



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA ODONTOLOGÍA

ÍNDICE C.P.O.D EN ESCOLARES DE 12 AÑOS EN LA PARROQUIA
EL VECINO, CUENCA-ECUADOR, 2016

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA
OBTENCIÓN DE TÍTULO DE ODONTÓLOGO

AUTOR: CÁRDENAS VASCONEZ JUAN DIEGO

DIRECTOR: SARMIENTO CRIOLLO PATRICIO FERNANDO Od. Esp.

CUENCA - 2018

DECLARACIÓN.

Yo, Cárdenas Vasconez, Juan Diego 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.

.....

Autor: Cárdenas Vasconez, Juan Diego

C.I.: 0302872098

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de titulación denominado, “**INDICE C.P.O.D EN ESCOLARES DE 12 AÑOS EN LA PARROQUIA EL VECINO, CUENCA-ECUADOR, 2016**”. Realizado por **CARDENAS VACONEZ, JUAN DIEGO**, 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, febrero 2018

.....
Dr. Ebingen Villavicencio Caparó

COORDINADOR DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN.

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Dra. LILIANA ENCALADA VERDUGO

**COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN – CARRERA
ODONTOLOGÍA**

El presente trabajo de titulación denominado, “ **INDICE C.P.O.D EN ESCOLARES DE 12 AÑOS EN LA PARROQUIA EL VECINO, CUENCA-ECUADOR, 2016** “. Realizado por **CARDENAS VASCONEZ, JUAN DIEGO**, 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, Febrero 2018

.....

Tutor: Sarmiento Criollo Patricio Fernando Od. Esp.

DEDICATORIA

A Dios que me a dado la fortaleza necesaria para seguir adelante. A mis abuelos Alberto (+), Eduardo (+), Anita (+), Piedad, siempre con su ejemplo de trabajo, humildad, sacrificio.

A mis padres, hermana y hermano que siempre me han apoyado en cada momento de este camino.

EPÍGRAFE

Los que se enamoran de la práctica sin la teoría son como los pilotos sin timón ni brújula, que nunca podrán saber a dónde van.

Leonardo Da Vinci.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres por su amor incondicional, por el apoyo en los momentos que más necesitaba, pilar fundamental que me ha hecho llegar a este objetivo.

A mis hermanos que me ayudaron en momentos difíciles.

A mi tutor por su tiempo, dedicación, sus conocimientos para la realización de mi trabajo de titulación.

LISTA DE ABREVIATURAS

CPOD: cariado, perdido, obturado, diente permanente.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	16
CAPÍTULO I	17
1.- Planteamiento del problema.....	18
2.- Justificación	18
3.- Objetivos	19
3.1. Objetivo General	19
3.2. Objetivos específicos	19
4.- MARCO TEÓRICO	20
4.1a1.- La caries dental.....	20
4.1a.3 Factores de riesgo 4.1a.3.1 Película adquirida.....	21
4.1a.4.1 Streptococcus mutans	23
4.1a.4.2 Lactobacillus sp	23
4.1a.4.3 Actinomyces sp	23
4.1a.6 Naturaleza del proceso cariogénico.....	24
4.1b Indicadores epidemiológicos para la caries dental	25
4.1b.2 Nivel de severidad de la caries dental	27
4.2 Antecedentes de la investigación	28
5.-Hipótesis	33
CAPÍTULO II	34
1.- Marco metodológico.....	35
2.- Población y muestra.....	35
2.1.-Criterios de selección.....	35
2.1.a-Criterios de inclusión	35
2.2.b-Criterios de exclusión	35
3.- Operacionalización de variables.....	36
4.- Instrumentos, materiales y recursos plan de recolección de datos.	36
4.1-Instrumentos documentales	36
4.2.-Instrumentos mecánicos	37
4.3-Materiales	37
4.4-Recursos.....	37
5.- Procedimiento para la toma de datos	37
5.1-Ubicación espacial	37
5.2-Ubicación temporal	37
5.3-Procedimientos de la Toma de Datos	37

5.3.1-Método de examen.....	37
5.4.- Procedimientos de la toma de datos.	39
6.- Aspectos Bioéticos.....	40
CAPÍTULO III.	41
1. RESULTADOS.....	42
2. DISCUSIÓN	54
3. CONCLUSIONES.....	56
BIBLIOGRAFÍA	57
ANEXOS	64
Anexo 1. FICHA DE RECOLECCIÓN DIGITAL.....	65
Anexo 2. FICHA EPIDEMIOLÓGICA DE LA UCACUE.....	66
Anexo 3. CONCENTIMIENTO INFORMADO	67
Anexo 4: INFORME DE SALUD BUCAL	68

ÍNDICE DE CUADROS

N°.	Título	Página
1	Variables	36
2	Criterios de búsqueda de hallazgos clínicos de caries.	39

ÍNDICE DE TABLAS

N°.	Título	Página
1	Distribución de la muestra de los escolares de las escuelas pertenecientes a la parroquia El Vecino.	43
2	Índice CPOD según el sexo en niños de 12 años de la parroquia El Vecino.	44
3	Número y porcentaje de los niveles de CPOD en niños y niñas escolares de 12 años de las escuelas de la parroquia El Vecino.	45
4	Índice CPO en la escuela Juan Montalvo de la parroquia El Vecino en niños de 12 años.	46
5	Índice CPO en la escuela Luis Roberto Bravo de la parroquia El Vecino en niños de 12 años.	47
6	Índice CPOD en la escuela República de Chile de la parroquia El Vecino en niños de 12 años.	48
7	Índice CPOD en la escuela Mary Corylede la parroquia El Vecino en niños de 12 años.	49
8	Índice CPOD en la escuela Zoila Esperanza de la parroquia El Vecino en niños de 12 años.	50
9	Porcentaje de dientes permanentes perdidos en niños de doce años en las unidades educativas de la parroquia El Vecino del cantón Cuenca.	51
10	Especificación de dientes permanentes perdidos en niños de doce años en las unidades educativas de la parroquia El Vecino del cantón Cuenca.	52

ÍNDICE DE GRÁFICOS

N°.	Título	Página
1	Prevalencia de caries dental por sexo en la parroquia El Vecino	

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar el índice CPOD en escolares de 12 años de la parroquia El Vecino de la ciudad de Cuenca, 2016.

MATERIALES Y MÉTODOS. La presente investigación es de carácter cuantitativo con un diseño descriptivo, se realizó una investigación de campo con una técnica observacional con una temporalidad transversal, dentro de la muestra de estudio se efectuó una totalidad de 183 fichas epidemiológicas de la parroquia El Vecino, que corresponde al total de fichas registradas en el estudio epidemiológico de salud bucal para esta parroquia. **RESULTADOS:** La caries dental en la parroquia El Vecino es más prevalente en el sexo masculino con el 92.78%; en cuanto al sexo femenino se presentó una prevalencia de caries del 71.87%; en cuanto al índice CPOD según la Unidad Educativa encontramos que en la escuela Juan Montalvo es de 6.40; en cuanto al Índice C.P.O.D en la parroquia El Vecino, el nivel de severidad de caries dental es alto, el valor del índice CPOD es de 5,07.

PALABRAS CLAVE: Prevalencia, Caries Dental, Índice.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the CPOD index in 12-year-old students from El Vecino parish in the city of Cuenca, 2016.

MATERIALS AND METHODS. The present investigation is of a quantitative nature with a descriptive design, a field investigation was conducted with an observational technique with a transverse temporality, within the study sample was made a total of 183 epidemiological files of the El Vecino parish, corresponding to the total of records registered in the oral health epidemiological study for this parish. **RESULTS:** Dental caries in El Vecino parish is more prevalent in males with 92.78%; Regarding the female sex, a caries prevalence of 71.87% was presented; as for the CPOD index according to the Educational Unit, we find that in the Juan Montalvo school it is 6.40; Regarding the C.P.O.D Index in the El Vecino parish, the level of dental caries severity is high, the vales of the CPOD index is 5.07.

KEY WORDS: Prevalence, Dental Caries, Inde

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), manifiesta que la caries es una de las primordiales patologías existentes en la cavidad bucal.¹ El 90% de la población mundial padece caries, el efecto que esta enfermedad produce no solo es físico, también tiene un impacto social, económico y psicológico. La prevalencia más alta se da en países como México, en donde existe 90%, ya que los individuos de 0 a 15 años de edad son los que poseen el mayor riesgo de contraerla.¹

La patología de la caries dental se provoca por diversos factores desembocando en la destrucción de las estructuras de los órganos dentales a partir de los carbohidratos que se consumen a lo largo del día, los mismos destruyen el esmalte dental, atacan a la superficie dentinaria hasta alcanzar la matriz pulpar causando hinchazón y dolor culminando con una necrosis de la pulpa con posibilidad de la pérdida del diente.²

A nivel internacional se usan varios Índices Epidemiológicos dentro de la rama odontológica, con la meta de cuantificar la prevalencia de caries dental, uno de ellos es el índice CPOD el mismo que se refiere a la cantidad de piezas “Cariadas, perdidas y obturadas” en la detención permanente. Estudios en el Ecuador indican que el índice CPOD a los 12 de años de edad se encuentra en un promedio de 2.95, existiendo una prevalencia de caries dental a los 12 años de edad estimada en 31,28%.³

Los escolares con altos consumos de sacarosa, escasos hábitos de higiene bucal, traumatismos dentales y periodontopatías, tienen más riesgo de contraer la patología de la caries. Existen factores generales y locales que contribuyen al progreso de esta afección, la prevención es muy importante para mantener la función, estética y evitar la pérdida de piezas dentales, ya que esta enfermedad tiene la capacidad de producir cavitación en las estructuras duras de la pieza dental, iniciando con la destrucción del esmalte, dentina, pulpa y terminando con la destrucción de los tejidos cercanos a la pieza dental.⁴

Sumándose a estos el elevado costo en el tratamiento, lo que hace que se agrave el inconveniente en salud pública, con estos antecedentes y al no haberse realizado este tipo de investigación, es indispensable realizar un estudio descriptivo con el propósito de determinar la dimensión del problema relacionado con el índice C.P.O.D en niños de 12 años en la parroquia El Vecino de la ciudad de Cuenca.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO.

1.- Planteamiento del problema

La caries dental constituye un problema de salud pública, afecta a un gran número de la población mundial, lo cual implica gran repercusión económica a nivel personal y social, es así como la caries afecta de forma directa y significativa en el desarrollo de la vida de una persona. Los métodos utilizados para llevar un registro de la prevalencia de caries dental son los Índices Epidemiológicos como el índice CPOD.⁵

Problema General: La interrogante principal de esta investigación es: ¿Cuál es el grado de prevalencia de caries dental en escolares de 12 años de edad en la parroquia El Vecino de la ciudad de Cuenca en el año 2016?

2.- Justificación

Este tema de investigación humana determinará el índice CPOD en escolares de 12 años de edad de la parroquia El Vecino, en los cuales la caries dental es una enfermedad que puede modificar su vida diaria, y que se encuentran en etapa de terminar el recambio dentario y además de presentar dentición permanente, siendo la caries dental un factor que puede modificar dicho recambio.

En cuanto a relevancia científica aportará de manera notoria al Ministerio de Salud Pública con datos estadísticos mediante el Índice CPOD, realizando cuadros estadísticos comparativos los cuales servirán para realizar futuras investigaciones a nivel nacional y local, para de esta manera conocer zonas de alta vulnerabilidad y así implementar programas de control y prevención.

Dentro de la relevancia social será beneficiada toda la comunidad al conocer y saber más sobre esta patología, cuyo objetivo es prevenir el desarrollo de la misma mejorando la calidad de vida, en su entorno psicológico, físico y social.

En cuanto a la relevancia humana está enfocada principalmente en mejorarán la calidad de vida de los escolares de 12 años de edad a través de programas de promoción de salud oral los cuales ayudaran a que los escolares mejoren sus hábitos de higiene oral.

Para la realización del proyecto de campo, se empleó un programa de capacitación en técnicas de diagnóstico de caries dental mediante calibraciones, que posibilitó el desarrollo de un trabajo dentro de los parámetros requeridos para este tipo de investigaciones.

3.- Objetivos

3.1. Objetivo General

Determinar el índice CPOD en escolares de 12 años de la parroquia El Vecino de la ciudad de Cuenca, 2016.

3.2. Objetivos específicos

Determinar el índice CPOD según el sexo en niños de 12 años de la parroquia de El Vecino en el año 2016.

Establecer en que unidad educativa es prevalente el índice CPOD en niños de 12 años de edad de la parroquia El Vecino en el año 2016.

Determinar el porcentaje de dientes permanentes perdidos en niños de 12 años de edad de la parroquia El Vecino en el año 2016.

4.- MARCO TEÓRICO

4.1a1.- La caries dental

La caries es una enfermedad, una situación emergente, que se presenta en cualquier momento de la vida de una persona y esta se detecta cuando existe inestabilidad entre los factores de protección y los factores patológicos dentro de la cavidad oral, iniciándose la desmineralización de la estructura dental ocasionado por el ácido de las bacterias del biofilm, excediendo la capacidad que tiene el paciente para remineralizar la estructura dentaria, es una patología que altera el estado normal y sano de un órgano dental, desmineraliza los tejidos duros del diente, esmalte y dentina.^{6,11,36}

4.1a.2 Etiología

La etiología de esta patología va a depender de algunos factores dentro de los cuales tenemos: la flora bacteriana y muy importante el factor tiempo. La caries es ocasionada por microorganismos que acidifican el medio oral, promoviendo así la desintegración de los tejidos duros del diente.¹¹⁻¹³

Un aspecto muy importante de la caries es que esta se puede producir en cualquier superficie de una pieza dental que ya esté erupcionada y presente placa bacteriana en su estructura, esta patología se basa en las interrelaciones y características de los llamados factores principales o primarios: huésped, dieta y bacterias los que constituyen la triada de Keyes¹¹⁻¹³

El primer componente de la triada de Keyes hace referencia al huésped, dentro del cual tenemos: tipo y posición en el que se encuentra el diente, profundidad de fosas y surcos, verificación de una correcta mineralización, presencia de fisuras en las superficies, de igual manera se habla sobre medios mecánicos de retención ya sea restauraciones mal adaptadas o materiales en mal estado los cuales servirán para la acumulación de microorganismos.¹³

En el primer componente también se encuentra el tipo de saliva del huésped. En la que se analiza su espesor, siendo perjudicial una saliva espesa la misma que ayudará a la proliferación bacteriana, de igual manera se estudia la cantidad del flujo salival y la capacidad buffer propia de la saliva.¹³

En referencia a la saliva se conoce que existen salivas más ácidas de lo normal lo cual va a provocar una caída del pH neutro que es de 7, produciéndose así un medio oral ácido en el que aumentan los riesgos de colonización y reproducción de bacterias.¹³

El tercer punto dentro del primer componente de la triada de Keyes es la higiene oral, es muy importante ya que por medio de una cavidad oral en adecuadas condiciones se evitará la disminución del pH el mismo que promueve la invasión bacteriana.¹³

El segundo componente de la triada hace referencia a la dieta. Al momento de ingerir alimentos altos en azúcar y almidón se contribuye a los microorganismos cariogénicos, ya que dichos alimentos al ser ricos en cadenas de hidratos de carbono son muy resistentes a la acción de saliva que trata de romper las cadenas y degradarlas para una mejor digestión.¹³

El tercer y último componente de la triada se refiere a los microorganismos presentes en la cavidad oral. Desde el día del nacimiento de una persona están presentes microorganismos que habitan en la cavidad oral, la mayor parte de estos cooperan con la digestión, pero sin embargo se encuentran microorganismos que cuando forman grandes colonias, sumado a la interacción con los componentes anteriores de la triada de Keyes formarán un proceso infeccioso de origen bacteriano en contra de los órganos dentales.¹³

Al pasar de los años la triada de Keyes fue modificada por Newbrun el cual aumentó un factor más a la triada tomando así el nombre de triada modificada.¹³

4.1a.3 Factores de riesgo

4.1a.3.1 Película adquirida

La película adquirida es un compuesto adhesivo, que se caracteriza por su particular y específica estructura, la misma que se forma a partir del desarrollo y unión de microorganismos presentes en la superficie de los dientes, aparatología bucal y restauraciones. La película adquirida no es nociva de forma individual, hasta que es dominada por microorganismos productores de toxinas que sean desencadenantes de enfermedad periodontal o de caries.¹⁴

4.1a.3.2 Diente

En cuanto a los dientes es muy importante como están conformados sus tejidos duros, la anatomía dental, los mismos que intervienen o no en la propagación de una lesión. Existen una mayor predisposición a caries cuando las piezas dentales tienen esmalte inmaduro, apiñamiento, mal posición dentaria, fosas y fisuras profundas, ya que estos darán como resultado lugares en los que se dificulta la limpieza para mantener una buena higiene oral, es así como se da la acumulación de placa bacteriana.¹⁵

El diente sufre procesos de desmineralización, cuando ocurre la interacción entre los hidratos de carbono fermentables, azúcares y bacterias formadoras de ácidos presentes en la placa bacteriana, los cuales producirán sustancias que van a disolver el esmalte y hacer que este pierda minerales.¹⁵

De igual manera los dientes sufren otro proceso que es el de remineralización y esto se da en el momento que disminuye la ingesta de azúcares, la saliva inicia su acción de lavado, removiendo los residuos de azúcar, diluyendo ácidos desarrollados por las bacterias de la placa dental. Este proceso se continua cuando el fosfato y el calcio ingresan nuevamente al diente, conjuntamente con el flúor, dándose así la remineralización de la pieza dental.¹⁵

4.1a.3.3 Dieta

La dieta es uno de los principales determinantes para la aparición de caries, ya que en muchas ocasiones sirve como medio alimenticio para los microorganismos responsables de la caries, es muy importante el tiempo de interacción de los alimentos con la superficie dental. La formación de caries da inicio cuando los azucares fermentables empiezan a actuar de manera continua dentro de la cavidad oral, esto va a darse con mayor facilidad en los lugares retentivos de la corona clínica.^{15,16}

Se produce un mayor riesgo de desarrollo de caries al momento de consumir alimentos cariogénicos de manera frecuente y acompañado de una higiene bucal incorrecta.^{15,16}

El principal compuesto de los alimentos que contribuye a la producción de caries es la sacarosa la misma que posee una alta capacidad de hidrólisis, la que es usada por los microorganismos para la formación de glucanos.^{15,16}

4.1a.4 Determinantes biológicos

Dentro de las bacterias que se encuentran asociadas a la formación y progreso de caries están las siguientes:

4.1a.4.1 Streptococcus mutans

Este microorganismo tiene un tamaño aproximado de 0,5 – 0,8 um de diámetro, es una bacteria que corresponde al grupo de los Gram positivos y anaerobios facultativos, se encuentra organizado en forma de cadenas pequeñas o alargadas de 4 a 6 cocos, es uno de los principales componentes de la flora bacteriana de la cavidad oral, es un patógeno oportunista presente principalmente en la endocarditis bacteriana y en la caries dental. El Streptococcus mutans se encuentra en estrecha relación con el establecimiento de la caries dental y está presente en la placa dental.¹⁷

4.1a.4.2 Lactobacillus sp

Esta bacteria pertenece al grupo de los anaerobios facultativos, tiene características propias de ella, como el pH ácido, propiedades acidúricas y acidógenos, intervienen en el proceso proteolítico, llegando así a la síntesis de polisacáridos provenientes de la sacarosa. Estos microorganismos se encuentran principalmente en las zonas retentivas de las fosas y fisuras de las piezas dentales.¹⁷

4.1a.4.3 Actinomyces sp

Este microorganismo pertenece al grupo de los anaerobios filamentosos y son inmóviles, el Actinomyces es uno de los primeros colonizadores de la cavidad bucal que produce ácidos orgánicos entre ellos el ácido acético y ácido láctico.¹⁷

4.1a.5 Saliva

Es un compuesto que está formado por glicoproteínas, agentes buffer, inmunoglobulinas, enzimas, proteínas, calcio y fosfato que tiene flúor, a más de otros elementos inorgánicos que evitarán el desarrollo de la caries, desmineralización y que contribuirán a la remineralización dental.^{15,18}

Dentro de sus actividades se encuentran: la conservación de la pieza dental mediante la autólisis, esto ocurre debido a su capacidad limpiadora y mecánica, al igual posee un

accionar antibacteriano, amortiguador y no menos importante su intervención en el balance acido-base de la placa dental.^{15,18}

Dentro de la saliva la consistencia y cantidad son muy importantes ya que intervienen de manera significativa en el ataque y defensa del organismo contra las caries. El flujo salival es altamente significativo en la concentración de ion- bicarbonato, la cual es la responsable de la actividad amortiguadora en un 90%, la que inicia por el equilibrio del pH para impedir la acción del ácido por medio del bicarbonato, y la acción mecánica en conjunto con la actividad muscular de las mejillas, labios, lengua y la masticación promueve la eliminación de los microorganismos.^{15,43}

4.1a.6 Naturaleza del proceso cariogénico

La primera aparición de este proceso es una lesión pequeña a manera de una mancha blanca, presente en la superficie del esmalte dental, este es el primer signo de caries dental, considerado como esmalte desmineralizado.^{19,20}

Esta patología se encuentra oculta entre fosas y fisuras, o entre los mismos órganos dentales, también podemos encontrarla a nivel del margen gingival. Al inicio la caries presenta un esmalte con aspecto sano, y una coloración blanca opaca posterior al secado, el diagnóstico prematuro es difícil en ocasiones ya que a la exploración clínica se presenta una superficie áspera y rugosa.¹⁹

4.1a.7 Clasificación de la Caries

Según Higashida B y Ashkley R, Kirlay T, clasifican a la caries conforme su curso clínico y a su ubicación en la superficie dental.²¹

Según la ubicación

- **Puntos o fisuras:** presentan en general un color negro parduzco.
- **Superficies lisas:** este tipo de caries se presentan a nivel del tercio gingival o en las superficies proximales de las piezas dentales, y presentan un color marrón.

Según su curso clínico

- **Crónica:** esta se presenta con un progreso lento y duradero.
- **Aguda:** se caracteriza por mostrar un avance rápido, lo cual desemboca en un compromiso pulpar prematuro.

Según la clasificación de Barrancos Mooney J, Harris G y Garcia Godoy F, se determina a la caries por su profundidad y lugar de asiento.²¹

Lugar de asiento: caries radicular, proximal, oclusal, recurrente y de superficies libres.

Profundidad:

- **Superficiales:** son las conocidas como de “primer grado”, no presenta dolor y ya existe compromiso del esmalte
- **Intermedias:** a estas se les denomina de “segundo grado”, puede afectar la mitad del espesor de la pieza dental.
- **Profundas:** denominada de “tercer grado” esta llega a comprometer la pulpa dental.

4.1b Indicadores epidemiológicos para la caries dental

Para conocer y cuantificar la situación bucal de una población en relación a la caries, se crearon muchos indicadores epidemiológicos que son conocidos en todo el mundo.²⁴

4.1b.1 Índice CPOD

Un índice es un equivalente numérico que describe una situación relativa sobre una escala graduada de una población determinada, teniendo un límite definido tanto superior como inferior, y que pudiendo incluir información de calidad, indica el grado de severidad que permite una comparativa con otras poblaciones usando los mismos métodos.³⁶

Un índice deberá reunir ciertas características idóneas como: ser claro, fácil de obtener y comprender, simple, objetivo, con reglas y criterios que puedan ser memorizados y aplicables en el trabajo de campo. Tener eficacia, que sirva para calcular lo que se va a evaluar y adaptarse a las condiciones o etapas clínicas de la enfermedad. Ser fiable, que los resultados sean repetibles y reproducibles por diferentes examinadores y en condiciones distintas. Ser sensible o sea tener la capacidad de detectar pequeñas

variaciones en cualquier dirección del grupo de población estudiado. Aceptable, que el índice utilizado no cause molestia a los individuos explorados. Económico, que pueda ser utilizado en grupos grandes de personas, a un bajo costo sin que la sensibilidad y la especificidad se alteren. Cuantificable, que presente datos que puedan ser analizados y tratados numéricamente, y puedan ser expresado por medidas estadísticas como son la distribución, media, mediana.³⁶

El índice CPOD es un Índice Epidemiológico, fue creado en el año de 1935 por Klein, Palmer y Knutson realizaron un estudio del estado dental, y bajo la urgencia de tratamientos en niños escolares en EE.UU. Este se ha ubicado como el principal Índice para estudios odontológicos en los que se busca medir la prevalencia de caries dental.^{9,11}

El Índice CPOD mostrara las caries tanto actuales como pasadas, pues en este se presta atención tanto a dientes con lesiones de caries, así como a dientes con tratamientos que ya han sido realizados.⁹

Para obtener este Índice se realiza la suma de todos los dientes permanentes cariados, perdidos y obturados, tomando en cuenta también las extracciones indicadas, entre el total de individuos examinados, por lo que es un promedio. El Índice considera únicamente 28 piezas dentales.^{6,9}

Para entender de mejor manera el Índice CPOD se debe descomponer en cada una de sus partes (cariados, perdidos y obturados) y estos serán expresados en porcentajes, promedios. Esto es primordial para comparaciones entre poblaciones.⁹

Signos:

C = Caries

O= Obturaciones

P= Perdido

Resumen para el Índice CPOD

Índice CPO individual = C + P + O

Índice CPO comunitario o grupal =
$$\frac{\text{CPO total}}{\text{Total, de examinados}}$$

4.1b.2 Nivel de severidad de la caries dental

Según la OMS los niveles de severidad de caries son los siguientes.¹³

0 – 1.1	Muy bajo
1.2 – 2.6	Bajo
2.7 – 4.4	Moderado
4.5 – 6.5	Alto
6.6 o más	Muy alto

4.2 Antecedentes de la investigación

- **Obra: Artículo de revista: “DIENTES SANOS, CARIADOS, PERDIDOS Y OBTURADOS EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIDAD ACADÉMICA DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NAYARIT”.**

Autor: Aguilar-Orozco N, Navarrete-Ayón K, Robles-Romero D, Aguilar-Orozco SH, Rojas-García A.

Resultados: Se revisaron 434 estudiantes de la licenciatura de cirujano dentista de la Unidad Académica de Odontología de la Universidad Autónoma de Nayarit en el periodo 2007-2008. La proporción de la población femenina fue de 54.8% (236) y del sexo masculino, de 45.2% (195). Con rango de edad entre 17 y 32 años. La media de edad fue de 20.6 años. Con respecto al número de dientes cariados fue de 1278; dientes perdidos: 295; dientes obturados: 2096; dientes sanos: 8483 Estudiantes sin caries 31.1% (135), con caries 68.9% (299); sin obturaciones dentales 19.35% (84), con obturaciones dentales, 80.60% (350); con cero dientes perdidos 73.96% (321), con dientes perdidos 26% (113). Los dientes mas afectados por caries en relacion al total de dientes cariados (1278) fueron los dientes: número 47, con 9.23% (118); el diente 37 con 8.7% (107) (Figura 2). Los dientes con más frecuencia obturados con respecto al total de dientes obturados (2096), son: diente 46 con 12.69% (266), el diente 36 con 12.60% (264), y el diente 47 con 9.69% (203). Los dientes perdidos con más frecuencia en (295), son: diente 14, con 20.34% (60), diente 24 con 18.64% (55). (Figura 2). Los dientes sanos con mas frecuencia (8483), son los dientes 31 y 41, con 5.10% (433) respectivamente, seguidos por los dientes 42 y 43, con 5.09% (432).²

- **Obra: Artículo de revista: “INTERVENCIÓN EDUCATIVO-CURATIVA PARA LA PREVENCIÓN DE CARIES DENTAL EN NIÑOS DE CINCO A 12 AÑOS.”**

Autor: Hernandez- Suarez, A, Espeso- Napoles, N.

Resultados: Se efectuó un estudio de intervención comunitaria en los consultorios No. ocho y 12 pertenecientes al Policlínico “Joaquín de Agüero” del municipio Camagüey con el afán de evaluar la validez de la intervención educativo-curativa para la prevención de caries dental en los niños de cinco a 12 años de edad. En lo que concierne a la

prevalencia a caries dental el grupo que más se afectó fue el de cinco a ocho años de edad con un 58%. Se evidenció que en sentido general hubo una sensación favorable, manifestada en sus expresiones y actitudes, además reconocieron que con el juego se ilustraron mensajes educativos, provechosos para su salud bucal y dichas actividades serán repetidas.³⁹

- **Obra: Artículo de revista: “Relación entre la prevalencia de caries dental y desnutrición crónica en niños de 5 a 12 años de edad”**

Autor: AZERRAD- HEREDIA, C. POMA- ALVA, F.

Resultados: El 49,2% de los pacientes fueron del sexo masculino y 50,8% del femenino. Los grupos de edad más numerosos fueron los de 8 y 7 años, tanto en niños como en niñas. La prevalencia de caries dental fue del 91,5% siendo menor en el sexo masculino (89,77%) que en el femenino (93,19%). La mayor prevalencia de desnutridos crónicos se presentó a los 7 años de edad (15,75%), mientras que la menor, ocurrió a los 8 años (8,07%). No obstante, las diferencias por la edad tampoco fueron estadísticamente significativas ($p > 0,05$). No se encontró una conexión entre la prevalencia de caries dental y el estado nutricional. En el grupo de desnutridos crónicos la prevalencia de la enfermedad fue del 90,63% mientras que en los sujetos con estado nutricional normal, fue del 91,61%. Esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p > 0,05$). Tampoco hubo una relación de estas condiciones según el sexo. Así, en el sexo masculino, el grupo con estado nutricional normal presentó una prevalencia de caries del 89,95%, mientras el grupo de desnutridos crónicos, la prevalencia de caries fue del 88,49% ($p > 0,05$). En tanto que en el sexo femenino, el grupo con estado nutricional normal presentó una prevalencia de caries del 93,25%, y el grupo de desnutridos crónicos, del 92,62%. Esta diferencia tampoco fue estadísticamente significativa ($p > 0,05$). Además, en el grupo con estado nutricional normal, las mayores prevalencias de caries dental se presentaron a los 8 y 9 años de edad (94.15% y 94.17%, respectivamente); mientras que la menor ocurrió a los 5 años (85.76%). En los niños desnutridos crónicos el mayor porcentaje de caries dental se presentó a los 10 y 11 años de edad (100%); en tanto que el menor se halló a los 8 años (84.85%). En todas las edades no hubo una relación estadísticamente significativa entre la prevalencia de caries dental y el estado nutricional, excepto a los 8 años.⁴¹

- **Obra: Artículo de revista: “CARIES DENTAL EN ESCOLARES DE 12 AÑOS DE SAYAUSÍ, CUENCA, ECUADOR”**

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

Resultado: OBJETIVO: El objetivo del presente estudio, fue valorar la experiencia de caries dental, en escolares de 12 años de una población rural de Ecuador. MATERIALES Y MÉTODOS: Se utilizó el índice CPOD recomendado por la OMS para evaluar el nivel de experiencia de caries dental en dentición permanente. Se observaron 359 escolares de 12 años, con la respectiva aprobación de los padres de familia. Todos los exámenes fueron realizados con luz natural y antes del recreo. RESULTADOS: El CPOD poblacional fue de 4.32 (SD 2.2), 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%).⁴⁰

- **Obra: Artículo de revista: “CARIES DENTAL Y NECESIDADES DE TRATAMIENTO EN LOS ESCOLARES DE 12 AÑOS DE LAS INSTITUCIONES OFICIALES DEL MUNICIPIO DE RIONEGRO (ANTIOQUIA, COLOMBIA), 2010”**

Autor: : Annie Vivares Builes. Andrés F. Saldarriaga. Natalia Muñoz Pino. Marisol Miranda Galvis. Kelly Colorado Colorado. Yenny P. Montoya Zuluaga. Yomaira Viñas Sarmiento. Andrés Agudelo Suárez.

Resultados: CPOD en la población fue de 1,70 ($\pm 1,63$) y el COPDM de 2,19 ($\pm 1,92$). La caries dental predomina en un 59,9% y para todas las lesiones fue de 70,8%. El SiC tomado a partir del CPOD fue de 3,60 y de 4,42 a partir del CPOD. Se presentaron diferencias en la práctica, prevalencia y necesidades de tratamiento principalmente comparando a hombres y mujeres, y el nivel de escolaridad.⁴⁶

- **Obra: Artículo de revista: “PREVALENCIA DE CARIES EN UNA POBLACIÓN ESCOLAR DE DOCE AÑOS”**

Autor: : Tapias Ledesma MA, Martín-Pero L, Hernández V, Jiménez R, Gil de Miguel A.

Resultado: De los 452 estudiantes de escuela que se incluyeron en el estudio, fueron descartados 53 por lo que la población fue un total de 399 estudiantes de los cuales 181

son del sexo femenino y 218 son del sexo masculino. La prevalencia de caries en dientes temporal es del 15,8% (IC 95%: 13,98-17,62), y la prevalencia en dientes permanentes es del 28,8% (IC 95%: 26,94- 31,06).⁴⁷

- **Obra: Artículo de revista: “ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE CARIES DENTAL Y NECESIDADES DE TRATAMIENTO EN ESCOLARES DE 6 A 12 AÑOS DE EDAD DE SAN LUIS POTOSÍ”**

Autor: : Karla Maricela Martínez-Pérez, Ana Josefina Monjarás-Ávila, Nuria Patiño-Marín, Juan Pablo Loyola-Rodríguez, Peter B. Mandeville, Carlo Eduardo Medina-Solís, Arturo José Islas-Márquez

Resultados: De las 12 escuelas que se admitieron en este estudio se revisó a un total de 3,864 niños escolares (promedio de 322 niños por escuela), de los cuales 1,983 (51.3%) fueron mujeres y 1,881 (48.7%) fueron hombres. La media de edad fue de 8.69 ± 1.79 años. En el índice CPOD obtuvimos un promedio global de 1.11 ± 2.03 y una prevalencia de caries en esta dentición de 36.8%, observándose a los 12 años de edad (70.4%) el porcentaje más alto. El componente que contribuyó con más porcentaje al CPOD fue el componente “diente cariado” con 92.8% (1.03 ± 1.97), mientras que el menor fue el componente “diente perdido” con 0.9% (0.01 ± 0.15). En cuanto a la severidad, 11.8% tuvieron CPOD > 3 y 2.8% CPOD > 6. El índice SiC global para la dentición permanente fue de 2.23 y de 9.15 a los 12 años de edad.⁴⁶

- **Obra: “EPIDEMIOLOGÍA DE LA CARIES DENTAL EN NIÑOS DE 6-12 AÑOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA LA DEMOCRACIA.”**

Autor: Filiú M, Castillo R, Jerez R, Pereira E, Arzuaga. A.

Resumen: Se efectuó un estudio descriptivo y transversal sobre matices epidemiológicos de las caries dentales en 140 pacientes de 6 - 12 años (20 de cada edad incluida dentro de esos límites) en la Clínica Odontológica de Barrio Adentro “La Democracia”, municipio Páez (estado de portuguesa) de la República Bolivariana de Venezuela durante el primer semestre del 2006. Se pudo determinar que la prevalencia de caries fue alta en dientes permanentes (73,0 %) lo cual se debía a la que no existen cuidados adecuados en salud

oral como general, bajos ingresos económicos, consumo excesivo de azúcares, entre otros factores”.⁴⁸

- **Obra: “ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LAS CARIES SEGÚN ÍNDICE C.E.O.D Y C.O.P.D. EN PREESCOLARES Y ESCOLARES DE LA COMUNA DE RÍO HURTADO, IV REGIÓN”**

Autor: Dr. Raúl Rojas Valenzuela, Dra. Marcela Camus Rodríguez

Resumen: Tuvo la intención de establecer el índice c.e.o.d. y C.O.P.D. de preescolares y escolares de diferentes escuelas rurales de la comuna de Río Hurtado, IV Región. El estudio estuvo conformado por 432 preescolares y escolares entre 4 y 15 años de edad tanto hombres como mujeres de distintas escuelas de la comuna de Río Hurtado. De cada edad fueron elegidos indistintamente 18 niños y 18 niñas, 432 pacientes. El producto determinó que el 86.57% del total presentó caries y que sólo el 13.43% de la muestra se encontraba sano. El índice C.O.P.D. encontrado en los hombres (2.75) fue parecido al índice C.O.P.D. promedio de las mujeres (2.64). El índice C.O.P.D. promedio del total de la muestra fue de 2.67.

- **Obra: “CARIES DENTAL EN ESCOLARES DE 6 A 12 AÑOS DE EDAD EN NAVOLATO, SINALOA, MÉXICO: EXPERIENCIA, PREVALENCIA, GRAVEDAD Y NECESIDADES DE TRATAMIENTO”**

Autor: Juan José Villalobos-Rodelo, Carlo Eduardo Medina-Solís, Nelly Molina-Frechero.

Resumen: En los dientes permanentes, el índice CPOD fue de 3,24, y la prevalencia de caries, 82%. El índice de caries fue de 10,87 en los infantes de 12 años. El 81,1% de los niños requirió la restauración de una superficie dental y 89,6%, de dos. Las niñas presentaron más caries que los niños en su dentición permanente. Se notó que mientras la edad subía, existían más caries.

5.-Hipótesis

Por tratarse de un estudio descriptivo no es posible la postulación de hipótesis por las limitaciones propias de este diseño epidemiológico

CAPÍTULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.

1.- Marco metodológico

Enfoque: Esta investigación es de enfoque Cuantitativo.

Diseño de Investigación: Descriptivo.

Nivel de investigación: Descriptivo.

Tipo de Investigación:

- Ámbito: De Campo.
- Técnica: Observacional.
- Temporalidad: Transversal.

2.- Población y muestra

La población de estudio fue de 183 fichas epidemiológicas de la parroquia El Vecino, que corresponde al total de fichas registradas en el estudio epidemiológico de salud bucal para esta parroquia.^{43,44}

2.1.-Criterios de selección

Para la formalización de la población se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de selección:

2.1.a-Criterios de inclusión

Se admitió en el actual estudio, personas 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, que consten en el archivo de la oficina de investigación de la carrera de Odontología de la UCACUE.

2.2.b-Criterios de exclusión

Se excluyeron del estudio a las personas 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.

3.- Operacionalización de variables

CUADRO 1: VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	INDICADOR	TIPO ESTADÍSTICO	ESCALA
CPOD	Índice odontológico que se realiza para referir la experiencia de caries tanto presente como pasada en la dentición permanente.	Dientes Cariados Obturados Extraídos	Ficha de CPOD	Cuantitativo	Intervalo
Sexo	Transcurso de combinación y mezcla de rasgos genéticos a menudo dando por secuela la especialización de organismos en variedades femenina y masculina.	Femenino Masculino	Ficha de Matricula	Cualitativo	Nominal

4.- Instrumentos, materiales y recursos plan de recolección de datos.

4.1-Instrumentos documentales

Se utilizó una ficha de recolección de información digital, en el programa de libre acceso EPI INFO, para registrar los datos que constan en las fichas epidemiológicas de la Universidad Católica de Cuenca que consiste de 5 partes, la primera de datos generales del paciente, la segunda de datos de Índice de Higiene Oral, la tercera de Índice de Caries

CPOD, la cuarta de Índice de enfermedad Periodontal de Russel y la quinta de Maloclusiones.

4.2.-Instrumentos mecánicos

Para la toma de datos se utilizó un espejo bucal, sonda periodontal y un explorador.

4.3-Materiales

Entre los materiales que se utilizaron constan, guantes de examen, campos descartables, algodón, mascarillas descartables, gorros descartables. También se empleará material de escritorio.

4.4-Recursos

Para llevar a cabo este estudio se requirió de 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 centígrados 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 realizó entre los meses de septiembre y octubre del año 2016, recolectando datos de fichas epidemiológicas que reflejaban la situación epidemiológica del año en curso, dichas fichas fueron tomadas entre los meses de mayo y Julio del 2016.

5.3-Procedimientos de la Toma de Datos

5.3.1-Método de examen

El examinador empezó por observar el 2do molar superior derecho (1.7), continuando con el primer molar superior derecho (1.6), luego el segundo premolar (1.5) y así sucesivamente hasta llegar al 2do molar superior izquierdo (2.7), con el cual termino la revisión de las piezas dentales superiores.

Luego empezó por las piezas inferiores, examinando el 2do molar inferior izquierdo (3.7), luego el primer molar inferior izquierdo (3.6), posteriormente el segundo premolar inferior izquierdo (3.5) y así cada uno de los dientes inferiores hasta terminar en el 2do molar inferior derecho (4.7). Siempre que se termine de examinar un cuadrante el examinador y el anotador deben de corroborar que las anotaciones hayan sido correctas utilizando la palabra "CORRECTO".

El examinador siguió las siguientes recomendaciones:

- a) En lo posible no hacer contacto con la cavidad bucal del paciente con los dedos. Inicialmente, cada diente se examina en forma visual para observación de áreas descalcificadas, opacidades de los bordes marginales y esmalte socavado en fosas y fisuras.
- b) Usar la sonda periodontal solo en caso de duda evitando su uso en caries clínicamente evidentes (caries avanzadas) ya que causaría dolor innecesario al paciente
- c) Indagar al paciente el porqué de la extracción del diente, pero si la respuesta no permite obtener una conclusión el examinador seguirá su criterio clínico.
- d) Dictar el código claramente, para evitar, errores de anotación. Se debe interrumpir tantas veces sea necesario para ser aclaraciones sobre una anotación.
- e) Se deben examinar todas las superficies del diente.

Para emplear ciertos criterios, al momento del examen, es aconsejable tener en mente la secuencia de erupción dentaria.

Se considera como erupcionado un diente deciduo o permanente cuando cualquier porción de su corona clínica ha travesado la fibro mucosa gingival y puede ser tocado con la sonda periodontal.

5.4.- Procedimientos de la toma de datos.

Para el registro de los datos, se tomó en cuenta las fichas de la parroquia “El Vecino”, las cuales fueron ingresadas a una base de datos Epi Info ver 7.2, las cuales reflejan información epidemiológica que fue registrada con las siguientes características.

El estudio de caries dental busco describir cualitativamente el problema en personas de 12 años de edad, utilizando los parámetros de la OMS, para diagnosticar el índice C.P.O.D. de Klein y Palmer para dientes permanentes que se detalla a continuación.

Cuadro 2: Criterios de búsqueda de hallazgos clínicos de caries

DESCRIPCIÓN	DENOMINACIÓN	CÓDIGO
a) El diente no presenta evidencia de caries	SANO	0
a) Caries clínicamente visible. b) Opacidad del esmalte que muestre lesión cariosa. c) Cuando en las fosas y fisuras la sonda penetra y se puede determinar que en el fondo existen tejidos dentarios reblandecidos. d) Cuando existiendo obturaciones se presentan simultáneamente algunos de los criterios descritos en a, b y c.	CARIADO	1
a) El diente presenta una obturación con materiales como amalgama o resina, siempre y cuando las causas hayan sido caries. b) Los dientes obturados con eugenol o cemento de oxifosfato se calificarán cariados.	OBTURACIÓN CARIOS	2
a) Dientes obturados por causas diferentes de caries dentales tales como las ocasionadas por prótesis, trauma o por estética	OBTURADO OK	3
a) El diente no se encuentra presente, al momento del examen y el examinado ha pasado la edad en la que debería haber hecho erupción	PERDIDO POR CARIOS	4

b) No hay signo evidente de que ocurrirá y existe el espacio dejado por la extracción		
a) La razón que ha motivado la exodoncia no ha sido caries sino de tipo protésico, ortodóncico, traumático (fractura) estético o periodontal	EXTRAIDO POR CAUSAS DIFERENTES DE CARIES	5
a) El diente permanente presenta un sellante o una fisura obturada	SELLANTE O FISURA OBTURADA	6
a) El diente permanente presenta una corona, siendo o no pilar de puente o implante dentario	CORONA O PILAR DE PUENTE	7
a) El diente permanente esta fuera del tiempo de erupción hacia la cavidad oral	DIENTE PERMANENTE SIN ERUPCIONAR	8
a) La condición de la corona no permite su evaluación	NO REGISTRABLE	9

6.- Aspectos Bioéticos

El presente estudio no implicó conflictos bioéticos, debido a que se ejecuta sobre datos ya tomados en pacientes del macro proyecto de investigación MAPA EPIDEMIOLÓGICO DE SALUD BUCAL CUENCA 2016, el cual contó con la autorización de los centros educativos, los padres de los escolares que fueron informados por escrito de los objetivos y de la metodología del estudio. Se les indicó que hay un compromiso de confidencialidad de sus datos por parte del investigador principal y se les solicitó que firmen el Consentimiento Informado y de igual manera se procedió con los escolares y luego se les solicitó que den su asentimiento. Adicionalmente al terminar su examen bucal, el participante recibió su diagnóstico firmado y una charla de educación para la salud bucal.

CAPÍTULO III.
RESULTADOS, DISCUSIÓN, CONCLUSIÓN.

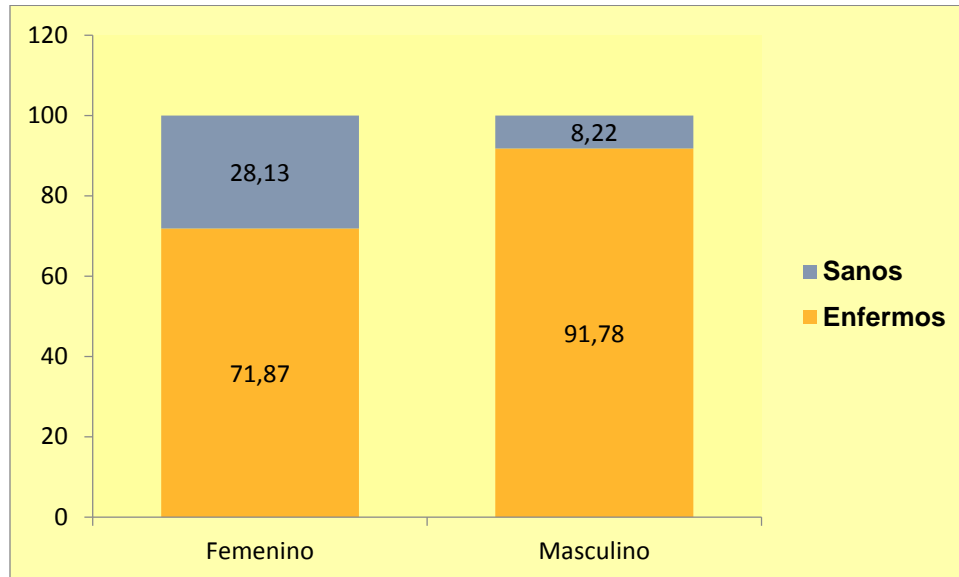
1. RESULTADOS

El presente estudio se realizó con los datos epidemiológicos de los escolares de la parroquia El Vecino, que constan en el archivo del departamento de investigación de la carrera de Odontología de la UCACUE, mostrando los siguientes resultados:

Tabla N°1. Distribución de la muestra de los escolares de las escuelas pertenecientes a la parroquia El Vecino.

Sexo	Número	Porcentaje
Femenino	110	60
Masculino	73	40
Total	183	100

Interpretación. En el cuadro se aprecia el número de niños y de niñas de las escuelas de la parroquia el Vecino de la ciudad de Cuenca con un total examinado de 183 niños dividido en 110 niñas y 73 niños.

Gráfico N° 1. Prevalencia de caries dental por sexo en la parroquia El Vecino

Interpretación: En la distribución de la enfermedad el sexo masculino tuvo más prevalencia con el 91,78 % y el 8,22% de pacientes sanos; pacientes del sexo femenino presentaron una prevalencia del 71,87 % y el 28,13% de pacientes sanos.

Tabla N° 2. Índice CPOD según el sexo en niños de 12 años de la parroquia El Vecino.

Sexo	Población	C	P	O	CPO
Masculino	73	343	2	48	5,38
Femenino	110	443	0	91	4,85
Total	183	786	2	139	5,07

Interpretación. Al analizar el CPOD por sexo se observa que, el masculino tiene el índice CPOD más alto (5,38) y el femenino el índice más bajo (4,85) y el CPOD de toda la población examina llega a un índice de 5,07.

Tabla N° 3. Número y porcentaje de los niveles de CPOD en niños y niñas escolares de 12 años de las escuelas de la parroquia El Vecino.

CUANTIFICACION	Masculino		Femenino		Total	
	N°	PORCENTAJE	N°	PORCENTAJE	N°	PORCENTAJE
MUY ALTO	32	43,84	45	40,91	77	42,08
ALTO	5	6,85	11	10,00	16	8,74
MODERADO	20	27,40	29	26,36	49	26,78
BAJO	8	10,96	10	9,09	18	9,84
MUY BAJO	8	10,96	15	13,64	23	12,57
N° examinados	73	100,00	110	100,00	183	100,00

Interpretación. Como se observa en el cuadro la cuantificación Muy Alta posee el sexo masculino con el 43,84% , y el muy bajo obtiene el sexo femenino con el 13,64 %.

Tabla N°4. Índice CPO en la escuela Juan Montalvo de la parroquia El Vecino en niños de 12 años.

	Población	C	P	O	CPO
Masculino	30	151	0	38	6,30
Femenino	33	184	0	30	6,48
Total	63	335	0	68	6,40

Interpretación. Al analizar el CPOD por sexo se observa que, el femenino tiene el índice más alto (6,48), el masculino tiene el índice más bajo (6,30) y el índice del total de niños examinados es de 6,40.

Tabla N°5. Índice CPO en la escuela Luis Roberto Bravo de la parroquia El Vecino en niños de 12 años.

	Población	C	P	O	CPO
Masculino	24	111	0	2	4,71
Femenino	23	101	0	9	4,78
Total	47	212	0	11	4,74

Interpretación. Al analizar el CPO por sexo se observa que el femenino tiene el índice más alto (4,78) que el masculino que tiene el índice de (4,71) y el índice del total de niños examinados es de 4,74.

Tabla N°6. Índice CPOD en la escuela República de Chile de la parroquia El Vecino en niños de 12 años.

	Población	C	P	O	CPO
Masculino	12	39	2	1	3,50
Femenino	6	18	0	1	3,17
total	18	57	2	2	3,39

Interpretación. Al analizar el CPO por sexo se observa que, el masculino tiene el índice más alto (3,50) que el femenino que tiene el índice de (3,17) y el índice del total de niños examinados es de 3,39.

Tabla N°7. Índice CPOD en la escuela Mary Corylede la parroquia El Vecino en niños de 12 años.

	Población	C	P	O	CPO
Masculino	6	36	0	5	6,83
Femenino	14	60	0	3	4,50
Total	20	96	0	8	5,20

Interpretación. Al analizar el CPOD por sexo se observa que, el masculino tiene el índice más alto (6,83) que el femenino que tiene el índice menor (4,50) y el índice del total de niños examinados es de 5,20.

Tabla N°8. Índice CPOD en la escuela Zoila Esperanza de la parroquia El Vecino en niños de 12 años.

Sexo	Población	C	P	O	CPO
Masculino	1	6	0	0	6
Femenino	34	83	0	50	3,91
Total	35	89	0	50	3,97

Interpretación. Al analizar el CPO por sexo se observa que, el masculino tiene el índice más alto (6,00) que el femenino que tiene el índice menor (3,91) y el índice del total de niños examinados es de 3,97.

Tabla N°9. Porcentaje de dientes permanentes perdidos en niños de doce años en las unidades educativas de la parroquia El Vecino del cantón Cuenca.

Sexo	Número	Perdidos	Porcentaje
Masculino	73	11	15.06%
Femenino	110	3	2.72%
Total	183	14	7.65%

Interpretación. Encontramos que la mayor cantidad de dientes perdidos en los escolares de la parroquia El Vecino pertenecen a los niños del sexo masculino, con 11 dientes perdidos de los 73 alumnos; mientras que en escolares del sexo femenino tan solo se han perdido 3 dientes de las 110 alumnas revisadas.

Tabla N°10. Especificación de dientes permanentes perdidos en niños de doce años en las unidades educativas de la parroquia El Vecino del cantón Cuenca.

PIEZA	Total Perdidos
16	1
13	1
22	1
23	3
26	1
35	2
43	1
44	1
45	1
46	2
TOTAL	14

Interpretación. Encontramos que los dientes con mayor incidencia de pérdida en los escolares de 12 años de la parroquia El Vecino son los caninos (13,23,43), le siguen los molares (16,26,46) y premolares (35,45).

2. DISCUSIÓN

Este estudio fue realizado en escolares de 12 años de la parroquia El Vecino en Cuenca Ecuador, lugar que se encuentra situado en la zona urbana de la ciudad de Cuenca.

Se pudo establecer el índice CPOD en niños de 12 años en la parroquia El Vecino, los datos arrojados en este estudio de acuerdo al índice CPOD es de 4,85 para las mujeres y de 5,38 para lo hombres, con una prevalencia de caries de 71,87% para el sexo femenino y el 91,78% para el sexo masculino en comparación con el estudio de “Caries dental en escolares de 12 años de Sayausí, Cuenca, Ecuador” de Reinoso-Vintimilla N, dicho estudio se realizó en el año 2016, se observó que el índice CPOD poblacional fue de 4.32 lo cual lo sitúa en un nivel de severidad moderado de caries.

Respecto al índice C.P.O.D en la obra “Estudio epidemiológico de las caries según Índice C.O.P.D. en escolares de la comuna de Río Hurtado” de Valenzuela R. se encontró solamente el 86,57% de pacientes con caries dental y el 13,43% de pacientes sanos en comparación con este estudio donde se encontró el 82,1% de pacientes con caries que corresponden a niñas y el 64,3% que corresponden a los niños y lo que nos dice que en el presente estudio existe una menor prevalencia de caries, también nos indica un índice de C.P.O.D similar en hombres del 275 y mujeres un 264 en comparación con este estudio que presenta en 55 pacientes del sexo femenino y 45 pacientes del sexo masculino indicando que existe una diferencia mayor en dicho índice epidemiológico siendo el sexo femenino el de mayor prevalencia.

El estudio denominado “Caries dental en escolares de 6 a 12 años de edad en Navolato, Sinaloa, México: experiencia, prevalencia, gravedad y necesidades de tratamiento” de Villalobos J existe prevalencia de caries dental en dentición permanente de 82% de niñas examinada en comparación con este estudio donde existe una prevalencia de caries del 82,1% indicando que en ambos estudios existe cierta igualdad en las cifras epidemiológicas encontradas.

Medina⁽⁷⁾ por el año de 2005 en el estudio “Prevalencia de caries dental en escolares de 12 años de edad en León Nicaragua” obtuvo valores de 51,3% a diferencia del sexo masculino con el 48,7% indicando que en este estudio se observó mayores valores en cuanto ambos sexos llegando a determinar que el sexo que tiene mayor prevalencia es el femenino.

En el estudio de Martínez A denominado “Lesiones incipientes de caries dental y su relación con la higiene bucal en niños Venezolanos” nos dice que el 33% de los niños presentaron lesiones y de estos el 60,2% fueron niñas lo cual nos indica que en este estudio es más prevalente la caries dental con el 82,1% debido a los malos hábitos de higiene e intervención del núcleo familiar.

En la obra “Caries dental y necesidades de tratamiento en escolares de 12 años de las instituciones oficiales del municipio de Rio Negro en Colombia” en el año 2010 del autor Agudelo A indica que tan solo el 59,9% existió de prevalencia de caries en comparación con este estudio donde hallamos los valores similares en ambos estudios, se presentaron también algunas diferencias en cuanto a la experiencia, prevalencia y necesidad de tratamiento, y también tiene mucho que ver el nivel en el que se encuentren los niños.

En la obra “Estudio epidemiológico sobre la caries dental y necesidades de tratamiento en escolares de 6 a 12 años de edad en San Luis Potosí” en el año 2010 del autor Martínez K manifestó un mayor número de pacientes más o menos 3864 comparado con los pacientes de este estudio los cuales fueron solo 100 los cuales por medio de un consentimiento firmado por sus padres accedieron ser partícipes de este estudio con un muestra pequeña y de igual forma existió una mayor prevalencia de caries dental en el sexo femenino junto con severidad y experiencia.

Al comparar los resultados se determinó que en nuestro estudio hubo similitudes en cuanto a los porcentajes de prevalencia de caries con respecto al sexo en el cual el masculino tuvo mayor prevalencia.

3. CONCLUSIONES

- El índice CPOD en los escolares de 12 años de la parroquia el vecino es de 5,07, lo que nos da un nivel de severidad alto de caries dental.
- Según las escuelas de la parroquia El Vecino, la escuela Juan Montalvo posee el mayor índice C.P.O.D con un 6.40, lo cual nos da un nivel de severidad muy alto de caries dental.
- El porcentaje de dientes perdidos en los escolares de la parroquia El Vecino es bajo, tenemos un total de 14 dientes perdidos (7.65%), mayor porcentaje poseen los niños con 11 (15.06%) dientes perdidos, y 3 (2.72%) dientes perdidos corresponden a las niñas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Estala M, González L, Martínez P. La dieta y su importancia en la caries dental. *Revista salud pública y nutrición*. 2012 sep; 13(3).
2. Aguilar N. Navarrete K. Robles D. Aguilar SH. Rojas A. Dientes sanos, cariados, perdidos y obturados en los estudiantes de la Unidad Académica de Odontología de la Universidad Autónoma de Nayarit. 2009. vol 1 pp 27-32. Disponible en : www.odontologia.uady.mx/revistas/rol/pdf/V01N2p27.pdf
3. Vintimilla nr. caries dental y problemas orales autopercebidos en escolares de 12 años de sayausí, cuenca, ecuador. *odontología activa uc cuenca*. 2016 jan; 1.
4. Álvarez G. Hábitos alimenticios, dieta cariogénica y no cariogénica: Relación con presencia de caries. 2014 Aug.
5. El Desafío de las Enfermedades Bucodentales – Una llamada a la acción global. *Atlas de Salud Bucodental*. 2ª ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS); 2015.
6. Ministerio de Salud Pública. *Caries. Guía Práctica Clínica*. Primera Edición Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2015.
7. Ministerio de Salud Pública. *Caries. Guía Práctica Clínica*. Primera Edición Quito: Dirección Nacional de Normalización; 2015. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/CARIES.pdf>
8. Reinoso N, Villavicencio E. Caries dental en escolares de 12 años de Sayausí, Cuenca, Ecuador. *OACTIVA [Internet]*. 2016 [citado 1 Jun 2017];1(1). Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/wp-content/uploads/2016/03/CPOD-a-los-12-años-en-SAYAUSI-N-reinoso-E-villavicencio.pdf>

9. Martins S. Epidemiología de la caries dental en América Latina. [Internet]. 2014 [citado 13 Jun 2017];1(1). Disponible en: <http://www.revistaodontopediatria.org/tools/descargar/file/?i=ALOP-2014-2&e=4>.
10. Miralis, J; González, M; Castro, C. Índices epidemiológicos para medir la caries dental. [Internet]. 2014 [citado 20 Jun 2017];1(1). Disponible en: <http://estsocial.sld.cu/docs/Publicaciones/Indices%20epidemiologicos%20para%20medir%20la%20caries%20dental.pdf>
11. Apaza, S; Torres, G; Blanco, D; Anticona, C; Ruíz, C. Auto percepción del impacto de caries dental en la calidad de vida en escolares de 11 a 14 años de edad. [Internet]. 2015 [citado 22 Jun 2017];1(1). Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=790453&indexSearch=ID>
12. Brown, G; Lugo, R; Muñoz, V; Díaz, L. El índice CPOD y su relación con la cultura odontológica. [Internet]. 2007 [citado 26 Jun 2017];1(1). Disponible en: <http://132.248.9.34/hevila/Odontologiaactual/2007-08/vol5/no56/7.pdf>
13. Jiménez J. Estudio comparativo de caries dental en cinco generaciones de la Facultad de Estudios Superiores (FES) Iztacala. [Internet]. 2011 [citado 28 Jun 2017];1(1). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2011/od112d.pdf>
14. Gomes D, Da Rose M. Etiología de la caries: la construcción de un estilo de pensamiento. Rev. CES Odont.2010;23(1)71-80 [Internet] 2010 [citado 2016 sep 05]; 23(1)71-80. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3705849.pdf>
15. Montes de Oca Ch, M A. placa bacteriana. Costa Rica. [Internet]. 2011 [citado 29 Jun 2017];1(1). Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rccm/v10n1/art5.pdf>

16. Carranza K M. Validación histológica in vitro de ICDAS-II asociado a radiografías convencionales y digitales para la detección de lesiones de caries dental. Madrid. [Internet]. 2015 [citado 29 Jun 2017];1(1). Disponible en: <http://eprints.ucm.es/37237/1/KilderMaynorCarranzaSamanez.pdf>
17. Higashida, B. Y. Odontología preventiva, Segunda edición. [Internet]. 2009 [citado 30 Jun 2017];1(1). Disponible en: <http://es.slideshare.net/bombuesbombona/odontologiapreventiva>
18. Liébana, J. Microbiología oral. [Internet]. Sf. [citado 30 Jun 2017];1(1). Disponible en: <https://microral.wikispaces.com/25.+Microbiolog%C3%ADa+de+la+caries+denta>
19. Núñez, P. D. García – Bacallao. L. Bioquímica de la caries dental. Habana. [Internet]. 2010 [citado 01 Jul 2017];1(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2010000200004
20. Lizmar, D. Veitía, E. Acevedo, A.M. Métodos convencionales y no convencionales para la detección de lesión inicial de caries. [Internet]. 2009 [citado 02 Jul 2017]; Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2011/2/art21.asp>
21. Ruiz J. Ortega, A. Navarrete, B, González, N. Proceso carioso y proceso de desmineralización y remineralización. [Internet]. 2010 [citado 02 Jul 2017]; Disponible en: <http://odontologia35-ipn-cicsuma.es.tl/Proceso-Carioso.htm>
22. Ashkley R, Kirlay T. Anatomía y Terminología Dental. México. [Internet]. 2010 [citado 02 Jul 2017]; Disponible en: http://virtual.uaeh.edu.mx/repositoriooa/paginas/taxonomias_de_caries_dental/clasificacin_de_caries_diverso.html
23. Marró – Freitte, ML. Candiales de Castillo, YM. Cabello – Ibacache, R, Urzúa – Araya, I. Rodríguez – Martínez, G. Aspectos sobre la medición del impacto de la caries en la calidad de vida de las personas. - 44 -[Internet]. 2013 [citado 02 Jul

- 2017]; Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072013000100009
24. Fajardo, E. Relación entre el CPOD comunitario y la auto percepción de caries en escolares de 12 años en la parroquia Monay, 2016. Repositorio. Universidad Católica de Cuenca;2016.
25. Caries dental pdf. [Internet]. Sf. [citado 06 Jul 2017]; Disponible en: http://www.huila.gov.co/documentos/C/caries_dental_placa_bacteriana.pdf
26. Villavicencio E, Cuenca K, Vélez E, Sayango J, Cabrera A. Pasos para la planificación de una investigación Clínica. Oactiva. 2016 Enero; 1.Disponible en : <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php?journal=OACTIVA-UCACUE&page=article&op=view&path%5B%5D=20>
27. Villavicencio E. El tamaño de la muestra en tesis de post grado. ¿ Cuantas personas debo encontrar ? ResearchGate. 2011 Enero. Disponible en : https://www.researchgate.net/publication/283352423_EL_TAMANO_MUESTRAL_EN_TESIS_DE_POST_GRADO_CUANTAS_PERSONAS_DEBO_ENCUESTAR
28. Ojeda, M C. Acosta, N M. Durate, E S. Mendosa, N. Prevalencia de caries dental en niños y jóvenes de zonas rurales. -[Internet]. 2005 [citado 09 Jul 2017]; Disponible en: <http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/com2005/3-Medicina/M-096.pdf>
29. Albarracín-Valdivia E. Mapa epidemiológico de salud oral en escolares de 12 a 17 años (índice de caries dental en dentición permanente del distrito de Miraflores) Arequipa, 2006. Perú: Enrique Albarracín-Valdivia editor; 2006.
30. Rojas J. Mapa epidemiológico de salud oral en Arequipa-2006 índice de caries en escolares de 6 a 11 años de edad de ambos sexos del distrito de cercado. Perú: Rojas Gahanoa J editor; 2006.

31. Milagros L, Delgado L. Mapa epidemiológico de salud oral de Arequipa 2006, índice de caries en escolares de 6 a 11 años del distrito de Hunter. Perú: Laura Angela Milagros, Luke Delgado editor; 2006.
32. Apasa S, Torres G, Blanco D, Ruíz C, Anticona C. Autopercepción del impacto de caries dental en la calidad de vida en escolares de 11 a 14 años de edad. *Odontol Pediatr [Internet]*. 2015 [citado 12 Jul 2017]; 14 (1): 19-28. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=55f1b1a7-3f15-4b79-a364-a72eba06c327%40sessionmgr4009&hid=4209>
33. Moreno X, Vera C, Cartés-Velásquez R. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de escolares de 11 a 14 años, Lincantén, 2013. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral [Internet]*. 2014 [citado 12 Jul 2017]; 7 (3): 142-8. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072014000300005&lng=es&nrm=iso. ISSN 0719-0107. <http://dx.doi.org/10.1016/j.piro.2014.07.002>.
34. Jamil D, Åstrøm A, Wang N. Prevalencia y correlatos de autoreporte de estado de los dientes de los escolares en Kerala, India. *BMC Oral Health [Internet]*. 2006 [citado 14 Jul 2017]; 6: 10-10 Disponible en: http://viaclinica.com/article.php?pmc_id=1559687
35. Paredes-Martínez E, Díaz Pizán M. Impacto de las condiciones bucales sobre la calidad de vida en escolares del distrito de San Juan de Miraflores. Lima, Perú. *Rev Estomatol Herediana [Internet]*. 2014 [citado 18 Jul 2017]; 24 (3): 171-7. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/2092>
36. Rodriguez AdC. ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE SALUD ORAL EN POBLACION ESCOLAR DEL ESTADO MEXICANO DE TABASCO. 2016 NOVIEMBRE. Disponible en: <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/57271/TESIS%20DOCTORAL%20ACR.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

37. Longbottom CL, Huysmans MC, Pitts NB, Fontana M. Glossary of key terms. *Monogr Oral Sci.* 2009; 21: 209-16.
38. Bermúdez, S. Guerra, M E. Osorio, A Y. Experiencia de caries dental en el grupo escolar Lino Clemente Miranda Venezuela 2013. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2015/art9.asp>
39.] Hernandez, A, Espeso, N. Intervención educativo-curativa para la prevención de caries dental en niños de cinco a 12 años. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000600005
40. Reinoso N, Villavicencio E. Caries dental en escolares de 12 años de Sayausí, Cuenca, Ecuador.
Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/wp-content/uploads/2016/03/CPOD-a-los-12-a%C3%B1os-en-SAYAUSI-N-reinoso-E-villavicencio.pdf>
41.] Azerrad C. Poma f. Relación entre la prevalencia de caries dental y destrucción crónica en niños de 5 a 12 años de edad. <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/1942/1949>
42. Filiú M, Castillo RA, Jerez R, Pereira E, Arzuaga. Epidemiología de la caries dental en niños de 6-12 años en la Clínica Odontológica “La Democracia. *Medisan.* 2009 Sep; 13(5). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_5_09/san12509.pdf
43. Villavicencio E, Cuenca K, Vélez E, Sayango J, Cabrera A. Pasos para la planificación de una investigación Clínica. *Oactiva.* 2016 Enero; 1. Disponible en : <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php?journal=OACTIVA-UCACUE&page=article&op=view&path%5B%5D=20>
44. Villavicencio E. El tamaño de la muestra en tesis de post grado. ¿ Cuantas personas debo encontrar ? *ResearchGate.* 2011 Enero. Disponible en :

<https://www.researchgate.net/publication/283352423> EL TAMANO MUESTRAL
EN TESIS DE POST GRADO CUANTAS PERSONAS DEBO ENCUESTAR

45. Caridad C. El pH, Flujo Salival y Capacidad Buffer en Relación a la Formación. ODOUS científica. 2008 junio; IX(1). Disponible en: <http://132.248.9.34/hevila/ODOUScientifica/2008/vol9/no1/3.pdf>
46. Martinez K. Monjaras A. Patiño N. Estudio epidemiológico sobre caries dental y necesidades de tratamiento en escolares de 12 años de edad en San Luis Potosi. 2010. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2010/nn103c.pdf
47. Tapias Ledesma. Prevalencia de caries en una población. SCIELO. 2009; 25(24). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v25n4/original2.pdf>
48. Vivares A. Saldarriaga A. Muñoz N. Miranda M. Colorado K. Montoya Y. Viñas Y. Agudelo A. Caries dental y necesidades de tratamiento en los escolares de 12 años de las instituciones oficiales del municipio de Rionegro (Antioquia, Colombia). Revista Odontologica UDEA. 23 (2). 2010
Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfoa/v23n2/v23n2a08.pdf>

ANEXOS

Anexo 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

Page 1

FICHA12YEARS

- Page 1
- Page 2
- SELF REPORT

Numero de ficha

Nombre:

EDAD: SEVO
12 AÑOS

CANTÓN DE NACIMIENTO PARROQUIA

FECHA COLEGIO EXAMINADOR

DDMMYYYY

Latitude

Longitude

HIGIENE ORAL (IHO-5)

PLACA BLANDA

PB 16 PB 55 PB 11 PB 51 PB 26 PB 65

PLACA CALCIFICADA

PC 16 PC 55 PC 11 PC 51 PC 26 PC 65

PB 46 PB 65 PB 11 PB 71 PB 36 PB 75

PC 46 PC 65 PC 11 PC 71 PC 36 PC 75

CARIES DENTAL (CPD) /caxd

C18 C17 C16 C15 C14 C13 C12 C11 C21 C22 C23 C24 C25 C26 C27 C28

C48 C47 C46 C45 C44 C43 C42 C41 C31 C32 C33 C34 C35 C36 C37 C38

C55 C54 C53 C52 C51 C61 C62 C63 C64 C65

C85 C84 C83 C82 C81 C71 C72 C73 C74 C75

ENFERMEDAD PERIODONTAL (IP RUSSELL)

C18 C17 C16 C15 C14 C13 C12 C11 C21 C22 C23 C24 C25 C26 C27 C28

C48 C47 C46 C45 C44 C43 C42 C41 C31 C32 C33 C34 C35 C36 C37 C38

Unlink Add Exposure View SHG Graph

Name EXAMINADOR [Type Text]

New Record enUS 72 CAPS NUM 115

Anexo 2. FICHA EPIDEMIOLÓGICA DE LA UCACUE



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

Hora Inicio: _____ Hora Fin: _____ TIEMPO EMPLEADO: _____ min.

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: M F

Cantón de nacimiento: _____ Parroquia: _____

Fecha: _____/_____/_____ Colegio: _____ Examinador: _____

HIGIENE ORAL (IHO-S)

PLACA BLANDA			PLACA CALCIFICADA		
16/55	11/51	26/65	16/55	11/51	26/65
46/95	31/71	36/75	46/95	31/71	36/75
PO	PO	IHO-S	Buena	Regular	Mala
<input type="text"/>	+ <input type="text"/>	= <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CARIES DENTAL (CPD / ceod)

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	Código
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65				Código
																PUFA/pufa
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	Código
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75				Código
																PUFA/pufa

ENFERMEDAD PERIODONTAL (IP RUSSELL)

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	Código
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65				Código
																IP RUSSELL
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	Código
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75				Código
																IP RUSSELL

CPD / ceod
0= SANO
1= CARIADO
2= OBTURADO Y CON CARIES
3= OBTURADO OK
4= PERDIDO POR CARIES
5= PERDIDO POR OTRO MOTIVO
6= SELLANTE PRESENTE
7= CORONA O PILAR DE PUENTE
8= DIENTE PERMANENTE SIN ERUCCIONAR
9= NO REGISTRABLE

IP RUSSELL
0= ENCÍA SANA
1= GINGIVITIS MODERADA (solo papilas)
2= GINGIVITIS (rodea todo el diente)
3= GINGIVITIS Y BOLSA PERIODONTAL
4= DESTRUCCIÓN AVANZADA CON PÉRDIDA DE FUNCIÓN MASTICATORIA

Anexo 3. CONSENTIMIENTO 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:

Ci:

Nombre del(a) ESCOLAR


 Investigador: Dr. Ebingen Villavicencio
 Ci: 0151549557

Realizado por Dra. Liliana Encalada Venkago
Coordinadora de Unidad de Tributación

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....