



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

Relación entre el ceod y la autopercepción en niños de 6 años de la
parroquia Totoracocha, Cuenca-Ecuador, 2016.

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGA

AUTOR: Coronel Delgado, Sandra Elizabeth

DIRECTOR: Sarmiento Criollo, Patricio Fernando, Dr. Mgs.

CUENCA

2017

DECLARACIÓN

Yo, Coronel Delgado, Sandra Elizabeth. Declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que he consultado la totalidad de las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento; y eximo expresamente a la UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

La UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, puede hacer uso de los derechos correspondientes a este trabajo, según lo establecido por la ley de propiedad intelectual, por su reglamento y normatividad institucional vigente.

.....

Coronel Delgado, Sandra Elizabeth

0104508205

CERTIFICACIÓN DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

De mi consideración.

El presente trabajo de titulación denominado “**Relación entre el ceod y la autopercepción en niños de 6 años de la parroquia Totoracocha, Cuenca-Ecuador, 2016.**”, realizado por **CORONEL DELGADO, SANDRA ELIZABETH**, ha sido inscrito y es pertinente con las líneas de investigación de la Carrera de Odontología, de la Unidad Académica de Salud y Bienestar y de la Universidad, por lo que está expedito para su presentación.

Cuenca, Marzo 2017

Dr. Ebingen Villavicencio Caparó
COORDINADOR DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN
ODONTOLOGÍA

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Od. Liliana Encalada Verdugo.

COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN- CARRERA ODONTOLOGÍA.

De mi consideración.

El presente trabajo de titulación denominado **“Relación entre el ceod y la autopercepción en niños de 6 años de la parroquia Totoracocha, Cuenca-Ecuador, 2016.”**, realizado por **CORONEL DELGADO, SANDRA ELIZABETH**, ha sido revisado y orientado durante su ejecución, por lo que certifico que el presente documento, fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico, se sujeta a las normas éticas de la investigación, por lo que está expedito para su sustentación

Cuenca, Marzo 2017

Dr. Patricio Fernando Sarmiento Criollo

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado primero a Dios y luego a mi Familia que a pesar de no tenerles cerca, siempre estuvieron a mi lado apoyándome incondicionalmente en esta etapa.

A la Od. Lorena González y Dra. Liliana Encalada por haberme ayudado y guiado a culminar el presente proyecto.

EPIGRAFE

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

Mahatma Gandhi

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Xavier Piedra, David Corral, María José Jimeno, Juan Fajardo, Yuri Delgado, Belén Cuesta que de una u otra forma siempre me acompañaron a lo largo de esta etapa.

A mi tutor el Dr. Patricio Sarmiento por proporcionarme su apoyo y su tiempo para poder culminar este proyecto.

A la Universidad por facilitarme los medio para lograr la ejecución del presente estudio.

LISTA DE ABREVIATURAS.

B.V: Buen Vivir

Bvsb: Buen vivir relacionada a la salud bucal

C.e.o.d: Cariados, extraídos, obturados

ICDAS: El international Caries Detection and Assessment System

OMS: Organización Mundial de la Salud

ÍNDICE GENERAL

CAPÍTULO I.....	12
PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	12
INTRODUCCIÓN.....	15
1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	15
2. JUSTIFICACIÓN.....	16
3. OBJETIVOS.....	17
3.1.- Objetivo General.....	17
3.2.- Objetivos Específicos.....	17
4. MARCO TEÓRICO.....	18
4.1a Caries Dental.....	18
4.1a.1 Consideraciones Históricas.....	18
4.1a.2 Concepto.....	18
4.1a.3 Factor Etiológico.....	18
4.1a.4 Factores de Riesgo.....	19
4.1a.5 Clasificación de Caries Dental.....	20
4.1a.6 Inicio y progresión de la caries.....	21
4.1b Índice Ceod.....	22
4.1b.1 Buen Vivir.....	22
4.1b.2 Percepción de niños y padres sobre el buen vivir relacionada en la salud oral.....	23
4.1b.3 Impacto de las principales enfermedades relacionada con el buen vivir en la salud oral de los niños.....	23
4.1b.4 Child OIDP:.....	24
4.2 Antecedentes de la investigación.....	25
5. HIPÓTESIS.....	28
CAPÍTULO II.....	15
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	15
1. MARCO METODOLÓGICO.....	30
2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	30
2.1 Criterios de selección:.....	30
2.1 a.- Criterios de inclusión:.....	30
3.-OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	31
4.- INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	32
4.1.- Instrumentos documentales:.....	32

4.2.- Instrumentos mecánicos.....	32
4.3.- Materiales.....	32
4.4.- Recursos.....	32
5.-PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS.....	32
5.1.-Ubicación espacial.....	32
5.2.-Ubicación temporal.....	32
5.3.- Procedimientos de la toma de datos.....	33
5.3.a.-Método de examen.....	33
5.3.b.-Criterios de registro de hallazgos.....	34
6.- PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS.....	36
7.- ASPECTOS BIOÉTICOS.....	36
CAPÍTULO III.....	30
RESULTADOS, DISCUSION, CONCLUSIONES.....	30
1. RESULTADOS.....	39
2. DISCUSIÓN:.....	44
3. CONCLUSIÓN.....	46
BIBLIOGRAFÍA.....	47
ANEXOS.....	51
Anexo 1.....	52
Anexo 2.....	53
Anexo 3.....	54
Anexo 4.....	55

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1: Distribución de la Muestra en niños de 6 años de acuerdo a sexo en la parroquia de Totoracocha.....	39
Tabla N° 2: Relación entre la presencia de caries y la autopercepción de caries dental en escolares de 6 años de edad en la parroquia Totoracocha, 2016.	40
Tabla N° 3: Nivel de c.e.o.d en niños de 6 años de la parroquia Totoracocha.	41
Tabla N° 4: Impacto de caries sobre los desempeños diarios en niños de 6 años de la parroquia Totoracocha según sexo.....	42
Tabla N° 5: Severidad del impacto de caries sobre los desempeños diarios en niños de 6 años de la parroquia Totoracocha según sexo.....	43

RESUMEN

OBJETIVO: El objetivo de esta investigación fue determinar la relación entre el ceod y la autopercepción en niños de 6 años de la parroquia Totoracocha, Cuenca-Ecuador, 2016.

MATERIALES Y MÉTODOS: El estudio que se realizó fue de tipo descriptivo, observacional de corte transversal. Para lo cual se evaluaron a 103 escolares (siendo 51 mujeres y 52 hombres) de la edad de 6 años, que pertenecen a la parroquia de Totoracocha del cantón Cuenca, tomando en cuenta dos escuelas la Ricardo Muñoz Chávez y la Inmaculada, antes de tomar las muestras los estudiantes fueron calibrados por los especialistas de la Universidad para poder tomar dicha información, posterior se les comunicó a los representantes mediante un consentimiento informativo la cual debía ser firmada por dichos representantes para proceder a la toma de datos; al mismo tiempo los niños tenían que firmar un asentimiento aprobando el procedimiento, se tomaron las muestras en niños mirando al frente del estudiante y con ayuda de un espejo para poder analizar intraoral los mismos datos fueron registrados en las fichas pertinentes

RESULTADOS: Los datos recopilados de ceod fue de un promedio de 0,25 obteniendo como resultado un nivel de ceod de “bajo riesgo” y en la autopercepción según el desempeño de las actividades en la calidad de vida tenemos que afecto más al comer con el 65%, lavarse los dientes 54%, sonreír 38%, socializar 35% y va a ser más severa al comer 25% y realizar labores escolares 20% **CONCLUSIÓN:** Posterior de haber obtenido los datos podemos concluir que en la autopercepción de caries va a ser mayor que de los niños que no autoperciben; el nivel de ceod es de bajo riesgo; según los desempeños va afectar más al comer, lavarse los dientes, sonreír; en cuanto a la severidad tenemos al comer y realizar labores escolares.

PALABRAS CLAVES: ceod, autopercepción, calidad de vida, caries.

ABSTRACT

OBJECTIVE: The objective of this research was to determine the relationship between ceod and self-report in 6 year-old children in the Totoracocha parish, Cuenca-Ecuador, 2016.

MATERIALS AND METHODS: The study was descriptive. For that, 103 schoolchildren (51 women and 52 men) of the age of 6, who belonged to the Totoracocha parish of the Cuenca canton, were evaluated. Two schools, the Ricardo Muñoz Chávez and the Immaculate Which prior to taking the samples the students were calibrated by the specialists of the University to be able to take this information, later they were communicated to the representatives through an information consent which had to be signed by said representatives to proceed to the data collection; at the same time the children had to sign an agreement approving the procedure, the samples were taken in children looking in front of the student and with the help of a mirror to be able to analyze Intraoral the same data were recorded in the pertinent files

RESULTS: The data collected from ceod averaged 0.25, resulting in a "low risk" level of ceod and self report according to the performance of the activities in the quality of life we have more affection when eating with the 65%, teeth cleaning 54%, smile 38%, socialize 35% and will be more severe when eating 25% and perform school work 20% **CONCLUSION:** After having obtained the data we can conclude that in self-perception of caries goes to be greater than children who do not self-perceive; the level of ceod is low risk; according to the performances will affect more when eating, brushing teeth, smile; In terms of severity we have to eat and perform school work.

KEY WORDS: ceod, self-report, quality of life, cavities.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN.

Dentro de las enfermedades bucodentales la caries dental es la afección con mayor índice en el mundo, entre el 60 - 90% de los niños de la población mundial y un 99% de adultos padecen esta patología; en el Ecuador se ha reportado que entre un 95 a 99 % de los individuos presentan caries dental según reportes del Ministerio de Salud¹.

Esta patología tiene una evolución infecciosa, multifactorial y destructivo localizándose en los tejidos duros del diente, la cual se desarrolla progresivamente siendo también irreversible, comenzando en la zona dentaria y avanza paulatinamente en profundidad hasta llegar a atacar el paquete vasculo nervioso produciendo muchas de las veces pulpitis reversible, pulpitis irreversible, necrosis pulpar, hasta llegar a la pérdida dental², y como consecuencia de esta, se producen alteraciones en el desarrollo normal de la dentición la cual puede afectar el correcto funcionamiento del sistema estomatognático. La caries dental se caracteriza por tener un inicio lento e imperceptible según su progreso genera signos y síntomas visibles caracterizándose principalmente por la presencia de dolor, el cual según la severidad impacta de forma directa en el estilo de vida cotidiana del individuo.

En los niños de 6 años existe una gran posibilidad de desarrollar caries, esto se debe a varios factores de riesgo como la presencia de placa bacteriana, hábitos de higiene oral, consumo de dieta alta en carbohidratos como los azúcares el más destacado es la sacarosa y la presencia de varios hábitos alimenticios perniciosos. Es imposible desligar el impacto de la caries en el desarrollo cotidiano de los niños, el cual puede generar desde una leve molestia hasta incapacidad para desarrollar sus actividades cotidianas, sumado a esto el impacto que produce desde el aspecto funcional, psicológico y estético el cual influye de manera directa en el buen vivir y en el desempeños de actividades escolares.

1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

A nivel mundial la caries dental es una enfermedad que genera problemas irreversibles en la salud bucal ya que al no ser tratada puede ocasionar pérdida de tejido pudiendo avanzar a la pérdida total del diente, en etapas iniciales sus signos y síntomas son asintomáticas para el niño y la autopercepción se ve limitada. El siguiente estudio se enfoca en determinar la

relación del ceod y la autopercepción en escolares de 6 años en la parroquia de Totoracocha.

El ceod es un índice utilizado en dentición temporal el cual hace referencia a la presencia de caries dental, dientes extraídos y dientes obturados. En el Ecuador a la edad de 6 a 7 años se reportó un Ceod de 2,22¹. Es importante asociar la caries con la de calidad de vida la cual está dada por la percepción subjetiva del paciente y su la forma de describir la situación de salud bucal, permitiendo recaudar todos los aspectos de mayor importancia en la vida de las personas³.

Este estudio se enmarca en la línea de investigación de prevalencia de las enfermedades bucodentales específicamente la caries dental. En base a lo expuesto se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe relación entre la presencia de caries y la autopercepción de caries dental en escolares de 6 años en la parroquia Totoracocha?

2. JUSTIFICACIÓN

Este estudio se realizó en nuestro país ya que la población más desatendida son los niños de 6 años, etapa en la que se comienza el recambio dentario. Este proyecto se justifica desde el punto de vista humano ya que está dirigido a la población escolar específicamente a niños de 6 años de edad los cuales son altamente susceptibles a padecer esta enfermedad, los datos obtenidos de esta investigación podrán ofrecer datos reales y actualizados sobre la prevalencia de caries en escolares de la parroquia Totoracocha del cantón Cuenca, estos datos epidemiológicos podrán ser transpolados a otras poblaciones para conocer la realidad de esta enfermedad y de esta manera poder ofertar programas preventivos. Desde el aspecto social los datos obtenidos de esta investigación son relevantes tanto para el Ministerio de Salud Pública como para las escuelas y padres de familia con fines de fomentar programas de salud oral enfocados a la prevención más que al tratamiento mismo de la enfermedad, ya que al conocer la realidad de esta enfermedad se podrá trabajar en la disminución de los factores de riesgo, y generar medidas que favorezcan a la preservación de la salud oral. Desde el enfoque científico, este trabajo permitirá generar nuevas líneas de investigación dirigidas a la prevención y tratamiento de la caries dental en base a datos actualizados. La viabilidad de este estudio se justifica ya que fue ejecutado

mediante adecuadas normas de investigación las mismas que permitirán obtener datos fiables y que provengan de una fuente primaria permitiendo dar realce a los resultados obtenidos los mismos que proporcionarán nuevas áreas de investigación y fomentarán el desarrollo de nuevos programas de salud oral.

3. OBJETIVOS

3.1.- Objetivo General

Determinar la relación entre la presencia de caries y la autopercepción de caries dental en escolares de 6 años de edad en la parroquia Totoracocha, 2016

3.2.- Objetivos Específicos

Determinar el c.e.o.d en niños de 6 años de la parroquia Totoracocha.

Determinar el impacto de caries sobre los desempeños diarios en niños de 6 años de la parroquia Totoracocha según sexo.

Determinar la severidad del impacto de caries sobre los desempeños diarios en niños de 6 años de la parroquia Totoracocha según sexo.

4. MARCO TEÓRICO

4.1a Caries Dental

4.1a.1 Consideraciones Históricas

La caries dental es una afección que no solo es contemporáneo se ha visto desde mucho tiempo atrás es ahí que; Galeno un médico romano que se dedicaba a la Odontología, pensaba que se elaboraban líquidos catarrales cuando había una patología de la cabeza, que al tener contacto con la boca ocasionaban las lesiones. Parmlly en 1819 observó que la caries se producía por el empaquetamiento de alimentos los mismos que progresaban hacia dirección pulpar. En la Universidad de Michigan, Estados Unidos en 1947 se reunieron conocimientos en cuanto a las etiologías, tratamientos y prevenciones de las caries, concluyendo que la caries es una enfermedad en la que los microorganismos provenientes de los hidratos de carbono son los productores de los ácidos causando así daño en los tejidos calcificados del diente dando como consecuencia una descalcificación y descomposición de los compuestos orgánicos que se encuentran en diferentes áreas según la morfología del tejido².

4.1a.2 Concepto

Caries dental según la OMS (Organización Mundial de la Salud), determina que *“se debe a varios factores encontrándose en determinadas áreas de las superficies dentarias, iniciándose después de la erupción normal de los dientes, formando un reblandecimiento de los tejidos duros del diente hasta llegar a originarse cavidades”* siendo su causante principal una bacteria que se conoce como Streptococcus mutans ¹.

4.1a.3 Factor Etiológico.

Como factor etiológico la caries fue iniciada en la década de 1960 por Keyes, Gordon y Fitzgerald afirmando que está dada por 3 elementos principales: los microorganismos que en la presencia con un factor sustrato y su interacción entre: la dieta y la caries, va a constituir un factor importante los alimentos ingeridos ya que estos van a dar nutrientes necesarios para el metabolismo de los microorganismos. Siendo la caries una enfermedad

infecciosa ya que las bacterias van a depender de un sustrato (consumo alto de azúcares en la dieta) agregando también la biopelícula que va a estar expuesta en azúcares el cual va producir un descenso del pH necesario para la desmineralización del esmalte provocando así afectar un factor diente (huésped), el factor tiempo de permanencia de los azúcares en el medio bucal va a ser proporcional al desarrollo de nuevas caries.

Los niveles bajos de flujo salival van a provocar que el pH vaya por debajo de 5-3 causando así la caries, las macromoléculas salivales también se van a encontrar comprometidas con la lubricación, digestión, formación de película alterando así la protección del diente.

Y un factor importante que es el socio-económico y cultural que no solo condicionan los hábitos alimenticios sino también de higiene oral ²⁻⁴.

4.1a.4 Factores de Riesgo

Se ve involucrado una relación con el determinante social ya que va a depender de estratos bajos va haber un déficit de higiene oral que en estratos de mayor nivel económico ya que en los niveles bajos existe la falta de información acerca de una buena higiene además que la falta de presupuesto hace que la gente comparta el cepillo dental y la dificultad de las visitas regulares al odontólogo debido a que se encuentran en zonas rurales a los centros de atención o por no pertenecer algún régimen subsidiado¹⁻⁵. También va a existir relación en el nivel de educación, tipo de vivienda, empleos, de los padres, y de cómo van a colaborar con la salud bucal ⁶.

Dichos factores de riesgo de caries dental pueden ser:

Dieta: Si proporcionan al escolar alimentos que contienen un pH bajo que resulte erosivo sobre el esmalte dental como: el consumo de medicamentos que poseen una alta concentración de azúcar y los padres le agregan otra bebida mayor azucarada para ocultar su mal sabor, así mismo deberán escoger bien el tipo de alimentos y bebidas de las cuales se creen que tienen vitamina C pero no se dan cuenta que suministrando estas bebidas están provocando una mayor susceptibilidad al esmalte por la acción de los ácidos que generan mayor actividad cariogénica.

Morfología dentaria: mal posición dentaria, como la presencia de diastemas, apiñamientos provocan una deficiencia de higiene oral como también en la superficie oclusal de fosas y fisuras dando así a la retención de placa bacteriana iniciando caries dental. Actividades de los carrillos lengua y labios limitan el progreso de la enfermedad al eliminar la película adquirida de la pieza dental.

Aseo dental: Una buena técnica de cepillado dental va a prevenir el avance de las caries ya que afectan a los dientes cuando existe demasiada placa bacteriana siendo la más afectada a nivel del contorno gingival propiciando a la retención de la misma es por eso que debemos evaluar primero el nivel educativo de los padres ya que representa un peligro para el crecimiento de las caries en el escolar puesto que es la base para que el infante a futuro tenga una buena higiene para lo cual es importante instruir tanto al niño como a los padres sobre las diferentes existentes técnicas, motricidad y dando a conocer la técnica óptima para que apliquen en su niño, y a su vez informando frecuencia de cepillado y lo importante que es el cepillado por las noches, junto con la utilización de hilo dental, colutorios para la óptima limpieza².

4.1a.5 Clasificación de Caries Dental

Entre las clasificaciones tenemos: según el tejido que afecta, según a localización tenemos la de Black, Mount y Hume y para el efecto vamos a utilizar el código ICDAS “*El international Caries Detection and Assessment System*” ya que es un proyecto internacional que se da a través del International Consensus Workshop on Caries Clinical Trials Meeting (2002) en niños tanto en dentición temporal como en mixta la misma que crea métodos preventivos y desarrollar un sistema integral en la detección clínica, evaluación, manejo y seguimiento de las caries⁷.

Códigos de Restauración y Sellantes	
0	No restaurado ni sellado
1	Sellante, parcial
2	Sellante, completo
3	Restauración color diente
4	Restauración amalgama
5	Corona de acero inoxidable
6	Corona o carilla en porcelana, oro o metal-porcelana
Código de Caries	
0	Superficie Sana
1	Primer Cambio visual en Esmalte
2	Cambio Visual definido en Esmalte
3	Pérdida de integridad del Esmalte, Dentina no visible
4	Sombra subyacente en Dentina
5	Cavidad detectable con Dentina visible
6	Cavidad extensa detectable con Dentina visible

Dientes Ausentes	
97	Extraído por Caries
98	Perdido por otras Razones
99	No erupcionado

Fuente: Cuadro icdas <https://sites.google.com/site/portafolioscicbcjimenez/4-caso-n-3-continuacion/4-4-icdas>

4.1a. 6 Inicio y progresión de la caries

Esta enfermedad es la mayor en el individuo, cuando empieza aparecer los dientes o cuando erupcionan los molares permanentes es decir a los 6 años, muchas veces se observan caries antes del brote completo de dichas piezas.

La placa bacteriana que se va acumulando en zonas donde la autolimpieza es insuficiente por lo tanto se aglomera en las zonas de declive, surcos y fisuras así también como en las zona interproximal, apiñamientos, áreas de difíciles accesos, etc. Es allí cuando se inicia.⁸

La placa se forma de las fermentaciones de alimentos causando la acidez que es el principal responsable de la producción del el ácido láctico y este a su vez que prolifera ante las sales tendiendo a disolverlas a gran velocidad.

El progreso de la enfermedad va a variar y a depender de varias causas:

- Solidez del Esmalte y Dentina
- Composición de la saliva.
- pH de la saliva
- Tipo de alimentación
- La higiene dental.

La caries comienza cuando logra romper los tejidos duros del esmalte dentario y esto puede tomar mucho tiempo, pero no así en las lesiones que comienzan en los surcos y fisuras, se observa una mancha mínima cuyo color es variable y enmascara una cavidad profunda y además esta es asintomática avanzando lenta y progresivamente.

Roto el tejido duro (el esmalte), en la dentina progresa rápidamente hacia la pulpa dental y todo esto sin producir molestias en la mayoría de los casos. Y cuando hay dolor, es demasiado tarde ya que el proceso puede llegar hasta destruir el diente completamente⁸.

Acompañado de distintas manifestaciones como:

- En la pieza dental se acompaña con un dolor intenso y pulsátil.
- Molestias al masticar de los dientes afectados

- Los dientes al aplicar a una temperatura alta o una fría va a provocar sensibilidad
- Halitosis
- Algunas ocasiones puede observarse inflamación

La falta de tratamiento puede llegar a causar la pérdida de la pieza dental y hasta causar serios problemas de salud bucal así como también en nuestra salud en general⁹⁻¹⁰.

4.1b Índice ceod

“El índice ceod, detalla el progreso de la caries en las denticiones deciduas. La letra C, es a la cantidad de piezas cariadas, la e, dientes indicados para las extracciones, o, pieza obturada”. Este se trata de un estado de la dentición y necesidad del tratamiento siendo el método de evaluación de la caries dental, según la OMS va a determinar el nivel de riesgo de ceod¹¹⁻¹²

NIVEL DE RIESGO DE ceod	
0-2	Bajo Riesgo
2.1-4	Mediano Riesgo
4.1 o más	Alto Riesgo

4.1b.1 Buen Vivir

“Hace referencia a la manera de vivir, de vestirse, educación, vivienda, registrando un 3,8% de crecimiento global en Ecuador. Lo que resulta beneficioso ya que está creando buenos hábitos en la gente preocupándose más por controlar su salud periódicamente lo que indica que hay un mayor crecimiento a nivel social como económico”¹³.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) la definición buen vivir como: “la captación de una persona que tiene del lugar de existencia o procedencia, tanto como la cultura, valores que forman parte del individuo creando una la relación con los distintos objetivos, expectativas y normas; la misma que va a influir en la salud física, psicológica, y la relación con la gente que está a su alrededor y en su entorno”¹.

4.1b.2 Percepción de niños y padres sobre el buen vivir relacionada en la salud oral.

Percepción son los conocimiento, o a sensaciones interiores que surgen de nuestro sentido provocando impresiones materiales.

La capacidad de realizar opiniones sobre las apariencias, amistades, ideas de sobre las personas que conocemos, como también diferenciar las emociones que se van dando a lo largo la infancia. La estética en los niños se vuelve muy indispensable ya que a raíz de esto el niño va creando un concepto de autoestima¹⁴.

Todos los relatos aportados por los padres o cuidadores nos sirven de gran ayuda al momento de valorar el buen vivir con relación a la Salud Bucal en niños, se considera que tienen una mayor vinculación con sus padres mientras más graves son las alteraciones patológicas ya que tienen mayor confianza para expresar sus sentimientos¹⁴.

4.1b.3 Impacto de las principales enfermedades relacionada con el buen vivir en la salud oral de los niños

* Impacto de la caries dental:

Según la OMS entre el 60 a 90% de los niños preescolares están afectados por la caries dental y esta enfermedad impacta negativamente en la calidad de vida ya que presentan dolor, dificultades para la masticación, disminución del peso y del apetito, incluso un problema para poder conciliar el sueño y alteraciones en el comportamiento, además baja autoestima ocasionando faltas constantes a clases y en consecuencia disminución del rendimiento académico¹⁴.

* Mala posición dentaria

Impacta significativamente ya que psicosocialmente se muestran con anomalías dentofaciales que impactan en su funcionalidad sumándose también el autoestima ya que se limitan a sonreír debido a la caries y la mala posición dental.

* Coloración dentaria

El oscurecimiento de los dientes antero superiores afectan negativamente en su imagen y autoestima.

* Impacto de las condiciones socioeconómicas

Es relacionado directamente con los factores socioeconómicos puesto que existe un aumento del salario lo cual es favorable para que haya una mayor protección y prevención de la salud oral; dando un buen vivir de los individuos¹⁴.

*Halitosis

Olor de aliento desagradable de una persona, debido a la mala higiene oral por falta de instrucción, prevención de la salud oral por parte de los responsables a cargo del niño, ocasionando que se retenga en la estructura lingual como en la estructura papilada restos alimenticios y desechos, descomponiéndose originando el mal olor lo que al tener contacto con sus compañeros exista un desprecio dando como resultado un desprecio por parte de los compañeros de la escuela¹⁵.

4.1b.4 Child OIDP:

En los niños en la calidad de vida diaria, los impactos orales fueron desarrollados para evaluar la prevalencia y severidad de los desempeños evaluando las necesidades de salud oral, por lo que es útil para los servicios de planificación. El Child OIDP evalúa de una forma simplificada en escalas del 1 al 3 y 8 preguntas simples como dificultad al: el comer, hablar, higiene bucal, dormir, emocional, sonreír, estudiar y al socializar. Proporcionando datos sobre la salud oral y la calidad de vida de los niños, la cual proporciona un doble beneficio¹⁶.

4.2 Antecedentes de la investigación

Autor: Laura Angela Milagros, Luque Delgado¹⁷.

Obra: “Mapa epidemiológico de salud oral de Arequipa 2006, índice de caries en escolares de 6 a 11 años del distrito de Hunter.”

Resultado: Precisar en el índice ceod y CPOD en escolares del Distrito de Jacobo Hunter, una investigación descriptiva de corte transversal.

Se aplicó una ficha epidemiológica a escolares de 6 a 11 años, tomando una muestra de 396 niños que pertenecían a centros de nivel primario de educación.

Se obtuvo como resultado que el índice ceod fue de 4.85, y de acuerdo a la OMS es considerado un nivel de caries alto.

El índice CPOD fue de 2.19, por lo tanto según el MS se considera un nivel de caries bajo.

Autor: Jelka Irma Ruby Rojas Bahanoa¹⁸.

Obra: “Mapa Epidemiológico de salud oral en Arequipa – 2006 Índice de caries en escolares de 6 a 11 años de edad de ambos sexos del Distrito de cercado”

Resultados: Se realizó un índice de caries dental en escolares de 6 a 11 años de edad para lo cual se utilizaron los índices de ceod y CPOD.

La población estudiada fue de 11449 escolares, se tomó muestra de 373 a quienes se aplicó una fórmula de universo de variables cualitativas; el muestreo se hizo aleatoria y mediante una estratificación simple. El índice CPOD en escolares de 6 a 11 años de edad es de 3.14; nos indica que tiene un índice de caries moderado.

Autor: Manuel Enrique Atahualpa Alarico¹⁹.

Obra: “Mapa epidemiológico de salud oral Arequipa. Índice de caries en dentición mixta en escolares de 6 a 11 años de edad en las instituciones educativas del distrito de cerro colorado, Arequipa 2006.”

Resultados: Investigación descriptiva, de observacional de campo y de corte transversal, finalidad del estudio es describir la frecuencia y las características de una enfermedad en una población determinada. El ceod promedio en escolares de 6 a 11 años fue de 4.71,

interpretándose como de prevalencia alta en caries según la OMS. El CPOD de 2.71 tomando en cuenta en niños de 6-11 años interpretarse como prevalencia moderada.

Autor: Miriam de Socorro Herrera/ Carlo Eduardo Medina-Solís/ Gerardo Maupomé²⁰.

Obra: “Prevalencia de caries dental en escolares de 6-12 años de edad de León Nicaragua³⁰(2006)”.

Resultados: El objetivo fue determinar la prevalencia de caries dental considerando los índices ceod y CPOD en escolares de 6-12 años de edad en la ciudad de León- Nicaragua. Método de un universo representativo de 1.400 de niños escolares se analizaron en un estudio transversal (2002). Se examinaron visual y clínicamente por uno de los 2 examinadores capacitados y estandarizados.

Los resultados de la prevalencia de la caries dental en los niños de 6 años en dentición temporal fue de 72,6%, la media del índice de caries (ceod) fue de $2,98 \pm 2.93$ (n=1.125), por lo tanto los niños con antecedentes de caries en dentición temporal tienen probabilidad de presentar caries en la dentición permanente.

Autor: Isabel Navarro Montes²¹.

Obra: “La autopercepción de la salud general y bucal en niños de Puebla, México”

Resultado: Se encuestaron a 235 niños y niñas de 8 a 12 años de edad, con ligera superioridad del sexo femenino. La mayoría de los niños y niñas perciben su salud en general como excelente, muy buena y buena el (82.2%), a diferencia de la salud bucal donde el 43.1% de los niños y niñas la calificó como regular o deficiente. El análisis por género, demostró que las niñas refirieron percepciones de salud bucal negativas en un porcentaje mayor que los niños (46.4% vs. 38.7%, respectivamente, $p= 0.08$). En cuanto a los motivos de autopercepción permitió observar que el 72% de los niños y niñas referían a la percepción negativa a la falta de medidas higiénicas preventivas, específicamente a la falta de “cepillado de dientes tres veces al día”. El 20% refería una salud bucal deficiente o regular a causa de “dolor de muelas”. Sólo el 8% refería cuestiones relacionadas a la asistencia frecuente al odontólogo para tratamiento.

Autor: Dr. César de Castillo- López²².

Obra: “Impacto de la condiciones bucales sobre la calidad de vida en escolares de ámbito rural, Piura, Perú”.

Resultado: Evaluar las condiciones bucales de calidad de vida relacionada con la salud bucal en niños de entre 11-12 años, en la zona rural de Piura. Se realizó un estudio transversal en 150 niños, se empleó el índice Child- ODP para determinar 17 condiciones bucales sobre 8 desempeños cotidianos. El 88,7% de niños informaron los cuales menos del 1% de niños tuvieron un impacto severa y muy severa considerando alteración mientras duermen, al reír, y 9 de cada 10 tuvieron un impacto de muy poca intensidad que fue en socializar

Autor: Ingunza J, del Castillo C, Evangelista-Alva A, Sánchez Borjas P²³.

Obra: “Calidad de vida relacionada a la salud bucal en escolares de ámbito Urbano-Marginal”.

Resultado: Se utilizó el índice Child-ODP 17 condiciones bucales sobre 8 desempeños cotidianos informando un menor desempeño cotidiano siendo 100% de preescolares entrevistados. El promedio de auto-percepción de problemas bucales fue de $4,52 \pm 1,96$. Siendo el principal motivo dolor de muela (72.7%), molestias al comer en un (81,1%), Limpiarse los dientes (66,7 %), Dormir (46,2 %) y Hablar (43,2 %), con menor prevalencia de impactos fueron Socializar (34,8 %) y Sonreír (37,1 %). El mayor impacto fue “muy poca”. La mayor severidad fue al comer: $1,34 \pm 0,94$. Alcanzando un desempeño de impacto de un $3.92 \pm 1,75$. Y el índice de Child-ODP fue $9,71 \pm 7,63$.

Autor: Gilmer Torres Ramos²⁴.

Obra: “Impacto de la caries de la infancia temprana en la calidad de vida relacionada a la salud bucal en niños peruanos menores de 71 meses de edad”.

Resultado: El objetivo fue conocer el impacto y la relación de caries de la infancia temprana y la calidad de vida relacionada con la salud bucal de los niños atendidos en el Instituto Nacional de Salud del Niño, Lima-Perú. Se realizó un estudio observacional y transversal con una muestra de 95 niños menores de 71 meses seleccionados de forma aleatoria, para lo que la información fue tomada a través de un examen clínico previo a la preparación de 2 personas calibradas para lo que dio como resultado entre 49 (51.6%) de sexo femenino y 46

(48.4%) sexo masculino que dio un 62% de impacto sano, 42% no presentaron impacto en los desempeños cotidianos y calidad de vida.

Autor: Vallejo Sánchez A²⁵.

Obra: “Gravedad de caries empleando un criterio de tamaño de la lesión y la variable asociada en una muestra de escolares mexicanos en el año 2015”

Resultado: Dar a conocer cuál fue la gravedad de la caries y variables asociadas en escolares de México. Se realizó un estudio trasversal de 1373 escolares de 6 a 12 años de escuelas públicas de Campeche, México. Lo que se registró un grupo de riesgo de las caries siendo 598 (43.6%) grupo 1; 261 (19.0%) grupo 2; 316 (23.0%) grupo 3; y 198 (14.4%) grupo 4. Se comparó el grupo menos afectado por lesiones cariosas, las variables asociadas en los diferentes grupos de gravedad en el modelo multivariado fueron: grupo de riesgo 2: edad, sexo y defectos del desarrollo del esmalte; grupo de riesgo 3; atención dental en el último año, actitud de la madre hacia la salud bucal y defectos de desarrollo del esmalte; grupo de riesgo 4: edad, atención dental en el último año, actitud de la madre hacia la salud bucal y defectos de desarrollo del esmalte.

Autor: Gutiérrez del Carpio Angie Mirla ²⁶.

Obra: “Mapa epidemiológico de salud oral en Arequipa 2006 (índice de Caries en dentición mixta en escolares de 6 a 11 años del distrito Uchumayo Arequipa 2006)”

Resultado: Dar a conocer la prevalencia de caries en escolares con dentición mixta de 6 a 11 años del distrito de Uchumayo Arequipa 2006. Se tomó una población de 923 alumnos entre 6 a 11 años de forma aleatoria de 271 niños. Lo que determinó el índice ceod que es de un 4.59 y un cpod de 1.71 analizados en dicho distrito.

5. HIPÓTESIS

Existe relación entre la presencia de caries y la autopercepción de caries dental en escolares de 6 años de la parroquia Totoracocha.

CAPÍTULO II
PLATEAMIENTO OPERACIONAL

1. MARCO METODOLÓGICO

Enfoque: El enfoque de la investigación es cuantitativo.

Diseño de Investigación: Descriptivo

Nivel de investigación: Descriptivo

- Tipo de Investigación:
- Por el ámbito: De campo
- Por la técnica: Observacional
- Por la temporalidad: Transversal actual.

2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio fue de 103 fichas epidemiológicas de la parroquia de Totoracocha, que corresponde al total de fichas registradas en el estudio epidemiológico de salud bucal para esta parroquia.

2.1 Criterios de selección:

- Para la formalización de la población se tendrán en cuenta los siguientes criterios de selección.

2.1 a.- Criterios de inclusión:

- Se incluirán en el presente estudio, las fichas epidemiológicas de estudiantes matriculados a los centros educativos de la ciudad de Cuenca, que tengan 6 años de edad cumplidos o que vayan a cumplir hasta el 31 de diciembre del 2016, que consten en el archivo de la oficina de investigación de la Carrera de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca, de la parroquia consentimiento y asentimiento.

3.-OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	INDICADOR	TIPO ESTADÍSTICO	ESCALA
Ceod	Se obtiene de la sumatoria de los dientes permanentes cariados, perdidos y obturados, incluyendo las extracciones indicadas	En este índice resulta de la sumatoria de las piezas dentarias deciduas, cariadas, perdidas y obturadas, en los niños examinados	Cariado Extracción indicadas Obturado indicadas	Cuantitativo discreta	Intervalo
Autopercepción de caries	La salud bucal muestra que los escolares tienen problemas de masticación con repercusión en su nutrición, dolor y dificultades al comer, al hablar y al socializar afectando su calidad de vida.	Percepción de las dificultades generadas por los dientes cariados en el desempeño de actividades diarias	Comer alimentos Hablar claramente Lavarte los dientes Descansar Mantener un buen estado de animo Sonreír, reír y mostrar tus dientes Realizar tus labores escolares Contacto con otras personas	Cualitativa nominal	cualitativa nominal
Sexo	Características genotípicas de la persona	Características externas que diferencian al varón de la mujer	Masculino Femenino	Cualitativa	Nominal

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

4.1.- Instrumentos documentales: Se utilizará la ficha de recolección de información digital, en el programa de libre acceso EPI INFO ver 7.2; para registrar los datos que constan en las fichas epidemiológica de la Universidad Católica de Cuenca (ANEXO 2), que constan de 5 partes, la primera de datos generales del paciente, la segunda de datos de Índice de Higiene Oral , la tercera de Índice de Caries CPOD, la cuarta de Índice de enfermedad Periodontal de Russel y la quinta de maloclusiones.

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

4.3.- Materiales

Entre los materiales que se emplearán están, los material de escritorio.

4.4.- Recursos.

Para llevar a cabo el estudio se necesitaron recursos institucionales (Universidad Católica de Cuenca, ZONAL 6 de Educación), recursos humanos (Examinadores y Tutores) y recursos financieros (autofinanciados).

5.-PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS.

5.1.-Ubicación espacial. La parroquia de Totoracocha es una unidad de organización política administrativa dentro de la ciudad Santa Ana de los Cuatro Ríos de Cuenca, que está ubicada en el centro austral de la República del Ecuador, es la capital de la provincia del Azuay, cuenta con 270 mil habitantes, su temperatura va de 7 a 15 grados centígrado en invierno y de 12 a 25 grados centígrados en verano. La superficie de área urbana es de 72 kilómetros cuadrados aproximadamente, tiene una alta cobertura de servicios básicos, es la tercera ciudad más importante de la República del Ecuador. Se caracteriza por su riqueza cultural y su gran variedad de museos. Está a 2500 metros sobre el nivel del mar.

5.2.-Ubicación temporal. La investigación se realizará entre los meses de Septiembre y Octubre del año 2016, recolectando datos de fichas epidemiológicas que reflejan la situación epidemiológica del año en curso, dichas fichas fueron tomadas entre los meses de Mayo y Julio del 2016.

5.3.- Procedimientos de la toma de datos.

Para el registro de los datos, se tomó en cuenta las fichas de la parroquia “Totoracocha”, las cuales fueron ingresadas a una base de datos en el programa EPIINFO ver 7.2, las cuales reflejan información epidemiológica que fue registrada con las siguientes características:

El estudio de ceod y autopercepción de caries buscó describir cualitativamente el problema en personas 6 años de edad, utilizando los parámetros de la OMS, para diagnosticar presencia de caries dental, que se detalla a continuación.

5.3.a.-Método de examen

Para realizar el registro de ceod el examinador empezará por observar el segundo molar superior derecho (diente 5.5), continuando con el primer molar superior derecho (5.4), luego el número 5.3 y así sucesivamente hasta llegar al 2do molar superior izquierdo (6.5), con el cual terminará los superiores.

Luego empezará los inferiores, examinando el 2do molar inferior izquierdo (número 7.5), luego el número 7.4, el número 7.3 y así cada uno de los dientes inferiores hasta terminar en el 2do molar inferior derecho (número 8.5). Siempre que termine de examinar un cuadrante el examinador y el anotador deben de corroborar que las anotaciones hayan sido correctas utilizando la palabra “**CORRECTO**”, según el índice de caries, extraído, obturado de la dentición decidua

El examinado debe seguir las siguientes recomendaciones:

- a) En lo posible no tocar la boca del paciente con los dedos.
Inicialmente, cada diente se examina en forma visual para observación de áreas descalcificadas, opacidades de los bordes marginales y esmalte socavado en fosas y fisuras.
- b) Usar la sonda periodontal solo en caso de duda evitando su uso en caries clínicamente evidentes (caries avanzadas) ya que causaría dolor innecesario al paciente
- c) Indagar al paciente la razón de la extracción del diente, pero si la respuesta no permite obtener una conclusión el examinador seguirá su criterio clínico.
- d) Dictar el índice claramente, para evitar, errores de anotación. Se debe interrumpir tantas veces sea necesario para ser aclaraciones sobre una anotación.

- e) Se deben examinar todas las superficies del diente.

Para la realización de la toma de datos de la autopercepción de caries se realizó una entrevista directa al paciente realizando las preguntas correspondientes y anotando el ficha exactamente como dice el interrogado sin interrupciones. Con las siguientes preguntas:

- Comer alimentos
- Hablar claramente
- Lavarte los dientes
- Descansar
- Mantener un buen estado de animo
- Sonreír, reír y mostrar tus dientes
- Realizar tus labores escolares
- Contacto con otras personas

5.3.b.-Criterios de registro de hallazgos

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

Cuadro N°1.**Criterios de clasificación de hallazgos clínicos de caries**

DESCRIPCION	DENOMINACIÓN	CÓDIGO
a) El diente no presenta evidencia de caries dental	SANO	0
a) Caries clínicamente visible b) Opacidad del esmalte que indique lesión cariosa. c) Cuando en las fosas y fisuras la sonda penetra y se pueda constatar que en el fondo existen tejidos dentarios reblandecidos. d) Cuando existiendo obturaciones se presentan simultáneamente algunos de los criterios descritos en a, b y c	CARIADO	1
a) El diente presenta una obturación con material definitivo como amalgama o resina, siempre y cuando las causas hayan sido caries. b) Los dientes obturados con eugenolato o cemento de oxifosfato se calificarán cariados.	OBTURACION Y CARIES	2
a) Dientes Obturados por causas diferente de caries dentales tales como las ocasionadas por prótesis, trauma o por estética	OBTURADO OK	3
a) El diente no se encuentra presente, al momento del examen y el examinado ha pasado la edad que en la que aquel debería haber hecho erupción. b) No hay signo evidente de que ocurrirá y existe el espacio dejando por la extracción.	PERDIDO POR CARIES	4

a) La razón que ha motivado la exodoncia no ha sido caries sino de tipo protésico, ortodóncico, traumático (fractura) estético o periodontal.	EXTRAIDO POR CAUSAS DIFERENTES DE CARIES	5
a) El diente permanente presenta un sellante o una fisura obturada	SELLANTE O FISURA OBTURADA	6
a) El diente permanente presenta una corona, siendo o no pilar de puente o implante dentario	CORONA O PILAR DE PUENTE	7
a) El diente permanente esta fuera del tiempo de erupción hacia la cavidad oral.	DIENTE PERMANENTE SIN ERUPCIONAR	8
1. La condición de la corona, nos permite su evaluación	NO REGISTRABLE	9

6.- PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS.

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

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

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

7.- ASPECTOS BIOÉTICOS.

El presente estudio no implica conflictos bioéticos, debido a que se ejecuta sobre datos ya tomados en pacientes del macro proyecto de investigación MAPA EPIDEMIOLOGICO DE SALUD BUCAL CUENCA 2016, en el cual todos los padres de los pacientes fueron informados por escrito de los objetivos y de la metodología del estudio. Se les indicó que hay un compromiso de confidencialidad de sus datos por parte del investigador principal y se les solicitó que firmen el Consentimiento Informado y de igual manera se procedió con

los escolares y luego se les solicitó que den su asentimiento. Adicionalmente al terminar su examen bucal, el participante recibió su diagnóstico firmado.

CAPÍTULO III
RESULTADOS, DISCUSION, CONCLUSIONES

1. RESULTADOS

Tabla N° 1: Distribución de la muestra en niños de 6 años de acuerdo a sexo en la parroquia de Totoracocha.

FEMENINO		MASCULINO		Total general	
n	%	n	%	n	%
51	50%	52	50%	103	100%

Interpretación de la tabla: En la siguiente tabla se puede observar la distribución de la muestra en la cual sexo masculino es de 52 alumnos que corresponde 50% y 51 niñas que representa el 50% del sexo femenino, dando un total de 103 niños examinados de 6 años de edad que equivalen el 100%.

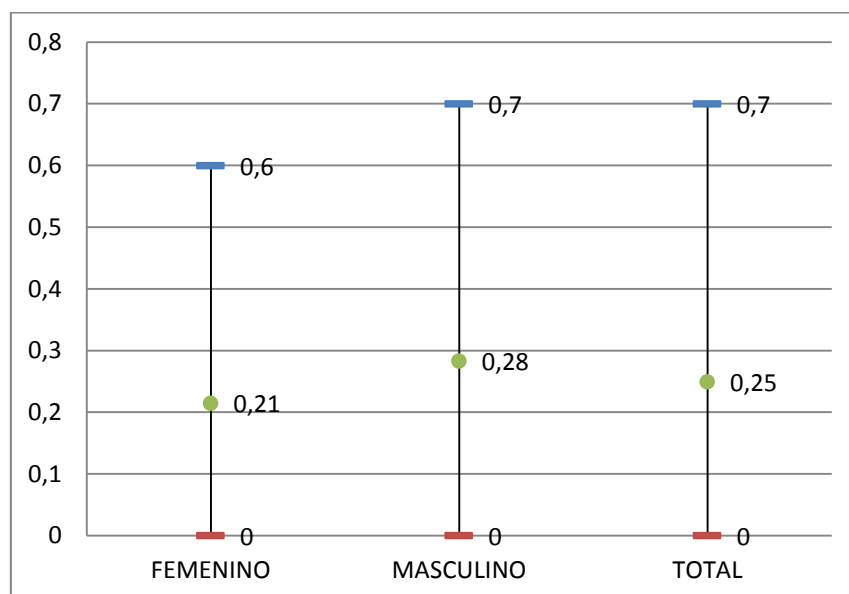
Tabla N° 2: Relación entre la presencia de caries y la autopercepción de caries dental en escolares de 6 años de edad en la parroquia Totoracocha, 2016.

	PERCIBE		NO PERCIBE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Con caries Clínica	51	78%	31	82%	82	80%
Sin caries Clínica	14	22%	7	18%	21	20%
Total	65	100%	38	100%	103	100%

Interpretación de la tabla: En la siguiente tabla se observa la autopercepción de caries; el 78% perciben su presencia, mientras que el 22% no percibe, y los niños que no autoperciben pero tienen caries es el 82% mientras que el 18% no perciben y no tienen caries.

Tabla N° 3: Nivel de c.e.o.d en niños de 6 años de la parroquia Totoracochoa.

Nivel de ceod			
	Máx. de ceod	Mín. de ceod	Promedio de ceod
FEMENINO	0,6	0	0,21
MASCULINO	0,7	0	0,28
TOTAL	0,7	0	0,25



Interpretación de la tabla: En la siguiente tabla se observa que el nivel máximo de ceod en el sexo femenino es de 0,6 %; en el sexo masculino es de 0,7% dándonos un promedio total de ceod de 0,25%

Tabla N° 4: Impacto de caries sobre los desempeños diarios en niños de 6 años de la parroquia Totoracocha según sexo.

	PRESENCIA DE IMPACTO	FEMENINO		MASCULINO		Total general	
		N	%	N	%	N	%
DESCANSAR	NO	26	40%	24	37%	50	77%
	SI	0	0%	15	23%	15	23%
COMER ALIMENTOS	NO	13	20%	10	15%	23	35%
	SI	13	20%	29	45%	42	65%
HABLAR CLARAMENTE	NO	20	31%	23	35%	43	66%
	SI	6	9%	16	25%	22	34%
LAVARTE LOS DIENTES	NO	15	23%	15	23%	30	46%
	SI	11	17%	24	37%	35	54%
ESTADO DE ANIMO	NO	20	31%	23	35%	43	66%
	SI	6	9%	16	25%	22	34%
SONREIR	NO	22	34%	18	28%	40	62%
	SI	4	6%	21	32%	25	38%
LABORES	NO	24	37%	21	32%	45	69%
	SI	2	3%	18	28%	20	31%
SOCIALIZAR	NO	23	35%	19	29%	42	65%
	SI	3	5%	20	31%	23	35%

Interpretación de la tabla: En la siguiente tabla va a presentar dificultad al realizar las actividades diarias al comer alimentos con el 65%, lavarse los dientes 54%, sonreír 38%, socializar 35%; y los que afectan en menor actividad al hablar y estado de ánimo el 34%, labores escolares 31%, dormir el 23%

Tabla N° 5: Severidad del impacto de caries sobre los desempeños diarios en niños de 6 años de la parroquia Totoracocha según sexo.

	PRESENCIA DE IMPACTO	FEMENINO		MASCULINO		Total general	
		N	%	N	%	N	%
DESCANSAR	LEVE	0	0%	3	5%	3	5%
	MODERADO	0	0%	5	8%	5	8%
	SEVERO	0	0%	7	11%	7	11%
COMER ALIMENTOS	LEVE	4	6%	8	12%	12	18%
	MODERADO	5	8%	8	12%	13	20%
	SEVERO	3	5%	13	20%	16	25%
HABLAR CLARAMENTE	LEVE	5	8%	2	3%	7	11%
	MODERADO	1	2%	4	6%	5	8%
	SEVERO	0	0%	10	15%	10	15%
LAVARTE LOS DIENTES	LEVE	8	12%	7	11%	15	23%
	MODERADO	3	5%	6	9%	9	14%
	SEVERO	0	0%	11	17%	11	17%
ESTADO DE ANIMO	LEVE	4	6%	5	8%	9	14%
	MODERADO	2	3%	2	3%	4	6%
	SEVERO	0	0%	9	14%	9	14%
SONREIR	LEVE	4	6%	9	14%	13	20%
	MODERADO	0	0%	5	8%	5	8%
	SEVERO	0	0%	7	11%	7	11%
LABORES	LEVE	2	3%	4	6%	6	9%
	MODERADO	0	0%	1	2%	1	2%
	SEVERO	0	0%	13	20%	13	20%
SOCIALIZAR	LEVE	2	3%	3	5%	5	8%
	MODERADO	1	2%	6	9%	7	11%
	SEVERO	0	0%	11	17%	11	17%

Interpretación de la tabla: En la siguiente tabla se ve que hay severidad al comer 25% y labores escolares 20%, siendo leve al lavarse los dientes 23% y al sonreír el 20%

2. DISCUSIÓN:

El presente estudio fue determinar la relación del ceod y la auto percepción en niños de 6 años de la parroquia de Totoracocha, Cuenca-Ecuador, 2016. Teniendo una muestra de 104 niños los cuales pertenecen 51 al sexo femenino y 52 al sexo masculino.

En el presente estudio que realizamos a escolares de 6 años de edad determinamos que el tamaño de la muestra en mujeres es del 50% al igual que los hombres representaron del 50%; dato similar con el estudio de Guerrero²⁷ realizado en México en el año 2008 el cual represento un tamaño muestral de mujeres del 51% y los varones del 49%

En resultado de ceod que se obtuvo en la toma de los datos epidemiológicos es de 0,25% comparando con un estudio de similitud realizado por Rojas¹⁸ en el año 2006 en Arequipa con una muestra de 373 escolares de 6 a 11 años obteniendo un índice de ceod de 2,46; estos niveles según la OMS son considerados de bajo riesgo de caries.

Mientras que en el año 2006 dichos estudios realizados por Milagros y cols¹⁷ obtuvieron una muestra de 396 escolares; Atahualpa¹⁹ con una muestra de 368 alumnos y Gutiérrez.²⁶ con una muestra de 271 niños de 6 a 11 año, tuvieron como resultado un ceod de 4.85, 4.71 y 4.59 considerado por la OMS como nivel de riesgo alto de caries; a diferencia con los resultados obtenidos en el presente trabajo epidemiológico en el cual se determinó un ceod de 0.25 siendo de bajo riesgo debido a que el presente estudio obtuvo en un total de 103 escolares de 6 años.

Ingunza y cols²³. Utilizó ocho desempeños diarios con la autopercepción de las actividades determinando como resultado que los más afectados fueron al comer 81%, lavarse los dientes 66,7%, dormir 46.2% y hablar 43,2%; mientras que los desempeños que menos afectaron fue al socializar 34,8% y al sonreír 37,1%; comparado con el presente estudio en el cual se obtuvo que los más afectados al momento de realizar las actividades diarias fueron al comer 65%, lavarse los dientes 54%, sonreír el 38% y al socializar el 35%; los menos afectados se encontró que al hablar claramente, el estado de ánimo el 34%, al realizar las labores escolares el 31%, dormir con 23%.

Castillo²² en su estudio realizado en el 2007 dio como resultado que afecto en las el desempeño de las actividades diarias al comer 62,7%, lavarse los dientes 60%, estado de ánimo 40,7% siendo de menos afectado al estudiar 20%, socializar 22%, dormir 24,7%, hablar 38,7%, sonreír 32,7% comparando con este estudio epidemiológico en el cual se diferencia que existe una gran afección al comer 65%, lavarse los dientes 54%, sonreír el 38% y al socializar el 35%; los menos afectados se encontró que al hablar claramente, el estado de ánimo el 34%, al realizar las labores escolares el 31%, dormir con 23% .

Según la severidad el estudio realizado por Ingunza²³ se concluyó que todos los desempeños son leves, de los cuales los más relevantes son: al socializar el 86,9%, hablar 72,2% y al sonreír 71,5%; en comparación con el presente estudio realizado en Totoracocha que se obtuvo una severidad leve que se presenta al lavarse los dientes 23%, sonreír 20% y los más severos fueron al: comer con el 25% y labores escolares 20%.

Paredes²⁸ al realizar la severidad de su estudio determinó que presenta un impacto al momento de realizar las actividades escolares que son todas severas; las más relevantes al comer con el 69,9%, hablar 64,3%, lavarse los dientes y dormir el 62,9% a diferencia de nuestro estudio que obtuvo como resultado que al momento de realizar las actividades diarias se determinó una severidad leve que presenta al lavarse los dientes 23%, sonreír 20% y severas al comer con el 25% y labores escolares 20%.

3. CONCLUSIÓN

- En el presente estudio se logró determinar que la percepción de los niños fue mayor que los que no autoperciben la presencia de caries.
- En el ceod se obtuvo como resultado que presentó un promedio de 0,25 que corresponde a un nivel bajo de caries.
- En la autopercepción según el desempeño de las actividades, se determinó que va a presentar mayor afección al momento de comer, lavarse los dientes, sonreír, socializar y siendo los menos afectados al hablar, estado de ánimo, al realizar las labores escolares y al dormir.
- Según la severidad determinamos que son leves al momento de sonreír, labores escolares y severas a comer, labores escolares.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Ministerio de Salud Pública. Caries. Guía Práctica Clínica. Primera Edición Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2015. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
2. Barrancos Mooney, Operatoria dental. 4ª edición. Buenos Aires. Médica Panamericana, 2008. P 297-300.
3. Ngunza J, López C, Evangelista A, Sánchez P. Calidad de vida relacionada a la salud bucal en escolares de ámbito urbano-marginal. Lima- Perú Rev Estomatol Herediana. [Internet]. 2015 [citado 4 diciembre 2016]; 25(3). Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/reh/v25n3/a04v25n3.pdf>
4. Villena R, Sarmiento, Pachas F, Sánchez Y, Carrasco M. Prevalencia de caries de infancia temprana en niños menores de 6 años de edad, residentes en poblados urbano marginales de Lima Norte. Lima- Perú. Rev Estomatol Herediana. [Internet]. 2011; [citado 4 diciembre 2016]; 21(2) Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/237/204>
5. Villena R, Sarmiento, Pachas F, Sánchez Y, Carrasco M. Prevalencia de caries de infancia temprana en niños menores de 6 años de edad, residentes en poblados urbano marginales de Lima Norte. Lima- Perú. Rev Estomatol Herediana. [Internet]. 2011; [citado 4 diciembre 2016]; 21(2) Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/237/204>
6. Narváez H, López E. Determinantes sociales y su relación con caries en niños de 1 a 5 años de la fundación “Niños de María” de la ciudad de Quito durante el año lectivo 2011-2012. Quito- Ecuador- Odontología Vol. 17 / Diciembre de 2015 [Internet]. [citado 5 enero del 2017]; Disponible: file:///C:/Users/Fabi%C3%A1n/Downloads/32-105-1-PB.pdf
7. Cameron A, Widmer R. Odontología Pediátrica. Madrid 1997; 39-50
8. Zero D, Fontana M, Martínez E, Ferreira A, Ando M, González C, et al. The biology, prevention, diagnosis and treatment of dental caries: scientific advances in the United States. *JADA* [Internet]. 2009 [citado 05 diciembre 2016] ;140: 25-30. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002817714634693>
9. Martínez K. Monjarás A. Estudio epidemiológico sobre caries dental y necesidades de tratamiento en escolares de 6 a 12 años de edad en San Luis Potosí. Revista de Investigación Clínica. [Internet] 2010 [citado 05 diciembre 2016] 62 (3) 206-213. Disponible en: /react-text <http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2010/nn103c.pdf>
10. Hidago E. ÍNDICE CPOD Y ceo comparativo entre la escuela fiscal mixta “HIMMELMAN” y la unidad educativa particular “HÉROES DEL CENEPa” entre niñas y niños de 6 a 12 años de edad del cantón Cayambe de la provincia de Pichincha Ecuador

en el periodo 2010-2011. [internet] julio 2012 [citado 05 diciembre 2016] Disponible en: /react-text <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/794/5/T-UCE-0015-17.pdf>

11. Piovano S, Squassi A, Bordoni N. Estado del arte de indicadores para la medición de caries dental. Buenos Aires- Argentina. Revista de la Facultad de Odontología (UBA) [Internet]. Año 2010 [citado 05 diciembre 2016] Vol. 25 • N° 58 . Disponible en: <http://www.odon.uba.ar/revista/2010vol25num58/art4.pdf>
12. Ojeda M, Acosta N, Duarte E, Mendoza N, Meana María. Prevalencia de Caries Dental en Niños y Jóvenes de Zonas Rurales. Argentina. [Internet]. 2006. [citado 04 diciembre 2016]. Disponible en: <http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/com2005/3-Medicina/M-096.pdf>
13. El Telégrafo. La calidad de vida y la clase media de Ecuador rompen todos los récords. Ecuador. [Internet]. Diciembre 2013.
14. Abanto J, Bönecker M, Raggio DP. Impacto de los problemas bucales sobre la calidad de vida de niños. Brasil. Rev Estomatol Herediana [Internet]. 2010; [citado 04 diciembre 2016] 20(1):38-43. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/viewFile/1782/1796>
15. Abanto JA. Impacto das doenças e desordens bucais na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças pré-escolares e de seus pais [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2009. 95 págs
16. Huda Y, Sudaduang G, Aubrey S, Georgios. Validation of an English version of the Child-OIDP index, an oral health-related quality of life measure for children. Health and Quality of Life Outcomes [Internet].2006 [citado 2016 Sep 05]; 4:38. Disponible en: <https://static-content.springer.com/pdf/art%3A10.1186%2F1477-7525-4-38.pdf?token=1473148022887--664d0340ce81d4b1976eab83ecc0b7786608d4eb9eba59674704e078bceedc8a0b91f64d3827bb8ea7680709f1f804636b66faa1a1fe0185d812086bc7b7d0ca>
17. Milagros L, Delgado L. Mapa epidemiológico de salud oral de Arequipa 2006, índice de caries en escolares de 6 a 11 años del distrito de Hunter. Perú: Laura Angela Milagros, Luke Delgado editor; 2006.
18. Rojas Gohana IR. Mapa epidemiológico de salud oral en Arequipa 2006 Índice de Caries en escolares de 6 a 11 años de ambos sexos del distrito de Cercano. Arequipa: Universidad Católica Santa María;2006
19. Atahualpa-Alarico A. Mapa epidemiológico de salud oral Arequipa. Índice de caries en dentición mixta en escolares de 6 a 11 años de edad en las instituciones educativas del distrito cerro colorado, Arequipa 2006. Perú: Atahualpa-Alarico A editor;2006

20. del Socorro Herrera M, Medina E, Maupomé G. Prevalencia de caries dental en escolares de 6 a 12 años de edad de León, Nicaragua. *Gaceta Sanitaria*. 2006;19(4):302-6
21. Moyaho Bernal A, Lara Muñoz MC, Espinosa de Santillana I, Muñoz G, Etchegoyen G. La autopercepción de la salud general y bucal en niños de Puebla, México. *La Sociedad Odontológica de la Plata "SOLP"*. 2010;41:21-24 Disponible en: https://www.resarchgate.net/publication/235409505_La_autopercepcion_de_la_salud_general_y_bucal_en_los_niños_de_Puebla_Mexico
22. Catillo-López, Evangelista-Alva A, Sánchez-Borja P. Impacto de las condiciones bucales sobre la calidad de vida en escolares de ámbito rural, Piura, Perú. *Rev Estomatol Herediana [Internet]*. 2014 [citado 2016 Sep 24]; 24 (4): 220-8. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-4352014000400003
23. Ingunza J., Del Castillo C. Calidad de vida relacionada a la salud bucal en escolares de ámbito urbano-marginal, Lima, 2013 Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/reh/v25n3/a04v25n3.pdf>
24. Torres-Ramos G, Blanco-Victorio D, Chávez M, Apaza S, Anatezana V. Impacto de la caries de a infancia temprana en la calidad de vida relacionada a la salud bucal en niños peruanos menores de 71 meses de edad. *Odontología Sanmarquina*. 2016; 18(2): 87-94. Disponible en: <http://revistainvestigación.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/11520>.
25. Vallejo A, Minaya M, Casanova JF, Casanova AJ, Macias J, Vera S, et al. Gravedad de la caries empleando un criterio de tamaño de la lesión y variables asociadas en una muestra de escolares mexicanos. *Revista salud UIS*. 2015; 47(3): 291-299. Disponible en: <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/5135/5981>
26. Gutiérrez del Carpio AM. Mapa epidemiológico de salud oral Arequipa-2006 (índice de caries en dentición mixta en escolares de 6 a 11 años de edad de las instituciones Educativas del Distrito de Uchumayo Arequipa 2006) Arequipa: Universidad Católica Santa María;2006
27. Guerrero Reynoso V et al. Epidemiología de caries dental y factores de riesgo asociados a la dentición primaria en preescolares. *Rev.ADM* 2009; pág.1,5. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2009/od093b.pdf>
28. Paredes Martínez. Impacto de las condiciones bucales sobre la calidad de vida en escolares del distrito de San Juan de Miraflores. Lima. 2014. Disponible en <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/2092>

29. Villavicencio-Caparóe E, Sayago-Heredia J, Katherine CL, Velez-León E, Cabrera-Duffaut A. Pasos para la planificación de una investigación clínica. *Odontología Activa*. 2016;;p73-75. [https://www.researchgate.net/publication/303250030PASOS PARA LA PLANIFICACION DE LA TESIS STEPS FOR THESIS PLANNING](https://www.researchgate.net/publication/303250030PASOS_PARA_LA_PLANIFICACION_DE_LA_TESIS_STEPS_FOR_THESIS_PLANNING)

30. Villavicencio-Caparóe E. Research Gate [Online]. Arequipa; 2010 [Cited 2016 1.01]. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/283352423 EL TAMAÑO MUESTRAL EN TESIS DE POST GRADO CUANTAS PERSONAS DEBO ENCUESTAR](https://www.researchgate.net/publication/283352423_EL_TAMAÑO_MUESTRAL_EN_TESIS_DE_POST_GRADO_CUANTAS_PERSONAS_DEBO_ENCUESTAR)

ANEXOS.

Anexo 2

FICHA EPIDEMIOLÓGICA DE LA UCACUE



DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

Hora Inicio: _____ Hora Fin: _____ TIEMPO EMPLEADO: _____ min.

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: M F

Cantón de nacimiento: _____ Parroquia: _____

Fecha: ____/____/____ Colegio: _____ Examinador: _____

HIGIENE ORAL (HO-S)

PLACA BLANDA			PLACA CALCIFICADA		
16/95	11/51	26/65	16/95	11/51	26/65
46/95	31/71	36/75	46/95	31/71	36/75
PG	PC	HO-S	Buena	Regular	Mala

CARIES DENTAL (CPDD / ceod)

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	Código
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65				Código
																PUFA/pufa
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	Código
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75				Código
																PUFA/pufa

ENFERMEDAD PERIODONTAL (IP RUSSELL)

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	Código
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65				Código
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	Código
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75				Código

CPDD / ceod
0= SANO
1= CARIADO
2= OBTURADO Y CON CARIES
3= OBTURADO OK
4= PERDIDO POR CARIES
5= PERDIDO POR OTRO MOTIVO
6= SELLANTE PRESENTE
7= CORONA O PILAR DE FUENTE
8= DIENTE PERMANENTE SIN ERUPCIÓN
9= NO REGISTRAR

IP RUSSELL
0= ENCÍA SANA
1= GINGIVITIS MODERADA (solo papilas)
2= GINGIVITIS (rodea todo el diente)
5= GINGIVITIS Y BOLSA PERIODONTAL
8= DESTRUCCIÓN AVANZADA CON PÉRDIDA DE FUNCIÓN MASTICATORIA

Anexo 3

**CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN
(PARA SER LLENADO POR LOS PADRES)**

Institución: Universidad Católica de Cuenca.

Investigador Principal: Dr. Ebingen Villavicencio Caparó.

Título: Mapa Epidemiológico de Salud Bucal en Escolares de Cuenca.

Propósito del Estudio

Estamos invitando a su hijo(a) a participar en un estudio llamado: "Mapa epidemiológico de Salud bucal en escolares de Cuenca". Este es un estudio para evaluar la frecuencia de las principales enfermedades bucodentales en escolares del Cantón Cuenca.

Procedimientos:

Si ud. autoriza a que su hijo participe en este estudio se le realizará lo siguiente:

1. Se le aplicará un cuestionario que tendrá una duración de aproximadamente 2 minutos.
2. Se le realizará un examen buco-dental para determinar si su hijo tiene caries, enfermedad de encía o mala posición de los dientes.

Riesgos:

No existirán riesgos para su hijo (a) por participar en este estudio, por ser solamente un examen visual de sus dientes.

Beneficios:

No existen beneficios económicos por participar en el estudio sin embargo su hijo recibirá una charla de salud bucal y consejería en prevención de enfermedades bucales que se realizará en el centro educativo. De igual forma ud. recibirá un informe de estado de salud bucal de su hijo, con la finalidad de que sepa si está sano o si necesita que asista a consulta odontológica.

Costos e incentivos: Este estudio es totalmente gratuito.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos la información de su hijo. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Los archivos de su hijo (a) no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Derechos del paciente:

Si usted decide que su hijo (a) participe en el estudio, podrá retirarse de este en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a la Universidad Católica de Cuenca, Facultad de Salud y Bienestar, Carrera de Odontología al teléfono 2821897 ext. 113


AUTORIZACIÓN: MEDIANTE LA PRESENTE CON MI FIRMA DOY EL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DE MI HIJO(A) EN ESTE ESTUDIO.

Padre o apoderado

Nombre del(a) ESCOLAR

Nombre:

CI:


 Investigador: Dr. Ebingen Villavicencio
 CI: 0151549557

Realizado por Dra. Uliana Escalada Verdugo
Coordinadora de Unidad de Titulación

Anexo 4

INFORME DE SALUD BUCAL

Señor padre de familia la presente es para agradecer su colaboración con nuestro proyecto y a la vez informarle sobre el estado de salud bucal de su niño/a.

Institución.....

Nombre:..... Edad:.....

El ni niño/a. presenta:

Dientes.....

.....
.....
.....
.....
.....

Encías.....

.....
.....
.....
.....
.....

Oclusión.....

.....
.....
.....
.....
.....

Recomendaciones de Tratamiento

.....
.....
.....
.....
.....