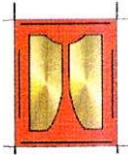


1049



FACTORES DE RIESGOS SOCIALES Y BIOLÓGICOS DE CARIES EN PACIENTES DE 5 - 14 AÑOS, ATENDIDOS EN LAS CLÍNICAS DE ODONTOPEDIATRÍA DEL COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DE 2005

Chivatá, E; Hernández, W; Valbuena, S, Bautista J, Revelo L,^{*}
Marín, Vivian^{**}
Sánchez, Fredy^{***}
Pachón, Mónica^{****}

Área: epidemiología, categoría: pregrado, modalidad: oral

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores de riesgo sociales y biológicos para caries dental en pacientes de 5-15 años atendidos en la clínica de odontopediatría del Colegio Odontológico Colombiano, sede centro, segundo semestre de 2005.

Método: consistió en un estudio descriptivo de corte transversal, para el examen clínico se seleccionó una muestra no probabilística, intencional de 50 niños de consulta de primera vez cuyos padres hubiesen firmado el consentimiento informado y para determinar los factores sociales (hábitos de higiene oral) se realizó una encuesta a padres o acompañantes, previa realización de la prueba piloto. Con el registro clínico se evaluaron los factores biológicos (placa bacteriana, estado de erupción y factores retentivos de placa bacteriana). Los resultados se procesaron mediante el paquete estadístico S.P.S.S-12 en español y para su presentación se utilizó la distribución de frecuencias absolutas y relativas

Resultados: el 72%(36) de los pacientes valorados presentaron riesgo alto de caries y solo el 28%(14) riesgo bajo; donde la media +/- la desviación estándar del índice de O'leary fue de 52.58 +/- 20.176. Todos los padres/acudientes consideraron que los padres son los responsables de enseñarle al niño a cuidar su boca y que ellos deben supervisar el cepillado de los dientes de los hijos pequeños.

Conclusiones: El alto riesgo de caries y periodontopatías encontrado en los niños examinados pone de manifiesto que a pesar de que los padres y/o acompañantes reconocen la importancia del cuidado bucal de los niños, los resultados sugieren que lo expresado por ellos no se tiene como hábito

Palabras claves: riesgo, factores de riesgo, sociales, biológicos, niños, caries dental

FACTORS OF SOCIAL AND BIOLOGICAL RISKS OF DECAYS IN PATIENTS FROM 5 TO 15 YEARS OLD, ATTENDED IN CLINICS OF ODONTOPEDIATRICS OF THE COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO DURING THE SECOND SEMESTER OF 2005

Area: Epidemiology, Category: Pre-Degree, Modality: Oral

Objective: to determine the social and biological risk factors for tooth decay in patients from 5-15 years old attended in the Odontopediatry Clinic of the Colegio Odontológico Colombiano, center siege, in 2005 second semester.

Method: It consisted in a descriptive research of cross-section for the clinical examination it was selected a non-probabilistic sample, intentional of 50 children of first time of consultation, whose parents had signed the informed consent and to determine the social factors (Habits of oral hygiene), it was realized an interview to parents and attendants previous realization of the pilot test. It was evaluated the biologic factors (bacterial plaque, eruption condition and retentive factors of bacterial plaque) with the clinical records. Results were processed through a statistic package S.P.S.S-12 in Spanish and it was used the distribution of absolute and relative frequencies for its presentation.

Results: Of patients evaluated, 72% (36) showed high risk of decay and only 28% (14) showed low risk; where the mean \pm standard deviation of O'Leary index was of 52.58 \pm 20.176. All parents, attendants considered that parents are responsible to teach children to take care of their mouth and that they shall have to examine teeth brushing of their little children.

Conclusions: High risk of decay and periodotopathy found in examined children makes evident that although parents and/or attendants accept the importance of mouth care of children, the results suggest that the expressed by them is not taken as habit.

Key words: Risk, risk factors, social risks, biologic risks, children, decay teeth.

* Estudiantes X semestre COC

** Asesora científica

*** Asesor Metodológico

**** Asesora Estad

INTRODUCCIÓN

La caries dental es una de las enfermedades más antiguas de la humanidad. Constituye una de las causas principales de pérdida dental y, además, puede predisponer a otras enfermedades; es una enfermedad infecciosa caracterizada por la destrucción de los tejidos duros dentarios y provocada por la acción de los ácidos producidos por los microorganismos que integran la placa dental^{1,2}. Puede ser el resultado de una relación intrínseca entre el número de factores causales que al actuar solos no producen la enfermedad y que al unirse a otros factores, ésta se desarrolla³. Se produce por la confluencia de muchos factores de riesgo, entre los que encontramos los locales y los generales⁴.

La presencia y desarrollo de la enfermedad no solo depende de los factores biológicos, mejor llamados determinantes biológicos, sino también de la interacción de una serie de factores sociales, los cuales incluyen las diferentes variables culturales, económicas, comportamentales, psicológicas y familiares, entre otras. Al incluir variables sociales se aumenta la función discriminadora de un modelo de predicción de riesgo⁵.

En Investigaciones recientes con relación al tema de investigación, en diferentes comunidades y grupos poblacionales, se encontró una estrecha relación entre los factores biológicos y psicosociales con la caries dental en niños^{6,7,8,9,10,11}. Según el último Estudio Nacional de Salud Oral, el grupo de 5-14 años fue el único que registro un incremento en el número de personas afectadas por caries dental¹².

En las clínicas odontopediátricas del Colegio Odontológico no se encuentran hasta el momento estudios relacionados con factores de riesgo biológicos y sociales de la caries dental, por tal motivo los investigadores se formulan la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los factores de riesgo sociales y biológicos, encontrados en pacientes de 5-14 años en la clínica odontopediátrica del COC, sede centro en el segundo semestre del 2005?

EL Identificar en los pacientes los factores de riesgo como indicadores o causas reviste gran importancia, debido a que estos pueden ser observables antes de que ocurra el evento en salud que ellos predicen; analizar factores sociales como higiene oral, factores biológicos como placa bacteriana, estado de erupción en

los niños, conduce a la reflexión alrededor de la importancia que tiene la prevención en lo que a salud oral de los individuos se refiere. El manejo de pacientes en la práctica dental involucra no solo la recolección de información diagnóstica sino también de factores de riesgo, lo que permite clasificar de manera individual al paciente para la realización de un tratamiento exitoso teniendo en cuenta su diversidad biológica que lo hace único e irreplicable. La investigación es importante porque aporta al odontólogo general elementos diferentes al diagnóstico, para la predicción del riesgo de caries dental.

Existen muchas definiciones alrededor de la caries dental, dentro de las cuales se destacan la presentada por El Sistema de Universidad Abierta-UNAM¹³, que la define como: "un proceso infeccioso, continuo, lento e irreversible que mediante un mecanismo químico biológico desintegra los tejidos del diente; la Organización Mundial de la Salud (OMS), la define como: "...toda cavidad en una pieza dental, cuya existencia pueda diagnosticarse mediante un examen visual y táctil practicado con espejo y sonda fina.

Riesgo: probabilidad de la ocurrencia de un evento o una enfermedad que puede llevar a la complicación de la misma o la muerte. Se traduce también como la expresión del peligro de sufrir un daño o perjuicio¹⁴. En caries, el riesgo es definido como la probabilidad de que un individuo pueda desarrollar al menos un cierto número de lesiones cariosas, logrando un estado de progresión dado durante un período de tiempo específico, condicionado sobre estados de exposición estables durante el período de tiempo en cuestión¹⁵.

Factores de Riesgo: Según la OMS "es cualquier característica o circunstancia detectable en una persona o un grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido". Los factores de riesgo directamente causantes de una enfermedad, sean endógenos o exógenos, se llaman predoctores; son susceptibles de intervención para su disminución o eliminación¹⁶.

Factores de riesgo en caries: el inicio y progresión de caries dental son el resultado de múltiples factores relacionados, siendo necesario el acumulo localizado de depósitos microbianos en la superficie del diente¹⁷.

Factores o determinantes biológicos: Los determinantes biológicos son todas aquellas variables intraorales asociadas con la velocidad de desarrollo y progresión de pérdida de mineral, el acumulo y maduración de placa bacteriana e historia pasada y presente de caries dental¹⁸.

La placa bacteriana, es el agente etiológico principal de la caries y de la enfermedad periodontal. Se define como una masa blanda y pegajosa que se forma sobre superficies de los dientes. Se puede afirmar que la placa bacteriana es el resultado de una serie de eventos microbianos que ocurren dentro de la cavidad oral^{19, 20}. El estudio *evaluación de riesgo de caries en niños preescolares*²¹ determinó el valor predictivo de caries teniendo en cuenta la placa visible, hemorragia gingival y el uso reportado de flúor y dulces con la presencia de lesiones cariosas en los niños, arrojando como resultado que en los niños de dos años, la combinación de dos o tres indicadores de riesgo (lesiones cariosas incipientes y el uso de dulces) podría tener bastante poder predictivo para las implicaciones clínicas.

La placa bacteriana puede ser medida de varias formas: si se quiere medir presencia, se utilizara el índice de O'leary, pero si se quiere medir cantidad se aplicara el índice de Sillness y Loe. El *Índice de O'leary*²², mide el porcentaje de superficies dentales teñidas con placa reveladora, si es menor del 20% el paciente es de bajo riesgo para caries y periodontopatías, si es mayor de 20% es de alto riesgo para caries y periodontopatías; en Colombia el Ministerio de Salud contempla como paciente de bajo riesgo quien presenta un índice menor de 15% de placa y como de alto riesgo aquel que presente un índice mayor de 15 %²³. El *Índice de Sillness y Loe*²⁴, es uno de los utilizados para calcular la cantidad de placa bacteriana, en este se evalúa el grosor de la placa en el margen gingival de los dientes. Se puede utilizar todos los dientes o parte de ellos y no se requiere el uso de solución reveladora, los criterios tienen un rango que va de cero a tres.

Los factores retentivos de placa bacteriana²⁵. Son aquellos que favorecen el acumulo de placa en cavidad oral: dientes, materiales de obturación, aparatología ortodóntica y protésica, implantes dentales, irregularidades sobre superficie del esmalte, erosiones y abrasiones, todas con diferentes características superficiales pero que de una u otra forma presentan diversos grados de rugosidad y energía superficial libre que contribuye al proceso de adhesión y retención bacteriana, de la misma forma que las malposiciones dentarias y algunos defectos estructurales del diente y del esmalte.

El estado de erupción dental²⁶. Ampliamente estudiado y considerado factor de riesgo crítico en el inicio de lesiones cariosas, ya que el

diente parcialmente erupcionado no participa en los procesos de masticación funcional ni establece contacto interproximal con el diente vecino, situaciones que favorecen el acumulo de depósitos microbianos sobre superficies oclusales y proximales. El periodo de la dentición mixta es crítico en el desarrollo de la dentición.

La investigación denominada: *"primer estudio de morbilidad oral y factores de riesgo de enfermedades orales en la población escolar del departamento de Caldas . 2002"*²⁷, reportó que el 51% de los escolares tiene caries en la dentadura temporal y 13.9% en la dentadura permanente; en las edades mayores, los escolares presentaron alrededor de 18 % de prevalencia en permanentes; el promedio de dientes temporales afectados (ceo-d) para niños de 6 años y menores fue de 2.8; para la edad de 12 años los escolares presentaron un CEOP-D de 1.3. En lo relacionado con el nivel clínico de remoción de placa el 51,2% de los escolares presentan un nivel regular y 5.3 % malo; esta característica se constituye en un factor de riesgo determinante para que el 76.7% de los escolares padezca gingivitis.

Factores sociales. Se refieren al estrato socioeconómico, el estilo de vida y el nivel sociocultural. Cada uno de estos implica a su vez, el análisis de otros factores con los cuales se interrelacionan.²⁸

Con relación a la asociación de caries con riesgos sociales se han realizado numerosos estudios tanto a nivel de otros países como en Colombia. El cuidado dental es la necesidad médica más común de los niños; presentándose mayor riesgo en los niños de familias pobres o minoritarias, sin seguro médico o con necesidades médicas especiales. Estos riesgos colocan a más del 52% de los niños en riesgo con enfermedades dentales no tratadas, indican necesidades de salud oral no cubiertas, pero no proveen guía acerca de la naturaleza de las necesidades de salud oral del niño²⁹. La caries dental es la enfermedad crónica más común de los niños y afecta desproporcionadamente aquellos que viven en pobreza, pero las razones para esto aun no son claras. El tabaquismo pasivo podría ser un factor de riesgo modificable para caries dental³⁰. Se ha reportado en algunos estudios asociatividad entre factores demográficos y de comportamiento durante la infancia temprana y pobre salud dental a los 10 años de edad³¹; de igual forma se encontró que hay una asociación entre los factores biológicos y socioeconómicos en la vida muy temprana y los niveles de caries en el adolescente³²; análisis multivariados subsecuentes mostraron que el nivel socioeconómico, frecuencia en el consumo de pasabocas, consumo de dulces y el uso de suplementos de flúor estuvieron principalmente asociados con la prevalencia de caries en ambas

denticiones, otros indicadores tales como género, edad, ubicación geográfica, frecuencia del consumo de pasabocas entre las comidas, consumo de bebidas dulces, frecuencia de cepillado dental y ataque de hábitos regulares de cepillado dental también mostraron alguna asociación significativa con caries dental a través de los grupos de edad y/o denticiones³³.

Para eliminar la placa bacteriana se han utilizado varios métodos, entre ellos están: cepillado de dientes, encías y lengua; uso de medios auxiliares como: hilo dental, cepillos interdenciales, palillos, estimulador interdental e irrigador bucal o dentífrico, también la clohexidina³⁴.

En Colombia en el ENSAB-III (1998)³⁵, se encontró que el 98.4% de la población utiliza cepillo y crema dental para limpiar sus dientes; en menor porcentaje seda dental (37.4 %) y enjuague bucal (16.6 %). Otros implementos referidos en menor proporción son bicarbonato, palillos, carbón, ceniza, hierbas y otros utilizados en mayor medida por la población de menor escolaridad. Se encontró en cuanto a las prácticas de salud bucal que la gran mayoría de la población ha interiorizado el papel del cepillado en la prevención de las enfermedades como la caries dental, y la gingivitis, permitiendo que se mejore el conocimiento frente a esto, sin embargo, este conocimiento no alcanza a afectar de manera suficiente los hábitos y menos aun la destreza de las personas. Los resultados obtenidos al indagar sobre algunas creencias, conocimientos y prácticas de las madres respecto a la salud bucal de los niños, ponen en evidencia que si bien ha avanzado el conocimiento de las madres respecto a los riesgos para la salud bucal de sus hijos, se requiere de más educación sobre aspectos fisiológicos que ellas pueden monitorear. De igual forma en el estudio "conocimientos, actitudes y prácticas sobre higiene oral de las madres comunitarias de la localidad de Chapinero³⁶", se encontró que las actitudes y prácticas provienen del exterior, y que se transmiten a través de diferentes medios, principalmente la televisión; los conocimientos de las madres comunitarias sobre higiene oral, desde el saber popular, se encuentran dentro de un mundo simbólico, aunque no tan distante de la realidad científica que de ellos se hace; donde se identifica que el papel del odontólogo esta limitado a una acción meramente rehabilitadora.

La presente investigación tuvo como objetivo general, Determinar los factores de riesgo

sociales y biológicos para caries dental en pacientes de 5-14 años atendidos en la clínica de odontopediatría del Colegio Odontológico Colombiano, sede centro, durante el segundo semestre de 2005 y, como objetivos específicos:

Identificar las características sociodemográficas de los niños de 5-14 años y de los padres o acompañantes, atendidos en la clínica del COC, en cuanto a: edad, género, estrato y nivel de educación.

Determinar los factores de riesgo biológicos (placa bacteriana, estado de erupción y factores retentivos de placa bacteriana) para caries dental en niños de 5-14 años

Determinar los factores de riesgo sociales (hábitos de higiene oral) para caries dental en niños de 5-14 años

MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación consistió en un estudio descriptivo de corte transversal, cuyo objeto de estudio fueron los factores de riesgo biológicos y sociales para caries dental, la población blanco fueron los niños entre 5 y 14 años atendidos en la Clínica de Odontopediatría, sede centro del Colegio Odontológico Colombiano y los padres y/o acompañantes de los niños, en el segundo semestre del 2005. Como criterios de inclusión se consideraron: niños de 5-14 años que asistieran por primera vez a consulta y cuyos padres hubiesen firmado el consentimiento informado; los criterios de exclusión fueron: niños con comportamiento negativo para el examen y niños con compromisos sistémicos. Se determinó una muestra no probabilística intencional de 50 niños, a la cual se le aplicó el instrumento de registro clínico previa calibración de los estudiantes para la evaluación clínica de placa bacteriana, estado de erupción dental y factores retentivos de placa. El resultado de la calibración mediante el índice de Kappa estuvo entre 0.61-0.80. La evaluación clínica de placa bacteriana se midió con el índice de O'Leary; la erupción dental se determinó observando erupción y cronología y los factores retentivos de placa se tuvieron en cuenta la presencia de materiales de obturación y aparatología ortodóntica.

A los padres y/o acompañantes de los niños se les aplicó una encuesta de 13 preguntas distribuidas en 3 secciones, previa prueba piloto, construidas según referentes teóricos sobre hábitos de higiene oral, lo cual se reflejara en la forma como ellos explican y afrontan esta concepción. La encuesta validada se aplicó por los estudiantes entre el 2 y el 12 de Noviembre de 2005, en las jornadas mañana y tarde, en los tres turnos de la Clínica. El padre o acompañante del niño seleccionado se encuestó mientras esperaba que su hijo fuese atendido por el odontólogo. Posteriormente se codificó y tabuló la

información mediante el programa Excel 2000. El análisis descriptivo se realizó a partir del cruce de variables que describían placa bacteriana, factores retentivos de placa bacteriana aparatología ortodóncica fija o removible) y erupción dental, con edad y género. Los resultados de la encuestas se analizaron mediante distribución de frecuencias absolutas y relativas. Los resultados se procesaron haciendo uso del paquete estadístico, denominado *Statistical Package For Social Sciences* (S.P.S.S)-12 en español; para los resultados se realizó un análisis de distribución de frecuencias absolutas y relativas.

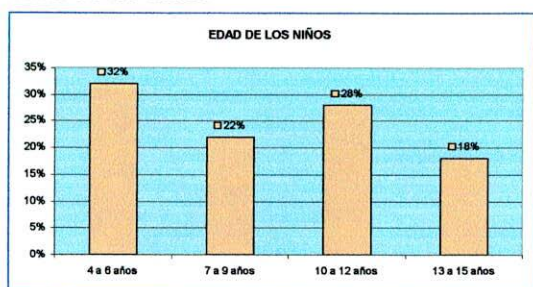
RESULTADOS

Se estudiaron 50 niños entre 5 y 15 años, de los atendidos en el segundo semestre de 2005, en la Clínica de Odontopediatría sede centro del Colegio Odontológico Colombiano, a los cuales se les realizó una valoración clínica y se les aplicó una encuesta sobre Factores sociales a sus padres y/o acompañantes de los niños.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.

El 58%(29) de los niños correspondía al género femenino y 42%(21) al género masculino. 32%(16) de los niños tenían edades entre 4 a 6 años, 22%(11) tenían edades de 7 a 9 años, 28%(14) entre 10 a 12 años y 18%(9) de 13 a 15 años (Figura No 1).

Figura No 1. Distribución porcentual de la edad de los niños

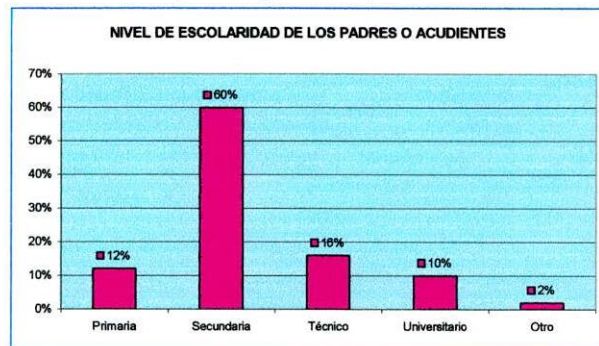


Fuente: Fuente: Registro Clínico aplicado a niños atendidos en la Clínica odontopediátrica del COC, 2005

El 80%(40) de los padres o acudientes correspondían al género femenino y 20%(10) al género masculino. El 4%(2) tenían menos de 20 años, 24% (12) entre 21 y 29 años, 42%(21) entre 30 y 39 años, 22%(11) de 40 a 49 años, 6%(3) entre 50 y 59 años y 2%(1) mas de 60 años. El 8%(4) de los acudientes pertenecían al estrato 1, 36%(18) al estrato 2, 54%(27) al estrato 3 y 2%(1) al estrato 4. El 12%(6) de los

acudientes tenían nivel de escolaridad de primaria, 60%(30) secundaria, 16%(8) técnico, 10%(5) universitario y 2%(1) otro tipo de estudio (figura 2).

Figura 2. Distribución porcentual del nivel de escolaridad de padres y/o acompañantes



Fuente: Encuesta aplicada a padres y/o acompañantes. Clínica odontopediátrica del COC, 2005

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS. El 72%(36) de los pacientes valorados presentaron riesgo alto de caries y solo el 28%(14) riesgo bajo; donde la media +/- la desviación estándar del índice de O'leary fue de 52.58 +/- 20.176. En cuanto a la erupción de dientes, 48% (24) de los niños valorados presentaban dientes anteriores totalmente erupcionados tanto a nivel superior como inferior (Tabla No 1). 8%(4) registraron presentar aparatología ortodóncica.

Tabla No 1. Estado de erupción dental

ERUPCIÓN		No.	%
Dientes erupcionados totalmente	Ante. Sup	24	48
	Anter-infer	24	48
	Prem. Super	11	22
	Prem. Infer	10	20
	Molares Sup.	18	36
	Molares Inf.	16	32
Dientes erupcionados parcialmente	Ante. Sup	7	14
	Anter-infer	9	18
	Prem. Super	6	12
	Prem. Infer	6	12
	Molares Sup.	16	32
	Molares Inf.	13	26

Fuente: Registro Clínico aplicado a niños atendidos en la Clínica odontopediátrica del COC, 2005

FACTORES SOCIALES

Hábitos higiénicos de los padres y/o acompañantes. El 52%(26) de los padres/acudientes se mostraron satisfechos con la apariencia de sus dientes, 32%(16) algo satisfechos y 16%(8)

insatisfechos. El 66%(33) creían que necesitaban atención del odontólogo. El 34%(17) utilizaban cepillo, crema, seda, enjuague para cepillarse y 16%(8) utilizaban cepillo y crema dental (Tabla 2); 12% (6) se cepillaban al levantarse y después del almuerzo (Tabla 3).

Tabla 2. Elementos utilizados para limpiar los dientes

Elementos	No.	%
cepillo, crema, seda, enjuague	17	34
cepillo y crema dental	8	16
cepillo, crema, enjuague, palillos	6	12
cepillo, crema, seda, palillos	5	10
cepillo, crema, seda	4	8
cepillo, crema, enjuague	4	8
Todos	2	4
cepillo, crema, seda, sal	1	2
cepillo, crema, palillos	1	2
cepillo, crema, seda, bicarbonato	1	2
cepillo, crema, seda, enjuague, palillos, bicarbonato	1	2
Total	50	100

Fuente: Encuesta aplicada a padres y/o acompañantes. Clínica odontopediátrica del COC, 2005

Tabla 3. Frecuencia de cepillado

Cepillado	No.	%
levantarse, almuerzo	6	12
levantarse, acostarse	5	10
levantarse, almuerzo, acostarse	5	10
levantarse, desayuno, comida, acostarse	5	10
Todas las opciones	4	8
levantarse, comida, acostarse	4	8
levantarse, almuerzo, comida	3	6
levantarse, después de cada comida	3	6
levantarse, almuerzo, comida	3	6
Después de cada comida	3	6
levantarse, desayuno, comida	2	4
levantarse, comida, acostarse	2	4
levantarse, almuerzo, comida, acostarse	2	4
desayuno, almuerzo	1	2
levantarse, después comida	1	2
levantarse, desayuno, comida	1	2
Total	50	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a padres y/o acompañantes. Clínica odontopediátrica del COC, 2005

Cuidado bucal de los niños. Todos los padres/acudientes consideraron que los padres son los responsables de enseñarle al niño a cuidar su boca y los padres deben supervisar el cepillado de los dientes de los hijos pequeños (Tabla No 4). El 40%(20) de los padres/acudientes les cepillan los dientes a los niños con crema dental, los alimentan con frutas y verduras, los llevan al odontólogo periódicamente, les dan leche y les controlan el consumo de azúcar; el 24%(12) le controlan la crema dental porque les hace daño, el 20%(10) porque se la comen y la desperdician. El 44% (22) de los niños les han colocado sellantes en el último año y 36% (18) han recibido aplicaciones o enjuagues con flúor en el último año.

Tabla No 4. Distribución de la importancia del cuidado bucal de los niños

Afirmaciones	De acuerdo	
	No.	%
Los padres son los responsables de enseñarle al niño a cuidar su boca	50	100
Los padres deben supervisar el cepillado de los dientes de los hijos pequeños	50	100
La alimentación influye en la formación de los dientes	49	98
Es dañino o perjudicial para el niño dormir con el tetero en la boca	45	90
Los niños son mas propensos a la caries dental	44	88
El cuidado de la boca del bebe comienza con la salida del primer diente	41	82
La salida de los dientes enferma a los niños	40	80
La primera muela para toda la vida sale antes de los 8 años.	32	64
Los dientes de leche son poco importantes porque se van a caer	13	26

Fuente: Encuesta aplicada a padres y/o acompañantes. Clínica odontopediátrica del COC, 2005

Se encontró diferencias significativas (p Kendall's tau-b = 0.031) entre los padres que están de acuerdo y los que están en desacuerdo que los dientes de leche son poco importantes porque se van a caer y el riesgo de caries; donde 81% (30) de los padres que estaban en desacuerdo, los niños presentaban un riesgo alto de caries (Anexo 2). Se encontró, también, diferencias significativas (p Kendall's tau-b = 0.022) entre los padres que están de acuerdo y los que están en desacuerdo que es dañino o perjudicial para el niño dormir con el tetero en la boca versus el riesgo de caries; donde todos los padres/acudientes que estaban en desacuerdo, los niños presentaban alto riesgo de caries.

DISCUSIÓN

El análisis de los resultados de las características sociodemográficas de los niños permite apreciar que de los niños atendidos en la Clínica Odontopediátrica del COC, el género femenino fue el de mayor frecuencia, 58%(29), similar con lo reportado en el III ENSAB; el mayor porcentaje de edad estuvo entre los 4 a 6 años, 32%(16). En cuanto a los padres y/o acompañantes el 80%(40) correspondieron al género femenino, predominando el rango de edades ente 30 y 39 años, 42%(21), el estrato 3 con un 54%(27) y el nivel de escolaridad la secundaria con un 60%(30).

Al ser analizados los factores de riesgo biológicos, en los niños examinados, para determinar la presencia de placa bacteriana, se encontró que el 72% (36) presentó riesgo alto de caries y periodontopatías, el 8%(4) presentaron aparatología ortodóntica y el 48%(24) presentaban dientes anteriores totalmente erupcionados tanto a nivel anterior como superior.

En cuanto a los factores de riesgo sociales se encontró que más de la mitad de los padres y/o acudientes se encuentran satisfechos con la apariencia de sus dientes, aún así, el 66%(33) son conscientes de necesitar atención del odontólogo. En cuanto a las prácticas de salud bucal se encontró que el mayor porcentaje 34%(17) utilizan cepillo, crema, seda y enjuague para cepillarse, seguido del 16%(8) que utilizan cepillo y crema dental, resultados que difieren con los obtenidos en el III-ENSAB, donde el 98.4% de la población encuestado manifiesta que utiliza cepillo y crema dental para limpiar sus dientes; en menor porcentaje utilizan seda dental y enjuague bucal y con los hallazgos del estudio realizado por Franco, A y cols, donde todas las madres encuestadas utilizaban cepillo y crema dental para la higiene bucal en mayor proporción que la seda dental. La mayor utilización de cepillo, crema, seda y enjuague bucal en este estudio podría estar relacionada con el nivel educativo predominante en los padres y/o acompañantes de los niños. Llama la atención en el estudio que la mayoría de los padres y/o acudientes no se cepillan después de cada comida.

Al indagar sobre algunas creencias conocimientos y prácticas de los padres y/o acompañante de los niños respecto al cuidado de la salud bucal de éstos, se encontró que el 100% de los encuestados opinan que los padres son los responsables de enseñarle al

niño a cuidar su boca y que son ellos quienes deben supervisar el cepillado de los dientes de los hijos pequeños; resultados similares a los reportados en el III ENSAB (99.4%).

Es importante destacar que entre las prácticas que citan los padres para garantizar el cuidado de la boca de los niños están: cepillarlos con crema dental, alimentarlos con frutas y verduras, llevarlos periódicamente al odontólogo, darles leche y controlarles el consumo de azúcar; resultados semejantes a los reportados en el III ENSAB. Al igual que lo reportado en el III ENSAB, en este estudio la mayoría de los padres y/o acompañantes encuestado controlan la crema dental en los niños porque les hace daño, se la comen y/o la desperdician.

Con relación a la aplicación de flúor y sellantes, los padres y/o acompañantes refieren que al 36% (18) de los niños les han aplicado flúor y sellantes al 44%(22) de ellos.

El estudio concluye lo siguiente:

El nivel secundario de educación de los padres y/o acompañantes de los niños se traduce en mayor capacidad de comprensión de información que se recibe en salud oral, lo que se evidencia en las respuestas de los mismos con relación al cuidado bucal de los niños.

El alto riesgo de caries y periodontopatías encontrado en los niños examinados pone de manifiesto que a pesar de que los padres y/o acompañantes reconocen la importancia del cuidado bucal de los niños, los resultados sugieren que lo expresado por ellos no se tiene como hábito.

En general los niños examinados se encuentran en dentición mixta o en recambio dentario, lo que permite que haya acumulo de placa bacteriana en los dientes o molares que aún no han alcanzado el plano de oclusión.

Las respuestas a las preguntas sobre el conocimiento del cuidado bucal, ponen en evidencia que los padres y/o acompañante manejan elementos básicos de información sobre higiene oral y el cuidado bucal que debe brindárseles a los niños.

El estudio recomienda:

Si se tiene en cuenta que en la clínica de odontopediátrica se atienden en un mayor porcentaje niños menores de seis años, se hace necesario realizar actividades de cepillado a los niños en compañía de sus padres y/o acompañantes debido a que todavía no se ha completado su desarrollo psicomotor.

Realizar programas de promoción y prevención de salud oral en la clínica odontopediátrica del COC, donde se involucren de forma activa los pares y/o acompañantes que permita la adopción de buenos hábitos de higiene oral

REFERENCIAS

- ¹ BARBERÍA LEACHE, E. Caries Dental: Prevención. *En* Odontopediatria.
- ² HIGASHIDA. Odontología Pediátrica. Editorial MC Graw Hill. México, Bogotá, 2000; p 117.
- ³ MENDOZA, Patricia., POZOS, Blanca. La investigación epidemiológica en estomatología. *En* Práctica Odontológica. Vol.14 No. 1. Facultad de Odontología de la UNAM. México, 1993.
- ⁴ HIGASHIDA. Odontología Pediátrica. Editorial MC Graw Hill. México, Bogotá, 2000; p 124
- ⁵ GONZALEZ Maria clara, Valbuena luisa y col. Guías de practica clínica basadas en la evidencia.caries dental. seguro social .1998; p 19.
- ⁶ QUIÑÓNEZ, R.B. y cols. Caries en la infancia temprana: análisis de factores psico-sociales y biológicos en una población de alto riesgo. *CARIES RES* 2001; 35: 376-383
- ⁷ SCHROTH, Robert J y MOFFATT, Michael E.K. Determinantes de caries en la infancia temprana (ecc) en una comunidad rural de manitota: un estudio piloto. *Pediatric Dentistry* – 27:2, 2005
- ⁸ MATTILA, M.L y cols. Factores demográficos y de comportamiento durante la infancia temprana y pobre salud dental a los 10 años de edad. *Caries Res* 2005; 39: 85-91
- ⁹ PERES. M.A. y cols. Social and Biological Early Life Influences on severity of dental caries in children aged 6 years. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2005; 33:53-63.
- ¹⁰ NICOLAU. B. MARCENES. W .BARTLEY. M. a life course approach to assesing causes of dental caries experience : th relation between biological , behavioural , socio economic and psychological conditions and caries in adolescents
- ¹¹ PERINETTI, G, CAPUTI, S y VARVARA, V. Indicadores de riesgo/ prevención para la prevalencia de caries dental en niños escolares: resultados del estudio ohsar italiano. *Caries Research*; Enero / Febrero 2005; 39: 9 – 19.
- ¹² GONZALEZ Maria clara, Valbuena luisa y col. Guías de practica clínica basadas en la evidencia. caries dental. seguro social .1998; p 12.
- ¹³ Citada por HIGASHIDA. Odontología Pediátrica. Editorial MC Graw Hill. México, Bogotá, 2000; p 124
- ¹⁴ RIELGELMAN Richard , HIRSCH, Robert. Còmo estudiar un estudio y probar una prueba : lectura crítica de la literatura medica , OPS , publicación científica 531 pag 245 1992
- ¹⁵ GONZALEZ Maria clara, Valbuena luisa y col. Guías de practica clínica basadas en la evidencia. caries dental. seguro social .1998.
- ¹⁶ URIBE, URIBE, Luis J., 2003
- ¹⁷ GONZALEZ Maria clara, Valbuena luisa y col. Guías de practica clínica basadas en la evidencia. caries dental. seguro social .1998.
- ¹⁸ GONZALEZ Maria clara, Valbuena luisa y col. Guías de practica clínica basadas en la evidencia. caries dental. seguro social .1998
- ¹⁹ GUTIERREZ, Antonio J. Manual AHO para la prevención oral
- ²⁰ GONZALEZ Maria clara, Valbuena luisa y col. Guías de practica clínica basadas en la evidencia. caries dental. seguro social .1998.
- ²¹ PIENIHAKKINEN, K, JOKELA, J y ,ALANEN, P. Assessment of caries risk in preschool children.
- ²² DE BELLAGAMBA H, BORDONI, N y DOÑO, R. 1992; p 141-142
- ²³ MINISTERIO DE SALUD. III Estudio Nacional de Salud Bucal- ENSAB III. 1999.Colombia.
- ²⁴ CARDENAS JARAMILLO DARIO. Odontología pediátrica para investigaciones biológicas. Medellín 2003
- ²⁵ GONZALEZ Maria clara, Valbuena luisa y col. Guías de practica clínica basadas en la evidencia. caries dental. seguro social .1998; p 21.
- ²⁶ ———;P21
- ²⁷ SANCHEZ, H, PARRA H y CARDONA, D. Primer estudio de morbilidad oral y factores de riesgo de enfermedades orales en la población escolar del departamento de Caldas, 2002. Memorias XIV Encuentro Nacional y III Latinoamericano de investigación odontológica, Medillin, 2004
- ²⁸ GONZALEZ Maria clara, Valbuena luisa y col. Guías de practica clínica basadas en la evidencia. caries dental. seguro social .1998.
- ²⁹ MOURADIAN, Wendy, E. The Face a Child: Children´s Oral Health and Dental Education. *Journal of Dental Education*, Vol. 65 No. 9; p 821-831.
- ³⁰ ALIGNÉ, Andrew y cols (2003
- ³¹ MATTILA, M.L y cols. Factores demográficos y de comportamiento durante la infancia temprana y pobre salud dental a los 10 años de edad. *Caries Res* 2005; 39: 85-91.
- ³² NICOLAU. B. MARCENES. W .BARTLEY. M. a life course approach to assesing causes of dental caries experience : th relation between biological , behavioural , socio economic and psychological conditions and caries in adolescents
- ³³ G. PERINETTI y cols. (2005
- ³⁴ HIGASHIDA, 2000; p 141
- ³⁵ MINISTERIO DE SALUD,ENSAB III.
- ³⁶ BOTÍA, M, GAMBOA, L y N, López 2004

Katerine025@hotmail.com
Willyhf@yahoo.com
marysmvt@hotmail.com
revel23@hotmail.com
Joalba@yahoo.com