

UNIVERSIDAD AMAZÓNICA DE PANDO

ÁREA CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA



MONOGRAFIA

**LEVANTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DEL CPOD DE CARIES DENTAL EN
EL CENTRO DE SALUD SANTA LUCIA "MUNICIPICIO BELLA FLOR EN EL
SEGUNDO TRIMESTRES DE LA GESTION 2018**

AUTORA

INTERNA: ELVIRA MANIGUARI BEYUMA

DOCENTE S.S.R.O. U.A.P

DOCTOR: Alex R. Terrazas A.

COBIJA- PANDO -BOLIVIA

2018

**LEVANTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DEL CPOD DE CARIES DENTAL EN
EL CENTRO DE SALUD SANTA LUCIA "MUNICIPICIO BELLA FLOR EN EL
SEGUNDO TRIMESTRES DE LA GESTION 2018**

AUTORA: ELVIRA MANIGUARI BEYUMA

APROBADO

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNALMIEMBRO DEL TRIBUNAL

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de titulación de mi monografía principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

En primer lugar a Dios por darme la vida, salud y múltiples bendiciones a mi familia por el apoyo brindado en especial a mis hijos David y Yvanelly, Por ser el pilar fundamental cada día de mis estudios y de sus esfuerzos todas las mañana al despertarme y darme animo cada día.

Dedico a todos mis docentes de la Universidad Amazónica de Pando por a verme dado la enseñanza y los consejos y darme fuerza para seguir adelante.

AGRADECIMIENTOS

Esta monografía fue un proceso de aprendizaje y experimentación personal, que necesito de la paciencia de mucha gente para llegar a buen término.

Por esto, agradezco mucho a Dios por guiar mis pasos.

Agradezco A todos los docentes de estudios universitarios que me asesoraron con cada una de sus valiosas aportaciones, me ayudaron a crecer como persona y como profesional

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	2
1.1. JUSTIFICACION.....	3
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.3. OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN.....	3
1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	3
1.3.2. OBJETIVO ESPECÍFICO.....	4
CAPÍTULO II.....	5
MARCO TEÓRICO.....	6
2.1. ANTECEDENTES.....	6
2.2. CARIES DENTAL.....	6
2.2.1. ETIOLOGÍA DE LA CARIES.....	7
2.3. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO.....	10
2.3.1. INDICADOR.....	10
2.3.2. INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS PARA LA CARIES DENTAL.....	10
2.3.2.1. PREVALENCIA.....	11
2.3.2.2. INCIDENCIA.....	11
2.3.2.3. INDICE DE HIGIENE ORAL (IHOS).....	11
2.3.2.4. INDICE DE KNUTSON.....	11
2.3.2.5. INDICE CPO-D.....	12
2.3.2.6. ÍNDICE DE CARIES DENTAL ceo-d.....	14
2.3.3. PROCEDIMIENTOS PARA REALIZAR EL LEVANTAMIENTO DEL INDICE CPO-D.....	14

2.3.3.1. PROCEDIMIENTOS PARA EL EXAMINADOR	14
CAPÍTULO III	15
MARCO METODOLÓGICO	16
3.1. TIPO DE INVETIGACION	16
3.2. POBLACION Y MUESTRA	16
3.3. VARIABLES DE ESTUDIO	16
3.4. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.....	16
CAPÍTULO IV	17
RESULTADOS	18
4.1. Resultados de trabajo de campo	18
CAPÍTULO V	26
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	27
5.1. CONCLUSIONES.....	27
5.2. RECOMENDACIONES	28
BIBLIOGRAFIA	29
ANEXOS.....	30
ANEXOS DE FOTOGRAFÍAS DE TRABAJO EN LA U.E. DE LA COMUNIDAD.....	31

INDICE DE TABLAS

	Pag.
Tabla nº 1: datos generales CPOD de estudiantes de 12 a 16 años.....	18
Tabla no 2: del CPO-D de los niños de 12 años.....	20
Tabla no 3: del CPO-D de los niños de 13 años.....	21
Tabla no 4: del CPO-D de los niños de 14 años.....	22
Tabla no 5: del CPO-D de los niños de 15 años.....	23
Tabla no 6: del CPO-D de los niños de 16 años.....	24

INDICE DE GRÁFICOS

	Pag.
Gráfico nº 1 total: estudiantes de 12 a 16 años evaluados según sexo	17
Gráfico 2: CPO-D general de los estudiantes de 12 a 16 años de edad.....	18
Gráfico nº 3: Índice CPO-D variable sexo en estudiantes de 12 años.....	29
Gráfico nº 4: Índice CPO-D variable sexo en estudiantes de 13 años.....	20
Gráfico nº 5: Índice CPO-D variable sexo en estudiantes de 14 años.....	21
Gráfico nº 6: Índice CPO-D variable sexo en estudiantes de 15 años.....	22
Gráfico nº 7: Índice CPO-D variable sexo en estudiantes de 16 años.....	23
Gráfico nº 8: Total índice CPO variable sexo en estudiante de 12 a 16 años.....	24
Gráfico nº 9: Índice general CPO-D variable sexo en adolescentes de 12 a 16 años.....	25

INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud, rector del Sistema Nacional de Salud en Bolivia, a través del programa Nacional de salud oral, en el plan de desarrollo integral para vivir bien, tiene como propósito definir las políticas de salud que garanticen las condiciones para mejorar el estado buco dental de la población boliviana, prolongando la vida y los años de vida libres de enfermedad, promoviendo condiciones, estilo de vida saludables, previniendo y superando los riesgos para la salud, o minimizando el daño, entendiendo la salud como un derecho esencial individual, colectivo y comunitario logrado en función de las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida mediante acciones sectoriales e intersectoriales.

Esta investigación (Levantamiento epidemiológico indicadores de índice de caries) desarrollado en el municipio de Bella Flor – Comunidad Santa lucia, específicamente en la Unidad Educativa Hugo Antequera, tiene como propósito principal el de reflejar la situación actual de caries dental en adolescentes (12 A 16 años), dando conocer el grado de prevalencia de la caries en esta comunidad, basándose en indicadores de reconocimiento internacional como ser el índice CPO-D.

Los resultados obtenidos en este trabajo, llegan a ser una línea base para toma de decisiones y acciones a nivel local y municipal de acuerdo a las competencias establecidas para cada nivel de Gestión.

Toda actividad deberá estar orientada y dirigida siempre a mejorar la situación actual de la Salud Oral y contribuir de esta manera, en las metas trazadas por el programa Nacional de Salud Oral.

CAPÍTULO I

1.1. JUSTIFICACION

Para el índice CPO-D la edad de 12 años es la elegida como referencia a nivel mundial para conocer y comprobar la prevalencia de caries, ya que es la edad en que el recambio de la dentición temporal por la definitiva se ha realizado.

Por lo tanto, al tener solo los datos del ceo- CPOD de niños de 6 a 12 años de edad, que nos muestran un CPOD de 4.3 rango de severidad moderado, levantamiento que fue realizado en la gestión 2015, por parte de los odontólogos dependiente del Sedes Pando. Es que se ve la imperiosa necesidad de conocer el CPOD de niños de 12 a 16 años de edad, etapa en que los adolescentes tienen toda su dentición permanente y nueva como se mencionó en el párrafo anterior, motivo por el cual se lleva a cabo la presente investigación, que servirá para identificar la prevalencia de caries en el grupo etario comprendido de 12 a 16 años en edad, en el municipio de Bella Flor, comunidad Santa Lucia. Cuyos resultados nos permitirán ajustar algunas estrategias y a la vez subsanar e implementar medidas preventivas necesarias con las cuales se pueden evitar los problemas de caries y de esta manera lograr un beneficio de Salud Oral a los adolescentes y por ende a la población en general.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia de la caries dental o (CPO-D) en el grupo etario de 12 a 16 años en edad escolar, de la comunidad Santa Lucia, Municipio Bella Flor en el tercer trimestre de la gestión 2018?

1.3. OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de la caries dental o (CPO-D) en el grupo etario de 12 a 16 años en edad escolar, de la comunidad Santa Lucia, Municipio Bella Flor en el tercer trimestre de la gestión 2018.

1.3.2. OBJETIVO ESPECÍFICO

- Determinar el porcentaje de niños afectado por caries y los niños sanos de éste grupo etario.
- Determinar la edad con el índice CPO-D mayor, en adolescentes de 12 a 16 años de edad de la comunidad Santa Lucia.
- Determinar el índice de CPO-D por sexo (masculino femenino) de 12 a 16 años de edad dela comunidad Santa Lucia.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

La salud oral sigue siendo una faceta crucial de las condiciones generales de salud, por la importancia que reviste como parte de la salud integral, los altos costos relacionados con el tratamiento y la posibilidad de aplicar medidas eficaces de prevención.

La prevalencia de caries dental es un problema de salud pública muy debatido a nivel mundial, pues la caries es uno de los padecimientos más antiguos y frecuentes del ser humano, por ende, las lesiones cariosas con inicio temprano son análogas aun riesgo creciente de desarrollo de las mismas en el futuro.

Como datos epidemiológicos se tienen los del año 1997 donde el Ministerio de Salud y Previsión Social en coordinación con la organización Panamericana de la Salud a través del Programa Regional de Salud Oral, publicaron el estudio epidemiológico de Salud Bucal, donde se muestra la Prevalencia de Caries en Bolivia, con un índice de **CPO- D** para los niños de 12 años, un promedio de 4.7 (Severo) y un índice de **ceo** para los niños de 6 años con un promedio de 7.9 (muy severo).

Levantamiento epidemiológico del ceo CPO-D del año del 2015 realizado por los odontólogos del Ministerio de Salud, que muestran índices de **CPO-D** con un promedio de 4.6 (Severo) y un índice de **ceo** con un promedio de 7.2 (muy severo).

Como tal las caries dental es el motivo de consulta, por el cual más acuden los pacientes al consultorio dental, generalmente incomodados, ya por algunas molestias dentales. No es diferente la situación en el Centro de Salud de Santa Lucía; aún más frecuente por ser zona rural donde los moradores no tienen una cultura de higiene oral.

2.2. CARIES DENTAL

La caries es una enfermedad ampliamente extendida en el mundo ha sido y todavía sigue siendo la enfermedad crónica más frecuente del hombre moderno. Para la OMS, la Caries dental es la tercera calamidad sanitaria, después de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

Al anunciar las conclusiones del informe mundial sobre la salud bucodental, esta ha declarado que se estima que cinco millones de personas en el planeta han sufrido esta enfermedad.¹

Conceptualmente se dice que la caries dental es una de las enfermedades infecto contagiosas, que se caracteriza por una serie de reacciones químicas y microbiológicas, pues ante un acumulo de placa bacteriana sobre la superficie dental, los microorganismos proliferan y acidifican el medio bucal, logrando un desequilibrio acido-base produciendo acidez en este medio, capaz de desmineralizar el esmalte y dañarlo llegando a afectar a la dentina, el cemento y en etapas más avanzadas, afectan la pulpa dental donde ya en esta etapa se cursa con dolor, infección e impotencia funcional, pudiendo conllevar a afecciones en el sistema estomatognático y por ende afectar la salud del organismo en general.

Por lo tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS): define a la caries como toda cavidad de una pieza dentaria, cuya existencia pueda diagnosticarse mediante un examen visual y táctil practicando con espejo y sonda fina.²

2.2.1. ETIOLOGÍA DE LA CARIES

La etiología de la caries depende de factores ya conocidos que interactúan entre sí, como ser: el diente, la placa bacteriana (biofilm), la dieta, el factor tiempo, y la saliva.

Tiempo: la placa dental es capaz de producir caries debido a la capacidad ácido génica y acidúrica que poseen los microorganismos que la colonizan, de tal forma que los carbohidratos fermentables en la dieta no son suficientes, sino que además estos deben actuar durante un tiempo prolongado para mantener un pH ácido constante a nivel de la interface placa - esmalte. De esta forma el elemento tiempo forma parte primordial en la etiología de la caries. Un órgano dental es capaz de resistir 2 h por día de desmineralización sin sufrir lesión en su esmalte, la saliva tiene un componente buffer o amortiguador en este fenómeno pero el cepillado dental proporciona esta protección, es decir, 20 min posterior a la ingesta de alimentos el órgano dental tiene aún desmineralización (según la curva de Stephan), la

¹ OMS: encuestas de salud Buco Dental. Métodos básicos. Cuarta edición, Ginebra, 1997.

² Díaz de Santos. Fundamentos de epidemiología. Vol.2 2da Ed., S.A España, 1990

presencia de azúcar en la dieta produce 18 h de desmineralización posterior al cepillado dental asociado como destrucción química dental independientemente de la presencia de un cepillado de calidad en el paciente.

Dieta: la presencia de carbohidratos fermentables en la dieta condiciona la aparición de caries, sin embargo los almidones no la producen. Pero es necesario aclarar que el metabolismo de los hidratos de carbono se produce por una enzima presente en la saliva denominada alfa amilasa salival o ptialina, esta es capaz de degradar el almidón hasta maltosa y de acuerdo al tiempo que permanezca el bolo en la boca podría escindirlos hasta glucosa, esto produce una disminución en el pH salival que favorece la desmineralización del esmalte. Un proceso similar sucede a nivel de la placa dental, donde los microorganismos que la colonizan empiezan a consumir dichos carbohidratos y el resultado de esta metabolización produce ácidos que disminuyen el pH salival a nivel de la interface placa - esmalte. La persistencia de un pH inferior a 7 eventualmente produce la desmineralización del esmalte. Además la presencia de hidratos de carbono no es tan importante cuando la frecuencia con la que el individuo consume, se limita a cuatro momentos de azúcar como máximo, de esta manera la disminución brusca del pH puede restablecerse por la acción de los sistemas amortiguadores salivales que son principalmente el ácido carbónico/bicarbonato y el sistema del fosfato.

Placa Bacteriana o biofilm: Es una sustancia incolora de matriz intracelular adherente, conformada por microorganismos, como bacterias, protozoos, hongos y virus, más hidrato de carbono y proteínas, se colecciona sobre la superficie de los dientes, encías y superficies bucales cuando no se practican métodos de higiene adecuados.

Por lo tanto, aquellas bacterias capaces de adherirse a la película adquirida (formada por proteínas que precipitaron sobre la superficie del esmalte) y congregarse formando un "biofilm" (comunidad cooperativa) invaden los sistemas de defensa del huésped que consisten principalmente en la remoción de bacterias saprófitas y/o patógenas no adheridas por la saliva siendo estas posteriormente deglutidas. Inicialmente en el biofilm se encuentra una gran cantidad de bacterias gran positivas con poca capacidad de formar ácidos orgánicos y polisacáridos extracelulares, pero estas posteriormente, debido a las condiciones de

anaerobiosis de las capas más profundas son reemplazadas por un predominio de bacterias gran negativas y es en este momento cuando se denominada a la placa "cariogénica" es decir capaz de producir caries dental. Las bacterias se adhieren entre sí pero es necesario una colonización primaria a cargo del *Streptococcus sanguis* perteneciente a la familia de los mutan además se encuentran *Lactobacillus acidophilus*, *Actinomyces naeslundii*, *Actinomyces viscosus*, etc.

Saliva: es una secreción exocrina, mucoserosa, clara y ligeramente ácida, producida por las glándulas salivales mayores y menores. Está compuesto por una variedad de electrolitos que incluyen sodio, potasio, calcio, magnesio, bicarbonato y fosfato también se encuentran en la saliva, inmunoglobulinas, proteínas, enzimas, mucina y productos como urea y amonio.

Estos productos interactúan en algunas funciones, dentro de las siguientes áreas:

1. El Bicarbonato, fosfato y urea actúan modulando la acidez (ph) y la capacidad buffer (amortiguadora) de la saliva.
2. Las macromoléculas proteínicas y la mucina sirven para limpiar atacar a los microorganismos y contribuyen en el metabolismo de la placa bacteriana.
 - El calcio, fosfato y las proteínas trabajan conjuntamente modulando la desmineralización.
 - Las inmunoglobulinas, proteínas y enzimas proveen una acción antibacterial.

Por lo tanto, debido a sus componentes, la saliva cumple una función en el mantenimiento de la salud oral y crea un balance ecológico adecuado. Cabe mencionar que entre sus funciones está: la lubricación y protección de los tejidos, la capacidad buffer y limpieza, la acción antibacterial, el gusto y la digestión.

Diente: corresponde a los factores locales que predisponen al diente a desarrollar caries como ser: la composición del diente como ser la composición química del esmalte, a la posición del diente mismo, ya sea si este está en mal posición, patologías como la abrasión y atrición y malformaciones anatómicas.

2.3. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO

La epidemiología es la disciplina científica que estudia la distribución, frecuencia, determinantes, de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud.

Por lo tanto, un estudio epidemiológico se utiliza para estimar la magnitud y trascendencia de una situación determinada, siempre están referidos a: la población a partir de la cual se calculan, el período de tiempo que representan y el lugar geográfico del cual proviene la información (estas son las variables persona, tiempo y lugar).

2.3.1. INDICADOR

Un indicador en salud, es una noción de la vigilancia en salud pública que define una medida de la salud (la ocurrencia de una enfermedad o de otro evento relacionado con la salud) o de un factor asociado con la salud (el estado de salud u otro factor de riesgo) en una población especificada.

En salud oral los indicadores, son medidas que cuantifican y permiten evaluar dimensiones del estado de buco- dental de la población. Representan medidas de resumen que capturan información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado y desempeño del sistema de salud.

2.3.2. INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS PARA LA CARIES DENTAL

Los indicadores epidemiológicos de salud oral se utilizan con frecuencia en la investigación odontológica, en los levantamientos de salud bucal donde se emplean para cuantificar y comparar la prevalencia de caries dental y enfermedades periodontales, entre otras enfermedades bucales, en diferentes poblaciones.

Por lo que resulta oportuno recordar los conceptos de prevalencia e incidencia ya que son medidas de frecuencia de la enfermedad, es decir, miden la frecuencia (el número de casos) con que una enfermedad afecta a un grupo de personas en una Población.

2.3.2.1. PREVALENCIA

La prevalencia describe la proporción de la Población que padece la enfermedad, que queremos estudiar, en un momento determinado, esta depende de la incidencia y de la duración de la enfermedad, esto quiere decir que las variaciones de la prevalencia pueden ser debidas a las modificaciones en la incidencia o a cambios en la duración de la enfermedad depende, a su vez, de cambios en el período de recuperación de los pacientes. Las medidas de prevalencia son de mayor utilidad en enfermedades de evolución lenta o enfermedades crónicas, como en este caso es la caries dental.

2.3.2.2. INCIDENCIA

La incidencia va a contabilizar el número de casos nuevos de la enfermedad que estudiamos, que aparecen en un periodo de tiempo previamente determinado. Las medidas de incidencia se utilizan cuando nos interesa la medición del flujo, es decir, los casos nuevos que van apareciendo, por ello son más útiles en enfermedades con u periodo de inducción cortas.

Por lo tanto, para el estudio de la caries dental existen varios indicadores odontológicos, los cuales han sido estudiados durante varias décadas. Entre ellos mencionaremos:

2.3.2.3. INDICE DE HIGIENE ORAL (IHOS)

Este índice permite valorar de manera cuantitativa los diferentes grados de higiene oral, en este índice se examinan solo 6 dientes.

2.3.2.4. INDICE DE KNUTSON

Determina el porcentaje de individuos que ofrecen señales presentes o pasadas del ataque de caries. Este índice divide a los individuos en 2 grupos: aquellos con CPO igual a cero esto quiere decir que no tienen caries en el momento del examen, y aquellos con CPO igual o mayor a 1, es decir que ya tuvieron un diente atacado por caries.

2.3.2.5. INDICE CPO-D

Fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson durante un estudio del estado dental y la necesidad de tratamiento de niños asistentes a escuelas primarias en Hagerstown, Maryland, EUA, en 1935. Se ha convertido en el índice fundamental de los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de la Caries Dental, señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados. Se obtiene de la sumatoria de los dientes permanentes Cariados, Perdidos y Obturados, incluyendo las Extracciones Indicadas, entre el total de individuos examinados. Mide cuantitativamente la gravedad de la lesión cariosa en las piezas definitivas.

El CPO-D es el indicador odontológico más utilizado a través del tiempo, facilitando la comparación epidemiológica entre población de diferentes zonas, países y diferentes épocas como así mismo evaluar la aplicación de las diferentes medidas y métodos de prevención frente a esta patología.

Su valor constituye un promedio que se calcula de la siguiente manera

TOTAL DIENTES CARIADOS, PERDIDOS Y OBTURADOS

TOTAL DE PERSONAS EXAMINADAS

Y sus siglas del CPO-D tienen el siguiente significado:

El símbolo C se refiere al número de dientes permanentes que presentan lesiones con caries no restauradas.

Se considera **diente permanente cariado** cuando existan las siguientes evidencias de lesiones cariosas: Opacidad, mancha blanca o marrón, consistentes con desmineralización del esmalte. (Diferenciar con fluorosis, pigmentaciones).

-En caso de mancha blanca o marrón consistente con desmineralización (aspecto blanco tiza sin brillo). Las fisuras en las cuales el extremo del explorador se prende, serán clasificadas como cariadas (presencia evidente de tejido blando en la base de la fisura, opacidad a lo largo

de los márgenes o una mancha indicando presencia de lesión cariosa subyacente y en casos proximales si el explorador no se desliza cuando se hacen movimientos en la dirección Cervico-oclusal).

- En caso de sombra oscura de dentina decolorada subyacente al esmalte intacto o mínima cavidad en esmalte (sombra gris, azul, marrón).
- Ruptura localizada del esmalte debido a caries sin dentina visible.
- Cavidad detectable con dentina visible.
- Cavidad extensa con dentina y/o pulpa visible.

El símbolo O se refiere a los dientes restaurados por caries.

Se considera diente permanente obturado cuando el diente está obturado con material permanente, o si está obturado y cariado es clasificado como cariado.

El símbolo P se refiere a los dientes permanentes perdidos por caries.

Se considera diente permanente extraído cuando de acuerdo a la edad del paciente el diente debería estar presente y fue extraído por caries. En caso de duda consultar al paciente y examinar la forma del reborde y la presencia o ausencia del diente homólogo. Este criterio no será utilizado para temporarios.

Será considerado como **extracción indicada** cuando el diente presenta solamente raíces o corona parcialmente destruida.

El símbolo D es usado para indicar que la unidad establecida es el diente, o sea, el número de dientes permanentes afectados, en vez de superficie afectada o número de lesiones de caries existente en la boca.

PARÁMETROS DE SEVERIDAD DEL ÍNDICE DEL CPO-D

VALOR	GRADO DE SEVERIDAD
0.0 A 1.1	MUY LEVE
1.2 A 2.6	LEVE
2.7 A 4.4	MODERADO
4.5 A 6.5	SEVERO
Mayor de 6.6	MUY SEVERO

2.3.2.6. ÍNDICE DE CARIES DENTAL ceo-d

Es una variación del CPO adoptada por Gruebbel para dentición temporal. Se obtiene de igual manera, pero considerando sólo los dientes temporales, se considera solo 20 dientes.

2.3.3. PROCEDIMIENTOS PARA REALIZAR EL LEVANTAMIENTO DEL INDICE CPO-D

En el proceso de examen, el examinador inspecciona visualmente y con el auxilio del explorador, las caras oclusales, vestibular, distal, lingual y mesial, de todos los dientes permanentes presentes (excepto terceros molares)El examen es realizado con el auxilio de un espejo bucal y explorador con extremidad bien afilada. La posición del paciente debe ser tal que el examinador tenga una visibilidad optima de los cuadrantes a ser examinados.

2.3.3.1. PROCEDIMIENTOS PARA EL EXAMINADOR

Use siempre el explorador, evítelo solo en caries avanzadas a fin de no causar dolor o incomodidad al paciente. Indague con el paciente la causa de la extracción, más si la respuesta no es concluyente, siga su propio juicio clínico.

Aproveche la oportunidad de realizar educación para la salud, cuando el paciente se muestre interesado en hacer preguntas sobre la encuesta

El paciente deberá estar sentado en forma apropiado para facilitar la máxima visibilidad y comodidad del examinador.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACION

Se efectuó un estudio de tipo observacional, descriptivo transversal, pues permite estimar la magnitud y distribución de la patología en un momento dado en la población meta designada para dicho estudio.

3.2. POBLACION Y MUESTRA

Como universo del presente trabajo son los adolescentes de la comunidad Santa Lucia del Municipio de Bella Flor, comprendidos dentro las edades de 12 a 16 años.

El presente estudio epidemiológico se llevó a cabo en adolescentes de la comunidad de Santa Lucia en una cantidad de 215 según el INE, se tomó en cuenta a 42 adolescentes que equivalen al 20 % del Universo. Para ejecutar el estudio se contó con un listado de estudiantes (12 a 16 años) de la Unidad Educativa Hugo Antequera proporcionado por el director de núcleo, quien autorizó realizar el estudio epidemiológico.

3.3. VARIABLES DE ESTUDIO

Variable dependiente

Caries, perdidos, obturados – diente

Variable Independiente

Sexo

Edad

Área geográfica

Unidades de Medida y Análisis

Índice CPO-D

Valor numérico

Porcentajes

3.4. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.

El instrumento de recolección para levantamiento epidemiológico. Que se utilizó fue la ficha odontológica.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. RESULTADOS DE TRABAJO DE CAMPO

TABLA N°1: DATOS GENERALES CPOD DE ESTUDIANTES DE 12 A 16 AÑOS

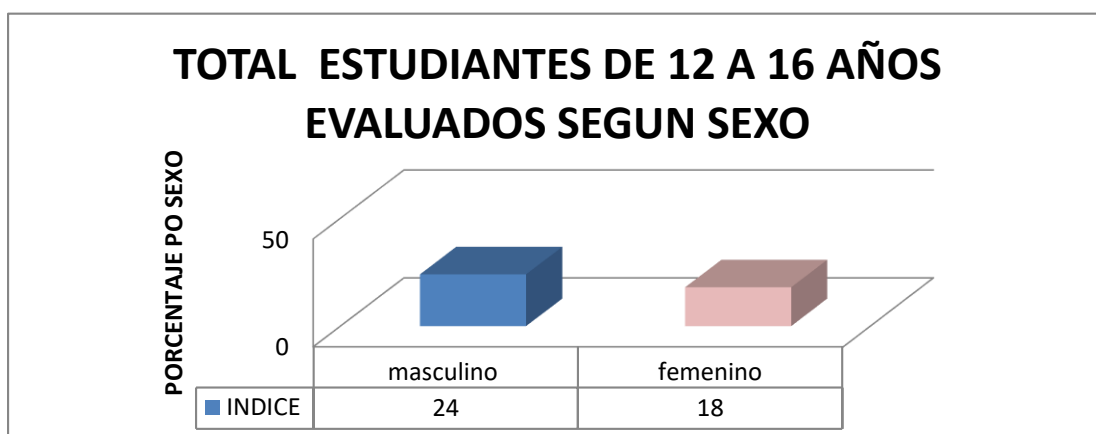
No	F	M	C	P	EI	O	CPOD	P.S	TOTAL.P
12 AÑOS	4	4	6	0	3	0	9	215	224
13 AÑOS	2	7	15	1	3	5	24	230	254
14 AÑOS	6	5	24	2	3	2	31	267	328
15 AÑOS	4	3	11	4	3	1	19	191	210
16 AÑOS	2	5	19	2	3	1	25	185	210
TOTAL	18	24	75	9	15	9	108	1.088	1.226
	42						108		

Fuente: Elaboración Propia 2018

Distribución de los estudiantes de 12 a 16 años evaluados según sexo en la comunidad de Santa Lucía.

Total de estudiantes en el Colegio Hugo Antequera en la Comunidad Santa Lucía de Municipio de Bella Flor.

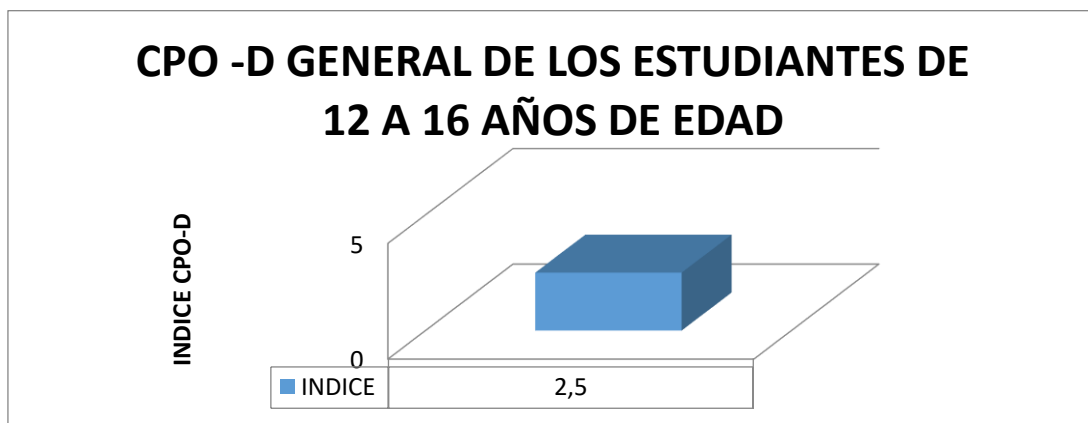
Grafico N° 1



FUENTE: Elaboración propia

INTERPRETACION: En la Comunidad de Santa Lucia Municipio de Bella Flor en el U.E Hugo Antequera se realiza un levantamiento epidemiológico en adolescentes de 12 a 16 años que corresponde a 24 adolescentes masculinos y un total de 18 adolescentes femeninos.

CPO- D GENERAL DE LOS ESTUDIANTES DE 12 A 16 AÑOS DE EDAD DE LA COMUNIDAD DE SANTA LUCÍA



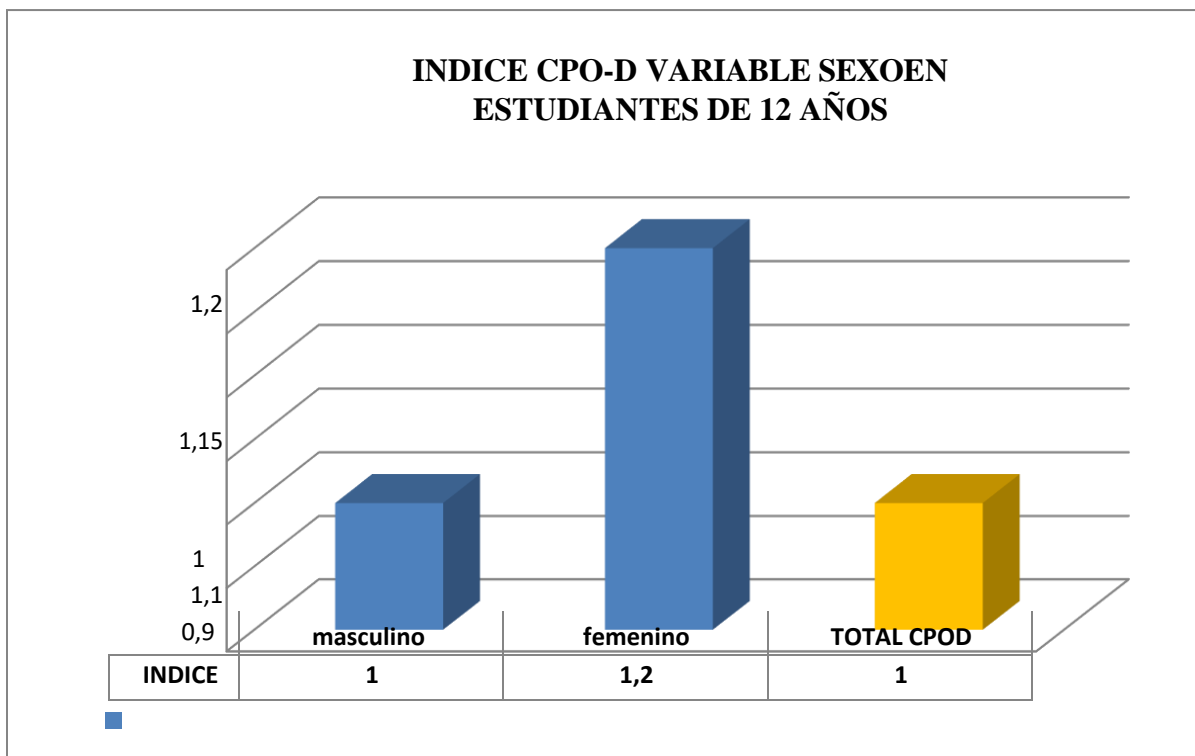
FUENTE: Elaboración propia

INTERPRETACION: El CPO-D de los estudiantes de 12 a 16 años de edad del U.E Hugo Antequera, del Municipio de Bella Flor Comunidad de Santa Lucía, corresponde a un promedio de 2.5 rango moderado.

TABLA N° 2: DEL CPO-D DE LOS NIÑOS DE 12 AÑOS

VARIABLE	TOTAL PAC.	CPO-D	TOTAL CPO-D	PREVALENCIA DE CARIES
MASCULINO	4	4	1	1
FEMENINO	4	5	1.2	
TOTAL	8	9	1	MUY LEVE

GRÁFICO N° 3



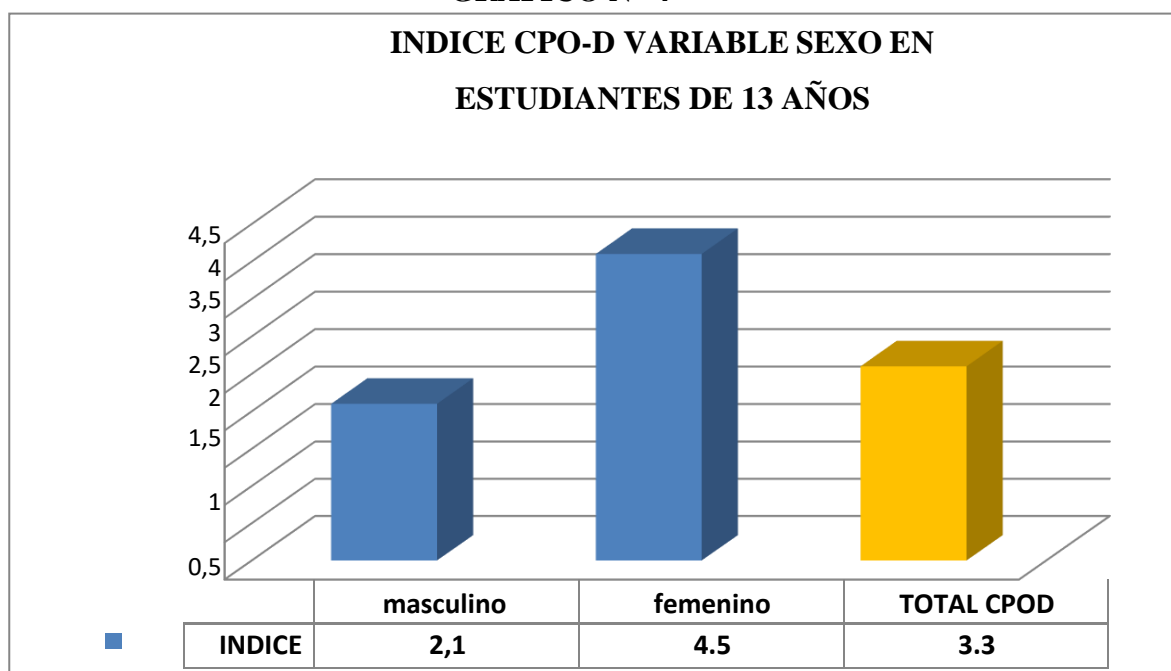
Fuente: Elaboración Propia

INTERPRETACIÓN: Del grupo de Estudiantes de 12 años de edad, se observa en el gráfico que la variable del sexo masculino presentan un índice de CPO-D de 1 (muy leve), y para el sexo femenino presentan un índice de 1.2 (leve) y el CPO-D general de los estudiantes de 12 corresponde al promedio de 1 que corresponde a parámetro de muy leve.

TABLA NO 3: DEL CPO-D DE LOS NIÑOS DE 13 AÑOS

VARIABLE	TOTAL PAC.	CPO-D	TOTAL CPO-D	PREVALENCIA DE CARIES
MASCULINO	7	15	2.1	3.3
FEMENINO	2	9	4.5	
TOTAL	9	24	3.3	MODERADO

GRÁFICO N° 4



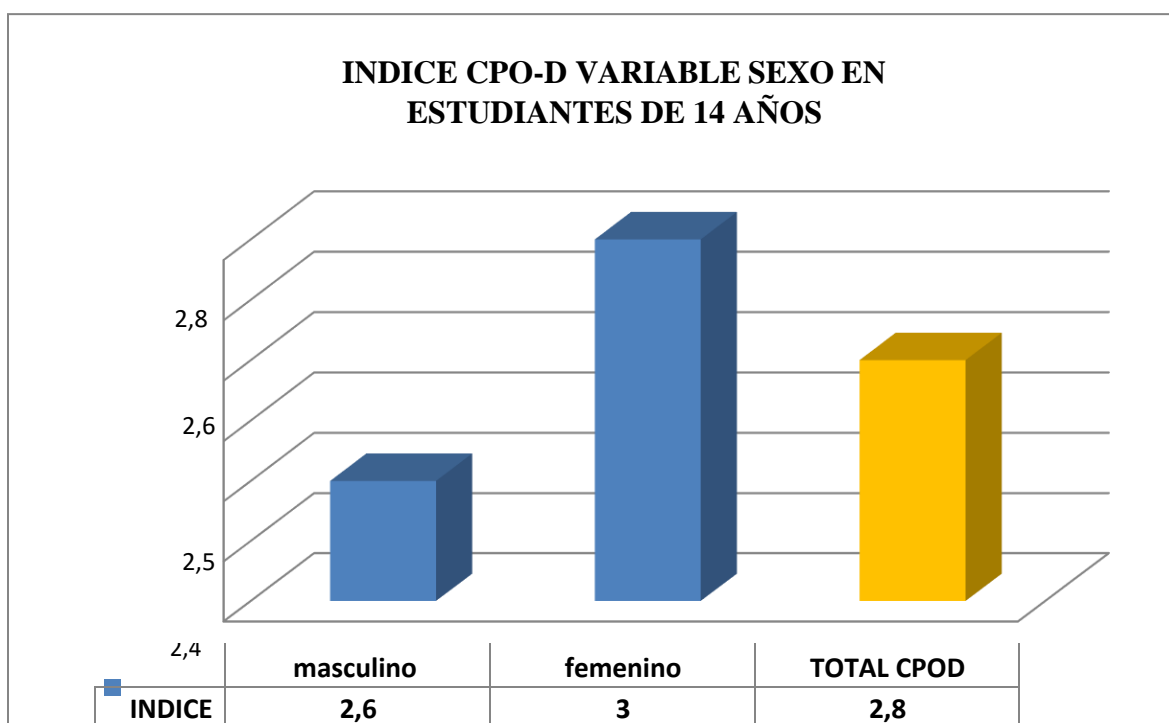
Fuente: Elaboración Propia

INTERPRETACIÓN: Del grupo de Estudiantes de 13 años de edad, se observa en el gráfico que la variable del sexo masculino presentan un índice de CPO-D de **2.1** (leve), y para el sexo femenino presentan un índice de **4.5** (severo) y el CPO-D general de los estudiantes de 13 corresponde al promedio de **3.3** que corresponde a **parámetro moderado**.

TABLA N° 4: DEL CPO-D DE LOS NIÑOS DE 14 AÑOS

VARIABLE	TOTAL PAC.	CPO-D	TOTAL CPO-D	PREVALENCIA DE CARIES
MASCULINO	5	13	2.6	2.8
FEMENINO	6	18	3	
TOTAL	11	31	2.8	MODERADO

GRÁFICO N° 5



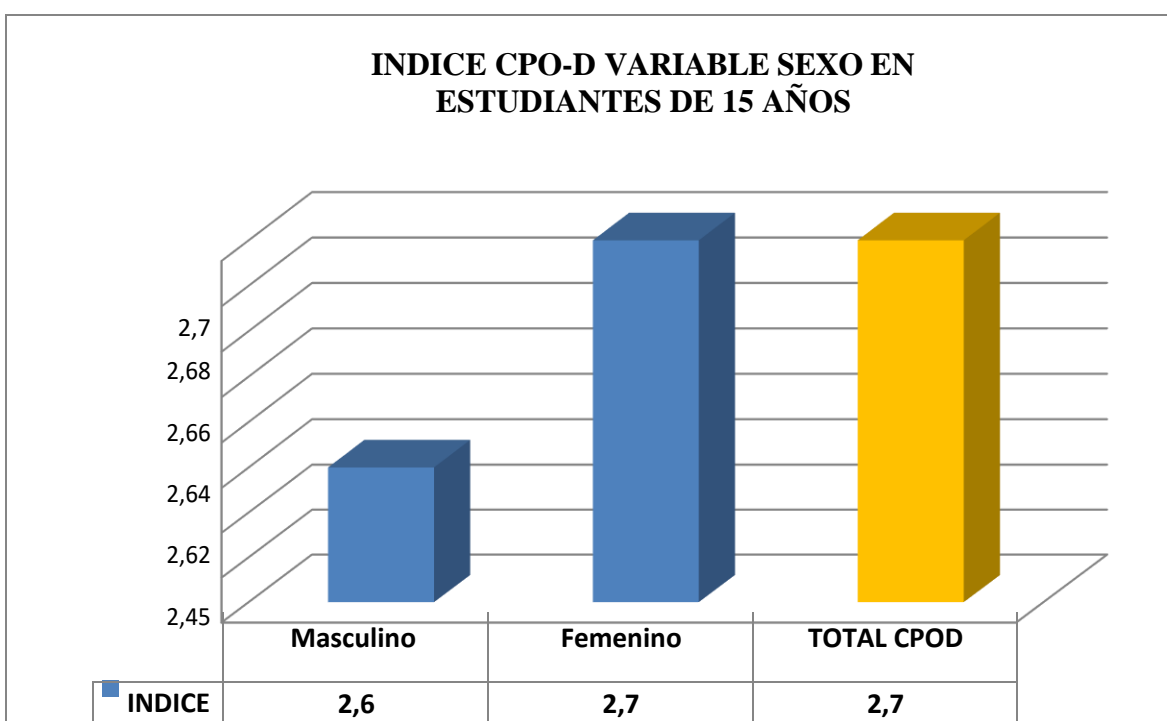
Fuente: Elaboración Propia

INTERPRETACIÓN: Del grupo de Estudiantes de 14 años de edad, se observa en el gráfico que la variable del sexo masculino presentan un índice de CPO-D de 2.6 (leve), y para el sexo femenino presentan un índice de 3 (moderado) y el CPO-D general de los estudiantes de 14 corresponde **al promedio de 2.8 que corresponde a parámetro de moderado.**

TABLA NO 5: DEL CPO-D DE LOS NIÑOS DE 15 AÑOS

VARIABLE	TOTAL PAC.	CPO-D	TOTAL CPO-D	PREVALENCIA DE CARIES
MASCULINO	3	8	2.6	2.7
FEMENINO	4	11	2.7	
TOTAL	7	19	2.7	MODERADO

GRÁFICO N° 6



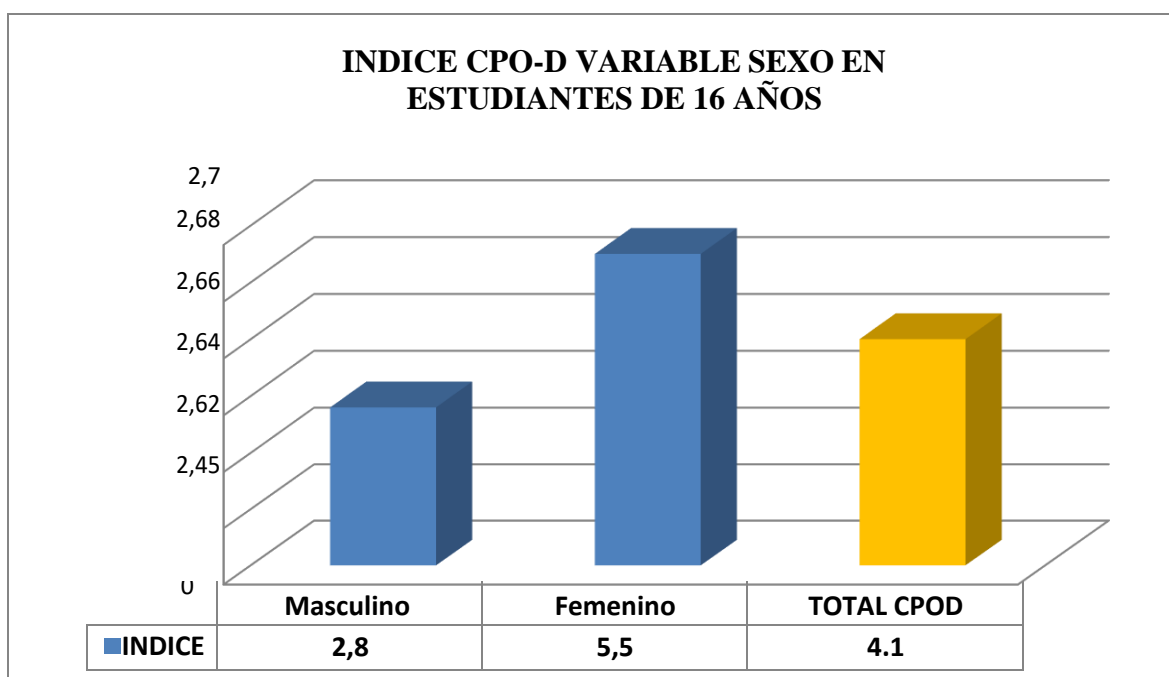
Fuente: Elaboración Propia

INTERPRETACIÓN: Del grupo de Estudiantes de 15 años de edad, se observa en el gráfico que la variable del sexo masculino presentan un índice de CPO-D de **2.6** (leve), y para el sexo femenino presentan un índice de **2.7** (moderado) y el CPO-D general de los estudiantes de 15 corresponde **al promedio de 2.7 que corresponde a parámetro moderado.**

TABLA NO 6: DEL CPO-D DE LOS NIÑOS DE 16 AÑOS

VARIABLE	TOTAL PAC.	CPO-D	TOTAL CPO-D	PREVALENCIA DE CARIES
MASCULINO	5	14	2.8	4.1
FEMENINO	2	11	5.5	
TOTAL	7	25	4.1	MODERADO

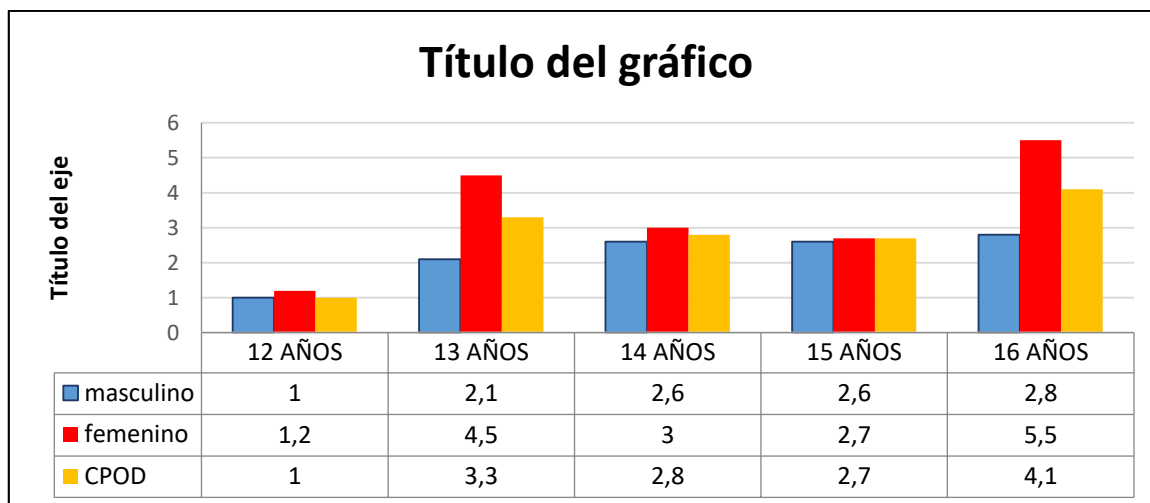
GRÁFICO N°7



Fuente: Elaboración Propia

INTERPRETACIÓN: Del grupo de Estudiantes de 16 años de edad, se observa en el gráfico que la variable del sexo masculino presentan un índice de CPO-D de **2.8** (moderado), y para el sexo femenino presentan un índice de **5.5** (severo) y el CPO-D general de los estudiantes de 16 corresponde **al promedio de 4.1 que corresponde a parámetro de moderado.**

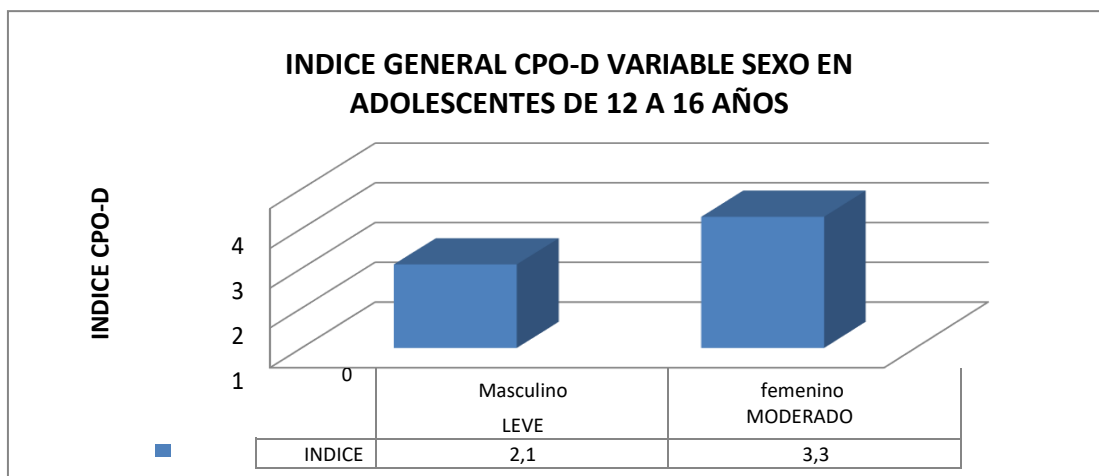
GRÁFICO N° 8



Fuente: Elaboración Propia

INTERPRETACIÓN: En el siguiente gráfico podemos observar la prevalencia de caries por grupo etarios, donde podemos observar que los estudiantes de 12 años presentan un CPO- D de 1 (muy leve), los estudiantes de 13 años presentan un CPO-D de 3.3 (moderado), los estudiantes de 14 años presentan un CPO-D de 2.8 (Moderado), los de 15 años presentan un CPO-D de 2.7 (Moderado) y los estudiantes de 16 años presentan un CPO-D de 4.1. (Moderado)

GRÁFICO N°9



Fuente: Elaboración Propia

INTERPRETACIÓN: En el siguiente gráfico podemos observar la prevalencia de caries por la variable sexo, donde se observa que el un CPO-D de 2.1 para el sexo masculino y un CPO-D de 3.3 para el sexo femenino.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

En el presente trabajo podemos concluir con lo siguiente:

La Prevalencia de caries dental, determinado por el índice CPO-D que se realizó en los estudiantes de la Comunidad de Santa Lucía, Municipio de Bella Flor, nos revelan un promedio general de 2.5 que corresponde al rango leve. Esto se debe, a que este grupo etario tienen una dentición nueva ya que, recién están por completar su dentición total de un adulto.

Según el levantamiento epidemiológico realizado, de los 42 estudiantes evaluados que corresponden al 100% de la muestra, observamos que 36 estudiantes son afectados por caries dental, lo equivalente a un 86% y solo 6 estudiantes no han sido afectados por caries lo equivalente a un 14% de niños libre de caries.

En la tabla No 8 podemos observar que el grupo etario con mayor índice CPO-D son los estudiantes de 16 años, con un CPO-D de 4.1 que corresponde a un rango moderado, y los niños de 12 años presentan el menor índice CPO-D con un promedio de 1 que corresponde a un rango Muy leve. Esto nos muestra que la prevalencia de caries aumenta con el aumento de la edad, esto por no tener una higiene oral adecuada, por el contrario, los niños de 12 años tienen un índice muy leve ya que sus piezas dentarias permanentes son nuevas.

En el gráfico no 9 podemos observar que el sexo con mayor índice de caries corresponde al sexo femenino con un promedio de 3.3 que corresponde a un rango moderado y los estudiantes del sexo masculino presentan un índice menor con un promedio de 2.1 que corresponde a un rango leve.

5.2. RECOMENDACIONES

Una vez realizado el levantamiento epidemiológico a los adolescentes se recomienda que realicen visitas periódicas al odontólogo como forma de prevención en salud oral

Interactuar con los padres de familia a fin que se comprometan con sus hijos a realizar la higiene bucal mediante el cepillado de sus piezas dentarias tres veces al día, además de tener una alimentación variada y equilibrada como forma de prevención.

Los maestros de la Unidad Educativa Hugo Antequera se comprometan con llevar adelante Campañas de promoción y prevención de la salud oral, mediante afiches, cuadros, y coordinación con el centro de salud y el Área de odontología.

Para mejorar las enfermedades de salud oral se recomienda al personal de Salud trabajar de manera integral logrando estrategias de promoción y prevención de la salud oral.

Se recomiendan enfatizar las actividades específicas en educación, prevención y promoción de Salud Oral dirigidas a la población en general, priorizando en la población de adolescentes, estableciendo un plan de seguimiento monitoreo y control, siendo aún la caries un gran problema de salud pública en nuestro medio.

BIBLIOGRAFIA

1. Gaceta medica espirituana Univ. Ciencias Médicas. Sancti Spiritus Vol.17 No.2 (2015) ISSN 1608-8921.
2. OMS: encuestas de salud Buco Dental. Métodos básicos. Cuarta edición, Ginebra, 1997.
3. Díaz de Santos. Fundamentos de epidemiologia. Vol.2 2da Ed., S.A España, 1990
4. Organización Mundial de la Salud.
5. Wiki media (internet). Fundación wiki media. disponible en :<https://es.wikipedia.org/wiki/placa-dental>.
6. Organización mundial de la salud (en línea). Ginebra: OMS; (citado en feb. de 2017) la OMS publica un nuevo informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales.

ANEXOS

Anexos de Fotografías de Trabajo en la U.E. de la Comunidad

