

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



**METAS DE SALUD BUCODENTAL. EVALUACIÓN DE SU
CUMPLIMIENTO. MENOR DE 19 AÑOS. CAMARONES.
CIENFUEGOS. 2016-2018**

Autor: Dra. Neisa Puerto López*

Tutor: Dra. Gretchen Liliet Galán Jiménez. **

Asesora: Dra. Diamela Agruña Álvarez. **

*Residente de Estomatología General Integral

**Especialista en I grado de EGI. Profesor Instructor.

Proyecto de Tesis para optar por el Título de
Especialista de I Grado en Estomatología General Integral

2022

“Año 64 de la Revolución”

"... El médico tiene que ver con la vida humana, la salud humana, sobre el médico cae la inmensa, la infinita responsabilidad de cuidar la vida de los seres humanos: de un niño, de un anciano, de un joven, de un adulto, de una mujer, de un hombre, que se pone en sus manos para aliviar un dolor, para aliviar una enfermedad o para preservar la vida....."

Fidel Castro Ruz

RESUMEN

El desconocimiento del cumplimiento de las metas de salud bucal en el menor de 19 años es una brecha que no ha permitido identificar las deficiencias en los procesos asistenciales estomatológicos. **Objetivo:** Evaluar el cumplimiento de las metas de salud bucodental en el menor de 19 años pertenecientes al Consejo Popular de Camarones del municipio de Palmira en el período comprendido de octubre 2016 a septiembre 2018. **Método:** se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal ambispectivo en pacientes menores de 19 años pertenecientes al Consejo Popular de Camarones del municipio de Palmira, provincia de Cienfuegos. El universo estuvo constituido por 77 pacientes menores de 19 años. Se realizaron exámenes clínico-bucales, así como encuesta y revisión documental como técnicas para la obtención de los datos, ayudados por el cuestionario como instrumento y la historia clínica como fuente. La información se obtuvo a través de encuestas y los datos obtenidos se procesaron en tablas para la correspondiente operacionalización. **Resultados:** Las metas de salud bucal en la población menor de 19 años de Camarones-Cienfuegos no se cumplen en su totalidad, cumpliéndose solamente la segunda meta en la población de 12 años. Hubo predominio de factores de riesgo como antecedente de caries (54.5%), deficiente higiene bucal (44.2%) y obturaciones deficientes (25.9%). **Conclusiones:** Estos resultados muestran cifras que pueden ser mejorables con el perfeccionamiento de la atención a este grupo priorizado, con el cumplimiento de los programas establecidos a fines

Palabras claves: Metas, menor de 19 años, salud bucodental.

Indice

- Introducción.....	1
- Objetivos.....	11
- Marco Teórico.....	12
- Diseño Metodológico.....	19
- Resultados y Discusión.....	27
- Conclusiones.....	34
- Recomendaciones.....	35
- Referencias Bibliográficas.....	36
- Anexos.....	43

INTRODUCCIÓN

En 1945 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el término salud no solo como la ausencia de enfermedades sino también como un estado de completo bienestar físico, mental y social.

Asimismo, la salud bucal consiste en la armonía o normalidad de los dientes y de todas aquellas estructuras adyacentes intrabucales y extrabucales, la cual adquiere significación plena cuando se acompaña, en grado razonable, de la salud general del individuo. ¹

La salud bucodental también se puede definir como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, afecciones periodontales (de las encías), caries dental, pérdida de dientes, así como otras enfermedades que afectan la cavidad bucal. ²

La Salud Bucal debe ser abordada como un componente fuerte de la salud integral del individuo y su entorno, para lo cual es necesario un seguimiento a corto, mediano y largo plazo. ³

La Organización de Naciones Unidas ha venido trabajando con sus agencias, desde finales del pasado siglo, en la organización de cumbres mundiales, reuniones de expertos, conferencias, publicaciones, con el fin de trazar las metas de desarrollo en diversas esferas, que los gobiernos deberán poner en práctica en cada país. ⁴

El Ministerio de Salud Pública tiene su estrategia de trabajo en lo que respecta y en forma de sistema desde la Atención Primaria de Salud, establecida como la base, aplica y evalúa el programa, a nivel local, municipal, provincial y nacional. ³

El Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral tiene como finalidad, agrupar las acciones de salud, fundamentadas en propósitos y objetivos, dirigidos a mantener al hombre sano. ⁴

El Estomatólogo General Integral es capaz de identificar, priorizar y solucionar los problemas del individuo, la familia, la comunidad y el ambiente en una continua y sistemática interrelación entre los componentes y determinantes del estado de salud de las poblaciones. ⁵

Este profesional que trabaja desde la integralidad en la Atención Primaria de Salud (APS) se forma con una visión promocionista y preventivista de la salud, en el nuevo paradigma salubrista, convencido de que la salud es un producto social.; pero también comprende que para lograr este nuevo enfoque debe de educar a la población para conseguir el cambio hacia comportamientos saludables, obtenidos sólo cuando exista una motivación, desde la relación individuo-familia-comunidad-ambiente.^{6,7}

Existen numerosos esfuerzos e investigaciones para determinar las condiciones que permiten prevenir la enfermedad. En Estomatología, el objetivo primordial es la prevención que se basa en la educación para la salud, este es el elemento principal de todas sus acciones, encaminados a orientar a la población sobre lo que debe hacer para mantener una adecuada salud bucal, la cual repercutirá en el estado de salud del organismo en general.⁸

La atención estomatológica integral constituye un reto científico moral, pues el estomatólogo debe ampliar sus conocimientos sobre atención al medio y al hombre. Entonces, educar para promover y proteger la salud, conociendo los factores de riesgo de las principales enfermedades bucales, será la meta a alcanzar mediante un nuevo modelo de atención estomatológica que respondería al concepto de La Estomatología General Integral (EGI), que coloca al hombre como un ser biosocial sobre el que influyen diferentes factores de riesgo, como atributos que pueden actuar negativamente en la aparición y desarrollo de la enfermedad.

Los últimos estudios realizados indican que casi un 80% de la población infantil entre los 0 y 14 años presenta caries dental. También se ha comprobado que a medida que va aumentando la edad de los niños encuestados, más elevado es el porcentaje de caries dental.

Así, a los 6 años, el 29% de niños tienen caries; a los 10 la incidencia es de un 64%; y a los 14 se contabiliza un 82% de niños afectados. Si tenemos en cuenta que la aparición de la caries no se detiene a esta edad es fácil entender que se pueda llegar fácilmente a un 99% o más de personas afectadas en la población adulta.⁹

La definición de caries ha sido enfocada bajo diferentes aspectos. Desde el punto de vista morfológico, es una enfermedad que determina la destrucción de la estructura del diente. Según los criterios epidemiológicos es la enfermedad con mayor prevalencia que padece el hombre moderno. Desde la perspectiva sociológica, es una enfermedad biosocial dependiente de la calidad y condiciones de vida de un determinado grupo poblacional, para otros es una enfermedad infecciosa dependiente de una dieta rica en azúcar. Todas pueden considerarse parciales y complementarias.¹⁰

Según Liébana y Ureña la caries dental es una enfermedad infecciosa crónica, transmisible, que causa la destrucción localizada de los tejidos dentales duros por los ácidos de los depósitos microbianos adheridos a los dientes.⁴ Para Brock y Madigan, la caries es ante todo una “afección de ecología alterada”, definición acorde con el Concepto de la calidad oral como un sistema ecológico complejo y dinámico, con diferentes ecosistemas orales pero en el cual es fundamental para una cavidad oral sana mantener el equilibrio de su microflora, lo anterior desde la óptica microbiológica.¹¹

Negroni la define, como una enfermedad infecciosa de distribución universal, de naturaleza multifactorial y de carácter crónico que, si no se detiene en su avance natural, afecta en forma progresiva a todos los tejidos dentarios y provoca una lesión irreversible. La caries dental es una enfermedad infecciosa con una etiología multifactorial que incluye la susceptibilidad del hospedero, la dieta y los microorganismos cariogénicos.¹²

La alta prevalencia de caries que se presenta en el mundo entero (afecta del 95 al 99% de la población), la sitúa como principal causa de pérdida de dientes, puesto que de cada 10 personas, 9 presentan la enfermedad o las secuelas de esta, que tiene su comienzo casi desde el principio de la vida y progresa con la edad.¹³

Mundialmente se han realizado diversos estudios sobre la caries dental que han mostrado la variabilidad que existe en cuanto a la magnitud y severidad de la enfermedad entre uno y otros continentes, lo que está muy estrechamente relacionado con las condiciones económicas sociales de cada uno de ellos, los hábitos y estilos de vida de las personas.

Existe el consenso de que el mejor tratamiento es la prevención y que la identificación de factores de riesgo es paso obligatorio para la prevención primaria y que ésta se debe empezar a aplicar desde los primeros meses de vida de los niños. Entre las diversas medidas preventivas tenemos: la ejecución de exámenes periódicos, medidas dietéticas, el control de la higiene dental, la fluoración y la aplicación de resinas y sellantes. Se estudia la inmunización por medio de vacunas, la inmunización pasiva y la aplicación de vitaminas específicas para el control de la placa.¹⁴⁻¹⁶

Las caries dentales, enfermedad transmisible, prevenible y asociada a los estilos de vida, afecta al 98 % de la población mundial, es considerada la de mayor prevalencia. El indicador internacional utilizado para su comparación entre los países es el Índice Promedio de Dientes Cariados, Perdidos y Obturados (CPO-D) a los 12 años de edad. La OMS recomienda un resultado de CPO-D que sea inferior a tres en niños de doce años. En Cuba el 90 % de la población ha tenido alguna experiencia de Caries. A los 5 años de edad, el 2 % está afectado. Los mayores de 12 años son los que más afectación presentan. La caries dental es la principal causa de pérdida dentaria.¹⁷

Tener en cuenta la salud bucal en todas las políticas repercutiría en el fomento de sinergias (dentro y fuera del sector salud), para la elección de prioridades, toma de decisiones, planificación, ejecución, control de políticas y de acciones para la salud bucal poblacional.¹⁸

La atención estomatológica a niños y adolescentes comenzó en Cuba en la década de los 60, cuando se contaba con muy pocos recursos para ello, lo cual permitía una pobre cobertura asistencial. Con la introducción del modelo de atención primaria del médico de la familia en el año 1992, se estableció el Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población, con el cual se amplió la cobertura a la población de 15-18 años de edad y se le confirió una alta prioridad.¹⁹ Por otra parte, en el año 1986 se estableció el Reglamento del Ministerio de la Educación Primaria y Media y del Ministerio de Salud Pública para la atención estomatológica a niños y adolescentes mediante resolución conjunta de ambos ministerios.²⁰

El programa de atención a los niños y adolescentes de 0-18 años constituye una de las tareas priorizadas a tener en cuenta en el actual Programa Nacional de Estomatología, que tiene como finalidad las acciones de salud, fundamentadas en propósitos y objetivos, dirigidas a mantener al hombre sano. Comprende a la población de 0-18 años de edad, clasificada según su ubicación en el propio hogar o residencia familiar, niños de 0-4 años (NAHO), niños en instituciones infantiles de 1-5 años (círculos, jardines de la infancia), niños en escuelas primarias y adolescentes en escuelas secundarias, preuniversitarios y tecnológicos, así como los niños y jóvenes de 0-18 ubicados en centros especiales.¹³

La batalla fundamental para lograr una buena salud bucal debe comenzar desde edades tempranas, se priorizan las actividades de promoción y prevención, así como el diagnóstico y tratamiento precoz de las enfermedades bucales.²¹

La caries dental es la enfermedad más frecuente en estas edades; comienza a aparecer muy tempranamente en la vida, con independencia de color de la piel, sexo y ubicación geográfica. El número de dientes afectados aumenta con la edad y se estima que más de 60 % de los pequeños de 6 años han tenido o tienen caries; porcentaje que va incrementándose progresivamente, como bien se ha demostrado en estudios de autores españoles, venezolanos y de otras latitudes.²²

La educación sobre salud dental debe dirigirse con mayor frecuencia a los escolares de primaria y secundaria básica, los cuales suelen ser el “blanco favorito” de estas lesiones. El reforzamiento regular de esos aspectos educativos resulta muy importante y se obtienen grandes beneficios cuando se incluye sistemáticamente a los padres en la aplicación de las orientaciones sanitarias.²³

Antecedentes

González Rodríguez y colaboradores realizaron un estudio en 2018 titulado Atención estomatológica al menor de 19 años en las Tunas, durante un periodo de tres años observaron un total de 343 niños, fue un estudio descriptivo, retrospectivo. La cobertura de atención estomatológica a los pacientes menores de 19 años fue de más del 89 % en los tres años; los pacientes examinados por encima del 92 %; la atención curativa concluida fue mejor en el año 2016 (86,4 %).

Las aplicaciones de laca flúor llegaron a las tres cuartas partes de la muestra en 2016 y en 2017 en las escuelas rurales, el resto fue menor.²⁴

Los enjuagatorios de flúor solo fueron insuficientes en los adolescentes de 15 a 18 años. El municipio Amancio expuso los mejores resultados. Conclusiones: se caracterizó la atención estomatológica al menor de 19 años y el cumplimiento de las metas de salud dental durante tres años en la provincia Las Tunas, mostrando avances alentadores en cuanto a los indicadores del país.²⁴

Gispert Abreu y colaboradores realizaron un estudio sobre las metas de salud y el programa de atención Incremental, resultando que al tercer año de desarrollo del Programa de Atención Estomatológica Incremental se consiguió 100 % de cobertura de la población del área de salud, y durante el período del estudio se constató la disminución progresiva de las tasas de incidencia, prevalencia y gravedad de caries dental, se registró ahorro de materiales dentales, se logró una mayor y más efectiva interrelación con la población del área de salud, lo que generó actitudes responsables hacia la salud bucal personal en los pacientes y aumentó su satisfacción con los servicios estomatológicos del Policlínico. Concluyendo que el Programa de Asistencia Estomatológica Incremental repercutió favorablemente en la población infantil del Policlínico y demostró la importancia de la proyección comunitaria de la atención estomatológica desde edades tempranas.²⁵

Borges Toirac y Nicot Cos realizaron un estudio titulado Evaluación del cumplimiento de las metas de salud bucal, en la población menor de 19 años. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, para describir el cumplimiento de las metas 1, 2, 3 de salud bucal enunciadas por la Organización Mundial de la Salud, así como la presencia de algunos factores de riesgo en la población menor de 19 años que acudió al servicio Odontológico de la Sala de Rehabilitación de Avenida Las Ferias del municipio Valencia, Estado Carabobo.²⁶

La investigación Hernández Ortega y Taboada Aranza sobre la prevalencia y algunos factores de riesgo de caries dental en la población escolar de 6 a 12 años de edad se realizó en Zaragoza, España. Constituyó un estudio observacional, prolectivo, transversal y descriptivo de una población de 560 escolares con una

media de edad de 9.0. Se valoró la presencia de placa dentobacteriana con el índice O'Leary y la experiencia de caries con el COP-D y COP-S.

Como resultados, el índice COP-S fue de 1.6 a 2.4; el COP-D de 1.0 a 1.4, los más afectados son los molares inferiores en 30.5%. De los riesgos analizados, el factor tiempo de exposición a la placa dentobacteriana, medido a través de la edad mostró que los escolares ≥ 8 años tienen 7.1 veces más riesgo de presentar caries.

27

Actualidad:

La Federación Dental Internacional, estableció en 1982, las metas de salud bucal a partir de la propuesta de la Organización Mundial de la Salud de alcanzar en el 2000 salud para todos. Cada país, a partir de sus características y posibilidades, estableció y definió acciones necesarias a ejecutar para lograrlas, Cuba estableció unas específicas:

Meta1: el 50% de los niños de 5 y 6 años de edad estarán libres de caries (CPO + ceo = 0)

Meta 2: el índice CPO-D en la población de 12 años de edad será igual o menor que 3 (CPO-D $\leq$ 3)

Meta 3: el 85% de la población de 18 años mantendrá todos los dientes en boca (P=0)

Meta 4: disminuir en un 75% el promedio de dientes perdidos en la población de 35 a 44 años de edad.

Meta 5: disminuir en un 25% el promedio de dientes perdidos en la población de 65 y más años de edad. ²⁸

Proyecciones de salud pública en Cuba para el 2015 en salud bucal:

Para el 2015 se establecieron 3 propósitos, a fin de mejorar la salud bucal de la población cubana: ³

1. Disminuir la prevalencia de caries dental en la población cubana en 40 %, para lo cual se tuvieron en cuenta los siguientes indicadores:

- Porcentaje de niños con índice de dientes temporales cariados, obturados y extraídos más índice de dientes permanentes cariados, obturados y perdidos (coe-d + COP-D=0) a la edad de 5-6 años debe ser 75,0%.

- Índice de COP-D a los 12 años de edad debe ser de 1,1. 95 % de la población de 18 años deben conservar todos sus dientes.
- El promedio de dientes perdidos en la población de 35-44 años de edad debe ser de 3,9. no
- El promedio de dientes perdidos en la población de 60-75 años de edad debe ser de 14. no

2. Incrementar el porcentaje de la población sin enfermedades gingivales y periodontales en 15,0 %.

El indicador establecido fue:

- Porcentaje de la población sin enfermedad gingival y periodontal debe ser de 75,0. no

3. Aumentar el porcentaje de la población infantil y adolescente sin maloclusión en 12,0 %.

Indicador:

- El porcentaje de la población infantil y adolescente sin maloclusiones debe ser de 74,8%.

En diciembre del 2015 se realizó el Taller de “Proyecciones de la Salud Pública Cubana 2016-2020” convocado por la Dirección de Organización del Ministerio de Salud Pública y el Departamento de Dirección en Salud de la ENSAP. Aquí se plantea que las experiencias acumuladas en los últimos años para el cumplimiento de las proyecciones de salud para el 2015 así como el nivel de desarrollo alcanzado por el sistema y los escenarios políticos, económicos y sociales del país en la actualidad permitieron realizar un amplio debate sobre bases objetivas y científicas y la confección de una propuesta de trabajo para el período 2016-2020. ²⁹

En relación con los objetivos de trabajo del Ministerio de Salud Pública para el año 2016-2020, se mantienen iguales que en el 2015, pero se realizaron propuestas de modificaciones en varios criterios de medidas, con el objetivo de contribuir al desarrollo y perfeccionamiento del sistema de salud cubano y del estado de salud de la población. ²⁴

Entre los miembros del taller se resaltó la importancia del análisis de situación de salud y de los determinantes sociales, entre otros elementos que permiten evaluar consecuentemente el estado de salud del pueblo, así como la realización de acciones de promoción y de prevención de salud con participación intersectorial para enfrentar los principales problemas de salud de la población cubana.²⁴

La calidad de los servicios que se ofertan a la salud y la influencia de los elementos técnicos y de aseguramiento logístico, constituyen pilares para el estado de salud de la población, según se reconoció entre los asistentes.³⁰

Se resaltó la necesidad de continuar el trabajo que fortalezca e integre todos los niveles de atención, las acciones de salud en las áreas de Higiene y Epidemiología y de Asistencia Médica, prioritarias en el sistema. Se insistió en la necesidad del cumplimiento de las acciones relacionadas con el medio ambiente y con el comportamiento de la población y de los trabajadores de la salud.³¹

Novedad científica:

Los referentes teóricos analizados correspondientes a las enfermedades crónicas de la cavidad bucal como objeto de estudio de la investigación, así como sus fundamentos y características enfocados al cumplimiento de las metas de salud en la población menor 19 años, permitieron una aproximación científicamente documentada que se realizó por primera vez en este territorio de Cienfuegos. Con ello se caracterizó correctamente dentro de su contexto sociosanitario, en un territorio concreto y en un espacio dado, contribuyendo a resolver de forma más adecuada este problema de salud. El estudio además de novedoso fue necesario para la práctica social, la formulación de estrategias y la docencia.

Problema Científico:

¿Cómo fue el cumplimiento de las metas de salud bucal en el menor de 19 años en la clínica estomatológica de Camarones, municipio de Palmira, provincia de Cienfuegos, durante el período 2016-2018?

Fundamentación del estudio:

A pesar de que la atención al menor de 19 años es una prioridad del sistema de salud cubano, una herramienta diaria en el trabajo del estomatólogo, no se reportan investigaciones actuales en el país que muestren lo referente a la

cobertura en el cuidado estomatológico a los pacientes menores de dicha edad, necesarias para evidenciar el avance en el tema en la provincia.

El tema tiene actualidad porque es del interés de todos los gobiernos, con las características particulares de cada región. Es tarea priorizada de todos los organismos internacionales de salud como la OMS, OPS, FOLA, FDI, ODUAL y otros.

Está dentro de las líneas de investigaciones internacionales y nacionales de la Atención Primaria de Salud y es de obligatorio cumplimiento que el trabajo tanto investigativo, como docente, asistencial y gerencial de la misma se base en dichas metas y objetivos.

OBJETIVOS

General

Evaluar el cumplimiento de las metas de salud bucodental en el menor de 19 años en el Consejo Popular de Camarones del municipio de Palmira. Cienfuegos. 2016-2018.

Específicos

1. Caracterizar a la población estudiada según edad y sexo.
2. Determinar las metas de salud bucodental en este grupo de pacientes.
3. Identificar los factores de riesgos más frecuentes en los grupos de edades estudiadas.

MARCO TEÓRICO

Concepto de caries

Se define como un proceso o enfermedad dinámica crónica, que ocurre en la estructura dentaria en contacto con los depósitos microbianos y debido al desequilibrio entre la sustancia dental y el fluido de placa circundante, dando como resultado una pérdida de mineral de la superficie dental, cuyo signo es la destrucción localizada de tejidos duros.³²

Epidemiología

La caries es más frecuente en aquellos niños cuyos padres tienen un deterioro de sus dientes y encías. Los cuidados dentales de los niños, particularmente su higiene bucal, tienen que ver fundamentalmente con la educación sanitaria de los padres. La importancia del problema radica en que se sabe que un niño con caries en los dientes primarios será probablemente un adulto con múltiples caries y restauraciones en la dentición permanente.^{5, 33}

Según informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 60-90% de los escolares y casi el 100% de los adultos tienen caries dental en todo el mundo. Los efectos de las enfermedades bucodentales en términos de dolor, sufrimiento, deterioro funcional y disminución de la calidad de vida son considerables y costosos. La OMS estima que el tratamiento representa entre el 5% y el 10% del gasto sanitario de los países industrializados, y está por encima de los recursos de muchos países en desarrollo. El elevado costo de los tratamientos odontológicos puede evitarse aplicando medidas eficaces de prevención y promoción de la salud.⁵

En Cuba la tendencia en la población menor de 15 años ha seguido un comportamiento similar al descrito para otros países, observándose que se produce un incremento notable a medida que aumenta la edad de las personas.³⁴

Desde el punto de vista epidemiológico el índice que más se utiliza para expresar la prevalencia de caries es el índice de CPO-D, el cual considera toda la historia de la enfermedad de las personas al incluir los dientes que están afectados por caries, los cuales han sido obturados y aquellos que fueron extraídos o perdidos por esta causa.³⁵

Se interpreta como el promedio de dientes cariados, obturados y perdidos de las personas de una población determinada. Es importante al comparar países, regiones o grupos de población, tener en cuenta no solo el índice sino también sus componentes: Por ciento y promedio de cariados, por ciento y promedios de obturados, % y promedio de extraídos o perdidos, para poder conocer que por ciento o promedio corresponde a cada uno de ellos y entonces precisar las necesidades de tratamiento y de rehabilitación en las poblaciones.³⁶

Etiopatogenia

La caries dental es una enfermedad de origen multifactorial en la que existe interacción entre tres factores principales: El huésped (particularmente la saliva y los dientes), la microflora y el sustrato. Además de estos tres factores, deberá tenerse en cuenta uno más, el tiempo, el cual deberá considerarse en todo estudio acerca de la etiología de las caries. Para que se forme una caries es necesario que las condiciones de cada factor sean favorables, es decir, un huésped susceptible, una flora oral cariogénica y un sustrato apropiado que deberán estar presente durante un periodo determinado.

Velocidad de formación de la lesión: Comúnmente la caries en el hombre se considera una enfermedad crónica debido a que las lesiones se desarrollan durante un periodo de meses o de años. Las estimaciones acerca de la velocidad con que una lesión insipiente en niños se convierte en una caries clínica son más o menos entre 6 y 18 meses. En general, la probabilidad anual de aparición de caries alcanza un pico, hasta los dos años después de la erupción de los dientes y declina después de este tiempo, reflejando posiblemente una “maduración” post eruptiva de las superficies del esmalte.

Una lesión activa de caries puede detenerse en cualquier estado de la progresión a través de una interrupción del equilibrio entre la sustancia dental y la placa dentobacteriana circundante, es decir, a través de la remoción de placa dentobacteriana.³⁷

Progresión de la caries

En relación con el tiempo, se observa que los fenómenos que ocurren en la estructura dentaria cuando se establece un equilibrio entre esta y la placa

criogénica circundante se caracterizan desde el principio de la lesión por la participación de la superficie del esmalte. Cuando la lesión del esmalte progresa, esta lo hace a través de la dirección de los prismas. En la lesión de superficies lisas, esta es típicamente de forma cónica, con la base en la superficie; el mayor grado de porosidad tisular se encuentra a lo largo de una línea imaginaria que va desde el punto más profundo de la penetración de la lesión hasta la superficie. En fosas y fisuras, la desmineralización del esmalte sigue la dirección de los prismas, asumiendo la forma de un cono con la base hacia la unión amelodentinal.³⁸

La formación de una microcavidad, acelera la desmineralización y la destrucción. Con el proceso de destrucción del esmalte, se forma una cavidad que refleja la disposición prismática. La destrucción por caries siempre inicia en la superficie del esmalte debido a las actividades metabólicas en los acúmulos bacterianos en la superficie. Una vez que la desmineralización ha llegado a la dentina, la progresión de la lesión es más rápida por ser un tejido más orgánico que el esmalte. Ante la injuria clínica, los odontoblastos pulpaes empiezan la producción de dentina esclerótica y reparativa.³⁹

Dependiendo del desequilibrio, la rapidez de desmineralización puede ser mayor que la respuesta de defensa de la pulpa llegando a alteraciones pulpaes bien sean reversibles o irreversibles.

Clasificación

Según su localización

1. Caries de fosas y fisuras: Localizadas en las caras oclusales de premolares y molares, caras palatinas de dientes anteriores superiores y molares superiores y en las caras vestibulares de molares inferiores. Por su disposición en forma de ángulo agudo hacia el límite amelodentinal, proporcionan retención mecánica y un micro ambiente ecológico propicio para el desarrollo de las caries.
2. Caries de superficies lisas: Localizadas en las caras proximales por debajo de las relaciones de contacto con el diente vecino y en el 1/3 cervical de las caras vestibulares y linguales o palatinas. Siempre están precedidas por una placa microbiana.

3. Caries radicales: Se inicia por debajo de la unión amelo-cementaria, en aquellas superficies radicales donde la cresta del margen gingival ha sufrido retracción, llevando a la exposición de la superficie cementaria, bajo la presencia de acumulo de placa dentobacteriana, se diferencia de la erosión, la abrasión, y la reabsorción idiopática, afecciones que también atacan la raíz.

4. Caries del lactante: Por lo general se localizan en las superficies lisas, donde varios dientes están involucrados. Los dientes se van afectando según la cronología, la secuencia de erupción y por la posición de la lengua al succionar. Ataca fundamentalmente a los incisivos superiores e inferiores y a caninos inferiores.³¹

Según profundidad

1. Caries en esmalte: Proceso de destrucción dentaria que ataca el esmalte, sin o con ruptura de la superficie externa.

2. Caries en dentina superficial: Proceso de destrucción dentaria que afecta el esmalte y capa superficial de la dentina con ruptura de la superficie externa

3. Caries en dentina profundas: Proceso de destrucción dentaria que afecta el esmalte y la dentina profundo.³¹

Según el avance de la lesión

1. Caries activas: Puede ser de avance rápido o lento

2. Caries detenida: Cuando las condiciones que dieron origen a la caries varían y se detiene el avance de la lesión.³¹

Factores de riesgo

El concepto de riesgo ocupa un lugar central en la atención primaria de salud. Estas ideas han surgido precisamente por la determinación de las posibilidades de predecir un acontecimiento tanto en el plano de la enfermedad como en de la salud. Esto ofrece a la atención primaria de salud bucal un nuevo instrumento para mejorar su eficacia y sus decisiones sobre el establecimiento de prioridades. Todas las acciones de promoción y prevención deben dirigirse hacia los riesgos.⁴⁰

El factor de riesgo puede ser de naturaleza física, química, orgánica, psicológica o social, en alguna enfermedad anterior al efecto que se está estudiando, que por su presencia o ausencia se relaciona con la enfermedad investigada o puede ser la

causa que contribuye a su aparición en determinadas personas, en determinado lugar y en un tiempo dado.⁴¹

La finalidad del enfoque de riesgo, es la acción sobre la población en general o en forma específica en los grupos de riesgo, orientado a controlar los factores de riesgo conocidos y vulnerables en un intento por disminuir la morbilidad bucal y mortalidad dentaria.⁴²

Factores de riesgo a caries dental

1. Alto grado de infección por estreptococos mutans: Este es el microorganismo más fuertemente relacionado con el inicio de la actividad de caries. Los altos grados de infección por este (> 10 UFC x > 10 ml/saliva), significan elevado riesgo a caries y a la transmisión de microorganismos.
2. Alto grado de infección por lacto bacilos: Estos se relacionan con la progresión de la lesión cariosa en corona y/o en raíz. El alto grado de infección por lacto bacilos (>10 UFC lacto bacilos x ml de saliva), se relaciona con elevada actividad de caries y elevada ingestión de carbohidratos fermentables.
3. experiencia anterior de caries en personas muy afectadas por la enfermedad: Generalmente personas muy afectadas por caries, tienen mayor probabilidad de seguir desarrollando la enfermedad. También es importante considerar para el riesgo la severidad de las lesiones, mientras mayor sea la severidad de las mismas, mayor será la posibilidad de que la actividad de caries persista.
4. Deficiente resistencia del esmalte al ataque ácido: Cuando la resistencia del esmalte al ataque ácido es deficiente, el proceso de desmineralización se extiende y se favorece el progreso de la caries.
5. Deficiente capacidad de mineralización: Cuando está afectada la capacidad de incorporación mineral a un diente recién brotado (maduración pot-eruptiva), o la capacidad de reincorporación mineral al esmalte desmineralizado, la remineralización progresa y se favorece el proceso de caries.
6. Dieta cariogénica: Es uno de los principales promotores de la caries. La cariogenicidad de un alimento, no se determina solamente sobre la base del contenido de azúcar, sino que hay que considerar varios factores: características

físicas del alimento, solubilidad, retención, capacidad para estimular el flujo salivar y cambios químicos en la saliva, la textura (tamaño y forma de las partículas), frecuencia y horarios de sus consumos y tiempo de permanencia en la boca.

7. Mala higiene bucal: Las deficiencias de la higiene bucal se traducen en mayor acumulación de placa dentobacteriana, lo cual reduce el coeficiente de difusión de los ácidos formados por los microorganismos fermentadores, facilitando el proceso de desmineralización y elevando el riesgo a caries, sobre todo en personas con alto # de microorganismos cariogénicos

8. Baja capacidad buffer salival: La baja capacidad salival para detener la caída del PH y restablecerlo, incrementa la posibilidad de desmineralización

9. Flujo salival escaso (xerostomía): Las funciones protectoras de la saliva, resultan afectadas al disminuir el flujo salival, promoviendo desmineralización y elevación del # de microorganismos cariogénicos. Ello incrementa el riesgo de caries.

10. Viscosidad salival: La saliva viscosa es menos efectiva para el despeje de carbohidratos, favoreciendo la desmineralización.

11. Apiñamiento dentario moderado y severo, tratamiento ortodóntica y prótesis: Dificultan los procesos de higiene bucal, promoviendo acumulación de placa dentobacteriana patógena y por consiguiente favorece la desmineralización

12. Anomalías del esmalte: Su prevalencia eleva el riesgo de caries

13. Recesión gingival: Condiciona la aparición de caries radicular en presencia de placa dentobacteriana

14. Enfermedades periodontales: Las personas que la presentan o que tienen secuelas de estas, tienen mayor riesgo a caries radicular

15. Factores sociales: Tales como el bajo nivel de ingresos, bajo nivel de instrucción, de conocimientos en educación para la salud, inadecuadas políticas de servicio de salud, se asocian a mayor probabilidad de caries.

16. Otros estados de riesgo: Bajo peso al nacer, diabetes mellitus, embarazo, malnutrición, hipoparatiroidismo, hipotiroidismo, pacientes epilépticos, parálisis cerebral, discapacitados físicos, y/o mentales, biberón, déficit vitamínico, lactancia

con biberón, personas sometidas a radioterapia, tratamientos con ansiolíticos, psicofármacos, antihistamínicos, sedantes, tranquilizantes.⁴³

DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y ambispectivo con el propósito de determinar el cumplimiento de las metas de salud bucodental en el menor de 19 años pertenecientes al Consejo Popular de Camarones del municipio de Palmira, atendidas en la Clínica Estomatológica de dicho municipio, en el periodo comprendido entre octubre del 2016 a septiembre del 2018.

El escenario fue la Clínica Estomatológica del Consejo Popular de Camarones del municipio de Palmira, debido a que esta población debe asistir a esta institución para obtener el alta de nuestros servicios, como parte de la atención especializada que reciben, tal como está orientado en el Sistema Nacional de Salud.

El universo estuvo constituido por 263 y la muestra no probabilística por 77 pacientes pertenecientes a la población menor de 19 años y al Consejo Popular de Camarones del municipio de Palmira de la provincia de Cienfuegos.

Criterios de inclusión:

- Pacientes menores de 19 años pertenecientes al Consejo Popular de Camarones del municipio de Palmira.

Criterios de exclusión

1. Pacientes menores de 19 años pertenecientes a otra ara de salud.

Los métodos a utilizar serán

Nivel teórico:

- 1) Inductivo-deductivo: Su utilización permitió durante la revisión bibliográfica, realizar inferencia y razonamientos lógicos acerca del objeto de estudio lo que posibilitó el establecimiento de conclusiones parciales y generales.
- 2) Analítico -sintético: Facilitó fundamentar toda la información recopilada sobre el tema objeto de estudio, durante la revisión bibliográfica, así como el procesamiento e interpretación de los datos obtenidos como resultado de la aplicación de los instrumentos.
- 3) Histórico-lógico: Con vistas a conocer la esencia del problema, su evolución histórica, la tendencia y su estado actual.

Nivel Empírico:

1) Observación: Se aplicó en su inicio de manera atenta, racional, planificada y sistemática de los fenómenos relacionados con el fin de constatar la situación actual de la temática en estudio.

Métodos para obtener la información

Como método se empleó la Observación, la encuesta y revisión documental como técnicas para la obtención de los datos, ayudados por el cuestionario como instrumento y la historia clínica como fuente.

A los pacientes seleccionados se le realizaron exámenes clínicos en los servicios estomatológicos con espejo bucal y explorador recogiendo los datos en la encuesta propuesta que será llenado por el examinador.

Análisis estadístico Los datos obtenidos se procesarán utilizando el procesador de texto Microsoft Word y como procesador de información el paquete de Estadística S.P.S.S., versión 15.0 para Windows. El mismo nos permitirá realizar el análisis estadístico y la confección de las tablas, las cuáles constituyen la ilustración de este trabajo. Los resultados se expresarán en números y porcentajes.

Técnicas y Procedimientos:

Para dar cumplimiento a los objetivos propuestos se realizarán exámenes en el servicio estomatológico, utilizando el set de clasificación (espejo, explorador y pinza), y luz artificial, se recogerán los datos en la encuesta planteada. (Encuesta De Salud Buco Dental). Además, se revisarán las Historias Clínicas Individuales de los pacientes que participen en la investigación.

Objetivo No 1

Para dar cumplimiento al objetivo No 1 se utilizaron los datos recogidos en la encuesta realizada durante el examen a los pacientes objeto de estudio y los datos obtenidos se reflejarán en tablas.

Objetivo No 2

Para dar cumplimiento al objetivo No 2 se utilizará el índice de CPO-D plasmado en la encuesta realizada, durante el examen a los pacientes objeto de estudio y los datos obtenidos se reflejarán en tablas.

$$\text{Ceo-d} = \frac{\text{ceo-d individual}}{\text{Total, de individuos examinados}}$$

$$\text{Índice COP-D} = \frac{\text{COP-D individual}}{\text{Total, de individuos examinados}}$$

Donde C- Cariados, O- Obturados, P- Perdidos en dentición permanente.

Objetivo No 3

Para darle cumplimiento al objetivo No 3 se utilizó la observación como principal método de obtención de información. Se utilizó el índice Periodontal de Russell, plasmado en la encuesta realizada durante el examen a los pacientes objeto de estudio y los datos obtenidos se reflejarán en tablas.

El puntaje IP de un individuo es el puntaje medio de todos los dientes examinados.

El puntaje IP de una población se puede calcular sumando todos los IP individuales y dividiéndolo entre el total de personas examinadas. Es un promedio.

Puntaje	Criterio	Criterio adicional con radiografía
0	Encía sana, sin evidencia de alteración	Apariencia radiográfica normal
1	Gingivitis leve: área de Inflamación en la encía libre, no Circunscribe al diente	Apariencia radiográfica normal
2	Gingivitis: área de inflamación en toda encía libre que rodea al diente, pero no existe ruptura evidente de la adherencia epitelial	Apariencia radiográfica normal
6	Gingivitis con formación de bolsa: ruptura	Pérdida ósea horizontal

	de la adherencia epitelial y evidencia de bolsa periodontal. No hay interferencia con la masticación, ni existe movilidad dentaria	
8	Destrucción avanzada con pérdida de la función masticatoria, bolsa profunda y movilidad evidente	Pérdida ósea avanzada, superior a la mitad de la raíz del diente

Objetivo No 4 y 5

Para darle cumplimiento a los objetivos No. 4 y No. 5 se utilizó la observación como principal método de obtención de información. Se recogieron los datos de la encuesta realizada durante el examen a los pacientes objeto de estudio y los mismos se reflejarán en tablas.

Operacionalización de las Variables

Variable	Clasificación	Descripción	Escala	Indicador
Edad	Cuantitativa discreta	Se tuvieron en cuenta los grupos etarios citados en los propósitos.	• 5 a 6 años • 12 años • 18 años	Frecuencia absoluta y porcentaje.
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Se tendrán en cuenta las características formogenéticas de los géneros	• Femenino • Masculino	Frecuencia absoluta y porcentaje
Estado de la dentición	Cualitativa nominal dicotómica	Se utilizó el índice de COP-D y coe-d, desarrollado por Klein, Palmer y Knutson.	• Niños con coe- d +COP-D=0 • Niños con coe-d + COP-D > 0	Frecuencia absoluta y porcentaje
Enfermedad gingival o periodontal	Cualitativa nominal dicotómica	Se evaluó mediante el índice periodontal de Russell.	• Presente: cuando al examen clínico bucal se observó dicha anomalía. • Ausente: cuando al examen clínico bucal	Frecuencia absoluta y porcentaje

			no se observó dicha anomalía.	
Maloclusión:	Cualitativa nominal dicotómica	Considerada como cualquier desviación de la oclusión normal. Se tuvo en cuenta la clasificación sindrómica de Moyers.	• Presente: cuando al examen clínico bucal se observó dicha anomalía • Ausente: cuando al examen clínico bucal se observó dicha anomalía.	Frecuencia absoluta y porcentaje

Factores de riesgo	Cualitativa nominal politómica	Cualquier evento asociado a la probabilidad de que un individuo desarrolle una enfermedad.	• Deglución atípica • Succión del pulgar • Respiración bucal • Tabaquismo • Dieta cariogénica • Experiencia anterior de caries. • Higiene bucal deficiente. • Apiñamiento Dentario.	Frecuencia absoluta y porcentaje
--------------------	--------------------------------	--	--	----------------------------------

Procesamiento de la información

Se elaboraron cuadernos de recolección de datos, a través de Microsoft Office Excel, donde se confeccionó un documento que recogió todas las variables a partir de la información de la historia clínica individual. La aplicación sistemática de los datos utilizados y la información se procesó a través del paquete estadístico SPSS, para lo cual se necesitó de un microprocesador Pentium IV, con ambiente de Windows XP, y se obtuvieron las tablas correspondientes al estudio.

Consideraciones éticas

Para la realización de esta investigación se obtuvo el Aval del Director de la Institución Unidad Ejecutora Principal (Anexo 1), el Dictamen de Comité de Ética (Anexo 2), la Declaración Jurada del Tutor (Anexo 3), Aval del Consejo Científico (Anexo 4), y otras relacionadas con los pacientes objeto de estudio, a los cuales se le solicitó previamente su consentimiento informado al tutor o representante, al realizar el examen, necesario en la investigación; explicándosele además en qué consistió el estudio y los fines de su aplicación, a fin de obtener su autorización. (Anexo 5), la Historia Clínica Individual del paciente (Anexo 6) y un cuestionario de datos (Anexo 7). Limitaciones: el estudio tuvo carácter local y no se correlacionaron las variables con respecto a las enfermedades estudiadas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Distribución de la población menor de 19 años según edad y sexo.

Edad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
5-6 años	14	35.9	25	64.1	39	50.6
12 años	9	42.9	12	57.1	21	27.3
18 años	7	41.2	10	58.8	17	22.1
total	30	38.9	47	61.1	77	100

Fuente: Historia Clínica Individual.

La tabla 1 muestra la distribución de la población menor de 19 años según edad y sexo, donde se comprobó que el grupo de edades más representado es el de 5-6 años para un 50.6%, seguido por los niños de 12 años y 18 años para un 27.3% y un 22.1% respectivamente. Además, hubo un predominio del sexo femenino para un 61.1% sobre el masculino para un 38.9%

Estudios realizados por Gispert y colaboradores⁴⁴, en su análisis de las metas de salud y el programa de atención Incremental manifestaron que la edad predominante en su población era la de 12 años, resultados que difieren de este estudio y coinciden en cuanto al sexo femenino.

Tabla 2. Distribución de niños de 5-6 años afectados por caries.

Grupo de edad	Niños afectados por caries					
	No		Sí		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
5-6 años	18	46.2	21	53.8	39	100

Fuente: Historia Clínica Individual.

El 53.8% de los niños de 5-6 años de edad presentaron caries dental sobre el 46.2% de los niños que no están afectados por esta patología como refleja la tabla 2. Esto significa que no se cumple la primera meta de salud bucal, a pesar que los porcentajes no tengan una diferencia de números muy significativa.

González y colaboradores ⁴⁵ en su investigación, también obtuvieron como resultado un predominio de niños con caries dental considerablemente por encima de los niños sanos, resultados que coinciden con este estudio.

La aplicación de flúor tópico y en enjuagatorios, la enseñanza del cepillado dental correcto, las visitas periódicas a la consulta estomatológica y otras medidas de promoción de salud y prevención de la caries dental influyen la presencia de la misma. ⁴⁵

Es opinión de la autora que la prevención de enfermedades constituye un pilar fundamental para reducir la mortalidad por caries, de ahí que se deben controlar las acciones preventivas en este grupo priorizado.

Tabla 3. Estado de la dentición temporal en los niños de 5-6 años de edad.

Grupo de edad	Estado de la dentición						ceo-d
	Cariados		Obturados		Perdidos		
	No.	%	No.	%	No.	%	
5-6 años	24	55.8	12	27.9	7	16.3	1.1

Fuente: Historia Clínica Individual.

La tabla 3 muestra el estado de la dentición temporal de los niños de 5 y 6 años donde el ceo-d es de 1.1, predominando los dientes cariados. Estos resultados difieren de los obtenidos por Roca ¹⁴ quien obtuvo los dientes obturados; aspecto que se considera está determinado por las insuficiencias aún existentes en la cobertura de la atención estomatológica desde edades tempranas. Por las características de la dentición temporal y el rápido avance de la caries dental en la misma, se hace imprescindible su preservación para evitar la pérdida prematura de dientes temporales.

Tabla 4. Estado de la dentición permanente en los niños de 5-6 años de edad.

Grupo de edad	Estado de la dentición								COP-D
	Cariados		Obturados		Perdidos		Exodoncia indicada		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
5-6 años	12	63.2	6	31.6	1	5.2	0	0	0.5

Fuente: Historia Clínica Individual.

El estado de la dentición permanente en los niños de 5-6 años de edad, presentado en la tabla 4, arrojó un índice COP-D es de 0.5, predominando los dientes cariados para un 63.2%. Los resultados no coinciden González y colaboradores ⁴⁵ quien obtuvo que todos los niños examinados contaban con todos sus dientes.

Tabla 5. Índice COP-D a los 12 años de edad.

Grupo de edad	Estado de la dentición								COP-D
	Cariados		Obturados		Perdidos		Exodoncia indicada		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
12 años	12	35.3	19	55.9	1	2.9	2	5.9	1.6

Fuente: Historia Clínica Individual.

En la tabla 5 se muestra el índice COP-D en los niños de 12 años de edad, resultando de 1.6, predominando los dientes obturados. Los resultados obtenidos difieren de Márquez y colaboradores ⁴⁶ quienes reportaron un predominio de los dientes carizados en la población de 12 años.

La cifra propuesta por la OMS para medir el promedio de dientes carizados, obturados y perdidos a los 12 años es de 1.2, por lo que se debe seguir trabajando para alcanzar tales parámetros. Es válido destacar que los niños desde la dentición temporal exhiben altos índices de caries y no concluyen tratamientos curativos por tanto cuando comienza la erupción de los dientes permanentes, éstos brotan en la cavidad bucal expuesta con la enfermedad; de ahí la importancia de la realización de acciones educativas y preventivas en esta población.

Tabla 6. Índice COP-D a los 18 años de edad.

Grupo de edad	Estado de la dentición								COP-D
	Cariados		Obturados		Perdidos		Exodoncia indicada		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
18 años	14	32.6	20	46.5	5	11.6	4	9.3	2.5

Fuente: Historia Clínica Individual.

El índice de COP-D en los niños de 18 años estudiados es de 2.5, predominando los dientes obturados como refleja la tabla 6. Corchuelo y colaboradores ⁴⁷ en su estudio sobre la prevalencia de las caries en adolescentes determinó que índice

de COP-D de los pacientes de esta edad fue de 3, resultados que no coinciden con esta investigación.

Tabla 7. Distribución de niños de 18 años de edad que mantienen todos sus dientes.

Grupo de edad	Mantienen todos los dientes					
	Si		No		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
18 años	11	64.7	6	35.3	17	100

Fuente: Historia Clínica Individual.

El 64.7% de los niños mantienen todos sus dientes, no así el 35.3% de los niños de 18 años de edad como muestra la tabla 7, aspecto que alarma si se toma en cuenta que la OMS usa esta edad para determinar el grado de conservación de los dientes en la boca y así poder estimar tendencias, tanto para caries como para las periodontopatías y que en este estudio queda evidenciado que no se da cumplimiento a dicha meta de salud bucal.

La autora considera que a los 18 años, los jóvenes tienen en cuenta su estética y acuden en mayor medida a la consulta estomatológica, aunque siguen existiendo inconsistencias para culminar tratamientos prolongados y que conlleven más de una visita, convirtiendo en irreversibles los daños y la inevitable indicación de la exodoncia del diente afectado.

Tabla 8. Distribución de los niños menores de 19 años según factores de riesgo.

Factores de riesgo		Grupos de Edades							
		5-6 (n=39)		12 (n=21)		18 (n=17)		Total (n=77)	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Biológicos	Antecedentes de caries	23	54.8	10	2.4	9	21.4	42	54.5
	Enfermedades endocrinas	0	0	2	100	0	0	2	2.6
	Cardiopatía	2	100	0	0	0	0	2	2.6
	Asma bronquial	3	42.8	2	28.6	2	28.6	7	9.1
	Maloclusión	0	0	6	66.7	3	33.3	9	11.7
Modo y Estilo de vida	H. Fumar	0	0	0	0	2	100	2	2.6
	Alimentación Azucarada	19	59.4	8	25	5	15.6	32	41.6
	Deficiente higiene bucal	18	52.9	7	20.6	9	26.5	34	44.2
	Bruxismo	0	0	0	0	2	100	2	2.6
	Respiración bucal	5	62.5	2	25	1	12.5	8	10.4
Ambientales	Abasto de agua	4	50	3	37.5	1	12.5	8	10.4
	Microvertederos	3	42.8	2	28.6	2	28.6	7	9.1
OSS	Obturaciones deficientes	12	60	5	25	3	15	20	25.9

Fuente: Historia Clínica Individual y Cuestionario.

Los factores de riesgo en la población estudiada mostraron que, dentro de la determinante biológicos, predominaron los antecedentes de caries dental para un 54.5% seguido por las maloclusiones para un 11.7%; dentro del modo y estilo de vida predominaron los pacientes con deficiente higiene bucal para un 44.2% seguido por la ingestión de alimentos azucarados para un 41.6%; los ambientales, el abasto del agua fue representada por el 10.4% y la organización de servicios de salud, el 25.9% de los niños presentaban obturaciones deficientes.

Fernández y colaboradores ⁴⁸ reportó el antecedente de caries como los factores de riesgo predominantes, resultados que coinciden con este estudio.

Varios autores como Zamora ⁴⁹ y Sánchez ⁵⁰ coinciden con la presente investigación al presentar la mala higiene bucal como el factor de riesgo más predominante con un 81,3% y un 83.6% respectivamente.

La deficiente higiene bucal por falta de instrucción adecuada y el consumo exagerado de dulces por gratificación paterna, fueron los factores que más incidieron en los niños de 5-6 años.

Es opinión de la autora que los resultados puede estar asociado al cepillado incorrecto y a la dieta cariogénica mantenida, haciéndolos susceptibles a seguir padeciendo de caries dentales.

CONCLUSIONES

Las metas de salud bucal en la población menor de 19 años de Camarones-Cienfuegos no se cumplen en su totalidad, cumpliéndose solamente la segunda meta en la población de 12 años. Hubo predominio de factores de riesgo como antecedente de caries, deficiente higiene bucal y obturaciones deficientes. El estado de salud bucal, al igual que el estado de salud general de las poblaciones, depende de múltiples y complejos factores físicos, naturales o ecológicos, biológicos, económicos, sociales y de la esfera psíquica. Por lo cual el proceso salud-enfermedad no puede ser señalado fuera del entorno en el cual viven la población y el individuo. Así, la epidemiología en salud bucal es fundamental para comprender el impacto de la enfermedad y contribuir con la organización de los servicios de salud. Estos resultados muestran cifras que pueden ser mejorables con el perfeccionamiento de la atención a este grupo priorizado, con el cumplimiento de los programas establecidos a fines.

RECOMENDACIONES

- ✓ Incrementar las acciones de proyección comunitaria, y educación para la salud en centros escolares y el CMF.
- ✓ Generalizar los resultados de la investigación en el territorio en presentación de jornadas científicas y revistas de impacto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gispert Estela. Sistema pronóstico del riesgo de caries en escolares de 7 a 14 años de edad [Tesis de especialidad]. Ciudad de La Habana: Facultad de Estomatología; 2001.
2. García R, Hernández M, Zaldívar Pérez D. Módulo de educación para la salud. Guía y materiales de estudio. Ciudad de La Habana: MINSAP; 2006.
3. Sosa Rosales MC. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. La Habana: Editorial Ecimed; 2017. p. 71-108.
4. Organización Mundial de la Salud. Nuevo informe sobre salud oral en el mundo; 1997-2003. Ginebra, OMS. Disponible en: [http // www.who.int](http://www.who.int).
5. Cubero Santos A, Lorigo Cano I, González Huéscar A, Ferrer García MÁ, Zapata Carrasco MD, Ambel Sánchez JL. Prevalencia de caries dental en escolares de educación infantil de una zona de salud con nivel socioeconómico bajo. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2019 [citado 2022 Feb 22];21(82):e47-e59. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113976322019000200007&lng=es.
6. Humeres-Flores P, Guzmán-Orellana D, Madrid-Canales C, Fredes-Ziliani A, Mustakis-Truffello A. Cuidado de la salud oral en la primera infancia: La perspectiva de sus madres-un estudio cualitativo. Int. j interdiscip. dent. [Internet]. 2020 [citado 2022 Feb 22];13(2):62-66. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S245255882020000200062&lng=es.
7. Ortega Pérez F, Guerrero A, Aliaga P. Determinantes sociales y prevalencia de la caries dental en población escolar de zonas rurales y urbanas de Ecuador. OdontoInvestigación [Internet]. 2018 [citado 2022 Feb 22];4(2):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <https://revistas-olnx.usfq.edu.ec/index.php/odontoinvestigacion/article/view/1281>
8. Romero J. Las metas del milenio y el componente bucal de la salud. Acta odontolvenez, ago 2006,44(2).

9. Taboada-Aranza O, Rodríguez-Nieto K. Prevalencia de placa dentobacteriana y caries dental en el primer molar permanente en una población escolar del sur de la Ciudad de México. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [Internet]. 2018 [citado 2022 Feb 22];75(2):113-18. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S166511462018000200113&lng=es
10. Líneas de investigación de Estomatológica 2018-2019. Recuperado a partir de: https://www.google.es/search?source=hp&ei=Sw_vW-aiH4_XzgKzvo6ABg&q=L%C3%ADneas+de+Investigaci%C3%B3n+en+Estomatolog%C3%ADa+Cuba&oq=L%C3%ADneas+de+Investigaci%C3%B3n+en+Estomatolog%C3%ADa+Cuba&gs_l=psy-ab.3...1856.19792.0.20991.45.29.0.16.16.0.321.3200.4j18j2j1.25.0....0...1c.1.64.psy-ab..4.40.3250...0j0i131k1j0i22i30k1j33i22i29i30k1j33i160k1.0.CxQ0gknl2n8
11. Sosa Rosales M, Marín Quintero ME, Méndez Peña A, Guillaume Ramírez V, Criado M, Echarry Cano. Indicadores Epidemiológicos. En: Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013.p. 519-48.
12. Del Valle MC. Temas de Periodoncia. Tomo 1. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1991.p.91-100.
13. Gisbert Abreu E de los Ángeles. Abordaje de la salud bucal en Cuba. Odontol Sanmarquina [Internet]. 2020 [citado 22 de Feb de 2022];23(2):197-202. Disponible en: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/17765>
14. Roca C. Estado de salud bucal en los niños de 5-6 años del Centro Escolar 26 de Julio. [Tesis]. Santiago de Cuba: Instituto Superior de Ciencias Médicas; 2010.
15. Cabaña Climalda S. Prevalencia de caries dental y su relación con las aplicaciones tópicas de fluoruros [Tesis de especialidad]. Ciudad de la Habana. Facultad de Estomatología. Cuba, 2001

16. Ruottinen S, Karjalainen S, Pienihakkinen K, Lagstrom H, Niinikoski H, Salminen M, et al. Sucrose intake since infancy and dental health in 10-year-old children (abstract). Caries Res. 2019; 38(2):142-8.
17. Carranza FA. Periodontología Clínica de Glickman .8va ed. México: Interamericana. 1998. p.707-735.
18. Rioboó GR. Concepto dinámico de la enfermedad y la lesión de caries. En: Bascones MA. Tratado de Odontología. Madrid: Trigo; 1998.p.2183-4.
19. Declaración de principios de la FDI. Objetivos globales para la salud bucodental.. Aprobada por la Asamblea General de la FDI: 18 septiembre 2003 – Sidney, Australia.
20. Cubero González R, López Martín D, Torres Gárriz L, López Otero E, González Linares Y, Morffi Pérez A. Atención estomatológica incremental y prevalencia de caries dental en población menor de 19 años Incremental dental care and prevalence of dental caries in the population under 19 years. MediCiego [Internet]. 2018 [citado 2021 Sep 20];20(2). Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/150>.
21. Fornaris Frías M, Castillo Peralta M, Rodríguez Morales A, Arias Arañó Z, Acosta Pérez Y. Evaluación de la satisfacción de los usuarios con la atención estomatológica al menor de 19. MEDISAN Médico [Internet]. 2006 [citado 2021 de Sep 20];10(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_2_06/san05206.
22. González Desdín I, Legrá Matos SM. Comportamiento de la atención estomatológica preventiva en pacientes de 10-14 años en la provincia Holguín. Correo Científico Médico [Internet]. 2012 [citado 2021 de Sep 20]; 16(3):[Aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/352>.
23. Ministerio de Salud Pública. Registro de Nacional de estadística de estomatología. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas, 2015-2017.
24. González-Rodríguez Y, Rodríguez-González N. Atención estomatológica al menor de 19 años en la provincia Las Tunas, resultados de tres años Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. [Internet]. 2019 [citado

- 2022 Ene 8];44(2):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/574>
25. Gispert Abreu Ed, Bécquer Águila JL. Salud bucal poblacional, una prioridad en todas las políticas. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2017 [citado 2021 de Sep 20];52(3). Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/943>.
 26. Borges Toirac T, Nicot Cos E. Evaluación del cumplimiento de las metas de salud bucal, en la población menor de 19 años. Revista electrónica de portales médicos. [Internet]. 2014 [citado 2021 de Sep 20]. Disponible en; <http://www.revmed.com/pdfs/pdfs35-4584>
 27. Hernández Ortega E, Taboada Aranza O. Prevalencia y algunos factores de riesgo de caries dental en el primer molar permanente en una población escolar de 6-12 años. Revista ADM [Internet]. 2018 [citado 2021 de Sep 20];74(3):141-45. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2018/od-173>
 28. Declaración de principios de la FDI. Objetivos globales para la salud bucodental. Aprobada por la Asamblea General de la FDI: 18 septiembre 2003 – Sidney, Australia.
 29. Gispert Abreu Ed, Serrate PC, Herrera Nordet M. Salud bucal poblacional y su producción intersectorial. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2018 [citado 2021 Dic 19];52(Sup. Esp). Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/807>.
 30. Da Cunha JMP, Vignoli JR. Crecimiento urbano y movilidad en América Latina. Rev. Latinoamericana de Población [Internet]. 2019 [citado 2022 Ene 20];4-5(3):27-64. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5349606>.
 31. Chaple Gil A, Ramos R. Particularidades de la Farmacología en la atención al menor de 19, Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2017 [citado 2022 Feb 22]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Alain-Chaple-Gil/publication/278244263_Particularidades_de_la_Farmacologia_en_la_at

encion_al_menor_de_19_anos/links/557dfe5e08aeb61eae247c52/Particularidades-de-la-Farmacologia-en-la-atencion-al-menor-de-19-anos.pdf

32. Fornaris Frias M, Castillo peralta M, Acosta Pérez Y. Evaluación de la satisfacción de los usuarios con la atención al menor de 19 años. MEDISAN [Internet]. 2018 [citado 2022 Feb 18];10(2):[Aprox. 6 p.]. disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_2_06/san05206.htm
33. Marrs JA, Trumbley S, Malik G. Early childhood caries: determining the risk factors and assessing the prevention strategies for nursing intervention. *Pediatr Nurs*. 2011;37:9-16.
34. Borroto Chao R. Evolución del Estado de Salud Bucal de la población cubana desde el año 1984 hasta 1998, según cumplimiento de las metas de Salud Bucal para el 2000. [citado 15 Nov 2017].
35. Villamil Jiménez LC, Romero Prada JR. Los objetivos de desarrollo del milenio (ODM) de las naciones unidas: ¿en dónde estamos y para dónde vamos?. Fuente de inspiración para priorizar las labores desde la academia. *Rev. Lasallista Investig*. [Internet]. 2011 [cited 2022 Feb 22];8(1):126-35. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S179444492011000100014&lng=en.
36. Cardentey García J, Silva Contreras AM, Pulido Valladares Y, Arencibia García E, Martínez Cabrera M. Caracterización de la salud bucal en la adolescencia temprana en un área de salud. *Rev Ciencias Médicas* [Internet]. 2011 [citado 2022 Feb 22];15(3):15-27. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15613194201100030003&lng=es.
37. Gispert Abreu E de los Á, Bécquer Águila JL. Nuevo paradigma para la salud bucal. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. 2011 [citado 2022 Feb 22];48(4):317-18. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475072011000400001&lng=es.
38. González Naya G, Montero del Catillo ME. *Estomatología General Integral*. La Habana: Ciencias Médicas; 2013.

39. Rojas Herrera I. Prevalencia de caries dental y factores de riesgo asociados. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2012 [citado 2022 Feb 22];41(4): 379-84. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S013865572012000400008&lng=es.
40. Jimenez Castellanos MI, Díaz Sánchez Ledis S, Páez Delgado D, Lobaina Lafita JL, Tartabull Silva FM. Risk factors of oral-dental disorders in children from particular daycare houses. MEDISAN [Internet]. 2019 [citado 2022 Feb 22];23(3):403-11. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192019000300403&lng=es.
41. Ministerio de Salud pública, Área de Asistencia Médica y Social, Medicamentos y Tecnologías, Departamento Nacional de Estomatología, Sosa Rosales M. Consideraciones sobre Estomatología y la situación del estado de salud bucal en Cuba. La Habana: MINSAP; 2018.
42. Otaño Lugo R, Marin Manzo GM, Masson Barceló RM, Fernández Isla R. Ortodoncia. La Habana: Editorial Ciencias médicas; 2014.
43. Snidero S, Rahim Y, Berchialla P, Gregori D. Prevention of drowning in infants and children. Int J Inj Contr Saf Promot [Internet]. 2018 [cited 2022 Feb 2];14(4):203-13. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/112/2/43>
44. Gispert Abreu Ed, Bécquer Águila JL. Salud bucal poblacional, una prioridad en todas las políticas. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2017 [citado 2022 Feb 18];52(3):[Aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/943>.
45. González Rodríguez S, Pedroso Ramos L, Rivero Villalón M, Reyes Suárez VO. Epidemiología de la caries dental en la población venezolana menor de 19 años. Medimay [Internet]. 2017 [citado 2022 Feb 18];20(2):[Aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/382>
46. Márquez Filiú M, Rodríguez Castillo RA, Rodríguez Jerez Y, Estrada Pereira G, Aroche Arzuaga A. Epidemiología de la caries dental en niños de 6-12 años en la Clínica Odontológica “La Democracia”. MEDISAN [Internet].

- 2009 [citado 2022 Feb 18];13(5):[Aprox. 8 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_5_09/san12509.htm
47. Corchuelo-Ojeda J, Soto-LLanos L, Mambuscay JC. Prevalencia de caries en adolescentes atendidos en la red de salud del Valle del Cauca: alternativas de medición y factores asociados. CES odontol. [Internet]. 2016 [citado 2022 Feb 22];29(1):22-32. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120971X2016000100004&lng=en.
48. Fernández González C, Núñez Franz L, Díaz Sanzana N. Determinantes de salud oral en población de 12 años. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral [Internet]. 2011 [citado 2022 Feb 22];4(3): 117-21. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072011000300007&lng=es.
49. Zamora Tejeda M, Castañeda Deroncelé M, Hechavarría Martínez BO. Caracterización clinicoepidemiológica de pacientes especiales con gingivitis crónica. MEDISAN [Internet]. 2017 [citado 2022 Feb 19];21(10):3011-17. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368453251003>
50. Sánchez Rodríguez L, Gómez Porcegué Y, Salas González P, León Casanova O. Enfermedades bucales en pacientes especiales menores de 15 años. Sancti Spíritus. 2016. Gac. Méd. Espirit. [Internet]. 2019 [citado 2020 Feb 20];21(3):62-8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S160889212019000300062

ANEXOS

ANEXO 1.

AVAL DEL DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN UNIDAD EJECUTORA PRINCIPAL.

El que suscribe: _____,
hago constar que estoy de acuerdo que nuestra institución participe en condición
de institución ejecutora en el proyecto de investigación titulado:

_____, de los
autores: _____

Se trata de una investigación cuyos objetivos responden al Banco de problemas
del centro, y principales problemas de salud del territorio, que tiene como
propósito obtener resultados científicos, económicos y/o sociales:

Científicos:

Social:

Económico:

Y para que así conste firmo el presente documento conjuntamente con el jefe del
proyecto a los ____ días del mes de _____ del 20____

Director de la Entidad Ejecutora

Jefe del Proyecto

ANEXO 2.

DICTAMEN DEL COMITÉ ETICA DE LA INVESTIGACIÓN

Nombre de la Institución:

Los miembros del CEIC debajo firmantes, nombrado por la Resolución _____, hemos revisado el proyecto de investigación:

de los autores _____

_____ y

encontrado que el mismo cumple con:

1. Los elementos esenciales que sustentan el problema científico. S ☐ N ☐ NP ☐
2. Los objetivos claramente enunciados. S ☐ N ☐ NP ☐
3. La sustentabilidad económica, social y ambiental. S ☐ N ☐ NP ☐
4. La descripción de las características del producto, equipo o materiales y métodos. S ☐ N ☐ NP ☐
5. Los anexos, encuestas, cuestionarios y modelos necesarios. S ☐ N ☐ NP ☐
6. El procedimiento para el consentimiento informado. S ☐ N ☐ NP ☐
7. La evaluación del procedimiento de selección de los sujetos. S ☐ N ☐ NP ☐
8. La información sobre el manejo ético de los animales de laboratorio. S ☐ N ☐ NP ☐
9. La información sobre las pruebas farmacológicas. S ☐ N ☐ NP ☐
10. La información sobre la toxicidad preclínica y clínica y reacciones adversas. S ☐ N ☐ NP ☐
11. El correcto diseño experimental y análisis estadístico. S ☐ N ☐ NP ☐
12. Los criterios de diagnóstico, inclusión, exclusión, interrupción del tto. y salida. S ☐ N ☐ NP ☐

13. La definición y evaluación objetiva de las variables. S ☐ N ☐ NP ☐
14. La información sobre el balance los beneficios esperados y los riesgos. S ☐ N ☐ NP ☐
15. La información sobre los recursos necesarios. S ☐ N ☐ NP ☐
16. La competencia científica de los investigadores. S ☐ N ☐ NP ☐
17. La bibliografía adecuada. S ☐ N ☐ NP ☐
18. Las normas de buena práctica clínica S ☐ N ☐ NP ☐
19. El diseño del proyecto en formato CITMA. S ☐ N ☐ NP ☐
20. La información sobre el cálculo económico. S ☐ N ☐ NP ☐
21. La conducta a seguir ante los eventos adversos u otros daños. S ☐ N ☐ NP ☐

Leyenda: S = Sí, N = No, NP = No procede.

Por lo que se recomienda:

_____ Aprobarlo sin modificaciones

_____ Aprobarlo luego de hacer las modificaciones propuestas por el CEI

_____ Que se reelabore y se vuelva a presentar al CEI

_____ No aprobarlo

En el caso de no aprobarse, colocar una observación en la hoja de notas con el número correspondiente explicando en qué consiste la dificultad.

Dado en _____, a los _____ días del mes de _____ de 200__.

Nombre del Evaluador	Cargo en el CEI	Firma

ANEXO 3

DECLARACIÓN JURADA DEL TUTOR

Yo: _____,
con categoría docente _____.

Certifico como tutor(a) del trabajo titulado:

_____, que asumo el cumplimiento y desarrollo de la investigación así
como el asesoramiento científico metodológico al o los estudiantes.

Autores:

Nombre y Apellidos	Año Académico

Y para que así conste firma la presente:

Nombres y Apellidos del tutor.

Firma y Cuño

ANEXO 4

AVAL DEL CONSEJO CIENTÍFICO

El Consejo Científico de _____ después de analizar, y discutir el proyecto titulado _____

_____ presentado por su autor principal _____

donde participan como otros autores, _____

_____, ha decidido aprobar el mismo en la sesión desarrollada el día ____ de ____ del año ____ quedando en acta según acuerdo No ____ por presentar rigor científico, con una metodología adecuada a los objetivos que se propone y estar en correspondencia con las líneas de investigación a desarrollar, según las necesidades de la institución.

Se avala el mismo para su participación en las:

Proyecto Institucional _____.

Proyecto TTR _____

Proyecto TTM _____

Dado en Cienfuegos a los ____ días del mes de _____ de _____,

Atentamente,

Presidente del Consejo Científico

Firma _____

Cuño

ANEXO 5.

Consentimiento Informado.

Yo _____ manifiesto mi mayor
disposición para participar en la investigación

bajo el compromiso de que la información obtenida sirva para el análisis estadístico del problema y no se divulgue en el orden personal. Y para que así conste firmo la misma.

Firma del paciente o tutor

Firma del estomatólogo

a cargo de la investigación

ANEXO 6.

HISTORIA DE SALUD BUCAL INDIVIDUAL

[illegible]

MOD. 4702-4	HISTORIA CLINICA ESTOMATOLOGICA		FECHA:
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA ESTOMATOLOGIA			No De H. CLINICA:
UNIDAD:	CONSULTORIO No.		
PACIENTE: 1er. APELLIDO:	2do. APELLIDO:	NOMBRE:	
DIRECCION:			
EDAD:	SEXO: MASC. (☐) FEM. (☐)	ESCOLARIDAD:	
HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL			
ANTECEDENTES			
PATOLOGICOS			
(Personal - Familiar)			
Hemorragicos (asociación e Medicamentos).			
HABITOS			
Succión Lengua			
Proctatili, Copillado			
Brujería, Tabaquismo			
Café, Alcohol y otros.			
EXAMEN BUCAL			
(Señalar Afecções)			
EXAMEN FISICO			
General			
(Piel y Mucosas,			
Músculo Extremo)			

DENTIGRAMA

INFERIOR
[TRAJIN]

18	17	16		15	14	13	12	11		21	22	23		24	25		26	27	28
																			
																			
				55	54	53	52	51		61	62	63		64	65				

DERECHO

[LINGUAL]

IZQUIERDO

	85	84		83	82	81		71	72	73		74	75						
																			
48	47	46		45	44	43	42	41		31	32	33		34	35		36	37	38

LABIAL
INFERIOR

DIAGNÓSTICO:

PLAN DE TRATAMIENTO:

[illegible]

ANEXO 7

Cuestionario (Utilizado en la investigación: Cumplimiento de los propósitos de salud bucal para el 2015 en pobladores de un consultorio médico); por la Dra. Tania Cutiño Matos y Dra. Ana Caridad López Vantour.

Estomatólogo que encuesta: _____

FECHA _____

NO. DE ENCUESTA _____

Información General:

NOMBRES Y APELLIDOS _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD EN AÑOS _____

SEXO (M-1, F-2)

MUNICIPIO:

Área de salud:

CMF NO

CDR

CIRCUNSCRIPCION

Clasificación Epidemiológica:

1. SANO

3. ENFERMO

2. SANO CON RIESGO

4. DEFICIENTE DISCAPACITADO

Estado de la Dentición:

Temporal

Total de dientes

Permanente

Total de

dientes.

0-Sano _____

1-Cariado. _____

2- Obturado con recidiva. _____

3- Obturado _____

4- Extraído por caries _____

5- Extraído por otra razón. _____

6- Extracción indicada _____

9- No se registra. _____

AGRADECIMIENTOS

- ✓ Quisiera agradecer a mi familia por el apoyo incondicional y la ayuda que me han brindado, en la realización de este trabajo.
- ✓ A todos los profesores que con sus modestos esfuerzos contribuyeron en mi formación.
- ✓ A todos los pacientes que colaboraron en la realización de este trabajo.