

Resultados de la valoración de la condición bucodental en niños y adolescentes de la clínica central, 2001-2003

Dra. Violeta Renzo Suero**

Resumen

Este estudio tiene como objetivo general analizar las posibles causas que están influyendo en el deterioro de la condición oral de la primera molar inferior en adolescentes de las diferentes escuelas adscritas a la Clínica Central de la Caja Costarricense de Seguro Social. Así como la presentación de resultados de la valoración epidemiológica en niños y adolescentes de los años 2001-2003.

También incluye una comparación del estado de salud bucal entre niños y adolescentes quienes a pesar de la prevención y educación que se les imparte en los centros educativos presentan deterioro de la primera molar inferior principalmente el segundo grupo.

Summary

This study have a general objective to analyze some of the causes that are falling into deterioration the oral condition of the first inferior molar teenagers, who were attended by dentists at the Central Hospital.

This data was taken by the results obtain during the study in children's and teenagers from 2001-2003.

This study included a comparison of the bucal hygienic with the proposit of

find out that even though the bucal hygienic with education and prevention offer and children's and teenagers during scholar period the deterioration in the first inferior molar remains in the second group.

Introducción

A partir de 1989, en que es creado el Programa de Atención a la Adolescencia de la Caja Costarricense de Seguro Social, la adolescencia empieza a constituirse en nuestro país, en un campo susceptible de la atención en salud.

En la actualidad se da importancia a las iniciativas orientadas a la atención integral del embarazo adolescente, salud sexual y reproductiva entre otras.

Sin embargo, a pesar de estos esfuerzos valiosos hasta ahora alcanzados, también surge la necesidad de incursionar en otras áreas de estudio, como es la condición de la salud bucodental de los y las adolescentes desde un enfoque epidemiológico.

El presente trabajo, pretende enfocarse en evidenciar que, a pesar de las políticas destinadas al mejoramiento en la salud bucodental de este grupo etéreo, por medio de acciones de promoción y prevención en niños y adolescentes.

Los resultados de la valoración epidemiológica de los años 2001, 2002 y 2003 de adolescentes atendidos por primera evidencian, un marcado deterioro en su salud oral, respecto a la condición de la primera pieza molar permanente.

* Odontóloga. Clínica Central, San José
CCSS

Planteamiento del Problema

A partir del año 2001, la Caja Costarricense de Seguro Social incorpora junto con la historia clínica dental, la ficha de valoración epidemiológica. La cual recopila datos de medición del estado de salud oral de la población consultante. (Dirección Técnica de Servicios de Salud 2001).

Dentro de las políticas de Salud, tenemos acciones preventivas que consisten en: Charlas educativas, que incluye el uso correcto del cepillado dental, importancia del hilo dental e higiene oral, fluorizaciones, y aplicación de sellantes en fosas y fisuras. Estas son parte del Primer Nivel de Atención y se orientan a las escuelas y colegios adscritos a cada Centro de Salud. (Normas de Atención Odontológicas 1997).

A nivel general, la valoración epidemiológica refleja un buen estado de salud bucodental en niños y adolescentes (Clínica Central, Resultados Valoración Epidemiológica, 2001, 2002 y 2003). Además, muestra un claro desfase entre los resultados de ambos grupos etáreos, respecto a la condición de la primera pieza molar permanente, la cual es un indicador de salud bucodental.

Lo anterior, pone en evidencia una contradicción en el comportamiento de los datos obtenidos en la valoración epidemiológica, planteando la necesidad de investigar sobre algunas de las razones que inciden en el deterioro de la primera molar inferior a partir de la adolescencia, a pesar de la buena condición bucodental que se diagnostica diariamente en los

consultorios odontológicos de las diferentes escuelas y colegios pertenecientes al área de atracción de la Clínica Central.

Objetivos

Objetivo general:

“Analizar algunas de las causas más relevantes, que están incidiendo en el deterioro de la condición oral de la primera molar inferior en adolescentes atendidos en los consultorios odontológicos de la Clínica Central”.

Objetivos específicos:

1 Conocer, porque a pesar de la educación y prevención en higiene oral ofrecida a niños y adolescentes, hay un deterioro de la primera molar inferior en este segundo grupo etáreo.

2 Analizar, comparativamente los resultados obtenidos en la encuesta epidemiológica 2001, 2002 y 2003 con respecto a la primera pieza molar tanto del niño como del adolescente.

Marco teórico

Antecedentes

La higiene bucodental, forma parte importantísima de la historia de la odontología. Se le atribuye a los Griegos el mérito de ser los padres de la higiene en general, dentro de la cual debe atribuirse naturalmente la de la boca y los dientes.

En nuestro país no se ha estudiado a profundidad la historia de la Odontología, relatan las crónicas que por el año 1564 aparece en Costa Rica un cirujano, Cipión Armérito,

practicante de la dentistería como se le llamaba en ese entonces. Luego en 1845 llega a nuestras costas un mexicano, platero de oficio quienes realizan extracciones dentales y empieza la práctica de la odontología (Colegio de Cirujanos Dentistas 2002).

Es a partir del nuevo modelo de atención a la salud, que la Caja Costarricense de Seguro Social, asume funciones preventivas y educativas, las cuales formaban parte de la labor desarrollada por el Ministerio de Salud Pública.

Aspectos odontológicos en la valoración epidemiológica

La epidemiología dental, es el estudio de la distribución y dinámicas de las enfermedades dentales en una población humana cuyo objetivo es elevar el entendimiento del proceso de la enfermedad y así conducir a elaborar métodos de control y prevención (Glickman 1993).

La caries se caracteriza por pérdida de tejido dental, que puede ser clasificada de acuerdo a la destrucción del tejido en cinco niveles: Clase I, II, III, IV y V de Black.

La gingivitis, es una enfermedad que ocasiona daño en las encías, debido a la acumulación de placa bacteriana y falta de higiene oral. La característica principal de esta enfermedad es el enrojecimiento de las encías y sangrado.

La enfermedad periodontal es una enfermedad de tipo progresiva que conlleva a la pérdida de hueso alveolar y la posterior pérdida dental (Glickman, 1996).

Además del diagnóstico y atención clínica de las enfermedades dentales, existe una valoración epidemiológica que incluye: Condición de la pieza 84-46, alteraciones craneofaciales y estado periodontal (Categorías definidas en la descripción del instrumento).

Aspectos generales de la adolescencia

La adolescencia es definida como:

“Etapas que transcurre entre los 10 y 19 años de edad, coincidiendo generalmente su comienzo con los cambios puberales (10-14 años) y finalizando al cumplirse gran parte del crecimiento y desarrollo morfológicos (15 -19 años). O.P.S 1995

Partiendo de lo anterior, es conocido que la adolescencia, se constituye en un pasaje crucial, donde el y la adolescente enfrenta procesos internos o subjetivos, caracterizados por duelos, búsqueda de identidad, redefinición de la sexualidad y un lugar social diferente al mantenido hasta el momento y procesos más evidentes o externos, dentro de los cuales sobresalen los cambios músculo-esqueléticos.

Parte de esta transformación ósea, afecta los dos tercios inferiores, incluyendo la base del cráneo, el maxilar y la mandíbula. El maxilar, alcanza su tamaño adulto alrededor de los 16 años. El tercio inferior sigue el crecimiento general del cuerpo y está muy relacionado con la talla.

En torno al aspecto dental, existe un período de transición niñez-adolescencia marcada por el cambio de la dentadura temporal por la

permanente, la cual se presenta entre los 6 y 12 años de edad para ambos sexos. Estos cambios pueden acelerarse, debido a la avulsión (pieza dental perdida) generalmente causada por caries dental o trauma.

La pérdida de un primer molar permanente durante la adolescencia, puede tener efectos nocivos sobre la posición normal de los molares y por tanto afectar la función masticatoria, razón por la cual, es importante mantener esta pieza en boca (Manual de Odontología Pediátrica).

Promoción de la salud

Conforme con la definición entregada por la carta de Ottawa para la promoción de la salud, ésta consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

Si pretendemos tener una buena salud, tenemos que empezar por tener un estilo de vida saludable, fomentando hábitos que nos lleven a prevenir la enfermedad.

Respecto a la salud bucodental una manera de promocionarla, consistiría en fortalecer la educación en torno al uso correcto del cepillo, uso del hilo dental y enjuagatorios bucales, así como estimular hábitos alimenticios bajos en calorías y carbohidratos.

Este debe ser un proceso en el cual, además de la dimensión cognoscitiva, integre la dimensión afectiva permitiendo el cambio de actitud. Lo anterior involucra no solo al adolescente, sino también a padres y

madres de familia, maestros y la comunidad en general.

Metodología

Tipo de estudio

El presente estudio, es considerado exploratorio, en tanto que no se cuenta con investigaciones sistematizadas relacionadas a la temática a desarrollar. También es descriptiva, en tanto que pretende efectuar un análisis comparativo entre niños y adolescentes, respecto a la condición de la primera pieza molar inferior permanente.

Sujetos de estudio

Población de niños y adolescentes de ambos sexos, que consultan por primera vez en el año, las Unidades Odontológicas de la Clínica Central, del año 2001, 2002 y 2003.

Descripción del instrumento

El Instrumento, es un formulario de la Dirección Técnica de Servicios de Salud, el cual se administra en todas las clínicas odontológicas de la institución y se denomina: *Manual para el llenado del informe de epidemiología odontológica en el primer nivel de atención*. Consta de tres partes:

***✍* Condición de la pieza 85–46:**

Implica un examen exploratorio de la primera molar inferior derecha permanente (cuando se encuentra presente) o bien de segunda molar inferior derecha temporal (cuando la molar permanente no ha salido a la boca) que incluye: valoración en condición sana (Sana), evidencia de

material sellador (Sellada), obturación (Calzada), con caries y perdida.

Alteración de planos craneofaciales:

Describe las discrepancias óseas según clasificación de Akerman y Proffit en la fisonomía de la cara que no corresponden a los parámetros normales.

Estado Periodontal:

Describe de forma rápida y confiable, determinar, visualizar y monitorear la condición periodontal de la persona a examinar. Consiste en dividir la cavidad oral en seis partes donde se examinan dos piezas y se selecciona la condición más severa. Las condiciones orales posibles a encontrar son: Higiénico, sangrado, cálculo y bolsas periodontales (Informe de Epidemiología Odontológica, 1998). (Anexo 1).

Procedimiento

El instrumento, es administrado por el odontólogo a todo paciente que acude por primera vez en el año a la consulta.

La información es captada diariamente por los odontólogos, que se encuentran en las escuelas y colegios adscritos a la Clínica Central.

Mensualmente, se realiza un consolidado de la información, obtenida

de las escuelas y colegios y se incorpora a una base de datos, denominada (SIVEO), que es un programa estandarizado para la institución por la Dirección Técnica de Servicios de Salud.

Análisis de la información

La información obtenida se tabuló, siguiendo los lineamientos definidos por el programa (SIVEO) de la Dirección Técnica de Servicios de Salud y se analizó en tres segmentos, a saber:

1. Condición de la pieza 8-5 y 4-6.
2. Alteración de plano craneofaciales.
3. Estado periodontal.

Los resultados de cada segmento, se presentan e interpretan en cuadros estadísticos y gráficos de barras, considerando los grupos etáreos de niño y adolescente en los años 2001, 2002 y 2003.

Presentación de resultados

A continuación se presentan los siguientes resultados, de la valoración epidemiológica, correspondiente al año 2001, 2002 y 2003 de la Clínica Central.

Cuadro No 1 Condición de pieza 8-5 o 4-6 Valoración epidemiológica 2001

| EDAD | | CONDICION | | | | |
|-----------|----------|-----------|---------|---------|----------|---------|
| | | SANA | SELLADA | CARIADA | OBTURADA | PERDIDA |
| NIÑO | 0-5 | 33,3 | | 22,2 | 33,3 | 11,1 |
| | 6 | 68,8 | 2,4 | 26,8 | 4,9 | |
| | 7-9 | 50,7 | 6,7 | 30,7 | 12,0 | |
| ADOLESES | 10-12 | 35,6 | 2,7 | 28,1 | 32,2 | 1,4 |
| | 13-19 | 17,0 | 4,0 | 23,0 | 51,0 | 3,0 |
| MUJER | 20-35 | | | 11,1 | 55,6 | 33,3 |
| | 36-45 | | | 16,7 | 5,0 | 25,0 |
| ADULTO | 20-45 | | | | 75,0 | 60,0 |
| | 46-59 | | | 20,0 | 2,0 | |
| AD. MAYOR | 60 Y MAS | | | 10,0 | | |

Fuente: Resultados de Valoración epidemiológica 2001, Clínica Central.

El porcentaje promedio de pieza sana en el niño es de 60%, mientras que en el adolescente la condición de la pieza sana en promedio es de 26.3%. Llama la atención el porcentaje significativamente bajo de pieza sana en el adolescente respecto al niño.

El porcentaje promedio de pieza cariada en el niño es de 26.6%, mientras que en el adolescente la condición de la pieza cariada en promedio es de 25.5%. El porcentaje es muy semejante en niños y adolescentes, respecto a la condición de cariada.

Cuadro No 2 Condición de la pieza 8-5 ó 4-6 Valoración epidemiológica 2002

| EDAD | | CONDICION | | | | |
|-----------|----------|-----------|---------|---------|----------|---------|
| | | SANA | SELLADA | CARIADA | OBTURADA | PERDIDA |
| NIÑO | 0-5 | 61,9 | | 26,8 | 9,8 | 2,4 |
| | 6 | 59,0 | | 32,8 | 8,2 | |
| | 7-9 | 57,0 | 11,0 | 17,5 | 10,0 | 4,5 |
| ADOLESES | 10-12 | 28,5 | 9,0 | 29,0 | 31,5 | 1,4 |
| | 13-19 | 19,1 | 4,7 | 33,3 | 42,8 | 2,0 |
| MUJER | 20-35 | | | 14,3 | 71,4 | 14,3 |
| | 36-45 | | | 50,0 | | 50,0 |
| ADULTO | 20-45 | | | 50,0 | 50,0 | 60,0 |
| | 46-59 | | | | | 100,0 |
| AD. MAYOR | 60 Y MAS | | | | | 100,0 |

Fuente: Resultados de Valoración epidemiológica 2002, Clínica Central.

El porcentaje promedio de pieza sana en el niño es de 59.3%, mientras que en el adolescente la condición de la pieza

sana en promedio es de 23.8%. Llama la atención el porcentaje significativamente bajo de pieza sana en el adolescente respecto al niño.

El porcentaje promedio de pieza cariada en el niño es de 25.7%, mientras que en

el adolescente la condición de la pieza cariada en promedio es de 31.1%.

Cuadro No 3 Condición de pieza 8-5 ó 4-6 Valoración epidemiológica 2003

| EDAD | | CONDICION | | | | |
|-----------|----------|-----------|---------|---------|----------|---------|
| | | SANA | SELLADA | CARIADA | OBTURADA | PERDIDA |
| NIÑO | 0-5 | 31.5 | 21.0 | 26.3 | 10.5 | 10.5 |
| | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 7-9 | 44.7 | 15.7 | 18.4 | 2.1 | 0 |
| ADOLESC | 10-12 | 25.4 | 21.8 | 20.0 | 32.7 | 0 |
| | 13-19 | 6.0 | 6.0 | 24.0 | 54.0 | 10.0 |
| MUJER | 20-35 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 36-45 | | | | | |
| ADULTO | 20-45 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 46-59 | | | | | |
| AD. MAYOR | 60 Y MAS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Fuente: Resultados de Valoración epidemiológica 2003, Clínica Central.

El porcentaje promedio de pieza sana en el niño es de 38.1%, mientras que en el y la adolescente la condición de la pieza sana en promedio es de 15.7%. Llama la atención el porcentaje significativamente bajo de pieza sana en el y la adolescente respecto al niño(a).

El porcentaje promedio de pieza cariada en el niño es de 22.3%, mientras que en

el adolescente la condición de la pieza cariada en promedio es de 22%. Llama la atención el porcentaje similar de la pieza cariada en niño(a) y adolescente. Lo anterior se debe, a que el promedio de las piezas obturada es mayor en adolescentes que en niños(as). Se demuestra que dichas piezas obturadas en adolescentes en un momento anterior estuvieron cariadas.

Cuadro No 4 Estado periodontal Valoración epidemiológica 2001

| EDAD | | ESTADO | | | | |
|--------------|----------|-----------|----------|---------|-------------|-----------|
| | | HIGIENICO | SANGRADO | CALCULO | BOLSA 4-5mm | BOLSA 6mm |
| NIÑO | 0-5 | 29.33 | 25.92 | | | |
| | 6 | 93.60 | 3.64 | | 0 | |
| | 7-9 | 90.77 | 7.77 | 9.77 | | 1.00 |
| ADOLESCENTES | 10-12 | 93.71 | 5.36 | 1.35 | | |
| | 13-19 | 64.50 | 29.67 | 4.33 | 1.50 | |
| MUJER | 20-35 | 34.80 | 44.00 | 23.83 | 11.00 | |
| | 36-45 | 16.67 | 49.80 | 36.07 | | |
| ADULTO | 20-45 | 8.10 | 33.00 | 23.83 | 11.00 | |
| | 46-59 | 20.00 | | 60.00 | 45.00 | 20.00 |
| AD. MAYOR | 60 Y MAS | | | 10.00 | | |

Fuente: Resultados de Valoración epidemiológica 2001, Clínica Central.

El porcentaje promedio en condición higiénica, es de 71% en niños(as) y en adolescentes es de 79%. Lo anterior

refleja similitud en los porcentajes, respecto a la condición higiénica bucodental en niños(as) y adolescentes.

Cuadro No 5 Estado periodontal Valoración epidemiológica 2002

| EDAD | | ESTADO | | | | |
|--------------|----------|-----------|----------|---------|-------------|-----------|
| | | HIGIENICO | SANGRADO | CALCULO | BOLSA 4-5mm | BOLSA 6mm |
| NIÑO | 0-5 | 24.40 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 6 | 100.00 | | | | |
| | 7-9 | 99.00 | | | | |
| ADOLESCENTES | 10-12 | 100.00 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 13-19 | 100.00 | | | | |
| MUJER | 20-35 | 71.40 | 0 | 28.60 | 0 | 0 |
| | 36-45 | 100.00 | | | | |
| ADULTO | 20-45 | 71.40 | | 28.60 | | |
| | 46-59 | | 0 | 66.60 | 33.30 | 0 |
| AD. MAYOR | 60 Y MAS | | 0 | 100.00 | | 0 |

Fuente: Resultados de Valoración epidemiológica 2002, Clínica Central.

El porcentaje promedio en condición higiénica, es de 74% en niños(as) y en adolescentes es de 100%. Lo anterior

refleja una excelente condición higiénica bucodental en adolescentes, respecto a niños(as).

Cuadro No 6 Estado periodontal Valoración epidemiológica 2003

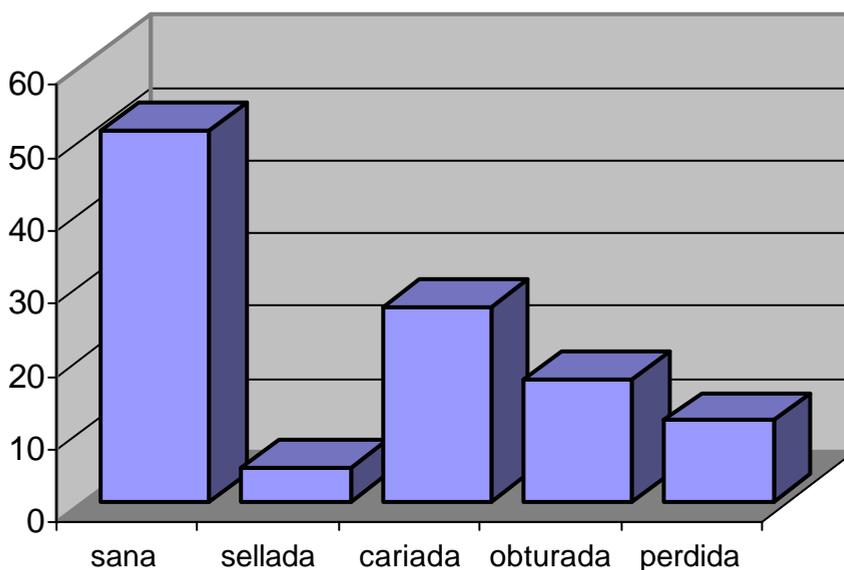
| EDAD | | ESTADO | | | | |
|-----------|----------|-----------|----------|---------|-------------|-----------|
| | | HIGIENICO | SANGRADO | CALCULO | BOLSA 4-5mm | BOLSA 6mm |
| NIÑO | 0-5 | 83.42 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 6 | 0 | | | | |
| | 7-9 | 69.50 | | | | |
| ADOLESC | 10-12 | 78 | 21.4 | 15.8 | 0 | 0 |
| | 13-19 | 87.6 | 10.3 | | | |
| MUJER | 20-35 | | | | | |
| | 36-45 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ADULTO | 20-45 | | | | | |
| | 46-59 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| AD. MAYOR | 60 Y MAS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Fuente: Resultados de Valoración epidemiológica 2003, Clínica Central.

El porcentaje promedio en condición higiénica, es de 76.4% en niños y en adolescentes es de 82%. Lo anterior

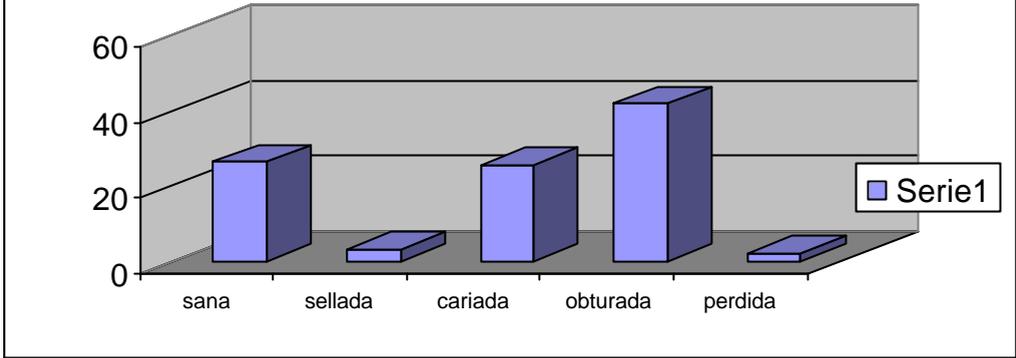
refleja leve diferencia en la condición higiénica bucodental a favor de los adolescentes respecto a niños(as).

Gráfico N°1 Condición de la Pieza 8-5, ó 4-6. 2001



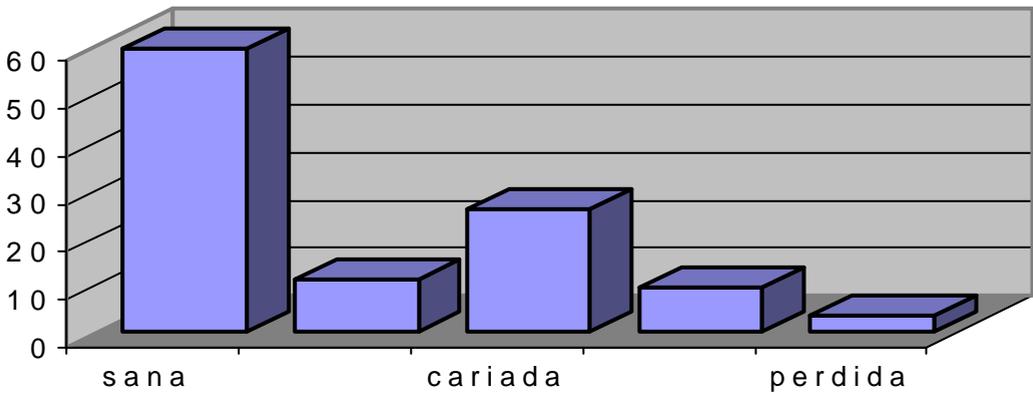
Fuente: Resultados de Valoración epidemiológica en niños 2001, Clínica Central.

Gráfico N° 2
CONDICIÓN DE LA PIEZA 8 -5, O 4-6
AÑO 2001



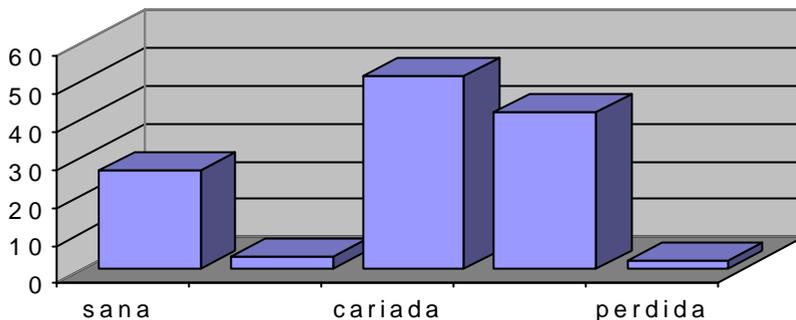
Fuente: Resultados de Valoración epidemiológica – adolescentes 2001, Clínica Central.

Gráfico N°3
CONDICION DE LA PIEZA 8-5, O 4-6
AÑO 2002



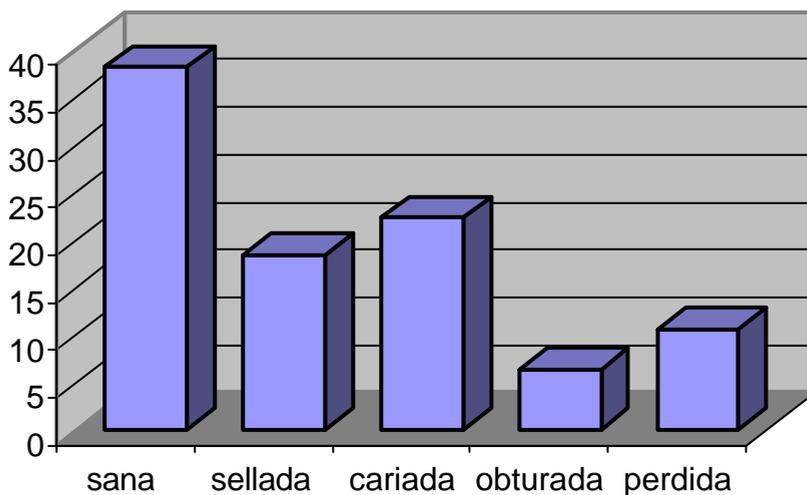
Fuente: Resultados de Valoración epidemiológica - niños 2002, Clínica Central.

Gráfico N°4
CONDICION DE LA PIEZA 8-5, O 4-6
AÑO 2002



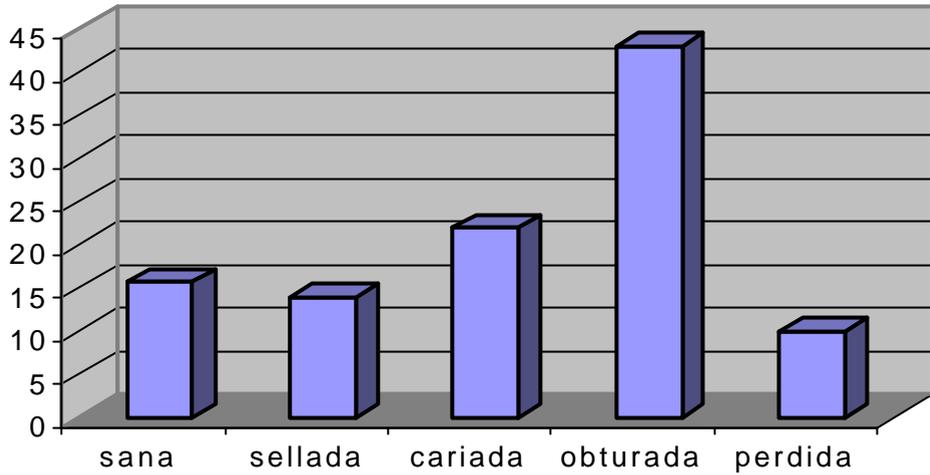
Fuente: Resultados de Valoración epidemiológica – adolescentes 2002, Clínica Central.

Gráfico N° 5
CONDICION DE LA PIEZA 8-5, O 4-6
AÑO 2003



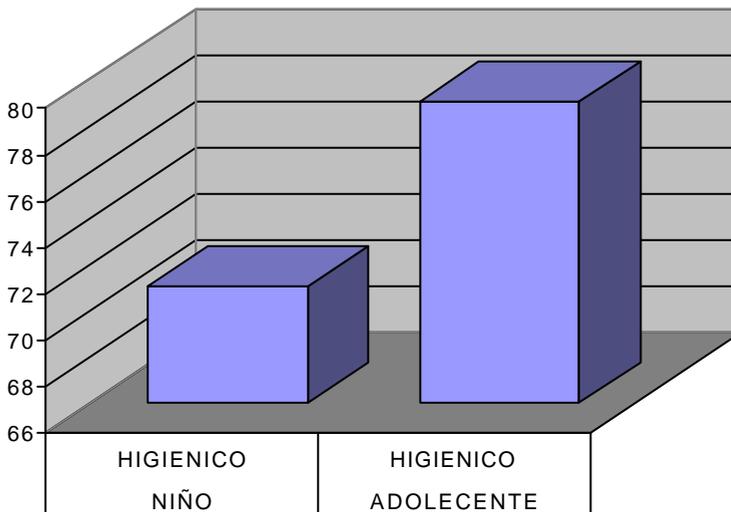
Fuente: Resultados de Valoración epidemiológica - niños 2003, Clínica Central.

Gráfico N°6
CONDICION DE LA PIEZA 8-5, O 4-6
AÑO 2003



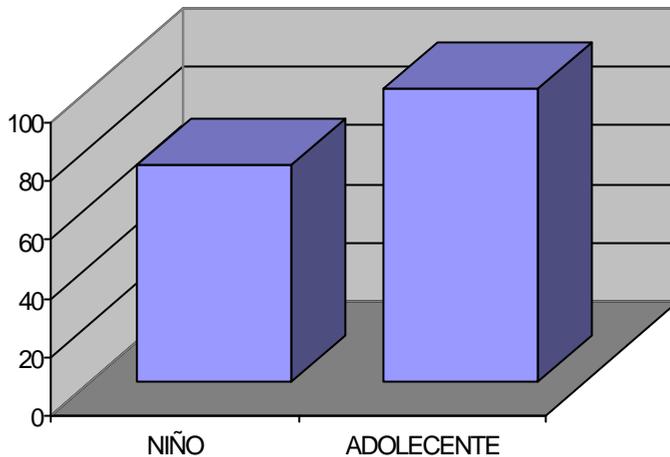
Fuente: Resultados de Valoración epidemiológica – adolescentes 2003, Clínica Central.

Gráfico N° 7
COMPARACION CONDICION HIGIENICA NIÑO -
ADOLECENTE - 2001



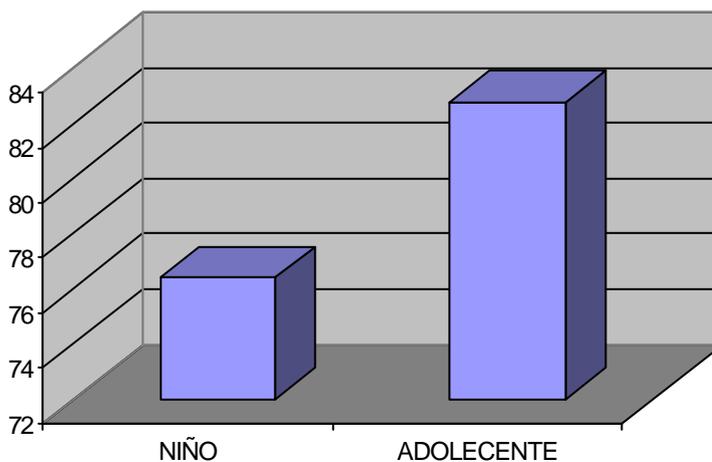
Fuente: Resultados de Valoración epidemiológica – adolescentes 2003, Clínica Central.

Gráfico N° 8
COMPARACION CONDICION HIGIENICA NIÑO -
ADOLECENTE - 2002



Fuente: Resultados de Valoración epidemiológica 2002, Clínica Central.

Gráfico N° 9
COMPARACION CONDICION HIGIENICA NIÑO -
ADOLECENTE - 2003



Fuente: Resultados de Valoración epidemiológica 2003, Clínica Central.

VII Análisis de resultados

Como se puede observar en los cuadros y gráficos, el segmento de la población valorada es predominantemente escolar, debido a que el personal de odontología se encuentra ubicado en su mayoría en los centros educativos adscritos a la Clínica Central.

El grupo etáreo de niños(as) tiene un alto porcentaje de la pieza 8-5, 4-6 sana con respecto a adolescentes. Este valor puede obedecer a que los niños(as), atendidos por primera vez en la consulta odontológica, estén recibiendo más atención de tipo preventivo, en lo que respecta a instrucciones sobre fisioterapia oral y aplicación de sellantes conforme a la directriz institucional, en la cual se pretende proteger las piezas sanas, junto con el manejo que realiza el adulto (padres, maestros, personal de salud, entre otros) del niño.

Los resultados demuestran que a pesar de lo anterior, con el devenir adolescente, se disminuyen los sellantes de fosas y fisuras y se evidencia un aumento en el número de la pieza 85-46 cariada, lo cual trae como consecuencia el alto porcentaje de la primera pieza dental obturada, llegando a un valor promedio de un 40.7 %.

Las causas que pueden estar contribuyendo en el deterioro de la primera molar permanente en boca, aún no se investigan de forma sistemática, sin embargo, a partir de la observación cotidiana, puede notarse el poco interés en las sesiones diarias de capacitación y educación en el uso del cepillo e hilo

dental por parte del adolescente. Actitudes muchas veces de omnipotencia asociada al momento vital que acontece y un conocimiento racional, desvinculado de su propia interioridad.

Estrategias preventivas repetitivas, poco atractivas e inadecuadas que no generan ninguna apropiación de ese conocimiento por parte de nuestros adolescentes.

Otro factor importante a tomar en cuenta, es el aumento en la ingesta de calorías y carbohidratos por parte de las y los adolescentes, los cuales aún con el conocimiento en higiene bucodental, no asumen una actitud conforme a la educación recibida.

Aunado a lo anterior no se cuenta con la educación y supervisión en cuanto a hábitos saludables de alimentación, como un factor coadyuvante en la salud oral.

Lo anterior se constituye en una dinámica que contemplamos cotidianamente, tornándonos ansiosos en la búsqueda de estrategias alternativas que posibiliten cambios de actitudes que permitan revertir el proceso que estamos observando en términos de la primera pieza molar permanente, la cual en adolescencia es ya obturada o en el peor de los casos perdida.

La finalidad de la valoración epidemiológica, es efectuar un análisis anual de la condición oral de la población atendida, en este caso la del y la adolescente, para crear un plan

estratégico que oriente la atención hacia las necesidades prioritarias de los y las adolescentes atendidos en la Clínica Central.

Comparando el año 2001, 2002 y 2003, respecto a la pieza 85-46 en niños y adolescentes, respecto a la condición de sana. Se observa que el porcentaje disminuye cada año consecutivamente en lo que respecta a esta condición para ambos grupos etáreos. Sin embargo hay una disminución más significativa en los adolescentes.

En la condición de cariada de la primera pieza molar permanente, el porcentaje se mantiene ligeramente en ambos grupos etáreos.

Mientras que en la condición de obturada, hay un aumento significativo de dicha condición en el y la adolescente respecto al niño(a).

Lo anterior, pone en evidencia una contradicción entre las acciones de promoción y prevención establecidas y las actividades efectuadas diariamente en los consultorios, que se orientan en este caso hacia lo curativo.

Conclusiones y Recomendaciones

- La atención odontológica a los y las adolescentes, durante los periodos 2001, 2002 y 2003 se orienta mayoritariamente hacia una labor de tipo curativa.
- Llevar a cabo acciones dirigidas a la participación de actores sociales, como profesionales involucrados en la salud y miembros de la comunidad (maestros, padres de familia, grupos organizados de la

comunidad, medios de comunicación masiva etc.), con el fin de reforzar medidas preventivas.

- Las y los adolescentes consumen altos grados de carbohidratos y azúcares en las escuelas y colegios lo que estaría afectando la condición de la molar inferior.
- Se crea la necesidad de promocionar y difundir proyectos de estilos de vida saludables en los diferentes medios de comunicación, con el fin de lograr cambios de actitud en la población.
- Los adolescentes, no están poniendo en práctica el conocimiento respecto a salud e higiene bucodental que diariamente se les transmite, como parte de las acciones en promoción de la salud, definidas institucionalmente.
- Crear estrategias que sean atractivas para lograr cambiar actitudes y prácticas en el adolescente con la intención de mejorar su salud bucodental.
- Se debe insistir al personal de salud, sobre la importancia de la valoración epidemiológica, como eje orientador de las acciones en promoción y prevención de la salud bucodental de los adolescentes.
- La información estudiada de los periodos 2001, 2002 y 2003 respecto a la condición de higiénico y la condición bucodental de la primera pieza molar permanente en adolescentes, evidencia una contradicción en los resultados expuestos. Lo cual puede deberse a

que el indicador depende únicamente de la pieza 8-5 ó 46 como factor de valoración. Lo anterior supone la necesidad de considerar la incorporación de otras piezas en la ponderación que se realiza de la condición bucodental.

Bibliografía

Álvarez, R; López, A. (2002) Antología de Promoción de la Salud. San José: Departamento de Medicina Preventiva. Caja Costarricense de Seguro Social.

Angus C. Cameron (SF), Manual de Odontología Pediátrica. Sydney. Australia

Caja Costarricense de Seguro Social (1998) Normas de Atención Odontológica. Dirección Técnica de Servicios de Salud. San José. Costa Rica.

Caja Costarricense de Seguro Social (1998). Informe de Epidemiología

Odontológica. Dirección Técnica de Servicios de Salud. San José, Costa Rica.

Caja Costarricense de Seguro Social (2001, 2002, 2003). Resultado de Valoración Epidemiológica. Clínica Central. San José Costa Rica.

Carranza, A (1996) Periodontología Clínica. Editorial Interamericana, Séptima Edición. México DF.

Rodríguez, J. (2002) Bases Programáticas Programa de Atención Integral del Adolescente. Departamento de Medicina Preventiva. CCSS. San José Costa Rica.

Solano, J. (SF) Adolescencia y Salud. Segunda Antología. Departamento de Medicina Preventiva. Programa de Atención al Adolescente. CCSS. San José Costa Rica.