

Perfil epidemiológico de caries dental en ocho delegaciones políticas del Distrito Federal, México

Epidemiological profile of dental caries in eight political delegations of the Federal District

Tomás Caudillo Joya¹, Ma. del Pilar Adriano Anaya¹, Beatriz Gurrola Martínez¹,
Pilar Alejandra Caudillo Adriano²

1 Maestros Titulares de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM en la Carrera de Cirujano Dentista.

2 Asesora Metodológica

Recibido 10 agosto 2010 Aprobado 2 noviembre 2010

RESUMEN

En diferentes estudios se reconoce la distribución desigual de los perfiles epidemiológicos de caries dental en diferentes grupos sociales. En ellos se reconoce el papel determinante de los aspectos socioeconómicos, dentro de ellos la ocupación, instrucción ingresos entre otros.

Objetivo: Identificar la prevalencia de caries dental en la población escolar de seis a doce años de ocho escuelas primarias ubicadas en diferentes Delegaciones Políticas del Distrito Federal y la relación que existe con la ocupación, instrucción e ingresos de los padres.

Método: Estudio descriptivo, transversal y observacional. Muestra, por conveniencia, tomando a 25 escolares por cada edad de seis a doce años. 175 escolares en promedio, por escuela primaria de ocho de las siguientes Delegaciones Políticas del distrito Federal México: Benito Juárez, Cuauhtémoc, Miguel Hidalgo, Iztapalapa, Milpa Alta, Tláhuac, Xochimilco, Álvaro Obregón. El estudio se realizó en el año 2009.

Resultados: El promedio de caries dental global en la Benito Juárez fue de 1.5, en la Cuauhtémoc de 1.6, en la Miguel Hidalgo de 2.2, en Iztapalapa de 3.0, Milpa Alta de 3.6, Tláhuac de 3.3, Xochimilco 3.2 y Álvaro Obregón de 2.8.

Conclusiones: Existe diferencias estadísticas de acuerdo a la prueba Testa Between-Subjects effects del promedio de dientes cariados, perdido y obturados (CPOD) de las ocho escuelas primarias que participaron en este estudio. (F=2.717, p=0.000).

Palabras Claves: Caries dental, Perfil epidemiológico, Grupo social. (fuente: DeCS, BIREME)

ABSTRACT

Different studies recognize the uneven distribution of epidemiological profiles of dental caries in different social groups. They recognize the important role of the socio-economic aspects within occupation, income among other instruction.

Objective: Identify the prevalence of caries in the school six to twelve years of eight elementary schools located in different population delegations policy of the Federal District and the relationship with occupation, education and income parents.

Method: Descriptive, transversal and observational study. For convenience, shows taking 25 pupils per each age six to twelve years. 175 students on average, by eight delegations policy following Federal Mexico district elementary school: Benito Juárez, Cuauhtémoc, Miguel Hidalgo, Iztapalapa, Milpa Alta, Tláhuac, Xochimilco, Álvaro Obregón. The study was done in the year 2009.

Results: The average global dental caries in Benito Juárez was 1.5 to 1.6, Miguel Hidalgo 2.2, 3.0, Milpa Alta 3.6 3.3, Tláhuac Iztapalapa Cuauhtémoc Xochimilco 3.2 and Álvaro Obregón 2.8.

Conclusions: There is a statistical difference according to the Test a Between-Subject testing effects of average decayed, missing and sealed teeth (CPOD) of the eight elementary schools that participated in this study. (F = 2.717, p = 0.000).

Key words: Dental carie, Health profile, Social group. (source: MeSH, NLM)

Es indiscutible que existe una relación directa de las instituciones responsables de establecer políticas públicas en salud, así mismo como las respuestas sociales para la transformación de esta, en la forma de priorizar un quehacer profesional de la visión que se tenga.

En la época de los setentas se estableció una propuesta sobre esta relación que se conoció como informe "Lalonde (1) también conocido como la nueva perspectiva" la que propone categorizar los determinantes del estado de salud en estilos de vida, medio ambiente, biología humana y organización de la asistencia sanitaria. Este documento tiene su origen en Canadá donde fue muy bien recibido así como en el extranjero, sin embargo en ningún momento se cuestionó quienes somos, la forma y donde vivimos, las que constituyen evidencias decisivas sobre nuestro estado de salud.

En un análisis detallado de esta propuesta podemos decir que hace énfasis en los factores de riesgo individuales como los causantes de la salud o enfermedad de los individuos lo que trae como consecuencia la opacidad o la desaparición de los procesos que intervienen sobre la salud de grupos y poblaciones.

En los últimos años se han generado evidencias que manifiestan que existen otro tipo de factores en la determinación de la salud-enfermedad de la colectividad en la que se destacan las relaciones sociales. Este tipo de factores han demostrado que la mortalidad o morbilidad de los individuos y de los grupos sociales presentan un gradiente en salud según clase socioeconómica, ingresos inferiores y estatus social (2).

Esta situación es lo que algunos autores la denominan como desigualdad o inequidad en salud. (3) Esta desigualdad en salud que se observa a nivel de tasas de mortalidad y morbilidad, esperanza de vida entre otros, se refleja también en los problemas estomatológicos de los individuos y grupos humanos en la sociedad mexicana.

En el caso particular del Distrito Federal (DF) esa distribución desigual en salud se ve reflejada en las 16 delegaciones así como dentro de cada una de ellas.

El Distrito Federal es una ciudad de acuerdo a Laurell A. (4) que se encuentra polarizada entre dos grandes grupos de población, los pocos favorecidos y los muchos perjudicados que son el resultado de las dos últimas décadas por las políticas de ajuste y cambio estructural.

Uno de los determinantes de las deficientes condiciones

de salud en el DF. Es la pobreza urbana, ya que en este reside el 21,3 % del total de la población de la república mexicana en donde 1,8 millones residen en zonas de muy alta marginación y otros 4,1 millones en zonas de alta y media marginación y a aproximadamente 200 000 personas mayores de setenta años viven en áreas de alta y media marginación (5).

La transición demográfica es otro de los factores que influyen en la salud-enfermedad del DF. ya que esta ha sufrido transformaciones en las últimas décadas sobre todo propiciadas por la disminución de las tasas de mortalidad y por el incremento de la esperanza de vida que es en la actualidad de 75 años en los hombres y 79 para las mujeres. Intervienen también la disminución de la fecundidad que ha provocado la disminución relativa de la población menor de 15 años (5).

Este cambio demográfico se manifiesta en la prevalencia de los distintos problemas de la salud-enfermedad de estos grupos poblacionales ya que existe una disminución de las enfermedades de los niños y un incremento en la edad productiva y en la de los adultos mayores.

Otro factor que interviene en la problemáticas de la salud-enfermedad de la población a nivel nacional y en consecuencia del DF, es el estancamiento y deterioro de los servicios públicos para la población abierta y de seguridad social. En México el gasto público en salud representa el 2,6 % del producto interno bruto siendo uno de los mas bajos en Latinoamérica, el 0.74% del producto interno bruto es para los no asegurados que constituye el 59 % de la población, mientras que el 1.86% es para los asegurados es decir para el 41 % de la población (5).

En los párrafos anteriores quedo evidente que son los factores estructurales que caracterizan una sociedad los que determinan los perfiles de la salud-enfermedad de los individuos y los colectivos humanos, es decir que es la dimensión general que comenta Breilh como el determinantes de los perfiles epidemiológicos, que van a ser desiguales de acuerdo a cada grupo social (6).

A nivel latinoamericano diferentes grupos de profesionales en salud estomatológica han generado diferentes propuestas teórico metodológicas para la comprensión de la salud-enfermedad estomatológica en los individuos y la sociedad en donde articulan variables sociales y biológicas para su reflexión y en consecuencia generar respuestas integradoras que permitan modificar o transformar dichos perfiles (7).

En 1998, se realizó un estudio para conocer la prevalencia de caries dental en escolares en el

municipio de Maracaibo, la población fue clasificada en dos estratos sociales, medio y bajo, se consideró el nivel de instrucción y la ocupación encontrando diferencias entre los dos estratos el medio presentó un incremento en el porcentaje de dientes obturados, mientras que en el estrato bajo esta proporción no sufrió cambio importantes. Los resultados sugieren un descenso considerable de la enfermedad en la dentición permanente, así como la tendencia al logro de la meta propuesta por la OMS para el año 2000 en los niños de 12 años. En contraste las tasas de caries en la dentición decidua parecen haberse estabilizado desde 1985-87, evidenciándose una escasa proporción de tratamientos curativos en esta dentición. Se encontraron diferencias significativas en los componentes cariado y obturado de los índices ceod y CPOD en los dos estratos sociales; a su vez el estrato social medio presentó un incremento en el porcentaje de dientes obturados, mientras que en el estrato bajo esta proporción no sufrió cambios importantes (8).

Otro estudio realizado en el 2008 en los doce pueblos que conforman a la delegación de Milpa Alta en el Distrito Federal para conocer la caries dental y la relación con la ocupación, instrucción y los ingresos de los padres el promedio más alto lo tuvieron los hijos de padres y madres desempleados con 4,0 y 3,7 respectivamente. De acuerdo a la instrucción el más elevado lo ocuparon los hijos de los padres con bachillerato completo 4,3 y en las madres con bachillerato incompleto con 3,9. De acuerdo a los ingresos el más alto con 3,9 lo obtuvieron los hijos de los padres que ganan \$7 000 quincenales y en las madres el más alto con 4,4 las que ganan \$10 000 quincenales (9).

En el año 2005 en Ciudad. Nezahualcoyotl en México, al valorar la influencia de los factores sociales en la frecuencia de caries se observaron diferencias entre los grupos femenino y masculino, con mayor influencia de la escolaridad de la madre e ingreso familiar en el grupo masculino. Se observó que 66 % habían recibido atención en dientes primarios y 31 % en dientes permanentes; 24,6 % habían perdido al menos un diente temporal por caries y 7,8 % habían perdido un diente permanente; 62 % de los niños atendidos presentaron recidiva de caries por lo que requieren nuevamente tratamiento en dientes ya atendidos; 69% requirió atención dental (10).

En Campeche México se realizó un análisis comparativo en 2 939 niños distribuidos de igual manera por edad y sexo. Los resultados de dichos estudios fueron combinados y usados para explorar desigualdades socioeconómicas en salud bucal.

Las variables independientes incluidas en el estudio fueron el área de residencia y la escolaridad de la madre (años de estudio), así como otras variables sociodemográficas. En general, los niños de menor posición socioeconómica tuvieron mayor experiencia y severidad de caries dental en la dentición temporal y permanente. Las discrepancias encontradas de los indicadores de caries a través de las variables independientes de interés ponen en evidencia las desigualdades sociales en salud bucal entre grupos viviendo en localidades contiguas (11).

Otro estudio realizado en Nueva Esparta para explicar y abordar el comportamiento de los problemas bucales en municipios con características socioeconómicas diferentes encontraron los índices de caries altos en aquellos municipios con características más deprimidas, los índices moderados en los municipios ubicados en zonas urbano comerciales y los índices más bajos en los urbano marginales (12).

MÉTODO

Dadas las desigualdades sociales entre los grupos de población y sus perfiles epidemiológicos de caries dental el objetivo de este estudio fue el identificar la prevalencia de caries dental en la población escolar de seis a doce años de ocho escuelas primarias ubicadas en distintas Delegaciones Políticas del Distrito Federal en México y la relación que existe con la ocupación, instrucción e ingresos de los padres.

Estudio descriptivo, observacional y transversal. Con una Muestra por conveniencia en la que se estudiaron a 25 escolares por cada una de las edades de seis a doce años, en total 175 en promedio por cada primaria durante el año 2009, misma que se organizó con los escolares que entregaron su permiso firmado para participar en el estudio y la encuesta con preguntas de ocupación, instrucción e ingresos llenada.

Las escuelas primarias se encuentran ubicadas en las siguientes Delegaciones: Benito Juárez, Cuauhtémoc, Miguel Hidalgo, Iztapalapa, Milpa Alta, Tláhuac, Xochimilco, Álvaro Obregón.

A todos los escolares se les entregó un documento, para ser firmado por sus padres o tutores, donde se explican los objetivos de la investigación y se solicita su autorización para que sus hijos participen en la investigación. A los escolares que entregaron la autorización firmada se les realizó el examen clínico en las instalaciones de cada una de las escuelas, previa calibración de los pasantes (KAPPA 0,80) del indicador epidemiológico CPOD (cariados+perdidos+obturados por diente), reconocido internacionalmente

