

Prevalencia de la caries dental en el niño inmigrante: estudio comparativo con el niño autóctono

V. Paredes Gallardo^a, C. Paredes Cencillo^b y B. Mir Plana^b

^aOdentóloga. ^bPediatra. C.S. Serreria y Rafelbunyol. Hospital Clínico Universitario. Facultad de Medicina y Odontología de Valencia. España.

Introducción

La llegada de inmigrantes a España es una realidad en nuestro país que depende en gran medida de la comunidad autónoma que analicemos. Es evidente por parte de estos niños inmigrantes la existencia de un notorio peor estado de salud dental que los niños autóctonos, con una elevada prevalencia de la caries dental tanto en dientes temporales como permanentes. Son pocos los estudios existentes que comparen la incidencia de la caries dental entre niños inmigrantes y autóctonos.

Objetivo

Determinar la incidencia de la caries dental en un grupo de niños inmigrantes comparado con un grupo control de niños autóctonos.

Material y método

Un total de 600 escolares (235 inmigrantes y 365 autóctonos) residentes en la Comunidad Valenciana, con edades comprendidas entre los 6 y los 10 años de edad, fueron explorados por 2 examinadores, un pediatra y un odontólogo.

Resultados

Hay una mayor incidencia de la caries dental en niños inmigrantes. La incidencia en dentición temporal fue de 47,23 y de 32,05 % en inmigrantes y autóctonos, respectivamente, y de 53,19 % frente a 35,34 % en dentición permanente.

Conclusiones

Los niños inmigrantes presentan altos niveles de caries dentales en comparación con los niños autóctonos. Es necesario un refuerzo por parte del pediatra y/o odontólogo en las acciones de promoción de la salud dental, con el objetivo de mejorar el estado de salud de este grupo de población.

Palabras clave:

Caries dental. Inmigrantes.

PREVALENCE OF DENTAL CARIES: COMPARISON BETWEEN IMMIGRANT AND AUTOCHTHONOUS CHILDREN

Introduction

Immigration to Spain has been high in recent years, especially in some autonomous communities. In both deciduous and permanent teeth, immigrant children have a higher number of dental caries and a lower number of restored teeth than autochthonous schoolchildren. Few studies have compared the prevalence of dental caries between immigrant and autochthonous children.

Objective

To determine the prevalence of dental caries in two groups of children: an immigrant group and an autochthonous group.

Material and method

The study sample consisted of 600 children (235 immigrant children and 365 autochthonous children) aged between 6 and 10 years old who were living in the autonomous community of Valencia. The children were examined by two specialists, an odontologist and a pediatrician.

Results

The prevalence of dental caries was higher in immigrant children than in autochthonous children. In deciduous dentition, the prevalence of caries was 47.23% and 32.05% in immigrants and autochthonous children, respectively. In permanent dentition, the prevalence was 53.19% and 35.34%, respectively.

Conclusions

The prevalence of dental caries was higher in immigrant children than in autochthonous children. Pediatricians and/or odontologists should aim to improve knowledge of good dental health care and habits among immigrant children and their parents.

Key words:

Dental caries. Immigrant children.

Correspondencia: Dra. V. Paredes Gallardo.
Avda. Blasco Ibáñez, 20-15. 46010 Valencia. España.
Correo electrónico: vanessa_paredes@yahoo.es

Recibido en junio de 2006.

Aceptado para su publicación en junio de 2006.

INTRODUCCIÓN

La llegada de inmigrantes a España es una realidad que depende en gran medida de la comunidad autónoma que analicemos. Según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) a 1 de enero de 2005, un 8,4% de las personas de nacionalidad española son extranjeras. Durante el año 2004, se han producido 650.000 nuevas inscripciones de ciudadanos extranjeros de los cuales un 15% son menores de 16 años de edad. Las comunidades autónomas que más han experimentado este incremento de inmigrantes son Cataluña, Andalucía, C. Valenciana y Madrid.

Se entiende por niño inmigrante, todo aquel procedente de otro país no español, con situación legalizada o no, refugiado y/o procedente de la adopción internacional¹. Por defecto, denominaremos en este estudio "autóctono" a todos los demás niños.

En atención primaria y hospitalaria se puede constatar la existencia de numerosos hijos de inmigrantes que presentan enfermedades adquiridas en España, además de enfermedades importadas de su país de origen². Es evidente por parte de estos niños inmigrantes la existencia de un peor estado de salud dental que los niños españoles en el momento que llegan a nuestro país y en años sucesivos^{2,3}. Es frecuente encontrar gran número de caries tanto en dentición temporal como permanente, así como presencia de abscesos bucales debidos a caries recurrentes sin tratar o mal tratadas y amplios espacios edéntulos con molares temporales extraídos mucho antes de su exfoliación normal dificultando la masticación y la pronunciación a estos niños con imágenes características como la figura 1.

Si bien es cierto que en los últimos años se había producido un claro descenso en la caries dental³, la llegada masiva de inmigrantes a nuestro país, ha producido un aumento de la misma³⁻⁶.

La palabra "caries", de origen latino, significa degradación o rotura de los dientes. Según la Organización Mun-

dial de la Salud (OMS), la definición de la caries dental sería "un proceso patológico localizado, posteruptivo, de origen externo que produce un reblandecimiento del tejido dentario duro y que conduce a la formación de una cavidad". Según un informe de la OMS del año 2004, la caries dental afecta entre el 60 y el 90% de la población escolar y a la gran mayoría de los adultos⁷.

La caries es una patología de origen multifactorial: una dieta rica en azúcares, una falta de higiene dental y/o una ausencia de suplementos fluorados junto a una alta susceptibilidad individual conducen a la misma. Los objetivos del presente estudio son conocer la prevalencia de la caries dental en un grupo de niños inmigrantes y comparar esta prevalencia con un grupo control de niños autóctonos residentes en la Comunidad Valenciana con edades comprendidas entre los 6 y 10 años de edad.

MATERIAL Y MÉTODO

Características de la muestra

El estudio ha sido realizado sobre 600 escolares con edades comprendidas entre los 6 y 10 años de edad. La media de edad de dichos escolares fue de 8,5 años. De la muestra seleccionada, 235 eran niños inmigrantes de diferentes nacionalidades, mientras que el resto (365) niños españoles o autóctonos.

Los niños autóctonos tenían ambos progenitores de origen español. En la figura 1 se observa la distribución de la muestra por sexos tanto en niños inmigrantes como autóctonos. La procedencia de los niños inmigrantes es variada siendo la población iberoamericana la más abundante, tal y como vemos representado en la figura 2. Los niños inmigrantes llevaban una media de 2,8 años residiendo en nuestro país. Los progenitores de estos niños inmigrantes eran del mismo país de procedencia.

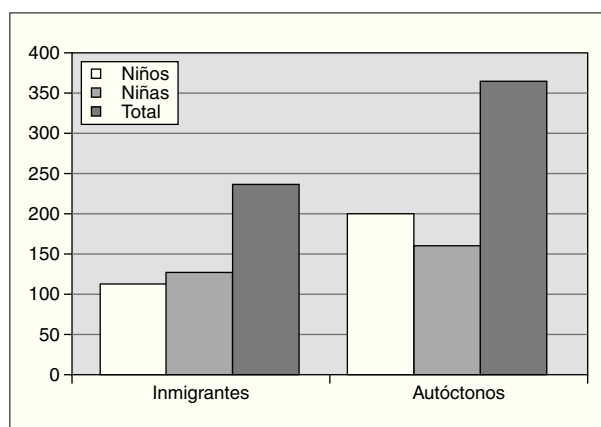


Figura 1. Distribución de los escolares de la muestra en inmigrantes o autóctonos y por sexos.

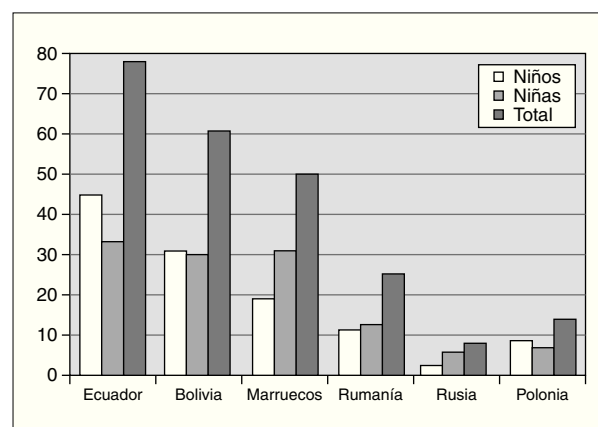


Figura 2. Distribución de los inmigrantes de la muestra por países de origen.

Diseño

Estudio epidemiológico, descriptivo, observacional, para valorar la presencia o ausencia de caries dental, tanto en molares temporales como permanentes.

Ámbito

El estudio ha sido realizado sobre una muestra de escolares que acudieron a sus respectivas revisiones a dos centros de salud de la Comunidad Valenciana.

Período del estudio

El trabajo de campo se realizó durante los meses de enero a noviembre de 2005.

Criterios de inclusión

- Los escolares debían presentar edades comprendidas entre los 6 y los 10 años.
- Los niños españoles o autóctonos debían tener los dos progenitores españoles.

Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión de estos escolares fueron la presencia de síndromes, como el síndrome de Down o el de Turner, parálisis cerebral infantil y/o determinadas patologías como la diabetes, ya que cursan la mayoría de veces con presencia de caries abundantes.

Descripción de la metodología clínica

El examen clínico se realizó por dos observadores, un pediatra y un odontólogo cualificados y bien entrenados para ello. Los niños fueron examinados con espejos dentales planos del n.º 4, sondas dentales y con luz artificial. El diagnóstico de lesión de caries se realizó de forma visual. Los procedimientos utilizados en los escolares para la detección de caries dental fueron realizados en presencia de los padres cuando acudían a revisiones periódicas y con el consentimiento oral de éstos. Así mismo, durante la exploración de los niños se les iban preguntando a

los padres una serie de datos que se registraban en una ficha. La finalidad de estos datos era valorar la higiene dental de sus hijos (el número de cepillados de dientes al día), la presencia de dieta azucarada o cariogénica (chucherías, bollería industrial y chocolate) y la administración de suplementos fluorados (pasta de dientes y enjuagues). En la tabla 1, se muestra la ficha para cada escolar rellena tras las respuestas de los padres y la exploración clínica por parte de los profesionales. Así mismo, en dicha ficha figura el país de procedencia de los niños inmigrantes.

Los criterios diagnósticos empleados para la detección de caries dental están basados en los de la OMS⁷. La presencia de caries fue determinada ante: la presencia de surcos retentivos y/o teñidos de color blanco o marrón y/o cavitados. El número de caries fue considerado por pieza dental afectada y no por superficies afectadas. Se diferenciaron entre caries en dientes temporales y permanentes ya que la mayoría de escolares presentaba caries simultáneamente en ambos (fig. 3).

TABLA 1. Ficha rellena para cada escolar tras las respuestas de los padres y el examen clínico profesional

1. Nombre paciente y fecha de exploración	J. N. M. 2-9-2005
2. Edad y fecha nacimiento	8 años/15-2-1997
3. Sexo	♀
4. Presencia de caries	Sí
5. Número de caries	3
6. Temporales/permanentes	Ambas
7. Dieta azucarada	Sí
8. Cepillado de dientes: número de veces/día	0 o 1
9. Suplementos fluorados	Pasta de dientes
10. País de origen	Ecuador



Figura 3. Fotos intraorales de escolares del estudio presentando grandes caries en molares temporales (A) y permanentes (B) de manera simultánea.

TABLA 2. Distribución de la caries dental en inmigrantes y autóctonos dividido por sexos (IC 95 %)

		Inmigrantes (%)		Autóctonos (%)		Total (%)	
DT	♀	20,85 (15,66-26,04)	47,23	15,07 (11,40-18,74)	32,05	17,33 (14,30-20,36)	38
	♂	26,38 (20,75-32,01)	(40,85-53,61)	16,98 (13,13-20,83)	(27,26-36,84)	20,66 (20,75-32,01)	(34,12-41,88)
DP	♀	19,57 (14,50-24,64)	53,19	11,23 (7,99-14,47)	35,34	14,5 (11,68-17,32)	42,33
	♂	33,61 (27,57-39,65)	(46,81-59,57)	24,11 (19,72-28,50)	(30,44-40,24)	27,83 (24,24-31,42)	(38,38-46,28)

IC 95%: intervalo de confianza del 95%; DT: dentición temporal; DP: dentición permanente.

Análisis estadístico

Se calculó la prevalencia de la caries dental con la proporción sobre el total de la muestra de escolares dividido en inmigrantes y autóctonos y dividido en sexos y expresado en porcentajes totales. Igualmente se determinó el intervalo de confianza del 95% (IC 95%) de la estimación de la proporción, con la fórmula:

$$I = (p \pm z_{\alpha/2} \sqrt{p(1-p)/n})$$

RESULTADOS

Los resultados se presentan en la tabla 2. La prevalencia total de la caries dental en dentición temporal supuso un 38% y en dentición permanente un 42,33% en la muestra seleccionada por nosotros. El IC 95% de la estimación de la proporción fue de 34,12-41,88 ($p < 0,05$) para dentición temporal y de 38,38-46,28 ($p < 0,05$) para la permanente.

La incidencia de caries en dentición temporal en inmigrantes fue de 47,23% frente a 32,05% en autóctonos. Así mismo, la incidencia para las caries en dentición permanente también fue mayor en inmigrantes (53,19%) frente a autóctonos (35,34%). La proporción más elevada de niños frente a las niñas presentando alguna caries dental en inmigrantes como autóctonos es estadísticamente significativa en dentición permanente pero no en dentición temporal. La proporción más elevada de inmigrantes presentando caries dental frente a autóctonos es estadísticamente significativa tanto para dentición permanente como temporal.

DISCUSIÓN

La prevalencia de caries dental encontrada por nosotros en dentición temporal y permanente es similar a la de otros estudios en otras comunidades autónomas como indica una encuesta en Navarra donde la incidencia fue de un 35,4% en dentición temporal a los 6 años y de 50,7% en dentición permanente a los 14 años. Los inmigrantes presentaron mayor prevalencia de caries temporal y permanente que los autóctonos, tanto en porcentaje como en media³. Los resultados son parecidos a una encuesta realizada en España, que mostró una prevalencia de caries a los 12 años del 33,3%⁸. Así mismo, las encuestas realizadas en diversas comunidades autónomas en los últimos 5 años, han dado como resultado prevalencias de caries que oscilan entre el 27,3 y el 50%⁹⁻¹³.

La etiopatogenia de la caries dental en los niños inmigrantes es multifactorial; por un lado presentan poca atención a la higiene dental, tienen una dieta rica en azúcares cariogénicos y además tienen escaso acceso a las medidas preventivas adicionales como los suplementos fluorados. Todo ello provoca un gran número de caries tanto en dentición temporal como permanente. Esto se vio reflejado al analizar las fichas rellenas por parte de los padres referentes a la dieta, higiene y suplementos fluorados de sus hijos (tabla 2).

Hasta unos años, uno de cada 5 niños residentes en España tenía caries, lo que demostraba una tendencia a la baja comparando con estudios anteriores y la importancia de los avances que en materia de salud bucodental que se habían logrado durante los últimos años entre este colectivo. A consecuencia de la progresiva llegada de inmigrantes a España, estas estadísticas más favorables se han visto en parte contrarrestadas³.

Si se compara con las cifras de los últimos años, se ve que el número de residentes extranjeros casi se ha triplicado en los últimos 6 años y dado que la gran mayoría de la población inmigrante viene con intención de permanencia en el país, esto va a configurar en un futuro muy próximo una nueva sociedad española de origen multicultural. Se hace necesario, un refuerzo por parte del pediatra y/u odontólogo en las acciones de promoción de la salud y tratamiento de las enfermedades dentales con el objetivo de reducir estas desigualdades y mejorar el estado de salud de este grupo de población². Estas acciones de promoción se basan en tres pilares: la aplicación de suplementos de flúor de forma periódica, las indicaciones sobre una dieta no cariogénica y las indicaciones sobre una higiene bucodental adecuada para disminuir la prevalencia de la caries dental.

En resumen, destacamos de nuestros resultados que los niños inmigrantes presentan una alta incidencia de caries dental en comparación con los niños autóctonos; las caries aparecían con independencia del país de origen de los inmigrantes; y que estas caries dentales son independientes del sexo del niño/a sólo en dentición temporal y no en dentición permanente. En este sentido, sería necesario un refuerzo por parte del pediatra y/o odontólogo en las acciones de promoción de la salud y tratamiento de las enfermedades dentales con el objetivo de reducir estas desigualdades y mejorar el estado de salud de este grupo de población.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Academy of Pediatrics. Committee on Community Health Service. Health care for children of immigrant families. *Ped* 1997;100:153-5. Disponible en: <http://aappolicy.aappublications.org/>
2. Fernández JM, Prados E, Molina MT, Tomás J, Robles E, Jiménez C, et al. Patologías prevalentes en inmigrantes de un centro de acogida. *An Pediatr (Barc)*. 2004;61:277-87.
3. Cortés FJ, Doria A, Asenjo MA, Sainz de Murieta I, Ramón JM, Cuenca E. Prevalencia de caries y estado periodontal de los niños y adolescentes de Navarra (2002). *RCOE*. 2003;8:381-90.
4. Cortés FJ, Abad FJ. Estudio epidemiológico de salud bucodental de la población escolar de Navarra de 9 y 14 años de edad (1987). *Arch Odonto Prev y Com*. 1989;1:49-57.
5. Cortés J, Doria A, Martínez I, Asenjo MA, Sainz de Murieta I, Cuenca E. Prevalencia de caries entre la población infantil de Navarra, 1997. *Arch Odonto Prev y Com*. 1998;14:640-6.
6. Cortés J, Doria A, Martínez I, Asenjo MA, Sainz de Murieta I. La caries dental de los escolares navarros según su medio de residencia y su nivel socioeconómico. Evolución en el período 1987-1997. *Anales Sis San Navarra*. 1999;22 Supl 3: 205-11.
7. World Health Organization. El problema mundial de las enfermedades bucodentales. Genève: WHO; 2004.
8. Llodra JC, Bravo M, Cortés FJ. Encuesta de Salud Oral en España (2000). *RCOE*. 2002;7(número especial):19-63.
9. Cuenca E, Casals E, Martínez I, Manau C, Salleras L. Encuesta epidemiológica de caries entre los escolares de Cataluña, 1997. *Arch Odonto Prev y Com*. 1997;13 Supl II:765-72.
10. Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat. Estudio de salud bucodental en la Comunidad Valenciana. *Informes de Salud n.º 47*. Dirección General de Salud Pública. Valencia: Generalitat Valenciana; 1999.
11. Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad. Segundo estudio epidemiológico de la salud bucodental de la CAPV 1998. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria: Gobierno Vasco; 1998.
12. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Segundo estudio epidemiológico de la salud bucodental en los escolares en Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social; 2000.
13. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Tercer estudio epidemiológico de salud bucodental en escolares andaluces 2001. Dirección General de Salud Pública y participación. Sevilla: Junta de Andalucía; 2002.