

**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE GRAMMA
POLICLINICO BAYAMO OESTE.**

**Caracterización clínico epidemiológico de la Carie Dental.
Consultorio 63. Bayamo. 2009.**

**Clinical- epidemiological characterization of dental caries.
Medical Consult 63. Bayamo. 2009.**

Pilar de los Ángeles Herrero Escobar¹

RESUMEN

La Carie Dental es una enfermedad contagiosa caracterizada por la desmineralización y destrucción de los tejidos dentarios, por ser este el principal problema de salud que afecta nuestra comunidad se realizó un investigación de las ciencias médicas del tipo estudio epidemiológico observacional descriptivo de corte transversal con el objetivo de caracterizar clínica y epidemiológicamente esta entidad en el consultorio 63 de Bayamo en el periodo Diciembre del 2008 a Junio del 2009, el universo fue de 878 pacientes y por muestreo aleatorio estratificado se seleccionaron 150 de estos, las variables estudiadas fueron prevalencia, severidad, edad, sexo, nivel de escolaridad y factores de riesgo. Una vez obtenido el consentimiento informado, se procedió a aplicar un formulario y el procesamiento y análisis de la información, lo que permitió arribar a los principales resultados, los que indicaron que la prevalencia por Caries Dental fue alta (86.00%), que aumenta con la edad y en el sexo femenino, la severidad fue alta para ambas denticiones (ceo-d 3.20 y COP-D 7.81), las edades 35-54 y 60-74 años, el sexo masculino y los no escolarizados presentaron la mayor prevalencia, los factores de riesgos más frecuentes fueron la experiencia anterior de Caries Dental, la higiene bucal deficiente y la dieta cariogénica, con mayor influencia de las edades 35-54 y 60-74 años y el sexo femenino.

Descriptor DeCS: CARIES DENTAL /epidemiología.

Abstract

Dental caries is a contagious disease characterized by demineralization and destruction of dentary tissues, being this the main health problem that affects our community. That is the reason why it was performed an observational, descriptive, transversal and epidemiological research with the objective to characterize this entity, clinical and epidemiologically in the medical consult 63, from Bayamo, since December, 2008 to June 2009. The universe was made by 878 patients and there were taken 150 patients at random. The studied variables were the prevalence, seriousness, age, sex, schooling level and risk factors. Once obtained the reported approval, there was applied a formulary, and the information was analyzed and processed what allowed us to reach the main results, indicating that the prevalence of dental caries was high (86.00%), increasing with the age and in females, the seriousness was high for both teeth (DMFT 3.20 and COP-D 7.81), the ages 35-54 and 60-74 years, the male sex and people without schooling level presented the highest prevalence. The most frequent risk factors were: the previous experience of dental caries, the poor buccal health and cariogenic diet, mainly within the ages 35-54 and 60-74, and in females.

KEY WORDS: DENTAL CARIES /epidemiology.

INTRODUCCIÓN

La interpretación de la salud, la enfermedad y la muerte misma debe realizarse sobre la base del análisis de los factores socio biológico de naturaleza compleja y variada que constituyen riesgos y que influyen o determinan una condición de salud - enfermedad mediante la interacción del hombre con ese medio variable en el proceso de adaptación. (1,2)

Las enfermedades buco dentales, aunque han existido a lo largo de toda la humanidad, se ha observado que en los países que se han instaurado programas de prevención su frecuencia ha disminuido. La caries dental se define como un proceso o enfermedad dinámica crónica, que ocurre en la estructura dentaria en contacto con los depósitos microbianos y, debido al desequilibrio entre la sustancia dental y el fluido de placa circundante, dando como resultado una pérdida de mineral de la superficie dental, cuyo signo es la destrucción localizada de tejidos duros. (2)

La caries dental es una enfermedad que no empezó a representar un problema importante hasta finales del siglo XIX, aumentando su prevalencia e incidencia a principios de nuestro siglo y convirtiéndose en un grave problema sanitario, sobretodo en los años 1950-60. Los estudios antropatólogicos nos revelan que desde la época

prehistórica hasta el principio de la edad media la caries dental era discreta, alrededor de un 5 % y se encontraban solamente en los molares de los adultos.

A partir de la edad media la caries dental no ha cesado de desarrollarse, ha ido avanzando del sector posterior de la boca hacia delante y al mismo tiempo alcanzando progresivamente todas las edades sobre todo a los niños. (3)

En 1953 Toverud, comprobó que al año el 5 % de los niños tienen caries dental esto aumenta alrededor del 10 % a los 4 años , en un 40 % a los 3 años, el 55 % a los 4 años y a los 5 años , 3 de cada 4 niños tienen dientes temporales con caries dental.

Es una de las enfermedades de mayor prevalencia, afectando a más del 90% de la población. Se clasifica como una enfermedad transmisible e irreversible. Su incremento se ha asociado al desarrollo social y a las variaciones en los hábitos dietéticos de las poblaciones, no obstante en estudios realizados en los últimos años se ha determinado una tendencia a la disminución, fundamentalmente en los menores de 15 años. (4)

Los datos epidemiológicos actuales muestran una frecuencia y distribución importante de la caries dental a nivel mundial, en cierta medida esto ha sido motivado por un prevalente enfrentamiento del problema desde una óptica de reparación del efecto, pero no de intervención de las causas.

A pesar de que la caries dental se manifiesta en mayor o menor medida en todas las poblaciones y grupos etáreos, la mayor incidencia ocurre en las edades menores de 14 años y la mayor prevalencia a los 18 años; los 12 años es la edad prefijada por la OMS para el análisis de las tendencias en cuanto a la enfermedad. (5)

A causa de las caries dentales o a consecuencia de sus secuelas se generan situaciones de elevada implicación socioeconómica, debido al costo elevado de los materiales y equipos necesarios para la realización de los procedimientos restaurativos , por el alto costo de las restauraciones en si mismas y por la necesidad en algunos casos de brindar esta atención a nivel hospitalario; además desde el punto de vista social las caries dentales y sus secuelas pueden provocar afectación en la estética, la fonación, la alimentación y la comunicación social, lo cual puede repercutir en la psiquis, en el desempeño laboral y en la vida cotidiana. (6,7)

Es preciso considerar ciertas consecuencias importantes, como dos de sus secuelas: el dolor y su efecto en la estética. Es desfigurante ya que la dentadura esta relacionada con la sonrisa, el lenguaje y la propia personalidad de los individuos, además tiene implicaciones relativas a la salud general, ya que la dentadura no es solo esencial para una buena masticación, sino que ciertas enfermedades de los dientes pueden producir efectos sistémicos como ocurre en el caso de la endocarditis subaguda. (8)

Es importante conocer que cuando la caries ataca las estructuras internas del diente (dentina y pulpa) puede provocar dolor y afecciones que se tratan con terapias conservadoras o en el más grave de los casos la extracción dentaria. (9,10)

La alta prevalencia que se presenta en el mundo afecta al 95% de la población, lo que la sitúa como principal causa de pérdida dental, ya que de cada 10 personas 9 presentan la enfermedad o las secuelas de ésta, que comienza desde el principio de la vida y progresa con la edad. Su comportamiento presenta variaciones entre países, entre los factores que influyen está: sistema de salud existente, cultura, hábitos de alimentación, economía, medio ambiente y manifestaciones cognoscitivas, definidas como estados o condiciones que han predisuesto al individuo a la aparición de la enfermedad. Según la información proveniente del banco de datos sobre enfermedades bucales de la OMS, se ha podido apreciar la existencia de notables diferencias entre las distintas regiones del mundo. En los últimos años, la prevalencia de caries dental ha experimentado un notable descenso en países muy desarrollados, sobre todo en escolares, la cuál ha sido de hasta un 50% en EEUU y los países escandinavos, sin embargo, en los países en desarrollo se observa un aumento o estacionamiento de los indicadores de caries. (11- 12, 13-15)

Según la información proveniente del banco de datos sobre enfermedades bucales de la OMS, se ha podido apreciar la existencia de notables diferencias entre las distintas regiones del mundo. En los últimos años, la prevalencia de caries dental ha experimentado un notable descenso en países muy desarrollados, sobre todo en escolares, disminución que ha sido de hasta un 50% en EEUU y los países escandinavos, sin embargo, en los países en desarrollo se observa un aumento o estacionamiento de los indicadores de caries. (16)

En los países subdesarrollados, sin embargo, el aumento de la prevalencia de caries dental se debe a un aumento constante del consumo de hidratos de carbono, la

incorporación irregular de programas de flúor cuando estos existen, y la carencia en la oferta a la población de programas preventivos e integrales en los servicios estomatológicos. (16-19)

En América Latina no hay estudios que describan la incidencia de esta enfermedad en la población en general pero se sabe que la presencia de los factores antes mencionados hace que la incidencia de la misma sea alta. En la actualidad es aceptable que en la caries dental la causalidad se deba a múltiples factores directos e indirectos relacionadas entre si. (13)

En Cuba el mantenimiento de la salud del hombre es una de las tareas más importantes a llevar a cabo por el Sistema Nacional de Salud Pública. Nuestro país es uno de los pocos en el mundo que ha puesto a disposición de su población una serie de recursos humanos y materiales para satisfacer las necesidades de atención estomatológica, las cuales son siempre más crecientes. En los últimos años se le ha dado mucha importancia a la prevención de las enfermedades y entre ellas está la caries dental. (7)

Se realizan acciones de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades con el objetivo de disminuir su incidencia, entre las que se destacan las dirigidas a la educación de la población para mejorar sus hábitos higiénicos y nutricionales y aquellas encaminadas a incrementar la resistencia del diente con la utilización de fluoruros ya sea por vía tópica o sistémica. (11)

La caries dental es un problema de salud prevenible, los agentes preventivos de caries se han venido estudiando por varios años con el objeto de dilucidar la forma de presentación, concentración y frecuencia de tratamiento más efectiva. La terapéutica restauradora tradicional por sí, posee repercusión limitada en la prevención, por cuanto elimina los sitios de caries activas sin considerar los factores conducentes a la situación clínica que, de no ser controlados oportunamente, la harán reincidir en determinado lapso de tiempo. Esta terapéutica restauradora tradicional, además obvia con frecuencia el potencial de reversibilidad de las lesiones iniciales de caries e interviene de forma radical, lo cual a veces crea problemas secundarios. (20,21)

El desarrollo científico- técnico ha incrementado las opciones que permiten realizar una protección efectiva contra la caries dental a nivel comunitario, pero para obtener mayores logros debe partirse de la identificación de los factores conducentes a

determinada situación epidemiológica y en base a ello planificar los recursos preventivos necesarios y trazar estrategias preventivas masivas de acuerdo al nivel de riesgo. (22)

En las comunidades con alta prevalencia de caries dental en una primera fase deben ser establecidas medidas preventivas masivas, lo cual garantizará la protección básica que en breve tiempo produzca un impacto positivo en la situación de salud bucal en cuanto a caries dental, en ésta fase se requiere de la participación activa de líderes comunitarios formales e informales; en una segunda fase se procederá a implementar la prevención con enfoque de riesgo que permitirá perfeccionar la estrategia y en consecuencia alcanzar mayores resultados preventivos.

En las comunidades con baja prevalencia de caries dental se puede aplicar desde el inicio la prevención con enfoque de riesgo con el propósito de detectar a las personas, familias y comunidades de mayor riesgo con vista a su protección específica. (23)

CAPITULO II: DISEÑO METODOLOGICO.

II .1 CONTEXTO Y CLASIFICACIÓN

Se realizó un investigación de las ciencias médicas del tipo estudio epidemiológico observacional descriptivo de corte transversal, para caracterizar clínica y epidemiológicamente la caries dental en el consultorio 63 de Bayamo Provincia de Granma, en el período de Diciembre del 2008 a Junio del 2009.

UNIVERSO Y MUESTRA

El universo estuvo constituido por 878 pacientes que pertenecen al consultorio 63 de Bayamo.

De este universo se selecciono una muestra de 150 pacientes como tamaño muestral previsto para este tipo de estudio según la OMS, distribuido por la alta morbilidad del problema de salud estudiado en 25 pacientes de cada edad indicadora (5-6 años, 12 años, 15 años, 18 años, 35-54 años y 60-74 años), el método utilizado fue el aleatorio estratificado. La selección de los pacientes fue a partir de los listados elaborados de las fichas familiares de los médicos de la familia, se estableció números aleatorios hasta conformar el listado de cada estrato o grupo de edades. En los casos que algunos de los seleccionados no se encontraban en la casa por un periodo mayor de

15 días se incorporó en que se ubicaba en el listado en la posición anterior o posterior del seleccionado.

Criterios de inclusión:

- Pacientes seleccionados en la muestra
- Aceptación a participar en la investigación.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no desearon participar en la investigación.
- Pacientes con alguna incapacidad que no pudieran aportar datos confiables para la investigación.

II.2. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Objetivo 1: Identificar la presencia de Caries Dental en las personas según la edad, sexo y nivel de Escolaridad.

Variable	Clasificación	Escala	Descripción	Indicador
Caries dental	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si	Cavidad dentaria clínica tratada o sin tratar	Por cientos
		No	No cavidad dentaria clínica tratada o sin tratar	
Edad	Cuantitativa discreta	5-6, 12, 15, 18, 35-54 y 60-74	Según edad cumplida en años	
Sexo	Cualitativa Nominal Dicotómica	Masculino Femenino	Según sexo biológico	
Nivel de escolaridad	Cualitativa Ordinal	No escolarizado Primaria sin terminar Primaria terminada Secundaria	Según grado de escolaridad vencido	

		Preuniversitario Universitario		
--	--	-----------------------------------	--	--

Objetivo 2: Determinar la severidad de la Caries Dental según tipo de dentición, grupos de edades y sexo.

Variable	Clasificación	Escala	Descripción	Indicador
Severidad de la Caries Dental	Cualitativa Nominal Politómica	Cariado	Cavidad con esmalte socavado o un suelo o pared ablandada, obturación temporal, corona destruida y sólo queda la raíz, obturación con residiva de caries.	Índice COP-D y sus compo- nentes
		Obturado	Corona con restauraciones permanentes por Caries Dental.	
		Diente extraído	Diente extraídos debido a la presencia de Caries Dental. Dientes primarios que no corresponden exfoliación normal	
		Extracción indicada	Dientes que deben ser extraídos por caries Dental	Índice
		Perdido	Sumatoria de los dientes permanentes extraídos y con extracción indicada	
Tipo de dentición	Cualitativa Nominal Dicotómica	Temporal	Inicia aproximadamente al séptimo mes del nacimiento y suele terminar a los 30 meses.	Ceo-d y sus compo- nentes
		Perma-nente	Sustituye a los dientes temporales, compuesta por 32 dientes que termina alrededor de los 25 años.	

Índice CPO-D:

Señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados. Se obtiene de la sumatoria de los dientes permanentes Cariados, Perdidos y Obturados, incluyendo las Extracciones Indicadas, entre el total de individuos examinados, por lo cual es un Promedio. Se consideran

sólo 28 dientes.

Índice ceo-d:

Se obtiene de igual manera pero considerando sólo los dientes temporales cariados, extraídos y obturados. Se consideran 20 dientes.

Objetivo 3: Describir la frecuencia de factores de riesgos para Caries Dental según grupos de edades y sexo.

Variable	Clasificación	Escala	Descripción	Indicador
Higiene Bucal	Cualitativa Nominal Dicotómica	Aceptable	Índice de Love menor del 20%	Por cientos
		Deficiente	Índice de Love igual o mayor al 20%	
Experiencia Anterior de Caries	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si	COP-D y ceo-d mayor a cero	
		No	COP-D y ceo-d igual a cero	
Afecciones del esmalte	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si	Alteraciones clínicas del esmalte	
		No	Esmalte sano	
Recesión Gingival	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si	Migración apical de la encía	
		No	Encía en posición fisiológica	
Maloclusión	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si	Posición anormal de los arcos dentarios	
		No	Armonía en la posición dentaria en los arcos	
Dieta cariogénica	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si	Ingestión entre las comidas de alimentos cariogénicos	
		No	Ingestión de alimentos cariogénicos asociados a las comidas.	

Índice de Love: Se obtendrá a partir de la tinsión con tabletas reveladoras de Plac-dent de las superficies dentarias, se tabularán las superficies dentarias presentes y las coloreadas, calculando el por ciento de estas últimas.

II.3 Aspectos Éticos

Para la realización del trabajo se mantuvo en todo momento un nivel ético y profesional para la realización de las encuestas confeccionadas al efecto teniendo en cuenta la importancia del estudio y manteniendo la veracidad de la información contenida en las encuestas. Evitando en todo momento la divulgación de la identidad de los pacientes objetos de nuestra investigación. Se obtiene la aceptación del paciente a formar parte del estudio a través del consentimiento informado. (Anexo 1)

II.4 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Se realizó revisión por Internet, textos, revistas y otros documentos para conformar el marco teórico conceptual de la investigación.

El examen clínico e interrogatorio se realizó en la clínica en condiciones óptimas, los pacientes sentados cómodamente en el sillón y con la ayuda de un instrumental de examen y diagnóstico, la información fue reflejada en el formulario confeccionado al efecto. (Anexo 2)

Los datos fueron procesados a través de una base de datos Excel y los resultados se mostraron en tablas y gráficos que se crearon al efecto para su mejor comprensión y análisis, utilizando métodos inductivos – deductivos.

III. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

Cuadro 1. Muestra la distribución de los pacientes según la edad y el sexo, 77 de ellos corresponden al masculino para el 51.33% y 73 al femenino para el 48.67% Aunque no es mucha la diferencia del sexo masculino con el femenino fundamentalmente está dado por existir mayor número de pacientes masculinos en los grupos de 5-6 el 56% son masculino, el 52% de 15, el 56% 35-54 y de 60-74 el 68%.

El sexo se comporta como en el resto del mundo, con un predominio de nacimientos masculinos, afectados después con una sobre mortalidad, dada por las guerras liberadoras, estilos de vidas con mayor riesgo para su salud que las mujeres (Del Valle Zelenenco O. Factores de riesgo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal del Adulto Mayor. ⁽⁴⁵⁾

La estructura de la población por sexo está determinada por una serie de factores. La proporción de varones y hembras al nacer es prácticamente constante 103 a 106 varones por cada 100 mujeres, la misma se va igualando después de los 40 años por una sobremortalidad masculina. Magnitud y dirección del proceso migratorio entre países y dentro de un país, la influencia está dada porque como regla emigran más los hombres, algunos países subdesarrollados se mantienen más hombres que mujeres, lo que se relaciona con la alta mortalidad femenina en edad reproductiva. Influyen también las guerras, donde mueren más hombres que mujeres, además los hombres tienen trabajos más complejos y están más propensos a accidentes.

Cuadro 2. Este cuadro nos muestra el grado de escolaridad de los pacientes examinados, el 37.33% de ellos tiene primaria terminada correspondiendo fundamentalmente a las edades de 12 y 15 años, el 28 % preuniversitario dado por los pacientes de 18 años, 35-54 y 60-74 y un 18.67% primaria sin terminar incluidos aquí los pacientes del grupo de 5-6 años.

Resultados similares se obtienen en un Análisis de la Situación de Salud en Cienfuegos donde según el nivel de escolaridad, predominó la enseñanza primaria terminada para un 43,9%, seguido por la secundaria básica con un 26,8%. ⁽⁴⁶⁾

El cuadro .3 Muestra que el índice ceo-d según edad y componentes, siendo de 3.2 en los pacientes examinados. El componente obturado con un índice de 2,00 es el más afectado, seguido por el componente cariado con 1.08, estos resultados coincide con estudios realizados por los doctores Méndez y Lovera en Estado Nueva Esparta, Venezuela. ⁽²²⁾

Resultados similares se obtienen al realizar un estudio de la población Cubana en el año 1995 en el país El índice ceo-d y COP-D en la población de 5 y 6 años de edad en el país fue de 2,21 en dientes temporales y de 0,17 en dientes permanentes. ⁽⁴³⁾

Varios autores investigan acerca de la aparición de la caries dental durante los primeros años después de haber brotado la primera dentición, los cuales coinciden con nuestros resultados. ^(2, 4,17)

Messer en sus estudios demuestra que la caries de la primera infancia, que afecta a los dientes temporales, involucra a varios dientes en forma rápida y afecta al resto de las denticiones. ⁽⁴⁴⁾

La caries de la primera infancia, que afecta a los dientes temporales según su cronología de erupción, involucra a varios dientes en forma rápida, lo que ocasiona un significativo desarrollo de caries en la dentición temporal y posteriormente en la permanente. Se plantea que los niños con caries de la primera infancia presentan el doble de dientes cariados, obturados y perdidos a los 4 y 6 años de edad en relación con los que no las poseen. ⁽⁴⁷⁾

Varios autores investigan acerca de la aparición de la caries dental durante los primeros años después de haber brotado la primera dentición, los cuales coinciden con nuestros resultados Messer en sus estudios demuestra que la caries de la primera infancia, que afecta a los dientes temporales, involucra a varios dientes en forma rápida y afecta al resto de las denticiones ⁽⁴⁴⁾

Es probable que la atención de la dentición primaria se considere de baja prioridad, debida básicamente a su carácter temporal. Este concepto es limitado si tomamos en cuenta las consecuencias que la caries dental tiene en los niños, entre ellos se encuentran: las molestias que el proceso infeccioso produce, los trastornos que se ocasionan en la oclusión por pérdida de espacio a la extracción temprana de diente temporales; las dificultades para realizar una buena masticación y la asociación que existe entre un índice elevado de caries en la dentición primaria con índices altos en la dentición permanente. ^(26,27)

Cuadro 4 Observamos el índice de ceo-d según sexo y componentes siendo el sexo femenino el mas elevado con un valor de 3.55, aunque no es tan significativo si tenemos en cuenta que el sexo masculino obtiene 2.93.El componente mas afectado en el sexo femenino son los obturados con un índice de 1.73, seguido por el componente cariado con un índice de 1.64, el sexo masculino se comporta similar donde el componente obturado es el mas afectado con un índice de 2.21, seguido por los cariados con un índice de 0.64; en el caso del componente extraído en el sexo femenino se obtiene un índice de 0.18 y en el masculino de 0.07.

Resultados similares se obtienen en algunos estudios que reflejan que el sexo femenino resulta más afectado por caries dental, mostrando mayor cantidad de dientes obturados y menor cantidad de dientes perdidos en relación al sexo masculino. Se dice que en el sexo femenino la secreción salival es menor y además está más sometido a variaciones hormonales. ⁽⁴⁸⁾

La afectación por caries dental en los grupos de edades estudiados fue similar a lo encontrado por Triana en Colombia, que obtuvo el 25 % de niños afectados por caries dental, mientras que estudios hechos por Nalweyiso en Uganda, reportan una prevalencia del 50,2 % y 56 %, respectivamente. La Encuesta Nacional de Salud Oral realizada por el MINSAP de Cuba en 1998, encontró el 42 % de niños afectados por caries dental en estas edades. La distribución por género se comporta de forma similar para ambos, con un ligero predominio del sexo masculino. En cuanto al promedio de dientes afectados, se coincide con los resultados obtenidos por Rodríguez Lorenzo en su estudio realizado en Ciudad de La Habana, en la cual la mayoría de los niños afectados presentaron de 1 a 3 dientes cariados. ⁽⁴³⁾

Cuadro .5 muestra el índice de COP-D según edad y sus componentes en la dentición permanente al analizar la incidencia de caries dental, en los resultados obtenidos, en nuestra investigación encontramos una tendencia a aumentar del índice de caries a medida que se incrementa la edad, hasta alcanzar valores de (19.24) en la población de 60-74 años, justificado por el aumento de los dientes perdidos donde el índice es de (16.44), seguido por los pacientes del grupo de 35 a 54 años donde se obtiene un índice de (11.00); el componente C(cariados) el índice muestra valores significativos en la edad de 18 años (1.80) para un COP-D total de (6.76) ,disminuyendo el valor en la edad de 60 -74años (0.40) debido a que disminuye el número de dientes presentes en la boca, en cuanto al componente obturado el índice mas elevado es de (4.92) en los pacientes de 35-44 años de ahí que la acción sobre la caries y Periodontopatías, fundamentalmente en la población infantil y adulto joven y el aumento de labores educativas que logran una buena motivación permitirá la importancia de mantener sus dientes sanos y con ello una buena salud bucal, el índice total de nuestra población es de (7.81) a expensas del componente perdido con un índice de (4.03) y el componente obturado con un índice de (2.86) Estos resultados coinciden con estudios de la literatura revisada que plantean que este índice muestra valores similares en estos grupos de edades, realizados por las Doctoras Natividad y Betancourt en Ciudad de La Habana. ⁽²⁸⁾

En España estudios anteriores demuestran que el índice de caries en dentición permanente aumenta con la edad, prevaleciendo 4.1 a los 15 años, así como investigaciones realizadas con adolescentes Mexicanos hasta 19 años el volumen de índice de caries también es alto en relación a la edad, siendo de 7,2, resultados estos similares con nuestro estudio. La adolescencia es un período de riesgo para la salud

bucal donde la caries dental aumenta, lo que puede ser prevenido con práctica de auto cuidado y medida de protección específica. ⁽²⁹⁾

La frecuencia de caries dental, medida por el Índice COP-D (número de dientes cariados, obturados y perdidos) reportados en cinco países latinoamericanos, todos ellos realizados con personas mayores de 60 años, reportaron los siguientes datos: Brasil 27,2, Costa Rica 26,1, Cuba 28,0, Chile 24,7 y Venezuela 19,1. El componente pieza dental perdida, fue el más frecuente del Índice COP-D. ⁽⁴⁹⁾

Los anteriores resultados advierten de la masiva pérdida de los dientes naturales en las personas adultas mayores y de la alta frecuencia de caries dental que sufren los dientes remanentes. ⁽⁴⁹⁾

El adecuado estado de la salud bucal permite mantener funciones vitales como la alimentación, la comunicación y el afecto. Un indicador de la salud bucal es el índice de caries dental (sumatoria de número de dientes cariados, perdidos y obturados: CPOD). Este índice, muestra problemas no resueltos, presentes y futuros, además de ser ampliamente utilizado en estudios epidemiológicos para estimar la magnitud de problemas de salud bucal. ⁽⁵⁰⁾

El cuadro 6 nos muestra el índice de COP-D según el sexo y componentes, en nuestro estudio el sexo mas afectado es el masculino obteniéndose un COP-D de (8.7), y el femenino con un índice de (6.7). El componente mas afectado en ambos sexos son los perdidos, con un índice de (4.03), el masculino con un índice de (4.92) y el femenino con un índice de (3.08), el componente obturado el índice es de (2.86) y tanto en el sexo masculino(2.84) como en el femenino(2.88) se comportan similares.

En una investigación realizada en la Universidad Autónoma Nacional De México se realizo un trabajo relacionado con el numero de caries según sexo en el año 92 encontrándose que las mujeres tienen más dientes cariados que los hombres (hombres 6.33, de 5.41, mujeres 7.51, DE 5.18. Esto contradice los resultados obtenidos en nuestra investigación, donde el sexo Masculino obtuvo mayor índice. Lo que debe estar influenciado por la diferencia entre el número de pacientes mujeres y hombres, como se refleja en el cuadro 6.

Otros resultados muestran que el análisis de caries dental por sexo, se observó que las mujeres fueron las más afectadas, sin embargo, presentaron en mayor número dientes tratados (28,21 %) y menor porcentaje de afección por gingivitis (10,97 %).

Este mismo comportamiento se ha visto en población adulta. Es probable que la mayor prevalencia de daños en las mujeres, se deba al inicio temprano de la erupción dental. Esto origina que las mujeres se encuentren expuestas a más temprana edad a factores cariogénicos y a necesidades de tratamiento. ⁽⁵⁰⁾

Este estudio concuerda con los resultados de nuestra investigación realizado en la Universidad de Carolina del Norte, en un segundo estudio sobre la prevalencia de caries, plantea como resultado que las mujeres presentan cifras más bajas que los hombres; otras investigaciones plantean que las mujeres tienen una tasa de prevalencia de caries dental más alta y sustentan que es debido a la erupción temprana de los dientes en las mujeres, a pesar de que muchos investigadores han encontrado diferencias entre los sexos aún descontando la erupción más temprana. ⁽⁵⁸⁾

El cuadro 7 nos muestra el índice de COP-D según escolaridad observándose que los no escolarizados poseen el índice más elevado siendo de (22.60), estos pacientes están incluidos 4 en el grupo de 60-74 años y 1 en el de 35-54 años, estos resultados coinciden con los expuestos en el cuadro numero 5 que a medida que aumenta la edad aumenta el índice de COP-D; seguidos por el grupo de universitarios con un índice de (12.37) de ellos 4 pacientes de 35-54 años y 4 de 60 a 74 años y luego preuniversitario con un índice de (9.83). Como relevante señalar que el índice del componente perdido en los no escolarizados es de (21.6), seguidos por los universitarios con un índice de (6.88), en el caso del componente obturado los índices mas afectados son el universitario con (4.88) y el preuniversitario con (4.12), el componente cariado los índices de preuniversitario con (1.29) y secundaria con (1.27).

El nivel de escolaridad es un factor indispensable que debemos tener en cuenta para poder realizar acciones de salud acorde a nuestra especialidad, en dependencia de ello se podrán evaluar técnicas y procedimientos necesarios para lograr el objetivo del trabajo diario. ⁽⁵¹⁾

El bajo nivel de escolaridad no determina en la aparición de una enfermedad sin embargo el escaso nivel intelectual si influye de forma negativa, ya que estos pacientes serán pocos receptivos ante las actividades orientadas para mantener una adecuada salud bucodental.

Trabajos realizados por otros autores como el de la Dra. Aldereguia, plantean que una baja escolaridad puede exponer al individuo a la enfermedad, mientras que la alta escolaridad lo protege de riesgos específicos para su salud al permitirle una vida mas

higiénica, disciplinada y sistemática, ya que amplía los aspectos cognoscitivos de la imagen del mundo y por consiguiente de la salud y de la enfermedad, así como una mayor capacidad para saber orientarse y autorregular su comportamiento.

A medida que comienza a aumentar la escolaridad, el individuo adopta un enfoque de mejor calidad de vida. La escolaridad no solo es un factor que enriquece el crecimiento espiritual del hombre y transforma sus valores, sino también un componente importante en la cultura y educación que permite mejorar la comprensión de fenómenos sociales y su enfrentamiento. Generalmente, cuando la escolaridad en la comunidad es baja, es favorable la falta de comprensión en la utilización de los medios de prevención y control de la salud, lo que entorpece la comunicación social o constituye un factor de riesgo. ⁽⁵¹⁾

El cuadro 8 Nos muestra la frecuencia de los factores de riesgos según la edad observamos que el factor que mas predomino fue la experiencia anterior de caries afectando al 60.67% de la población examinada siendo el grupo mas afectado el de 35 a 54 años con el 88%, el otro factor de riesgo es la higiene bucal deficiente con el 44%, coincidiendo también con el grupo de 35 a 54 años los de mas afectados con el 64 %, seguido por la dieta cariogénica con el 38% de nuestros pacientes examinados siendo el grupo de 18 años el de mas elevado índice con el 64%. Como algo significativo debemos señalar que el 68% de los pacientes de 60-74 años están afectados por alguna enfermedad sistémica predominando la hipertensión arterial.

En otros estudios epidemiológicos se ha obtenido correlación significativa entre la experiencia anterior de caries dentales en dentición temporal, dentición permanente o ambas con la actividad posterior de caries. Basado en estos datos se han propuesto programas de prevención de caries dental que sugieren definir el riesgo tomando en cuenta, entre otras la existencia previa de caries, considerándola como una variable clínica de importancia. Estos resultados son similares a lo expresado por Zurro, quien planteo que la experiencia anterior de caries dental origina mayor probabilidad de desarrollar la enfermedad y aumentar el riesgo de severidad de las lesiones. ⁽⁵⁷⁾

Otros estudios realizados señalan que la experiencia anterior de caries es un indicador de riesgo altamente confiable que se realiza mediante índices epidemiológicos. En esta investigación los valores encontrados fueron bajos, solo coinciden los resultados obtenidos por Pitts en el Reino Unido, quien obtuvo un índice

ceo-d=0,75, no siendo así con otros autores en distintas partes del mundo, como Feitosa en Recife, Brasil, que reporta un ceo-d=2,06; Martinicora en Navarra, España refiere un ceo-d=1,28 en estas edades. Se plantea que la caries de la primera infancia, que afecta a los dientes temporales según su cronología de erupción, involucra a varios dientes en forma rápida, lo que ocasiona un significativo desarrollo de caries en la dentición temporal y posteriormente en la permanente. ⁽⁵⁶⁾

La higiene es un factor de riesgo que influye de forma determinante en la aparición de esta infección de la cavidad bucal; constituye un punto importante en el que el aspecto educativo tiene un papel fundamental. Comienza desde la casa con la participación de los padres y debe continuar en la escuela donde maestros y auxiliares pedagógicas pueden ayudar a controlar este riesgo y así evitar que aparezcan las caries dentales. Numerosos autores confirman que la mala higiene bucal es un riesgo significativo en la caries dental, y que se encuentra relacionada con su prevalencia. ^(7,15)

Diversos estudios confirman que una buena higiene bucal tiene un gran impacto en la futura salud dental, por lo que se deben cambiar los hábitos de higiene inadecuados para prevenir las caries. Se recomienda el cepillado dental; si se realiza solamente una vez al día contribuye a la mala higiene bucal, y la confirma como un factor de riesgo, pero si su uso es adecuado contribuye a su prevención, particularmente si se utilizan dentífricos fluorado. ⁽⁵³⁾

En relación con la dieta cariogénica, se ha demostrado que puede dañar directa o indirectamente la cavidad bucal, afecta los dientes por caries o enfermedad periodontal, y a su vez eleva la pérdida de éstos, lo que repercute en el equilibrio del aparato masticatorio y la salud general. ⁽⁵⁷⁾

Otros estudios revisados con respecto a los factores de riesgo para la salud bucal que poseen las personas de la tercera edad, se constató que los más frecuentes fueron la higiene bucal deficiente para un 85,3% y la dieta cariogénica con un 73,1%. Los factores de riesgo coinciden con investigaciones realizadas por Munevar Torres, donde se comprobó que gran parte de los examinados poseían alto índice de higiene bucal inadecuada. ⁽⁵⁷⁾

Cuadro 9 Este cuadro nos muestra los factores de riesgos presente en la población examinada según sexo, los factores de riesgo pueden ser tanto indicadores de riesgo como causa de daño a la salud. En el caso de nuestro estudio la experiencia anterior de caries fue el factor de riesgo que mas predomino para un 60.67%, el sexo femenino

fue el mas afectado con 61.64% y el masculino con el 59.74%, seguido por la higiene bucal deficiente con el 44 % siendo también el sexo femenino el mas afectado con el 46.57% y el masculino con 41.56% ,el otro factor de riesgo que mas afecto a nuestros pacientes fue la dieta cariogénica con el 38% siendo aquí el sexo masculino el mas afectado con el 38.96% y el femenino 36.99%.

La experiencia anterior de caries es considerada como una variable clínica de importancia, ya que es tempranas conforma los nichos ecológicos que favorecen su aparición posterior , hecho que es estudiado por varios autores con resultados similares a los nuestros.⁽²²⁾

Nuestros resultados coinciden con otros estudios donde la higiene bucal deficiente fue otro factor que predomina en este estudio con un alto porcentaje; resultados similares obtuvo Duque de Estrada con el 75,8 % en nuestro país, la cual confirma que la mala higiene bucal es un riesgo significativo de caries dental relacionado con su prevalencia. Diversas investigaciones efectuadas por Clarke reconocen que una buena higiene bucal tiene un gran impacto en la futura salud dental, por lo que se deben cambiar los hábitos de higiene bucal inadecuados para prevenir las caries. ⁽⁵⁷⁾

En cuanto a la higiene bucal nuestros resultados se asocian a los de numerosos estudios que confirman que la mala higiene bucal es un riesgo significativo en la caries dental que se encuentran con la prevalencia de caries. ⁽⁵⁷⁾

El sexo femenino fue el que más problemas presento con la higiene bucal elemento este que demuestra que desde edades muy tempranas la mujer juega un rol decisivo en la familia. ⁽⁵⁷⁾

Estudios realizados en jubilados de Madrid, España, muestran un alto predominio de higiene bucal deficiente por no tener la costumbre de cepillar habitualmente sus dientes o sus prótesis dentales.⁴⁵

La higiene bucal descuidada en los adultos mayores favorece el acumulo de placa que disminuye el PH bucal, lo que favorece el desarrollo de la candida Albicans, la influencia de la misma puede consistir en su deletérea acción enzimática sobre los tejidos, o entorpeciendo y dificultando la respuesta inmunológica de la mucosa ante los microorganismo.⁽⁵³⁾

Sabemos que es muy difícil lograr grandes cambios de conducta, pues estos son patrones o hábitos arraigados de nuestra población, por lo que nosotros debemos de

buscar los métodos mas eficaces de promoción y prevención para tratar de modificar los horarios de ingerir dieta cariogénica en la población por los daños que ocasionan influyendo en la aparición o agravamiento de la caries dental, la enfermedad periodontal y las maloclusiones. ⁽²⁹⁾

Coincidiendo con nuestro trabajo uno de los factores de riesgo que mayor prevalencia en otros estudio fue el consumo de dieta cariogénica, avalado por estudios epidemiológicos de las poblaciones contemporáneas y evaluaciones clínicas realizados por Duque de Estrada, Gispert Abreu (citado anteriormente) y Sheiham, los cuales apoyan fuertemente la conclusión de que la mayor causa de caries dental en la edad infantil es el consumo frecuente de comidas que contienen azúcar, por lo que concuerda con las investigaciones realizadas por Van Lovere, que plantean que para la prevención de la caries dental es necesario el control de hábitos dietéticos, para lo cual recomienda la reducción de la frecuencia de ingestión de carbohidratos fermentables. ⁽²⁹⁾

CONCLUSIONES

-En nuestro estudio predomino el sexo masculino y la escolaridad primaria terminada

-El índice ceo-d es alto

-El índice de COP-D aumenta a medida que se incrementa la edad.

-El sexo mas afectado en nuestro estudio según el COP-D es el masculino y según el grado de escolaridad los analfabetos.

-Los factores de riesgos que predominaron en nuestra investigación fueron la experiencia anterior de caries, la higiene bucal deficiente y la dieta cariogénica y el grupo mas afectado es el de 35-54 años.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adriano Anaya C, Caudillo Joya T, Gómez Castellanos A. Epidemiología estomatológica. México D F: [sn]; 2001.p. 43-44.
2. Dotres Martínez C. Desafíos y contribuciones en los albores del siglo XXI. En: II congreso de directores municipales de salud en las América. Habana; 1977.
3. Cuba. Ministerio de salud pública. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la población. La Habana: Ciencias Médicas; 1992.p.49:67-8.79.
4. Dirección General de Salud Pública. Consellería de sanitat generalitat valenciana. Actualización Pediátrica en la promoción de salud buco dental infantil. Valencia [sn]; 1996
5. Llodra L C. Nuevo enfoque en cariología. Conferencia organizada por el ISCM de Santiago de Cuba y la Facultad odontológica de Granada; 2001.
6. Tejeiro A. El conocimiento de la Morbilidad. Algunas experiencias cubanas. La Habana: ISS; 2001.
7. Mena García E. Epidemiología bucal (conceptos básicos). Venezuela: OLEDO – UDUAL; 1992.
8. Piquet G. Las tres fases de la medicina preventiva en América. Bol Of Sanit Panam 1977; 82: 397-40.
9. Rodríguez Calzadilla A. Atención Primaria en Estomatología: Su articulación con el médico de la familia. Revista Cubana Estomatología 2001; 8(1): 28-39.
10. Rodríguez García L D, Geordini Martínez R, Lote Lóriga M, Jiménez Valdés V, Echavarría González S, Calderón Sosa A. Factores de riesgo y prevalencia de caries en las edades tempranas (0-5años) en escolares y adolescentes. La Habana; 2005.
11. Barranco Money J. Operatoria dental. La Habana: Científico Técnica; 1985.p. 176-226.
12. Fantinato V, Munhoz W C, Roja J R, Rigo M A do, Jorge A D C. Avalatió do risco de caries em crianças com e sem orientacao domiciliar de saúde bucal. Rev. Odontol. UNICID; 2000; 12 (1): 23-33.
13. MASSO: El manual de odontología. Barcelona: [sn]; 2002.p. 73-112.

14. Rodríguez Rodríguez M C, Pimentel H E C. Puede la leche humana llegar a producir caries ¿Por qué y como? Acta Odontol Venezuela; 1998; 36 (1): 39-45.
15. Martínez Padillas de los Á; Tan Suárez N; Alonso Montes de Oca C; Más Sarabia M. Morbilidad por caries dental asociada a factores de riesgo biológico en niños. Revista "Archivo Médico de Camagüey" 2006; 10(1) ISSN 1025-0255. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2006/v10n1-2006/2011.pdf>. Consultado 31-8-10.
16. Gómez Santos G. II Estudio Epidemiológico de la salud buco dental infantil en Canarias, 2001.
17. Garrigó Andreu M I, Sardiña Alayón S, Gispert Abreu E, Valdés García P, Legón Padilla N, Fuentes Balido J. Guías Prácticas de Estomatología. El Sistema de Salud Cubana. La Habana: Ciencias Médicas; 2003.p. 14-5. 21, 493.
18. Pavón L H. Evaluación de los servicios de salud. Instituto de Salud Pública. España; 2001.p.72.
19. Gispert A, Estrada de los A: Modulo II, tema I. Prevención en Estomatología General Integral; 2001.
20. Organización Panamericana de la Salud. Declaraciones de Montreal. Revista Cubana Salud Pública 1997; 23 (1-2): 101-2.
21. Comas RM, Rojas V. Estudio epidemiológico de la caries dental en el primer molar permanente en niños de 6-9 años de edad en la comuna de Río Hurtado. Revista Facultad Odontológica Universidad de Chile; 2002; 17 (2): 42-7.
22. Méndez, D. Caricote, N. Prevalencia de Caries Dental en Escolares de 6 a 12 años de edad del Municipio Antolín del Campo, Estado Nueva Esparta, Venezuela. (2002-2003).
23. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia. ws" edición electrónica Diciembre 2003.
24. Rodríguez Calzadilla A, Valiente Zaldívar C. Estrategias y resultados de la atención estomatológica a niños y adolescentes. Revista Cubana Estomatología 2003; 40(1).
25. Irigoyen ME, Zepeda Marco A, Sánchez L, Molina N. Prevalencia e incidencia de caries dental y hábitos de higiene bucal en un grupo de escolares del sur de la ciudad de [México](#): estudio de seguimiento longitudinal. Revista ADM 2001; 58(3): 99-104.

26. Argentieri A, Pistochini A. Selladores: fundamentos y aplicación. Bol Asoc Argent Odontol P Niños 2000; 29(2): 3-9.
27. Irigoyen .ME. Estudio epidemiológico de caries dental en escolares D.F.Línea basal del programa de fluoración de la sal. Tesis. Universidad Autónoma de México, México F1997.
28. Salud bucal de la población. Policlínicos "Plaza de la Revolución" y "Héroes del Moncada", 1999-2001.
29. Moreno-Altamirano A, Carreón-García J, Alvear-Galindo G, López-Moreno S, Vega-Franco L. Riesgo de caries en escolares de escuelas oficiales de la Ciudad de México. Revista Mexicana Pediatría. 2001; 68:228-33.
30. San Martín H. Martín AC, Carrasco JL. Epidemiología. Investigación práctica Madrid Editorial. Díaz Santos; 1990.

ANEXO No. 2

FORMULARIO

**Investigación: Caracterización clínico epidemiológico de la Caries Dental.
Consultorio 63. Bayamo. 2009.**

Autor: Dra. Pilar de los Ángeles Herrero Escobar.

Nombres y apellidos: _____

1- Edad: _____

2- SEXO:

Masculino_____

Femenino_____

3. Nivel de Escolaridad

- No escolarizado_____
- Primaria sin terminar_____
- Primaria_____
- Secundaria_____
- Preuniversitario_____
- Técnico medio_____
- Universitario_____

4- Estado de la dentición

Temporal	Total dientes
➤ Sano
➤ Cariado
➤ Obturado
➤ Extraído
➤ Extracción indicada
➤ Perdido

Permanentes	Total Dientes
➤ Sano
➤ Cariados
➤ Obturado
➤ Extraído
➤ Extracción Indicada
➤ Perdido

5- Factores de riesgo

1. Higiene Bucal Deficiente
2. Experiencia Anterior de caries
3. Recesión Gingival
4. Afección del esmalte
5. Maloclusiones
6. Dieta Cariogénica

Cuadro 1
Población examinada según edad y sexo.

Edad (años)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%		
5-6	14	56.00	11	44.00	25	16.67
12	10	40.00	15	60.00	25	16.67
15	13	52.00	12	48.00	25	16.67
18	9	36.00	16	64.00	25	16.67
35-54	14	56.00	11	44.00	25	16.67
60-74	17	68.00	8	32.00	25	16.67
TOTAL	77	51.33	73	48.67	150	100.0

Cuadro 2
Prevalencia de Caries Dental según grupos de edades.

Grupos de edades	Prevalencia	
	por Caries Dental	
	Afectados	%
5-6 n=25	19	76.00
12 n=25	20	80.00
15 n=25	23	92.00
18 n=25	21	84.00
35-54 n=25	22	88.00
60-74 n=25	24	96.00
Total n=150	129	86.00

Cuadro 3

Prevalencia de Caries Dental según sexo.

Sexo	Prevalencia por Caries Dental	
	Afectados	%
Masculino n=77	66	85.71
Femenino n=73	63	86.30
Total n=150	129	86.00

Cuadro 4

Población examinada según grado de escolaridad.

Escolaridad	Total	
	No.	%
No escolarizado	5	3.33
Primaria sin terminar	28	18.67
Primaria terminada	56	37.33
Secundaria	11	7.33
Preuniversitario	42	28.00
Universitario	8	5.33
Total	150	100

Cuadro 5

Índice de ceo-d según edad y componentes.

Edad	Examinados	cariados		obturados		extraídos		ceo-d	
		No.	Índice	No.	Índice	No.	Índice	No.	Índice
5 – 6	25	27	1.08	50	2.00	3	0.12	80	3.20

Cuadro 6

Índice de CEO-D según sexo y componentes.

Sexo	Examinados	cariados		obturados		extraídos		ceo-d	
		No.	Índice	No.	Índice	No.	Índice	No.	Índice
Masculino	14	9	0.64	31	2.21	1	0.07	41	2.93
Femenino	11	18	1.64	19	1.73	2	0.18	39	3.55
Total	25	27	1.08	50	2.00	3	0.12	80	3.20

Cuadro 7**Índice COP-D según edad y componentes.**

Edad	Examinados	Cariados		Obturados		Perdidos		Extracción Indicada		COP _ D	
		No.	Índice	No.	Índice	No.	Índice	No.	Índice	No.	Índice
5 - 6	25	8	0.32	5	0.20	0	0.00	0	0.00	13	0.52
12	25	8	0.32	80	3.20	27	1.08	5	0.20	115	4.60
15	25	27	1.08	72	2.88	19	0.76	4	0.16	118	4.72
18	25	45	1.80	89	3.56	35	1.40	11	0.44	169	6.76
35 - 54	25	40	1.60	123	4.92	112	4.48	9	0.36	275	11.00
60-74	25	10	0.40	60	2.40	411	16.44	5	0.20	481	19.24
Total	150	138	0.92	429	2.86	604	4.03	34	1.36	1171	7.81

Cuadro 8**Índice COP-D según sexo y componentes.**

Sexo	Examinados	Cariados		Obturados		Perdidos		Extracción Indicada		COP _ D	
		No.	Índice	No.	Índice	No.	Índice	No.	Índice	No.	Índice
Masculino	77	78	1.01	219	2.84	379	4.92	10	0.13	676	8.77
Femenino	73	60	0.82	210	2.88	225	3.08	24	0.33	495	6.78
Total	150	138	0.92	429	2.86	604	4.03	34	0.23	1171	7.81

Cuadro 9

Índice COP-D según Escolaridad.

Escolaridad	Examinados	Cariados		Obturados		Perdidos		Extracciones Indicadas		COP
		No.	Índice	No.	Índice	No.	Índice	No.	Índice	
escolarizados	5	0	0.00	5	1.00	108	21.6	0	0.00	113
aria sin terminar	28	32	1.14	55	1.96	56	2.00	0	0.00	143
Primaria	56	33	0.05	134	2.39	174	3.10	11	1.20	341
Secundaria	11	14	1.27	23	2.09	25	2.27	3	0.27	62
Preuniversitario	42	54	1.29	173	4.12	186	4.43	20	0.48	413
Universitario	8	5	0.62	39	4.88	55	6.88	0	0.00	99
Total	150	138	0.92	429	2.86	604	4.03	34	0.23	1171

Cuadro 10

Frecuencia de factores de riesgo según edad.

Factores de riesgo	Edad													
	5 – 6		12		15		18		35-54		60-74		TOTAL	
	n = 25		n = 25		n = 25		n = 25		n = 25		n = 25		n = 150	
	No	%	No	%										
Higiene bucal deficiente	11	44.00	4	16.00	11	44.00	15	60.00	16	64.00	9	36.00	66	44.00
Experiencia anterior de caries	19	76.00	20	80.00	23	92.00	21	84.00	22	88.00	24	96.00	129	86.00
Dieta cariogénica	5	20.00	4	16.00	16	64.00	7	28.00	14	56.00	11	44.00	57	38.00
Maloclusión	8	32.00	8	32.00	4	16.00	6	24.00	1	4.00	6	24.00	33	22.00
Resecación Gingival	0	0.00	0	0.00	0	0.00	3	12.00	7	28.00	4	16.00	14	9.33
Afección del esmalte	5	20.00	4	16.00	3	12.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	12	8.00

Cuadro 11

Factores de riesgo presente en población examinada según sexo.

Factores de riesgo	Sexo					
	Masculino		Femenino		TOTAL	
	n = 77		n = 73		n = 150	
	No.	%	No	%	No	%
Higiene bucal deficiente	32	41.56	34	46.57	66	44.00
Experiencia anterior de caries	66	85.71	63	86.30	129	86.00
Dieta cariogénica	30	38.96	27	36.99	57	38.00
Maloclusión	11	14.28	22	30.14	33	22.00
Resección Gingival	7	9.09	7	9.59	14	9.33
Afección del esmalte	7	9.09	5	6.85	12	8.00

¡Especialista de I Grado en EGI. Profesor Instructor