarrolla entre los 6 y 8 años de edad, el niño comienza a percibir un concepto de salud; percibe el impacto que tiene la salud y la enfermedad en sus actividades diarias que lleva a cabo. A esta edad el juicio personal de los niños se establece permitiendo que los niños sean capaces de responder a preguntas sobre cómo consideran el estado de su salud bucal. *“A mayor edad escolar, la identidad y el auto-concepto se hacen más fuertes e individualizados”*¹⁶.

Por todo lo antes expuesto es necesario recalcar la responsabilidad que tiene el estado y la sociedad de fundar medios que evalúen las diferentes necesidades existentes en la población y a su vez promuevan la prevención en salud bucal con especial apego en la niñez, susceptible a padecer afectaciones bucales irreversibles con un mayor impacto en su crecimiento y desarrollo. Los métodos para promover la salud bucal se deben enfocar en la educación individual y colectiva acerca de la importancia que tiene la higiene bucal, esto permitirá que la población se responsabilice de su propio cuidado; siendo este un factor clave para el control de las enfermedades bucales.

4.2.-ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

- **Obra: Artículo de revista:** “Caries dental y problemas orales autopercebidos en escolares de 12 años de Sayausí, Cuenca, Ecuador.

Autor: Reinoso-Vintimilla N, Villavicencio-Caparó E.

Resultados: OBJETIVO: El objetivo del presente estudio, fue evaluar la concordancia entre el nivel de caries dental, con los problemas orales auto percibidos en escolares de una población rural de Ecuador. MATERIALES Y MÉTODOS: Se utilizó el índice CPOD recomendado por la OMS para evaluar el nivel de caries dental y parte del cuestionario Child-OIDP versión Perú para evaluar las condiciones orales percibidas como problema. Se observaron 359 escolares de 12 años, con consentimiento informado de sus padres y asentimiento de los mismos. Los examinadores se calibraron con un Kappa >0.80. Todos los exámenes fueron realizados con luz natural y antes del recreo. RESULTADOS: El CPOD poblacional fue de 4.32, lo cual sitúa a esta población en el nivel moderado de índice de caries, la prevalencia de la caries fue de 97.2% IC 95% (97.19% - 97.20%). De todas las condiciones estudiadas solamente el dolor guarda una concordancia con el nivel de índice de caries³.

- **Obra: Artículo de revista:** “Creencias sobre caries e higiene oral en adolescentes del Valle del Cauca.

Autor: Tascón JE, Cabrera GA.

Resultados: OBJETIVO: Conocer las creencias que sobre caries e higiene oral tienen los adolescentes escolarizados del departamento del Valle del Cauca, Colombia. MATERIALES Y MÉTODOS: Se utilizó el Modelo de Creencias en Salud como referente en un estudio descriptivo de corte transversal efectuado en 38 de los 42 municipios del departamento. Se seleccionó una muestra de 5,400 adolescentes matriculados en instituciones educativas públicas y privadas por muestreo probabilístico, trietápico, estratificado y de conglomerados. RESULTADOS: La etiología de la caries dental, 65% se debe a mala higiene oral, 18% por bacterias, 7% por consumo de azúcar y 10% no sabe; 41% refirió haber sufrido alguna vez de caries; 14% cree que actualmente no tiene esta enfermedad oral y 37% dijo no tener historia percibida de caries; 99.8% respondió que se cepilla los dientes; la frecuencia de cepillado tuvo una mediana de 3 veces por día; 55% utiliza la seda dental y 51% el enjuague bucal; 14% refirió no haber visitado nunca al odontólogo y 27% dijo haberlo visitado al menos una vez, pero hace más de 7 meses.

El modelo de Creencias en Salud permitió conocer las creencias básicas que sobre caries e higiene oral tienen los adolescentes escolarizados del Valle del Cauca. Las creencias y prácticas de los participantes no son favorables para la prevención y control de la caries⁶.

- **Obra: Artículo de revista:** “Impacto de las condiciones bucales sobre la calidad de vida en escolares de ámbito rural, Piura, Perú.

Autor: Castillo López C.

Resultados: OBJETIVO: El objetivo del estudio fue evaluar el impacto de las condiciones bucales en la CVRSB de niños de 11-12 años de edad, de ámbito rural de Piura. MATERIALES Y METODOS: Estudio transversal, en 150 escolares, usando la versión en español (Perú) del Índice Child-OIDP para determinar el impacto de 17 condiciones bucales sobre 8 desempeños diarios. RESULTADOS: El 88,7% de escolares informaron uno o más de un desempeño impactado (Child-OIDP > 0). El promedio de condiciones bucales auto-percibidas como problema fue de $1,14 \pm 0,66$ condiciones. La más frecuente fue: dolor de muela (58,0% de escolares). Los desempeños tuvieron un promedio de severidad de impacto de $0,54 \pm 0,49$. El desempeño con mayor severidad de impacto fue comer ($1,07 \pm 0,96$). Para el 89,5 % de escolares los impactos fueron de “poca” o “muy poca intensidad”. El promedio de desempeños impactados fue $3,01 \pm 2,20$. El Índice Child-OIDP promedio global fue de $7,05 \pm 7,23$ ¹⁰.

- **Obra: Artículo de revista:** “Caries dental en escolares de 6 a 12 años de edad en Navolato, Sinaloa, México: experiencia, prevalencia, gravedad y necesidades de tratamiento.”

Autor: Molina Frechero N, VillalobosRodelo JJ, Medina Solís CE, Pontigo Loyola AP, Vallejos Sánchez AA, Espinoza Beltrán JL.

Resultados: OBJETIVO: Determinar la experiencia, prevalencia y gravedad de caries en la dentición temporal y permanente; establecer igualmente el índice de caries significativa en escolares de Navolato, Sinaloa, México, así como sus necesidades de tratamiento. MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio transversal en 3.048 niños de 6 a 12 años de edad. Los sujetos fueron examinados clínicamente por tres examinadores (índice k > 0,85), de acuerdo a los lineamientos establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Para la detección de caries se empleó el criterio de la OMS y la lesión d1 de Pitts. Resultados. La media de edad fue de $8,81 \pm 1,79$ años y el porcentaje de niñas fue de 52,2%. En la dentición temporal, el ceod fue de $4,68 \pm 3,21$ y la prevalencia de

caries 90,2% (ceod > 3 = 60,8%). El índice significativo de caries fue de 10,52 para los niños de seis años de edad. Las lesiones no cavitadas representaron 37,1% del componente "cariados". En la dentición permanente, el índice CPOD fue de $3,24 \pm 2,72$ y la prevalencia de caries, 82% (CPOD > 3 = 47,8%). El índice de caries significativa fue de 10,87 para los niños de 12 años. Las lesiones no cavitadas representaron 63,4% del componente "cariados". Al menos 81,1% de los niños necesitó la restauración de una superficie dental y 89,6%, de dos. Las niñas presentaron más caries que los niños en su dentición permanente. Se observó que conforme aumentó la edad se incrementó la experiencia de caries¹².

- **Obra: Artículo de revista:** "Encuesta De Salud Oral En España 2015."

Autor: Bravo-Pérez , Almerich-Silla , Ausina-Márquez , Avilés-Gutiérrez , Blanco-González , Canorea-Díaz , et al.

Resultados: OBJETIVO: Realizar una encuesta, tipo Pathfinder, según metodología OMS, sobre el estado de salud bucodental y necesidades de tratamiento a nivel nacional. MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional, de corte transversal, descriptivo y analítico con metodología Pathfinder de la OMS. Las encuestas realizadas fueron similares a otras del año 1993, 2000, 2005 y 2010, con la misma metodología, analizando entre 40-50 individuos en cada una de las 5 cohortes etarias, tal y como recomienda la OMS, para alcanzar una proporcionada precisión en la estimación del índice CAOD a los 12 años, la población española se estratificó inicialmente en tamaño poblacional y sexo. RESULTADOS: El estudio reporto en el Análisis de la Percepción de Salud Oral, Percepción de dolor o molestia en últimos 12 meses, en las cohortes de 12 y 15 solo el 2-3 % de los adolescentes manifiestan molestias, en los adultos entre los 35-44 años las molestias aumentan a un 7.5% y el 9.6 % entre 65-74 años. En la Percepción de problemas para comer en últimos 12 meses la cohorte de 12 y 15 años, el 91.8 % y 91.7 % respectivamente no reportan molestias, el 81.9 % a los 35-44 años, y al 71.0 % a los 65-74 años¹⁴.

- **Obra: Artículo de revista:** "Asociación del nivel socioeconómico con la higiene bucal en preescolares bajo el programa de odontología preventiva del IMSS en Campeche."

Autor: Medina-Solís CE, Segovia Villanueva A, Estrella Rodríguez G, Maupomé G, Ávila Burgos L, Pérez Nuñez R.

Resultados: Objetivo: Determinar la asociación entre el estado socioeconómico y la higiene bucal en la dentición primaria de niños preescolares. Material y métodos: Se realizó un estudio transversal en 1,303 niños de 10 escuelas de Campeche, México. Todos los sujetos fueron examinados clínicamente en una silla dental portátil por uno de cuatro examinadores. Se aplicó un cuestionario dirigido a las madres para la recolección de las variables socioeconómicas y sociodemográficas, incluyendo variables de actitud hacia la importancia de la salud bucodental. Se evaluó la higiene bucal tomando en consideración la frecuencia de cepillado dental y la presencia de placa dentobacteriana. El análisis se realizó en STATA 8.2 utilizando pruebas no paramétricas. Resultados: La media de edad fue 4.36 ± 0.79 años y 48.3% de los niños examinados fueron mujeres. Del total de los niños bajo estudio, 17.8% (n = 232) fueron asignados al grupo de higiene bucal inadecuada, 50.9% (n = 663) al de regular, y 31.3% (n = 408) al de adecuada. Quienes presentaron más frecuentemente higiene bucal inadecuada fueron los hijos de madres con actitud negativa hacia la salud bucal, los que solamente tenían acceso a servicios públicos de salud, y los que no utilizaron servicios dentales en el año previo al estudio. Finalmente, se observó disminución de higiene bucal apropiada conforme disminuía el nivel socioeconómico¹⁵.

- **Obra: Artículo de revista:** “Percepción y hábitos de salud bucodental en niños y adolescentes de Navarra.”

Autor: Artázcoz J, Cortés FJ, Rose IE, González Rodríguez P, Bravo M.

Resultados: OBJETIVO: Conocer la auto-percepción del nivel de salud oral y de las necesidades de tratamiento, los hábitos de higiene y la frecuencia de asistencia al dentista de los escolares de Navarra. MATERIALES Y METODOS: La población de estudio fue de 6, 12 y 14 años de edad. La muestra se obtuvo de los colegios de primero a sexto grado de Enseñanza Primaria y segundo de Enseñanza Secundaria Obligatoria y la recolección de datos se hizo mediante cuestionarios auto resueltos RESULTADOS: En una muestra de 445 escolares de 12 años, los resultados obtenidos manifiestan una muy buena salud bucal el 12,6%, buena 65,3%, regular 20,3%, y mala 1,8%; el 92%, a los 6 y 12 años, y el 82,9% a los 14 años está satisfecho con su salud oral. El 13,1% de los de 12 años y el 19,3% de 14 están desconformes en la mayoría de casos por el mal alineamiento dental y cerca de un tercio de la muestra dice necesitar un tratamiento¹⁶.

- **Obra: Artículo de revista:** “La auto-percepción de la salud general y bucal en los niños de Puebla, México.”

Autor: Moyaho-Bernal A, Lara-Muñoz MC, Espinosa-De Santillana I, Muñoz-Quintana G, Etchegoyen G.

Resultados: OBJETIVO: Determinar la auto-percepción de la salud en general y bucal de los niños evaluados. MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional, descriptivo, transversal, homodémico y prolectivo en 235 niños y niñas de 8 a 12 años de edad quienes cumplieron con los criterios de selección; que aceptaran participar en el estudio, cuyos padres firmaron el consentimiento informado. Se preguntó a cada niño sobre el estado de su salud en general y bucal. RESULTADO: La mayoría de los niños y niñas tienen una mejor auto-percepción de la salud en general con un 82.2% calificada como excelente, muy buena y buena y sólo el 17.9% como regular, mientras que para la salud bucal, sólo el 56.9% la calificó como excelente, muy buena y buena, el 39.6% como regular y el 3.9% como deficiente¹⁷.

- **Obra: Artículo de revista:** “Conocimientos, hábitos y percepción de salud bucodental en escolares de un área rural de Lugo.”

Autor: Tuñez Bastida A, Fernández Camiñas JA, Achín Fernández AJ.

Resultados: OBJETIVOS: Conocer los determinantes de salud bucodental en escolares de Cospeito, en la provincia de Lugo. MATERIALES Y MÉTODOS: Se elaboró una encuesta, compuesta por 24 preguntas, que se autocumplimenta en el propio centro escolar. El cuestionario abarcaba diferentes aspectos de la salud bucodental (conocimientos, aprendizaje y motivaciones, hábitos de higiene dental, auto-percepción de salud bucodental, acceso al odontólogo y consumo de golosinas. RESULTADOS: Un 89,7% considera que el azúcar o un microorganismo es el agente causante de la caries. El flúor es reconocido como beneficioso para los dientes por el 99%. El 48,5% señala 3 minutos como el tiempo adecuado para el cepillado. Los padres enseñan a lavarse los dientes al 90,7%. La mayoría, el 91%, refiere la higiene como la principal motivación para lavarse los dientes. Entre las razones para cuidar los dientes destaca «evitar el dolor» (75,2%), y la menos citada es «gustar a los demás» (un 27,7% en los varones y un 13,7% en las mujeres). Está satisfecho globalmente con su salud bucodental el 86,7%. El 51,3% declara no haber tenido nunca dolor de muelas. Sólo un 15,6% cree padecer caries y no sabe si la padece un 25,5% de los encuestados. El 8,6% lleva ortodoncia. El 25,3% cambia el cepillo cada año o más tarde. Un 27,4% se cepilla con movimientos al azar u horizontales. Algo más de la mitad (56%) se cepilla los

dientes después de las comidas. El 82,1% se cepilla los dientes por dentro y un 21,9% se cepilla la lengua. El 96,7% utiliza pasta dental. Sólo el 8,3% utiliza habitualmente seda dental. La mitad (49%) acude al dentista únicamente si tiene problemas y el 8,9% no ha ido nunca. Tiene miedo al dentista el 15,3%, porcentaje que es mayor en el grupo de mayores de 13 años (el 20,9 frente al 9,1%). El 85,7% consume golosinas diariamente. El consumo es significativamente más alto en mayores de 13 años y varones. El 78% de los que consumen golosinas diariamente las toma repartidas¹⁸.

- **Obra: Artículo de revista:** “Diagnóstico Epidemiológico sobre caries dental y consecuencias clínicas en escolares de Ventanilla.”

Autor: Pachas Barrionuevo F, García Zavaleta C, Carraco Loyola M, Manrique Chávez J, Orejuela Ramírez F, D CS, et al.

Resultados: OBJETIVOS: Evaluar el índice de caries y consecuencias clínicas de caries dental no tratada en piezas permanentes y deciduas, así como el índice de higiene oral de escolares de 5, 12 y 15 años de edad de una comunidad urbano marginal de Ventanilla-Callao en el 2014. MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, transversal y observacional con fichas epidemiológicas. Se evaluaron 160 niños tomando en consideración las edades recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) de las Encuestas de Salud Bucodental - Métodos Básicos: 5, 12 y 15 años de edad. La información fue recopilada previo consentimiento de los padres de familia y asentimiento de los niños. Se evaluó el índice CPOD y ceod, el índice de higiene oral simplificado (IHO-S) y el índice de consecuencias clínicas de caries dental no tratada (PUFA/pufa). Previo a la recopilación de datos se realizó la calibración de los operadores (Kappa >0.81). Toda la información formo parte de la asignatura de Odontología Social II de la carrera de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. RESULTADOS: El CPOD-12 tiene un nivel alto (promedio de 6 piezas con historia de caries a los 12 años de edad). La mayoría de los niños tiene una regular higiene oral (70%), lo que significa que por lo menos dos tercios de las superficies dentales presentan placa bacteriana. Respecto a las consecuencias clínicas de caries dental no tratada, la prevalencia del índice PUFA/pufa fue de 1.29%¹⁹.

- **Obra: Artículo de revista:** “Estado de salud oral y percepción de calidad de vida en niños de 12 años, de área rural y urbana, que asisten a algunos establecimientos municipalizados de las comunas de Talca, Maule, Pelarco y San Clemente, 2008.”

Autor: González F, Núñez Franz C, Loreto. M.

Resultados: OBJETIVO: Determinar el estado de Salud Oral y percepción de Calidad de Vida en niños de 12 años, de área rural y urbana que asisten a establecimientos educacionales municipalizados de Talca, Maule, Pelarco y San Clemente, 2008. MATERIALES Y METODO: Estudio descriptivo, no probabilístico. Se realizó un examen clínico y cuestionario a niños de 12 años, 148 rurales y 137 urbanos. Se evaluó COPD, IHO y auto-percepción de Salud Oral, relacionándola con Calidad de Vida Salud Oral obtenida mediante el CPQ11-14-ESP. Se consultó sobre el acceso a atención odontológica. RESULTADOS: El COPD obtenido fue 3,42 (rural) y 2,97 (urbano). La prevalencia de caries fue 66,2% rural y 61,3% urbano. IHO promedio obtenido fue 1,67 y 1,28 respectivamente. La auto-percepción del estado de Salud Oral fue regular. Los puntajes obtenidos en el CPQ11-14-ESP fueron mayores para sexo femenino, niños con mala autopercepción de Salud Oral. Poco más de la mitad de los niños ha acudido al odontólogo dentro del último año. Los niños rurales, sexo femenino y NSE bajo, reportaron mayor efecto en su calidad de vida²⁰.

- **Obra: Artículo de revista:** “Impacto De La Salud Oral En La Calidad De Vida De Los Niños Pre-Escolares: Percepción De Los Responsables.”

Autor: Raymundo de Andrade L., Buczynski A., Raggio Luiz R., Castro F., Ribeiro de Souza I.

Resultados: OBJETIVO: Evaluar la percepción de los responsables cuanto al impacto de la salud oral en la calidad de vida de ellos, fue aplicado el instrumento ECOHIS-B (Early Childhood Oral Health Impacts Scale - Brasil). MATERIALES Y METODOS: Se entrevistó a 60 personas responsables por niños de 3 a 6 años de edad de la clínica de odontopediatría de una institución de enseñanza pública brasileña. Fue realizado un examen clínico en los niños para determinar la presencia de lesiones de caries, dientes restaurados y perdidos e índices de biofilm y sangramiento de la encía. RESULTADOS: La escala del ECOHIS-B varió de 0 a 30, con media de 10,53 (DP=8,30); 52 niños (86,6%) presentaron por lo menos un impacto, dolor de diente (60%) y dificultad para comer (50%) fueron los más frecuentes. Por cada diente acometido por caries ($p=0,0001$), diente con presencia de caries en dentina ($p=0,008$) y diente restaurado ($p=0,001$) la

correlación con el ECOHIS-B total fue estadísticamente significativa. La salud oral (n= 36; 59,9%) y general (n=52:86,6%) fueron consideradas por la mayoría de los responsables buena o muy buena al ser comparadas a la de otros niños, y 18 (30%) de ellos percibían que el bienestar de los niños podría ser perjudicado por problemas orales. Problemas con los dientes y tratamientos dentales generan un impacto significativo en la calidad de vida y esto puede ser percibido por el responsable²¹.

5.-HIPÓTESIS

No precisa de hipótesis por ser un estudio descriptivo.

CAPÍTULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1.-MARCO METODOLÓGICO.

Enfoque:

El enfoque de la investigación es cuantitativo.

Diseño de Investigación:

Descriptivo

Nivel de investigación:

Descriptivo

Tipo de Investigación:

Por el ámbito: De campo

Por la técnica: Observacional

Por la temporalidad: Transversal actual.

2.-POBLACIÓN Y MUESTRA.

2.1.-Criterios de inclusión:

Se incluirán en el presente estudio, estudiantes matriculados a los centros educativos, de la ciudad de Cuenca, que tengan 12 años de edad cumplidos o que vayan a cumplir hasta el 31 de diciembre del 2016.

2.2.-Criterios de exclusión:

Se excluirán del estudio a los pacientes con enfermedades sistémicas, con problemas de locomoción, con alteraciones psicológicas, que falten el día del examen bucal y/o que no hayan aceptado el examen bucal.

Una vez formalizada la población se procederá al cálculo y conformación de la muestra.

Tipo de muestreo:

Se realizará un muestreo probabilístico, estratificado y proporcional.

Tamaño de la muestra:

Se calculó mediante la fórmula de muestreo para proporciones, con un nivel de confiabilidad del 95% y un error de 5%. Se utilizó el programa OPEN EPI de acceso libre. (Anexo 1)

$$n = \frac{EDFF \cdot Np(1-p)}{[(d^2/Z^2) - 1 - \alpha/2 \cdot (N-1) + p \cdot (1-p)]}$$

$$n = 374$$

Dónde:

$$\text{EDFF} = 1$$

$$Z^2$$

$$1/\alpha = 1.96$$

$$p = 0.5$$

$$1-p = 0.5$$

$$d^2 = 0.05$$

$$N = 10887$$

Se estratificaron proporcionalmente 208 muestras de niños de 6 años y 241 muestras de niños de 12 años de acuerdo a la proporción de escolares que tuvo cada centro educativo^{22,23}.

3.-OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	INDICADOR	TIPO ESTADÍSTICO	ESCALA
Autopercepción de caries	Visión personal que se crea de sí mismo acerca de su salud bucal desarrollada por procesos cognitivos y experiencias personales.	Nivel de conocimiento del paciente acerca de la presencia de caries en su cavidad bucal.	Presente Ausente	Cualitativa	Nominal
Sexo	Características genotípicas de la persona	Características externas que diferencian al varón de la mujer	Masculino Femenino	Cualitativa	Nominal
Edad	Tiempo que ha vivido una persona contado desde su nacimiento.	Tiempo que ha vivido una persona desde que nace hasta la fecha actual.	6 años 12 años	Cualitativa	Nominal

4.- INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

4.1.- Instrumentos documentales:

Se utilizará la ficha epidemiológica de la Universidad Católica de Cuenca (ANEXO 2), que consta de 5 partes, la primera de datos generales del paciente, la segunda de datos de autopercepción de maloclusiones, la tercera de autopercepción de caries, la cuarta de autopercepción de periodoncia y la quinta de aspectos generales del paciente.

4.2.- Instrumentos mecánicos.

No se requiere.

4.3.- Materiales:

Se empleará materiales de escritorio.

4.4.- Recursos:

Para llevar a cabo el estudio se necesitarán recursos institucionales (UCACUE, ZONAL 6 de Educación), recursos humanos (Examinadores y Tutores) y recursos financieros (Autofinanciados).

5.-PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS.

5.1.-Ubicación espacial:

La ciudad Santa Ana de los Cuatro Ríos de Cuenca, está ubicada en el centro austral de la República del Ecuador, es la capital de la provincia del Azuay, cuenta con 270 mil habitantes, su temperatura va de 7 a 15 grados centígrado en invierno y de 12 a 25 grados centígrados en verano. La superficie de área urbana es de 72 kilómetros cuadrados aproximadamente, tiene una alta cobertura de servicios básicos, es la tercera ciudad más importante de la República del Ecuador. Se caracteriza por su riqueza cultural y su gran variedad de museos. Está a 2500 metros sobre el nivel del mar.

5.2.- Ubicación temporal.

La investigación se realizará entre los meses de Mayo y Setiembre del año 2016, reflejando la situación epidemiológica del año en curso.

5.3.- PROCEDIMIENTOS DE LA TOMA DE DATOS.

5.3. a.-Método de examen:

El Estudio de auto reporte de caries dental busca comprender como los pacientes que conforman la muestra perciben el estado de su salud bucal mediante una encuesta personal realizada por los examinadores, la persona antes mencionadas serán la encargadas de realizar la encuesta a los niños de la misma manera que se encuentra planteada en la ficha epidemiológica. El examinador al evaluar a los participantes lo realizará de una manera clara y concisa sin buscar influir en la respuesta de los individuos.

6.- PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS.

Se calculó la percepción del impacto de la caries dental utilizando la siguiente fórmula:

$$\text{Autopercepción} = \frac{\text{número de impactados}}{\text{número de examinados}}$$

Luego se realizó el mismo cálculo pero agrupando la muestra de acuerdo al sexo y a la edad.

7.- ASPECTOS BIOÉTICOS.

El presente trabajo de investigación pasara por el comité de bioética sin embargo se debe tener en cuenta que al no ejecutarse ningún procedimiento no se afecta su integridad ni desarrollo normal del niño, además se empleara un consentimiento informado dirigido a los padres de familia para que autoricen realizar el estudio y un asentimiento dirigido a los niños para que colaboren con la investigación.

CAPÍTULO III
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1. RESULTADOS

El siguiente estudio fue ejecutado con los datos epidemiológicos de los escolares de la Parroquia San Blas, que figuran en el registro del departamento de investigación de la carrera de Odontología de la UCACUE, obteniendo los siguientes resultados:

El impacto de la caries dental en la población escolar de 6 y 12 años de la Parroquia San Blas es percibido por 302 escolares que representan el 67% de la muestra. De acuerdo al sexo, en la edad de 6 años el impacto muestra resultados similares con un 72% en el sexo femenino y 69% en el masculino; en la muestra de 12 años el impacto de caries dental percibido en el sexo femenino es del 65% y 58% el sexo masculino, si bien los valores son ligeramente más altos en el sexo femenino no existe una diferencia significativa. En el impacto de la caries dental según la edad de los escolares, se encontró que los escolares de 6 años tienen mayor impacto por caries dental con un porcentaje del 75% y el impacto es menor en los escolares de 12 años con un impacto total del 61% determinando así una mayor afectación por caries en los niños de 6 años.

**TAB. N° 1. POBLACIÓN ESCOLAR
DE LA PARROQUIA SAN BLAS**

Edad	FEMENINO	MASCULINO	Total general
6 años	123	85	208
12 años	109	132	241
	232	217	449

Interpretación: Esta tabla representa la muestra total del estudio conformada por escolares de 6 y 12 años de la Parroquia San Blas.

TAB. N°2. IMPACTO DE LA CARIES DENTAL

	N	%
CON IMPACTO	302	67%
SIN IMPACTO	147	33%
Total general	449	100%

Interpretación: Esta tabla indica el impacto de la caries dental en la población escolar de la Parroquia San Blas, 302 escolares representados por un 67% han experimentado impacto a causa de la caries dental.

TAB N° 3. IMPACTO DE LA CARIES DENTAL SEGÚN EL SEXO

EDAD	IMPACTO	FEMENINO		MASCULINO		Total general
		N	%	N	%	
6 Años	CON IMPACTO	96	78%	59	69%	155
	SIN IMPACTO	27	22%	26	31%	53
	Total	123	100%	85	100%	208
12 Años	CON IMPACTO	71	65%	76	58%	147
	SIN IMPACTO	38	35%	56	42%	94
	Total	109	100%	132	100%	241

Interpretación: En esta tabla se observa que el impacto de la caries dental es mayor en la edad de 6 años en el sexo femenino con un 78% de impacto, seguido de la edad de 12 años con un porcentaje del 65%. En el sexo masculino el impacto de la caries dental es del 69% en los niños de 6 años y un 58% en la edad de 12 años.

TAB. N° 4. IMPACTO DE LA CARIES DENTAL SEGÚN LA EDAD

Edad	CON IMPACTO		SIN IMPACTO		Total general
	n	%	n	%	
6	155	75%	53	25%	208
12	147	61%	94	39%	241

Interpretación: Esta tabla indica que la percepción del impacto de la caries en los escolares de 6 años es del 75% y en la edad de 12 años es del 61%.

2. DISCUSIÓN

Este estudio se trazó con el fin de analizar cuánto es la autopercepción del impacto que tiene la caries dental en la calidad de vida de los escolares, en una muestra de 449 escolares, divididos en 208 niños escolares de 6 años y 241 niños de 12 años, el estudio se basó en una encuesta realizada a los niños con 8 interrogantes que permitían saber cuánto perciben los niños la afectación de la caries dental en su vida diaria.

En el estudio realizado por “Echeverría López denominado *Impacto de la caries en la calidad de vida relacionada a la salud oral de niños preescolares de 3 a 5 años, en el 2010 en una muestra de 200 niños preescolares, 100 afectados por caries severa y 100 sanos*”⁴; se determinó que la caries temprana infantil en el grupo de estudio afectaba al 77%, los padres afirmaron que su hijos padecen afectación por caries representando así un impacto negativo en la calidad de vida de los niños preescolares, en relación a los datos obtenidos en la presente investigación, los niveles de impacto en la población de igual forma es negativa con valores relativamente menores debido a que los niños escolares perciben en un 67% el impacto de la caries dental; los resultados más elevados obtenidos en el estudio de Echeverría López puede deberse a que la encuesta acerca del impacto de la caries es realizada a los padres de los niños que perciben de mejor manera la molestias que padecen sus hijos a diferencia de los niños encuestados personalmente que perciben las molestias en su cavidad bucal pero no definen si esta es causada propiamente por la caries o por otra condición bucal.

En la investigación de “*Percepción de la necesidad de salud bucal de una población adulta joven estudiada por Mendoza Tijerina en Nuevo León, México en el 2010, con una muestra de 363 individuos, 216 de género femenino (59,6%) y 147 de género masculino (40,50%)*”¹, determinó que la percepción de caries dental en relación al género es del 59,8% en mujeres y del 40% en varones, en comparación con este estudio; la cohorte de 6 años manifiesta valores similares a este estudio, ya que determina que las niñas perciben mayoritariamente la caries dental en su cavidad bucal con un 78%, a diferencia de los niños cuya percepción es del 69%; sin embargo en la cohorte de 12 años los valores difieren debido a que la percepción es más regular en ambos sexos con un porcentaje del 65% en mujeres y 58% en varones, estos valores elevados en el impacto percibido puede ser el resultado de un mayor grado de progresión y afectación de la caries en la salud bucal de los niños, llevándolos a percibir con mayor intensidad el impacto de la caries dental afectando negativamente en su calidad de vida.

En otro estudio denominado “*Impacto de la salud oral en la calidad de vida de los niños pre-escolares: percepción de los responsables de Raymundo de Andrade L. en el 2009 se entrevistó a 86 personas responsables de niños de 3 a 6 años en una clínica de odontopediatría*”²¹, el 86,6% de los preescolares presentaron por lo menos un impacto por caries en el desempeño diario con afectación en la calidad de vida de los niños; esto percibido por el tutor responsable, este estudio coincide con el estudio de Echeverría López que determina un impacto de 77% en los niños preescolares. En el presente estudio, la población de 6 años y 12 años presenta menor impacto de caries dental (75% y 61% respectivamente), en la edad de 6 años los resultados son similares con el 75% de impacto, en la muestra de 12 años el valor es menor, sin embargo; representa un elevando impacto de la caries en los niños de 12 años.

“*Castillo López en su estudio del Impacto de las condiciones bucales sobre la calidad de vida en escolares en la ciudad de Pura, Perú en una muestra de 150 escolares de 11 y 12 años*”¹⁰ concluyó que, el 87% de los niños reportaron afectación de la caries dental en por lo menos en un desempeño diario, de ellos el 59.33% corresponde a varones y el 40.67% a mujeres no encontrando diferencia significativa del impacto según el sexo, este estudio coincide con la investigación de Raymundo de Andrade L. en el 2009 que reporto un 77% de impacto y a su vez con el presente estudio que reporta que un 67% de la muestra se siente afectada por la caries dental, estos valores repartidos entre el 78% las niñas y el 69% los niños en la muestra de 6 años y 65% en las niñas y un 58% para los niños en la muestra de 12 años, no existiendo así una diferencia significativa del impacto de caries dental de acuerdo al sexo..

La causa por la que los valores del impacto en la cohorte de 6 años se asemeja más los estudios en comparación puede deberse a la similitud de edades en la que se realizan.

3. CONCLUSIONES

- Se llegó a la conclusión que el impacto de la caries dental en los escolares de la Parroquia San Blas es del 67%, con un total de 302 niños afectados por la caries dental; esto puede ser el resultado la escasa educación en salud bucal impartida a los niños, la incorrecta aplicación de medidas de higiene oral, entre otros.
- Del total de la muestra se observó que el impacto de la caries dental afecta tanto a la población de 6 como de 12 años, las niñas identifican en un porcentaje del 78% a los 6 años y un 65% de 12 años a la caries dental como un problema en su salud bucal que les dificulta en al menos una de las actividades diarias consultadas, en la población masculina a los 6 años el 69% y a los 12 años el 58% percibe el impacto de caries dental; estos resultados nos indican que si bien las niñas perciben con mayor intensidad el impacto de la caries dental en ambas edades sin embargo no existe diferencia significativa entre ambas edades.
- En relación a la autopercepción del impacto de la caries dental según la edad por parte de los escolares se concluyó que, la percepción del impacto de la caries dental es mayor a los 6 años con el 75% y ligeramente menor en a los 12 años con un 61%.
- Por lo tanto se recomienda instaurar nuevos estudios epidemiológicos siguiendo similares parámetros del presente estudio que puedan llevarnos a futuras comparaciones y evaluaciones acerca del tema, del mismo modo; diseñar y aplicar estrategias educativas en cooperación gubernamental y comunitaria, con el objetivo de cambiar los conocimientos, actitudes y prácticas de higiene oral para prevenir la caries dental. Es imprescindible recalcar la importancia que tiene que los niños perciban la necesidad de conservar una adecuada salud bucal, el impacto que tiene la caries dental en la salud oral y general, el empleo de medidas de higiene bucal; para de esta manera fomentar una sociedad infantil y adulta más conocedora y conservadora de su salud bucal.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] Mendoza Tijerina JA. Percepción de la necesidad de salud bucal de una población adulta joven de diferentes estratos socio económicos, respecto a su nivel de salud bucal en el Área Metropolitana de Monterrey. Nuevo León, México: Facultad de Odontología, Departamento de Estomatología., Universidad de Granada; 2010.
- [2] Henostroza Haro G. Caries Dental. Principios y Procedimientos para el diagnóstico. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2007.
- [3] Reinoso , Vintimilla. Caries Dental y Problemas Autopercebidos en escolares de 12 años de Sayausí. Odontología activa UC Cuenca. 2016 Enero; Volumen 1.
- [4] Echeverría López S, Henríquez De Aquino E, Rosa SR, Mariana BP. Caries Temprana de la Infancia Severa: Impacto en a Calidad de Vida Relacionada a la Salud Oral de Niños Preescolares. Revista Dental de Chile. 2010;(2).
Soto Pacheco FM. Guía Practica para el Diagnóstico de Caries según Criterios Icdas. Odontopediatra y ortopedista maxilar Universidad de Cartagena. 2011 Noviembre.
- [5] Tascón JE, Cabrera GA. Creencias sobre caries e higiene oral en adolescentes del Valle del Cauca. Colombia Médica. 2005 Abril-Junio; Volumen 36(2).
- [6] Pública MdS. Ministerio de Salud Pública. [Online].; 2015 [cited 2016 septiembre. Available from: www.msp.gob.ec.
- [7] Juez Medina CD. Pérdida prematura de Dientes Primarios en Pacientes de 6 a 8 años atendidos en la clínica de odontopediatría de la facultad piloto de odontología de Guayaquil. 2012..
- [8] Bordoni N, Escobar A, Castillo Mercado R. Odontología Pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. Ed. Médica Panamericana. 2010 1 jun.
- [9] Castillo López C, Alva EA, Borja Sánchez P. Impact of oral conditions on the quality of life in rural schoolchildren, Piura, Peru. Rev Estomatol Herediana. 2014 Oct-Dic;(220-228).
- [10] Llana Puy C. The rôle of saliva in maintaining oral health and as an aid to diagnosis. Med Oral Patologia Oral Cir Bucal. 2006 Noviembre;(449-55.).

- [11] Molina Frechero N, VillalobosRodelo JJ, Medina Solís CE, Pontigo Loyola AP, Vallejos Sánchez AA, Espinoza Beltrán JL. Caries dental en escolares de 6 a 12 años de edad en Navolato, Sinaloa, México: experiencia, prevalencia, gravedad y necesidad de tratamiento. ResearchGate. 2016 Septiembre; 26. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84326206>. Fecha de consulta: 5 de junio de 2016.
- [12] Márquez Filiú M, Rodríguez Castillo RA, Rodríguez Jerez Y, Estrada Pereira G, Arzuaga A, Alina.. M Epidemiología de la caries dental en niños de 6-12 años en la Clínica Odontológica "La Democracia". [Internet]. MEDISAN. 2009 Octubre.
- [13] Bravo-Pérez , Almerich-Silla , Ausina-Márquez , Avilés-Gutiérrez , Blanco-González , Canorea-Díaz , et al. Encuesta de Salud Oral en España.. Rcoe 2. 2015 Junio; Volumen 21, Suplmento 1.
- [14] Medina-Solís CE, Segovia Villanueva A, Estrella Rodríguez G, Maupomé G, Ávila Burgos L, Pérez Nuñez R. Asociación del nivel socioeconómico con la higiene bucal en preescolares bajo el programa de odontología preventiva del IMSS en Campeche. Vol.. Medigraphic. 2006 Julio; Volumen 142(5).
- [15] Artázcoz J, Cortés FJ, Rose IE, González Rodríguez P, M. B. A Percepción y hábitos de salud bucodental en niños y adolescentes de Navarra. An. Sist. Sanit. Navar. 2010 enero-abril; Vol. 33(Nº 1).
- [16] Moyaho-Bernal A, Lara-Muñoz MC, Espinosa-De Santillana I, Muñoz-Quintana G, Etchegoyen G. Child self-perceptions of general and oral health in Puebla, México.. Rev. Soc. Odontol. La Plata. 2010; 23(41:13-20). Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/235409505_La_autopercepcion_de_la_salud_general_y_bucal_en_los_ninos_de_Puebla_Mexico
- [17] Tuñez Bastida A, Fernández Camiñas JA, Achín Fernández AJ. Conocimientos, hábitos y percepción de salud bucodental en escolares de un área rural de Lugol. 2005 Octubre ; Volumen 36(Paginas 346-347).
- [18] Pachas Barrionuevo F, García Zavaleta C, Carraco Loyola M, Manrique Chávez J, Orejuela Ramírez F, D CS, et al. Diagnostico Epidemiológico sobre caries dental y consecuencias clínicas en escolares de Ventanilla. 2014-2015 Abril.
- [19] González F, Núñez Franz C, Loreto. M. Estado de salud oral y percepción de calidad de vida en niños de 12 años, de área rural y urbana, que asisten a algunos establecimientos municipalizados de las comunas de Talca, Maule, Pelarco y San Clemente. Universidad de Talca, Chile.

- [20] Raymundo de Andrade L, Buczynski A, Raggio Luiz R, Castro G, Ribeiro de Souza I. Impacto De La Salud Oral En La Calidad De Vida De Los Niños Pre-Escolares: Percepción De Los Responsables. Acta Odontológica Venezolana. 2011 Diciembre; 49(4).
- [21] Villavicencio Caparó E. Researchgate. [Online].; 2015 [cited 2016 Septiembre]. Available from:
https://www.researchgate.net/publication/283352423_EL_TAMANO_MUESTRAL_EN.
- [22] Villavicencio-Caparó E, Sayago-Heredia J, Katherine CL, Velez-León E, Cabrera-Duffaut A. Pasos para la planificación de una investigación clínica. Odontología Activa. 2016: p. 73-75. Available from:
https://www.researchgate.net/publication/303250030_PASOS_PARA_LA_PLANIFICACION_DE_LA_TESIS_STEPS_FOR_THESIS_PLANNING

ANEXOS

Anexo 1. CÁLCULO DE LA MUESTRA MEDIANTE OPEN EPI

Tamaño de la muestra para la frecuencia en una población

Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp)(N):	10887
frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p):	50% +/- 5
Límites de confianza como % de 100(absoluto +/- %)(d):	5%
Efecto de diseño (para encuestas en grupo-EDFF):	1

Tamaño muestral (n) para Varios Niveles de Confianza

Intervalo Confianza (%)	Tamaño de la muestra
95%	372
80%	162
90%	265
97%	452
99%	626
99.9%	985
99.99%	1330

Ecuación

Tamaño de la muestra $n = [EDFF * N * p(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p*(1-p)]$

Resultados de OpenEpi, versión 3, la calculadora de código abiertoSSPropor

Imprimir desde el navegador con ctrl-P

o seleccione el texto a copiar y pegar en otro programa

Anexo 2:

Anexo 2.1.- FICHA DE RECOLECCIÓN DIGITAL

Enter - [FICHA12YEARS\FICHA12YEARS]

File Edit View Tools Help

Open Form Save Print Find New Record of 118 Delete Undo Line Listing Dashboard Map Edit Form Help

FICHA12YEARS

- Page 1
- Page 2
- SELF REPORT

Page 1

NUMERO DE FICHA

NOMBRE:

EDAD: 12 AÑOS SEXO:

CANTÓN DE NACIMIENTO: PARROQUIA:

FECHA: DD/MM/YYYY COLEGIO: EXAMINADOR:

Latitude:

Longitude:

HIGIENE ORAL (IHO-S)

PLACA BLANDA

PB 16	PB 55	PB11	PB51	PB 26	PB 65	PC 16	PC 55	PC11	PC51	PC 26	PC 65
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PB 46	PB 85	PB31	PB71	PB 36	PB 75	PC 46	PC 85	PC31	PC71	PC 36	PC 75
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PLACA CALCIFICADA

CARIES DENTAL (CPOD /ceod)

C18	C17	C16	C15	C14	C13	C12	C11	C21	C22	C23	C24	C25	C26	C27	C28
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C48	C47	C46	C45	C44	C43	C42	C41	C31	C32	C33	C34	C35	C36	C37	C38
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C55	C54	C53	C52	C51	C61	C62	C63	C64	C65						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
C85	C84	C83	C82	C81	C71	C72	C73	C74	C75						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						

ENFERMEDAD PERIODONTAL (IP RUSSELL)

C18	C17	C16	C15	C14	C13	C12	C11	C21	C22	C23	C24	C25	C26	C27	C28
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C48	C47	C46	C45	C44	C43	C42	C41	C31	C32	C33	C34	C35	C36	C37	C38
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Linked Records: 0

Exposed From: Exposed To:

Unlink Add Exposure

View SNA Graph

[Name: EXAMINADOR] [Type: Text]

New Record en-US 72 CAPS NUM INS

Anexo 2.2.- FICHA EPIDEMIOLÓGICA DE LA UCACUE



DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

Nombre: Edad: 12 años

SELF REPORT MALOCCLUSIONES (IOMT) solo 12 años

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

SELF REPORT CARIES solo 12 años

SELF REPORT PERIODONCIA solo 12 años

En los últimos tres meses ¿Los dientes cariados te han causado dificultad para **comer/jugar**?

Nº	Descripción	Afectado SI/No	Severidad
1	Comer alimentos <small>(cruentos, duros)</small>	SI → NO	1 2 3
2	Hablar claramente	SI → NO	1 2 3
3	Lavarle los dientes	SI → NO	1 2 3
4	Descansar <small>(por ejemplo dormir)</small>	SI → NO	1 2 3
5	Mantener un buen estado de ánimo <small>(no sentirse molesto, enfadado por sentir)</small>	SI → NO	1 2 3
6	Sonreír, reír y mostrar tus dientes <small>(por ejemplo en el colegio)</small>	SI → NO	1 2 3
7	Realizar tus labores escolares <small>(si es a veces, puntualmente, pero, bien, bien)</small>	SI → NO	1 2 3
8	Contactarlo con otros <small>(PERSONAS) con los que vas a jugar</small>	SI → NO	1 2 3

Severidad 1/Baja 2/Regular 3/Alta

	SI	NO
1. ¿Pierdes usual que tal vez sufras de la enfermedad de las encías?		
2. ¿Alguna vez le han hecho cirugía de encías para limpiar por debajo de las mismas?		
3. ¿Alguna vez le han hecho un raspado o un alisado de las raíces de los dientes, que a veces se conoce como limpieza "profunda"?		
4. ¿Alguna vez se le ha aflojado un diente por sí solo, sin tener una lesión? Sin contar dientes de leche.		
5. ¿Alguna vez le ha dicho un dentista que ud. ha perdido hueso alrededor de los dientes?		
6. ¿Le sangran las encías?		
7. ¿Siente ud. o le han dicho que tiene mal aliento?		
8. Durante los últimos tres meses ¿Ha notado que alguno de sus dientes no parece verse bien?		
9. En general, ¿cómo diría que es el estado de salud de sus dientes y encías? a) Excelente b) Muy bueno c) Bueno d) Regular e) Malo f) No sé.		
10. En la última semana ¿Cuántas veces al día se cepilló los dientes con pasta dental?		
11. En la última semana ¿Cuántas veces usó hilo dental?		

Aspectos generales pacientes solo 12 años

ASPECTOS GENERALES	SI	NO
¿Tiene cepillo dental en su casa?		
¿Compartes tu cepillo dental con alguien?		
¿Tiene cepillo dental en el colegio?		
¿Alguna vez has asistido al dentista?		
¿En este año has ido al dentista?		
¿En este año has faltado algún día por dolor de muela?		
¿Usas pasta dental?		
Si usas pasta... ¿también la usas en la noche?		
Si usas ¿qué MARCA DE PASTA USAS?		
	SI	NO
¿Sabías que la UNIVERSIDAD CATÓLICA tiene una clínica dental?		
Ocupación del papá		
Ocupación de la mamá		

Anexo 3: CONSENTIMIENTO Y ASENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN (PARA SER LLENADO POR LOS PADRES)

Institución: Universidad Católica de Cuenca.

Investigador Principal: Dr. Ebingen Villavicencio Caparó.

Título: Mapa Epidemiológico de Salud Bucal en Escolares de Cuenca.

Propósito del Estudio

Estamos invitando a su hijo(a) a participar en un estudio llamado: "Mapa epidemiológico de Salud bucal en escolares de Cuenca". Este es un estudio para evaluar la frecuencia de las principales enfermedades bucodentales en escolares del Cantón Cuenca.

Procedimientos:

Si ud. autoriza a que su hijo participe en este estudio se le realizará lo siguiente:

1. Se le aplicará un cuestionario que tendrá una duración de aproximadamente 2 minutos.
2. Se le realizará un examen buco-dental para determinar si su hijo tiene caries, enfermedad de encía o mala posición de los dientes.

Riesgos:

No existirán riesgos para su hijo (a) por participar en este estudio, por ser solamente un examen visual de sus dientes.

Beneficios:

No existen beneficios económicos por participar en el estudio sin embargo su hijo recibirá una charla de salud bucal y consejería en prevención de enfermedades bucales que se realizará en el centro educativo. De igual forma ud. recibirá un informe del estado de salud bucal de su hijo, con la finalidad de que sepa si está sano o si necesita que asista a consulta odontológica.

Costos e incentivos: Este estudio es totalmente gratuito.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos la información de su hijo. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Los archivos de su hijo (a) no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Derechos del paciente:

Si usted decide que su hijo (a) participe en el estudio, podrá retirarse de este en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a la Universidad Católica de Cuenca, Facultad de Salud y Bienestar, Carrera de Odontología al teléfono 2821897 ext. 113


AUTORIZACIÓN: MEDIANTE LA PRESENTE CON MI FIRMA DOY EL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DE MI HIJO(A) EN ESTE ESTUDIO.

Padre o apoderado

Nombre del(a) ESCOLAR

Nombre:

Ci:


 Investigador: Dr. Ebingen Villavicencio
 Ci: 0151549557

Realizado por Dra. Liliana Encalada Verdugo
Coordinadora de Unidad de Titulación

Anexo 4. INFORME DE SALUD BUCAL

INFORME DE SALUD BUCAL

Señor padre de familia la presente es para agradecer su colaboración con nuestro proyecto y a la vez informarle sobre el estado de salud bucal de su niño/a.

Institución.....

Nombre:..... Edad:.....

El ni niño/a. presenta:

Dientes.....

.....

.....

.....

.....

.....

Encías.....

.....

.....

.....

.....

.....

Oclusión.....

.....

.....

.....

.....

.....

Recomendaciones de Tratamiento

.....

.....

.....

.....

.....

Anexo 5: GRUPO DE RECOLECCIÓN DE DATOS EN LA ESCUELA TERESA VALSÉ**Anexo 6: FOTOGRAFÍA CON LOS ESCOLARES DE LA ESCUELA MANUELA CAÑIZARES DE LA PARROQUIA SAN BLAS.**

Anexo 7: RECOLECCIÓN DE DATOS EN LA ESCUELA TERESA VALSÉ DE LA PARROQUIA SAN BLAS.



