



UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADEMICA DE SALUD Y BIENESTAR.
CARRERA DE ODONTOLOGIA.

“INDICE CPOD EN ESCOLARES DE 12 AÑOS DE EDAD, DE LA PARROQUIA EL SAGRARIO DE LA CIUDAD DE CUENCA 2016”.

TRABAJO DE TITULACION PREVIO A LA
OBTENCION DEL TITULO DE ODONTOLOGO.

AUTOR: RIVERA MORAN GINGER DE LOS ANGELES

TUTOR: SARMIENTO CRIOLLO PATRICIO FERNANDO DR.MSC.

CUENCA - ECUADOR

2018

DECLARACIÓN:

Yo, Rivera Moran Ginger de los Ángeles 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, 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.

Ginger de los Ángeles Rivera Moran

C.I.: 0105350136

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado “Índice cpod en escolares de 12 años de edad en la parroquia el sagrario cuenca ecuador 2016”, realizado por Rivera Moran Ginger de los Ángeles, 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 DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN ODONTOLÓGICA

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Od. Liliana Encalada Verdugo

COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN DE ODONTOLOGÍA.

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado “ÍNDICE CPOD EN ESCOLARES DE 12 AÑOS DE EDAD EN LA PARROQUIA EL SAGRARIO CUENCA ECUADOR 2016”, realizado por RIVERA MORAN GINGER DE LOS ANGELES, 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, Febrero 2018

Sarmiento Criollo Patricio Fernando Dr.Msc.

DEDICATORIA

A Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos. A mi abuela Nora por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una mejor persona, pero más que nada, por brindarme su infinito amor.

A mi madre por haber sido ejemplo de perseverancia y sobre todo por su apoyo en mi etapa de estudiante. De igual manera a mis primos María José y Daniel por brindarme su amor.

A mis queridos amigos Joselyn y Verónica por brindarme la ayuda fundamental para el desarrollo de esta tesis. Y por último a Víctor, ya que ha sido una persona muy importante en mi vida, y a la cual quiero mucho.

EPÍGRAFE

Solo existen dos días en el año en los que no se puede hacer nada. Uno se llama ayer y otro mañana. Por lo tanto, hoy es el día ideal para amar, crecer, hacer y, principalmente, vivir.

Dalai Lama

“Nuestra recompensa se encuentra en el esfuerzo y no en el resultado. Un esfuerzo total es una victoria completa”

Mahatma Gandhi

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a mis maestros ya que ellos me enseñaron valorar los estudios y a superarme cada día, también agradezco a mis padres porque ellos estuvieron en los días más difíciles de mi vida como estudiante. Y sobre todo agradecer a mi tutor el Dr.Msc.Patricio Fernando Sarmiento Criollo por su tiempo y dedicación en la elaboración de la presente tesis.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	12
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	15
1.- PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	15
2.- JUSTIFICACIÓN.....	15
3.- OBJETIVOS.....	16
3.1.- OBJETIVO GENERAL.....	16
3.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	16
4. MARCO TEÓRICO.....	17
4.1. CARIES DENTAL.....	17
4.1.1 PRIMERA LESION DE CARIES.....	18
4.1.2. FACTORES DE RIESGO.....	19
4.1.3. LA SALIVA.....	20
4.1.4. STREPTOCOCCUS MUTANS.....	21
4.1.5 LA PLACA BACTERIANA.....	21
294.1.7. APLICACIÓN DE FLUORUROS COMO TRATAMIENTO DE LA CARIES DENTAL.....	23
4.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	24
5. HIPÓTESIS.....	32
CAPÍTULO II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	33
1. MARCO METODOLÓGICO.....	33
2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	33
2.1.-Criterios de inclusión:.....	34
2.2.-Criterios de exclusión.....	34
3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	34
4. INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	35
4.1.- Instrumentos documentales.....	35
4.2.- Instrumentos mecánicos:.....	35
4.3.- Materiales:.....	35
4.4.- Recursos.....	35

5. PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS	36
5.1.-Ubicación espacial.....	36
5.2.- Ubicación temporal.	36
5.3.- Procedimientos de la toma de datos.....	36
6. PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS.	39
7. ASPECTOS BIOÉTICOS.	39
CAPÍTULO III. RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.	41
1. RESULTADOS.....	41
2. DISCUSIÓN.....	44
3. CONCLUSIONES	46
BIBLIOGRAFÍA	47
ANEXOS	51

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de CPOD en escolares de 12 años de la parroquia el sagrario en Cuenca-Ecuador 2016.**MATERIALES Y METODOS:** Se trató de un estudio descriptivo poblacional a nivel local representativo de la dentición permanente en una zona urbana, la población fue de 140 escolares de 12 años. **RESULTADOS:** En el presente estudio participaron 145 escolares de los cuales la prevalencia de caries en el sexo femenino fue de 47,55% y del sexo masculino un 52,45%, pudiendo comprobar así que no existe una predilección de la caries en este grupo, debido a sus valores similares. **CONCLUSIÓN:** El índice CPOD en los escolares de 12 años de la parroquia El Sagrario es de 2.3, se considera un nivel bajo.

PALABRAS CLAVE: CPOD, Caries dental, prevalencia

ABSTRACT

OBJECTIVE: Determinate the prevalence of CPOD in 12-year-old schoolchildren in “El Sagrario” in 2016. **MATERIALS AND METHODS:** This was a population descriptive study at a local level representative of permanent dentition in an urban area, the population was of 140 schoolchildren of 12 years. **RESULTS:** In the present study, 145 schoolchildren participated, of which the prevalence of caries in the female sex was 47.55% and the male sex 52.45%, being able to verify that there is no predilection for caries in this group, because to its similar values. **CONCLUSION:** The CPOD index for 12-year-old students in the El Sagrario parish is 2.3, considered a low level.

KEY WORDS: CPOD, Dental caries, prevalence

INTRODUCCIÓN.

Los niños a los 12 años son preadolescentes que tendrán cambios significativos en su salud y crecimiento, el desarrollo físico está íntimamente relacionado con las modificaciones psicosociales que determina a esta etapa como una fase decisiva en el transcurso a la edad adulta. Las áreas de crecimiento del preadolescente se caracterizan por un desarrollo tanto físico, psicológico y social, es necesario observar que el tiempo de desarrollo en cada una de estas fases es distinto en cada niño y niña.¹

Una buena alimentación es sustancial debido a una alta demanda nutricional para el crecimiento del niño, es una etapa difícil de la vida en donde una nutrición adecuada presenta dificultades causada por comidas fuera del hogar que privan al niño de una alimentación saludable, con frecuentes “picoteos” generalmente de comida chatarra dando como resultado una dieta cariogénica, que contribuye a un deterioro prematuro de las piezas dentales.¹

Es necesario entender las preocupaciones que tienen los preadolescentes en cuanto a su imagen corporal y estética que puede contribuir a un mejoramiento en su capacidad para cuidar de su salud tanto física como mental, teniendo en cuenta el apoyo familiar para que tengan adecuados hábitos alimentarios y de vida.²

En cuanto a las relaciones sociales los niños a esta edad pueden presentar altibajos en los estados de ánimo, pero sin particular perdurabilidad en el tiempo, se observa una gran disconformidad entre los que se conservan en la madurez de la infancia y los que empezaron los cambios que anuncian la próxima pubertad y adolescencia.³

Una de las enfermedades de mayor prevalencia en niños de 12 años es la caries dental, hay múltiples maneras de manifestar la salud bucal, como la prevalencia, magnitud de la enfermedad, los índices que se emplean son el ceod y CPOD en este caso el índice utilizado es el CPOD que aplica para dientes permanentes.⁴

En Ecuador, los datos epidemiológicos de salud bucal similares a este estudio son escasos, por lo que no se tiene una idea general de la condición de salud dental de los habitantes, haciendo necesario esta investigación epidemiológica cuyo propósito fue calcular la prevalencia de caries mediante la utilización del índice CPOD, que permite establecer

numéricamente el antecedente de caries en la dentición permanente. De acuerdo a lo anteriormente expresado, el objetivo general del presente estudio fue determinar la prevalencia de piezas cariadas, perdidas y obturadas de la parroquia El Sagrario.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO.

1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El problema pretende calcular la prevalencia de la caries dental en escolares de 12 años, esta se fundamenta en una línea de investigación que permitirá desarrollar estudios posteriores de elementos relacionados.

2.- JUSTIFICACIÓN

El propósito de esta investigación está orientado principalmente en conocer el estado de salud bucal de los escolares de 12 años de edad que se encuentran en la etapa terminal del recambio temporal. Por medio de este estudio se logrará conocer la magnitud de escolares que presentan caries dental, a más de ello conoceremos la cantidad de perdida de dientes temporales y las obturaciones defectuosas que se pudieran encontrar en esta parroquia de la Ciudad de Cuenca, es importante también para otras comunidades del Ecuador debido a las semejanzas epidemiológicas entre sus habitantes. El presente estudio tiene un nivel de originalidad local, ya que al pertenecer a una de las parroquias del cantón cuenca no se encuentran con suficientes datos estadísticos con respecto a este tema de salud bucal de la población. Todas las coordinaciones que se han realizado y gestionado por parte de la unidad, lo hace un estudio totalmente viable para la obtención de datos, para la obtención correcta y precisa de estos se realizó calibraciones personalizadas a cada uno de los grupos de examinadores para el diagnóstico y llenado de la ficha de cada niño, se ha coordinado con la dirección zonal 6 de Educación del Ecuador, para obtener el permiso respectivo.

3.- OBJETIVOS

3.1.- OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de CPOD en escolares de 12 años de la parroquia el sagrario en Cuenca-Ecuador 2016.

3.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar prevalencia de caries de los escolares de 12 años de la parroquia el sagrario cuenca ecuador según el sexo.
- Determinar prevalencia de piezas dentales obturadas de los escolares de 12 años de la parroquia el sagrario cuenca ecuador según el sexo.

- Determinar prevalencia de piezas dentales extraídas de los escolares de 12 años de la parroquia el sagrario cuenca ecuador según el sexo.
- Determinar el promedio de CPOD de los escolares de 12 años de la parroquia el sagrario cuenca ecuador según el sexo.

4.- MARCO TEÓRICO

La adolescencia se define habitualmente como la fase de transición entre la niñez y la adultez, sin embargo, existe un consenso que determina a la adolescencia como un momento clave en el curso de socialización del individuo.^{1,2}

Es frecuente en este periodo la manifestación de enfrentamientos con los adultos que agudizan la llamada «crisis de la adolescencia» y que acarrea en algunas circunstancias a la ruptura de reglas instauradas hasta ese momento como forma de rebeldía, por lo que es normal la desatención en hábitos de higiene que puede significar un desencadenante para el desarrollo de lesiones cariosas.^{3,4}

La carencia de investigaciones sobre la caries dental a nivel nacional, se evidencia en la poca cantidad de estudios publicados, lo que nos dificulta el conocimiento de la dimensión de escolares afectados de caries.⁴

En nuestro país la caries dental permanece siendo un dilema en la salud pública, ya que estudios epidemiológicos confirman que existe un 82% de prevalencia de caries en escolares menores de 15 años.⁵

4.1. CARIES DENTAL

La caries es una afección que se da por la descalcificación de sus estructuras provocada por la actividad de las bacterias en los carbohidratos fermentables que son obtenidos mediante la dieta.⁶

Todas las piezas dentales son susceptibles de sufrir lesiones cariosas, en los niños el diente permanente más perjudicado por caries, es el primer molar, dado que es el primero de la dentición permanente en erupcionar y el que está durante más tiempo expuesto a los agentes que originan la caries, erupciona, generalmente a los seis años por detrás del segundo molar temporal, el daño parcial o total de este diente afecta de manera significativa en el desarrollo y crecimiento maxilofacial, y por lo tanto, en la función masticatoria.^{7,8}

La acción cariosa es muy diversa por lo que no se puede pronosticar el desarrollo de una lesión, estas sólo se manifiestan bajo una gran cantidad de bacterias, el mecanismo primordial que participa en el comienzo de la desmineralización de los tejidos dentales duros es el establecimiento de ácido por parte de los microorganismos en el momento de un declive del pH en el medio oral, la presencia de azúcares simples como la sacarosa activa el metabolismo de la placa.^{8,9}

El desarrollo de la caries se realiza de forma acelerada y puede evolucionar en el lapso de seis meses de una forma incipiente a lesiones avanzadas, con exposición de la cámara pulpar y la consecuente destrucción de la corona o inclusive provocar la pérdida prematura de la pieza dentaria, con secuelas importantes para el sistema estomatognático.¹⁰

La disposición mostrada por la Federación Dental Internacional en su atlas de Salud Oral de 2009 anuncia que la caries es el principal inconveniente de salud pública mundial. Los países desarrollados presentan una supremacía de piezas dentarias obturadas en contraparte con los países subdesarrollados, donde predominan las piezas dentales cariadas, debido a que en Latinoamérica, existe una carencia de conocimientos y reajuste en sus datos de condición de caries.¹¹

4.1.1 PRIMERA LESIÓN DE CARIES

La primera lesión, llamada mancha blanca, es el primer indicio evidente de acción cariogénica en el tejido dentario, generalmente se observa en fosas y fisuras, superficies proximales y a lo largo del margen gingival, en el cual se acumula mayor cantidad de placa bacteriana, esto es el resultado de la aglomeración de innumerables eventos de desmineralización y mineralización, este deterioro se determina por tener una zona de esmalte íntegro de un color blanco opaco después del secado, evidenciado al tacto una zona rugosa.¹²

Es necesario conservar en el medio bucal un Ph neutro ya que este no tiene impacto sobre las bacterias, entre estas las del grupo Mutans, cuando existe una flora bucal normal las fases de desmineralización y remineralización se cambian a lo largo del día. Cuando no hay una armonía entre las dos fases y se incrementa la etapa de desmineralización se provoca una pérdida de mineral, como consecuencia de esto se da la evolución de la caries dental.¹³

Existen dos teorías etiológicas: endógenas y las exógenas que vinculan la caries dental a causas externas.⁷

En 1960 Paul Keyes detalla que la etiología de la caries dental correspondía a tres factores: huésped, microorganismo y sustrato, la cavidad bucal tiene una de las más diversas y concentradas poblaciones microbianas, entre las bacterias asociadas a las lesiones cariosas se encuentran Streptococcus con la sub especie S-mutan.⁸

Las acumulaciones de esta bacteria se unen fuertemente a la superficie dental, la fuente de nutrientes indispensable para el metabolismo de estos microorganismos son los carbohidratos fermentables.⁷

4.1.2. FACTORES DE RIESGO

En una patología común se hallan una gran variedad de agentes que la ocasionan o agudizan, y teniendo en cuenta que existe un proceso biológico para que se desarrolle la caries dental, también se puede encontrar otros factores influyentes como el nivel socioeconómico.¹⁴

La salud bucal de los niños comienza desde su casa, se manifiestan en comportamientos y prácticas de salud de los padres a los hijos, por lo que un estudio afirmó que un ingreso económico bajo fue un componente primordial para que exista una mayor prevalencia de caries dental ya que los padres tuvieron un complicado acceso a la asistencia de salud bucal por la carencia de recursos y poca motivación, así mismo, el nivel de instrucción de los padres tiene relación con la prevalencia de caries, los que poseían un mayor grado de instrucción tuvieron una predisposición de tener niños con bajo nivel de caries, del mismo modo, se observó en niños de 6 a 12 años de escuelas con diferentes niveles socioeconómicos, una mayor incidencia en niños cuyos padres tenían un nivel de instrucción menor.^{15,16}

Asimismo el encargo de la atención de los niños a abuelos o cuidadores por amplias jornadas de trabajo de las madres, tener más de 4 hijos, problemas de salud bucal de los integrantes del núcleo familiar y el descuido en la vigilancia al niño son factores de riesgo para la caries dental.¹⁷

La disfuncionalidad familiar, así como las familias monoparentales, potencian el riesgo de padecer caries dental y su severidad, estos niños con un pobre conocimiento de salud bucal, tienden a ser más descuidados en su higiene y en un futuro no tomarán a su salud dental como una prioridad por lo que es muy probable que reciba atención únicamente cuando los síntomas son alarmantes, como los dolores agudos, o que dificulten su función masticatoria.¹⁸

Se debe tomar en cuenta que una buena nutrición es fundamental para su estado general y para su salud bucal, a más de la buena higiene y el uso de fluoruros, una alimentación adecuada es primordial para prevenir el desarrollo de caries, la malnutrición influye de forma perjudicial, en lo relacionado al crecimiento y desarrollo craneofacial y establece un precedente contraproducente que puede acarrear diferentes complicaciones entre las que se hallan: cambios en la condición y estructura de algunos tejidos (hueso, ligamento periodontal y dientes).¹⁸

El estado nutricional está relacionado con el estado de salud bucal e influye en una mayor aparición de caries dental, tendencia a gingivitis en los niños y aumento de la frecuencia de maloclusiones, existen defectos del esmalte dental, vinculados a deficiencias proteicas, hipocalcemia, déficits vitamínicos y minerales.⁵

4.1.3. LA SALIVA

La superficie dental perjudicada puede remineralizarse cuando el pH local se eleva por encima de 5.5, la saliva tiene grandes concentraciones de iones calcio y fosfato en solución para el desarrollo de la remineralización, que intervienen como materia prima, a lo largo de la vida del individuo el ataque de ácido sobre la estructura dental es continuo.¹⁰

La saliva es fundamental para la conservación de la integridad físicoquímica del esmalte dental, mediante el proceso de la remineralización y desmineralización, la remineralización antes que se dé la cavitación de un diente cariado, es probable, debido a la disponibilidad de iones de calcio y fosfato en saliva.¹⁹

Los factores esenciales que controlan la permanencia de la hidroxiapatita del esmalte son las concentraciones de activos libres de calcio, fosfato, y fluoruro en la solución y el pH salival. En la evolución de la caries dental, la sobresaturación de la saliva facilita un obstáculo para la desmineralización y desarrolla una etapa de remineralización. La presencia de fluoruro refuerza este equilibrio.¹²

4.1.4. STREPTOCOCCUS MUTANS

El *Streptococcus mutans* elabora ácido láctico, ácido propiónico, ácido acético y ácido fórmico en el momento que metaboliza carbohidratos como la sacarosa, glucosa y fructosa, estos atraviesan la placa dental hasta el esmalte poroso, desintegrándose y soltando hidrogeniones, que diluyen el mineral del esmalte, formando calcio y fosfato, que,

conjuntamente, diseminan hacia el exterior del esmalte produciéndose la desmineralización.²⁰

De la totalidad de las patologías infecciosas, los microorganismos asociados a la caries dental muestran una forma de contaminación vertical de la madre al hijo, mediante besos o de la cuchara que usa el niño para comer y que la mamá ha usado anteriormente, determinados estudios clínicos, han demostrado en sus resultados que los infantes frecuentemente obtienen el *Streptococcus mutans* por medio de sus progenitoras.^{20,21}

Pese a que se ha establecido al *S. mutans* como el microorganismo más usual asociado a la caries dental, algunos individuos desarrollan lesiones en ausencia de estas bacterias, sin embargo, sujetos sin lesiones de caries pueden presentar altos niveles de *S. mutans*, si bien este microorganismo está relacionado con la aparición de caries, su existencia no es esencial para el incremento de la enfermedad, se encuentran estudios con relación al tema, que han vinculado otras bacterias a las lesiones de caries, sin embargo, se han analizado poco estos microorganismos y se transforman con la progresión de las lesiones.²²

4.1.5. LA PLACA BACTERIANA

La placa bacteriana también llamado biofilm, es transparente e incolora, se encuentra establecida en la superficie dental, constituida por numerosos microorganismos, casi las tres cuartas partes del biofilm dental están compuestas por organismos en proliferación, que constituyen más de 200 especies bacterianas.¹⁴

La placa dental, en especial en su fase inicial, no es evidente, para constatarla se debe colorear con sustancias designadas revelantes, esta no se da únicamente sobre la superficie dental, sino también en obturaciones, prótesis, y aparatos ortodónticos, puede ser supragingival o subgingival, dependiendo su localización en el margen gingival.⁵

La placa subgingival tiene 3 porciones:

1. La placa adherida, que se localiza fuertemente unida a la superficie dental.
2. La placa no adherida, que se presenta libre.
3. La placa vinculada al epitelio, que se incorpora al epitelio de la bolsa y puede ingresar en el tejido gingival.

En un inicio la placa se crea en las áreas rugosas de la superficie dentaria, pero después se dispersa a otras zonas, como el margen gingival, una higiene dental bien realizada impide su desarrollo. ¹⁴

La placa no está constituida por restos de comida, estos son desintegrados por enzimas bacterianas en pocos minutos y eliminados de la boca, los restos de comida afectan únicamente a la placa, al dar componentes para el metabolismo bacteriano. ¹⁴

4.1.6. PREVENCIÓN

El cuidado de la salud dental es importante que comience desde la infancia, ya que esto puede contribuir a un diagnóstico y tratamiento temprano evitando posibles complicaciones que puedan acarrear pérdidas dentarias. ⁶

Consecuentemente si la caries no es controlada, se presentaran otras complicaciones como las infecciones endodónticas y la perdida precipitada de los primeros molares definitivos, que suelen ser los más afectados por la caries, al estar la mayor parte del tiempo en contacto con los alimentos durante la masticación, la falta de los primeros molares tiene como efecto un deterioro de hasta el 50% de capacidad masticatoria, en donde el bolo alimenticio se desplaza a lado de la boca que no está perjudicado, se producen migraciones y rotaciones ya que los dientes contiguos tienden a ocupar el espacio creado ya que las piezas dentarias antagonistas sobreerupcionan para lograr un contacto dentario. ²³

Otra secuela es que se produce una oclusión traumática por la desviación de los dientes antagonistas, los procesos alveolares también se trasladan simultáneamente con los molares y dificulta el tratamiento al realizar una prótesis al paciente por el acortamiento del espacio inter oclusal. ¹⁵

Para prevenir el desarrollo de la enfermedad, se advierte detener la formación del biofilm a través de su retiro por medio de el cepillo dental, la persona a cargo del niño, tiene que limpiar las superficies de los dientes desde que estos emergen en la boca del niño, con una gasa y luego por medio de un cepillado suave, el niño puede empezar a cepillarse por sí mismo, únicamente cuando logra la capacidad motriz adecuada. La utilización de un dentífrico se recomienda cuando el infante ya no lo trague, en dosis mínima y se debe utilizar dentífricos infantiles. ¹⁶

Igualmente hay procedimientos de prevención y tratamiento que son químicos; en el mercado se hallan desinfectantes que eliminan las bacterias de la placa, como por ejemplo, la Clorhexidina, los enjuagues diarios por espacios de tiempo indicados por el odontólogo, disminuyen en gran medida la placa bacteriana, estos colutorios no deben emplearse en niños pequeños ya que puedan llegar a tragarse.²⁴

Es esencial que la mujer en estado de gestación verifique la cantidad de placa bacteriana en el embarazo y así aminore el riesgo de contaminar al niño, debe atenderse cuando presente lesiones de caries y mejorar la higiene dental.¹⁸

Otros medios de prevención, determinan el empleo de elementos que desarrollen la resistencia del huésped a la actividad del ácido creado por los microorganismos y así, se sugiere el empleo de flúor, ya sea por vía sistémica o local¹⁹

Asimismo, se fomenta la utilización de sellantes en fosas y fisuras de las áreas oclusales de molares y premolares recién erupcionados, para conservar las piezas dentales, estos intervienen como obstáculo al paso de las bacterias y se aconseja especialmente para dientes permanentes. Otros métodos están orientados a restablecer la calidad de la dieta, mermando el consumo de hidratos de carbono.²⁰

4.1.7 APLICACIÓN DE FLUORUROS COMO TRATAMIENTO DE LA CARIES DENTAL

En la actualidad, el empleo de fluoruros como mecanismo de prevención de la caries se ha basado, especialmente, en que su consumo mientras se está en la fase de formación de las piezas dentales, es sustancial para intensificar la cantidad de fluoruros en el esmalte, y de esta forma aumentar la resistencia del esmalte a la actividad cariosa.²⁵

4.2.- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Obra: Artículo de revista: “Caries dental en escolares de 12 años se sayausi, cuenca, ecuador”

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

Resultado: OBJETIVO: El objetivo del presente estudio, fue evaluar la experiencia de caries dental, en escolares de 12 años de una población rural de Ecuador. MATERIALES Y METODOS: Se utilizó el índice CPOD recomendado por la OMS para evaluar el nivel de experiencias de caries dental en dentición permanente. Se observaron 359 escolares de 12

años, con consentimiento informado de sus padres y asentimiento de los mismos. El examinador se calibro logrando un Kappa >0.80. 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%).

Obra: Artículo de revista: Estudio epidemiológico de caries dental en escolares del estado de baja california, México, 2010

Autor: Verdugo- Diaz R, Llodra- Calvo J, Sánchez- Rubio R, Barreras- Serrano A, Sánchez- Rubio A, Torres- Arellano M, Zonta- Rivera E, Llanos- Juarez H.

Resultados: La prevalencia de caries en dentición temporal a los 6 años fue del 60%; en dentición permanente a los 12 años fue del 39% y del 52% a los 15. No hubo diferencias estadísticamente significativas respecto al sexo ($p > 0,05$), pero sí respecto al tipo de ocupación de los padres. El índice ceo-d 6 años fue 2,58; el CPO-D 12 años, de 1,12, y de 1,88 a los 15.

Obra: Artículo de revista: Prevalencia de caries dental e índice cpod en escolares de 12 años en la parroquia baños del cantón cuenca 2016

Autor: Flores-M, Villavicencio-Caparó E, Corral-Peñafiel D

Resultados: materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal observacional teniendo en cuenta 104 pacientes con sus respectivas fichas epidemiológicas de escolares de 12 años cumplidos o por cumplir hasta diciembre 2016, los datos fueron tomados por estudiantes debidamente calibrados por un Epidemiólogo experto en el tema y a su vez ingresados a una base de datos en el programa EPIINFO ver 7.2, quienes reflejaron información epidemiológica del año 2016. RESULTADOS: La prevalencia de caries fue de 67,31% y sanos de 32,69 %, la prevalencia fue más significativa en mujeres con un porcentaje de 52.86% que en hombres que presentaron una prevalencia de 47.14 %; el índice CPOD poblacional en los escolares fue de 3,69 el cual no tuvo diferencias significativas entre el sexo masculino y femenino presentando valores de CPOD entre (3,89 - 3,55) respectivamente. La severidad en los escolares presentó un 31.73 %; brindando una severidad “Muy Baja” de enfermedad de caries y el grupo dentario con mayor prevalencia de caries fueron los primeros molares inferiores, con un porcentaje en la pieza dentaria 4,6 de un 16% y en la pieza dental 3,6 un 13 %. CONCLUSIONES: En los resultados obtenidos

se concluyó que la prevalencia de caries en escolares de 12 años es elevada, ya que más de la mitad de los escolares la presentaban, con una mayor incidencia en el sexo femenino.

Obra: Artículo de revista: Distribución de caries dental y asociación con variables de protección social en niños de 12 años del partido de avellaneda, provincia de buenos aires

Autor: Fort-A,Fuks-A.J, Napoli A-V,Palomba-S,Pazos-X ,Salgado-P ,Klemonskis-G ,Squassi-A.

Resultados: Diferentes organismos internacionales han planteado la necesidad de un análisis de las condiciones de cada población para la identificación de los grupos e individuos de riesgo como estrategia operacional en la búsqueda de una mayor equidad, eficacia y eficiencia del sistema de salud. El objetivo de este trabajo fue identificar diferenciales en los perfiles de caries dental en la población escolar del partido de Avellaneda (provincia de Buenos Aires, Argentina) y su asociación con variables de protección social. En 2014, se realizó un estudio analítico observacional de corte transversal sobre una muestra de 656 escolares de 12 años de 40 escuelas públicas de los ocho distritos del partido (universo = 3580 individuos distribuidos en 70 escuelas). El estado dentario de los escolares de 12 años en las localidades evaluadas mostró una distribución desigual, se identificaron subconjuntos poblacionales con elevada prevalencia, morbilidad y severidad de caries, que requieren focalización de las intervenciones sanitarias. Se observó asociación entre enfermedad desatendida y carencia de protección social.

Obra: Artículo de Revista: Análisis del índice de salud bucal en la escuela “adolfo jurado gonzález”, con la aplicación de los índices cpod y ceod realizado por estudiantes del sexto semestre en el periodo de junio a diciembre del 2015.

Autor: Delgado Pilozo-M, Veliz Robles-F, Carrasco Sierra-M.

Resultados: En el siguiente trabajo de investigación se hayan plasmados la labor de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, a través de la Facultad de Odontología en el área de Vinculación con la Comunidad y con los estudiantes como gestores principales para que esta labor de tipo social se lleve a cabo, conformando brigadas y siendo guiados por los docentes coordinadores, para acudir a las escuelas y obtener indicadores epidemiológicos estadísticos que nos dan datos reales sobre la condición de salud e higiene bucal de los estudiantes de la Escuela Adolfo Jurado González. El objetivo de este proyecto de investigación es obtener la incidencia de la mala higiene bucal que va a repercutir en la

salud oral de todos los niños de la escuela Adolfo Jurado González. La metodología a emplear, es una investigación de tipo descriptiva, educativa y transversal, obteniendo estos datos a través de las historias clínicas de cada uno de ellos, nos van arrojar datos epidemiológicos para obtener el índice de cpod y ceod y las encuestas a los padres de familia sobre el conocimiento que tiene de la caries dental y sus consecuencias. La población de estudio es de 181 estudiantes matriculados y con una muestra de estudio de 130 estudiantes correspondiente al 71.8%. Las conclusiones que se obtienen respecto a la incidencia de caries cpod y ceod indican que el 14.6% de los evaluados presenta una salud bucal sana, pues sus ceop y CPOD registran valores de cero; para la recolección de datos fueron las historias clínicas y las encuestas. Se utilizó programa Excel para representar los valores estadísticos, en gráficas y tablas.

OBRA: Artículo de revista: Caries dental en niños de 6 a 8 años de la institución educativa “milán urbano veliz pomalaza n° 30243” san jerónimo 2016

Autor: Buleje Capcha-A, Córdova Lagos-B

Resultados: La odontología moderna se orienta a la prevención de la caries en sectores vulnerables como el infantil, donde cobra relevancia su supervisión asistencial y ejemplo de los padres durante la práctica de los hábitos de higiene bucal. El objetivo fue: Identificar la Prevalencia de Caries Dental en niños de la Institución Educativa “Milán Urbano Veliz Pomalaza” N° 30243” San Jerónimo 2016. Materiales y métodos: el estudio fue descriptivo, transversal y correlacional, cuya población estuvo comprendida por 136 niños de la Institución educativa Milán Urbano Veliz Pomalaza de los cuales la muestra fue de 80 niños, se utilizó una ficha de recolección de datos la cual fue evaluada y validada mediante juicio de expertos para su ejecución, se consideró el uso de consentimiento informado y asentimiento informado a los niños previo al examen clínico. Se encontró que en niños de 8 años el índice de caries fue muy alto con el 35%, en los niños de 7 años el 32% y en los de 6 años el 23.8%, por lo cual se consideró que este podría tener un nivel significativo; la experiencia de caries aumenta de acuerdo a la edad siendo los niños de 8 años los más afectados con el 38,8%, además de ser San Jerónimo el lugar de procedencia , se evidenció que el índice de caries es muy alto con el 71%, con respecto al género se halló que el sexo femenino tiene mayor índice de caries con el 53.8%, mientras que en el género masculino fue de 46.2%. Así mismo, el nivel socioeconómico bajo, los niños que nunca visitaron al dentista y hábitos de higiene bucal deficiente, presentan un alto el índice de caries los cuales son 76.2%, 77.5% y 82.5% respectivamente, por lo cual son de nivel significativo.

Obra: Tesis: Estado de higiene oral, caries dental y características de la atención odontológica en niños con discapacidad que asisten al centro de educación especial de León Ángela Morales Avilés en el año 2015.

Autor: Rodríguez Rocha-X.

Resultados: En el presente estudio se determinó, el estado de higiene oral, caries dental y características de la atención odontológica de niños con discapacidad que asisten al centro de educación especial de León, Ángela Morales Avilés, en el año 2015.” La población de estudio estuvo compuesta por 75 estudiantes, entre las edades de 5 a 17 años. Es un estudio de corte transversal, los objetivos propuestos fueron identificar las características generales de los niños, determinar la higiene oral de los niños, señalar la actividad cariogénica según la edad y describir las características de la atención odontológica que reciben los niños. Se utilizaron dos índices: Índice de CPOD/ceo y el Índice de Higiene Oral Simplificado de Green y Vermillion. Se realizó un examen clínico donde se encontró que el CPO/ceo promedio fue de 7.5, se encontró 350 piezas cariadas, 17 perdidas, 34 obturadas en las piezas permanentes y en las piezas temporales 135 piezas cariadas, 7 piezas que requieren extracción y 1 pieza obturada. El porcentaje de higiene oral fue deficiente en 72% y solo se encontró 1.3% de higiene oral adecuado. En cuanto a los resultados de la encuesta realizada se obtuvo que el 30% no recibe ningún tratamiento dental, el 17% acude al Ministerio de Salud y el 56% no asiste a consulta dental.

Obra: Tesis: Nivel de funcionalidad familiar y caries dental en niños de 6 a 12 años de la unidad educativa fiscal bicentenario distrito – 7

Autor: Nieto Pasmíño-C

Resultados: La funcionalidad familiar es una condición que mantiene en equilibrio la armonía familiar en el cual cada miembro cumple con su rol aportando en conjunto una serie de factores que mantengan el bienestar familiar, que puede estar relacionado o no a la presencia de caries. La intención de este trabajo fue evaluar la relación entre el nivel de funcionalidad familiar y la prevalencia de caries dental en niños de 6 a 12 años de la Unidad Educativa Fiscal Bicentenario Distrito -7 de Quito. Se realizó un estudio de tipo transversal, observación, descriptiva y comparativa, en 252 niños y niñas de 6 a 12 años, se procedió a realizar el Apgar Familiar (cuestionario) y observación de caries (índice del ceod y CPOD) se usó el programa de Microsoft Excel 2010 mediante la utilización del paquete estadístico

SPSS 22 y pruebas Chi cuadrado de Pearson. Se observó que el 61,9% eran familias funcionales, el 23% fue leve, el 11.5% fue moderado y el 3.6% fue severa. Por otra parte, se demostró que un pequeño porcentaje, sin significancia estadística, presentaba mayor prevalencia de caries en presencia de disfuncionalidad familiar, indicándonos que no existe relación entre el nivel de funcionalidad familiar y la prevalencia de caries dental. El género no se relacionó con la presencia de caries ni influía sobre la funcionalidad familiar, la edad sí estuvo relacionada con la presencia de caries, pero no con la funcionalidad familiar demostrando que los niños de 6 a 9 años presentaban un mayor índice de caries. En el presente estudio no existió una relación directa entre el nivel de funcionalidad familiar y la presencia de caries.

Obra: Artículo de revista: Caries dental aguda del primer molar permanente en niños de 12 años.

Autor: Reyes Romagosa-D, Baños Toirac-I, Sánchez Iturriaga-M, Rodríguez Martínez-B

Resultados: El primer molar permanente es considerado la llave de la oclusión dentaria, la presencia de caries en éste es elevada, lo que dificulta el logro de las metas trazadas por organizaciones de salud a nivel mundial en este grupo de edad. Determinar el comportamiento de la caries dental aguda en primer molar permanente en una población de 12 años de edad atendida en la Clínica Estomatológica Santa Cruz de la Parroquia Goaigoaza.

Se realizó un estudio descriptivo transversal en la Clínica Estomatológica Santa Cruz. Parroquia Goaigoaza, municipio Puerto Cabello, estado Carabobo, en el período comprendido entre abril del 2009 a abril 2010. Se seleccionaron 97 pacientes de 12 años de edad los que constituyeron el universo y la muestra. Acudieron a la consulta por dolor debido a la presencia de caries dental aguda. Se registraron las variables: edad, sexo, grado clínico de la caries dental, estímulos externos que provocaron dolor, la cara dental y la arcada dentaria más afectadas. La información fue recogida mediante interrogatorio y examen clínico.

Resultados: el sexo masculino representó el 63,9 %. La caries dental de 3er grado estuvo presente en un 68 %. Los estímulos externos que provocaron dolor fueron: el frío presente en 75,2 % y los alimentos dulces en 69,1 % en ambos sexos. El primer molar inferior derecho resultó más afectado (46,4 %) que el izquierdo (36,1 %), así como la arcada dentaria inferior (25,8 %) y la cara oclusal (64,9 %).

Conclusiones: predominaron el sexo masculino y la caries dental aguda de 3er grado. El

frío y los alimentos dulces fueron los estímulos externos más frecuentes. Los más afectados resultaron el primer molar inferior derecho, la cara oclusal y la arcada dentaria inferior.

Obra: Artículo de revista: Fluorosis y caries dental en niños de 6 a 12 años

Autor: Dobarganes Coca-A, López Larquin-N, Lima Álvarez-M, Calderón Betancourt-J, García Mendoza-M

Resultados: El conocimiento de los factores de riesgo de la fluorosis y la caries dental es importante para disminuir la prevalencia de estas enfermedades. Se realizó un estudio descriptivo en niños de la zona rural de Ingenio Viejo, del municipio de Camagüey, con el objetivo de caracterizar la fluorosis y la caries dental, desde septiembre de 2011 hasta septiembre de 2012. La población de estudio estuvo conformada por 67 escolares, a los que se les determinó la presencia de fluorosis dental y los índices de dientes cariados, perdidos y obturados, en la dentición temporal y en la permanente (ceo-d y COP-D, respectivamente). Los factores de riesgo asociados a la caries dental que se tomaron en consideración fueron: susceptibilidad del esmalte, dieta cariogénica e higiene bucal deficiente. Se detectó la presencia de higiene bucal deficiente (71,6 %) y dieta cariogénica (82,1 %), sin embargo, el 29,8 % y el 41,8 % de los niños, respectivamente, aunque estuvieron sometidos a estos factores de riesgo no desarrollaron caries dental. El mayor por ciento de los niños sin caries (70,3 %) presentó esmalte resistente. Se observó un índice ceo-d de 1,50 y COP-D de 0,20. De los pacientes sin fluorosis, el 60,6 % no presentó caries dental.

Obra: Artículo de revista: Prevalencia de caries e índice cop en población escolar de 12 años del municipio de copacabana 2013-2014

Autor: Osorio-J.

Resultados: Objetivo: Calcular la prevalencia de caries y los factores relacionados en la población escolar de 12 años del municipio de Co-pacabana. Materiales y métodos: Estudio de prevalencia analítico, con una muestra de 483 adolescentes de 12 años escolarizados del municipio. Se evaluaron variables socio demográficas y de prácticas en salud oral. Se realizó la valoración de la cavidad bucal y el cálculo del índice COP de acuerdo a las recomendaciones del Ministerio de Salud. Se realizó un análisis univariado, bivariado y cálculo de OR.Resultados: El 51% corresponden a hombres, 77.8% viven en la zona urbana, 56.5% pertenecen al estrato 2 y 63.6% pertenecen al régimen contributivo. El

41.8% cambia el cada 30 días. El 81.4% utiliza seda dental, con un uso ocasional por el 41.6% de los estudiantes. La prevalencia de caries fue mayor en hombres con 53.6% en zona rural con 60.5%, en estrato 1 con 65.4% y en régimen subsidiado con 57.2%. El índice COP tradicional fue de 1.26 y el modificado de 0.99. La zona de residencia urbana (OR 0.59 IC95% 0.38-0.92) y la frecuencia de cepillo menor a 90 días (OR 0.54 IC95% 0.30-0.97) se identificaron como factores protectores. Conclusión: Los adolescentes escolarizados del municipio de Copacabana presentan una prevalencia menor en la experiencia de caries, lo mismo que un COP tradicional y modificado inferior a lo reportado por otros estudios. Se resalta la importancia de fortalecer hábitos de salud oral como el uso de seda dental, control del consumo de azúcares y la visita regular al odontólogo.

Obra: Artículo de revista: Caries dental: influencia de los hábitos de higiene bucodental y de alimentación en niños en edad escolar.

Autor: Alcaina Lorente-A, Cortés Lillo-O, Galera Sánchez-M, Guzmán Pina-S, Canteras Jordana-M.

Resultados: Introducción: La salud bucodental es parte fundamental de la salud del niño. Para mantenerla es preciso instaurar unos correctos hábitos de higiene oral y de alimentación. El objetivo de este trabajo es conocer el estado actual de los hábitos de higiene bucodental y de alimentación en un grupo de niños en edad escolar y su relación con la caries dental. Material y método: Estudio observacional realizado en 130 escolares de edades comprendidas entre 3 y 12 años. Se entregaron encuestas a los padres en relación con los hábitos de higiene oral y de alimentación. Se les realizó a los niños un examen oral para el diagnóstico de caries. Conclusiones: Se observan relaciones estadísticamente significativas entre determinados hábitos y la caries. La educación para la salud en la etapa de educación infantil es fundamental para que el niño adquiera unos hábitos de alimentación y salud bucodental adecuados.

Obra: Artículo de Revista: Caries dental y la higiene bucal en adolescentes de 12 a 15 años. área norte sancti spíritus. 2010

Autor: Hernández Marín-C, González Fortes-B, Yero Mier-I, Rivadeneira Obregón-A.

Resultados: Fundamento: la caries dental es una enfermedad multifactorial y causa de la pérdida dentaria en edades tempranas. Objetivo: identificar el comportamiento de la caries dental y la higiene bucal en los adolescentes de 12 a 15 años de los consultorios médicos

de la familia 3 y 4 del área norte de Sancti Spíritus en el período de septiembre a diciembre del 2010. Metodología: se realizó estudio descriptivo transversal. La población fueron 346 adolescentes y la muestra 109 con criterios de inclusión. Las variables: edad, sexo, índice de caridos, obturados y perdidos para dientes permanentes, higiene bucal, dientes afectados por caries. Se realizó examen bucal a cada adolescente y confección de historia clínica individual. Resultados: la mayoría de los adolescentes presentó caries dental, predominó el sexo femenino y la edad de 14 a 15 años. El índice de caridos, obturados y perdidos para dientes permanentes tuvo un valor de 5,3 y los molares fueron el órgano dental de mayor presencia de caries. Conclusiones: El sexo femenino en los adolescentes presenta una mayor prevalencia por caries dental asociado a una deficiente higiene bucal, un alto índice de caridos, obturados y perdidos para dientes permanentes y los molares, el órgano dental de mayor afectación.

Obra: Artículo de revista: Prevalencia de caries dental y maloclusiones en escolares de tabasco, México.

Autor: Ramírez Mendoza-J, Rueda Ventura-M, Morales García-M, Gallegos Ramírez-A.

Resultados: Objetivo: Determinar la Prevalencia de Caries Dental y Maloclusiones en Escolares. Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo transversal sobre la caries dental a través del índice KNUTSON y de maloclusión con los criterios de Angle. El universo lo conformaron 642 escolares de dos escuelas primarias del Municipio del Centro del Estado de Tabasco. La muestra se determinó mediante un diseño probabilístico obteniéndose 273 unidades muestrales. Resultados: El 82% del total de la población en estudio presentó más de una lesión cariosa, siendo más vulnerables los escolares de 10- 11 años de edad y el sexo femenino el más afectado en un 43%. En relación a las maloclusiones, el 91% presentó más de una alteración en la oclusión, afectando a niños de 8- a 11 años y en el 61% de los casos fue el sexo masculino quien resultó con mayor alteración en la fisiología oclusal. Conclusiones: El estudio determinó que más del 50% de la población infantil presenta por lo menos una caries dental y alguna alteración en la oclusión sin importar el nivel socioeconómico, edad, sexo, raza.

Obra: Artículo de revista: Caries dental en adolescentes de una comunidad venezolana

Autor: Fernández Vega-L, Barrueco Botiel-L, Díaz del Mazo-L, Rosales Torres-I, Barzaga Domínguez-Y.

Resultados: Se realizó un estudio descriptivo y transversal de 240 adolescentes de 12-14 años de edad, atendidos en la consulta de Odontología de la comunidad de Palmira, Estado de Táchira, de la República Bolivariana de Venezuela, desde enero hasta septiembre de 2011, para identificar los principales factores de riesgo que favorecieron la aparición de caries. En la serie, la prevalencia de caries fue 83,3 por cada 100 niños examinados y se comprobó que el cepillado deficiente y la ingestión de alimentos ricos en carbohidratos influyeron en que el índice de dientes cariados-obturados y perdidos fuera elevado, de manera que se recomienda realizar acciones educativas para lograr estilos de vida más saludables en este grupo poblacional.

5.- HIPÓTESIS

El presente estudio no precisó hipótesis por ser un estudio descriptivo.

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.

1. MARCO METODOLÓGICO.

Enfoque: El enfoque de la presente investigación es cuantitativo.

Diseño de Investigación: Descriptivo

Nivel de investigación: Descriptivo

Tipo de Investigación:

- **Ámbito:** De campo
- **Técnica:** Observacional.
- **Temporalidad:** Retrospectiva.

2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio fue de un total de 145 fichas epidemiológicas pertenecientes a la parroquia El Sagrario, que corresponde al total de fichas registradas en el estudio epidemiológico de salud bucal para esta parroquia.

2.1.-Criterios de inclusión: Se incluyen el presente estudio, los estudiantes matriculados en los centros educativos, de la Parroquia El Sagrario de la ciudad de Cuenca, los cuales tengan 12 años de edad cumplidos o que vayan a cumplir hasta el 31 de diciembre del 2016, y las fichas epidemiológicas que consten en el archivo de la oficina de investigación de la carrera de odontología de la UCACUE, que se encuentren con los datos completos, consentimiento del tutor y asentimientos de los estudiantes.

2.2.-Criterios de exclusión:

- Se excluyeron del estudio las fichas de pacientes con enfermedades sistémicas.
- Las fichas que tengan incoherencias entre los diferentes índices y que no se entienden los datos.
- Escolares con problemas de locomoción, o con alteraciones psicológicas.
- Los estudiantes que falten el día del examen bucal y/o que no hayan aceptado el examen bucal.
- Las fichas epidemiológicas de niños menores o mayores a los 12 años de edad.

3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVO	INDICA-DOR	TIPO ESTADÍSTICO	ESCALA
Prevalencia de caries	Enfermedad multifactorial contagiosa que afecta la estructura inorgánica de los dientes	Cavidad en los tejidos dentarios	Presente ausente	Cualitativa	Nominal

Sexo	Características genotípicas de la persona.	Características externas que diferencian al varón de la mujer	Masculino femenino	Cualitativa	Nominal
Tipo de gestión educativa	Característica de la financiación de la gestión de la escuela	Se determinan por el origen del financiamiento del colegio	Fiscales Fiscomicionales particulares	Cualitativa	Nominal

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

4.1.- Instrumentos documentales: Se utilizó una ficha de recolección de información digital, en el programa de libre acceso Epi info; el mismo permitió a los examinadores tener acceso a la base de datos de la ficha epidemiológica de la Universidad Católica de Cuenca, que consta de 6 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, la quinta de maloclusiones y la sexta de Self report de Maloclusiones (IONT), de caries y de periodoncia.

4.2.- Instrumentos mecánicos: Para la toma de datos se utilizó una computadora de escritorio, procesador Core5.

4.3.- Materiales: Se utilizaron materiales de escritorio, como: lápiz, borrador, cuaderno, sacapuntas, además de instrumental odontológico y barreras de bioseguridad como: espejo, guantes, mascarilla, gorro, mandil, y materiales de desinfección como sablón y alcohol.

4.4.- Recursos. Para llevar a cabo el estudio se necesitó 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

El Sagrario es una parroquia del cantón Cuenca, provincia del Azuay, Ecuador. Se encuentra a una latitud de -2.83333 y en una longitud de -78.95. La parroquia El Sagrario se destaca por tener una geomorfología propia de valles interandinos, posee relieves de vertientes cóncavas en la mayor parte de su territorio correspondiente a la Zona 1: Relieves Interandinos (cuenca interandina).

5.2.- Ubicación temporal.

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

5.3.- Procedimientos de la toma de datos.

Para el registro de los datos se tomaron en cuenta las fichas de la población estudiada perteneciente a la parroquia “El Sagrario”, las mismas que fueron elaboradas por el departamento de investigación de la carrera de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca y fueron ingresadas a la base de datos en el programa EPI Info ver 7.2 reflejan la respectiva información epidemiológica, registrada con las siguientes características: El Estudio de la caries dental buscó describir cualitativamente el problema en personas 12 años de edad, utilizando los parámetros de la OMS, para diagnosticar presencia de caries dental, que se detalla a continuación.

5.3.1.-Método de examen

El examinador empezará por observar el tercer molar superior derecho (pieza dental 1.8), continuando con el segundo molar superior derecho (1.7), continuará con el número 1.6 y así sucesivamente hasta llegar al tercer molar superior izquierdo (2.8), con el cual terminará los superiores.

Luego empezara los inferiores, examinando el tercer molar inferior izquierdo (numero 3.8), luego el 3.7, el número 3.6 y así cada uno de los dientes inferiores hasta terminar en el tercer molar inferior derecho (numero 4.8), siempre que termine de examinar el cuadrante el examinador y el anotador deben de corroborar que las anotaciones hayan sido correctas.

El examinado debe seguir las siguientes recomendaciones:

- a) En lo posible no tocar la boca 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 avanzada) ya que causaría dolor innecesario al paciente.
- c) Indagar al paciente la razón de la extracción del diente, en el caso de haber una, 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 hacer aclaraciones sobre una anotación.
- e) Se debe examinar todas las superficies del diente.

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

5.3.2.-Criterios de registro de hallazgos

Cuando se realiza el examen, los datos se consignan en las casillas correspondientes, anotando el código correspondiente que representa el criterio de clasificación o denominación del Hallazgo clínico o del tipo de tratamiento requerido, según los respectivos códigos que se detallan en el cuadro 1.

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE HALLAZGOS CLÍNICOS DE CARIES

CODIGO	CONDICION DEL DIENTE
--------	----------------------

0	Sano
1	cariado
2	Obturado con caries
3	Obturado sin caries
4	Perdido por caries
5	Perdido por otro motivo
6	Sellante o fisura obturada
7	Pilar de puente, corona, implante
8	Diente permanente sin erupcionar
9	No registrable

Cuadro #1

Autor: OMS.

CUADRO 2. Niveles de caries según OMS.

VALORES	NIVELES
0.00 – 1.1	Muy bajo
1.2 – 2.6	Bajo
2.7 – 4.4	Alto
4.5 – 6.5	Alto
Mayor a 6.6	Muy Alto

Para el cálculo de la prevalencia, se consideraron como enfermos a los pacientes que obtuvieron valores de 1 o más en el índice CPOD, y como sanos a los pacientes con valor a 0, para el cálculo del índice CPOD, los códigos 1 y 2; se contabilizaron como el componente C “Cariadas”, el código 3 como el componente O “Obturadas” y el código 4

como el componente P “Perdidas”. Para determinar el índice CPOD se suma la frecuencia de códigos 1,2, 3 y 4 en cada paciente.

6. PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS.

Los datos que se encuentran en las fichas en físico se pasaran a la computadora con la ayuda del programa EPI INFO donde luego se comprobara mediante el control de calidad que debe estar al 100 %.

Se calculará la prevalencia de la enfermedad utilizando la siguiente fórmula:

$$\text{Prevalencia} = \frac{\text{Número de enfermos}}{\text{Número de examinados}}$$

Luego se realizará el mismo cálculo, pero agrupando por sexo, y tipo de gestión del colegio.

7. ASPECTOS BIOÉTICOS.

El presente estudio no implica 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, en el cual todos los padres de los pacientes 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.

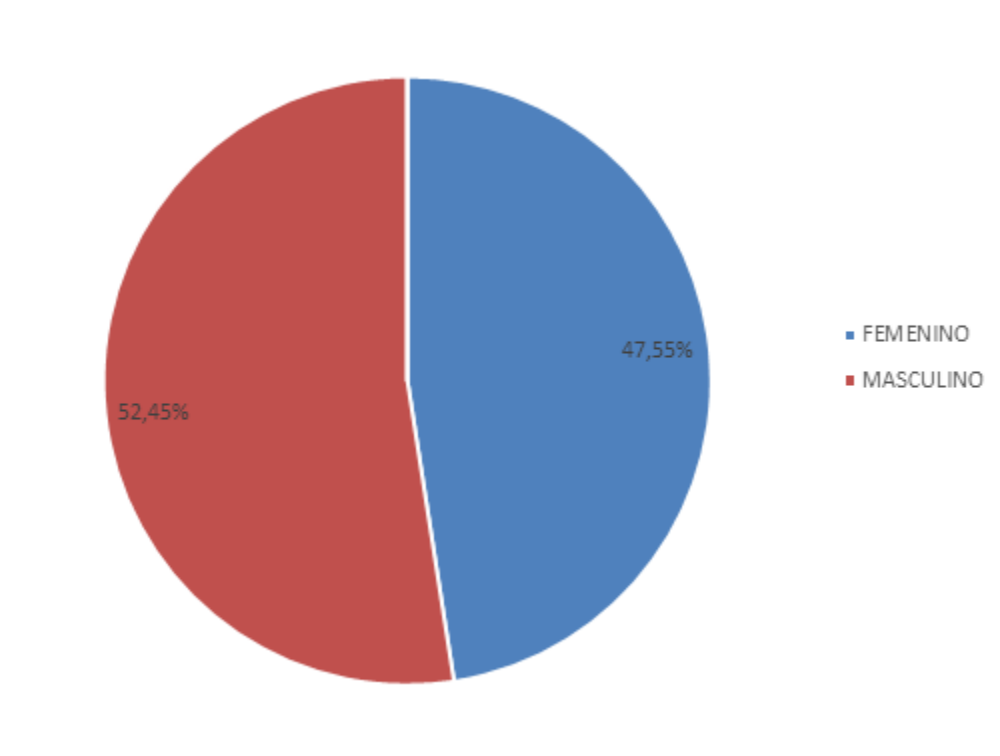
CAPÍTULO III

RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

1. RESULTADOS

En el presente estudio participaron 145 escolares de los cuales la prevalencia de caries en el sexo femenino fue de 47,55% y del sexo masculino un 52,45%, pudiendo comprobar así que no existe una predilección de la caries en este grupo, debido a sus valores similares.

Gráfico 1. Distribución de la muestra según el sexo.



Interpretación del gráfico: En la población evaluada, se puede observar un predominio del sexo masculino con un 52,45% y un 45,77% del sexo femenino.

TABLA N°1.-COMPARACION DE PREVALENCIA ENTRE AMBOS SEXOS

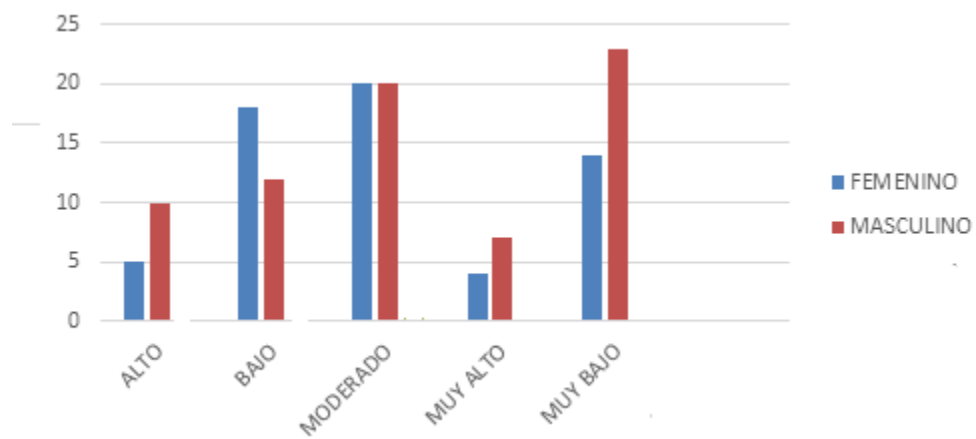
	FEMENINO	n	MASCULINO	n	n	Total general
ENFERMO	52	37%	60	43%	5%	119
SANO	9	6%	12	9%	1%	22
Total	61	43%	72	51%	6%	141

Interpretación: Se encontró una similitud entre ambos sexos en cuanto al porcentaje de enfermos.

TABLA Nº 2.

N-CPOD	FEMENINO	MASCULINO	Total general
ALTO	5	10	17
BAJO	18	12	31
MODERADO	20	20	42
MUY ALTO	4	7	11
MUY BAJO	14	23	40
Total general	61	72	141

Gráfico 2. N- CPOD



Interpretación: En cuanto al nivel del índice CPOD predomina el nivel bajo.

2. DISCUSIÓN

El presente trabajo de titulación fue realizado en la parroquia de El sagrario perteneciente a la ciudad de Cuenca – Ecuador, que se encuentra de la provincia del Azuay, con una población aproximada de 2.325 habitantes distribuidas en las diferentes localidades de la parroquia.

En la presente investigación se logró determinar tanto de la prevalencia y el índice CPOD de en escolares de 12 años, el cual nos permitió obtener datos estadísticos reales y precisos, la muestra estudiada fue de 145 escolares de 12 años de edad con sus respectivas fichas epidemiológicas, según la prevalencia general de caries en el estudio se evidenció un total de 50.67% de escolares que lo padecían, esta cifra es inferior a la media del país (76.5%) y un índice cpod de 2,3 que es un nivel bajo, los niños presentaron más de tres dientes afectados; el mayor factor fue el cariado, de forma similar a lo reportado por la vigilancia epidemiológica del país, y los dientes obturados fueron de un 72% del sexo masculino a diferencia del sexo femenino con un 28%, lo que traduce carencias de atención odontológica.

En un estudio realizado en la parroquia baños de la ciudad de cuenca con una muestra de 104 escolares obtuvo un índice cpod de 3,69 que es un nivel moderado difiriendo con el resultado de nuestro estudio, en otro estudio realizado en México resulto en un índice de 0,37 mucho menor al obtenido en la presente investigación, otra investigación hecha en la ciudad de Quito se dio un valor similar al nuestro con un índice de 2,31 que representa un bajo riesgo de caries.

En cuanto a la prevalencia de caries unos estudios con una muestra de 90 escolares de la Escuela Secundaria Básica Manuel Fajardo Rivero evidenciaron un 32.2% presento caries dental, similar a lo publicado por otro autor en una investigación de la ciudad de México en la que la prevalencia de caries fue de un 35% mucho menor a la obtenida en nuestro estudio.

3. CONCLUSIONES

- El índice CPOD en los escolares de 12 años de la parroquia El Sagrario es de 2.3, se considera un nivel bajo.
- La prevalencia de caries respecto al sexo en los escolares de la parroquia El Sagrario, fue más significativa en el sexo masculino con un porcentaje de 50.67% y en el sexo femenino con un porcentaje de 47.99%, demostrando que los escolares de sexo masculino tienen un mayor descuido en relación a su salud e higiene bucal.
- La prevalencia de piezas dentarias obturadas respecto al sexo en los escolares de la parroquia El Sagrario, fue más significativa en el sexo masculino con un porcentaje de 72% y en el sexo femenino con un porcentaje de 28%.
- La prevalencia de piezas dentarias perdidas respecto al sexo en los escolares de la parroquia El Sagrario, demuestra un porcentaje de 100% en el sexo masculino.

BIBLIOGRAFÍA

[1] Montero Canseco D, López Morales Castrejón Pérez R, Prevalencia de caries de la infancia temprana y nivel socioeconómico familiar, Departamento Salud Pública Bucal, División de Estudios de Postgrado e Investigación (DEPeI) Facultad de Odontología;

UNAM. [Internet].2011, Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-199X2011000200004

[2] Arrascue H, Natalie Luz G, Del Castillo López C, Determinantes sociales de salud y caries dental, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Odontol Pediatr VollON° [Internet].1Enero-Junio 2011, Disponible en:
<http://repebis.upch.edu.pe/articulos/op/v10n1/a2.pdf>

[3] Díaz Càrdenas S, Arrieta Vergara K, González Martinez F, Factores Familiares asociados a la presencia de Caries Dental en Niños Escolares de Cartagena, Colombia, Rev Clin Med Fam vol.4 no.2 Albacete jun. 2011, [Internet]. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699695X2011000200003&script=sci_arttext&tlng=e

[4] Rojas Herrera I, Prevalencia de caries dental y factores de riesgo asociados, Rev Cub Med Mil vol.41 no.4 Ciudad de la Habana oct.-dic. 2012, [Internet]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572012000400008&script=sci_arttext&tlng=pt

[5] González Sanz A, González Nieto González Nieto E, Salud dental: relación entre la caries dental y el consumo de alimentos, Nutr. Hosp. vol.28 supl.4 Madrid jul. 2013, [Internet]. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013001000008

[6] Oropeza A, Molina Frechero N, Castañeda Castaneira E, Zaragoza Rosado Y, Cruz Leyva D, Caries dental en primeros molares permanentes de escolares de la delegación Tláhuac, revista adm /marzo-abril 2012/vol. lxxix no. 2. p.p. 63-8, [Internet].Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2012/od122e.pdf>

[7] Ojeda J,Oviedo E,Salas L, Streptococcus mutans y caries dental, CES odontol. vol.26 no.1 Medellín Jan./June 2013, [Internet].Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120971X2013000100005&script=sci_arttext&tlng=en

[8] Olmos P, Piovesan S, Musto M, Lorenzo S, Ramon A, Massa F, Caries dental. La enfermedad oral más prevalente: Primer Estudio poblacional en jóvenes y adultos uruguayos del interior del país, Odontoestomatología vol.15 no.spe Montevideo jun. 2013,

[Internet]. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-93392013000200004&script=sci_arttext

[9] Cuadrado D, Peña R, Gómez J, El concepto de caries: hacia un tratamiento no invasivo, Revista ADM 2013; 70 (2): 54-60, [Internet]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2013/od132c.pdf>

[10] Lizmar D, Veitía E, Acevedo A, Rojas F, Métodos convencionales y no convencionales para la detección de lesión inicial de caries. Revisión bibliográfica, Acta odontológica Venezolana volumen 49, No.2, 2011, [Internet]. Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2011/2/art-22/>

[11] Rodríguez X, “Estado de higiene oral, caries dental y características de la atención odontológica en niños con discapacidad que asisten al centro de educación especial de León Ángela Morales Avilés en el año 2015.” Universidad nacional autónoma de Nicaragua, facultad de odontología, [Internet]. Disponible en: <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/5420/1/232657.pdf>

[12] Pasmíño C, Nivel de funcionalidad familiar y caries dental en niños de 6 a 12 años de la Unidad Educativa Fiscal Bicentenario Distrito – 7, Universidad central del Ecuador facultad de odontología, Quito, marzo del 2017, [Internet]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/9108/1/T-UCE-0015-508.pdf>

[13] Chiguala C, “Prevalencia de caries dental en la primera molar permanente mandibular en niños de 6a 12 años de edad en los centros de salud del distrito del porvenir, 2015”, Universidad privada antenor Orrego, Trujillo-Perú 2015, [Internet]. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1070/1/CHIGUALA_C%C3%89SAR_PR_EVALENCIA_CARIES_DENTAL.pdf

[14] Velásquez N, “Evaluación físico química de saliva total estimulada y líquido crevicular gingival y su relación con caries dental”, Universidad de Carabobo, Valencia –Venezuela 2016, 2016, [Internet]. Disponible en: <http://www.riuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/4475/1/nvelasquez.pdf>

[15] Cardoso B, González M, Pérez S, Vaculik P, Sanz E, Epidemiología de la caries dental en niños del Jardín de Infantes “Pinocho” de la ciudad de Corrientes, Revista Facultad de

Odontología, vol n° 1, 2016, [Internet]. Disponible en:
<http://revistas.unne.edu.ar/index.php/rfo/article/view/1597/1365>

[16] Freire A, Farfan A, Chuquimarca B, Elevado consumo de azúcares y caries asociados a cepillado dental en niños de Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBVs) de Quito, Universidad central del Ecuador, Vol. 41, Núm. 1 (2016), [Internet]. Disponible en:
http://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CIENCIAS_MEDICAS/article/view/243

[17] Magaña A, Calvillo D, Cardenas J, Caries dental en niños con nivel socioeconómico bajo en América, Universidad autónoma de coahuila coordinación general de estudios de posgrado e investigación número 49 enero-marzo 2017, [Internet]. Disponible en:
<http://www.cienciacierta.uadec.mx/articulos/cc49/caries.pdf>

[18] Ramirez B, Escobar G, Franco A, Ochoa E, Otavalo G, Agudelo A, Caries dental en niños de 0-5 años del municipio de Andes, Colombia. Evaluación mediante el sistema internacional de detección y valoración de caries – ICDAS, Rev. Fac. Nac. Salud Pública Vol. 35 N.º 1 enero-abril 2017, [Internet]. Disponible en:
<file:///C:/Users/toshiba/Downloads/DialnetCariesDentalEnNinosDe05AnosDelMunicipioDeAndesColo-5763513.pdf>

[19] Aguilar F, Duarte C, Rejón M, Serrano R, Pinzón A, Prevalencia de caries de la infancia temprana y factores de riesgo asociados, Acta pediátr. Méx vol.35 no.4 México jul./ago. 2014, [Internet]. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912014000400002

[20] Gamboa F, García D, Limby C, Sarralde A, Biotipos y susceptibilidad antimicrobiana de *S. mutans* en niños con y sin caries dental, Rev. colomb. cienc. quim. farm. vol.45 no.2 Bogotá May/Aug. 2016, [Internet]. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S003474182016000200008&script=sci_arttext&tlnq=es

[21] Castañeda I, Castañeda A, Lok J, Prevalencia y factores pronósticos de caries dental en la población de 15 a 19 años, Rev Cubana Estomatol vol.52 supl.1 Ciudad de La Habana 2015, [Internet]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072015000500004

[22] Carrasco M, Características socioeconómicas y salud bucal de escolares de instituciones educativas públicas, Revista Kiru. 2009; 6(2): 78-83, [Internet]. Disponible en: <http://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/Rev-Kiru0/article/viewFile/348/310>

[23] Cupe A, García C, Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento, Rev. Estomatol. Herediana vol.25 no.2 Lima abr. 2015, [Internet]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552015000200004

[24] Agreda M, Simancas Y, Salas M, Díaz N, Romero Y, Prevalencia y experiencia de caries en niños en edad escolar, Acta Bioclinica Volumen 4, N°7, Enero-Junio 2014, [Internet]. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/actabioclinica/article/view/4728/4497>

[25] Alcaina A, Cortes O, Galera M, Guzmán S, Canteras M, Caries dental: influencia de los hábitos de higiene bucodental y de alimentación en niños en edad escolar, Acta Pediatr Esp. 2016; 74(10): 246-252, [Internet]. Disponible en: <https://search.proquest.com/openview/a61e1589996cc2a91e3cc7e2853bdcf8/1?pq-origsite=gscholar&cbl=31418>

ANEXOS

Anexo 1

Anexo 1.1.- 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

Pages

- 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"/>
<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

PLACA CALCIFICADA

CARIES DENTAL (CP0D /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"/>
<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

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"/>
<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

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"/>
<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

Linked Records

Exposed From Exposed To

Unlink Add Exposure

View SNA Graph

[Name:EXAMINADOR] [Type:Text]

New Record en-US 7.2 CAPS NUM INS

Anexo 1.2.- FICHA EPIDEMIOLÓGICA DE LA UCACUE



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	PC	IHO-S	Bueno	Regular	Malo

CARIES DENTAL (CPOD / 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
																Código
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
																Código

CPOD / 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 ERUPCIONAR
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

**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 Escalada Verdugo
Coordinadora de Unidad de Titulación

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....