

Evaluación de la salud bucodental y estilos de vida saludables en la población infantil que acude a la consulta odontológica de atención primaria

Beatriz Lorenzo Moriano, M. Victoria Elena Sánchez, Luis Félix Valero Juan

Departamento Medicina Preventiva Salud Pública y Microbiología Médica Facultad de Medicina. Campus Miguel de Unamuno

Correspondencia:

Dr. Luis F Valero Juan
C/Alfonso X El Sabio s/n
37007- Salamanca
luva@usal.es

Lorenzo-Moriano B, Elena-Sánchez MV, Valero-Juan LF. Evaluación de la salud bucodental y estilos de vida saludables en la población infantil que acude a la consulta odontológica de atención primaria. *Odontol. Prev.* 2008;1(2):83-9.
© Medicina Oral S. L. C.I.F. B 96689336 - ISSN1888-6450

Resumen

La enfermedad oral está considerada como uno de los principales problemas de salud pública en todo el mundo. La caries es la patología bucodental más frecuente durante la infancia y la causa principal de pérdida de dientes durante la edad adulta. El objetivo del presente estudio fue evaluar la salud bucodental y su relación con los estilos de vida en la población infantil que acude a la consulta odontológica de atención primaria.

Se realizó un estudio epidemiológico descriptivo transversal. Se utilizaron dos fuentes de información: 1) cuestionario: recoge información sobre estilos de vida saludables; 2) exploración física: proporciona datos objetivos sobre la presencia de patología bucodental (caries, ausencias y obturaciones). El índice *co* a los 6 años fue de 0,29. El índice CAOD a los 12 fue de 1,04 y, a los 14 años, de 1,15. La caries es más frecuente en niños que en niñas, tanto en dentición temporal (34% vs 19%) como permanente (25% vs 21%). La caries se asocia, de forma estadísticamente significativa, con el consumo de leche (50% de caries en los que consumen leche “casi nunca” frente a 21% en los que la consumen a “diario”). En nuestra sociedad los estilos de vida son un determinante importante, tanto de la salud general como bucodental. La prevención de las patologías bucodentales más prevalentes debe ser un objetivo principal del odontólogo y basarse en la puesta en marcha de programas de educación dirigidos a la adquisición y puesta en práctica de determinados estilos de vida, especialmente en la edad infantil.

Palabras clave: *Caries, infancia, estilos de vida, vigilancia.*

Introducción

La enfermedad oral está considerada como uno de los principales problemas de salud pública en todo el mundo. La caries y las enfermedades periodontales son las dos principales causas de enfermedad oral en los países industrializados. En los últimos años, estas patologías han experimentado una mejoría en nuestro país, a pesar de ello, la caries sigue siendo la patología bucodental más frecuente durante la infancia y la causa principal de pérdida

de dientes en la edad adulta. En España, la prevalencia de caries es de 36,3% a los 5-6 años, del 47,2% a los 12 años y del 60,7% a los 15 años. En los adultos la prevalencia está próxima al 100% (1,2).

La patología bucodental tiene una relación importante con los estilos de vida (4). Hoy día sabemos que algunos factores de riesgo se establecen desde etapas muy tempranas de la vida y que los hábitos alimentarios adquiridos durante la etapa escolar perduran en el tiempo e influyen en los hábitos y en las patologías de épocas posteriores (5). La prevención de las patologías bucodentales debe ser un objetivo principal del odontólogo y debe basarse en la puesta en marcha de programas de educación orientados a la adquisición y puesta en práctica de determinados estilos de vida, especialmente en la edad infantil (6,7).

Los estudios epidemiológicos de salud bucodental principalmente, en escolares, constituyen un instrumento básico para la planificación de programas de prevención y control. La exploración objetiva de la cavidad bucal y las encuestas de salud oral permiten obtener datos sobre el estado de salud bucodental y las necesidades de tratamiento de la población así como identificar los comportamientos de riesgo, información imprescindible para la planificación y gestión de programas (8).

El presente estudio se enmarca en este contexto. El objetivo del estudio fue evaluar la salud bucodental y su relación con los estilos de vida saludables en la población infantil que acude a la consulta de odontología de Atención Primaria.

Material y Métodos

Se ha realizado un estudio epidemiológico descriptivo transversal en la población infantil que acudió a la consulta de Atención Primaria de 6 centros de Salud de Salamanca. La información fue recogida durante el último semestre del 2006 y primero del 2007. Analizamos la información de los niños cuyas madres, una vez informadas del objetivo del estudio, aceptaron participar de forma voluntaria. En total estudiamos una muestra de 250 pacientes (129 niñas y 121 niños) entre 4 y 14 años.

En el estudio se utilizaron dos fuentes de información:

1) Cuestionario autocumplimentado por las madres cuya finalidad era recoger información sobre la prevalencia de estilos de vida saludables. El cuestionario se elaboró tomando como base los criterios básicos de salud oral de la Organización Mundial de la Salud (8). Constaba de 29 ítems sobre distintos aspectos relacionados con la salud bucodental, nosotros analizamos los relacionados con los estilos de vida: actividad física y alimentación. En relación con la alimentación estudiamos: a) número de comidas que realiza al día, b) lugar donde realiza habitualmente el desayuno, la comida y la cena, c) frecuencia de consumo de los siguientes alimentos: leche y derivados, huevos, carnes, pescados, frutas, verduras, cereales y legumbres.

2) Exploración física realizada por los dentistas de las diferentes Zonas de Salud participantes. El objetivo fue conocer, de forma objetiva, la presencia de patología bucodental que quedaba reflejada en un odontograma. Realizamos un análisis descriptivo en el que calculamos la frecuencia de presentación de las distintas patologías (caries, ausencias y obturaciones) para cada una de las variables analizadas: sexo, edad, ≥ 10 años, dentición temporal y permanente, y estilos de vida. Utilizamos las pruebas de comparación de proporciones “ji” al cuadrado y la prueba exacta de Fisher para determinar si las diferencias observadas eran estadísticamente significativas.

Calculamos el índice co a los 6 años para la dentición temporal (promedio de dientes careados y obturados por niño) y el índice CAOD a los 12 y 14 años, para la dentición permanente (promedio de dientes careados, ausentes por caries y obturados por niño). Posteriormente buscamos la relación entre la patología bucodental y los diferentes estilos de vida.

Resultados

Dentición temporal

El índice co a los 6 años fue de 0,29. La prevalencia de caries del 26,6% y la de obturaciones del 11%. La caries afecta más a los niños (34%) que a las niñas (19%) de forma significativa ($p < 0,05$). Es más frecuente en menores de 10 años (35%) que en mayores de 10 años (16%), siendo estos datos estadísticamente significativos ($p < 0,05$) (Figura 1).

El 88% de la población realizaba ejercicio físico en el tiempo libre, un 96% de los niños y un 81% de las niñas. No encontramos relación entre el ejercicio y la presencia de patología.

El 95% de la población infantil tomaba leche diariamente. El 26% de la población que consumía leche a diario presentaba caries en dentición temporal; significativamente inferior al 50% de niños que tomaba leche “casi nunca”. En función del sexo observamos que el 50% de las niñas que consumían leche “casi nunca” presentaban caries, mientras que las que la tomaban “a diario” se veían afectadas en un 18% ($p < 0,05$) (Tabla 1).

Un 91% de los niños consumía huevos “dos o tres veces” por semana. La frecuencia de caries oscila entre el 16% y el 35%. Encontramos diferencias significativas en las niñas que toman huevos “dos o tres veces” por semana, las cuales tienen una frecuencia de caries (16%) menor que las que lo consumen “casi nunca” (67%) (Tabla 1).

El 79% de los niños tomaban pescado “dos o tres veces” por semana. El 13% de las niñas que tomaban pescado “dos o tres veces” por semana presentaba caries, mientras que el porcentaje para las que lo consumían “casi nunca” fue de un 32%. Estas diferencias son estadísticamente significativas ($p < 0,05$) (Tabla 1).

Fig. 1. Prevalencia de caries en dentición temporal y permanente según la edad y sexo de los niños de la provincia de Salamanca.

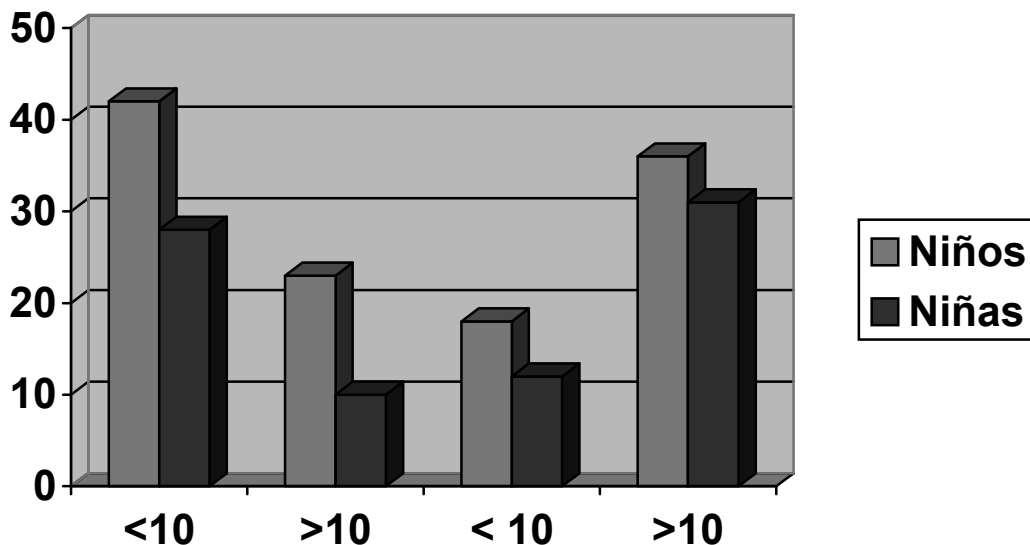


Tabla 1. Prevalencia de patología bucodental en dentición temporal en función del consumo de alimentos y sexo en niños de la provincia de Salamanca.

Alimentos	Caries			Obturaciones		
	Niños %	Niñas %	Global %	Niños %	Niñas %	Global %
Leche						
Diario	34	18*	26*	15	7	11
2/3 veces	25	29	27	25	14	18
Casi nunca	0	50	50	0	0	0
Huevos						
Diario	0	25	12	0	0	0
2/3 veces	35	16*	25*	17	8	12
Casi nunca	37	67	50	12	0	7
Carne						
Diario	8	19	21	4	12	16
2/3 veces	36	18	27	13	5	9
Casi nunca	67	33	50	33	0	17
Pescado						
Diario	12	50	29	25	17	21
2/3 veces	33	13*	23	13	5	9
Casi nunca	42	32	35	25	8	14
Fruta						
Diario	23	20	28	32	10	14
2/3 veces	27	27	31	27	0	4
Casi nunca	29	0	14	50	0	11
Verduras						
Diario	35	28	32	25	0	13
2/3 veces	32	18	25	10	10	10
Casi nunca	44	13	27	22	4	12
Legumbres						
Diario	0	25	4	14	56	4
2/3 veces	36	20	29	16	35	12
Casi nunca	66	12	27	0	25	0
Cereales						
Diario	36	18	27	14	7	11
2/3 veces	23	22	23	23	6	13
Casi nunca	50	0	33	50	0	33
Global	34	19	26,6	16	7	11

Dentición permanente

El índice CAOD a los 12 años fue de 1,04 y a los 14 años de 1,15. La prevalencia global de caries fue del 23%. La caries afectó más a los niños (25%) que a las niñas (21%). Se produce con mayor frecuencia en la población infantil mayor de 10 años, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) (Figura 1).

La totalidad de la población realizaba tres o más comidas al día. Un 65% realizaba cuatro comidas diarias: 69% de los niños y 61% de las niñas. Observamos que al realizar mayor número de comidas presentan menor porcentaje de caries: 22% en los que hacen más de tres comidas frente al 45.25 % en los que hacen menos de tres comidas al día. Esta diferencia fue estadísticamente significativa para el global de la muestra de estudio y en función del sexo ($p < 0,05$).

Tabla 2. Prevalencia de patología bucodental en dentición permanente en función del consumo de alimentos y sexo en niños de la provincia de Salamanca.

Alimentos	Caries			Obturaciones		
	Niños %	Niñas %	Global %	Niños %	Niñas %	Global %
Leche						
Diario	25	18*	21*	32	35	34
2/3 veces	25	71	55	25	43	36
Casi nunca	0	50	50	0	50	50
Huevos						
Diario	50	50	50	25	25	37
2/3 veces	25	18	21	32	25	35
Casi nunca	12	17	14	37	38	29
Carne						
Diario	39	16	27	39	50	44
2/3 veces	21	20	20	28	32	30
Casi nunca	0	100	50	33	33	33
Pescado						
Diario	50	33	43	63	17	43
2/3 veces	21	17	19	32	32	32
Casi nunca	33	32	32	25	56	46
Fruta						
Diario	23	22	23	32	34	33
2/3 veces	27	15	21	27	31	29
Casi nunca	29	2	25	50	64	57
Verduras						
Diario	35	22	29	40	22	32
2/3 veces	23	18	21	25	33	29
Casi nunca	22	22	22	44	65	56
Legumbres						
Diario	29	25	26	14	56	43
2/3 veces	25	20	23	33	35	34
Casi nunca	33	12	18	33	25	27
Cereales						
Diario	25	21	23	34	35	34
2/3 veces	23	17	19	15	44	32
Casi nunca	50	0	33	100	100	100
Global	25	21	23	36	32	35

*Diferencias estadísticamente significativas $p < 0.05$.

Al analizar la frecuencia de consumo de los distintos alimentos y la presencia de patología (Tabla 2) sólo encontramos diferencias estadísticamente significativas entre la caries y el consumo de leche. La caries fue más frecuente, con un 50%, en los niños que consumían leche “casi nunca”, frente al 21% en los niños que la tomaban “a diario”. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < 0,05$) para el global de la población y para las niñas: 18% de caries para las que tomaban leche “a diario”, frente a 50% de patología para las que la tomaban “casi nunca”.

Conclusión

Los datos epidemiológicos recogidos en este estudio demuestran que la caries dental es aún un problema de salud, con una prevalencia elevada, entre la población infantil de Salamanca.

A pesar de mostrar unas cifras elevadas de caries, se encuentra por debajo de los límites óptimos establecidos. Obtenemos un índice *co* a los 6 años de 0,29 y un índice CAOD a los 12 años de 1,04 y a los 14 de 1,15, que nos sitúan en niveles muy bajos (0,0 – 1,1) o bajos según la clasificación de la OMS (10). El índice CAOD a los 12 años de nuestro estudio es ligeramente inferior a la media nacional (1,33) según la última Encuesta Nacional de Salud del 2005. Por comunidades autónomas, es superior al descrito en Cataluña (0,9), similar al del País Vasco (1,1) e inferior al de Galicia (1,6) y Andalucía (2,9) (11-15).

En nuestra sociedad los estilos de vida son el determinante más importante, tanto del nivel de salud general como bucodental. Está reconocida la asociación de caries con estilos de vida específicos como el consumo de alimentos cariogénicos, la frecuencia del cepillado de dientes y la frecuencia de las visitas al dentista. Los estilos de vida analizados en el presente estudio fueron aquellos que influyen en la salud general, como es la alimentación, no teniendo conocimiento de estudios publicados que cuantifiquen estos aspectos.

El perfil general de consumo alimentario de la población infantil encuestada de la provincia de Salamanca expresa: Consumo excesivo de carne, consumo muy ajustado de lácteos y de cereales y consumo de pescado, frutas y verduras claramente deficitario.

Un dato muy llamativo es la relación que se establece entre el consumo de leche de los niños y la frecuencia de caries: el 21,2% de los que consumen leche diariamente presentan caries mientras que de los que no la consumen la presentan el 53,8%. Existen estudios publicados que relacionan las bacterias lácteas con una menor prevalencia de caries, ya que los anticuerpos que estas producen neutralizan los estreptococos bacterianos. Como estas bacterias son inocuas para el hombre, podrían emplearse en tratamientos dentales que protejan contra la caries (16-18).

El pescado posee gran cantidad de fósforo y es un alimento rico en flúor y en ácidos grasos. Los niños que realizan un consumo de pescado “dos o tres veces” por semana tuvieron una prevalencia de caries menor que los que no lo consumen. Encontramos relación entre el consumo de huevos y la frecuencia de caries. Los huevos tienen un gran número de proteínas que han sido asociadas a una actividad baja de caries. Forman una cubierta protectora sobre el esmalte y detienen el proceso de disolución del mismo. Una dieta rica en arginina o en prolina puede hacer que se eleve rápidamente el pH de la placa protegiendo de la aparición de la caries dental.

La bibliografía consultada, al igual que nuestro estudio, indica que el consumo de frutas y verduras que realizan los niños españoles en general es claramente insuficiente. La mayoría de los niños que participaron en este estudio realizan una alimentación equilibrada, aunque tenemos que seguir insistiendo en aumentar el consumo de pescados, frutas, verduras y leche, ya que están estrechamente relacionados con una menor prevalencia de caries, y disminuir el consumo de carne (19-21).

Sería adecuado realizar una encuesta nutricional más completa con el objetivo de conocer tanto los hábitos alimentarios como el estado nutricional de la población infantil y poder establecer una relación directa entre el consumo de algunos alimentos básicos y la salud bucodental de la población y, más concretamente, con la caries. El conocimiento de estos aspectos permitiría desarrollar las intervenciones adecuadas para modificar los hábitos alimentarios de riesgo para la salud bucodental.

Bibliografía

1. Bravo Pérez M, Casal Peidró E, Cortes Martiniconera FJ, Llodra Calvo JC. Encuesta de Salud Oral en España 2005. RCOE. 2006; 11(4): 409-56.
2. Cortes Martiniconera FJ, Moreno Iribas C, Ardanaz Aicua E. Tooth loss and dental caries in an adult population in Navarra, Spain. Community Dent Oral Epidemiol. 1993 Jun; 21(3): 172-3.
3. Mattila ML, Rautaya P, Sillanpää M, Paunio P. Caries in five year old children and associations with family related factors. J Dent Res. 2000 Mar; 79(3): 875-81.
4. Mouatt B. Encouraging healthier lifestyles. Children and their teeth. J Fam Health Care. 2007; 17(1): 11-3.
5. Jiménez Lorente CP, Rodríguez Cabrero M, Ibáñez Fernández A, Odriozola Aranzábal G. Estudio nutricional completo en escolares. Opiniones y actitudes. Aten Primaria. 2000 Feb 15; 25(2): 89-95.
6. Yost J, Li Y. Promoting oral health from birth through childhood: prevention of early childhood caries. MCN Am J Matern Child Nurs. 2008 Jan-Feb; 33(1): 17-23.
7. Pizarro V, Ferrer M, Domingo-Salvany A, Benach J, Borrell C, Puigvert J et al. Dental health differences by social class in home-dwelling seniors of Barcelona, Spain. J Public Health Dent. 2006 Fall;66(4):288-91.
8. Ruiz Miravet A, Montiel Company JM, Almerich Silla JM. Evaluation of caries risk in a young adult population. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2007 Sep 1; 12(5): 412-8.
9. Cuenca I Sala E. La encuesta de la O.M.S. sobre la salud bucodental en España. Una aproximación personal. Arch Odonto Estomatol. 1985 Feb; 2(1): 15-22.
10. Cortés Martiniconera J, Llodra Calvo JC. Salud pública bucodental. Informe Sespas 2002. [Internet] [acceso 12 abril de 2007]. Disponible en: <http://www.sespas.es/informe2002/cap14.pdf>
11. Mora León L, Martínez Olmos J. Prevalencia de caries y factores asociados en niños de 2-5 años de los centros de salud Almanjáyar y Cartuja de Granada capital. Aten Primaria. 2000 Oct 15; 26(6): 398-404.
12. Casals E, Cuenca E, Prats R, Salleras L. Salud bucodental. Evaluación de los objetivos del Plan de Salud de Cataluña para el año 2000. Med Clin (Barc). 2003;121 (Sup11): 64-8.
13. Nieto García VN, Nieto García MA, Lacalle Remigio JR, Abdel-Kader Martín L. Oral health of school children in Ceuta. Influences of age, sex, ethnic background and socioeconomic level. Rev Esp Salud Pública. 2001 Nov-Dec; 75(6): 541-9.
14. Almerich Silla JM, Montiel Company JM. Oral health survey of the child population in the Valencia Region of Spain (2004). Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2006 Jul 1;11(4):369-81.
15. Freire JM. The Child Oral Care Program (PADI) of Navarra and the Basque Country: achievements and new goals. An Sist Sanit Navar. 2003 Sep-Dec;26(3):423-8.
16. Aimutis WR. Bioactive properties of milk proteins with particular focus on anticariogenesis. J Nutr. 2004 Apr;134(4):989-95.
17. Merritt J, Qi F, Shi W. Milk helps build strong teeth and promotes oral health. J Calif Dent Assoc. 2006 May;34(5):361-6.
18. Herod EL. The effect of cheese on dental caries: a review of the literatura. Aust Dent J. 1991 Apr;36(2):120-5.
19. Villa A, Guerrero S, Cisternas P, Mönckeberg F. Caries prevention through a nutritional vehicle. Arch Latinoam Nutr. 1990 Jun;40(2):197-208.
20. Victoria Miñana I, Brines Solanes J, Morales Suárez-Varela M, Llopis González A. Caries prevention in the child (II): fluoride, diet, hygiene and health education. An Esp Pediatr. 1991 Apr 34;(4):299-304.
21. Aranceta Bartrina L, Pérez Rodrigo C, Serra Majem L, Delgado Rubio A. Hábitos alimentarios de los alumnos usuarios de comedores escolares en España. Estudio "Dime Cómo Comes". Aten Primaria. 2004 Feb 28;33(3):131-9.