

ARTÍCULO ORIGINAL

Estudio epidemiológico de salud bucal en la población de 12 años del área VIII de salud de Cienfuegos.

Epidemiological study on Buccal Health in the 12 years old population of Health Care Area VIII in Cienfuegos.

Dra. Yumaidi Colina Sánchez¹, Dra. Beatriz García Alpízar², Dra. Esther María Castillo Betancourt³, Dr. C Mikhail Benet Rodríguez⁴, Lic. Raúl López Fernández⁵, Dr. Manuel Rodríguez Rodríguez⁶

¹ Dra. en Estomatología. Especialista de I Grado en EGI. Clínica de Especialidades, Cienfuegos. ² Dra. en Estomatología. Especialista de I Grado en Prótesis Estomatológica. Clínica de Especialidades, Cienfuegos. ³ Dra. en Estomatología. Especialista de I Grado en Periodoncia. Clínica de Especialidades, Cienfuegos. ⁴ Dr. en Ciencias Médicas, Especialista de II Grado en Fisiología Normal y Patológica, Profesor Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Raúl Dorticós Torrado". Cienfuegos. ⁵ Master en Estadísticas, Profesor Asistente. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Raúl Dorticós Torrado". Cienfuegos. ⁶ Dr. en Estomatología. Área VIII. Cienfuegos.

RESUMEN

Fundamento: La población de niños de 12 años, es tomada mundialmente, como una edad de referencia para comparar el estado de salud bucal de los países, mediante diferentes indicadores que miden la presencia de las principales enfermedades bucales. El conocimiento de estos perfiles epidemiológicos genera información para orientar las políticas de la planificación de los servicios de la Atención primaria de salud. **Objetivo:** Caracterizar el estado de salud bucal de la población de 12 años. **Métodos:** Estudio descriptivo correlacional de corte transversal con una muestra probabilística estratificada de 90 niños a partir de un universo conformado por los 269 adolescentes que constituyen el total de la población de 12 años del Área VIII de Salud del municipio de Cienfuegos. Se utilizaron las pruebas chi cuadrado de Pearson, test de tendencia lineal de Mantel-Haenszel con la determinación del riesgo relativo y los intervalos de confianza del 95 %. **Resultados:** La prevalencia de caries alcanzó un 54,4%. El índice COP-D fue de 2,45 siendo el componente cariado el mayor porcentaje con un 4,6%. La enfermedad periodontal, fue más frecuente en los niños que en las niñas con un 54,9% y 30,8% respectivamente. El 80,9% de los segmentos se encuentran sanos. En los afectados, el cálculo predominó en un 11,7%. Se determinó que las obturaciones deficientes, la herencia, la deficiente higiene bucal fueron los

factores de riesgo que más afectaron a los niños con caries mientras que en la enfermedad periodontal fue la deficiente higiene bucal. Las maloclusiones presentaron una prevalencia de un 40%. De estas, el 55,6% requerían de atención en el nivel secundario. Los portadores de hábitos presentan un riesgo superior a las 2 veces de enfermar. La categoría epidemiológica enfermos se presentó en un 77,8% del total. **Conclusiones** Se recalca el énfasis que requiere la prevención como piedra angular de la atención médica primaria del mundo actual, siendo el Estomatólogo General Integral un agente de cambio que acorde a su formación sea capaz de asumir la problemática de salud existente y modificarla positivamente, actuando desde las edades más tempranas.

Palabras clave: ENFERMEDADES DE LA BOCA (epidemiol)(prev)(terap)- ATENCION PRIMARIA DE SALUD- POLICLINICA

ABSTRACT

Background: The 12 years-old children population is worldwide taken as a reference age to compare the buccal health condition of different countries, by means of various indicators that measure the presence of the main buccal diseases. The knowledge of these epidemiological profiles generates information to guide the services planning policies of the Primary Health Care. **Objective:** To characterize 12 years-old population's buccal health condition. **Methods:**

Recibido: 22 de febrero de 2007 **Aprobado:** 28 de junio 2007

Correspondencia:

Beatriz García Alpízar
Clínica Estomatológica Provincial de Especialidades.
Cienfuegos, Cuba.
CP: 55100
email: mikhail@cmc.cfg.sld.cu

Cross-sectional descriptive correlative study with a stratified probabilistic sample of 90 children starting from a universe conformed by the 269 adolescents that constitute the total of the 12 years old population of the Health Care Area VIII in Cienfuegos municipality. Pearson's chi-square and Mantel-Haenszel lineal tendency tests were used with the determination of the relative risk and reliance intervals of 95%. **Results:** The decay prevalence reached 54, 4%. The COP-D index was 2, 45 being the decayed component the major percentage with 4.6%. The periodontal disease was more frequent in boys than in girls, with 54, 9% and 30, 8% respectively. 80,9% of the segments is healthy. In those affected, the calculation prevailed in 11,7%. It was determined that faulty obturations, inheritance and faulty buccal hygiene were the most affecting risk factors for children with decays, while in the periodontal disease it was faulty buccal hygiene. Malocclusions presented a prevalence rate of 40%. Out of which, 55,6% required secondary level attention. Those with habits present a risk 2 times superior of making sick. The sick epidemiological category was present in 77,8% of the total. **Conclusions:** We emphasize the prevention need as core issue of the primary medical care in the world today; being the General-Integral Dentist a transforming agent that according to his/her formation is capable to assume the existent health problem and to modify it positively, acting from the earliest ages.

Key words: Buccal diseases (Primary attention of policlinic-health)

INTRODUCCIÓN

La elaboración de perfiles epidemiológicos confiables en las poblaciones, es una práctica positiva que permite tener una visión general de la forma en la cual la salud de una comunidad se ve afectada, evalúa la intervención de los sistemas de salud existentes y genera información para orientar las políticas de la planificación de los servicios de la Atención Primaria de Salud (APS).^(1,2) En este sentido, la edad 12 años es considerada mundialmente de referencia para comparar el estado de salud bucal entre los distintos países, usando indicadores que miden la presencia o no de las tres enfermedades que más afectan la cavidad bucal, ellas son, la caries dentales, las periodontopatías y las maloclusiones.

Diferentes autores han descrito, que debido a las condiciones biológicas, psicológicas y sociales que presenta este grupo poblacional se les asocia un notable incremento de la susceptibilidad para desarrollar determinadas enfermedades o desviaciones de la salud.⁽²⁻⁴⁾ Por lo que conocer la situación de salud bucal de la población de niños de 12 años del Área VIII del municipio de Cien-

fuegos fue el propósito de este estudio. La información que se deriva de este estudio pudiera aportar una aproximación de la situación de salud bucal que presenta esa población de niños y de esa manera ejercer acciones de salud preventivas y curativas sobre este grupo por parte de los servicios de salud estomatológicos del área.

MÉTODOS

Tipo de estudio y muestra: Se realizó un estudio, con diseño descriptivo correlacional de corte transversal en el período comprendido de septiembre de 2005 a mayo de 2006. El universo estuvo conformado por los 269 adolescentes que constituyen el total de población de 12 años del Área VIII de Salud del Municipio de Cienfuegos. Se seleccionó una muestra de 90 niños, utilizando el método de muestreo aleatorio simple. Al final la muestra representó el 33,5% de la población.

Los niños seleccionados fueron citados a consulta con uno de los padres, allí se les realizó interrogatorio y examen oral y extraoral utilizando set de clasificación, sonda periodontal de la OMS, guantes y con buena iluminación artificial.

Los datos recogidos fueron plasmados en un instrumento confeccionado al efecto: Encuesta de diagnóstico y estado de salud bucal de los niños y niñas. Con la información primaria se creó una base de datos en el paquete estadístico SPSS versión 11.0 para posterior procesamiento estadístico. A todos los padres se les preguntó sobre su interés en que su hijo participara en el estudio y se recogió el consentimiento de participación.

Las variables utilizadas en el estudio fueron: sexo (masculino o femenino), estado de salud bucal, número de dientes cariados, número de dientes obturados, número de dientes perdidos, índice COP-D.

Esta última se determinó utilizando la siguiente fórmula:

$$\text{Índice COP - D} = \frac{\text{Dientes Cariados} + \text{Obturados} + \text{Perdidos}}{\text{Total de individuos examinados}}$$

En relación a los factores de riesgo tenidos en cuenta, se agruparon en: Biológicos (Maloclusiones, antecedentes de caries, hipotonía muscular, enfermedades sistémicas endocrinas, respiratorias, alergias y epilepsia), hábitos (alimentación cariogénica, higiene bucal, respiración bucal, deglución atípica, onicofagia, succión digital, bruxismo), ambientales (abasto de agua, calidad del agua, entorno, radiaciones.) y otros factores de riesgo (obturaciones deficientes).

Para la variable enfermedad periodontal se determinó: Si al menos un segmento está afectado o si no presenta la enfermedad y en relación a la condición periodontal se utilizó el Índice de Necesidad de Tratamiento Periodontal en la Comunidad: con la variante para los menores de 20 años donde se examinan los dientes 16, 11, 26, 36, 31 y

46 los cuales establecen para la condición periodontal los siguientes códigos:

PUNTAJE CRITERIO

0- Sano.

1- Sangramiento observado, ya sea directamente o con un espejo bucal, tras el sondaje.

2- Cálculo detectado durante el sondaje, pero toda la banda negra de la sonda es visible.

Los criterios que se tienen en cuenta para la variable necesidades de tratamiento periodontal son: no requiere tratamiento, (los examinados con periodonto sano), requiere profilaxis dental y adiestramiento en cepillado (Tto 1), y necesita tartrectomía y/o raspado y alisado radicular.(Tto 2)

La variable maloclusión según nivel de atención se evaluó teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Existe maloclusión en el nivel primario cuando: los primeros molares permanentes están en neutroclusión con anomalías en el sector anterior.
- Existe maloclusión en el nivel secundario cuando: los primeros molares están en mesio ó distoclusión con anomalías en el sector anterior o falta algún primer molar y tiene alguna anomalía en la oclusión.
- No existe maloclusión

En relación a la clasificación epidemiológica se tuvo en cuenta si el individuo era sano, sano con riesgo, enfermo, deficiente/ discapacitado.

Los datos se presentan en tablas y figuras mediante números y porcentajes. Se utilizó la prueba de chi cuadrado de Pearson, así como el test de tendencia lineal de Mantel-Haenszel con la determinación del riesgo relativo y los intervalos de confianza del 95 %.

Tabla 1. Distribución del índice COP-D y sus componentes según sexo en niños de 12 años, Área VIII de Salud, Municipio Cienfuegos. 2006. N=90.

Sexo	Dientes* Cariados		Dientes** Obturados		Dientes*** Perdidos		Dientes Sanos		Índice COP-D
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Masculino	77	5,4	50	3,5	12	0,8	1289	90,3	2,7
Femenino	39	3,6	31	2,8	12	1,09	1010	92,5	2,1
Total	116	4,6	81	3,2	24	0,9	2299	91,2	2,45

*x=1,23 **x=0,9 ***x=0,3

La tabla 2 muestra los factores de riesgo que más se asociaron con la aparición de la caries dentales. En este sentido, se determinó que en orden de importancia, los factores que más afectaron fueron las obturaciones deficientes, la herencia, la deficiente higiene bucal y la respiración bucal.

RESULTADOS

Predominó el sexo masculino con 51 niños, 56,7 % del total.

La prevalencia de caries dentales alcanzó el 54,4%, observándose diferencias significativas en relación al sexo. Los niños, tuvieron un riesgo de caries 1,11 veces mayor que las niñas (figura 1).

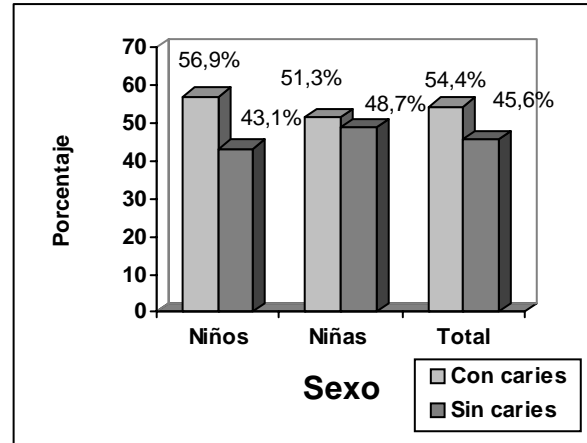


Figura 1. Distribución de las caries según sexo y total en niños de 12 años, Área VIII de Salud, Municipio Cienfuegos. 2006 N=90.

RR(IC95%) 1,11 (0,74;1,64)

El índice COP-D alcanzó la cifra de 2,45 en el total de examinados, se determinó que para el sexo masculino este valor fue superior con un 2,7 frente a un 2,1 que se observó en el femenino. Por otro lado, en un análisis de los componentes de este índice, se observó que el componente cariado fue el que más contribuyó en el porcentaje con un 4,6% (tabla 1).

les. A su vez, el factor de riesgo ambiental calidad del agua se comportó como una variable constante por lo que no se tuvo en cuenta para la aplicación de cálculos estadísticos de asociación. En relación a la enfermedad periodontal, esta fue más frecuente en los niños que en las niñas con un 54,9% y 30,8% respectivamente. El cálculo del riesgo relativo para la asociación del sexo con la enfermedad periodontal indicó que los niños tienen 1,78 veces más probabilidades de afectación en sus tejidos periodontales que las niñas

(Figura 2).

El estado periodontal de los segmentos se observa en la Tabla 3, en la cual se refleja que el 80,9% de todos los segmentos se encuentran sanos. En los afectados, la entidad cálculo predominó con un 11,7% sobre los que tuvieron sangramiento. El segmento más afectado periodontalmente por el sangramiento fue el anterosuperior (13 veces) mientras que por el cálculo fue el anteroinferior (26 veces).

Tabla 2. Relación de los factores de riesgo que más influyeron en la aparición de las caries en niños de 12 años, Área VIII de Salud, Municipio Cienfuegos. 2006. N=90.

Factores de Riesgo		Caries				Total	RR(IC 95%)
		Sí		No			
		No.	%	No.	%		
Antecedentes de caries	Sí	49	81,7	11	18,3	60	P=0,000*
	No	-	-	30	100	30	
Herencia	Sí	14	82,4	3	17,6	17	1,72(1,24;2,38)
	No	35	47,9	38	52,1	73	
Maloclusión	Sí	20	55,6	16	44,4	36	1,03(0,71;1,52)
	No	29	53,7	25	46,3	54	
Alimentación Cariogénica	Sí	17	68	8	32	25	1,43(0,98;2,08)
	No	29	47,5	32	52,5	61	
Respiración Bucal	Sí	11	78,6	3	21,4	14	1,57(1,1;2,24)
	No	38	50	38	50	76	
Deficiente Higiene Bucal	Sí	28	70	12	30	40	1,67(1,14;2,45)
	No	21	42	29	58	50	
Obturaciones Deficientes	Sí	8	100	-	-	8	2,0(1,61;2,48)
	No	41	50	41	50	82	

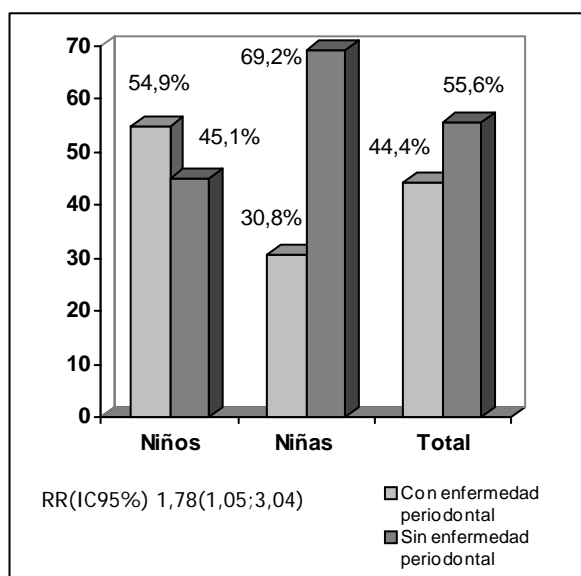


Figura 2. Distribución de las periodontopatías en la población examinada según sexo y total en niños de 12 años, Área VIII de Salud, Municipio de Cienfuegos.

Tabla 3. Estado periodontal de los segmentos en niños de 12 años, Área VIII de Salud, Municipio Cienfuegos. 2006. N=90.

Segmentos (Seg.)	Estado Periodontal de los Segmentos					
	Sanos		Afectados			
	No.	%	Sangramiento		Cálculo	
	No.	%	No.	%	No.	%
Seg. PSD	75	83,3	5	5,6	10	11,1
Seg. AS	69	76,7	13	14,4	8	8,9
Seg. PSI	74	82,2	5	5,6	11	12,2
Seg. PII	81	90	4	4,4	5	5,6
Seg. AI	55	61,1	9	10	26	28,9
Seg. PID	83	92,2	4	4,4	3	3,3
Total	437	80,9	40	7,5	63	11,7

Por otro lado, la mayoría de los niños no requerían de tratamiento periodontal. De los necesitados, un 28,9% demandaban profilaxis dental y adiestramiento en cepillado, más raspado profesional (Tabla 4).

Numerosos factores de riesgo estuvieron en asociación con la aparición de la enfermedad periodontal, los resultados más relevantes en este sentido se pueden observar en la Tabla 5, donde

se puede observar que el riesgo de que aparezcan afectaciones en los tejidos periodontales es de: 48,7 veces superior en los niños con deficiente higiene bucal; 2,83 veces superior en los que tienen antecedentes de caries; 2,07 veces superior en los que tienen herencia; 1,86 veces superior en los que tienen una alimentación azucarada y 1,81 veces superior en los que presentan obturaciones deficientes.

Tabla 4. Necesidades de Tratamiento Periodontal según Sexo en niños de 12 años, Área VIII de Salud, Municipio Cienfuegos. 2006. N=90.

Sexo	Necesidades de Tratamiento Periodontal					
	No Requieren Tto.		Requieren Tto 1		Requieren Tto 2	
	No.	%	No.	%	No.	%
Masculino	23	45,1	9	17,6	19	37,3
Femenino	27	69,2	5	12,8	7	17,9
Total	50	55,6	14	15,6	26	28,9

Tabla 5. Asociación con la enfermedad periodontal de los factores de riesgo que más influyeron en su aparición en niños de 12 años, Área VIII de Salud, Municipio Cienfuegos. 2006. N=90.

Factores de Riesgo		Enfermedad Periodontal				To- tal	RR(IC 95%)
		Sí		No			
		No.	%	No.	%		
Antecedentes de caries	Sí	34	56,7	26	43,3	60	2,83(1,34;5,99)
	No	6	20,0	24	80,0	30	
Maloclusión	Sí	19	52,8	17	47,2	36	1,36(0,86;2,14)
	No	21	38,9	33	61,1	54	
Herencia	Sí	13	76,5	4	23,5	17	2,07(1,39;3,08)
	No	27	37	46	63	73	
Asma	Sí	7	53,8	6	46,2	13	1,27(0,71; 2,21)
	No	33	42,9	44	57,1	77	
Alimentación Cariogénica	Sí	16	64	9	36	25	1,86(1,18;2,93)
	No	21	34,4	40	65,6	61	
Respiración Bucal	Sí	7	50	7	50	14	1,15(0,64;2,06)
	No	33	43,4	43	56,6	76	
Deficiente Higiene Bucal	Sí	39	97,5	1	2,5	40	48,7(6,99;339,5)
	No	1	2,0	49	98	50	
Obturaciones Deficientes	Sí	6	75	2	25	8	1,81(1,12;2,91)
	No	34	41,5	48	58,5	82	

Las maloclusiones presentaron una prevalencia de un 40% del total de los examinados, no existiendo para esta enfermedad, diferencias

significativas en cuanto al sexo (Figura 3). La distribución de las maloclusiones según el nivel de atención muestra que los portadores

de alteraciones en la oclusión requieren de mayor demanda de atención en el nivel secundario, 20 casos para un 55,6% (Tabla 6). Analizando más detalladamente las necesidades de tratamiento de Ortodoncia en la Atención Primaria de Salud se observa que la Clase I con Vestibuloversión y Diastemas fue la entidad predominante con 6 casos para un 6,67% del total, seguida de la Mordida Abierta Anterior. (Figura 4).

Tabla 6. Maloclusiones según nivel de atención en niños de 12 años, Área VIII de Salud, Municipio Cienfuegos. 2006.N=36

Niveles	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Primario	7	19,4	9	25	16	44,4
Secundario	11	30,5	9	25	20	55,6

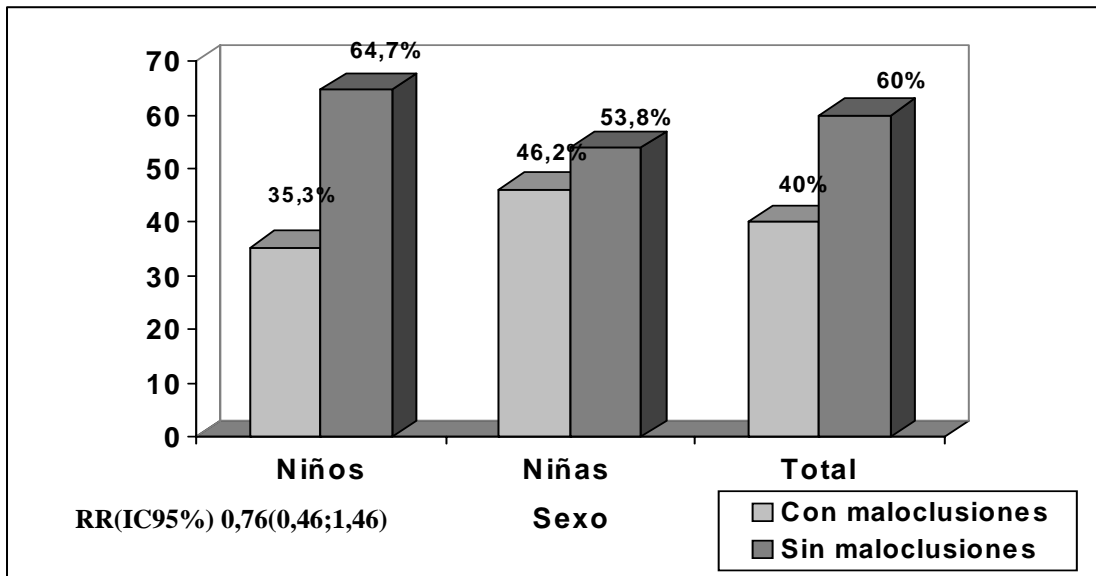


Figura 3. Distribución de las maloclusiones según sexo y total en niños de 12 años, Área VIII de Salud, Municipio Cienfuegos. 2006. N=90.

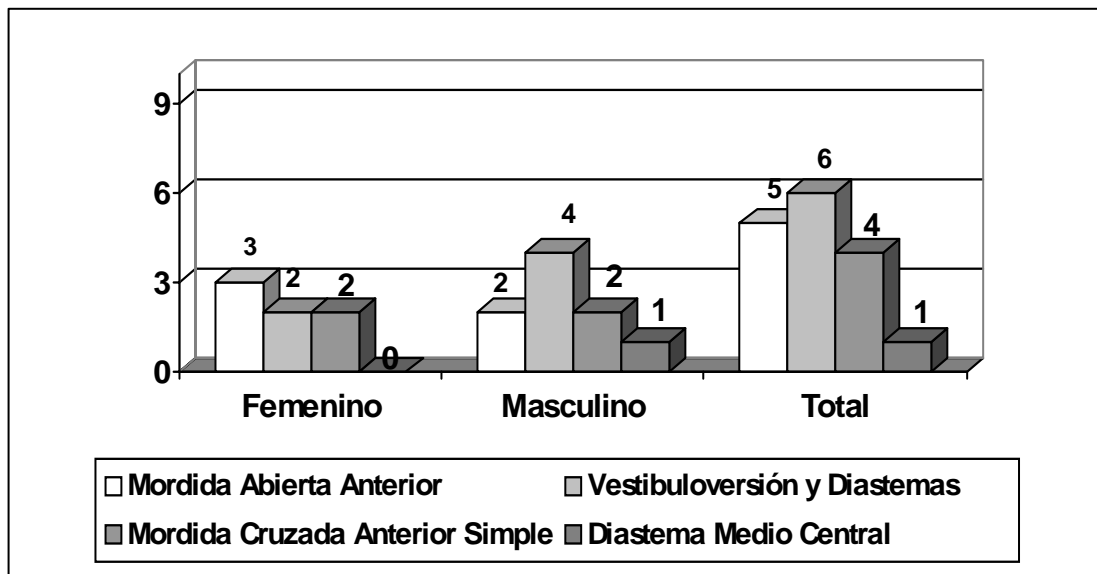


Figura 4. Necesidades de tratamiento de maloclusión en la APS según sexo en niños de 12 años, Área VIII de Salud, Municipio Cienfuegos. 2006. N=90.

En la tabla 7 se observa la asociación de la maloclusión con numerosos factores de riesgos que inciden en su aparición. Es significativo el riesgo que poseen los individuos con hábitos deformantes para desarrollar esta enfermedad, que en el caso de la deglución atípica y la respiración bucal alcanzan posibilidades superiores a las 2 veces de

enfermar, si se tienen dichos hábitos. Finalmente se muestra como quedó clasificada desde el punto de vista epidemiológico la población examinada, donde prevaleció ampliamente la categoría enfermos con un 77,8% del total. No es notable la significación del sexo con respecto a la clasificación epidemiológica (Figura 5)

Tabla 7. Asociación con la maloclusión de los factores de riesgo que más influyeron en su aparición en niños de 12 años, Área VIII de Salud, Municipio Cienfuegos. 2006. N=90.

Factores de Riesgo	Maloclusión					RR(IC 95%)	
		Sí	No	Total			
		No.	%	No.	%		
Antecedente de caries	Sí	27	45,0	33	55,0	60	1,50(0,81;2,77)
	No	9	30,0	21	70,0	30	
Herencia	Sí	10	58,8	7	41,2	17	1,65(0,99;2,73)
	No	26	35,6	47	64,4	73	
Retención Prolongada Temp.	Sí	4	66,7	2	33,3	6	1,75(0,93;3,28)
	No	32	38,1	52	61,9	84	
Asma	Sí	7	53,8	6	46,2	13	1,43(0,8;2,55)
	No	29	37,7	48	62,3	77	
Enfermedades Nasorespiratorias	Sí	3	60	2	40	5	1,54(0,72;3,32)
	No	33	38,8	52	61,2	85	
Onicofagia	Sí	10	50	10	50	20	1,35(0,79;2,29)
	No	26	37,1	44	62,9	70	
Succión Digital	Sí	5	71,4	2	28,6	7	1,91(1,11;3,29)
	No	31	37,3	52	62,7	83	
Deglución Atípica	Si	6	100	-	-	6	2,8(2,10;3,73)
	No	30	35,7	54	64,3	84	
Respiración Bucal	Sí	10	71,4	4	28,6	14	2,09(1,33;3,29)
	No	26	34,2	50	65,8	76	

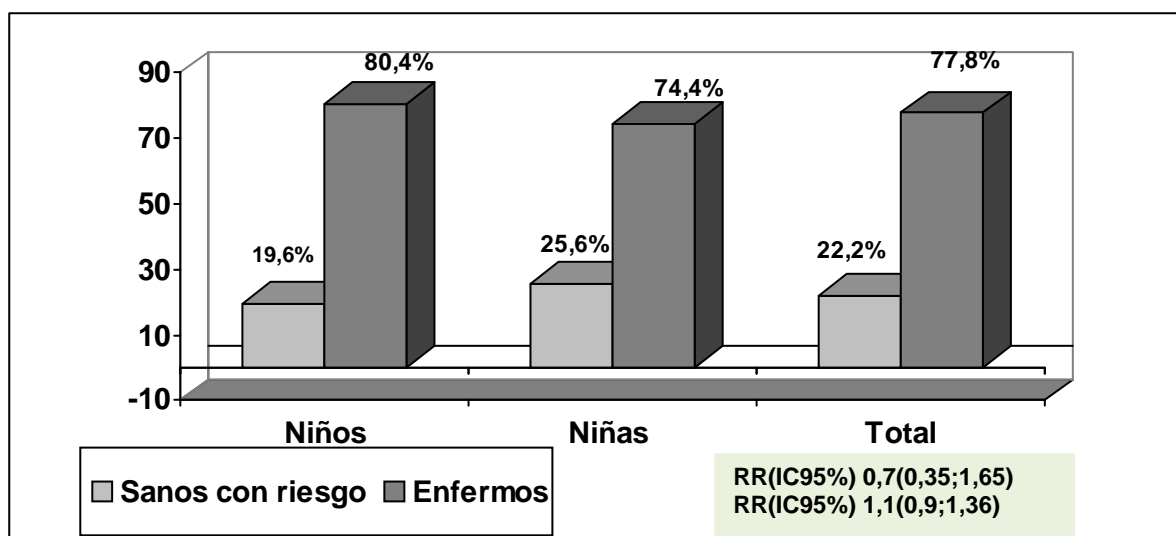


Figura 5. Clasificación Epidemiológica según sexo en niños de 12 años, Área VIII de Salud, Municipio Cienfuegos. 2006. N=90.

DISCUSIÓN

La caries dental es considerada un problema de salud pública debido a su alta incidencia y prevalencia, siendo esta última del 54,4% en la muestra estudiada. Algunos datos epidemiológicos recientes sobre esta enfermedad muestran valores entre el 57% y el 64 % en niños de 12 años de países latinoamericanos y caribeños como Nicaragua y Colombia. En países industrializados como España, Portugal y Francia los valores de prevalencia son inferiores, oscilando entre el 45% y el 50%.⁽²⁻⁷⁾

Para la evaluación del estado de la dentición utilizamos el índice COP-D que se ha convertido en el índice fundamental de los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de la caries dental. Señala la experiencia tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamiento previamente realizado. El índice COP-D a los 12 años es considerado por la Federación Dental Internacional y la OMS como un indicador de salud bucal considerándose como parámetro aceptable para el 2010 un índice de 1,2.⁽⁶⁻⁸⁾

En este estudio se alcanzó un índice de 2,45 para el total de la muestra, siendo superior para el sexo masculino (2,7). Reportes de países europeos exponen índices COP-D con valores que oscilan entre 1 y el 2,07 existiendo una mayor afectación para el sexo femenino.^(3,9) En cambio, la comparación con países latinoamericanos revela cifras superiores a las halladas en este trabajo, ejemplo de ello es que en Perú en el año 2000 el índice de caries en la población adolescente fue de 5,6; en Colombia un 3,57, y en Chile de un 3,42. Sin embargo, otros estudios nacionales señalan bajos índices que cumplen con las metas establecidas por la OMS para el 2010.^(2,4-6)

Al relacionar los factores de riesgo que se asocian a la caries dental, las obturaciones deficientes constituyeron uno de los factores más importantes al ser zonas propensas para la retención de alimentos y placa dentobacteriana, sustratos que favorecen la colonización microbiana y la desmineralización del diente. La determinación estadística de asociación de factores de riesgo con la aparición de caries dental demostró que en nuestro estudio el mayor riesgo para desarrollar la enfermedad (dos veces superior) lo poseían los individuos portadores de este factor, seguidos de los de deficiente higiene bucal a la cual numerosas investigaciones asignan una correlación altamente significativa.⁽⁷⁾ La higiene bucal es la clave de la prevención de la caries y tiene un gran impacto en la futura salud dental por lo que siendo elevada la cifra de adolescentes con mala higiene se debe trabajar en esta población en función de mejorar los hábitos de higiene y la corrección del cepillado.

Aunque para el antecedente de caries el cálculo RR fue nulo, el valor $p=0,00000$ indica una correlación muy significativa. En la literatura revisada se encontraron extensos reportes acerca de la relación entre la experiencia previa de la misma con la actividad posterior de caries, por lo que los niños que la poseen requieren de una terapia preventiva mayor para evitar el desarrollo de futuras lesiones que en este trabajo alcanza el número de 60 para un 66,7% con este factor de riesgo, valor por debajo de lo encontrado en Colombia y Chile donde el porcentaje para niños de 12 años fue de 71,9% y 84,7% respectivamente.^(2,4,5,10)

En lo concerniente a la enfermedad periodontal, la mayoría de la bibliografía revisada señala un bajo porcentaje de adolescentes con periodonto sano, siendo por el contrario, el número de afectados considerable. En este trabajo la enfermedad periodontal alcanzó un 44,4 % de prevalencia con diferencias significativas en cuanto al sexo, teniendo nuevamente los niños un riesgo superior (de 1,78 veces) de adquirirla. Esto difiere ligeramente con lo obtenido por Cutress en Portugal que describe un 33% de enfermos, uno de los mejores valores encontrados, mientras que otros estudios en adolescentes brasileños y canarios se describen altísimas prevalencias, oscilando las mismas entre un 82,9% y un 95%.⁽¹⁰⁻¹⁴⁾ Nacionalmente se reporta en la encuesta de salud oral, realizada en 1998, un 42% de afectados para esta edad, valor muy similar a lo encontrado en este estudio.⁽⁶⁾

Recientemente ha sido enunciado por la FDI/OMS el indicador internacional de salud periodontal aceptable para el 2010. Este estima que al menos el 51,3% de la población permanezca libre de enfermedad periodontal, lo cual, felizmente ya se cumple para esta edad en específico, en nuestro estudio.

La presencia del marcador periodontal cálculo fue predominante dentro de los niños que requerían tratamiento coincidiendo con la literatura en que es la entidad que se presenta con mayor frecuencia⁽¹⁴⁾. Mientras que la mayoría, el 55,6% de los examinados, no necesitaban tratamiento, no concordando afortunadamente, con lo descrito por otros autores que reportan bajísimos porcentajes de individuos que no necesitan tratamiento periodontal en estas edades.^(11,14,15)

Es significativo mencionar como el riesgo para los que tienen deficiente higiene bucal supera ampliamente a todos los demás factores de riesgo (48,7 veces superior). La literatura reporta en adolescentes, altas prevalencias de enfermedad periodontal asociadas fundamentalmente al déficit de higiene bucal y a los cambios hormonales de la pubertad; aunque cuando se establecen métodos efectivos de

control de placa dentobacteriana, la gingivitis crónica remite con rapidez.⁽¹⁶⁾

Lo hasta aquí descrito confirma que a pesar de existir en el mundo tecnología preventiva capaz de controlar la enfermedad periodontal no es utilizada correctamente. Por el contrario, el incremento de servicios curativos no ha podido disminuir su alta prevalencia, generando necesidades ilimitadas de tratamiento. Por tanto, los esfuerzos dirigidos a controlarla deben concentrarse más en la promoción y prevención como única forma de motivar a las personas e inducir cambios en las actitudes para con su salud bucal.

En relación a las maloclusiones, la OMS la define como una entidad patológica que ocupa el tercer lugar entre las enfermedades que constituyen riesgo para la salud bucal. Se considera que muy pocas maloclusiones son prevenibles, pero el 25% de estas pueden ser interceptadas y a temprana edad se puede eliminar factores etiológicos y mejorar a los pacientes.^(17,18) Variados estudios se han realizado para investigar la prevalencia de anomalías dentomaxilares en la población infantil y adolescentes, todos ellos, con edades, extensiones geográficas y metodologías distintas, eso explica los resultados tan disímiles. Las prevalencias reportadas oscilan entre 32,4% y 70%, siendo en este estudio de un 40%, sin diferencias significativas en cuanto al sexo.⁽¹⁷⁻¹⁹⁾

La FDI/OMS ha establecido como meta para el 2010, que más del 70,1% de la población comprendida en esta edad debe estar libre de maloclusión. En este sentido, la población adolescente examinada quedó muy por debajo del cumplimiento de esta meta cuando solo restan cuatro años para su cumplimiento.

Los adolescentes de la muestra portadores de maloclusiones clasificaron mayormente para el nivel secundario, con un 55,6%. Esto difiere con lo obtenido por estudios nacionales donde la mayoría de los niños con maloclusiones eran de la competencia del nivel primario.⁽²⁰⁾

Al tener en cuenta la relación estadística de los factores de riesgo con las maloclusiones, se otorga a los hábitos una fuerza de asociación muy superior a la de los demás factores, resultado esperado ya que indudablemente ellos constituyen causa primaria o secundaria de anomalías dentomaxilofaciales. La deformación provocada por el hábito depende fundamentalmente de tres factores: la edad, el tiempo, la frecuencia. Por lo que, la prevención de estos hábitos deformantes ayuda a promover un ambiente neuromuscular normal que contribuye a la función y el crecimiento, y no distorsiona el patrón esquelético en desarrollo. Numéricamente predominaron factores de riesgo como el antecedente de caries, la herencia y la onicofagia, sin embargo, no fueron estadísticamente significativos en el desarrollo de

desviaciones de la oclusión.

Sin lugar a dudas, esta es una población que exhibe altas cifras de enfermos por caries, periodontopatías y maloclusiones dando lugar a que el 77,8% de los examinados se encuentren clasificados epidemiológicamente como enfermos, con un predominio de los niños aunque no estadísticamente significativo.

Lo que hasta aquí se ha abordado, recalca el énfasis que se debe hacer en la prevención como piedra angular de la atención médica primaria del mundo actual, siendo el Estomatólogo General Integral un agente de cambio que acorde a su formación sea capaz de asumir con un enfoque epidemiológico y un accionar salubrista consecuente, la problemática de salud existente, actuando desde las edades más tempranas, con el objetivo de mejorar las condiciones de salud, introduciendo cambios positivos en su modo y estilo de vida, pues es más fácil formar actitudes positivas hacia la salud en un niño o un adolescente (edades aún susceptibles al cambio) que modificarlos en un adulto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez Sintés R. Atención Primaria de Salud Medicina Familiar y Médicos de Familia. En: Lemus Lago ER, Borroto Cruz R. Temas de Medicina General Integral (Vol.1). Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. p.7-37.
2. Méndez Goncalvez D, Caricote Lovera N. Prevalencia de Caries Dental en escolares de 6 a 12 años de edad del Municipio Antolín del Campo, Estado Nueva Esparta, Venezuela (2002-2003). Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. Edición Electrónica Diciembre 2003. URL. disponible en: http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2003/caries_dental_escolares.asp
3. Leggotte PJ, Robertson PB, Phillips S. Patterns of oral care in dental school and general dental practice. J Dent Educ. 2002; April 66 (4): 541-7.
4. Socorro Herrera M, Medina-Solis C. E, Maupomé G. Prevalencia de caries dental en escolares de 6-12 años de edad de León, Nicaragua. Gaceta Sanitaria 2005; 19(4). URL disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php/Ing_en.
5. Tascón J. E, Alonso Cabrera G. Creencias sobre caries e higiene oral en adolescentes del Valle del Cauca. Revista Colombia Médica 2005; 36(2). URL disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol36No2/contenido.htm>.
6. Zacca G, Sosa M, Mojaiber A. Situación de Salud Bucal de la población cubana. Estudio comparativo según provincias en el 1998. Revista Cubana Estomatología 2001; 39 (2): 90-110.

7. Duque de Estrada Y, Rodríguez A, Coutin G, Riverón F. Factores de Riesgo asociados con la caries dental en niños. *Revista Cubana Estomatología* 2003; 40 (2). URL disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol40_3_03/estsu301.htm.
8. Rodríguez Calzadilla A, Valiente Zaldívar C. Atención Estomatológica a niños y adolescentes durante el año 1999 en Cuba. *Revista Cubana Estomatología* 2001;38(3).URL disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol38_3_01/estsu301.htm.
9. Pérez S, Vallejos A, Gutiérrez P, Casanova J, Casanova A. Predictive model for dental caries in schoolchildren. *J Dental Res* 2000; 79:291.
10. Colectivo de Autores. Indicadores Epidemiológicos. En: Colectivo de Autores. *Guías Prácticas de Estomatología*. La Habana: ECIMED; 2003. p.517- 57.
11. Pihlstrom BL. Valoración del riesgo Periodontal, diagnóstico y planificación del tratamiento. *Periodontology*. 2000-2001. (3): 10-23.
12. Leal E. Change in periodontal conditions of children and adolescents, from araquara; Brazil: 1995-1998. *Braz Dent J* 2001;12(1): p.51-6.
13. Alcaez SJ. Enfermedades de las encías en niños y adolescentes. *Revista de Periodoncia* 2000 Jul-Sep;10 (3): p.219-227.
14. Timmerman MF, Vander Weyden GA. Periodontal disease in Indonesian adolescent. Longitudinal clinical data and prospective clinical and microbiological risk assessment. *J clin periodontal* 2000 Dec; 27(12):932-945.
15. Pihlstrom BL. Valoración del riesgo Periodontal, diagnóstico y planificación del tratamiento. *Periodontology*. 2000-2001. (3): 10-23.
16. Duque de Estrada Y, Rodríguez A, Coutin G, Riverón F. Factores de Riesgo asociados con la enfermedad periodontal en niños. *Revista Cubana Estomatología* 2003; 41 (1). URL disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol41_1_03/estsu301.htm.
17. Milosevic A. Occlusion: I. Trends, mandibular movement and the factors of occlusion. *Dent Update*. 2003; 30(7): 359-61.
18. Lauc T. Orofacial analysis on the Adriatic islands: an epidemiological study of malocclusions on Hvar Island. *Eur J Orthod*. 2003; 25 (3): 273-8.
19. Otaño Lugo R, Fernández Torres C, Castillo R, Grau León I, Marín Manso GM, Masson Barceló RM,. *Guías prácticas de la Oclusión*. En: Sosa Rosales M. *Guías prácticas de Estomatología*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003. 261-340.
20. Santiso Cerero A, Díaz Camacho E, Martínez Domínguez A, Díaz Brito R. J. Diagnóstico ortodóntico en niños del área de salud Florencia. *Revista Cubana Ortodoncia* 1997;12(2). URL disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol12_2_97/ord04297.htm.