

Contenido

• Presentación	1
• Noticias	1
• Antecedentes	2
• Variables de observación	2
• Sistema de captura	3
• Análisis estadístico	3

Reportes

• Bogotá / Chía	3
• Santiago de Cali	6

Rector UNICOC

Dr. Jorge H. Arango Mejía

Decano Colegio Odontológico - Bogotá

Dr. Ramiro Blanco Parra

Decano Colegio Odontológico - Cali

Dr. Jairo Forero FonsecaDirección de Investigación y Gestión del
Conocimiento:**Dr. Jorge Pinzón Murcia**

Dirección CICO - Bogotá

Dra. Carmenza Macías Gutierrez

Sub-Dirección CICO - Cali:

Dra. Paula C. Bermúdez Jaramillo

Epidemiología CICO:

Dra. Angela Suarez Castillo - Bogotá**Dr. Carlos H. Martínez Cajas** - Cali

Estadística CICO:

Mónica A. Pachón Rodríguez - Bogotá**Julián A. Tamayo Cardona** - Cali

Correspondencia:

Centro de Investigación
Colegio Odontológico - CICO

Dirección:

Autopista Norte Km. 20.
Bogotá D.C.Calle 13 No.3N-13
Santiago de Cali

Teléfonos:

PBX: 6612410 - 6613051

Ext: 21

Correo electrónico:

investigacioncali@unicoc.edu.co

investigacionbogota@unicoc.edu.co

Diagramación:

Dr. Carlos H. Martínez Cajas.

PRESENTACIÓN

El Observatorio Epidemiológico de la Salud Oral tiene como propósito el análisis de la salud oral de los pacientes que consultan la Red de Clínicas del Colegio Odontológico UNICOC; la observación permanente de lo que ocurre durante el proceso de atención al paciente cobra importancia ya que permite conocer cuál es el impacto de las intervenciones y tratamientos en salud bucal que la Institución brinda a la población.

Adicionalmente, y considerando las pautas del Ministerio de Salud implementadas en el sistema de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA (1) y en el subsistema de vigilancia en salud oral - SISVESO, (2) se plantean como objetivos:

- La vigilancia de eventos relacionados con la salud bucal que afectan a la población.
- La provisión en forma sistemática de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población.
- Dar respuesta a la línea política de salud oral relacionada con el monitoreo y vigilancia de las condiciones de salud oral de las poblaciones, donde la academia forma parte fundamental del proceso.
- Hacer énfasis en la vigilancia y monitoreo de las alertas epidemiológicas relacionadas con caries dental (énfasis en opacidad blanca y café y en el componente de dientes perdidos por caries) con la enfermedad gingival y la fluorosis dental

En el medio externo los análisis producidos por el Observatorio Epidemiológico de la Salud Oral contribuirán con la información sobre la cual las autoridades territoriales puedan orientar las políticas y la planificación en salud pública; tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud.

Simultáneamente, al interior del Colegio Odontológico-UNICOC la información permitirá:

1. *Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública. SIVIGILA. 2010*
2. *Política pública de salud oral de Bogotá con participación social 2011-2021. Secretaría distrital de salud.*

De interés...

La OMS acoge con satisfacción el tratado internacional sobre el mercurio

Declaración de la OMS del 19 de enero de 2013

La OMS a partir de este año apoyará la "eliminación progresiva" de la utilización de amalgama dental. Esta medida contribuirá a reducir el uso de mercurio y sus consecuencias en el medio ambiente. Así mismo reducirá los efectos nocivos del mercurio sobre la salud. El Convenio de Minamata es producto del análisis y evaluación científica realizada por expertos en más de 140 países. El tratado fue aprobado en Ginebra el 18 de enero de 2013.

Tomado de:

http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2013/mercury_20130119/es/index.html

Fecha de consulta: Febrero 25 de 2013.

- Optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones.
- Racionalizar y optimizar los recursos disponibles.
- Planificar intervenciones efectivas, propendiendo por la protección de la salud individual.
- Fortalecer y posicionar la salud oral como parte fundamental de la salud pública y de los procesos de investigación.

El proceso de implementación del Observatorio ha incluido distintos pasos secuenciales que parten desde la identificación de la información básica de captura o variables del sistema, el diseño y desarrollo del aplicativo de captura digital hasta la permanente capacitación de los profesores y estudiantes en la garantía de calidad de los datos y la concientización sobre la importancia de su participación en el proceso de captura. Este último componente formativo pretende generar espacios reales y virtuales con miras a que en el corto plazo se cuente con herramientas que permitan la consulta permanente de información actualizada que facilite su uso oportuno. En prospectiva el Observatorio Epidemiológico de la Salud Oral se transformará de un repositorio de datos en un centro de referencia e información local en Bogotá y Cali, que favorezca la articulación de información generada en la Red de Clínicas del Colegio Odontológico-UNICOC con otros sistemas existentes en las Secretarías de Salud municipales, departamentales y en el Distrito Capital.

ANTECEDENTES

La prevalencia y el comportamiento de las enfermedades bucales y sus consecuencias son eventos particularmente propensos a cambiar debido a la naturaleza compleja e interactuante de factores biológicos, del medio ambiente y los determinantes sociales. Las enfermedades bucales que afectan a la población Colombiana se encontraban en niveles importantes hace 15 años según lo reportó el tercer estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III) (3). Así pues, se indicó que el 88.7% de la población presentó historia de caries en dentición permanente.

Pese a que la información reportada data del año 1998, y a la ausencia de información poblacional actualizada, los reportes particulares demuestran en los niveles nacional, regional y subregional, la necesidad de emprender acciones de seguimiento que permitan conocer el comportamiento de las enfermedades bucales con el fin de establecer intervenciones efectivas en salud pública; así

como la formulación de políticas públicas que favorezcan la salud y produzcan mejoramiento en la calidad de vida de los habitantes.

Actualmente en el país, las autoridades territoriales tienen a su cargo el diagnóstico local de situación en salud de la población; para ello todos los estamentos públicos y privados deben contribuir a la construcción de dicho panorama, y es allí donde los sistemas de información juegan un papel fundamental.

Las metas contenidas en el Plan Nacional de Salud Pública para el período 2007-2010 (4) se enfocaron principalmente en caries, se proyectó lograr un índice COP promedio menor a 2.3 a la edad de 12 años; además, mantener la dentición permanente en el 60% de los mayores de 18 años, y para ello se propuso incrementar la proporción de personas mayores de 18 años con el mayor número de dientes permanentes presentes, y en la misma dirección se agregó una meta de seguimiento para “reducir el número de dientes permanentes perdidos por caries dental”. Con base en lo anterior, se identifican dos elementos importantes para el monitoreo en salud bucal: el comportamiento de la caries desde el nacimiento hasta los 12 años y el edentulismo en la población adulta.

En el año 2001 la OMS y la Federación Dental (FDI), ajustaron las metas internacionales con el fin de enfrentar componentes más allá del control de la caries dental y la realización de actividades de prevención, en las nuevas metas se observa la inclusión de nuevos frentes de trabajo como: salud periodontal, salud de la mucosa bucal, cáncer y precáncer, trauma craneofacial, dolor y relación entre la salud bucal y calidad de vida.

En la misma vía, la OMS junto con la FDI y la IADR (International Association for Dental Research), en 2003 publican las “Metas globales en salud oral para el 2020”, en donde se presenta un escenario para que los profesionales en salud bucal planifiquen la disminución de los indicadores de las enfermedades, en la proporción que se estime como la apropiada de acuerdo con las condiciones de cada región y los recursos disponibles.

Las metas presentadas en el documento están relacionadas con:

- Minimizar el impacto en la salud y el desarrollo psicosocial de las enfermedades orales y craneofaciales, haciendo énfasis en la promoción de la salud bucal

3. Informe especial de SIVIGILA Tercer estudio nacional de salud bucal (ENSAB III). Oficina de epidemiología. Ministerio de salud. año 2000.
4. Plan Nacional de Salud Pública(2007-2010). Resolución 3039 de 2006. Colombia

y la reducción de las enfermedades bucodentales en poblaciones con mayor carga de enfermedad.

- Minimizar el impacto de las manifestaciones orales y creaneofaciales de enfermedades sistémicas en el individuo y la sociedad, y hacer uso del diagnóstico temprano de las manifestaciones, prevención y manejo efectivo de enfermedades sistémicas.

Ante el panorama nacional y mundial planteado, el Colegio Odontológico - UNICOC pretende fortalecer sus sistemas de información y contribuir de manera articulada con información oportuna que permita a los planificadores el cumplimiento y ajuste de objetivos e indicadores de acuerdo a las directrices nacionales y mundiales vigentes.

VARIABLES DE OBSERVACIÓN

Las características incluidas en el instrumento de captura permiten establecer: identificación del paciente, edad, sexo, estrato socioeconómico (de la vivienda), procedencia urbano/rural, ascendencia, estado civil, escolaridad, afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Así mismo, si proviene de alguna institución o grupo especial de población, motivo de última consulta, fecha de atención, motivo de consulta actual, antecedentes personales, fecha de atención de la consulta actual.

La información obtenida del examen clínico incluye la evaluación sobre higiene oral, marcadores periodontales, maloclusiones, otros hallazgos, índice COP-d y ceo-d, presencia de fluorosis y otras anomalías dentales. Adicionalmente, se registran diagnósticos definitivos de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 y registro de actividades realizadas. Identificación del Odontólogo Docente y estudiante a cargo de la atención del paciente.

SISTEMA DE CAPTURA

El aplicativo de captura fue diseñado en lenguaje de programación Visual .Net que mediante el uso de sus librerías visuales permite obtener una interfase amigable para cualquier usuario en ambiente Windows.

La interfaz visual permite el registro de información en las bases de datos relacionales que son gestionadas por el robusto motor de base de datos SQL multiplataforma y de código abierto (Open Source) Firebird versión 2.5. El funcionamiento del software se realiza bajo Windows en sistemas operativos de 32 bits y 64 bits.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realiza con el programa estadístico IBM SPSS versión 20. Acorde a los objetivos se utiliza estadística descripti-

va, haciendo uso de tablas de frecuencia, tablas de contingencia y gráficas de barras.

SEDE BOGOTÁ - CHÍA

ALCANCE

Los resultados del presente informe corresponden al análisis del estado de salud oral y la morbilidad bucal encontrada en la población usuaria de las clínicas odontológicas del Colegio Odontológico de la Institución Universitaria Colegios de Colombia - UNICOC durante el segundo semestre del año 2012. La población analizada se encuentra constituida por 220 Usuarios de las clínicas odontológicas de la sede centro en la ciudad de Bogotá y de la sede ubicada en el municipio de Chía, y que incluye a la población pediátrica de las dos sedes.

En el análisis se contemplan las características sociodemográficas de la población (edad, género, estrato socioeconómico, procedencia). Así como también, se incluye el análisis de variables relacionadas con el indicador epidemiológico de historia y experiencia de caries: índice COP-D, ceo-d, el cual dará cuenta del promedio poblacional de la experiencia de caries, la proporción de personas con historia de caries, la prevalencia de caries por rangos de edad y los diagnósticos principales.

Se tomaron en cuenta las edades contempladas en el último estudio nacional de salud bucal ENSAB III (1998) con fines comparativos. Los datos fueron analizados a través de estadística descriptiva por medio de distribución de frecuencias, porcentajes y medidas de dispersión.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

En relación a las variables sociodemográficas se evidencia predominio del género femenino en un 62.3%. Respecto a la edad más frecuente de ingreso a la consulta odontológica la mayor proporción de personas se encuentra entre los 0 y 6 años primera infancia). Para la población infantil (0 a 12 años), el mayor rango se ubica en los 5 años. El 45.5% de la población pertenece al estrato socioeconómico 3 y el 93.6% procede de la zona urbana.

ÍNDICE COP-D /ceo-d

El 89% de la población ha tenido experiencia de caries, es decir que 89 de cada 100 personas presento caries en el pasado o padece actualmente de dicha patología.

En relación a la prevalencia de caries, 70% de la población se encuentra afectada. Lo cual significa que en el momento del examen clínico, este porcentaje de personas presentó lesiones cariosas cavitadas no tratadas.

Respecto al índice poblacional para la población menor de 5 años (edad índice para la dentición temporal), el ceo-d arrojó un resultado de 4.9, lo cual significa que en este rango de edad, en promedio 5 dientes se encuentran afectados por experiencia de caries.

Para el grupo de infantes de menores de 5 años, la historia de caries y la prevalencia presento una frecuencia de 86%; situación que disminuye en relación a la prevalencia (66,7%) y al índice ceo-d (4,7), pero aumenta respecto a la historia de caries en un 100% de la población, a la edad de 7 años lo cual puede encontrarse asociado al inicio de la exfoliación dental.

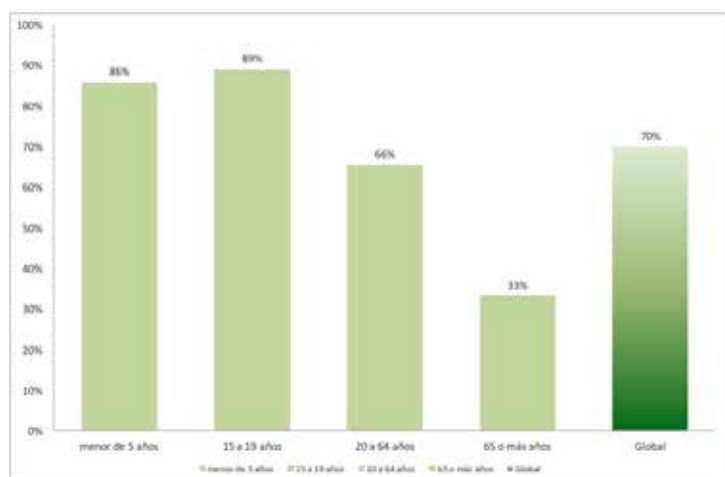


Figura No 1. Historia de caries según rango de edad

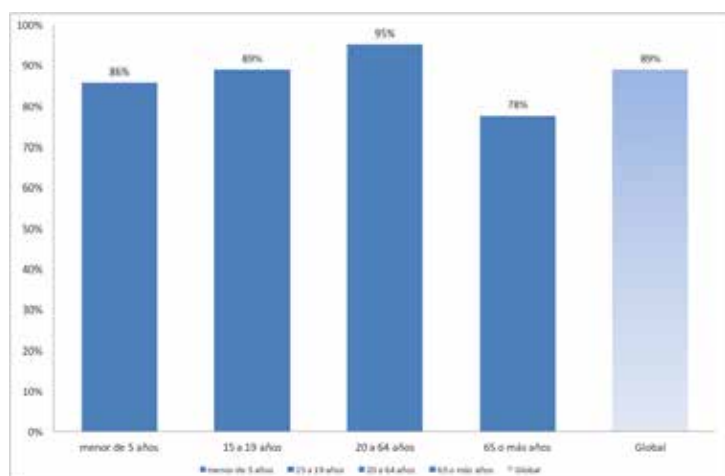


Figura No 2. Prevalencia de caries según rango de edad

Para la población adolescente (15 a 19 años), la proporción de personas con experiencia de caries representa un 89%, con un índice COP-D de 4.9 y una prevalencia de caries del 89%, lo cual significa que 89 de cada 100 personas presenta caries activa no tratada en el momento de la consulta.

Lo anterior implica la necesidad prioritaria de diseñar e implementar estrategias preventivas que permitan dimensionar la salud oral a través del abordaje integral del paciente en este grupo de edad específico, controlando los principales factores de riesgo presentes en el desarrollo de la caries dental.

En la población adulta (20 a 64 años), la proporción de personas con historia de caries, representó el 95.4% con un COP-D de 10.5. Lo que significa que en relación a la estructura dental, en promedio 10.5 dientes por paciente han sido afectados por historia de caries para este grupo de edad. La prevalencia de caries alcanzó cifras del 65.6% a los 37 años. En la población adulta mayor (65 o más años), la proporción de personas con historia de caries, representó el 77.7% con un COP-D de 13.8.

En relación a la estructura dental, en promedio 13.8 dientes por paciente han sido afectados por historia de caries para este grupo de edad. La prevalencia de caries alcanzó cifras del 33.3%, lo cual disminuye debido a la pérdida dental de los pacientes pertenecientes a este grupo de edad.

CARGA POR COMPONENTE

La figura 1 muestra el estado dental de la población menor de 5 años a expensas de la historia de caries. De igual manera se observa el comportamiento de la misma variable para la población de 7 a 11 años y para la población de 12 años, reconociendo el último grupo de edad, como la edad trazadora para el análisis de indicador por la OMS.

Cabe resaltar que el porcentaje de dientes con caries activa para la población de 12 años en el momento del examen clínico representa el 100%, mientras que para la población adolescente la distribución del componente se representa en la figura 4.

DIAGNÓSTICOS PRINCIPALES

El análisis de resultados relacionado con los diagnósticos principales, según la clasificación del Código Internacional de Enfermedades: (CIE-10), se ubica la caries de la dentina (K021) en primer lugar con 23%. Seguido de K050 en un 17% y en tercer lugar K040 en un 9%.

Lo anterior demuestra que la caries dental, continua siendo registrada como la patología de mayor frecuencia en la población de todos los grupos de edad a pesar de los esfuerzos dirigidos a la prevención y control de dicha patología y sus complicaciones asociadas, lo que sugiere la necesidad de implementar un modelo de atención

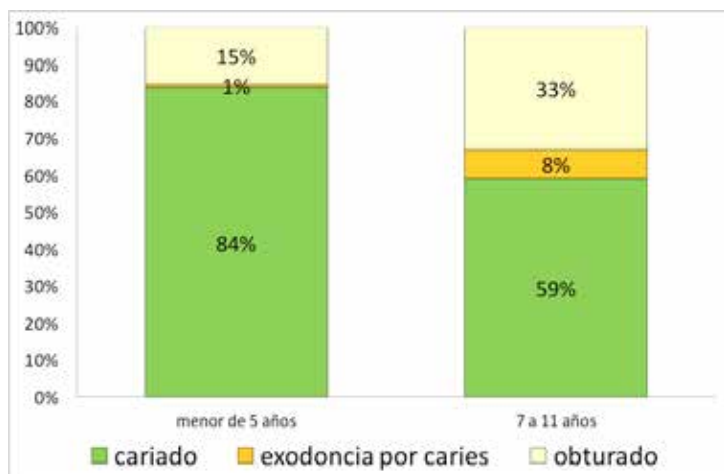


Figura 3. Carga por componente del ceo-d según rango de edad

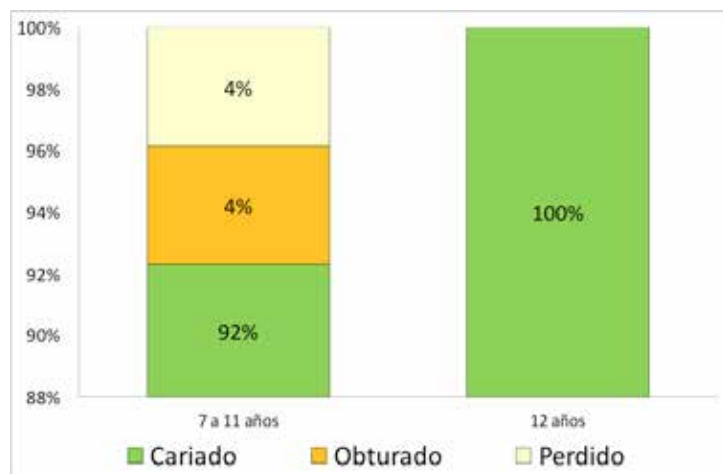


Figura 4. Carga por componente del COP según rango de edad

en las clínicas odontológicas analizadas, que permita el abordaje del paciente a partir de edades tempranas, involucrando los diferentes actores que intervienen en el cuidado de la salud oral de la población infantil y adolescente, repercutiendo de forma directa en un futuro mediato en la salud oral de la población adulta (Figura 5, 6).

Lo anterior implica procesos constantes y continuos de sensibilización, motivación y apropiación del auto cuidado a través de estrategias que permitan posicionar la salud oral en todos los rangos de edad, haciendo énfasis en la población que demuestra mayor grado de vulnerabilidad.

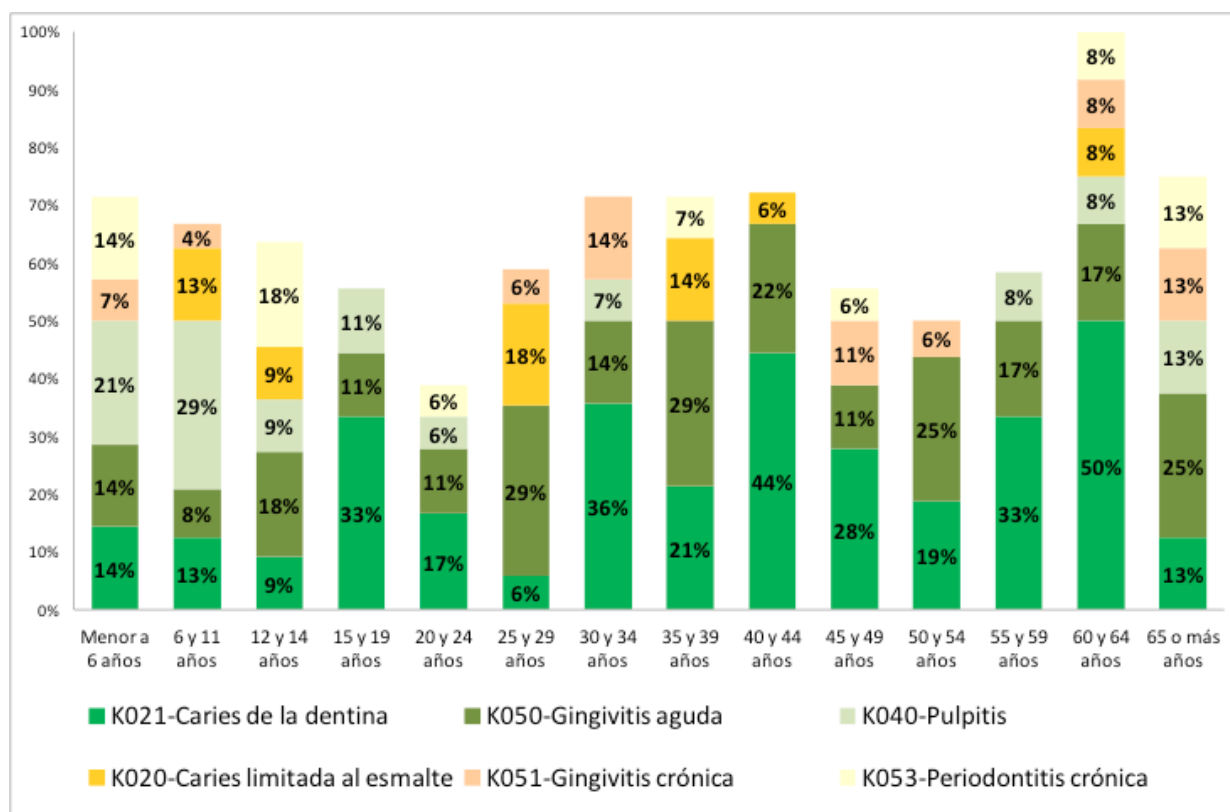


Figura 5. Distribución porcentual de los diagnósticos más frecuentes según edad

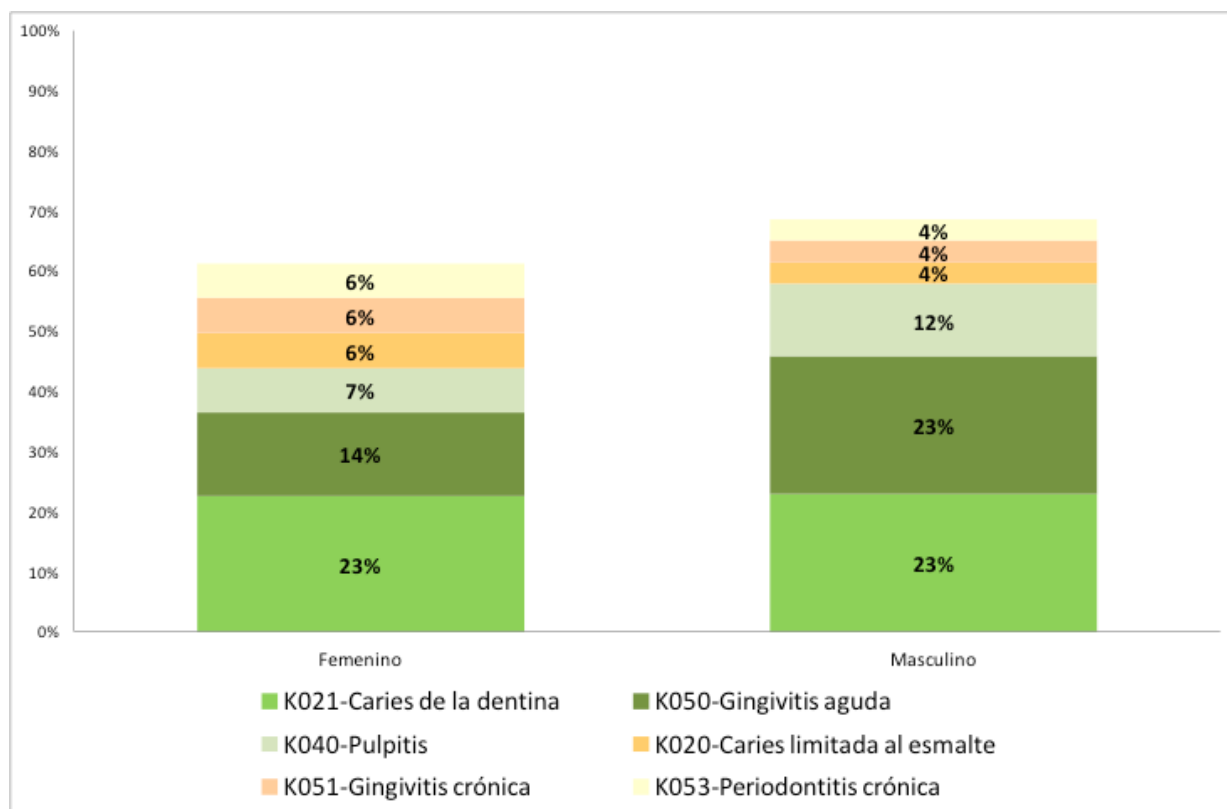


Figura 5. Distribución porcentual de los diagnósticos más frecuentes según género

SEDE SANTIAGO DE CALI

REPORTE GENERAL

En este informe se incluye el análisis de la información proveniente de la Unidad de Diagnóstico de la Red de Clínicas del Colegio Odontológico - UNICOC en Cali. Un total de 2877 registros fueron tabulados hasta el momento de la publicación del presente boletín, con datos provenientes de la valoración inicial de cada paciente (adulto o niño) que ingresó a consulta odontológica durante el año 2012 en la institución.

El presente reporte tiene en cuenta las siguientes variables: sexo, edad y procedencia; así mismo, a partir del examen clínico bucal se analizó el tipo de dentición, número de dientes sanos, índice COP-D en adultos y ceo-d en niños, la prevalencia de caries y el diagnóstico principal.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Al analizar la información en cuanto al sexo de los pacientes que ingresaron a la Red de Clínicas del Colegio Odontológico de UNICOC - Cali, se observa que la mayoría de pacientes que consultan son mujeres (54.7%), mientras que el restante 45.3% fueron hombres, resultando así una distribución muy homogénea en cuanto al sexo de los pacientes.

En complemento, se observó que el 6.9% de los pacientes tienen una edad menor a 6 años y un 26.0% de los pacientes tienen edades entre 6 y 11 años.

Se encontró además, que el 93.5% de los pacientes que ingresaron a la red de clínicas de la institución refieren

Tabla 1. Distribución de las edades de los pacientes que ingresaron en el año 2012

Grupo de Edad	Frecuencia	Porcentaje
Menor a 6 años	193	6.9%
6 y 11 años	726	26.0%
12 y 14 años	130	4.7%
15 y 19 años	114	4.1%
20 y 24 años	197	7.1%
25 y 29 años	161	5.8%
30 y 34 años	140	5.0%
35 y 39 años	128	4.6%
40 y 44 años	168	6.0%
45 y 49 años	215	7.7%
50 y 54 años	220	7.9%
55 y 59 años	158	5.7%
60 y 64 años	102	3.7%
65 o más años	139	5.0%

residir en la zona urbana y tan solo el 6.5% lo hace en zona rural (tabla1).

EXAMEN CLÍNICO

En correspondencia con el examen clínico inicial, se logra identificar que la mayor cantidad de pacientes tenían dentición permanente (67.2%), seguido de un 24.8% de pacientes con dentición mixta, mientras que el 8.0% presentaron una dentición temporal. Con base en la edad y en el tipo de dentición correspondiente se logra establecer el análisis de historia de caries y edentulismo.

HISTORIA DE CARIES

En el examen clínico inicial realizado en los pacientes que ingresaron durante el año 2012 se estimó el promedio de dientes sanos en los sujetos de estudio, cuyo resultado fue

de 12.0 dientes sanos. En hombres el promedio estimado fue de 12.6, mientras que, en las mujeres este promedio fue de 11.6, lo que representa casi un diente sano menos que los hombres.

Al analizar el número de dientes sanos en función de los rangos de edad, se identifica una relación inversamente proporcional entre la edad y el número de dientes sanos ya que a partir de los 12 y 14 años el promedio de 18.1 dientes sanos inicia un decremento hasta llegar al promedio de 4.2 a la edad de más de 64 años (tabla 2).

Por otra parte, la evaluación de dientes afectados por caries y su historial permitió obtener el índice de COP-D de los pacientes que ingresaron a la red de clínicas de la institución en función del sexo, los grupos de edad, la

Tabla 2. Historia de Caries por componentes de pacientes que ingresaron al servicio de clínicas de UNICOC en el año 2012

Variables	Dientes Sanos		C1		C2		Cariados (C1+C2)		Obturados		Perdidos		COP-D		
	Med	D.T.	Med	D.T.	Med	D.T.	Med	D.T.	Med	D.T.	Med	D.T.	Med	D.T.	
Sexo															
Hombre	12.6	6.7	2.3	3.1	2.6	3.6	4.9	4.6	3.8	4.7	1.7	4.0	10.5	6.6	
Mujer	11.6	6.7	2.0	2.9	2.2	3.3	4.3	4.4	4.9	5.3	2.3	5.2	11.5	7.1	
Edad															
Menor a 6 años	11.4	5.9	2.1	2.6	4.4	4.5	6.5	5.4	1.2	2.4	0.4	1.6	8.1	5.7	
Entre 6 y 11 años	14.8	5.4	2.5	2.8	2.8	3.3	5.3	4.2	1.7	2.8	0.5	1.4	7.5	4.7	
Entre 12 y 14 años	18.1	5.3	3.7	3.7	2.0	3.1	5.7	4.3	1.4	2.1	0.2	0.9	7.3	4.8	
Entre 15 y 19 años	17.4	6.5	2.6	3.5	1.9	3.1	4.4	4.5	4.0	4.5	0.3	0.9	8.8	5.7	
Entre 20 y 24 años	16.7	6.5	2.7	3.6	2.0	3.4	4.7	4.9	4.5	4.4	0.3	1.1	9.5	5.6	
Entre 25 y 29 años	14.7	6.8	2.8	3.9	2.6	3.8	5.4	5.1	4.9	4.9	0.7	1.8	11	6.3	
Entre 30 y 34 años	12.4	5.8	2.4	3.3	2.9	4.7	5.3	5.4	6.2	5.4	1.3	2.5	12.8	5.7	
Entre 35 y 39 años	10	5.6	2.0	2.8	2.5	3.7	4.5	4.6	6.8	5.5	2.4	4.1	13.6	6.4	
Entre 40 y 44 años	9.9	5.1	1.7	2.7	2.3	3.3	4.1	4.1	7.7	5.9	2.7	4.5	14.4	6	
Entre 45 y 49 años	9	5.2	1.8	2.8	2.4	3.7	4.2	4.6	7.2	5.5	3.4	5.0	14.9	6.4	
Entre 50 y 54 años	8.4	4.8	1.4	2.5	1.7	2.7	3.1	3.6	8.1	5.8	3.6	5.8	14.8	6.5	
Entre 55 y 59 años	6.6	4.4	1.5	2.6	1.8	2.6	3.3	3.7	6.8	5.5	6.2	7.5	16.2	7.1	
Entre 60 y 64 años	6.3	4.5	1.2	2.6	1.1	2.4	2.3	3.5	4.9	5.0	6.1	8.2	13.3	8.5	
Más de 64 años	4.2	4.6	0.7	1.5	1.3	2.4	2.0	3.0	3.8	4.8	7.0	9.6	12.8	10	
12 años	18.1	5	3.1	3.1	2.2	2.9	5.3	4.0	1.3	2.1	0.2	0.7	6.7	4.2	
Zona															
Rural	11.2	6.4	1.6	2.4	2.8	3.6	4.4	4.2	4.1	5.1	2.6	5.2	11.2	7.2	
Urbana	12.1	6.8	2.1	3.0	2.4	3.5	4.5	4.5	4.5	5.1	2.1	4.7	11.1	6.9	
Tipo de Dentición															
Dentición Mixta	15	5.2	2.6	2.8	2.7	3.3	5.4	4.2	1.6	2.8	0.5	1.3	7.5	4.6	
Dentición Permanente	11.1	7	2.0	3.1	2.1	3.3	4.1	4.4	5.8	5.4	2.8	5.5	12.6	7.1	
Dentición Temporal	11	5.8	2.0	2.6	4.2	4.4	6.3	5.2	1.5	2.7	0.5	1.3	8.3	5.7	
Total	12.02	6.71	2.2	3.0	2.4	3.5	4.6	4.5	4.4	5.1	2.1	4.7	11.02	6.87	

Med: Promedio. D.T.: Desviación Típica. COP-D: Índice COP-D modificado.

zona y el tipo de dentición. Así entonces, se evidencia que las mujeres tienen un índice más alto (11.5) que los hombres (10.5). Además, se observa la relación directa entre el COP-D en función de los grupos de edad, a partir de 7.5 correspondiente a niños menores de 6 años.

En cuanto a los indicadores de pacientes con caries, se encontró que el 77.8% de los hombres tienen caries, mientras que el 72.7% de las mujeres tienen caries. Además, los resultados indican que el 70.8% de los pacientes con dentición permanente tienen caries, porcentaje que

es mayor en pacientes con dentición temporal (80.4%) y pacientes con dentición mixta (84.5%).

Finalmente, el 75% de los pacientes que ingresaron a la red de clínicas de la institución presentan caries. Es así como, los resultados anteriores se ven reflejados entre los diagnósticos principales más frecuentes que fueron en su orden: caries de la dentina (22.5%), caries de esmalte (14.6%), gingivitis y enfermedades periodontales (8.7%) y en proporciones menores la atricción excesiva, pulpitis y periodontitis apical crónica (tabla 4).

Tabla 3. Prevalencia de Caries de los pacientes que ingresaron en el año 2012

	Ausencia de Caries		Presencia de Caries	
	n	%	n	%
Sexo				
Hombre	287	22.2	1004	77.8
Mujer	427	27.3	1139	72.7
Edad				
Menor a 6 años	35	18.2	157	81.8
Entre 6 y 11 años	120	16.6	603	83.4
Entre 12 y 14 años	19	14.7	110	85.3
Entre 15 y 19 años	33	29.2	80	70.8
Entre 20 y 24 años	51	25.9	146	74.1
Entre 25 y 29 años	33	20.5	128	79.5
Entre 30 y 34 años	33	23.9	105	76.1
Entre 35 y 39 años	33	26.2	93	73.8
Entre 40 y 44 años	51	30.5	116	69.5
Entre 45 y 49 años	56	26.2	158	73.8
Entre 50 y 54 años	69	31.7	149	68.3
Entre 55 y 59 años	51	32.3	107	67.7
Entre 60 y 64 años	45	44.6	56	55.4
Más de 64 años	67	48.9	70	51.1
12 años	12	15.8	64	84.2
Zona				
Rural	45	26.5	125	73.5
Urbana	618	25.2	1835	74.8
Tipo de Dentición				
Dentición Mixta	110	15.5	598	84.5
Dentición Permanente	560	29.2	1361	70.8
Dentición Temporal	44	19.1	186	80.9
Total	714	25.0	2145	75.0

Tabla 4. Diagnósticos principales de los pacientes que ingresaron en el año 2012

	K000		K004		K020		K021		K023		K030		K040		K045		K050		K053		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexo																					
Hombre	68	5.2	23	1.8	184	14.1	294	22.6	21	1.6	31	2.4	67	5.1	42	3.2	119	9.1	54	4.2	
Mujer	113	7.2	21	1.3	235	14.9	352	22.4	26	1.7	23	1.5	74	4.7	58	3.7	130	8.3	72	4.6	
Edad																					
Menor a 6 años	2	1.0	3	1.6	17	8.8	68	35.2	4	2.1	0	.0	12	6.2	3	1.6	5	2.6	0	.0	
Entre 6 y 11 años	11	1.5	26	3.6	154	21.2	207	28.5	15	2.1	5	.7	33	4.5	8	1.1	41	5.6	0	.0	
Entre 12 y 14 años	1	.8	10	7.7	31	23.8	33	25.4	1	.8	0	.0	2	1.5	2	1.5	11	8.5	0	.0	
Entre 15 y 19 años	5	4.4	1	.9	24	21.1	23	20.2	2	1.8	2	1.8	7	6.1	0	.0	20	17.5	1	.9	
Entre 20 y 24 años	10	5.1	2	1.0	37	18.8	31	15.7	3	1.5	8	4.1	12	6.1	5	2.5	28	14.2	4	2.0	
Entre 25 y 29 años	7	4.3	2	1.2	33	20.5	33	20.5	3	1.9	4	2.5	8	5.0	7	4.3	24	14.9	7	4.3	
Entre 30 y 34 años	9	6.4	0	.0	27	19.3	33	23.6	1	.7	4	2.9	8	5.7	7	5.0	17	12.1	5	3.6	
Entre 35 y 39 años	12	9.4	0	.0	7	5.5	32	25.0	2	1.6	4	3.1	12	9.4	10	7.8	13	10.2	4	3.1	
Entre 40 y 44 años	19	11.3	0	.0	14	8.3	33	19.6	3	1.8	7	4.2	9	5.4	12	7.1	16	9.5	13	7.7	
Entre 45 y 49 años	18	8.4	0	.0	20	9.3	45	20.9	3	1.4	6	2.8	13	6.0	16	7.4	21	9.8	18	8.4	
Entre 50 y 54 años	22	10.0	0	.0	21	9.5	40	18.2	3	1.4	4	1.8	12	5.5	13	5.9	17	7.7	24	10.9	
Entre 55 y 59 años	13	8.2	0	.0	14	8.9	18	11.4	2	1.3	4	2.5	7	4.4	7	4.4	18	11.4	23	14.6	
Entre 60 y 64 años	15	14.7	0	.0	4	3.9	16	15.7	2	2.0	3	2.9	1	1.0	2	2.0	4	3.9	12	11.8	
Más de 64 años	31	22.3	0	.0	6	4.3	17	12.2	2	1.4	3	2.2	2	1.4	5	3.6	8	5.8	11	7.9	
12 años	0	.0	6	7.9	17	22.4	19	25.0	0	.0	0	.0	1	1.3	1	1.3	7	9.2	0	.0	
Zona																					
Rural	18	10.5	2	1.2	29	16.9	36	20.9	4	2.3	1	.6	16	9.3	9	5.2	13	7.6	10	5.8	
Urbana	157	6.4	40	1.6	375	15.2	573	23.2	43	1.7	52	2.1	119	4.8	85	3.4	225	9.1	102	4.1	
Tipo Dentición																					
Dentición Mixta	8	1.1	27	3.8	150	21.2	199	28.1	11	1.6	5	.7	32	4.5	10	1.4	38	5.4	0	.0	
Dentición Permanente	166	8.6	10	.5	243	12.6	361	18.8	29	1.5	47	2.4	96	5.0	88	4.6	201	10.5	125	6.5	
Dentición Temporal	4	1.7	7	3.0	25	10.9	86	37.4	7	3.0	1	.4	13	5.7	2	.9	8	3.5	0	.0	
Total	181	6.3	44	1.5	419	14.6	648	22.5	47	1.6	54	1.9	141	4.9	100	3.5	249	8.7	126	4.4	

K000: Anodoncia, K004: Alteraciones en la formación dentaria, K0020: Caries limitada al esmalte, K0021: Caries de la dentina, K0023: Caries dentaria detenida, K0030: Atrición excesiva de los dientes, K040: Pulpitis, K045: Periodontitis apical crónica, K050: Gingivitis Aguda, K053: Periodontitis Crónica