

Análisis de la situación de salud bucal en alumnos de una escuela periférica de la Ciudad de Corrientes

Analysis of the situation of oral health in pupils of a peripheral school of the Corrientes City
Análise da situação de saúde bucal em alunos de uma escola periférica da Cidade de Correntes



investigación

Silvia Ortega | María Alejandra Gili | Silvina Dho | Myriam Medina
Janina Sanchez | Oscar Gill Saavedra

Resumen

Introducción: El análisis de situación de salud bucal constituye una etapa indispensable de la planificación de los servicios odontológicos, la cual permite optimizar la selección, organización y evaluación de las actividades según necesidades de la población y los recursos disponibles.

Objetivo: Caracterizar la situación clínico-higiénico epidemiológica y social en alumnos de 1° grado de una escuela periférica de la Ciudad de Corrientes.

Materiales y Métodos: La muestra estuvo constituida por 49 alumnos con una edad promedio de 6 años en la Escuela N° 599 "Dr. Adolfo Contte" de la Ciudad de Corrientes. Previa autorización de padres o tutores se realizó el examen clínico buco dental para determinar prevalencia de caries utilizando índices CPOD y ceod e índice para evaluar el estado gingival pilar, marginal y adherida (PMA). Se utilizó el Test de Alban para medir el riesgo microbiológico de caries. Se emplearon encuestas estructuradas a los escolares respecto a sus conocimientos de salud bucal, hábitos de higiene y dieta. A los tutores se los encuestó sobre la accesibilidad a los servicios odontológicos y grado de satisfacción con estos.

Resultados: El promedio del índice CPOD fue 0,14. El promedio del índice ceod fue de 5,2. El índice gingival en su mayoría registró ausencia de alteración en las tres zonas de la encía observada. El índice de placa bacteriana de Løe Silness reflejó en la mitad de la muestra presencia de placa bacteriana.

Fecha de Recepción

noviembre 2008.

Aceptado para su publicación

febrero 2009.

Alumnos de la Carrera de Doctorado de la Universidad Nacional del Nordeste en Odontología

Palabras Clave

Epidemiología oral, escolares, índice de caries, higiene oral, hábitos alimentarios.

Abstract

Introduction: The analysis of situation of oral dental health constitutes an indispensable stage of the planning of the dentists services, which allows to optimize the selection, organization and evaluation of the activities according to needs of the population and the available resources.

The proposit of this analysis is to characterize the situation clinical - hygienic epidemiological and social in pupils of 1° degree of a peripheral school of the Corrientes City.

Materials and Methods: descriptive and transverse study realized in the School N°599 "Dr. Adolfo Contte". The clinical examination was realized dental opening overturning the information in card ad-hoc. Alban's test was applied to measure risk of caries. There were used surveys constructed with tutors and students

Results: Sample of 49 pupils with an age mediate of 6 years. 10 % dental opening presented normal conditions of health. 89 % of the children he presented permanent healthy teeth with an index of caries CPOD of 1,2. 87 % of them presented caries in temporary teeth, with a value of the index of caries CEO: 5,2. The index gingival showed value of 0 in 79 % of the children. The index of Loe Silness's bacterial plate in 48% of the children showed value 0.

Key words

Oral epidemiology. Students. Index of caries.

Resumo

Introdução: A análise de situação de saúde bucal constitui uma etapa indispensável do planejamento dos serviços odontológicos, a qual permite otimizar a seleção, organização e avaliação das actividades segundo necessidades da população e os recursos disponíveis.

Objetivo: Caracterizar a situação clínico-higiénico epidemiológica e social em alunos de 1° grau de uma escola periférica da Cidade de Corrientes.

Materiais e Métodos: A mostra esteve constituída por 49 alunos com uma idade média de

6 anos na Escola N° 599 "Dr. Adolfo Contte" da Cidade de Corrientes.

Prévia autorização de pais ou tutores realizou-se o exame clínico buco dental para determinar prevalencia de caries utilizando índices CPOD e ceod e índice para avaliar o estado gingival papilar, marginal e aderida (PMA). Utilizou-se o Teste de Alban para medir o risco microbiológico de caries. Empregaram-se encuestas estruturadas aos escolares com respeito a seus conhecimentos de saúde bucal, hábitos de higiene e dieta. Aos tutores lhos encuestó sobre a accesibilidad aos serviços odontológicos e grau de satisfação com estes.

Resultados: A média do índice CPOD foi 0,14. A média do índice ceod foi de 5,2. O índice gingival em sua maioria registou ausência de alteração nas três zonas da encía observada. O índice de placa bacteriana de Loe Silness refletiu na metade de mostra-a presença de placa bacteriana.

Palavras Chave

Epidemiología oral. Escoares. Indice de caries. Higiene oral. Hábitos alimentários.

Introducción

Este trabajo fue desarrollado en el marco de cursado de la Carrera de Doctorado en Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste en el módulo correspondiente a Epidemiología.

Los análisis de situación de salud (ASIS) son procesos analíticos - sintéticos, que permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, facilitando la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como las intervenciones, programas apropiados y la evaluación de su impacto en ella. Este análisis centra sus objetivos en el estudio de la comunidad, en tres niveles de acción: el individuo, la población y el ambiente.

Se realiza en el ambiente de los servicios, la escuela, trabajos, hogar y la comunidad y comprende la naturaleza legal, reguladora, educativa y asistencial, así como el estudio de la intensidad y periodicidad de la ejecución.⁽¹⁾

El diagnóstico de Salud bucal constituye una etapa indispensable de la planificación de los servicios odontológicos, la cual permite la selección, definición, organización y evaluación de las actividades odontológicas de acuerdo con las necesi-

dades de la población y los recursos disponibles. Este se basa en un análisis de los hallazgos con enfoque clínico - biológico, higiénico - epidemiológico y social para la identificación de los problemas de salud logrando una medición del nivel de salud en un momento determinado.^(2,3)

Es importante conocer la situación de salud bucal de los niños para disminuir la prevalencia de enfermedades orales que ocasionan complicaciones mayores, las cuales al no prevenirlas y darle el tratamiento adecuado conduce a pérdida de las piezas dentarias, desequilibrio en el aparato estomatognático, problemas funcionales, estéticos y fonéticos.

Las enfermedades buco dentales (caries y enfermedades periodontales) son uno de los problemas de salud de mayor prevalencia en el mundo.⁽⁴⁾ Una vez establecidas, tanto la caries dental como las enfermedades periodontales son persistentes y no tienen curación espontánea. Si el tratamiento se pospone, es cada vez más complejo y costoso.

A lo largo del presente siglo se ha producido un importante incremento de la prevalencia de la caries en los países occidentales desarrollados, paralelo al desarrollo económico y social experimentado por estos países. Esto ha generado una gran demanda de asistencia curativa y rehabilitadora en estos países, lo que ha tenido como respuesta la proliferación de servicios de asistencia dental, tanto públicos como privados.⁽⁵⁾

A mediados de los años setenta, las investigaciones epidemiológicas efectuadas demostraron que los resultados, en términos de salud dental, eran muy pobres. Ante esta situación, los gobiernos de los principales países desarrollados (Estados Unidos, Canadá, Australia, Inglaterra y países nórdicos) decidieron cambiar de política y dar prioridad a la prevención, poniendo en marcha programas de fluoración de las aguas de bebida y de educación sanitaria con el fin de promover la utilización preventiva del flúor, la disminución de azúcares refinados y la higiene dental.⁽⁶⁾

Los resultados de esta nueva política han sido favorables, habiendo disminuido la prevalencia de la caries dental en los escolares de la mayoría de estos países en un 40 %, con una tendencia aún claramente descendente en la actualidad.⁽⁷⁾

La odontología paliativa, hipertécnica y reparadora no ha tenido un papel relevante en este proceso. Han sido las medidas preventivas las que

realmente han desempeñado un papel fundamental en la mejoría de la salud buco dental de la población de los países desarrollados a lo largo de los últimos 20 años.⁽⁸⁾

La salud buco dental no es considerada como una prioridad de salud pública, a pesar de ser uno de los aspectos en los que las medidas preventivas pueden resultar más eficaces en función de los costos.

En Argentina, así como en muchos otros países del Tercer Mundo, la investigación epidemiológica ha sido tradicionalmente desvalorizada, por lo que no se dispone de un sistema de seguimiento continuo de la salud bucal que brinde información completa y comparable a los fines de conocer cuál ha sido la tendencia que siguió la caries dental a través del tiempo, la distribución de la enfermedad a nivel poblacional y los factores que regulan su prevalencia. Esta desinformación resulta especialmente crítica cuando se trata de poblaciones infantiles en edad preescolar, por cuanto en esos estadios de la vida ocurren acelerados procesos de crecimiento y desarrollo y donde se exageran los riesgos de enfermedad de caries. Ello compromete tanto la salud de la dentición temporaria como el futuro de los dientes permanentes, y limita seriamente la posibilidad de aplicar, con criterios de eficiencia y equidad, políticas sanitarias integrales que contribuyan a erradicar o reducir las enfermedades de incumbencia odontológica.

Encuestas realizadas en áreas urbanas de la Argentina, en niños y adolescentes, obtuvieron 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.⁽⁹⁾

Se ha visto que el deterioro de los dientes es más prevalente entre los niños de familias de bajos ingresos y éstos también desarrollan caries a una edad más temprana. Uno de los mejores pronosticadores de futuras caries es una historia de deterioro dental. En los menores de 5 años de edad, una historia de caries automáticamente pone al niño en un muy alto riesgo de deterioro en el futuro. La evidencia de caries previas incluye caries actuales no tratadas (agujeros visibles, cavidades en los dientes) así como amalgamas o rellenos dentales, o coronas dentales. Niños con historia dental sin deterioro, presentaron menos dificultades en la masticación.⁽¹⁰⁾

La OMS en su libro “Encuestas de Salud Bucodental” recomienda el examen bucodental a la edad en que los niños ingresan a la escuela; esta edad interesa en relación con los niveles de caries de la dentición primaria, que pueden presentar cambios en un intervalo de tiempo más breve que la dentición permanente en otras edades indicadoras⁽¹¹⁾. La información referente a la situación de salud bucal de los escolares que ingresan al ciclo primario de la Escuela N° 599 “Dr. Adolfo Contte”; aportará un conocimiento actualizado de ésta situación, así como sus principales requerimientos en salud y servirá de referencia para diseñar estrategias de intervención para el mejoramiento de la salud bucal de éstos niños, mejorando su calidad de vida. El estudio está dirigido a la identificación de la prevalencia de enfermedades bucales y a los factores de riesgo asociados: conocimientos de salud oral, hábitos de higiene oral y de alimentación, y acceso y nivel de satisfacción de la atención bucal recibida por los niños en estudio.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en un establecimiento escolar localizado en la periferia de la Ciudad de Corrientes en el período comprendido de abril a junio del 2008.

La unidad de análisis estuvo constituida por escolares que cursan primer grado en la Escuela N° 599 “Dr. Adolfo Contte” de la Ciudad de Corrientes.

Se solicitó la autorización de los directivos de la institución escolar y se trabajó con la colaboración de la odontóloga escolar y docentes de la citada institución.

La muestra se realizó en forma aleatoria y su tamaño quedó conformado por 49 escolares que expresaron su conformidad y cuyos tutores legales autorizaron en forma escrita su consentimiento informado.

Para la recolección de datos los operadores fueron previamente calibrados; se emplearon encuestas estructuradas niños con el fin de obtener información sobre: conocimientos de salud bucal, hábitos de higiene bucal, hábitos alimentarios en relación al consumo de hidratos de carbono. A los tutores se les encuestó sobre la accesibilidad a los servicios odontológicos y grado de satisfacción con estos.

Para validar y mejorar la calidad y precisión del instrumento de encuesta, se realizó un pre test o prueba piloto.

Los niños fueron examinados en la unidad dental del consultorio odontológico de la escuela bajo la luz del equipo, con el auxilio de espejo bucal plano No. 5.

A través del examen clínico bucal se determinó el estado de las piezas dentarias temporarias y permanentes utilizando Índice ceod y CPOD; el estado gingival se evaluó mediante Índice PMA y para determinar presencia de placa bacteriana se utilizó el Índice de Løe Silness.

Para evaluar el riesgo microbiológico de caries se empleó el Test de Alban que mide la capacidad de las bacterias de acidificar el medio basado en la utilización de sustrato sacarosado. Para la toma de muestra salival se solicitó al niño que salive en un tubo de ensayo rotulado con el medio de cultivo preparado. Los mismos fueron procesados en el Laboratorio de la Cátedra de Microbiología de la Facultad de Odontología de la UNNE.

Descripción de los Indicadores epidemiológicos utilizados

Indices para medir la caries dental ⁽¹²⁾

En 1938 Klein, Palmer y Knustson describieron el índice CPOD para evaluar la caries dental; éste índice es sencillo, claro, fácil de aplicar y universalmente aceptado; describe numéricamente los resultados del ataque de la caries en los dientes permanentes de un grupo poblacional.

El símbolo C corresponde a dientes que presentan lesiones de caries, la P a dientes perdidos por causa de la caries, la O a dientes que han sido previamente obturados por caries y la D corresponde a la unidad diente. El CPOD para un individuo puede tener un rango que va de 0 a 32. La media del CPO de un grupo, se haría sumando la totalidad de los valores individuales y dividiendo por el número de sujetos examinados.

Para su mejor análisis e interpretación se debe descomponer en cada una de sus partes y expresarse en por ciento o promedio las mismas. Esto es muy importante al comparar poblaciones.

El índice equivalente para la dentición temporal se expresa en minúscula ceod, indicando la e que el diente debe ser extraído y se consideran 20 dientes.

Operacionalización y Medición de las variables:

Variable	Tipo de medición Escala	Categoría	Operacionalidad
Edad	Cuantitativa continua	5 - 7	Según años cumplidos
Estado de dientes temporarios Índice coe-d	Cuantitativa discreta	c o e	Se considerará: c: número de dientes cariados e: número de dientes a extraer o: número de dientes obturados Se contará cada uno y se realizará la suma de ellos para establecer el índice coe-d
Estado dientes permanentes Índice CPO-D	Cuantitativa discreta	C P O D	Se considerará: C: número de dientes cariados P: número de dientes a perdidos O: número de dientes obturados Se contará cada uno y se realizará la suma de ellos para establecer el índice CPOD
Estado de las encías Índice PMA (Shour y Massler)	Cualitativa ordinal	0 1 2 3	Se establecerá el índice PMA para obtener prevalencia y gravedad de la gingivitis, la cual se considerará cuando la encía se encuentre enrojecida, sangrante al mínimo contacto e inflama. (0= Ausencia gingivitis; 1= Inflamación papila; 2= Inflamación de la encía marginal; 3=Inflamación de la encía adherida)
Higiene bucal Índice de Placa de Loe Silness	Cualitativa ordinal	0 1 2 3	Se establecerá el índice de placa de Loe Silness, para establecer la cantidad de placa bacteriana presente. (0 = No hay placa 1 = No hay placa a simple vista, pero si al pasaje de sonda ó explorador por el área dentogingival; 2 = Hay placa bacteriana a simple vista; 3 = Hay placa bacteriana a simple vista rodeando el diente, incluso por espacios interdenciales. Puede haber cálculos).
Riesgo microbiológico de caries Test de Alban	Cualitativa nominal	Positivo Negativo	Positivo: viraje de color de 1/4 o más del medio de cultivo. Negativo : no hay viraje.

Fórmula:

Dentición Permanente
Índice CPOD =

$$\frac{\text{Dientes Careados} + \text{Dientes Perdidos (por caries)} + \text{Dientes obturados}}{\text{Número de individuos estudiados}}$$

Dentición Temporaria:
Índice ceod =

$$\frac{\text{Dientes careados} + \text{Dientes con extracción indicada (por caries)} + \text{Dientes obturados}}{\text{Número de individuos estudiados}}$$

La OMS establece niveles de severidad de prevalencia de caries, según los siguientes valores⁽¹³⁾

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

Indice PMA para evaluar el estado gingival⁽¹⁴⁾

Fue diseñado para determinar la severidad de la Gingivitis por Schour y Massler en 1947-1948. Las siglas significan Papilar, Marginal, Adherida, que son las tres zonas de la encía evaluadas. Sólo registra inflamación, sustentado en que la extensión de la inflamación gingival sirve como indicador de la severidad de la lesión.

Es un Índice sencillo, económico y fácil de obtener; además de ser aceptado por la población. Para su obtención se debe observar el tejido gingival en tres partes:

Papilar (la papila interdientaria)

Marginal (la encía libre que rodea la corona del diente cervical)

Adherida (comprende a la encía que cubre al hueso de soporte)

Se le otorga un puntaje a cada zona a partir de los siguientes criterios:

0 Ausencia de alteración en las tres zonas observadas

1 Se observan cambios inflamatorios en la encía papilar

2 Se observan cambios inflamatorios en la encía papilar y en la marginal

3 Se observan cambios inflamatorios en las tres zonas

El valor para cada individuo se obtiene al sumar el valor para cada diente y dividirlo por el total de dientes presentes. Para obtener el resultado de la población, se suman todos los valores y se divide entre el número de personas examinadas. Es un promedio.

Indice de Placa Bacteriana de Løe y Silness⁽¹⁴⁾

Fue desarrollado por Løe y Silness para evaluar la presencia y cantidad de placa bacteriana en el área gingival, determinando riesgos en cada individuo. La ausencia o presencia de placa se realiza en forma visual o deslizando una sonda o explorador con punta a través de la superficie dentaria en la entrada del surco gingival. En esta evaluación se pueden incluir todos los dientes o seleccionar los mismos seis dientes del Índice Gingival, y al igual que en este se asigna un puntaje a cada una de las cuatro zonas gingivales de cada diente, que se corresponden a la superficie vestibular, lingual, mesial y distal. El puntaje tiene un rango entre 0 y 3, de acuerdo con los siguientes criterios.

0 Ausencia de placa en el área gingival

1 Película de placa adherida al margen libre gingival y las zonas adyacentes del diente. La placa sólo es detectable con la sonda o con alguna sustancia revelante.

2 Acumulación moderada de depósitos blandos dentro del surco gingival o sobre el diente y el margen gingival que se puede detectar a simple vista.

3 Abundante presencia de placa dentro del surco gingival y/o margen gingival y sobre la superficie del diente.

Test de Alban⁽¹⁵⁾

Este test es una modificación del test de Snyder. Esta modificación se basa en disminuir la concentración de agar en el medio de cultivo y favorecer la difusión de la saliva. Mide el grado de acidogenicidad de los microorganismos cariogénicos presentes en saliva por la concentración de hidratos de carbono presentes en el medio de cultivo.

Consiste en recolectar saliva en el tubo con el medio de cultivo llevándose a incubar durante 72 hs y realizando una lectura cada 24 hs.

Lectura e interpretación:

Actividad Cariogénica	24 hs	48 hs	72 hs
Acentuada	≥ ++	+++ ó ++++	++++
Moderada	-	≥ ++	+++
Ligera	-	-	+
Negativa	-	-	-

Resultados

Fueron seleccionados 49 alumnos; 26 (53%) de sexo femenino y 23 (47%) de sexo masculino, de los cuales uno de ellos fue excluido del estudio por estar ausente el día del examen clínico.

El rango de edad estuvo comprendido entre 6 y 7 años, siendo la edad promedio de 6 años.

A continuación se expresan los resultados teniendo en cuenta los factores de riesgo que determinan el estado de salud bucal de la población:

•Factores ambientales

Nivel de conocimiento de salud buco-dental: el 64% manifestó no saber que es la caries dental; sólo el 18% reconoció que es una enfermedad de los dientes; el 44% no conoce el hilo dental y el 66% manifestó saber que los alimentos muy dulces y las golosinas pueden enfermar a los dientes.

•Factores del estilo de vida

Hábitos de higiene bucal: el resultado de las encuestas realizada en los niños demostró que el 74% tiene cepillo dental; el 50% se cepilla una vez al día y el 20% nunca se cepilla; el 56% utiliza pasta dental para cepillarse y el 76% no usa hilo dental.

Hábitos dietéticos en relación al consumo de hidratos de carbono: el resultado de la encuesta a los alumnos reflejó la alta ingesta de hidratos de carbono durante el recreo escolar: el 28% heladitos; el 24% caramelos; el 22% alfajores y el 20% galletitas dulces.

•Factores Biológicos

Estado de los tejidos blandos: La totalidad de los niños presentaron un estado normal de los tejidos blandos

Estado de las piezas dentarias temporarias: El análisis del Índice ceod destacó el grado de afectación de la dentición temporaria en este grupo de niños, registrándose un valor promedio de 5,2 (alto, según criterios OMS). Sólo un 12% de los niños tuvieron una boca saludable. Tabla 1.

Estado de las piezas dentarias permanentes: De los 49 niños examinados 37 presentaron algún diente permanente en la cavidad bucal, por lo tanto se realizó el índice CPOD siendo su valor promedio de 0,14, encontrándose un valor máximo de 2.

Este valor bajo se debe a que las piezas dentarias permanentes presentes, (1° molares per-

manentes), están recientemente erupcionados no habiéndose iniciado en ellos el proceso de caries. No se registraron piezas dentarias permanentes obturadas ni ausentes por extracción.

El promedio de dientes permanentes sanos es de 4. Tabla 2

Estado gingival: El 79% presentó un valor de 0, indicando ausencia de alteración en las tres zonas de la encía observadas (papilar, marginal y adherida); el 15% presentó un valor de 1 que indica cambios inflamatorios en la encía papilar y el 6% presentó un valor de 2 presentando cambios inflamatorios en la encía papilar y en la marginal. Gráfico 3

Higiene bucal: El 48% de los niños presentó un valor 0 de índice de placa bacteriana, indicando ausencia de placa en el área gingival; el 27% presentó un valor 2, con acumulación moderada de depósitos blandos dentro del surco gingival o sobre el diente y el margen gingival que se puede detectar a simple vista; el 23% presentó un valor de 1, indicando la presencia de una película de placa adherida al margen libre gingival y las zonas adyacentes del diente y sólo el 2% de los niños presentó un valor de 3 con abundante presencia de placa dentro del surco gingival y/o margen gingival y sobre la superficie del diente.

Riesgo microbiológico de caries: Test de Alban:

El riesgo microbiológico de caries fue positivo en el 68% de las muestras (40% con actividad ligera y 28% con actividad moderada) y fue negativo en el 22% de las mismas.

•Servicios de salud

Nivel de accesibilidad y Grado de satisfacción de Servicios de salud:

De la respuesta a las encuestas realizadas a los tutores se evidenció que el 61,1% no tiene servicio odontológico cercano a su vivienda. No obstante, el 75% de los niños recibieron atención odontológica alguna vez: 43,3% para control de rutina; 30% por dolor; 20% por tratamiento dental; 6,7% otros. Según el tipo de servicio odontológico recibido resultó: 77,3% Público; 13,7% Privado y 9% Ambos. Asimismo, el 66,7% expresó no tener cobertura social odontológica.

La calidad de la atención odontológica recibida fue percibida por los tutores como: Buena: 56,5%; Muy buena 30,5%; Regular: 13,5%. Si bien no podemos simplificar la satisfacción de las personas con la asistencia recibida en porcentajes, consideramos que la información obtenida

mediante las encuestas de opinión puede ser un punto de partida para mejorar la calidad de la asistencia odontológica.

Discusión

Los resultados obtenidos para el índice ceod de 5,2 se aproximan al valor de 6 del estudio realizado por la cátedra de Odontología Social y Comunitaria de la UNNE en niños de zonas rurales de la provincia de Corrientes. Ambos valores son considerados por la OMS como nivel de severidad Alto.

A su vez no difiere este valor de ceod de la obtenida por la Dirección Nacional de Odontología de 4.7 a los 6 años en la capital de Corrientes, configurando la caries activa el 85% de ese componente (9).

El test de Snyder mide la capacidad de las bacterias de la saliva de producir ácidos a partir de sustratos sacarosados. Los valores de índices CPOD y ceod coinciden con los altos porcentajes de riesgo de caries obtenidos, elemento particular que se asocia a los hábitos dietéticos en relación al consumo de hidratos de carbono.

El estado de afección de piezas temporarias es predictor de la infección en piezas permanentes por lo que es un indicador de que sean necesarios programas preventivos y educativos de salud bucal así como apoyo de asistencia de tratamiento.

El nivel de conocimiento de salud bucodental se refleja en los hábitos de higiene bucal, desconocimiento del uso de hilo, desconocimiento de la técnica de cepillado aunque conocen la relación consumo de golosinas con producción de caries.

Otro factor importante es la distancia hacia los centros de atención; a pesar de ello un gran porcentaje de los encuestados relata haber recibido atención odontológica alguna vez y manifiesta en un alto porcentaje estar conformes con la misma.

Conclusiones

Los datos obtenidos de este análisis permiten establecer que son necesarias adecuadas y eficientes acciones en el establecimiento escolar a fin de lograr mejorar el estado bucodental de los escolares de 1° grado.

Es evidente que la atención odontológica debe anticiparse en edades más tempranas permitiendo

controlar que el daño se instale con medidas preventivas y una buena educación para el correcto cuidado de la higiene bucal tanto a padres como a alumnos y maestros del establecimiento.

Este análisis de situación pone también en evidencia que la población escolar debe educarse en cuanto a correctos hábitos alimentarios en especial en el tiempo que transcurren en la escuela intentando disminuir la ingesta de hidratos de carbono y los momentos de azúcar.

Figura 1: Componentes del índice ceo-d de niños de la Escuela N° 599. "Dr. Adolfo Contte"

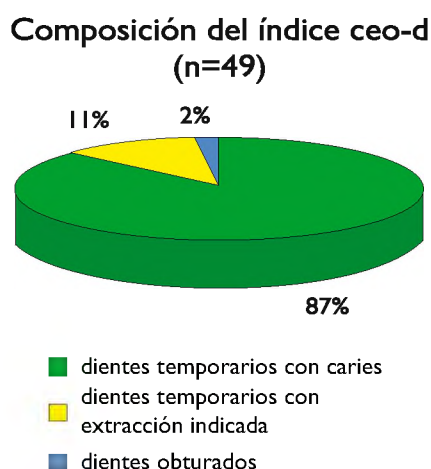


Figura 2: Índice de placa de Löe y Silness en niños de la Escuela. N° 599 "Dr. Adolfo Contte"

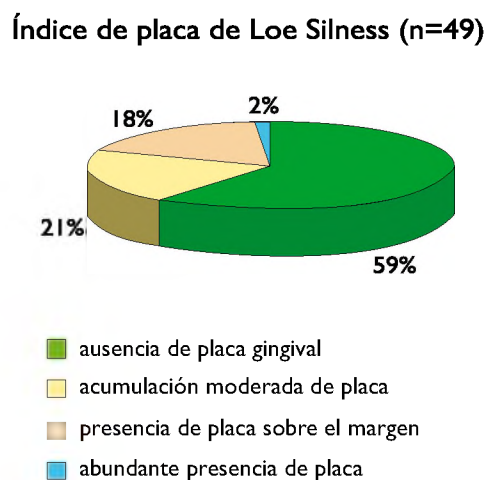
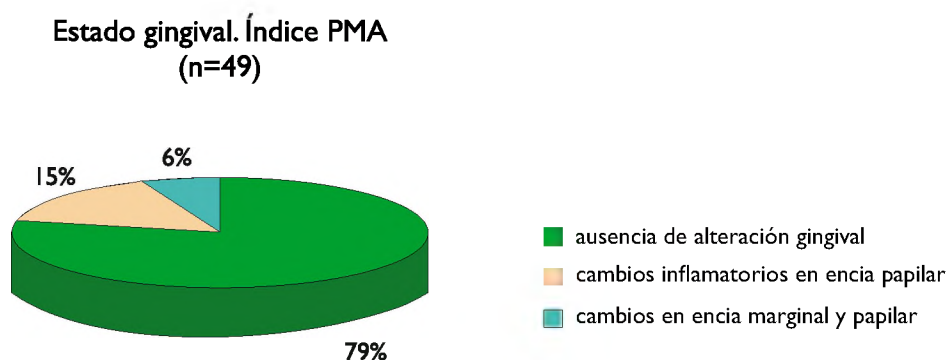


Figura 3: Estado gingival según el índice PMA en niños de la Esc. N° 599 “Adolfo Contte”.



Bibliografía

- Mohaiber, A. Análisis de la situación de salud en las comunidades “Componentes bucal” una guía para su ejecución. La Habana, junio 1998. p. 1-3.
- Novoa Fernández, M. Vigilancia y control de 10 familias del CMF-29 de el área norte de S.S. 1998. p. 48-54.
- Sosa, R. M Programa Nacional de Atención Estomatología Integral. La Habana: MINSAP; 2002. p. 101-102.
- Burt B.A.; Eklun S.A.; Morgan K.G. y Col. The effects of sugars intake and frequency of ingestion on dental caries increment in a three-year longitudinal study. J. Dent. Res. 1988. 67:1422-9.
- Downer MC. Changing patterns of disease in Western World. En: Guggenheim B, editor. Basilea: Karger, 1984; 1-12.
- Glass RL. The first international conference on the declining prevalence of dental caries. J Dent Res 1982; 61 (spec iss): 1.304-1.383.
- Renon CE. Changing patterns of oral health and implications for oral health manpower: part I. International Dental Journal 1985; 35: 235-251.
- Marthaler TM. Explanations for changing patterns of disease in the Western World. En: Guggenheim B, editor. Cariology today. Basilea: Karger, 1984; 13-23.
- Dirección Nacional de Odontología. Índice CPOD y ceod, Aspectos Epidemiológicos. En: Programa de Atención Integral al Escolar de Primer Grado. 1987: 11-16.
- Kanellis M. J. Valoración Dental para los niños muy pequeños. Department of Pediatric Dentistry, University of Iowa College of dentistry. Iowa. 2003. www.aapd.org.
- OMS, Encuestas de Salud Bucodental. Métodos Básicos. 4a.edición. Organización Mundial de la Salud, Ginebra 1997.
- PRECONC. Programa de Educación Odontológica No Convencional. Curso I. Módulo I. Submódulo I. OPS. 1999.
- 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.
- Rioboo, R Higiene y Prevención en Odontología. Individual y Comunitaria. 1994. Ediciones Avances. Pág. 149.
- Liébana Ureña, J. Microbiología Oral. 2da edición. 2002. Edit. Mc Graw- Hill. Interamericana. Pág. 568.