

Salud bucodental en los niños: ¿debemos mejorar su educación?

Júlia Morata Alba^a, Laia Morata Alba^b

^aServicio de Pediatría. Hospital Lluís Alcanyís. Játiva. Valencia. España • ^bMédico de Familia. CS Enguera.

Departamento Xàtiva-Ontinyent. Valencia. España.

Publicado en Internet:
7-noviembre-2019

Júlia Morata Alba:
juliamorataalba@gmail.com

Resumen

La caries dental es una enfermedad infecciosa caracterizada por la destrucción de los tejidos duros dentarios. Es la enfermedad infantil crónica más común, pero es preventible y curable. La salud bucodental se define como la ausencia de dolor orofacial, llagas bucales, infecciones, caries y enfermedades periodontales. Disponer de una buena salud bucodental es fundamental para gozar de una buena salud y buena calidad de vida. Se realiza un estudio descriptivo de la higiene y salud bucodental de una población pediátrica.

Palabras clave:

- Caries dental
- Fluoruro de sodio
- Higiene bucal

Abstract

Dental caries is an infectious disease characterized by the destruction of hard dental tissues. It is the most common chronic disease in children, yet it is preventable and curable. Oral health is defined as the absence of orofacial pain, mouth sores, infections, caries and periodontal disease. A good oral health is essential to enjoy a good overall health and quality of life. We performed a descriptive study of the oral health and hygiene in a paediatric population.

INTRODUCCIÓN

La salud bucodental se define como la ausencia de dolor orofacial, llagas bucales, infecciones, caries y enfermedades periodontales. Disponer de una buena salud bucodental es fundamental para gozar de una buena salud y calidad de vida y a veces puede llegar a ser olvidada.

La caries dental es la enfermedad infantil crónica más común, pero es preventible y curable. Según la última Encuesta Nacional sobre Salud Oral de

2015, la prevalencia de caries en niños de 5-6 años en dentición temporal es del 25% y en dentición permanente del 1,8%; en niños de 12 años es del 14,6% y en niños de 15 años del 18,6%¹.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Pan American Health Organization (PAHO) la prevalencia de caries en la región de América se ha reducido del 85% en 2006 al 40% en 2017², gracias a las medidas adoptadas.

Las dolencias bucodentales, tanto en niños como en adultos, tienden a ser más frecuentes entre los

Cómo citar este artículo: Morata Alba J, Morata Alba L. Salud bucodental en los niños: ¿debemos mejorar su educación? Rev Pediatr Atención Primaria. 2019;21:e173-e178.

grupos pobres y desfavorecidos. Son factores de riesgo para las enfermedades bucodentales la mala alimentación, el tabaquismo, el consumo de alcohol, la falta de higiene bucodental y ciertos determinantes sociales.

Objetivo

El objetivo principal del estudio fue analizar datos sobre la salud y hábitos de higiene bucodental de la población infantil estudiada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Es un estudio observacional, descriptivo y transversal, realizado mediante encuestas escritas rellenas por niños y niñas (con ayuda de sus padres, en los casos necesarios) del departamento de salud Xàtiva-Ontinyent (Valencia, España).

- Criterios de inclusión = niños de 5 a 17 años que acudían a consulta de Pediatría hospitalaria y de Atención Primaria.
- Criterios de exclusión = niños con enfermedades neurológicas o incapacidades motoras que dificultan disponer de autonomía.

RESULTADOS

Se realizaron un total de 266 encuestas. La edad de los niños y niñas estudiados fue entre 5 y 17 años, con una media de 8 años. El 53,4% ($n = 142$) eran de sexo masculino.

La gran mayoría, el 98,5% ($n = 262$) se cepillaban los dientes. Lo hacían tres veces al día el 24,4% ($n = 65$), dos veces al día el 47,4% ($n = 126$) y una vez al día el 26,7% ($n = 71$).

Con ayuda de sus padres el 5,6% ($n = 15$) y sin ayuda el 93,6% ($n = 249$); solo dos (0,75%) refirieron, a veces, requerir ayuda de los padres.

El 42,5% ($n = 113$) se lavaban los dientes inmediatamente tras las comidas, el 35,5% ($n = 94$) esperaban 30 minutos, el 9,8% ($n = 26$) tardaban una hora y el 12,4% ($n = 33$) lo hacían más de una hora tras las comidas.

En el momento del estudio el 64,3% ($n = 171$) usaban cepillo de dientes manual, el 35% ($n = 93$) cepillo eléctrico y solo dos (0,75%) combinaban manual y eléctrico.

Hacían uso de pasta dentífrica la gran mayoría: 263 (98,9%). Un porcentaje elevado de los casos (54,9%, $n = 146$) no contestaron a la pregunta de si conocían la cantidad de flúor que contenía su pasta dentífrica. El 39,8% ($n = 106$) contestaron usar una pasta dentífrica con una cantidad no adecuada de flúor para su edad, en todos los casos inferior a la recomendada. Solo un 5,3% ($n = 14$) de los casos contestaron estar utilizando una cantidad adecuada, para su edad, de flúor en su pasta dentífrica.

El 66,5% ($n = 177$) no usaban colutorios de flúor, frente al 33,5% que sí lo hacía (ocasional el 35,9%, $n = 32$; semanal el 26,9%, $n = 24$; diaria el 37%, $n = 33$). Usaban seda dental solo 24 de los niños encuestados (9%).

El 61,6% ($n = 164$) de los niños desconocía qué eran los selladores de fisuras dentales. Solo cinco (1,9%) referían haberlos usado. El 62,8% ($n = 167$) de los niños desconocían qué eran los reveladores de placa dental. Solo cinco (1,9%) referían haberlos usado.

El 86,5% ($n = 230$) habían visitado al odontólogo alguna vez en su vida. Cada año (32,7%, $n = 87$); más de una vez al año (56,4%, $n = 150$); menos de una vez al año (7,1%, $n = 19$) y una vez única (3,7%, $n = 10$). En cuanto al tiempo que había transcurrido desde la última visita al odontólogo, con el mismo porcentaje (46,6%, $n = 124$) lo habían visitado hacia menos de 6 meses y más de 12 meses. 18 niños (6,8%) habían acudido hacia más de seis meses pero menos de un año.

Solo 33 de los encuestados (12,4%) llevaban ortodoncia. No tenían caries dentales el 70,3% ($n = 187$) y lo desconocían cuatro casos (1,5%). El 28,2% que sí tenían caries dentales, las tenían desde la edad media de 7 años (rango de 2 a 15 años de edad).

Respecto a la ingesta de alimentos ricos en carbohidratos, el 83,8% ($n = 223$) consumían bebidas azucaradas (refrescos, zumos). De los que consumían bebidas azucaradas, refirieron consumo ocasional el 46,2% ($n = 103$); semanal el 26% ($n = 58$) y

diario el 27,8% ($n = 62$). El 72,2% ($n = 192$) consumían chucherías: con frecuencia ocasional el 67,7% ($n = 130$); semanal el 27% ($n = 52$) y diario 5,2% ($n = 10$). El 74,8% ($n = 199$) consumían dulces y pasteles: con frecuencia ocasional el 51,1% ($n = 136$); semanal el 16,9% ($n = 45$) y diario el 6,8% ($n = 18$).

DISCUSIÓN

Las enfermedades bucodentales más frecuentes son la caries dental, las afecciones periodontales (de las encías), las infecciones bucodentales, las lesiones tumorales, traumáticas y congénitas.

Las actividades del Programa Mundial de Salud Bucodental de la OMS están integradas dentro de las actividades de este organismo dirigidas a la prevención de enfermedades crónicas y promoción de la salud³. Las caries dentales se pueden prevenir manteniendo una baja concentración de fluoruros en la cavidad bucal. Ello se puede conseguir mediante la fluoración de las aguas, la sal, la leche, los colutorios o la pasta dentífrica o mediante la aplicación de fluoruros por profesionales.

Por todo ello, es necesario educar y concienciar a la población, desde las edades más tempranas, en una correcta higiene bucal.

Es fundamental conocer y hacer saber a los más pequeños por qué debemos cepillarnos los dientes. Se ha de transmitir la información de que cepillar los dientes sirve para limpiarlos de la placa bacteriana, que es una capa pegajosa de bacterias que se forma sobre los dientes y las encías. La placa produce ácidos que atacan el esmalte de los dientes y que pueden dar lugar a la caries y también irritar las encías (lo que llamamos gingivitis). La gingivitis, a la larga, produce una enfermedad (enfermedad periodontal) que es la principal causa de pérdida de dientes en adultos⁴.

La mejor manera de eliminar la placa es cepillando los dientes y limpiando entre los dientes cada día. Durante los primeros seis años de vida los niños deben ser ayudados por sus padres. Para ayudar correctamente a los hijos, primero han de aprender los adultos. El Colegio Oficial de Odontólogos y

Estomatólogos de España recomienda⁵:

- Poner el dentífrico sobre el cepillo.
- Seguir un orden: empezar con la parte superior, las caras externas de los dientes. El cepillo se colocará de forma horizontal y perpendicular al diente, ligeramente inclinado hacia la encía.
- Hacer movimientos de cepillado descendentes, siempre desde la encía hacia el borde de los dientes, separar, volver arriba, repetir, de encía a borde del diente (no al revés), diente por diente.
- Despues de las caras externas, pasar a las caras internas con igual técnica.
- Luego pasar a las caras triturantes, estas se cepillan con movimientos horizontales adelante y atrás.
- Pasar al siguiente cuadrante de la arcada superior y repetir el proceso.
- Despues pasar a la parte inferior con la misma técnica.
- Para la cara interna de los incisivos, tanto superiores como inferiores, se utiliza la punta del cepillo.
- Posteriormente es recomendable cepillar la lengua, con el cepillo perpendicular y haciendo barridos siempre hacia adelante. Para que no dé náuseas es conveniente sacar bien la lengua para cepillarla.

La limpieza interdental es el complemento perfecto del cepillado. Elimina los restos de alimentos que quedan entre los dientes. Se debe realizar una vez por día.

Los cepillos eléctricos pueden ser tan eficaces eliminando la placa bacteriana como un cepillo manual, siempre que se sea meticoloso en su uso⁶. No está claramente demostrado cuál sistema limpia mejor. Hay odontólogos partidarios y detractores del cepillo eléctrico.

¿Cuánto dentífrico y cuál? Según las recomendaciones actuales de 2018⁵, de 0 a 3 años de edad pasta dental con 1000 partes por millón (ppm) de flúor (cantidad como un grano de arroz). A partir de los 3 años de edad, pasta dental conteniendo entre 1000 a 1450 ppm (cantidad como un guisante o anchura

del cabezal del cepillo dental) y a partir de los 6 años de edad 1450 ppm (cantidad como un guisante o, para unificar mejor el criterio, anchura del cabezal del cepillo dental).

Estudios recientes^{4,5} indican que solo los dentífricos con concentraciones de 1000 ppm de flúor o más han probado ser eficaces en la reducción de caries.

Los niños de riesgo de caries dentales y, por tanto, con indicación de flúor en tratamiento por odontólogo o vía oral son⁷⁻⁹:

- Los niños que tienen caries activas (tres en los dientes de leche o una en definitivos).
- Niños con malformaciones de la boca.
- Niños con ortodoncia fija (*brackets*).
- Niños con deficiencias mentales que dificultan su higiene.
- Niños con especial riesgo si hubiera caries (enfermos del corazón, problemas de inmunidad o hemofilia, por ejemplo).

Los demás niños, no de riesgo, aplicarán flúor en el dentífrico y, si son mayorcitos, también pueden hacer enjuagues diarios o semanales.

La prevención de la caries implica la actuación a varios niveles¹⁰:

- Disminuir el consumo de alimentos azucarados. La sacarosa es el carbohidrato más cariógeno. Los azúcares con textura pegajosa o blanda son más caríogenos que los líquidos o duros.
- Es más importante la frecuencia de las tomas que la cantidad total ingerida.
- Se debe evitar que el niño se quede dormido succionando el biberón.
- Bacterias de la boca, principalmente *Streptococcus mutans*: hay estudios que indican que los niños se colonizan por *Streptococcus mutans* a través de sus madres, entre otros focos. Se deben evitar acciones que faciliten la transmisión, como chupar el chupete del niño, su cuchara, soplar su comida para enfriarla...
- Caries ya iniciadas: la actuación precoz sobre estas es imprescindible¹¹.

- Anatomía irregular de la superficie dental: la presencia de depresiones o fisuras en los molares proporciona mayor predisposición a las caries.

En nuestros resultados, la gran mayoría de niños encuestados se cepillaban los dientes diariamente, aunque solo el 24,4% lo hacían tres veces al día. Cerca de la mitad (42,5%) lo hacían inmediatamente tras las comidas y un bajo porcentaje, pero no despreciable (12,4%), lo hacían más de una hora tras las comidas. Un poco más de la mitad (64,3%) usaban cepillo de dientes manual. Hacían uso de pasta dentífrica la gran mayoría $n = 263$ (98,9%).

Un porcentaje elevado de niños estudiados desconocían la cantidad adecuada de flúor que debe contener su pasta dentífrica. Un 39,8% contestaron que usaban una pasta dentífrica con menor cantidad de flúor de la recomendada para su edad.

Usaban colutorios con flúor solo un tercio de los niños.

Muy pocos hacían uso de seda dental, así como de reveladores de placa dental o selladores de fisuras dentales. Se destaca que la gran mayoría desconocían qué eran estos dos últimos apartados.

La gran mayoría había visitado al odontólogo alguna vez en su vida, siendo un poco más de la mitad de los casos los que visitaban al odontólogo más de una vez al año, y no solo los que eran portadores de ortodoncia.

En su estudio, Finlayson *et al.*¹² describen que especialmente los niños más pequeños, de 2 a 5 años de edad, no tuvieron una visita al dentista en el último año pues el coste era una barrera. El coste económico es sin duda, en ocasiones, uno de los factores que dificulta la visita al odontólogo, también en nuestro medio.

El 29,7% de los niños encuestados tenían caries dentales. Estos resultados indicaron que en la población estudiada se puede mejorar la educación sobre higiene bucodental. Es importante destacar que se deben mejorar los conocimientos sobre la cantidad de flúor necesaria para un correcto cepillado de dientes según la edad.

Según Al-Mazyad M *et al.* en 2017¹³, los niños de Reino Unido están expuestos a una proporción

particularmente alta de anuncios de alimentos que son potencialmente perjudiciales para su salud dental durante sus horas de mayor audiencia y en torno a los programas que más ven.

En los niños de nuestro estudio un elevado porcentaje (83,8%) consumían bebidas azucaradas, la mayoría de ellos ocasionalmente; así como chucherías (72,2%) y dulces o pasteles (74,8%). Estos datos indicaron que también se debe seguir educando e insistir en disminuir la ingesta de alimentos azucarados para mejorar la higiene bucal, tal como recomienda la bibliografía^{4,5}.

Existen pocos artículos similares al nuestro publicados en España en los últimos años. Destacamos el de Almerich-Silla JM et al. en 2014¹⁴, que concluyen que tanto los índices de caries (a los 6 años y a

los 12 y 15 años) como la prevalencia de caries han mejorado respecto a años previos, ya que los valores obtenidos fueron inferiores a los de 2004. El índice de atención siguió siendo bajo a los 6 años de edad, pero a los 12 y 15 años se encontraron valores más altos que en 2004. La clase social siguió influyendo en los indicadores de caries infantil.

CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial de la Salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bravo M, Almerich JM, Ausina V, Avilés P, Blanco JM, Canorea E, et al. Encuesta de Salud Oral en España 2015. RCOE. 2016;21:8-48.
2. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Propuesta de plan regional decenal sobre salud bucodental para las Américas: informe final. CE160/INF/7; 2017. En: IRIS PAHO [en línea] [consultado el 04/11/2019]. Disponible en <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34217>
3. Strategies for oral disease prevention and health promotion (resolution WHA 53.17); 2000. En: Organización Mundial de la Salud [en línea] [consultado el 04/11/2019]. Disponible en http://origin.who.int/oral_health/strategies/en/
4. Vitoria Miñana I. Promoción de la salud bucodental. Recomendación. En: Recomendaciones PrevInfad/PAPPS [en línea] [consultado el 04/11/2019]. Disponible en <http://previnfad.aepap.org/recomendacion/bucodental-rec>
5. Protocolo de diagnóstico, pronóstico y prevención de la caries de la primera infancia. En: Sociedad Española de Odontopediatría [en línea] [consultado el 04/11/2019]. Disponible en www.odontologiapediatria.com/wp-content/uploads/2018/06/SEOP_-Caries_precoz_de_la_infancia_fin4.pdf
6. Uso cepillo dental manual. Consejo General de Odontólogos de España [en línea] [consultado el 04/11/2019]. Disponible en www.consejodentistas.es/comunicacion/actualidad-del-consejo/multimedia/videos/item/549-uso-del-cepillo-dental-manual.html
7. Douglass JM, Douglass AB, Silo HJ. A practical guide to infant oral health. Am Fam Physician. 2004;70: 2113-20.
8. American Academy of Pediatric Dentistry Clinical Affairs Committee-Infant Oral Health Subcommittee; American Academy on Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs. Guideline on infant oral health care. Pediatr Dent. 2008-2009;30:90-3.
9. Edelstein BL, Chinn CH, Laughlin RJ. Early childhood caries: definition and epidemiology. En: Berg JH, Slayton RL (eds.). Early childhood oral health. 1.^a edición. Iowa: Wiley-Blackwell; 2009. p. 18-49.
10. Alm A, Wendt LK, Koch G, Birkhed D. Oral hygiene and parent-related factors during early childhood in relation to approximal caries at 15 years of age. Caries Res. 2008;42:28-36.
11. Skeie MS, Raadal M, Strand GV, Espelid I. The relationship between caries in the primary dentition at 5 years of age and permanent dentition at 10 years of age- a longitudinal study. Int J Paediatr Dent. 2006; 16:152-60.

- 12.** Finlayson TL, Chuang E, Baek JD, Seidman R. Dental Service utilization among children in the Child Welfare System. *Matern Child Health J*. 2018;22:753-61.
- 13.** Al-Mazyad M, Flannigan N, Burnside G, Higham S, Boyland E. Food advertisements on UK television popular with children = a content analysis in relation to dental health. *Br Dent J*. 2017;222:171-6.
- 14.** Almerich-Silla JM, Boronat-Ferrer T, Montiel-Company JM, Iranzo-Cortés JE. Caries prevalence in children from Valencia (Spain) using ICDAS II criteria, 2010. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2014;19:e574-80.