



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

RELACIÓN ENTRE CPOD Y DIFICULTAD PARA DESCANSAR EN ESCOLARES
DE 12 AÑOS DE LA PARROQUIA TORORACOA CUENCA-ECUADOR 2016

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ODONTÓLOGO**

AUTOR: KATHERINE JHULIANA BENITEZ MORA

DIRECTOR: KATHERINE DE LOS ÁNGELES CUENCA LEÓN

CUENCA - ECUADOR

2020

*Yo me gradué en los
50 años de La Cato!*

RELACIÓN ENTRE CPOD Y DIFICULTAD PARA DESCANSAR EN ESCOLARES DE 12 AÑOS DE LA PARROQUIA TOTORACOCHA CUENCA-ECUADOR 2016.

RELATIONSHIP BETWEEN CPOD AND DIFFICULTY TO REST IN 12 YEARS OLD SCHOOL CHILDREN OF THE PARISH TOTORACOCHA CUENCA-ECUADOR 2016.

RESUMEN

Objetivo: Determinar si existe relación entre nivel CPOD y la dificultad para descansar en escolares de 12 años de la parroquia Totoracocha Cuenca- Ecuador 2016.

Materiales y Métodos: Estudio de enfoque cuantitativo, diseño descriptivo, nivel de investigación relacional y de ámbito documental, temporalidad retrospectiva. Se utilizó la información registrada de 175 escolares de 12 años que asistían a escuelas fiscales de la Parroquia Totoracocha de la Ciudad de Cuenca 2016. Para establecer la relación entre variables se utilizó Tau-b Kendal además de medir la experiencia de caries con el sistema CPOD y su asociación con la variable severidad para descansar. **Resultados:** Se encontró que el 28,6% son hombres y el 71,4% mujeres; la población presenta una experiencia de caries media correspondiente al 30,3%. Además, el 80% de los escolares no presentaron limitación alguna para conciliar el sueño. Se reportó un coeficiente de correlación Tau-b Kendal = 0,069 y ausencia significativa $p=0,305$ entre las variables cualitativas ordinales analizadas. **Conclusiones:** No existe relación entre las variables índice de caries CPOD y severidad para descansar, por lo tanto, se descarta la acción causa efecto entre ellas.

Palabras Clave: Caries Dental, Personas con limitación física, Descanso.

INTRODUCCIÓN

La percepción de la calidad de vida relacionada a la salud oral, se ha visto en constante evolución basada en su mayoría por hallazgos; por lo tanto esto amerita nuevos planteamientos, la necesidad de un abordaje más amplio y combinando con variables sociodemográficas ha marcado una nueva tendencia en materia de salud en general ⁽¹⁾
⁽²⁾.

La caries dental representa el problema bucodental con mayor prevalencia a nivel mundial entre el 60% y 90% de escolares las padecen ⁽³⁾. Los adelantos en el campo de la etiología y patogénesis odontológica nos permiten definirla como una enfermedad producto de un desequilibrio ecológico, causada por la ingesta de carbohidratos

fermentables que terminan provocando un desbalance entre la actividad del biofilm y una pérdida mineral, activada por ácidos bacterianos ^{(4) (5)}. Pueden ser detenidas y revertidas a temprana edad gracias al uso de los indicadores dentales que contribuyen al fortalecimiento de los sistemas sanitarios; consiguiendo reducciones considerables hasta del 50% en países desarrollados ^{(6) (7)}.

La calidad de vida en función de las afecciones orales se perciben como la alteración de ciertas actividades internas como dolor y erupciones, además de externas como el caso de comer, jugar y descansar; al no ser tratadas con el debido protocolo provocan lesiones permanentes, conocidas como limitaciones ^{(8) (9)}. La Organización Mundial de la Salud las define como; toda restricción para desarrollar alguna actividad considerada normal para el ser humano, en Ecuador se registran 485 325 personas con algún tipo de limitación trazándose una prevalencia anual de limitación correspondiente 2,7% ^{(10) (11)}.

Uno de los indicadores más conocidos para referir este tipo de estudios es el desempeño escolar ya que permite aplicar acciones reparativas de tipo preventivo ligados a los objetivos de salud; estos métodos resultan menos costosos en países con problemas de cobertura sanitaria ^{(12) (13)}. Lo que respecta a indicadores clínicos podemos referenciar el sistema CPOD que consiste en un diagnóstico de tipo exploratorio por medio del cálculo de un índice que suma la cantidad de dientes cariados, perdidos, y obturados para compararlos con el total de examinados; después establece los resultados en una tabla de valores de tipo ordinal que describe un nivel establecido ^{(14) (15)}.

La oportuna intervención de profesionales incide en la calidad de los resultados y el correcto uso de las operaciones estadísticas nos permiten tener la certeza de un trabajo bien ejecutado ^{(16) (17) (18)}. El estudio estableció si la experiencia de caries se relaciona con la variable limitación para dormir por medio de operaciones estadísticas; además de convertirse en fuente confiable para futuras investigaciones que contribuyan al desarrollo de la Salud Oral Cuencana.

MATERIALES Y MÉTODOS

Investigación de enfoque cuantitativo, diseño descriptivo, nivel de investigación relacional y de ámbito documental ⁽¹⁹⁾; aplicada a 175 escolares de 12 años de ambos sexos que pertenecían a escuelas fiscales de la parroquia Totoracocha; citados del programa “Mapa Epidemiológico de Salud Bucal en escolares de 6 a 12 años de la

ciudad de Cuenca-Ecuador 2016”⁽²⁰⁾. El análisis de variables se realizó en dos partes: la primera receptó las variables de autopercepción (limitación para descansar, hablar) conocidas de autoinforme de salud; la segunda parte recolectó variables clínicas (nivel CPOD, IONT) que necesitan un análisis exploratorio^{(21) (22)}. Además, contó con una sección exclusiva para datos demográficos y de comportamiento⁽²³⁾.

Para el procesamiento de datos se utilizó el programa SPSS que incluyó; el registro de fichas epidemiológicas válidas de la parroquia Totoracocha además, las variables independientes se asumieron a forma de causa (CPOD) sobre las variables dependientes (Limitación para descansar) referenciada como efecto⁽²⁴⁾; una vez se conocieron las características descriptivas de la distribución de frecuencias de ambas variables, se procedió a establecer la correlación de las mismas, mediante la prueba estadística de Tau-b Kendall y p de significancia se validó el cruce de variables^{(19) (25)}.

RESULTADOS

De las 175 encuestas aplicadas se reportó un índice CPOD medio correspondiente al 30,3% (Tabla 1), en donde el 28,6% son hombres y 71,4% mujeres.

Tabla N°1 Nivel CPOD según el SEXO

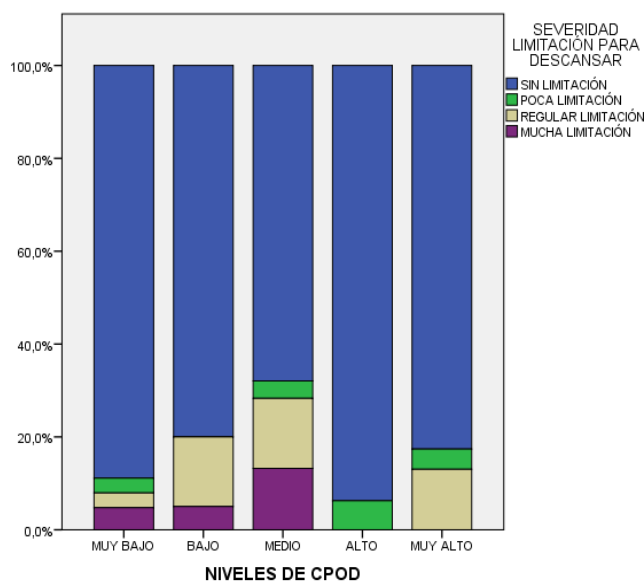
CPOD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
muy bajo	42	33,6	21	42	63	36
Bajo	12	9,6	8	16	20	11,4
Medio	38	30,4	15	30	53	30,3
Alto	13	10,4	3	6	16	9,1
muy alto	20	16	3	6	23	13,1
Total	125	100	50	100	175	100

En la (tabla 2) se observó que 2 de cada 10 escolares de 12 años presentaron algún tipo de limitación al momento de descansar. Además, se evidenció que no existe relación entre las variables Severidad para descansar y Nivel CPOD pese a tener una prueba Tau-b Kendall positiva su nivel de significancia es mayor al 5% previamente establecido (Gráfico 1).

Tabla N° 2 Nivel de severidad para descansar con respecto a la edad

SEVERIDAD (limitación para descansar)	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
sin limitación	101	80,8	41	82	142	81,1
poca limitación	5	4	1	2	6	3,4
regular limitación	11	8,8	5	10	16	9,1
mucha limitación	8	6,4	3	6	11	6,3
Total	125	100	50	100	175	100

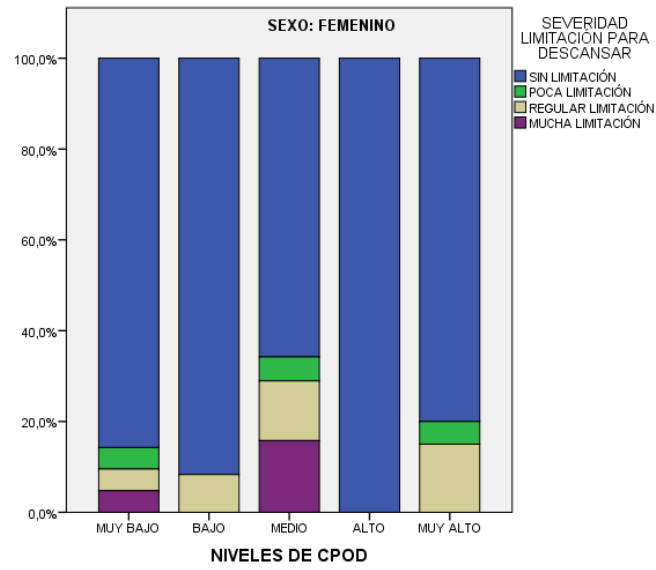
Gráfico 1 Severidad para descansar con respecto al Nivel CPOD



Tau-b Kendall=0,069; p=0,305

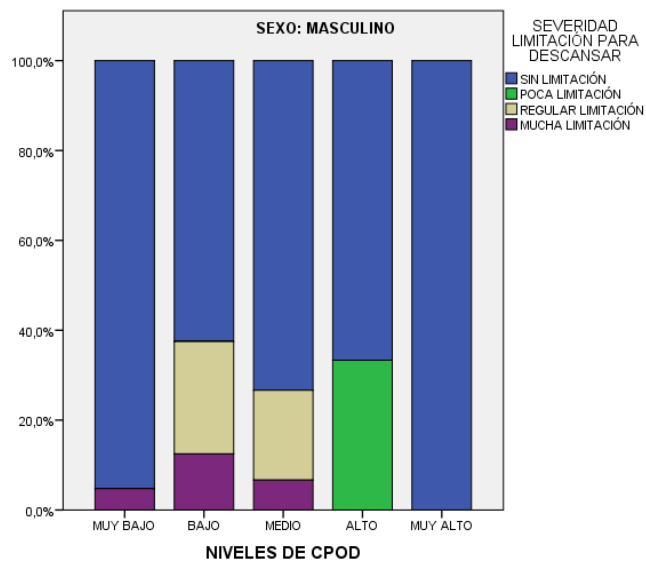
El grupo femenino marcó una prueba Tau-b Kendall con signo positivo cercana a cero que se representó como una correlación baja entre variables que terminó descartándose con $p = 0,610$ significativo superior al 5%. (Gráfico 2). Finalmente, con respecto a los hombres se observó que no existe relación entre la variable severidad para descansar con el Índice CPOD ya que su nivel de significancia supera el rango de criterio $p=0,23$ (Gráfico 3).

Gráfico 2 Severidad para descansar y CPOD en mujeres



Tau-b Kendall=0,04; p=0,610

Gráfico 3 Severidad para descansar y CPOD en hombres



Tau-b Kendall=0,154; p=0,23

DISCUSIÓN

Este estudio encontró una experiencia de caries media correspondiente a 30,3% relación estadísticamente significativa inexistente entre el nivel CPOD y la dificultad para descansar, pese a tener una prueba de Kendall positiva 0,069 el nivel de significancia es superior al 5% planteado. Se asemeja con una investigación realizada por Barnetche a 70 jóvenes institucionalizados en el área correccional de Córdoba Argentina 2016 que tenía como objetivo evaluar el impacto de la experiencia de caries CPOD y limitación funcional encontrando relación significativa entre variables $p=0,0001$ ⁽¹⁾.

En Colombia otra investigación realizada por Vieira-Andrade en el año 2016 cuyo objetivo era demostrar la asociación entre afecciones orales y problemas para dormir en 837 preescolares; descartó la correlación entre dificultad para dormir y TDI $p \geq 0,05$ por el contrario se la asoció a las variables historial de visita al distinta, historial de dolor de muelas y maloclusión $p \leq 0,05$ ⁽²⁶⁾.

El estudio efectuado por Souza en Brazil en 2017, midió si la caries no tratada puede comprometer la calidad de vida de menores de 12 años, registrando relación estadística mente significativa entre la experiencia de caries y las variables dificultad para comer $p=0,007$ y dificultad para dormir $p=0,023$; concluyendo que la presencia de caries no tratada se relacionaba directamente con actividades diarias específicas ⁽²⁷⁾.

Otro estudio realizado por Alqaderi a una muestra de 744 niños en Kuwait en el año 2020 direccionado en determinar el efecto de la hora de acostarse en el desarrollo de caries dental en niños indicó que existe un incremento del 20% de caries por cada hora después de las 8 pm por lo tanto, se registró relación significativamente estadística entre estas variables ($p=0,01$) ⁽²⁸⁾.

Una investigación de tipo descriptivo, transversal y correlacional efectuado por Meléndes y Barrientos a 74 preescolares de tres comunidades de Cusco en donde se requería analizar la prevalencia de caries y su relación con la variable estado nutricional, reportando: prevalencia de caries 52,7% y relación significativa con la variable estado nutricional con un Tau-b Kendall $-0,025$; $p=0,002$ ⁽²⁹⁾.

Otra investigación realizada en México 2011 por Montero y tenía como objetivo medir la experiencia caries y su asociación con variables demográficas y de comportamiento registró: prevalencia de caries 59,5% y significancia con las variables edad y cuando el padre tenía estudios profesionales $p= 0,001$ y $p=0,01$ respectivamente por el contrario no se encontró asociación con la variable consumo de golosinas $p= 0,12$ ⁽³⁰⁾.

CONCLUSIONES

No existe relación entre las variables experiencia de caries CPOD y severidad para descansar por lo tanto se descarta la acción causa efecto entre ellas. Se recomienda la aplicación del sistema CPOD para la detección de caries ya que permite aplicar programas a nivel predictivo y preventivo. Además, se recomienda establecer vínculos con otros profesionales que no sean de salud para encontrar momentos y acciones más apropiadas. También recomendamos la aplicación de tecnología en el desarrollo de proyectos de salud oral ya que permite minimizar tiempo y costos operativos sobre todo en la recolección y análisis de datos, por último, declaro que no existen intereses secundarios que pudiesen sesgar la información aportada ya que la investigación se efectuó de manera personal y autofinanciada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barnetche M, Cornejo L. Experiencia de caries y calidad de vida de jóvenes en situación de encierro. Revista de Salud Pública. 2016 Septiembre; 18(5).
2. Rivero A. Relación de la experiencia anterior de caries con la posterior actividad cariogénica en escolares de 7 a 14 años. Revista Cubana de Estomatología. 2000 Diciembre; 37(3).
3. Rodriguez R. Factores de riesgo asociados con la caries dental en niños de círculos infantiles. Revista Cubana de Estomatología. 2009 abril-junio; 46(2).
4. Nuñez P. Bioquímica de la caries dental. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2010 Junio; 9(2).
5. Basso M. Conceptos actualizados en cariología. Rev Asoc Odontol. 2019; 25(32).
6. Cubero A. Prevalencia de caries dental en escolares de educación infantil de una zona de salud con nivel socioeconómico bajo Prevalencia de caries dental en escolares de educación infantil de una zona de salud con nivel socioeconómico bajo. Pediatría Atención Primaria. 2019 Abril - junio; 21(82).
7. Irigoyen M. Caries dental en escolares del Distrito Federal*. Salud Pública de Mexico. 1997 Febrero .
8. Aguilar F. Prevalencia de caries de la infancia temprana y factores de riesgo asociados. Acta pediátrica de México. 2014 Julio- Agosto; 35(4).
9. Duque J, Pérez J. Caries dental y ecología bucal, aspectos importantes a considerar. Revista Cubana de Estomatología. 2006 enero - marzo; 43(1).
10. Gutiérrez A. PROPUESTA PEDAGÓGICA APLICADA EN DANZA PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 9. Descriptivo. Bogotá: CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS, Facultad de Educación; 2012.

11. INEC, Registro Nacional de Discapacidades. Consejo Nacional para la igualdad de discapacidades. [Online].; 2020 [cited 2020 Febrero. Available from: <https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/estadisticas-de-discapacidad/>].
12. Reinoso N. CARIES DENTAL EN ESCOLARES DE 12 AÑOS DE LA PARROQUÍA SAYAUSÍ (CUENCA) ECUADOR. *Odontología Activa*. 2016 Enero - Abril; 1(1).
13. Valarezo T. Prevalencia de caries temprana de la infancia en cuatro guarderías del norte de QUITO. *Dom. Ciencia*. 2017; 3(1).
14. Medina C, Maupomé G. Desigualdades socioeconómicas en salud bucal: caries dental en niños de seis a 12 años de edad. *Revista de investigación clínica*. 2006 Julio - Agosto; 58(4).
15. Piovano S. Estado del arte de indicadores para la medición de caries dental. *Revista de la Facultad de Odontología (UBA)*. 2010; 25(58).
16. Luna E. Prevalencia de la caries dental en escolares de nivel primario de una región metropolitana de la Provincia de Córdoba, Argentina. *RSP*. 1992; 26(6).
17. Gonzáles F, Sanchez R, Carmona L. Indicadores de Riesgo para la Caries Dental en Niños Preescolares de La Boquilla, Cartagena. *Rev. salud pública*. 2009; 11(4).
18. Bordoni , Escobar , Castillo. *Odontología Pediátrica Buenos Aires: Panamericana; La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*.
19. Malhotra N. *Investigación de Mercados: Pearson*; 2008.
20. Del Canto E, Silva A. METODOLOGIA CUANTITATIVA: ABORDAJE DESDE LA COMPLEMENTARIEDAD EN CIENCIAS SOCIALES. *Revista de Ciencias Sociales*. 2013;(141).
21. Sánchez J. Cómo realizar una revisión sistemática y un meta análisis. *Aula Abierta*. 2010 38; 2(53-64).
22. Peláez E, Acosta L, Carrizo D. Factores asociados a la autopercepción de salud en adultos mayores. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2015; 41(4).
23. Batista R, Coutin G. Determinación de estratos para priorizar intervenciones y evaluación en Salud Pública. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*. 2001 Enero - abril; 39(1).
24. Villavicencio E, Arteaga M. *Correlación de variables cualitativas ordinales. Descriptivo*. Cuenca: Universidad Católica de Cuenca, carrera de Odontología; 2020.
25. Hernandez R, Fernandez C. *Metodología de la investigación : McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A.*; 2014.
26. Vieira R. Condiciones orales y problemas para dormir entre los niños en edad preescolar. *Revista de salud pública*. 2016 Mayo; 24(395-400).

27. Silva Souza , Souza G. Impacto de la caries dental no tratada en las actividades diarias de los niños. Public Health Dentistry. 2017 Noviembre; 78(3).
28. Alqaderi H. La hora de acostarse tarde y la incidencia de caries dental en niños kuwaitíes: un análisis longitudinal multinivel. Community Dentistry and Oral Epidemiology. 2020 Febrero; 48(3).
29. Melendes Y, Barrientos G. Caries dental y estado nutricional en niños de 3 a 4 años de las instituciones educativas del nivel inicial del distrito de Ccatcca, Cusco - 2017. Descriptivo. Cusco: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, Facultad de Ciencias de la Salud; 2017. Report No.: 253T20180185.
30. Montero D. Prevalencia de caries de la infancia temprana y nivel socioeconómico familiar. Revista odontológica mexicana. 2001 abril - junio; 15(2).