

Prevalencia de Caries Dental en Niños y Jóvenes de Escuelas Rurales

María Cristina Ojeda¹ | Nora Mariana Acosta²
Sofía de los Milagros Alí³ | María Alejandra Meana González⁴

Resumen

La finalidad de este trabajo fue determinar la prevalencia de caries dental en niños y jóvenes de escuelas rurales, aplicando el índice CPOD y ceod, como diagnóstico inicial para la ejecución de programas de educación-acción-participación. Conforme a la categorización o niveles propuestos por la Organización Mundial de la Salud, los resultados muestran un alto índice CPOD y ceod.

Palabras Clave

índices de caries – prevalencia – niños población rural

Summary

The purpose of this work was to determine the prevalence of dental decay in children and young people of rural schools applying index DMTF and dmtf as initial diagnostic for the execution of education-action-participation programs. According to the categorization or levels proposed by the World

Wide Organization of the Health, the results show a high index of DMTF and dmtf.

Key Words

Decay index - Prevalence - Children of rural population.

¹Profesora Titular Cátedra Odontología Social y Comunitaria.

²Jefe de Tabajos Prácticos

³Jefe de Tabajos Prácticos

⁴Jefe de Tabajos Prácticos

Introducción

La singularidad de las caries dental, única no solo por sus mecanismos patológicos, sino por otros múltiples factores, sociales, culturales, económicos, geográficos, genéticos, familiares, la convierten en una enfermedad bio-social enraizada en la sociedad. (OMS 1989).

A pesar de ser una patología tan antigua como la humanidad, su prevalencia ha aumentado de manera constante con el avance de la sociedad. A medida que las pautas de vida mejoran, la enfermedad aumenta y se constituye en un problema real de salud que afecta a hombres, mujeres y niños. (Silverstone, 1985)

La OMS establece niveles de severidad de prevalencia de caries, según los siguientes valores:

CPOD – ceod	=	0	-	1.1	Muy Bajo
		1.2	-	2.6	Bajo
		2.7	-	4.4	Moderado
		4.5	-	6.5	Alto
		6.6	y +		Muy Alto
					(Nithila 1990)

De acuerdo a éstos criterios, podemos analizar encuestas realizadas en áreas urbanas de la Argentina, en niños y adolescentes, por los cuales se obtuvo un CPOD de 3.5 a los 9 años, y 3.7 a los 12 años.

La misma fuente revela un promedio de ceod de 4.7 a los 6 años y un CPOD 4 a los 12 años en la capital de Corrientes, configurando la caries activa el 85% de ese componente. (DNO 1984).

Con una asociación estadísticamente significativa, se estableció para la región del NEA, un perfil del 78 % de necesidades de atención en la población escolar, tanto de zonas rurales como urbanas. (Bordóni 1993).

Las familias numerosas, especialmente de zonas rurales, por inaccesibilidad geográfica, cultural y económica son las más desfavorecidas en el orden social, son las que más sufren, por ser menos instruidas, las que menos posibilidades tienen de recibir consejos y sacar provecho de ellos, recibir tratamientos, y continuar los mismos hasta la recuperación y mantenimiento de su salud. (Papalia 1999).

Técnicos de Incupu, en el año 2003, realizaron un relevamiento acerca de la situación de salud en las

colonias El Caimán y San Antonio, situadas a 20 Km del pueblo de San Miguel, dando como resultado la presencia de parásitos, desnutrición y enfermedades crónicas de estación, como resfríos y diarreas, por dar solo algunos ejemplos.

Sumándose a éste interés, la Cátedra de Odontología Social y Comunitaria de la Facultad de Odontología realizó una encuesta de prevalencia de caries dental por medio de los índices CPOD y ceod, a niños y jóvenes de las colonias, en la EFA Ñandé Roga I 36, escuela de alternancia de nivel EGB 3 y Polimodal, que concentra a jóvenes entre 13 y 23 años y en la escuela N° 691, EGB 1 y 2 del Paraje Alcorta, Dto San Roque.

Materiales y Métodos

Se examinaron a 120 niños y jóvenes de ambos sexos, concurrentes a los niveles EGB1 y 2 de la Escuela N° 691 del Paraje Alcorta, Dto San Roque; y de los niveles EGB 3 y Polimodal de la Escuela EFA Ñandé Roga I 36 de las Colonias El Caimán y San Antonio, Dto San Miguel.

Se realizó una muestra aleatoria estratificada, según sexo y edad, sobre el total del universo de las escuelas seleccionadas.

Para el relevamiento de datos sobre la prevalencia de caries dental, se aplicó una encuesta CPOD como indicador de caries dental para dentición permanente y ceod como indicador de caries dental para dentición temporaria.

El índice ceod, describe el ataque de caries en la dentición temporaria.

El símbolo c, se refiere al número de dientes cariados, el e, extracción indicada y el o, obturado, la d, indica que la unidad establecida es el diente.

El índice CPOD, describe el ataque de caries en la dentición permanente.

El símbolo C, se refiere al número de dientes permanentes cariados, el P a los dientes perdidos, ya sea por extracción indicada o extraídos, el O, obturado, la D indica que la unidad establecida es el diente.

El diagnóstico de caries comprendió los casos manifiestos de pérdida de continuidad en superficies lisas, penetración y destrucción de las fisuras,

grado de decoloración visible, aunque no se manifieste pérdida tangible de sustancia.

El examen clínico y el volcado de los datos en fichas ad hoc (odontogramas y fichas catastrales) fue realizado por examinadores calibrados.

Para el análisis de los datos, se agruparon los datos en tablas, se calcularon porcentajes de cada uno de los componentes de los índices, relacionándolas según sexo y edad.

Discusión de Resultados

Los datos relevados indican que el 67 % de los niños de 8 años no tienen experiencia de consulta odontológica, el 64 % presentan caries de distintos grados de severidad, con un promedio de 4 molares permanentes perdidos a la edad de 10 años.

Entre los 6 y 8 años, presentan un promedio \bar{X} ceod = 6 en la dentición temporaria, sin diferencias entre ambos sexos.

Los varones entre los 14 y 23 años, presentaron un CPOD promedio = 8, mientras que las mujeres presentaron un promedio CPOD = 11. Ambos sexos presentan un altísimo índice de desdentamiento precoz, sin rehabilitación protética.

La encuesta reveló una prevalencia de caries muy alto, según el nivel de severidad determinado por la OMS.

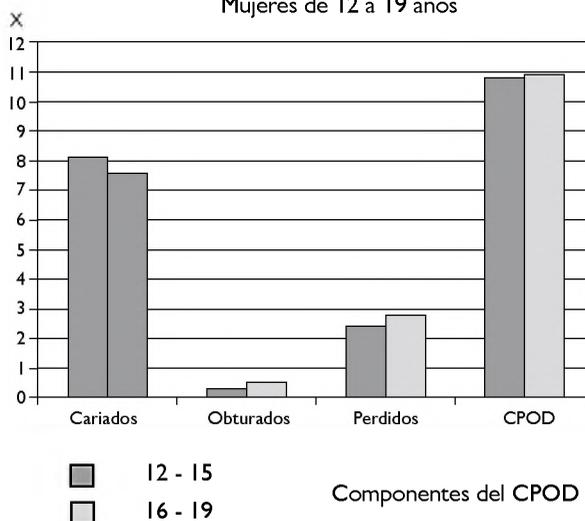
Los valores encontrados, fueron superiores a los detectados para zonas urbanas en nuestra región, (DNO y Bordón, ob, cit.)

La OPS, en el año 1993 advierte que la odontología continúa usando tecnología curativa, costosa, compleja, sin logros de cobertura y se ofrece al 90% de la población la exodoncia como única solución.

Por otro lado, los sistemas de salud, estructurados verticalmente, no toman en cuenta las diferentes necesidades de la población, y a menudo tienen poca relación con los verdaderos problemas de las personas, los cuales son pasados por alto en la operacionalidad de la atención. Estos conceptos de Kadt (1993), es totalmente coincidente con nuestra realidad.

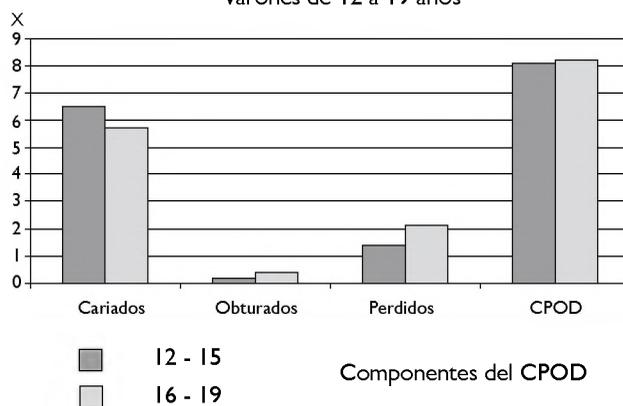
Edad CPOD	12 - 15	16 - 19
\bar{X} Cariados	8.1	7.6
\bar{X} Perdidos	2.4	2.8
\bar{X} Obturados	0.3	0.5
\bar{X} CPOD	10.8	10.9

X Componentes del CPOD
Mujeres de 12 a 19 años



Edad CPOD	12 - 15	16 - 19
\bar{X} Cariados	6.5	5.7
\bar{X} Perdidos	1.4	2.1
\bar{X} Obturados	0.2	0.4
\bar{X} CPOD	8.1	8.2

X Componentes del CPOD
Varones de 12 a 19 años



Conclusión

Los valores y creencias por una parte, las oportunidades y limitaciones del contexto social por otra, definen el estado de salud, ya que ésta no responde solo a determinaciones biológicas y genéticas, sino también al conjunto de factores sociales, demográficos, culturales, que actúan sobre las personas, el grupo familiar y en momentos dados, condicionando su estado de salud. En el caso de las enfermedades bucales, hay un desequilibrio entre el conocimiento avanzado de los factores biológicos y la escasa información sobre la realidad social.

Del análisis de este contexto, surge la necesidad de abordar una práctica odontológica alternativa a las necesidades y problemas bucales prevalentes en las comunidades rurales, relacionando los modelos de la evolución natural de la enfermedad con la historia social, y los niveles de prevención, adaptados a un marco de accesibilidad geográfica y cultural. En función de los resultados y la transferencia de los mismos se realizaron acciones tendientes a mejorar el estado de salud bucal de la población objeto de este estudio que consistió en control de la infección, refuerzo del huésped morfológico y estructural y educación para el mantenimiento de la salud bucal.



Bibliografía

1. BORDONI, N.Y COL. "Problemática de la Salud Bucal en la Argentina. Modelo Alternativo para la Atención de la Salud Bucal." Doc. Odontológ. Prev. Comunitaria- FOUBA. Fundación Kellows. 1993: 3-5
2. DIRECCIÓN NACIONAL DE ODONTOLOGÍA. "Índice CPOD y ceod, aspectos Epidemiológicos" En: Programa de Atención Integral al Escolar de Primer Grado. 1987: 11-16.
3. KADT, E. TASCAS, R. "Promover la Equidad" Un Nuevo Enfoque desde el Sector Salud, OPS, Washington D. C. 1993 : 14-16.
4. NITHILA, A. BOURGEOIS, D. ET COL. " Banco Mundial de Datos sobre Salud Bucodental de la OMS, 1986-1996: panorámica de las encuestas de salud bucodental" Rev. Panam. Pública / Public Health 1988: 4 (6): 411-415.
5. OMS. "Vigilancia y Evaluación de la Salud Bucodental", Informe de un Comité de Expertos. En: Serie de Informes Técnicos 782, Ginebra: 1989 : 28-30.
6. SILVERSTONE, L., JOHNSON N., HARDEEJ; WILLIAMS R; "Caries Dental, Etiología, Patología y Prevención." 1º Ed. México DF: El Manual Moderno SA, 1985: 283; 1-4.
7. PAPALIA, D; WENDKIES, S. "Psicología". OMS / OPS, En: Serie Paltex Washintong D.C. 1999: N° 127: 164 – 166.