

**Dra. Marta Paz Cortés**

Licenciada en Odontología

**Dra. M.<sup>a</sup> Rosa Mourelle Martínez**

Dra. en Medicina y Cirugía por UCM.

Dra. en Odontología por UCM.

Prof. Contratado doctor.

Dpto. Estomatología IV. UCM.

**Dr. Javier Sanz Serulla**

Dr. en Medicina y Cirugía por UCM

Dr. en Odontología por UCM.

Dpto. Medicina Preventiva, Salud Pública  
e Historia de la Ciencia. UCM

## Acercamiento a la realidad odontológica infantil

### RESUMEN

Hablar de SALUD, significa conseguir integrar en un solo proyecto el esfuerzo preventivo con el tratamiento.

El concepto de salud ha ido cambiando, desde la consideración de salud como ausencia de enfermedad, hasta el concepto interpretado por la OMS en su Carta Constitucional de 1946, es decir, el estado de completo bienestar físico, mental y social del individuo.

El presente estudio trata de analizar y comparar dos muestras generales de la población infantil de la Comunidad de Madrid.

### PALABRAS CLAVE

Prevalencia de caries, índices de caries, salud bucodental infantil, patologías bucodentales, medidas preventivas.

### INTRODUCCIÓN

Hablar de SALUD, significa conseguir integrar en un solo proyecto el esfuerzo preventivo con el tratamiento.

El concepto de salud ha ido cambiando y adaptándose a lo largo del tiempo, desde la consideración de salud como ausencia de enfermedad, hasta el concepto de SALUD tal como fue interpretado por la OMS en su Carta Constitucional de 1946, es decir, no sólo como la mera ausencia de afecciones o enfermedades sino como el estado de completo bienestar físico, mental y social del individuo. Con este reto planteando sobre nuestro pensamiento, el estudio de las causas y circunstancias que producen enfermedad ha sido una preocupación constante para el hombre.

El concepto de Calidad de vida oral en Odontología se incorpora a finales de los años ochenta, y el desarrollo de instrumentos encaminados a medirla es todavía más reciente.

Existiendo un alto interés en evaluarla como consecuencia de la aplicación de programas de salud bucodental. Se puede definir la Odontología preventiva como la suma total de esfuerzos para promover, mantener y/o restaurar la salud del individuo mediante unas prácticas preventivas que siguiendo un orden lógico en el que se basa la evolución de la enfermedad (modelo de Leavell y Clark) utilizan diferentes niveles de prevención (prevención primaria, secundaria y terciaria).

Pero integrar tratamiento y prevención implica además un esfuerzo anterior en el conocimiento de las necesidades reales de la población con el fin de dotarla en el menor tiempo posible de herramientas que la permitan avanzar en la solución de los problemas odontológicos más frecuentes antes de que aparezcan o superen el umbral de la patología.

Hoy en día son numerosos los estudios nacionales e internacionales acerca de la prevalencia de ciertas patologías bucodentales, tales como la caries dental, traumatismos orofaciales, maloclusiones, lesiones orales en la mucosa, etc., en los adultos, pero sin embargo no son tantos en niños y menos aún en la etapa de la infancia precoz.

En cuanto a la patología bucodental del niño preescolar, son escasos los trabajos actuales en nuestro medio (1, 7). Además se sabe que ciertas patologías que afectan a la dentición temporal (tales como caries, traumatismos, apiñamientos...) pueden tener gran influencia en el futuro de la dentición permanente (3, 9-10).

### OBJETIVOS

El presente trabajo surge como respuesta a la necesidad de conocer la prevalencia de las enfermedades orofaciales en la

edad infanto-juvenil, así como las medidas de prevención y correcto tratamiento de las mismas. Los objetivos del presente trabajo son:

1°. Analizar y comparar dos muestras generales de la población infantil de la Comunidad de Madrid. Una la obtenida en los pacientes que acuden voluntariamente al Servicio de Odontología de la UCM y la otra, sobre la población escolar del Área Sanitaria número 8 del Servicio Madrileño de Salud, intentando detectar y subrayar qué patologías comparten de una forma más frecuente y cuáles les diferencian, para establecer criterios de prioridad en las posibles campañas de actuación odonto-sanitaria.

2°. Evaluar la prevalencia de las distintas patologías encontradas en las muestras, así como evaluar sus necesidades de tratamiento y las medidas preventivas requeridas.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

### **MUESTRA**

Para el desarrollo de este estudio se han explorado niños de dos muestras (aleatorias de 102 niños cada una) generales de la población infantil de la Comunidad de Madrid. La obtenida en los pacientes que acuden voluntariamente al Servicio de Odontología de la UCM y la otra, sobre la población escolar del Área Sanitaria número 8 del Servicio Madrileño de Salud.

### **Factores de inclusión de la muestra**

Los factores de inclusión de los pacientes de este trabajo fueron los siguientes:

1. Todos los niños que acudieron voluntariamente al Servicio de Odontología de la UCM y los que son revisados por un profesional del Área Sanitaria número 8 del Servicio Madrileño de Salud.
2. Niños con edades comprendidas entre 8-9 y 10-11 años.

### **Factores de exclusión de la muestra**

1. Niños mayores no comprendidos entre las edades establecidas
2. Niños con residencia fuera de algún municipio de la provincia de Madrid.

### **MATERIAL**

Respecto al material utilizado para la recogida de los datos podemos incluir el siguiente:

### **Material de exploración intrabucal**

Para la exploración de los niños del estudio se ha usado el siguiente material: guantes de látex, mascarillas, espejos intraorales y sondas de exploración.

### **Fichas clínicas de recogida de datos**

Antes de comenzar la recogida de los datos se elaboró una ficha confeccionada especialmente para el estudio en la que se recogían los datos personales de los niños. Se anotó una breve información acerca de la anamnesis y exploración clínica tanto extraoral, intraoral como radiológica.

### **Sistemas de búsqueda bibliográfica**

Para apoyar el estudio se buscó una serie de material bibliográfico gracias a la ayuda de los siguientes sistemas de búsqueda: Medline, Medline Plus, Pub Med, [www.google.com](http://www.google.com), [www.altavista.es](http://www.altavista.es).

Para comenzar a realizar la revisión bibliográfica y alcanzar una visión general sobre el tema se utilizaron una serie de libros de la Biblioteca de la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid.

Así como el uso de determinadas revistas especializadas del catálogo de la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid: Archivos en Odontoestomatología, Avances en Odontoestomatología, Odontología Pediátrica Pediatric Dentistry, Community Dentistry and Oral Epidemiology.

### **MÉTODO**

En primer lugar y gracias a los sistemas de búsqueda bibliográfica en internet se recopilaban una serie de citas bibliográficas las cuales se encontraron en las diferentes hemerotecas consultadas. Una vez recogido el material bibliográfico se profundizó en el tema y se elaboraron las fichas clínicas de recogida de datos gracias a las cuales permitieron que tuviera lugar la recogida de datos mediante la exploración

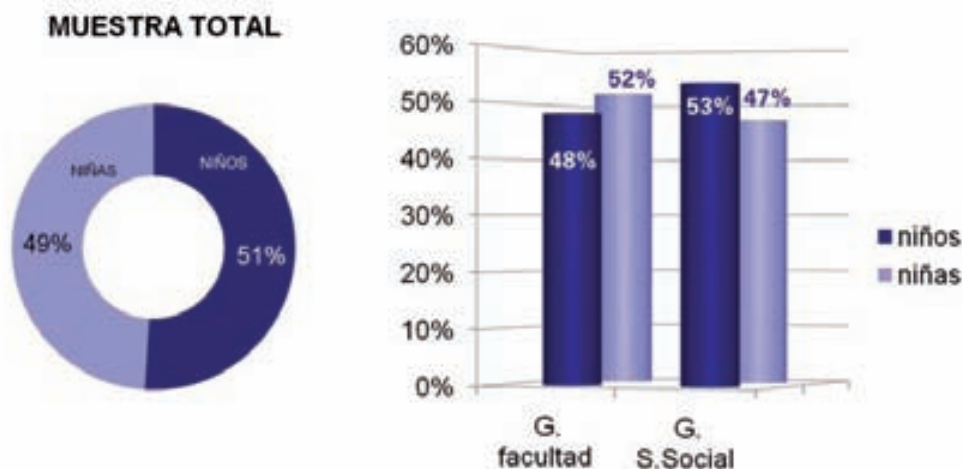


Gráfico 1.  
Representación de la muestra

de todos los niños que acudieron al servicio de odontopediatría del centro de salud "Ramón y Cajal" y a la UCM (un total de 204 niños).

Una vez recogidos los datos se analizaron mediante estadística descriptiva gracias al programa Excel 2000 y el programa SPSS versión 9.0 para Windows. Para la descripción de las variables se utilizaron medidas de posición (media) y de dispersión (desviación estándar).

## RESULTADOS

Una vez explorados los pacientes y analizados estadísticamente los datos, los resultados obtenidos se explicarán en función de la situación del paciente en el momento de la exploración y en función de las posibilidades terapéuticas y preventivas propuestas para dichos pacientes. A la exploración, nos encontramos los siguientes datos:

De la muestra total de 204 niños, en la variable género, se

refleja el porcentaje de niñas de 49% frente al de varones del 51%. Por grupo, los porcentajes fueron los siguientes: en la facultad (grupo 1 = g.1) acudieron un total de 52% niñas y 48% niños frente al 47% y 53% respectivamente en el grupo de la Seguridad Social (grupo 2 = g.2) (Gráfico 1).

1. El 66,7% de los niños de la facultad no tenían *ningún sellador* puesto, frente al 62,7% de los de la Seguridad Social. Sin embargo, existían niños con algún sellador, siendo lo más prevalente que los cuatro molares permanentes estuvieran sellados (23,5% en facultad frente a 27,5% en S.Social).

2. La *prevalencia de caries* encontradas fue la siguiente:

a) En los *dientes temporales*, el porcentaje de caries fue del 25,5% y 45,1% respectivamente. Así se aprecia una media de 0,66 y 1,2 caries por niño en dientes temporales (Gráficos 2 y 7).

Diferenciando las caries por superficies afectadas, encontramos los siguientes datos (Gráfico 10):

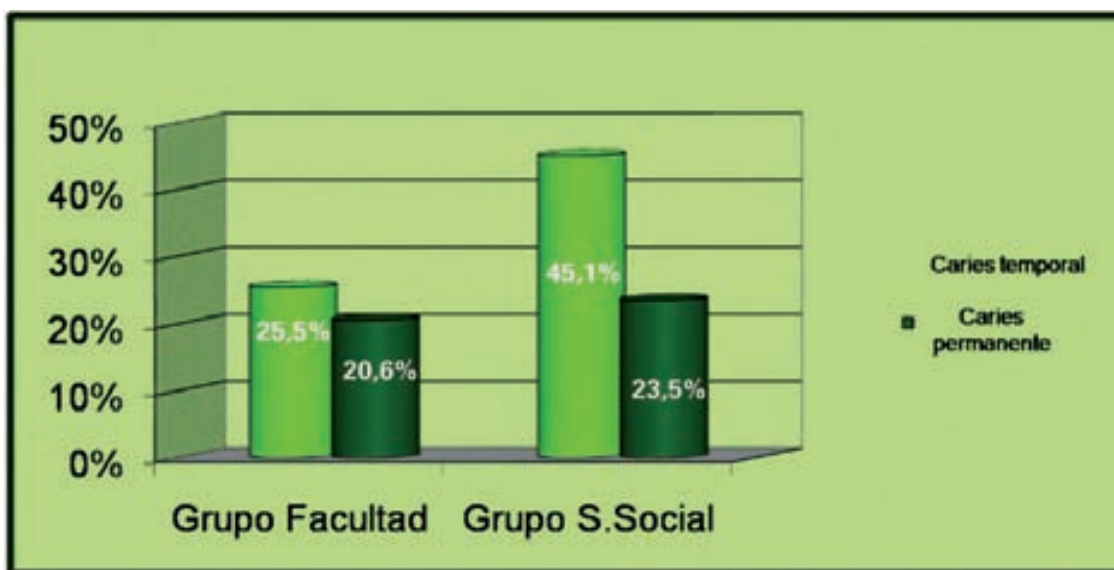


Gráfico 2.  
Prevalencia de caries

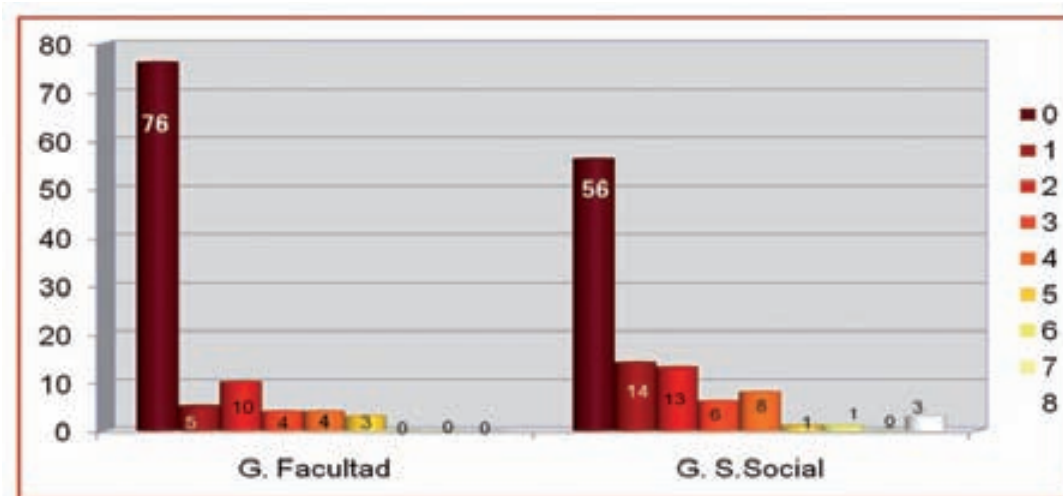


Gráfico 3.  
Frecuencia de caries en dientes temporales

— *Afectación de una superficie temporal:* en g.1 fue 20 niños (19,6%), frente a 23 niños (22,5%) en g.2.

— *Afectación de dos superficies temporales:* se encontraron 12 niños (11,8%) con caries en g.1 frente a 35 (34,3%) en g.2.

— *Afectación de más de dos superficies temporales:* en el

g.1 había 2 niños (2%) frente a los 10 niños (9,8%) del g.2.

Así, teniendo en cuenta que un niño puede presentar más de una caries, los *dientes que con más frecuencia fueron afectados* son los siguientes:

El diente temporal que presentó más afectación en el grupo de la facultad fue el 7.5 con 13 casos (12,7%), seguido

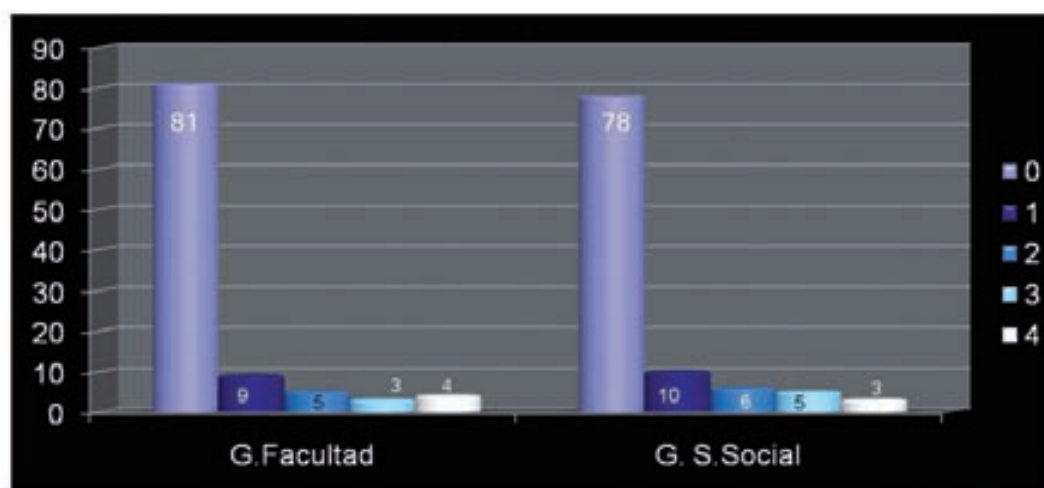


Gráfico 4.  
Frecuencia de caries en dientes permanentes

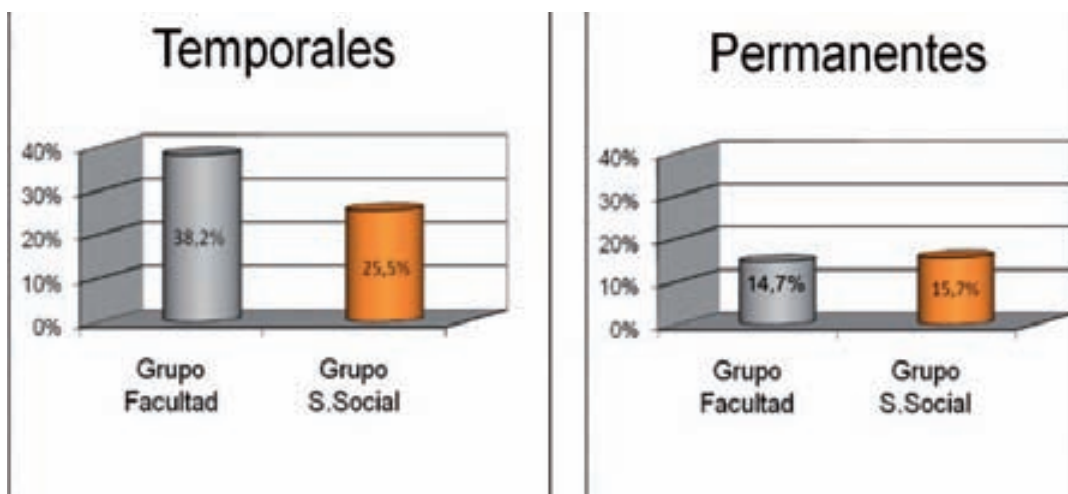


Gráfico 5.  
Prevalencia de obturaciones temporales y permanentes

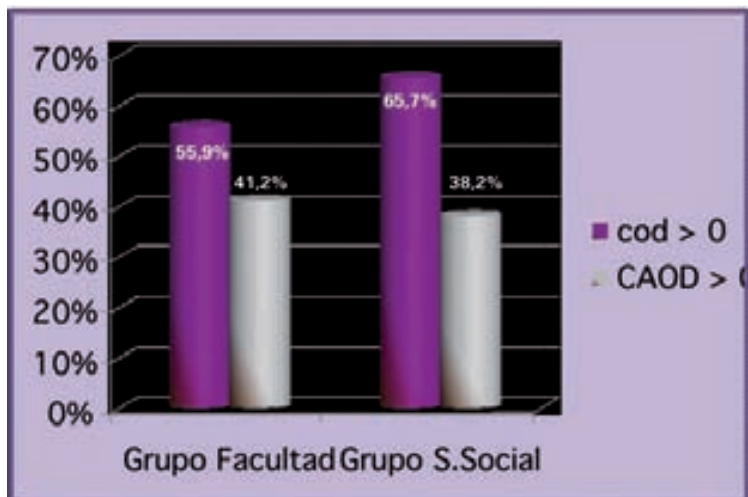


Gráfico 6. Índice de caries

del 5.5 con 11 casos (10,8%), después el 6.5 con 10 casos (9,8%), siendo el menos afectado el 7.3 con 1 caso (1%) y siendo los dientes 5.1, 5.2, 5.3, 6.1, 6.2, 6.3, 7.1, 7.2, 8.1, 8.2 y 8.3, los que no presentaban afectación (Gráfico 12).

En el grupo de la Seguridad Social, los dientes que presentaban más patología fueron el 8.4 y 8.5 con 20 casos cada uno (19,6%), seguidos muy de cerca por el 5.5, 6.5 y 7.5 con 15 casos cada uno (14,7%), continuados por el 6.4 y 7.4 con 13 y 12 casos respectivamente. Siendo los menos afectados el 5.2, 8.2 y 8.3 con 1 caso (1%). Los dientes que no se vieron afectados en este grupo fueron: 5.1, 6.2, 7.1, 7.2, 7.3 y 8.1 (Gráfico 12).

b) En los primeros molares permanentes, en el g.1 fue del 20,6% frente al 23,5% de g.2. Siendo 0,43 y 0,48 la media por niño en primeros molares permanente (g.1 y g.2 respectivamente) (Gráficos 2 y 7).

Diferenciando las caries por superficies afectadas, encontramos los siguientes datos (Gráfico 10):

— *Afectación de una superficie permanente*: en la facultad (g.1) la afectación se extendía al 20,5% (21 casos). En la Seguridad Social existía una frecuencia de 19 casos (18,6%

afectación de dos superficies permanentes: en g.1 la frecuencia de afectación fue de 2 niños (2%) frente a la del g.2 con 4 niños (4%).

— *Afectación de más de dos superficies permanentes*: en g.1 nos encontramos que ningún niño presentaba caries que afectaran a más de dos superficies frente a g.2 en la que un niño sí presentaba.

Así, teniendo en cuenta que un niño puede presentar más de una caries, los dientes que con más frecuencia fueron afectados son los siguientes:

En primer lugar el primer molar permanente más frecuentemente afectado en el g.1 fue el 4.6 con 13 casos (12,7%), seguido del 3.6 con 12 (11,8%), y en menor frecuencia el 1.6 (7 casos, 6,9%). Sin embargo, en el grupo de la Seguridad Social, el molar permanente más afectado fue el 3.6, presentándose en 15 casos (14,7%), seguido del 2.6 con 12 casos (11,8%), y por último el 1.6 y 4.6 con 11 casos cada uno (10,8%).(Gráfico 12).

3. Los datos sobre obturaciones fueron:

a) Las realizadas en *dientes temporales* son en el g.1 38,2% frente a 25,5% en g.2. Siendo su media 1,07 y 0,55 respectivamente. (Gráficos 5 y 7).

Diferenciando las obturaciones por superficies reparadas, encontramos los siguientes datos (Gráfico 11)

— *Obturación de una superficie temporal*: la frecuencia obtenida en g.1 fue de 32 niños (31,4%), frente a 13 (12,7%) obtenida en g.2.

— *Obturación de dos superficies temporales*: existían 17 niños (16,7%) que presentaban reconstrucciones de dos superficies temporales en g.1 frente a 18 niños (17,6%) encontrados en g.2.

— *Obturación de más de dos superficies temporales*: sólo presentaron 2 niños (2%) reconstrucciones que abarcaban más de dos superficies en el grupo de la facultad (g.1) frente a 5 niños (4,9%) en el grupo de Seguridad Social (g.2).

Así, teniendo en cuenta que un niño puede presentar más de una obturación, *los dientes temporales que con más frecuencia fueron restaurados* son los siguientes:

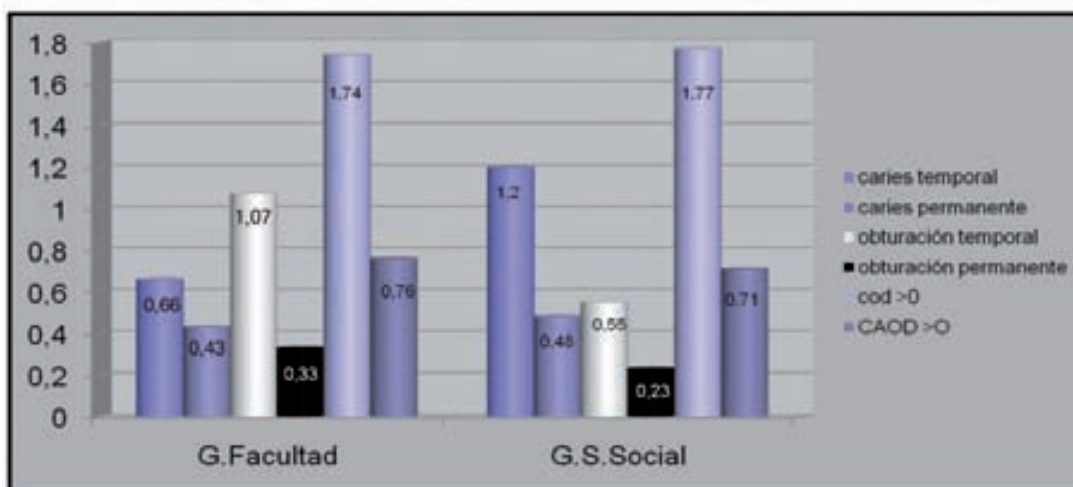


Gráfico 7. Medias

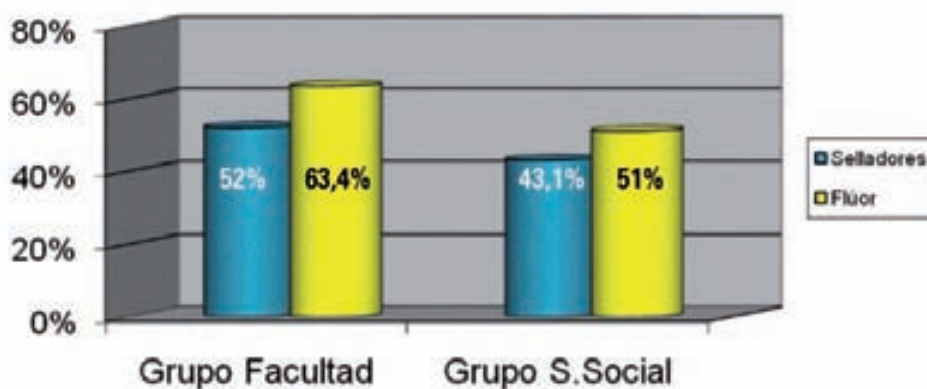


Gráfico 8. Aplicación de medidas preventivas: selladores y flúor

En el **g.1**, el diente que presentaba más obturaciones fue el 5.5 con 18 restauraciones (17,6%), seguido del 6.5 con 17 casos (16,7%) y del 7.4 con 15 casos, siendo el menos restaurado el 5.4 con 8 restauraciones (7,8%), no presentando ninguna obturación todos los incisivos temporales.

En el **g.2**, el diente más frecuente fue al igual que en g.1 el 5.5 en 11 ocasiones (10,8%), seguido del 6.5 y 7.5 con 9 casos (8,8%); siendo el que presentaba menos obturaciones el 5.4 con 4 casos, no presentando ninguna obturación todos los incisivos ni los caninos temporales (Gráfico 12).

b) Las realizadas en *dientes permanentes* en g.1 son 14,7% frente al 15,7%. Siendo su media 0,33 frente a 0,23 (Gráficos 5 y 7).

Diferenciando las obturaciones por superficies reparadas, encontramos los siguientes datos (Gráfico 11)

— *Obturación de una superficie permanente*: los datos obtenidos para esta variable fueron en el grupo 1 de 12 niños (13,7%) frente a 11 niños (12,7%) en el grupo 2.

— *Obturación de dos superficies permanentes*: sólo se encontró 1 niño (1%) con una obturación de estas características en g.1 frente a los 3 (2,9%) encontrados en g.2.

— *Obturación de más de dos superficies permanentes*: en ambos grupos sólo se encontró 1 niño (1%) con estas características.

Así, teniendo en cuenta que un niño puede presentar más de una obturación, *los dientes que con más frecuencia fueron restaurados* son los siguientes:

En el *grupo de la facultad* (g.1), el diente que apareció más veces restaurado fue el 3.6 en 11 ocasiones (10,8%) seguido por el 4.6 con 9 casos, el 1.6 con 8 casos y por último el 2.6 con 6 casos (5,9%).

En el *g.2, grupo de Social Social*, el diente más restaurado fue el 4.6 con 11 casos (10,8%), seguido del 3.6 (7 casos), del 2.6 (4 casos) y por último el 1.6 con 2 restauraciones (2%) (Gráfico 13).

En la medición del índice de cOdontol mayor de 0 obtenemos:

— 55,9% en g.1 frente a 65,7% en g.2. Siendo las medias de 1.74 en la facultad y 1.77 en Seguridad Social (Gráfico 6 y 7).

En la medición del índice de CAOdontol mayor de 0 obtenemos:

— 41.2 % en g.1 frente a 38,2% en g.2. Siendo las medias de 0,76 y 0,71 respectivamente (Gráfico 6 y 7).

4. Así las necesidades preventivas y de tratamiento propuestas fueron las siguientes:

## CEPILLADO E HIGIENE BUCODENTAL EN LOS NIÑOS

Según Martínez y cols. (11), Chiva y cols. (12) y Boj y cols. (13) los hábitos del cuidado de

la salud, al igual que los demás, se adquieren de forma muy temprana, formando parte del *proceso de socialización del niño* (proceso en el cual el niño adquiere las pautas culturales propias de su grupo, a través de la convivencia con los miembros de su entorno socialinmediato). Posteriormente son las condiciones ambientales las responsables de que el hábito se mantenga o quede como una incidencia temporal.

La edad a la cual se inician las medidas de higiene es de importancia en el establecimiento y mantenimiento de la salud oral de los niños. Según Martínez y cols. (11) y Casals (14) *el papel del cepillado dental en la prevención de enfermedades dentales ha sido descrito en muchos estudios*.

La importancia de la *placa bacteriana* en la génesis de las enfermedades dentales hace que *su eliminación sea fundamental en la prevención* de las mismas y, por ello, la adopción por parte de la población de cualquier tipo de medida encaminada a la profilaxis de dichas enfermedades dentales siempre será beneficios (23).

Según Boj y cols. (13) existen diferentes aspectos tales como el diseño del cepillo de dientes, la habilidad de los niños, la enseñanza del cepillado, la técnica y la duración del mismo en relación a la eficacia del cepillado. Para Honkala y cols. (15) la duración del cepillado era el que estaba más directamente relacionado con la remoción de placa en los niños.

En cambio Mandel (16) posteriormente concluyó que la habilidad de los niños en el uso del cepillado era el determinante más crítico en la eficacia de la eliminación de la placa, aunque también eran importantes las instrucciones en cuanto al cepillado. Se ha observado una reducción importante en los niveles de placa cuando se dan instrucciones a los niños de cómo cepillarse justo antes de iniciar el cepillado y luego éste es supervisado.

*Se les explicó a los padres técnicas de cepillado así como la relación existente entre cepillado dental y salud oral, ya que de esta forma podrían instruir a sus hijos en la adopción de comportamientos dentales adecuados en edades tempranas y así prevenir alteraciones dentales en un futuro.*

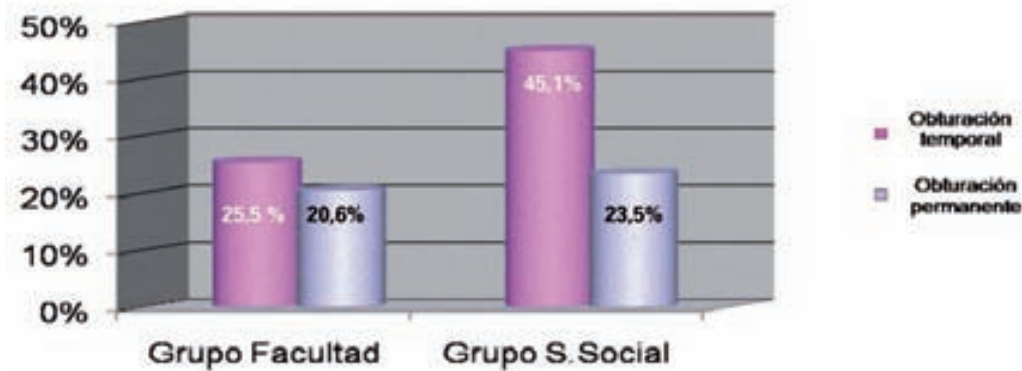


Gráfico 9. Necesidades restauradoras

## MEDIDAS PREVENTIVAS EN ODONTOPEDIATRÍA

La prevención es un tema de alto interés en odontopediatría. Todavía es frecuente que los padres cuestionen la necesidad de establecer medidas severas, sean preventivas o restauradoras, en los dientes temporales argumentando que van a durar pocos años y serán sustituidos por otros dientes sanos.

Por tanto la primera acción preventiva será la formación de los padres en aquellos aspectos necesarios para participar activamente en la obtención y el mantenimiento de la salud bucal de sus hijos (10).

### a) Aplicación de fluoruros

La caries dental es una enfermedad de distribución universal cuya prevalencia y severidad ha disminuido drásticamente en las últimas décadas con la instauración de medidas comunitarias e individuales para su tratamiento y prevención.

Según Pedraz y cols. (17), el descubrimiento del *papel cariostático del flúor* y los numerosos estudios epidemiológicos que se han ido desarrollando, permitieron confirmar el *efecto protector* de este elemento frente a la caries dental, al apreciarse una relación inversa entre la concentración del flúor en el agua de bebida y el nivel de patología cariosa en la población. Estos descubrimientos llevaron a desarrollar la técnica de fluoración de las aguas de abastecimiento público como procedimiento de salud pública

aplicable al conjunto de una población.

La presencia de flúor durante la formación del diente da lugar a la formación de fluorhidroxiapatita o fluorapatita en el esmalte del diente, las cuales poseen una mejor estructura cristalina, son más estables y menos solubles en ácido que los cristales de hidroxiapatita

que se forman en ausencia de este elemento (9, 20).

Existen diferentes formas de aplicación del flúor, entre las que se destacan: las pastas dentífricas, enjuagues (de NaF al 0,2% para uso semanal o quincenal y NaF 0,05% para uso diario) que tienen una acción preventiva marcada.

Otro modo de aplicación de flúor tópico son los geles o los barnices utilizados en el consultorio. En este caso se repetirá la aplicación con una frecuencia mínima de 6 meses.

*En nuestro estudio se aplicó flúor tópico a 64 niños de la facultad (63,4%) y a 52 niños (51%) de la Seguridad Social (Gráfico 8).*

### b) Aplicación de selladores de fisura

Según varios autores (9,10,17-19) las fosas y fisuras tienen orificios angostos y limitados en los cuales es difícil la limpieza y es menor el efecto relativo de los fluoruros. Hay numerosas pruebas de que los selladores en fosas y fisuras de molares permanentes aminoran la incidencia a largo plazo de caries; sin embargo son muchos menos los estudios en dientes temporales. *Los selladores están indicados* en pacientes con alto riesgo de caries, en molares (temporales o permanentes) y premolares con fosas y fisuras pronunciadas y una vez descartada la existencia de caries interproximales.

En nuestro estudio se recomendó la prevención mediante selladores en el g.1 al 52% y en el g.2 al 43,1% (Gráfico 8).

### c) Modificación de la alimentación

En teoría, el control de la alimentación tendría una gran trascendencia en la incidencia de caries en los niños. Se ha sugerido que la caries en países industrializados podría disminuir incluso a 85% si se eliminara la ingestión de sacarina agregada. En la actualidad sólo hay pruebas escasas de que el consejo dietético modifique la incidencia de caries en niños (19).

Se les explicaron medidas de control de la ingesta de alimentos cariogénicos, así como consejos alimenticios a los padres de niños con gran susceptibilidad a sufrir caries.

### NECESIDADES DE TRATAMIENTO

Las necesidades propuestas fueron las obturaciones en ambas denticiones (Gráfico 9).

### DISCUSIÓN

Los datos bibliográficos aportados por diferentes estudios no recogen la variable sexo como significativa sobre los resultados de la muestra. Rodríguez y cols. (21) hablan de 50,7% varones, frente a 49,3% mujeres. Pedraz y cols. (17) hablan de un 54% de mujeres frente a un 46% de hombres. Existen otros como el de Boj y cols. (13), el de Casals y cols. (14) y Xalabardé y cols. (18) en el que no reflejan el sexo como variable del estudio ni característica de la muestra. En nuestro estudio la distribución es: niñas de 49% frente al de varones del 51%.

Diferentes estudios organizan la muestra según edades o grupos escolares. Así, Almerich y cols. (2) postulan que dado que los niños y jóvenes están organizados en cursos escolares lo práctico es realizar la selección de la muestra en función de las equivalencias entre cursos y edades. Realizaron pues un estudio en niños que cursaban 1.º de primaria, 1.º de ESO y 4.º de ESO. Otros autores en estudios similares siguieron criterios semejantes (4, 22-26).

Existen autores como Pedraz y cols. (17) que realizaron un estudio en dos poblaciones, controlando la variable edad. Existen otras investigaciones en las que la variable edad queda limitada a la población preescolar (21, 23,27-29) y otras a la población adolescente (11, 12, 19). Nuestra muestra estaba formada por niños y niñas en edades comprendidas entre los 8-9 y 10-11 años.

La elevada prevalencia de la caries dental que afecta a más del 80% de la población escolar, a pesar de la evidente disminución contrastada en muchos países occidentales, ha llevado a la adopción y puesta en marcha de programas de salud bucodental, tendentes, cuanto menos, a alcanzar los objetivos promulgados por la OMS para Europa en el año 2000, cifrados en un 50% de

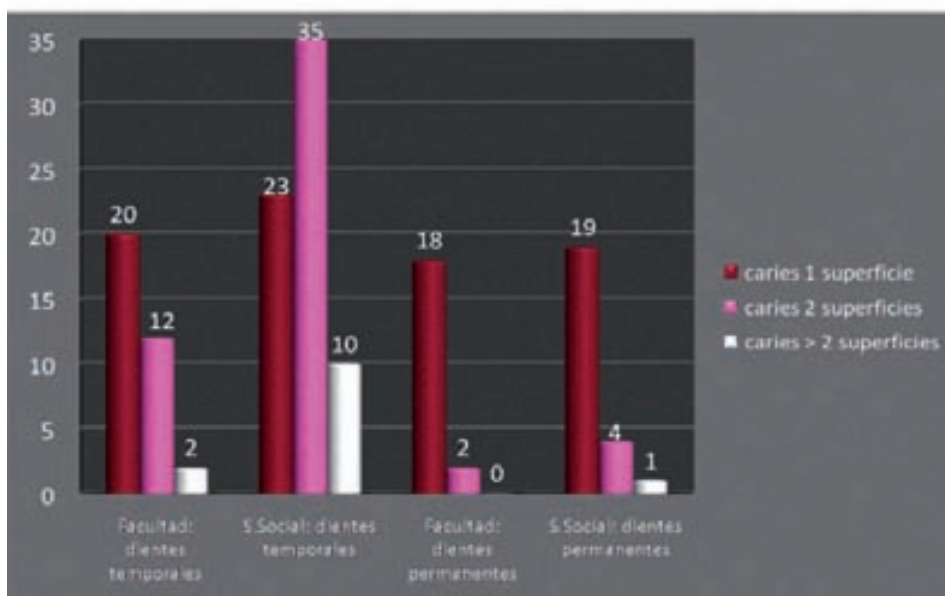


Gráfico 10. Distribución de caries en dentición temporal y permanente

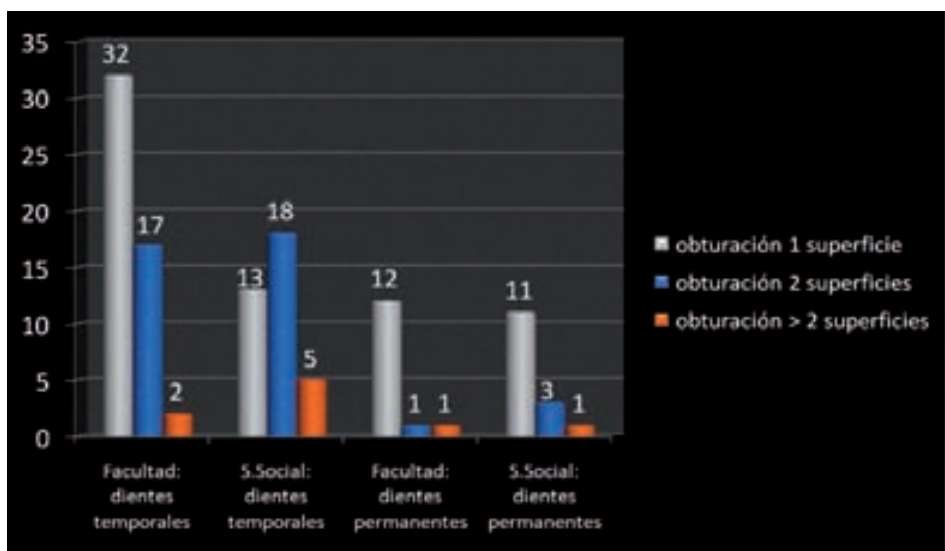


Gráfico 11. Distribución de obturaciones en dentición temporal y permanente



niños libres de caries a los 5-6 años y un CAOdontol menor o igual a 3 a los 12 años. Debido a todo esto existen multitud de estudios en la literatura que analizan los porcentajes de caries y sus índices en determinadas poblaciones infantiles.

Skeie y cols. (6) hablaban de una media de 4,4 caries por niño, en una muestra de niños inmigrantes en Oslo. Almerich y cols. (2) distinguían la prevalencia de caries en dentición temporal y permanente, observando que en dentición temporal la prevalencia de caries era de un 45,6%, frente a la dentición permanente en el que era de 48,9%. En otro estudio de Tapias (3) en que la prevalencia de caries fue de 56,2% concluyen que más de un 50% de los escolares tenía alguna caries, por lo que los datos le apartaban de los objetivos de la

OMS para el año 2000. En otro estudio de Tapias (5) se observó que la media de caries para un grupo de escolares fue de 1,9 caries en dentición temporal y 2,3 en permanente.

Existen varios trabajos (28, 30) en los que se hace una comparativa entre la prevalencia y los índices de caries en una determinada población durante varios años, siempre concluyendo que la caries ha disminuido considerablemente.

Bartolomé y cols. (7) estudiaron una población preescolar, viendo que tan sólo un 16,3% de los niños presentaba lesiones cariosas.

**Los resultados obtenidos sobre nuestra muestra** fueron: en los dientes temporales, el porcentaje de caries fue del 25,5% y 45,1% respectivamente. Así se aprecia una media de

0,66 y 1,2 caries por niño en dientes temporales. En los primeros molares permanentes, en el g.1 fue del 20,6% frente al 23,5% de g.2. Siendo 0,43 y 0,48 la media por niño en primeros molares permanente (g.1 y g.2 respectivamente).

En cuanto a los índices de caries, Santos y cols. (8) determinaron que el CAOdontol era de 0,06 a los 6 años, manteniéndose una elevación moderada del mismo a los 7, 8, 9 y 10 años, encontrando 1.09 piezas cariadas a los 11 años. A los 14 años el CAOdontol aumentaba hasta 3, 6. En una muestra de Almagro y cols. (31) el CAOdontol a los 12 años fue de 4, 47. Rodríguez y cols. (21) obtuvieron índices de CAOdontol de 1,49, CAOS de 1,96.

**Los resultados obtenidos sobre nuestra muestra** fueron: en la medición del cOdontol mayor de 0 obtenemos: 55,9% en g.1 frente a 65,7% en g.2. Siendo las medias de 1.74 en la facultad y 1,77 en Seguridad Social. En la medición del CAOdontol mayor de 0 obtenemos: 41,2 % en g.1 frente a 38,2% en g.2. Siendo las medias de 0,76 y 0,71 respectivamente.

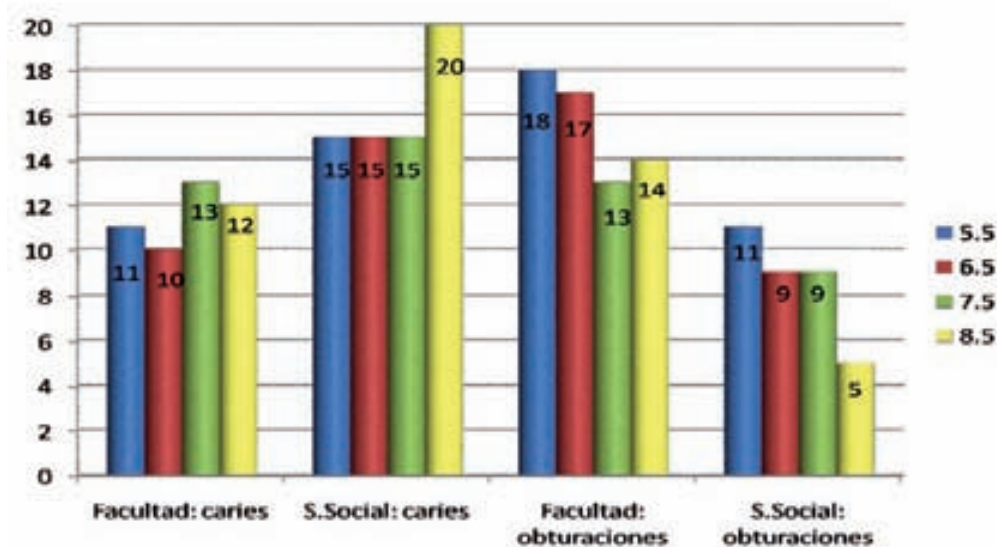


Gráfico 12. Frecuencia de caries y obturaciones en dientes temporales

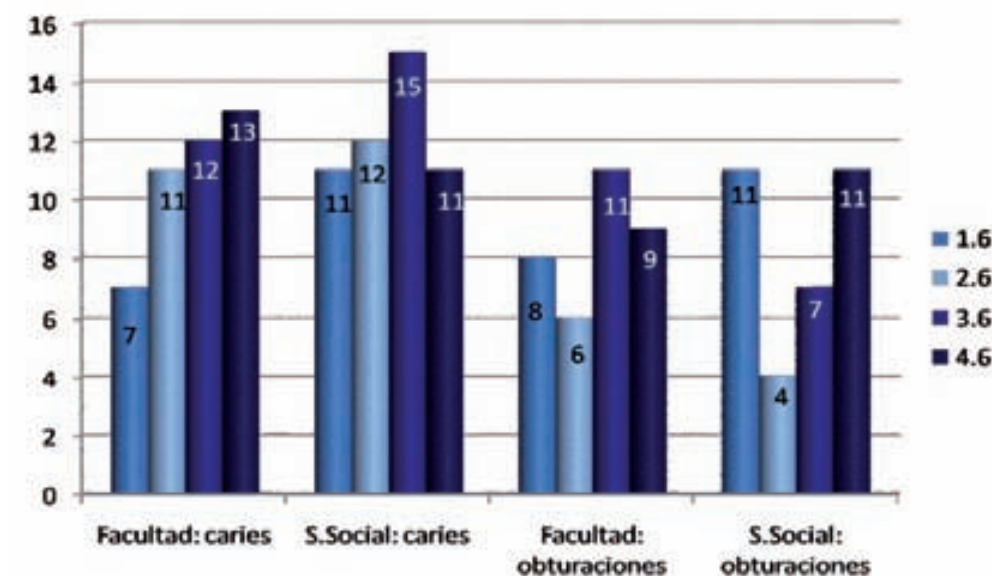


Gráfico 13. Frecuencia de caries y obturaciones en dientes permanentes

1. La **caries es una patología presente en todas las poblaciones y a cualquier edad**, encontrando en nuestro estudio que la muestra de la Seguridad Social (g.2) tanto en dientes temporales (45,1%) como permanentes (23,5%) es la que presenta mayor porcentaje de esta patología.

2. El tratamiento odontopediátrico realizado más frecuente fue las obturaciones siendo el grupo más tratado en dientes temporales el g.1 (38,2% frente a 25,5%). Encontrándose porcentajes muy semejantes (14,7% frente 15,7%) en dientes permanentes.

3. La realidad de los datos obtenidos en esta muestra se aproximan a los objetivos generales marcados por la OMS. Pero los **porcentajes de caries siguen siendo muy altos para este tipo de población infantil**, sobre todo en una sociedad como la nuestra en la que **existen medios al alcance que permite disminuirlos**.

Se destaca pues la importancia de **frenar dicha patología** a nivel infantil por sus posibles **consecuencias en la dentición permanente**, que la alejaría de los objetivos de la OMS.

4. Los medios que se deben poner para cumplir estos objetivos siempre serán potenciados desde **campañas preventivas (fomentando y reforzando la enseñanza de la higiene buco-dental en el entorno infantil lo que permitiría el mantenimiento de la salud de dientes y encías)** además del propio **control sanitario desde las instituciones públicas** (fluorización y sellación).

5. Existen determinados **factores que intervienen en los resultados sobre patologías**, tales son la edad, nivel sociocultural, o hábitos higiénicos.

6. Los datos obtenidos en esta muestra no pueden ser extrapolados a toda la población (correlación de Pearson > del 10%) pero sí nos sirven de reflexión acerca de la salud bucal de nuestros pequeños.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **Iglesias IM.** La salud oral en la dentición primaria (III). Estudio sobre la patología oral y maloclusiones en la consulta dental en una muestra de 441 niños de Vigo. Av Odontoestomatol 2003; 19(2): 57-68.
2. **Almerich JM, Llena MC, Zurriaga O, Martínez MA, Fullana A, Carmelo J.** Estudio de salud bucodental en la Comunidad Valenciana 1998. Arch Odontoestomatol 2000; 16(9): 569-85.
3. **Tapias MA, Gil A, Domínguez V.** Prevalencia de caries en una población infantil de Móstoles. Av Odontoestomatol 2000; 16(4): 241-50.
4. **Santos J, Rubio B, Santos C, Rubio E.** Índices de caries en los escolares de la zona de salud de Barbastro según criterio demográfico, medio rural vs medio urbano. Arch Odontoestomatol 2004; 20(3):154-9.
5. **Tapias MA, Jiménez R, Carrasco P, Lamas F, Gil A.** Evaluación de la prevalencia de caries en una población infantil de Móstoles entre 1988 y 1997. Av Odontoestomatol 2005; 21(6): 333-9.
6. **Skeie MS, Riordan PJ.** Parental risk attitudes and caries-related behaviours among immigrant and western native children in Oslo. Community Dent Oral Epidemiol 2006; 34:103-13.
7. **Bartolomé B, De Nova J, Mourelle MR, Costa F.** Examen dental en niños preescolares de un centro educativo de Madrid. Odontol Pediatr 1998; 6(2): 41-7.
8. **Santos J, Rubio B, Santos C, Rubio E.** Índices epidemiológicos de caries de la población escolar atendida en el Centro de Salud de Barbastro. Av Odontoestomatol 2005; 21(1): 355-60.
9. **Pedraz P, Lafuente PJ, Irurzun E.** Estudio comparativo de la salud bucodental en dos poblaciones infantiles: fluorada y no fluorada. Parte II: población de 12 años. Odontol Pediatr 2001; 9(3): 110-4.
10. **Barbería Leache E.** Odontopediatría. 2.ª ed. Ed: Masson, Barcelona, 2001: 271-323.
11. **Martínez A, Estrada C, Martín AM, Boj JR.** Edad de inicio del cepillado dental en niños. Arch Odontoestomatol 2000; 16(4): 226-31.
12. **Chiva E, Ballesteros AM, Pérez L, Serrano M.** Características de una población escolar asociadas a la frecuencia del cepillado dental. Odontol Pediatr 2000; 8(2): 3-9.
13. **Boj JR, Martín AM, Martínez A.** Niveles de higiene oral en un grupo de niños entre 6 y 14 años. Arch Odontoestomatol 2000; 16(1): 35-40.
14. **Casals E.** Hábitos de higiene oral en la población escolar y adulta española. RCOE 2005; 10(4): 389-401.
15. **Honkala E, Nyyssonen V, Knuutila M.** Effectiveness of children's habitual toothbrushing. J Clin Periodontol 1986; 13: 81-5.
16. **Mandel ID.** The plaque Fighters: Choosing a weapon. J Am Dent Assoc 1993; 124: 71-4.
17. **Pedraz P, Lafuente PJ, Irurzun E.** Estudio comparativo de la salud bucodental en dos poblaciones infantiles: fluorada y no fluorada. Parte I: población de 7 años. Odontol Pediatr 2001; 9(3): 104-9.
18. **Xalabardé A, Espasa A, Porner C, Martín A.** Actualización en Odontopediatría. Arch Odontoestomatol 2003; 19(6): 412-25.
19. **Rech C, Paredes V.** Prevalencia de las maloclusiones en dentición mixta en una muestra de niños valencianos. Odontol Pediatr 2008; 16(1): 6-10.

- 20. García F.** Odontología Pediátrica. Clin Odontol Norteam. 2000; 3: 691-9.
- 21. Rodríguez C, Garcillán MR, García D, Bratos D, Rioboo R.** Estudio epidemiológico de salud bucodental y necesidades de tratamiento en una población infantil, incluida en programa de un área básica de salud de la Comunidad de Madrid. Av Odontoestomatol 2000; 16(2): 89-95.
- 22. Tapias MA, Lamas F, Jiménez R, Martín I, Carrasco P, Gil A.** Prevalencia de defectos del esmalte en incisivos y primeros molares permanentes en una población infantil. Arch Odontoestomatol 2004; 20(2): 101-6.
- 23. Iglesias IM.** La salud oral en la dentición primaria (III). Estudio sobre los traumatismos dentales, las patologías orales y los problemas en el manejo de conducta en la consulta dental en una muestra de 441 niños de Vigo. Av Odontoestomatol 2003; 19(2): 95-103.
- 24. Álvarez A, Álvarez JA, Villa MA, Quirós JR.** Caries dental en la población escolar del Principado de Asturias. Arch Odontoestomatol 1994; 10(1): 201-9.
- 25. Algaba L, Segura JJ, Bullón P.** Prevalencia de caries en la población escolar del suroeste de Badajoz. Arch Odontoestomatol 2002; 18(2): 95-100.
- 26. Miegimolle M, Planelles P, Martínez E, Gallegos L.** Relación de los medicamentos azucarados y la aparición de caries en la infancia. Odontol Pediatr 2003; 11(1): 21-5.
- 27. Fernández FJ, Vallejo E, López JM.** Salud bucodental y análisis de la morfometría oral en una población infantil institucionalizada. Odontol Pediatr 2003;11(3): 94-101.
- 28. Montiel JM, Almerich JM.** Estudio epidemiológico de salud bucodental en una población infantil con retraso mental. Arch Odontoestomatol 2001; 17(2): 110-7.
- 29. Franco V, Gorrixto B, Lafuente PJ.** Estudio de las características oclusales en una población escolar. Rev Vasca Odontoestomatol 2001; 11(3): 17-23.
- 30. Boj JR, Catalá M, García Ballesta C, Mendoza A.** Odontopediatría. 1.ª ed Masson Barcelona, 2004. 1ª pp.: 102-8.
- 31. Almagro D, Benítez JA, García MA, López MT.** Estudio de la prevalencia de caries y factores asociados en los escolares de la población de Loja (Granada). Arch Odontoestomatol 2002; 18(9): 632-40.