

INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS MÉDICAS
DE LA HABANA

FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA
DE LA HABANA

**La Caries Dental como precursor de Urgencia
Estomatológica en niños de Círculo Infantil**

Autora: Dra. Beatriz Bravo Seijas
Especialista de Primer Grado en EGI
Categoría docente Instructor
Facultad "Finlay Albarran"

Tutora: Dra. María Elena Quiñones Ybarría
Especialista de Segundo Grado en EGI
Profesora Asistente
Facultad de Estomatología

**TRABAJO PARA OPTAR POR LA MAESTRIA EN URGENCIAS
ESTOMATOLÓGICAS**

Ciudad de la Habana
2007

Dedicatoria:

A mis padres:
por haberme inculcado el afán de la constante superación,
a mis hijos:
por ser mi motor impulsor,
a mi esposo:
por ser mí insustituible apoyo.

Los médicos formados por la Revolución deben poseer una alta sensibilidad ante el dolor humano en cualquier parte del mundo y el arsenal de sabiduría suficiente como para hacer prevalecer la Prevención a la Curación.

Fidel Castro Ruz

La Caries Dental como precursor de Urgencias estomatológicas en niños de Circulo Infantil. El universo estuvo constituido por 450 niños, matriculados en los Círculos Infantiles del área de salud correspondiente al Policlínico Universitario “Carlos J. Finlay” del Municipio Marianao, de la Ciudad de la Habana, durante el curso escolar 2006 – 2007. La prevalencia de las Caries, su severidad y las visitas a la consulta de Urgencia por diferentes causas, aumentó a medida que transcurrió la edad, no comportándose así con el sexo. De los 177 niños afectados por Caries Dental, sólo acudieron a consulta de urgencia un 10,4%. La causa de mayor asistencia a consulta de Urgencia fue la de dolor en niños de 5 años en su mayoría y la obturación defectuosa fue la causa de asistencia en su totalidad de los niños de 2 años. El Grado de Severidad 1 fue el que más se relacionó con los motivos de asistencia a consulta de Urgencia y el Grado de Severidad 3 no fue encontrado en ninguno de los casos que asistieron.

Contenidos	Págs.
I. INTRODUCCIÓN -----	6
II. OBJETIVOS -----	15
III. METODO -----	16
A. Operacionalización de Variables.	
B. Ética.	
C. Técnicas y Procedimientos.	
IV. RESULTADOS -----	23
V. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN -----	33
VI. CONCLUSIONES -----	39
VII. RECOMENDACIONES -----	40
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	41
IX. ANEXOS -----	46

I. INTRODUCCIÓN

La evolución de la enfermedad de la Caries Dental desde el hombre primitivo, se evidencia a través de los estudios de cráneos, la severidad y localización de las lesiones cariosas en el hombre de la “Edad de Piedra” (12000 hasta el 10000 a.n.e.) del 60 al 70% de los cráneos encontrados presentan caries dental, ya que en la “Edad de Bronce” hay un aumento del 20% de la prevalencia de la caries dental, y en la “Edad del Hierro”, en el Imperio Romano, se elevó de un 10 a un 12%.^{1, 2.}

La Caries Dental es un proceso o enfermedad dinámica crónica que ocurre en la estructura dentaria en contacto con los depósitos microbianos y debido al desequilibrio entre las sustancia dental y el fluido de la placa circundante, donde como resultado una pérdida de mineral de la superficie dental, cuyo signo es la destrucción localizada de tejidos duros.³

A inicios del siglo XVIII se produce un aumento en la incidencia de Caries Dental en las superficies proximales y oclusales, de la misma forma se produce un aumento de la prevalencia de caries dental.⁴

La Caries Dental persiste como problema de salud bucal a nivel mundial.^{5, 6.}

En nuestro país el sistema de salud en el tratamiento de las Urgencias está priorizado.

Se les debe brindar una atención inmediata a los pacientes que a ella acuden, ya que muchas afecciones, además de producir dolor y molestias, pueden llegar a convertirse en complicaciones que afecten su estado de salud general.

La Atención Primaria como estrategia implica la organización de servicios basada en niveles de atención, y no puede restringirse a un solo nivel. La definiciones de niveles o escalones de complejidad, su ubicación y la articulación funcional de los diferentes unidades, constituyen entre si los elementos esenciales de la regionalización funcional del sistema de salud, lo cual garantiza la máxima accesibilidad de la población a los servicios. Se define la Atención Primaria de Salud como <la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnología práctica, científicamente fundados y socialmente aceptable, puesta al alcance de todos los individuos y familia de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todos y en cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación >. La Atención Primaria de Salud se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad, que deben ser enfocados de forma intersectorial, y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver estos problemas. Se la considera la función principal del Sistema Sanitario, que deberá descentralizarse para acercarse a la comunidad.⁷

La Atención Primaria comprende y afecta a todo el sistema de salud y a toda la población. Esta concepción debe cumplir con los requisitos de impacto, equidad, eficiencia social, articulación intersectorial y cooperación.

Se sustenta la hipótesis de que los problemas de salud de menos complejidad permiten una mayor frecuencia relativa que los problemas complejos, de ahí la posibilidad de satisfacer los problemas de salud de la población estableciendo niveles de atención. La experiencia ha demostrado que es posible aumentar cobertura organizando o estructurando todo el sistema de unidades de producción de servicios según sus capacidades de resolución; así tendríamos unidades con servicios de Atención Primaria, de Atención Secundaria y de Atención Terciaria, donde se atenderían los problemas de salud según su complejidad.

En consecuencia con lo anterior pretendemos interiorizar sobre el modelo del Especialista de Estomatología General Integral como elemento fundamental para el desarrollo de la Atención Primaria de Salud, con lo cuál se pretende alcanzar la satisfacción de las necesidades básicas de salud de los diferentes grupos de población, preferentemente considerando a la familia como unidad básica de atención sanitaria.^{8,9.}

Es necesario que todos los estomatólogos que realicen esta labor, pongan en práctica sus conocimientos sobre patologías y tengan un alto sentido de la humanidad, sentimiento que debe caracterizar a todo profesional de la salud,

pues los pacientes que llegan a esta consulta se encuentran nerviosos, preocupados, irritados y sobre todo, se sienten mal.

Los dientes ocupan una posición estructural y funcional única; son estructuras que funcionan como parte del sistema músculo-esquelético-masticatorio, y desde el punto de vista de su capacidad neural, el diente posee una poderosa dotación nociceptiva que detecta cualquier posible daño de su estructura.

Varias son las causas que llevan a los pacientes a acudir a una consulta de Urgencias, pero la gran mayoría corresponde a la sintomatología dolorosa que las caracteriza. Es evidente que en estos casos, para una correcta indicación de tratamiento, es de suma importancia el establecimiento de un diagnóstico más preciso.^{10,11}

De este modo, el profesional deberá buscar la correlación de la sintomatología dolorosa con otros aspectos clínicos, o lo que podrá representar lo más aproximadamente posible el estado fisiopatológico de la pulpa y los tejidos periapicales, lo que contribuye a un perfecto diagnóstico y permite señalar la terapéutica ideal de preservación de la vitalidad de la pulpa o no.¹² Nunca podemos dejarnos llevar por aquellos pacientes que agobiados por el dolor llegan a nosotros para que se les haga la extracción dentaria, cuando se puede resolver su situación con un tratamiento endodóntico parcial o total y muchas veces con solo un buen tratamiento operatorio.¹³

Peralta y Fujimoto ¹⁴ señalan que es fundamental la participación permanente de la familia en la educación inicial, para establecer así una mutua complementariedad entre la familia y los agentes educativos externos, dado que cada uno aporta aspectos comunes y diferenciales en un ámbito tan delicado como es el crecimiento y formación del niño en sus primeros 6 años de vida.

Cualquier programa educativo en la edad de 2 a 5 años requiere de un lenguaje sencillo, acompañado de grandes contenidos gráficos, con alto grado de creatividad plasmado en el juego. Si la intención es realizar una retroalimentación sobre conceptos referentes a salud bucal, apropiados por el niño menor de 7 años, la mejor manera es formular preguntas sencillas, intercalando actividades lúdicas entre ellas.¹⁵

La red de atención a la infancia de la Comisión Europea (Comisión Europea: Objetivos de calidad en los servicios infantiles. Red de atención a la Infancia de la Comisión Europea, 1996), propone que todos los centros infantiles incluyan una filosofía educativa en cuya elaboración participen padres, personal de los centros y otros actores involucrados. Esta filosofía debe promover interés por el aprendizaje, conceptos biológicos, higiene, salud, alimentación y otros.

La manera de llevar a la práctica esta filosofía debe establecerse sobre la base de estrategias educativas sistematizadas en programas que partan de las necesidades de los niños y estén apoyadas en la tesis de que la construcción del

conocimiento en el niño se da mediante las actividades que realiza con los objetos, ya sean concretos, afectivos o sociales, que constituyan su medio natural; el juego y el dibujo, serán las herramientas para expresar la adquisición de nociones y conceptos.

Estudios realizados por Yépez y colaboradores¹⁶ señalan la promoción de la salud como la estrategia social encaminada a desarrollar el potencial de individuos y poblaciones, que genera medios para que ellos asuman cada vez mayor control sobre sus procesos de salud y bienestar, donde la conjugación de los componentes recreativo, asociativo y lúdico adquieren gran importancia, por ser factores inherentes a la cotidianeidad del niño, y se convirtieren en elementos facilitadores para permitir un acercamiento al entorno del menor, que contribuyen a incorporar en su rutina hábitos protectores de su salud.

Navas y colaboradores¹⁷ reafirman la necesidad de desarrollar programas estratégicos preventivos de salud bucal, con la participación de los padres de niños en edad preescolar, para la adquisición de hábitos de higiene bucal que contribuyan a mejorar las condiciones de salud en estos grupos etarios.

La urgencia estomatológica es muy amplia y variada, en este caso específicamente la urgencia referida a caries dental en este grupo de edad. A veces es necesario modificar el tratamiento para el bienestar psicológico del niño¹⁸.

El estomatólogo en esta edad debe ganarse la confianza del niño, familiarizarlo con los objetos e instrumentos que utilizará, para que se deje realizar trabajos, sobre todo con estos niños que desde que llegan a la consulta entran llorando¹⁹.

La Odontología en la actualidad protagoniza espectaculares cambios dinámicos con aumento de la demanda y amplia distribución de los servicios. Estos cambios incluyen cuidados de la salud bucal orientados hacia la comunidad con énfasis en la prevención dándoles mayor prioridad a los niños, en los cuales la caries dentaria es la enfermedad dental de mayor importancia^{20,21}.

Clasificación de urgencias del niño en tres períodos de tiempo²²:

- ✚ Antes del tratamiento dental
- ✚ Durante el tratamiento dental
- ✚ Después del tratamiento dental

Antes del tratamiento dental:

Urgencias derivadas del proceso dolor-infección:

Las características anatómicas y morfológicas de la dentición temporal dan lugar a que cualquier proceso de caries iniciado en un molar temporal tenga una rápida evolución produciendo la pronta destrucción del esmalte y la dentina, y la afectación del tejido pulpar, llegando incluso a la necrosis del mismo, con gran frecuencia todo este proceso es asintomático, desde el punto de vista del dolor y pasa inadvertido para los padres y el niño²².

La causa de la urgencia, en la mayoría de los casos es la aparición de las manifestaciones clínicas de ese proceso infeccioso. Aparece a nivel de la bifurcación del molar un pequeño absceso que más tarde se fistuliza. El lugar en que aparecen las manifestaciones clínicas así como el hecho de que en la mayoría de los casos el proceso no haya sido acompañado de dolor es debido a la mayor esponjosidad del hueso del niño²².

En las edades de 2 a 5 años la tanto la prevalencia como la severidad de comportan con valores pequeños, debido a que estas van aumentando con la edad, en cuanto al sexo no existen diferencias.

Los motivos de asistencia a las consultas de Urgencias en niños de Circulo Infantil, en una gran parte tienen, su origen en la presencia de caries; ya que a partir ahí se derivan toda una serie de consecuencias cuando esta primariamente no es tratada a tiempo.

Nuestro trabajo se propone identificar a la Caries Dental como un agente precursor de las causas de la asistencia a consultas de Urgencia en Estomatología y su relación con la Severidad de las lesiones cariosas.

Planteándonos las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuáles serán las causas más frecuentes de asistencia a la Consulta de Urgencia en Estomatología en niños de Circulo Infantil?

¿Cómo se comporta el grado de Severidad en los pacientes que asistieron a la consulta de Urgencia?

El diseño de la presente investigación, como todas, tiene una justificación y su significación práctica, pues a partir del momento que se plantea el problema se está visualizando su utilidad práctica y lo que nos aporta.

Teniendo en cuenta los resultados que se obtuvieron con esta investigación no cabe dudas del beneficio extraordinario que ésta nos brinda, pues al conocer las causas más frecuentes de asistencia a la consulta de Urgencia y su relación con el grado de Severidad de la caries se podrá realizar una correcta promoción de salud, para la eficaz prevención de la Caries Dental, además de encaminar todas nuestras acciones curativas, de manera que con ellas estemos contribuyendo a disminuir la prevalencia de la enfermedad en este grupo de edad y a su vez sean motivados para un cambio de conducta a favor de una niñez saludable.

II. OBJETIVOS

1. Determinar la frecuencia de niños afectados según la edad y el sexo.
2. Identificar la asistencia a la consulta de Urgencia Estomatológica, según la edad y el sexo.
3. Identificar la frecuencia de la asistencia de niños afectados a la Consulta de Urgencia, según la edad y el sexo.
4. Determinar las causas más frecuentes de asistencia a la consulta de Urgencia, según la edad y el sexo.
5. Identificar la relación entre el Grado de Severidad de las lesiones con: los pacientes examinados, los pacientes que asistieron a consulta de Urgencia y las causas de asistencia al Servicio de Urgencia, según la edad y el sexo.

III. MÉTODO.

Para la presente investigación se utilizó un tipo de estudio descriptivo, observacional, de corte transversal; donde el universo estuvo constituido por 450 niños de los Círculos Infantiles del Área de salud del Policlínico “Carlos J. Finlay” del municipio de Marianao, durante el curso escolar 2006 - 2007.

Se tomaron como criterios de inclusión a todos los niños y niñas de 2 a 5 años previo consentimiento por parte de padres y de la dirección de la Institución.

Los criterios de exclusión tomados en cuenta, a aquellos niños que los padres no autoricen su participación en el estudio.

A) OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	ESCALA	DESCRIPCIÓN	INDICADOR
Edad	2 años 3 años 4 años 5 años	Según años cumplidos	Valor absoluto. %
Sexo	Femenino Masculino	Según sexo biológico.	Valor Absoluto %
Frecuencia de afectados	Afectados Sanos	Según Índice de ceo – d Personas con	%

		presencia o ausencia de dientes cariados, obturados y perdidos	
Asistencia a Consulta Urgencia	SI NO	Según respuesta de los padres	Valor Absoluto %
Cantidad de visita a Consulta de Urgencia	1 vez 2 veces ≥3 veces	Según respuesta de los padres	Valor Absoluto %
Causas asistencia a Consulta de Urgencia	.Obturación Desplazada .Molestia .Dolor .Inflamación .Trauma	Según respuesta de los padres	Valor Absoluto %
Grado de severidad de las lesiones cariosas (° S)	Estado Clínico = puntuación	Proceder por criterios del autor: -Seleccionar el diente presente más afectado. - Anotar la puntuación correspondiente según los criterios expuestos. -En caso de dientes perdidos por caries adicionar a la puntuación 3 puntos.	Valor absoluto %
	Sano = 0		
	Caries u obturación sólo en superficies oclusales = 1		
	Caries u obturación en fisura vestibular de molares inferiores o en fisura palatina de dientes anterosuperiores o molares		

	superiores = 2	- Interpretación: (ver escala)	
	Caries u obturación en superficie proximal de molares y premolares = 3		
	Caries u obturación en superficies lisas de molares y premolares = 4		
	Caries u obturación en superficie proximal de dientes anteriores = 5		
	Caries u obturación en superficies lisas de dientes anteriores = 6		
	Puntos ° S		
	0	0	
	1 - 2	1	
	3 - 5	2	
	≥ 6	3	

B) Ética.

Antes de ser incluidos en el estudio, se solicitó a la dirección de la institución y al padre o tutor de cada niño, su consentimiento informado por escrito, luego de explicar los objetivos del estudio e importancia de su participación (ver Anexo I).

C) Técnicas y Procedimientos

Para la obtención de la información realizamos una revisión bibliográfica y documental.

Se efectuaron las coordinaciones con la Dirección del Círculo y las Educadoras de los niños seleccionados a fin de no afectar las actividades escolares. Coordinando tres visitas en días consecutivos, en el horario posterior a la merienda de la mañana.

Se llevó a cabo un examen clínico, visual y táctil, sin presión, a la luz natural con espejo y explorador, posterior al cepillado dental, confeccionándose a cada uno una HC al efecto, para la recogida de los datos generales, el examen bucal, así como el Dentigrama (ver Anexo 2)

Codificándose como Diente Sano: cuando el explorador no detectó cavitación, ni ablandamiento del suelo o las paredes, zonas oscuras, brillantes, duras o punteadas en el esmalte, y se diagnosticó como Diente Cariado: cuando se detectó una superficie dental suave, con esmalte socavado, suelo o pared apreciablemente ablandada.

Se recogieron los tratamientos realizados con anterioridad en color azul y en color rojo las lesiones cariosas.

Fueron utilizados los Índices de ceo-d para medir la Prevalencia de Caries y para medir el Grado de Severidad de las lesiones, el Índice de Severidad de Grimep.

Para hallar este índice ceo-d individual aplicamos la sumatoria de los dientes cariados, perdidos y obturados, incluyendo las extracciones indicadas por dientes incurables.

Para hallar el índice grupal se suman todos los ceo-d y se dividen entre el total de los niños examinados.

Para obtener el Grado de Severidad de las lesiones cariosas, utilizamos el Índice de Grimep, que se fundamenta en que existen zonas dentales donde la frecuencia de caries dental es menor por lo que las personas que muestren lesiones en ellas serán más susceptibles a caries. Se procede seleccionando el diente presente más afectado, anotar la puntuación correspondiente según los criterios siguientes:

Estado Clínico	Significado
Sano	0
Caries u obturación sólo en superficies oclusales	1

Caries u obturación en fisura vestibular de molares inferiores o en la fisura palatina de dientes anterosuperiores o molares superiores	2
Caries u obturación en superficie proximal de molares y premolares	3
Caries u obturación en la superficie proximal de dientes anteriores	4
Caries u obturación en la superficie lisa de molares y premolares	5
Caries u obturación en superficie lisa de dientes anteriores	6

En caso de dientes perdidos por caries adicionar a la puntuación 3 puntos por cada uno. Para la interpretación será:

Puntuación	Grado de Severidad
0	0
1 - 2	1
3 - 5	2
≥ 6	3

Una vez identificados los niños afectados, se conversó con sus padres y se le realizaron varias preguntas dirigidas para determinar la asistencia a consulta de Urgencia en Estomatología.(ver Anexo 3)

Para el procesamiento de toda la información, se efectuó el vaciamiento de la información obtenida en una base de datos creada en el programa Excel 2003 procesando todos los datos a través de dicho paquete estadístico en una computadora Pentium 3.

Se determinó la frecuencia de afectados por Caries Dental, asistencia, frecuencia y causas más comunes de asistencia a Consulta de Urgencia, así como el Grado de Severidad por el Índice de Grimep de las lesiones cariosas, según el sexo y la edad también relacionados con las causas más comunes de asistencia a consulta de Urgencia.

Los resultados fueron expresados en valores absolutos, analizados y comparados a través de sus valores porcentuales.

IV. RESULTADOS

Tabla 1. Frecuencia de afectados por Caries Dental, según la edad.

Edad	Examinados	Afectados	
		No.	%
2 años	117	33	28.20
3 años	120	45	37.50
4 años	138	60	43.47
5 años	75	39	52
Total	450	177	39.33

Fuente: HC Individual

En la tabla 1 se puede apreciar claramente que la edad de 5 años fue donde se encontró un mayor porcentaje de niños afectados (52%) , no así en los 2 años (28.20%)

Tabla 2. Frecuencia de afectados por Caries Dental, según el sexo.

Sexo	Examinados	Afectados	
		No.	%
Femenino	219	84	38.35
Masculino	231	93	40.25
Total	450	177	39.33

Fuente: HC Individual

En la Tabla 2 se observa que el sexo más afectado es el masculino (40.25%), no existiendo una diferencia notable con el sexo femenino (38.35%).

Tabla 3. Asistencia a consulta de Urgencia, según la edad.

Edad	Examinados	Afectados	Asistencia a Consulta de Urgencia			
			SI	%	NO	%
2 años	117	33	3	2,56	30	25,64
3 años	120	45	10	8,33	35	29,16
4 años	138	60	19	13,76	41	29,71
5 años	75	39	15	20,0	24	32,0
Total	450	177	47	10,4	130	28,88

Fuente: HC Individual

La tabla 3 expresa que de los pacientes afectados que asistieron a consulta, los niños de 5 años fueron los que tuvieron un mayor porcentaje de asistencia a consulta de Urgencia estomatológica.

Tabla 4. Asistencia a consulta de urgencia., según el sexo.

Sexo	Examinados	Afectados	Asistencia a Consulta de Urgencia			
			SI	%	NO	%
Femenino	219	84	20	9,13	64	29,22
Masculino	231	93	27	11,68	66	11,68
Total	450	177	47	10,44	130	28,88

Fuente: HC Individual

La tabla 4 nos demuestra que el sexo masculino tuvo un ligero predominio sobre el sexo femenino en cuanto a la asistencia de niños afectados a consulta de Urgencia.

Tabla 5. Frecuencia de asistencia a consulta de Urgencia, según la edad.

E D A D	Examinados	Pacientes que asistieron a consulta	Frecuencia de asistencia a Consulta de Urgencia					
			1 vez	%	2 veces	%	≥ 3 veces	%
2 años	117	3	1	0,85	2	1,70	0	0
3 años	120	10	2	0,06	8	6,66	0	0
4 años	138	19	11	7,97	7	5,07	1	0,72
5 años	75	15	3	1,71	10	13,33	2	2,66
Total	450	47	17	3,77	27	6,0	3	0,66

Fuente: HC Individual

La tabla 5 expresa que atendiendo a la frecuencia de la asistencia a la consulta de Urgencia, los niños de 5 años fueron los que tuvieron un mayor valor, presentándose con un 13 % en los que asistieron 2 veces

Tabla 6. Frecuencia de asistencia a consulta de urgencia, según el sexo.

SEXO	Examinados	Pacientes que asistieron a consulta de urgencia	Frecuencia de asistencia a Consulta de Urgencia					
			1 vez	%	2 veces	%	≥ 3 veces	%
F	219	20	7	3,19	10	4,56	1	0,45
M	231	27	10	4,32	17	7,35	2	0,86
Total	450	47	17	3,77	27	6,0	3	0,66

Fuente: HC Individual

La tabla 6 expresa que atendiendo a la frecuencia de la asistencia a la consulta de Urgencia, el sexo que mayor asistencia tuvo fue el masculino, presentándose con un 7.35 % que asistieron 2 veces.

Tabla 7. Causas más frecuentes de asistencia a consulta de Urgencia, según la edad.

E D A D	Examinados	Pacientes que asistieron a consulta de urgencia.	Causas más frecuentes de asistencia a Consulta de Urgencia.									
			Obstrucción Defectuosa		Molestia		Dolor		Inflamación		Otras Causas	
				%		%		%		%		%
2 años	117	3	3	2,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
3 años	120	10	5	4,1	2	1,6	0	0,0	0	0,0	3	2,5
4 años	138	19	4	2,8	4	2,8	9	6,5	2	1,4	0	0,0
5 años	75	15	1	1,3	1	1,3	10	13,3	2	2,6	1	1,3
Total	450	47	13	2,8	7	1,5	19	4,2	4	0,8	4	0,8

Fuente: HC Individual

La tabla 7 nos demuestra las causas más frecuentes de asistencia a la consulta de Urgencia, donde podemos apreciar que la causa que se presentó con un mayor valor fue el dolor con un 13.3% en niños de 5 años.

Tabla 8. Causas más frecuentes de asistencia a consulta de Urgencia, según el sexo.

SEXO	Examinados	Pacientes que asistieron a consulta de Urgencia.	Causas más frecuentes de asistencia a Consulta de Urgencia									
			Obtención Defectuosa	%	Molestia	%	Dolor	%	Inflamación	%	Otras causas	%
F	219	20	5	2,2	4	1,8	8	3,6	2	0,9	1	0,4
M	231	27	8	3,4	3	1,2	11	4,7	2	0,8	3	1,2
T	450	47	13	2,8	7	1,5	19	4,2	4	0,8	4	0,8

Fuente: HC Individual

La tabla 8 expresa las causas más frecuentes de asistencia a la consulta de Urgencia, donde podemos apreciar que la causa que se presentó con un mayor valor fue el dolor con un 4.7% en el sexo masculino, mientras que en el sexo femenino se comportó este mismo síntoma en un porcentaje menor pero sin dejar de ser la causa más frecuente con relación al resto de los motivos de consulta.

(ver anexo 4)

Tabla 9. Relación entre las causas de Urgencias y el Grado de Severidad de las lesiones.

Causas	No.	Grado de Severidad de las lesiones					
		1		2		3	
		No	%	No	%	No	%
Obturación defectuosa	13	11	86,4	2	15,3	0	0.0
Molestias	7	5	71,4	2	28,5	0	0.0
Dolor	19	13	68,4	6	31,5	0	0.0
Inflamación	4	1	25,0	3	75,0	0	0.0
Otras causas	4	2	50,0	2	50,0	0	0.0
Total	47	32	68,0	15	31,9	0	0.0

Fuente: HC Individual

En la tabla 9 podemos apreciar la relación que existe entre el Grado de Severidad de las lesiones y las causas más frecuentes de consulta de Urgencia.

Evidenciándose que aquellos pacientes que asistieron por obturación defectuosa el Grado de Severidad 1 apareció con un 86.4%, mientras que el 75% representó a la Inflamación con un Grado de Severidad 2.

No asistió ningún paciente con Grado de Severidad 3.

Tabla 10. Relación del Grado de Severidad de las lesiones cariosas con: pacientes examinados y pacientes que asistieron a consulta de Urgencia según la edad.

E D A D	Examinados	A F E C T A D O S	Grado de Severidad de las lesiones						Pacientes que asistieron a consulta de urgencia.	Grado de Severidad de las lesiones											
			0		1		2			3		0		1		2		3			
			No	%	No	%	No,	%		No	%	No	%	No	%	No	%	No	%		
2 años	117	33	84	71,8	33	28,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
3 años	120	45	75	62,5	38	31,6	7	5,8	0	0,0	7	5,8	10	10	80,0	2	20,0	0	0,0	0	0,0
4 años	138	60	78	56,5	45	32,6	15	10,8	0	0,0	15	10,8	19	19	63,1	7	36,8	0	0,0	0	0,0
5 años	75	39	36	48,0	30	40,0	9	12,0	0	0,0	9	12,0	15	15	60,0	6	40,0	0	0,0	0	0,0
Total	450	177	273	60,6	146	32,4	31	6,8	0	0,0	31	6,8	47	47	68,0	15	31,9	0	0,0	0	0,0

Fuente: HC Individual

Tabla 11. Relación del Grado de Severidad de las lesiones cariosas con: pacientes examinados y pacientes que asistieron a consulta de Urgencia según el sexo.

SEXO	Examinados	AFECTADOS	Grado de Severidad de las lesiones						Pacientes que asistieron a consulta de Urgencia.	Grado de Severidad de las lesiones									
			0		1		2			3		0		1		2		3	
			No	%	No	%	No,	%		No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
F	219	84	135	61,6	68	31,1	16	7,3	0	0,0	20	0	0,0	15	75,0	5	25,0	0	0,0
M	231	93	138	59,7	74	32,0	19	8,2	0	0,0	27	0	0,0	17	62,9	10	37,0	0	0,0
TOTAL	450	177	273	60,6	142	31,5	35	7,7	0	0,0	47	0	0,0	32	68,0	15	31,9	0	0,0

Fuente: HC individual

La Tabla 10 resume la relación entre el Grado de Severidad de las lesiones con: pacientes examinados, y pacientes que asistieron a consulta de Urgencia según la edad.

Donde se puede apreciar que de los pacientes afectados, el grado 1 de severidad en los niños de 5 años se manifiesta con un mayor valor porcentual (40%) mientras que en los niños de 2 años también se concentraron en el grado 1 de Severidad pero con un 100%

Ello demuestra que existe una fuerte asociación entre el Grado de Severidad 1 con estos pacientes afectados y los que asistieron a la consulta de Urgencia.

La Tabla 11 exhibe la relación Grado de Severidad de las lesiones y el sexo, donde se expresa claramente que, en los pacientes afectados el sexo masculino tiene mayor valor porcentual que el sexo femenino en el grado de Severidad 1.

Mientras en los pacientes que acudieron a consulta de Urgencia es el sexo masculino quien exhibe mayor valor en dicho grado de Severidad 1.

V. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En la tabla 1 se puede apreciar claramente que la edad de 5 años fue donde se encontró un mayor porcentaje de niños afectados (52%), no así en los niños de 2 años, donde el valor fue de 28.2%, lo que demuestra que según aumenta la edad aumenta la prevalencia de la Caries Dental y que a su vez se corresponde con lo planteado en la Encuesta Nacional de Salud Bucal del MINSAP del año 1998²³.

El incremento de la prevalencia, entre otros factores, está condicionado a que en esta edad, el niño se va haciendo más independiente de la madre, por lo cual los hábitos de higiene pueden verse afectados negativamente sino hubo una fuerte motivación durante los primeros años.

Atendiendo al medio en que se desarrollan, existen factores sociales que favorecen el aumento de la prevalencia de caries dental, como el bajo nivel de Educación para la Salud de los padres en esta zona.

Mientras que en la Tabla 2 se observa que el sexo más afectado es el masculino (40.25%), no existiendo una diferencia notable con el sexo femenino (38.35%), lo que corrobora que de acuerdo a la afectación según el sexo, no deben existir diferencias significativas.

Coincidiendo este resultado con los obtenidos por la Dra. Elba Rosa Luna Maldonado y colaboradores en Córdoba, Argentina, en su estudio de prevalencia en la misma edad²⁴.

La tabla 3 expresa que de los pacientes afectados que asistieron a consulta, los niños de 5 años fueron los que tuvieron un mayor porcentaje de asistencia a consulta de Urgencia estomatológica.

Esto significa que el aumento de la prevalencia de la caries según la edad, está en relación directamente proporcional con la asistencia a consulta de Urgencia, ya que el número de afectados aumenta.

La tabla 4 nos demuestra que el sexo masculino tuvo un predominio sobre el sexo femenino en cuanto a la asistencia de niños afectados a consulta de Urgencia.

Ello coincide con los resultados del trabajo realizado por la Dra. Elba Rosa Luna Maldonado y colaboradores en Córdoba, Argentina, en su estudio de prevalencia en la misma edad²⁵.

La tabla 5 expresa que atendiendo a la frecuencia de la asistencia a la consulta de Urgencia, los niños de 5 años fueron los que tuvieron una mayor asistencia, presentándose con un 13 % en los que asistieron 2 veces.

Es obvio que a mayor edad, el consumo de golosinas es mayor, éste hábito es muy poco controlado por los padres en esta edad, pues muchos piensan, que al ser la dentición temporal es la que antecede a la permanente su cuidado no es importante y las afecciones a los dientes desaparecen por la sustitución de la dentición permanente.

La tabla 6 expresa que atendiendo a la frecuencia de la asistencia a la consulta de Urgencia, el sexo que mayor asistencia tuvo fue el masculino, presentándose con un 7.35 % que asistieron 2 veces.

Al revisar la literatura, no se encontraron investigaciones con las que se pudiera comparar este aspecto.

La tabla 7 nos demuestra las causas más frecuentes de asistencia a la consulta de Urgencia, donde podemos apreciar que la causa que se presentó con un mayor valor fue el dolor con un 13.3% en niños de 5 años, mientras que la obturación defectuosa es el signo que aparece como motivo de consulta de Urgencia en las edades de 2 y 3 años con un valor porcentual más pequeño.

Estos resultados si podemos compararlos con los obtenidos por. Huang JA, Tsai WC²⁶, y colaboradores donde fue también el Dolor la causa más frecuente de la asistencia a la "Consulta de Emergencia".

El dolor es una de los primeros síntomas en aparecer poco después que se inicia el ataque de la Caries Dental.

La anatomía de la dentición temporal propicia a la trampa de PDB y con ello se favorecen los procesos de desmineralización por el ataque de microorganismos como el Streptococo Mutans.

La tabla 8 expresa las causas más frecuentes de asistencia a la consulta de Urgencia según el sexo, donde podemos apreciar que la causa que se presentó con un mayor valor fue el dolor con un 4.7% en el sexo masculino, mientras que en el sexo femenino se comportó este mismo síntoma en un porcentaje menor pero sin dejar de ser la causa más frecuente con relación al resto de los motivos de consulta.

En la tabla 9 podemos apreciar la relación que existe entre el Grado de Severidad de las lesiones y las causas más frecuentes de consulta de Urgencia. Evidenciándose que aquellos pacientes que asistieron por obturación defectuosa el Grado de Severidad 1 apareció con un 86.4%, mientras que el 75% representó a la Inflamación con un Grado de Severidad 2.

Aquí vamos ya a relacionar la Severidad de las lesiones con los motivos de asistencia a consulta de Urgencia.

Aclarando en estas edades el Grado de Severidad 3 no está presente, pues no se encontró en ninguno de los niños examinados, ya que el diente lleva en boca un tiempo relativamente corto y las lesiones no aparecen en otro tipo de superficie que pudieren provocar una sintomatología de Urgencia.

Estos resultados fueron similares a los encontrados por Olza I²⁷ y Lacerda²⁸

La Tabla 10 resume la relación entre el Grado de Severidad de las lesiones con: pacientes examinados, y pacientes que asistieron a consulta de Urgencia según la edad.

Donde se puede apreciar que de los pacientes afectados, el Grado 1 de Severidad en los niños de 5 años se manifiesta con un mayor valor porcentual (40%) mientras que en los niños de 2 años también se concentró en el Grado 1 de Severidad pero con un 100%

Ello demuestra que existe una fuerte asociación entre el Grado de Severidad 1 con estos pacientes afectados y los que asistieron a la consulta de Urgencia.

El Grado de Severidad 1 incluye a Caries u Obturación sólo en superficies oclusales, fisura vestibular de molares o en fisura palatina de dientes antero superiores o molares superiores. Durante estas edades las fosas y fisuras son muy profundas y esto constituye una trampa a la PDB, que favorece la formación de caries justo en estas superficies.

Es otro aspecto a tener en cuenta que la Educación sanitaria de padres y Educadoras del Círculo no es óptima, lo que conspira negativamente.

En investigaciones realizadas por los autores Sturssman BJ²⁹ y trabajos encontrados en el Anuario Estadístico³⁰ pudimos comparar nuestros resultados y

verificar que en efecto la Severidad encontrada es la 1, debido a lo ya explicamos con anterioridad sobre la anatomía y los factores de riesgo en esta edad.

La Tabla 11 exhibe la relación Grado de Severidad de las lesiones y el sexo, donde se expresa claramente que, en los pacientes afectados el sexo masculino tiene mayor valor porcentual que el sexo femenino en el grado de Severidad 1. Mientras en los pacientes que acudieron a consulta de Urgencia es el sexo masculino quien exhibe mayor valor en dicho grado de Severidad 1.

Aunque no deben existir grandes diferencias en cuanto al sexo, según lo planteado en nuestra hipótesis, nuestro estudio arrojó que predomina el sexo masculino al igual que los estudios realizados por Dimitrova MM, Kukleva MP; Kondeva VK.^{31, 32,33} donde encontramos resultados similares.

VI. CONCLUSIONES

1. La frecuencia de niños afectados aumenta con la edad, con predominio del sexo masculino.
2. La asistencia a la Consulta de Urgencia fue baja, pero aumenta con la edad, en cuanto al sexo, predominó el masculino.
3. Se evidencia que los pacientes que acuden a consultas de urgencia, requieren el servicio más de una vez, con predominio del sexo masculino.
4. La causa de mayor asistencia a consulta de Urgencia fue la de Dolor en niños de 5 años, y de ellos el sexo masculino representó la mayoría.
5. El Grado de Severidad de caries en este grupo de edad es baja, de los afectados el mayor valor se relaciona con severidad grado I, y la causa de asistencia a consulta de urgencia más frecuente lo constituyó el dolor, manifestándose más en el sexo masculino que en el femenino.

VII. RECOMENDACIONES

- Dado el predominio de la prevalencia de niños de 5 años afectados, que encontrados en nuestro estudio, recomendamos aumentar todas las acciones preventivo-curativas en dicha edad en los Círculos Infantiles del área, insistiendo sobre todo en aquellas que eleven el nivel de Educación para la Salud Bucal a los padres, niños y personal asistente.
- Se deben fortalecer actividades tales como:
 1. Educación para la salud a todas aquellas personas que estén en contacto con los niños y a los propios niños.
 2. Controles de PDB.
 3. Aplicación de laca Flúor.
 4. Tratamientos curativos a los afectados
 5. Asistencia periódica al Servicio Estomatológico.
- Debemos insistir con padres y educadores que no se debe esperar a que los niños presenten alguna sintomatología de Urgencia para llevarlos a consulta.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alenen P. Risk in risk definitions. *Con Dent Oral. Epidermicol* 1999, 27 (6): 394.
2. Lujkin AW: A history of dentistry. Lea y Febiger Philadelphia, 1948.
3. Garrigó Andreu M, Sardinias Alayón S, Gispert Abreu E y cols. Guías Prácticas de Caries Dental. 2002; aps.sld.cu
4. Chávez, M.M: Odontología sanitaria. Publicación Científica No. 63. OPS/OMS.Washington, 1962.
5. Sanchez –Figueras A.Occlusal pit and fissure caries diagnosis: a`problem no more.*Compendium* 2003; 24(5 suppl):3-11
6. Stookey GK. Current status of caries prevention. *Compend Contin Educ Dent* 2000; 21(10A):862-7.
7. Najerg Barrand María de Pilar. Promoción de la salud. Enfoques Internacionales. En : Mazarrosa Alvear L, Germán Bes C, Sánchez Marino A, Sánchez Garcia AM, Menlles Tormo, Aparicio Ramos V. *Salud Pública y Enfermería Comunitaria.España: Ma Gravy- Hiel. Interamericana: 1996 :V, : 3011-2.*
8. San Marti H. Martin AC. CARRASCO h. *Epidemiología, teoría y practica.* Madrid: Editorial Díaz Santos, 1990: 325-7.
9. Organización Panamericana de la Salud. Manual sobre enfoque de riesgo en la Atención Materno Infantil. Washington. DC, 1986: 1-233.
10. Sommer RF. *Endodoncia clínica: manual de endodoncia científica.* La Habana:Editorial Pueblo y Educación, 1978:313-5.

11. Pérez AM. Estomatología conservadora. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1990;3:455-603.
12. Leonardo MR. Endodoncia: tratamiento de los conductos radiculares. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1986:52-80.
13. Álvarez Valls L. Endodoncia. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1989:298-368, 396-441.
14. Peralta E MV, Fujimoto GG. La atención integral de la primera infancia en América Latina: ejes centrales y los desafíos para el siglo XXI. Organización de Estados Americanos(OEA).Chile. 1998. Disponible en <http://www.worldbank.org/children/crianca/docs/publi1.pdf>. Fecha de consulta: 04/02/2005.
15. Yépez Zambrano MA, et al. Evaluación del proyecto: el club de la sonrisa feliz. Un programa de intervención comunitaria en salud oral. Fase I. Hospital de Nazareth. Bogotá,D.C.,2000.Disponible en : <http://www.fepafem.org.ve/investigaciones/pdf/sonrisa.pdf>. Fecha de consulta: 07/12/2005.
16. Navas R, et al. Salud bucal en preescolares: su relación con las actitudes y nivel educativo de los padres. Interciencia 2002;27(11):631-4.
17. Grindefford M, Dahllof N, Moderert T. Caries development in children from 2.5 to 3.5 years of age. A longitudinal study. Caries Res 1993;27:505-10.
18. Colectivo de autores. Tratamiento de Caries Dental. EGI. Ciudad de la Habana. Facultad de Estomatología, 2000.
19. Núñez de Villavicencio Psicología y Salud. Editorial Ciencias Médicas Ciudad de la Habana 2001.

20. Barnet. E. M: Terapia oclusal en Odontopediatría. Ed. Revolucionaria, 1984. pp 8–12.
21. Alvin L. Morris et all: Las especialidades odontológicas en la práctica general. Ed revolucionaria, 1979. pp 163 – 199.
22. Donado M: Urgencia en Odontoestomatología. Lavel, Los Llanos, nave 6. Humanes (Madrid), 1990. pp 13-237
- 23.- MINSAP, Programa del trabajo del médico y la enfermera de la familia. Ciudad de la Habana. Editorial Ciencias Médicas 1998.
- 24.- Luna E, Dorronsoro S, Cornejo L, Battellino L. " Distribución de la caries dental en niños preescolares en una región urbana, Argentina. *Rev. Saúde Pública v.27 n.6 São Paulo dic. 2005.*
- 25.- Luna E, Dorronsoro S, Cornejo L, Battellino L. " Distribución de la caries dental según el sexo en niños de Guarderías, Argentina. *Rev. Saúde Pública v.27 n.6 São Paulo dic. 2005.*
26. Huang JA, Tsai WC, Chen YC, Hu WH, Yang DY. Factors associated with frequent use of emergency services in a medical center. *J Formos Med Assoc. 2003 Apr;102(4):222-8.*

27. Olza I. Urgencias rurales y tiempo de consulta urbana, problemas de la primaria □avarra. [fecha de acceso 6 de abril de 2004] . Disponible en: URL: <http://www.diariomedico.com/edicion/noticia/0,2458,63947,00.html>
28. Lacerda, J.T.; Simionato, E. M.; Press, K.G.; Traebert, J. And Mercedes, W. Dental pain as the reason for visiting a dentist in Brazilian children population. Rev Saude Publica 2004; 38 (3): 454-7.
29. Sturssman BJ. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2002 Emergency Department Summary. Advanced Data Vital Health Status 2002;285:1
30. Anuario Estadístico 2002 – Morbilidad. [Fecha de acceso 4 de noviembre de 2004]. Disponible en: URL: <http://bvs.sld.cu/cgibin/wxis/anuario/?!sisScript=anuario/iah.xis&tag2002>
31. Dimitrova MM, Kukleva MP; Kondeva VK. Prevalence of early Childhood an risk facyors in children from 1 to 3 years of age in Plovdiv. Bulgaria Folia Med (Ploviv) 2002; 44 (1-2): 60,3
32. Santos AP, Soviedo VM. Caries prevalence and risk factors among children aged o to 36 months. Pesqui Odontol Bras 2002; 16 (3): 2003-8
33. Sayegh A Dini EI, Hotl RD, Bedi R. Caries in preschool children in Amman, Jordan and the relationship to socio-demigraphic factors. Int Dent J 2002; 52 (5) : 87-93

ANEXOS

Anexo 1

Consentimiento Informado

La Dirección del Circulo Infantil _____ expone a través de la presente que; ha sido informado de los propósitos y exámenes a realizar en la investigación: La Caries Dental como precursor de Urgencia Estomatológica en niños de Circulo Infantil y consiente en participar y brindar datos verídicos con el convencimiento de que sólo se hará divulgación científica.

Directora Circulo Infantil

Consentimiento Informado

Yo _____ padre del niño _____ autorizo a que mi hijo colabore en la realización del estudio de referencia y en caso de que se me solicite, me comprometo a dar información fidedigna sobre el estado de salud e higiene bucal del mismo con el objetivo de colaborar en esta investigación, teniendo por sentado que los datos aportados serán utilizados con la ética pertinente.

Padre del niño.

Anexo 2

Dentigrama:

DENTIGRAMA																											
Vestibular- labial																											
18 17 16			15 14		13 12 11			21 22 23			24 25		26 27 28														
			55 54		53 52 51			61 62 63			64 65																
Palatal - lingual																											
Derecho															Izquierdo												
85 84			83 82 81			71 72 73			74 75																		
48 47 46			45 44		43 42 41			31 32 33			34 35		36 37 38														

Anexo 3

Preguntas realizadas a padres de niños

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____.

1. ¿Ha tenido que llevar a su hijo alguna vez a la Consulta de Urgencias de Estomatología?

a) _____ SI

b) _____ NO

2. ¿Cuántas veces ha tenido que acudir con su hijo a la Consulta de Urgencias de Estomatología?

c) _____ 1 vez

d) _____ 2 veces

e) _____ ≥ 3 veces

3. Cuándo ha acudido, cuáles han sido las causas de su asistencia.

f) _____ obturación defectuosa.

g) _____ molestias

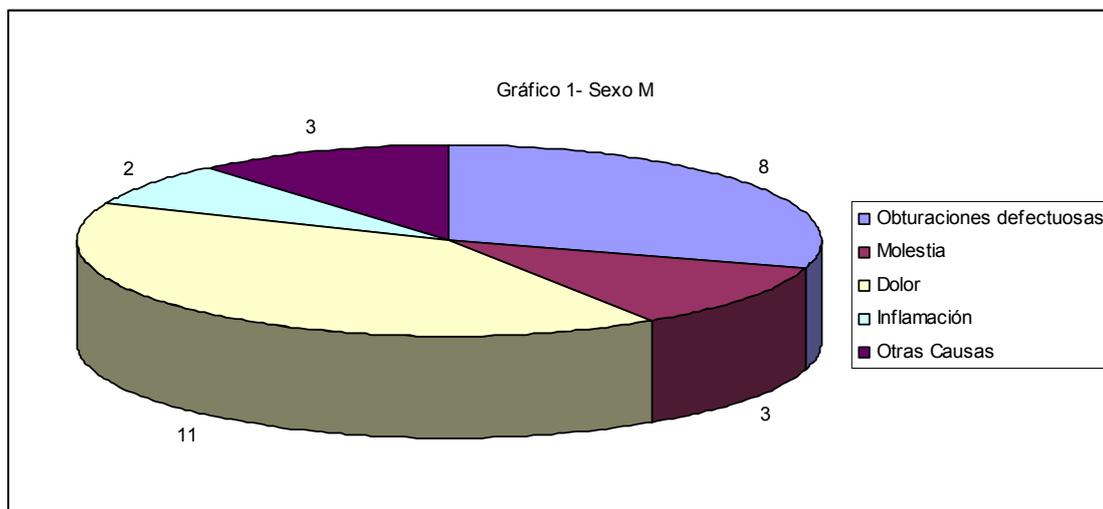
h) _____ dolor

i) _____ inflamación

j) _____ Otras causas.

Anexo 4

Causas más frecuentes de asistencia a consulta de Urgencia, según el sexo.



Fuente: Tabla #8

